Урогенитальные свищи

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N32.1, N32.2, N36.0, N82, N82.0, N82.1, N82.9 · Российское общество акушеров-гинекологов, Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"

Урогенитальный свищ — патологический ход между мочевыводящими путями и половыми органами, кишечником или кожей; обычно он проявляется непроизвольным выделением мочи вне уретры. Рекомендация посвящена подтверждению свища, оценке вовлечения мочеточников и выбору сроков и метода хирургического лечения.

Главное

- Диагноз подтверждают при наличии патологического сообщения, выделении мочи не через уретру и визуализации свищевого хода при осмотре или инструментальном исследовании.
- Постоянное выделение мочи из влагалища типично для урогенитального свища; при пузырно-маточном свище возможны циклическая гематурия или меноурия, а при мочеточниково-влагалищном — нормальное мочеиспускание одновременно с постоянной утечкой мочи.
- При сборе анамнеза уточняют операции и лучевую терапию на органах таза, акушерский анамнез, характер выделений и время появления свища. Лучевая терапия снижает вероятность успешного закрытия; промежуток до фистулопластики обычно составляет от 1–2 месяцев до 6 месяцев для лучевых свищей (УУР С, УДД 5).
- УЗИ почек нужно для исключения обструкции верхних мочевых путей; расширение чашечно-лоханочной системы указывает на нарушение оттока мочи и возможную сочетанную травму мочеточника (УУР С, УДД 4).
- Системные антибиотики до операции для профилактики мочевой инфекции не назначают: они не повышают эффективность фистулопластики. Их применяют при мочевых затеках и уриноме, а при вторичном обструктивном пиелонефрите начинают после устранения обструкции и восстановления оттока мочи (УУР А, УДД 2).
- Фистулопластику выполняют после стихания воспаления и некроза; при лучевых свищах — не ранее чем через 6 месяцев после возникновения, обычно подготовительный период составляет 6–12 месяцев, а при хирургических и акушерских свищах — 1,5–3 месяца (УУР С, УДД 4).
- При обструкции мочеточника или мочевом затеке необходимо срочно отвести мочу; если ретроградное стентирование невозможно, выполняют чрескожную нефростомию, поскольку задержка повышает риск снижения функции почки.

Диагностика

1. Соберите анамнез: уточните операции и лучевую терапию на органах таза, акушерский анамнез, характер выделения мочи и время появления симптомов (УУР С, УДД 5).
2. Выполните осмотр в гинекологическом кресле: определите наличие свища, его размеры и состояние окружающих тканей (УУР С, УДД 5).
3. Убедитесь, что выделения являются мочой и выходят не через мочеиспускательный канал; при необходимости используйте наполнение мочевого пузыря окрашенной жидкостью или внутривенное контрастирование для поиска и измерения свища (УУР С, УДД 5).
4. Выполните цистоскопию до операции, чтобы визуализировать свищ, оценить его связь с мочеточниками и состояние тканей, а также исключить камни, лигатуры и другие инородные тела (УУР С, УДД 4).
5. Проведите УЗИ почек для исключения обструкции верхних мочевых путей (УУР С, УДД 4).
6. При подозрении на травму мочеточника выполните КТ почек и верхних мочевых путей с внутривенным болюсным контрастированием и отсроченной экскреторной фазой либо МРТ мочевыделительной системы (УУР С, УДД 5).
7. При сложном или комбинированном свище используйте цистографию, фистулографию и/или проктовагинографию для уточнения хода сообщения; цистография особенно полезна при пузырно-маточных и сложных свищах (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Если повреждение мочевого пузыря или мочеточника обнаружено во время операции, выполняйте немедленную хирургическую коррекцию, если позволяет состояние пациентки. В остальных случаях возможна двухэтапная тактика: дренирование мочевого пузыря или стентирование мочеточника с последующей реконструкцией.
- При точечном свище установите уретральный катетер для дренирования мочевых путей или мочеточниковый стент, но только если это прекращает выделение мочи и создает условия для заживления (УУР B, УДД 3).
- До реконструкции удалите некротизированные ткани, лигатуры и мочевые камни из влагалища или мочевого пузыря для устранения воспаления (УУР C, УДД 4).
- При точечном свище размером не более нескольких миллиметров рекомендуется длительное дренирование мочевого пузыря для заживления свищевого хода; фульгурация может применяться при свищах малого диаметра — до 4 мм — при незавершенной эпителизации (УУР C, УДД 3).
- При пузырно-влагалищном свище рекомендуется влагалищная фистулопластика (УУР B, УДД 3). Трансабдоминальная фистулопластика рекомендуется при сочетанной травме мочеточника или сниженной емкости мочевого пузыря; абдоминальный доступ также показан при высоком расположении фистулы. При сниженной емкости мочевого пузыря возможна одномоментная аугментация, обычно подвздошной кишкой (УУР B, УДД 3).
- Уретровлагалищные свищи ушивают только влагалищным доступом (УУР B, УДД 3). Стрессовое недержание мочи является наиболее распространенным осложнением после реконструкции уретровлагалищных свищей.
- При сложных и рецидивных свищах применяйте интерпозицию тканей для формирования дополнительного герметизирующего слоя (УУР C, УДД 4); при лучевых свищах или выраженной атрофии влагалища может использоваться ягодичный кожный лоскут.
- При мочеточниково-влагалищном свище установите стент при сохраненной проходимости мочеточника (УУР C, УДД 5). При необходимости восстановления пассажа выполняют реимплантацию мочеточника (УУР C, УДД 4); при невозможности ретроградного стентирования — чрескожную нефростомию.

Когда направить и как наблюдать

- Плановая госпитализация нужна для осмотра лучевого свища под анестезией, хирургического лечения, а также удаления дренажей и катетеров из мочевых путей.
- Экстренно госпитализируйте пациента при нарушении уродинамики мочевых путей, требующем хирургической коррекции.
- Выписка возможна после закрытия свища и при отсутствии нарушения уродинамики верхних мочевых путей.

Частые вопросы

Как подтвердить, что выделения из влагалища являются мочой?

Для визуализации свищевого хода используют тест с наполнением мочевого пузыря окрашенной жидкостью или внутривенное контрастирование; это позволяет определить локализацию и размеры свища.

Нужно ли назначать антибиотики до операции?

Нет, системная антибиотикопрофилактика перед фистулопластикой не рекомендуется, поскольку не повышает ее эффективность. Антибиотики показаны при мочевых затеках и уриноме; при обструктивном пиелонефрите их начинают после устранения обструкции.

Когда оптимально выполнять фистулопластику?

Операцию проводят после купирования воспаления и некроза. При хирургических и акушерских свищах обычно выжидают 1,5–3 месяца, а при лучевых — не менее 6 месяцев, часто 6–12 месяцев.

Когда можно ограничиться катетером или мочеточниковым стентом?

При точечном свище дренирование мочевого пузыря уретральным катетером или стентирование мочеточника допустимо, если утечка мочи прекращается. Если выделения продолжаются, такое дренирование нецелесообразно.

Что делать при подозрении на сочетанную травму мочеточника?

Для исключения обструкции выполните УЗИ почек. При подозрении или наличии сочетанной травмы мочеточника выполните КТ почек и верхних мочевых путей с внутривенным болюсным контрастированием либо МРТ мочевыделительной системы.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/786-urogenitalnye-svishchi. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/786_1