

Клинические рекомендации – Ректоцеле – 2025-2026-2027 (01.11.2025)

– Утверждены Минздравом РФ

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

Год утверждения (частота пересмотра): 2025

Пересмотр не позднее: 2027

ID: 188_3

Возрастная категория: Взрослые

Специальность:

По состоянию на 01.11.2025 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Разработчик клинической рекомендации

Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России

Список сокращений

БОС – терапия – терапия биологической обратной связи

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ЗАПК – запирательный аппарат прямой кишки

СОТД – синдром опущения тазового дна

СОД – синдром обструктивной дефекации

СРК – синдром раздраженного кишечника

СТРПП – степлерная трансанальная резекция прямой кишки

ЛФК – лечебная физическая культура

УЗИ – ультразвуковое исследование

Термины и определения

Синдром опущения тазового дна – совокупность заболеваний, возникающих вследствие опущения или выпадения органов малого таза. Эти заболевания могут существовать как отдельные нозологические формы (ректоцеле, выпадение прямой кишки, энteroцеле), 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, энteroцеле 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, 59].

Синоним: опущение (выпадение) задней 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 действием 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, 4, 60].

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 [5].

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 малого таза [6, 7].

Ожирение также оказывает отрицательное влияние на состояние связочно-мышечного аппарата женского таза [8].

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% [9 – 11]. У женщин в возрасте 18-83 лет, проходивших ежегодное гинекологическое обследование, распространенность СОТД увеличивается примерно на 40% с каждой последующей декадой жизни [9].

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 [12]. Также есть данные, что пациентки с синдромом опущения промежности в нашей стране составляют от 15% до 30% всех больных с гинекологическими заболеваниями [13].

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).

Код:

N81.6 – Ректоцеле

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

1. По уровню дефекта ректовагинальной перегородки различают [14]:

- 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, 59]:

- 1 степень – ректоцеле определяется лишь при пальцевом исследовании прямой кишки как небольшой карман передней стенки прямой кишки, не достигающий уровня преддверия влагалища;

- 2 степень – выпячивание стенки прямой кишки во влагалище доходит до уровня преддверия влагалища;

- 3 степень – выпячивание передней стенки прямой кишки выходит за пределы влагалища.

3. По выраженности рентгенологических изменений различают [1, 59]:

- 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 случаях 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 путем давления на заднюю стенку влагалища или промежность для опорожнения прямой кишки [15].

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 [15]:

- 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, выяснить характер родовой деятельности (стремительные роды, инструментальное вспоможение), профессиональные вредности (тяжелые физические нагрузки), наличие запоров или хронических заболеваний легких [16].

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 [17].

Также женщины, имеющие ректоцеле, могут предъявлять жалобы на ощущение давления на влагалище и наличие округлого образования в этой области [18].

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

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендуется всем пациентам с ректоцеле с целью подтверждения диагноза проводить наружный осмотр области промежности и заднего прохода, а также пальцевое исследование прямой кишки [1, 19, 20, 59].

Уровень убедительности рекомендаций – С (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, 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 потужиться, 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

- Рекомендуется всем пациенткам с ректоцеле 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 [21, 22].

Уровень убедительности рекомендаций – А (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 19 секунд.

Кроме этого, определяют степень ректоцеле (см. классификацию по рентгенологическим признакам, подраздел "1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)"), а также сопутствующие проявления СОТД – внутренняя инвагинация прямой кишки, сигмоцеле.

- Рекомендуется выполнять трансректальное ультразвуковое исследование прямой кишки 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 [23, 24].

Уровень убедительности рекомендаций – В (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 [23].

- Рекомендуется проведение исследования функций запирательного аппарата прямой кишки (комплексная сфинктерометрия) и эвакуаторной пробы при наличии у пациенток симптомов недостаточности анального сфинктера, а также при подозрении на функциональные расстройства дефекации [25, 26].

Уровень убедительности рекомендаций – С (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 могут свидетельствовать о функциональном расстройстве дефекации.

Эвакуаторная пробы – 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 – пробы считается положительной, что соответствует норме. Если баллон остается в кишке – пробы отрицательная,

что свидетельствует о наличии нарушения эвакуаторной функции прямой кишки и определяет консервативную тактику лечения.

Отклонения от нормальных значений показателей комплексной сфинктерометрии и эвакуаторной пробы, могут свидетельствовать о функциональных расстройствах дефекации.

- Пациенткам с ректоцеле на фоне длительных задержек или отсутствия самостоятельного стула рекомендуется выполнять исследование пассажа по толстой кишке с целью выявления медленно-транзитного запора [27].

Уровень убедительности рекомендаций – С (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 времени его продвижения 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 выше 72 часов говорит о нарушении функции кишки. В функционально скомпрометированных отделах стаз контрастного средства может превышать 96 часов, что определяется при изучении 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 [28, 29]:

1. В проведении консервативных мероприятий, направленных на улучшение эвакуаторной функции прямой кишки.
2. В проведении БОС-терапии при наличии сопутствующих функциональных расстройствах 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 функциональных расстройств 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.

- Рекомендуется всем пациентам с ректоцеле назначение адекватного количества жидкости и пищевых волокон для нормализации деятельности желудочно-кишечного тракта и устранения запоров [28].

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 высокощелачивую 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 слабительные средства, увеличивающие объем кишечного содержимого, или осмотические слабительные средства, которые обладают высокой водоудерживающей способностью, что позволяет пациенту избегать натуживания при дефекации. Дозы препаратов подбираются индивидуально.

- Рекомендуется пациентам с ректоцеле, у которых не удается нормализовать стул с помощью высокощелачивой диеты, назначать слабительные средства и стимуляторы моторики ЖКТ [28, 30].

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

Комментарий: для улучшения функции толстой кишки используют объемные слабительные растительного происхождения, например, подорожника овального семян оболочки. Препараты увеличивают объем химуса, что благоприятно влияет на кишечную перистальтику. Осмотические слабительные средства на основе полиэтиленгликоля образуют водородные связи с молекулами воды в просвете кишки, увеличивают содержание жидкости в химусе, стимулируют mechanoreцепторы и улучшают перистальтику кишечника. В сочетании со слабительными средствами назначают прокинетики – антагонисты серотониновых рецепторов. Кроме указанных препаратов для улучшения функции толстой кишки могут применяться другие слабительные средства, такие как натрия пикосульфат, бисакодил**.

- Рекомендуется пациентам с ректоцеле, у которых при обследовании были выявлены признаки функциональных расстройств дефекации, проведение тренировки с биологической обратной связью (лечебная физкультура с биологической обратной связью при заболеваниях толстой кишки) [29].

Уровень убедительности рекомендаций – А (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 устанавливают индивидуально [31].

Показания к хирургическому лечению пациентов с ректоцеле целесообразно устанавливать 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 направленности каловых масс ориентирован в сторону ректоцеле и остаточный объем контраста в кишке превышает 20%.

4. Все проводимые мероприятия, направленные на улучшение опорожнения прямой кишки (соблюдение режима питания, применение слабительных средств, БОС-терапия), не привели к положительному результату.

Способы хирургического лечения

Все оперативные вмешательства по поводу ректоцеле направлены на укрепление передней стенки прямой кишки и ликвидацию дивертикулоподобного выпячивания. Операции выполняют с использованием трансвагинального, трансперинеального, трансректального и трансабдоминального доступов [32-34].

- Рекомендуется пациентам с изолированным ректоцеле без сопутствующих проявлений СОТД (внутренняя инвагинация прямой кишки, сигмоцеле) выполнять пластику ректовагинальной перегородки местными тканями (кольпперинеоррафия и леваторопластика) либо производить ее укрепление имплантатом (сетка хирургическая для коррекции опущения тазовых органов, из синтетического полимера) трансвагинальным доступом [35-38].

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

Комментарий: 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 [39].

- Рекомендуется у пациентов с ректоцеле в сочетании с анальной инконтиненцией, обусловленной дефектом анального сфинктера, выполнение оперативного вмешательства трансперинеальным доступом. Пластика осуществляется местными тканями (кольпперинеоррафия и леваторопластика) либо с использованием имплантата (сетка хирургическая для коррекции опущения тазовых органов, из синтетического полимера) и дополняется сфинктеропластикой [40, 41].

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.

- Рекомендуется пациентам с ректоцеле в сочетании с внутренней инвагинацией в нижнеампулярном отделе прямой кишки выполнять операцию трансректальным доступом. В настоящее время основным оперативным вмешательством при данном доступе является степлерная трансанальная резекция прямой кишки (СТРПК) при помощи циркулярного степлера (трансанальная слизисто-подслизистая резекция нижнеампулярного отдела прямой кишки) [42-44].

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

Комментарий: с помощью одноразового окончатого тубуса накладывают два слизисто-мышечных полукусетных шва на переднюю полуокружность прямой кишки – первый шов на 3 см выше 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 скрепочного 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 [45, 46]:

1. Кровотечение из скрепочных 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 [47]. Отдаленные результаты лечения варьируются от 90% хороших результатов в первые месяцы после вмешательства до снижения эффекта от лечения и возврате симптомов у 52% пациенток через 18 месяцев после операции [48].

- Рекомендуется пациентам с ректоцеле в сочетании с другими проявлениями СОТД – высокой внутренней инвагинацией (средне- и верхнеампулярный отделы прямой кишки), сигмоцеле, выполнять оперативное вмешательство трансабдоминальным доступом. В данном случае выполняется ректокольпосакропексия (ректопексия с использованием видеоэндоскопических технологий), в ходе которой устанавливается сетчатый имплант (сетка хирургическая для коррекции опущения тазовых органов, из синтетического полимера) [44, 49].

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

Комментарий: операцию выполняют открытым либо лапароскопическим способом. 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 [49]. Данная методика позволяет добиться ликвидации анатомических дефектов ректовагинальной перегородки и тазового дна, а также улучшить эвакуаторную функцию прямой кишки более чем в 80% случаев [50, 51].

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

- Рекомендуется всем пациентам, перенесшим хирургическое лечение по поводу ректоцеле, динамическое наблюдение у врача – колопроктолога, проведение профилактики и лечения запоров, а также периодическое выполнение гимнастических упражнений (гимнастика Кегеля) [52, 53].

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

Комментарий: проведение профилактики запоров, а также выполнение гимнастических упражнений, направленных на укрепление мышц тазового дна может способствовать улучшению результатов хирургического лечения ректоцеле в отдаленном послеоперационном периоде.

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

5.1. Профилактика

- Рекомендовано в качестве метода профилактики улучшение качества акушерских пособий, сокращение частоты послеродовых осложнений [54, 55].

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

- Рекомендовано назначение в послеродовом периоде упражнений, направленных на восстановление тонуса мышц тазового дна (гимнастика Кегеля) [56, 57].

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

- Рекомендовано выявление и коррекция функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта, хронических заболеваний легких, ограничение тяжелых физических нагрузок с целью снижения частоты заболевания ректоцеле [5, 53, 58].

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

5.2. Динамическое наблюдение

- Рекомендуется всем пациентам после заживления операционной раны контрольные осмотры через 6 и 12 месяцев после оперативного лечения. Результаты оцениваются по опросникам: система балльной оценки нарушений эвакуаторной функции толстой кишки и PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory – реестр расстройств со стороны тазового дна) ([Приложение Г1, Г2](#)) [1, 19, 38, 59, 60].

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

- Рекомендуется всем пациентам инструментальное обследование в виде рентгенологического исследования эвакуаторной функции прямой кишки (дефекография) через 6 и 12 месяцев после операции для объективной оценки анатомического и функционального состояния тазовых органов [1, 19, 38, 59, 60].

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

Комментарий: применение специализированных опросников, позволяет определить нарушения эвакуаторной функции толстой кишки и комплексно оценить симптоматику пролапса тазовых органов. Рентгенологическая дефекография в отдаленные сроки после оперативных вмешательств по поводу ректоцеле позволяет выявить у пациентов рецидив, а также определить наличие внутренней ректальной инвагинации и сигмоцеле, способствующие развитию синдрома обструктивной дефекации.

6. Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь, за исключением медицинской помощи в рамках клинической аprobации, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", постановлением Правительства Российской Федерации от 17.11.2021 N 1968 "Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6-9 и 11 статьи 37 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" организуется и оказывается:

- 1) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- 2) в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю "колопроктология", обязательным для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
- 3) на основе настоящих клинических рекомендаций;
- 4) с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Госпитализация пациентов с ректоцеле осуществляется в плановом порядке с целью выполнения хирургического вмешательства. Лечение пациентов этой категории проводится в условиях специализированного колопроктологического стационара. Оказание медицинской помощи пациентам с ректоцеле осуществляется врачами-колопроктологами.

Показание для госпитализации:

- подтвержденный диагноз ректоцеле.

Показания к выписке пациента:

- при стойком улучшении, когда пациент может без ущерба для здоровья продолжать лечение амбулаторно под наблюдением врача-колопроктолога;
- при отсутствии показаний к дальнейшему лечению в стационаре;
- при необходимости перевода пациента в другое лечебное учреждение;
- по требованию пациента или его законного представителя;
- в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка стационара, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих.

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 пациентом ограничений физических нагрузок в послеоперационном периоде.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при ректоцеле (коды по МКБ-10: N 81.6)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-колопротолога первичный (с наружным осмотром области промежности и заднего прохода и с трансректальным пальцевым исследованием)	Да/Нет
2.	Выполнен прием врача-колопротолога (с оценкой качества жизни с применением опросников (после оперативного лечения через 6 и 12 месяцев))	Да/Нет
3.	Назначено потребление адекватного количества жидкости и пищевых волокон (для нормализации деятельности желудочно-кишечного тракта и устранения запоров)	Да/Нет

Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ректоцеле (коды по МКБ-10: N 81.6)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено рентгенологическое исследование эвакуаторной функции кишки (при установлении диагноза или после хирургического лечения через 6 и 12 месяцев)	Да/Нет
2.	Выполнена пластика ректовагинальной перегородки местными тканями (кольпперинеография и леваторопластика) либо произведено ее укрепление имплантатом трансвагинальным либо трансперинеальным доступом у пациентов с изолированным ректоцеле без сопутствующих проявлений СОТД (внутренняя инвагинация прямой кишки, сигмоцеле)	Да/Нет
3.	Выполнена степлерная трансанальная резекция прямой кишки (СТРПК) при помощи циркулярного степлера (трансанальная слизисто-подслизистая резекция нижнеампулярного отдела прямой кишки) пациентам с ректоцеле в сочетании с внутренней инвагинацией в нижнеампулярном отделе прямой кишки	Да/Нет
4.	Выполнена ректокольпосакропексия (ректопексия с использованием видеоэндоскопических технологий) пациентам с ректоцеле в сочетании с высокой внутренней инвагинацией (средне- и верхнеампулярный отделы прямой кишки) и/или сигмоцеле	Да/Нет

Список литературы

1. Лукьянов А.С. Методы оценки эффективности операций с установкой сетчатых имплантов при ректоцеле/А.С. Лукьянов, А.Ю. Титов, О.М. Бирюков, А.А. Мудров, И.В. Костарев//Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2021. – N 3(31). – с. 17-25. DOI: 10.22416/1382-4376-2021-31-3-17-25
2. Hans P.D. Association between vaginal parity and rectocele/P.D. Hans, G. Mariangeles, K.A. Ixora, S.W. Caroline//Int Urogynecol J. – 2018. – N 29(10). – p. 1479-1483. DOI: 10.1007/s00192-017-3552-8
3. Miedel A. Nonobstetric risk factors for symptomatic pelvic organ prolapse. A. Miedel, G. Tegerstedt, M. Mæhle-Schmidt , et al.//Obstet Gynecol. – 2009. – N 113(5). – p. 1089-1097. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181a11a85
4. Оразов М.Р. Клинико-анамнестические предикторы ректоцеле у женщин репродуктивного возраста/М.Р. Оразов, Л.М. Михалева, М.В. Крестинин//Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение. – 2024. – Т. 12. – с. 83-91. DOI: <https://doi.org/10.33029/2303-9698-2024-12-suppl-83-91>
5. Mustain W.C. Functional Disorders: Rectocele/W.C. Mustain//Clin Colon Rectal Surg. – 2017. - N30(1) – p. 63-75. DOI: 10.1055/s-0036-1593425
6. Robinson D. Post-hysterectomy vaginal vault prolapse/D. Robinson, G. Thiagamoorthy, L. Cardozo//Maturitas. – 2018. – N 107. – p. 39-43. DOI: 10.1016/j.maturitas.2017.07.011
7. Iglesia C.B. Pelvic Organ Prolapse/C.B. Iglesia, K.R. Smithling//Am Fam Physician. – 2017. – N 96(3). – p. 179-185.
8. Lee U.J. Obesity and pelvic organ prolapse/U.J. Lee, M.H. Kerkhof, S.A. Leijsen, et al.//Curr Opin Urol. – 2017. – N 27(5). – p. 428-434. DOI: 10.1097/MOU.0000000000000428
9. Swift S. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects/S. Swift, P. Woodman, A. O'Boyle, et al.//Am. J. Obstet. Gynecol. – 2005. – N 192(3). – p. 795-806. DOI: 10.1016/j.ajog.2004.10.602
10. Шелыгин Ю.А. Особенности клинической картины и характер нейро-функциональных нарушений у больных ректоцеле/Ю.А. Шелыгин, А.Ю. Титов, Ю.А. Джанаев, О.М. Бирюков, А.А. Мудров, И.В. Краснопольская//Колопроктология. – 2012. – N 4 (42). – с. 27-32.
11. Savoye-Collet, C. Defecography in symptomatic older women living at home/C. Savoye-Collet, G. Savoye, E. Koning, et al.//Age and Ageing. – 2003. – Vol. 32 – N 3. – p. 347-350. DOI: 10.1093/ageing/32.3.347
12. Баяхчянц, А.Ю. Тактика лечения ректоцеле с сочетанными заболеваниями прямой кишки и мочеполовой сферы: автореф. дис. ... канд. мед. наук/Бахчиянц Артур Юрьевич. – Ереван, 1992. 22 с.
13. Слободянюк Б.А. Сравнительный анализ лапароскопического и вагинального доступов при лечении генитального пролапса с использованием синтетических материалов: дис.канд.мед.наук:/Слободянюк Борис Александрович. – М., 2009. – 133 с.
14. Block I.R. Transrectal repair of rectocele using obliterative suture/I.R. Block//Dis Colon Rectum. – 1986. – N 29(11). – p. 707-711. DOI: 10.1007/BF02555314
15. Grimes C.L. Surgical interventions for posterior compartment prolapse and obstructed defecation symptoms: a systematic review with clinical practice recommendations/C.L. Grimes, M.O. Schimpf, C.K. Wieslander, et al.//International Urogynecology Journal. – 2019. – N 30(9). – p. 1433-1454. DOI: 10.1007/s00192-019-04001-z
16. Soares F.A. Role of age, bowel function and parity on anorectocele pathogenesis according to cinerec fecography and anal manometry evaluation/F.A. Soares, F.S Regadas, S.M Murad-Regadas, et al.//Colorectal Dis. – 2009. – N 11(9). – p. 947-950. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2008.01761.x
17. Brandner S. Sexual function after rectocele repair/S. Brandner, A. Monga, M.D. Mueller, et al.//J Sex Med. – 2011. – N 8(2). – p. 583-588. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2010.02101.x
18. Schwandner O. Rectocele: Symptoms, diagnostics and therapy concepts from a coloproctological

- viewpoint/O. Schwandner//Chirurg. – 2016. – N 87(11). – p. 985-998. DOI: 10.1007/s00104-016-0287-x
19. Беженарь В.Ф. Диагностика и хирургическое лечение ректоцеле при пролапсе тазовых органов с использованием системы Prolift/В.Ф. Беженарь, Е.В. Богатырева, Н.Г. Павлова и соавт./Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – N 2. – с. 12-21.
20. Kuehn H.G. Relationship between anal symptoms and anal findings/H.G. Kuehn, O. Gebbensleben, Y. Hilger, et al./Int J Med Sci. – 2009. – N 6(2). – p. 77-84. DOI: 10.7150/ijms.6.77
21. Зароднюк И.В. Рентгенологическая дефекография в обследовании колопроктологических больных/И.В. Зороднюк//Радиология – практика. – 2004. – N 2. – с. 27-30.
22. Grossi U. Systematic review with meta-analysis: defecography should be a first-line diagnostic modality in patients with refractory constipation/U. Grossi, G.L. Tanna, H. Heinrich, et al./Aliment. Pharmacol. Ther. – 2018. – N 48. – p. 1186-1201. DOI: 10.1111/apt.15039
23. Notten K. 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/K. Notten, T. Vergeldt, S. Kuijk, et al./Female Pelvic Med Reconstr Surg. – 2017. – N 23(6). – p. 420-428. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000402
24. Gruting I.M. Imaging modalities for the detection of posterior pelvic floor disorders in women with obstructed defaecation syndrome/I.M. Gruting, A. Stankiewicz, R. Thakar, et al./Cochrane Database Syst Rev. – 2021. – N 9(9). – CD011482. DOI: 10.1002/14651858.CD011482.pub2
25. Rao S.S. Diagnosis and management of chronic constipation in adults/S.S. Rao, K. Rattanakovit, T. Patcharatrakul/Nat Rev Gastroenterol Hepatol. – 2016. – N 13(5). – p. 295-305. DOI: 10.1038/nrgastro.2016.53
26. Shah E. Examining Balloon Expulsion Testing as an Office-Based, Screening Test for Dyssynergic Defecation: A Systematic Review and Meta-Analysis/E. Shah, J.D. Farida, S. Menees//Am J Gastroenterol. – 2018. – N 113(11). – p. 1613-1620. DOI: 10.1038/s41395-018-0230-5
27. Xu H.M. Colonic transit time in patient with slow-transit constipation: comparison of radiopaque markers and barium suspension method/H.M. Xu, J.G. Han, Y. Na/Eur. J. Radiol. – 2011. – N 79(2). – p. 211-213. DOI: 10.1016/j.ejrad.2010.03.006
28. Murad-Regadas S.M. Management of patients with rectocele, multiple pelvic floor dysfunctions and obstructed defecation syndrome/S.M. Murad-Regadas, F.S. Regadas, L.V. Rodrigues, et al./Arq Gastroenterol. – 2012. – N 49(2). – p. 135-142. DOI: 10.1590/s0004-28032012000200008
29. Koh C.E. Systematic review of randomized controlled trials of the effectiveness of biofeedback for pelvic floor dysfunction/C.E. Koh, C.J Young., J.M. Young, et al./Br J Surg. – 2008. – N 95(9). – p. 1079-1087. DOI: 10.1002/bjs.6303
30. Valiyeva S. Results of medical treatment with psyllium, lactobacillus, and tryptophan (Plurilac(R) Trio) in obstructive defecation syndrome/S. Valiyeva, D. Tiso, P. Cerri, et al./Front Surg. – 2024. – 1361049. DOI: 10.3389/fsurg.2024.1361049
31. Pescatori M.A prospective evaluation of occult disorders in obstructed defecation using the 'iceberg diagram'/M. Pescatori, M. Spyrou, A. Pulvirenti d'Urso//Colorectal Dis. – 2007. – N 9(5). – p. 452-456. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2006.01094.x
32. Shi Y. Transvaginal Mesh and Transanal Resection to Treat Outlet Obstruction Constipation Caused by Rectocele/Y. Shi, Y. Yu, X. Zhang, et al./Med Sci Monit. – 2017. – N 23. – p. 598-605. DOI: 10.12659/msm.898790
33. Arezzo A. Surgical procedures for evacuatory disorders/A. Arezzo, M. Pescatori//Ann Ital Chir. – 2009. – N 80(4). – p. 261-266.
34. Lourenço T.R.M. A systematic review of reported outcomes and outcome measures in randomized trials evaluating surgical interventions for posterior vaginal prolapse to aid development of a core outcome set/T.R.M. Lourenço , V. Pergialiotis, C.M. Durnea, et al./Int J Gynaecol Obstet. – 2020. – N 148(3). – p. 271-281. DOI: 10.1002/ijgo.13079
35. Balata M. Functional Outcome and Sexual-Related Quality of Life After Transperineal Versus Transvaginal Repair of Anterior Rectocele: A Randomized Clinical Trial/M. Balata, H. Elgendi, S.H.

Emile, et al./Dis Colon Rectum. – 2020. – N 63(4). – p. 527-537. DOI: 10.1097/DCR.0000000000001595

36. Maher C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women/C. Maher, B. Feiner, K. Baessler, C. Schmid//Cochrane Database Syst Rev. – 2013. – N 4 – CD004014. DOI: 10.1002/14651858.CD004014.pub5

37. Pecheux O. Long-term (8.5 years) analysis of the type and rate of reoperation after transvaginal mesh repair (Prolift(R)) in 349 patients/O. Pecheux, G. Giraudet, E. Drumez, et al./Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2019. – N 232. – p. 33-39. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2018.10.009

38. Лукьянов А.С. Отдаленные результаты хирургического лечения ректоцеле методом пластики ректовагинальной перегородки W-образным сетчатым имплантом/А.С. Лукьянов, И.В. Костарев, С.А. Фролов и соавт./Хирург. – 2024. – N 2. – с. 39-48. DOI:10.33920/med-15-2402-04

39. Mellgren A. Results of rectocele repair. A prospective study/A. Mellgren, B. Anzen, B.Y. Nilsson, et al./Dis Colon Rectum. – 1995. – N 38(1). – p. 7-13. DOI: 10.1007/BF02053850

40. Zimmermann E.F. Transperineal rectocele repair: a systematic review/E.F. Zimmermann, R.S. Hayes, I.R. Daniels, et al./ANZ J Surg. – 2017. – N 87(10). – p. 773-779. DOI: 10.1111/ans.14068

41. Omar W. Horizontal versus vertical plication of the rectovaginal septum in transperineal repair of anterior rectocele: a pilot randomized clinical trial/W. Omar, A.H. Elfallal, S.H. Emile, et al./Colorectal Dis. – 2021. – N 23(4) – p. 923-931. DOI: 10.1111/codi.15483

42. Van Geluwe B. Relief of obstructed defecation syndrome after stapled transanal rectal resection (STARR): a meta-analysis/B. Van Geluwe, A. Stuto, F. Da Pozzo, et al./Acta Chirurgica Belgica. – 2014. – N 114(3). – p. 189-197. DOI: 10.1080/00015458.2014.11681007

43. Ripamonti L. Stapled Transanal Rectal Resection (Starr) in the Treatment of Obstructed Defecation: A Systematic Review. Front/L. Ripamonti, A. Guttadauro, G. Lo Bianco, et al./Front Surg. – 2022. – N 9. – 790287. DOI: 10.3389/fsurg.2022.790287

44. Бирюков О.М. Анатомические и функциональные результаты хирургического лечения ректоцеле в сочетании с инвагинацией прямой кишки/О.М. Бирюков, А.А. Мудров, И.В. Костарев и соавт./Колопроктология. – 2024. – Т. 23, N 4. – с. 24-30. DOI: <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-4-24-30>

45. Stolfi V.M. Retroperitoneal sepsis with mediastinal and subcutaneous emphysema complicating stapled transanal rectal resection (STARR)/V.M. Stolfi, C. Micossi, P. Sileri, et al./Techniques in Coloproctology. – 2009. – N 13(1). – p. 69-71. DOI: 10.1007/s10151-009-0465-7

46. Pescatori M. Postoperative complications after procedure for prolapsed hemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal resection (STARR) procedures/M. Pescatori, G. Gagliardi//Techniques in Coloproctology. – 2008. – N 12(1). – p. 7-19. DOI: 10.1007/s10151-008-0391-0

47. Hasan H.M. Stapled transanal rectal resection for the surgical treatment of obstructed defecation syndrome associated with rectocele and rectal intussusception/H.M. Hasan, H.M. Hasan//ISRN Surg. – 2012. – 652345. DOI: 10.5402/2012/652345

48. Xynos E. Functional results after surgery for obstructed defecation/E. Xynos//Acta Chir. Iugosl. – 2012. – N 59(2). – p. 25-29. DOI: 10.2298/aci1202025x

49. Emile S.H. Abdominal rectopexy for the treatment of internal rectal prolapse: a systematic review and meta-analysis/S.H. Emile, H.A. Elfeki, M. Youssef, et al./Colorectal. Dis. – 2017. – N 19(1). – p. 13-24. DOI: 10.1111/codi.13574

50. Karram M. Surgery for posterior vaginal wall prolapse/M. Karram, C. Maher//Int Urogynecol J. – 2013. – N 24(11). – p. 1835-1841. DOI: 10.1007/s00192-013-2174-z

51. Sullivan E.S. Total pelvic mesh repair: ten-year experience/E.S. Sullivan, CC.J. Longaker, P.Y. Lee//Dis Colon Rectum. – 2001. – N 44(6). – p. 857-863. DOI: 10.1007/BF02234709

52. My-Linh T. Now Anyone Can Kegel: One-Time Office Teaching of Pelvic Floor Muscle Exercises/T. My-Linh, M.D. Nguyen, A. Abigail, et al./Female Pelvic Med Reconstr Surg. – 2019. – N 25(2). – p. 149-153. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000671

53. Jeppson P.C. Impact of Lifestyle Modifications on the Prevention and Treatment of Pelvic

Organ Prolapse/P.C. Jeppson, S. Balgobin, T. Wheeler, et al./Int Urogynecol. – 2025. – N 36. – p. 59-69.
DOI: 10.1007/s00192-024-05992-0

54. Dietz H.P. The role of childbirth in the aetiology of rectocele/H.P. Dietz, A.B. Steensma//BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. – 2006. – N 113(3). – p. 264-267. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2006.00860.x

55. Guzmán R.R. Does childbirth play a role in the etiology of rectocele?/R.R. Guzmán , C. Quintero, K.L. Shek//International Urogynecology Journal. – 2015. – N 26(5). – p. 737-741. DOI: 10.1007/s00192-014-2560-1

56. Marques A. The status of pelvic floor muscle training for women/A. Marques, L. Stothers, A. Macnab//Can. Urol. Assoc. J. – 2010. – N 4(6). – p. 419-424. DOI: 10.5489/cuaj.10026

57. Harvey M.A. Pelvic floor exercises during and after pregnancy: a systematic review of their role in preventing pelvic floor dysfunction/M.A. Harvey//J. Obstet. Gynaecol Can. – 2003. – N 25(6). – p. 487-98. DOI: 10.1016/s1701-2163(16) 30310-3

58. Tan C. The relationship between obstructed defecation and true rectocele in patients with pelvic organ prolapse/C. Tan, J. Geng, J. Tang, et al.///Scientific reports. – 2020. – N 10(1). – p. 1-6. DOI: 10.1038/s41598-020-62376-2

59. Шелыгин Ю.А. Справочник по колопроктологии/Ю. А. Шелыгин, Л.А. Благодарный. – М.: Литтерра, 2014. – с. 173-174.

60. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии/Г.И. Воробьев//Москва: "МИА". – 2006. – с. 193-208.

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Ф.И.О.	Ученая степень	Ученое звание	Профессиональная ассоциация
Адамян Лейла Владимировна	д.м.н.	Академик РАН, профессор	Российское общество акушеров-гинекологов
Алиев Фуад Шамильевич	д.м.н.	Профessor	Ассоциация колопроктологов России
Ачкасов Сергей Иванович	д.м.н.	Член-корр. профессор РАН,	Ассоциация колопроктологов России
Башанкаев Бадма Николаевич			Ассоциация колопроктологов России
Бирюков Олег Михайлович	к.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
Благодарный Леонид Алексеевич	д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
Грошилин Виталий Сергеевич	д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
Ильканич Андрей Яношевич	д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
Кашников Владимир Николаевич	д.м.н.	Доцент	Ассоциация колопроктологов России
Костарев Иван Васильевич	д.м.н.	Доцент	Ассоциация колопроктологов России
Кузьминов Александр Михайлович	д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России

Лукьянов Антон Сергеевич	к.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
Москалев Алексей Игоревич	к.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
Мудров Андрей Анатольевич	д.м.н.	Доцент	Ассоциация колопроктологов России
Титов Александр Юрьевич	д.м.н.		Ассоциация колопроктологов России
Фролов Сергей Алексеевич	д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
Хитарьян Александр Георгиевич	д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
Шелыгин Юрий Анатольевич	д.м.н.	Академик РАН, профессор	Ассоциация колопроктологов России

Преимущественно 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 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
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	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)
C	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. Федеральному закону от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ (с изменениями на 24.12.2024 г.) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
2. Постановлению Правительства Российской Федерации от 17.11.2021 г. N 1968 "Об

утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6-9 и 11 статьи 37 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3. Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 апреля 2010 г. N 206н (ред. от 21.02.2020) "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля".

4. Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 N 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми".

5. Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.12.2020 N 1363н "Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования".

Приложение Б

Алгоритмы действий врача



Приложение В

Информация для пациента

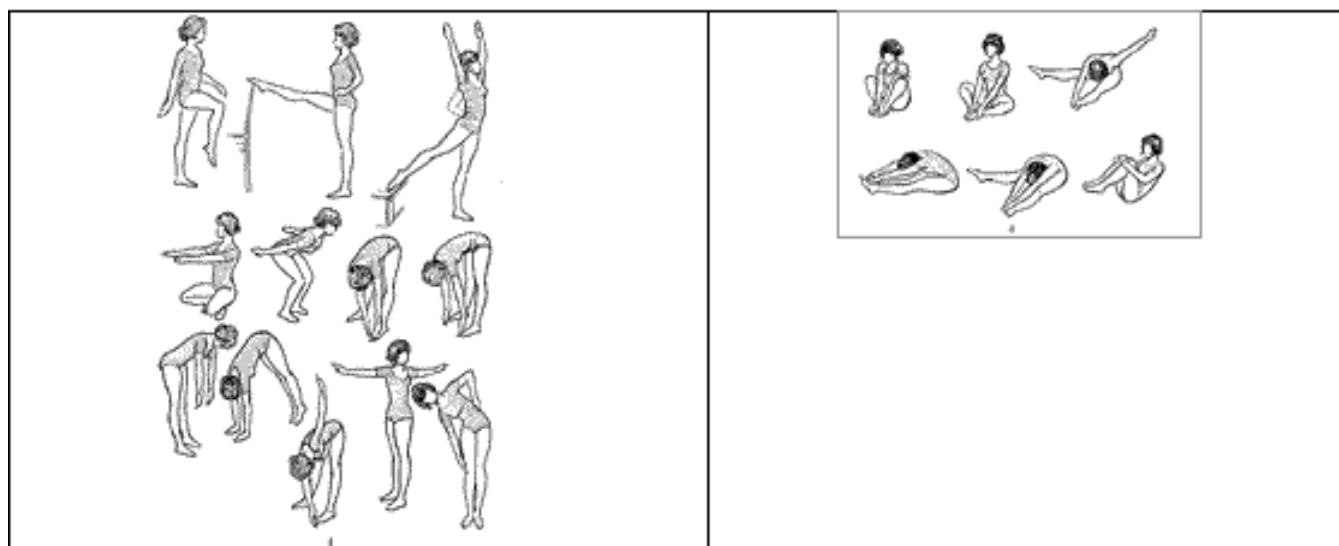
Информация о заболевании. Ректоцеле – заболевание, характеризующееся выпячиванием передней стенки прямой кишки в сторону влагалища. Риск развития заболевания увеличивается

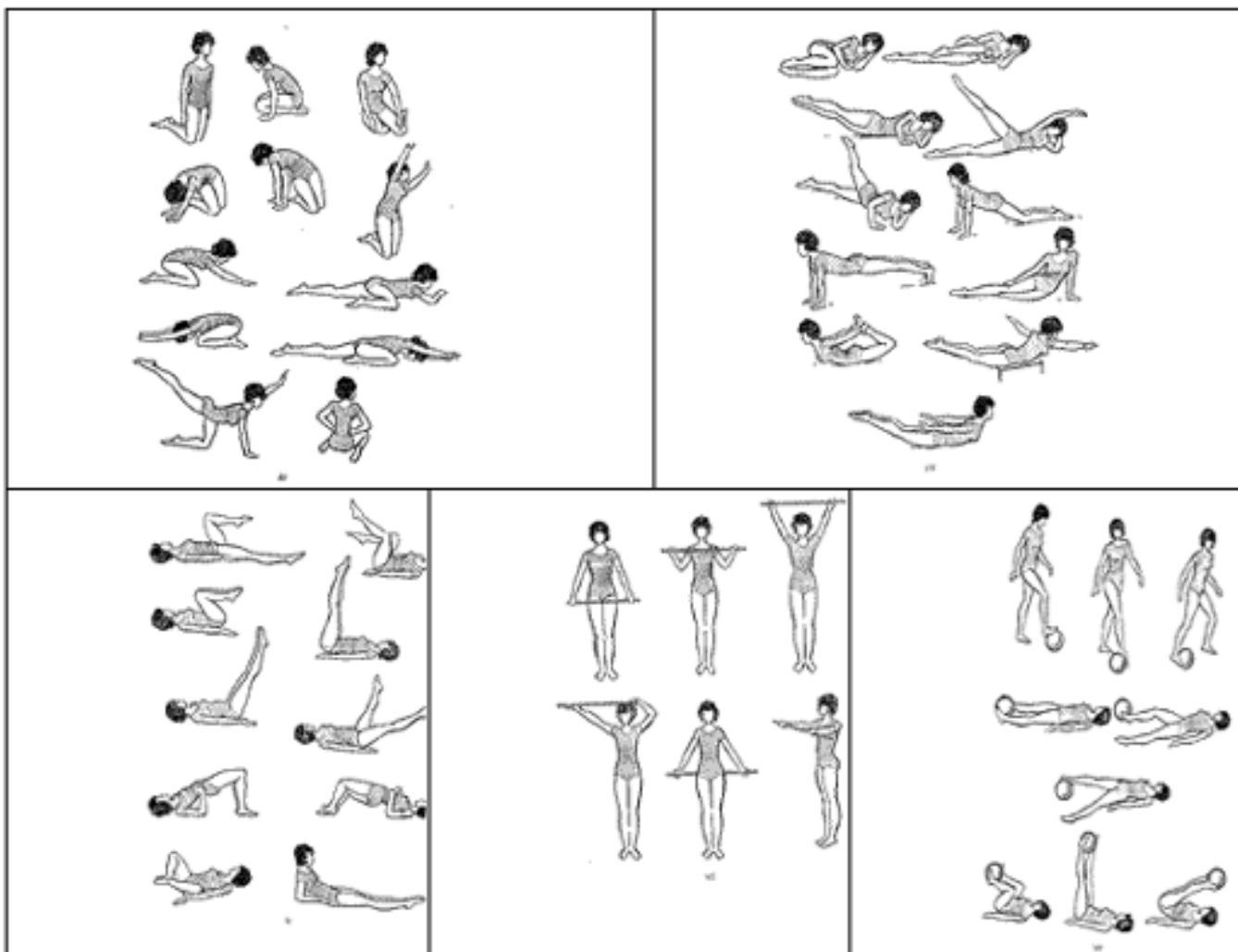
при осложненном течении беременности и родов, при тяжелом физическом труде и интенсивных занятиях спортом. Также важным фактором риска является хронический запор, провоцирующий частое и интенсивное натуживание, которое приводит к многократному резкому повышению внутрибрюшного давления и, как следствие, 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):





Приложение Г1-ГН

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

Приложение Г1

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); Хирургическое лечение больных ректоцеле перинеально-анальным доступом: дис. канд. мед. наук:/Мудров Андрей Анатольевич. – М., 2003. – 147 с.

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	<ul style="list-style-type: none"> - постоянно - временами - не отмечается 	0 1 2
2.	Позывы на дефекацию	<ul style="list-style-type: none"> - постоянно - временами - не отмечается 	0 1 2
3.	Применение слабительных средств	<ul style="list-style-type: none"> - не использует - временами - постоянно - снижение эффекта 	0 1 2 3
4.	Использование очистительных клизм	<ul style="list-style-type: none"> - не использует - временами - постоянно - снижение эффекта 	0 1 2 3
5.	Длительное натуживание при дефекации	<ul style="list-style-type: none"> - не отмечается - временами - постоянно 	0 1 2
6.	Плотный/фрагментированный кал	<ul style="list-style-type: none"> - не отмечается - временами - постоянно 	0 1 2
7.	Ощущение неполного опорожнения при дефекации	<ul style="list-style-type: none"> - не отмечается - временами - постоянно 	0 1 2
8.	Необходимость ручного пособия при дефекации	<ul style="list-style-type: none"> - не отмечается - временами - постоянно 	0 1 2
9.	Наличие и давность запоров	<ul style="list-style-type: none"> - 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: Пешков Н.О. 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

8. 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 жидким 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. Бывают 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 2020-2025 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.