

АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА

Введение

Анальная трещина — одно из самых распространенных колопроктологических заболеваний. Удельный вес трещины заднего прохода среди болезней толстой кишки составляет 11–15%, а заболеваемость колеблется от 20 до 23 на 1000 человек взрослого населения (уровень доказательности (УД) 5, степень рекомендации (СР) D [1]).

Настоящие рекомендации по диагностике и лечению анальной трещины являются руководством для практических врачей, осуществляющих ведение и лечение данных пациентов. Рекомендации подлежат регулярному пересмотру в соответствии с новыми данными научных исследований в этой области.

Эти рекомендации составлены на основании анализа литературы из базы данных PubMed, MEDLINE, Cochraine Collaboration, the Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeon.

Для отдельных положений рекомендаций приведены уровни доказательности согласно общепринятой классификации Оксфордского центра доказательной медицины (табл. 1.1) [2, 3].

Таблица 1.1. Уровни доказательности и степени рекомендаций на основании руководства Оксфордского центра доказательной медицины

Уровень	Исследования методов диагностики	Исследования методов лечения
1a	Систематический обзор гомогенных диагностических исследований 1-го уровня	Систематический обзор гомогенных РКИ
1b	Валидизирующее когортное исследование с качественным «золотым стандартом»	Отдельное РКИ (с узким доверительным интервалом)
1c	Специфичность или чувствительность столь высокие, что положительный или отрицательный результат позволяет исключить/установить диагноз	Исследование «Всё или ничего»
2a	Систематический обзор гомогенных диагностических исследований >2-го уровня	Систематический обзор (гомогенных) когортных исследований

Табл. 1.1. Окончание

Уровень	Исследования методов диагностики	Исследования методов лечения
2b	Разведочное когортное исследование с качественным «золотым стандартом»	Отдельное когортное исследование (включая РКИ низкого качества; т.е. с <80% пациентов, прошедших контрольное наблюдение)
2c	Нет	Исследование «исходов»; экологические исследования
3a	Систематический обзор гомогенных исследований уровня 3b и выше	Систематический обзор гомогенных исследований «случай–контроль»
3b	Исследование с непоследовательным набором или без проведения исследования ««золотого стандарта»» у всех испытуемых	Отдельное исследование «случай–контроль»
4	Исследование «случай–контроль» или исследование с некачественным или зависимым «золотым стандартом»	Серия случаев (и когортные исследования или исследования «случай–контроль» низкого качества)
5	Мнение экспертов без тщательной критической оценки или основанное на физиологии, лабораторные исследования на животных или разработка «первых принципов»	Мнение экспертов без тщательной критической оценки, лабораторные исследования на животных или разработка «первых принципов»
Степень рекомендации		
A	Согласующиеся между собой исследования 1-го уровня	
B	Согласующиеся между собой исследования 2-го или 3-го уровня или экстраполяция на основе исследований 1-го уровня	
C	Исследования 4-го уровня или экстраполяция на основе уровня 2 или 3	
D	Доказательства 4-го уровня или затруднительные для обобщения или некачественные исследования любого уровня	

ВАЛИДАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Настоящие рекомендации составлены общероссийской общественной организацией «Ассоциация колопроктологов России» и в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания. Получены комментарии со стороны врачей амбулаторного звена. Полученные комментарии тщательно систематизировались и обсуждались на совещаниях экспертной группы.

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии на заседании профильной комиссии «Колопроктология» Экспертного совета Минздрава России 12 сентября 2013 г. Проект рекомендаций был повторно рецензирован независимыми экспертами и врачами амбулаторного звена. Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами экспертной группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Данные клинические рекомендации применимы при осуществлении медицинской деятельности в рамках Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля.

Определение

Анальная трещина — спонтанно возникающий линейный или эллипсовидный дефект (язва) слизистой оболочки анального канала (УД 5, СР D [4]). Ведущий патогенетический механизм в развитии анальной трещины — спазм внутреннего сфинктера, который приводит к нарушению кровоснабжения анодермы и появлению длительно незаживающего язвенного дефекта анодермы (УД 5, СР D [5–7]).

Код по Международной классификации болезней 10-го пересмотра [8]

K60.0 Острая трещина заднего прохода

K60.1 Хроническая трещина заднего прохода

K60.2 Трещина заднего прохода неуточненная

Классификация (уровень доказательности 5, степень рекомендации D [4])

По характеру течения выделяют:

- острую анальную трещину;
- хроническую анальную трещину.

По локализации дефекта выделяют:

- заднюю анальную трещину;
- переднюю анальную трещину;
- боковую анальную трещину.

По наличию спазма сфинктера выделяют:

- со спазмом;
- без спазма.

Формулировка диагноза

При формулировании диагноза следует отразить характер течения заболевания с указанием локализации поражения и наличия спазма сфинктера.

- Хроническая передняя анальная трещина со спазмом сфинктера.
- Хроническая задняя анальная трещина без спазма сфинктера.
- Острая задняя анальная трещина.

Профилактика

Ряд исследований свидетельствует, что средствами профилактики анальной трещины могут служить диета (ограничение острой и жирной пищи) и употребление пищевых волокон (УД 1а, СР А [9, 10]).

Диагностика

КЛИНИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

К основным клиническим симптомам анальной трещины относятся характерные жалобы, данные анамнеза и клинико-инструментального обследования.

Жалобы. Для анальной трещины характерны жалобы на боли в области заднего прохода во время и после дефекации, выделения крови во время дефекации в виде помарок на стуле и туалетной бумаге (УД 4, СР С [11]).

Сбор анамнеза. Выявляются этиологические факторы возникновения заболевания: недостаточное употребление пищевых волокон, жирная, богатая углеводами пища, острая пища, запор или диарея, роды, занятия определенными видами спорта (велосипедный спорт) (УД 1б, СР А [9]).

Осмотр врачом-колопроктологом. Пациента осматривают на гинекологическом кресле в положении на спине с максимально приведенными к животу ногами или в коленно-локтевом положении. У соматически тяжелых больных осмотр производят в положении на боку. При наружном осмотре области промежности и заднего прохода обращают внимание на форму ануса, его зияние, наличие рубцовых изменений и деформаций, состояние кожных покровов.

Определяют наличие сторожевого бугорка. Чтобы визуализировать дистальный край дефекта анодермы, оценить его расположение, размеры и форму, разводят края заднего прохода.

Характерно наличие линейного или эллипсовидного дефекта (эрозии или язвы) с ровными краями, не распространяющегося за анатомические границы анодермы (УД 4, СР С [10]).

Пальцевое исследование. Определяют наличие дефектов анодермы, а также тоническое состояние анального сфинктера и силу волевых сокращений. Выявляют характерное для анальной трещины повышение тонуса сфинктера (УД 1б, СР А [12]).

Аноскопия, ректороманоскопия, колоноскопия проводятся после купирования болевого синдрома.

Функциональные исследования запирающего аппарата прямой кишки.
Профилометрия — метод оценки давления в просвете полого органа при протягивании измерительного катетера. Аноректальная профилометрия обеспечивает регистрацию давления в разных плоскостях по всей длине анального канала. С помощью компьютерной программы строится график распределения величин давления и проводится подсчет максимальных, средних величин давления, а также коэффициента асимметрии. Программа обработки предусматривает анализ данных давления на любом уровне поперечного сечения анального канала.

Методика. Исследование проводится в положении больного на боку. После предварительной калибровки катетер вводится в прямую кишку больного на глубину 6 см. Устанавливается скорость перфузии жидкости по катетеру, равная 1 мл/мин. С помощью специального устройства — пулера — катетер вытягивается из прямой кишки со скоростью 1 мм/с, при этом регистрируется давление на всем протяжении его перемещения (табл. 1.2).

Анализ данных проводится с помощью компьютерной программы с построением графика, на котором отражается распределение давления в анальном канале (УД1b, СР А [11]).

Таблица 1.2. Показатели профилометрии в норме (мм рт.ст.)

Показатель профилометрии	Покой	Волевое сокращение
Анальный канал в целом		
Максимальное давление	100,8±11,4	137,1±12,6
Среднее давление	52,2±8,2	76,6±8,9
Коэффициент асимметрии, ЕД	19,8±2,3	19,2±2,6
Зона высокого давления*		
Длина зоны, см	2,2±0,5	2,7±0,65
Среднее давление	72,1±9,7	100,1±12,5
Коэффициент асимметрии	15,5±2,1	13,9±2,2

* Зона высокого давления соответствует проекции внутреннего и глубокой порции наружного сфинктера.

У всех пациентов с анальной трещиной имеется хотя бы один из манометрических признаков спазма внутреннего сфинктера.

1. Повышение среднего давления в анальном канале в покое.
2. Повышение максимального давления в анальном канале в покое.
3. Наличие ультрамедленных волн.

При сопутствующих заболеваниях необходима консультация смежных специалистов.

УСТАНОВЛЕНИЕ ДИАГНОЗА

■ Острая анальная трещина (УД 1b, СР А [12])

1. Заболевание длится менее 2 мес.
2. Отсутствуют рубцовые изменения в области краев и дна анальной трещины.

■ Хроническая анальная трещина (УД 1b, СР А [12])

Анальная трещина считается хронической, если имеется один из следующих критериев.

1. Длительность заболевания с момента первого эпизода болевого синдрома более 2 мес.
2. Сторожевой бугорок.
3. Рубцовые края.
4. Наличие волокон внутреннего сфинктера в дне дефекта.
5. Фиброзный полип анального канала.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Типичная клиническая картина анальной трещины складывается из периодически возникающих обострений, заключающихся в появлении болевого синдрома во время и после дефекации и незначительных (в виде помарок на кале и туалетной бумаге) выделений алой крови. Однако это может быть симптомами и других заболеваний толстой кишки (УД 4, СР С [13]) (табл. 1.3).

Таблица 1.3. Дифференциальная диагностика

Жалобы	Возможные заболевания
Выраженный болевой синдром в анальном канале	Острый парапроктит
	Злокачественные опухоли анального канала и прямой кишки с распространением на анальный канал
	Осложненные каудальные тератомы
	Болезнь Крона с перианальными поражениями
	Идиопатический анокопчиковый болевой синдром
	Эндометриоз
	Прокталгия
	Тромбоз наружных геморроидальных узлов
Аноректальное кровотечение	Злокачественные и доброкачественные опухоли прямой кишки и анального канала
	Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК)
	Ангиодисплазии толстой кишки

Табл. 1.3. Окончание

Жалобы	Возможные заболевания
	Эндометриоз
	Травма прямой кишки
	Солитарная язва прямой кишки
	Геморрой
Наличие дефекта анодермы	Злокачественные и доброкачественные опухоли прямой кишки и анального канала
	Гемобластозы
	Сифилис
	ВИЧ-инфекция
	Герпетическая инфекция перианальной кожи
	Нейродермит
	Псориаз
	ВЗК

Лечение

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Показания. Острая анальная трещина.

Стандартная схема консервативного лечения, включающая теплые сидячие ванночки и послабляющие средства препараты, содержащие пищевые волокна в виде оболочек семян подорожника, позволяет купировать болевой синдром, добиться остановки кровотечений и заживления у 50% больных острой анальной трещиной с минимальным риском развития побочных эффектов. Добавление в схему лечения местных анестетиков и противовоспалительных средств не влияет на его результаты (УД 1b, СР А [14–16]).

Противопоказания

1. Эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), что требует ограничения приема клетчатки.
2. Нарушения проходимости кишечника.
3. Онкологические заболевания с локализацией поражения в области малого таза.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕЛАКСАЦИЕЙ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА ПРЯМОЙ КИШКИ

Показания. Острая и хроническая анальная трещина.

При хронической анальной трещине в схему консервативной терапии следует включать препараты для медикаментозной релаксации внутрен-

него сфинктера прямой кишки (УД 1b, СР А [12]). В качестве препаратов первой линии применяют органические нитраты.

- Нитроглицериновая мазь 0,4%. Препарат готовится путем смешивания концентрированного масляного раствора нитроглицерина и вазелина.

Методика применения. Мазь в количестве 0,5 мл наносят 2 раза в день на перианальную кожу и вводят пальцем в анальный канал на глубину 1 см. Необходимо защищать кожу рук от контакта с препаратом пальчиком или перчаткой. Для точного дозирования препарата используют линейку, на которую наносят столбик мази (в том случае, если она расфасована в тубы), либо используют шприц.

Применение 0,4% нитроглицериновой мази позволяет добиться выздоровления у 50% больных с хронической анальной трещиной (УД 1b, СР А [17–27]). Однако, согласно обновленным данным Cochrane Database, ее применение лишь незначительно повышает частоту заживления анальной трещины, существенно сокращается только время купирования болевого синдрома (УД 1a, СР А [28]). Частота развития рецидивов анальной трещины после лечения 0,4% нитроглицериновой мазью существенно превышает таковую после хирургического лечения, хотя частота осложнений значительно меньше (УД 1b, СР А [18, 21, 25]). Повышение дозы не увеличивает эффективность лечения (УД 1b, СР А [17, 23, 24]).

Осложнения. Основной побочный эффект 0,4% нитроглицериновой мази — головная боль, которая наблюдается у 20–30% больных (УД 1b, СР А [17, 23, 28]). Частота развития головных болей дозозависимая и приводит к прекращению терапии у 20% больных (УД 1b [24]).

При возникновении побочных эффектов, препятствующих проведению лечения органическими нитратами, возможно применение препаратов-блокаторов кальциевых каналов (крем дилтиазема, нифедипина).

- Крем дилтиазема 2%, нифедипина 0,3%.

Методика применения. Такая же, как и органических нитратов.

Применение указанных препаратов сопровождается заживлением анальной трещины у 65–95% больных (УД 4, СР С [29–37]). Частота побочных эффектов по сравнению с нитроглицериновой мазью существенно ниже, но недостаточно доказательств их большей эффективности по сравнению с плацебо.

Осложнения. К побочным эффектам лечения относится головная боль, которая наблюдается реже, чем при терапии органическими нитратами (УД 1b, СР А [32–35]), но может достигать 25% (УД 1b [35]). Однако до сих пор количество контролируемых исследований эффективности и безопасности этих препаратов при лечении анальной трещины существенно меньше, чем эффективности и безопасности нитроглицериновой мази.

Поскольку приготовление препаратов по магистральным прописям затруднено, а официальные препараты не зарегистрированы в России, возможно пероральное применение нифедипина в дозе 20 мг 2 раза

в день, дилтиазема в дозе 60 мг 2 раза в день (УД 4, СР С [36–39]). Пероральное применение этих препаратов сопровождается снижением эффективности лечения и возрастанием частоты побочных эффектов по сравнению с их местным применением (УД 1b [39]).

В случае неэффективности препаратов первой линии в качестве второй линии терапии назначают ботулотоксин (УД 1b, СР А [17, 18]).

■ Ботулинический токсин типа А — ботокс.

Методика применения. Препарат вводится во внутренний сфинктер по обе стороны от анальной трещины в дозе 10–100 ЕД. Однако в настоящее время не существует единой точки зрения о его эффективности, точной локализации места введения, необходимой дозировке и количестве инъекций препарата.

Введение препарата приводит к эпителизации анальной трещины у 60–80% больных (УД 4, СР С [40, 41, 44, 46, 48, 50, 51]), что превышает эффективность плацебо. Частота рецидивов может достигать 42% (УД 1b, СР А [43, 44, 50, 51]), однако возможно повторное введение с хорошими результатами (УД 2b, СР В [42, 49]). Увеличение дозы препарата улучшает результаты лечения и не сопровождается возрастанием частоты побочных эффектов (УД 2b, СР В [44, 49]). Добавление в схему лечения 0,4% нитроглицериновой мази повышает эффективность ботокса у больных с устойчивой к терапии анальной трещиной (УД 4, СР С [39, 52]).

Осложнения. Недержание газов у 18% (УД 1b, СР А [46, 47, 50, 53]), кишечного содержимого у 5% больных (УД 1b [53]).

В случае если терапия ботоксом неэффективна, больным рекомендуется хирургическое лечение (УД 2b [45]).

Противопоказания для проведения консервативной терапии хронической анальной трещины

1. Выпадение фиброзного полипа из анального канала или наличие фиброзного полипа диаметром более 1 см.

2. Пектенос — ригидное сужение заднего прохода за счет фиброзных изменений внутреннего сфинктера прямой кишки вследствие его длительного спазма и нарушения кровообращения (УД 1b, СР А [54]).

При наличии указанных симптомов консервативное лечение не проводится, сразу переходят к хирургическому лечению.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

Под хирургическим лечением хронической анальной трещины понимают различные методы хирургической релаксации внутреннего сфинктера прямой кишки. При наличии выраженных рубцово-воспалительных изменений, таких как сторожевой бугорок, гипертрофированный анальный сосочек, выраженные рубцовые изменения края трещины, хирургическую релаксацию внутреннего сфинктера необходимо дополнять иссечением анальной трещины (УД 1b, СР А [54]).

Показания: неэффективность консервативной терапии.

Боковая подкожная сфинктеротомия

Закрытая методика. В анальный канал вводят указательный палец левой кисти. Под контролем пальца, расположенного в анальном канале, вводят узкий глазной скальпель между внутренним и наружным сфинктером через межсфинктерное пространство. Глубина введения скальпеля — до зубчатой линии. Рассечение сфинктера производят одним движением, извлекая скальпель наружу. Пальцем, находящимся в анальном канале, определяют наличие диастаза рассеченного сфинктера, что свидетельствует о правильно выполненной манипуляции.

Открытая методика. В 0,5–1,0 см от края ануса на 3 ч по циферблату производят полуовальный разрез кожи длиной около 1,0 см. В подслизистый слой стенки анального канала для отслоения ее от внутреннего сфинктера вводят 3,0–5,0 мл 0,5% раствора прокаина (новокаина). Зажимом или ножницами производят отделение внутреннего сфинктера от слизистой оболочки анального канала, а также отделение внутреннего сфинктера от наружного. Высоту рассечения ограничивают зубчатой линией. После проведения сфинктеротомии на кожу накладывают два шва рассасывающейся нитью.

Боковая подкожная сфинктеротомия — метод выбора в случае неэффективности консервативной терапии (УД 1a, СР А [28, 55]). Большое количество исследований (УД 1b, СР А [56–59]) и данные Cochrane Database (УД 1a, СР А [60]) подтверждают ее большую эффективность и меньшее число осложнений по сравнению с неконтролируемой пальцевой дивульсией анального сфинктера. Применение боковой подкожной сфинктеротомии сопровождается большей частотой заживления анальной трещины и меньшим риском развития анального недержания по сравнению с задней открытой сфинктеротомией и/или иссечением трещины (УД 4, СР С [61]). Хорошо организованные исследования подтверждают одинаковую эффективность и безопасность как открытой, так и закрытой боковой подкожной сфинктеротомии (УД 1a, СР А [62–65]). Однако наличие передней и задней анальной трещины, а также наружного и внутреннего геморроя затрудняет выполнение открытой сфинктеротомии.

Противопоказания

- Наличие скрытых нарушений функции ЗАПК.

Осложнения

- Гематомы в области сфинктеротомии.
- Абсцессы в области сфинктеротомии.
- Формирование свищей в области сфинктеротомии.
- Недостаточность анального сфинктера.

Контролируемая пневмодивульсия анального сфинктера

Причиной развития большинства осложнений после боковой подкожной сфинктеротомии является отсутствие непосредственного визуального контроля за проведением манипуляции. В таких условиях возможны

избыточное или недостаточное рассечение внутреннего сфинктера прямой кишки, повреждение дистальных ветвей нижней прямокишечной артерии и геморроидальных венозных сплетений (УД 4, СР С [73]) (Эктов). Поэтому хирургическая релаксация внутреннего сфинктера прямой кишки путем его растяжения, т.е. без рассечения, может служить альтернативой сфинктеротомии.

Методика. Перед проведением манипуляции определяют необходимый диаметр пневмобаллона. Для этого в анальный канал вводят специальный градуированный конус с надетым на него латексным чехлом и смазанный вазелиновым маслом с целью определения исходного диаметра анального канала. Вращательным движением измерительное устройство для определения диаметра анального канала вводят в прямую кишку под контролем динамометра с усилием, не превышающим 2 кг, до его максимального соприкосновения со стенками анального канала. На измерительном устройстве имеются деления: 1, 2, 3, 4. Каждое деление соответствует определенному диаметру, так, цифра «1» соответствует диаметру 41 мм, цифра «2» — диаметру 45 мм, цифра «3» — 48 мм, цифра «4» — 51 мм. После определения исходного диаметра анального канала на уровне наружного его края конус удаляют, и в анальный канал вводят пневмобаллон соответствующего диаметра с надетым на него латексным чехлом, предварительно смазанным вазелиновым маслом. Путем постепенного нагнетания воздуха (в течение 1 мин) до 0,7 атм. баллон полностью расширяется до своего предельного диаметра, и в течение 7 мин производят пневмодивульсию анального сфинктера. Затем баллон сдувают и извлекают из анального канала.

Пневмодивульсия позволяет достичь устойчивой релаксации внутреннего сфинктера прямой кишки и по данным эндоректальной ультрасонографии не сопровождается повреждением ЗАПК. Транзиторная анальная инконтиненция наблюдалась только у пациенток с многократными родами в анамнезе (УД 1b, СР А [66]).

Противопоказания

- Наружный и внутренний геморрой 3–4-й стадии.
- Ранее перенесенные вмешательства на анальном канале.
- Свищи прямой кишки.
- Ригидное сужение заднего прохода — пектенос (УД 4, СР С [67]).

Иссечение трещины в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера

Показания

- Наличие высокого риска развития анального недержания после сфинктеротомии:
 - ✧ разрывы промежности во время родов у женщин;
 - ✧ клинические признаки опущения тазового дна;
 - ✧ возраст старше 60 лет (УД 4, СР С [68]).

Методика. С помощью электрокоагулятора производят разрез слизистой оболочки и кожи вокруг трещины. Затем плоско вдоль проекции

мышечных волокон сфинктера иссекают в пределах здоровых тканей трещину с криптой, сторожевым бугорком и гипертрофированным анальным сосочком. Иссечение производят в виде треугольника, обращенного вершиной в кишку, основанием на перианальную кожу или в виде эллипса. При удалении трещины недопустимо оставлять нависающие края слизистой оболочки из-за возможного сращения их с последующим образованием свища прямой кишки. Операцию заканчивают аппликацией на перианальную кожу 0,4% нитроглицериновой мази, или 2% крема дилтиазема, или 0,3% крема нифедипина либо производят инъекцию ботокса.

Данные нерандомизированных исследований свидетельствуют, что результаты иссечения анальной трещины статистически достоверно улучшаются не только в случае применения в послеоперационном периоде 0,4% нитроглицериновой мази, но и 2% крема дилтиазема, 0,3% крема нифедипина либо ботокса. Однако из-за наличия побочных эффектов этих препаратов применять этот метод следует пациентам с высоким риском развития анального недержания (УД 4, СР С [68–73]).

Противопоказания

- Наличие толерантности к органическим нитратам.

Чего нельзя делать

- Проводить консервативную терапию в течение длительного, более 6 нед, периода времени (УД 1b, СР А [12]).
- Проводить хирургическое лечение анальной трещины без релаксации внутреннего сфинктера прямой кишки (УД 5, СР D [74]).

Дальнейшее ведение

В послеоперационном периоде до момента заживления ран пациентам требуется производить регулярную санацию анальной области с использованием сидячих ванночек со слабым раствором перманганата калия или ромашки, а также выполнять ежедневные перевязки с использованием мазевых основ, обладающих противовоспалительным и ранозаживляющим действием (УД 5, СР D [4]).

Необходим еженедельный врачебный контроль за течением раневого процесса до полного заживления ран (УД 5, СР D [4]).

На период заживления ран требуется соблюдение диеты, богатой растительной клетчаткой, прием пищевых волокон для смягчения стула (УД 5, СР D [4]).

Прогноз

Консервативная терапия приводит к выздоровлению приблизительно 50–60% больных, что, вероятно, связано с низкой комплаентностью пациентов (УД 1a, СР А [34, 63]), в то же время хирургическое лечение

более эффективно и позволяет добиться устойчивого выздоровления у 94–100% пациентов (УД 1b, СР А [75–79]).

Критерии оценки качества помощи в стационаре представлены в таблице 1.4. Для оценки качества медицинской помощи используют временные, процессуальные и профилактирующие критерии. Временные характеризуют своевременность оказания определенных этапов медицинской помощи. Выполнение пациенту ряда медицинских манипуляций, инструментальных и лабораторных исследований, необходимых для качественного оказания медицинской помощи, оценивают в процессуальных критериях. Для анализа мероприятий, направленных на предотвращение развития осложнений, используют профилактирующие критерии.

Таблица 1.4. Критерии оценки качества медицинской помощи в стационаре больным с доброкачественными заболеваниями анального канала (анальная трещина) (0 — нет, 1 — да)

Клинические рекомендации	Временные	Процессуальные	Профилактирующие
Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с анальной трещиной (код МКБ — K60: K60.0; K60.1; K60.2)	Установка клинического диагноза в течение 72 ч: 0/1	Оценка анального рефлекса: 0/1. Пальцевое исследование прямой кишки: 0/1. Аноскопия: 0/1. Ректороманоскопия: 0/1. Определение группы крови: 0/1. Исследование крови на сифилис, вирусный гепатит В, вирусный гепатит С: 0/1. Клинический анализ крови; биохимический анализ крови; клинический анализ мочи; коагулограмма: 0/1. Метод оперативного лечения в соответствии с клиническими рекомендациями: 0/1. Метод анестезии в соответствии с объемом оперативного лечения: 0/1	Отсутствие осложнений: • кровотечение: 0/1; • абсцесс: 0/1; • флегмона: 0/1; • пневмония: 0/1; • тромбоз: 0/1; • летальный исход: 0/1

ЛИТЕРАТУРА

1. Врублевский В.А., Милитарев Ю.М. Распространенность болезней прямой и ободочной кишок у взрослого населения Москвы // Проблемы проктологии. — М., 1983. — Вып. 4. — С. 6–10.

2. *Phillips B., Ball C., Sackett D. et al.* Oxford Center for Evidence-Based Medicine — Levels of Evidence. — 2009. — Available from: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009>.
3. *Hoffmann J.C., Fischer I., Höhne W. et al.* Methodische Grundlagen für die Ableitung von Konsensusempfehlungen [Methodological basis for the development of consensus recommendations] // *Z. Gastroenterol.* — 2004. — Vol. 42, N 9. — P. 984–986.
4. *Воробьев Г.И.* Основы колопроктологии. — Ростов-н/Д, 2001. — 413 с.
5. *Braun J., Raguse T.* Pathophysiologic role of the internal anal sphincter in chronic anal fissure // *Z. Gastroenterol.* — 1985 — Vol. 1, N 23. — P. 565–572.
6. *Klosterhalfen B., Vogel P., Rixen H., Mittermayer C.* Topography of the inferior rectal artery: a possible cause of chronic, primary anal fissure // *Dis. Colon Rectum.* — 1989. — Vol. 1, N 32. — P. 43–52.
7. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. МКБ-10. Доступен с сайта: www.10mkb.ru.
8. *Jensen S.L.* Diet and other risk factors for fissure-in-ano. Prospective case control study // *Dis. Colon Rectum.* — 1988. — Vol. 31, N 10. — P. 770–773.
9. *Gupta P.J.* Consumption of red-hot chili pepper increases symptoms in patients with acute anal fissures // *Ann. Ital. Chir.* — 2008. — Vol. 79, N 5. — P. 347–351.
10. *Kuehn H.G., Gebbensleben O., Hilger Y., Rohde H.* Relationship between anal symptoms and anal findings // *Int. J. Med. Sci.* — 2009. — Vol. 6. — P. 77–84.
11. *Opazo A., Aguirre E., Saldana E. et al.* Patterns of impaired internal anal sphincter activity in patients with anal fissure // *Colorectal Dis.* — 2013. — Vol. 15, N 4. — P. 492–499.
12. *Gagliardi G., Pascariello A., Bove A.* Optimal treatment duration of glyceryl trinitrate for chronic anal fissure: results of a prospective randomized multicenter trial // *Tech. Coloproctol.* — 2010. — Vol. 14. — P. 241–248.
13. *Титов А.Ю., Жарков Е.Е., Варданян А.В., Рыбаков Е.Г.* Дифференциально-диагностические критерии эрозивно-язвенных поражений анального канала и перианальной кожи // *Колопроктология.* — 2012. — Т. 3, № 41. — С. 3–10.
14. *Gough M.J., Lewis A.* The conservative treatment of fissure-in ano // *Br. J. Surg.* — 1983. — Vol. 70. — P. 175–176.
15. *Gupta P.* Randomized, controlled study comparing sitz-bath and no-sitz-bath treatments in patients with acute anal fissures // *Aust. N.Z. J. Surg.* — 2006. — Vol. 76. — P. 718–721.
16. *Jensen S.L.* Treatment of first episodes of acute anal fissure: prospective randomised study of lignocaine ointment versus hydrocortisone ointment or warm sitz baths plus bran // *BMJ.* — 1986. — Vol. 292. — P. 1167–1169.
17. *Evans J., Luck A., Hewett P.* Glyceryl trinitrate vs. lateral sphincterotomy for chronic anal fissure: prospective, randomized trial // *Dis. Colon Rectum.* — 2001. — Vol. 44. — P. 93–97.
18. *Kennedy M.L., Sowter S., Nguyen H., Lubowski D.Z.* Glyceryl trinitrate ointment for the treatment of chronic anal fissure: results of a placebo-controlled trial and long-term follow-up // *Dis. Colon Rectum.* — 1999. — Vol. 42. — P. 1000–1006.
19. *Libertiny G., Knight J.S., Farouk R.* Randomised trial of topical 0,2% glyceryl trinitrate and lateral internal sphincterotomy for the treatment of patients with

chronic anal fissure: long-term follow-up // *Eur. J. Surg.* — 2002. — Vol. 168. — P. 418–421.

20. *Oettle G.J.* Glyceryl trinitrate vs. sphincterotomy for treatment of chronic fissure-in-ano: a randomized, controlled trial // *Dis. Colon Rectum.* — 1997. — Vol. 40. — P. 1318–1320.

21. *Werre A.J., Palamba H.W., Bilgen E.J., Eggink W.F.* Isosorbide dinitrate in the treatment of anal fissure: a randomised, prospective, double blind, placebo-controlled trial // *Eur. J. Surg.* — 2001. — Vol. 167. — P. 382–385.

22. *Scholefield J.H., Bock J.U., Marla B. et al.* A dose finding study with 0,1%, 0,2%, and 0,4% glyceryl trinitrate ointment in patients with chronic anal fissures // *Gut.* — 2003. — Vol. 52. — P. 264–269.

23. *Zuberi B.F., Rajput M.R., Abro H., Shaikh S.A.* A randomized trial of glyceryl trinitrate ointment and nitroglycerin patch in healing of anal fissures // *Int. J. Colorectal Dis.* — 2000. — Vol. 15. — P. 243–245.

24. *Bailey H.R., Beck D.E., Billingham R.P. et al.* Fissure Study Group. A study to determine the nitroglycerin ointment dose and dosing interval that best promote the healing of chronic anal fissures // *Dis. Colon Rectum.* — 2002. — Vol. 45. — P. 1192–1199.

25. *Lund J.N., Scholefield J.H.* A randomised, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of glyceryl trinitrate ointment in treatment of anal fissure [published correction appears in *Lancet* // *Lancet.* — 1997. — Vol. 349. — P. 11–14.

26. *Chaudhuri S., Pal A.K., Acharya A. et al.* Treatment of chronic anal fissure with topical glyceryl trinitrate: a double-blind, placebocontrolled trial // *Indian J. Gastroenterol.* — 2001. — Vol. 20. — P. 101–102.

27. *Bacher H., Mischinger H.J., Werkgartner G. et al.* Local nitroglycerin for treatment of anal fissures: an alternative to lateral sphincterotomy? // *Dis. Colon Rectum.* — 1997. — Vol. 40. — P. 840–845.

28. *Nelson R.* Non surgical therapy for anal fissure // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2006. — CD003431.

29. *Carapeti E.A., Kamm M.A., Phillips R.K.* Topical diltiazem and bethanechol decrease anal sphincter pressure and heal anal fissures without side effects // *Dis. Colon Rectum.* — 2000. — Vol. 43. — P. 1359–1362.

30. *Knight J.S., Birks M., Farouk R.* Topical diltiazem ointment in the treatment of chronic anal fissure // *Br. J. Surg.* — 2001. — Vol. 88. — P. 553–556.

31. *Ezri T., Susmallian S.* Topical nifedipine vs. topical glyceryl trinitrate for treatment of chronic anal fissure // *Dis. Colon Rectum.* — 2003. — Vol. 46. — P. 805–808.

32. *Bielecki K., Kolodziejczak M.* A prospective randomized trial of diltiazem and glyceryl trinitrate ointment in the treatment of chronic anal fissure // *Colorectal Dis.* — 2003. — Vol. 5. — P. 256–257.

33. *Kocher H.M., Steward M., Leather A.J., Cullen P.T.* Randomized clinical trial assessing the side-effects of glyceryl trinitrate and diltiazem hydrochloride in the treatment of chronic anal fissure // *Br. J. Surg.* — 2002. — Vol. 89. — P. 413–417.

34. *Perrotti P., Bove A., Antropoli C. et al.* Topical nifedipine with lidocaine ointment vs. active control for treatment of chronic anal fissure: results of a prospective, randomized, double-blind study // *Dis. Colon Rectum.* — 2002. — Vol. 45. — P. 1468–1475.

35. *Antropoli C., Perrotti P., Rubino M. et al.* Nifedipine for local use in conservative treatment of anal fissures: preliminary results of a multicenter study // *Dis. Colon Rectum.* — 1999. — Vol. 42. — P. 1011–1015.

36. Jonas M., Neal K.R., Abercrombie J.F., Scholefield J.H. A randomized trial of oral vs. topical diltiazem for chronic anal fissures // *Dis. Colon Rectum*. — 2001. — Vol. 44. — P. 1074–1078.

37. Ansaloni L., Bernabe A., Ghetti R. et al. Oral lacidipine in the treatment of anal fissure // *Tech. Coloproctol*. — 2002. — Vol. 6. — P. 79–82.

38. Ağaoğlu N., Cengiz S., Arslan M.K., Türkyilmaz S. Oral nifedipine in the treatment of chronic anal fissure // *Dig. Surg.* — 2003. — Vol. 20. — P. 452–456.

39. Cook T.A., Humphreys M.M., Mortensen N.J. Oral nifedipine reduces resting anal pressure and heals chronic anal fissure // *Br. J. Surg.* — 1999. — Vol. 86. — P. 1269–1273.

40. Brisinda G., Cadeddu F., Brandara F. et al. Randomized clinical trial comparing botulinum toxin injections with 0,2 per cent nitroglycerin ointment for chronic anal fissure // *Br. J. Surg.* — 2007. — Vol. 94. — P. 162–167.

41. Jones O.M., Ramalingam T., Merrie A. et al. Randomized clinical trial of botulinum toxin plus glyceryl trinitrate vs. botulinum toxin alone for medically resistant chronic anal fissure: overall poor healing rates // *Dis. Colon Rectum*. — 2006. — Vol. 49. — P. 1574–1580.

42. Arroyo A., Perez F., Serrano P. et al. Long-term results of botulinum toxin for the treatment of chronic anal fissure: prospective clinical and manometric study // *Int. J. Colorectal Dis.* — 2005. — Vol. 20. — P. 267–271.

43. Brisinda G., Maria G., Sganga G. et al. Effectiveness of higher doses of botulinum toxin to induce healing in patients with chronic anal fissures // *Surgery*. — 2002. — Vol. 131. — P. 179–184.

44. Maria G., Brisinda G., Bentivoglio A.R. et al. Influence of botulinum toxin site of injections on healing rate in patients with chronic anal fissure // *Am. J. Surg.* — 2000. — Vol. 179. — P. 46–50.

45. Brisinda G., Maria G., Bentivoglio A.R. et al. A comparison of injections of botulinum toxin and topical nitroglycerin ointment for the treatment of chronic anal fissure // *N. Engl. J. Med.* — 1999. — Vol. 341. — P. 65–69.

46. Maria G., Cassetta E., Gui D. et al. A comparison of botulinum toxin and saline for the treatment of chronic anal fissure // *N. Engl. J. Med.* — 1998. — Vol. 338. — P. 217–220.

47. Colak T., Ipek T., Kanik A., Aydin S. A randomized trial of botulinum toxin vs. lidocaine pomade for chronic anal fissure // *Acta Gastroenterol. Belg.* — 2002. — Vol. 65. — P. 187–190.

48. Madalinski M.H., Slawek J., Zbytek B. et al. Topical nitrates and the higher doses of botulinum toxin for chronic anal fissure // *Hepatogastroenterology*. — 2001. — Vol. 48. — P. 977–979.

49. Lindsey I., Jones O.M., Cunningham C. et al. Botulinum toxin as secondline therapy for chronic anal fissure failing 0.2 percent glyceryl trinitrate // *Dis. Colon Rectum*. — 2003. — Vol. 46. — P. 361–366.

50. Montes B.B. et al. Comparison of botulinum toxin injection and lateral internal sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissure // *Dis. Colon Rectum*. — 2003. — Vol. 46. — P. 232–237.

51. Minguez M., Herreros B., Espi A. et al. Long-term follow-up (42 months) of chronic anal fissure after healing with botulinum toxin // *Gastroenterology*. — 2002. — Vol. 123. — P. 112–117.

52. Lysy J., Israelit-Yatzkan Y., Sestiery-Ittah M. et al. Topical nitrates potentiate the effect of botulinum toxin in the treatment of patients with refractory anal fissure // *Gut*. — 2001. — Vol. 48. — P. 221–224.

53. *Jost W.H.* One hundred cases of anal fissure treated with botulinum toxin: early and long-term results // *Dis. Colon Rectum.* — 1997. — Vol. 40. — P. 1029–1032.
54. *Gupta P.J.* Hypertrophied anal papillae and fibrous anal polyps, should they be removed during anal fissure surgery? // *World J. Gastroenterol.* — 2004. — Vol. 10, N 16. — P. 2412–2414.
55. *Richard C.S., Gregoire R., Plewes E.A. et al.* Internal sphincterotomy is superior to topical nitroglycerine in the treatment of chronic anal fissure: results of a randomized, controlled trial by the Canadian Colorectal Surgical Trials Group // *Dis. Colon Rectum.* — 2000. — Vol. 43. — P. 1048–1047.
56. *Jensen S.L., Lund F., Nielsen O.V., Tange G.* Lateral subcutaneous sphincterotomy versus anal dilatation in the treatment of fissure in ano in outpatients: a prospective randomized study // *BMJ.* — 1984. — Vol. 289. — P. 528–530.
57. *Saad A.M., Omer A.* Surgical treatment of chronic fissure-in-ano: a prospective randomized study // *East Afr. Med. J.* — 1992. — Vol. 69. — P. 613–615.
58. *Olsen J., Mortensen P.E., Krogh Petersen I. et al.* Anal sphincter function after treatment of fissure-in-ano by lateral subcutaneous sphincterotomy versus anal dilation // *Int. J. Colorectal Dis.* — 1987. — Vol. 2. — P. 155–157.
59. *Weaver R.M., Ambrose N.S., Alexander-Williams J. et al.* Manual dilation of the anus vs. lateral internal sphincterotomy in the treatment of chronic fissure-in-ano: results of a prospective, randomized clinical trial // *Dis. Colon Rectum.* — 1987. — Vol. 30. — P. 420–423.
60. *Nelson R.* Operative procedures for fissure in ano // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2005. — CD002199.
61. *Abcarian H.* Surgical correction of chronic anal fissure: results of lateral internal sphincterotomy vs. fissurectomy-midline sphincterotomy // *Dis. Colon Rectum.* — 1980. — Vol. 23. — P. 31–36.
62. *Boulous P.B., Araujo J.G.* Adequate internal sphincterotomy for chronic anal fissure: subcutaneous or open technique? // *Br. J. Surg.* — 1984. — Vol. 71. — P. 360–362.
63. *Kortbeek J.B., Langevin J.M., Khoo R.E. et al.* Chronic fissure-in-ano: a randomized study comparing open and subcutaneous lateral internal sphincterotomy // *Dis. Colon Rectum.* — 1992. — Vol. 35. — P. 835–837.
64. *Arroyo A., Perez F., Serrano P. et al.* Open versus closed lateral internal sphincterotomy performed as an outpatient procedure under local anesthesia for chronic anal fissure: prospective randomized study of clinical and manometric long-term results // *J. Am. Coll. Surg.* — 2004. — Vol. 199. — P. 361–367.
65. *Wiley M., Day P., Rieger N. et al.* Open vs. closed lateral internal sphincterotomy for idiopathic fissure-in-ano: a prospective, randomized, controlled trial // *Dis. Colon Rectum.* — 2004. — Vol. 47. — P. 847–852.
66. *Renzi A., Izzo D., Di Sarno G. et al.* Clinical, manometric, and ultrasonographic results of pneumatic balloon dilatation vs. lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure: a prospective, randomized, controlled trial // *Dis. Colon Rectum.* — 2008. — Vol. 51. — P. 121–127.
67. *Багдасарян С.Л.* Хирургическое лечение анальной трещины с пневмодивульсией анального сфинктера. — М., 2010. — 89 с.
68. *Жарков Е.Е.* Комплексное лечение хронической анальной трещины. — М., 2009. — 113 с.

69. Baraza W., Boereboom C., Shorthouse A. *et al.* The long-term efficacy of fissurectomy and botulinum toxin injection for chronic anal fissure in females // *Dis. Colon Rectum*. — 2008. — Vol. 51. — P. 236–243.

70. Scholz T., Hetz F.H., Dindo D. *et al.* Long-term follow-up after combined fissurectomy and Botox injection for chronic anal fissures // *Int. J. Colorectal Dis.* — 2007. — Vol. 22. — P. 1077–1081.

71. Lindsey I., Cunningham C., Jones O.M. *et al.* Fissurectomy-botulinum toxin: a novel sphincter-sparing procedure for medically resistant chronic anal fissure // *Dis. Colon Rectum*. — 2004. — Vol. 47. — P. 1947–1952.

72. Arthur J.D., Makin C.A., El-Sayed T.Y., Walsh C.J. A pilot comparative study of fissurectomy/diltiazem and fissurectomy/botulinum toxin in the treatment of chronic anal fissure // *Tech. Coloproctol.* — 2008. — Vol. 12, N 4. — P. 331–336.

73. Engel A.F., Eijsbouts Q.A., Balk A.G. Fissurectomy and isosorbide dinitrate for chronic fissure-in-ano not responding to conservative treatment // *Br. J. Surg.* 2002. — Vol. 89, N 1. — P. 79–83.

74. Bhardwaj R., Parker M.C. Modern perspectives in the treatment of chronic anal fissures // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* — 2007. — Vol. 89. — P. 472–478.

75. Arroyo A., Perez F., Serrano P. *et al.* Surgical versus chemical (botulinum toxin) sphincterotomy for chronic anal fissure: long-term results of a prospective randomized clinical and manometric study // *Am. J. Surg.* — 2005. — Vol. 189. — P. 429–434.

76. Iswariah H., Stephens J., Rieger N. *et al.* Randomized prospective controlled trial of lateral internal sphincterotomy versus injection of botulinum toxin for the treatment of idiopathic fissure-in-ano // *Aust. N.Z. J. Surg.* — 2005. — Vol. 75. — P. 553–555.

77. Katsinelos P., Papaziogas B., Koutelidakis I. *et al.* Topical 0.5% nifedipine vs. lateral internal sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissure: long term follow-up // *Int. J. Colorectal Dis.* — 2006. — Vol. 21. — P. 179–183.

78. Brown C.J., Dubreuil D., Santoro L. *et al.* Lateral internal sphincterotomy is superior to topical nitroglycerine for healing chronic anal fissure and does not compromise long-term fecal incontinence: six year follow-up of a multicenter, randomized, controlled trial // *Dis. Colon Rectum*. — 2007. — Vol. 50. — P. 442–448.

79. Sileri P., Mele A., Stolfi V.M. *et al.* Medical and surgical treatment of chronic anal fissure: a prospective study // *J. Gastrointest. Surg.* — 2007. — Vol. 11. — P. 1541–1548.