Ректовагинальный свищ

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N82.3 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"

Ректовагинальный свищ (РВС) — патологическое сообщение между прямой кишкой и влагалищем, чаще проявляющееся выделением кишечного содержимого через влагалище. Рекомендация охватывает подтверждение диагноза, определение уровня и анатомии свища, выбор хирургической тактики, показания к стоме и послеоперационное наблюдение.

Главное

- Главный симптом РВС — выделение компонентов кишечного содержимого через влагалище; возможны зуд, боли, гнойные или сукровичные выделения и воспалительные симптомы.
- Свищ классифицируют как низкий, если внутреннее отверстие находится на уровне или ниже зубчатой линии, и как высокий — если оно расположено выше зубчатой линии.
- В диагнозе указывают причину, уровень свища, отношение низкого свища к анальному сфинктеру, а также наличие полостей и затеков; при болезни Крона сначала формулируют диагноз основного заболевания.
- Для анатомической оценки всем пациентам выполняют трансректальное УЗИ и/или МРТ малого таза с внутривенным контрастированием: определяют ход свища, его отношение к влагалищу, прямой кишке и мышечным структурам таза, а также наличие и распространенность гнойных затеков (УУР В, УДД 2).
- Основной метод лечения РВС — хирургический; выбор операции зависит от этиологии, локализации свищевого хода по отношению к наружному сфинктеру, уровня свищевого отверстия, состояния анального сфинктера и наличия гнойных полостей или инфильтратов.
- При РВС на фоне болезни Крона проводят специфическое лечение, направленное на купирование основного заболевания (УУР В, УДД 3).
- При РВС отключение пассажа кишечного содержимого по прямой кишке рассматривают при выраженном воспалительном процессе с инфицированием влагалища и мочевыводящих органов, дефектах ректовагинальной перегородки более 3 см, высоких, сложных и постлучевых РВС; вопрос о формировании стомы решают индивидуально.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: уточнить выделение компонентов кишечного содержимого из влагалища, дискомфорт, зуд, боли, признаки воспаления и симптомы воспалительных заболеваний мочеполовой системы.
2. Провести осмотр специалистом — колопроктологом, акушером-гинекологом и/или хирургом: осмотреть наружные половые органы, паховую и перианальную области, выполнить бимануальное влагалищное и трансректальное пальцевое исследование, проверить анальный рефлекс и исследовать свищевой ход зондом (УУР С, УДД 5).
3. При подозрении на опухоль направить материал из свищевого хода или зоны отверстия на патологоанатомическое исследование. При активном гнойном процессе исследовать отделяемое из влагалища и свищевого хода на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с определением чувствительности к антимикробным препаратам (УУР С, УДД 5).
4. Выполнить трансректальное УЗИ и/или МРТ малого таза с внутривенным контрастированием для уточнения топографии свища, его отношения к влагалищу, прямой кишке и мышечным структурам таза, а также выявления гнойных затеков (УУР В, УДД 2).
5. Назначить колоноскопию с осмотром всей толстой кишки и терминального отдела подвздошной кишки пациентам старше 40 лет или при подозрении на воспалительное заболевание кишечника (УУР С, УДД 5).
6. Исследовать функцию сфинктерного аппарата прямой кишки методом сфинктерометрии; особенно важно это при исходной недостаточности сфинктера, после операций в аноректальной области и при послеродовом РВС (УУР С, УДД 4).

Лечение

- Консервативные методы не являются основным лечением: основная тактика — операция. Редкие случаи самостоятельного закрытия описаны при ранее не оперированном свище шириной менее 0,3 см, без гнойно-воспалительных осложнений и при ограничении пассажа в зоне свищевого отверстия.
- При низком РВС с вовлечением не более 1/3 анального сфинктера выполняют иссечение свища в просвет кишки (УУР С, УДД 4). При недостаточности сфинктера из-за его дефекта или рубцового замещения мышечной ткани по передней полуокружности добавляют сфинктеропластику (УУР С, УДД 4).
- При высоком РВС возможна ликвидация инвагинационным методом, наиболее воспроизводимая при отсутствии воспалительных и рубцовых изменений в зоне свищевого хода и диаметре хода 7–12 мм (УУР С, УДД 4).
- При высоком РВС с отверстием не выше 1 см от зубчатой линии, сохранной функцией сфинктера и интактной стенкой нижнеампулярного отдела выполняют сегментарную проктопластику; метод сохраняет наружный сфинктер (УУР С, УДД 4).
- При высоком РВС, рецидивном течении болезни, выраженных рубцово-фиброзных изменениях ректовагинальной перегородки, постлучевом РВС или свище при болезни Крона применяют операцию Мартиуса либо транспозицию нежной мышцы бедра в ректовагинальную перегородку; эти вмешательства в основном выполняют при отключенном пассаже кала (соответственно УУР С, УДД 4 и УУР В, УДД 3).
- При высоком расположении свищевого хода, рецидивном характере болезни, больших дефектах более 2,5–3 см, сложных свищах, выраженных рубцово-фиброзных изменениях, постлучевой причине или болезни Крона выполняют ушивание дефекта либо резекцию сегмента кишки, несущего свищевое отверстие, абдоминальным, в том числе лапароскопическим, доступом; метод применяют при интактном проксимальном отделе прямой кишки и сохранной функции анального сфинктера (УУР С, УДД 4).
- При неосложненном течении и наличии узкого свищевого хода рекомендуется применение малоинвазивных методов: биологических, биосинтетических и синтетических материалов, лазерной термооблитерации с вагинальным лоскутом при диаметре хода не более 3 мм или лигирования с транспозицией в анальный канал при просвете не более 4 мм (УУР С, УДД 4).
- При постлучевом РВС или свище при болезни Крона применяют микроинъекционную аутотрансплантацию жировой ткани: очищенную жировую ткань вводят в ректовагинальную перегородку и края свища со стороны влагалища небольшими порциями по 1/5–1/10 мл (УУР В, УДД 3).

Когда направить и как наблюдать

- Неотложно госпитализировать при РВС с абсцессом ректовагинальной перегородки или тазовых клетчаточных пространств; необходимы ликвидация острых проявлений и адекватное дренирование гнойника.
- Плановая госпитализация нужна для радикальной операции. Хирургическое лечение целесообразно проводить в специализированном колопроктологическом стационаре, тогда как диагностика в плановом порядке может выполняться амбулаторно.
- После лечения и заживления ран проводить контрольные осмотры и обследования у колопроктолога один раз в 6 месяцев в течение первого года.

Частые вопросы

Какой симптом наиболее характерен для ректовагинального свища?

Наиболее характерно выделение компонентов кишечного содержимого через влагалище. Также возможны гнойные выделения, боль, зуд и воспалительные симптомы.

Какие исследования лучше всего показывают ход ректовагинального свища?

Выполняют трансректальное УЗИ и/или МРТ малого таза с внутривенным контрастированием. Эти методы уточняют топографию хода, его отношение к влагалищу, кишке и мышечным структурам таза, а также выявляют затеки.

Когда при РВС нужна колоноскопия?

Колоноскопию проводят всем пациентам старше 40 лет и пациентам любого возраста при подозрении на воспалительное заболевание кишечника. Осматривают всю толстую кишку и терминальный отдел подвздошной кишки.

Как лечить низкий ректовагинальный свищ?

Если вовлечено не более 1/3 анального сфинктера, выполняют иссечение свища в просвет кишки. При сопутствующей сфинктерной недостаточности добавляют сфинктеропластику.

Когда при ректовагинальном свище нужна кишечная стома?

Отключение пассажа по прямой кишке рассматривают при выраженном воспалении с инфицированием влагалища и мочевыводящих органов, дефекте ректовагинальной перегородки более 3 см, высоком, сложном или постлучевом свище. Решение принимают индивидуально, поскольку достоверных данных о влиянии стомы на результаты операции нет.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/187-rektovaginalnyj-svishch. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/187_3