Ректоцеле

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N81.6 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"

Ректоцеле — дивертикулоподобное выпячивание стенки прямой кишки в сторону влагалища, чаще связанное с синдромом опущения тазового дна. Рекомендация описывает диагностику, поэтапное консервативное лечение и выбор операции в зависимости от симптомов и сопутствующих нарушений.

Главное

- Ректоцеле нередко протекает бессимптомно. Основные проявления при наличии симптомов — затрудненная дефекация, чувство неполного опорожнения и необходимость давить на заднюю стенку влагалища или промежность.
- Риск повышают осложненные беременность и роды, стремительные или инструментальные роды, разрывы промежности, крупный плод, тяжелые физические нагрузки, хронический запор, упорный кашель, гистерэктомия и ожирение.
- По анатомической выраженности выделяют 1–3 степени: при 1-й выпячивание не достигает преддверия влагалища, при 2-й доходит до него, при 3-й выходит за пределы влагалища. По дефекографии размеры до 2 см соответствуют 1-й степени, 2–4 см — 2-й, более 4 см — 3-й.
- Об эвакуаторных нарушениях можно говорить, когда при дефекографии остаточный объем контраста превышает 20% исходного, а время опорожнения прямой кишки превышает 19 секунд.
- Тактика начинается с нормализации стула и укрепления мышц тазового дна; при функциональных расстройствах дефекации добавляют БОС-терапию. Операцию рассматривают при сохраняющемся синдроме обструктивной дефекации и неэффективности консервативных мер.
- Выбор операции зависит от сочетаний: при изолированном ректоцеле применяют трансвагинальную пластику, при низкой внутренней инвагинации — трансректальную степлерную резекцию, при высокой инвагинации или сигмоцеле — трансабдоминальную ректокольпосакропексию.

Диагностика

1. Уточнить симптомы синдрома обструктивной дефекации: длительное натуживание, неполное опорожнение и ручное пособие. В анамнезе выяснить число и особенности родов, тяжелые физические нагрузки, запоры, хронические болезни легких, диспареунию и чувство давления или образования во влагалище.
2. Выполнить наружный осмотр промежности и заднего прохода, затем пальцевое исследование прямой кишки; попросить пациентку потужиться. Определяют глубину выпячивания передней стенки прямой кишки и сопутствующие заболевания прямой кишки. УУР С, УДД 5.
3. Провести дефекографию всем пациенткам: определить степень ректоцеле, положение прямой кишки, время опорожнения, остаточный объем и сопутствующие внутреннюю инвагинацию или сигмоцеле. УУР А, УДД 2.
4. При ректоцеле с послеродовыми повреждениями анального сфинктера или мышц тазового дна выполнить трансректальное УЗИ для выявления повреждений и сопутствующей патологии. УУР В, УДД 3.
5. При симптомах недостаточности анального сфинктера или подозрении на функциональное расстройство дефекации провести комплексную сфинктерометрию и эвакуаторную пробу. Баллон заполняют 100–120 мл жидкости: его выталкивание считается нормой, сохранение в прямой кишке указывает на нарушение эвакуации. УУР С, УДД 5.
6. При длительной задержке или отсутствии самостоятельного стула исследовать пассаж по толстой кишке. Полное выведение контраста в норме занимает 48–72 часа; транзит более 72 часов говорит о нарушении функции кишки. УУР С, УДД 4.

Лечение

- Начать с консервативной терапии: назначить достаточное количество жидкости и пищевых волокон для нормализации деятельности желудочно-кишечного тракта и устранения запоров. Ориентиры из рекомендации — 25 г пищевых волокон в сутки и до 1,5–2 л жидкости в день; УУР С, УДД 4.

- Если высокошлаковая диета не нормализует стул, применять слабительные и стимуляторы моторики ЖКТ; дозы подбирать индивидуально. Упомянуты объемные средства, включая оболочку семян подорожника овального, осмотические препараты на основе полиэтиленгликоля, прокинетики — антагонисты серотониновых рецепторов, а также натрия пикосульфат и бисакодил. УУР С, УДД 4.
- При выявленных функциональных расстройствах дефекации проводить тренировку с биологической обратной связью; метод помогает пациентке управлять сокращениями мышц тазового дна. УУР А, УДД 1.
- Операцию рассматривать при чувстве давления или «мешка» во влагалище, необходимости постоянного ручного пособия без удовлетворительного результата, направлении каловых масс в ректоцеле и остаточном контрасте более 20%, а также при неэффективности питания, слабительных и БОС-терапии.
- При изолированном ректоцеле без внутренней инвагинации и сигмоцеле выполнять трансвагинальную пластику ректовагинальной перегородки местными тканями — кольпоперинеоррафию и леваторопластику — либо укреплять ее синтетическим или биологическим имплантатом. УУР А, УДД 2.
- При ректоцеле с анальной инконтиненцией из-за дефекта сфинктера использовать трансперинеальный доступ и дополнять пластику сфинктеропластикой. УУР В, УДД 3.
- При сочетании с внутренней инвагинацией в нижнеампулярном отделе выполнять трансректальную степлерную трансанальную резекцию прямой кишки. УУР В, УДД 2.
- При высокой внутренней инвагинации в средне- или верхнеампулярном отделе и/или сигмоцеле выполнять трансабдоминальную ректокольпосакропексию с сетчатым имплантатом, открытым или лапароскопическим способом. УУР А, УДД 2.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация проводится планово для хирургического лечения при подтвержденном ректоцеле; лечение организуют в специализированном колопроктологическом стационаре врачами-колопроктологами.
- После заживления операционной раны контрольные осмотры проводят через 6 и 12 месяцев с оценкой по системе балльной оценки нарушений эвакуаторной функции толстой кишки и PFDI-20; в те же сроки выполняют дефекографию. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Какие симптомы наиболее характерны для ректоцеле?

Типичны затрудненная дефекация с длительным натуживанием, чувство неполного опорожнения прямой кишки и необходимость ручного давления на заднюю стенку влагалища или промежность. Возможны также диспареуния, давление во влагалище и ощущение округлого образования.

Какие показатели дефекографии подтверждают эвакуаторное нарушение?

Об эвакуаторных нарушениях можно говорить, когда остаточный объем контраста превышает 20% исходного, а время опорожнения прямой кишки превышает 19 секунд. При исследовании также оценивают степень ректоцеле, внутреннюю инвагинацию и сигмоцеле.

Какие меры назначают до операции?

Используют пищевые волокна и достаточное количество жидкости; ориентиры — 25 г клетчатки и до 1,5–2 л жидкости в сутки. При сохраняющемся запоре добавляют слабительные и стимуляторы моторики с индивидуальным подбором доз, а при функциональных нарушениях дефекации — БОС-терапию.

Когда консервативного лечения недостаточно и нужна операция?

Операцию рассматривают при сохраняющемся синдроме обструктивной дефекации, ручном опорожнении без удовлетворительного результата, симптомном давлении или ощущении «мешка» во влагалище, остаточном контрасте более 20% при дефекографии и отсутствии эффекта от питания, слабительных и БОС-терапии.

Как выбрать хирургический доступ?

При изолированном ректоцеле используют трансвагинальную пластику, при сочетании с дефектом сфинктера — трансперинеальную пластику со сфинктеропластикой. Нижняя внутренняя инвагинация является показанием к трансректальной степлерной резекции, а высокая инвагинация и/или сигмоцеле — к трансабдоминальной ректокольпосакропексии.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/188-rektocele. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/188_3