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

Кафедра общей хирургии проф.им. М.И. Гульмана

Заведующий кафедры: д.м.н. проф. Винник Юрий Семенович

Преподаватель: д.м.н. проф. Деулина Вера Валерьевна

Реферат на тему: «Анальная трещина».

Выполнил: врач-ординатор

Менцик Кирилл Игоревич

Красноярск 2023г.

Содержание

Введение

Клиническая картина

Диагностика

Дифференциальная диагностика Лечение

Малоинвазивное лечение

Послеоперационное лечение

Список литературы

Введение

Причины возникновения и механизмы развития анальных трещин разно‐ образны. По мнению большинства исследователей наиболее частая при‐ чина возникновения трещин — механическая. При этом большое значе‐ ние имеют не только консистенция каловых масс, но и анатомические особенности строения мужского и женского таза (в первом случае в ос‐ новном возникают задние трещины, в то время как у женщин, которые по статистике болеют чаще мужчин, преобладают передние анальные тре‐ щины). На первом этапе возникает дефект слизистой оболочки анального канала, а затем последовательно происходит его инфицирование, очи‐ щение и заживление дефекта. Как показали научные исследования, ос‐ новную роль в процессе регенерации играет местный иммунитет, а хро‐ низация трещин является следствием нарушения функции последней. По‐ видимому, в ряде случаев первопричиной развития трещин могут быть и воспалительные процессы в анальном канале, связанные с нарушением местного иммунитета. У некоторых больных фактором риска развития за‐ болевания являются сосудистые изменения. Действительно, анальные трещины часто сочетаются с геморроем. Ликвидация застоя крови и улучшение кровотока, то есть основных проявлений геморроя, способ‐ ствуют заживлению трещин. Весьма существенной, хотя и наиболее не‐ изученной остается роль нейроциркуляторных нарушений, ответственных за возникновение спазма сфинктеров. Возможность воздействия на это звено патогенеза с помощью нитропрепаратов подтвердило важность ликвидации спазма для заживления раны. Дальнейшее исследование механизмов возникновения трещин будет способствовать улучшению ре‐ зультатов лечения. Распространенность Примерно 10–15% больных, обращающихся за помощью к проктологу, страдают анальными трещинами. На протяжении многих лет это заболе‐ вание занимает третье место по обращаемости после синдрома раздра‐ женной кишки и геморроя. Более 60% пациентов с анальной трещиной составляют женщины. Классификация анальных трещин Классификация анальных трещин отсутствует. По течению заболевания выделяют острые и хронические трещины. По локализации различают передние, расположенные на 12 часах по циферблату часов, и задние на 6 часах (копчиковая стенка анального канала), последние встречаются 2 почти у 90% пациентов. Клиническая картина заболевания Наиболее частым проявлением анальной трещины является боль, свя‐ занная с дефекацией. Как правило, она возникает в момент опорожнения кишки и продолжается после завершения этого процесса около получаса. Такие клинические проявления чаще всего соответствуют острой аналь‐ ной трещине. Иногда боли появляются при позыве на стул или носят по‐ стоянный характер. Продолжительный болевой синдром и малый эффект от анальгезирующей терапии, как правило, указывают на развитие спаз‐ ма сфинктера. Последний сам способен усиливать боли при дефекации, что может привести к возникновению порочного круга, проявляющегося развитием стойкого спазма. Кровотечение чаще возникает в момент об‐ разования острой трещины и редко бывает обильным, хотя в первые сут‐ ки возможны даже выделения небольших сгустков крови. В дальнейшем выделение крови отмечаются на туалетной бумаге, реже кровь капает в унитаз. При хронических анальных трещинах кровотечения часто связаны исключительно с нарушениями стула и редко вызывают сильные боли и спазм. Как и при геморрое, теряемая кровь чаще имеет алый цвет. При опросе больных можно выявить факт нарушения стула, при этом следует помнить, что диарея приводит к возникновению трещин не реже, чем за‐ пор. Не менее опасен в плане возникновения трещины «тяжелый» гру‐ бый стул, спровоцированный приемом большого количества грубой клет‐ чатки без достаточного количества жидкости. В современных условиях при сборе анамнеза следует уточнить возможность анального секса, что позволяет не только установить причину заболевания, но и предпринять меры для исключения специфического характера поражения. Прежде чем осмотреть больного, следует запомнить несколько неукоснительных правил. Следует строго соблюдать очередность проведения диагностиче‐ ских манипуляций, которые всегда начинаются с осмотра, проведение которого в положении стоя недопустимо. Пальцевое исследование анального канала следует проводить с использованием геля, содержаще‐ го лидокаин, начиная манипуляцию со стороны здоровой стенки. Отсут‐ ствие визуальных признаков заболевания не является поводом для отка‐ за от пальцевого исследования и дальнейшего лечения больного с пред‐ положительным диагнозом. Обнаруженные изменения следует интер‐ претировать с учетом давности заболевания и проведенного лечения. 3 При осмотре ануса следует правильно установить больного. Осмотр в по‐ ложении на боку требует большого навыка и является вынужденной ме‐ рой. Предпочтительнее проводить осмотр на гинекологическом кресле или в коленно локтевом положении с хорошим прогибом спины внутрь. ‐ Последний прием позволяет хорошо раздвинуть ягодицы, кроме того, следует слегка растянуть кожу, и тогда на переходной слизистой может быть обнаружен дефект, иногда переходящий на кожу. Протяженность трещины обычно не превышает 1 см, хотя в ряде случаев дефект может достигать длины анального канала. При острой трещине дефект может быть овальной формы, поверхностный, с ровными краями, в некоторых случаях дном трещины может быть сфинктер. Атипичное боковое распо‐ ложение трещин, особенно в сочетании с множественным характером поражения чаще соответствует неправильному сексуальному контакту. В случае хронической трещины могут быть обнаружены рубцы, иногда с проявлениями гиперкератоза, края трещины приподняты, дно ее ровное, иногда блестящее, покрытое «лаковыми грануляциями». Инфицирован‐ ная трещина имеет тусклое дно и подрытые края. Исследование анально‐ го рефлекса, несмотря на простоту исполнения, затруднительно в части интерпретации полученных результатов. Результаты пальцевого исследо‐ вания также во многом зависят от индивидуальных навыков, однако в любом случае форсированное введение пальца в анальный канал недо‐ пустимо. Минимально при острой трещине удается обнаружить болез‐ ненность стенки анального канала и проявление спазма в момент ее осмотра, особенно ярко выраженного при вовлечении в процесс зоны зубчатой линии (граница прямой кишки и анального канала). При доста‐ точном опыте можно выявить дефект слизистой, в случае уплотнения краев трещины, и обнаружить сторожевой бугорок или гипертрофиро‐ ванный анальный сосочек. Дополнительное визуальное исследование анального канала с помощью зеркала или аноскопа проводится специа‐ листами проктологами. ‐ Осложнения анальной трещины К наиболее частым осложнениям анальной трещины относят развитие стойкого спазма сфинктера, как правило, сопровождающееся нарушени‐ ем процесса дефекации, иногда приводящее к копростазу. Острый па‐ рапроктит встречается значительно реже, иногда трещина становится причиной возникновения неполного внутреннего свища прямой кишки. Массивные кишечные кровотечения возникают крайне редко, в основ‐ 4 ном в случае травматического характера развития трещины. Дифференциальная диагностика Клинические проявления анальной трещины не отличаются специфично‐ стью симптомов. При острой трещине или ее осложнениях дифференци‐ альный диагноз проводится с острым геморроем, парапроктитом, криптитом, выпадением прямой кишки. Следует помнить, что криптит и геморрой весьма часто сочетаются с анальной трещиной. Поэтому для проведения дифференциальной диагностики следует полагаться не толь‐ ко на тщательный сбор анамнеза и пальцевое исследование (требующее большого навыка), но и на проведение визуального осмотра с помощью аноскопа или ректального зеркала. В случае выявления глубокой трещи‐ ны с подрытыми краями, похожей на язву, следует исключать поражение анального канала болезнью Крона, специфические половые инфекции или развитие опухоли анального канала. У больных, имевших половой анальный контакт, следует исключать травму сфинктера, прямой кишки или наличие инородного тела. В случае любого обращения больного с трещиной к терапевту или врачу общей практики, кроме назначения про‐ стого консервативного лечения, он должен получить направление на кон‐ сультацию к специалисту проктологу. ‐ Консервативное лечение Выбор способа лечения анальной трещины, как правило, определяется стадией заболевания или характером развившихся осложнений. Диета для больных с трещиной исключает употребление алкоголя, специй, жа‐ реных продуктов. Как правило, рекомендуется белково растительная ди ‐ ‐ ета 3 (стол с высоким содержанием клетчатки и употреблением повы‐ шенного количества жидкости для достижения мягкой консистенции ка‐ ловых масс). У больных с хроническими запорами или «овечьим калом» допустимо на период лечения, но не более трех недель рекомендовать прием вазелинового масла или жидких парафинов. У пациентов с сопут‐ ствующими заболеваниями толстой кишки, как то синдром раздражен‐ ной толстой кишки, дивертикулярная болезнь или неспецифические ко‐ литы, диета должна быть направлена на нормализацию стула. Особое внимание больных следует обратить на выполнение гигиениче‐ ских мероприятий. В острый период заболевания следует рекомендовать негорячий душ 2–3 раза в сутки и обязательно после стула, при этом необходимо промывать не только кожу промежности и анальное отвер‐ 5 стие, но и сам анальный канал. В тех случаях, когда водные процедуры недоступны, следует рекомендовать применение специальных влажных гигиенических салфеток. Вслучае сочетания трещины с геморроем для лечения последнего следу‐ ет назначить препараты, содержащие биофлаваноиды (диосмин и геспе‐ ридин). Местная терапия Цель местного лечения: снятие воспаления, cтимуляция процессов репа‐тимуляция процессов репа‐ рации и аналгезия. Для решения первых двух поставленных задач можно рекомендовать мазь Постеризан форте (или свечи аналогичного назва‐ ния). Препарат содержит в себе суспензию культуры кишечной палочки и гидрокортизон. Метаболиты кишечной палочки способны усиливать местные иммунные реакции, сопровождающиеся освобождением цито‐ кинов, особенно интралейкина 1. Кроме того, суспензия культуры бакте ‐ ‐ рий вызывает образование специфического иммуноглобулина А, который образует нежную пленку на слизистой кишечника, выполняющую роль местного защитного барьера. Гидрокортизон, являющийся вторым со‐ ставляющим препарата, способствует скорейшему подавлению воспале‐ ния и ускоряет процессы регенерации тканей, индуцируемой суспензией культуры кишечной палочки. Мазь следует вводить с помощью специ‐ ального аппликатора в положении лежа. Препарат назначается 2 раза в день, а в случае тяжелого воспалительного процесса, например у боль‐ ных с неспецифическими колитами, кратность введения можно увели‐ чить с учетом частоты стула. Максимальная продолжительность лечения, как правило, не превышает трех недель. При необходимости продолжать терапию возможно использование свечей или мази Постеризан, содер‐ жащих исключительно суспензию культуры бактерий. Среди препаратов, обладающих аналгезирующим и репаративным эффектом, следует рекомендовать свечи Релиф Адванс. В состав входит 10,3% бензокаин, обладающий быстрым аналгизирующим эффектом, кроме того, масло печени акулы, содержащее жирорастворимые вита‐ мины, свободные жирные кислоты, сквален и алкилглицерол, являющие‐ ся мощными репарантами, что позволяет рекомендовать их даже для применения в послеоперационном периоде у больных, перенесших вмешательство по поводу трещин, кратность введения 3–5 раз в сутки. У больных с затруднениями дефекации свечи можно назначать непосред‐ ственно перед стулом. При отсутствии или исчезновении болевого син‐ дрома можно перейти на использование свечей или мази Релиф без обезболивающих добавок. Препарат обладает высокой эффективностью, 6 хорошо переносим и редко дает побочные реакции, что позволяет его применять даже на всех сроках беременности. Консервативное лечение больных с выраженным болевым синдромом или спазмом сфинктера, а также в случаях рецидива заболевания или сочетания с неспецифически ми ‐ колитами должно осуществляться проктологом, поскольку риск разви тия ‐ осложнений или хронизации трещины у этих пациентов крайне велик. Применение нитропрепаратов для лечения трещины, сопровождающей ся ‐ спазмом сфиктера, сдерживается отсутствием официальных препара тов, ‐ допущенных для использования по новому назначению. Хирургическое лечение трещины Показания к хирургическому лечению анальной трещины возникают в случае хронизации процесса. При этом важно оценить адекватность про‐ веденного консервативного лечения, а также характер местных измене‐ ний. Весьма часто больные отождествляют заживление анальной трещи‐ ны с исчезновением ее клинических проявлений, что является весьма распространенным заблуждением. Поэтому исчезновение симптомов за‐ болевания не является основанием для отказа от повторного осмотра па‐ циента. Кроме того, в ряде случаев заживление может сопровождаться формированием весьма грубого рубца или «сторожевого» бугорка, то есть небольшого выбухания слизистой у основания трещины. Сохраняю‐ щийся спазм сфинктера также свидетельствует об отсутствии эффекта от консервативного лечения. Во всех подобных ситуациях пациент должен быть направлен к проктологу для решения о выборе дальнейшего метода лечения. К малоинвазивным манипуляциям в этом случае можно отнести проведение блокады с анестетиком и гормонами или инъекции Ботекса. Применение последнего является крайне дорогостоящим методом лече‐ ния. Операция при анальной трещине предполагает иссечение тканевого дефекта с последующим ведением раны открытым способом до полного заживления. В случаях, когда имеется выраженный спазм сфинктера, ис‐ сечение трещины дополняется дозированным рассечением сфинктера, так называемой боковой подслизистой сфинктеротомией. Длительность нетрудоспособности в послеоперационном периоде определяется тем‐ пами заживления послеоперационной раны и зависит от ее размеров и индивидуальных особенностей регенерации. Как правило, до момента полной эпителизации раны проходят 3–4 недели. Рецидивы после опе‐ рации встречаются весьма редко. 7 Литература 1. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с анальной трещиной // Ассоциация колопроктологов России. Москва. 2013 г. 2. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. Ростов-на-Дону, 2011, 413 с