

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АНАЛЬНЫМИ ТРЕЩИНАМИ

*С.А. Абдрахманов*

---

Анализируются результаты лечения больных анальными трещинами.

*Ключевые слова:* анальная трещина, геморрой, хирургия.

Среди проктологических заболеваний трещины заднего прохода по частоте занимают второе и третье места, уступая лишь геморрою, а в некоторых статистиках – и парапроктиту [1–4]. У детей раннего возраста наиболее распространенным хирургическим заболеванием прямой кишки и заднего прохода является анальная тре-

щина [5, 6]. Трещина заднего прохода – нозологически обособленное заболевание, ее клинические рамки ясно очерчены, известен патогенез, хорошо изучена симптоматология, испытано много средств и способов лечения [7–10].

Далеко не каждое повреждение кожи и слизистой оболочки заднего прохода может быть на-

звано трещиной [5, 6, 11, 12]. Справедливо мнение, которое высказали некоторые ученые [13, 14] о трещине заднего прохода, как “о болезни малой, но причиняющей большие страдания, излечение от которой приносит людям настоящую радость”.

В отделении проктологии Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за 2000 и 2008 год было обследовано и прооперировано 8728 больных с различными заболеваниями прямой кишки.

За этот период с диагнозом геморрой прооперировано 3075 (35,2%) больных, по поводу острого парапроктита – 1453 (16,6%), хронического парапроктита – 2336 (26,8%) и анальной трещины – 838 (9,6%). За этот же период с сочетанными заболеваниями заднепроходного канала прооперировано 1026 больных, что составляет 11,8% от общего числа прооперированных больных.

Из 838 больных анальной трещиной острая форма была у 260 (31,0%) и хроническая анальная трещина – 578 (69,0%) больных.

Из 578 больных хронической анальной трещиной заднего прохода женщин было 423 (73,2%), а мужчин – 155 (26,8%). Больные были в возрасте от 16 до 69 лет. Основное их количество составили больные молодого, трудоспособного возраста. Средний возраст –  $40,19 \pm 1,16$  лет.

У женщин по сравнению с мужчинами частота заболеваемости несколько выше и соотношение составила 2,7:1. Эта тенденция наиболее выражена в трудоспособном возрасте от 25 до 45 лет.

Длительность заболевания – от нескольких дней до 8 лет. Средняя продолжительность болезни –  $1,9 \pm 0,6$  лет.

У 34 пациентов (5,8%) были сопутствующие заболевания. Среди них преобладали болезни сердечно-сосудистой системы и органов дыхания (гипертоническая болезнь, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, пневмосклероз), потребовавшие тщательной предоперационной подготовки.

Задняя анальная трещина диагностирована у 492 (85,1%), передняя – у 63 (10,9%) и сочетание передней и задней анальных трещин – у 23 (4,0%) больных. Длительность заболевания была от 3 месяцев до 11 лет.

Все больные по характеру оперативного вмешательства были разделены на три группы. В первую включен 181 (31,3%) больной, которым произведено иссечение анальной трещи-

ны с боковой дозированной сфинктеротомией с оставлением раны открытой. Во вторую группу включены 202 (35,0%) больных, которым произведено иссечение анальной трещины, дивульсия анального сфинктера и ушивание образовавшейся раны в радиальном направлении рассасывающимися нитями. В третью группу вошло 195 (33,7%) больных, которым осуществлялись иссечение анальной трещины в пределах здоровых тканей, дивульсия анального сфинктера и ушивание анального сфинктера в поперечном направлении. Все операции осуществлены под сакральной анестезией, после тщательной предоперационной подготовки кишечника.

Проблема лечения трещин заднего прохода далека от радикального разрешения. В этом вопросе много взглядов и предложений, особенно если учесть, что приходится иметь дело с двумя основными формами заболевания – острыми и хроническими трещинами. Если первая сравнительно легко поддается терапии, то лечение хронических трещин остается сложной задачей. Среди проктологов нет единых взглядов на показания и методику лечения трещин заднего прохода. Более того, имеются диаметрально противоположные мнения по всем этим вопросам [6, 8].

Причины возникновения анальной трещины многочисленны [5, 6]. Среди причин, влияющих на образование анальной трещины, рассматриваются: механическая, сосудистые нарушения, изменения перианального эпителия (паракератоз), нейромышечные изменения анального сфинктера. Область анального канала имеет анатомические предпосылки к образованию трещин. Во-первых, по задней стенке анального канала расположены более глубокие дистальные части заднепроходных пазух (крипт Морганьи). Во-вторых, на задней стенке анального канала сходятся сухожильные окончания мышц анального сфинктера. У женщин слабым местом анального канала является его передняя часть, где как бы сходятся вульва, влагалище и фиброзный центр промежности. Достаточно часто анальная трещина сочетается с ректоцеле (выпячивание стенки прямой кишки во влагалище – переднее ректоцеле). Нарушение целостности перегородки между прямой кишкой и влагалищем (ректовагинальной) чаще всего происходит в результате родовых травм. Реже к ректоцеле приводят упорные запоры, тяжелая физическая работа и хронические воспалительные заболевания женской половой сферы. Расхождение или травма мышц-леваторов приводит к ослаблению мышц тазового дна и ректовагинальной перегородки.

При этом задняя стенка влагалища, интимно связанная с прямой кишкой, приобретает подвижность и при повышении внутрибрюшного давления происходит выбухание передней стенки прямой кишки в сторону истонченной задней стенки влагалища. Поэтому трещина в передней части анального канала встречается в основном у женщин. На боковых стенках анального канала трещины бывают относительно редко. Образование трещины связано и с сосудистыми изменениями в анальном канале. Трещина достаточно часто сочетается с геморроем. Наиболее часто встречается анальная трещина при выпадении внутренних геморроидальных узлов. Медиальные стенки внутренних геморроидальных узлов по существу являются стенками заднего прохода. Они расположены в зоне аноректальной линии, наиболее подверженной травме во время дефекации. Нарушение микроциркуляции в этой области, особенно в задней и передней частях анального канала, может сопровождаться образованием линейных язв, сходных по своему характеру с варикозными язвами, что объясняет хроническое течение многих анальных трещин при геморрое. Таким образом, анальная трещина является полиэтиологическим заболеванием, что необходимо учитывать в процессе ее лечения.

Протяженность трещины обычно не превышает 1 см. При микроскопии определяется дефект многослойного эпителия с утолщением его в области краев язвы. Дно язвы обычно чистое, представлено зрелой грануляционной или склерозированной соединительной тканью. Иногда рубец в области дна трещины распространяется на глубину до 2–5 мм с включением в него мелких нервов и мышечных пучков. В отдельных случаях воспаление выражено слабо или вовсе отсутствует, но в других наблюдениях воспаление значительно и иногда сопровождается возникновением свищевого хода.

Клиника анальной трещины складывается из триады: боль в заднем проходе, спазм анального сфинктера, кровотечение из заднего прохода. Это настолько характерно и так четко выявляется при первом опросе больного, что в типичных случаях диагноз ясен еще до обследования. Если трещина сочетается с геморроем, то к жалобам обычно добавляется выпадение узлов и более обильное ректальное кровотечение. Боли, усиливающиеся во время дефекации, вызывают спазм мышечных структур сфинктера заднего прохода, а спазм лишь усиливает боль. Кровотечения из анального канала сравнительно небольшие, возникают во время или сразу по-

сле дефекации и объясняются травмированием стенок трещины плотными каловыми массами (особенно при запорах).

При острых трещинах боли, как правило, сильные, но сравнительно кратковременные – только во время дефекации и в течение 15–20 мин после нее. Спазм сфинктера обычно резко выражен, а кровотечения минимальны. При острой трещине обычно выявляют только болезненный участок на стенке заднепроходного канала (чаще всего на задней), а уплотнения, приподнятые края трещины, “сторожевой бугорок” у ее дистального края могут не определяться. При хронической трещине боли носят более длительный характер, усиливаются не только после стула, но и при длительном вынужденном положении. У пациентов появляется такой симптом, как “стулострадание”. Пациенты все чаще начинают прибегать к различным слабительным, клизмам, становятся раздражительными, у них появляется бессонница.

Диагностика анальной трещины достаточно проста. При осмотре (целесообразнее проводить осмотр на гинекологическом кресле, нежели в коленно-локтевом положении или в положении на левом боку) заднего прохода и заднепроходного канала выявляется либо линейной, либо овальной формы дефект слизистой оболочки. Для острой трещины характерен линейный разрыв слизистой оболочки анального канала, который легко кровоточит. При пальпации отмечается спазм мышц внутреннего сфинктера. Для хронической анальной трещины характерно наличие рубцовой ткани в краях разрыва. Край такого раневого дефекта (язвы) уплотняются и утолщаются, особенно в дистальной части трещины, где при этом формируется полиповидное соединительнотканное утолщение – “сторожевой бугорок”, а в проксимальном отделе, т.е. на уровне самой зубчатой линии, иногда определяется гиперпластический анальный сосочек. Анальные сосочки в норме представляют собой утолщенные дистальные части клапанов заднепроходных столбов и не имеют никакого отношения к истинным полипам заднепроходного канала. До сих пор хирурги трактуют гипертрофированный анальный сосок как анальный полип, это ведет к дезинформации больных. Важно при осмотре исключить наличие неполного внутреннего свища прямой кишки, что нередко сопутствует хронической анальной трещине. Если в клинической картине присутствует постоянный болевой синдром, а при разведении анального канала из него начинает поступать гнойное отде-

ляемое, наличие неполного внутреннего свища наиболее вероятно. При наружном осмотре области заднего прохода после определения участка болезненности следует осторожно раздвинуть ягодичы больного (лучше на гинекологическом кресле, нежели в коленно-локтевом положении). Почти во всех случаях удается увидеть на глаз дистальную часть трещины – красного цвета продольную или треугольную язву, уходящую в глубь заднепроходного канала. Эти неинвазивные манипуляции должны обязательно предшествовать пальцевому исследованию, которое может не удалиться из-за резкой болезненности. В подобных случаях нельзя форсировать выполнение пальцевого исследования анального канала.

При пальцевом обследовании больных хроническими трещинами можно достаточно четко определить не только ее точную локализацию, но и состояние краев (плотные, приподнятые). Обращают внимание на наличие или отсутствие гнойного отделяемого (дифференцирование с неполным внутренним свищом прямой кишки) и, что очень важно, определяют степень спазма сфинктера. Именно пальцевое исследование до сфинктерометрии может дать опытному врачу сведения о наличии спазма: сфинктер при повышенном тоне плотно охватывает палец, продвигать который становится трудно, и манипуляция становится очень болезненной. При этом определяется состояние стенок заднепроходного канала, наличие и консистенция анальных сосочков, напряжение дистальных участков мышц, поднимающих задний проход.

Инструментальные **методы** диагностики (аноскопия, жесткая ректороманоскопия) при выраженном болевом синдроме и спазме сфинктера без обезболивания проводиться не должны. Ректороманоскопия на высоту до 20–25 см может быть выполнена или после заживления трещины, или после операции, перед выпиской больного из стационара. Не следует и специально выполнять при острой трещине сфинктерометрию, хотя определять функциональное состояние анальных сфинктеров необходимо.

Дифференциальная диагностика анальной трещины относительно проста. Необходимо дифференцировать трещину прежде всего с неполными внутренними свищами прямой кишки. При неполном свище, как правило, спазм сфинктера не наблюдается, боли значительно меньше, а на первый план выступают гнойные выделения из заднего прохода. При пальцевом исследовании на дне малоболезненной язвы определяется четкое углубление – полость свища.

Лечение больных с анальной трещиной следует начинать с консервативных мер. **Лечение** острой (или рецидивирующей хронической) трещины начинают с нормализации стула. Во многих случаях (особенно при острой послеродовой трещине) дает стойкий эффект только регулирование транзита кишечного содержимого по толстой кишке, изменение его консистенции при запорах или излечение от хронической диареи (чаще всего связанной с дисбактериозом). На период **лечения** (в среднем 2 недели) из пищи исключают соленые, кислые блюда и спиртные напитки.

Рационально построенная диета, преимущественно кисломолочно-растительного характера, с исключением острых, соленых, горьких блюд и раздражающих приправ, а также алкогольных напитков (включая пиво) дает положительный эффект для нормализации работы пищеварительного тракта. При склонности к запорам рекомендуют стол 3 (по Певзнеру). При склонности к диарее стол 4б или 4в (по Певзнеру). Поскольку анальная трещина возникает в результате нарушения деятельности пищеварительного тракта, проявляющегося функциональными расстройствами либо синдромам раздраженного кишечника, который встречается более чем у половины пациентов, для регуляции моторики используются спазмолитики и прокинетики. Выбор препарата диктует конкретная клиническая ситуация. У больных с синдромом раздраженной кишки с преобладанием запоров целесообразно использовать спазмолитические препараты (метиспазмил, дицетел, спазмомен, дюспаталин, бускопан), при атонических запорах обычно используют прокинетики (дисаприд). Препараты, регулирующие моторную функцию, должны сочетаться с приемом пищевых волокон и осмотических слабительных. Это продукты растительного происхождения, содержащие неферментируемые вещества преимущественно полисахаридной природы, – пшеничные отруби, целлюлоза, гемицеллюлоза, лигнин и др. Благодаря способности связывать воду они регулируют консистенцию стула, увеличивают его массу и ускоряют продвижение кишечного содержимого по толстой кишке. На начальном этапе лечения целесообразно использовать осмотические слабительные, имитирующие действие пищевых волокон. Осмотические слабительные занимают важное место в лечении запоров. Их непосредственный эффект выше пищевых волокон. Для длительного приема используется лакту-

лоза, форлакс. Лучшей переносимостью обладает препарат “Форлакс” – полиэтиленгликоль с мол. массой 4000. Препарат лишен побочных явлений, не воздействует непосредственно на микрофлору, дает быстрый эффект. Его применение возможно в течение ряда месяцев и даже лет. Привыкания не развивается. Доза форлакса составляет от 30 до 60 г в сутки, причем в высоких дозах он эффективен и при рефрактерных медленнотранзитных запорах. Пищевые волокна и осмотические слабительные сочетаются друг с другом, причем дозировка и тех и других может быть уменьшена при комбинированном лечении. Если эффект не достигнут, возможно применение микрокристаллической целлюлозы в индивидуально подобранной дозе (4–9 г в сутки) или препарата из семян подорожника “Мукофалька” (10–30 г в сутки). Последний в 40 раз больше удерживает жидкость. При склонности к поносам целесообразен прием адсорбентов (сметекта, неоинтестопан, таннакомп и полифепан), ферментных и бактериальных препаратов, улучшающих всасываемость (креон, фестал, бактисубтил, хилак-форте и др.), а также средств, влияющих на перистальтику тонкой и толстой кишки (домперидон, цизаприд). В связи с тем, что “стулробязнь” сохраняется, целесообразно на 4–5-й день исключить самостоятельный стул. Для этого перед каждой дефекацией ставится микроклизма в объеме до 200 г теплой воды с добавлением 30–50 г вазелинового масла. Таким образом “разбивается” каловая пробка и дефекация менее болезненна. К 4–5-му дню на фоне приема пищевых волокон и осмотических слабительных восстанавливается нормальная дефекация, болевой синдром купируется.

Работу желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) нормализует рационально построенная диета преимущественно кисломолочно-растительного характера, с исключением острых, соленых, горьких блюд и раздражающих приправ, а также алкогольных напитков (включая пиво).

При склонности к запорам необходимо включение в рацион механических и химических стимуляторов моторной функции кишечника. Следует исключить продукты и блюда, усиливающие процессы брожения и гниения в кишечнике, а также сильные стимуляторы желчеотделения, секретию желудка и поджелудочной железы, веществ, отрицательно влияющих на функциональное состояние печени и органов желчеотделения (продукты, богатые эфирными маслами, холестерином; сильно зажаренные продукты). Пищу перед приготовлением не измель-

чают, готовят на пару, отваривают; овощи и фрукты можно употреблять как в сыром, так и в вареном виде. При склонности к диарее необходимо ограничить поваренную соль до нижней границы физиологической нормы (8–10 г), умеренно ограничить механические и химические раздражители слизистой оболочки и рецепторного аппарата ЖКТ, исключить продукты и блюда, усиливающие процессы брожения и гниения в кишечнике, а также сильные стимуляторы желчеотделения, секретию желудка, поджелудочной железы, веществ, раздражающих печень. Все блюда готовят в вареном виде на пару, протертыми.

Оперативное лечение анальных трещин необходимо проводить при хроническом течении заболевания, не поддающемся консервативной терапии. Операция заключается в иссечении по плоскости самой трещины в пределах здоровой слизистой оболочки. Рана обычно легка и быстро (в течение в среднем 5–6 дней) заживает тонким рубцом. Главное в этой операции – решить, нужно ли делать дополнительно сфинктеротомию, и если нужно, то каким способом. Без этой дополнительной манипуляции в большинстве случаев операция успеха не дает, возникает рецидив трещины из-за возобновляющихся тонических сокращений жома. Целый ряд больных, у которых до операции спазм не определяется или выражен незначительно, могут быть стойко излечены путем только иссечения трещины в пределах здоровой слизистой оболочки. Если же спазм выражен и ясно, что его необходимо снять (хотя бы временно), то в данной ситуации показана боковая подслизистая сфинктеротомия.

#### Литература

1. Врублевский В.А., Милитарев Ю.В. Распространенность болезней прямой и ободочной кишки у взрослого населения Москвы // Проблемы проктологии. Вып. 4. М., 1983. С. 6–10.
2. Кулжабаев Т. Сочетание геморроя и анальной трещины. Диагностика и лечение // Актуальные проблемы колопроктологии. Волгоград, 1997. С. 74–77.
3. Кулжабаев Т., Айбасов Н.Б., Коваленко Н.А. Сочетание ректоцеле с хроническим геморроем, задней хронической анальной трещиной и недостаточностью анального жома // Актуальные проблемы колопроктологии. Иркутск, 1999. С. 56–57.
4. Протсенко В.М., Мурадов В.К., Максимова Л.В., Титов А.У., Полетов Н.Н. Лечение ран анального канала и промежности // Хирургия, 1998. Т. 8. С. 20–22.

5. *Аmineв А.М.* Руководство по проктологии. Т. 1, 2. Куйбышев, 1973. 532 с.
6. *Генри М., Свош М.* Колопроктология и тазовое дно. М.: Медицина, 1988. С. 98–117.
7. *Акопян Э.Б., Говоркян Г.М., Курбанян А.Л.* Усовершенствование методов лечения геморроя, анальных трещин и свищей прямой кишки // Проблемы реабилитации проктологических больных. Минск, 1998. С. 6–7.
8. *Акопян Э.Б., Саакян А.Б., Геворкян Г.М.* Улучшение результатов лечения больных геморроем, анальными трещинами, острыми и хроническими парапроктитами // Проблемы колопроктологии. М., 1998. Вып.16. С. 13–15.
9. *Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н.* Руководство по проктологии. М.: Медпрактика, 2001. 300 с.
10. *Al-Ghnaniem R., Leather A.J., Rennie J.A.* Survey of methods of treatment of haemorrhoids and complications of injection sclerotherapy // *Ann R Coll Surg Engl*, 2001, Vol. 83, № 5. P. 325–328.
11. *Гайнутдинов Ф.М., Темирбулатов В.М.* Одномоментная операция при геморрое, сочетающемся с трещиной заднего прохода // *Клинич. хирургия*. 1992. № 2. С. 45–47.
12. *Aasboe V., Raeder J.C., Groegaard B.* Betamethasone reduces postoperative pain and nausea after ambulatory surgery // *Anesthesia Analgesia*, 1998, Vol. 87, № 2. P. 319–323.
13. *Ривкин В.Л., Калуллер Л.Л., Дульцев Ю.В.* Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала. М.: Медицина, 1994. 240 с.
14. *Федоров В.Д., Дульцев Ю.В.* Проктология. М.: Медицина, 1984. 384 с.