

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю. М. Лубенского

Зав. Кафедрой:  
дмн., доцент Здзитовецкий Д.Э.

Реферат

**«Методы диагностики и лечение анальной трещины.»**

Выполнил:  
ординатор Лалетин А. Н.

Красноярск 2020 год

Анальная трещина — спонтанно возникающий линейный или эллипсовидный дефект (язва) слизистой оболочки анального канала. Ведущим патогенетическим механизмом в развитии анальной трещины является спазм внутреннего сфинктера, который приводит к нарушению кровоснабжения анодермы и появлению длительно незаживающего язвенного дефекта анодермы.

Классификация.

**По характеру течения выделяют:**

- Острую анальную трещину
- Хроническую анальную трещину

**По локализации дефекта выделяют**

- Заднюю анальную трещину;
- Переднюю анальную трещину
- Боковую анальную трещину

**По наличию спазма сфинктера выделяют**

- Со спазмом сфинктера;
- Без спазма сфинктера

Диагностика:

К основным клиническим симптомам анальной трещины относятся характерные жалобы, данные анамнеза, и клиничко инструментального обследования.

**Жалобы:** для анальной трещины характерны жалобы на боли в области заднего прохода во время и после дефекации, выделения крови во время дефекации в виде помарок на стуле и туалетной бумаге.

**Сбор анамнеза:** Выявляются этиологические факторы возникновения заболевания: недостаточное употребление пищевых волокон, жирная богатая углеводами пища, острая пища, запоры или диарея, роды, занятия определенными видами спорта (велосипедный спорт).

**Осмотр врачом-колопроктологом:** пациента осматривают на гинекологическом кресле, в положении на спине с максимально приведенными к животу ногами, или в коленно-локтевом положении. У соматически тяжелых больных осмотр производят в положении на боку. При наружном осмотре области промежности и заднего прохода обращают внимание на форму ануса, его зияние, наличие рубцовых изменений и деформации, состояние кожных покровов. Определяют наличие сторожевого бугорка. Чтобы визуализировать дистальный край дефекта анодермы, оценить его расположение, размеры и форму разводят края заднего прохода. Характерно наличие линейного или эллипсовидного дефекта (эрозии или язвы) с ровными краями, не распространяющегося за анатомические границы анодермы.

**Пальцевое исследование:** Определяется наличие дефектов анодермы, а так же тоническое состояние анального сфинктера и силу волевых сокращений. Выявляется характерное для анальной трещины повышение тонуса сфинктера.

**Аноскопия, ректороманоскопия, колоноскопия:** проводятся после купирования болевого синдрома.

**Функциональные исследования запирающего аппарата прямой кишки.**

**Профилометрия** – метод оценки давления в просвете полого органа при протягивании измерительного катетера. Аноректальная профилометрия обеспечивает регистрацию давления в разных плоскостях по всей длине анального канала. С помощью компьютерной программы строится график распределения величин давления и проводится подсчет максимальных, средних величин давления, а также коэффициента асимметрии.

**Методика.** Исследование проводится в положении больного на боку. После предварительной калибровки катетер вводится в прямую кишку больного на глубину 6 см. Устанавливается скорость перфузии жидкости по катетеру, равная 1 мл/мин. С помощью специального устройства – пулера - катетер вытягивается из прямой кишки со скоростью 1 мм/сек, при этом регистрируется давление на всем протяжении его перемещения (таблица 3).

Анализ данных проводится с помощью компьютерной программы с построением графика, на котором отражается распределение давления в анальном канале.

**Острая анальная трещина.**

- Заболевание длится менее 2-х месяцев
- Отсутствуют рубцовые изменения в области краев и дна анальной трещины.

**Хроническая анальная трещина.**

Анальная трещина считается хронической, если имеется один из следующих критериев:

- Длительность заболевания с момента первого эпизода болевого синдрома более 2-х месяцев
- Сторожевой бугорок.
- Рубцовые края
- Наличие волокон внутреннего сфинктера в дне дефекта
- Фиброзный полип анального канала.

## **ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ**

### **КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ**

*Показания:* Острая анальная трещина.

Стандартная схема консервативного лечения, включающая теплые сидячие ванночки и послабляющие средства (препараты содержащие пищевые волокна в виде оболочек семян подорожника «Фитомуцил», «Мукофальк», «Метамуцил», «Файберлекс») позволяет купировать болевой синдром, добиться остановки кровотечений и заживления у 50% больных острой анальной трещиной с минимальным риском развития побочных эффектов. Добавление в схему лечения местных анестетиков и противовоспалительных средств не влияет на его результаты (УД1b, СР А [14-16]).

*Противопоказания:*

- Эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта, что требует ограничения приема клетчатки
- Нарушения проходимости кишечника
- Онкологические заболевания с локализацией поражения в области малого таза.

### **КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕЛАКСАЦИЕЙ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА ПРЯМОЙ КИШКИ.**

*Показания:* Острая и хроническая анальная трещина.

При хронической анальной трещине в схему консервативной терапии следует включать препараты для медикаментозной релаксации внутреннего сфинктера прямой кишки. В качестве препаратов первой линии применяют органические нитраты.

#### **Нитроглицериновая мазь 0,4%.**

*Методика применения:* Мазь в количестве 0,5 мл наносят 2 раза в день на перианальную кожу и вводят пальцем в анальный канал на глубину 1 см. Необходимо защищать кожу рук от контакта с препаратом напальчником или перчаткой. Для точного дозирования препарата используют линейку, на которую наносят столбик мази (в том случае если она расфасована в тубы), либо используют шприц.

*Осложнения:* Основным побочным эффектом 0,4% нитроглицериновой мази является головная боль, которая наблюдается у 20-30% больных.

#### **Крем дилтиазема 2%, нифедипина 0,3%**

*Методика применения:* Такая же как и органических нитратов.

Применение указанных препаратов сопровождается заживлением анальной трещины у 65-95% больных. Частота побочных эффектов по сравнению с нитроглицериновой мазью существенно ниже однако недостаточно доказательств их большей эффективности по сравнению с плацебо.

*Осложнения:* К побочным эффектам лечения относятся головная боль, которая наблюдается реже чем при терапии органическими нитратами.

### **Ботокс (ботулинический токсин типа А)**

*Методика применения:* препарат вводится во внутренний сфинктер по обе стороны от анальной трещины в дозе 10-100 Ед. Однако на сегодняшний день не существует единой точки зрения о его эффективности, куда следует вводить ботокс, необходимую дозировку и число инъекций препарата

*Осложнения:* Недержание газов у 18, кишечного содержимого у 5% больных.

*Противопоказания для проведения консервативной терапии хронической анальной трещины:*

- Выпадение фиброзного полипа из анального канала или наличие фиброзного полипа более 1 см в диаметре;
- Пектенос - ригидное сужение заднего прохода за счет фиброзных изменений внутреннего сфинктера прямой кишки вследствие его длительного спазма и нарушения кровообращения.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ.**

### **Боковая подкожная сфинктеротомия.**

*Закрытая методика:* в анальный канал вводят указательный палец левой кисти. Под контролем пальца, расположенного в анальном канале, вводят узкий глазной скальпель между внутренним и наружным сфинктером через межсфинктерное пространство. Глубина введения скальпеля до зубчатой линии. Рассечение сфинктера производят одним движением, извлекая скальпель наружу. Пальцем, находящимся в анальном канале, определяют наличие диастаза рассеченного сфинктера, что свидетельствовало о правильно выполненной манипуляции.

*Открытая методика:* в 0,5 - 1,0 см от края ануса на 3 часах по циферблату производят полуовальный разрез кожи длиной около 1,0 см. В подслизистый слой стенки анального канала

для отслоения ее от внутреннего сфинктера вводят 3,0 - 5,0 0,5% раствора новокаина. Зажимом или ножницами производят отделение внутреннего сфинктера от слизистой оболочки анального канала, а так же внутреннего сфинктера от наружного. Высоту рассечения ограничивают зубчатой линией. После проведения сфинктеротомии на кожу накладывали два кетгутовых шва.

Боковая подкожная сфинктеротомия является методом выбора в случае неэффективности консервативной терапии. Большое число исследований и данные CochraneDatabase подтверждают ее большую эффективность и меньшее число осложнений по сравнению с неконтролируемой пальцевой дивульсией анального сфинктера. Применение боковой подкожной сфинктеротомии сопровождается большей частотой заживления анальной трещины и меньшим риском развития анального недержания по сравнению с задней открытой сфинктеротомией и/или иссечением трещины. Хорошо организованные исследования подтверждают одинаковую эффективность и безопасность как открытой, так и закрытой боковой подкожной сфинктеротомии. Однако наличие передней и задней анальной трещины, а так же наружного и внутреннего геморроя затрудняет выполнение открытой сфинктеротомии.

*Противопоказания:*

- Наличие скрытых нарушений функции запирающего аппарата прямой кишки

*Осложнения:*

- гематомы в области сфинктеротомии
- абсцессы в области сфинктеротомии
- формирование свищей в области сфинктеротомии
- недостаточность анального сфинктера

### **Контролируемая пневмодивульсия анального сфинктера.**

Причиной развития большинства осложнений после боковой подкожной сфинктеротомии является отсутствие непосредственного визуального контроля за проведением манипуляции. В таких условиях возможно избыточное или недостаточное рассечение внутреннего сфинктера прямой кишки, повреждение дистальных ветвей нижней прямокишечной артерии и геморроидальных венозных сплетений (Эктов). Потому хирургическая релаксация внутреннего сфинктера прямой кишки путем его растяжения, т.е. без рассечения, может служить альтернативой сфинктеротомии.

*Методика:* перед проведением манипуляции определяют необходимый диаметр пневмобаллона. Для этого в анальный канал вводится специальный градуированный конус с надетым на него латексным чехлом и смазанный вазелиновым маслом с целью определения исходного диаметра анального канала.

Вращательным движением измерительное устройство для определения диаметра анального канала вводится в прямую кишку, под контролем динамометра с усилием не превышающим 2 кг, до его максимального соприкосновения со стенками анального канала. На измерительном устройстве имеются деления: 1, 2, 3, 4. Каждое деление соответствует определенному диаметру, так: цифра "1" соответствует диаметру 41 мм, цифра "2" – диаметру 45 мм, цифра "3" – 48 мм, цифра "4" – 51 мм. После определения исходного диаметра анального канала на уровне наружного его края конус удаляется и в анальный канал вводится пневмобаллон соответствующего диаметра с надетым на него латексным чехлом, предварительно смазанный вазелиновым маслом. Путем постепенного нагнетания воздуха (в течение 1 минуты) до 0,7 атмосферы баллон полностью расширяется до своего предельного диаметра и в течение 7 минут производится пневмодивульсия анального сфинктера. Затем баллон сдувается и извлекается из анального канала.

Пневмодивульсия позволяет достичь устойчивой релаксации внутреннего сфинктера прямой кишки и по данным эндоректальной ультрасонографии не сопровождается повреждением запирающего аппарата прямой кишки. Транзиторная анальная инконтиненция наблюдалась только у пациенток с многократными родами в анамнезе.

*Противопоказания:*

- Наружный и внутренний геморрой 3-4 ст.
- Ранее перенесенные вмешательства на анальном канале.
- Свищи прямой кишки
- Ригидное сужение заднего прохода-пектеноз.

## **ДАЛЬНЕЙШЕЕ ЛЕЧЕНИЕ**

- В послеоперационном периоде до момента заживления ран, пациентам требуется производить регулярную санацию анальной области с использованием сидячих ванночек со слабым раствором перманганата калия или ромашки, а также выполнять ежедневные перевязки с использованием мазевых основ (Левомеколь, Метилурацил, Фузимет), обладающих противовоспалительным и ранозаживляющим действием;
- Необходим еженедельный врачебный контроль за течением раневого процесса до полного заживления ран;
- На период заживления ран требуется соблюдение диеты богатой растительной клетчаткой, прием пищевых волокон (Мукофальк, Фитомуцил) для смягчения стула.

## **2. ПРОГНОЗ:**

Консервативная терапия приводит к выздоровлению приблизительно 50-60% больных, что вероятно связано с низкой комплаентностью пациентов, в то же время хирургическое лечение является более эффективным и позволяет добиться устойчивого выздоровления у 94-100% пациентов.

Список литературы.

1. Рыжих А.Н. - Атлас операций на прямой и толстой кишках
2. Клинические рекомендации российского общества хирургов.
3. Шельгин Ю.А. - Клинические рекомендации. Колопроктология.