Недостаточность анального сфинктера

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K62.8, R15 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"

Недостаточность анального сфинктера — частичное или полное нарушение произвольного и непроизвольного удержания кишечного содержимого. Рекомендация посвящена подтверждению формы и степени заболевания, выбору консервативной или хирургической тактики, а также реабилитации и динамическому наблюдению.

Главное

- НАС классифицируют по форме на органическую, функциональную и смешанную; по степени: 1-я — недержание газов, 2-я — газов и жидкого кала, 3-я — газов, жидкого и твердого кала.
- При постановке диагноза указывают этиологию, форму и степень НАС.
- Одного выявления дефекта мышц недостаточно: структурное повреждение не всегда сопровождается симптомами недержания.
- Для объективной оценки функции ЗАПК всем пациентам выполняют сфинктерометрию — УУР А, УДД 2; для выявления дефектов мышц и состояния тазового дна — трансректальное УЗИ — УУР В, УДД 2.
- Консервативная терапия является самостоятельной тактикой прежде всего при функциональной НАС; при органической форме ее используют в периоперационном периоде либо при невозможности хирургической коррекции.
- Основное хирургическое лечение применяют при органической НАС. При неэффективности доступных методов рассматривают вопрос о формировании постоянной отключающей стомы.
- Пациентам с любой формой НАС нужно динамическое наблюдение колопроктолога для своевременного выявления ухудшения удержания и коррекции лечения — УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Уточнить жалобы: какие компоненты кишечного содержимого не удерживаются, какова частота и выраженность эпизодов, есть ли каломазание и невозможность дойти до туалета. Для стандартизации оценки можно использовать шкалы Wexner, FISI, St. Marks/Vaizey и FIQL.
2. Собрать анамнез с поиском причины: врожденные заболевания, нарушения стула и питания, ВЗК, неврологические болезни, роды и их осложнения, операции и травмы прямой кишки и промежности, сопутствующие заболевания и лекарства.
3. Выполнить наружный осмотр промежности и заднего прохода, оценить смыкание, рубцы, состояние кожи, пролапс и признаки опущения тазового дна; затем провести трансректальное пальцевое исследование с оценкой тонуса, волевого сокращения, рубцов и сопутствующей патологии — УУР С, УДД 5.
4. Провести сфинктерометрию для объективизации степени НАС, оценки тонуса и силы волевого сокращения сфинктеров и прогнозирования эффекта лечения — УУР А, УДД 2.
5. Выполнить трансректальное УЗИ для определения локальных дефектов и их протяженности, изменений мышц ЗАПК и состояния мышц тазового дна — УУР В, УДД 2.
6. ЭНМГ используют дополнительно при обширных повреждениях, перед реконструктивными операциями, для оценки жизнеспособности мышц и возможной нейропатии полового нерва.
7. Лабораторные исследования нужны главным образом при подготовке и планировании хирургического вмешательства для исключения сопутствующих заболеваний и состояний.

Лечение

- Рекомендуется регуляция стула: вести дневник питания и привычек, выявлять продукты и факторы, усиливающие диарею; при идиопатическом нарушении консистенции стула возможна диета с растительной клетчаткой, подорожником и пищевыми волокнами, но клетчатка иногда усиливает симптомы.

- При функциональной НАС назначают противодиарейное медикаментозное лечение для замедления транзита, уменьшения секреции и повышения абсорбции — УУР А, УДД 2. В тексте указаны группы A07DA и C02AC, но конкретные препараты и дозы не приведены.
- Если диета и медикаментозная терапия недостаточны, проводят БОС-терапию с тренировкой мышц тазового дна; ее используют также в начале лечения функциональной НАС и перед операцией при органической форме — УУР В, УДД 3. Силовой и координационный курсы включают 10–15 сеансов.
- Упражнения для мышц тазового дна в сочетании с БОС показаны при функциональной НАС и органической НАС 1–2 степени — УУР А, УДД 2.
- Курс лечебной физкультуры для пациентов с функциональной и органической НАС длится 15–30 дней и по возможности проводится после обучения правильному сокращению мышц — УУР А, УДД 2.
- Электростимуляцию анального сфинктера как самостоятельный метод применяют при функциональной или органической НАС 1–2 степени, линейном дефекте не более 1/4 окружности и отсутствии деформации заднего прохода, а также перед операцией — УУР В, УДД 3. Частота импульсов — 10–100 Гц, курс 14 дней, сеанс 20 минут; повторный курс возможен через 3 месяца.
- Тибиальную нейромодуляцию применяют при функциональной НАС и до или после хирургической коррекции — УУР А, УДД 2. Параметры: 20–25 мА, 20 Гц, импульс 5 секунд и отдых 10 секунд, сеанс 20 минут; поверхностную стимуляцию проводят ежедневно 1 месяц, затем один раз в 3 дня в течение 3 месяцев.
- При локальном дефекте наружного сфинктера до 1/4 окружности выполняют сфинктеропластику — УУР В, УДД 2; при послеродовой НАС рекомендуется передняя сфинктеропластика — УУР С, УДД 3.
- При дефектах сфинктера от 1/4 до 1/2 окружности по передней или задней полуокружности, при НАС 2–3 степени и неэффективности других вариантов коррекции рекомендуется сфинктеролеваторопластика — УУР С, УДД 5.
- При НАС 1 степени, а также при послеоперационных деформациях заднего прохода выполняют инъекцию в анальный канал биосовместимых наполнителей; в тексте рекомендованы силиконовые наполнители — УУР А, УДД 1.
- При НАС 1 степени рекомендуется радиочастотная термоабляция — УУР С, УДД 3.
- При НАС 2–3 степени с повреждением анального сфинктера более 1/2 окружности, врожденным отсутствием ЗАПК, тяжелыми нейрогенными повреждениями или неэффективностью других методов рекомендуется сфинктеропластика с имплантацией искусственного сфинктера — УУР В, УДД 2.
- При неэффективности всех описанных методов коррекции НАС рекомендуется формирование постоянной отключающей стомы — УУР С, УДД 4.

Когда направить и как наблюдать

- Консервативное лечение проводят в специализированном колопроктологическом стационаре, в том числе дневном.
- Хирургическую коррекцию выполняют в специализированном колопроктологическом отделении круглосуточного стационара.
- После операции выписка возможна при неосложненном раннем периоде без дизурии, повышенной кровоточивости и расхождения мышечных швов, а также при отсутствии гнойно-септических осложнений.

Частые вопросы

Какие данные нужны для установления диагноза НАС?

Нужны жалобы на недержание одного или нескольких компонентов кишечного содержимого, объективная оценка функции ЗАПК методом сфинктерометрии и оценка его структурной целостности при трансректальном УЗИ. В большинстве случаев для установления диагноза необходимы данные анамнеза, клинического и инструментальных исследований.

Можно ли поставить диагноз только по дефекту сфинктера на УЗИ?

Нет. Сам по себе мышечный дефект не подтверждает НАС, поскольку повреждение может не сопровождаться симптомами недержания.

Когда выбирать консервативное лечение?

Его применяют как самостоятельный метод при функциональной НАС. При органической форме консервативные методы используют в периоперационном периоде либо при невозможности хирургической коррекции.

Какие параметры указаны для тибиальной нейромодуляции?

Сила тока составляет 20–25 мА, частота — 20 Гц, режим прерывистый: 5 секунд стимуляции и 10 секунд отдыха. Сеанс длится 20 минут; курс — ежедневно 1 месяц, затем один раз в 3 дня в течение 3 месяцев.

Когда показана сфинктеропластика?

При локальном дефекте наружного сфинктера до 1/4 окружности — УУР B, УДД 2. При послеродовой НАС рекомендуется передняя сфинктеропластика — УУР C, УДД 3; при задних, множественных дефектах, выраженной рубцовой деформации передней полуокружности или неэффективности ранее выполненной передней операции рекомендуется задняя сфинктеропластика — УУР C, УДД 4.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/183-nedostatochnost-analnogo-sfinktera. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/183_3