

## **Клинические рекомендации – Недостаточность анального сфинктера – 2024-2025-2026 (05.08.2024) – Утверждены Минздравом РФ**

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: K62.8, R15

Год утверждения (частота пересмотра): 2024

Возрастная категория: Взрослые

Пересмотр не позднее: 2026

ID: 183

По состоянию на 05.08.2024 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

### **Разработчик клинической рекомендации**

- Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

### **Список сокращений**

АИ – анальная инконтиненция

АКР – ассоциация колопроктологов России

БК – болезнь Крона

БОС – биологическая обратная связь

БЭА – биоэлектрическая активность

ВЗК – воспалительные заболевания кишечника

ЗАПК – запирающий аппарат прямой кишки

МТД – мышцы тазового дна

НАС – недостаточность анального сфинктера

РАИР – ректоанальный ингибиторный рефлекс

СОТД – синдром опущения тазового дна

ТД – тазовое дно

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФРД – функциональные расстройства дефекации

ЭМГ – электромиография

ЭНМГ – электронейромиография

ЯК – язвенный колит

### **Термины и определения**

Глютеопластика – формирование сфинктера заднего прохода длинными лоскутами большой ягодичной мышцы.

Грацилопластика – формирование сфинктера заднего прохода нежной мышцей бедра.

Сфинктероглютеопластика – замещение дефекта наружного анального сфинктера коротким лоскутом большой ягодичной мышцы.

## **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)**

### **1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Недостаточность анального сфинктера (НАС) – это частичное или полное нарушение произвольного и непроизвольного удержания кишечного содержимого [1].

Синонимы: анальная инконтиненция, анальное недержание, недержание кала.

### **1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Функция держания кишечного содержимого зависит от согласованного сочетания различных факторов: геометрические, эластические и замыкательные свойства анальных сфинктеров; состояние аноректального угла; моторно-эвакуаторная деятельность толстой кишки; взаимодействие рецепторного аппарата прямой кишки и анального канала, проводящих нервных путей, спинного и головного мозга с мышечными структурами наружного и внутреннего сфинктера; количество и качество кишечного содержимого. Однако, основная роль в удержании кала принадлежит системе анальных сфинктеров – запирательному аппарату прямой кишки (ЗАПК) [2].

У женщин одной из наиболее распространенных причин анальной инконтиненции (АИ) являются роды: АИ может развиваться как после травматического разрыва мышечных структур анального сфинктера, которые по статистике наблюдаются в 3,5-8% случаев естественных родов [3], так и в результате повреждения нервных волокон, ответственных за иннервацию ЗАПК. Об этом свидетельствуют данные крупномасштабного исследования, включающего результаты обследования более 4000 женщин, при котором было установлено, что явления недостаточности анального сфинктера зафиксированы в 23,4% случаев после самостоятельных родов и в 18,9% после кесарева сечения [4]. Таким образом, установлено, что кесарево сечение полностью не может исключить развитие явлений анальной инконтиненции.

В 34% случаев хирургические вмешательства по поводу прямокишечных свищей также сопровождаются развитием послеоперационной недостаточности анального сфинктера [5], что зачастую обусловлено повреждением большого объема мышечных волокон сфинктера или развитием гнойных осложнений [6]. Послеоперационная НАС возникает также после хирургических вмешательств по поводу хронической анальной трещины (сфинктеротомия) и хронического комбинированного геморроя 3-4 стадий (геморроидэктомия). Частота развития недостаточности анального сфинктера после различных бытовых травм дистального отдела прямой кишки и промежности составляет от 10% до 25% среди всех видов посттравматической НАС.

Второй по частоте встречаемости является функциональная НАС, которая развивается в результате расстройств в деятельности ЗАПК, связанных с заболеваниями периферической или центральной нервной системы.

На третьем месте – стоят различные пороки развития аноректальной области, которые в большинстве наблюдений сопровождаются явлениями недостаточности анального сфинктера. Среди этой категории больных наиболее часто встречаются пациенты с полным анальным недержанием. Им чаще других требуется сложное многоэтапное хирургическое лечение.

### **1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Недержание различных компонентов кишечного содержимого – довольно распространенное

явление, однако истинную его частоту оценить довольно сложно. Этому, в первую очередь, способствует психоэмоциональное состояние пациентов и их желание скрыть наличие у них данной проблемы в силу негативного отношения общества [7]. Факт сокрытия людьми периодически возникающих явлений недержания затрудняет оценку истинной распространенности НАС в общей популяции. Таким образом, объективный подсчет пациентов, страдающих анальной инконтиненцией возможен лишь при условии их обследования и лечения в специализированных стационарах или домах престарелых. По данным United States National Health and Nutrition Examination, полученных на основании обследования 14759 пациентов, распространенность недержания кала составила, в среднем, 8,4%, при этом выявлено увеличение частоты недержания у пациентов старше 70 лет [8]. До 50% лиц, находящихся в домах престарелых, страдают НАС [9]. По результатам международных популяционных исследований частота явлений анальной инконтиненции находится в диапазоне 0,4%-18% [10]. Примерно у 1 из 12 взрослых во всем мире есть явления анальной инконтиненции, ее частота выше среди женщин и пожилых людей [11].

#### **1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

Коды по МКБ-10

Класс – Болезни органов пищеварения (XI):

Блок – Другие болезни кишечника (K62).

K62.8. Другие уточненные болезни заднего прохода и прямой кишки.

ИЛИ

Класс – Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99):

Блок – Симптомы и признаки, относящиеся к системе пищеварения и брюшной полости (R10-R19).

R15. Недержание кала.

#### **1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Классификация НАС по форме [1]:

- органическая;
- неорганическая (функциональная);
- смешанная.

Органическая НАС в зависимости от этиологии бывает следующих видов [1]:

- посттравматическая;
- послеоперационная;
- послеродовая;
- врожденная.

Классификация по степени недержания кишечного содержимого (нарушения функции держания) [1]:

- 1 степень – недержание газов;
- 2 степень – недержание газов и жидкого кала;
- 3 степень – недержание газов, жидкого и твердого кала.

Пояснения к классификации недостаточности анального сфинктера.

Существуют различные классификации недостаточности анального сфинктера, с помощью которых можно оценить тяжесть инконтиненции. В настоящее время в клинической практике большее значение имеет вышеизложенная классификация, подразделяющая недостаточность анального сфинктера по форме, этиологии и степени недержания кишечного содержимого, однако, при выборе метода лечения, разделение НАС по клинико-функциональным и морфологическим изменениям анального сфинктера может иметь немаловажное значение.

## **1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Основным клиническим проявлением недостаточности анального сфинктера является невозможность удерживания различных компонентов кишечного содержимого – газов и/или жидкого стула и/или твердого стула.

Пациенты с анальной инконтиненцией также могут предъявлять жалобы на каломазание, а также невозможность удерживания содержимого прямой кишки до достижения социально приемлемого места (туалета) [1, 12].

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

Критериями установления диагноза "недостаточность анального сфинктера" являются:

1. Жалобы пациента на недержание одного или нескольких компонентов кишечного содержимого.
2. Объективные данные о функциональной сохранности мышечных структур ЗАПК (исследование функций запирающего аппарата прямой кишки методом сфинктерометрии).
3. Объективные данные о структурной целостности ЗАПК (УЗИ прямой кишки трансректальное).

В большинстве случаев для установления диагноза недостаточности анального сфинктера необходимы данные анамнеза, клинического и перечисленных выше инструментальных исследований.

### **Принципы формирования диагноза**

При формулировке диагноза недостаточности анального сфинктера следует отразить этиологию заболевания, форму и степень. Ниже приведены примеры формулировок диагноза:

1. "Посттравматическая недостаточность анального сфинктера 2 степени".
2. "Функциональная недостаточность анального сфинктера 3 степени".

### **2.1. Жалобы и анамнез**

При недостаточности анального сфинктера характерны жалобы на недержание тех или иных компонентов кишечного содержимого и степень их выраженности.

Сбор анамнеза в первую очередь направлен на выявление этиологических факторов, способствующих возникновению заболевания:

- врожденные заболевания аноректальной зоны;
- желудочно-кишечные расстройства;
- характер питания;
- консистенция стула;
- наличие в анамнезе воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) – язвенного колита (ЯК) или болезни Крона (БК);

- неврологические расстройства, в том числе перенесенные ранее нейрохирургические вмешательства;
- акушерский анамнез, в том числе количество родов, характер родовой деятельности (стремительные роды, инструментальное вспоможение и др.), осложнения родов (разрывы промежности, эпизиотомия и др.);
- история ранее перенесенных операций на прямой кишке и промежности, а также травм промежности и прямой кишки.

При сборе анамнеза следует обращать внимание на период появления первых эпизодов анальной инконтиненции, прогрессирование явлений НАС с течением времени, их степень выраженности и частоту эпизодов; на наличие сопутствующих заболеваний, таких как выпадение прямой кишки, недержание мочи и др. [13].

Немаловажное значение при сборе анамнеза следует уделять сопутствующим факторам, которые могут иметь косвенное значение в возникновении явлений НАС – сахарный диабет, онкологические заболевания, курсы химиотерапии в анамнезе, прием различных лекарственных средств и др. [14, 15].

Отдельное внимание стоит уделять субъективной оценке пациентом тяжести симптомов анального недержания, а также влияния НАС на качество жизни. С этой целью разработаны различные шкалы и опросники, позволяющие стандартизировать получение анамнестических сведений, установить тяжесть симптомов недержания, сформулировать предварительный диагноз, выяснить наиболее вероятные этиологические причины развития заболевания [14] (см. приложение Г1-Г4. "Шкалы оценки недержания недержания анального сфинктера"):

1. Самой распространенной является шкала Кливлендской клиники (Wexner) [16], по которой пациенты самостоятельно оценивают степень и частоту эпизодов инконтиненции, необходимость использования специальных гигиенических средств, степень влияния анальной инконтиненции на качество жизни.
2. Fecal Incontinence Severity Index (FISI) [17, 18].
3. St. Marks Incontinence Score или Vaizey Score [19, 20].
4. Шкала оценки качества жизни Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL) [21].
5. Комплексная шкала недержания кала – Comprehensive Fecal Incontinence Questionnaire (C-FIQ) [22].

## 2.2. Физикальное обследование

- Всем пациентам с подозрением на недостаточность анального сфинктера рекомендуется проводить физикальное обследование [1, 14]:

1. Наружный осмотр области промежности и заднего прохода.
2. Трансректальное пальцевое исследование.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: осмотр имеет решающее значение при установке предварительного диагноза анальной инконтиненции. Его проводят на гинекологическом кресле, в положении пациента на спине с максимально приведенными к животу ногами или коленно-локтевом положении, а при невозможности – в положении на боку. При наружном осмотре области промежности и заднего прохода определяют расположение и сомкнутость заднепроходного отверстия, наличие послеоперационных или посттравматических рубцовых изменений перианальной области, истончение или гипертрофию промежностного тела, обращают внимание на изменения перианальной кожи (гиперемия, мокнутие, высыпания, мацерации, увеличенные наружные геморроидальные узлы, свищевые отверстия и т.д.). Целесообразно попросить пациента потужиться с целью выявления пролапса слизистой или выпадения прямой кишки, а также других признаков синдрома опущения тазового дна (СОТД) – выпадения и/или опущения матки и/или влагалища и/или мочевого пузыря [23].

Далее целесообразно выполнить оценку анального рефлекса. Данный прием используют 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.

При выполнении трансректального пальцевого исследования определяют наличие рубцовых изменений ЗАПК: оценивают эластичность и протяженность мышечных волокон сфинктера и рубцовых изменений относительно условного циферблата, сохранность и состояние мышц тазового дна, определяют анатомические соотношения мышечных и костных структур тазового кольца. Во время исследования оценивают тонус и волевые усилия сфинктера заднего прохода, характер его сокращений, наличие зияния заднего прохода после извлечения пальца. Следует обратить внимание на наличие сопутствующих заболеваний анального канала и нижнеампулярного отдела прямой кишки (ректоцеле, ректальная инвагинация, внутренний геморрой, свищ заднего прохода, анальная трещина, новообразования и т.д.) [24].

### 2.3. Лабораторные диагностические исследования

Специфической лабораторной диагностики недостаточности анального сфинктера не существует. Лабораторные диагностические исследования следует выполнять пациентам в ходе подготовки и планирования хирургического вмешательства для исключения сопутствующих заболеваний и состояний.

### 2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Всем пациентам с недостаточностью анального сфинктера рекомендуется исследование функции ЗАПК методом сфинктерометрии (исследование функций сфинктерного (запирательного) аппарата прямой кишки) для объективизации степени НАС и прогнозирования результатов хирургического и/или консервативного лечения [12, 26, 27].

Уровень убедительности рекомендаций – **A** (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: методы аноректальной манометрии обладают достаточно высокой чувствительностью и специфичностью в диагностике анальной инконтиненции. Согласно результатам метаанализа от 2017 года общая чувствительность исследования составила 0.80 (95% ДИ: 0.69-0.88), а специфичность – 0.80 (95% ДИ: 0.65-0.90) [27].

Сфинктерометрия позволяет оценивать суммарную сократительную активность наружного и внутреннего сфинктеров заднего прохода. Оценивают следующие показатели: тонус и сила волевого сокращения сфинктеров заднего прохода. Величина тонического напряжения в большей степени характеризует внутренний анальный сфинктер. При волевом сокращении оценивается сократительная активность поперечнополосатых мышц наружного сфинктера и тазового дна (ТД).

#### Примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: имеется в виду приложение А3, а не приложение Г5.

Манометрические признаки НАС по степеням, их клинические проявления в соответствии со шкалой анальной инконтиненции Wexner с учетом гендерных различий указаны в приложении Г5 "Манометрические и балльные параметры различных степеней НАС".

Кроме того, в клинической практике используют метод комплексной сфинктерометрии, позволяющий дополнительно оценить длительное сокращение (утомляемость, выносливость) мышц наружного сфинктера и мышц ТД, пробы с повышением внутрибрюшного давления при кашле и напряжении мышц передней брюшной стенки, а также тест с натуживанием. Комплексная

сфинктерометрия позволяет быстро и практически неинвазивно оценивать тонус сфинктерного аппарата в покое, который практически на 80% определяется тонусом внутреннего сфинктера и только на 20% – тонической активностью наружного сфинктера и мышц ТД, и при волевом сокращении, обусловленном, главным образом, мышечными волокнами наружного сфинктера и тазового дна (*m. puborectalis*). Проба с повышением внутрибрюшного давления (кашель и напряжение мышц передней брюшной стенки) и проба с натуживанием (PUSH-тест) позволяют изучить нервно-рефлекторную деятельность запирающего аппарата прямой кишки для исключения функциональных расстройств дефекации (ФРД). С целью повышения чувствительности и специфичности диагностики ФРД комплексная сфинктерометрия может быть выполнена синхронно с интерференционной электронейромиографией (ЭНМГ) (суммарная электромиография наружного анального сфинктера или тазового дна), заключающейся в регистрации биоэлектрической активности (БЭА) мышц передней брюшной стенки [2, 28-31].

ЭНМГ – это единственный метод, позволяющий оценивать жизнеспособность и функциональную активность мышечных структур ЗАПК, что чрезвычайно важно у пациентов с обширными повреждениями сфинктерного аппарата, когда необходимо оценить наличие сохраненных структур наружного сфинктера. Кроме того, для выявления патогенетических звеньев анальной инконтиненции с помощью ЭНМГ возможна диагностика нейропатии полового нерва, наличие которой в ряде случаев может иметь определяющее значение.

ЭНМГ-исследование может быть ограничено интерференционной ЭНМГ поверхностными электромиографическими (ЭМГ) электродами, анальными сфинктерными электродами, а также одноразовыми концентрическими игольчатыми ЭМГ электродами. Для изучения иннервации мышц ТД ЭНМГ-исследование может состоять из игольчатой ЭНМГ для оценки потенциалов двигательных единиц и/или стимуляционной ЭНМГ для оценки латентного периода проведения возбуждения по двигательным волокнам дистальной части полового нерва (*n. pudendus*) [32-36].

Метод внутрианальной интерференционной ЭНМГ целесообразно использовать для объективного неинвазивного определения сохранности БЭА мышц наружного сфинктера и тазового дна и оценки их жизнеспособности по функциональной активности, а также для изучения нервно-рефлекторных реакций сфинктерного аппарата.

При интерференционной ЭНМГ оценивают тоническую и произвольную биоэлектрическую активность мышц наружного сфинктера и мышц тазового дна в покое и при волевом сокращении, их нервно-рефлекторные реакции при пробах с повышением внутрибрюшного давления (кашель и напряжение брюшной стенки), а также реакцию пуборектальной петли при натуживании.

Объективную динамическую оценку показателей ЭНМГ – исследования до и после консервативного и/или хирургического лечения НАС проводят у пациентов с анальной инконтиненцией, в том числе для контроля функционального состояния перемещенной нежной мышцы бедра после грацилопластики, у больных перед реконструктивно-восстановительными операциями, а также в качестве визуального тест-контроля для оценки состояния ЗАПК при проведении БОС-терапии [37-40].

- Всем пациентам с недостаточностью анального сфинктера рекомендуется выполнение трансректального ультразвукового исследования (УЗИ) прямой кишки для определения локальных структурных изменений в мышечных структурах ЗАПК, наличия и протяженности его дефектов, состояния мышц тазового дна [41-46].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: у пациентов, имевших в анамнезе роды, как неосложненные, так и с разрывами промежности, хирургические вмешательства или травмы прямой кишки, трансректальное УЗИ прямой кишки позволяет визуализировать поврежденные, рубцово-измененные или полностью отсутствующие участки мышечных волокон сфинктера, являющиеся причиной развития НАС, и, таким образом, объективно оценить состояние ЗАПК [41-44]. Применение трансректального 3D УЗИ прямой кишки позволяет более детально визуализировать

элементы запирающего аппарата прямой кишки и определять их топографо-анатомические взаимоотношения с окружающими структурами. При этом, одно лишь наличие дефекта мышечных структур ЗАПК само по себе не является достаточным основанием для установки диагноза НАС, поскольку не всегда наличие повреждения мышечных волокон сопровождается развитием симптомов анального недержания [47].

## **2.5. Иные диагностические исследования**

Дополнительные инструментальные и лабораторные исследования выполняют при наличии сопутствующих заболеваний согласно соответствующим клиническим рекомендациям.

## **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

### **3.1. Консервативное лечение**

Консервативное лечение при НАС направлено на усиление сократительной способности анального сфинктера и мышц тазового дна, поддержание и улучшение деятельности нервно-рефлекторного аппарата, обеспечивающего нормальную функциональную активность ЗАПК, и включает в себя [48-70]:

1. Диетотерапию.
2. Медикаментозное лечение (противодиарейные средства).
3. Электростимуляцию с использованием биологической обратной связи (БОС-терапия).
4. Комплекс лечебной физкультуры.
5. Электростимуляцию анального сфинктера и мышц промежности.
6. Тиббиальную нейромодуляцию.
7. Воздействие магнитными полями.
8. Использование анальных тампонов.
9. Применение очистительных клизм и ирригационных систем.

Консервативную терапию целесообразно применять в качестве самостоятельного метода лечения у пациентов с функциональной формой недостаточности анального сфинктера, а также у больных с органической формой НАС в периоперационном периоде – как способ улучшения эффективности оперативных вмешательств в комплексном подходе к лечению, а также в качестве средств реабилитации пациентов при невозможности хирургической коррекции анальной инконтиненции.

#### **3.1.1. Диетотерапия**

- Всем пациентам с недостаточностью анального сфинктера рекомендуется регуляция стула с помощью специальной диеты [50, 51].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: самостоятельная скрупулезная оценка пациентом своего образа жизни, питания и своих привычек с помощью дневников может определить и исключить факторы, способствующие развитию или прогрессированию симптомов НАС. Во время приема колопроктолога, зачастую, не всегда удается выявить причинно-следственную связь недержания и различных внешних факторов. Целесообразно объяснить пациенту необходимость самостоятельного поиска и тщательной фиксации факторов, способствующих возникновению явлений анальной инконтиненции. Особое внимание следует обратить на послабляющий эффект кофеина, сахарозаменителей, лактозы и других пищевых компонентов, которые могут привести к

развитию диареи. Исследования доказывают, что у 22-54% пациентов происходит снижение частоты проявлений НАС после консультации со специалистом и коррекции диеты, количества выпитой жидкости, приема лекарственных препаратов, а также формирования привычек и стойких рефлексов, связанных с опорожнением кишечника [50-55].

Пациентам с НАС, вызванной идиопатическим нарушением консистенции стула, может быть назначена диета, богатая растительной клетчаткой, а также продукты, содержащие подорожник и пищевые волокна [50, 51]. Тем не менее, добавление клетчатки может привести и к ухудшению симптомов НАС за счет увеличения объема кишечного содержимого [51].

### 3.1.2. Медикаментозное лечение

- Всем пациентам с функциональной недостаточностью анального сфинктера рекомендуется проведение консервативного лечения (А07DA Препараты, снижающие моторику желудочно-кишечного тракта, С02АС Агонисты имидазолиновых рецепторов), направленного на замедление скорости транзита по кишечнику, снижение выработки пищеварительных ферментов, уменьшение секреции слизистой оболочки кишки, увеличение абсорбции содержимого и частично способствующей повышению тонуса сфинктера [52-55].

Уровень убедительности рекомендаций – **A** (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: жидкая консистенция стула, а также увеличение скорости транзита кишечного содержимого являются факторами, способствующими усилению явлений анального недержания.

### 3.1.3. Электростимуляция с использованием биологической обратной связи

- Пациентам с функциональной недостаточностью анального сфинктера на начальном этапе лечения, а также пациентам с органической НАС перед проведением хирургического вмешательства в режиме неoadьювантной терапии рекомендуется проведение курса БОС-терапии [56].

Уровень убедительности рекомендаций – **B** (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: электростимуляцию с использованием биологической обратной связи с тренировкой мышц тазового дна целесообразно использовать в качестве метода выбора у пациентов с анальной инконтиненцией, когда медикаментозное лечение и коррекция диеты оказались неэффективными (см. пункты 3.1.1 и 3.1.2).

Электростимуляция с использованием биологической обратной связи представляет из себя систему обучения, основанную на получении пациентом обратной связи о функционировании собственного организма с помощью "физиологического зеркала" (монитора компьютера с игровым интерфейсом), различных датчиков и обучающего медицинского персонала. В данном случае, упражнения, которые пациент выполняет самостоятельно, отслеживают специальные приборы, а результат измерений демонстрируется непосредственно пациенту в реальном времени. Таким образом, пациент учится корректно выполнять необходимые упражнения.

При лечении недостаточности анального сфинктера электростимуляция с использованием биологической обратной связи направлена на развитие саморегуляции функциональной деятельности мышечных структур ЗАПК и правильного восприятия ощущений, способных улучшить контроль за функцией держания кишечного содержимого.

Существующие методики концентрируются на обучении пациента отличать малые объемы растяжения ректального баллона и реагировать на наполнение прямой кишки сокращением наружного анального сфинктера, а также уменьшать время между моментом появления ощущения наполнения прямой кишки и сокращением сфинктера. Другие методики фокусируются на улучшении силы и выносливости наружного сфинктера.

Современные консервативные подходы, часто сочетаемые друг с другом, включают в себя следующие подразделения электростимуляции с использованием биологической обратной связи:

1) Силовой метод электростимуляции с использованием биологической обратной связи

направлен на повышение сократительной способности мышц ЗАПК и тазового дна. Упражнения повторяют каждые 20-30 минут с интервалами на отдых, курс лечения составляет от 10 до 15 сеансов.

2) Координационный метод биологической обратной связи направлен на выработку условного ректоанального ингибиторного рефлекса (РАИР). Упражнения повторяют каждые 20 минут, курс терапии – 10-15 сеансов.

Информация о функциональной активности мышечных структур промежности, силе мышечных сокращений ЗАПК и ТД предоставляется пациенту в виде доступной, наглядной формы графика давления электромиограммы на дисплее или в виде мультимедийного варианта; состояние внутрибрюшного давления – в виде изменения БЭА мышц передней брюшной стенки.

Эффективность электростимуляции с использованием биологической обратной связи находится в диапазоне от 64 до 89% [56].

- Пациентам с функциональной недостаточностью анального сфинктера и пациентам с органической НАС 1-2 степени рекомендуется выполнять упражнения для укрепления мышц тазового дна в комплексе с электростимуляцией с использованием биологической обратной связи для усиления лечебного эффекта (см. пункт 3.1.4) [57].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2)

- Пациентам с функциональной недостаточностью анального сфинктера и пациентам с органической НАС 1-2 степени рекомендуется проводить электростимуляцию анального сфинктера одновременно с курсом БОС-терапии для усиления лечебного эффекта (см. пункт 3.1.5) [58].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2)

#### **3.1.4. Комплекс лечебной физкультуры**

- Пациентам с функциональной и органической формами недостаточности анального сфинктера рекомендуется проведение курса лечебной физкультуры (лечебной физкультуры при заболеваниях толстой кишки) [57, 59].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: лечебно-физкультурный комплекс проводят для увеличения силы, скорости сокращений и работоспособности мышц тазового дна. Курс лечения занимает от 15 до 30 дней и должен проводиться, по возможности, после электростимуляции с использованием биологической обратной связи, когда пациент уже обучен правильно сокращать мышцы ЗАПК и ТД [57].

#### **3.1.5. Электростимуляция анального сфинктера и мышц промежности**

- Пациентам с функциональной и органической недостаточностью анального сфинктера 1-2 степени, при линейных дефектах мышечных волокон, не превышающих 1/4 окружности, при отсутствии деформации заднего прохода, а также в предоперационном периоде рекомендуется применять электростимуляцию анального сфинктера как самостоятельный вид лечения [60, 61].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: электростимуляцию мышц анального сфинктера и промежности выполняют на различных аппаратах (стационарных и портативных) специальными анальными сфинктерными электродами с частотой импульсов от 10 до 100 Гц в прерывистом и непрерывном режиме. Курс внутрианальной электростимуляции составляет 14 дней. Длительность сеанса 20 минут, при необходимости проведения повторного курса стимуляции интервал между курсами составляет 3 месяца. Положительным моментом данного метода лечения является возможность длительного амбулаторного применения портативного миостимулятора. Используя многоразовый датчик

давления (анальный или вагинальный), пациент может проводить тренировку мышц тазового дна амбулаторно согласно индивидуально разработанной лечебной программе, позволяющей выполнять в последовательном режиме стимуляцию различных мышц тазового дна (наружный анальный сфинктер или *m. puborectalis*) [61].

- Пациентам с функциональной недостаточностью анального сфинктера рекомендуется проведение модулируемой электростимуляции с использованием средних частот в сочетании с электростимуляцией с использованием биологической обратной связи и тренировкой мышц тазового дна для улучшения результатов лечения [58, 60].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2)

### 3.1.6. Тибиальная нейромодуляция

- Пациентам с функциональной НАС, а также в пред- и послеоперационном периоде при хирургической коррекции анальной инконтиненции рекомендовано выполнение тибиальной нейромодуляции (электростимуляции) [62].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий. Тибиальная нейромодуляция (*posterior tibial neuromodulation*) – это неинвазивная или малоинвазивная альтернатива прямому методу сакральной стимуляции. Считается, что нейромодуляция тибиального нерва приводит к схожим со стимуляцией сакрального сплетения нейромышечным изменениям аноректальной области вследствие общей иннервации этих областей из одного позвоночного сегмента [62, 63].

Метод заключается в воздействии на тазово-крестцовое нервное сплетение (S2-S4) путем электростимуляции заднего большеберцового нерва на нижних конечностях. За счет стимуляции вегетативных, чувствительных и двигательных нервов методика улучшает тонус, сократительную способность и нервно-рефлекторную деятельность мышц ЗАПК. Стимуляция проводится с помощью одноразовых поверхностных ЭМГ электродов, накладываемых в проекции заднего большеберцового нерва. Параметры воздействия: сила тока – 20-25 мА; частота – 20 Гц; режим – прерывистый; период стимуляции – 5 сек, период отдыха – 10 сек., длительность сеанса – 20 мин. Длительность курса лечения поверхностными электродами – 1 раз в день в течение 1 месяца, затем 1 раз в 3 дня в течение 3 месяцев. Улучшение функции держания после проведения тибиальной нейромодуляции отмечается в 65-85% наблюдений [62, 63, 64].

### 3.1.7. Воздействие магнитными полями

- Пациентам с функциональной недостаточностью анального сфинктера и большим с органической формой анальной инконтиненции в периоперационном периоде рекомендуется воздействие магнитными полями [65-67].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: ряд исследований свидетельствуют о том, что за счет воздействия переменного магнитного поля активируются крупные сакральные моторные нервные волокна, которые иннервируют поперечно-полосатую мускулатуру наружного сфинктера и мышц тазового дна. Благодаря этому происходит повышение тонуса и сократительной способности этих мышц.

Воздействие магнитными полями подразумевает "безэлектродную" стимуляцию. Продолжительность действия магнитного поля обычно составляет 300 мс. Возбуждение моторных волокон полового нерва оказывает прямое влияние на сократительную активность мышечных волокон сфинктеров и мышц промежности [66].

### 3.1.8. Анальный тампон

- Всем пациентам с недостаточностью анального сфинктера 2-3 степени при невозможности

хирургической коррекции анальной инконтиненции рекомендуется использование анального тампона [68].

Уровень убедительности рекомендаций – **A** (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: применение анального тампона основано на механической герметизации заднего прохода специальным мягким тампоном, вводимым в анальный канал. Тампон имеет два размера: большой (L) и малый (S). Средняя длительность использования одного тампона составляет около 12 часов. Противопоказаниями к использованию служат: выраженная диарея, кишечные инфекции и воспалительные заболевания кишечника. У ряда пациентов использование анального тампона вызывает дискомфорт, что является препятствием к его применению. При тяжелой степени недостаточности анального сфинктера использование анального тампона позволяет снизить частоту развития мацерации и воспалительных изменений кожи перианальной области.

### 3.1.9. Очистительные клизмы и ирригационные системы

- Всем пациентам с врожденной недостаточностью анального сфинктера 2-3 степени, анальной инконтиненцией, обусловленной повреждениями спинного мозга и тяжелыми запорами, при невозможности хирургической коррекции НАС рекомендуется использование очистительных клизм и ирригационных систем с целью механической очистки кишечника [69-71].

Уровень убедительности рекомендаций – **B** (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: ирригацию толстой кишки можно выполнять как через задний проход (ретроградно), так и через цекостому, трансверзостому, сигмостому – антеградно. Опорожнение толстой кишки более эффективно при антеградном применении ирригационных систем по сравнению с ретроградным. Ретроградное применение очистительных клизм предпочтительнее из-за его неинвазивного характера. Наиболее распространенными неблагоприятными явлениями, связанными с антеградным методом, являются: стеноз стомы и подтекание из нее промывных вод. Применение клизм и ирригационных систем улучшает качество жизни пациентов с НАС (их трудовую и социальную реабилитацию) в 75-92% случаев [71]. Побочные эффекты ретроградной ирригации имеют место у 61% пациентов, 43% больных отмечают длительное подтекание промывных вод, 17% – спазмы в животе, 16% – его живота [70].

## 3.2. Хирургическое лечение

Хирургическое лечение является основным у пациентов с органической формой анальной инконтиненции. Цель оперативных вмешательств – улучшение функции держания кишечного содержимого, которая может быть достигнута следующими путями [35, 39, 47, 59, 72-103]:

1. Коррекция дефекта(-ов) замыкательного аппарата прямой кишки с использованием местных тканей и/или скелетной мускулатуры (различные виды мышечных пластик).
2. Инъекция в анальный канал биосовместимых наполнителей (инъекционный метод).
3. Контролируемое рубцевание, вызванное термическим воздействием радиочастотной энергии (радиочастотная термоабляция).
4. Сфинктеропластика с имплантацией искусственного сфинктера.
5. Сакральная нейромодуляция.
6. Имплантация магнитного анального сфинктера.

При неэффективности вышеизложенных методов хирургического лечения у пациентов с НАС целесообразно рассматривать вопрос о формировании постоянной отключающей стомы [104-106].

### 3.2.1. Операции с использованием собственных тканей пациента, направленные на восстановление мышечных структур запирающего аппарата прямой кишки

- Всем пациентам с недостаточностью анального сфинктера, обусловленной локальными дефектами наружного сфинктера размерами до 1/4 окружности, рекомендуется выполнение сфинктеропластики [1, 47, 59, 73].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: в зависимости от способа сшивания концов мышечных структур, сфинктеропластика бывает с прямым ушиванием и с перехлестным. Следует отметить, что статистически значимых различий в эффективности прямой или перехлестной сфинктеропластики нет. Сфинктеропластика в зависимости от расположения мышечного дефекта может быть:

- 1) передняя;
- 2) задняя;
- 3) боковая.

Методика: производят полулунный разрез кожи промежности, далее из рубцовой ткани выделяют концы наружного анального сфинктера, и без натяжения их ушивают "конец в конец" или "внахлест", таким образом, происходит восстановление циркулярной целостности мышц. Хорошие результаты лечения возможны только при адекватной мобилизации обоих концов сфинктера, однако избыточная их мобилизация опасна ввиду возможности повреждения нервных волокон.

- Пациентам с послеродовой недостаточностью анального сфинктера рекомендуется выполнение передней сфинктеропластики [1, 59, 74, 75].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3)

- Пациентам с недостаточностью анального сфинктера, обусловленной дефектом сфинктера, расположенным по задней полуокружности, множественными дефектами сфинктера, а также при неэффективности коррекции НАС после ранее выполненной передней сфинктеропластики, и при выраженной рубцовой деформации передней полуокружности заднего прохода рекомендуется выполнение задней сфинктеропластики. [76].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: передняя и задняя сфинктеропластики могут быть выполнены в комбинации друг с другом. Частота осложнений после сфинктеропластики невелика, наиболее опасным осложнением является расхождение швов. В раннем послеоперационном периоде хорошие результаты достигаются более чем у 70% пациентов, а отличные – в 50% случаев. При коррекции послеродовой НАС эффективность сфинктеропластики достигает 85%. Однако, отдаленные результаты лечения свидетельствуют о положительном эффекте лишь у 10-14% пациентов через 5 лет после вмешательства [75].

- Всем пациентам с недостаточностью анального сфинктера 2-3 степени, обусловленной дефектом сфинктера от 1/4 до 1/2 окружности с локализацией по передней или по задней полуокружности сфинктера при неэффективности других вариантов коррекции инконтиненции рекомендуется выполнение сфинктеропластики [77, 78].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: эффективность методики в отдельных исследованиях достигает 50% [78].

- Всем пациентам с обширными дефектами мышц сфинктера посттравматической природы, при врожденных аномалиях развития, сопровождающихся отсутствием ЗАПК, и пациентам с недостаточностью анального сфинктера 2-3 степени при невозможности коррекции анальной

инконтиненции другими методами рекомендуется выполнять мышечные пластики с использованием скелетной мускулатуры [79-82, 84-86].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: наиболее часто используемыми скелетными мышцами с целью выполнения пластических операций, направленных на замещение анального сфинктера, являются грацилопластика и глутеопластика.

Суть грацилопластики (формирование сфинктера заднего прохода из нежной мышцы бедра) заключается в выделении мышцы на внутренней поверхности бедра, формировании подкожного тоннеля и подшивании сухожилия *m. gracilis* к бугру седалищной кости на контралатеральной стороне. Быстрая мышечная усталость и неспособность пациентов произвольно сокращать перемещенную мышцу являются основными причинами, по которым удовлетворенность пациентами результатами лечения после грацилопластики не превышает 50%, однако, по некоторым данным эффективность процедуры может достигать 76,5% [81]. При сочетании грацилопластики с установкой электростимулятора (динамическая грацилопластика) эффективность метода варьирует в пределах от 45 до 80% [82]. Согласно данным метаанализа, включающего результаты лечения 450 пациентов с НАС из 14 исследований, средневзвешенный показатель восстановления функции держания после динамической грацилопластики составляет 69,1% (95% ДИ: 0.53-0.84%), а адинамической – 71% (95% ДИ: 0.54-0.87) [82]. Наиболее частым осложнением, ставящим под сомнение эффективность методики и ее целесообразность, является эксплантация стимулятора в 42% случаев.

В свою очередь, существуют следующие виды операций с использованием большой ягодичной мышцы: глутеопластика и сфинктероглутеопластика. Каждая из них может быть как односторонней, так и двусторонней. Кроме того, в отдельных случаях применяют вариант динамической глутеопластики. Глутеопластику целесообразно применять у пациентов с недостаточностью анального сфинктера 3 степени, обусловленной дефектом сфинктера более 1/2 окружности, при тяжелых травматических повреждениях и аномалиях развития запирающего аппарата прямой кишки. Она может выполняться в один или несколько этапов [85].

Сфинктероглутеопластику целесообразно применять у пациентов с недостаточностью анального сфинктера 3 степени, обусловленной дефектом 50% сфинктера, с локализацией его по боковым полуокружностям [86].

Наиболее распространенным осложнением при выполнении обширных пластических операций с использованием ягодичных мышц является нагноение ран, возникающее, в среднем, в 25% случаев. По различным данным эффективность данной методики может достигать 73% с общей частотой осложнений 38% [86].

При этом, двусторонняя глутеопластика предпочтительнее односторонней за счет большего объема мышечной массы и более равномерного распределения мышечных усилий, сжимающих задний проход [86].

### 3.2.2. Инъекционный метод

- Всем пациентам с недостаточностью анального сфинктера 1 степени, а также пациентам с послеоперационными деформациями заднего прохода рекомендуется выполнять инъекцию в анальный канал биосовместимых наполнителей [88-90].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: суть метода заключается в улучшении функции "пассивного" держания. При лечении НАС инъекционным методом рекомендовано применять силиконовые наполнители [89]. Инъекция силиконовых материалов способна улучшить функцию держания у 23% пациентов. Инъекции можно производить как под контролем ультразвукового датчика, так и без него. Введение препаратов производят в подслизистый слой анального канала в проекции дефектов сфинктера или вокруг них в интерсфинктерное пространство или в подслизистый слой [88].

Улучшение функции держания наблюдается у 15-52% пациентов в раннем послеоперационном периоде [89], однако, с течением времени лишь около 6% больных отмечают сохранение эффекта от процедуры [89-91]. Пациентам с быстрым угасанием эффекта целесообразно повторять процедуру, что позволяет улучшить результаты [92].

Пациентам с НАС, имеющим сопутствующие заболевания аноректальной области (воспалительные заболевания кишечника, ректоцеле, выпадение прямой кишки, пороки развития аноректальной зоны, постлучевой проктит) инъекционный метод лечения выполнять противопоказано [88, 89].

### 3.2.3. Радиочастотная термоабляция

- Пациентам с недостаточностью анального сфинктера 1 степени рекомендуется воздействие на структуры запирающего аппарата прямой кишки радиочастотной энергией с изменяемой температурой (радиочастотная термоабляция) [93].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: целью методики является увеличение тонуса ЗАПК посредством контролируемого рубцевания, вызванного термическим воздействием радиочастотной энергии (465 кГц) на несколько участков, расположенных в толще тканей анального канала, без повреждения слизистой оболочки. Данная процедура малоэффективна. Улучшение функции держания на 50% (по данным опросников) зафиксировано менее чем у 38% пациентов, а полное исчезновение симптомов НАС после выполнения манипуляции не зарегистрировано ни в одном наблюдении [93].

Выполнение радиочастотной термоабляции противопоказано пациентам с ВЗК, диареей, хроническим запором, постлучевыми поражениями кишки, а также перенесшим инъекционные методики лечения НАС [93].

### 3.2.4. Сфинктеропластика с имплантацией искусственного сфинктера

- Пациентам с НАС 2-3 степени, сопровождающейся повреждением анального сфинктера более 1/2 окружности или врожденным отсутствием запирающего аппарата прямой кишки, тяжелыми нейрогенными повреждениями, а также пациентам, у которых оказались неэффективными другие методики лечения анальной инконтиненции рекомендуется выполнение сфинктеропластики с имплантацией искусственного сфинктера [90, 94].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: искусственный сфинктер представляет собой циркулярную емкость из силикона, которая увеличивается в объеме за счет заполнения жидким гелем. Через отдельные разрезы имплант устанавливается вокруг дистального отдела прямой кишки, отдельно в мягкие ткани имплантируют баллончик с гелем, который с помощью помпы перекачивается между искусственным сфинктером и баллончиком. Методика позволяет пациенту произвольно опорожнять кишечник и задерживать дефекацию. Недостатком метода является высокая частота нагноения раны в области установленного искусственного сфинктера, в результате чего устройство приходится удалять. Частота эксплантации колеблется в пределах от 20 до 80%. После 5 лет наблюдения, 59% пациентов удовлетворены работой устройства [90, 94].

Абсолютными противопоказаниями для этого метода являются: наличие гнойных затеков в области промежности, ВЗК, радиационный проктит, выраженная рубцовая деформация промежности.

### 3.2.5. Сакральная нейромодуляция

- Пациентам с недостаточностью анального сфинктера 1-3 степени рекомендуется выполнение сакральной нейромодуляции (электростимуляции) [95, 96].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: методика эффективна у 69-83% пациентов в первый год после имплантации. При этом, пациенты отмечают снижение симптомов инконтиненции более чем на 50%. При исследовании отдаленных результатов лечения отмечается еще большая положительная динамика, удовлетворительная функция держания по прошествии 3 лет – у 84% больных. Кроме того, 35% пациентов сообщают о 100% держании кишечного содержимого [97, 98].

Частота гнойно-воспалительных осложнений составляет около 11%, однако в течение 5 лет наблюдения 24% пациентов потребовалась замена имплантата [98]. Нарушение проводимости полового нерва, а также предшествующие попытки хирургического лечения анальной инконтиненции не влияют на эффективность сакральной нейромодуляции [99]. Интенсивность и режим стимуляции контролируется пациентом с помощью внешнего устройства [100, 101].

### **3.2.6. Формирование отключающей кишечной стомы**

- Пациентам с недостаточностью анального сфинктера 1-3 степени, у которых все вышеописанные методы коррекции анальной инконтиненции оказались неэффективными, рекомендуется формирование постоянной отключающей стомы (колостомия) [104, 105].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: при неэффективности различных методов коррекции НАС и невозможности применить другие, формирование постоянной стомы позволяет пациенту значительно улучшить качество жизни и повышает его шансы на социальную и трудовую реабилитацию [104, 105]. Таким образом, до 83% пациентов, страдавших анальным недержанием и перенесших колостомию, сообщают о значительном улучшении качества жизни [106].

## **4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

### **4.1. Общие принципы реабилитации**

Реабилитация пациентов с анальным недержанием после хирургических вмешательств подчиняется общим принципам реабилитации пациентов после любых хирургических вмешательств и заключается в профилактике развития гнойно-воспалительных осложнений, кровотечений, несостоятельности швов на мышечных структурах.

### **4.2. Специфическая реабилитация**

- Всем пациентам с недостаточностью анального сфинктера, перенесшим хирургическое вмешательство, в раннем послеоперационном периоде рекомендуется нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта и устранение запоров с целью профилактики расхождения швов на мышечных структурах запирающего аппарата прямой кишки [50-55].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

- Всем пациентам с недостаточностью анального сфинктера, перенесшим хирургическое вмешательство, рекомендуется консервативное лечение (см. пункт 3.1) [39, 48-70, 107].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Всем пациентам с недостаточностью анального сфинктера, перенесшим хирургическое вмешательство в объеме грацилопластики, рекомендуется проведение курса электростимуляции нежной мышцы бедра [39].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: проведение электростимуляции обеспечивает профилактику дегенерации перемещенных мышц, используемых в пластических операциях. Кроме того, она является мощным методом активизации этих мышц, способствуя развитию мышечной силы и тонического напряжения. Различные методики комбинированного лечения применяются:

- в предоперационном периоде для подготовки нежной мышцы бедра к созданию волевого наружного сфинктера;
- в послеоперационном периоде для функциональной коррекции сократительной и нервно-рефлекторной деятельности созданного сфинктера [39].

Рационально использовать нежную мышцу бедра для моделирования наружного сфинктера с последующей ее электростимуляцией и циклами БОС-терапии, направленными на волевое управление сформированным неосфинктером. Эта консервативная терапия предотвращает атрофию перемещенной мышцы, увеличивает ее сократительную способность и формирует возможность сознательного управления неосфинктером.

Продолжительность подготовки мышцы к операции составляет, в среднем, 2 недели. Принцип БОС-терапии заключается в предоставлении пациенту возможности с помощью непрерывного мониторинга физиологических параметров перемещенной мышцы осуществлять целевую перестройку функциональных связей центральной нервной системы, подкрепляя их визуальными, игровыми и другими приемами. Проведение функциональной реабилитации после операции включает три этапа:

1) Первый этап – направлен на обеспечение жизнеспособности перемещенной мышцы и включает электростимуляцию, которая начинается с 14-16 дня после операции.

2) Второй этап – начинает выполняться через три месяца после операции. Он направлен на развитие мышечной силы и работоспособности неосфинктера и включает комплекс мероприятий, обеспечивающий сознательное управление неосфинктером. Комплекс состоит из электростимуляции, лечебной физкультуры, а также методики БОС-терапии анальным сфинктерным электродом под ЭМГ-контролем.

3) Третий этап – проводится через шесть месяцев после операции и направлен на управление неосфинктером с выработкой условного РАИР и повышение тонуса неосфинктера. Это достигается методом БОС-терапии с применением упражнений, направленных на усиление тонического компонента и моделирования функции наполнения прямой кишки с последующей коррекцией удерживающей реакции неосфинктера [39].

## **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

### **5.1. Профилактика**

Профилактика недостаточности анального сфинктера заключается в устранении этиологических факторов, способствующих возникновению симптомов анального недержания и включает:

1) Улучшение качества акушерских пособий, сокращении частоты 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 операций).

3) Улучшение качества периоперационного ведения пациентов.

## 5.2. Диспансерное ведение

- Всем пациентам с недостаточностью анального сфинктера любой формы рекомендуется динамическое наблюдение врачом – колопроктологом с целью своевременного выявления ухудшения функции держания и коррекции проводимой терапии [1, 12, 14].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: при нестабильном эффекте от проводимого лечения (в том числе и после оперативного вмешательства) своевременное обращение к врачу-колопроктологу позволит предотвратить увеличение выраженности явлений анального недержания и выработать дальнейший алгоритм диагностики и лечения в каждой конкретной клинической ситуации.

## 6. Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь организуется и оказывается согласно:

Федеральному закону от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ (с изменениями на 13.06.2023 г.) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Постановлению Правительства Российской Федерации от 17.11.2021 г. N 1968 (ред. от 14.03.2024) "Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6-9 и 11 статьи 37 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 апреля 2010 г. N 206н (ред. от 21.02.2020) "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля"

Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 N 404н (ред. от 28.09.2023) "Об утверждении порядка прохождения профилактического осмотра и диспансеризации у определенных групп населения"

Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.12.2020 N 1363н "Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей, в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования"

Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи"

### 6.1. Показания для госпитализации в медицинскую организацию

Проведение консервативного лечения недостаточности анального сфинктера производится на базе специализированных колопроктологических стационаров, в том числе и в условиях дневного стационара.

Хирургическое лечение недостаточности анального сфинктера осуществляется в условиях специализированных колопроктологических отделений в круглосуточном стационаре.

### 6.2. Показания к выписке пациента из медицинской организации

Показаниями к выписке пациента из стационара являются:

1. Неосложненное течение раннего послеоперационного периода (отсутствие дизурии, повышенной кровоточивости, расхождения мышечных швов и т.п.).
2. Отсутствие гнойно-септических послеоперационных осложнений.

## 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Исход лечения недостаточности анального сфинктера во многом определяется полнотой и качеством реализации диагностической программы, на основании которой возможен выбор оптимального метода лечения.

Отрицательное влияние на результат хирургического лечения оказывают:

1. Присоединение инфекционных осложнений.
2. Нарушение стула (диарея или запор).
3. Несоблюдение пациентом ограничительного режима и диетических рекомендаций.

### Критерии оценки качества медицинской помощи

#### Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при недостаточности анального сфинктера (код по МКБ-10: K62.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога	Да/Нет
2.	Выполнена сфинктерометрия	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное с целью выявления локальных изменений в ЗАПК, наличие и протяженность его дефектов, состояние мышц тазового дна	Да/Нет

#### Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при недостаточности анального сфинктера (коды по МКБ-10: K62.8)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
4.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога	Да/Нет
5.	Выполнена сфинктерометрия	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное с целью выявления локальных изменений в ЗАПК, наличие и протяженность его дефектов, состояние мышц тазового дна	Да/Нет
7.	Проведено консервативное лечение по показаниям	Да/Нет
8.	Проведено хирургическое вмешательство по показаниям	Да/Нет

### Список литературы

1. Шельгин, Ю.А., Благодарный, Л.А. Справочник по колопроктологии. – М.: Литтерра, 2014. – с. 190-212.
2. Шельгин, Ю.А. Сфинктерометрическая градация недостаточности анального сфинктера/Ю.А. Шельгин, О.Ю. Фоменко, А.Ю. Титов, Е.А. Берсенева, А.А. Мудров, С.В. Белоусова//Колопроктология. – 2016. – N 4 (58). – с. 54-59.
3. Shin, G.H. Pregnancy and postpartum bowel changes: constipation and fecal incontinence/G.H.

Shin, E.L. Toto, R. Schey//Am J Gastroenterol. – 2015. – N 110. – p. 521-529.

4. Kepenekci, I. Prevalence of pelvic floor disorders in the female population and the impact of age, mode of delivery, and parity/I. Kepenekci, B. Keskinilic, F. Akinsu//Dis Colon Rectum. – 2011. – N 54. – p. 85-94.

5. Visscher, A.P. Long-term follow-up after surgery for simple and complex cryptoglandular fistulas: fecal incontinence and impact on quality of life/A.P. Visscher, D. Schuur, R. Roos, G.J. Vander Mijnsbrugge, W.J. Meijerink, R.J. Felt-Bersma//Dis Colon Rectum. – 2015. – N 58(5). – p. 533-539.

6. Ternent, C.A. Clinical Practice Guideline for Ambulatory Anorectal Surgery/C.A. Ternent, F. Fleming, M.L. Welton, W.D. Buie, S. Steele, J. Rafferty//Dis Colon Rectum. – 2015. – N 58. – p. 915-922.

7. Bharucha, A.E. Epidemiology, pathophysiology, and classification of fecal incontinence: state of the science summary for the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) workshop/A.E. Bharucha, G. Dunivan, P.S. Goode, E.S. Lukacz, A.D. Markland, C.A. Matthews, L. Mott, R.G. Rogers, A.R. Zinsmeister, W.E. Whitehead, S.S. Rao, F.A. Hamilton//Am J Gastroenterol. – 2015. – N 110. – p. 127-136.

8. Ditah, I. Prevalence, trends, and risk factors for fecal incontinence in United States in adults/I. Ditah, P. Devaki, H.N. Luma, C. Ditah, B. Njei, C. Jaiyeoba, A. Salami, C. Ditah, O. Ewelukwa, L. Szarka//Clin Gastroenterol Hepatol. – 2014. – N 12. – p. 636 – 643. e1 – 2

9. Jerez-Roig, J. Prevalence of fecal incontinence (FI) and associated factors in institutionalized older adults/J. Jerez-Roig, D.L. Souza, F.L. Amaral, K.C. Lima//Arch Gerontol Geriatr. – 2015. – N 60. – p. 425-430.

10. Nelson, R.L. Epidemiology of fecal incontinence/R.L. Nelson//Gastroenterology. – 2004 – N 126 – p. 3-7.

11. Mack, I. Global Prevalence of Fecal Incontinence in Community-Dwelling Adults: A Systematic Review and Meta-analysis/I. Mack, H. Hahn, C. Gödel et al.// – Clin Gastroenterol Hepatol. – 2024. – 22(4). – p. 712-731. e8.

12. Кайзер, А.М. Колоректальная хирургия. Пер. с англ. под ред. Ю.А. Шельгина, С.Е. Урядова. – М.: Издательство Панфилова, 2011. – с. 80 – 91, 192-198, 494-501.

13. Townsend, M.K. Risk factors for fecal incontinence in older women/M.K. Townsend, C.A. Matthews, W.E. Whitehead, F. Grodstein//Am J Gastroenterol. – 2013. – N 108. – p. 113-119.

14. Paquette, I. M. The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guideline for the Treatment of Fecal Incontinence/I. M. Paquette, M.G. Varma, A.M. Kaiser, S.R. Steele, J.F. Rafferty//Dis Colon Rectum. – 2015. – N 58. – p. 623-636.

15. Alavi, K. Fecal Incontinence: Etiology, Diagnosis and Management/K. Alavi, S. Chan, P. Wise, A.M. Kaiser, R. Sudan, L. Bordeianou//J Gastrointest Surg. – 2015. – N 19. – p. 1910-1921.

16. Wexner, S. D. Etiology and management of fecal incontinence/S.D. Wexner, J. M. Jorge//Dis. Colon Rectum. – 1993. – N 36 (1). – p. 77-97.

17. Rockwood, T. H. Patient and surgeon ranking of the severity of symptoms associated with fecal incontinence: the fecal incontinence severity index/T.H. Rockwood, J. M. Church, J.W. Fleshman, et al.//Dis Colon Rectum. – 1999. – N 42. – p. 1525-1532.

18. Cavanaugh, M. Fecal incontinence severity index after fistulotomy. A predictor of quality of life/M. Cavanaugh, N. Hyman, T. Osler//Dis Colon Rectum. – 2002. – N 45. – p. 349-353.

19. Vaizey, C.J. Prospective comparison of fecal incontinence grading systems/C.J. Vaizey, E. Carapeti, J.A. Cahill, M.A. Kamm//Gut. – 1999. – N 44. – p. 77-80.

20. Esther, M.J.B. Critical evaluation of the vaizey score, wexner score and the fecal incontinence quality of life scale for clinical use in patients with faecal incontinence/M.J.B. Esther, J.M.E. Hendriks, C.M.B. Bary, G.M.I. Baeten, R.A. de Bie// – 2007.

21. Rockwood, T.H. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence/T.H. Rockwood, J.M. Church, J.W. Fleshman, et al.//Dis Colon Rectum – 2000. – N 43. – p. 9-16.

22. Macmillan, A.K. Design and validation of a comprehensive fecal incontinence questionnaire/A.K. Macmillan, A.E. Merrie, R.J. Marshall, B.R. Parry//Dis Colon Rectum. – 2008. – N 51. – p. 1502-1522.
23. Rao, S.S. Diagnosis and management of fecal incontinence/S.S. Rao, American College of Gastroenterology Practice Parameters Committee//Am J Gastroenterol. – 2004. – N 99. – p. 1585-1604.
24. Madoff, R.D. Faecal incontinence in adults/R.D. Madoff, S.C. Parker, M.G. Varma, A.C. Lowry//Lancet. – 2004. – N 364. – p. 621-632.
25. Arya, L.A. Metabolites and microbial composition of stool of women with fecal incontinence: Study design and methods/L.A. Arya, H.E. Richter, E. Jelovsek, M. Gantz, S. Cichowski, H. Zyczynski, K. Dyer, N. Siddiqui, C. Carberry, C. Broeckling, C. Morrow, P. Kashyap, S. Meikle//Neurourol Urodyn. – 2018. – N 37(2). – p. 634-641.
26. Zutshi, M. Anal physiology testing in fecal incontinence: is it of any value?/M. Zutshi, L Salcedo, J Hammel, T. Hull//J Colorectal Dis. – 2010. – N 25. – p. 277-282.
27. Yeap, ZH, Diagnostic accuracy of anorectal manometry for fecal incontinence: a meta-analysis/Z.H. Yeap, C. Simillis, S. Qiu, et al.//Acta Chir Belg. – 2017. – 117(6). – p. 347-355.
28. Шельгин, Ю.А. Нормативные показатели давления в анальном канале при неперфузионной манометрии/Ю.А. Шельгин, О.Ю. Фоменко, В.В. Веселов и соавт.//Колопроктология. – 2015. – N 3(53). – с. 4-9.
29. Фоменко, О.Ю. Роль аноректальной манометрии, БОС-терапии и тиббиальной нейромодуляции в диагностике и консервативном лечении анальной инконтиненции у пожилых/О.Ю. Фоменко, С.И. Ачкасов, А.Ю. Титов, Ю.А. Джанаев, Д.В. Алешин, Д.В. Егорова//Клиническая геронтология. – 2015. – N 5 – 6. – с. 16-20.
30. Шельгин, Ю.А. Нормативные показатели давления в анальном канале при сфинктерометрии на приборах S 4402 MSM и WPM Solar GI/Ю.А. Шельгин, О.Ю. Фоменко, А.Ю. Титов, и соавт.//Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – N 8(132). – с. 46-50.
31. Фоменко, О.Ю. Утомляемость мышц наружного анального сфинктера у пациентов с анальной инконтиненцией/О.Ю. Фоменко, Ю.А. Шельгин, Г.В. Порядин, А.Ю. Титов, Е.А. Берсенева, А.А. Мудров, С.В. Белоусова//Патологическая физиология экспериментальная терапия. – 2017. – N 3(61). – с. 69-75.
32. Фоменко, О.Ю. Роль электромиографии в оценке функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки у больных с анальной инконтиненцией/О.Ю. Фоменко, Л.Ф. Подмаренкова, Н.Н. Полетов, Д.В. Алешин//Функциональная диагностика. – 2006. – N 1. – с. 57-67.
33. Подмаренкова, Л.Ф. Роль функциональных методов исследования запирающего аппарата прямой кишки в выявлении патогенетических механизмов анальной и континенции/Л.Ф. Подмаренкова, Э.И. Алиева, Н.Н. Полетов, О.Ю. Фоменко, Д.В. Алешин//Колопроктология. – 2006. – N 2(16). – с. 24-30.
34. Фоменко, О.Ю. Электромиографические исследования сохраненных порций наружного сфинктера при проктэктомии у пациентов с раком нижнеампулярного отдела прямой кишки/О.Ю. Фоменко, Т.С. Одарюк, Д.Ю. Пикунов, В.А. Подмаренков, Ю.А. Джанаев//Функциональная диагностика. – 2006. – N 2. – с. 68-75.
35. Шельгин, Ю.А. Результаты грацилопластики при полной недостаточности анального сфинктера/Н.Н. Полетов, С.В. Нехрикова, О.Ю. Фоменко, В.А. Подмаренков//Хирургия. – 2007. – N 7. – с. 45-50.
36. Фоменко, О.Ю. Роль электромиографии в диагностике анальной инконтиненции/О.Ю. Фоменко//Дисс... канд. мед. наук. – М. – 2007.
37. Фоменко, О.Ю. Нормативные показатели функционального состояния мышц запирающего аппарата прямой кишки по данным нейрофизиологического исследования/О.Ю. Фоменко, Ю.А. Шельгин, А.Ю. Титов, С.В. Белоусова//Нервно-мышечные болезни. – 2017. – N 7.

– с. 39-43.

38. Drossman, D.A. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV/D.A. Drossman//Gastroenterology. – 2016. – N 150. – p. 1262-1279.

39. Фоменко, О.Ю. Коррекция нейромоторной функции нежной мышцы бедра после грацилопластики/О.Ю. Фоменко, А.Ю. Титов, Н.Н. Полетов, Ю.А. Джанаев, И.С. Аносов, Д.В. Алешин//Колопроктология. – 2014. – N 4 (50). – с. 45-50.

40. Фоменко, О.Ю. Механизмы нарушения эвакуаторной и удерживающей функции при заболеваниях прямой кишки и направления патогенетически обоснованной диагностики и терапии/О.Ю. Фоменко//Дисс... докт. мед. наук. – М. – 2018.

41. Parés D. Scores in anal ultrasound findings for the study of faecal incontinence: time for agreement/D. Parés //Colorectal Dis. – 2010. – N 12. – p. 605.

42. Pinsk, I. Assessment of sonographic quality of anal sphincter muscles in patients with faecal incontinence/I. Pinsk, J. Brown, P. T Phang//Colorectal Dis. – 2009. – N 11. – p. 933-940.

43. Titi, M.A. Correlation between anal manometry and endosonography in females with faecal incontinence/M.A. Titi, J.T. Jenkins, A. Urie, R.G. Molloy//Colorectal Dis. – 2008. – N 10. – p. 131-137.

44. Wasserberg, N. Three-dimensional endoanal ultrasonography of external anal sphincter defects in patients with faecal incontinence: correlation with symptoms and manometry/N. Wasserberg, A. Mazaheri, P. Petrone, H. Tulchinsky, Hs. Kaufman//Colorectal Dis. – 2011. – N 13. – p. 449-453.

45. Wiczorek, A.P. Pelvic floor disorders: role of new ultrasonographic techniques/A.P. Wiczorek, A. Stankiewicz, G.A. Santoro, M.M. Woźniak, M. Bogusiewicz, T. Rechberger//World J Urol. – 2011. – N 29(5). – p. 615-623.

46. Маркарьян, Д.Р. Прогноз степени повреждений тазового дна в лечении посттравматического анального недержания/Д.Р. Маркарьян, А.М. Лукьянов, Д.О. Киселев и соавт.//Колопроктология. – 2024. – 23(1). – с. 71-81.

47. Karoui, S. Results of sphincteroplasty in 86 patients with anal incontinence/S. Karoui, A.M. Leroi, E. Koning, J.F. Menard, F. Michot, P. Denis//Dis Colon Rectum. – 2000. – N 43. – p. 813-820.

48. Rosier, P.F. Executive summary: the international Consultation on incontinence 2008-Committee on: "Dynamic testing"; for urinary or fecal incontinence. Part 2: urodynamic testing in male patients with symptoms of urinary incontinence, in patients with relevant neurological abnormalities, and in children and in frail elderly with symptoms of urinary incontinence/P.F. Rosier, L. Szabo, A. Capewell, et al.//Neurourol Urodyn. – 2010. – N 29 – p. 146-152.

49. Norton, C. Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence/C. Norton, S. Chelvanayagam, J. Wilson-Barnett, S. Redfern//Gastroenterology. – 2003. – N 125. – p. 1320-1329.

50. Bliss, D.Z. Supplementation with dietary fiber improves fecal incontinence/D.Z. Bliss, H.J. Jung, K. Savik, et al.//Nurs Res. – 2001. – N 50. – p. 203-213.

51. Bliss, D.Z. Symptoms associated with dietary fiber supplementation over time in individuals with fecal incontinence/D.Z. Bliss, K. Savik, H.J. Jung, R. Whitebird, A. Lowry//Nurs Res. – 2011. – N 60(3). – p. 58-67.

52. Cheetham, M. Drug treatment for faecal incontinence in adults/M. Cheetham, M. Brazzelli, C. Norton, C.M. Glazener//Cochrane Database Syst Rev. – 2003.

53. Palmer, K.R. Double-blind cross-over study comparing loperamide, codeine and diphenoxylate in the treatment of chronic diarrhea/K.R. Palmer, C.L. Corbett, C.D. Holdsworth//Gastroenterology. – 1980. – N 79. p. 1272-1275.

54. Omar, Mi. Drug treatment for faecal incontinence in adults/Mi. Omar, Ce. Alexander//Cochrane Database Syst Rev. – 2013.

55. Bharucha, A.E. Effects of clonidine in women with fecal incontinence/A.E. Bharucha, J.G. Fletcher, M. Camilleri, J. Edge, P. Carlson, A.R. Zinsmeister//Clin Gastroenterol Hepatol. – 2014. – N 12. – p. 843-851. e2.

56. Lacima, G. Long-term results of biofeedback treatment for faecal incontinence: a comparative study with untreated controls/G. Lacima, M. Pera, A. Amador, G. Escaram s, J.M. Piqu//Colorectal Dis. –

2010. – N 12. – p. 742-749.

57. Heymen, S. Randomized controlled trial shows biofeedback to be superior to pelvic floor exercises for fecal incontinence/S. Heymen, Y. Scarlett, K. Jones, et al.//Dis. Colon Rectum. – 2009. – N 52(10). – p. 1730-1737.

58. Schwandner, T. Triple target treatment (3T) is more effective than biofeedback alone for anal incontinence: the 3T-AI study/T. Schwandner, I.R. König, T. Heimerl, et al.//Dis. Colon Rectum. – 2010. – N 53(7). – p. 1007-1016.

59. Дульцев, Ю.В. Анальное недержание/Ю.В. Дульцев, К.Н. Саламов//М.: Медицина, 1993. – 208 с.

60. Forte, M.L. Treatments for Fecal Incontinence/M.L. Forte, K.E. Andrade, M. Butler, A.C. Lowry, D.Z. Bliss, J.L. Slavin, R.L. Kane//Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). – 2016.

61. Фоменко, О.Ю. Роль аноректальной манометрии, БОС-терапии и тиббиальной нейромодуляции в диагностике и консервативном лечении анальной инконтиненции у пожилых/О.Ю. Фоменко, С.И. Ачкасов, А.Ю. Титов и соавт.//Клиническая геронтология. – 2015. – N 5 – 6. – с. 16-20.

62. Thin, N.N. Randomized clinical trial of sacral versus percutaneous tibial nerve stimulation in patients with faecal incontinence/N.N. Thin, S.J. Taylor, S.A. Bremner, et al.//Br J Surg. – 2015. – N 102(4). – p. 349-358.

63. Horrocks, E.J. Systematic review of tibial nerve stimulation to treat faecal incontinence./E.J. Horrocks, N. Thin, M.A. Thaha, et al.//Br. J. Surg. – 2014. – N 101. – p. 457-468.

64. Knowles, C.H. Percutaneous tibial nerve stimulation versus sham Electrical stimulation for the treatment of faecal incontinence in adults (CONFIDeNT): a double-blind, multicentre, pragmatic, parallel-group, randomized controlled trial/C.H. Knowles, E.J. Horrocks, S.A. Bremner, et al.//The Lancet. – 2015. – N 10004 – V.386. – p. 1640-1648.

65. Rao, S.S. Translumbar and transsacral magnetic neurostimulation for the assessment of neuropathy in fecal incontinence/S.S. Rao, E. Coss-Adame, K. Tantiphlachiva, A. Attaluri, J. Remes-Troche//Dis Colon Rectum. – 2014. – N 57(5). – p. 645-652.

66. Фоменко, О.Ю. Магнитная стимуляция мышц тазового дна и запирающего аппарата прямой кишки как метод физиотерапевтического воздействия./О.Ю. Фоменко, А.Ю. Титов, С.Г. Николаев и соавт.//Колопроктология. – 2017. – N 1(59). – с. 68-75.

67. Фоменко, О.Ю. Первый опыт применения экстракорпоральной магнитной стимуляции в лечении недостаточности анального сфинктера/О.Ю. Фоменко, Ю.А. Шельгин, Г.В. Порядин, А.Ю. Титов, В.А. Козлов, С.В. Белоусова//Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2018. – N 62(2). – с. 98-106.

68. Deutekom, M. Plugs for containing faecal incontinence/M. Deutekom, A.C. Dobben//Cochrane Database Syst Rev. – 2015. – N 7. – CD005086.

69. Patel, A.S. Use of Antegrade Continence Enema for the Treatment of Fecal Incontinence and Functional Constipation in Adults. A Systematic Review./A.S. Patel, A. Saratzis, R. Arasaradnam, C. Harmston//Dis Colon Rectum. – 2015. – N 58. – p. 999-1013.

70. Koch, S.M. Colonic irrigation for defecation disorders after dynamic graciloplasty/S.M. Koch, O. Uluda, K. El Naggar, W.G. van Gemert, C.G. Baeten//J Colorectal Dis. – 2008. – N 23. – p. 195-200.

71. Hong, K.D. Midterm outcomes of injectable bulking agents for fecal incontinence: a systematic review and meta-analysis/K.D. Hong, J.S. Kim, W.B. Ji, et al.// – Tech Coloproctol. – 2017. – 21(3). – p. 203-210.

72. Bharucha, A.E. Surgical Interventions and the Use of Device-Aided Therapy for the Treatment of Fecal Incontinence and Defecatory Disorders/A.E. Bharucha, S.S. Rao, A.S. Shin//Clin Gastroenterol Hepatol. – 2017. – N 15(12). – p. 1844-1854.

73. Davis, K.J. Adjuvant biofeedback following anal sphincter repair: a randomized study/K.J. Davis, D. Kumar, J. Poloniecki//Alimentary Pharmacology & Therapeutics. – 2004. – N 20(5). – p. 539-

549.

74. Oom, D.M. Anterior sphincteroplasty for fecal incontinence: is the outcome compromised in patients with associated pelvic floor injury?/D.M. Oom, A.B. Steensma, D.D. Zimmerman, W.R. Schouten//Dis. Colon Rectum. – 2010. – N 53. – p. 150-155.

75. Glasgow, S.C. Long-term outcomes of anal sphincter repair for fecal incontinence: a systematic review/S.C. Glasgow, C. Lowrya//Dis Colon Rectum. – 2012. – N 55. – p. 482-490.

76. Matsuoka, H. Postanal repair for fecal incontinence – is it worthwhile?/H. Matsuoka, C. Mavrantonis, S.D. Wexner, L. Oliveira, R. Gilliland, A. Pikarsky//Dis Colon Rectum. – 2000. – N 43. – p. 1561-1567.

77. Mackey, P. Postanal repair: do the long-term results justify the procedure?/P. Mackey L. Mackey, M.L. Kennedy, et al.//Colorectal Dis. – 2010. – N 12. – p. 367-372.

78. Pescatori, L.C. Sphincteroplasty for anal incontinence/L.C. Pescatori, M. Pescatori//Gastroenterol Rep (Oxf). – 2014. – N 2(2). – p. 92-97.

79. Cera, S.M. Muscle transposition: does it still have a role?/S.M. Cera, S.D. Wexner//Clin Colon Rectal Surg. – 2005. – N 18. – p. 46-54.

80. Barišić, G. Adynamic and dynamic muscle transposition techniques for anal incontinence/G. Barišić, Z. Krivokapić//Gastroenterol Rep (Oxf). – 2014. – N 2(2). – p. 98-105.

81. Gohil, A. J. Graciloplasty for Anal Incontinence – Is Electrical Stimulation Necessary?/A. J. Gohil, A. K. Gupta, M. R. Jesudason, S. Nayak//Ann Plast Surg. – 2019. – N 82(6). – p. 671-678.

82. Garoufalia, Z. Outcomes of graciloplasty in the treatment of fecal incontinence: a systematic review and meta-analysis of the literature/Z. Garoufalia, R. Gefen, S.H. Emile, et al.// – Tech Coloproctol. – 2023. – 27(6). – p. 429-441.

83. Chan, D.S. Meta-analysis of antegrade continence enema in adults with faecal incontinence and constipation/D.S. Chan, R.J. Delicata// – Br J Surg. – 2016. – 103(4). – p. 322-327.

84. Ruthmann, O. Dynamic graciloplasty vs artificial bowel sphincter in the management of severe fecal incontinence/O. Ruthmann, A. Fischer, U.T. Hopt, H.J. Schrag//Chir Z Für Alle Geb Oper Medizin. – 2006. – N 77(10). – p. 926-938.

85. Федоров, В.Д. Дульцев, Ю.В. Проктология. – М.: Медицина, 1984. – с. 136-154.

86. Devesa, J.M. Bilateral gluteoplasty for fecal incontinence/J.M. Devesa, J.M. Madrid, B.R. Gallego, E. Vicente, J. Nuno, J.M. Enriquez//Dis Colon Rectum. – 1997. – N 40(8). – p. 883-888.

87. Hultman, C.S. Restoration of fecal continence after functional gluteoplasty: long-term results, technical refinements, and donor-site morbidity/C.S. Hultman, M.R. Zenn, T. Agarwal, et al.//Ann Plast Surg. – 2006. – N 56. – p. 65-71.

88. Graf, W. Efficacy of dextranomer in stabilised hyaluronic acid for treatment of faecal incontinence (randomised, sham-controlled trial)/W. Graf, A. Mellgren, K.E. Matzel, T. Hull, C. Johansson, M. Bernstein, NASHA Dx Study Group//Lancet. – 2011. – N 377. – p. 997-1003.

89. Maeda, Y. Perianal injectable bulking agents as treatment for faecal incontinence in adults/Y. Maeda, S. Laurberg, C. Norton//Cochrane Data base Syst Rev. – 2013. – (2): CD007959.

90. Hong, K.D. Longterm outcomes of artificial bowel sphincter for fecal incontinence: a systematic review and meta-analysis/K.D. Hong, G. Dasilva, Kalaskarsn, Y. Chong, D.J. Wexners//Am Coll Surg. – 2013. – N 217. – p. 718-725.

91. Wald, A. New treatments for fecal incontinence: up date for the gastroenterologist/A. Wald//Clin Gastroenterol Hepatol. – 2014. – N 12(11). – p. 1783-1788.

92. Kaiser, A.M. Current status: new technologies for the treatment of patients with fecal incontinence/A.M. Kaiser, G.R. Orangio, M. Zutshi, S. Alva, T.L. Hull, P.W. Marcello, D.A. Margolin, J.F. Rafferty, W.D. Buie, S.D. Wexner//Surg Endosc. – 2014. – N 28. – p. 2277-2301.

93. Frascio, M. The SECCA procedure for faecal incontinence (a review)/M. Frascio, F. Mandolino, M. Imperatore, et al.//Colorectal Dis. – 2014. – N 16. – p. 167-172.

94. Wexner, S.D. Factors associated with failure of the artificial bowel sphincter: a study of over 50

cases from Cleveland Clinic Florida/S.D. Wexner, H.Y. Jin, E.G. Weiss, J.J. Noguera, V.K. Li//Dis Colon Rectum. – 2009. – N 52. – p. 1550-1557.

95. Ratto, C. Sacral nerve stimulation in faecal incontinence associated with an anal sphincter lesion (a systematic review)/C. Ratto, F. Litta, A. Parello, L. Donisi, V. DeSimone, G. Zaccone//Colorectal Dis. – 2012. – N 14. – p. 297-304.

96. Maeda, Y. Outcome of sacral nerve stimulation for fecal incontinence at 5 years/Y. Maeda, L. Lundby, S. Buntzen, et al//Annals of Surgery. – 2014. – N 259(6). – p. 1126-1131.

97. Thin, N.N. Systematic review of the clinical effectiveness of neuromodulation in the treatment of faecal incontinence/N.N. Thin, E.J. Horrocks, A. Hotouras, et al//Br J Surg. – 2013. – N 100. – p. 1430-1447.

98. Johnson, B.L. 3rd. Is sacral neuromodulation here to stay? Clinical outcomes of a new treatment for fecal incontinence/B.L. Johnson 3rd, A. Abodeely, M.A. Ferguson, B.R. Davis, J.F. Rafferty, I.M.J. Paquette//Gastrointest Surg. – 2015. – N 19. – p. 15-19.

99. Brouwer, R. Sacral nerve neuromodulation is effective treatment for fecal incontinence in the presence of a sphincter defect, pudendal neuropathy, or previous sphincter repair/R. Brouwer, G. Duthie//Dis Colon Rectum. – 2010. – N 53. – p. 273-278.

100. Rice, T.C. Dynamic Article: Percutaneous Nerve Evaluation Versus Staged Sacral Nerve Stimulation for Fecal Incontinence/T.C. Rice, Y. Quezada, J.F. Rafferty, et al//Dis Colon Rectum. – 2016. – N 59(10). – p. 962-967.

101. DaSilva, G. Recent advances in managing fecal incontinence/G. DaSilva, A. Sirany//F1000Res. – 2019. – 8: F1000 Faculty Rev. – 1291.

102. Pakravan, F. Magnetic anal sphincter augmentation in patients with severe fecal incontinence/F. Pakravan, C. Helmes//Dis Colon Rectum. – 2015. – N 58(1). – p. 109-114.

103. Sugrue, J. Long-term Experience of Magnetic Anal Sphincter Augmentation in Patients With Fecal Incontinence/J. Sugrue, P.A. Lehur, R.D. Madoff, S. McNevin, S. Buntzen, S. Laurberg, A. Mellgren//Dis Colon Rectum. – 2017. – N 60(1). – p. 87-95.

104. Tan, E.K. Surgical strategies for faecal incontinence – a decision analysis between dynamic graciloplasty, artificial bowel sphincter and end stoma/E.K. Tan, C. Vaizey, J. Cornish, A. Darzi, P.P. Tekkis//Colorectal Dis. – 2008. – N 10. – p. 577-586.

105. Colquhoun, P. Correlating the fecal incontinence Quality-of-life score and the sf-36 to a proposed ostomy function index in patients with a stoma/P. Colquhoun, R. Kaiser, G. Weisse, et al//Ostomy Wound Manage. – 2006. – N 52. – p. 68-74.

106. Norton, C. Patients' views of a colostomy for fecal incontinence/C. Norton, J. Burch, M.A. Kamm//Dis Colon Rectum. – 2005. – N 48. – p. 1062-1069.

107. Davis, K.J. Adjuvant biofeed back following anal sphincter repair: (a randomized study)/K.J. Davis, D. Kumar, J. Poloniecki//Aliment Pharmacol Ther. – 2004. – N 20. – p. 539-549.

Приложение А1

### Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

	Ф.И.О.	Ученая степень	Ученое звание	Профессиональная ассоциация
1	Агапов Михаил Андреевич	д.м.н.	Профессор	АКР
2	Аносов Иван Сергеевич	к.м.н.		АКР
3	Ачкасов Сергей Иванович	д.м.н.	Член-корр. РАН	АКР
4	Благодарный Леонид Алексеевич	д.м.н.	Профессор	АКР
5	Грошилин Виталий Сергеевич	д.м.н.	Профессор	АКР

6	Ильканич Андрей Яношевич	д.м.н.	Профессор	АКР
7	Костарев Иван Васильевич	д.м.н.	Доцент	АКР
8	Кузьминов Александр Михайлович	д.м.н.	Профессор	АКР
9	Маркарьян Даниил Рафаэлевич	к.м.н.		АКР
10	Москалев Алексей Игоревич	к.м.н.		АКР
11	Мудров Андрей Анатольевич	д.м.н.	Доцент	АКР
12	Муравьев Александр Васильевич	д.м.н.	Профессор	АКР
13	Попов Дмитрий Евгеньевич	к.м.н.	Доцент	АКР
14	Титов Александр Юрьевич	д.м.н.		АКР
15	Фоменко Оксана Юрьевна	д.м.н.		АКР
16	Фролов Сергей Алексеевич	д.м.н.	Профессор	АКР
17	Хитарьян Александр Георгиевич	д.м.н.	Профессор	АКР
18	Хрюкин Роман Юрьевич	к.м.н.		АКР
19	Шелыгин Юрий Анатольевич	д.м.н.	Академик РАН	АКР

Все члены рабочей группы являются членами ассоциации колопроктологов России.  
Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2

### Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

1. Врачи-колопроктологи.
2. Врачи-хирурги.
3. Врачи-гастроэнтерологи.
4. Врачи-терапевты.
5. Врачи общей практики (семейные врачи).
6. Врачи-эндоскописты.
7. Средний медицинский персонал.
8. Студенты медицинских вузов, ординаторы, аспиранты.

Таблица 1. Шкала оценки УДД (уровней достоверности доказательств) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования

	с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки УДД для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ (рандомизированные клинические испытания) с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки УУР (уровней убедительности рекомендаций) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

### Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР (клинические рекомендации), но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

**Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

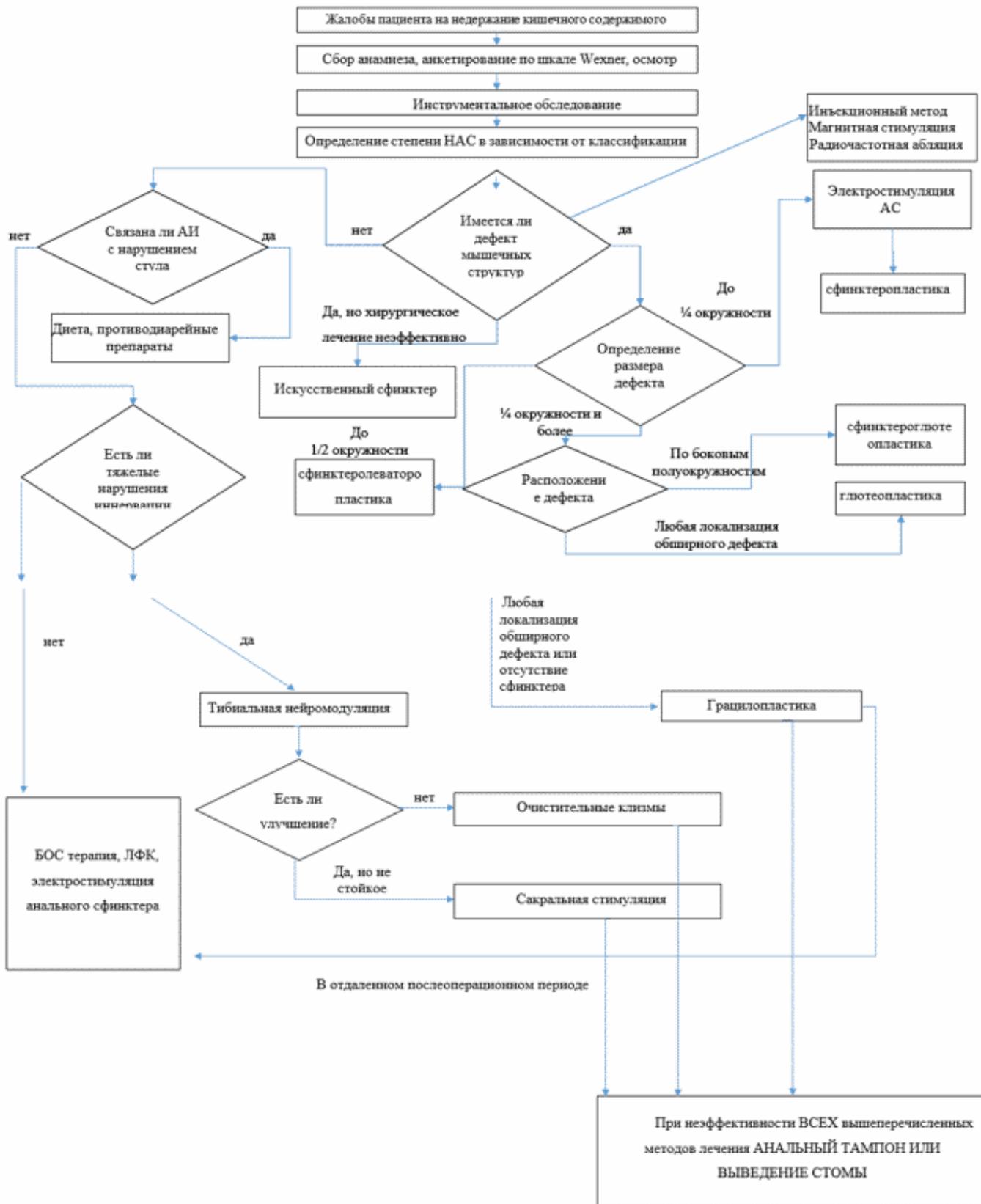
**Таблица 1. Манометрические и балльные параметры различных степеней НАС у мужчин [30]**

Степень НАС	Манометрические показатели (мм.рт. ст.)				Оценка по шкале Векснера (баллы)
	Ср. давление покоя	Макс. давление сокращения	Ср. давление сокращения	Градиент волевого сокращения	
I	32,8-42,0	115,0-120,0	89,5-105,0	$\geq 79,5 <^*>$ (норма)	$\leq 4,2$
II	25,3-32,7	74,9-114,9	53,0-89,4	49,9-77,0	4,3-10,1
III	$\leq 25,2$	$\leq 74,8$	$\leq 52,9$	$\leq 49,8$	$\geq 10,2$

**Таблица 2. Манометрические и балльные параметры различных степеней НАС у женщин [30]**

Степень НАС	Манометрические показатели (мм.рт. ст.)				Оценка по шкале Векснера (баллы)
	Ср. давление покоя	Макс. давление сокращения	Ср. давление сокращения	Градиент волевого сокращения	
I	36,3-40,0	97,4-109,0	68,8-87,0	$\geq 73,6 <^*>$ (норма)	$\leq 6,3$
II	26,9-36,2	61,9-97,3	46,0-68,7	35,9-58,0	6,4-10,7
III	$\leq 26,8$	$\leq 61,8$	$\leq 45,9$	$\leq 35,8$	$\geq 10,8$

### Алгоритмы действий врача



**Информация для пациента**

Нет.

Приложение Г1-ГН

**Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях**

Приложение Г1

**Название на русском языке: шкала оценки анальной континенции Wexner**

Оригинальное название (если есть): Continence Grading Scale

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Wexner, S. D. Etiology and management of fecal incontinence/S.D. Wexner, J. M. Jorge//Dis. Colon Rectum. – 1993. – N 36 (1). – p. 77-97.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки;

- индекс;

- вопросник;

- другое (уточнить) \_\_\_\_\_

Назначение: опросник применяется для субъективной оценки пациентом тяжести симптомов анального недержания, а также влияния НАС на качество жизни.

Содержание (шаблон):

Факторы	Частота				
	Никогда	Редко (меньше 1 раза в месяц)	Иногда (меньше 1 раза в неделю, но больше 1 раза в месяц)	Обычно (меньше 1 раза в день, но больше раза в неделю)	Всегда (больше 1 раза в день)
Твердый стул	0	1	2	3	4
Жидкий стул	0	1	2	3	4
Газы	0	1	2	3	4
Ношение прокладок	0	1	2	3	4
Изменение образа жизни	0	1	2	3	4

Ключ (интерпретация): оценка результатов после суммирования баллов:

"0" баллов – полное держание, "20" баллов – полное анальное недержание.

Пояснения: преимущества – простота и практичность, легко использовать и интерпретировать.

Недостатки – система основана только на оценке субъективных данных, отсутствие объективных параметров; не учитывает психологическое состояние пациента.

Приложение Г2

### **Название на русском языке: Шкала оценки степени недержания Fecal Incontinence Severity Index (FISI)**

Оригинальное название (если есть): Fecal Incontinence Severity Index (FISI)

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Rockwood, T. H. Patient and surgeon ranking of the severity of symptoms associated with fecal incontinence: the fecal incontinence severity index/T.H. Rockwood, J. M. Church, J.W. Fleshman, et al.//Dis Colon Rectum. – 1999. – N 42. – p. 1525-1532

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки;
- индекс;
- вопросник;
- другое (уточнить): \_\_\_\_\_

Назначение: опросник применяется для субъективной оценки пациентом тяжести симптомов анального недержания, а также влияния НАС на качество жизни.

Содержание (шаблон):

Недержание газов:

- никогда (0 баллов);
- от 1 до 3 раз в месяц (4 балла);
- 1 раз в неделю (6 баллов);
- 2 и более раз в неделю (8 баллов);
- 1 раз в день (11 баллов);
- 2 и более раз в день (12 баллов).

Недержание слизи:

- никогда (0 баллов);
- от 1 до 3 раз в месяц (3 балла);
- 1 раз в неделю (5 баллов);
- 2 и более раз в неделю (7 баллов);
- 1 раз в день (10 баллов);
- 2 и более раз в день (12 баллов).

Недержание жидкого стула:

- никогда (0 баллов);
- от 1 до 3 раз в месяц (8 балла);
- 1 раз в неделю (10 баллов);
- 2 и более раз в неделю (13 баллов);
- 1 раз в день (17 баллов);
- 2 и более раз в день (19 баллов).

Недержание твердого стула:

- никогда (0 баллов);
- от 1 до 3 раз в месяц (8 балла);
- 1 раз в неделю (10 баллов);
- 2 и более раз в неделю (13 баллов);
- 1 раз в день (16 баллов);
- 2 и более раз в день (18 баллов).

Ключ (интерпретация): Шкала FISI состоит из 4 вопросов с 6 вариантами ответов каждый. Таким образом, чем больше баллов от 0 до 61, тем тяжелее НАС. Установлено, что значительное снижение качества жизни наблюдается от 30 баллов и выше.

Пояснения: от других шкал она отличается тем, что более тяжелым симптомам недержания соответствует большее количество баллов чем симптомам, снижающим качество жизни в меньшей степени.

## Приложение Г3

### Название на русском языке: Шкала оценки недержания St. Marks Incontinence Score или Vaizey Score

Оригинальное название (если есть): St. Marks Incontinence Score или Vaizey Score

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Vaizey, C.J. Prospective comparison of fecal incontinence grading systems/C.J. Vaizey, E. Carapeti, J.A. Cahill, M.A. Kamm//Gut. – 1999. – N 44. – p. 77-80.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки;

- индекс;

- вопросник;

- другое (уточнить): \_\_\_\_\_

Назначение: применяется для субъективной оценки пациентом тяжести симптомов анального недержания, а также влияния НАС на качество жизни

Содержание (шаблон):

Факторы	Частота				
	Никогда	Редко (меньше 1 раза в месяц)	Иногда (меньше 1 раза в неделю, но больше 1 раза в месяц)	Обычно (меньше 1 раза в день, но больше раза в неделю)	Всегда (больше 1 раза в день)
Твердый стул	0	1	2	3	4
Жидкий стул	0	1	2	3	4
Газы	0	1	2	3	4
Изменение образа жизни	0	1	2	3	4
				нет	да
Необходимость ношения прокладки или тампона				0	2
Необходимость приема препаратов, закрепляющих стул				0	2
Невозможность отложить дефекацию более чем на 15 минут				0	4

Ключ (интерпретация): минимальный балл = 0 – идеальное держание; максимальный балл = 24 – полное анальное недержание.

Пояснения имеет незначительные отличия от шкалы Векснера, заключающиеся в наличии дополнительных вопросов, касающихся приема препаратов, закрепляющих стул и возможности отложить дефекацию, что делает данную классификацию менее понятной, вследствие чего она используется реже.

## Приложение Г4

**Название на русском языке: Шкала оценки качества жизни (FIQL)**

Оригинальное название (если есть): Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL)

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Rockwood, T.H. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence/T.H. Rockwood, J.M. Church, J.W. Fleshman, et al.//Dis Colon Rectum – 2000. – N 43. – p. 9-16.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки;

- индекс;

- вопросник;

- другое (уточнить): \_\_\_\_\_

Назначение: применяется для субъективной оценки пациентом тяжести симптомов анального недержания, а также влияния НАС на качество жизни.

Содержание (шаблон):

Q1	В общем, Вы оцениваете состояние своего здоровья как:					
1.	Отличное					
2.	Очень хорошее					
3.	Хорошее					
4.	Удовлетворительное					
5.	Плохое					
Q2	Для каждого из нижеперечисленных пунктов, пожалуйста отметьте, как часто это происходит из-за недержания кишечного содержимого. Если это происходит по другим причинам, не связанным с недержанием кишечного содержимого, сделайте отметку в графе "Не применимо" (Н/П).					
	Из-за периодического недержания кала	Большую часть времени	Некоторую часть времени	Иногда	Никогда	Н/П
a.	Я боюсь выходить на улицу	1	2	3	4	
b.	Я избегаю посещать друзей	1	2	3	4	
c.	Я боюсь ночевать вне своего дома	1	2	3	4	
d.	Мне трудно посещать общественные места и мероприятия (кино, театр, церковь и т.д.)	1	2	3	4	
e.	Я сокращаю прием пищи, если мне	1	2	3	4	

	нужно быть вне дома					
f.	Всегда, когда я нахожусь вне дома, я стараюсь быть поблизости от туалета	1	2	3	4	
g.	Для меня важно спланировать свой день в зависимости от "поведения" моего кишечника.	1	2	3	4	
h.	Я избегаю путешествий	1	2	3	4	
i.	Я беспокоюсь, что не смогу попасть в туалет вовремя	1	2	3	4	
j.	Я чувствую, что не могу контролировать опорожнение моего кишечника	1	2	3	4	
k.	Я не могу удерживать стул достаточно долго, чтобы попасть в туалет	1	2	3	4	
l.	У меня бывает недержание стула, которое я даже не ощущаю	1	2	3	4	
m.	Я пытаюсь предотвратить периодическое недержание кала находясь поблизости от туалета	1	2	3	4	

Q3	Пожалуйста, отметьте СОГЛАСНЫ Вы или НЕ СОГЛАСНЫ с нижеперечисленным, по причине недержания кишечного содержимого. (Если это происходит по другим причинам, не связанным с недержанием кишечного содержимого, сделайте отметку в графе: Не Применимо. (Н/П).)					
ИЗ-ЗА ПЕРИОДИЧЕСКОГО НЕДЕРЖАНИЯ КАЛА		Согласен полностью	В основном согласен	Согласен отчасти	Полностью не согласен	н/п
a.	Я испытываю чувство	1	2	3	4	

	стыда							
b.	Не могу делать многие вещи, которые хотел бы делать	1	2	3		4		
c.	Я беспокоюсь из-за периодического недержания кала	1	2	3		4		
d.	Я чувствую себя подавлено	1	2	3		4		
e.	Меня беспокоит, что окружающие ощущают запах от меня	1	2	3		4		
f.	Я не чувствую себя здоровым человеком	1	2	3		4		
g.	Я в меньшей степени испытываю наслаждение жизнью	1	2	3		4		
h.	Я реже вступаю в интимные отношения, чем мне хотелось бы	1	2	3		4		
i.	Я чувствую себя другим человеком, по сравнению с окружающими	1	2	3		4		
j.	Мысль о том, что я могу не удержать кишечное содержимое постоянно присутствует	1	2	3		4		
k.	Я боюсь вступать в интимные отношения	1	2	3		4		
l.	Я избегаю поездок на поезде или самолете	1	2	3		4		
m.	Я избегаю приема пищи вне дома	1	2	3		4		
n.	Всегда, когда я попадаю в новое место, я выясняю, где находится туалет	1	2	3		4		

Q4 В течение последнего месяца Вы чувствовали себя настолько упавшим духом, потерявшим всякую надежду и мужество или у вас было такое количество проблем, что Вы задавались вопросом, имеет ли смысл дальнейшая жизнь?

1. Совершенно верно. У меня и сейчас есть подобные мысли
2. Верно
3. Иногда подобные мысли появлялись
4. Подобные мысли посещали редко, но достаточно, чтобы беспокоить меня
5. Практически нет
6. Не чувствовал себя подобным образом

Ключ (интерпретация):

Шкала 1 Образ жизни, 10 пунктов: Q2a, Q2b, Q2c, Q2d, Q2e, Q2g, Q2h, Q3b, Q3l, Q3m

Шкала 2 Копинг/поведение, 9 пунктов: Q2f, Q2i, Q2j, Q2k, Q2m, Q3d, Q3h, Q3j, Q3n

Шкала 3 Депрессия/самооценка, 7 пунктов: Q1, Q3d, Q3f, Q3g, Q3i, Q3k, Q4.

Шкала 4 Разочарованность: Q2l, Q3a, Q3e

Пояснение: психометрический метод, основанный на анализе четырех независимых качественных шкал, отражающих влияние анальной инконтиненции на образ жизни, поведение, самооценку и совокупное влияние этих факторов на качество жизни. Преимуществом данного метода оценки является обоснованная, специфичная по отношению к заболеванию анкета шкалы качества жизни при недержании кала, заполняемая пациентом, оценка прямого и субъективного влияния инконтиненции на состояние больного. В то же время огромным недостатком является сложность шкалы, что значительно затрудняет подсчет баллов.

Новые, изданные в 2020-2024 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

[http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie\\_rekomendacii\\_protokoly\\_lechenija/54](http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54).



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.