

УДК 616.62-008.222-055.1
<https://doi.org/10.21886/2308-6424-2024-12-3-5-9>



Коррекция недержания мочи у мужчин и женщин

© Михаил И. Коган

Ростовский государственный медицинский университет [Ростов-на-Дону, Россия]

Аннотация

В статье в кратком изложении представлены рекомендации Международного общества инконтиненции (ICI-7) по коррекции недержания мочи у мужчин и женщин. Высказывается авторское мнение о состоянии проблемы с позиции её актуальности в рамках современной практической урологии.

Ключевые слова: недержание мочи; инконтиненция; лечение; рекомендации

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки. **Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

✉ **Корреспондирующий автор:** Михаил Иосифович Коган; dept_kogan@mail.ru

Поступила в редакцию: 06.02.2024. **Принята к публикации:** 09.04.2024. **Опубликована:** 26.06.2024.

Для цитирования: Коган М.И. Коррекция недержания мочи у мужчин и женщин. *Вестник урологии*. 2024;12(3):5-9. DOI: 10.21886/2308-6424-2024-12-3-5-9.

Male and female urinary incontinence management

© Mikhail I. Kogan

Rostov State Medical University [Rostov-on-Don, Russian Federation]

Abstract

The article summarises the guidelines of the International Continence Society (ICI-7) for the management of male and female urinary incontinence. The author's opinion on the state of the problem from the perspective of its relevance in the field of modern practical urology is expressed.

Keywords: urinary incontinence; management; guidelines

Financing. The study was not sponsored. **Conflict of interest.** The author declares no conflict of interest.

✉ **Corresponding author:** Mikhail I. Kogan; dept_kogan@mail.ru

Received: 02/06/2023. **Accepted:** 04/09/2024. **Published:** 06/26/2024.

For citation: Kogan M.I. Male and female urinary incontinence management. *Urology Herald*. 2024;12(3):5-9. (In Russ.). DOI: 10.21886/2308-6424-2024-12-3-5-9.

Ведение

В 2023 году прошла 7 консультативная встреча экспертов Международного общества инконтиненции (ICI-7). Итоги её представлены в книге "Incontinence, 7th Edition" [Инконтиненция, 7-е издание], вышедшей под редакцией мировых лидеров по этой проблеме Linda Cardozo, Eric Rovner, Adrian Wagg, Alan Wein и Paul Abrams [1]. Представляю выдержки из этого издания по коррекции недержания мочи у мужчин и женщин.

Коррекция недержания мочи у мужчин 1. Оценка и рекомендации

• Перед операцией необходимо провести базовое обследование пациента, включающее осмотр и физикальное обследование,

анализ мочи и остаточной мочи после мочеиспускания.

• Дневник мочеиспускания полезен для оценки функциональных возможностей частоты мочеиспускания и общего объёма выделяемой мочи.

• В определённых обстоятельствах могут быть полезны прокладки, а использование прокладок является разумным заменителем формального прокладочного теста.

• Анализ крови (мочевина, креатинин, глюкоза) рекомендуется при подозрении на нарушение функции почек или при наличии полиурии или плохой концентрационной способности мочи.

• Дополнительное обследование с помощью цистоскопии и соответствующей

визуализации мочевыводящих путей может помочь в выборе терапии — это в значительной степени зависит от типа недержания мочи и предполагаемой этиологии.

- Перед хирургическим вмешательством по поводу стрессового недержания мочи следует провести цистосуретроскопию для оценки патологии уретры и мочевого пузыря, которая может повлиять на результаты операции. Также можно оценить остаточную функцию наружного сфинктера.

- Комбинированная уродинамика может быть полезна до инвазивного лечения недержания мочи, это в значительной степени зависит от типа недержания и предполагаемой этиологии.

2. Недержание мочи после простатэктомии по поводу ДГПЖ и после радикальной простатэктомии по поводу рака простаты

После периода консервативного лечения, который может составлять от 6 до 12 месяцев следует рассмотреть следующие варианты.

- Искусственный сфинктер (ИС) является предпочтительным методом лечения для правильно подобранных мужчин с умеренным или тяжёлым стрессовым недержанием мочи после радикальной простатэктомии, поскольку ИС имеет самый длительный опыт безопасности и эффективности.

О применении ИС у мужчин с умеренным и тяжёлым недержанием мочи имеются многочисленные отзывы. Данная рекомендация относится исключительно к AMS 800, поскольку более новые устройства не имеют аналогичной доказательной базы или опыта применения.

- Мужской слинг — приемлемый хирургический подход, данные о котором подтверждают его безопасность и эффективность у мужчин с лёгкой и умеренной степенью НМ в течение нескольких лет.

Слинги ассоциируются с низкой частотой задержки мочи, инфекций, эрозии уретры и атрофии уретры. Регулируемые слинги имеют схожие показатели эффективности по сравнению с нерегулируемыми, однако частота повторных операций, как правило, при повторной регулировке выше.

Исследование MASTER [2] показало, что при необходимости хирургического вмешательства и ИС, и слинги приводят к улучшению недержания и высокой удовлетворённости, несмотря на то что большинство мужчин не являются полностью сухими.

Однако большинство других опубликованных результатов указывает на то, что у мужчин с умеренной и тяжёлой формой недержания мочи, подвергшихся имплантации искусственного мочевого сфинктера, результаты лучше, чем у тех, кто подвергся установке слинга. В исследовании MASTER у мужчин со слингами было больше общих осложнений, а осложнения, связанные с ИС, были в целом более значительными, когда они возникали.

Инъекционные объём-образующие препараты даже при многократном применении имеют низкий процент успеха и должны использоваться только в тех случаях, когда более эффективные методы лечения невозможны.

Известно также о применении регулируемых баллонов, однако они имеют более высокую частоту осложнений, чем у ИС и мужского слинга.

3. Недержание мочи после наружного облучения при раке предстательной железы

- Наиболее широко используется ИС, однако облучение может быть фактором риска роста числа осложнений.

Слинги обычно имеют более низкий процент успеха у облученных пациентов по сравнению с теми, кто не подвергался облучению.

Регулируемые баллоны не были успешными в условиях облучения.

4. Недержание после травмы таза

- ИС является наиболее распространённым методом лечения стрессового недержания мочи.

5. Рефрактерное ургентное недержание мочи и гиперактивность детрузора

- Инъекции в мочевой пузырь ботулинического токсина типа А (BТх-А) — это малоинвазивный метод лечения с высоким уровнем эффективности. Данные о результатах у пациентов мужского пола ограничены по сравнению с данными у пациентов женского пола.

Нейромодуляция — один из вариантов лечения с высоким уровнем эффективности, однако данные о результатах у пациентов мужского пола ограничены по сравнению с данными у пациентов женского пола.

Аугментационная цистопластика также может быть показана отдельным пациентам и имеет высокий уровень успеха в улучшении накопления мочи, но может быть связана с неприятными осложнениями.

• Отведение мочи — это вариант для мужчин с тяжёлыми осложнениями, у которых не работают все другие менее инвазивные методы.

6. Уретрокожный свищ и ректоуретральный свищ

Этиологические факторы, вызывающие приобретённые уретрокутанные или ректоуретральные свищи, подтверждаются клиническими, эндоскопическими и визуализационными исследованиями.

Аналогичные диагностические манёвры применяются и при ректоуретральных свищах.

Для закрытия свища доступны различные техники, которые могут быть выполнены в сотрудничестве с колоректальными хирургами.

• В случаях, когда свищ не закрывается спонтанно с временным отведением мочи и / или кала или без него, может быть проведена хирургическая реконструкция.

• Хирургическая реконструкция может быть применена в большинстве случаев.

• В настоящее время большинство операций проводится после отведения мочи и кала.

7. Лечение осложнений имплантации ИС

Недержание может быть следствием изменения функции мочевого пузыря, атрофии уретры, эрозии манжеты или механической неисправности устройства.

Известно о вариантах терапии рецидивирующего недержания мочи в связи с атрофией уретры: замена регулирующего давление баллона на более новый или создающий более высокое давление; изменение положения манжеты в проксимальном или дистальном направлении; уменьшение размера манжеты (наиболее распространённый подход); увеличение количества жидкости в системе; транскорпоральная манжета и имплантация второй манжеты.

• По сравнению с первичными методами восстановления уретры только установка катетера Foley может представлять собой неоптимальное лечение после тяжёлых эрозий манжеты из-за повышенного риска уретральных осложнений.

• Инфекция и / или эрозия компонентов обычно требуют хирургического удаления всего протеза или его части (стандарт лечения).

Коррекция недержания мочи у женщин Хирургия стрессового недержания мочи (СНМ)

1. Рекомендации по слинговым операциям

• Традиционный аутологичный фасциальный слинг рекомендуется в качестве эффективного метода лечения стрессового недержания мочи у женщин, который имеет длительный срок службы как при первичной, так и при повторной операции.

2. Рекомендация по кольпосуспензии

• Открытая кольпосуспензия Burch может быть рекомендована в качестве эффективного метода лечения первичного стрессового недержания мочи, который имеет длительный срок службы.

Она не была разработана как метод лечения рецидивирующего стрессового недержания мочи, поэтому не рекомендуется в качестве спасительной процедуры.

3. Рекомендации по лапароскопической кольпосуспензии

Лапароскопическая кольпосуспензия показывает сопоставимые субъективные результаты с открытой кольпосуспензией в краткосрочной перспективе, но объективные результаты свидетельствуют в пользу открытой процедуры в среднесрочной перспективе; более долгосрочные результаты неизвестны. Данных об объективном излечении в периоде наблюдения 18 месяцев – 5 лет недостаточно.

Женщины должны быть проинформированы об ограниченности имеющихся данных о долгосрочной эффективности лапароскопической кольпосуспензии и о более низких результатах по сравнению с открытой кольпосуспензией, а также по сравнению с классическим или коротким пубовагинальным слингом.

• Лапароскопическая кольпосуспензия может быть рекомендована для хирургического лечения стрессового недержания мочи (СНМ) у женщин только хирургами с соответствующей подготовкой и опытом.

4. Рекомендации по позадилонному среднеуретральному слингу (ПСУС) и трансобтураторному слингу (ТОТ)

• ПСУС продемонстрировал равную или более высокую эффективность по сравнению с другими процедурами при лечении СНМ у женщин.

ПСУС столь же эффективен, как и открытая кольпосуспензия в краткосрочной

и среднесрочной перспективе и может превосходить лапароскопическую кольпосуспензию, хотя большинство исследований является небольшими. Частота осложнений при ПСУС и кольпосуспензии сходна. Однако частота специфических осложнений (например, перфорация мочевого пузыря, необходимость в последующей операции и т.д.) различается между этими процедурами. ПСУС ассоциируется с более коротким временем операции и пребыванием в стационаре.

В целом ПСУС и TOT одинаково эффективны при краткосрочном наблюдении от 6 до 12 месяцев. При более длительном наблюдении вероятность повторной операции по поводу недержания мочи значительно выше при использовании метода TOT по сравнению с ПСУС (RR 8.79). Общая частота влагалищных эрозий в проекции середины уретры не отличается между этими методами.

Частота перфорации мочевого пузыря, послеоперационной дисфункции мочеиспускания и образования гематомы ниже при использовании TOT по сравнению с ПСУС. Боль в паху чаще встречается при использовании TOT (RR 4.12). Однако перфорация мочевого пузыря небольшим троакарном редко требует более чем суточной катетеризации, а образование гематомы обычно лечится консервативно, в то время как для устранения боли в паху часто требует значительного хирургического вмешательства для удаления сетки из паховой области.

- ПСУС рекомендуется как эффективный и долговременный метод лечения стрессового недержания мочи.

- Как для ПСУС, так и для ТОС, существенные данные ретроспективно проанализированных РКИ указывают на то, что пациенты с ожирением имеют худший результат, чем пациенты без ожирения.

- Хотя риск перфорации мочевого пузыря и гематомы значительно выше при ПСУС, существенные данные систематических обзоров указывают на то, что риск боли в паху и повторной операции по поводу недержания значительно выше при TOT.

5. Рекомендации по введению объём-образующих агентов

После публикации ICI-6 появилось только одно новое РКИ [Bulkamid (булкамид)] против TVT. Хотя объём-образующие агенты (ОАА) являются одним из вариантов

лечения первичного СНМ, оптимальные результаты могут быть получены при повторных инъекциях, поскольку эффект ослабевает при более длительном наблюдении. Немногочисленные существующие РКИ свидетельствуют о том, что результаты одинаковы независимо от используемого ОАА, при этом ни один ОАА не продемонстрировал превосходства над бычьим коллагеном (более не доступен).

Судя по всему, нет разницы в исходах при использовании трансуретральной или парауретральной техники. Данные свидетельствуют о том, что бужирование уступает хирургическому лечению как при первичном, так и при рецидивирующем СНМ.

Ограниченные нерандомизированные данные свидетельствуют о пользе ОАА в особых группах населения, например, у женщин с СНМ после облучения таза.

Руководство Национального института здоровья и совершенствования медицинской помощи (NICE) и Американского колледжа акушеров-гинекологов (ACOG) предлагают рассматривать периуретральные ОАА как один из нескольких вариантов лечения пациентов со значительно сниженной подвижностью уретры.

Общая частота осложнений, связанных с применением ОАА, остаётся относительно низкой, однако ОАА на основе частиц, по-видимому, связаны с такими нежелательными явлениями, как экструзия и реакция инородного тела.

- Не следует предлагать ОАА в качестве терапии первой линии тем женщинам, которые хотят получить "одноразовое" долговременное решение проблемы первичного или рецидивирующего СНМ.

- Терапия ОАА является вариантом для отдельных лиц с СНМ (например, для плохих кандидатов на хирургическое лечение недержания мочи или для тех, кто желает получить минимально инвазивную процедуру в офисе) после соответствующего консультирования по поводу отсутствия долгосрочной эффективности.

- ОАА могут быть предложены в качестве терапии рецидивирующего или персистирующего СНМ после его хирургического лечения недержания мочи, хотя в долгосрочной перспективе эти результаты, вероятно, уступают повторному хирургическому лечению недержания мочи, особенно при наличии слабости внутреннего сфинктерного аппарата.

• Несмотря на то, что существует множество препаратов для набухания, их применение обычно связано с улучшением, а не с устранением СНМ, ослаблением эффекта с течением времени и высокой частотой повторного применения. Они могут быть более эффективны у женщин с плохой коап- тацией уретры, например, с плохо подвижной уретрой, предшествующим облучением, рубцами влагалища / периуретры. Простота применения и минимальные требования к анестезии должны быть сбалансированы с потенциально высокой стоимостью, отчасти из-за частой необходимости повторных инъекций.

6. Рекомендации по имплантации искусственного сфинктера у женщин

Нет высококачественных данных о применении ИС у женщин с СНМ. ИС в основном используется для лечения женщин с СНМ, обусловленным преобладанием нестабильности уретрального сфинктера, то есть пациенток с неудачными предыдущими процедурами по борьбе с недержанием мочи или нейрогенным СНМ.

В существующей литературе сообщается об удовлетворительных функциональных результатах: от 61,1 до 85,6% пациенток в долгосрочной перспективе остаются сухими.

В некоторых сериях были высказаны опасения по поводу высокой частоты операционных осложнений и экплантации, что, по-видимому, связано с технически сложной процедурой имплантации ИС.

Недавно были описаны лапароскопические и роботизированные методы имплантации ИС с многообещающими ре-

зультатами с точки зрения морбидности, но с относительно коротким периодом наблюдения.

• ИС является возможным вариантом для некоторых женщин с СНМ вследствие сфинктерной недостаточности, то есть с плохо подвижной уретрой, большинству из которых не смогли выполнить стандартную операцию по поводу СНМ, а также некоторым нейрогенным пациентам, при этом имплантация должна выполняться хирургами с соответствующей подготовкой и опытом.

• Пациенты должны быть соответствующим образом проконсультированы относительно вероятной необходимости ревизии с течением времени и отсутствия долгосрочных данных РКИ.

7. Технология стволовых клеток и трансплантация буккальной слизистой в уретру

За последние 5 лет научная база использования стволовых клеток для лечения СНМ претерпела изменения: появились новые данные в пользу применения аутологичных стволовых клеток, полученных из мышц. Однако прямые сравнения между типами стволовых клеток отсутствуют, в настоящее время нет единого мнения об оптимальном типе клеток, месте введения, объёме / концентрации клеток или идеальной целевой популяции. Отсутствуют и долгосрочные результаты. Эти вопросы остаются в центре внимания будущих исследований.

• Использование технологии стволовых клеток для лечения женского СНМ — пока только исследование с многообещающими результатами. Такая терапия должна предлагаться только в условиях клинических испытаний.

Список литературы | References

1. Cardozo L, Rovner E, Wagg A, Wein A, Abrams P. (Eds) *Incontinence 7th Edition* (2023). ICI-ICS. International Continence Society: Bristol UK. ISBN: 978-0-9569607-4-0
2. Constable L, Cotterill N, Cooper D, Glazener C, Drake MJ, Forrest M, Harding C, Kilonzo M, MacLennan G, McCormack K, McDonald A, Mundy A, Norrie J, Pickard R, Ramsay C, Smith R, Wileman S, Abrams P; (Chief

Investigator) for the MASTER Study Group. Male synthetic sling versus artificial urinary sphincter trial for men with urodynamic stress incontinence after prostate surgery (MASTER): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2018;19(1):131. DOI: 10.1186/s13063-018-2501-2

Сведения об авторе

Михаил Иосифович Коган — д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ
<https://orcid.org/0000-0002-1710-0169>
dept_kogan@mail.ru

Information about the author

Mikhail I. Kogan — Dr.Sc.(Med), Full Prof., Hons. Sci. of the Russian Federation
<https://orcid.org/0000-0002-1710-0169>
dept_kogan@mail.ru