Стриктура уретры

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 05.11.2026 · МКБ-10: N32.0, N35.0, N35.1, N35.8, N35.9, N99.1 · Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"

Стриктура уретры — рубцовое сужение мочеиспускательного канала; отдельно описан склероз шейки мочевого пузыря как рубцовое сужение ее просвета. Рекомендация охватывает диагностику, выбор реконструктивного или паллиативного лечения, послеоперационный контроль и маршрутизацию пациентов со стриктурами уретры у мужчин.

Главное

- Диагноз подтверждают при сужении уретры менее 16 CH или облитерации по ретроградной уретрографии и уретроскопии; дополнительный диагностический признак — обструктивная кривая мочеиспускания типа «плато» на урофлоуметрии.
- При описании стриктуры важны этиология, локализация и протяженность: короткая — ≤2 см, длинная — >2 см, тотальная губчатая — поражение более 75% губчатой уретры, тотальная — поражение всей уретры; тяжелая степень сужения — >75%, облитерация — отсутствие просвета.
- Урофлоуметрия показана всем пациентам с СНМП; достоверны результаты при объеме мочеиспускания более 120 мл. УУР С, УДД 4.
- Основной метод визуализации стриктуры — ретроградная уретрография всем пациентам с подозрением на стриктуру, кроме непереносимости контрастных средств. УУР С, УДД 5.
- Бужирование — паллиативный метод; оно не является излечивающим и не должно заменять уретропластику, если она возможна. УУР С, УДД 5.
- ВОУТ подходит только для первичных нетравматических стриктур бульбозной уретры до 1 см; ее не применяют при первичных стриктурах >1 см, стриктурах пенильной уретры любой длины и после двух предшествующих ВОУТ при рецидиве. УУР С, УДД 4.
- После операций на уретре нужен контроль не менее 1 года; оценивают СНМП и качество жизни по IPSS, PROM-USS, сексуальную функцию — по МИЭФ-5. УУР С, УДД 4–5.

Диагностика

1. Собрать жалобы: затруднение мочеиспускания, вялая струя, чувство неполного опорожнения, периодические задержки, подтекание мочи при нагрузке или после мочеиспускания, ургентность с подтеканием, боль или дискомфорт до, во время и после мочеиспускания. УУР С, УДД 5.
2. В анамнезе уточнить катетеризации и травматичную катетеризацию, трансуретральные вмешательства, травмы промежности и таза, ИППП, лихен склероз, циркумцизио, операции по гипоспадии, прежние бужирования/операции, лучевую терапию и высокоэнергетическое лечение рака простаты, введение инородных тел или агрессивных жидкостей, сексуальный анамнез и коитальную травму. УУР С, УДД 5.
3. Осмотреть половой член, наружное отверстие уретры, крайнюю плоть, промежность, рубцы и свищи; пальпировать уретру и органы мошонки; оценить выделения, признаки лихен склероза, выполнить пальцевое ректальное исследование, осмотреть рот, зону цистостомы при наличии и подвижность тазобедренных/коленных суставов. УУР С, УДД 5.
4. Выполнить лабораторный минимум: общий анализ мочи, посев мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы, общий анализ крови, биохимический общетерапевтический анализ крови; общий ПСА — при риске или наличии онкозаболевания. УУР С, УДД 5.
5. Оценить симптомы и функции неинвазивно: IPSS для СНМП, МИЭФ-5 для эректильной функции, урофлоуметрия при объеме мочеиспускания более 120 мл, УЗИ почек и мочевого пузыря с остаточной мочой. УУР С, УДД 4–5.
6. Подтвердить анатомию поражения ретроградной уретрографией; при свище выполнить фистулографию. Ретроградную уретроцистоскопию и антеградную цистуретроскопию использовать только если уретрография не дает точной информации. УУР С, УДД 5.
7. Для уточнения спонгиофиброза выполнить УЗИ уретры. УУР В, УДД 2. При осложненных стенозах задней уретры выполнить МРТ малого таза с контрастированием. УУР В, УДД 3.

Лечение

- Бужирование использовать как паллиативный вариант у пациентов с противопоказаниями к операции; при уретроррагии бужирование противопоказано. УУР C, УДД 5.
- ВОУТ выполнять при первичной нетравматической стриктуре бульбозной уретры до 1 см. Не выполнять при стриктурах >1 см, пенильных стриктурах любой протяженности и рецидивах после двух ВОУТ. УУР C, УДД 4.
- Резекцию уретры с анастомозом «конец в конец» применять при стриктурах/облитерациях бульбозной уретры до 4 см, мембранозного, мембранозно-простатического и простатического отделов. При пенильных стриктурах любой длины этот метод не применять. УУР C, УДД 4.
- Аугментационная уретропластика показана при стриктурах пенильной уретры и бульбозной уретры >2 см. В качестве первичного трансплантата предпочтительна слизистая ротовой полости вместо кожного графта. УУР C, УДД 5; для трансплантата УУР B, УДД 2.
- При лихен склерозе не использовать кожные лоскуты. Для пенильной уретры предпочтительна дорзальная фиксация трансплантата; для бульбозной уретры допустимы дорзальная и вентральная фиксация. УУР B–C, УДД 2–5.
- Многоэтапная уретропластика показана при протяженных облитерациях передней уретры, протяженных стриктурах с тяжелым спонгиофиброзом, дефицитом местных тканей или лихен склерозом, а также при протяженных стриктурах неоуретры после операций по гипоспадии. Финальный этап — не ранее чем через 6 месяцев после предыдущего. УУР C, УДД 4–5.
- Перинеостомия — вариант для первичных стриктур у пациентов с отягощенной сопутствующей патологией или при отказе от заместительной уретропластики. УУР C, УДД 4–5.
- Кортикостероиды системного действия и митомицин 0,05 мг/мл при эндоскопическом лечении стриктур уретры применять только в клинических исследованиях. Для кортикостероидов УУР B, УДД 1; для митомицина УУР B, УДД 2.

Когда направить и как наблюдать

- Плановая госпитализация показана при диагнозе стриктуры уретры, подтвержденном ретроградной уретрографией, урофлоуметрией, уретроцистоскопией или клинической картиной.
- Экстренная госпитализация показана при острой или хронической задержке мочи.
- Сложные стриктуры и облитерации задней уретры оперировать в специализированных центрах реконструктивной урологии. УУР C, УДД 5.
- При дистракционном дефекте уретры после перелома таза пациентов направлять для операции в специализированные урологические центры. УУР C, УДД 5.
- Выписка возможна на 1–7-е сутки после диагностики или операции при удовлетворительном состоянии, отсутствии признаков раневой инфекции, гипертермии и инфекции мочевых путей, а также при самостоятельном мочеиспускании или адекватном временном/постоянном дренировании мочевого пузыря.

Частые вопросы

Какие симптомы чаще всего заставляют подозревать стриктуру уретры?

Типичны слабая или вялая струя, затрудненное мочеиспускание, чувство неполного опорожнения, задержки мочи, подтекание, ургентность и боль/дискомфорт, связанные с мочеиспусканием. Эти жалобы нужно целенаправленно выяснять у всех пациентов. УУР C, УДД 5.

Какой метод подтверждает диагноз стриктуры уретры?

Основной метод — ретроградная уретрография. Ретроградную уретроцистоскопию и антеградную цистуретроскопию используют, если уретрография не дает точной информации.

Когда ВОУТ оправдана, а когда нет?

ВОУТ показана при первичной нетравматической стриктуре бульбозной уретры до 1 см. Ее не выполняют при первичных стриктурах >1 см, пенильных стриктурах любой длины и при рецидиве после двух предшествующих ВОУТ. УУР C, УДД 4.

Когда выбирать резекцию с анастомозом «конец в конец»?

Метод применяют при стриктурах и облитерациях бульбозной уретры до 4 см, а также мембранозного, мембранозно-простатического и простатического отделов. Для пенильной уретры любой протяженности этот вариант не рекомендован. УУР С, УДД 4.

Как наблюдать пациента после уретропластики?

Уретрографию выполняют через 7–28 суток для оценки заживления; самостоятельное мочеиспускание восстанавливают при отсутствии затека контраста. Для контроля эффективности операции рекомендована урофлоуметрия. УУР С, УДД 5.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/651-striktura-uretry. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/651_2