**Список сокращений**

ВЗК – воспалительные заболевания кишечника

ЗАПК – запирательный аппарат прямой кишки

КТ – компьютерная томография малого таза

МРТ – магнитно-резонансная томография органов малого таза

ОП – острый парапроктит

СЗП – свищ заднего прохода

ТРУЗИ – трансректальное ультразвуковое исследование

**Термины и определения**

Свищ заднего прохода (СЗП) – это патологический ход между анальным каналом и окружающими его тканями и/или органами и/или перианальной кожей.

Морганиевы крипты – это небольшие углубления между продольными складками слизистой (Морганиевыми колоннами), находятся непосредственно над гребешковой или зубчатой линией, располагающейся в верхнем отделе анального канала.

Анаэробный парапроктит – это парапроктит, вызванный клостридиями, отличается чрезвычайно тяжелым течением.

**Краткая информация**

Острый парапроктит (ОП) – острое воспаление околопрямокишечной клетчатки, обусловленное распространением воспалительного процесса из анальных крипт и анальных желез. Под термином ОП понимают острый гнойно-воспалительный процесс, причинами которого являются аэробные бактерии. Анаэробный парапроктит является отдельным жизненно опасным заболеванием, сопровождающимся высоким уровнем летальности, требующим совершенно иных диагностических и лечебных подходов, чем острый аэробный парапроктит и, в данных клинических рекомендациях, не рассматривается.

**Этиология и патогенез**

Чаще всего в практике встречается криптогенный парапроктит (около 90%), реже встречаются парапроктиты как осложнение других заболеваний, таких как ВЗК, опухоли, кисты таза, тератомы, травмы и лучевые поражения. Развитие ОП обусловлено рядом предрасполагающих факторов: ослабление иммунитета вследствие сопутствующей острой или хронической инфекции, нарушения микроциркуляции, желудочно-кишечные расстройства, осложнения геморроя, трещин, криптита.

**Эпидемиология**

ОП является самым распространенным заболеванием в практике неотложной проктологии. Пациенты этой группы составляют около 1% всех госпитализированных в различные стационары хирургического профиля и 5% среди страдающих заболеваниями ободочной и прямой кишок. В целом, частота развития острого парапроктита составляет 16,1-20,2 на 100 тыс. населения.

**Особенности кодирования по МКБ-10**

K61.0 – Анальный [заднепроходный] абсцесс

K61.1 – Ректальный абсцесс

K61.2 – Аноректальный абсцесс

K61.3 – Ишиоректальный абсцесс

K61.4 – Интрасфинктерный абсцесс

**Классификация**

## По локализации поражения относительно анатомических образований:

а) подкожный;

б) подслизистый;

в) межмышечный;

г) ишиоанальный;

д) тазово-прямокишечный:

* пельвиоректальный,
* ретроректальный.

**По локализации воспалительного очага по условному циферблату:**

а) задний (с 4 до 8 часов условного циферблата);

б) передний (с 10 до 2 часов условного циферблата);

в) боковой (с 8 до 10 часов условного циферблата или с 2 до 4 часов условного циферблата);

г) подковообразный (при распространении воспаления более чем на одну зону из указанных выше).

**По характеру гнойного хода (при его интраоперационном выявлении):**

а) интрасфинктерный;

б) транссфинктерный;

в) экстрасфинктерный.

**Клиническая картина**

Клиническая картина зависит от выраженности, локализации и распространенности воспалительного процесса. При подкожном парапроктите образуется плотный инфильтрат в перианальной области с гиперемией кожи над ним, болезненный при пальпации, возможно с участком флюктуации. Боль усиливается при дефекации, в положении сидя, при кашле и ходьбе. Симптомы интоксикации отсутствуют.

Подслизистый парапроктит проявляется болью при дефекации, повышением температуры до субфебрильной, симптомы интоксикации отсутствуют.

При ишиоанальном парапроктите, кроме боли обнаруживается асимметрия ягодиц, гиперемия кожи проявляется отсрочено на 5-6 сутки.

Пельвиоректальный парапроктит имеет наиболее тяжелое течение, на первый план выходят симптомы интоксикации (недомогание, слабость, расстройство сна, выраженная потливость в ночное время, озноб, фебрильная температура, головные боли, головокружение). Боли нелокализованные в гипогастральной области. Неопределенная симптоматика в среднем продолжается до 12 суток, далее возникает дискомфорт и боли в анальном канале при дефекации, затруднение опорожнения, затруднение мочеиспускания, боли в нижней конечности на стороне ОП по ходу нервов. При пальпации у мужчин может чувствоваться позыв к мочеиспусканию вследствие прилежания инфильтрата к уретре.

**Диагностика**

Критерии установления диагноза/состояния – на основании данных клинического обследования и, при необходимости, инструментального обследования.

При затруднениях при постановке диагноза дифференциальная диагностика проводится с такими заболеваниями как:

1. гнойно-воспалительные заболевания кожи промежности, крестцово-копчиковой и ягодичной области;

2. бартолинит;

3. пресакральные кисты с воспалительным компонентом;

4. травмы перианальной области;

5. тератомы;

6. анаэробный парапроктит;

7. опухоли прямой кишки;

8. болезнь Крона, ВЗК;

9. дивертикулярная болезнь, осложненная абсцессом;

10. осложнения лучевой терапии.

Редкие причины ОП: сифилис, туберкулез, нейтропения, актиномикоз.

**Принципы формирования диагноза**

При формулировке диагноза следует отразить локализацию воспалительного процесса. Примеры формулировок диагноза:

1. Острый передний подковообразный парапроктит.

2. Острый пельвиоректальный парапроктит.

3. Острый ретроректальный парапроктит.

**Жалобы и анамнез**

Характерные жалобы: дискомфорт и/или боли в области заднего прохода и промежности, усиливающиеся по мере прогрессирования воспалительного процесса, наличие воспалительного инфильтрата в мягких тканях перианальной области, промежности или ягодичной области, затруднение дефекации и/или мочеиспускания.

В анамнезе заболевания возможны:

* ослабление иммунитета вследствие сопутствующей острой или хронической инфекции,
* переохлаждение,
* сосудистые изменения вследствие сахарного диабета,
* желудочно-кишечные расстройства (запоры и/или диарея),
* криптит,
* предыдущие аноректальные или промежностные оперативные вмешательства.

**Физикальное обследование**

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ОП в обязательном порядке проводить физикальное обследование в объеме:

* осмотр перианальной области на наличие гиперемии, отечности кожных покровов, исследование инфильтрата или флюктуации в пораженной области;
* осмотр крестцово-копчиковой и ягодичной областей на наличие гиперемии, отечности кожных покровов, исследование инфильтрата или флюктуации в пораженной области;
* пальцевое исследование прямой кишки.

**Комментарий.** *Клинический осмотр и пальцевое исследование прямой кишки проводят на гинекологическом кресле в положении как для литотомии или в колено-локтевом положении.*

*Стандартный клинический осмотр включает осмотр промежности и заднего прохода, следует сконцентрироваться на выявлении признаков воспаления, его выраженности и распространенности. Также могут быть обнаружены сопутствующие заболевания анального канала: анальная трещина, геморрой, свищ заднего прохода или выпадение прямой кишки.*

*При стандартном пальцевом исследовании возможно определить:*

* *локализацию воспаленной крипты (болезненность стенки) на стороне инфильтрата;*
* *выбухание стенки прямой кишки, боль, сглаженность складок на стороне поражения, повышение температуры в кишке;*
* *при позадипрямокишечной форме – выбухание в области задней стенки прямой кишки, а также усиление болей при давлении на копчик;*
* *при тазово-прямокишечном парапроктите – болезненность одной из стенок прямой кишки, инфильтрацию кишечной стенки или плотный инфильтрат за ее пределами. В более поздних стадиях определяют утолщение стенки кишки, оттеснение ее извне, затем выбухание в просвет эластичного, иногда флюктуирующего, образования, над которым слизистая оболочка кишки может оставаться подвижной. К концу первой недели заболевания воспалительный инфильтрат оттесняет стенку кишки и выбухает в ее просвет. Если воспалительная инфильтрация ткани захватывает предстательную железу и мочеиспускательный канал, то пальпация их вызывает болезненный позыв на мочеиспускание.*

**Лабораторные диагностические исследования**

Специфическая лабораторная диагностика ОП отсутствует. Лабораторные диагностические исследования следует выполнять пациентам в ходе диагностики и лечения ОП для исключения сопутствующих заболеваний и состояний. Возможно проведение неспецифической диагностики по общему анализу крови, выявляется лейкоцитоз при обширном воспалительном поражении.

**Инструментальные диагностические исследования**

В большинстве случаев, для постановки диагноза острого парапроктита не требуется инструментальная диагностика. При нечеткой и нетипичной клинической картине, отсутствии четких границ распространения воспалительного процесса, невозможности определить очаг флюктуации при физикальном исследовании, при подозрении на пельвиоректальный и ретроректальный ОП, при наличии затеков, при подозрении на анаэробный парапроктит, при болезни Крона, на фоне стероидной терапии, при нейтропении, при противоопухолевой химиотерапии, а также с целью дифференциальной диагностики, пациент с ОП нуждается в проведении инструментальных диагностических исследований. Целесообразно выполнить аноскопию и/или ректороманоскопию для определения локализации пораженной крипты, а также для верификации внутристеночного распространения воспалительного процесса.

Рекомендуется УЗИ (трансанальное, трансректальное, трансперинеальное, трансвагинальное и транслабиальное у женщин) для оценки локализации и размеров гнойной полости, наличия дополнительных затеков, степени вовлеченности в воспалительный процесс стенки прямой кишки и запирательного аппарата прямой кишки, если в этом есть необходимость.

**Комментарий:** *Исследование проводится на аппаратах УЗИ, работающих в режиме реального времени и серой шкалы. Пациент при этом располагается в положении на спине, либо на боку. Информативность УЗИ достигает 90%. Преимуществами данной техники является низкая стоимость и быстрота исполнения.*

Рекомендуется МРТ органов малого таза при обширных затеках и высоком расположении гнойника и для дифференциальной диагностики.

**Комментарий:** *МРТ дает возможность анатомической детализации, является бесконтактным методом обследования. К недостаткам метода относятся высокая стоимость, необходимость специалиста по МРТ и длительность в исполнении.*

КТ органов малого таза не рекомендуется для обследования пациента ввиду низкой чувствительности и специфичности.

**Иные диагностические исследования**

Микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого не является обязательным методом диагностики, однако целесообразно для определения дальнейшей тактики лечения, для исключения анаэробной или иной специфической бактериальной флоры. Заключается в видовом исследовании микрофлоры гнойного очага для уточнения диагноза и проведения адекватной антибиотикотерапии. Забор материала производится в условиях операционной во время пункции гнойника.

**Лечение**

**Общие принципы лечения ОП**

Основным методом лечения ОП является хирургический. Операция должна быть выполнена в ближайшие часы после верификации диагноза. Промедление с операцией не только ухудшает состояние пациента, но и отягощает прогноз, т.к. чревато опасностью распространения гнойного процесса по клетчаточным пространствам таза, разрушением мышечных структур ЗАПК, стенки прямой кишки, развитием сепсиса. Хирургическое лечение может быть как радикальным одномоментным, так и многоэтапным. Наиболее целесообразно разделение хирургического лечения ОП на несколько этапов. На первом из них производится вскрытие гнойника, на втором – отсроченные радикальные операции, после стихания воспалительных явлений.

Цель операции – вскрытие и дренирование гнойника, поиск и, при возможности, ликвидация пораженной крипты и гнойного хода.

Показания к госпитализации – верифицированный диагноз ОП.

Вид оперативного вмешательства зависит от локализации гнойника и распространенности воспалительного инфильтрата в окружающих тканях. Эффективность лечения при ОП составляет 98%.

В подавляющем большинстве случаев рекомендовано хирургическое лечение, исключением является развитие парапроктита у пациентов с заболеваниями крови, лейкопенией. При этом основной метод лечения – парентеральная комбинированная антибиотикотерапия.

Антибиотикотерапия в периоперационном периоде целесообразна при значительной распространенности воспалительного процесса, при сепсисе, иммунодефицитных состояниях и заболеваниях, ВЗК. В обычной ситуации достаточно вскрытия ОП и полноценного дренирования, а дополнительное назначение антибиотиков при этом, не ускоряет выздоровление и не приводит к снижению частоты развития СЗП и рецидивов заболевания.

**Вскрытие и дренирование острого парапроктита**

Рекомендуется вскрытие и дренирование всем пациентам при ОП.

**Комментарий.** *Хорошие результаты лечения отмечаются более, чем в 70%. Частота ранних послеоперационных осложнений составляет 8,1%.*

***Вскрытие и дренирование подкожного и ишиоанального ОП***

Методика: полулунным разрезом на стороне поражения, в центральной части гнойника, рассекают кожу и подкожную клетчатку. Дренирование гнойника выполняется с таким расчетом, чтобы в глубине раны не оставалось кармана, и отток был достаточным. С этой целью кожную рану расширяют и дренируют.

***Вскрытие и дренирование пельвиоректального ОП***

Методика: полулунным разрезом на стороне поражения, отступя от края ануса не менее чем на 3 см, рассекают кожу, подкожную и ишиоанальную клетчатку. Продольным разрезом рассекают мышечную ткань диафрагмы таза. Эта манипуляция должна выполняться под визуальным контролем. Если ее не удается произвести на глаз, расслаивание мышцы может быть осуществлено тупым путем – пальцем, браншами зажима или корнцангом. Дренирование гнойника выполняется с таким расчетом, чтобы в глубине раны не оставалось кармана, и отток был достаточным. Рану дренируют.

***Вскрытие и дренирование ретроректального парапроктита***

Показания: гнойники, локализующиеся в ретроректальном пространстве.

Методика: производят разрез кожи по середине между проекцией верхушки копчика и задним краем анального отверстия, длиной до 5 см. Далее манипуляции выполняют тупым путем. Полость гнойника обследуют пальцем, при этом разъединяют соединительнотканные перемычки. После эвакуации гноя рану обсушивают и обрабатывают перекисью водорода. Край раны, прилегающий к стенке кишки, с помощью крючка отводят и хорошо экспонируют заднюю стенку анального канала, окруженного мышцами сфинктера. Операцию заканчивают дренированием ретроректального пространства.

***Вскрытие и дренирование подковообразного парапроктита***

Методика: объем вмешательства зависит от отношения гнойного хода к мышцам сфинктера, направления и локализации дуги подковы. Опорожнив гнойник, и сориентировавшись в направлении гнойного хода и его ответвлений, рану тампонируют и выполняют аналогичное вмешательство на противоположной стороне. Раскрыв гнойные полости, находят дугу подковы и гнойный ход, ведущий в кишку. Определяют его отношение и дуги подковы к мышцам сфинктера. Если дуга расположена в подкожной клетчатке, ее рассекают по зонду. Точно так же поступают, если она располагается в пельвиоректальном пространстве. При этом пересекают заднепроходно-копчиковую связку. Рану дренируют.

**Вскрытие и дренирование ОП, иссечение пораженной крипты, проведение эластической дренирующей лигатуры**

Рекомендуется пациентам после вскрытия ОП при четкой верификации пораженной крипты с транссфинктерным (захватывает более 30% сфинктера) или экстрасфинктерным расположением гнойного хода с целью лучшего дренирования и заживления ран, профилактики рецидива ОП и послеоперационных осложнений, подготовки к операции ликвидации СЗП иссечение пораженной крипты, проведение эластической дренирующей лигатуры.

**Комментарий.** *Методика: производят широкий полулунный разрез кожи на стороне поражения, затем после эвакуации гноя и обнаружения гнойного хода разрез продлевается до средней линии. Из просвета кишки производят окаймляющий разрез вокруг пораженной крипты с его продолжением по всей длине анального канала до соединения с углом промежностной раны. Узкой полоской иссекают выстилку анального канала и перианальную кожу. Через отверстие в месте удаленной крипты проводят эластический дренаж, один конец которого выводят из раны промежности по средней линии, а второй через внутреннее отверстие в просвете кишки. Концы дренажа соединяются друг с другом и фиксируются между собой лигатурой. При этом дренаж не должен сжимать и прорезывать вовлеченные ткани. Эластическую дренирующую лигатуру не следует удалять до формирования консолидированного свища.*

**Радикальные операции при остром парапроктите**

Рекомендуется пациентам после вскрытия ОП при четкой верификации пораженной крипты с интрасфинктерным и транссфинктерным (захватывает 30% и менее сфинктера) расположением гнойного хода.

**Комментарий.** *Пациентам с четкой верификации пораженной крипты с поверхностным (интрасфинктерным и транссфинктерным – захватывает 30% и менее сфинктера) расположением гнойного хода вскрытие и дренирование ОП с радикальной ликвидацией гнойного хода достоверно снижает вероятность рецидива ОП до 6%, формирования СЗП и необходимость повторной операции.*

*Методика: проводят ревизию анального канала с целью поиска пораженной крипты внутреннего свищевого отверстия. Для четкой визуализации гнойной полости и обнаружения пораженной крипты используют пробу с красителем. Для уточнения расположения хода относительно волокон сфинктера проводят исследование пуговчатым зондом. После этого производят широкий полулунный разрез кожи на стороне поражения, а затем рассекают гнойный ход в просвет кишки, иссекают пораженную анальную крипту.*

**Лечение ОП при нейтропении**

Нейтропения существенным образом меняет клинику и течение инфекционных процессов в тканях. Формирование абсцессов в условиях нейтропении происходит редко, изменения в тканях чаще представляют собой воспалительные инфильтраты и некрозы.

ОП, развившийся на фоне гранулоцитопении, является тяжелым осложнением, что связано с высокой вероятностью сепсиса (30%) в условиях иммуносупрессии.

Рекомендуется всем пациентам, страдающих нейтропенией, назначение эмпирических схем антибиотикотерапии, что позволяется остановить прогрессирование аноректальной инфекции и развитие сепсиса.

**Комментарий.** *Целесообразно применение на первом этапе антибиотиков, проявляющих активность в отношении грам- бактерий, включая синегнойную палочку. Введение антибиотиков только внутривенное.*

Вскрытие и дренирование ОП рекомендовано при подтвержденном абсцессе или некрозе.

**Комментарий.** *Хирургическое вмешательство должно быть проведено на фоне антибактериальной терапии под общим обезболиванием. Антибактериальная терапия должна быть продолжена в послеоперационном периоде до исчезновения признаков инфекции.*

Пациенты с тяжелой формой нейтропении (абсолютным количеством нейтрофилов менее 1x109/л) и/или отсутствием полостных образований в тканях более успешно лечатся только антибиотиками. Прогноз зависит от клинической ситуации. Показатель летальности непосредственно связанный с перианальными инфекционными осложнениями среди онкогематологических пациентов в современных исследованиях составляет менее 5%.

**Медицинская реабилитация**

В послеоперационном периоде всем пациентам, перенесшим операцию по поводу ОП, необходимо регулярное выполнение перевязок, заключающихся в очищении ран растворами антисептиков и нанесении на раневую поверхность мазей до заживления раны и предотвращении раннего заживления кожных краев раны при сохранении воспалительного процесса в подлежащих тканях.

После выписки из стационара, на период заживления раны всем пациентам целесообразно находиться под наблюдением врача-колопроктолога или врача-хирурга.

**Профилактика и диспансерное наблюдение**

Специфической профилактики ОП не существует. Профилактика ОП заключается в основном в общеукрепляющих организм мероприятиях, направленных на устранение этиологических факторов возникновения заболевания:

1. поддержка и укрепление местного и гуморального иммунитета;

2. лечение и санация очагов острой и хронической инфекции;

3. коррекция хронических заболеваний – сахарного диабета, атеросклероза;

4. коррекция функциональных нарушений (запоров, поносов);

5. своевременное лечение сопутствующих проктологических заболеваний (геморроя, трещин заднего прохода, криптита и т.д.).

**Организация оказания медицинской помощи**

Лечение пациентов с ОП проводится в условиях колопроктологического стационара или, при отсутствии такового, в условиях хирургического стационара. Оказание помощи пациентам ОП осуществляется врачами-колопроктологами, а при отсутствии таковых – врачами-хирургами. Госпитализация пациентов осуществляется в экстренном порядке.

Показание для госпитализации:

* подтвержденный диагноз острого парапроктита.

Показания к выписке пациента:

* при стойком улучшении, когда пациент может без ущерба для здоровья продолжать лечение амбулаторно под наблюдением врача-колопроктолога или врача-хирурга;
* при отсутствии показаний к дальнейшему лечению в стационаре;
* при необходимости перевода пациента в другое лечебное учреждение;
* по требованию пациента или его законного представителя;
* в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка стационара, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих.

**Дополнительная информация**

Отрицательно влияют на исход лечения:

1. Присоединение инфекционных осложнений;

2. Нарушение стула (диарея или запор);

3. Несоблюдение пациентом ограничений двигательной активности и физических нагрузок.

**Информация для пациента**

Острый парапроктит – острое гнойно-воспалительное заболевание параректальной клетчатки. Инфекция из прямой кишки по протокам анальных желез может быстро проникать в одно из параректальных клетчаточных пространств – подкожное (чаще всего), ишиоанальное, пельвиоректальное, ретроректальное (очень редко).

По названиям этих пространств именуется и форма острого парапроктита – подслизистый, подкожный, ишиоанальный, пельвиоректальный (тазовопрямокишечный), ретроректальный. Различают иногда интрасфинктерный абсцесс, но этот термин лучше применять при хроническом парапроктите, ибо точно локализовать полость гнойника при остром процессе трудно. Внутреннее отверстие гнойника почти всегда одно, а наружных гнойников может быть два и более, причем эти наружные абсцессы нередко располагаются по обе стороны от заднего прохода – сзади или спереди от прямой кишки (подковообразный парапроктит). «Дуга» такого абсцесса проходит позади, между анусом и копчиком (чаще) или спереди от заднего прохода (у женщин между анусом и ректовагинальной перегородкой). При этом диагностируют соответственно, задний или передний подковообразный острый парапроктит, причем с одной стороны абсцесс может быть подкожным, а с другой ишиоанальным и т.п. Чаще всего, более чем у половины всех пациентов, гнойник располагается на границе кожи и слизистой – подкожно-подслизистый краевой острый парапроктит.

Клиника острого парапроктита характерна для любого параректального нагноения: припухлость, болезненность при пальпации, боли, нарастающие, а иногда внезапные, усиливающиеся при ходьбе и сидении, при кашле, при дефекации (не всегда), размягчение в центре. Ухудшается общее состояние, появляется субфебрилитет. Более всего общее состояние страдает при глубоких (ишиоанальных, тазово-прямокишечных) гнойниках, в то время как местно при этих формах абсцесса изменения минимальны – почти нет покраснения кожи, и только глубокий толчок верхушками пальцев вызывает боль с пораженной стороны.

При глубоком (высоком) ишиоанальном, пельвиоректальном или ретроректальном ОП общее состояние пациента может быть тяжелым (высокая лихорадка, все признаки интоксикации, боли в глубине таза), а местные изменения подчас оказываются мало демонстративными.

Нередко после вскрытия ОП развиваются свищи заднего прохода.

Решение вопроса о применении той или иной радикальной операции при остром парапроктите должно приниматься только специалистом-колопроктологом, а при поступлении таких пациента в общехирургический стационар следует просто широко вскрыть и дренировать гнойник на промежности и предупредить пациента о возможном рецидиве гнойника или образовании СЗП. Если это произойдет, следует направить пациента для плановой операции в колопроктологическое отделение.

После вскрытия гнойника лучше впоследствии в плановом порядке, в колопроктологической клинике выполнить квалифицированно операцию по поводу СЗП, чем пытаться любым путем одномоментно радикально прооперировать острый парапроктит, не думая о будущей функции запирательного аппарата.

Полное выздоровление наступает при своевременном хирургическом лечении. В случае недостаточного дренирования, при отсутствии лечения, при хронической инфекции в качестве последствия парапроктита образовывается свищевой ход.

Иногда свищевые ходы способствуют распространению воспаления в труднодоступные места малого таза. Как результат – инфекцию становится невозможно устранить полностью. Это провоцирует постоянные рецидивы парапроктита. Продолжительное течение заболевания может вызвать спаечные процессы в малом тазу и рубцовые изменения в стенках анального канала.

Профилактика состоит в своевременном лечении болезней прямой кишки, соблюдении личной гигиены. Безотлагательное хирургическое лечение острого течения заболевания предупреждает образование СЗП. Немаловажным фактором в предупреждении недуга является нормализация деятельности кишечника.

**Нормативные ссылки**

В настоящем стандарте использованы ссылки на следующие документы:

1. Клинические рекомендации «Острый парапроктит» от 2021 г. (Ассоциация колопроктологов России; Одобрено на заседании научно-практического совета Минздрава РФ).

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. N203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».