

Клинические рекомендации – Ректоцеле – 2022-2023-2024 (29.08.2022) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N81.6

Год утверждения (частота пересмотра): 2022

Возрастная категория: Взрослые

Пересмотр не позднее: 2024

ID: 188

По состоянию на 29.08.2022 на сайте МЗ РФ

Разработчик клинической рекомендации

- Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Список сокращений

БОС-терапия – терапия биологической обратной связи

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ЗАПК – запирающий аппарат прямой кишки

СОТД – синдром опущения тазового дна

СОД – синдром обструктивной дефекации

СРК – синдром раздраженного кишечника

СТРПП – степлерная трансанальная резекция прямой кишки

УЗИ – ультразвуковое исследование

Термины и определения

Синдром опущения тазового дна – совокупность заболеваний, возникающих вследствие опущения или выпадения органов таза. Эти заболевания могут существовать как отдельные нозологические формы (ректоцеле, выпадение прямой кишки, энтероцеле), так и в сочетании друг с другом.

Синдром обструктивной дефекации – нарушение опорожнения прямой кишки, обусловленное анатомическими изменениями заднего отдела тазового дна, такими как ректоцеле, внутренняя инвагинация и выпадение прямой кишки, энтероцеле и сигмоцеле в сочетании с дискоординацией и/или атрофией мышц тазового дна.

Диссинергическая дефекация – расстройство дефекации вследствие нарушения координации мышц тазового дна.

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

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

Ректоцеле (rectocele: лат. rectum – прямая кишка; лат. coele – полый) – дивертикулоподобное выпячивание стенки прямой кишки в сторону влагалища (переднее ректоцеле) и/или по задней полуокружности кишки (заднее ректоцеле). Переднее ректоцеле может быть представлено как изолированная форма или в сочетании с задним ректоцеле и

внутренней инвагинацией прямой кишки [1].

Синоним: опущение (выпадение) стенки влагалища.

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

Ректоцеле является наиболее распространенным в колопроктологии проявлением синдрома опущения тазового дна, который в течение жизни развивается у женщин под действие различных факторов и характеризуется слабостью связочно-мышечного аппарата с опущением либо выпадением тазовых органов. Наиболее часто дефекты тазового дна образуются в зоне ректовагинальной перегородки, что сопровождается формированием ректоцеле.

Риск заболевания увеличивается при осложненном течении беременности и родов, в том числе при хирургических пособиях, при стремительных родах, разрывах промежности, родах крупным плодом [2].

Развитию синдрома опущения тазового дна способствует тяжелый физический труд и интенсивные занятия спортом, причем не только сопровождающиеся поднятием тяжестей. В основе влияния этих факторов лежит повышение внутрибрюшного давления, а также резкие вертикальные нагрузки, ведущие к смещению органов таза в сагиттальной плоскости [3].

Хронический запор, провоцирующий частое и интенсивное натуживание, и упорный кашель также приводят к многократному резкому повышению внутрибрюшного давления и, как следствие, – перерастяжению мышечно-фасциальных структур тазового дна, обеспечивающих нормальное положение органов [4].

Еще одним фактором, предрасполагающим к опущению тазовых органов, является гистерэктомия. Связочный аппарат матки является частью системы, обеспечивающей правильное положение тазового дна, поэтому после пересечения в процессе гистерэктомии связок матки снижается поддержка тазового дна, что с течением времени приводит к опущению органов таза [5, 6].

Ожирение также оказывает отрицательное влияние на состояние связочно-мышечного аппарата женского таза [7].

Таким образом, воздействие указанных факторов на организм женщины с годами приводит к изменению положения тазовых органов и нарушению их функции. Поэтому синдром опущения тазового дна считается возрастным заболеванием.

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

Распространенность ректоцеле среди женщин, имеющих жалобы на нарушение опорожнения прямой кишки, по данным разных авторов, составляет от 7,0 до 56,5% [8-10]. У женщин в возрасте 18-83 лет, проходивших ежегодное гинекологическое обследование, распространенность СОТД увеличивается примерно на 40% с каждой последующей декадой жизни [8].

Изучение результатов профилактических осмотров, проведенных в России, показало, что у 60% женщин выявляются такие заболевания как ректоцеле, опущение стенок влагалища и матки, стрессовое недержание мочи [11]. Также есть данные, что пациентки с синдромом опущения промежности в нашей стране составляют от 15 до 30% всех больных с гинекологическими заболеваниями [12].

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

Коды по МКБ-10

Класс – Болезни мочеполовой системы (XIV)

Блок – Невоспалительные болезни женских половых органов

N81.6 Ректоцеле

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

1. По уровню дефекта ректовагинальной перегородки различают [13]:

- нижнее ректоцеле – локализовано в нижней трети влагалища;
- среднее ректоцеле – локализовано в средней трети влагалища;
- высокое ректоцеле – локализовано в верхней трети влагалища.

2. По выраженности анатомических изменений различают три степени ректоцеле [1]:

- 1 степень – ректоцеле определяется лишь при пальцевом исследовании прямой кишки как небольшой карман передней стенки прямой кишки;
- 2 степень – выпячивание прямой кишки во влагалище доходит до его преддверия;
- 3 степень – выпячивание передней стенки прямой кишки выходит за пределы влагалища.

3. По выраженности рентгенологических изменений различают [1]:

- 1 степень – размеры выпячивания не превышают 2 см;
- 2 степень – 2-4 см;
- 3 степень – выпячивание более 4 см.

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

В большинстве случаев ректоцеле протекает бессимптомно. При появлении симптомов клиническая картина соответствует синдрому обструктивной дефекации, который проявляется ощущением неполного опорожнения прямой кишки, затруднением дефекации, а также необходимостью применения ручного пособия для опорожнения прямой кишки [14].

У части пациенток единственным симптомом ректоцеле является ощущение "инородного тела" во влагалище. При выраженных формах ректоцеле даже после незначительной физической нагрузки может происходить выпадение задней стенки влагалища за пределы половой щели. Постоянное травмирование слизистой оболочки влагалища приводит к ее мацерации с явлениями зуда и дискомфорта.

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

Для установления предварительного диагноза ректоцеле достаточно данных анамнеза болезни, а также клинического осмотра, однако для выявления сопутствующих признаков СОТД, которые могут дополнять симптоматику ректоцеле, а также для выбора правильной тактики лечения, необходимо использовать инструментальные методы диагностики.

Принципы формирования диагноза.

При формулировке диагноза ректоцеле важно отразить глубину выпячивания передней стенки прямой кишки. Ниже приведены примеры формулировок диагноза:

- "Ректоцеле 1 степени";
- "Ректоцеле 2 степени";
- "Ректоцеле 3 степени".

2.1. Жалобы и анамнез

Клинические проявления ректоцеле заключаются в нарушении опорожнения прямой кишки с развитием синдрома обструктивной дефекации (СОД). Это состояние характеризуется следующими признаками [14]:

- затруднение эвакуации кала из прямой кишки, сопровождающееся длительным натуживанием;
- ощущение неполного опорожнения прямой кишки;
- применение ручного пособия для опорожнения прямой кишки.

При сборе анамнеза следует обращать внимание на количество родов, выяснять характер родовой деятельности (стремительные роды, инструментальное вспоможение), профессиональные вредности (тяжелые физические нагрузки), наличие запоров или хронических заболеваний легких [15].

Кроме нарушения опорожнения прямой кишки может возникать диспареуния, что нарушает сексуальную функцию пациенток. В связи с этим важно определять выраженность диспареунии до и после операции, чтобы правильно оценить результат хирургического лечения [16].

Также женщины, имеющие ректоцеле, могут предъявлять жалобы на ощущение давления на влагалище и наличие округлого образования в этой области, периодические боли в нижней половине живота и в пояснице, недержание мочи и газов при физической нагрузке, кашле или чихании [17].

Ректоцеле может протекать бессимптомно и выявляться при осмотре у пациенток, обратившихся по поводу других заболеваний анальной области или промежности.

2.2. Физикальное обследование

Осмотр необходимо начинать с наружного осмотра, измерения роста, массы тела, уровня физического развития. Всем пациентам с целью подтверждения диагноза целесообразно проводить [1, 18, 19]:

- наружный осмотр области промежности и заднего прохода;
- пальцевое исследование прямой кишки.

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: осмотр проводят на гинекологическом кресле в положении пациента на спине с максимально приведенными к животу ногами, а при невозможности – в положении на боку. При наружном осмотре области промежности и заднего прохода обращают внимание на изменения перианальной кожи (мокнутые, высыпания и т.д.), форму ануса, его зияние, наличие рубцовых изменений и деформаций, а также состояние паховых лимфоузлов.

При пальцевом исследовании прямой кишки определяют глубину выпячивания передней стенки прямой кишки в сторону влагалища. Также при осмотре пациентов просят натужиться, чтобы определить глубину выпячивания при повышении внутрибрюшного давления. Кроме этого, при пальцевом исследовании определяется складчатость, подвижность стенок прямой кишки и выявляются сопутствующие заболевания прямой кишки.

2.3. Лабораторные диагностические исследования

Специфической лабораторной диагностики ректоцеле не существует. Лабораторные диагностические исследования следует выполнять пациентам в ходе подготовки и планирования хирургического вмешательства для исключения сопутствующих заболеваний и состояний, а также при необходимости проведения дифференциальной диагностики.

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Всем пациенткам с ректоцеле рекомендуется выполнение рентгенологического исследования эвакуаторной функции прямой кишки (дефекография) для определения степени ректоцеле, оценки эвакуаторной функции прямой кишки, а также других проявлений синдрома опущения тазового дна [20, 21].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий: при дефекографии определяют положение прямой кишки относительно лобково-копчиковой линии в покое, при волевом сокращении, время ее опорожнения и остаточный объем. Смещение кишки в каудальном направлении более 1 см при волевом усилии говорит о компенсированной фазе функции мышц тазового дна, менее 1 см – характеризует фазу декомпенсации. Об эвакуаторных нарушениях можно говорить, когда после эвакуации контрастной массы остаточный объем превышает 20% от исходного, а время опорожнения прямой кишки превышает 15 секунд.

Кроме этого, определяют степень ректоцеле (см. классификацию по рентгенологическим признакам), а также сопутствующие проявления СОТД – внутренняя инвагинация прямой кишки, сигмоцеле.

- Трансректальное ультразвуковое исследование прямой кишки рекомендуется выполнять у пациентов с ректоцеле в сочетании с послеродовыми повреждениями анального сфинктера и мышц тазового дна с целью выявления сопутствующих патологий прямой кишки и определения повреждений структур тазового дна [22].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарий: пролабирование стенки кишки в просвет влагалища является УЗ-признаком ректоцеле. Трансректальное ультразвуковое исследование позволяет выявить признаки сопутствующих ректоцеле проявлений СОТД: цистоцеле, сигмоцеле, внутренней инвагинации прямой кишки. Преимуществом УЗИ в диагностике внутренней ректальной инвагинации является возможность определить слои кишечной стенки, вовлеченные в инвагинат, и отличить избыточную подвижность слизистой, создающей при натуживании "заслонку" над входом в анальный канал от инвагинации всей стенки прямой кишки. Данный метод дает возможность диагностировать повреждения леваторов, а также измерить толщину анального сфинктера и выявить нарушения его целостности.

- При наличии у пациенток симптомов недостаточности анального сфинктера, а также при подозрении на наличие у пациенток с ректоцеле функциональных расстройств дефекации, с целью их определения рекомендуется проведение исследования функций сфинктерного (запирательного) аппарата прямой кишки (комплексная сфинктерометрия) и эвакуаторной пробы [23, 24].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: с помощью комплексной сфинктерометрии определяют показатели давления в анальном канале в покое и при различных функциональных пробах. Косвенные признаки нарушения дефекации выявляют с помощью пробы с натуживанием. Повышение давления в анальном канале или отсутствие его снижения более 20% от величины базального

давления покоя свидетельствуют о функциональном расстройстве дефекации. Однако по данным комплексной сфинктерометрии не представляется возможным определить тип функционального расстройства дефекации. Такую возможность дает выполнение аноректальной манометрии высокого разрешения.

Эвакуаторная проба – это исследование, которое позволяет подтвердить наличие нарушения эвакуации из прямой кишки. Для выполнения данного теста в прямую кишку вводят латексный баллон, который заполняется 100-120 мл жидкости. После этого в положении сидя на унитазе пациентку просят потужиться. Если баллон выталкивается из прямой кишки – проба считается положительной, что соответствует норме. Если баллон остается в кишке – проба отрицательная, что свидетельствует о наличии нарушения эвакуаторной функции прямой кишки и определяет консервативную тактику лечения.

- Исследование пассажа по толстой кишке рекомендуется выполнять пациенткам с ректоцеле на фоне длительных задержек или отсутствия самостоятельного стула с целью выявления медленно-транзитного запора [25].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: это исследование выполняют для выявления медленно-транзитного запора, который может быть одним из пусковых механизмов развития ректоцеле. Существуют разные методики данного исследования, включая использование радиоизотопных маркеров. Однако все они проводятся по одинаковой схеме: после приема контрастного средства перорально осуществляется ежедневный рентгенологический контроль над его продвижением по толстой кишке, что позволяет оценить моторно-эвакуаторную функцию различных ее отделов. Исследование проводится на фоне обычного для пациента режима питания, также обращается внимание на наличие или отсутствие стула во время диагностической процедуры. В норме кишка полностью опорожняется от контрастного средства в течение 48-72 часов. Время транзита свыше 72 часов говорит о нарушении функции кишки. В функционально скомпрометированных отделах стаз контрастного средства может превышать 96 часов, что определяется при прочтении рентгенологических снимков.

Интерпретация данных пассажа по толстой кишке должна производиться с учетом показателей дефекографии. Это позволяет определить функциональные особенности толстой кишки – преобладание медленно-транзитного запора или эвакуаторных нарушений.

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. Общие принципы лечения ректоцеле

Лечение ректоцеле заключается [26, 27]:

1. в проведении консервативных мероприятий, направленных на улучшение эвакуаторной функции прямой кишки;
2. в проведении БОС-терапии при наличии сопутствующих функциональных расстройств дефекации;
3. в хирургической коррекции дефекта ректовагинальной перегородки с ликвидацией ректоцеле при отсутствии эффекта от консервативных мероприятий.

В связи с полиэтиологичным характером заболевания коррекция нарушений, связанных с ректоцеле, требует комплексного подхода. Лечение следует начинать с курса консервативной терапии, направленной на укрепление мышц тазового дна и нормализации эвакуаторной-моторной функции толстой кишки. При наличии диссинергической дефекации проводят БОС-терапию. При отсутствии эффекта от консервативных мероприятий и сохраняющихся признаках синдрома обструктивной дефекации ставится вопрос о хирургическом лечении ректоцеле.

3.2. Консервативная терапия

Проведение консервативных мероприятий направлено на улучшение эвакуаторной функции прямой кишки и ликвидацию функциональных расстройств дефекации.

- Всем пациентам с ректоцеле рекомендуется назначение адекватного количества жидкости и пищевых волокон для нормализации деятельности желудочно-кишечного тракта и устранения запоров [26].

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

Комментарий: рацион пациентов должен включать в себя продукты, богатые растительной клетчаткой, и большое количество жидкости. Доказано, что ежедневный прием 25 граммов пищевых волокон увеличивает частоту стула у пациентов с хроническими запорами. Употребление жидкости до 1,5-2 литров в день увеличивает частоту стула и снижает необходимость в приеме слабительных средств у пациентов, соблюдающих высокошлаковую диету. В качестве источника пищевых волокон в нашей стране традиционно применяют пшеничные отруби, морскую капусту и льняное семя в их природном виде и в форме фармакологических препаратов. Также для нормализации деятельности желудочно-кишечного тракта применяют препараты, содержащие оболочку семян подорожника или осмотические слабительные средства, которые обладают высокой водоудерживающей способностью, что позволяет пациенту избегать натуживания при дефекации. Дозы препаратов подбираются индивидуально.

- Всем пациентам с ректоцеле, у которых не удастся нормализовать стул с помощью высокошлаковой диеты, рекомендуется назначать слабительные средства и стимуляторы моторики ЖКТ [26, 28].

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

Комментарий: для улучшения функции толстой кишки используют объемные слабительные растительного происхождения, например, подорожника овального семян оболочка. Препараты увеличивают объем химуса, что благоприятно влияет на кишечную перистальтику. Также применяют осмотические слабительные средства (лактолоза**). Кроме послабляющего эффекта они стимулируют размножение молочнокислых бактерий в толстой кишке. Осмотические слабительные средства на основе полиэтиленгликоля образуют водородные связи с молекулами воды в просвете кишки, увеличивают содержание жидкости в химусе, стимулируют механорецепторы и улучшают перистальтику кишечника. В сочетании со слабительными средствами назначают прокинетики – селективные антагонисты рецепторов серотонина (прукалоприд). Кроме указанных препаратов для улучшения функции толстой кишки могут применяться другие слабительные средства, такие как натрия пикосульфат, бисакодил**.

- Пациентам с ректоцеле, у которых при обследовании были выявлены признаки функциональных расстройств дефекации, рекомендуется проведение тренировки с биологической обратной связью по кинезиологическому образу при заболеваниях толстой кишки (БОС-терапии) [27].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарий: метод БОС-терапии основан на принципе обратной связи, который заключается в предоставлении пациенту аудиовизуальной информации о состоянии и изменении некоторых собственных физиологических процессов. Он осуществляется с помощью датчиков, установленных в анальный канал, на кожу промежности или брюшного пресса, и проецирования с них показателей о состоянии тазовых мышц на экран, находящийся перед глазами пациента. В зависимости от полученных сигналов больной может изменять мышечные сокращения при помощи волевых усилий и улучшать функцию мышц тазового дна.

3.3. Хирургическое лечение ректоцеле

Показания для хирургического лечения ректоцеле устанавливаются индивидуально [29].

Показания к хирургическому лечению пациентов с ректоцеле целесообразно ставить в следующих клинических ситуациях:

1. пациентку в покое беспокоит чувство давления в промежности и ощущение "мешка" во влагалище;
2. опорожнение прямой кишки производится только с помощью ручного вспоможения и даже это не приносит удовлетворения от дефекации;
3. по данным дефекографии вектор движения каловых масс направлен в сторону ректоцеле и остаточный объем контраста в кишке превышает 30%;
4. все проводимые мероприятия, направленные на улучшение опорожнения прямой кишки (соблюдение режима питания, применение слабительных средств, БОС-терапия), не дали положительного результата.

Способы хирургического лечения

Все оперативные вмешательства по поводу ректоцеле направлены на укрепление передней стенки прямой кишки и ликвидацию дивертикулоподобного выпячивания. Операции выполняются с использованием трансвагинального, трансперинеального, трансректального и трансабдоминального доступов [30, 31].

- Пациентам с изолированным ректоцеле без сопутствующих проявлений СОТД (внутренняя инвагинация прямой кишки, сигмоцеле) рекомендуется выполнять пластику ректовагинальной перегородки местными тканями либо ее укрепление имплантатом трансвагинальным доступом [32].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий: методика операции. Разрез задней стенки влагалища производят в продольном направлении. Мобилизуют переднюю стенку прямой кишки и края леваторов. Ушивают дефект ректовагинальной фасции.

Пластика местными тканями осуществляется путем сшивания краев леваторов (натяжная пластика).

Пластика с помощью имплантата осуществляется путем расположения адаптированного к ране фрагмента синтетической или биологической сетки над ушитым дефектом ректовагинальной фасции (ненатяжная пластика).

Возможные осложнения:

1. диспареуния (чаще встречается после натяжной пластики);
2. эрозия влагалища (наиболее характерна для пластики синтетической сеткой);
3. воспалительный процесс в области раны (вероятен при любом способе пластики).

При помощи этого метода удается добиться ликвидации дивертикулоподобного

выпячивания во влагалище у 80% пациенток и необходимости ручного вспоможения при дефекации у 67% оперированных [33].

- Трансперинеальный доступ рекомендуется выполнять у пациентов с ректоцеле в сочетании с анальной инконтиненцией, обусловленной дефектом анального сфинктера. Пластика осуществляется местными тканями либо с использованием импланта и дополняется сфинктеропластикой [34].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарий: разрез выполняют в поперечном направлении на границе слизистой влагалища и кожи промежности. Затем производят расщепление ректовагинальной перегородки, мобилизацию передней стенки прямой кишки, передних порций мышц леваторов. Пластика ректовагинальной перегородки выполняется так же, как при трансвагинальном доступе. При наличии дефекта анального сфинктера, после иссечения замещающих его рубцовых тканей, сшивают края сфинктера.

Результаты данного метода сопоставимы с таковыми после пластики ректоцеле трансвагинальным доступом.

- Пациентам с ректоцеле в сочетании с внутренней инвагинацией в нижнеампулярном отделе прямой кишки рекомендуется выполнять операцию трансректальным доступом. В настоящее время основным оперативным вмешательством при данном доступе является степлерная трансанальная резекция прямой кишки (СТРПК) при помощи циркулярного степлера [35].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий: методика операции. С помощью одноразового окончатого тубуса накладывают два слизисто-мышечных полукишетных шва на переднюю полуокружность прямой кишки – первый шов на 2 см от зубчатой линии, второй – на 2 см проксимальнее первого. В прямую кишку вводят рабочую часть циркулярного степлера с максимально выдвинутой головкой. Швы, подтягивающие стенку прямой кишки, завязывают на стержне аппарата, после чего головка смыкается с основной частью. При нажатии на ручку аппарата происходит резекция участка стенки прямой кишки, вовлеченной в аппарат, с формированием двухрядного скрепочно-шовного шва. Наложенный механический шов создает соединительнотканно-мышечный каркас передней стенки кишки, тем самым укрепляя ректовагинальную перегородку. Таким же образом производят резекцию кишечной стенки по задней полуокружности.

Возможные осложнения [36, 37]:

1. кровотечение из скрепчных швов;
2. недостаточность анального сфинктера;
3. перианальный болевой синдром;
4. ректовагинальный свищ;
5. воспалительный процесс в параректальной клетчатке (абсцесс, флегмона).

В ближайшем послеоперационном периоде после трансанальной проктопластики может отмечаться учащенное опорожнение прямой кишки (34-40%), частота которого нивелируется до 10% через 3 и более месяцев после операции [38]. Отдаленные результаты лечения варьируются от 90% хороших результатов в первые месяцы после вмешательства до снижения эффекта от лечения и возврата симптомов у 52% пациенток через 18 месяцев после операции [39].

- Трансабдоминальный доступ рекомендуется выполнять пациентам с ректоцеле в сочетании с другими проявлениями СОТД – высокой внутренней инвагинацией (средне- и верхнеампулярный отделы прямой кишки), сигмоцеле. В данном случае выполняется

ректоколюпосакропексия [40].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий: операцию выполняют открытым либо лапароскопическим доступом. Справа от прямой кишки на уровне мыса крестца вскрывают тазовую брюшину. Разрез продлевают вниз с переходом на маточно-прямокишечную складку. При этом производят мобилизацию прямой кишки по правой полуокружности до боковой связки и спереди до анального сфинктера. На этом уровне к передней стенке прямой кишки фиксируют край сетчатого имплантата, который имеет вид ленты размерами 3 x 15 см. К этому же имплантату фиксируют задний свод влагалища. Противоположный конец полипропиленовой сетки подшивают к мысу крестца. Брюшину ушивают непрерывным швом с вовлечением в него края имплантата. Таким образом уменьшают глубину Дугласова кармана.

Метод позволяет одновременно выполнить коррекцию ректоцеле (в результате глубокой мобилизации прямой кишки с расщеплением ректовагинальной перегородки), фиксацию кишки к крестцу и укрепление тазового дна [40]. Данная методика позволяет добиться ликвидации анатомических дефектов ректовагинальной перегородки и тазового дна, а также улучшить эвакуаторную функцию прямой кишки более чем в 80% случаев [41, 42].

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

Всем пациентам, перенесшим хирургическое лечение по поводу ректоцеле, в послеоперационном периоде необходимо динамическое наблюдение у врач-колопроктолога, проведение профилактики и лечение запоров, а также периодическое выполнение гимнастических упражнений (гимнастика Кегеля) [43].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 4).

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

5.1. Профилактика

В качестве методов профилактики рекомендовано:

- улучшение качества акушерских пособий, сокращение частоты послеродовых осложнений [44, 45]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

- назначение в послеродовом периоде упражнений, направленных на восстановление тонуса мышц тазового дна (гимнастика Кегеля) [46, 47];

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 2).

- выявление и коррекция функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта, хронических заболеваний легких, ограничение тяжелых физических нагрузок [48].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

5.2. Диспансерное ведение

- После заживления операционной раны всем пациентам рекомендуются контрольные осмотры через 3, 6 и 12 месяцев после оперативного лечения. Результаты оцениваются по "опросникам качества жизни" PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory – реестр расстройств со стороны тазового дна) и шкале эвакуаторных нарушений (Приложение Г1, Г2) [1, 3].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Всем пациентам рекомендуется инструментальное обследование в виде рентгенологического исследования эвакуаторной функции прямой кишки (дефекография) через 6, 12, 24, 36 месяцев после операции для объективной оценки анатомического и функционального состояния тазовых органов [1, 3].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

6. Организация оказания медицинской помощи

6.1. Показания для госпитализации в медицинскую организацию

Проведение диагностических мероприятий на этапе постановки диагноза может осуществляться в амбулаторных условиях. Проведение хирургического лечения необходимо осуществлять в условиях специализированного колопроктологического или гинекологического стационара.

6.2. Показания к выписке пациента из медицинской организации

Выписка пациента из стационара после оперативного вмешательства по поводу ректоцеле в зависимости от характера оперативного лечения осуществляется на 7-10 сутки после операции. Показанием к выписке является:

1. неосложненное течение раннего послеоперационного периода (отсутствие дизурии, гематом, отсутствие гнойно-септических осложнений);
2. контролируемый болевой синдром с возможностью его купирования пероральными препаратами в амбулаторных условиях;
3. возможность самостоятельной полноценной регулярной дефекации.

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

Отрицательно влияют на исход хирургического лечения:

1. Присоединение инфекционных осложнений;
2. Нарушение стула (диарея или запор) в послеоперационном периоде;
3. Несоблюдение пациенткой ограничений физических нагрузок в послеоперационном периоде.

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
	Выполнены инструментальные методы обследования:		
1.	рентгенологическое исследование эвакуаторной функции прямой кишки (дефекография)	2	B
2.	Проведено консервативное лечение ректоцеле	1	A
3.	Выполнена хирургическая коррекция ректоцеле (в отсутствие эффекта консервативной терапии)	2	B

- | | | | |
|----|---|---|---|
| 4. | Выполнен диспансерный прием врача-колопроктолога с оценкой качества жизни по опроснику PFDI-20 и шкале эвакуаторных нарушений (после оперативного лечения через 3, 6 и 12 месяцев) | 5 | С |
| 5. | Выполнено инструментальное обследование в виде рентгенологического исследования эвакуаторной функции прямой кишки (дефекография) после оперативного лечения через 6, 12, 24, 36 месяцев | 5 | С |

Список литературы

1. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. Литтера. 2014, с. 173-174.
2. Hans P.D., Mariangeles G., Ixora K.A., Caroline S.W.F. Association between vaginal parity and rectocele. *Int Urogynecol J.* 2018 Oct; 29(10): 1479-1483.
3. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. Москва: "МИА". 2006, с. 193-208.
4. Mustain W.C. Functional Disorders: Rectocele. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017 Feb; 30(1): 63-75.
5. Robinson D., Thiagamoorthy G., Cardozo L. Post-hysterectomy vaginal vault prolapse. *Maturitas.* 2018 Jan; 107: 39-43.
6. Iglesia C.B., Smithling K.R. Pelvic Organ Prolapse. *Am Fam Physician.* 2017 Aug; 96(3): 179-185.
7. Lee U.J., Kerkhof M.H., Leijssen S.A., Heesakkers J.P. Obesity and pelvic organ prolapse. *Curr Opin Urol.* 2017 Sep; 27(5): 428-434.
8. Swift S., Woodman P., O'Boyle A. et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2005 Mar; 192(3): 795-806.
9. Шельгин Ю.А., Титов А.Ю., Джанаев Ю.А., Бирюков О.М., Мудров А.А., Краснопольская И.В. Особенности клинической картины и характер нейрофункциональных нарушений у больных ректоцеле. *Колопроктология.* 2012; N 4(42). с. 2732.
10. Savoye-Collet C., Savoye G., Koning E., Leroi A.M, Dacher J.N. Defecography in symptomatic older women living at home. *Age Ageing.* 2003 May; 32(3): 347 – 50.
11. Баяхчянц А.Ю. Тактика лечения ректоцеле с сочетанными заболеваниями прямой кишки и мочеполовой сферы: автореф. дис. канд. мед. наук/А.Ю. Бахчянц. Ереван, 1992. – 22 с.
12. Слободянюк Б.А. Сравнительный анализ лапароскопического и вагинального доступов при лечении генитального пролапса с использованием синтетических материалов. Дис. к-та мед. наук. М 2009; 133.
13. Block I.R. Transrectal repair of rectocele using obliterative suture. *Dis Colon Rectum.* 1986 Nov; 29(11): 707 – 11.
14. Grimes C.L., Schimpf M.O., Wieslander C.K. et al. Surgical interventions for posterior compartment prolapse and obstructed defecation symptoms: a systematic review with clinical practice recommendations. *Int Urogynecol J.* 2019 Sep; 30(9): 1433-1454 21
15. Soares F.A., Regadas F.S., Murad-Regadas S.M., Rodrigues L.V., Silva F.R., Escalante R.D., Bezerra R.F. Role of age, bowel function and parity on anorectocele pathogenesis according to cine defecography and anal manometry evaluation. *Colorectal Dis.* 2009 Nov; 11(9): 947 – 50.
16. Brandner S., Monga A., Mueller M.D., Herrmann G., Kuhn A. Sexual function after rectocele repair. *J Sex Med.* 2011 Feb; 8(2): 583 – 8.
17. Schwandner O. Rectocele: Symptoms, diagnostics and therapy concepts from a

coloproctological viewpoint. *Chirurg.* 2016 Nov; 87(11): 985-998.

18. Лукьянов А.С., Титов А.Ю., Бирюков О.М., Мудров А.А., Костарев И.В. Методы оценки эффективности операций с установкой сетчатых имплантов при ректоцеле. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2021; 31(3): 17-25.

19. Kuehn H.G., et al. Relationship between anal symptoms and anal findings. *Int J Med Sci.* 2009; 6(2): 77-84.

20. Зароднюк И.В. Рентгенологическая дефекография в обследовании колопроктологических больных. *Радиология – практика.* 2004; N 2. с. 26-30.

21. Grossi U., Tanna G.L., Heinrich H., et al. Systematic review with meta-analysis: defecography should be a first-line diagnostic modality in patients with refractory constipation. *Aliment Pharmacol Ther.* 2018 Dec; 48(11-12): 1186-1201.

22. Notten K., Vergeldt T., Kuijk S., Weemhoff M., Roovers J. Diagnostic Accuracy and Clinical Implications of Translabial Ultrasound for the Assessment of Levator Ani Defects and Levator Ani Biometry in Women With Pelvic Organ Prolapse: A Systematic Review. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2017 Nov/Dec; 23(6): 420-428.

23. Rao S.S., Rattanakovit K., Patcharatrakul T. Diagnosis and management of chronic constipation in adults. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2016 May; 13(5): 295-305.

24. Shah E., Farida J.D., Menees S. Examining Balloon Expulsion Testing as an OfficeBased, Screening Test for Dyssynergic Defecation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol.* 2018 Nov; 113(11): 1613-1620.

25. Xu H., Han J., Na Y. Colonic transit time in patient with slow-transit constipation: comparison of radiopaque markers and barium suspension method. *Eur J Radiol.* 2011 Aug; 79(2): 211 – 3.

26. Murad-Regadas S.M. et al. Management of patients with rectocele, multiple pelvic floor dysfunctions and obstructed defecation syndrome // *Arquivos de Gastroenterologia.* – 2012. – Т. 49. – N. 2. – С. 135-142. 22

27. Koh C.E., Young C.J., Young J.M., et al. Systematic review of randomized controlled trials of the effectiveness of biofeedback for pelvic floor dysfunction. *Br J Surg.* 2008 Sep; 95(9): 1079 – 87.

28. Sajid M.S., Hebbar M., Baig M.K., et al. Use of Prucalopride for Chronic Constipation: A Systematic Review and Meta-analysis of Published Randomized, Controlled Trials. *J Neurogastroenterol Motil.* 2016 Jul 30; 22(3): 412 – 22.

29. Pescatori M., Spyrou M., Pulvurentid "Urso A. A prospective evaluation of occult disorders in obstructed defecation using the "iceberg diagram". *Colorectal Dis.* 2007 Jun; 9(5): 452 – 6

30. Shi Y., Yu Y., Zhang X., Li Y. Transvaginal Mesh and Transanal Resection to Treat Outlet Obstruction Constipation Caused by Rectocele. *Med Sci Monit.* 2017 Feb; 23: 598-605.

31. Arezzo A., Pescatori M. Surgical procedures for evacuatory disorders. *Ann Ital Chir.* 2009 Jul – Aug; 80(4): 261 – 6.

32. Balata M., Elgendy H., Emile S.H., et al. Functional Outcome and Sexual-Related Quality of Life After Transperineal Versus Transvaginal Repair of Anterior Rectocele: A Randomized Clinical Trial. *Dis Colon Rectum.* 2020 Apr; 63(4): 527-537.

33. Mellgren A., Anzen B., Nilsson B.Y. et al. Results of rectocele repair. A prospective study. *Dis Colon Rectum.* 1995 Jan; 38(1): 7-13.

34. Zimmermann E.F., Hayes R.S., Daniels I.R., et al. Transperineal rectocele repair: a systematic review. *ANZ J Surg.* 2017 Oct; 87(10): 773-779.

35. Van Geluwe B. et al. Relief of obstructed defecation syndrome after stapled transanal rectal resection (STARR): a meta-analysis // *Acta Chirurgica Belgica.* – 2014. – Т. 114. – N. 3. – С. 189-197.

36. Stolfi V.M., Micossi C., Sileri P., Venza M., Gaspari A. Retroperitoneal sepsis with

mediastinal and subcutaneous emphysema complicating stapled transanal rectal resection (STARR). *Techniques in Coloproctology*. 2009 Mar; 13(1): 69-71.

37. Pescatori, M., & Gagliardi, G. Postoperative complications after procedure for prolapsed hemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal resection (STARR) procedures. *Techniques in Coloproctology*. 2008 Mar; 12(1): 7-19.

38. Hasan, H.M., Hasan, H.M. Stapled Transanal Rectal Resection for the Surgical Treatment of Obstructed Defecation Syndrome Associated with Rectocele and Rectal Intussusception. *ISRN Surgery*. 2012; 1-6. 23

39. Xynos E. Functional results after surgery for obstructed defecation. *Acta Chir. Iugosl*. 2012; 59(2): 25 – 9.

40. Emile S.H., Elfeki H.A., Youssef M., et al. Abdominal rectopexy for the treatment of internal rectal prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Colorectal Dis*. 2017 Jan; 19(1): 13-24.

41. Karram M., Maher C. Surgery for posterior vaginal wall prolapse. *Int Urogynecol J*. 2013 Nov; 24(11): 1835 – 41

42. Sullivan E.S., Longaker CC.J., Lee P.Y. Total pelvic mesh repair: ten-year experience. *Dis Colon Rectum*. 2001 Jun; 44(6): 857 – 63

43. My-Linh T., Nguyen MD, Abigail A., et al. Now Anyone Can Kegel: One-Time Office Teaching of Pelvic Floor Muscle Exercises. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2019 Mar/Apr; 25(2): 149-153

44. Dietz H.P., Steensma A.B. The role of childbirth in the aetiology of rectocele // *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. – 2006. – Т. 113. – N. 3. – С. 264-267.

45. Guzmán Rojas R. et al. Does childbirth play a role in the etiology of rectocele? // *International Urogynecology Journal*. – 2015. – Т. 26. – N. 5. – С. 737-741.

46. Marques A., Stothers L., Macnab A. The status of pelvic floor muscle training for women. *Can. Urol. Assoc. J*. 2010 Dec; 4(6): 419 – 24.

47. Harvey MA. Pelvic floor exercises during and after pregnancy: a systematic review of their role in preventing pelvic floor dysfunction. *J. Obstet. Gynaecol Can*. 2003 Jun; 25(6): 487 – 98.

48. Tan C. et al. The relationship between obstructed defecation and true rectocele in patients with pelvic organ prolapse // *Scientific reports*. – 2020. – Т. 10. – N. 1. – С. 1-6.

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Ф.И.О.	Ученая степень	Ученое звание	Профессиональная ассоциация
Шельгин Юрий Анатольевич	д.м.н.	Академик РАН, профессор	Ассоциация колопроктологов России
Адамян Лейла Владимировна	д.м.н.	Академик РАН, профессор	Российское общество акушеров-гинекологов
Фролов Сергей Алексеевич	д.м.н.	Доцент	Ассоциация колопроктологов России
Кашников	д.м.н.		Ассоциация колопроктологов

Владимир Николаевич			России
Москалев Алексей Игоревич	к.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
Титов Александр Юрьевич	д.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
Благодарный Леонид Алексеевич	д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
Кузьминов Александр Михайлович	д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
Мудров Андрей Анатольевич	к.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
Костарев Иван Васильевич	д.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
Бирюков Олег Михайлович	к.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
Грошили Виталий Сергеевич	д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
Хитарьян Александр Георгиевич	д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
Башанкаев Бадма Николаевич			Ассоциация колопроктологов России
Алиев Фуад Шамильевич	д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
Ильканич Андрей Яношевич	д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
Лукьянов Антон Сергеевич			Ассоциация колопроктологов России

Все члены рабочей группы являются членами ассоциации колопроктологов России.
Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

1. Врачи-колопроктологи.
2. Врачи-хирурги.
3. Врачи-гастроэнтерологи.
4. Врачи-акушеры-гинекологи.
5. Врачи-терапевты.

6. Врачи общей практики (семейные врачи).
7. Врачи-эндоскописты.
8. Средний медицинский персонал.
9. 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 метаанализа
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 метаанализа
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 метаанализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ с применением метаанализа
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 17 декабря 2015 г. N 1024н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы".

Алгоритмы действий врача



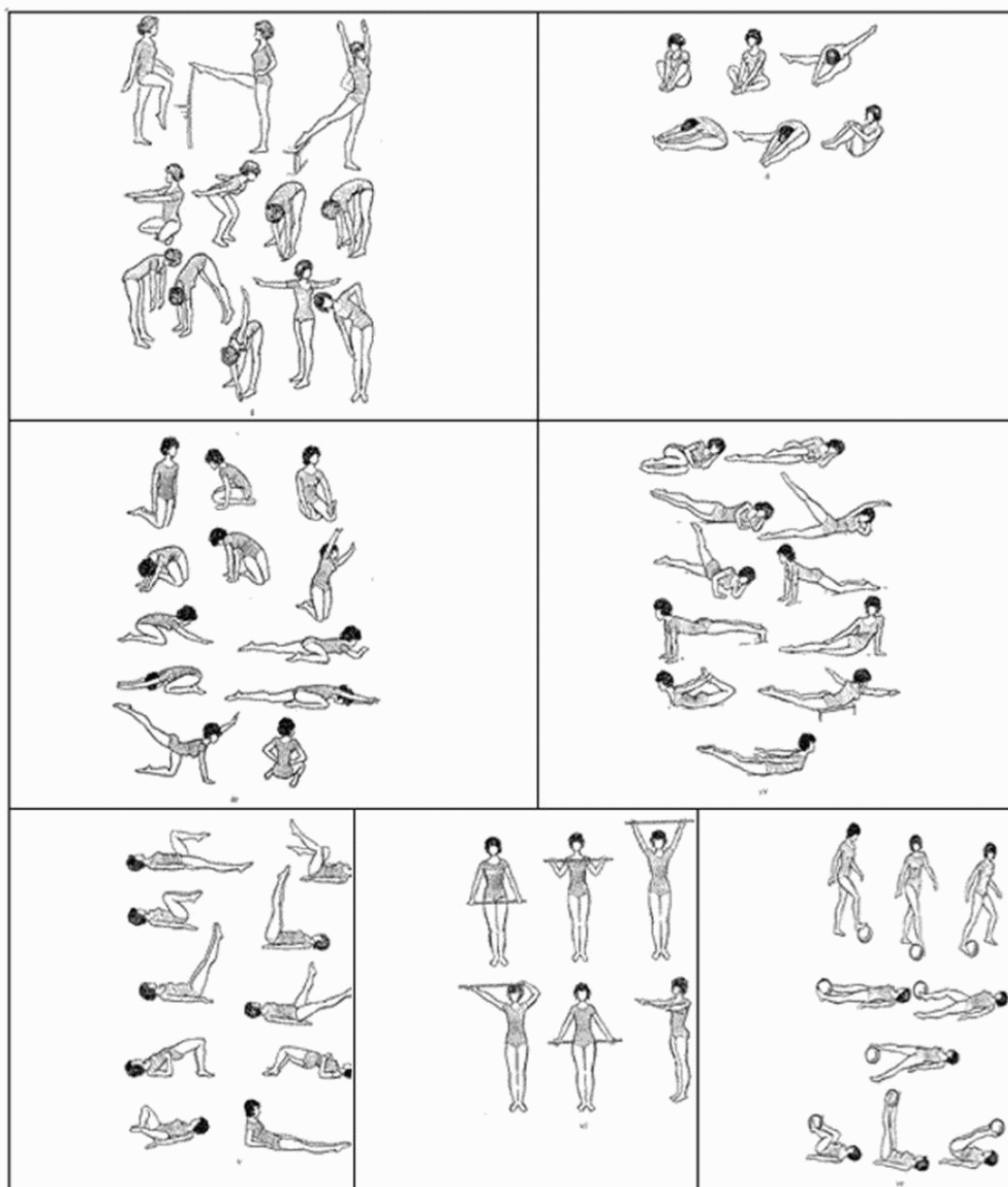
Информация для пациента

Информация о заболевании. Ректоцеле – заболевание, характеризующееся выпячиванием передней стенки прямой кишки в сторону влагалища. Риск развития заболевания увеличивается при осложненном течении беременности и родов, при тяжелом физическом труде и интенсивных занятиях спортом. Также важным фактором риска является хронический запор, провоцирующий частое и интенсивное натуживание, которое приводит к многократному резкому повышению внутрибрюшного давления и, как следствие, – перерастяжению мышечно-фасциальных структур тазового дна, обеспечивающих нормальное положение органов. Фактором, предрасполагающим к опущению тазовых органов, является удаление матки.

Чаще всего пациентов с ректоцеле беспокоит чувство неполного опорожнения прямой кишки, затрудненная дефекация и необходимость применения ручного пособия для опорожнения прямой кишки. Лечение пациентов с ректоцеле начинается с консервативной терапии, которая заключается в регуляции стула диетой, применением слабительных средств, а также в выполнении гимнастических упражнений. При неэффективности консервативной терапии рассматривается вопрос о проведении хирургического лечения.

Информация, необходимая в послеоперационном периоде. В послеоперационном периоде важным является регуляция частоты и консистенции стула. Необходимо добиваться регулярного ежедневного стула мягкой консистенции. Также необходимо избегать повышенных физических нагрузок, связанных с поднятием тяжестей и повышением внутрибрюшного давления.

Курс ЛФК для пациентов с синдромом опущения промежности (комплекс упражнений, направленный на укрепление мышц тазового дна):



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

Система балльной оценки нарушений эвакуаторной функции толстой кишки

Для объективизации степени нарушений моторно-эвакуаторной функции толстой кишки в ФГБУ "НМИЦ Колопроктологии имени А.Н. Рыжих" Минздрава России разработана система балльной оценки, включающая девять параметров (основных симптомов) с несколькими вариантами ответов, имеющими коды в баллах.

Название на русском языке:

Оригинальное название (если есть): Система балльной оценки нарушений эвакуаторной функции толстой кишки

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): <https://new.gnck.ru> (2003)

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки

- индекс

- вопросник

- другое (уточнить):

Назначение: выявление и оценка в динамике проявлений синдрома обструктивной дефекации

Содержание (шаблон):

Ключ (интерпретация): от 1 до 4 баллов – незначительные нарушения дефекации;

от 5 до 15 баллов – умеренно выраженные нарушения дефекации;

16 и более баллов – выраженные нарушения дефекации.

Пояснения: максимальная оценка по шкале составляет 22 балла и свидетельствует о наиболее выраженных нарушениях моторно-эвакуаторной функции толстой кишки. Данная шкала позволяет объективизировать степень нарушений моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, определить алгоритм консервативной терапии и прогнозировать результаты лечения.

Система балльной оценки степени нарушений эвакуаторной функции толстой кишки

	Признак	Характеристика	Баллы
1.	Самостоятельный стул	- постоянно	0
		- временами	1
		- не отмечается	2
2.	Позывы на дефекацию	- постоянно	0
		- временами	1
		- не отмечается	2

3.	Применение слабительных средств	- не использует - временами - постоянно - снижение эффекта	0 1 2 3
4.	Использование очистительных клизм	- не использует - временами - постоянно - снижение эффекта	0 1 2 3
5.	Длительное натуживание при дефекации (> 25% от времени дефекации)	- не отмечается - временами - постоянно	0 1 2
6.	Плотный/фрагментированный кал	- не отмечается - временами - постоянно	0 1 2
7.	Ощущение неполного опорожнения при дефекации	- не отмечается - временами - постоянно	0 1 2
8.	Необходимость ручного пособия при дефекации	- не отмечается - временами - постоянно	0 1 2
9.	Наличие и давность запоров	- нет или до 1 года - 1-5 лет - 5-10 лет - 10-20 лет - свыше 20 лет	0 1 2 3 4

Приложение Г2

PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory – Реестр расстройств со стороны тазового дна)

Для оценки качества жизни пациенток с синдромом опущения промежности применяется вопросник PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory – реестр расстройств со стороны тазового дна)

Название на русском языке: реестр расстройств со стороны тазового дна

Оригинальное название (если есть): PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory)

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-

20 and PFIQ-7). Am J Obstet Gynecol. 2005 Jul; 193(1): 103 – 13.

Валидация: хирургическое лечение цистоцеле с применением бестроакарной методики имплантации синтетического эндопротеза. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. 2017 г.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки

- индекс

- вопросник

- другое (уточнить):

Назначение: оценка симптомов, возникающих вследствие пролапса тазовых органов

Содержание (шаблон):

Ключ (интерпретация): опросник PFDI-20 содержит 20 вопросов и имеет максимальное количество 300 баллов, показывающие наихудшую симптоматику пролапса тазовых органов. При подсчете баллов вычисляется среднее арифметическое в каждой группе вопросов (разброс от 0 до 4), значение умножается на 25, при этом разброс показателей составляет 0-100 баллов. Отсутствующие ответы расцениваются как среднее арифметическое для данного вопросника.

Для подсчета вопросника PFDI-20 необходимо сложить 3 шкалы вместе (разброс показателей составляет 0-300 баллов).

Пояснения: PFDI-20 подразделяется на 3 раздела. Первый (Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory – POPDI-6) состоит из 6 вопросов, посвященных оценке симптоматики пролапса тазовых органов. Второй (Colorectal-Anal Distress Inventory – CARDI-8) состоит из 8 вопросов, которые оценивают симптомы, связанные с нарушением дефекации. Третий раздел (Urinary Distress Inventory – UDI-6) позволяет оценить симптомы, связанные с расстройством мочеиспускания.

Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory 6 (POPDI-6)

1. Вы обычно испытываете чувство давления в нижних отделах живота?

Нет 0; Да

Если да, как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

2. Вы обычно испытываете тяжесть в области таза?

Нет 0; Да

Если да, как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

3. У Вас выпадает что-то из влагалища, что Вы можете почувствовать или увидеть?

Нет 0; Да

Если да, как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

4. Необходимо ли Вам вправить влагалище или часть прямой кишки для полного опорожнения кишечника?

Нет 0; Да

Если да, то как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

5. Вы обычно испытываете чувство неполного опорожнения мочевого пузыря?

Нет 0; Да

Если да, как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

6. Вам когда-нибудь требовалось вправлять влагалище для начала мочеиспускания или полного опорожнения мочевого пузыря?

Нет 0; Да

Если да, как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

Colorectal-Anal Distress Inventory 9 (CRAD-8)

7. Вы чувствуете необходимость сильного натуживания для опорожнения кишечника?

Нет 0; Да

Если да, как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

Примечание.

Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

9. У Вас бывает чувство неполного опорожнения кишечника после дефекации?

Нет 0; Да

Если да, как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

9. У Вас бывают эпизоды недержания кала при хорошо оформленном стуле?

Нет 0; Да

Если да, как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

10. У Вас бывают эпизоды недержания кала при жидком стуле?

Нет 0; Да

Если да, как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

11. У Вас бывают эпизоды недержания газов?

Нет 0; Да

Если да, как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

12. Испытываете ли Вы боль при дефекации?

Нет 0; Да

Если да, как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

13. Испытываете ли Вы нестерпимо сильные позывы к дефекации?

Нет 0; Да

Если да, как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

14. Выпадала ли когда-нибудь у Вас часть прямой кишки через анальное отверстие?

Нет 0; Да

Если да, как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

Urinary Distress Inventory 6 (UDI-6)

15. Бывает ли у Вас учащенное мочеиспускание?

Нет 0; Да

Если да, как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

16. Бывает ли у Вас недержание мочи вследствие сильного позыва к мочеиспусканию?

Нет 0; Да

Если да, как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

17. Бывает ли у Вас недержание мочи при кашле, чихании, или смехе?

Нет 0; Да

Если да, как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

18. Теряете ли вы мочу в незначительных количествах (по каплям)?

Нет 0; Да

Если да, как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

19. Испытываете ли Вы затруднение опорожнения мочевого пузыря?

Нет 0; Да

Если да, как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

20. Испытываете ли Вы боль или дискомфорт в нижних отделах живота или области половых органов

Нет 0; Да

Если да, как часто это Вас беспокоит?

1 2 3 4

Никогда Редко Часто Всегда

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.