Свищ заднего прохода и прямой кишки

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K60.3, K60.4, K60.5 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"

Свищ заднего прохода и прямой кишки — патологический ход между анальным каналом и окружающими тканями, чаще криптогландулярного происхождения и нередко возникающий после острого парапроктита. Основу ведения составляют точное определение хода свища и его отношения к сфинктеру, а также хирургическое лечение с максимальным сохранением функции держания.

Главное

- Диагноз устанавливают по данным клинического и инструментального обследования: нужно определить этиологию, внутреннее и наружное отверстия, ход свища, затеки и гнойные полости, распространённость воспаления и функцию сфинктера.
- Всем пациентам проводят осмотр перианальной области, пальцевое трансректальное исследование, зондирование свищевого хода и пробу с красителем; при препятствии зондирование не форсируют из-за риска ложного хода. УУР А, УДД 2.
- Трансректальное УЗИ и/или МРТ малого таза — методы выбора для оценки отношения свища к сфинктеру, поиска внутреннего отверстия, затеков и дополнительных ходов; их диагностическая ценность сопоставима. УУР А, УДД 1.
- Выбор метода хирургического лечения определяется расположением свищевого хода по отношению к наружному сфинктеру, выраженностью воспаления, наличием дополнительных ходов, затеков и полостей, характеристиками внутреннего отверстия, рубцовыми изменениями и функцией запирательного аппарата.
- Консервативное лечение не устраняет свищ и используется главным образом в периоперационном периоде для уменьшения воспаления; основным методом лечения остаётся операция.
- При обострении с абсцессом вмешательство выполняют неотложно, как при остром парапроктите; откладывать радикальное лечение надолго не следует из-за риска повторных обострений, рубцевания и недостаточности сфинктера.

Диагностика

1. Уточнить жалобы и анамнез: выделения из наружного отверстия или заднего прохода, боль и дискомфорт, инфильтрат, перенесённое вскрытие парапроктита, самопроизвольное вскрытие гнойника, травму и рецидивы.
2. Осмотреть перианальную область: выявить наружное свищевое отверстие, признаки воспаления, его выраженность и распространённость; проверить анальный рефлекс.
3. Выполнить пальцевое трансректальное исследование, определить внутреннее отверстие, его локализацию, форму, ширину, рубцы и воспаление; одновременно оценить сопутствующую патологию анального канала и нижнеампулярного отдела прямой кишки.
4. Зондировать ход пуговчатым зондом и при необходимости выполнить пробу с красителем для подтверждения сообщения отверстий и выявления дополнительных ходов или полостей; при препятствии зонд не продавливать.
5. Провести аноскопию и ректороманоскопию всем пациентам для оценки анального канала, дистального отдела прямой кишки и сопутствующих заболеваний. УУР С, УДД 5.
6. Выполнить трансректальное УЗИ и/или МРТ малого таза для топографо-анатомической оценки свища. Пациентам старше 40 лет или при подозрении на воспалительное заболевание кишечника добавить колоноскопию. УУР А, УДД 1; УУР С, УДД 5.
7. Перед операцией исследовать функцию сфинктерного аппарата при исходных нарушениях, предыдущих операциях по поводу свища, транссфинктерном ходе с вовлечением более 30% сфинктера и при экстрасфинктерном свище. УУР С, УДД 4.

Лечение

- Основное лечение — хирургическое. Цель операции — ликвидировать свищевой ход с максимальным сохранением структур запирательного аппарата и функции удержания; метод выбирают с учётом анатомии свища, воспаления, затеков, рубцов и исходной функции сфинктера.
- При интрасфинктерных и транссфинктерных свищах, проходящих через дистальную 1/3 наружного сфинктера, применяют рассечение или иссечение свища в просвет кишки. УУР В, УДД 3. Средний срок заживления раны составляет около 6 недель.
- Фибриновый клей применяют при интрасфинктерном или транссфинктерном свище, захватывающем дистальную 1/3 наружного сфинктера, без затеков и выраженных рубцов у внутреннего отверстия, если риск недержания высок или оно уже имеется. УУР А, УДД 2.
- Биопластический тампон или имплант применяют при транссфинктерном свище, проходящем через дистальную 1/3 сфинктера; для импланта нужен ход длиной не менее 3 см и отсутствие затеков. Перед установкой тампона желательно дренирование сетоном 4–8 недель. УУР А, УДД 2.
- При транссфинктерном свище с вовлечением более 1/3 наружного сфинктера и при экстрасфинктерном свище рекомендовано иссечение свища с низведением лоскута стенки прямой кишки. Лоскут не показан при выраженных протяжённых рубцово-воспалительных изменениях, мешающих его мобилизации и низведению. УУР А, УДД 2.
- Лазерную термокоагуляцию при транссфинктерных свищах выполняют на сформированном ходе либо после дренирования латексной лигатурой в течение 6–8 недель; используют диодный лазер с длиной волны 1470–1560 нм и мощностью 8–12 Вт, извлекая световод со скоростью 1 мм/с. УУР А, УДД 2.
- При болезни Крона начинают с лечения основного заболевания и консервативной тактики, включая иммунодепрессанты и ингибиторы ФНО-альфа. При транссфинктерных свищах, захватывающих более 1/3 наружного сфинктера, и экстрасфинктерных свищах первым этапом устанавливают дренирующую лигатуру на 6 и более недель, затем индивидуально выбирают операцию. УУР А, УДД 2; УУР С, УДД 4.
- После операции нужны регулярные перевязки с очищением ран антисептиками и нанесением водорастворимой мазевой основы; после пластических операций регулируют стул диетой и слабительными. До заживления пациент наблюдается у колопроктолога или хирурга. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Направлять к врачу-колопроктологу; плановая госпитализация показана при необходимости операции, невозможности диагностики или лечения амбулаторно, неэффективности амбулаторной терапии либо необходимости её коррекции.
- При обострении с формированием абсцесса требуется неотложное хирургическое лечение, как при остром парапроктите.
- Экстренная госпитализация нужна при септическом состоянии или обширном гнойно-гнилостном расплавлении тканей вокруг прямой кишки.
- После окончания лечения и заживления ран пациента наблюдает врач-колопроктолог в течение первого года не реже 1 раза в 6 месяцев.

Частые вопросы

Можно ли вылечить свищ только антибиотиками или мазями?

Нет. Спонтанное заживление бывает крайне редко, а консервативная терапия не является самостоятельным методом и применяется в основном вокруг операции для уменьшения воспаления.

Какое исследование лучше всего показывает ход свища?

Трансректальное УЗИ и МРТ малого таза являются методами выбора; по диагностической ценности они сопоставимы. Фистулография и КТ малого таза для обследования не рекомендуются из-за низких чувствительности и специфичности.

Как выбрать операцию при свище?

Метод выбирают с учётом расположения свищевого хода по отношению к наружному сфинктеру, выраженности воспаления, наличия дополнительных ходов, затеков и полостей, характеристик внутреннего отверстия, рубцовых изменений и функции запирательного аппарата.

Когда нужна оценка функции сфинктера?

Перед операцией её проводят при исходном нарушении функции, после предыдущих операций по поводу свища, при транссфинктерном ходе с вовлечением более 30% сфинктера и при экстрасфинктерном свище.

Как лечить перианальный свищ при болезни Крона?

Сначала лечат болезнь Крона и уменьшают воспаление, в том числе иммунодепрессантами и ингибиторами ФНО-альфа. При транссфинктерных свищах с вовлечением более 1/3 наружного сфинктера и экстрасфинктерных свищах сначала устанавливают дренирующую лигатуру на 6 и более недель, затем выбирают операцию индивидуально; бессимптомный свищ без воспаления не иссекают.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/191-svishch-zadnego-prohoda-i-pryamoj-kishki. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/191_2