

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР СЛУЧАЯ ТРЕЩИНЫ ЗАДНЕГО ПРОХОДА.

Пикалова Л.П., Бибикина А. А

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Резюме: В статье рассмотрен клинический случай лечения анальных трещин.

Представлены классификации, механизм их возникновения, методы лечения и профилактика.

Ключевые слова: прямая кишка, анальная трещина, боль, лечение

CLINICAL ANALYSIS OF A CASE OF A FRACTURE OF THE REAR PASSAGE.

Pikalova L.P., Bibikova A.A.

Tver State Medical University

Summary: The article presents a clinical case of intervertebral hernia in the lumbar region. It also discusses the classification and treatment methods of hernias, the mechanism of their occurrence. The surgical treatment method that was used in the described clinical case, as well as the postoperative recovery period, is considered in detail.

Key words: Decompression of the spinal canal, Conservative methods of treatment, Intervertebral hernia, Surgical methods of treatment.

Введение

Анальная трещина — рана, дефект слизистой, возникающий на стыке анодермы (эпителия анального канала) и слизистой оболочки прямой кишки. Форма дефекта чаще линейная, встречаются эллиптические раны и раны треугольной формы. Возникшая впервые острая трещина приносит весьма болезненные ощущения больному, в основном во время дефекации.[\[1\]\[2\]](#) Заболевания носит социальную значимость, занимая 3-е место среди проктологических нозологий.

Трещина как правило, бывает одна и располагается в задней комиссуре, на копчиковой стенке заднего прохода канала, как правило этим заболеванием страдают чаще женщины от 20 до 60 лет.

Анальные трещины могут возникать вследствие травм заднего канала твердыми каловыми массами с вторичным инфицированием, во время поднятия тяжестей, при хронических запорах, во время родов.

Также причиной могут служить механические травмы, сосудистые нарушения, изменения перианального эпителия, нейромышечные поражения сфинктера заднего прохода. Предрасполагающими факторами к развитию трещины являются геморрой, воспалительные процессы, болезнь Крона с локализацией в заднем непроходном канале.

Истинная трещина представляет собой травматический надрыв стенки заднего прохода, сопровождается сильным спазмом сфинктера и выраженным болевым синдромом. Трещина как правило локализуется по срединной линии на 6 часах по циферблату (копчиковая сторона), реже — на 12 часах по циферблату (передняя стенка).

Локализация объясняется анатомическим строением сфинктера заднего прохода.

Основная часть

При хронических трещинах:

Болевые ощущения несколько отличаются от таковых при острой патологии. Длительность болей может быть до нескольких часов. Интенсивность их, как правило, сильнее. Боли описываются пациентами, как жгуче-режущие. Боли могут отсутствовать при дефекации и начинаться спустя 20-40 минут после нее.

- Выделения крови незначительные. В большинстве случаев могут вовсе отсутствовать.
- Сфинктероспазм. Проявляется затруднением при отхождении кала.

Триада перечисленных симптомов, особенно боли и сфинктероспазм, может послужить причиной появления боязни дефекации, усугубляя нарушения стула и препятствуя тем самым адекватному заживлению хронических анальных трещин. Хроническое воспаление в зоне дефекта анодермы приводит к деструкции эластических волокон в анодерме, отчего последняя теряет свою пластичность, в ней изменяется течение процессов регенерации.

- Еще один симптом, встречающийся в небольшом проценте случаев — зуд в области раны.

Многие исследования [\[4\]\[5\]](#) указывают на наличие сопутствующего хронического воспалительного процесса в аноректальной области при трещинах. Криптиты, проктиты, папиллиты осложняют течение заболевания. Последовательность появления болезней — образовалась ли сначала трещина, или первичными были хронические воспалительные процессы в кишечнике — при сочетании данных нозологий ответ на вопрос бывает индивидуальным, терапия подобных сочетанных патологий практически не различается.

Считается, что возникновение первичного дефекта слизистой не приводит к физиологически быстрому заживлению у ряда больных из-за особенностей строения ЖКТ — малой величины аноректального угла, снижения перфузии крови в области передней и особенно задней комиссуры и недостаточности ректального ингибиторного рефлекса (РАИР). В инструментальных исследованиях выявлены частые случаи (до 85%) недоразвития конечных ветвей внутренней срамной и нижней прямокишечной артерий, питающих эндотелий и подлежащие ткани в области ишиоректальной ямки. Исследования, позволившие установить данный факт: постмортальная ангиография и доплеровская флоуметрия у здоровых лиц [\[6\]](#).

Подробные исследования микробной флоры лиц, страдающих анальными трещинами, подтвердили факты нарушения симбионтного равновесия в микрофлоре дистальных отделов толстого кишечника (в т.ч. резкое снижение или исчезновение в ее составе лакто и бифидобактерий), увеличение персистентного потенциала патогенных микроорганизмов (увеличение их антилизоцимной активности).[\[7\]](#)

Дополнительное патологическое влияние имеет повышенный уровень провоспалительных цитокинов, антител к эндотелию, и снижение выработки оксида азота.

Все перечисленные факторы в различной степени выраженности способствуют нарушениям процессов регенерации и хронизации анальных трещин.

Хронические фиссуры заднего прохода появляются вследствие длительно не заживающих острых трещин, они характеризуются наличием соединительной ткани в области дна, присутствием гипертрофированного анального сосочка и грануляций в виде «сторожевого» бугорка. Длительно существующая, без лечения или неадекватного лечения трещина может приводить к развитию каллезной ткани в области дефекта (т.н. каллезная трещина).

Хронические трещины

В отдельных случаях лечение начинают с медикаментозных средств, описанных в вышеизложенном разделе. Основным методом лечения все же является хирургическое лечение. При показаниях к оперативному лечению операцией выбора становится иссечение трещины с дозированной боковой сфинктеротомией ВНАС [\[10\]](#). Обоснованным объемом рассечения называют длину разреза, соответствующую протяженности самой трещины, и избежание рассечения мышечных волокон выше зубчатой линии (для профилактики инконтиненции). В послеоперационном периоде для дополнительного сфинктеродилатирующего эффекта применяют нитроглицериновые мази. Имеются достоверные данные о положительном эффекте применения топического метронидазола после фиссуротомии.[\[9\]](#)

Топическая антибактериальная терапия в большинстве случаев значительно сокращает длительность болевого синдрома (до 5 дней вместо стандартных 28)[\[7\]](#) и снижает клинические и объективные проявления неспецифического проктита значительно раньше, чем у пациентов без применения антибиотикотерапии.

Клинический случай

Пациентка Н, 48 лет в экстренном порядке госпитализирована в хирургическое отделение ГБУЗ ТО ГКБ№6 где ей в первые часы установлен диагноз «острая задняя анальная трещина» и

назначена операция «иссечение приректальной ткани». Был установлен врачебный контроль в послеоперационном периоде за течением раневого процесса до полного заживления ран. В послеоперационном периоде до момента заживления ран, пациентам с данным диагнозом требуется производить регулярную санацию анальной области, выполнять ежедневные перевязки с использованием мазевых основ, обладающих противовоспалительным и ранозаживляющим действием. Также 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 для смягчения стула.

Пациентка обследована и установлен клинический диагноз: «Острая анальная трещина. Хронический геморрой 1 ст. Пароксизмальная форма мерцательной аритмии. Вегетососудистая дистония». В день поступления была выполнена операция «Разрез или иссечение приректальной ткани». Во время операции выполнена «...ректоскопия, кишка осмотрена на протяжении 18 см, слизистая на осмотренных участках бледно розовая, складки хорошо расправимы, сосудистый рисунок не изменен, на 2,7 и 11 часах определяются спавшиеся геморроидальные узлы, на 6 часах имеется линейный дефект слизистой, представленный рубцово измененными тканями, при исследовании отмечается подкравливание из дефекта слизистой. В проксимальных отделах прямой кишки (доступных осмотру) дополнительных образований, следов крови, а также возможных источников кровотечения не выявлено. Выполнена щадящая дивульсия анального жома. При ревизии на 2,7 и 11 часах определяются внутренние спавшиеся геморроидальные узлы. На 6 часах имеется линейный дефект анодермы размером 1.5x1.0 см., с рубцовые измененные края. Рубцовые ткани интимно прилежат к внутреннему геморроидальному узлу расположенному на 6 часах. При осмотре отмечается подкравливание из дефекта слизистой. При помощи скальпеля, под непосредственным визуальным контролем волокон сфинктера произведен разрез слизистой вокруг трещины. Затем плоско, вдоль проекции мышечных волокон сфинктера, иссечена трещина. Иссечение выполнено в виде треугольника, с гемостатической целью дефект слизистой ушит отдельными узловыми швами нитью кетгут 3/0 на атрауматической игле... Диагноз после операции: острая анальная трещина...».

При проведении патогистологического исследования есть описание «зрелой соединительной ткани» в гистологическом препарате, а также при первичном осмотре в хирургическом отделении, в разделе локальный статус, есть описание «...на 6 часах имеется линейный дефект слизистой с омазовелыми краями», что подтверждает хронический характер изменений в зоне анальной трещины и не соответствует острому процессу. В данном случае, речь должна идти о хронической анальной трещине.

Изменения, происходящие в хронической трещине прямой кишки приводят к формированию трофических язв, что лечится только хирургическими методами. Что и было проведено у данной пациентки. Иссечение рубцово-измененного дна и краев язвы, гипертрофированных сосочков, наружного бугорка и геморроидальной бахромы.

Так как, трещина заднего прохода часто возникает в результате сильного натуживания, профилактические мероприятия должны быть направлены на борьбу с запором, соблюдение физической активности и диетотерапию.

Прогноз. Профилактика

Логичными мерами в отношении предупреждения появления фиссур заднего прохода является устранение причин, способствующих их появлению:

1. Коррекция питания, лечение запоров и нормализация стула. Употребление достаточного количества балластных веществ: пищевых волокон, клетчатки. Максимальное исключение из рациона рафинированных продуктов, высокоуглеводистой пищи (изделий из сдобного теста, хлеба высшего сорта, кондитерских изделий и т. п.). Включение в меню большого количества овощей, кисломолочных продуктов.
2. Если алиментарная коррекция не приводит к нормализации стула, применяют фармпрепараты (осмотические и контактные слабительные).
3. Исключение прочих факторов, приводящих к травматизации слизистой прямой кишки.
4. Лечение хронических заболеваний ЖКТ.

5. Устранение дисбиоза кишечника.^[11]

При своевременном лечении и полноценной профилактике прогноз заболевания благоприятный, в большинстве случаев отмечается полное излечение.

Источники информации

1. Основы колопроктологии. Под ред. Г.И. Воробьева. Москва: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. 432, 413 с.
2. Griffin N. et al. Quality of life in patients with chronic anal fissure. Colorectal Dis. 2004. Vol. 6. P. 39-44
3. Жарков Е.Е. к.м.н., диссертация «Комплексное лечение хронической анальной трещины», Москва, 2009 г. 31-49, 50-79
4. Маят К.Е. Анальная трещина: принципы диагностики и лечения. Лечащий Врач. 2009. с. 10-136
5. Gee T. et al. Ano-coccygeal support in the treatment of idiopathic chronic posterior anal fissure: a prospective non-randomised controlled pilot trial. Tech. Coloproctol. 2013. Vol. 17, № 2. P. с. 181-186
6. Крылов Н.Н. Москва, ММА им. И.М. Сеченова ст. «Хроническая анальная трещина» в журнале «Вестник хирургической гастроэнтерологии» № 1; 2009 г. с. 5-11
7. Грекова Н.М. Выбор способа лечения хронической анальной трещины / Н.М. Грекова, Е.А. Малева, Г.В. Динерман «Актуальные вопросы хирургии», 2010 г. Вып.8. с. 137-139
8. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. «Парапроктит». Москва «Медицина» 1981 г. с. 8-14
9. Ala S. et al.. Topical metronidazole can reduce pain after surgery and pain on defecation in postoperative hemorrhoidectomy. Dis. Colon Rectum. 2008. Vol. 51, №2. P. 235-238
10. Грошилин В.С. Комплексное лечение анальных трещин (клинико — анатомо -экспериментальные исследования): автореф. дис. Д. мед. наук. Ростов-на-Дону, 2010. 43 с;
11. Poh A. et al., Innovations in chronic anal fissure treatment: A systematic review. World J. Gastrointest. Surg. 2010. Vol. 2, № 7. P. 231-241
12. Тарасевич А.В. Регуляция антилизоцимной активности энтеробактерий эндогенными факторами желудочно-кишечного тракта и разработка рациональных подходов к диагностике и коррекции дисбиоза кишечника: дис. канд. мед. наук. Оренбург, 2004. 149 с.