

В.Л. РИВКИН, профессор, Центр эндохирургии и литотрипсии, Москва

Эффективное консервативное лечение острой анальной трещины

Острая анальная трещина вызывает резкие боли во время стула и после дефекации. Заболевание часто сочетается с обострением геморроя, что нередко наблюдается у женщин при поздних сроках беременности и после трудных родов. Для заживления острой анальной трещины необходимо снятие болевого спазма анального сфинктера, и в этом плане доказали эффективность ректальные свечи.

Ключевые слова: острая анальная трещина, геморрой, ректальные свечи

Болезни прямой кишки часто сочетаются, и на первом месте среди таких сочетаний стоят геморрой и анальная трещина (АТ) [1—5]. Это сочетание патогенетически обоснованно.

У пожилых людей, часто страдающих запорами с постоянными натуживаниями при дефекации, возникает и быстро нарастает расширение кавернозных вен прямой кишки, т. е. геморроидальных узлов. Травмы стенок этих узлов плотными каловыми комками приводят к инфицированию участков стенок анального канала агрессивной прямокишечной флорой, что является основным фактором образования в одних случаях АТ, а в других — абсцесса прямой кишки (острый парапроктит). Пока неясно, почему в одних случаях инфекция локализуется в анальной крипте (криптах) и принимает форму хронической язвы-трещины, а в других быстро распространяется по анальным железам, и возникает парапроктит, но ясно одно: эти два поражения прямой кишки очень часто возникают на фоне геморроя. Агрессивная микрофлора кала инфицирует возникшую острую язву, края которой постепенно уплотняются в форме гребешка (пектенос, от *pecten* — гребешок),

а у дистального и проксимального концов язвы формируются «сторожевые бугорки», фиброзные полипы, и процесс переходит в хроническую стадию [6, 7]. АТ чаще всего локализуется на задней полуокружности анального канала, которая фиксирована копчиково-анальной связкой (*lig caudale*) и потому менее мобильна, почти не сдвигается вниз во время дефекации, и, кроме того, здесь располагаются наиболее глубокие морганиевы крипты, воспаление которых и ведет чаще всего к возникновению АТ. У женщин при натуживаниях во время трудных родов нередко передние АТ, очень редко боковые. Реже АТ возникают при хронической диарее, воспалительных поражениях прямой кишки (язвенный проктит, болезнь Крона), анальном сексе. Настоящая, «банальная», АТ — отдельное заболевание. Эта трещина-язва с оголенными нервными окончаниями («анальный неврит») вызывает при каждой дефекации резкую боль и спазм внутреннего анального сфинктера; возникает стулострашность, что вкуче и объясняет неживущий характер АТ. Характерны также небольшие ректальные кровотечения во время или сразу после стула, так что классическая клиническая триада при АТ —

боль, спазм, кровотечение. Л.Л. Капуллер изучал морфологию АТ и показал, что к дну такой трещины-язвы подлежат кавернозные вены, о чем раньше писали G.B. Rankin и др., считавшие, что тромбоз этих вен ограничивает подвижность указанного участка анального канала. Наиболее подробно патогенез АТ изучен R.W. Motson и M.A. Clifton в проктологической клинике Лондона (госпиталь Св. Марка) [8]. Изучив работу Blaisdell (1937), они описали особенности анатомии анального сфинктера, в частности, показали, что наружный сфинктер охватывает анальный канал в виде буквы «Y», соединяясь позади прямой кишки, что подкожная часть этого мышечного пучка окружает анус циркулярно, и «в щели» между этими структурами образуется треугольная зона, на поверхности которой слизистая оболочка менее мощная и наиболее подвержена травмам [9, 10]. Несколько иная картина наблюдается при острой рецидивирующей АТ, весьма частой в любой возрастной группе, особенно при хронических запорах. В этих случаях ректальное исследование возможно, т. к. эти больные, как правило, уже сами провели первичное обезболивающее лечение. При пальпации тре-

щина плотноватая, спазм сфинктера остается, но выражен меньше. Совсем другое дело — хроническая АТ. Здесь при первом же пальцевом исследовании и, по показаниям, при осторожной аноскопии (манипуляция болезненная и, по нашему опыту, необязательная) определяется плотная линейная (на самом деле треугольная) язва с приподнятыми краями и двумя «сторожевыми бугорками» у нижнего и верхнего края трещины, о чем сказано выше. Спазм сфинктера есть, но значительно меньший, а у пожилых больных с длительным анамнезом АТ спазма может не быть, или даже определяется слабость запирающего аппарата, когда больной не может сжать палец врача. Наконец, еще одна очень важная группа — больные с сочетанием АТ и геморроя, о чем говорится буквально во всех специальных публикациях. В этой группе также следует различать острую и хроническую АТ, и лечение этих больных — отдельная задача.

Патогенез первичной острой АТ, возникающей у молодых людей, не страдающих запорами и геморроем, несколько иной. Причина ее обычно — однократный эпизод затрудненной дефекации, часто после обильной острой еды и спиртного, а у женщин — трудные роды. Второй вариант — возникновение острой АТ у женщин на поздних сроках беременности: увеличенная матка давит на прямую кишку, что задерживает регулярный стул, увеличивает давление в кавернозных венах анального канала, возникает острый геморрой, очень часто в сочетании с острой АТ. Еще более характерен этот синдром при трудных родах, когда сильные потуги приводят к резкому увеличению геморроидальных вен, травмированию их стенок, т. е. к образованию острых АТ. В этих случаях резко выражен спазм сфинктера, пальце-

вое исследование невозможно и не нужно, оно только ухудшит отношение больного к врачу. При осторожном наружном растяжении заднего прохода на стенке анального канала (чаще на задней) определяется болезненный треугольный участок, неуплотненный, минимально кровоточащий, язва без плотных краев.

Лечение АТ так или иначе связано с необходимостью временного расслабления анального жома, без чего радикального стойкого излечения добиться не удастся. Если при хронической АТ это выполняется хирургическим путем (одним из методов сфинктеротомии), то при острой АТ можно и нужно пытаться обойтись без хирургии, для чего предложено и продолжает предлагаться множество местных препаратов, в основном суппозиториях, ректальных свечей. Кончик свечи следует смазать каким-либо маслом, ввести ее в задний проход на глубину 1—2 см и, не проталкивая сразу дальше в кишку, придержать снаружи в течение хотя бы 1 мин, чтобы непосредственно воздействовать на воспалительный очаг в анальном канале (в отличие от слабительных свечей, которые нужно сразу проталкивать в кишку). Каждый проктолог имеет личный опыт оценки эффективности свечей, практически основыва-

ясь на мнении пациентов. В последние 2—3 года значительно повысился уровень комплаентности пациентов к применению свечей, содержащих альгинат натрия. Эти свечи имеют немаловажное преимущество, т. к. их применение разрешено при беременности и детям с 6-месячного возраста (выпускаются в меньшей дозировке). В инструкции по применению ректальных свечей рекомендовано использовать их после дефекации или клизмы, но наш опыт показывает, что эффективно применять свечи и перед стулом, что позволяет значительно уменьшить болевые ощущения во время дефекации. Курс лечения — по 1 суппозиторию 2 р/сут в течение 7—14 дней — у большинства наших больных достоверно снижал интенсивность и длительность болей после стула, а значит, и спазм анального сфинктера, что является главным фактором возможного заживления острой АТ. Необходимо отметить, что лечение свечами проводят на фоне щадящей послабляющей диеты и тщательной водной гигиены после стула; последнее необходимо для профилактики анального зуда, часто возникающего при нарушении функции запирающего аппарата прямой кишки у больных с АТ.



ИСТОЧНИКИ

1. Рыжих А.Н. Хирургия прямой кишки. М., 1956.
2. В.К. Ан, Ривкин В.Л. Неотложная проктология. М., 2003.
3. Ривкин В.Л. Основы и достижения колопроктологии. М.: Медпрактика, 2015.
4. Багдасарян А.К., Титов А.Ю., Багдасарян С.Л., Джанаев Ю.А. Пневмодивульсия при лечении хронических анальных трещин. Актуальные вопросы колопроктологии. Уфа, 2007: 19—21.
5. Благодарный Л.А. Выбор метода лечения анальной трещины. РМЖ, 2002, 10(28): 1327—1330.
6. Лезерсон И.Р. О патогенезе, клинике и лечении анальных трещин. Дисс. ... к.м.н. 1963.
7. Abel A. The Pecten. *Lancet*, 1932, 1: 714—718.
8. Мотсон Р., Клифтон М.А. Патогенез и лечение анальной трещины. В кн.: Колопроктология и тазовое дно. Пер. с англ. М., 1988: 388—399.
9. Parks AG. The management of fissure in ano. *Hosp Med*, 1967, 1: 737—739.
10. Blaisdell PC. Pathogenesis of anal fissure. *Surg Gynec Obstetr*, 1937, 65: 672—677.