

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА
В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

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

**РЕФЕРАТ:
Анальная трещина**

Выполнил: ординатор 1го года
Борисов Герман Вадимович

Красноярск 2019

Причины возникновения и механизмы развития анальных трещин разнообразны. По мнению большинства исследователей наиболее частая причина возникновения трещин — механическая. При этом большое значение имеют не только консистенция каловых масс, но и анатомические особенности строения мужского и женского таза (в первом случае в основном возникают задние трещины, в то время как у женщин, которые по статистике болеют чаще мужчин, преобладают передние анальные трещины). На первом этапе возникает дефект слизистой оболочки анального канала, а затем последовательно происходит его инфицирование, очищение и заживление дефекта. Как показали научные исследования, основную роль в процессе регенерации играет местный иммунитет, а хронизация 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 заболевания являются сосудистые изменения. Действительно, анальные трещины часто сочетаются с геморроем. Ликвидация застоя крови и улучшение кровотока, то есть основных проявлений геморроя, способствуют заживлению трещин. Весьма существенной, хотя и наиболее неизученной 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 результатов лечения.

Распространенность

Примерно 10–15% больных, обращающихся за помощью к проктологу, страдают анальными трещинами. На протяжении многих лет это заболевание занимает третье место по обращаемости после синдрома раздраженной 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

почти у 90% пациентов.

Клиническая картина заболевания

Наиболее частым проявлением анальной трещины является боль, связанная 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 анальной трещине. Иногда боли появляются при позыве на стул или носят постоянный характер. Продолжительный болевой синдром и малый эффект от анальгезирующей терапии, как правило, указывают на развитие спазма сфинктера. Последний сам способен усиливать боли при дефекации, что может привести к возникновению порочного круга, проявляющегося развитием стойкого спазма. Кровотечение чаще возникает в момент образования острой трещины и редко бывает обильным, хотя в первые сутки 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 запор. Не менее опасен в плане возникновения трещины «тяжелый» грубый стул, спровоцированный приемом большого количества грубой клетчатки 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 диагностических манипуляций, которые всегда начинаются с осмотра, проведение которого в положении стоя недопустимо. Пальцевое исследование анального канала следует проводить с использованием геля, содержащего лидокаин, начиная манипуляцию со стороны здоровой стенки. Отсутствие визуальных признаков заболевания не является поводом для отказа от пальцевого исследования и дальнейшего лечения больного с предположительным диагнозом. Обнаруженные изменения следует интерпретировать с учетом давности заболевания и проведенного лечения.

При осмотре ануса следует правильно установить больного. Осмотр в положении на боку требует большого навыка и является вынужденной мерой. 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 расположение 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». Инфицированная трещина имеет тусклое дно и подрывные края. Исследование анального рефлекса, несмотря на простоту исполнения, затруднительно в части интерпретации полученных результатов. Результаты пальцевого исследования также во многом зависят от индивидуальных навыков, однако в любом случае форсированное введение пальца в анальный канал недопустимо. Минимально при острой трещине удастся обнаружить болезненность 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 достаточном опыте можно выявить дефект слизистой, в случае уплотнения краев трещины, и обнаружить сторожевой бугорок или гипертрофированный анальный сосочек. Дополнительное визуальное исследование анального канала с помощью зеркала или аноскопа проводится специалистами-проктологами.

Осложнения анальной трещины

К наиболее частым осложнениям анальной трещины относят развитие стойкого спазма сфинктера, как правило, сопровождающееся нарушением процесса дефекации, иногда приводящее к копростазу. Острый парапроктит встречается значительно реже, иногда трещина становится причиной возникновения неполного внутреннего свища прямой кишки. Массивные кишечные кровотечения возникают крайне редко, в основ-

ном в случае травматического характера развития

трещины. **Дифференциальная диагностика**

Клинические проявления анальной трещины не отличаются специфичностью симптомов. При острой трещине или ее осложнениях дифференциальный 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 только 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 трещины с подрывными 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 простого консервативного лечения, он должен получить направление на консультацию 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, жареных продуктов. Как правило, рекомендуется белково-растительная диета 3 (стол с высоким содержанием клетчатки и употреблением повышенного количества жидкости для достижения мягкой консистенции каловых 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 сопутствующими заболеваниями толстой кишки, как то синдром раздраженной толстой кишки, дивертикулярная болезнь или неспецифические колиты, диета должна быть направлена на нормализацию стула.

Особое внимание больных следует обратить на выполнение гигиенических 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-

стие, но и сам анальный канал. В тех случаях, когда водные процедуры недоступны, следует рекомендовать применение специальных влажных гигиенических салфеток.

В случае сочетания трещины с геморроем для лечения последнего следует назначить препараты, содержащие биофлавоноиды (диосмин и гесперидин).

Местная терапия

Цель местного лечения: снятие воспаления, стимуляция процессов репарации и анальгезия. Для решения первых двух поставленных задач можно рекомендовать мазь Постеризан форте (или свечи аналогичного названия). Препарат содержит в себе суспензию культуры кишечной палочки и гидрокортизон. Метаболиты кишечной палочки способны усиливать местные иммунные реакции, сопровождающиеся освобождением цитокинов, особенно интралейкина-1. Кроме того, суспензия культуры бактерий вызывает образование специфического иммуноглобулина А, который образует нежную пленку на слизистой кишечника, выполняющую роль местного защитного барьера. Гидрокортизон, являющийся вторым составляющим препарата, способствует скорейшему подавлению воспаления и ускоряет процессы регенерации тканей, индуцируемой суспензией культуры кишечной палочки. Мазь следует вводить с помощью специального аппликатора в положении лежа. Препарат назначается 2 раза в день, а в случае тяжелого воспалительного процесса, например у больных с неспецифическими колитами, кратность введения можно увеличить с учетом частоты стула. Максимальная продолжительность лечения, как правило, не превышает трех недель. При необходимости продолжать терапию возможно использование свечей или мази Постеризан, содержащих исключительно суспензию культуры бактерий.

Среди препаратов, обладающих анальгезирующим и репаративным эффектом, следует рекомендовать свечи Релиф Адванс. В состав входит 10,3% бензокаин, обладающий быстрым анальгезирующим эффектом, кроме того, масло печени акулы, содержащее жирорастворимые витамины, свободные жирные кислоты, сквален и алкилглицерол, являющиеся 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 непосредственно перед стулом. При отсутствии или исчезновении болевого синдрома можно перейти на использование свечей или мази Релиф без обезболивающих добавок. Препарат обладает высокой эффективностью,

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 неспецифическими колитами должно осуществляться проктологом, поскольку риск развития осложнений или хронизации трещины у этих пациентов крайне велик. Применение нитропрепаратов для лечения трещины, сопровождающейся спазмом сфинктера, сдерживается отсутствием официальных препаратов, 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 проведенного консервативного лечения, а также характер местных изменений. Весьма часто больные отождествляют заживление анальной трещины с исчезновением ее клинических проявлений, что является весьма распространенным заблуждением. Поэтому исчезновение симптомов заболевания не является основанием для отказа от повторного осмотра пациента. Кроме того, в ряде случаев заживление может сопровождаться формированием весьма грубого рубца или «сторожевого» бугорка, то есть небольшого выбухания слизистой у основания трещины. Сохраняющийся 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 лечения. Операция при анальной трещине предполагает иссечение тканевого дефекта с последующим ведением раны открытым способом до полного заживления. В случаях, когда имеется выраженный спазм сфинктера, иссечение трещины дополняется дозированным рассечением сфинктера, так называемой боковой подслизистой сфинктеротомией. Длительность нетрудоспособности в послеоперационном периоде определяется темпами 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 операции встречаются весьма редко.

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