

ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ СФИНКТЕРА ЗАДНЕГО ПРОХОДА

Алиев Э.А.

УДК: 616.352-008.22-07-08

1 Азербайджанский Медицинский Университет. г. Баку, Азербайджан

Резюме

В данной работе анализировали причины возникновения анального недержания и на основе этого разрабатывали меры профилактики анальной инконтиненции. С 1990 по 2009 гг. в Клиническом Медицинском центре г. Баку находились на лечении 240 больных с различными формами недостаточности анального сфинктера. Из них были 98 (40,8%) мужчин и 142 (59,3%) женщины в возрасте от 14 до 64 лет. Различали 5 причин возникновения недостаточности сфинктера заднего прохода: врожденную, послеоперационную, послеродовую, посттравматическую и функциональную. Наиболее частой причиной нарушения функции анального жома являются оперативные вмешательства при заболеваниях дистального отдела прямой кишки и промежности (39,2%). Среди них на первом месте стоят операции, выполненные по поводу свищей прямой кишки (61,7%). В 25,8% случаев недостаточность сфинктера заднего прохода возникает в результате родовой травмы. При выборе хирургической тактики в лечении недостаточности анального жома наряду со степенью сфинктерной недостаточности необходимо учитывать анатомические изменения анального канала и промежности и объем мышечного дефекта сфинктера.

Ключевые слова: недостаточность анального сфинктера, запирающий аппарат прямой кишки.

Анальное недержание является одной из сложных, можно сказать ключевых проблем колопроктологии. Эффективность многих оперативных вмешательств, выполняемых на прямой кишке и промежности, определяется, прежде всего, возможностью нормального удержания кишечного содержимого [1, 2, 3, 5, 10, 13, 16]. Анальное недержание ведет к инвалидизации и обрекает больных на мучительное существование, исключает их из активной социально-трудовой жизни, нередко препятствует созданию или сохранению семьи, наносит серьезную психическую травму.

До настоящего времени в нашей стране недостаточно опубликованы значительные исследования по этой проблеме. За рубежом имеются отдельные работы, но в них не обобщены все аспекты проблемы диагностики, профилактики и лечения анального недержания [6, 7, 9, 14, 15, 17, 18]. В большинстве случаев авторами используются только хирургические вмешательства. Число больных, даже в наиболее фундаментальных работах, редко превышает 100 человек. Это, казалось бы, достаточное количество наблюдений, распределяется на небольшие группы в зависимости от форм недостаточности, что снижает достоверность выводов. В исследованиях приводятся клинические данные и результаты сфинктерометрии, на которых и основывается классификация и выбор лечения. Неудовлетворительные результаты при этом достигают 30–40% [4, 8, 11, 12, 19, 20].

Цель данной работы – анализировать причины возникновения анального недержания и на основе этого разрабатывать меры профилактики анальной инконтиненции.

CAUSES AND PROPHYLAXIS OF ANAL SPHINCTER INCONTINENCE

Aliyev E.A.

This study is based on analysis of causes of anal incontinence and work up of methods of its prophylaxis. 240 patients with various types of anal sphincter incontinence have been treated in the Clinical Medical Centre of Baku city 1990 through 2009. There were 98 (40,8%) males and 142 (59,2%) females aged 14–64 years. There were 5 types of anal sphincter incontinence: congenital, postoperative, postpartum, posttraumatic, and functional. The most frequent cause for anal sphincter's function disorder was surgery on the distal rectum and perineum (39,2%). Among them the first position was taken by surgery for fistula-in-ano (61,7%). In 25,8% cases anal sphincter incontinence occurred after delivery trauma. The choice of surgical tactics for treatment of anal sphincter incontinence should consider the degree of sphincter incontinence as well as anatomical changes of anal canal and perineum and size of muscle defect of the sphincter.

Keywords: anal insufficiency, obturative apparatus rectum.

Материал и методы

С 1990 по 2009 гг. в Клиническом Медицинском центре г. Баку находились на лечении 240 больных с различными формами недостаточности анального сфинктера. Из них были 98 (40,8%) мужчин и 142 (59,2%) женщины в возрасте от 14 до 64 лет. В клинике все больные комплексно обследованы. Физиологические методы, применяемые нами, позволяют определить нарушения на различных уровнях сложной системы удержания фекалий. Комплекс исследований включает сфинктерометрию, электромиографию, баллонографию с изучением анального жома и ректоанального рефлексов, эндоанальное ультразвуковое исследование.

Сфинктерометрия – метод измерения силы анального жома. Нами используется модифицированный сфинктерометр собственной конструкции. С его помощью мы получаем суммарную характеристику силы сфинктера в граммах в покое (тонус) и при произвольном сокращении (максимальное усилие). По величине тонуса нельзя достоверно судить о доле участия в удержании, фекалий наружного и внутреннего сфинктеров. С помощью сфинктерометрии можно составить достаточно точное представление о произвольном сокращении поперечно-полосатых мышц запирающего аппарата, т.е. о величине волевых сокращений наружного сфинктера.

Электромиография – метод, характеризующий возбудимость мышечной ткани запирающего аппарата прямой кишки в покое, при произвольных и рефлекторных реакциях. Он указывает на состояние не только мышц, но и периферической и центральной нервной системы. Использование сегментарных электродов позволяет выявить даже небольшие дефекты мышечной ткани.

Анальный рефлекс позволяет судить о нервно-рефлекторных связях наружного сфинктера, что имеет большое значение в дифференциальной диагностике аноректальных пороков. Ректоанальный рефлекс – реакции сфинктеров на растяжение прямой кишки баллоном или кишечным содержимым. Этим исследованием определяется порог ректальной чувствительности, т.е. объем баллона, введенного в прямую кишку, при котором происходит объективное ощущение наполнения прямой кишки и максимально переносимый объем.

Эти исследования, дополненные результатами УЗИ, манометрии и исследованиями моторной активности кишки, дают развернутую картину состояния нервно-мышечного аппарата прямой кишки, участвующего в акте удержания фекалий.

Результаты и обсуждение

Как и большинство исследователей, мы условно различаем пять причин возникновения недостаточности сфинктера заднего прохода: врожденную, послеоперационную, послеродовую, посттравматическую и функциональную. Такое разделение, несмотря на условность, позволяет в определенной степени выявить этиологию заболевания и, следовательно, наметить тактику лечения. Анализ причин возникновения анального недержания имеет чрезвычайно важное значение еще и потому что, зная их, можно наметить меры профилактики. Мы уверены, что с развитием проктологических служб удастся значительно снизить частоту, например, послеоперационную и послеродовую недостаточность сфинктера заднего прохода. Под нашим наблюдением находилось 240 больных с недостаточностью анального жома. Рассмотрим коротко этиологические факторы.

Пороки развития прямокишечно-заднепроходной области встречаются у одного из 1000–5000 новорожденных. Большинство таких больных подвергаются лечению сразу после рождения по жизненным показаниям. Больные с компенсированными формами пороков развития обращаются за медицинской помощью в более позднем возрасте.

В настоящее время часто разделяют аноректальные пороки развития по отношению к уровню мышцы, поднимающей задний проход на высокие супралеваторные, промежуточные и низкие сублеваторные или промежностные. Это положение легло в основу международной классификации, принятой на Международном конгрессе детских хирургов в Мельбурне в 1970 г. Недостаточность сфинктера заднего прохода при аноректальных пороках развития может быть обусловлена врожденным отсутствием, или недоразвитием мышц запирающего аппарата прямой кишки, повреждением их во время проктопластики.

Несмотря на то, что большинству больных с аноректальными пороками развития медицинскую помощь оказывают сразу после рождения, такие пациенты могут встречаться и в общехирургическом стационаре для

взрослых. По нашим данным среди больных с различными видами недостаточности сфинктера 7,5% составляют взрослые, у которых причиной инконтиненции послужили аноректальные пороки развития. Наиболее тяжелая форма недержания кишечного содержимого обусловлена врожденным отсутствием мышечных образований запирающего аппарата прямой кишки.

Во многих случаях причиной образования недостаточности сфинктера заднего прохода являются предшествующие оперативные вмешательства, выполненные по поводу аноректальных пороков развития без учета анатомо-физиологических особенностей запирающего аппарата. Из 240 наших больных у 18-ти была врожденная недостаточность анального сфинктера.

Не касаясь специально веских аноректальных пороков, остановимся на некоторых низких аномалиях развития и последствиях оперативных вмешательств, которые нам приходилось наблюдать (10 больных).

Основными низкими аномалиями являются эктопированный и неперфорированный задний проход. Некоторые исследователи считают эктопированным нормально функционирующий и сформированный задний проход, расположенный на необычном месте, другие же расценивают этот порок как свищевую форму атрезии.

Из 18 больных у 8 была низкая аномалия (особенно женского пола) у этих больных был вестибулярный и вульварный задний проход. В первом случае прямая кишка направляется непосредственно к преддверию влагалища, не образуя кармана, прилежащего к коже в проекции заднего прохода. Во втором случае прямая кишка расширяясь, образует карман, расположенный близко к коже промежности, имитируя как бы неперфорированный задний проход с вагинальным свищем ниже девственной плевы. В этом и другом случае, как правило, нормально развиты мышцы, поднимающие задний проход, на обычном месте расположен наружный сфинктер, а мышечное утолщение в области свища влагалища, куда открывается прямая кишка, представляет собой как внутренний сфинктер. Если эти состояния не дифференцируют, то оперативные вмешательства напоминают тактику при неперфорированном заднепроходном отверстии, выполняют проктотомию.

У больных с неперфорированным заднепроходным отверстием мышечный аппарат тазового дна и сфинктеров сформирован правильно, но отверстие заднего прохода перекрыто кожной мембраной, через которую просвечивает меконий (у нас один случай из 8-ми), правильное выполнение оперативного вмешательства предусматривает рассечение кожной мембраны в центре окружности, образуемой сфинктером. При недостаточности запирающего аппарата прямой кишки не всегда удается определить сфинктер и повреждение жома заднего прохода.

При этом сфинктер рассекают не только передне-задним, но и в боковом направлении, поэтому он и не может полноценно функционировать. В некоторых слу-

чаях перфорацию производят вообще вне сфинктера и формируют промежностный свищ, а в стороне от него располагается неповрежденный сфинктер.

Подобные повреждения сфинктера мы встретили и у больных с другой аномалией развития – сужением заднего прохода, протяженность суженного участка может быть ограничена уровнем кожи, но иногда он распространяется на всю длину заднепроходного канала. Как правило, у таких больных производили рассечение сфинктера, после чего, как правило, повреждали сфинктер.

Таким образом, у взрослых больных главными причинами инконтиненции служит врожденное отсутствие или недоразвитие мышечных волокон сфинктера заднего прохода и повреждение запирающего аппарата прямой кишки при выполнении оперативных вмешательств по поводу этих аномалий развития. Основными мерами профилактики этого вида недостаточности сфинктера является своевременная диагностика аномалий и адекватное лечение детей.

Другой частой причиной формирования недостаточности сфинктера является операционная травма при выполнении хирургических вмешательств по поводу различных заболеваний промежности и прямой кишки. У 39,2% больных, находившихся под нашим наблюдением причиной недостаточности сфинктера, послужили именно оперативные вмешательства на прямой кишке и промежности, после операций по поводу острого (10 больных – 10,6%) и хронического (58 больных – 61,7%) парапроктита, прямокишечно-влагалищного свища (6 больных – 6,4%), трещине заднего прохода (5 больных – 5,3%), после геморроидэктомии (10 больных – 10,6%).

Из причин возникновения недостаточности сфинктера после операции по поводу хронического парапроктита мы считаем основными: 1) неправильный выбор метода операции; 2) осложнение в послеоперационном периоде.

Выбор способа операций без учета клинко-морфологических особенностей свища часто приводит не только к его рецидиву, но и к развитию недостаточности сфинктера.

Существенное влияние в этом плане оказывает выбор метода операции в зависимости от степени сложности свища, т.е. от выраженности рубцового и воспалительного процесса в стенке прямой кишки и параректальных клетчаточных пространствах таза. Так, операция по Рыжиху – иссечение свища с ушиванием его культи с дозированной трансанальной сфинктеротомией, возможно только при I степени сложности, когда рубцовые и воспалительные изменения отсутствуют. При рубцовом процессе в заднепроходном канале дозированная сфинктеротомия сопряжена с опасностью развития недостаточности сфинктера, в таких случаях рана в заднепроходном канале заживает повторным грубым рубцом.

Операция иссечения экстрасфинктерного свища в просвет прямой кишки приводит к недостаточности

сфинктера, так как рана сфинктера заживает грубым рубцом, замещающим пересеченные мышечные структуры. У больных без воспалительных изменений целесообразно выполнять иссечение свища с ушиванием сфинктера. Однако, у больных с гнойным процессом в промежности такая операция часто вызывает недостаточность сфинктера вследствие несостоятельности швов, наложенных на сфинктер.

Лигатурный метод операции применяется в сложных случаях. Если при экстрасфинктерном расположении свищевого хода в клетчаточных пространствах таза имеются гнойные полости и обширный рубцовый процесс, то недостаточность сфинктера возникает довольно часто. Много зависит от сроков затягивания лигатуры и ритма заживления операционной раны и др.

Наиболее шадящим методом оперативного лечения экстрасфинктерных свищей является пластическая операция с перемещением слизистой оболочки прямой кишки. При выраженных воспалительных процессах показания к этим операциям ограничены в связи с опасностью рецидива свища. Даже в специализированных проктологических отделениях количество осложнений и рецидивов колеблется от 10 до 17,6%.

Второй по частоте причиной послеоперационной недостаточности анального сфинктера является операционное осложнение, связанное с грубыми манипуляциями на сфинктере, нагноением раны, несостоятельностью швов, длительной тампонадой раны.

Таким образом, адекватный метод операции при хроническом парапроктите, следует выбирать с учетом отношения свищевого хода к сфинктеру, степени развития рубцового процесса и другие предупреждающие нагноения её – все эти меры профилактики предупреждают недостаточность сфинктера.

Функция держания содержимого после операции острого парапроктита нарушается в тех случаях, когда при вскрытии гнойника пересекают сфинктер, поэтому большое значение имеют направление разрезов.

При подкожном и подслизистом парапроктитах производят радиальный разрез. Этим разрезом одновременно вскрывают гнойную полость и ликвидируют внутреннее отверстие абсцесса. При ишиоректальной локализации гнойника целесообразен полученный разрез при экстрасфинктерном расположении свищевого хода, а также во всех случаях пельвиоректальной локализации гнойников радиальные разрезы для вскрытия гнойника недопустимы, они неизбежно ведут к пересечению сфинктера, плохому заживлению, после этого образуют грубый рубец и это приводит к инконтиненции. В таких случаях следует делать полулунный разрез в 3–4 см от края заднего прохода. Ликвидация внутреннего отверстия гнойника в таких случаях должна проводиться выборочно, иногда отсрочено.

Одной из главных причин развития послеоперационной недостаточности анального сфинктера после операции по поводу острого парапроктита в отдаленном

периоде является формирование рубцово-склеротических процессов в анальном канале и промежности в результате операционной травмы и раневых гнойных осложнений. Профилактические меры недостаточности анального сфинктера должны быть нацелены, как на выбор адекватного способа операции, так и на обеспечение ускоренного и качественного заживления послеоперационной раны промежности.

По литературным данным в 6,3% случаев недостаточность сфинктера возникает после операции прямокишечно-влагалищных свищей. Недостаточность сфинктера заднего прохода мы наблюдали у 6,4% больных. У наших больных, получивших лечение (операция), это возникло после длительного тампонирования раны прямой кишки. Для того, чтобы не образовался грубый рубец, надо максимум 2 дня после операции тампонировать рану. Ежедневные перевязки и предупреждение нагноения раны является одновременно и профилактикой недостаточности анального жома.

По данным А.М. Аминова (1973) и Ю.В. Дульцева (1993) после операции иссечения трещины заднего прохода недостаточность сфинктера отмечена у 28% больных. При иссечении трещины с передней или задней сфинктеротомией недостаточность сфинктера отмечалась больше. При операции по поводу трещины заднего прохода за рубежом рекомендуют делать боковые сфинктеротомии (недостаточность сфинктера заднего прохода бывают меньше). Мы являемся сторонниками дифференциального метода оперативного лечения анальных трещин.

Нарушение функции сфинктера заднего прохода исключительно редкое осложнение при современных методах хирургического лечения геморроя. В группе больных с недостаточностью ранее перенесших операции на дистальном отделе прямой кишки и промежности, у 10,6% геморроидэктомия привела к развитию недостаточности сфинктера заднего прохода у наших больных.

По данным ряда авторов, функция сфинктера нарушается у 1,4–7,2% больных, перенесших геморроидэктомию. Причинами этого осложнения в основном нагноение раны после операции.

Некоторые авторы (Федоров В.Д., Каплатадзе З.И. и др., 1984) отмечают, что после операции по поводу дермоидной кисты копчика (когда киста локализуется ближе стенки прямой кишки) может быть недостаточность анального жома.

Родовая травма вызывает недостаточность сфинктера заднего прохода у 25,8% обследованных больных. Разрыв промежности в родах III степени характеризуется повреждением сфинктера и стенки прямой кишки. Ушиванием разрывов через все слои нередко сопровождается нагноением раны и это ведет к недостаточности сфинктера заднего прохода.

Различают два механизма разрыва промежности. Первый (изнутри кнаружу) наблюдается при родах с оперативными пособиями. Второй (снаружи внутрь) встречается чаще при сочетании быстрых самопроизвольных

родов и недоразвития влагалища. При самостоятельном заживлении раны после разрыва происходит деформация промежности и стенок заднепроходного канала за счет рубцового процесса и нарушения, анатомических взаимоотношений тканей.

В таких случаях разрыв всегда производят по средней линии через щель, которая образуется между порциями лобково-прямокишечной мышцы. Под воздействием травмы они расходятся в стороны, причем их еще подтягивают за собой края поврежденного сфинктера, в волокна которого они вплетаются. Мышца, поднимающая задний проход, смещается латерально от средней линии без выраженного повреждения мышечной ткани, что позволяет в дальнейшем использовать ее для реконструкции запирающего аппарата прямой кишки и промежности. В тех случаях, когда свежий разрыв промежности не был ушит или рана нагноилась и заживает вторичным натяжением, промежность деформируется рубцовым процессом, захватывающим прямую кишку и влагалище. В этих случаях нередко образуется клоаками ректовагинальный свищ.

В литературе мало работ о частоте недостаточности сфинктера заднего прохода у женщин, оперированных по поводу разрыва промежности в родах.

В связи с этим мы предприняли специальное исследование, было проанализировано 62 истории родов в родильном доме Клинического Медицинского Центра. У них возникли разрывы промежности, в том числе у 32 больных I степени, у 25 – II степени, у 5 – III степени. Отдаленные результаты лечения разрывов промежности изучены нами у 51 рожениц, в сроки от 1 года до 6 лет. После ушивания разрыва промежности I степени функция сфинктера заднего прохода не нарушалась. Эти женщины не предъявляли каких-либо жалоб на неудовлетворительную функцию жома, хотя при специальном обследовании выявлено, что у 20 больных следует относить к группе риска, поскольку у них имелось расхождение передних порций мышцы поднимающей задний проход и поэтому даже минимальные оперативные вмешательства в области заднего прохода могут привести к анальному недержанию.

У 15 женщин, перенесших разрыв промежности II степени, несмотря на то, он был ушит, выявлена недостаточность сфинктера заднего прохода, а при разрыве промежности III степени у всех диагностировано слабость жома различной выраженности.

Детальный анализ историй родов, изучение отдаленных результатов лечения разрыва промежности во время родов с проведением специальных функциональных исследований позволил нам выявить комплекс причин возникновения недостаточности жома заднего прохода у рожениц, перенесших разрывы промежности II и III степени.

Одна из этих причин является недостаточная осторожность врачей в отношении рожениц с веским риском травмы промежности в родах, что ведет к непол-

ноценной предоперационной подготовке их. Еще более важной причиной возникновения анального недержания у таких рожениц служит неадекватное ушивание разрыва промежности, когда операцию выполняет хирург без ассистента, используя в качестве шовного материала шелк и прошивая слизистую оболочку прямой кишки. Кроме того, неправильная техника операции, когда производится лишь ушивание разрыва без сочетания с леваторопластикой, ведет к возникновению слабости мышечно-фациального аппарата тазового дна.

Причиной анального недержания, естественно, является и неушитый сразу же после родов разрыв промежности. Немаловажное значение имеют и организационные моменты. Так, отсутствие должного контакта акушеров и проктологов ведет к тому, что многие больные не получив своевременно рекомендации о дальнейшем лечении практически остаются без медицинской помощи.

Детальный анализ судьбы женщин, перенесших разрывы промежности в родах, позволил нам дать практические рекомендации по профилактике у них анального недержания. Проктологи и акушеры-гинекологи должны иметь тесный контакт при определении мер профилактики этой травмы у женщин с повышенной степени риска разрыва промежности. Восстановление целостности прямой кишки, влагалища и промежности при разрыве III степени в родах должен производить врач, специально подготовленный к выполнению подобных операций. Перед выпиской родильницы должны получать четкие рекомендации, направленные на восстановление функции сфинктера прямой кишки. Женщины, перенесшие разрыв промежности III степени, после выписки из больницы должны находиться на длительном учете, как в женской консультации, так и в проктологическом кабинете. Необходима специальная подготовка медицинского персонала по диагностике и профилактике после родовой недостаточности сфинктера заднего прохода.

Недостаточность сфинктера заднего прохода вследствие других (бытовые и т.д.) травм прямой кишки и промежности по нашим данным составляет 12,5%. В доступной литературе мы не встретили указаний на частоту повреждения запирающего аппарата прямой кишки при таких травмах. Как правило, повреждение сфинктера возникает в основном под внешним воздействием. Следует отметить, что нередко при травме повреждение сфинктера сопровождается разрывом стенки прямой кишки и повреждением соседних органов и костей тазового кольца. Изолированное повреждение сфинктера прямой кишки при травмах, возникших в результате катастрофы, наблюдается редко.

У 15% больных причиной недостаточности сфинктера служили функциональные расстройства сфинктера прямой кишки, обусловленные нервно-рефлекторными нарушениями без выраженных локальных изменений мышечных структур. Известно, что атония сфинктера заднего прохода возникает при ряде заболеваний как толстой кишки, так и нервной системы. Например, по-

стоянная избыточная влажность кожи перианальной области может привести к нарушению сенсорного аппарата прямой кишки. При проктитах, проктосигмоидитах, колитах усиливается образование слизи. В результате воспалительного процесса нарушается состояние рецепторного аппарата, угнетается моторная функция толстой кишки, что ухудшает держание кишечного содержимого. Атония сфинктера, возникающая при длительном перерастяжении его как это имеет место при хроническом, особенно неврастимом выпадении геморроидальных узлов, ведет к потере нормального контроля за продвижением кишечного содержимого и снижению сократительной способности запирающего аппарата прямой кишки. При выпадении прямой кишки, кроме растяжения анального канала, имеют значение нарушение иннервации и слабость мышцы тазового дна. Это ведет к тому, что у 20-92,8% больных с выпадением прямой кишки нарушается функции держания.

Выводы

- 1) Наиболее частой причиной нарушения функции анального жома являются оперативные вмешательства при заболеваниях дистального отдела прямой кишки и промежности (39,2%). Среди них на первом месте стоят операции, выполненные по поводу свищей прямой кишки (61,7%).
- 2) При выборе хирургической тактики в лечении недостаточности анального жома наряду со степенью сфинктерной недостаточности необходимо учитывать анатомические изменения анального канала и промежности и объем мышечного дефекта сфинктера.
- 3) В 25,8% случаев недостаточность сфинктера заднего прохода возникает в результате родовой травмы.

Литература

1. Алиев Э.А. Причины возникновения недостаточности анального сфинктера после операций на дистальном отделе прямой кишки. Проблемы Колопроктологии. Москва, 2000, выпуск 17, С. 25–26
2. Аминов А.М. и соавт. Руководство по проктологии. Куйбышев. Кн.изд. 1965–1975. Т. 1–4
3. Гаччиладзе Т.В. Недержание кала у детей. Автореф. Дисс. Доктора мед.наук. М. 1987
4. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Анальное недержание. Москва. Медицина. 1993. 202 с.
5. Жуков Б.Н. и соавт. Посттравматическая недостаточность анального сфинктера. Актуальные проблемы колопроктологии. Москва, 2005, С. 70–72
6. Загиров У.З., Абдуллаев Ш.А. Роль структурных изменений перианальной области в генезе функциональных нарушений замыкательного аппарата прямой кишки у больных перенесших радикальные операции по поводу остро парапроктита. Актуальные проблемы колопроктологии. Москва, 2005, С. 73–75
7. Кузьминов А.М. и соавт. Функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки при лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки путем низведения полнослойного лоскута прямой кишки в анальный канал //Проблемы колопроктологии, 2006, № 16, С. 151–155.
8. Нурбеков А.А. и соавторы. Опыт оперативного лечения посттравматической анальной инконтиненции. I Съезд колопроктологов СНГ. Ташкент, 2009, С. 270–272
9. Подмаренкова Л.Ф. и соавт. Роль функциональных методов исследования запирающего аппарата прямой кишки в выявлении патогенетических механизмов анальной инконтиненции. Колопроктология, 2006, № 2 (16), С. 24–30.
10. Усков А.Г. Хирургическое лечение травматической недостаточности анального жома. Автореф.дис.канд. мед.наук. М. 1973.

11. Федоров В.Д., Каплатадзе А.М. Каудальные тератомы у взрослых больных. Тбилиси: Саброта Сакартвело, 1984.
12. Фролов С.А. и соавт. Комплексная реабилитация больных с полной недостаточностью анального жома. I Съезд колопроктологов СНГ. Ташкент, 2009, с.232
13. Johanson J.F., Lafferty J. Epidemiology of fecal incontinence: the silent affliction. *Am J Gastroenterol* 1996 Jan; 91(1): 33–6 [Medline].
14. Lurin I.A., Shudrak A.A., Dibrova V.A., Tsema E.V. Functional condition of anal sphincter at patients with nonspecific fistulas of rectum. XII Central Euroean Congress of Coloproctology. Moscow 6–8 may, 2008. P. 89
15. Rasmussen O.O., Puggaard L, Christiansen J: Anal Sphincter repair in patients with obstetric trauma: age affects outcome. *Dis Colon Rectum* 1999 Feb; 42(2): 193–5 [Medline].
16. Reilly W.T, Talley N.J, Pemberton J.H, Zinsmeister A.R: Validation of assess fecal incontinence and associated risk factors: Fecal Incontinence Questionnaire. *Dis Colon Rectum* 2000 Feb; 43(2): 146–53; discussion 153–4[Medline].
17. Rockwood T.H, Church J.M, Fleshman J.W. et al: Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2000 Jan; 43(1): 9–16; discussion 16–7[Medline].
18. Sultan A.H, Kamm M.A, Hudson C.N, Bartram C.I: Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. *BMJ* 1994 Apr 2; 308 (6933): 887–91 [Medline].
19. Wexner S.D, Oliveira L. Anal incontinence In: Beck DE, Wener s.d., eds. *Fundamentals of Anorectal Surgery*. 2nd ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 1998: 115–52 [Medline].
20. Willams N. Surgery of anorectal incontinence. *Lancet*, 1999, 353: 31–33.

Контактная информация

Алиев Э.А.
Кафедра хирургических болезней
1 Азербайджанского Медицинского Университета
AZ1022, г. Баку, ул. Бакиханова д. 23