

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр
развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «10» декабря 2015 года
Протокол № 19

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название: Выпадение прямой кишки.

2. Код протокола:

3. Код по МКБ

К62.3 – Выпадение прямой кишки

4. Сокращения, используемые в протоколе:

АГ	– Артериальная гипертензия
АЛТ	– Аланинаминотрансфераза
АСТ	– Аспартатаминотрансфераза
ВПК	– Выпадение прямой кишки
ГНЦ	– Государственный научный центр
ЗАПК	– Запирательный аппарат прямой кишки
ИФА	– Иммуноферментный анализ
ОАК	– Общий анализ крови
ОАМ	– Общий анализ мочи
УЗИ	– Ультразвуковое исследование
ЭКГ	– Электрокардиография

5. Дата разработки/пересмотра протокола: 2015год.

6. Категория пациентов: взрослые.

7. Пользователи протокола: общие хирурги, колопроктологи, врачи общей практики.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут
---	--

	быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

8. Определение

Выпадение прямой кишки – выпячивание или выход всех слоёв прямой кишки через заднепроходное отверстие [1-4].

9. Клиническая классификация:

Классификация разработанная в ГНЦ колопроктологии (1972г):

Стадии выпадения прямой кишки:

1 стадия	прямая кишка выпадает только при акте дефекации
2 стадия	прямая кишка выпадает при дефекации и физической нагрузке
3 стадия	прямая кишка выпадает при ходьбе

Оксфордская рентгенологическая классификация:

высокая инвагинация	ректо-ректальная	выпадение остаётся выше пубо-ректальной линии
низкая инвагинация	ректо-ректальная	пролапс на уровне пубо-ректальной линии
высокая инвагинация	ректо-анальная	пролапс доходит до анального канала
низкая инвагинация	ректо-анальная	пролапс в анальном канале, но не выходит за анальную складку
наружное выпадение прямой кишки [22]		

Фазы компенсации функции мышц тазового дна:

фаза компенсации – выпавшая кишка вправляется за счёт сокращения мышц тазового дна; фаза декомпенсации – вправление кишки осуществляется только при помощи руки.

Степени недостаточности анального сфинктера:

1 степень	недержание газов
2 степень	недержание клизменных вод и жидкого кала
3 степень	недержание всех компонентов кишечного содержимого [23]

10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

124].

Плановая госпитализация при наличии выпадения прямой кишки.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования, не проведённые на амбулаторном уровне):

- ОАК;
- ОАМ;
- биохимический анализ крови (общий белок, мочевина, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза).

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ректороманоскопия;
- ЭКГ (для исключения сердечной патологии);
- обзорная рентгенография органов грудной клетки.

11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- группа крови;
- резус-фактор;
- пальцевое исследование;
- определение кожного рефлекса с перианальной кожей;
- определение тонуса и волевых усилий ЗАПК;
- ректороманоскопия.

11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- фиброколоноскопия.

12. Диагностические критерии постановки диагноза:

12.1 Жалобы и анамнез:

Жалобы:

- на наличие выпадения кишки;
- выворачивания прямой кишки через задний проход, вправляемого самостоятельно или требующего ручного пособия;
- затруднение опорожнения прямой кишки;
- ощущение неполного опорожнения, недержанием кала;
- недержание мочи;
- выделение крови при дефекации (при наличии повреждения слизистой прямой кишки или солитарной язвы) [9, 16, 17].

Анамнез

Выявляется длительность заболевания, нарушение стула (длительные запоры, поносы), сопутствующие гинекологические заболевания (многократные роды), неврологические заболевания, урологические заболевания.

12.2 Физикальное обследование:

- При пальцевом исследовании прямой кишки штриховым методом определяется перианальный кожный рефлекс, а также тонус и волевое усилие анального сфинктера (что определяет функциональное состояние запирательного аппарата прямой кишки).
- При ректороманоскопии выявляют воспалительный процесс в слизистой оболочке прямой кишки.

12.3 Лабораторные критерии:

Специфических изменений лабораторных показателей нет.

12.4 Инструментальные исследования:

- ректороманоскопии;
- фиброколоноскопия.

12.5 Показания для консультации специалистов:

- терапевт или кардиолог – в случае необходимости коррекции стойкой артериальной гипертензии (АГ), хронической сердечной недостаточности, нарушения ритма сердечной деятельности;
- эндокринолог – в случае необходимости коррекции лечения заболеваний эндокринной системы (сахарный диабет);
- анестезиолог – при необходимости катетеризации центральной вены для подготовки к операции.

12.6 Дифференциальный диагноз

№п/п	нозология	симптом
1	выпадение геморроидального узла	выпадение изолированного геморроидального узла
2	выпадение прямой кишки	выпадение всех слоев стенки прямой кишки виде цилиндра

13. Цели лечения. Устранение выпадения прямой кишки.

14. Тактика лечения:

- устранение выпадения прямой кишки хирургическим способом.

14.1 Хирургическое вмешательство в стационарных условиях.

Хирургический метод является основным для лечения выпадения прямой кишки. Методики, применяемые при ректальном пролапсе в зависимости от доступа подразделяются на:

- **промежностные;**
- **трансабдоминальные.**

Выбор вмешательства зависит от возраста пациента, наличия тяжёлых

сопутствующих заболеваний, состояния моторно-эвакуаторной функции кишечника, предпочтений хирурга и его опыта [5].

1. Трансабдоминальные операции (применяется у молодых пациентов и у больных, не имеющих тяжёлых сопутствующих заболеваний):

- Шовная ректопексия операция Зеренина-Кюммеля (при наружном или внутреннем выпадение прямой кишки)
- Ректо- (кольпо-) сакропексия (при наружном или внутреннем пролапсе, сочетание выпадения кишки с ректоцеле и сигмоцеле)
- Заднепетлевая ректопексия (операция Уэллса) (при наружном или внутреннем выпадение прямой кишки)
- Ректопексия с резекцией толстой кишки (при наружном или внутреннем выпадении прямой кишки в сочетании с хроническим толстокишечным стазом)
- Передняя резекция прямой кишки (внутреннем выпадении прямой кишки, осложнённое солитарной язвой с рубцовой деформацией стенки кишки, нарушающей кишечную проходимость)
- Лапароскопическая ректопексия.

2. Промежностные операции (производятся у пожилых пациентов или у больных с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями):

- Операция Делорма (при наружном выпадение прямой кишки у пожилых пациентов с наличием тяжёлых сопутствующих заболеваний, повышающих риск трансабдоминальных вмешательств)
- Промежностная ректосигмоидэктомия (операция Альтмеера) (при наружном выпадении прямой кишки у пациентов, страдающих тяжёлыми заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем)

Трансаналльная проктопластика по Лонго (при внутреннее выпадение прямой кишки, не осложнённое солитарной язвой).

14.2. Немедикаментозное лечение:

Режим:

- в первые сутки после операции – строгий постельный режим;
на 2-3-е сутки после операции – режим II;
далее – при гладком течении послеоперационного периода – свободный режим.

Диета:

- в первые сутки после операции – голод;
далее – при гладком течении послеоперационного периода – стол №15.

14.3 Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:

Медикаментозное лечение проводится одним из нижеперечисленных препаратов, согласно таблице.

•

№ п/ п	название МНН	доза, разовая	кратность	способ введени я	продолж ительнос ть лечения	примечание	УД
Наркотические анальгетики							

1	Тримеперидин	2% - 1 мл	3-4 раз в сутки	в/м	1-2 дня	для обезболивания в послеоперационном периоде	A
---	--------------	-----------	-----------------	-----	---------	---	---

Ненаркотические анальгетики

2	Метамизол натрия или	50% - 2мл	1-2 р/д	в/м	3-4 дня	для купирования болевого синдрома	C
3	Кетопрофен	100–200 мг	2-3 раза	в/м	в течение 2-3 дней	для купирования болевого синдрома	A

Антибактериальные препараты

4	Цефтазидим или	0,5–2 г	2-3 раза в сутки	в/м, в/в	7-14 дней	Цефалоспорины 3-го поколения	A
5	Цефтриаксон	1–2 г.	1-2 раза	в\м, в/в	7-14	Цефалоспорины 3-го поколения	A
6	Метронидазол	500 мг	2-3 раза в сутки	в/в	7-10 дней	производное нитроimidазола	B

Противогрибковые средства

7	Флуконазол или	150 мг	1 раз в сутки	внутрь	Однократно	для профилактики и лечения микозов	A
8	Нистатин	500 000ЕД	3-4 раза в сутки	Внутрь	10-14 дней	для профилактики и лечения микозов	B

Антисептик

9	Повидон – йод или	10%	ежедневно	наружно	По мере необходимости	для обработки кожных покровов и дренажных систем	B
10	Хлоргексидин	0,05%	для обработки операционного поля, рук хирурга	наружно	По мере необходимости	для обработки кожных покровов и дренажных систем	A
11	Этанол	раствор 70%;	для обработки операционного поля, рук хирурга	наружно	По мере необходимости	для обработки кожных покровов	A
12	Перекись водорода	1–3% раствор	По мере необходимости	наружно местно	По показаниям	окислитель для обработки ран	A

14.4. Другие виды лечения

14.4.1 Другие виды, оказываемые на амбулаторном уровне:

- лечебная гимнастика мышц тазового дна постоянно.

14.4.2 Другие виды, оказываемые на стационарном уровне:

- гипербарическая оксигенация.

14.5. Профилактические мероприятия:

Для профилактики ректального пролапса необходимо избегать следующих значимых факторов:

- **тяжёлый физический труд** - выпадение чаще возникает в группе женщин, занимающихся тяжёлым физическим трудом [11];
- **дисфункции кишечника** (особенно запоры) [4];
- **неврологические нарушения, изменения конфигурации позвоночника** (повреждение конского хвоста, травма спинного мозга, старческие изменения) [25];
- **хронические обструктивные заболевания лёгких**, сопровождающиеся длительными периодами кашля [26];
- **гинекологические факторы** (осложнённое течение родов, гистерэктомия) [24-26].

14.6. Дальнейшее ведение:

Динамическое наблюдение у врача-проктолога.

15. Индикаторы эффективности лечения.

Нормализация функции запирательного аппарата прямой кишки.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Абдуллаев Марат Шадыбаевич – доктор медицинских наук, профессор, ГКП на ПХВ «Центральная городская клиническая больница» Управления здравоохранения города Алматы, директор, главный внештатный колопроктолог МЗСР РК.
- 2) Каленбаев Марат Алибекович – кандидат медицинских наук, ГКП на ПХВ «Центральная городская клиническая больница» Управления здравоохранения города Алматы, заведующий отделением колопроктологии и ОХИ.
- 3) Енкебаев Марат Кобеиулы – кандидат медицинских наук, ГКП на ПХВ «Центральная городская клиническая больница» Управления здравоохранения города Алматы, врач отделения колопроктологии и ОХИ.
- 4) Сатбаева Эльмира Маратовна – кандидат медицинских наук, РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова» заведующий кафедрой клинической фармакологии.

17. Конфликт интересов: отсутствует.

18. Рецензенты: Шакеев Кайрат Танабаевич – доктор медицинских наук, заместитель главного врача Больницы Медицинского Управления Делами Президента РК город Астана.

19. Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие и/или при наличии новых методов с высоким уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

1. Аведисов С.С. Выпадение прямой кишки. Москва: "Медгиз", 1963, стр. 1-216.
2. Аминев А.М. Руководство по проктологии. Vol. 2. Куйбышев: "Кн. изд.", 1971.

3. Рыжих А.Н., Вишневский А.А. Атлас операций на прямой и толстой кишках. Москва: "Медучебпособие", 1960, 283.
4. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. Москва: "Медицина", 1984, 384.
5. Абдуллаев М.Ш., Казыбаев Н.К., Хорошаш Г.Н., Аманбаев С.С., Петренко О.Л. Случай внутренней инвагинации сигмовидной кишки в прямую с ущемлением// Вестник хирургии Казахстана, г.Алматы, №1, 2010г. стр – 7-8.
6. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. Москва: "МИА", 2006, 432.
7. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Орлова Л.П., Титов А.Ю., Капуллер Л.Л, Подмаренкова Л.Ф., Зароднюк И.В., Кабанова И.Н., Лангнер А.В. Клиника, диагностика и лечение больных с выпадением прямой кишки. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1996. Т.6: 78-82.
8. Broden B., Snellman B. Procidentia of the rectum studied with cineradiography: a contribution to the discussion of causativemechanism. Dis Colon Rectum. 1968. 11: 330–347.
9. Kuijpers H.C. Treatment of complete rectal prolapse: to narrow, to wrap, to suspend, to fix, to encircle, to plicate or to resect? World J Surg. 1992. 16(5): 826-30.
10. Nicholls R.J. Rectal prolapse and the solitary ulcer syndrome. Ann Ital Chir. 1994. 65(2): 157-62.
11. Soares F.A., Regadas F.S., Murad-Regadas S.M., Rodrigues L.V., Silva F.R., Escalante R.D., Bezerra R.F. Role of age, bowel function and parity on anorectocele pathogenesis according to cinedefecography and anal manometry evaluation. Colorectal Dis. 2009. 11(9): 947-50.
12. Tou S., Brown S.R., Malik A.I., Nelson R.L. Surgery for complete rectal prolapse in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2008(4): CD001758.
13. Мусин А.И., Благодарный Л.А., Фролов С.А. Выпадение прямой кишки. Современное состояние проблемы (обзор литературы). Колопроктология. 2011. 3: 41-47.
14. Gourgiotis S., Baratsis S. Rectal prolapse. Int J Colorectal Dis. 2007. 22(3): 231-43.
15. Kairaluoma M.V., Kellokumpu I.H. Epidemiologic aspects of complete rectal prolapse. Scand J Surg. 2005. 94(3): 207-10.
16. Madiba T.E., Baig M.K., Wexner S.D. Surgical management of rectal prolapse. Arch Surg. 2005. 140(1): 63-73.
17. Marceau C., Parc Y., Debroux E., Tiret E., Parc R. Complete rectal prolapse in young patients: psychiatric disease a risk factor of poor outcome. Colorectal Dis. 2005. 7(4): 360-5.
18. Nygaard I., Shaw J., Egger M.J. Exploring the association between lifetime physical activity and pelvic floor disorders: study and design challenges. Contemp Clin Trials. 2012. 33(4): 819-27.
19. Corman M.L. Colon and Rectal Surgery. 2004.
20. Pemberton J.H., Swash M., Henry M.M. The Pelvic Floor: Its function and disorders.: Harcourt Publisher Limited and Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2002, p. 265-285.
21. Roig J.V., Buch E., Alos R., Solana A., Fernandez C., Villoslada C., Garcia-Armengol J., Hinojosa J. Anorectal function in patients with complete rectal prolapse. Differences between continent and incontinent individuals. Rev Esp Enferm Dig. 1998. 90(11): 794-805.

22. Felt-Bersma R.J., Luth W.J., Janssen J.J., Meuwissen S.G. Defecography in patients with anorectal disorders. Which findings are clinically relevant? *Dis Colon Rectum.* 1990. 33(4): 277-84.
23. Collinson R., Cunningham C., D'Costa H., Lindsey I. Rectal intussusception and unexplained faecal incontinence: findings of a proctographic study. *Colorectal Dis.* 2009. 11(1): 77-83.
24. Senagore A.J. Management of rectal prolapse: the role of laparoscopic approaches. *Semin Laparosc Surg.* 2003. 10(4): 197-202.
25. Glasgow S.C., Birnbaum E.H., Kodner I.J., Fleshman J.W., Dietz D.W. Preoperative anal manometry predicts continence after perineal proctectomy for rectal prolapse. *Dis Colon Rectum.* 2006. 49(7): 1052-8.
26. Шелыгин Ю.А., Титов А.Ю., Шехтер А.Б., Фролов С.А., Мудров А.А., Тишенина Р.С., Бирюков О.М., Джанаев Ю.А., Шахматов Д.Г., Гуллер А.Е. Характер гормонального и морфологического статуса у женщин с синдромом опущения промежности. *Колопроктология.* 2011. 3: 3-13.