

**Общероссийская общественная организация
«Ассоциация колопроктологов России»**

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ
РЕКТОВАГИНАЛЬНЫМИ СВИЦАМИ**

2013 г

Настоящие рекомендации разработаны экспертной комиссией Общероссийской Общественной Организации «Ассоциация колопроктологов России» в составе:

1	Шелыгин Юрий Анатольевич	Москва
2	Благодарный Леонид Алексеевич	Москва
3	Васильев Сергей Васильевич	Санкт-Петербург
4	Григорьев Евгений Георгиевич	Иркутск
5	Дудка Виктор Васильевич	Санкт-Петербург
6	Жуков Борис Николаевич	Самара
7	Карпухин Олег Юрьевич	Казань
8	Костарев Иван Васильевич	Москва
9	Кузьминов Александр Михайлович	Москва
10	Куликовский Владимир Федерович	Белгород
11	Лахин Александр Владимирович	Липецк
12	Муравьев Александр Васильевич	Ставрополь
13	Плотников Валерий Васильевич	Курган
14	Половинкин Вадим Владимирович	Краснодар
15	Соловьев Олег Ленианович	Волгоград
16	Стойко Юрий Михайлович	Москва
17	Тимербулатов Виль Мамилович	Уфа
18	Титов Александр Юрьевич	Москва
19	Фролов Сергей Алексеевич	Москва
20	Чибисов Геннадий Мванович	Калуга
21	Эфрон Александр Григорьевич	Смоленск
22	Яновой Валерий Владимирович	Благовещенск

ОГЛАВЛЕНИЕ

СОКРАЩЕНИЯ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
1.1 ВАЛИДИЗАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ.....	6
2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ	6
2.1 ОПРЕДЕЛЕНИЕ.....	6
2.2 КОД ПО МКБ.....	6
2.3 ПРОФИЛАКТИКА.....	6
2.4 СКРИНИНГ.....	7
2.5 КЛАССИФИКАЦИЯ.....	7
2.6 ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА.....	7
3. ДИАГНОСТИКА РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ	7
3.1 КЛИНИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ.....	7
3.2 УСТАНОВЛЕНИЕ ДИАГНОЗА.....	7
3.3 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.....	9
4. ЛЕЧЕНИЕ	9
4.1 КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.....	9
4.2 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.....	9
4.2.1 Хирургическое лечение низких ректовагинальных свищей.....	10
4.2.2 Хирургическое лечение высоких ректовагинальных свищей.....	10
4.2.3 Роль кишечной стомы в лечении ректовагинальных свищей.....	11
5. ЧЕГО НЕЛЬЗЯ ДЕЛАТЬ	11
6. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ	11
7. ПРОГНОЗ	11
ЛИТЕРАТУРА	12

СОКРАЩЕНИЯ:

АСМОК - Ассоциация профессиональных медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования;

БК – болезнь Крона;

ВЗК – воспалительные заболевания кишечника;

ДИ – доверительный интервал;

ЗАПК - запирающий аппарат прямой кишки;

РВС – ректовагинальный свищ;

РКИ – рандомизированное контролируемое испытание;

НАС – недостаточность анального сфинктера;

СР – степень рекомендаций;

УД – уровень доказательности;

ЯК – язвенный колит

ВВЕДЕНИЕ

По данным литературы, число ректовагинальных свищей не превышает 5 процентов от всех свищей прямой кишки (УД 5, CP D [1, 8, 10, 11]). Однако, учитывая полиэтилогичность заболевания, количество больных с ректовагинальными свищами значительно выше. Истинные показатели частоты заболевания неизвестны, так как эти пациентки по-прежнему остаются «многопрофильными» и получают помощь в гинекологических, проктологических, общехирургических стационарах либо не лечатся вообще.

По имеющимся в настоящее время данным, известно, что 88 % ректовагинальных свищей возникают после акушерской травмы, при этом травма промежности с последующим формированием свища отмечается в 0,1% родов через естественные родовые пути (УД 5, CP D [8, 16]). Кроме того, РВС являются перианальным осложнением у пациентов с ВЗК в 0,2-2,1 % наблюдений (УД 5, CP D [11, 19, 66, 67]). Частота формирования РВС после различных низких резекций прямой кишки превышает 10% (УД 5, CP D [2, 8, 16-19, 29, 30-35]). В последние годы количество послеоперационных РВС значительно возросло за счет использования различных степлеров при хирургическом лечении геморроя и применении синтетических имплантов при хирургической коррекции тазового пролапса (УД 5, CP D [21-26, 36-40, 41-46, 49, 51-55]). Частота формирования РВС после такого хирургического лечения отмечается в 0,15% случаев [55].

Если вопрос о частоте заболевания может считаться открытым и дискуссионным, то трудности его хирургического лечения общепризнанны. Красноречивым доказательством сказанного служит, то, что для ликвидации находящегося в видимой легкой доступности свища и при кажущейся технической простоте самого вмешательства предложено более 100 методов различных операций. Несмотря на это, результаты лечения остаются неудовлетворительными, рецидив заболевания отмечается в 20 - 70 % случаев.

Рекомендации по диагностике и лечению пациенток с ректовагинальными свищами служат руководством для практических врачей, осуществляющих ведение и лечение таких больных и подлежат регулярному пересмотру в соответствии с новыми данными научных исследований в этой области.

Рекомендации включают в себя следующие разделы: определение заболевания, классификация по МКБ – 10, профилактику, диагностику, консервативное и оперативное лечение, правила ведения периоперационного периода, а так же прогноз у оперированных больных.

Рекомендации подлежат регулярному пересмотру в соответствии с новыми данными научных исследований в этой области. Данные рекомендации составлены на основании данных литературы из базы данных PubMed, MEDLINE, CochraneCollaboration, the Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeon, Oxford Center for Evidence-based Medicine — Levels of Evidence.

Рекомендации сопровождаются пояснениями об уровне доказательности отдельных положений согласно рекомендациям Оксфордского центра доказательной медицины – таблица № 1 [13, 14]. В зависимости от достоверности приводимых данных рекомендации разделены на степени: А, В, С, D.

Таблица 1. Уровни доказательности и степени рекомендаций на основании классификации Оксфордского центра доказательной медицины

Уровень	Исследования методов диагностики	Исследования методов лечения
1a	Систематический обзор гомогенных диагностических исследований 1 уровня	Систематический обзор гомогенных РКИ
1b	Валидизирующее когортное исследование с качественным «золотым» стандартом	Отдельное РКИ (с узким ДИ)
1c	Специфичность или чувствительность столь высоки, что положительный или отрицательный результат позволяет исключить/установить диагноз	Исследование «Все или ничего»
2a	Систематический обзор гомогенных диагностических исследований >2 уровня	Систематический обзор (гомогенных) когортных исследований
2b	Разведочное когортное исследование с качественным «золотым» стандартом	Отдельное когортное исследование (включая РКИ низкого качества; т.е. с <80% пациентов, прошедших контрольное наблюдение)
2c	Нет	Исследование «исходов»; экологические

		исследования
3а	Систематический обзор гомогенных исследований уровня 3b и выше	Систематический обзор гомогенных исследований «случай-контроль»
3b	Исследование с непоследовательным набором или без проведения исследования «золотого» стандарта у всех испытуемых	Отдельное исследование «случай-контроль»
4	Исследование случай-контроль или исследование с некачественным или зависимым «золотым» стандартом	Серия случаев (и когортные исследования или исследования «случай-контроль» низкого качества)
5	Мнение экспертов без тщательной критической оценки или основанное на физиологии, лабораторные исследования на животных или разработка «первых принципов»	Мнение экспертов без тщательной критической оценки, лабораторные исследования на животных или разработка «первых принципов»
Степень рекомендации		
A	Согласующиеся между собой исследования 1 уровня	
B	Согласующиеся между собой исследования 2 или 3 уровня или экстраполяция на основе исследований 1 уровня	
C	Исследования 4 уровня или экстраполяция на основе уровня 2 или 3	
D	Доказательства 4 уровня или затруднительные для обобщения или некачественные исследования любого уровня	

1.1 ВАЛИДИЗАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Настоящие рекомендации составлены общероссийской общественной организацией «Ассоциация колопроктологов России», в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания. Получены комментарии со стороны врачей амбулаторного звена. Полученные комментарии тщательно систематизировались и обсуждались на совещаниях экспертной группы.

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии на заседании Профильной комиссии «Колопроктология» Экспертного Совета Минздрава России 13 сентября 2013 г. Проект рекомендаций был повторно рецензирован независимыми экспертами и врачами амбулаторного звена. Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами экспертной группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

2.1 ОПРЕДЕЛЕНИЕ Ректо-вагинальный свищ – патологическое соустье между прямой кишкой и влагалищем.

2.2 КОД ПО МКБ

Класс - Болезни мочеполовой системы (XIV). Блок – Невоспалительные болезни женских половых органов (N82). Код – N82.3. Название - Свищ влагалищно-толстокишечный.

2.3 ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика формирования РВС заключается в следующем (УД 5, СР D [1, 2, 8, 10]):

1. Улучшение качества акушерских пособий, сокращение послеродовых осложнений. При возникающих акушерских осложнениях показано правильное и своевременное их лечение (ушивание разрывов) и адекватное послеродовое и послеоперационное ведение.
2. Улучшение качества хирургической помощи больным с заболеваниями анального канала и дистальной части прямой кишки.
 - правильный выбор оперативного лечения;
 - правильная техника выполнения данных вмешательств.
3. Улучшение качества периоперационного ведения пациентов.
4. Своевременное выявление и правильное ведение пациентов с ВЗК.

5. Правильный подбор дозы лучевой терапии.

2.4 СКРИНИНГ

Специализированный скрининг на наличие ректовагинального свища не показан.

2.5 КЛАССИФИКАЦИЯ

По этиологическому фактору [1, 8, 10]:

I. Посттравматические:

1. Послеродовые [8, 17, 20-26].

2. Послеоперационные:

а) Низкие резекции прямой кишки (с аппаратными анастомозами и без межкишечных соустьев) [2, 8, 10, 29-35];

б) Операции по поводу геморроя (степлерные резекции и др.) [36-40];

в) Операции по поводу тазового пролапса (STARR и др.) [41-46, 49, 51-55];

г) Дренирование абсцессов малого таза [8, 27, 10];

3. Ранения инородными предметами и половые девиации [8].

II. Перианальные проявления ВЗК (БК, ЯК) [8, 10, 11, 65-69].

III. Воспалительные (парапроктиты, бартолиниты...) [8, 10, 27, 28].

IV. Опухолевая инвазия [2, 8, 10].

V. Постлучевые [56, 57, 58, 59].

VI. Ишемические (локальная ишемия, вызванная применением ректальных суппозиториев с сосудосуживающими препаратами, НПВС и др.) [8].

По уровню расположения свищевого отверстия в кишке [2, 8, 10]:

I. Высокий (свищевое отверстие располагается выше зубчатой линии в прямой кишке).

II. Низкий (свищевое отверстие располагается в анальном канале до и на уровне зубчатой линии).

2.6 ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА

При формулировании диагноза следует отразить этиологию заболевания, уровень расположения свищевого отверстия в кишке (указывается только при высоком расположении свищевого отверстия, при низком свище указывается отношение свищевого хода к анальному сфинктеру), а также наличие или отсутствие полостей затеков по ходу свища и их локализацию. Если свищ является проявлением осложнений ВЗК, то в начале полностью формулируется диагноз основного заболевания. Ниже приведены примеры формулировок диагноза:

1. «Послеродовый ректовагинальный свищ высокого уровня».

2. «Транссфинктерный ректовагинальный свищ с подкожным затеком».

3. «Болезнь Крона в форме колита с поражением восходящей, сигмовидной и прямой кишки, хроническое непрерывное течение, тяжелая форма. Перианальные проявления в виде ректовагинального свища высокого уровня. Гормональная зависимость».

3. ДИАГНОСТИКА РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

3.1 КЛИНИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

К основным клиническим симптомам ректовагинального свища относятся выделение кишечных компонентов через влагалище, при низких свищах возможно наличие наружного свищевого отверстия на коже промежности либо в преддверии влагалища, дискомфорт, боли в области заднего прохода. При наличии обострения гнойно-воспалительного процесса в параректальной клетчатке (учитывая анатомическое строение ректовагинальной перегородки отмечается крайне редко (УД 5, СР D [1, 8, 10,])) возможно появление общих воспалительных симптомов, таких как повышение температуры тела, лихорадка.

При любых ректовагинальных свищах обследование больного необходимо дополнять проктографией, эндоректальной ультрасонографией, для определения уровня локализации свищевого отверстия в прямой кишке, оценки расположения гнойных полостей.

3.2 УСТАНОВЛЕНИЕ ДИАГНОЗА

Диагноз выставляется на основании сочетания данных анамнеза, клинической картины и типичных изменений, выявляемых при ультразвуковом и/или рентгенологическом исследованиях (УД 5, СР D [1, 8, 10, 18, 19]). Для этого врачу необходимо провести:

Обязательные методы исследования при наличии ректовагинального свища

Клинические методы

Сбор анамнеза.

Выявляются этиологические факторы возникновения заболевания: роды и особенности их течения; наличие в анамнезе оперативных вмешательств на органах малого таза; проведение лучевой терапии; оценивается кишечная симптоматика (УД 5, СР D [1,2,8-10]).

Осмотр больного.

Проводят на гинекологическом кресле в положении как для литотомии. При этом оценивают расположение и сомкнутость заднепроходного отверстия, наличие рубцовой деформации промежности и заднего прохода, состояние кожных покровов перианальной, крестцово-копчиковой области и ягодич. Оценивается состояние наружных женских половых органов. При пальпации определяют наличие рубцового и воспалительного процесса области промежности, наличие гнойных затеков, состояние подкожной порции наружного сфинктера (УД 5, СР D [1, 2, 8-10]).

Вагинальное исследование.

Определяется наличие, уровень расположения свищевого отверстия во влагалище, наличие и выраженность рубцового процесса во влагалище, наличие гнойных затеков в полости таза (УД 5, СР D [1, 2, 8, 10]).

Оценка анального рефлекса.

Используется для изучения сократительной способности мышц сфинктера. Нормальный рефлекс - при штриховом раздражении перианальной кожи происходит полноценное сокращение наружного сфинктера; повышенный — когда одновременно со сфинктером происходит сокращение мышц промежности; ослабленный — реакция наружного сфинктера малозаметна (УД 5, СР D [1, 10]).

Пальцевое исследование прямой кишки.

Определяется наличие, уровень расположения свищевого отверстия в кишке. Определяется наличие и протяженность рубцового процесса в области свищевого отверстия и в ректовагинальной перегородке. Выявляются гнойные затеки в полости таза. Оценивается состояние анального сфинктера, сохранность и состояние мышц тазового дна. Определяются также анатомические соотношения мышечных и костных структур тазового кольца. Во время исследования оцениваются тонус и волевые усилия сфинктера заднего прохода, характер его сокращений, наличие зияния заднего прохода после извлечения пальца (УД 5, СР D [1, 2, 8, 10]).

Бимануальное исследование.

Оценивается состояние ректовагинальной перегородки, подвижность передней стенки прямой кишки и задней стенки влагалища относительно друг друга. Определяется наличие и выраженность гнойных затеков и рубцового процесса в ректовагинальной перегородке и полости таза. Определяется характер свищевого хода: трубчатый либо губчатый (УД 5, СР D [1, 2, 8, 10]).

Зондирование свищевого хода.

Определяют характер свищевого хода, его протяженность, отношение свищевого хода к анальному сфинктеру (УД 5, СР D [1, 2, 8, 10]).

Проба с красителем (выполняется только при наличии наружного свищевого отверстия).

Выявляют сообщение наружного свищевого отверстия с просветом прямой кишки, прокрашивают дополнительные свищевые ходы и полости (УД 5, СР D [1, 2, 8, 10]).

Инструментальные методы

Аноскопия.

Осматривают зону аноректальной линии, нижнеампулярный отдел прямой кишки, оценивают состояние стенок анального канала, визуализируют свищевое отверстие (УД 5, СР D [1, 2, 8, 10]).

Ректороманоскопия.

Осматривают слизистую оболочку прямой и дистального отдела сигмовидной кишки. Оценивают характер сосудистого рисунка, наличие воспалительных изменений в дистальном отделе толстой кишки. Визуализируют зону свищевого отверстия (УД 5, СР D [1, 2, 8, 10]).

Кольпоскопия.

Оценивается состояние стенок влагалища, шейки матки. Визуализируют зону свищевого отверстия (УД 5, СР D [1, 2, 8, 10]).

Колоноскопия.

Оценивается состояние слизистой толстой кишки, наличие ВЗК, новообразований и т.п. (УД 5, СР D [1,2,8,10]).

Рентгенологические методы

Проктография; ирригоскопия.

Выявляется уровень выхода контраста из прямой кишки во влагалище, протяженность свищевого хода при его трубчатом характере, наличие и распространенность гнойных затеков. Также определяется рельеф слизистой оболочки прямой кишки, величина ректоанального угла, состояние тазового дна, наличие суженных и расширенных участков, каловых камней, аномальное расположение отделов толстой кишки и т.д. (УД 5, СР D [1, 2, 8, 10]).

Микробиологические исследования

Исследование кишечной и влагалищной микрофлоры.

У пациенток с ректовагинальным свищом производится исследование степени чистоты влагалища. (УД 5, CP D [1, 8, 10]).

Функциональные исследования состояния запирающего аппарата прямой кишки

Профилометрия – метод оценки давления в просвете полого органа при протягивании измерительного катетера. Аноректальная профилометрия обеспечивает регистрацию давления в разных плоскостях по всей длине анального канала. С помощью компьютерной программы строится график распределения величин давления и проводится подсчет максимальных, средних величин давления, а также коэффициента асимметрии. Программа обработки предусматривает анализ данных давления на любом уровне поперечного сечения анального канала (УД 5, CP D [1, 10]).

Ано-ректальная манометрия является простым, неинвазивным способом измерения тонуса внутреннего и наружного анального сфинктера и длины зоны высокого давления в анальном канале, что доказано несколькими крупными исследованиями (УД 3а, CP B [9, 76, 91, 92, 93]).

Электромиография наружного сфинктера и мышц тазового дна (ЭМГ) – метод, позволяющий оценить жизнеспособность и функциональную активность мышечных волокон и определить состояние периферических нервных путей иннервирующих мышцы ЗАПК. Результат исследования играет важную роль в прогнозировании эффекта от пластических операций (УД 5, CP D [1, 10]).

Эндоректальное ультразвуковое исследование

Ультразвуковое исследование позволяет определить характер свищевого хода, его протяженность, отношение к анальному сфинктеру, наличие и характер гнойных затеков. Также выявляются локальные изменения в мышечных структурах ЗАПК, наличие и протяженность его дефектов, состояние мышц тазового дна. Также доказана несомненная эффективность трансанального ультразвукового исследования в определении дефектов внутреннего и наружного сфинктера (УД 2а, CP B [62, 63]). Следует отметить, что при свищах прямой кишки информативность ультразвуковой диагностики не уступает магнитно-резонансной томографии (УД 2а, CP B [5, 28, 61]).

Магнитно-резонансная томография малого таза

Наряду с эндоректальным ультразвуковым исследованием является методом выбора для оценки расположения свищевого хода по отношению к анальному сфинктеру, уточнения локализации свищевого отверстия во влагалище и кишке, диагностике гнойных затеков, выявления дополнительных свищевых ходов (УД 1а, CP A [90, 91, 91]).

3.3 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ¹

Учитывая характерную клиническую картину, дифференциальный диагноз следует проводить лишь со свищами между другими отделами ЖКТ и женскими половыми органами (коловагинальные свищи, энтеровагинальные свищи). Наиболее важным является выявление этиологической причины формирования ректовагинального свища.

4. ЛЕЧЕНИЕ²

4.1 КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В единичных исследованиях описаны случаи закрытия ректовагинального свища на фоне: ограничения пассажа кала в зоне свищевого отверстия (высокие клизмы, диета); санации прямой кишки и влагалища; воздействия на выстилку свищевого хода физическими (выскабливание), химическими (щелочные растворы), биологическими (ферментативные препараты) методами; применения аутогемотерапии в зоне свища и т.п. Исследования проведены на крайне малых группах пациенток, отдаленные результаты не описаны (УД 5, CP D [2, 3, 4, 8]).

При свищах, являющихся следствием ВЗК пациенткам показано специфическое противовоспалительное лечение (УД 2а, CP B [65-69, 80]).

4.2 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Показания: наличие ректовагинального свища является показанием к хирургическому лечению

Выбор метода хирургического лечения ректовагинального свища зависит от уровня расположения

¹ В рекомендациях не рассмотрены принципы диагностики и лечения коловагинальных свищей, наиболее частой причиной которых является осложненное течение дивертикулярной болезни [18].

² В рекомендациях не рассмотрены вопросы лечения ректовагинальных свищей, являющихся следствием опухолевой инвазии, специфических инфекций (туберкулез, актиномикоз и т.п.).

свищевого хода в кишке, сложности свища (характер свищевого хода, наличие гнойных затеков), взаимоотношения свищевого хода и анального сфинктера, состояния запирающего аппарата прямой кишки (наличие дефектов сфинктера по передней окружности). Условно можно выделить методы, применяющиеся при лечении низких ректовагинальных свищей, и способы для ликвидации высоких ректовагинальных соустьев (УД 3b, CP C [2, 8, 10, 64, 73]).

4.2.1 Хирургическое лечение низких ректовагинальных свищей

1. Иссечение свища в просвет кишки.(УД 3b, CP C) [8, 10, 64, 70]).

Показания: Выполняется больным при интрасфинктерных и трансфинктерных свищах (подкожная порция анального сфинктера).

Методика: Выполняется иссечение свища в просвет кишки.

Излечение больных описано в 70-96,6% наблюдений.

2. Иссечение свища. Сфинктеропластика (УД 2b, CP B [8, 10, 23-26, 64, 70, 71, 75, 87]).

Показания: Выполняется больным при высоких трансфинктерных и экстрасфинктерных свищах при расположении свищевого отверстия в кишке ниже или на уровне зубчатой линии, при наличии дефекта сфинктера по передней полуокружности.

Методика: Выполняется иссечение свища в просвет кишки. Выделяются и мобилизуются концы сфинктера и без натяжения, ушиваются конец в конец. Хорошие результаты лечения возможны только при адекватной мобилизации обоих концов сфинктера.

Излечение больных описано в 41-100% наблюдений.

3. Сегментарная проктопластика (низведение слизисто-мышечного лоскута) (УД 3b, CP C [8, 10, 28, 19, 24, 50, 68, 70, 71]).

Показания: Выполняется больным при экстрасфинктерных свищах с расположением свищевого отверстия в кишке на уровне зубчатой линии или несколько выше (в пределах границ хирургического анального канала).

Методика: Выполняется иссечение свища до свищевого отверстия в кишке. Мобилизуется и низводится слизисто-мышечный лоскут с его фиксацией в анальном канале.

Излечение больных описано в 50-70% наблюдений.

4.2.2 Хирургическое лечение высоких ректовагинальных свищей.

1. Операция Мартиуса (транспозиция луковично-пещеристой мышцы в ректовагинальную перегородку между ушитыми дефектами прямой кишки и влагалища. Вариантами операции являются: перемещение фрагмента жировой ткани на сосудистой ножке из области большой половой губы либо паховой складки) (УД 3b, CP C [8, 76, 77]).

Показания: Высокие ректовагинальные свищи, рецидивные ректовагинальные свищи, ректовагинальные свищи при БК.

Методика: расщепляется ректовагинальная перегородка, иссекаются свищевые отверстия в кишке и влагалище. Дефекты стенок влагалища и прямой кишки ушиваются. Выделяется луковично-пещеристая мышца на сосудистой ножке (фрагмент жировой ткани на сосудистой ножке из области большой половой губы либо паховой складки), осуществляется ее транспозиция в ректовагинальную перегородку.

Излечение больных описано в 50-94% наблюдений.

2. Транспозиция нежной мышцы бедра в ректовагинальную перегородку между ушитыми дефектами прямой кишки и влагалища (УД 3b, CP C [8, 78, 79, 88]).

Показания: Высокие ректовагинальные свищи, рецидивные ректовагинальные свищи, ректовагинальные свищи при БК.

Методика: расщепляется ректовагинальная перегородка, иссекаются свищевые отверстия в кишке и влагалище. Дефекты стенок влагалища и прямой кишки ушиваются. Выделяется нежная мышца бедра на сосудистой ножке, осуществляется ее транспозиция в ректовагинальную перегородку.

Излечение больных описано в 50-92% наблюдений.

3. Ушивание дефекта либо резекция сегмента кишки, несущего свищевое отверстие абдоминальным (лапароскопическим) либо комбинированным доступом (УД 3b CP C) [1, 2, 8, 10, 72, 73, 82, 83, 84]).

Показания: Высокие (средне- и вернеампулярный отдел прямой кишки) ректовагинальные свищи, часто рецидивирующие высокие ректовагинальные свищи, ректовагинальные свищи при БК с высоким уровнем поражения и распространенным гнойным процессом.

Методика: абдоминальным (лапароскопическим) либо комбинированным доступом мобилизуется прямая кишка (объем мобилизации проксимальных отделов толстой кишки определяется после интраоперационной ревизии) и задняя стенка влагалища дистальнее свища. Выполняется

иссечение свища и патологически измененных тканей в области свищевых отверстий. Выполняется раздельное ушивание дефектов стенки влагалища и прямой кишки. При выраженных проявлениях гнойно-воспалительного процесса, больших размерах дефекта стенки кишки, выраженных рубцовых изменениях с деформацией стенки кишки выполняется резекция сегмента прямой кишки, несущего свищевое отверстие. Формируется ректоректальный (колоректальный) либо ректоанальный (колоанальный) анастомоз.

Излечение больных описано в 75-100% наблюдений.

4. Ликвидация свища расщепленным влагалищно-прямокишечным лоскутом (УД 5, СР D)³.

Показания: Высокие ректовагинальные свищи любой этиологии.

Методика: свищ иссекается в пределах здоровых тканей. Затем производится расщепление ректовагинальной перегородки и мобилизация задней стенки влагалища и передней стенки прямой кишки в проксимальном направлении от раны. Затем формируется «ложе» для фиксации низведенного расщепленного лоскута во влагалище и прямой кишке. Расщепленная ректовагинальная перегородка низводится в виде «рукава» и фиксируется к анальному сфинктеру, в прямой кишке и влагалище.

Предварительные результаты: излечение больных отмечено в 92% наблюдений.

4.2.3 Роль кишечной стомы в лечении ректовагинальных свищей.

Вопрос о формировании стомы должен решаться строго индивидуально в каждом конкретном случае. При высоких и сложных ректовагинальных свищах, независимо от этиологии, формирование превентивной кишечной стомы позволяет существенно снизить риск развития послеоперационных осложнений, улучшить результаты лечения (УД 3b, СР С [1, 2, 8, 10, 89]).

5. ЧЕГО НЕЛЬЗЯ ДЕЛАТЬ

- Недопустимо выполнение оперативных вмешательств без тщательного объективного обследования пациентки (УД 4, СР D [1, 8, 10]).
- Недопустимо выполнение операций у пациенток с ВЗК без назначения специфической терапии (УД 4, СР D [1, 8, 10]).
- Недопустимо выполнение пластических операций на фоне выраженного гнойно-воспалительного процесса (УД 4, СР D [1, 8, 10]).
- Недопустимо выполнение операций по поводу высоких и сложных свищей без отключения пассажа кишечного содержимого в зоне операции (УД 4, СР D [1, 8, 10]).
- Недопустимо проведение пластических операций вне специализированных центров хирургами с недостаточным опытом (УД 4, СР D [1, 8, 10]).

6. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ

- В послеоперационном периоде пациентам, перенесшим операцию по поводу ректовагинального свища, требуется регулярное выполнение перевязок, заключающихся в санации влагалища и зоны послеоперационной раны растворами антисептиков 2-3 раза в день (водный раствор хлоргексидина, водный раствор йодповидона, мирамистин). Швы с послеоперационной раны снимаются на 12-14 день после операции (УД 4, СР D [1, 8, 10]).
- До настоящего времени нет определенных данных о необходимости применения антибактериальных препаратов в послеоперационном периоде (УД 4, СР D [1, 8, 10]). Проведение антибактериальной терапии целесообразно после пластических операций, а также при наличии выраженного воспалительного процесса в окружающих тканях с целью ускорения его купирования.
- Ограничение физических нагрузок, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления, в течение 2-4 недель целесообразно после пластических операций по поводу ректовагинального свища (УД 4, СР D [1, 8, 10]).
- Необходимость смягчения стула с помощью диеты и приема слабительных препаратов показано после пластических операций по поводу свища прямой кишки.

7. ПРОГНОЗ

Операции по поводу ректовагинальных свищей требуют знания анатомии, физиологии и клинического опыта. Поэтому плановое лечение пациенток с ректовагинальными свищами следует проводить только в специализированных стационарах.

Основные осложнения после операции – это рецидив свища и недостаточность анального сфинктера. Причинами рецидива могут быть как ошибки в выборе метода операции, так и технические погрешности, а также дефекты в послеоперационном ведении больного.

³ Метод внедрен в ФГБУ «ГНЦК» Минздрава России в 2012 году.

Хирургическое лечение больных с ректовагинальными свищами в специализированных клиниках позволяет добиться излечения уже после первой операции в 70-100% случаев. Исключение составляют пациенты, страдающие БК, а также с постлучевыми свищами. Рецидив заболевания у этой категории пациенток после первого оперативного вмешательства отмечается в 50 % наблюдений (УД 3b CP C) [8,10,11,65,66,67,68,69]).

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии М., 2006. 432 с.
2. Доидца А.Н. Лечение больных с неполными внутренними, коло-вагинальными и колопромежностными свищами, после сфинктеросохраняющих операций на прямой кишке. Дисс. к.м.н. М., 1998. 122 с.
3. Кабулова Р.Х. Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения ректовагинальных свищей. Сб. вопросы акушерства, гинекологии и педиатрии. Ташкент 1975. стр. 104-105.
4. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Ищенко А.И. Этиология, диагностика и основные хирургические принципы лечения кишечно-генитальных свищей. Акушерство и гинекология, 1986. № 9. стр. 21-23.
5. Орлова Л.П. Узи-диагностика заболеваний толстой кишки в книге «практическое руководство по УЗИ диагностике» под редакцией В. В. Митькова М.: Видар-М, 2011. стр. 331-342.
6. Подмаренкова Л.Ф., Алиева Э. И., Полетов Н. Н., Фоменко О. Ю., Алешин Д. В. «Роль функциональных методов исследования запирающего аппарата прямой кишки в выявлении патогенетических механизмов анальной инконтиненции» Колопроктология.- 2006.- №2 (16), стр. 24-30.
7. Приказ Минздрав и соцразвития РФ от 28.07.2011 № 823н «Об утверждении классификации технических средств реабилитации (изделия) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, в целях определения размера компенсации за технические средства реабилитации (изделия), приобретенные инвалидами (ветеранами) за собственный счет, и (или) оплаченные за счет собственных средств услуги по их ремонту».
8. Проценко В.М. Хирургическое лечение толстокишечно-влагалищных свищей. Дисс. д.м.н. М., 1990. 267 с.
9. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология – М.: Медицина 1984. 384 с.
10. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. Москва. Издательство «Литтерра». 2012. 608 с.
11. Tsang CB., Rothenberger DA., Rectovaginal fistulas. Therapeutic options // Surg Clin North Am. 1997. 77(1), P. 95-114.
12. Schmiegel W., Reinacher-Schick A., Arnold D., Graeven U., Heinemann V., Porschen R., Riemann J., Rödel C., Sauer R., Wieser M., Schmitt W., Schmoll HJ., Seufferlein T., Kopp I., Pox C. S3-Leitlinie "Kolorektales Karzinom" - Aktualisierung 2008 [Update S3-guideline "colorectal cancer" 2008] // Z Gastroenterol, 2008. 46(8). P. 799-840.
13. Phillips B., Ball C., Sackett D., et al. Oxford Centre for Evidencebased medicine—levels of evidence. 2009. Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>.
14. Hoffmann JC., Fischer I., Höhne W., Zeitz M., Selbmann HK. Methodische Grundlagen für die Ableitung von Konsensusempfehlungen [Methodological basis for the development of consensus recommendations] // Z Gastroenterol, 2004. № 42(9). P. 984-986.
15. Ommer A., Herold A., Berg E., et al. S3-Leitlinie: Rektovaginale Fisteln (ohne M.Crohn) // Coloproctology, 2012. № 34. P. 211-246.
16. Homsí R., Daikoku NH., Littlejohn J., Wheelless CR Jr. Episiotomy: risks of dehiscence and rectovaginal fistula. // Obstet Gynecol Surv, 1994. № 49(12). P. 803-808.
17. Senatore PJ Jr. Anovaginal fistulae // Surg Clin North Am. 1994. № 74(6). P. 1361-1375.
18. Bahadursingh AM., Longo WE. Colovaginal fistulas. Etiology and management. J Reprod Med., 2003. № 48(7). P. 489-495.
19. Saclarides TJ. Rectovaginal fistula // Surg Clin North Am. 2002. № 82(6). P. 1261-1272.
20. Genadry RR., Creanga AA., Roenneburg ML., Wheelless CR. Complex obstetric fistulas // Int J Gynaecol Obstet. 2007. № 99. Suppl 1. P. 51-56.
21. Goldaber KG., Wendel PJ., McIntire DD., Wendel GD Jr. Postpartum perineal morbidity after fourth-degree perineal repair. Am J Obstet Gynecol, 1993. № 168(2). P. 489-493.

22. Brown HW., Wang L., Bunker CH., Lowder JL. Lower reproductive tract fistula repairs in inpatient US women, 1979-2006 // *Int Urogynecol J.* 2012. № 23(4). P. 403-410.
23. Delancey JO., Miller NF., Berger MB. Surgical approaches to postobstetrical perineal body defects (rectovaginal fistula and chronic third and fourth-degree lacerations) // *Clin Obstet Gynecol.* 2010. № 53(1). P. 134-144.
24. Khanduja KS., Padmanabhan A., Kerner BA., Wise WE., Aguilar PS. Reconstruction of rectovaginal fistula with sphincter disruption by combining rectal mucosal advancement flap and anal sphincteroplasty // *Dis Colon Rectum.* 1999. № 42(11). P. 1432-1437.
25. Khanduja KS., Yamashita HJ., Wise WE Jr., Aguilar PS., Hartmann RF. Delayed repair of obstetric injuries of the anorectum and vagina. A stratified surgical approach // *Dis Colon Rectum.* 1994. 37(4). P. 344-349.
26. McCall ML. Gynecological aspects of obstetrical delivery // *Can Med Assoc J.* 1963. 88. P. 177-181.
27. Zoulek E., Karp DR., Davila GW. Rectovaginal fistula as a complication to a Bartholin gland excision // *Obstet Gynecol.* 2011. № 118(2 Pt 2). P. 489-491.
28. Ommer A., Herold A., Berg E., Fürst A., Sailer M., Schiedeck T. Cryptoglandular anal fistulas // *Dtsch Arztebl Int.* 2011. № 108(42). P. 707-713.
29. Kosugi C., Saito N., Kimata Y., Ono M., Sugito M., Ito M., Sato K., Koda K., Miyazaki M. Rectovaginal fistulas after rectal cancer surgery: Incidence and operative repair by gluteal-fold flap repair // *Surgery.* 2005. № 137(3). P. 329-336.
30. Matthiessen P., Hansson L., Sjö Dahl R., Rutegård J. Anastomotic vaginal fistula (AVF) after anterior resection of the rectum for cancer--occurrence and risk factors // *Colorectal Dis.* 2010. № 12(4). P. 351-357.
31. Yodonawa S., Ogawa I., Yoshida S., Ito H., Kobayashi K., Kubokawa R. Rectovaginal Fistula after Low Anterior Resection for Rectal Cancer Using a Double Stapling Technique // *Case Rep Gastroenterol.* 2010. № 4(2). P. 224-228.
32. Shin US., Kim CW., Yu CS., Kim JC. Delayed anastomotic leakage following sphincter-preserving surgery for rectal cancer // *Int J Colorectal Dis.* 2010. № 25(7). P. 843-849.
33. Kim CW., Kim JH., Yu CS., Shin US., Park JS., Jung KY., Kim TW., Yoon SN., Lim SB., Kim JC. Complications after sphincter-saving resection in rectal cancer patients according to whether chemoradiotherapy is performed before or after surgery // *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2010. № 78(1). P. 156-163.
34. Gecim IE., Wolff BG., Pemberton JH., Devine RM., Dozois RR. Does technique of anastomosis play any role in developing late perianal abscess or fistula? // *Dis Colon Rectum.* 2000. № 43(9). P. 1241-1245.
35. Lolohea S., Lynch AC., Robertson GB., Frizelle FA. Ileal pouch-anal anastomosis-vaginal fistula: a review // *Dis Colon Rectum.* 2005. № 48(9). P. 1802-1810.
36. Angelone G., Giardiello C., Prota C. Stapled hemorrhoidopexy. Complications and 2-year follow-up // *Chir Ital.* 2006. № 58(6). P. 753-760.
37. Giordano P., Gravante G., Sorge R., Ovens L., Nastro P. Long-term outcomes of stapled hemorrhoidopexy vs conventional hemorrhoidectomy: a meta-analysis of randomized controlled trials // *Arch Surg.* 2009. № 144(3). P. 266-272.
38. Giordano P., Nastro P., Davies A., Gravante G. Prospective evaluation of stapled haemorrhoidopexy versus transanal haemorrhoidal dearterialisation for stage II and III haemorrhoids: three-year outcomes // *Tech Coloproctol.* 2011. № 15(1). P. 67-73.
39. Beattie GC., Loudon MA. Haemorrhoid surgery revised // *Lancet* 2000. 355(9215):1648.
40. Giordano A., della Corte M. Non-operative management of a rectovaginal fistula complicating stapled haemorrhoidectomy // *Int J Colorectal Dis.* 2008. № 23(7). P. 727-728.
41. Bassi R., Rademacher J., Savoia A. Rectovaginal fistula after STARR procedure complicated by haematoma of the posterior vaginal wall: report of a case // *Tech Coloproctol.* 2006. № 10(4). P. 361-363.
42. Naldini G. Serious unconventional complications of surgery with stapler for haemorrhoidal prolapse and obstructed defaecation because of rectocele and rectal intussusceptions // *Colorectal Dis.* 2011. № 13(3). P. 323-327.
43. Gagliardi G., Pescatori M., Altomare DF., Binda GA., Bottini C., Dodi G., Filingeri V., Milito G., Rinaldi M., Romano G., Spazzafumo L., Trompetto M. Results., Outcome predictors and

- complications after stapled transanal rectal resection for obstructed defecation // *Dis Colon Rectum*. 2008. № 51(2). P. 186-195.
44. Martellucci J., Talento P., Carriero A. Early complications after stapled transanal rectal resection performed using the Contour® Transtar™ device // *Colorectal Dis*. 2011. № 13(12). P. 1428-1431.
 45. Pescatori M., Dodi G., Salafia C., Zbar AP. Rectovaginal fistula after double-stapled transanal rectotomy (STARR) for obstructed defaecation // *Int J Colorectal Dis*. 2005. № 20(1). P. 83-85.
 46. Pescatori M., Zbar AP. Reinterventions after complicated or failed STARR procedure // *Int J Colorectal Dis*. 2009. № 24(1). P. 87-95.
 47. Mortensen C., Mackey P., Pullyblank A. Rectovaginal fistula: an unusual presentation // *Colorectal Dis*. 2010. № 12(7). P. 703-704.
 48. Krissi H., Levy T., Ben-Rafael Z., Levavi H. Fistula formation after large loop excision of the transformation zone in patients with cervical intraepithelial neoplasia // *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001. № 80(12). P. 1137-1138.
 49. Boccasanta P., Venturi M., Calabrò G., Trompetto M., Ganio E., Tessera G., Bottini C., Pulvirenti D'Urso A., Ayabaca S., Pescatori M. Which surgical approach for rectocele? A multicentric report from Italian coloproctologists // *Tech Coloproctol*. 2001. №5(3). P. 149-156.
 50. Zimmerman DD., Gosselink MP., Briel JW., Schouten WR. The outcome of transanal advancement flap repair of rectovaginal fistulas is not improved by an additional labial fat flap transposition // *Tech Coloproctol*. 2002. № 6(1). P. 37-42.
 51. Devaseelan P., Fogarty P. Review The role of synthetic mesh in the treatment of pelvic organ prolapsed // *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2009. № 11(3). P. 169-176.
 52. Huffaker RK., Shull BL., Thomas JS. A serious complication following placement of posterior Prolift // *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009. № 20(11). P. 1383-1385.
 53. Chen HW., Guess MK., Connell KA., Bercik RS. Ischiorectal abscess and ischiorectal-vaginal fistula as delayed complications of posterior intravaginal slingplasty: a case report // *J Reprod Med*. 2009. № 54(10). P.645-648.
 54. Hilger WS., Cornella JL. Rectovaginal fistula after Posterior Intravaginal Slingplasty and polypropylene mesh augmented rectocele repair // *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006. № 17(1). P. 89-92.
 55. Caquant F., Collinet P., Debodinance P., Berrocal J., Garbin O., Rosenthal C., Clave H., Villet R., Jacquetin B., Cosson M. Safety of Trans Vaginal Mesh procedure: retrospective study of 684 patients // *J Obstet Gynaecol Res*. 2008. № 34(4). P. 449-456.
 56. Anderson JR., Spence RA., Parks TG., Bond EB., Burrows BD. Rectovaginal fistulae following radiation treatment for cervical carcinoma // *Ulster Med J*. 1984. № 53(1). P. 84-87.
 57. Cooke SA., Wellsted MD. The radiation-damaged rectum: resection with coloanal anastomosis using the endoanal technique // *World J Surg*. 1986. № 10(2). P. 220-227.
 58. Narayanan P., Nobbenhuis M., Reynolds KM., Sahdev A., Reznick RH., Rockall AG. Fistulas in malignant gynecologic disease: etiology, imaging, and management // *Radiographics*. 2009. № 29(4). P. 1073-1083.
 59. Bricker EM., Johnston WD., Patwardhan RV. Repair of postirradiation damage to colorectum: a progress report // *Ann Surg*. 1981. № 193(5). P. 555-564.
 60. Kröpil F., Raffel A., Renter MA., Schauer M., Rehders A., Eisenberger CF., Knoefel WT. Individualisierte und differenzierte Therapie von rektovaginalen Fisteln [Individualised and differentiated treatment of rectovaginal fistula] // *Zentralbl Chir*. 2010. № 135(4). P. 307-311.
 61. Ommer A., Herold A., Berg E., et al. S3-Leitlinie Kryptoglanduläre Analfistel // *Coloproctology*. 2011. 33. P. 295-324.
 62. Stoker J., Rociu E., Wiersma TG., Laméris JS. Imaging of anorectal disease // *Br J Surg*. 2000. № 87(1). P. 10-27.
 63. Sudoł-Szopińska I., Jakubowski W., Szczepkowski M. Contrastenhanced endosonography for the diagnosis of anal and anovaginal fistulas // *J Clin Ultrasound*. 2002. № 30(3). P. 145-150.
 64. Russell TR., Gallagher DM. Low rectovaginal fistulas. Approach and treatment // *Am J Surg*. 1977. № 134(1). P.13-18.
 65. Penninckx F., Moneghini D., D'Hoore A., Wyndaele J., Coremans G., Rutgeerts P. Success and failure after repair of rectovaginal fistula in Crohn's disease: analysis of prognostic factors // *Colorectal Dis*. 2001. № 3(6). P. 406-411.

66. Andreani SM., Dang HH., Grondona P., Khan AZ., Edwards DP. Rectovaginal fistula in Crohn's disease // *Dis Colon Rectum*. 2007. № 50(12). P. 2215-2222.
67. Hannaway CD., Hull TL. Current considerations in the management of rectovaginal fistula from Crohn's disease // *Colorectal Dis*. 2008. № 10(8). P. 747-755.
68. Ruffolo C., Scarpa M., Bassi N., Angriman I. A systematic review on advancement flaps for rectovaginal fistula in Crohn's disease: transrectal vs transvaginal approach // *Colorectal Dis*. 2010. № 12(12). P. 1183-1191.
69. Zhu YF., Tao GQ., Zhou N., Xiang C. Current treatment of rectovaginal fistula in Crohn's disease // *World J Gastroenterol*. 2011. № 17(8). P. 963-967.
70. Baig MK., Zhao RH., Yuen CH., Noguera JJ., Singh JJ., Weiss EG., Wexner SD. Simple rectovaginal fistulas // *Int J Colorectal Dis*. 2000. № 15(5-6). P. 323-327.
71. Lowry AC., Thorson AG., Rothenberger DA., Goldberg SM. Repair of simple rectovaginal fistulas. Influence of previous repairs // *Dis Colon Rectum*. 1988. № 31(9). P. 676-678.
72. Pelosi MA 3rd., Pelosi MA. Transvaginal repair of recurrent rectovaginal fistula with laparoscopic-assisted rectovaginal mobilization // *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 1997. № 7(6). P. 379-83.
73. Herbst F., Jakesz R. Method for treatment of large high rectovaginal fistula // *Br J Surg*. 1994. № 81(10). P. 1534-1535.
74. Mengert WF., Fish SA. Anterior rectal wall advancement; technic for repair of complete perineal laceration and recto-vaginal fistula // *Obstet Gynecol* 1955. № 5(3). P. 262-267.
75. Tsang CB., Madoff RD., Wong WD., Rothenberger DA., Finne CO., Singer D., Lowry AC. Anal sphincter integrity and function influences outcome in rectovaginal fistula repair // *Dis Colon Rectum*. 1998. № 41(9). P. 1141-1146.
76. Gosselink MP., Oom DM., Zimmerman DD., Schouten RW. Martius flap: an adjunct for repair of complex, low rectovaginal fistula // *Am J Surg*. 2009. № 197(6). P. 833-834.
77. Cui L., Chen D., Chen W., Jiang H. Interposition of vital bulbocavernosus graft in the treatment of both simple and recurrent rectovaginal fistulas // *Int J Colorectal Dis*. 2009. № 24(11). P. 1255-1259.
78. Ruiz D., Bashankaev B., Speranza J., Wexner SD. Graciloplasty for rectourethral, rectovaginal and rectovesical fistulas: technique overview, pitfalls and complications // *Tech Coloproctol*. 2008. № 12(3). P. 277-281.
79. Fürst A., Schmidbauer C., Swol-Ben J., Iesalnieks I., Schwandner O., Agha A. Gracilis transposition for repair of recurrent anovaginal and rectovaginal fistulas in Crohn's disease // *Int J Colorectal Dis*. 2008. 23(4). P. 349-353.
80. García-Olmo D., García-Arranz M., García LG., Cuellar ES., Blanco IF., Prianes LA., Montes JA., Pinto FL., Marcos DH., García-Sancho L. Autologous stem cell transplantation for treatment of rectovaginal fistula in perianal Crohn's disease: a new cell-based therapy // *Int J Colorectal Dis*. 2003. 18(5). P. 451-454.
81. Li Destri G., Scilletta B., Tomaselli TG., Zarbo G. Rectovaginal fistula: a new approach by stapled transanal rectal resection // *J Gastrointest Surg*. 2008. № 12(3). P. 601-603.
82. Kux M., Fuchsjäger N., Hirbawi A. Einzeitige anteriore Resektion in der Therapie hoher rectovaginaler Fisteln [One-stage anterior resection in the therapy of high rectovaginal fistulas] // *Chirurg*. 1986. № 57(3). P. 150-154.
83. van der Hagen SJ., Soeters PB., Baeten CG., van Gemert WG. Laparoscopic fistula excision and omentoplasty for high rectovaginal fistulas: a prospective study of 40 patients // *Int J Colorectal Dis*. 2011. № 26(11). P. 1463-1467.
84. Schwenk W., Böhm B., Gründel K., Müller J. Laparoscopic resection of high rectovaginal fistula with intracorporeal colorectal anastomosis and omentoplasty // *Surg Endosc*. 1997. № 11(2). P. 147-149.
85. Toyonaga T., Matsushima M., Sogawa N., Jiang SF., Matsumura N., Shimojima Y., Tanaka Y., Suzuki K., Masuda J., Tanaka M. Postoperative urinary retention after surgery for benign anorectal disease: potential risk factors and strategy for prevention // *Int J Colorectal Dis*. 2006. № 21(7). P. 676-682.
86. Tunuguntla HS., Gousse AE. Female sexual dysfunction following vaginal surgery: a review // *J Urol*. 2006. № 175(2). P. 439-446.
87. El-Gazzaz G., Hull TL., Mignanelli E., Hammel J., Gurland B., Zutshi M. Obstetric and

- cryptoglandular rectovaginal fistulas: long-term surgical outcome; quality of life; and sexual function // *J Gastrointest Surg.* 2010. № 14(11). P. 1758-1763.
88. Zmora O., Tulchinsky H., Gur E., Goldman G., Klausner JM., Rabau M. Gracilis muscle transposition for fistulas between the rectum and urethra or vagina // *Dis Colon Rectum.* 2006. № 49(9). P. 1316-1321.
89. Ommer A., Athanasiadis S., Köhler A., Psarakis E. Die Bedeutung der Stomaanlage im Rahmen der Behandlung der komplizierten Analfisteln und der rektovaginalen Fisteln // *Coloproctology.* 2000. № 22. P. 14-22.
90. Buchanan GN., Halligan S., Bartram CI., Williams AB., Tarroni D., Cohen CR. Clinical examination, endosonography, and MR imaging in preoperative assessment of fistula in ano: comparison with outcome-based reference standard // *Radiology.* 2004. № 233. P. 674–681.
91. Guillaumin E., Jeffrey RB Jr., Shea WJ., Asling CW., Goldberg HI. Perirectal inflammatory disease: CT findings // *Radiology.* 1986. № 161. P. 153–157.
92. Yousem DM., Fishman EK., Jones B. Crohn disease: perianal and perirectal findings at CT // *Radiology.* № 1988. 167. P. 331–334.