

Клинические рекомендации – Ректовагинальный свищ – 2022-2023-2024 (12.07.2022) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N82.3

Год утверждения (частота пересмотра): 2022

Возрастная категория: Взрослые

Пересмотр не позднее: 2024

ID: 187

По состоянию на 12.07.2022 на сайте МЗ РФ

Разработчик клинической рекомендации

- Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Список сокращений

БК – болезнь Крона

ЗАПК – запирающий аппарат прямой кишки

МРТ – магнитно-резонансная томография

НПВП – нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты

РВС – ректовагинальный свищ

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЭУЗИ – эндоанальное ультразвуковое исследование

Термины и определения

Рецидив РВС – повторное появление патологического сообщения между прямой кишкой и влагалищем спустя некоторое время после операции, сопровождавшейся положительным результатом, т.е. отсутствием на какой-то период времени клинических симптомов РВС (выделение кишечного содержимого через влагалище).

Сфинктеросохраняющая операция – операция, при которой не происходит травмы сфинктерного аппарата прямой кишки или воздействие на сфинктерный аппарат является минимальным и не приводит к выраженному клинически значимому нарушению функции держания кишечного содержимого.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

РВС – патологическое соустье между прямой кишкой и влагалищем [1].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Частота РВС не превышает 5% от всех свищей прямой кишки [1, 2]. Однако, учитывая полиэтиологичность заболевания, реальное число больных с РВС остается неизвестным. Истинные показатели частоты заболевания неизвестны, так как эти пациентки по-прежнему остаются "многопрофильными" и получают помощь в гинекологических, проктологических, общехирургических стационарах, либо не лечатся вообще.

Наиболее частыми причинами возникновения РВС являются:

- Осложненные роды (затяжные роды, разрывы промежности, длительный безводный промежуток). Известно, что 88% ректовагинальных свищей возникают после акушерской травмы, при этом травма промежности с последующим формированием свища отмечается в 0,1% родов через естественные родовые пути [2-7].

- Воспалительные заболевания толстой кишки. РВС являются перианальными проявлениями у пациентов с болезнью Крона (БК) в 2-23% наблюдений [8-11].

- Повреждение стенки прямой кишки при различных хирургических вмешательствах на органах малого таза. Частота формирования РВС после различных низких резекций прямой кишки составляет 0,9-10% [12, 13]. В последние годы количество послеоперационных РВС значительно возросло за счет использования различных степлеров при хирургическом лечении геморроя и применения синтетических имплантов при хирургической коррекции тазового пролапса [14, 15]. Частота формирования РВС после такого хирургического лечения отмечается в 0,15% случаев [13, 16].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Заболеваемость РВС составляет 0,1 случая на 10 тыс. населения в год, а распространенность заболевания составляет не более 0,5 случаев на 100 тыс. населения [1, 2, 6].

Учитывая полиэтиологичность заболевания и связанное с этим отсутствие четких алгоритмов маршрутизации данной категории пациентов, предположительное количество больных с РВС значительно выше. Наиболее часто заболевание развивается у молодых женщин в возрасте от 20 до 40 лет.

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Класс – Болезни мочеполовой системы (XIV).

N 82.3. Свищ влагалищно-толстокишечный.

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

РВС делятся:

1. По этиологическому фактору:

- посттравматические;

- послеродовые;
 - послеоперационные;
 - а) низкие резекции прямой кишки (с аппаратными анастомозами и без межкишечных соустьев) [12, 13];
 - б) операции по поводу геморроя (степлерные резекции и др.) [17];
 - в) операции по поводу тазового пролапса (STARR и др.) [14, 15];
 - г) дренирование абсцессов малого таза [18];
 - ранения инородными предметами и половые девиации [19].
 - перианальные проявления БК [11];
 - воспалительные (парапроктиты, бартолиниты) [1];
 - опухолевая инвазия [16];
 - постлучевые [20-22];
 - ишемические (локальная ишемия, вызванная применением ректальных суппозиториях с симпатомиметиками (С05АХ Прочие препараты для местного лечения геморроя и анальных трещин), нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами (НПВП) и др.) [1].
2. По уровню расположения свищевого отверстия в кишке выделяют [1]:
- РВС высокого уровня (свищевое отверстие располагается выше зубчатой линии в прямой кишке);
 - РВС низкого уровня (свищевое отверстие располагается в анальном канале ниже и на уровне зубчатой линии).

Пояснения к формулировке диагноза.

При формулировке диагноза следует отразить этиологию заболевания, уровень расположения свищевого отверстия в кишке (указывается только при высоком расположении свищевого отверстия, при низком свище указывается отношение свищевого хода к анальному сфинктеру), а также наличие или отсутствие полостей, затеков по ходу свища и их локализацию. Если свищ является проявлением БК, то в начале полностью формулируется диагноз основного заболевания. Ниже приведены примеры формулировок диагноза:

- "Послеродовый ректовагинальный свищ высокого уровня".
- "Транссфинктерный ректовагинальный свищ с подкожным затеком".
- "Послеоперационный ректовагинальный свищ зоны анастомоза".
- "Постлучевой ректовагинальный свищ".
- "Болезнь Крона в форме колита с поражением восходящей, сигмовидной и прямой кишки, хроническое непрерывное течение, тяжелая форма. Перианальные проявления в виде ректовагинального свища высокого уровня. Гормональная зависимость".

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Основным клиническим симптомом РВС является выделение компонентов кишечного содержимого через влагалище [1, 6].

Клиническая картина РВС может быть крайне разнообразна. Пациенты могут отмечать дискомфорт, резь, зуд, боли в области заднего прохода, влагалища и промежности. Выделения из влагалища могут иметь как сукровичный, так и гнойный характер. При наличии гнойно-воспалительного процесса в ректовагинальной перегородке или параректальной клетчатке (что, учитывая анатомические особенности ректовагинальной перегородки, отмечается крайне редко) возможно появление системных воспалительных

симптомов, таких как повышение температуры тела, лихорадка. Также, особенно при длительном анамнезе, возможны проявления симптомов воспалительных заболеваний мочеполовой системы. Дифференциальный диагноз следует проводить со свищами между другими отделами ЖКТ и женскими половыми органами (энтероцервикальные, энтеровагинальные свищи), урогенитальными свищами.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз РВС устанавливают на основании данных клинического и инструментального обследования.

2.1. Жалобы и анамнез

При РВС характерны жалобы на выделение компонентов кишечного содержимого из влагалища. Также пациенты с РВС могут отмечать дискомфорт, резь, зуд, боли в области заднего прохода, влагалища и промежности. При наличии гнойно-воспалительного процесса в ректовагинальной перегородке или параректальной клетчатке (отмечается крайне редко) возможно появление системных воспалительных симптомов, таких как повышение температуры тела, лихорадка. При длительном анамнезе возможны проявления симптомов воспалительных заболеваний мочеполовой системы [1].

2.2. Физикальное обследование

- Всем пациентам с подозрением на РВС с целью подтверждения диагноза рекомендуется проводить физикальное обследование [1]:

- наружный осмотр наружных женских половых органов, паховых и перианальной областей;

- вагинальное исследование для выявления свищевого отверстия во влагалище, оценки уровня расположения свищевого отверстия во влагалище, выраженности рубцового процесса, наличия гнойных затеков в ректовагинальной перегородке и/или в полости таза;

- пальцевое исследование анального канала и прямой кишки с целью оценки состояния ЗАПК, выявления свищевого отверстия в кишке, определения его размеров, расположения, состояния стенки кишки в перифистулярной области, состояния ректовагинальной перегородки и клетчаточных пространств таза, наличия в них гнойно-воспалительного либо фиброзно-рубцового процесса;

- также необходимо провести бимануальное исследование с целью оценки состояния ректовагинальной перегородки и параректальных клетчаточных пространств, определения или исключения наличия в них гнойно-воспалительного либо фиброзно-рубцового процесса. Определяют характер свищевого хода: трубчатый либо губовидный.

- целесообразно выполнить зондирование свищевого хода с целью оценки топологии свищевого хода, его протяженности, отношения к анальному каналу и анальному сфинктеру, определения уровня свищевого отверстия в кишке и пробу с красителем для выявления сообщения наружного свищевого отверстия с просветом прямой кишки и/или влагалища, прокрашивания дополнительных свищевых ходов и полостей.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.3. Лабораторные диагностические исследования

Специфическая лабораторная диагностика РВС отсутствует.

- Пациентам с РВС рекомендуется проведение патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала (из свищевого хода и/или из зоны свищевого отверстия во влагалище, кишке и/или стенки свищевого хода) при подозрении на опухолевый процесс [1].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Пациентам с подозрением на РВС и наличием гнойного отделяемого из свищевых отверстий, влагалища и/или прямой кишки при активном гнойно-воспалительном процессе рекомендуется проведение микробиологического (культурального) исследования отделяемого из влагалища и свищевого хода (при его наличии) на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и определение их чувствительности к антимикробным химиотерапевтическим препаратам [1].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Всем пациентам с подозрением на РВС рекомендуется выполнить кольпоскопию для осмотра стенок влагалища, шейки матки, визуализации зоны свищевого отверстия [23-25].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Всем пациентам с подозрением на РВС рекомендуется проводить эндоскопическое исследование всех отделов толстой кишки и терминального отдела подвздошной кишки (ректосигмоидоскопия, колоноскопия, видеоколоноскопия) [23-25].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: исследование проводится в качестве дополнительного метода обследования с целью оценки наличия или отсутствия сопутствующих изменений толстой кишки. У пациентов моложе 50 лет необходимо исключить воспалительные изменения, характерные для болезни Крона и язвенного колита. У пациентов старше 50 лет необходимо исключить новообразования толстой кишки. При невозможности выполнить эндоскопическое исследование толстая кишка должна быть обследована при помощи лучевых методов диагностики.

- Всем пациентам с РВС рекомендуется проводить ЭУЗИ и/или МРТ малого таза с целью выявления свищевого хода, окончательного определения его топографии по отношению к влагалищу, прямой кишке и мышечным структурам таза, определения наличия и распространенности гнойных затеков [26-28].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: оба метода обладают сходными чувствительностью и специфичностью при диагностике РВС. ЭУЗИ позволяет определить характер свищевого хода, его протяженность, отношение к анальному сфинктеру, наличие и характер гнойных затеков. Также выявляются структурные изменения в ЗАПК, наличие и протяженность его дефектов, состояние мышц тазового дна. Доказана несомненная эффективность ЭУЗИ в определении дефектов внутреннего и наружного сфинктера. Ультразвуковое исследование достаточно простое в исполнении, недорогое, короткое по продолжительности, может выполняться врачом-колопроктологом самостоятельно. Недостатком метода является оператор-зависимость. Выполнение МРТ целесообразно при наличии противопоказаний к ЭУЗИ

(сужение и деформация заднего прохода, выраженный болевой синдром и т.п.). МРТ демонстрирует высокую детализацию и является оператор-независимым исследованием. При этом МРТ – дорогостоящее исследование, требует привлечения врача-рентгенолога и занимает больше времени.

- Всем пациентам с РВС рекомендуется проводить исследование функции запирающего аппарата прямой кишки (сфинктерометрия) с целью определения функционального состояния мышечных структур [29-31].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: исследование наиболее значимо у больных с исходными нарушениями функции анального сфинктера (ранее оперированных по поводу заболеваний аноректальной области и у пациенток с послеродовыми РВС).

2.5. Иные диагностические исследования

Нет.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Консервативное лечение

В единичных исследованиях описаны случаи спонтанного закрытия ранее не оперированных РВС при наличии узкого свищевого хода (менее 0,3 см), отсутствии гнойно-воспалительных осложнений в ректовагинальной перегородке при ограничении пассажа в зоне свищевого отверстия (высокие клизмы, диета); санации прямой кишки и влагиалища; воздействии на выстилку свищевого хода физическими (выскабливание), химическими (щелочные растворы), биологическими (ферментативные препараты) методами; применении аутогемотерапии в зоне свища и т.п. Исследования проведены на крайне малых группах пациенток, отдаленные результаты не описаны [32].

- Всем пациентам с РВС на фоне болезни Крона (БК) рекомендуется проводить специфическое лечение, направленное на купирование основного заболевания [9, 11, 33].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: см. клинические рекомендации "Болезнь Крона".

3.2. Хирургическое лечение

Выбор метода операции определяется с учетом следующих характеристик:

- 1) этиология заболевания;
- 2) локализация свищевого хода по отношению к наружному сфинктеру заднего прохода;
- 3) уровень расположения свищевого отверстия в прямой кишке;
- 4) наличие гнойных полостей и инфильтратов в ректовагинальной перегородке и параректальной клетчатке.

3.2.1. Хирургическое лечение РВС низкого уровня

- Пациентам с РВС низкого уровня при вовлечении не более 1/3 анального сфинктера

рекомендуется иссечение свища в просвет кишки [31, 34, 35].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: эффективность операции иссечения свища в просвет кишки достаточно высока и колеблется от 92 до 97%.

- Пациентам с РВС низкого уровня при наличии сопутствующей недостаточности анального сфинктера, обусловленной дефектом анального сфинктера или рубцовом замещении мышечной ткани по передней полуокружности, рекомендуется иссечение свища, сфинктеропластика [35].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: излечение больных достигается в 41-100% наблюдений.

3.2.2. Хирургическое лечение ректовагинальных свищей высокого уровня

- Пациентам с РВС высокого уровня рекомендуется ликвидация свища "инвагинационным" методом [36-39].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: метод наиболее воспроизводим при отсутствии воспалительных и рубцовых изменений ректовагинальной перегородки в области свищевого хода, диаметре свищевого хода не менее 7 мм (при необходимости выполняется бужирование свищевого хода) и не более 12 мм. Методика. Свищевой ход от свищевого отверстия во влагалище выделяют до стенки прямой кишки в виде "трубки". Затем выполняют инвагинацию свищевого хода в просвет кишки. Результаты: излечение больных отмечено в 62,2% наблюдений, метод показал эффективность при повторном применении в случае развития рецидива РВС.

- Пациентам с РВС высокого уровня при расположении свищевого отверстия не выше 1 см от зубчатой линии, с сохранной функцией анального сфинктера, интактной стенкой ниже ампулярного отдела прямой кишки рекомендуется выполнить сегментарную проктопластику (иссечение свища с перемещением слизисто-подслизистого, слизисто-мышечного или полнослойного лоскута прямой кишки в анальный канал) [40, 41].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: излечение больных описано в 50-70% наблюдений.

- Пациентам с РВС высокого уровня, рецидивным течением болезни, имеющим выраженные рубцово-фиброзные изменения ректовагинальной перегородки, стенок влагалища и прямой кишки, постлучевыми РВС, а также при свищах, являющихся следствием БК, рекомендуется операция Мартиуса (транспозиция луковичнопещеристой мышцы в ректовагинальную перегородку между ушитыми дефектами прямой кишки и влагалища) [10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: вариантами операции являются: перемещение фрагмента жировой ткани на сосудистой ножке из области большой половой губы либо паховой складки. Метод, в основном, применяют при отключенном пассаже кала по прямой кишке. Излечение больных описано в 50-94% наблюдений.

- Пациентам с РВС высокого уровня, рецидивным течением болезни, наличием выраженных рубцово-фиброзных изменений ректовагинальной перегородки, стенок влагалища и прямой кишки, постлучевыми РВС, а также при свищах, являющихся следствием БК, рекомендуется транспозиция нежной мышцы бедра в ректовагинальную перегородку между ушитыми дефектами прямой кишки и влагалища [42, 43].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: метод, в основном, применяют при отключенном пассаже кала по прямой кишке. Излечение больных описано в 50-92% наблюдений

- Пациентам с РВС при высоком расположении свищевого хода (нижне- и среднеампулярный отдел прямой кишки), рецидивном характере болезни, больших дефектах (более 2,5-3 см), сложных свищах, выраженных рубцово-фиброзных изменениях ректовагинальной перегородки, стенок влагалища и прямой кишки, а также при РВС, являющихся следствием лучевой терапии или БК рекомендуется ушивание дефекта либо резекция сегмента кишки, несущего свищевое отверстие абдоминальным (лапароскопическим) доступом [44].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: применение метода рекомендовано только при наличии интактного проксимального отдела прямой кишки и сохранной функции анального сфинктера. Метод применяют при отключении прямой кишки. Излечение больных описано в 75-100% наблюдений.

- Пациентам с РВС высокого уровня при наличии узкого свищевого хода (до 5 мм), расположении свищевого отверстия не выше 1 см от зубчатой линии, интактной стенке прямой кишки рекомендуется ликвидация свища расщепленным влагалищно-прямокишечным лоскутом [1, 45].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: методика: свищ иссекают в пределах здоровых тканей. Затем производят расщепление ректовагинальной перегородки, мобилизацию задней стенки влагалища и передней стенки прямой кишки в проксимальном направлении от раны. Затем формируют "ложе" для фиксации низведенного расщепленного лоскута в преддверии влагалища и анальном канале. Расщепленную ректовагинальную перегородку низводят в виде "рукава" и фиксируют к анальному сфинктеру, в прямой кишке и влагалище. Результаты: излечение больных отмечено в 29-94% наблюдений.

Также, одним из методов, использование которого возможно у пациентов с РВС высокого уровня, имеющих фиброзные изменения стенок прямой кишки и влагалища в парасвищевой области, является иссечение свища с отдельным ушиванием дефектов стенки влагалища и прямой кишки. Эффективность метода колеблется в пределах 75-100%. В настоящее время метод имеет преимущественно историческое значение.

3.2.3. Малоинвазивное хирургическое лечение ректовагинальных свищей

К малоинвазивным методам хирургического лечения РВС относят оперативные вмешательства, позволяющие ликвидировать свищ и при этом сохранить кишечную стенку интактной и минимизировать хирургическую травму окружающих тканей.

- Пациентам с РВС при неосложненном течении болезни и наличии узкого свищевого хода рекомендуется применение методов, основанных на использовании современных биологических, биосинтетических и синтетических материалов [32, 39, 46].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: применение биологического клея и различного вида имплантов наиболее эффективно в случае протяженных свищевых ходов, что крайне редко встречается у больных с ректовагинальными свищами, когда большинство свищей, по сути, являются губовидными. Учитывая это, излечение больных после применения данных методик у пациентов с РВС описано в 14-40% наблюдений.

- Пациентам с РВС при неосложненном течении болезни и наличии узкого свищевого хода рекомендуется ликвидация свища методом лазерной термооблитерации свищевого хода с пластикой вагинальным лоскутом. Прототипом предложенного способа является термооблитерация свищевого хода при лечении свищей прямой кишки [47].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: метод позволяет адекватно ликвидировать РВС, сохранив интактной кишечную стенку, окружающие мышечные структуры промежности, осуществить пластику влагалища без натяжения. Применение данного способа хирургической коррекции РВС возможно при отсутствии воспалительных и рубцовых изменений ректовагинальной перегородки в области свищевого хода, диаметре свищевого хода не более 3 мм. Методика. В свищевой ход вагинальным доступом устанавливают лазерный световод. Производят лазерную термооблитерацию свищевого отверстия в кишке, части свищевого хода в стенке кишки и ректовагинальной перегородке. Свищевое отверстие со стороны влагалища иссекают. Мобилизуют заднюю стенку влагалища и фиксируют к краям влагалищной раны край в край без натяжения отдельными швами. Эффективность метода отмечается до 50% наблюдений.

- Пациентам с РВС при неосложненном течении болезни и наличии узкого свищевого хода рекомендуется ликвидация свища методом лигирования свищевого хода и его транспозиции в анальный канал с созданием дубликатуры кишечной стенки [48].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: способ наиболее эффективен при узких неосложненных РВС (ширина просвета не более 4 мм). Методика. Трансвагинальным доступом мобилизуют переднюю стенку прямой кишки, верхний край наружного и внутреннего анальных сфинктеров по передней полуокружности, проксимальную треть стенки анального канала, выделяют свищевой ход до стенки кишки без нарушения целостности его просвета, непосредственно у кишечной стенки производят лигирование свищевого хода, отсекают свищевой ход выше зоны лигирования, создают дубликатуру кишечной стенки, куда погружается лигированный свищевой ход, производят транспозицию зоны созданной дубликатуры в дистальном направлении под внутренний сфинктер в проксимальную треть анального канала. Эффективность метода отмечается до 50% наблюдений.

- Пациентам с постлучевыми РВС рекомендуется микроинъекционная аутотрансплантация жировой ткани (МАЗТ) [49, 50].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: методика: в ректовагинальную перегородку и края свища со стороны влагалища осуществляется введение очищенной жировой ткани, ретроградно в небольших количествах (1/5-1/10 мл) с целью равномерного распределения жировой ткани в реципиентной зоне. Следует отметить крайне незначительное количество наблюдений, посвященных данному методу. Результаты: излечение больных отмечено от 50% до 100% наблюдений.

Примечание.

Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

3.3.3. Роль кишечной стомы в лечении ректовагинальных свищей

При РВС отключение пассажа кишечного содержимого по прямой кишке показано при выраженном воспалительном процессе (инфицировании влагалища и мочевыводящей системы), дефектах ректовагинальной перегородки более 3 см, высоких, сложных и

постлучевых РВС. Колостомы в данных ситуациях может значительно улучшить качество жизни пациентов. Следует отметить, что достоверные данные о влиянии отключения пассажа кишечного содержимого по прямой кишке на результаты хирургического лечения РВС отсутствуют. Всем пациентам с ректовагинальными свищами вопрос о формировании стомы нужно решать строго индивидуально [18, 34, 51, 52].

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Необходимость реабилитации пациентов обусловлена хирургической травмой перианальной области, влагалища, анального канала и нижеампулярного отдела прямой кишки с наличием послеоперационных швов в указанных анатомических областях. Заживление ран вторичным натяжением, швы в области ректовагинальной перегородки обуславливают риск гнойно-септических осложнений, послеоперационных кровотечений при несостоятельности наложенных швов. Болевой синдром различной степени выраженности и возможные нарушения функции дефекации и функции держания в послеоперационном периоде может приводить к значительной социальной дезадаптации и снижать качество жизни данной категории пациентов. Общие принципы реабилитации после хирургического лечения:

1. комплексная оценка исходного состояния пациентки и формулировка программы реабилитации;
2. составление плана необходимых для реабилитации диагностических и лечебных мероприятий;
3. мультидисциплинарный принцип организации реабилитационной помощи;
4. контроль эффективности проводимой терапии в процессе восстановительного лечения и по окончании курса реабилитации.

1-й этап – ранняя реабилитация, с 4 по 10 сутки после хирургического вмешательства. В данный период пациент находится на реабилитационном стационарном лечении в течение 5-7 дней, после чего дальнейшая реабилитация происходит в течение 721 дня в условиях дневного стационара кратковременного пребывания либо амбулаторно.

Наиболее важными задачами 1 этапа реабилитации является нормализация работы желудочно-кишечного тракта с формированием нормальной консистенции и частоты стула. Кроме того, на данном этапе осуществляется контроль гемостаза, раневого процесса и купирование послеоперационного болевого синдрома.

2-й этап (с 15 по 45 сутки после операции) направлен на ускорение репаративных процессов и геометрически правильное, программируемое заживление послеоперационных ран с контролем деятельности желудочно-кишечного тракта.

Основные реабилитационные мероприятия после хирургического лечения РВС.

После выписки из стационара в послеоперационном периоде необходимо проведение реабилитационных мероприятий у всех пациентов, перенесших хирургическое лечение по поводу РВС. В зависимости от тяжести нарушений функции комплекс реабилитационных мероприятий проводится амбулаторно либо на стационарной реабилитационной койке.

- Всем пациентам с РВС после оперативного лечения при нарушениях дефекации (запоры) рекомендуется механическая очистка кишечника (выполнение очистительной либо сифонной клизмы, назначение слабительных препаратов осмотического типа с оценкой их эффективности, механическое удаление каловых масс под местным либо регионарным обезболиванием) [1].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Всем пациентам с РВС после оперативного лечения при выраженном болевом синдроме (интенсивность болевого синдрома по шкале НОШ превышает 6 баллов) рекомендуется назначение анальгетиков и/или НПВП с использованием парентерального пути введения; аппликация на раневые поверхности мазевых композиций, в состав которых входят местно-анестезирующие и противовоспалительные компоненты; физиотерапия (сочетанное воздействие импульсных токов и ультразвуковой терапии, ферментативное, лазерное облучение и т.д.) [1].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Всем пациентам с РВС после оперативного лечения рекомендуется осуществлять контроль раневого процесса (применение местных и/или системных НПВП с динамическим локальным контролем за уровнем воспалительной реакции и микробиологическим контролем), проводить обработку раневых поверхностей растворами антисептиков, наносить мазевые композиции на водорастворимой основе, содержащие противомикробные компоненты, использовать мази, содержащие антибактериальные компоненты; назначать антибактериальные препараты системного действия в таблетированной форме или вводимые парентерально с целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений в области послеоперационных ран [1].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Целью 2-го этапа реабилитации (возможно проведение в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара) пациентов, перенесших хирургическое лечение по поводу РВС, является окончательная эпителизация послеоперационных ран и профилактика развития послеоперационных осложнений.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

5.1. Профилактика

Профилактика РВС заключается в улучшении качества акушерских пособий, сокращении частоты послеродовых осложнений, своевременном привлечении врача-колопроктолога при травме прямой кишки, ЗАПК и анального канала. При возникающих акушерских осложнениях показано правильное и своевременное их лечение (ушивание разрывов), адекватное послеродовое и послеоперационное ведение.

Улучшение качества хирургической помощи больным с заболеваниями анального канала и дистальной части прямой кишки:

- правильный выбор тактики оперативного лечения;
- правильная техника выполнения данных вмешательств;
- улучшение качества периоперационного ведения пациентов;
- своевременное выявление и правильное ведение пациентов с БК.
- правильный подбор дозы лучевой терапии у пациенток со злокачественными заболеваниями органов таза [20-22].

5.2. Диспансерное ведение

После окончания лечения и заживления ран необходимо проводить контрольные осмотры и обследования врачом-колопроктологом в течение первого года 1 раз в 6 месяцев.

6. Организация оказания медицинской помощи

6.1. Показания для госпитализации в медицинскую организацию

1) Неотложная госпитализация при РВС, осложненном абсцедированием ректовагинальной перегородки, клетчаточных пространств таза (пельвиоректального, ишиоанального, подкожного и др.).

2) Плановая госпитализация для выполнения радикального оперативного вмешательства.

Проведение диагностических мероприятий в плановой ситуации на этапе постановки диагноза может осуществляться в амбулаторных условиях. Проведение хирургического лечения целесообразно осуществлять в условиях специализированных отделений стационара.

6.2. Показания к выписке пациента из медицинской организации

1) При неотложной госпитализации по поводу РВС, осложненного абсцедированием, является ликвидация острых проявлений болезни, нормализация состояния больного, адекватное дренирование гнойников.

2) При плановой госпитализации для радикального лечения РВС показанием к выписке после планового оперативного вмешательства является: неосложненное течение раннего послеоперационного периода (отсутствие дизурии, повышенной кровоточивости и т.п.); отсутствие гнойно-септических осложнений течения раневого процесса; возможность самостоятельной полноценной дефекации после хирургического лечения; возможность пациенток (для пациентов с ограниченными возможностями) самостоятельно продолжить курс консервативной терапии в амбулаторных условиях под наблюдением регионального врача-колопроктолога.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Отрицательно влияют на исход лечения:

1. Присоединение инфекционных осложнений.
2. Нарушение стула (диарея или запор).
3. Несоблюдение пациентом ограничений двигательной активности и физических нагрузок.

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнено физикальное обследование (при установлении диагноза)	2	A

2	Выполнено ЭУЗИ или МРТ малого таза (при установлении диагноза)	1	A
3	Выполнено исследование функционального состояния ЗАПК (сфинктерометрия) (при установлении диагноза)	5	C
4	Выполнено хирургическое вмешательство (на этапе лечения)	2	A
5	Выполнена механическая очистка кишечника после оперативного лечения при нарушениях дефекации (запоры)	5	C
6	Осуществлен контроль раневого процесса (использованы местные и/или системные нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты с динамическим локальным контролем за уровнем воспалительной реакции и микробиологическим контролем), проведена обработка раневых поверхностей растворами антисептиков, нанесены мазевые композиции на водорастворимой основе, содержащие противомикробные компоненты, использованы мази, содержащие антибактериальные компоненты; назначены антибактериальные препараты системного действия с целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений в области послеоперационных ран после хирургического лечения	5	C

Список литературы

1. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. Литтера, 2014, 608 с.
2. Sharma, S. Diversities of H-type anorectal malformation: a systematic review on a rare variant of the Krickbeck classification/S. Sharma, D.K. Gupta // *Pediatr Surg Int.* – 2017. – N 33(1). – P. 3-13.
3. Wilson, S.M. Psychological Symptoms and Social Functioning Following Repair of Obstetric Fistula in a Low-Income Setting/S.M. Wilson, K.J. Sikkema, M.H. Watt, G.G. Masenga // *Matern Child Health J.* – 2016. – N 20(5). – P. 941 – 5.
4. Egziabher, T.G. Obstetric fistula management and predictors of successful closure among women attending a public tertiary hospital in Rwanda: a retrospective review of records/T.G. Egziabher, N. Eugene, K. Ben, K. Fredrick // *BMC Res Notes.* – 2015. – N 12(8). – P. 774.
5. Wall, L.L. Residual Incontinence After Obstetric Fistula Repair/L.L. Wall // *Obstet Gynecol.* – 2016. – N 128(5). – P. 943 – 4.
6. Mafo, D.H. An integrative review on women living with obstetric fistula and after treatment experiences/D.H. Mafo, M. Hayter, M. Laurenson // *Clin Nurs.* – 2017. – N 26(1112). – P. 1445 – 57.
7. Tungalp, O. Measuring the incidence and prevalence of obstetric fistula: approaches, needs and recommendations/O. Tungalp, V. Tripathi, E. Landry, C.K. Stanton // *Bull World Health Organ.* – 2015. – N 1; 93(1). – P. 60 – 2.
8. Kobayashi, H. Successful management of rectovaginal fistula treated by endorectal advancement flap: report of two cases and literature review./H. Kobayashi, K. Sugihara // *Springerplus.* – 2015. – N 15(4). – P. 21
9. Narang, R. Should Immunomodulation Therapy After the Surgical Management in Patients With Rectovaginal Fistula and Crohn's Disease?/R. Narang, T. Hull, S. Perrins, J.S. Garcia // *Dis Colon Rectum.* – 2016. – N 59(7). – P. 670 – 6.
10. Gallo, G. Martius" flap for recurrent perineal and rectovaginal fistulae in a patient with

Crohn's disease, endometriosis and a mullerian anomaly/G. Gallo, A. Realis Luc, G. Clerico, M. Trompetto // *BMC Surg*. 2017. – N 21; 17(1). – P. 107.

11. Kaimakliotis, P. A Systematic Review Assessing Medical Treatment for Rectovaginal and Enterovesical Fistulae in Crohn's Disease/P. Kaimakliotis, C. Simillis, M. Harbord, C. Kontovounisios // *Clin Gastroenterol*. – 2016. – N 50(9). – P. 714 – 21.

12. Emoto, S. Rectovaginal fistula after low anterior resection for rectal cancer healed by nonoperative treatment/S. Emoto, H. Nozawa, S. Yoneyama, K. Murono // *Int J Surg Case Rep*. – 2017. – N 41(121). – P. 123.

13. Watanabe, J. Incidence and risk factors for rectovaginal fistula after low anterior resection for rectal cancer/J. Watanabe, M. Ota, D. Kawaguchi, H. Shima // *Colorectal Dis*. – 2015. – N 30(12). – P. 1659 – 66.

14. Nassar O.A. Primary repair of rectovaginal fistulas complicating pelvic surgery by gracilis myocutaneous flap/O.A. Nassar// *Gynecol Oncol*. – 2011. – N 1; 121(3). – P. 610 – 14.

15. Choi, J.M. Complex rectovaginal fistulas after pelvic organ prolapse repair with synthetic mesh: a multidisciplinary approach to evaluation and management/J.M. Choi, V. Nguyen, R. Khavari, K. Reeves // *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2012. – N 18(6). – P. 36671.

16. Zheng, H. Rectovaginal fistula after low anterior resection in Chinese patients with colorectal cancer/H. Zheng, T. Guo, Y. Wu, C. Li // *Oncotarget*. – 2017. – N 11; 8(42). – P. 7312373132.

17. Giordano P, Gravante G., Sorge R., Ovens L., Nastro P. Long-term outcomes of stapled hemorrhoidopexy vs conventional hemorrhoidectomy: a meta-analysis of randomized controlled trials // *Arch Surg*, 2009. N 144(3). P. 266 – 72.

18. Vogel, J.D. Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula/J.D. Vogel, E.K. Johnson, A.M. Morris, I.M. Paquette, T.J. Saclarides, D.L. Feingold, S.R. Steele // *ВЫН* – 2016. – N 59(12). – P. 1117 – 33.

19. Hussain, K. Rectovaginal Fistula as a Result of Coital Injury/K. Hussain, T. Ibrahim, M. Khan, J. Masood // *Coll Physicians Surg Pak*. – 2016. – N 26(1). – P. 66 – 7

20. Hata, M. Radiation therapy for stage IVA uterine cervical cancer: treatment outcomes including prognostic factors and risk of vesicovaginal and rectovaginal fistulas/M. Hata, I. Koike, E. Miyagi, R. Numazaki // *Oncotarget*. – 2017. – N 1; 8(68). – P. 112855-112866.

21. Zhong Q. Restorative resection of radiation rectovaginal fistula can better relieve anorectal symptoms than colostomy only /Q. Zhong, Z. Yuan, T. Ma, H. Wang // *World J Surg Oncol*. – 2017. – N 2; 15(1). – P. 37.

22. Мудров А.А. Постлучевые ректовагинальные свищи/А.А. Мудров, А.Ю. Титов, И.В. Костарев // *Колопроктология*. – 2015. – N 1(51). – С. 32.

23. Rex DK, Boland CR, Dornitz JA, et al. Colorectal cancer screening: recommendations for physicians and patients from the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Am J Gastroenterol*. 2017; 112: 1016 – 30.

24. Gralnek IM, Ron-Tal Fisher O, Holub JL, Eisen GM. The role of colonoscopy in evaluating hematochezia: a population-based study in a large consortium of endoscopy practices. *Gastrointest Endosc*. 2013; 77: 410 – 8.

25. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, et al. US Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2016; 315: 2564 – 75.

26. Bor, R. Prospective Comparison of Magnetic Resonance Imaging, Transrectal and Transperineal Sonography, and Surgical Findings in Complicated Perianal Crohn Disease/R. Bor, K. Farkas, A.J. Balint // *Ultrasound Med*. 2016. – N 35(11). P. 2367 – 72.

27. Maconi, G. Transperineal perineal ultrasound versus magnetic resonance imaging in the assessment of perianal Crohn's disease/G. Maconi, M. Tonolini, M. Monteleone, C. Bezzio // *Inflamm Bowel Dis*. – 2013. – N 19(13). – P. 2737 – 43.

28. Yin, H.Q. Clinical value of endoluminal ultrasonography in the diagnosis of rectovaginal fistula/H.Q. Yin, C. Wang, X. Peng, F. Xu // BMC Med Imaging. – 2016. – N 6(16). – P. 29.
29. Фоменко О.Ю. Механизмы нарушения эвакуаторной и удерживающей функции при заболеваниях прямой кишки и направления патогенетически обоснованной диагностики и терапии: автореф. дис.... д-ра. мед. наук: 14.03.03/Фоменко Оксана Юрьевна. – М., 2017. – 14 с.
30. Шельгин Ю.А. Сфинктерометрические показатели давления в анальном канале в норме/Ю.А. Шельгин, О.Ю. Фоменко, А.Ю. Титов, В.В. Веселов, С.В. Белоусова, Д.В. Алешин // Колопроктология. – 2016. – N 2(56). – С. 32-36.
31. Мудров А.А. Клинико-функциональные особенности состояния запирающего аппарата прямой кишки у пациенток с ректовагинальными свищами до и после применения расщепленного влагалищно-прямокишечного лоскута/М.М. Омарова, О.Ю. Фоменко, И.В. Костарев, Ю.А. Соколова, А.Б. Серебряный, А.Ю. Титов // Хирург. – 2021. – N. 9 – 10. – С. 49-59.
32. Oakley, S.H. Practice patterns regarding management of rectovaginal fistulae: a multicenter review from the Fellows" Pelvic Research Network/S.H. Oakley, H.W. Brown, L. Yurteri-Kaplan, J.A. Greer // Female Pelvic Med Reconstr Surg. – 2015. – N 21(3). – P. 123 – 8.
33. Shen, B. Exploring endoscopic therapy for the treatment of Crohn's disease-related fistula and abscess/B. Shen // Gastrointest Endosc. – 2017. – N 85(6). – P. 1133 – 43.
34. Gottgens, K. The disappointing quality of published studies on operative techniques for rectovaginal fistulas: a blueprint for a prospective multi-institutional study./K. Gottgens, R. Smeets, L. Stassen et al. // Dis Colon Rectum. – 2014 Jul. – N 57(7). – p. 888 – 98.
35. Fernando RJ1, Sultan AH, Kettle C, Thakar R. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Dec 8; (12): CD002866
36. Мудров А.А. Малоинвазивный подход при лечении ректовагинальных свищей высокого уровня (первый опыт применения "инвагинационного" метода)/А.А. Мудров, Ю.А. Шельгин, А.Ю. Титов, О.Ю. Фоменко, Л.А. Благодарный, Ю.А. Соколова, И.В. Костарев, М.М. Омарова // Колопроктология, – 2018. – N 4. – С. 39-44.
37. Мудров, А.А. Хирургическая коррекция ректовагинальных свищей: новые перспективы/А.А. Мудров, А.Ю. Титов, И.В. Костарев // Колопроктология. – 2015. – N 1(51). С. 32 – 3.
38. Шельгин Ю.А. Способ хирургического лечения ректовагинальных свищей высокого уровня с использованием эктопированного цилиндрического вагинального лоскута (инвагинационный метод)/Ю.А. Шельгин, А.Ю. Титов, А.А. Мудров, Л.А. Благодарный, И.В. Костарев, Ю.А. Соколова // Патент на изобретение RU 2675351 C1, 18.12.2018. Заявка N 2018111455 от 30.03.2018.
39. Мудров А.А. Хирургическое лечение ректовагинальных свищей "инвагинационным" методом с укреплением зоны инвагинации биоимплантом (первый опыт применения)/А.А. Мудров, А.Ю. Титов, О.Ю. Фоменко, Л.А. Благодарный, М.М. Омарова, Ю.А. Соколова, И.В. Костарев, Е.Е. Жарков // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2020,- N 1. – С. 27-31
40. Karp, N.E. Do the Surgical Outcomes of Rectovaginal Fistula Repairs Differ for Obstetric and Nonobstetric Fistulas? A Retrospective Cohort Study/N.E. Karp, E.K. Kobemik, M.B. Berger, C.M. Low // Female Pelvic Med Reconstr Surg. – 2019. – N 25(1). – P. 36-40.
41. Jarrar A, Church J. Advancement flap repair: a good option for complex anorectal fistulas. Dis Colon Rectum. 2011; 54(12): 1537 – 41.
42. Hotouras, A. Gracilis muscle interposition for rectovaginal and anovaginal fistula repair: a systematic literature review/A. Hotouras, Y. Ribas, S. Zakeri, J. Murphy // Colorectal Dis. – 2015. – N 17(2). – P. 104 – 10.
43. Park, S.O. Treatment of rectovaginal fistula with gracilis muscle flap transposition: long-

term follow-up/S.O. Park, K.Y. Hong, K.J. Park, H. Chang // Int J Colorectal Dis. – 2017. – N 32(7). – P. 1029 – 32.

44. Mukwege, D. Minimally invasive treatment of traumatic high rectovaginal fistulas/D. Mukwege, N. Mukanire, J. Himpens, G.B. Cadiere // Surg Endosc. – 2016. – N 30(1). – P. 379 – 87.

45. Шельгин Ю.А., Титов А.Ю., Мудров А.А., Благодарный Л.А., Костарев И.В., Соколова Ю.А. Способ ликвидации ректовагинальных свищей "Y-образным" лоскутом. Патент на изобретение RU 2675348 С1, 18.12.2018. Заявка N 2018111454 от 30.03.2018.

46. Mege, D. Is biological mesh interposition a valid option for complex or recurrent rectovaginal fistula?/D. Mege, M. Frasson, L. Maggiori, Y. Panis // Colorectal Dis. – 2016. – N 18(2). – P. 61 – 5.

47. Матинян А.В. Предварительные результаты лечения пациентов с транс- и экстрасфинктерными свищами прямой кишки методом лазерной термооблитерации свищевого хода/А.В. Матинян, И.В. Костарев, А.Ю. Титов, Л.А. Благодарный, А.А. Мудров, Р.Р. Елигулашвили, Д.О. Киселев, А.В. Захарян // Хирург – 2020. – N 3 – 4(176) – С. 34-42.

48. Шельгин Ю.А. Способ хирургического лечения ректовагинальных свищей высокого уровня методом лигирования свищевого хода и его транспозиции в анальный канал с созданием дубликатуры кишечной стенки/Ю.А. Шельгин, А.Ю. Титов, А.А. Мудров, Л.А. Благодарный, И.В. Костарев, М.М. Омарова, Ю.А. Соколова // Патент на изобретение RU 2686640 С1, 22.04.2019. Заявка N 2018115759 от 26.04.2018.

49. De Weerd, L. Novel treatment for recalcitrant rectovaginal fistulas: fat injection/L. De Weerd, S. Weum, S. Norderval // Int Urogynecol J. – 2015. – N 26(1). – P. 139 – 44.

50. Терюшкова Ж.И. Липографтинг и стромально-васкулярная фракция жировой ткани в лечении пациенток с постлучевыми ректовагинальными свищами/Ж.И. Терюшкова, В.С. Васильев, А.В. Важенин, С.А. Васильев, И.И. Еремин // Тазовая хирургия и онкология – 2019. – N 9(1) – С. 34-41.

51. Lambertz, A. Influence of diversion stoma on surgical outcome and recurrence rates in patients with rectovaginal fistula – A retrospective cohort study./A. Lambertz, B. Luken, T.F. Ulmer, G. Bohm, U.P. Neumann, C.D. Klink, C.J. Kronen. // Int J Surg. – 2016. – N 25. – P. 114 – 7.

52. Jihong, Fu. Surgical repair of rectovaginal fistulas: predictors of fistula closure./Fu. Jihong, Z. Liang, Y. Zhu, L. Cui, W. Chen. // International Urogynecology Journal. – 2019. – N 30. – p. 1659 – 65.

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

№	Ф.И.О.	Ученая степень	Ученое звание	Профессиональная ассоциация
1.	Шельгин Юрий Анатольевич	д.м.н.	Академик РАН, профессор	Ассоциация колопроктологов России
2.	Адамян Лейла Владимировна	д.м.н.	Академик РАН, профессор	Российское общество акушеров-гинекологов
3.	Фролов Сергей Алексеевич	д.м.н.		Ассоциация колопроктологов России

4.	Васильев Сергей Васильевич	д.м.н.	профессор	Ассоциация колопроктологов России
5.	Кашников Владимир Николаевич	д.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
6.	Ильканич Андрей Яношевич	д.м.н.	профессор	Ассоциация колопроктологов России
7.	Москалев Алексей Игоревич	к.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
8.	Титов Александр Юрьевич	д.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
9.	Благодарный Леонид Алексеевич	д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
10.	Кузьминов Александр Михайлович	д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
11.	Хитарьян Александр Георгиевич	д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
12.	Мудров Андрей Анатольевич	к.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
13.	Коротких Николай Николаевич	д.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
14.	Костарев Иван Васильевич	д.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
15.	Бирюков Олег Михайлович	к.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
16.	Попов Дмитрий Евгеньевич	к.м.н.	Доцент	Ассоциация колопроктологов России
17.	Грошилин Виталий Сергеевич	д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
18.	Терюшкова Жанна Ивановна	д.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
19.	Башанкаев Бадма Николаевич			Ассоциация колопроктологов России

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

1. Врачи-колопроктологи
2. Врачи-хирурги
3. Врачи-гастроэнтерологи

4. Врачи-терапевты
5. Врачи общей практики (семейные врачи)
6. Врачи-эндоскописты
7. Средний медицинский персонал
8. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты.

Таблица 1. Шкала оценки УДД (уровней достоверности доказательств) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки УДД для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ (рандомизированные клинические испытания) с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки УУР (уровней убедительности рекомендаций) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР (клинические рекомендации), но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Статья 76 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в части разработки и утверждения медицинскими профессиональными некоммерческими организациями клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;

2. Приказ от 2 апреля 2010 г. N 206н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля" Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

3. Федеральный Закон Российской Федерации от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";

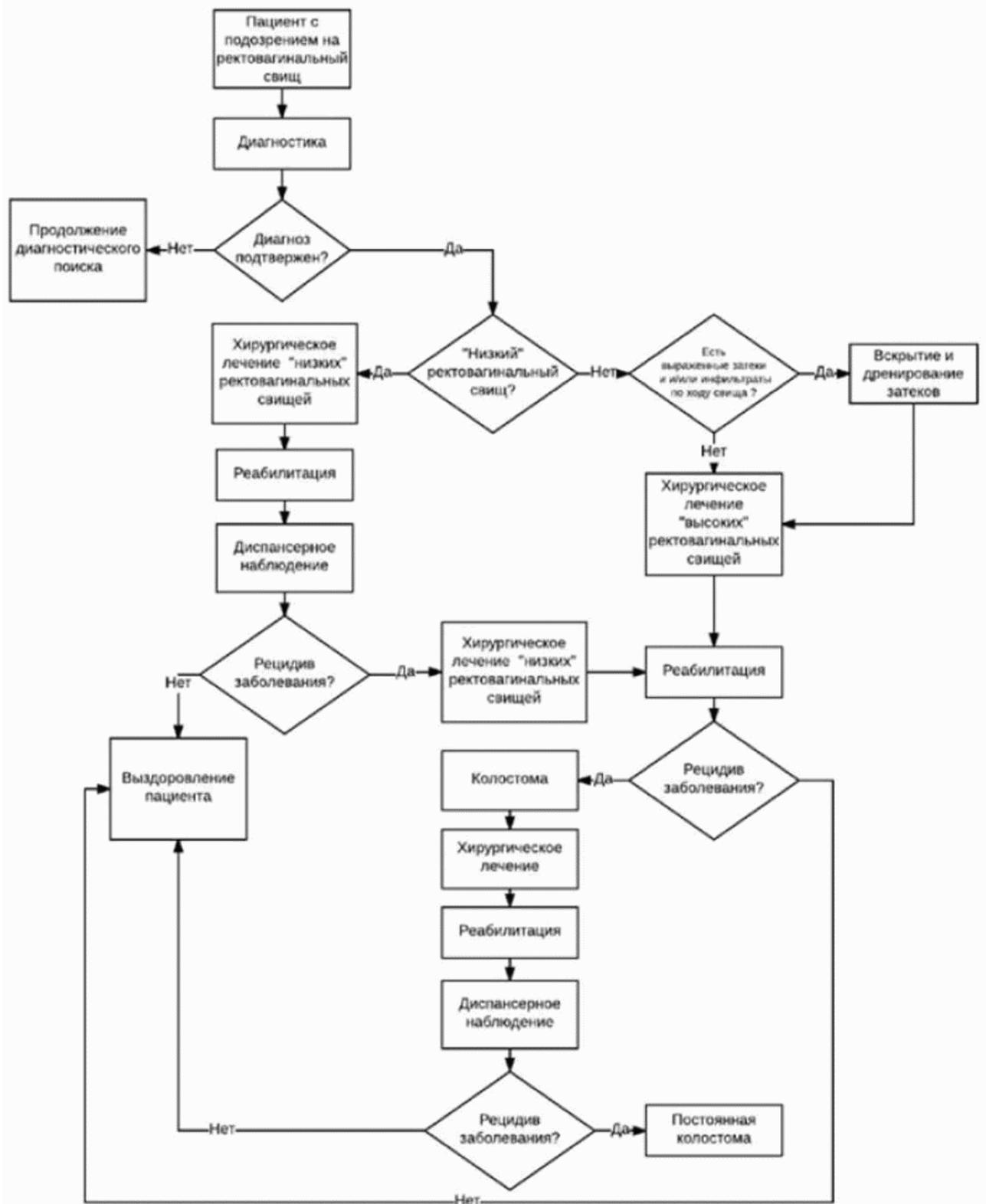
4. Приказ Минздрава России от 10 мая 2017 г. N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи";

5. Приказ Минтруда России от 27 августа 2019 г. N 585н (ред. от 06.10.2021) "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной

экспертизы".

Приложение Б

Алгоритмы действий врача



Информация для пациента

Ректовагинальный свищ – это патологический, не существующий в норме ход, сообщающий просвет прямой кишки и влагалище.

Причина и механизм развития: чаще всего заболевание носит приобретенный характер, значительно реже является врожденным. Врожденные ректовагинальные свищи, как правило, лечатся в детском возрасте. Наиболее частыми причинами развития приобретенных ректовагинальных свищей являются:

- осложненные роды (затяжные роды, разрывы промежности, длительный безводный промежуток);
- повреждение стенки прямой кишки при различных хирургических вмешательствах на органах малого таза (гинекологические, проктологические операции);
- травматические повреждения перегородки, разграничивающей прямую кишку и влагалище (ректовагинальная перегородка);
- самопроизвольное вскрытие острого парапроктита в просвет влагалища;
- осложнения тяжелых воспалительных заболеваний толстой кишки (болезнь Крона).

Так как передняя стенка прямой кишки непосредственно граничит со стенкой влагалища на всем протяжении, любое повреждение перегородки между ними (ректовагинальной перегородки) приводит к выпадению слизистой оболочки прямой кишки в просвет влагалища. Это происходит в связи с тем, что давление в прямой кишке значительно превышает давление во влагалище. За 7-8 дней выпавшая слизистая прямой кишки прирастает к стенкам влагалища и формируется постоянное патологическое сообщение между этими двумя органами – ректовагинальный свищ.

Клиническая картина: самая характерная жалоба – выделение газов и кала из влагалища. Также нередко больные жалуются на выделение гноя из влагалища, боли в промежности, частые воспалительные заболевания мочевых и половых путей, затруднения или невозможность осуществления половых контактов. Данные симптомы создают непреодолимые препятствия в интимной жизни, могут угрожать распаду семьи или быть затруднением к ее созданию.

Лечение: диагностика и лечение ректовагинальных свищей, наиболее полноценно могут быть осуществлены в специализированных колопроктологических отделениях. Единственным методом радикального излечения является хирургический. В зависимости от сложности и уровня расположения свища существуют различные оперативные вмешательства. При ректовагинальном свище высокого уровня часто приходится выполнять операцию со стороны брюшной полости. Лечение может иметь многоэтапный характер, при этом одним из этапов является наложение противоестественного заднего прохода на переднюю брюшную стенку.

Прогноз: в целом прогноз благоприятный. В специализированных отделениях удается излечить более 96% пациенток.

Информация необходимая в послеоперационном периоде. В послеоперационном периоде, на протяжении первых 1-3 месяцев после операции, важными являются гигиенические мероприятия и регуляция частоты и консистенции стула. Необходимо добиваться регулярного ежедневного стула мягкой консистенции, не травмирующего раневые поверхности в анальном канале и прямой кишке.

При развитии затруднения опорожнения прямой кишки или запора необходимо добиться нормализации стула. Лечение запора, если оно не обусловлено причинами, требующими оперативного вмешательства, должно начинаться с назначения диеты,

содержащей достаточное количество растительной клетчатки, кисломолочных продуктов, растительного масла. Из диеты исключаются копчености, соленья, маринады, какао, шоколад, частично ограничиваются жареные блюда, колбасные изделия, ржаной хлеб. Старайтесь есть меньше хлеба и хлебобулочных изделий из пшеничной муки высшего сорта (особенно свежие, мягкие), макаронных изделий, блюд из манной крупы. Рекомендуется пища с большим содержанием клетчатки и балластных веществ (содержатся в продуктах растительного происхождения, прежде всего в зерновых). К продуктам, способствующим нормализации стула, относятся: свежий кефир, простокваша, ацидофилин. Положительный эффект оказывают размоченный в воде чернослив, инжир, настой из них, сливовый сок, вареная свекла, пюре из сухофруктов. Из первых блюд полезны супы, борщи, щи на крепком овощном отваре.

Диетологи рекомендуют пудинг из моркови, чернослива, яблок с добавлением лимона, свекольное пюре, винегрет с растительным маслом. По утрам натощак рекомендуется выпить стакан минеральной воды, фруктовый сок (сливовый, персиковый, абрикосовый) или горячий лимонный напиток. Послабляющее действие оказывают съеденные натощак тертая морковь, сырое яблоко, простокваша, 5-7 штук чернослива, вымытого и залитого с вечера кипятком. Кроме того, при общем удовлетворительном состоянии показаны прогулки и незначительная физическая нагрузка. Полезны утренняя гимнастика, физические упражнения с акцентом на мышцы живота, рекомендуются быстрая ходьба.

Лекарственная терапия запоров должна проводиться с большой осторожностью, кратковременными курсами, под контролем врача.

Несколько дополнительных рекомендаций при запорах:

1. обратитесь к врачу и выясните, каким из вышеприведенных советов Вам можно воспользоваться;
2. выпивайте 4-8 стаканов жидкости в день;
3. ваша диета должна включать продукты, способствующие движению (перистальтике) кишечника. Рекомендуем хлеб грубого помола, хлебцы с отрубями, каши – гречневая, овсяная, пшеничная, перловая с молоком или растительным маслом, крупяные блюда. Включайте в свой рацион продукты, содержащие клетчатку (так в молочные коктейли диетологи рекомендуют добавлять сырые овощи и фрукты, орехи, проросшую пшеницу). Попробуйте овсяное печенье, кукурузные хлопья;
4. некоторым пациентам хорошо помогают яблоки, инжир, финики, чай с лимоном;
5. полезен отвар чернослива по утрам и на ночь;
6. обязательно добавляйте в пищу отруби, начиная с одной чайной ложки в день. Затем это количество нужно увеличить до 4-6 ложек в сутки. Слишком быстрое увеличение дозы может вызвать жидкий стул и вздутие живота. Попробуйте добавлять отруби в каши, запеканки из риса или картофеля, в молочные продукты; во время лечения противоопухолевыми препаратами принимайте слабительные средства только в крайнем случае.

Приложение Г1-ГN

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Название на русском языке: нумерологическая оценочная шкала (НОШ).

Оригинальное название (если есть): the Numeric Pain Rating Scale (NPRS).

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2647033/pdf/main.pdf>,

<https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1038/clpt.1983.159?sid=nhn%3Apubmed>

Тип: шкала оценки.

Назначение: шкала предназначена для определения интенсивности боли, позволяет оценить субъективные болевые ощущения, которые испытывает пациент боли в момент исследования.

Нумерологическая оценочная шкала

Содержание (шаблон):



Ключ (интерпретация): соответственно рекомендациям.

Пояснения: этот метод субъективной оценки боли заключается в том, что пациента просят отметить на градуированной линии длиной 10 см точку, которая соответствует степени выраженности боли. Левая граница линии соответствует определению "боли нет".

Новые, изданные в 2020-2022 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.