

Левина Ю.Д., Маркова А.В.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФЕКАЛЬНОГО НЕДЕРЖАНИЯ И ЗАТРУДНЕННОЙ ДЕФЕКАЦИИ

Научный руководитель: ассист. Чепелев А.Н.

Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Пациенты с недостаточностью анального сфинктера – это основная группа пациентов с недержанием кала, которым может помочь хирургическое вмешательство. Эти пациенты обычно страдают либо травматическим поражением запирающего аппарата, либо идиопатическим (нейрогенным) недержанием кала. Другими, но менее распространенными причинами недостаточности анального сфинктера являются атрезия заднего прохода и поражения позвоночника.

Основными причинами травматического недержания кала являются повреждения сфинктера после операции по поводу анальных свищей или травмы анальной области. Эти поражения часто бывают более сложными и, следовательно, менее эффективны при простом восстановлении сфинктера. Пациентам с неудачным восстановлением сфинктера требуются более сложные оперативные вмешательства.

В настоящее время точно установлено, что больные с идиопатическим недержанием кала обычно страдают поражением иннервации мышц тазового дна. У этих пациентов, у которых недержание кала развивается постепенно после менопаузы, основным этиологическим фактором, по-видимому, является перерастяжение половых нервов во время вагинальных родов с частичной денервацией и последующей реиннервацией. После менопаузы у этих пациентов, по-видимому, ухудшается функция анального сфинктера, что приводит к недержанию кала.

Постанальная пластика, при которой выполняется подтяжка лобково-прямокишечной мышцы и наружного анального сфинктера, обычно является хирургическим лечением первой линии для пациентов с идиопатическим недержанием кала. Отмечается улучшение у 50–75% пациентов. Плохой исход оперативного вмешательства почти у половины пациентов можно в определенной степени объяснить прогрессированием нейрогенного повреждения мышц тазового дна, которое может быть вызвано самой оперативной процедурой. Некоторым пациентам с неудачной постанальной пластикой может помочь перинеопластика, в то время как другим пациентам могут быть предложены более сложные процедуры.

Термин затрудненная дефекация используется, когда пациенты страдают от серьезных затруднений дефекации, несмотря на заполненную прямую кишку. Большинство этих пациентов используют клизмы или пальцевую эвакуацию кала. Хотя пациенты с затрудненной дефекацией изучены достаточно широко, этиология и патогенез не установлены. После внедрения методики дефекографии был обнаружен ряд анатомических аномалий при дефекации. Особое значение придавалось ректальной инвагинации, а также аномалиям, таким как спазм пуборектальной мышцы и ректоцеле. Предположение, что ректальная инвагинация была причиной затрудненной дефекации, было подтверждено для части пациентов, у которых инвагинация была вылечена ректопексией без устранения затрудненной дефекации. Таким образом, ректальная инвагинация является вторичной по отношению к симптому затрудненной дефекации.

Затруднения дефекации, по-видимому, вызваны аномальным сокращением сфинктера и мышц тазового дна во время попыток дефекации вместо расслабления. Эта теория была поддержана несколькими недавними исследованиями о благотворном эффекте биологической обратной связи у этих пациентов, у большинства из которых восстановилась нормальная дефекация.