

**МИНИСТЕРСТВО**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

**Свищ заднего прохода**

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:К60.3

Год утверждения (частота пересмотра):2020

Возрастная категория:Взрослые

Пересмотр не позднее:2022

**ГО:191**

Разработчик клинической рекомендации

**• Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

Ключевые елова Спиеок еокращений Термины и определения

1. Краткая информация
2. Диагноетика
3. Лечение
4. Реабилитация
5. Профилактика
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и иеход заболевания Критерии оценки качеетва медицинекой помощи

Спиеок литературы

Приложение А1. Соетав рабочей группы

Приложение А2. Методология разработки клиничееких рекомендаций

Приложение АЗ. Связанные документы

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента

Приложение В. Информация для пациентов

Приложение Г.

Ключевые елова

Список сокращений

БК - болезнь Крона

ДИ - доверительный интервал ЗАПК - запирательный аппарат прямой кишки МРТ - магнитно-резонаненая томография КТ - компьютерная томография

РКИ - рандомизированное контролируемое иееледование СЗП - евиш, заднего прохода

УДД - уровень доетоверноети доказательетв

УУР - уровень убедительноети рекомендаций

УЗИ - ультразвуковое иееледование

Термины и определения

Сфинктеросберегающая операция - операция, при которой не проиеходит травмы ефинктерного аппарата прямой кишки или воздейетвие на ефинктерный аппарат являетея минимальным и не приводит к выраженному клиничееки значимому нарушению функции держания кишечного еодержимого.

Незаживление свищевого хода - сохранение или повторное появление связи просвета прямой кишки с раной или свищевым ходом после операции по поводу свища (как правило, этот термин используется при сфинктеросберегающем лечении, когда свищевой ход может полностью не иссекаться, а внутреннее свищевое отверстие закрывается одним из пластических методов). Данный термин отличается от понятия «рецидив» тем, что рана или свищевой ход не успевают полностью зажить до момента установления их связи с просветом прямой кишки.

Рецидив свища — повторное появление свища прямой кишки спустя некоторое время после операции, сопровождавшейся положительным результатом, те. полным заживлением свищевого хода (при условии, что внутреннее свищевое отверстие локализуется на том же месте, как и до операции).

1. Краткая информация
	1. **Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или**

**состояний)**

Свищ заднего прохода - это патологический ход между анальным каналом и окружающими его тканями и/или органами и/или перианальной кожей.

При этом внутренним отверстием свища является воспаленная анальная крипта, вследствие чего под СЗП без уточнения подразумевают свищи криптогландулярного происхождения. В иных случаях этиологию СЗП дополнительно уточняют (посттравматический свищ, постлучевой и т.д.).

Наружное свищевое отверстие наиболее часто располагается на коже перианальной области, промежности, ягодичной области. Значительно реже свищ открывается во влагалище, мочеиспускательный канал и другие органы таза. Также СЗП может быть неполным внутренним, те. заканчиваться слепо в мягких тканях [1,2].

* 1. **Этиология и патогенез заболевания или состояния (группе**

**заболеваний или состояний)**

Образование СЗП криптогландулярного происхождения связано с особенностями распространения и персистенции гнойно-воспалительного процесса из анальных крипт по ходу анальных желез. Примерно 95% свищей прямой кишки связаны с перенесенным острым парапроктитом. Основное количество анальных желез (около 80%) слепо заканчивается в подслизистом слое, около 20 % проникает в межсфинктерное пространство и крайне редко они проходят сквозь наружный сфинктер [3].

При формировании СЗП в области пораженной анальной крипты образуется внутреннее свищевое отверстие, которое является воротами инфекции, поддерживающими хронический воспалительный процесс. При этом гнойный ход окружается фиброзной тканью снаружи - формируется свищевой ход. По ходу свища в клетчатке при недостаточно хорошем дренировании могут формироваться инфильтраты, затеки и гнойные полости [2].

* 1. **Эпидемиология заболевания или состояния (группе заболеваний или**

**состояний)**

СЗП формируется в 30-50% случаев в качестве исхода острого парапроктита [4-5].

Заболеваемость СЗП составляет 1,2-2,8 случаев на 10 тыс. населения в год. Наиболее часто заболевание развивается в возрасте от 20 до 50 лет, что обуславливает социальную значимость данного заболевания. Мужчины страдают несколько чаще, чем женщины [6-8].

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

Коды по МКБ-10

**Класс - Болезни органов пищеварения (XI):**

К60.3 Свищ заднего прохода

* 1. **Классификация заболевания или состояния (группе заболеваний или состояний)**

**Свищ заднего прохода бывает:**

* полным (есть внутреннее и наружное свищевое отверстие)
* неполным внутренним (наружного отверстия нет, есть только внутреннее)

**По локализации внутреннего отверстия в анальном канале:**

* задний (с 4 до 8 часов условного циферблата)
* передний (с 10 до 2 часов условного циферблата)
* боковой (с 8 до 10 часов условного циферблата и с 2 до 4 часов условного циферблата)

**В зависимости от расположения свищевого хода по отношению к наружному сфинктеру заднего прохода выделяют:**

* интрасфинктерный
* транссфинктерный
* экстрасфинктерный

**Экстрасфинктерные свищи делятся на 4 степени сложности:**

* первая степень сложности: внутреннее отверстие узкое, без рубцов вокруг него, нет гнойников и инфильтратов в клетчатке по ходу свища;
* вторая степень сложности: в области внутреннего отверстия имеются рубцы, но нет воспалительных изменений в клетчатке;

третья степень сложности: внутреннее отверстие узкое без рубцовых изменений вокруг, но в клетчатке имеется гнойно-воспалительный процесс;

• четвертая степень сложности: внутреннее отверетие широкое, окружено рубцами, в окружаюш,их евиш, тканях имеютея воепалительные инфильтраты или гнойные полоети.

**1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группе заболеваний или состояний)**

к оеновным клиничееким проявлениям евиш,а заднего прохода отноеятея:

* наличие внутреннего евиш,евого отверетия в облаети анальной крипты;
* наличие наружного евиш,евого отверетия на коже перианальной облаети, промежноети или ягодичной облаети;
* еерозные, гнойные или еукровичные выделения из наружного евиш,евого отверетия;
* периодичееки возникающий болезненный инфильтрат в перианальной облаети, промежноети, чаще веего раеположенный в облаети наружного евищевого отверетия евища;
* диекомфорт, боли в облаети заднего прохода.

При обоетрении хроничеекого гнойно-воепалительного процеееа в параректальной клетчатке возможно появление общих воепалительных еимптомов, таких как повышение температуры тела, лихорадка.

1. Диагностика

***Критерии установления диагноза/состояния*** *- на основании патогномоничных данных:*

1. *клинического обследования;*
2. *инструментального обследования.*

*Диагностика СЗП подразумевает решение нескольких задач:*

1. *определение этиопатогенеза свища;*
2. *локализация внутреннего и наружного свищевых отверстий;*
3. *топографо-анатомические характеристики свища (направление его хода, расположение хода по отношению к наружному сфинктеру, наличие затеков);*
4. *оценка выраженности и распространённости воспалительного процесса (наличие инфильтратов, гнойных полостей, вовлечение соседних органов);*
5. *оценка функции ЗАПК.*

*Дифференциальная диагностика проводится с целью исключения воспалительных заболеваний кожи и мягких тканей, которые не имеют связи с анальным каналом и прямой кишкой [9].*

*Кроме того, дифференциальный диагноз проводится:*

* *с воспалительными заболеваниями кишечника с перианальными осложнениями (болезнь Крона, язвенный колит);*
* *со свищами травматического происхождения;*
* *со специфическими инфекциями (туберкулез, актиномикоз);*
* *со свищами, дренирующими гнойные полости таза, вызванные другими заболеваниями (осложненные опухоли, перфоративный дивертикулит и т.д.);*
* *с хроническим воспалением эпителиального копчикового хода;*
* *со свищами, дренирующими каудальные тератомы;*
* *с хроническим остеомиелитом костей таза.*

*При туберкулезе легких или кишечника нельзя исключать банальные криптогландулярные СЗП. Подозрение на специфический процесс вызывают случаи, когда из свищей обильно выделяется жидкий гной, при гистологическом исследовании обнаруживаются многочисленные сливающиеся гранулемы с казеозным некрозом. Крайне редко, но встречается озлокачествление свища прямой кишки, при этом выделения из него становятся кровянистыми с примесью слизи. Падежным методом диагностики является цитологическое исследование соскоба из свищевого хода, причем соскоб лучше делать из глубокой части хода, а не из области наружного отверстия [10].*

***Принципы формирования диагноза.***

*При формулировке диагноза СЗП следует отразить локализацию внутреннего свищевого отверстия (задний, передний, боковой), расположение свищевого хода по отношению к наружному анальному сфинктеру (интрасфинктерный, транссфинктерный.*

*экстрасфинктерный), наличие или отсутствие наружного свищевого отверстия (полный или неполный), а также наличие или отсутствие полостей, затеков по ходу свища и их локализацию. При экстрасфинктерных свищах дополнительно устанавливается степень сложности свища (см. классификацию). Ниже приведены примеры формулировок диагноза:*

1. *«Передний интрасфинктерный свищ заднего прохода».*
2. *«Задний транссфинктерный свищ заднего прохода с ишиоректальным затеком».*
3. *«Боковой неполный внутренний транссфинктерный свищ заднего прохода».*
4. *«Задний экстрасфинктерный свищ заднего прохода 3 степени сложности».*
5. **Жалобы и анамнез**

*Характерные жалобы: серозные, гнойные или сукровичные выделения из наружного свищевого отверстия и/или заднего прохода, дискомфорт, боли в области заднего прохода, наличие воспалительного инфильтрата в мягких тканях перианальной области, промежности или ягодичной области.*

*В анамнезе заболевания возможны: однократное или многократное вскрытие острого парапроктита, переохлаждение, наличие травмы перианальной области, наличие болей в области заднего прохода и прямой кишки, самопроизвольное вскрытие гнойника в области заднего прохода, гнойные выделения из заднего прохода.*

1. **Физикальное обследование**

Всем пациентам е подозрением на СЗП наетоятельно рекомендовано проводить физикальное обеледование е целью подтверждения диагноза [1, 2, 11, 12, 20]:

* оемотр перианальной облаети;
* пальцевое иееледование прямой кишки;
* зондирование евиш,евого хода;
* проба е краеителем.

**Уровень убедительности рекомендаций — А (уровень достоверности доказательств — 1)**

Комментарий. *Осмотр перианальной области направлен на обнаружение наружного свищевого отверстия, выявление признаков воспаления, его выраженности и распространённости. Также производится проверка анального рефлекса.*

*При пальцевом исследовании следует обратить внимание на внутреннее свищевое отверстие (локализация, ширина и форма, наличие воспаления и рубцов), сопутствующие заболевания анального канала и нижнеампулярного отдела прямой кишки (геморрой, анальная трещина, опухолевый процесс и т.д.).*

*Зондирование свищевого хода проводят с целью оценки топографо-анатомических особенностей свищевого хода по отношению к ЗАПК, стенки прямой кишки, направление хода, наличия полостей, затеков по ходу свища. Зондирование проводят пуговчатым зондом со стороны наружного отверстия при полных свищах и внутреннего отверстия при неполных внутренних свищах. Не следует выполнять насильственное зондирование свищевого хода при наличии препятствий вследствие риска формирования ложного хода.*

*Пробу с красителем проводят для верификации сообщения наружного свищевого отверстия с просветом анального канала, прокрашивания дополнительных свищевых ходов и полостей. Для выполнения пробы необходимо ввести марлевую салфетку в задний проход (маркер), потом ввести в свищевой ход через наружное отверстие краситель (раствор метиленового синего или йода), затем аккуратно, не прокручивая маркер вокруг оси, извлечь его из заднего прохода. При наличии на маркере отметки соответствующего цвета можно судить о связи между наружным и внутренним свищевым отверстиями. При жалобах пациента на дискомфорт или болевые ощущения, пробу с красителем следует остановить. Проба с красителем имеет большее диагностическое значение во время операции, а не на этапе установки диагноза.*

*Необходимо отметить, что точность физикального обследования при СЗП ниже, чем трансректального ультразвукового исследования иМРТ.*

1. **Лабораторные диагностические обследования**

Специфическая лабораторная диагностика СЗП в настоящее время отсутствует. Лабораторные диагностические исследования следует выполнять пациентам в ходе подготовки и планирования хирургического вмешательства для исключения сопутствующих заболеваний и состояний.

Всем пациентам, перенесшим хирургическое лечение по СЗП, при отсутствии полной эпителизации на 45 день после операции, целесообразно провести микробиологическое (культуральное) исследование раневого отделяемого. При отсутствии полной эпителизации до 45 дня после операции раны можно считать длительно незаживающими.

1. **Инструментальные диагностические исследования**

• Рекомендуется всем пациентам аноскопия для оценки состояния анального канала и дистального отдела прямой кишки для визуализации внутреннего свищевого отверстия [2, 13].

**Уровень убедительности рекомендаций — С (уровень достоверности доказательств — 5)**

Комментарий. *Это обязательное исследование проводится с целью точного определения локализации, оценки ширины и формы внутреннего свищевого отверстия, наличия или отсутствия рубцовых изменений стенок анального канала и прямой кишки, оценки наличия сопутствующих заболеваний анального канала.*

* Рекомендуется всем пациентам ректороманоскопия е целью диагноетики еопутетвующих заболеваний прямой и диетальной трети сигмовидной кишки [2, 13].

**Уровень убедительности рекомендаций — С (уровень достоверности доказательств — 5)**

* Рекомендуется выполнение колоноекопии для оемотра веех отделов толетой кишки и терминального отдела подвздошной кишки [2, 13].

**Уровень убедительности рекомендаций — С (уровень достоверности доказательств — 5)**

Комментарий. *Исследование проводится в качестве дополнительного метода обследования с целью оценки наличия или отсутствия сопутствующих изменений толстой кишки, воспалительных изменений характерных для болезни Крона и язвенного колита. Колоноскопия показана с целью исключения новообразований толстой кишки всем пациентам старше 45 лет.*

* Всем пациентам со свиш,ами заднего прохода рекомендуется магнитно-резонансная томография (МРТ) и/или трансректальное ультразвуковое исследование (УЗИ) прямой кишки и анального канала для оценки расположения свиш,евого хода по отношению к анальному сфинктеру, уточнения локализации внутреннего свиш,евого отверстия, диагностике гнойных затеков, выявления дополнительных свиш,евых ходов. По диагностической ценности оба метода сопоставимы [14-25].

**Уровень убедительности рекомендаций — А (уровень достоверности доказательств — 1)**

Комментарий. *МРТ и трансректальное УЗИ являются методами выбора для топографо­анатомической оценки свищевого хода.*

*Трансректальное УЗИ достаточно простое в исполнении, не дорогое, короткое по продолжительности, может выполняться врачом-колопроктологом самостоятельно, может быть дополнено контрастированием свищевого хода. Недостатком метода является оператор-зависимость.*

*МРТ малого таза демонстрирует высокую детализацию, не требует контрастирования, является оператор-независимым исследованием. При этом МРТ - дорогостоящее исследование, требует привлечения рентгенолога и занимает больше времени.*

*Оба метода обладают сходными чувствительностью и специфичностью при диагностике СЗП.*

* При подготовке к хирургическому вмешательству пациентам с изначальными нарушениями функции анального сфинктера, ранее оперированных по поводу свиш,а заднего прохода, у пациентов, которым предстоит операция по поводу транссфинктерного свиш,а, захватываюш,его более 30% сфинктера, а также при экстрасфинктерных свиш,ах рекомендуется проводить исследование функции ЗАПК для выявления недержания, в том чиеле еубклиничеекой формы [26].

**Уровень убедительности рекомендаций — С (уровень достоверности доказательств — 4)**

* Фиетулография не рекомендуется для обследования пациента, ввиду низкой чувствительности и специфичности [14].

**Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств — 3)**

* КТ малого таза не рекомендуется для обследования пациента ввиду низкой чувствительности и специфичности [14].

**Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств — 3)**

1. **Иные диагностические исследования**

Дополнительные инструментальные и лабораторные исследования выполняют с целью проведения дифференциальной диагностики.

• Рекомендуется пациентам с СЗП при подозрении на грибковую инфекцию, туберкулез, опухолевый процесс микробиологическое, цитологическое исследование или биопсия стенки свищевого хода или параректального инфильтрата с проведением патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов [13].

**Уровень убедительности рекомендаций — С (уровень достоверности доказательств — 5)**

1. Лечение

**3.1 Общие принципы лечения СЗП**

Основным методом лечения СЗП являетея хирургичеекий [2].

Спонтанное заживление евища наблюдаетея крайне редко. Конеервативные мероприятия как еамоетоятельный метод лечения СЗП не эффективны и направлены на уменьшение выраженноети и раепроетраненноети воепалительного процеееа.

Выбор метода хирургичеекого лечения определяетея рядом факторов:

* раеположением евиш,евого хода по отношению к наружному ефинктеру;
* выраженноетью и раепроетранённоетью воепалительного процеееа;
* наличием дополнительных евиш,евых ходов, затеков и полоетей;
* выраженноетью и раепроетранённоетью рубцового процеееа, в первую очередь в облаети внутреннего отверетия евиш,а;

- еоетоянием ЗАПК и функции держания.

Целью хирургичеекого вмешательетва являетея ликвидация евиш,евого хода е макеимальным еохранением етруктур ЗАПК и функции держания. Выбор оптимального метода хирургичеекого лечения определяетея еоотношением оценки риека развития рецидива СЗП и риека развития анальной инконтиненции. Макеимально ш,адяш,ее отношение к етруктурным элементам ЗАПК во многом определяет функциональный результат лечения.

При решении вопроеа о целееообразноети применения того или иного метода необходимо провеети разъяенения пациенту о преимуш,еетвах и недоетатках каждого из вариантов вмешательетв для выбора наиболее приемлемого в конкретной клиничеекой еитуации.

Противопоказания к хирургичеекому лечению: тяжелые еопутетвуюш,ие заболевания в етадии декомпенеации. Еели удаетея добитьея улучшения еоетояния поеле проведенного лечения, то операция етановитея возможной.

Сроки выполнения радикальной операции определяютея, в оеновном, клиничееким течением болезни. Большинетво пациентов оперируют в плановом порядке. При обоетрении хроничеекого парапроктита е формированием абецеееа, операцию проводят, как и при оетром парапроктите в неотложном порядке. Нецелееообразно откладывать радикальное лечение надолго, потому что обоетрение может повторитьея, воепалительный процеее е поеледуюш,им рубцеванием етенки анального канала, ефинктера и параректальной клетчатки может привеети к деформации анального канала и промежности, развитию недостаточности анального сфинктера.

**3.2. Лечение интрасфинктерных и транссфинктерных свищей,
захватывающих менее 30% наружного сфинктера**

***Лечение методом рассечения или иссечения свища е просеет кишки***

* Рекомендуется пациентам с интрасфинктерными и транссфинктерными свищами, захватывающими дистальную 1/3 наружного сфинктера, хирургическая методика рассечения или иссечения свища в просвет кишки для достижения излечения и улучшения качества жизни пациента [14, 27-31].

**Уровень убедительности рекомендаций — А (уровень достоверности доказательств — 2)**

Комментарий. *Операцию иссечения СЗП в просвет кишки выполняют следующим образом: свищевой ход рассекают или иссекают в просвет кишки на зонде. Рану не ушивают или производят подшивание краев раны ко дну.*

*При сравнении метода иссечения СЗП в просвет кишки и рассечения свища в просвет кишки, было установлено, что после иссечения свища отмечается более длительное заживление раны, послеоперационные раны имеют большие размеры, выше риск развития недостаточности анального сфинктера. Частота рецидивов заболевания при сравнении двух данных подходов статистически значимо не различается [32, 33]*

*Па сегодняшний день нет однозначного ответа на вопрос, какой объем мышечных структур может быть рассечен при операции по поводу СЗП. Эффективность операции рассечения или иссечения свища в просвет кишки достаточно высока и колеблется от 92 до 97 Уо [27, 28].*

*Парушение функции держания после иссечения свища в просвет кишки составляют 0-45 % [26-41]. ПЗирокий разброс данных связан с различными подходами к оценке нарушений функции ЗАПК и сроками наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде. Факторами риска развития анальной инконтиненции после рассечения или иссечения свища в просвет кишки являются: наличие признаков недостаточности анального сфинктера до операции,*

*рецидивный характер свища, женский пол, свищи, захватывающие более 30% наружного сфинктера, а также ранее перенесшие операции по поводу заболеваний заднего прохода, прямой кишки, таза и промежности [27, 29-31].*

* Подшивание краев раны ко дну после ликвидации свища может быть рекомендовано для уменьшения риска развития кровотечения в послеоперационном периоде и улучшения процесса заживления раны (средний срок заживления 4 недели) [42, 43].

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

* Пациентам с интрасфинктерными и транссфинктерными свищами, захватывающих дистальную 1/3 наружного сфинктера, при отсутствии затеков и выраженных рубцовых изменений в области внутреннего отверстия, а также высоким риском развития анальной инконтиненции или уже имеющейся анальной инконтиненцией рекомендуется метод введения в свищевой ход фибринового клея [44-53].

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

Комментарий. *Метод осуществляют следующим образом. Под обезболиванием после обработки свищевого хода с целью удаления эпителиальных элементов и некротических тканей (с помощью щеточки, ложки Фолькмана, электрокоагуляции и т.д.) в наружное отверстие свища вводят тонкую гибкую трубку до внутреннего свищевого отверстия под контролем пальца. С помощью шприца, производят введение фибринового клея. Не прекращая введения клея, постепенно извлекают трубку из наружного свищевого отверстия, таким образом заполняя весь свищевой ход.*

*Эффективность описанного метода составляет 40-78% в данной категории пациентов [44- 52]. Его эффективность значительно ниже, чем операции иссечения свища в просвет кишки, однако данный метод имеет ряд преимуществ: простая техника вмешательства, его малотравматичный характер, отсутствие повреждающего воздействия на ЗАПК, сроки послеоперационной реабилитации существенно короче. При развитии рецидива свища метод введения в свищевой ход фибринового клея не исключает его повторного применения и не создает неблагоприятных условий для осуществления более эффективных методов.*

***Лечение свищей с применением биопластического материала (биопластические герметизирующие тампоны, биопластические импланты)***

* Рекомендуется пациентам с транссфинктерными свищами, захватывающими дистальную 1/3 наружного сфинктера. Методика с применением рассасывающегося коллагенового материала (биопластические герметизирующие тампоны, биопластические импланты), после удаления с помощью щеточки или ложечки Фолькмана некротических тканей, с целью закрытия внутреннего свищевого отверстия и пломбировки ложа свищевого хода [54-60].

**Уровень убедительности рекомендаций — С (уровень достоверности доказательств — 3).**

Комментарий. *Метод рекомендуется применять пациентам с длиной свищевого хода не менее 3 см, с отсутствием затеков. В ходе подготовки к осуществлению метода лечения свищей с применением биопластическш герметизирующих тампонов желательно дренировать свищевой ход с помощью проведения дренирующего сетона на срок 4-8 недель.*

*Применяются герметизирующие тампоны из биопластического материала и биопластические коллагеновые импланты (подслизистая основа кишки свиньи, межклеточный матрикс и коллаген из дермы свиньи, биологически-совместимые искусственные материалы —*

*полигликолевая кислота). Биологический или биосовместимый материал, из которого изготовлен имплант служит основой для облитерации свищевого хода [54, 55].*

*Метод выполняют следующим образом: после обработки свищевого хода с помощью щеточки или ложки Фолъкмана с целью максимального удаления некротических тканей и грануляций, в свищевой ход вводится герметизирующий биопластический материал в виде конусовидного тампона, полностью заполняющий свищ. Дистальный конец тампона выводится через наружное свищевое отверстие. Расширенную часть герметизирующего тампона, расположенного в области внутреннего свищевого отверстия, для более надежной фиксации подшивают несколькими швами к краям слизистой оболочки со стороны просвета анального канала и прямой кишки. По литературным данным методика эффективна в 70-100% случаев у пациентов со свищами, захватывающими менее 1/3 наружного сфинктера [54-57].*

***Метод лечения СЗП с помощью лазерной термооблитерации сеищееого хода***

• Рекомендуется пациентам с интрасфинктерными и транссфинктерными СЗП метод лечения с помощью лазерной термооблитерации свищевого хода [61-63].

Уровень убедительности рекомендаций — С (уровень достоверности доказательств — 4). Комментарий. *Операцию лазерной термооблитерации выполняют при сформированном свищевом ходе или после установки в свищевой ход на срок 6-8 недель дренирующей латексной лигатуры, что способствует формированию «прямолинейного» свища с фиброзными стенками и значительно уменьшает риск сохранения полостей и затеков по ходу свища.*

*Метод заключается в лазерной коагуляции стенок свищевого хода диодным лазером (длина волны 1470-1560 Нм), с использованием световода, обеспечивающего радиальное излучение. Операцию проводят под обезболиванием. В наружное отверстие по проводнику вводят световод диодного лазера, который выводят через внутреннее свищевое отверстие. При постепенном извлечении световода со скоростью 1 мм/с производят лазерную коагуляцию стенок свища, что приводит к его облитерации [61-63].*

*С целью обеспечения адекватного дренирования дистальную часть свищевого хода в области наружного свищевого отверстия иссекают. Внутреннее свищевое отверстие после лазерной обработки свищевого хода ушивают отдельными узловыми швами.*

*Положительной характеристикой данной операции является отсутствие повреждающего воздействия на ЗАПК, что является профилактикой развития анальной инконтиненции. По данным исследований, оценивающих эффективность данной операции, заживление свища происходит в среднем в 64,5% (40,0-88,2%) случаев при среднем периоде наблюдения за пациентами от 15 до 20 месяцев [61-63].*

**3.3 Лечение транссфинктерных свищей, захватывающих более 30%
сфинктера и экстрасфинктерных свищей**

• Рекомендуется пациентам с транссфинктерными свищами, захватывающих более 1/3 наружного сфинктера и экстрасфинктерными свищами иссечение свища с низведением лоскута стенки прямой кишки для закрытия внутреннего свищевого отверстия [27, 64-73].

**Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств — 2).**

Комментарий. *Операцию выполняют под обезболиванием. Иссекают свищевой ход от наружного отверстия до стенки прямой кишки. Следующим этапом, отступя 0,5-1 см дистальнее внутреннего свищевого отверстия, выполняют полулунный разрез стенки анального канала, занимающий около 1/4-1/2 окружности. Острым путем в проксимальном направлении мобилизуют лоскут на протяжении 2-4 см. В зависимости от варианта методики лоскут может быть слизисто-подслизистым, слизисто-мышечным или полностенным. Под лоскутом внутреннее свищевое отверстие ушивают 1-2 отдельными швами. Затем лоскут низводят в дистальном направлении и фиксируют его край к подлежащим мышечным структурам стенки анального канала и/или перианальной кожи без натяжения.*

*Операция низведения лоскута прямой кишки является сфинктеросберегающей, так как не приводит к повреждению наружного сфинктера. Эффективность метода составляет 44-87% [64-70].*

*Методика не показана при выраженных и протяженных рубцово-воспалительных изменениях в стенке анального канала и нижнеампулярного отдела прямой кишки, препятствующих мобилизации и низведению лоскута [27, 65, 67-70].*

*Несмотря на тот факт, что данный метод не сопровождается повреждением внутреннего сфинктера, в 7-38% случаев после операции отмечаются явления незначительной или умеренно выраженной анальной инконтиненции, что подтверждается данными аноректальной манометрии в послеоперационном периоде (снижение давления в анальном канале в покое и при волевом сокращении) [67, 71-73]. Это объясняется тем, что в состав низводимого лоскута, как правило, входят элементы сфинктера, а сам лоскут приводит к смещению слизистой оболочки прямой кишки, вызывая мокнутие и выделение слизи.*

*Для повышения эффективности методики при наличии выраженных затеков, следует проводить данную операцию вторым этапом после установки дренирующей латексной лигатуры на период стихания воспаления.*

***Метод лечения свищей с помощью перевязки и пересечения свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT)***

• Рекомендуется пациентам преимущественно при транссфинктерных и, в меньшей степени, при экстрасфинктерных свищах метод хирургического лечения с помощью перевязки и

пересечения свищевого хода в межсфинктерном пространстве для устранения свищевого хода [74-77].

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

Комментарий: *Операцию выполняют при сформированном свищевом ходе или после*

*предварительной установки в свищевой ход на срок 6-8 недель дренирующей латексной лигатуры, что способствует формированию «прямолинейного» свища с фиброзными стенками и значительно уменьшает риск сохранения полостей затеков по ходу свища. Принципиально метод заключается в перевязке и пересечении части свищевого хода, проходящей в межсфинктерном пространстве [74-77]. Свищевой ход иссекают от наружного отверстия до наружного сфинктера или производят расширение наружного свищевого отверстия. Затем в проекции свищевого хода выполняют разрез в межсфинктерной борозде, в межсфинктерном пространстве идентифицируют свищевой ход, мобилизуют его со всех сторон. На границах наружного и внутреннего сфинктера свищевой ход пересекают и перевязывают, а рану в межсфинктерной борозде ушивают.*

*Операция LIFT имеет множество модификаций, принципиально не меняющих суть метода. Заживление ран происходит при выполнении данного метода быстрее, чем при операции низведения лоскута стенки прямой кишки. Заживление свища происходит в среднем в 70%, при этом явления недержания развиваются достоверно реже, чем при операции низведения лоскута прямой кишки при сопоставимой частоте развития рецидива [74-77].*

***Иссечение свища с ушиванием сфинктера***

* Пациентам с высокими рецидивными транссфинктерными и экстрасфинктерными свищами при наличии рубцового замещения сфинктера в зоне расположения свища, а также при невозможности эффективного и безопасного выполнения других сфинктеросберегающих операций рекомендуется иссечение свища с ушиванием сфинктера для устранения свищевого хода {78-8Ц.

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

Комментарий. Данный *метод заключается в иссечении свищевого хода с пересечением порции сфинктера, через которую идет свищ и последующим ушиванием концов пересеченной части жома. Эффективность метода составляет в среднем 54-97% и сопоставима с эффективностью других хирургических методов {78-81\*

*Нарушение функции анального сфинктера после операции наблюдается в 4-32%. Расхождение краев ушитого сфинктера или нагноение раны значительно увеличивает риск развития анальной инконтиненции в особенности у пациентов с экстрасфинктерными свищами [79].*

***Иссечение свища с проведением лигатуры***

* Пациентам с рецидивными транссфинктерными свищами, захватывающих более 1/3 наружного сфинктера и экстрасфинктерными свищами заднего прохода при наличии рубцового замещения ефинктера в зоне раеположения евища, а также при невозможноети эффективного и безопаеного выполнения других ефинктероеберегающих операций иееечение евища е ушиванием ефинктера для уетранения евищевого хода, а также при отказе пациента от повторного выполнения еложных плаетичееких вмешательетв рекомендуется иееечение евища е проведением лигатуры для закрытия внутреннего евищевого отверетия [50, 82-91].

**Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств — 2).**

Комментарии: *Метод использования рассекающей лигатуры при лечении СЗП не относится к сфинктеросберегающим и часто выполняется при неэффективности других методов.*

*Лигатуру (шелковую или латексную) проводят через свищевой ход с целью постепенного рассечения свищевого хода и волокон сфинктера путем периодического затягивания лигатуры. Медленное рассечение мышечных волокон сфинктера лигатурой препятствует их расхождению. Ухудшение функции держания при использовании лигатурного метода достигает 54% [82-87]. Литературные данные при этом существенно различаются [50, 88- 91].*

***Лечение свищей путем введения в свищевой ход фибринового клея и других биопластических материалов***

Пациентам е транеефинктерными евищами, захватывающих более 1/3 наружного ефинктера и экетраефинктерными евищами возможно применение данного метода по причине безопаеноети и низкой чаетоте оеложнений, однако эффективноеть его не превышает 50%, а данные епециальной литературы оенованы на применении метода в гетерогенных малочиеленных группах [92].

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

**3.4. Лечение свищей заднего прохода, связанных с болезнью Крона (БК)**

• Рекомендуется начинать лечение евищей заднего прохода на фоне БК е конеервативных мероприятий на фоне терапии оеновного заболевания у пациентов. С целью улучшения еоетояния евищевого хода иепользуютея иммунодепреееанты [93-96].

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

Комментарий. *Перианальные поражения при БК встречаются в 40-80% случаев. Выбор метода лечения свища заднего прохода при болезни Крона является сложной задачей и требует индивидуального подхода. Как правило, лечение свищей на фоне БК начинается с консервативных мероприятий на фоне терапии основного заболевания. В 90% случаев применение антибактериальных препаратов, метронидазола\*\* способствует уменьшению выраженности перианальных поражений [97, 98]. Применение инфликсимаба\*\* и других препаратов моноклональных антител к фактору некроза опухоли, способствует заживлению свищей заднего прохода, в среднем, в 46% случаев [95]. Несмотря на хорошие результаты консервативной терапии БК с перианальными поражениями, выбор метода лечения у каждого пациента является индивидуальным, зависит от тяжести основного заболевания, выраженности симптоматики. Методом выбора лечения у пациентов с выраженной активностью воспалительного процесса в перианальной области с формированием свищей на фоне обострения БК, является формирование постоянной стомы или операция, сопровождающаяся удалением пораженной прямой кишки [96-100].*

* Не рекомендуется хирургическая коррекция свища заднего прохода без каких-либо клинических проявлений у пациентов с БК [100, 101].

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

Комментарий. *Свищи заднего прохода на фоне БК могут быть «вторичными», т.е. связанными с основным заболеванием. Язвенные дефекты с подрытыми краями, локализующиеся в анальном канале и прямой кишке, часто имитируют свищи и могут определяться в виде свищевых ходов, затеков при инструментальных методах обследования. Также свищи могут быть связаны и с воспалительным процессом в криптогландулярной зоне. Независимо от этиологии развития свища, при отсутствии каких-либо его проявлений, т.е. бессимптомном течении, отсутствии воспалительного процесса, хирургическое лечение не требуется [100,101].*

*В таких случаях свищ на протяжении длительного срока может не давать каких-либо симптомов, однако пациенты должны быть предупреждены о возможности выполнения операции по поводу свища в дальнейшем.*

*Учитывая хроническое течение заболевания и высокую вероятность рецидива, во время операции требуется максимальное сохранение мышечных структур запирательного аппарата прямой кишки. В связи с этим, перед выполнением операции должны быть учтены ряд факторов: активность воспалительного процесса в прямой кишке, функциональное состояние ЗАПК, наличие ранее перенесенных операций на прямой кишке и промежности, частота и консистенция стула.*

*При тщательном отборе пациентов хорошие результаты при данной операции отмечаются в 56-100% случаев. Частота развития умеренно выраженного нарушения функции держания кишечного содержимого составляет 6-12%* [63, 72, 102, 103].

* В случае лечения свища заднего прохода у пациентов с транссфинктерными свищами, захватывающими более 1/3 наружного сфинктера и экстрасфинктерными свищами заднего прохода на фоне БК, первым этапом рекомендуется установка дренирующей лигатуры на срок 6 и более недель с целью адекватного дренирования гнойной полости и предотвращения закрытия наружного свищевого отверстия [97-99].

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

Комментарий. *Использование дренирующей лигатуры на протяжении длительного срока может значительно улучшить результаты хирургической коррекции высоких транссфинктерных и экстрасфинктерных свищей. Однако, несмотря на проведение данного вмешательства, в среднем у 20-40% пациентов периодически происходит обострение воспалительного процесса в параректальной клетчатке [82, 104, 105].*

• Вторым этапом таким пациентам рекомендуется операция ликвидации евища, причём в каждом конкретном елучае этот вопрое решаетея индивидуально. Допуетимо применение любого из вышеописанных методов [44, 68, 106].

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

Комментарий. *Анализ непосредственных результатов показал эффективность данной операции у 64-75% пациентов [44, 68, 106]. Частота рецидивов свища несколько возрастает при увеличении периода наблюдения за оперированным пациентами [99, 107].*

**3.5. Профилактика инфекционных раневых осложнений после
выполнения пластических вмешательств (иссечение свища с ушиванием
сфинктера, низведением лоскута стенки прямой кишки) и при наличии
выраженного воспалительного процесса в параректальных тканях и**

**стенке прямой кишки.**

• Рекомендуется профилактика инфекционных раневых осложнений после выполнения пластических вмешательств (иссечение свиш,а с ушиванием сфинктера, низведением лоскута стенки прямой кишки) и при наличии выраженного воспалительного процесса в параректальных тканях и стенке прямой кишки Также применяются антибактериальные и противомикробные препараты, действуюш,их на флору кишечника и в мягких тканях (бета- лактамные антибиотики - пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны, антипротозойные препараты [108].

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

Комментарий. *Препараты можно вводить парентерально или перорально. Определенных данных о необходимости применения антибактериальных препаратов в послеоперационном периоде до настоящего времени нет.*

1. **Обезболивание**

При возникновении острого или хронического болевого синдрома пациенту проводят обезболивание согласно суш,ествуюш,им протоколам обезболивания (см. соответствуюш,ие клинические рекомендации по хронической боли, клинические рекомендации по анестезиологии), в том числе, по показаниям с применением наркотических и психотропных лекарственных препаратов.

1. Реабилитация
* Рекомендуется в послеоперационном периоде веем пациентам, перенеешим операцию по поводу евища заднего прохода, регулярное выполнение перевязок, заключающихея в очищении ран раетворами антиеептиков и нанееении на раневую поверхноеть мазевых оенов на водораетворимой оенове (Диокеометилтетрагидропиримидин + Хлорамфеникол) для уменьшения риеков воепалительных оеложнений [2].

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

* В поелеоперационном периоде рекомендуется не рутинное назначение антибактериальной терапии [108].

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

Комментарии: *проведение антибактериальной терапии целесообразно после пластических операций по поводу свища заднего прохода (низведение лоскута стенки прямой кишки, иссечение свища с ушиванием сфинктера), а также при наличии выраженного воспалительного процесса в параректальных тканях и стенке прямой кишки с целью ускорения его купирования.*

* Рекомендуется поеле выписки из стационара, на период заживления раны, всем пациентам находиться под наблюдением врача-колопроктолога или врача-хирурга по месту жительства для профилактики рецидивов и осложнений [2].

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

* Рекомендуется пациентам после пластических операций по поводу свища заднего прохода для профилактики рецидивов регуляция стула диетой и слабительными средствами [2].

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

1. Профилактика
* Всем пациентам рекомендуется евоевременное хирургичеекое лечение оетрого парапроктита е адекватным дренированием гнойной полоети и поеледующим контролем заживления раны для предотвращения образования евищей [8, 13].
* **Уровень убедительности рекомендаций — С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарий. *Пациенты после вскрытия острого парапроктита должны иметь ясное представление о возможности неполного заживления раны с последующим формированием свища или возможности рецидивирования гнойно-воспалительного процесса в параректальных тканях и представлять всю важность своевременного извещения врача о появлении любых клинических проявлений [8]. Возможной мерой профилактики развития заболевания является своевременное лечение сопутствующих заболеваний аноректальной зоны (геморрой, анальная трещина, криптит).*

* Для профилактики развития свищей заднего прохода после вскрытия и дренирования острого парапроктита рекомендованы 7-10 дневные курсы антибиотикотерапии препаратами ципрофлоксацина и метронидазола [109].

**Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств — 2).**

Комментарий. *Профилактика острого парапроктита также заключатся в общеукрепляющих организм мероприятиях, направленных на устранение этиологических факторов возникновения заболевания. Всем пациентам рекомендованы:*

* *поддержка и укрепление местного и гуморального иммунитета;*
* *лечение и санация очагов острой и хронической инфекции;*
* *коррекция хронических заболеваний - сахарного диабета, атеросклероза;*
* *коррекция функциональных нарушений кишечника;*
* *своевременное лечение сопутствующих проктологических заболеваний.*
* Рекомендуется после окончания лечения и заживления ран динамическое наблюдение пациента врачом-колопроктологом в течение первого года не реже 1 раза в 6 месяцев для своевременного выявления рецидива [2].

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

Организация оказания медицинской помощи

* лечение пациентов со свищами заднего прохода может проводиться как амбулаторно, так и в условиях стационара колопроктологического профиля;
* оказание помощи пациентам осуществляется врачами-колопроктологами;
* перед направлением пациента на плановую госпитализацию должно быть проведено обследование в полном объеме для исключения факторов риска и сопутствующих заболеваний;
* госпитализация пациентов осуществляется в плановом порядке.

**Показания для плановой госпитализации:**

* в случае необходимости коррекции лечения или невозможности проведения лечебных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях;
* невозможность проведения диагностических или лечебных манипуляций в амбулаторно­поликлинических условиях;
* неэффективность амбулаторного лечения у часто и длительно болеющих пациентов;
* необходимость проведения хирургического лечения.

**Показания к выписке пациента:**

неосложненное течение раннего послеоперационного периода; отсутствие гнойно-септических осложнений течения раневого процесса;

контролируемый болевой синдром с возможностью его купирования пероральными

препаратами в амбулаторных условиях;

возможность самостоятельной полноценной дефекации;

возможность пациента (для пациентов с ограниченными возможностями) самостоятельно продолжить курс консервативной терапии в амбулаторных условиях под наблюдением регионарного врача-колопроктолога.

1. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Отрицательно влияют на исход лечения:

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

Критерии оценки качества медицинской помощи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Критерии качества | Уровень достоверности до ка затея ьст в | Уровеньубедительностирекомендаций |
| 1 | Проведен сбор жалоб и анамнеза пациента | 1 | А |
| 2 | Проведен физикальный осмотр пациента | 1 | А |
| 3 | Проведено инструментальное обследование | 1 | А |
| 4 | Проведено хирургическое лечение (с учетом конкретной клинической ситуации, локализации свищевого хода и внутреннего свищевого отверстия, наличия воспалительных изменений в параректальных клетчаточных пространствах, состояния ЗАПК) | 2 | В |
| 5 | Назначены антибактериальные препараты в послеоперационном периоде по показаниям | 2 | В |
| 6 | Проведены перевязки в послеоперационном периоде не менее 1 раза в день до выписки из стационара | 2 | В |
| 7 | Отсутствие гнойно-воспалительных осложнений послеоперационных ран | 2 | В |
| 8 | Отсутствие грубого нарушения функции держания кишечного содержимого в результате оперативного вмешательства | 1 | А |
| 9 | Купирование болевого синдрома в послеоперационном периоде по медицинским показаниям | 2 | В |

Список литературы

1. Philip Н. Gordon, Santhat Nivatvongs. Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum, and Anus. Second Edition. Quality Medical Publishing, Inc. St. Louis, Missouri. 1999; 10:242- 286.
2. Шелыгин Ю.А., Благодарный. Л.A. Справочник по колопроктологии. Геотар-Медиа, 2014.
3. Jeremy Sugrue, Johan Nordenstam. Pathogenesis and persistence of cryptoglandular anal fistula: a systematic review. Tech Coloproctol 2017
4. Herold A. et al. Coloproctology, European Manual of Medicine. Springer, 2017; p 59-74.
5. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. М., 1981.
6. Zanotti С., Martinez-Puente С., Pascual 1., et al. An assessment of the incidence of fistula-in-ano in four countries of the European Union. Int J Colorectal Dis. 2007; 22:1459-1462.
7. Richard L., Herand Abcarian. Anal Fistula: Principles and Management Springer, 2014; p 1-199.
8. Sainio P. Fistula-in-ano in a defined population. Incidence and epidemiological aspects. Ann ChirGynaecol. 1984; 73:219-224.
9. Nelson J., Billingham R. Pilonidal disease and hidradenitis suppurativa. In: Wolff B.G., Fleshman J.W., Beck D.E., Pemberton J.H., Wexner S.D., eds. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. New York: Springer; 2007:228 -235.
10. Gaertner W.B., Hagerman G.F., Finne C.O., et al. Fistula-associated anal adenocarcinoma: good results with aggressive therapy. Dis Colon Rectum. 2008; 51:1061-1067.
11. Schwartz D.A., Wiersema M.J., Dudiak K.M., et al. A comparison of endoscopic ultrasound, magnetic resonance imaging, and exam under anesthesia for evaluation of Crohn’s perianal fistulas. Gastroenterology. 2001; 121:1064-1072.
12. Gonzalez-Ruiz C., Kaiser A.M., Vukasin P, et al. Intraoperative physical diagnosis in the management of anal fistula. Am Surg. 2006; 72:11-15.
13. Steele, S., Hull, TL. et al. The ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery. Springer, 2019; p 189-201.
14. E. J. de Groof, V. N. Cabral, C. J. Buskens Systematic review of evidence and consensus on perianal fistula: an analysis of national and international guidelines. Colorectal Disease, 2016; 18:119-134
15. Bussen D., Sailer M., Wening S., Fuchs K.H., Thiede A. Wertigkeit der analen Endosonographie in der Diagnostik anorektaler Fisteln. ZentralblChir. 2004; 129:404-407.
16. Lengyel A.J., Hurst N.G., Williams J.G. Pre-operative assessment of anal fistulas using endoanal ultrasound. Colorectal Dis. 2002; 4:436-440.
17. Maor Y, Chowers Y, Roller M., et al. Endosonographie evaluation of perianal fistulas and abscesses: comparison of two instruments and assessment of the role of hydrogen peroxide injection. J Clin Ultrasound. 2005; 33:226-232.
18. Ratto C, Grillo E, Parello A, Costamagna G, Doglietto G.B. Endoanal ultrasound-guided surgery for anal fistula. Endoscopy. 2005; 37:722-728.
19. Toyonaga T, Matsushima M., Tanaka Y, et al. Microbiological analysis and endoanal ultrasonography for diagnosis of anal fistula in acute anorectal sepsis. Int J Colorectal Dis. 2007; 22:209-213.
20. Toyonaga Т., Tanaka Y., Song J.F., et al. Comparison of accuracy of physical examination and endoanal ultrasonography for preoperative assessment in patients with aeute and ehronie anal fistula. Teeh Coloproetol. 2008; 12:217-223.
21. Buehanan G.N., Halligan S., Bartram С.1., Williams A.B., Tarroni D., Cohen C.R. Clinieal examination, endosonography, and MR imaging in preoperative assessment of fistula in ano: eomparison with outeome-based referenee standard. Radiology. 2004; 233:674-681.
22. Sahni V.A., Ahmad R., Burling D. Whieh method is best for imaging of perianal fistula? Abdom Imaging. 2008; 33:26-30.
23. Sehaefer O., Lohrmann C., Langer M. Assessment of anal fistulas with high-resolution subtraetion MR-fistulography: eomparison with surgieal findings. J MagnResonlmaging. 2004; 19:91-98.
24. Guillaumin E., Jeffrey R.B. Jr., Shea W.J., Asling C.W., Goldberg H.l. Perireetal inflammatory disease: CT findings. Radiology. 1986; 161:153-157.
25. Yousem D.M., Fishman E.K., Jones B. Crohn disease: perianal and perireetal findings at CT. Radiology. 1988; 167:331-334.
26. Bokhari S., Eindsey 1. Ineontinenee following sphineter division for treatment of anal fistula. Coloreetal Dis. 2010; 12:135-139.
27. Gareia-Aguilar J., Belmonte C., Wong W.D., Goldberg S.M., Madoff R.D. Anal fistula surgery: faetors assoeiated with reeurrenee and ineontinenee. Dis Colon Reetum. 1996; 39:723-729.
28. Davies M., Harris D., Eohana R et al. The surgieal management of fistula-in-ano in a speeialist eoloreetal unit. Int J Coloreetal Dis. 2008; 23:833-838.
29. Jorda'n J., Roig J.V., Gareia-Armengol J., Gareia-Granero E., Solana A., Eledo' S. Risk faetors for reeurrenee and ineontinenee after anal fistula surgery. Coloreetal Dis. 2010; 12(3):254-260.
30. van Koperen RJ., Wind J., Bemelman W.A., Bakx R., Reitsma J.B., Slors J.F. Eong-term fimetional outeome and risk faetors for reeurrenee after surgieal treatment for low and high perianal fistulas of eryptoglandular origin. Dis Colon Reetum. 2008; 51:1475-1481.
31. vanTets W.F., Kuijpers H.C. Continenee disorders after anal fistulotomy. Dis Colon Reetum. 1994; 37:1194-1197.
32. Kronborg O. To lay open or exeise a fistula-in-ano: a randomized trial. Br J Surg. 1985; 72:970.
33. Belmonte Montes C, Ruiz Galindo GH, Montes Villalobos JE, DeeaniniTera'n C. Fistulotomy vs fistuleetomy: ultrasonographie evaluation of lesion of the anal sphineter fimetion. Rev Gastroenterol Mex. 1999; 64:167-170.
34. Stelzner F., Dietl H., Hahne H. ErgebnissebeiRadikaloperationen von 143 Analfisteln (Kritik der einzeitigenSphinktertrennungbeiein- odermehrzeitigenFisteloperationen) Chimrg. 1956; 27:158- 162.
35. van der Hagen S.J., Baeten C.G., Soeters P.B., van Gemert W.G. Eong-term outeome following mueosal advaneement flap for high perianal fistulas and fistulotomy for low perianal fistulas: reeurrent perianal fistulas: failure of treatment or reeurrent patient disease? Int J ColoreetalDis. 2006;21:784-790.
36. Parks A.G., Stitz R.W. The treatment of high fistula-in-ano. Dis Colon Reetum. 1976; 19:487-499.
37. vanTets W.F., Kuijpers H.C. Continenee disorders after anal fistulotomy. Dis Colon Reetum. 1994; 37:1194-1197.
38. Mylonakis E., Katsios C., Godevenos D., Nousias B., Kappas A.M. Quality of life of patients after surgieal treatment of anal fistula; the role of anal manometry. Coloreetal Dis. 2001; 3:417-421.
39. Westerterp М., Volkers N.A., Poolman R.W., van Tets W.F. Anal fistulotomy between Skylla and Charybdis. Coloreetal Dis. 2003; 5:549-551.
40. van Koperen P.J., Wind J., Bemelman W.A., et al. Long-term fimetional outeome and risk faetors for reeurrenee after surgieal treatment for low and high perianal fistulas of eryptoglandular origin. Dis Colon Reetum. 2008; 51:1475-1481.
41. Toyonaga T., Matsushima M., Tanaka Y., et al. Non-sphineter splitting fistuleetomyvs eonventional fistulotomy for high trans-sphineterie fistula-in-ano: a prospeetive fimetional and manometrie study. Int J Coloreetal Dis. 2007; 22:1097-1102.
42. Peseatori M., Ayabaea S.M., Cafaro D., lannello A., Magrini S. Marsupialization of fistulotomy and fistuleetomy wounds improves healing and deereases bleeding: a randomized eontrolled trial. Coloreetal Dis. 2006; 8:11-14.
43. Ho Y.H., Tan M., Leong A.F., Seow-Choen F. Marsupialization of fistulotomy wounds improves healing: a randomized eontrolled trial. Br J Surg. 1998; 85:105-107.
44. Adams T, Yang J., Kondylis L.A., Kondylis P.D. Long-term outlook after sueeessful fibrin glue ablation of eryptoglandulartranssphineterie fistula-in-ano. Dis Colon Reetum. 2008; 51:1488- 1490.
45. Sentovieh S.M. Fibrin glue for anal fistulas: long-term results. Dis Colon Reetum. 2003; 46:498- 450.
46. Swinseoe M.T., Ventakasubramaniam A.K., Jayne D.G. Fibrin glue for fistula-in-ano: the evidenee reviewed. Teeh Coloproetol. 2005; 9:89-94.
47. Yeung J.M., Simpson J.A., Tang S.W., Armitage N.C., Maxwell-Armstrong C. Fibrin glue for the treatment of fistulae-in-ano: a method worth stieking to? 2010; 12(4):363-366.
48. Cintron J.R., Park J.J., Orsay C.P, et al. Repair of fistulas-in-ano using fibrin adhesive: long-term follow-up. Dis Colon Reetum. 2000; 43:944-949.
49. Park J.J., Cintron J.R., Orsay C.P, et al. Repair of ehronie anoreetal fistulae using eommereial fibrin sealant. Areh Surg. 2000; 135:166-169.
50. Lindsey L, Smilgin-Humphreys M.M., Cunningham C., Mortensen N.J., George B.D. A randomized, eontrolled trial of fibrin glue vs. eonventional treatment for anal fistula. Dis Colon Reetum. 2002; 45:1608-1615.
51. Ellis C.N., Clark S. Fibrin glue as an adjunet to flap repair of anal fistulas: a randomized, eontrolled study. Dis Colon Reetum. 2006; 49:1736-1740.
52. Hammond T.M., Grahn M.F., Lunniss PJ. Fibrin glue in the management of anal fistulae. Coloreetal Dis. 2004; 6:308-319.
53. de Parades V., Far H.S., Etienney L, Zeitoun J.D., Atienza P, Bauer P. Seton drainage and fibrin glue injeetion for eomplex anal fistulas. Coloreetal Dis. 2010; 12(5):459-463.
54. Ky A.J., Sylla P, Steinhagen R., Steinhagen E., Khaitov S., Ey E.K. Collagen fistula plug for the treatment of anal fistulas. Dis Colon Reetum. 2008; 51:838-843.
55. Ellis C.N., Rostas J.W., Greiner EG. Eong-term outeomes with the use of bioprosthetie plugs for the management of eomplex anal fistulas. Dis Colon Reetum. 2010; 53:798-802.
56. Zubaidi A., AE-Obeed O. Anal fistula plug in high fistula-in ano: an early Saudi experienee. Dis Colon Reetum. 2009; 52:1584-1588.
57. Song W.E., Wang Z.J., Zheng Y, Yang X.Q., Peng YP An anoreetal fistula treatment with aeellular extraeellular matrix: a new teehnique. World J Gastroenterol. 2008; 14:4791-4794.
58. Schwandner О., Stadler F., Diet! O., Wirsching R.P., Fuerst A. Initial experience on efficacy in closure of cryptoglandular and Crohn’s transsphincteric fistulas by the use of the anal fistula plug. Int J Colorectal Dis. 2008; 23:319-324.
59. Safar B., Jobanputra S., Sands D., Weiss E.G., Nogueras J.J., Wexner S.D. Anal fistula plug: initial experience and outcomes. Dis Colon Rectum. 2009; 52:248-252.
60. Christoforidis D., Etzioni D.A., Goldberg S.M., Madoff R.D., Mellgren A. Treatment of complex anal fistulas with the collagen fistula plug. Dis Colon Rectum. 2008; 51:1482-1487.
61. Матинян A.В., Костарев И.В., Благодарный Л.А., Титов А.Ю., Шелыгин Ю.А. Лечение свищей прямой кишки методом лазерной термооблитерации свищевого хода (систематический обзор). Колопроктология. 2019; Т18 № 3(69):7-19.

<https://doi.org/10.33878/2073-7556-2019-18-3-7-19>

1. Mustafa С.Т, Cihan А. et al. Closing Perianal Fistulas Using a Easer: Eong-Term Results in 103 Patients. Dis Colon Rectum. 2018; 61:5:00-00. DOE 10.1097/DCR.0000000000001038.
2. Wilhelm A, Fiebig A, Krawezak M. Five years of experience with the FiEaC laser for fistula-in- ano management long-term followup from a single institution. Tech Coloproctol. 2017. DOI 10.1007/S10151-017-1599-7.
3. Van Koperen P.J., Wind J., Bemelman W.A., Slors J.F. Fibrin glue and transanal rectal advancement flap for high transsphincteric perianal fistulas: is there any advantage? Int J Colorectal Dis. 2008; 23:697-701.
4. Mizrahi N., Wexner S.D., Zmora O., et al. Endorectal advancement flap: are there predictors of failure? Dis Colon Rectum. 2002; 45:1616-1621.
5. Mitalas E.E., Gosselink M.P, Zimmerman D.D., Schouten W.R. Repeat transanal advancement flap repair: impact on the overall healing rate of high transsphincteric fistulas and on fecal continence. Dis Colon Rectum. 2007; 50:1508-1511.
6. Schouten W.R., Zimmerman D.D., Briel J.W. Transanal advancement flap repair of transsphincteric fistulas. Dis Colon Rectum. 1999; 42:1419-1422.
7. Zimmerman D.D., Briel J.W., Gosselink M.P, Schouten W.R. Anocutaneous advancement flap repair of transsphincteric fistulas. Dis Colon Rectum. 2001; 44:1474-1480.
8. Jones FT., Fazio V.W., Jagelman D.G. The use of transanal rectal advancement flaps in the management of fistulas involving the anorectum. Dis Colon Rectum. 1987; 30:919-923.
9. Sonoda T, Hull T, Piedmonte M.R., Fazio V.W. Outcomes of primary repair of anorectal and rectovaginal fistulas using the endorectal advancement flap. Dis Colon Rectum. 2002; 45:1622- 1628.
10. Athanasiadis S., Helmes C., Yazigi R., Ko'hler A. The direct closure of the internal fistula opening without advancement flap for transsphincteric fistulas-in-ano. Dis Colon Rectum. 2004; 47:1174- 1180.
11. Perez F., Arroyo A., Serrano P, Sa'nchez A., et al. Randomized clinical and manometric study of advancement flap versus fistulotomy with sphincter reconstruction in the management of complex fistula-in-ano. Am J Surg. 2006; 192:34-40.
12. Uribe N., Milla'n M., Minguez M., et al. Clinical and manometric results of endorectal advancement flaps for complex anal fistula. Int J Colorectal Dis. 2007; 22:259-264.
13. Bleier J.E., Moloo H., Goldberg S.M. Eigation of the intersphincteric fistula tract: an effective new technique for complex fistulas. Dis Colon Rectum. 2010; 53:43-46.
14. Shanwani A., Nor A.M., Amri N. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT): a sphincter­saving technique for fistula-inano. Dis Colon Rectum. 2010; 53:39-42.
15. Rojanasakul A., Pattanaarun J., Sahakitrungruang C., Tantiphlachiva K. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano: the ligation of the intersphincteric fistula tract. J Med Assoc Thai. 2007; 90:581-586.
16. M. E. Stellingwerf, E. M. van Praag. Systematic review and meta-analysis of endorectal advancement flap and ligation of the intersphincteric fistula tract for cryptoglandular and Crohn"s high perianal fistulas. BJS Open. 2019 Jun; 3(3): 231-241.
17. Perez F., Arroyo A., Serrano P, et ah Fistulotomy with primary sphincter reconstruction in the management of complex fistula-in-ano: prospective study of clinical and manometric results. J Am Coll Surg. 2005; 200:897-903.
18. Jordan J., Roig J.V., Garcia-Armengol J., et ah Risk factors for recurrence and incontinence after anal fistula surgery. Colorectal Dis. 2010; 12:254-260.
19. Kraemer M., Picke D. Fistelspaltung und primareSphinkterrekonstmktionzurBehandlung von Analfisteln. Coloproctology. 2011; 33:104-108.
20. Gemsenjager E. Results with a new therapy concept in anal fistula: suture of the anal sphincter. Schweiz Med Wochenschr. 1996; 126:2021-2025.
21. Williams J.G., MacEeod C.A., Rothenberger D.A., Goldberg S.M. Seton treatment of high anal fistulae. Br J Surg. 1991; 78:1159-1161.
22. Isbister W.H., A1 Sanea N. The cutting seton: an experience at King Faisal Specialist Hospitak Dis Colon Rectum. 2001; 44:722-727.
23. Mentes B.B., Oktemer S., Tezcaner T, Azili C., Eeventog“luS,Og“uz M. Elastic one-stage cutting seton for the treatment of high anal fistulas: preliminary results. Tech Coloproctol. 2004; 8:159- 162.
24. Eitan A., Koliada M., Bickel A. The use of the loose seton technique as a definitive treatment for recurrent and persistent high trans-sphincteric anal fistulas: a long-term outcome. J Gastrointest Surg. 2009; 13(6): 1116-1119.
25. Theerapol A., So B.Y., Ngoi S.S. Routine use of setons for the treatment of anal fistulae. Singapore Med J. 2002; 43:305-307.
26. Chuang-Wei C., Chang-Chieh W., Cheng-Wen H., Tsai-Yu E., Chun-Che R, Shu-Wen J. Cutting seton for complex anal fistulas. Surgeon. 2008; 6:185-188.
27. Zbar A.P, Ramesh J., Beer-Gabel M., Salazar R., Pescatori M. Conventional cutting vs. internal anal sphincter-preserving seton for high trans-sphincteric fistula: a prospective randomized manometric and clinical trial. Tech Coloproctol. 2003; 7:89-94.
28. Shukla N. Multicentric randomized controlled clinical trial of Kshaarasootra (Ayurvedic medicated thread) in the management of fistula-in-ano. Indian Council of Medical Research. Indian J Med Res. 1991;94:177-185.
29. Ho K.S., Tsang C., Seow-Choen F., et al. Prospective randomized trial comparing ayurvedic cutting seton and fistulotomy for low fistula-in-ano. Tech Coloproctol. 2001; 5:137-141.
30. Tyler K.M., Aarons C.B., Sentovich S.M. Successful sphinctersparing surgery for all anal fistulas. Dis Colon Rectum. 2007; 50:1535-1539.
31. Eoungnarath R., Dietz D.W., Mutch M.G., Bimbaum E.H., Kodner I.J., Fleshman J.W. Fibrin glue treatment of complex anal fistulas has low success rate. Dis Colon Rectum. 2004; 47:432-436.
32. Sandbom W.J., Present D.H., Isaaes K.L., et al. Taerolimus for the treatment of fistulas in patients with Crohn’s disease: a randomized, plaeebo-eontrolled trial. Gastroenterology. 2003; 125:380- 388.
33. Present D.H., Liehtiger S. Effieaey of eyelosporine in treatment of fistula of Crohn’s disease. Dig Dis Sei. 1994; 39:374-380.
34. Present D.H., Rutgeerts P, Targan S., et al. Infliximab for the treatment of fistulas in patients with Crohn’s disease. N Engl J Med. 1999; 340:1398-1405.
35. Gaertner W.B., Deeanini A., Mellgren A., et al. Does infliximab infusion impaet results of operative treatment for Crohn’s perianal fistulas? Dis Colon Reetum. 2007; 50:1754-1760.
36. MeKee R.F., Keenan R.A. Perianal Crohn’s disease: is it all bad news? Dis Colon Reetum. 1996; 39:136-142.
37. Yamamoto T., Allan R.N., Keighley M.R. Effeet of feeal diversion alone on perianal Crohn’s disease. World J Surg. 2000; 24:1258-1262.
38. Galandiuk S, Kimberling J, Al-Mishlab TG, Stromberg AJ. Perianal Crohn disease: predietors of need for permanent diversion. Ann Surg. 2005; 241:796-801.
39. Eo' ffier T., Welseh T., Mu'hl S., Hinz U., Sehmidt J., Kienle P. Eong-term sueeess rate after surgieal treatment of anoreetal and reetovaginal fistulas in Crohn’s disease. Int J Coloreetal Dis. 2009; 24(5):521-526.
40. Solomon M.J. Fistulae and abseesses in symptomatie perineal Crohn’s disease. Int J Coloreetal Dis. 1996; 11:222-226.
41. Mardini H.E., Sehwartz D.A. Treatment of perianal fistula and abseess: Crohn’s and non-Crohn’s. Curr Treat Options Gastroenterol. 2007; 10:211-220.
42. Williamson PR., Hellinger M.D., Earaeh S.W., Ferrara A. Twentyyear review of the surgieal management of perianal Crohn’s disease. Dis Colon Reetum. 1995; 38:389-392.
43. Peseatori M., Interisano A., Basso E., et al. Management of perianal Crohn’s disease: results of a multieenter study in Italy. Dis Colon Reetum. 1995; 38:121-124.
44. Galis-Rozen E., Tulehinsky H., Rosen A., et al. Eong-term outeome of loose-seton for eomplex anal fistula: a two-eentre study of patients with and without Crohn’s disease. Coloreetal Dis. 2010; 12(4):358-362.
45. Takesue Y, Ohge H., Yokoyama T, Murakami Y, Imamura Y, Sueda T. Eong-term results of seton drainage on eomplex anal fistulae in patients with Crohn’s disease. J Gastroenterol. 2002; 37:912-915.
46. Hull T.E., Fazio V.W. Surgieal approaehes to low anovaginal fistula in Crohn’s disease. Am J Surg. 1997; 173:95-98.
47. Ozuner G., Hull T.E., Cartmill J., Fazio V.W. Eong-term analysis of the use of transanal reetal advaneement flaps for eomplieated anoreetal/vaginal fistulas. Dis Colon Reetum. 1996; 39:10-14.
48. Eeila Ghahramani, a Mohammad Reza Minaie Antibiotie therapy for prevention of fistula in-ano after ineision and drainage of simple perianal abseess: A randomized single blind elinieal trial. Surgery. 2017

Приложение Al. Состав рабочей группы

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. | Ученаястепень | Ученое звание | Профессиональнаяассоциация |
| 1. | ШелыгинЮрий Анатольевич | Д.м.н. | Академик РАН, профессор | Ассоциация колопроктологов России |
| 2. | ФроловСергей Алексеевич | Д.м.н. | Доцент | Ассоциация колопроктологов России |
| 3. | КашниковВладимир Николаевич | Д.м.н. |  | Ассоциация колопроктологов России |
| 4. | ВеселовАлексей Викторович | К.м.н. |  | Ассоциация колопроктологов России |
| 5. | Москалев Алексей Игоревич | К.м.н. |  | Ассоциация колопроктологов России |
| 6. | ТитовАлександр Юрьевич | Д.м.н. |  | Ассоциация колопроктологов России |
| 7. | КузьминовАлександр Михайлович | Д.м.н. | Профессор | Ассоциация колопроктологов России |
| 8. | МудровАндрей Анатольевич | К.м.н. |  | Ассоциация колопроктологов России |
| 9. | Г рошилин Виталий Сергеевич | Д.м.н. | Профессор | Ассоциация колопроктологов России |
| 10. | Костарев Иван Васильевич | Д.м.н. |  | Ассоциация колопроктологов России |
| 11. | ВасильевСергей Васильевич | Д.м.н. | Профессор | Ассоциация колопроктологов России |
| 12. | КороликВячеслав Юрьевич | К.м.н. |  | Ассоциация колопроктологов России |

Все члены рабочей группы являютея членами аееоциации колопроктологов Роееии. Конфликт интерееов отеутетвует.

Приложение А2. Методология разработки
клинических рекомендации

**Целевая аудитория клинических рекомендаций:**

1. Врачи колопроктологи
2. Врачи хирурги
3. Врачи гастроэнтерологи
4. Врачи терапевты
5. Врачи общей практики (еемейные врачи)
6. Врачи эндоекопиеты

В данных клиничееких рекомендациях вее еведения ранжированы по уровню доетоверноети (доказательноети) в завиеимоети от количеетва и качеетва иееледований по данной проблеме.

**Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) 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 уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

|  |  |
| --- | --- |
| УДД | Расшифровка |
| 1 | Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета­анализа |
| 2 | Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3 | Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай-контроль» |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов |

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

|  |  |
| --- | --- |
| УРР | Расшифровка |
| А | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое 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 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 клиничееких рекомендаций предуематривает еиетематичеекую актуализацию - не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных е позиции доказательной медицины по вопроеам диагноетики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоенованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР (клиничееких рекомендации) но не чаще 1 раз в 6 мееяцев.

Приложение АЗ. Связанные документы

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом 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 утверждении 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 7 июля 2015 г. N 422ан "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи";
5. Приказ Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации от

17 декабря 2015 г. № 1024н «О классификации и критериях, используемых при

осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»;

1. Федеральный Закон от 17.07.1990 178-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 08.12.2010 №345 ФЗ, от 345-ФЗ, от 01.07.2011 № 169ФЗ, от 28.07.2012 № 133- ФЗ, от 25.12.2012 №258-ФЗ, от 07.05.2013 №99-ФЗ, от 07.05.2013 №104-ФЗ, от 02.07.2013 №185-ФЗ, от 25.11.2013 №317- ФЗ) «О государственной социальной помощи».

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента



**Свищ заднего прохода**



Приложение В. Информация для пациентов

Информация о заболевании. Свищ заднего прохода - хроническое воспалительное заболевание параректальной клетчатки, характеризующееся наличием свищевого отверстия в заднем проходе, наличием свищевого хода, который может открываться на коже в области заднего прохода или соседних областей (ягодичная, паховая, крестцово-копчиковая). Единственным радикальным методом лечения свищей является хирургическое вмешательство, во время которого устраняется свищевой ход и внутреннее свищевое отверстие, а при наличии гнойных затеков выполняется их вскрытие и дренирование. Заболевание, при отсутствии своевременного хирургического лечения, часто сопровождается обострениями гнойно­воспалительного процесса, который может приводить к развитию угрожающего жизни пациента септического состояния или к гнойно-гнилостному обширному расплавлению мягких тканей вокруг прямой кишки. Данные состояния требуют экстренной госпитализации и хирургического лечения и напрямую угрожают жизни пациента.

Информация необходимая в послеоперационном периоде. В послеоперационном периоде, на протяжении первых 1-3 месяцев после операции, важным являются гигиенические мероприятия (подмывание прохладной водой, ванночки с добавлением отвара ромашки) и регуляция частоты и консистенции стула. Необходимо добиваться регулярного ежедневного стула мягкой консистенции, не травмирующего раневые поверхности в анальном канале и перианальной области.

При развитии затруднения опорожнения прямой кишки или запора необходимо добиться нормализации стула. Лечение запора, если оно не обусловлено причинами, требующими оперативного вмешательства, должно начинаться с назначения диеты, содержащей достаточное количество растительной клетчатки, кисломолочных продуктов, растительного масла. Из диеты исключаются копчености, соления, маринады, какао, шоколад, частично ограничиваются жареные блюда, колбасные изделия, ржаной хлеб. Старайтесь включать в рацион меньше хлеба и хлебобулочных изделий из пшеничной муки высшего сорта (особенно свежие, мягкие), макаронных изделий, блюд из манной крупы. Рекомендуется пища с большим содержанием клетчатки и балластных веществ (содержатся в продуктах растительного происхождения, прежде всего в зерновых). К продуктам, способствующим нормализации стула, относятся: свежий кефир, простокваша, ацидофилин. Положительный эффект оказывают размоченный в воде чернослив, инжир, настой из них, сливовый сок, вареная свекла, пюре из сухофруктов. Из первых блюд полезны супы, борщи, щи на крепком овощном отваре.

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

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

**Несколько дополнительных рекомендаций при запорах:**

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

Приложение Г.

Нет.