

Лечение анальной трещины в амбулаторных условиях – современное состояние проблемы

В статье приведены аналитические данные о современных взглядах на этиологию, патогенез, клинику, диагностику и лечение трещины анального канала прямой кишки. Акцентировано внимание на алгоритме оказания лечебной помощи пациентам с острой и хронической анальной трещиной с точки зрения основных патофизиологических механизмов развития заболевания. Отражены вопросы дифференцированного подхода к терапии данной патологии в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: острая и хроническая трещина анального канала прямой кишки, сфинктер прямой кишки, сфинктеротомия.

Введение.

Анальная трещина – это рана на стенке прямой кишки в области перехода анодермы в слизистую заднепроходного канала. Заболевание встречается довольно часто и в структуре болезней прямой кишки по обращаемости занимает третье место (11,7%) после геморроя и парапроктита. Более трети больных анальной трещиной находятся в трудоспособном возрасте. Заболеванием чаще страдают женщины (свыше 60% от всех пациентов с данной патологией) (6). Анальная трещина возникает в результате повреждения слизистой оболочки заднепроходного канала, однако простой механический разрыв тканей анального канала на фоне отсутствия предрасполагающих факторов достаточно часто заживает самостоятельно без участия врача, да и эластические свойства мягких тканей анального канала в норме позволяют противодействовать появлению раны или язвы. Поэтому более чем у 90% больных с анальной трещиной, обратившихся к хирургу или проктологу поликлиники, имеются фоновые заболевания, приводящие к поражению слизистой оболочки прямой кишки и анодермы. При этом у больных выявляются проктосигмоидиты, гастриты, панкреатиты, системная патология соединительной ткани, перенесенные в анамнезе инфекции передающиеся половым путем, простатиты, геморрой, переанальные дерматиты и экземы, грибковые поражения анодермы, кишечный дисбактериоз и др (4, 6, 8). Выявление фоновой причины зачастую является трудной задачей и требует кропотливой работы и терпения, как со стороны доктора, так и пациента. По клиническому течению и морфологической картине анальные трещины бывают острые и хронические. Острая анальная трещина представляет собой дефект стенки заднепроходного канала линейной или треугольной формы, длиной 1—2 см. Он, располагаясь несколько выше линии Хилтона, вблизи переходной складки, доходит до гребешковой линии или заходит за нее. Острая трещина щелевидной формы, с гладкими, ровными краями. Дном её является мышечная ткань сфинктера заднего прохода. Более чем у 80% больных анальная трещина локализуется на 6 часах условного циферблата (задняя анальная трещина), у 7-9% (в основном у женщин) — на передней стенке заднепроходного канала (на 12 часах), исключительно редко (0,5%-1%) встречаются трещины на его боковых

стенках. Иногда (3-4%) имеет место сочетание двух трещин, располагающихся на передней и задней стенках заднепроходного канала. Тот факт, что наиболее часто локализуются трещины в области задней стенки заднего прохода, объясняется особенностями строения и функции его сфинктера. В области 6 и 12 часов условного циферблата худшие условия кровоснабжения, что создает большую опасность травматизации слизистой оболочки и кожи при акте дефекации (4, 8). Для клинической картины острой анальной трещины типична триада симптомов:

- кровотечение во время дефекации;
- боль во время или после дефекации;
- спазм сфинктера,

Кровотечение при острой анальной трещине является необязательным, но частым симптомом. При этом интенсивность кровопотери может быть абсолютно разной – от нескольких капель на салфетке до «значительного» по объему кровотечения (2-10 мл), что зависит от локализации трещины по отношению к геморроидальным валикам и ее глубины. Боли, как правило, сильные, больные жалуются на ощущение «резаной острой раны» в анальном канале при дефекации, при этом боли могут иррадиировать в крестец и промежность, вызывать дизурические явления, дисменорею, кишечную колику, провоцировать приступы стенокардии. У некоторых пациентов боли меньшей интенсивности и ощущение дискомфорта в анальной области остаются надолго после опорожнения прямой кишки. Зачастую интенсивные боли заставляют больных стремиться к редкой дефекации. В результате возникает задержка стула, что приводит к уплотнению кала и в последующем увеличивает возможность травматизации тканей. Резкие болевые ощущения в анальном канале нередко способствуют развитию спазма сфинктера заднего прохода. Тонический спазм мышц, наступающий после дефекации, при острой трещине, как правило, долго не длится, однако он обуславливает прогрессирующую ишемию тканей в зоне раневого дефекта, что в свою очередь препятствуют эпителизации трещины и приводит к хронизации процесса (6, 8).

Диагностика острой анальной трещины, как правило, не доставляет трудностей, этому способствуют пальцевое исследование прямой кишки и аноскопия. При выраженном болевом синдроме следует во время осмотра пользоваться гелем с местными анестетиками или предварительно произвести лидокаиновую субфиссуральную блокаду. Однако надо учесть, что эффективность назначенного далее лечения зависит не только от точной визуализации патоморфологической картины, но и от правильной диагностики возможно имеющегося фонового состояния, о чем было сказано выше. С этой целью необходимо тщательно изучить анамнез, при необходимости прибегнуть к дополнительным методам исследования: фиброгастродуоденоскопия, колоноскопия, УЗИ органов брюшной полости, микробиологическому исследованию пристеночной микрофлоры прямой кишки, ПЦР-диагностике скарификата анального канала, диагностике иммунного статуса. Надо учитывать в диагностике тот факт, что клинические проявления фонового состояния в большинстве случаев имеют скрытое течение. Консервативное лечение острой анальной трещины дает эффект у 78-92 % больных. С этой целью в анальный канал вводят свечи и мази, делают аппликации с лекарственными веществами, оказывающими местное

противовоспалительное, обезболивающее и спазмолитическое действие. С учетом наличия фоновых состояний, местное лечение острой анальной трещины официальными ректальными средствами должно при необходимости обязательно дополняться противовирусной, иммунокорректирующей, противогрибковой, эубиотической и другими видами терапии в зависимости от инициирующей и сопутствующей патологии, что, несомненно, влияет на результат лечения. Однако далеко не всегда выбранные пациентом средства лечения являются патогенетически оправданными, неправильное лечение влияет на результат заживления и способствует хронизации процесса. Анкетирование больных минского городского центра амбулаторной и малоинвазивной хирургии позволило выявить следующее – 62% больных впервые обратившихся за медицинской помощью в центр уже лечились амбулаторно, лечение согласовывали с продавцами лекарственных средств в аптеках, родственниками или знакомыми, узнавали информацию из интернет-сайтов. Около 31% больных получали терапию, назначенную хирургами поликлиники, без клинического положительного результата в течение 2-х недель, что говорит о ее неэффективности. Анализ полученных данных опроса позволяет сделать вывод, что более чем в 60% случаев пациенты не получали адекватной терапии. Поэтому выбор лекарственных средств при лечении данной патологии обязательно нужно согласовывать со специалистом в области малой проктологии, поскольку даже широко рекламирующиеся препараты далеко не всегда на деле имеют хороший клинический эффект (10).

Важная роль при консервативном лечении отводится диете. Рекомендуется употреблять кисломолочные продукты, пищу растительного характера, в том числе свеклу, чернослив, урюк, курагу, инжир, исключить острые, соленые, пряные блюда, а также алкогольные напитки. Подобная диета у большинства больных обеспечивает мягкий стул. При отсутствии эффекта «ослабления стула» за счет пищевого рациона необходимо прибегать к слабительным фармакологическим средствам. После дефекации лечение можно дополнять принятием тёплых сидячих ванночек с отваром ромашки и календулы (6, 8). Рынок лекарственных препаратов ежегодно пополняется десятками новых проктологических комбинированных лекарственных средств в виде мазей, свечей и одноразовых тюбиков с жидкими средствами, однако надо помнить о том, что некомпетентный выбор лечебных подходов в отношении пациента с острой анальной трещиной может привести его на операционный стол.

При неадекватном лечении или его отсутствии с течением времени дно и края трещины покрываются грануляциями с фибринозным налетом, уплотняются и подвергаются трофическим изменениям, происходит перифокальное разрастание соединительной ткани. В области внутреннего, а иногда и наружного края трещины появляются участки избыточной ткани — анальные «сторожевые» бугорки. На фоне нарушенного кровоснабжения в зоне трещины и прогрессирующего перифокального склероза тканей эпителизация дефекта крайне затруднена, что обуславливает возникновение незаживающей язвы и выраженной болевой реакции при физическом воздействии на эту зону. Данное состояние в проктологии называется хронической анальной трещиной.

Хроническая анальная трещина встречается у 1-2 % взрослого населения

развитых стран и в структуре проктологических заболеваний составляет 11-16%. Трансформация острой трещины в хроническую развивается, как правило, на фоне ишемизации тканей в зоне поражения. Патогенетических механизмов этому способствующих достаточно много и они обязательно должны учитываться в тактике лечебного подхода у каждого конкретного пациента. У больных с хронической анальной трещиной обычно имеется стойкий гипертонус внутреннего анального сфинктера, который способствует повышению внутрианального давления и как следствие снижению тканевой перфузии тканей анального канала.

Снижению кровоснабжения в зоне трещины могут способствовать индивидуальные анатомические особенности строения прямой кишки. Травмирующее воздействие калового комка на заднюю стенку канала во время акта дефекации тем больше, чем острее угол соотношения оси анального канала и нижнеампулярного отдела прямой кишки, при этом, чем плотнее кала, тем более медленно происходит акт дефекации и тем большее давление испытывают ткани в зоне расположения анальной трещины, что усугубляет ишемию.

Еще одной анатомической особенностью у пациентов с хронической анальной трещиной является недостаточное развитие конечных ветвей нижней прямокишечной и внутренней срамной артерий, кровоснабжающих ишиоректальную ямку, что подтверждается у пациентов эхоскопическими и ангиографическими методиками исследования кровообращения в области передней и задней комиссуры.

Снижению анодермальной перфузии способствует нарушению функционирования эндотелия, что приводит к снижению синтеза оксида азота, участвующего в регуляции локального кровотока, повышается прокоагулянтная и вазопрессорная активность эндотелия, активизируется синтез провоспалительных цитокинов в тканях. Кроме того, нарушение функционирования эндотелиальных клеток может вызвать экспрессию антигенов, при этом эндотелий начинает выступать как антигенпредставительный фактор. Обнаружение циркулирующих антиэндотелиальных антител у больных с хронической анальной трещиной позволяет предположить, что именно повреждение эндотелия предшествует изменению тонуса внутреннего анального сфинктера. Вероятнее всего, что циркулирующие антитела провоцируют выделение провоспалительных цитокинов, которые, в свою очередь, повышают тонус сфинктера и вызывают локальную ишемию в зоне анальной комиссуры в условиях исходно дефицитного кровоснабжения (4, 6).

Как правило, клиническая картина хронической анальной трещины представлена классической триадой - боль, спазм сфинктера и выделение крови из прямой кишки во время дефекации. Однако в клинической практике встречаются пациенты, у которых компоненты этой триады могут быть выражены в разной степени, а некоторые элементы вообще отсутствовать. Данный факт зачастую отражается на правильности постановки диагноза, а, следовательно, и выбора лечебной тактики, что связано в основном с опытом лечащего врача.

При типичной клинике острая, жгучая боль в анальном канале возникает в момент дефекации или сразу после него, длится от нескольких минут до нескольких часов. Страх боли при дефекации может заставить больного

сдерживать опорожнение кишечника. Это способствует уплотнению кала и в будущем большей травматизации анального канала. Кровянистые выделения у больных с хронической анальной трещиной скудные, болезненные, как правило, жалуются на небольшие пятна крови на салфетке при выполнении гигиены после дефекации.

Диагностика хронической анальной трещины, при знании алгоритма обследования и достаточном клиническом опыте врача, не представляет больших трудностей, достаточно произвести пальцевое исследование анального канала и аноскопию. Мануальное исследование необходимо начинать с введения пальца на противоположной стенке прямой кишки по отношению к трещины. Для уменьшения боли при манипуляции следует пользоваться гелем с анестетиком или произвести субфиссуральную блокаду с лидокаином. При осмотре обычно выявляют плотное болезненное образование, расположенное по оси кишки, иногда с ригидным сужением анального канала, позади трещины можно обнаружить сторожевой бугорок. О наличии спазма сфинктера судят по тому, как он плотно охватывает палец - продвижение пальца становится затруднительным и провоцирует усиление боли. У 85-90% больных хроническая анальная трещина располагается на задней стенке канала, у 8-10% - на передней. Реже всего встречаются "зеркальные" трещины одновременно в проекции обеих комиссур (4, 6, 8).

Материалы и методы.

Нами проведен анализ литературных данных о современных тенденциях в диагностике, лечении и профилактике хронической анальной трещины. Тактические подходы у лечению хронической анальной трещины за последние 20 лет претерпели ряд изменений и фактически сформировали несколько алгоритмов решения проблемы со своими сторонниками и противниками. Значительное количество учебно-методических и научных печатных работ прошлого века вплоть до середины девяностых категорически рекомендовали при хронической анальной трещине применять сразу хирургическое лечение. Главным аргументом в пользу такого подхода было наличие при этой патологии сфингтероспазма, как основного элемента в патогенезе, а ликвидировать его по мнению большинства авторов, возможно было только хирургическим путем – дивульсией или сфинктеротомией.

Для выполнения дивульсии в анальный канал вводили циркулярный расширитель Паркса и с его помощью или мануально дилитировали анальный канал до 2 или даже до 4 поперечных размеров пальцев с последующей сменой мазевых аппликаций в виде тампонов. Данная методика является достаточно травматичной, сопровождается значительной болевой реакцией после манипуляции. Заживление трещины после дилатации отмечали у 50% больных, у четвертой части пациентов развивалась недостаточность анального сфинктера разной степени выраженности.

Сторонники более радикальных подходов прибегают к иссечению анальной трещины в различных модификациях с хирургической сфинктеротомией. Методик сфинктеротомий, которые в настоящее время активно применяется две: чрезрваневая в зоне иссечения трещины и закрытая (чрезкожная) боковая. И та и другая сфинктеротомия в опытных руках достаточно эффективная операция. Хотя

в общей массе они по данным российских и зарубежных авторов имеют от 2 до 11 % осложнений в виде инконтиненции, гематом, парапроктитов. Последнее 10 лет в печати появляются работы, пропагандирующие сочетание оперативного лечения анальной трещины, без интраоперационной сфинктеротомии, с последующей пролонгированной баллонной дилатацией анального жома в послеоперационном периоде (1, 4, 8).

Проведенный анализ литературных данных дает представление о явно имеющейся тенденции в мировой практике к развитию малоинвазивных методик лечения аноректальной патологии, позволяющих решать лечебные задачи, не прибегая к госпитализации пациента (2, 3, 5, 7). Анализ работы центров амбулаторной хирургии, дневных стационаров, стационаров краткосрочного пребывания больных были посвящены 1, 2 и 3 съезды амбулаторных хирургов Российской Федерации (Санкт-Петербург, 2004, 2007 и 2009 гг.), где значительное внимание уделено лечению заболеваний прямой кишки. Вопрос оказания амбулаторной проктологической помощи был одним из основных в работе Всероссийской конференции «Актуальные проблемы проктологии» и первого съезда колопроктологов СНГ. Это связано с прогрессивным развитием лазерных, ультразвуковых и электрохирургических технологий.

Вместе с тем имеется и другая тенденция в амбулаторном лечении хронической анальной трещины, делающая упор на возможность консервативного лечения данной патологии, не прибегая к хирургическому вмешательству. С середины девяностых годов прошлого века в литературе начали появляться данные о хороших результатах лечения хронической анальной трещины длительной аппликационной терапией блокаторов кальциевых каналов и донаторов оксида азота, которые применяли с целью стойкого снижения тонуса внутреннего анального сфинктера и создания условия для эпителизации раневого дефекта в анальном канале. Длительность терапии при этом составляет от 3-4 недель до 6-8 месяцев. Авторы указывают на эффективность данной терапии у 68-87% пациентов (4).

Еще одним из эффективных способов фармакологической «сфинктеротомии», используемых проктологами в амбулаторной практике последние годы, является применение ботулотоксина. Ботулотоксин является нейротоксином, продуцируемым *Cl. botulinum*, который вызывает подавление выделения ацетилхолина на уровне пресинаптических нервных окончаний холинэргических нейронов посредством рецептор-обусловленного эндоцитоза.

После блокады синаптической передачи ботулотоксином тонус мышц снижается, развивается их атрофия. Поврежденные нервные окончания не дегенерируют, но блокада выделения ацетилхолина остается необратимой. Функция нейромышечной передачи может восстановиться только после прорастания новых нервных окончаний и формирования новых синаптических контактов. Клинический эффект ботулотоксина зависит как от способа его введения, так и от индивидуальных особенностей больного. Чаще всего эффективная доза препарата зависит от массы инфильтрируемых мышц и чувствительности больных к препарату. Кроме того эффективность терапии у некоторых пациентов может снижаться при повторных курсах терапии из-за выработки антител, нейтрализующих токсин. Инъекции ботулотоксина, как правило, хорошо

переносятся больными. Процедура выполняется под контролем пальца, иглу при этом вводят в нижнюю полуокружность внутреннего сфинктера на расстоянии 1 см от зубчатой линии, реже - в наружный сфинктер или межсфинктерное пространство, инъекции делают этапно или одновременно в обе боковые полуокружности канала. Одна инъекция препарата приводит к стойкому снижению тонуса сфинктера приблизительно в течение 2-3 мес. Это способствует созданию условий для заживления хронической анальной трещины. Согласно литературным данным полное заживление трещин на фоне применения ботулотоксина происходит у 80-90% больных (4).

Одним из основных условий хорошего эффекта лечения хронической анальной трещины несомненно является обеспечение диетотерапией мягкого стула, в связи с чем пациент должен соблюдать определенный режим и характер питания, а при необходимости применять слабительные средства о чем было сказано выше (6).

Результаты и обсуждение.

Выбор метода лечения анальной трещины, определение приоритетов среди консервативных и хирургических методик зависит по нашим данным от опыта хирурга в области малой проктологии и доступности больному данного вида специализированной помощи. Малоинвазивная хирургия доброкачественной аноректальной патологии на современном этапе в странах дальнего зарубежья занимает примерно 72% из всего числа вмешательств в проктологии, это современная элетро- и ультразвуковая хирургия, склеротерапия, лазерная и криохирургия и т.д. (2, 5). Анализ деятельности хирургических отделений Республики Беларусь и хирургических отделений поликлиник показывает крайне низкий объем таких вмешательств - 0,2-0,5%. В основном применяются традиционные оперативные вмешательства в условиях стационара со средней нетрудоспособностью на весь период лечения 18-27 дней. В настоящее время аноректальная патология на амбулаторном этапе входит в первую десятку нозологий по объему обращаемости больных на первичный хирургический прием, из всех пациентов этой группы около 83% являются лицами трудоспособного возраста. По анализу за последние 5 лет количество проктологических больных в нашей стране неуклонно растет, прибавляя 0,7-1,5% в год. Число случаев заболеваний в поздних стадиях, когда невозможно применить малоинвазивные методики, остается стабильно высоким, если брать только одну нозологию – анальная трещина, это примерно 47-48%, что говорит о несвоевременной диагностике и отсутствии широкого использования малоинвазивных методик лечения на ранних стадиях. Анализ диагностических ошибок в плане постановки правильного первичного диагноза у больных с аноректальной патологией на амбулаторном этапе только по восьми поликлиникам г. Минска составил в 2008 г. около 23%. Данные факты свидетельствуют о необходимости оптимизации существующих и разработке новых диагностических, лечебных и организационно-методических подходов в диагностике и лечении этой патологии. Применения современных малоинвазивных методик лечения позволит уменьшить сроки выздоровления как минимум в 2,5 раза и в перерасчете на 1000 пациентов можно прогнозировать получение экономического эффекта не менее 800-900 млн. белорусских рублей в год. Еще одна важная компонентная составляющая данной проблемы –

организационно-методические и лечебные подходы в реабилитации больных после хирургических вмешательств на аноректальной зоне. В нашей республике на сегодняшний момент методика получения знаний и их применение врачами в поликлинике практически не разработана, врачи в основном используют собственный опыт и не применяют методы, традиционно используемые за рубежом с целью сокращения сроков нахождения больного в нетрудоспособном состоянии.

Выводы.

1. Вопросы диагностики, лечения и профилактики хронической анальной трещины являются актуальными для современной амбулаторной хирургии.
2. Различные аспекты организации современных структур амбулаторной и малоинвазивной аноректальной хирургии в нашей республике, особенности проведения оперативных вмешательств в этих условиях, ведения больных в послеоперационном периоде, социальная и экономическая значимость реформирования амбулаторной службы в целом и многочисленные аспекты стационарзаменяющей хирургии являются актуальными для научной медицины и практического здравоохранения, и требуют дальнейшего изучения, как в научном, так и в практическом плане.

Литература

1. Багдасарян, С. Л. Модифицированный способ хирургического лечения хронической анальной трещины в амбулаторных условиях / С. Л. Багдасарян // Амбулаторная хирургия. Стационарзаменяющие технологии. 2009. № 3–4. С. 16.
2. Благодарный, Л. А. Применение радиоволновой хирургии при лечении неопухолевых заболеваний анального канала и прямой кишки у больных пожилого и старческого возраста / Л. А. Благодарный, А. М. Кузьминов, И. А. Абдулаев // Колопроктология. 2003. № 3(5). С. 13–17.
3. Воробьев, В. В. Стационарзаменяющая медицинская помощь в хирургии / В. В. Воробьев // Амбулаторная хирургия. Стационарзаменяющие технологии. М., 2009. № 3–4. С. 6–8.
4. Крылов, Н. Н. Хроническая анальная трещина / Н. Н. Крылов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2008. № 1. С. 5–11.
5. Нечай, И. А. Современные технологии в лечении хронического геморроя / И. А. Нечай, Д. Ю. Гончаров // Амбулаторная хирургия. Стационарзаменяющие технологии. 2007. № 2. С. 58–62.
6. Ривкин, В. Л. Руководство по колопроктологии / В. Л. Ривкин, А. С. Бронштейн, С. Н. Файн. М.: Изд-во «Медпрактика», 2001. 300 с.
7. Рязанов, Н. В. Трансанальная дезартеризация геморроидальных узлов как способ лечения при геморроидальной болезни в амбулаторной практике / Н. В. Рязанов, Н. Н. Лебедев, С. И. Воротницкий // Амбулаторная хирургия. Стационарзаменяющие технологии. 2009. № 3–4. С. 159.
8. Федоров, В. Д. Клиническая оперативная колопроктология: рук. для врачей / В. Д. Федоров. М.: ГНЦ проктологии, 1994. 432 с.
9. Шахрай, С. В. Анальная экзема в практике амбулаторного хирурга. // Актуальные вопросы хирургии: материалы XXV пленума Правления Ассоциации белорусских хирургов и Республиканской науч.-практ. конф. / С. В. Шахрай.

Борисов, 2008. С. 339–340.

10. Шахрай, С. В. Анальный зуд в амбулаторной практике / С. В. Шахрай, Ю. М. Гаин // Актуальные вопросы экстренной хирургии: сб. науч. тр. республ. науч.-практ. конф. /под ред. С. И. Третьяка, Н. В. Завады. Минск: БГМУ, 2009. С. 118