**Список сокращений**

ЗАПК – запирательный аппарат прямой кишки

МРТ – магнитно-резонансная томография

УЗИ – ультразвуковое исследование

**Термины и определения**

Анодерма – это эпителиальная выстилка анального канала, представленная многослойным плоским неороговевающим эпителием.

Анальный канал – это терминальная часть пищеварительного тракта, располагающаяся между нижнеампулярным отделом прямой кишки и наружным отверстием заднего прохода.

«Анатомический» анальный канал – это зона, располагающаяся между наружным краем заднего прохода и аноректальной (зубчатой, гребешковой) линией, протяженностью 1,5-3,0 см.

Зубчатая линия – это линия, сформированная краями заднепроходных заслонок – карманов, образованных слизистой кишки между морганиевыми столбами.

«Хирургический» анальный канал – это дистальный отдел ЖКТ, включающий «анатомический» анальный канал и дистальную часть прямой кишки (от зубчатой линии до аноректального кольца, т.е. места прикрепления пуборектальной мышцы), протяженностью 2,4- 4 см.

Фиброзные изменения анального канала – это морфологические изменения в анальном канале, возникающие вследствие хронического воспалительного процесса, включающие наличие рубцовых изменений краёв и дна трещины, сторожевого бугорка у дистального края трещины, фиброзного полипа анального канала у проксимального её края и пектеноз.

Пектеноз – это ригидное циркулярное сужение заднего прохода вследствие рубцовых изменений дистального края внутреннего сфинктера.

Диссинергическая дефекация – это нарушение координации мышц тазового дна при дефекации.

**Краткая информация**

**Анальная трещина** – это линейный или эллипсовидный дефект (язва) анодермы, располагающийся в пределах «анатомического» анального канала[.](#_bookmark27)

**Этиология и патогенез**

Анальная трещина является полиэтиологическим заболеванием. Причиной её развития является травма слизистой оболочки анального канала, чаще всего вследствие прохождения твердых каловых масс (запоры), частого жидкого стула или других нарушений дефекации.

Основной патогенетической причиной возникновения анальных трещин является наличие спазма внутреннего сфинктера, возникающего в ответ на травму анодермы[.](#_bookmark29) Немаловажную роль в его возникновении играет предрасположенность к снижению продукции оксида азота, которая приводит к повышению тонуса гладких мышц. Также возможно влияние диссинергической дефекации для развития спазма внутреннего сфинктера. К предрасполагающим факторам относится также сосудистый фактор: нижняя прямокишечная артерия не образует развитую сеть анастомозов по задней полуокружности, плотность капиллярной сети здесь также существенно меньше, а мелкие артериальные сосуды, питающие анодерму, проходят через толщу внутреннего сфинктера. Следовательно, наличие его спазма еще больше ухудшает перфузию анодермы, создавая неблагоприятные условия для заживления дефекта.

В анальной трещине различают края и дно. Острая анальная трещина (до 2 мес) имеет четкие ровные края без фиброзных изменений. На дне такой трещины окончания нервных волокон оголены, что приводит к выраженному болевому синдрому и развитию спазма внутреннего сфинктера. При отсутствии действия основных повреждающих факторов, острая анальная трещина эпителизируется.

При продолжающемся воздействии повреждающих факторов процесс заживления затягивается. При этом, в краях и дне дефекта развиваются фиброзные изменения, препятствующие эпителизации трещины: формируется хроническая анальная трещина.

Патогномоничные признаки хронической анальной трещины:

* + - фиброзные изменения краев дефекта, а также наличие фиброзного полипа анального канала у проксимального края дефекта и/или наличие сторожевого бугорка у дистального края дефекта;
    - длительность анамнеза заболевания >2 мес;
    - наличие волокон внутреннего сфинктера в дне дефекта.

**Эпидемиология**

Анальная трещина – одно из самых распространенных заболеваний прямой кишки. На ее долю приходится от 10 до 15% всех колопроктологических болезней, заболеваемость колеблется от 20 до 23 на 1000 взрослого населения. Наиболее часто заболевание развивается в возрасте от 30 до 50 лет, что обусловливает его социальную значимость. Заболеваемость среди мужчин и женщин одинакова.

**Особенности кодирования по МКБ-10**

K60.0 Острая трещина заднего прохода

K60.1 Хроническая трещина заднего прохода

K60.2 Трещина заднего прохода неуточненная

**Классификация**

**1. По характеру течения:**

* + - Острая
    - Хроническая

**2. По локализации дефекта в анальном канале:**

* + - Задняя
    - Передняя
    - Боковая

**3. По наличию спазма внутреннего сфинктера:**

* + - Со спазмом сфинктера
    - Без спазма сфинктера (чаще всего встречаются вследствие развития осложнений или являются вторичными проявлениями основного заболевания).

**Клиническая картина**

Основным клиническим проявлением анальной трещины является жгучая боль в области заднего прохода после дефекации.

Некоторые пациенты отмечают боль во время дефекации и выделение крови из заднего прохода в виде помарок крови на стуле и туалетной бумаге.

Изменение характера болевого синдрома, уменьшение его интенсивности, появление таких симптомов как мокнутие, зуд и жжение в области заднего прохода, свидетельствуют о развитии осложнения анальной трещины – формировании неполного внутреннего свища анального канала.

**Диагностика**

Критериями установления диагноза «анальная трещина» является наличие линейного или эллипсовидного дефекта анодермы, располагающегося в пределах «анатомического» анального канала.

Диагноз «острая анальная трещина» устанавливают при наличии линейного или эллипсовидного дефекта анодермы, располагающегося в пределах «анатомического» анального канала, длительности анамнеза заболевания менее 2 мес и отсутствии фиброзных изменений, свидетельствующих о хроническом характере заболевания.

Диагноз «хроническая анальная трещина» устанавливают при наличии линейного или эллипсовидного дефекта анодермы, располагающегося в пределах «анатомического» анального канала, длительности анамнеза заболевания более 2 мес и наличии как минимум одного из признаков длительного хронического процесса:

1. рубцовых изменений краев дефекта;

2. фиброзного полипа анального канала у проксимального края дефекта;

3. сторожевого бугорка у дистального края дефекта;

4. волокон внутреннего сфинктера в дне дефекта.

В большинстве случаев для установления диагноза анальной трещины достаточно данных клинического исследования. При этом необходимо проводить дифференциальную диагностику с целью исключения эрозивно-язвенных поражений анального канала другого происхождения:

* + - опухоли анального канала и прямой кишки;
    - свищи заднего прохода;
    - специфические инфекции (туберкулез, герпес, актиномикоз, сифилис, ВИЧ-инфекция);
    - осложнения каудальных тератом (при наличии отверстия первичного эмбрионального хода);
    - воспалительные заболевания кишечника с перианальными осложнениями;
    - гемобластозы.

**Принципы формирования диагноза**

При формулировке диагноза анальной трещины следует отразить характер течения заболевания, локализацию дефектов, наличие или отсутствие спазма внутреннего сфинктера. Ниже приведены примеры формулировок диагноза:

1. «Хроническая передняя анальная трещина со спазмом сфинктера».

2. «Хроническая задняя анальная трещина без спазма сфинктера».

3. «Острая задняя анальная трещина».

**Жалобы и анамнез**

При анальной трещине характерны жалобы на жгучую боль в области заднего прохода после дефекации. Некоторые пациенты могут предъявлять жалобы на боль во время дефекации и выделение крови из заднего прохода в виде помарок на стуле и туалетной бумаге.

При сборе анамнеза следует обращать внимание на характер болей, их продолжительность и связь с актом дефекации. В анамнезе возможно наличие следующих предрасполагающих факторов: недостаточное употребление пищевых волокон, острая, жирная и богатая углеводами пища, запоры, диарея.

**Физикальное обследование**

Всем пациентам с подозрением на анальную трещину с целью подтверждения диагноза рекомендуется проводить физикальное обследование:

1. наружный осмотр области промежности и заднего прохода;

2. пальцевое исследование прямой кишки.

**Комментарий:** *осмотр проводят на гинекологическом кресле, в положении пациента на cnинe с максимально приведенными к животу ногами, а npu невозможности в положении на боку. При наружном осмотре области промежности и заднего npoxoдa обращают внимание на изменения перианальной кожи (мокнутие, высыпания и т.д.) форму ануса, его зияние, наличие рубцовых изменений и деформаций, а также состояние паховых лимфоузлов. Затем, nрu осторожном разведении краёв ануса, осматривают анодерму на предмет наличия её дефекта. При этом отмечают форму дефекта (линейный или эллипсовидный), его глубину и границы, изменения краев и наличие сторожевого бугорка.*

*Пальцевое исследование npu анальной трещине обычно болезненное и может потребовать применение местных анестетиков. При пальцевом исследовании прямой кишки следует обратить внимание на наличие дефекта анодермы и его локализацию, состояние краев анальной трещины, наличие или отсутствие фиброзных изменений анального канала, сопутствующих заболеваний анального канала и нижнеампулярного отдела прямой кишки (геморрой, свищ заднего npoxoдa, опухолевый npoцecc и т.д.). Следует определить наличие клинических признаков спазма внутреннего сфинктера, характерных для анальной трещины – втянутый и спазмированный дистальный край внутреннего сфинктера.*

**Лабораторные диагностические обследования**

Специфическая лабораторная диагностика анальных трещин не существует. Лабораторные диагностические исследования следует выполнять пациентам в ходе подготовки и планирования хирургического вмешательства для исключения сопутствующих заболеваний и состояний, а также при необходимости проведения дифференциальной диагностики.

**Инстрvментальные диагностические исследования**

Пациентам с анальной трещиной не рекомендуется проведение аноскопии, ректороманоскопии, колоноскопии ввиду наличия выраженного болевого синдрома. С целью уточнения диагноза и проведения дифференциальной диагностики основного заболевания рекомендуется выполнять вышеуказанные исследования в условиях операционной под обезболиванием в случае необходимости, в остальных случаях – после купирования болевого синдрома.

Пациентам с анальной трещиной при отсутствии четких клинических признаков спазма внутреннего сфинктера по данным физикального обследования рекомендуется исследование функций запирательного аппарата прямой кишки (ЗАПК) – сфинктерометрия для объективизации наличия спазма внутреннего сфинктера.

**Комментарий:** *Данный метод позволяет оценивать суммарную сократительную активность наружного и внутреннего сфинктеров заднего npoxoдa. Оценивают следующие показатели: тонус и сила волевого сокращения сфинктеров заднего npoxoдa. Величина тонического напряжения в большей cmeneни характеризует внутренний анальный сфинктер. При волевом сокращении оценивается сократительная активность поперечнополосатых мышц наружного сфинктера и тазового дна. Спазм внутреннего сфинктера подтверждают npu наличии хотя бы одного из следующих манометрических признаков:*

*1. повышение среднего давления в анальном канале в noкoe;*

*2. наличие ультрамедленных волн.*

*Методика: пациента кладут на кушетку в положение «лежа на боку с согнутыми в коленях ногами», датчик вводят в задний npoxoд на глубину 4,0-5,0 см. Запись данных производят через 3-4 мин после введения датчика – время, необходимое для адаптации больного к исследованию и затухания анального рефлекса, вызванного введением датчика. Для количественной оценки функции ЗАПК используют показатели давления в анальном канале в noкoe и npu волевом сокращении.*

Пациентам с анальной трещиной при отсутствии четких клинических признаков спазма внутреннего сфинктера по данным физикального обследования рекомендуется исследование функций ЗАПК – профилометрия, при этом данное исследование является более чувствительным методом диагностики наличия спазма внутреннего сфинктера.

**Комментарий:** *Профилометрия – метод оценки давления в npocвeme полого органа. Аноректальная профилометрия обеспечивает регистрацию давления в разных плоскостях no всей длине анального канала. С помощью компьютерной программы строят график распределения величин давления и проводят подсчет максимальных, средних величин давления, а также коэффициента асимметрии. Программа обработки предусматривает анализ данных давления на любом уровне поперечного сечения анального канала.*

*Спазм внутреннего сфинктера подтверждают npu наличии хотя бы одного из следующих манометрических признаков:*

*1. повышение среднего давления в анальном канале в noкoe,*

*2. повышение максимального давления в анальном канале в noкoe,*

*3. наличие ультрамедленных волн.*

*Методика: исследование проводят в положении пациента на боку с согнутыми в коленях ногами. После предварительной калибровки, катетер вводят в прямую кишку больного на глубину до 6 см. Устанавливают скорость перфузии жидкости no катетеру, равную 1 мл/мин. С помощью специального устройства – пуллера – катетер вытягивают из прямой кишки со скоростью 1 мм/сек, npu этом регистрируют давление на всем протяжении его перемещения. Анализ данных проводят с помощью компьютерной программы с построением графика, на котором отражается распределение давления в* *анальном канале.*

**Иные диагностические исследования**

Дополнительные инструментальные и лабораторные исследования выполняют с целью проведения дифференциальной диагностики.

Пациентам с анальной трещиной при отсутствии признаков спазма внутреннего сфинктера прямой кишки по данным физикального и инструментального обследования и подозрении на наличие эрозивно-язвенных поражений анального канала специфической этиологии, а также развитие осложнений, рекомендуется проведение следующих исследований:

1. эндоанальное УЗИ;

2. колоноскопия (уровень осмотра – терминальный отдел подвздошной кишки).

**Лечение**

Лечение острой и хронической анальных трещин преследует следующие цели:

1. нормализация стула;

2. купирование болевого синдрома;

3. воздействие на раневой процесс;

4. релаксация внутреннего сфинктера прямой кишки.

***Лечение острой анальной трещины***

Всем пациентам с острой анальной трещиной рекомендуется консервативная терапия.

**Диетотерапия и нормализация деятельности ЖКТ с использованием слабительных средств**

Пациентам с анальной трещиной рекомендуется потребление адекватного количества жидкости и пищевых волокон для нормализации деятельности ЖКТ и устранения запоров. В тех случаях, когда не удалось нормализовать стул при соблюдении диеты, рекомендуется использовать слабительные средства с целью формирования у пациента регулярного кашицеобразного стула.

**Комментарий:** *Рацион пациентов должен включать в себя продукты, богатые растительной клетчаткой, и большое количество жидкости. Доказано, что ежедневный npиeм 25 г пищевых волокон увеличивает частоту стула у пациентов с хроническими запорами. Употребление жидкости до 1,5-2 л в день увеличивает частоту стула и снижает необходимость в npиeмe слабительных средств у пациентов, соблюдающих высокошлаковую диету. В качестве источника пищевых волокон, в нашей стране традиционно применяют пшеничные отруби, морскую кanycmy и льняное семя в их природном виде и в форме фармакологических npenapamoв. Также для нормализации деятельности ЖКТ применяют npenapamы, содержащие оболочку семян подорожника или npenapamы полиэтиленгликоля, которые обладают высокой водоудерживающей способностью, что позволяет пациенту избегать натуживания npu дефекации. Дозы npenapamoв подбираются индивидуально.*

**Консервативная терапия**

Пациентам с анальной трещиной рекомендуется использовать консервативную терапию, направленную на купирование болевого синдрома и заживление дефекта.

**Комментарий:** *Для лечения анальных трещин используют как системные, так и местные лекарственные средства, которые применяются в виде гелей, кремов, мазей и cynnoзиmopиeв. При выраженном болевом синдроме используют:*

*1. лекарственные средства из гpynnы производных пропионовой кислоты,*

*2. местные анестетики.*

*Использование консервативной mepanuu, включающей регуляцию стула и использование анестетиков, позволяет эффективно излечить до 50% пациентов с острой анальной трещиной.*

*В качестве ранозаживляющих npenapamoв используют лекарственные средства, обладающие противовоспалительным, иммуностимулирующим и обезболивающим эффектами. Их используют в соответствии с инструкцией no применению. Данные npenapamы могут применятся как для лечения острой анальной трещины, так и в качестве симптоматической mepanuu npu хронической анальной трещине, а также после оперативных вмешательств с целью заживления ран. В послеоперационном nepиoдe вышеуказанные npenapamы используют в соответствии со стадией раневого npoцecca.*

**Медикаментозная релаксация внутреннего сфинктера прямой**

Пациентам с анальной трещиной со спазмом внутреннего сфинктера рекомендуется выполнять инъекцию ботулинического токсина типа А во внутренний анальный сфинктер.

**Комментарий:** *Методика – npenapam вводится под контролем двустворчатого зеркала во внутренний сфинктер прямой кишки под аппликационной или местной анестезией в суммарной дозировке от 10 ЕД до 100 ЕД. Cтoит отметить, что на данный момент не разработана единая методика введения npenapamoв для м едикаментозной релаксации внутреннего анального сфинктера (различные лекарственные средства, точки инъекций и их количество, дозировка npenapama), что объясняет существенную гетерогенность в результатах лечения пациентов.*

*Введение npenapama приводит к эпителизации анальной трещины у 33-96% больных. Частота рецидивов может достигать 42%, однако возможно повторное введение npenapama. К осложнениям после инъекции ботулинического токсина muna А (off-label) относятся: гематомы, перианальные тромбозы, перианальные абсцессы, частота осложнений не превышает 2,2%. Клинические проявления анального недержания отмечаются у 5,1% пациентов, купируются в срок до 8 нед.*

***Лечение хронической анальной трещины***

**Консервативная терапия хронической анальной трещины**

Пациентам с хронической анальной трещиной с целью симптоматической терапии и при отказе от хирургического лечения рекомендуется проведение консервативной терапии в соответствии с рекомендациями по лечению острой анальной трещины.

Пациентам не рекомендуется проводить консервативную терапию в течение длительного периода времени – более 8 нед.

**Хирургическое лечение хронической анальной трещины**

Пациентам с хронической анальной трещиной рекомендуется оперативное лечение. Под хирургическим лечением хронической анальной трещины понимают иссечение трещины с применением различных методов релаксации внутреннего сфинктера прямой кишки.

**Комментарий:** *Наличие фиброзных изменений анального канала значительно увеличивает риск развития рецидивов заболевания.*

*Методика иссечения трещины: операция заключается в иссечении no плоскости трещины с фиброзными изменениями в пределах здоровых тканей с выведением краёв раны на перианальную кожу в 1,5-2,0 см от края* [*ануса.*](#_bookmark22) *В случаях, когда на фоне хронической анальной трещины образуется задний неполный внутренний свищ, операция выполняется согласно вышеуказанной методике и дополняется зондированием свищевого хода и его иссечением на зонде. При транссфинктерном свищевом ходе дополнительно сфинктеротомия не выполняется.*

Пациентам с хронической анальной трещиной со спазмом сфинктера и высоким риском развития анальной инконтиненции в послеоперационном периоде (пожилой возраст пациентов, многократные и осложненные роды в анамнезе, клинические признаки опущения промежности) рекомендуется иссечение трещины в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера ботулиническим токсином типа А (после иссечения трещины вводится на 3 и 9 часах по 5 ЕД препарата (суммарно 10 ЕД)).

**Комментарий:** *После иссечения трещины no принятой методике выполняют инъекцию ботулинического токсина muna А во внутренний анальный сфинктер no разработанной в ФГБУ «НМИЦ Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» методике, что более эффективно, чем изолированное иссечение анальной трещины. По данным ФГБУ «НМИЦ Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» лучший эффект оказывает повышение дозировки ботулинического токсина muna А с 10 до 40* [*ЕД.*](#_bookmark72) *Кроме того, применение данного npenapama может быть рекомендовано для лечения пациентов с высоким риском развития послеоперационной недостаточности анального сфинктера.*

Пациентам с хронической анальной трещиной со спазмом сфинктера при неэффективности иссечения трещины в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера рекомендуется иссечение трещины в сочетании с боковой подкожной сфинктеротомией.

**Комментарий:** *Методика боковой подкожной закрытой сфинктеротомии: 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.*

*Методика боковой подкожной открытой сфинктеротомии: В 0,5-1,0 см от края ануса на 3 ч no условному циферблату производят полуовальный разрез кожи длиной около 1,0 см. В подслизистый слой стенки анального канала для отслоения её от внутреннего сфинктера вводят 3,0-5,0 мл 0,5% раствора прокаина. Зажимом или ножницами производят отделение внутреннего сфинктера от слизистой оболочки анального канала, а также внутреннего анального сфинктера от наружного. Высоту рассечения ограничивают зубчатой линией. После проведения сфинктеротомии на кожу накладывают два шва.*

*Противопоказания: пациенты с высоким риском развития стойкой анальной инконтиненции в послеоперационном nepиoдe (пожилой возраст пациентов, многократные и осложненные роды в анамнезе, клинические признаки опущения промежности).*

*Осложнения:*

*1. гематомы в области сфинктеротомии,*

*2. абсцессы в области сфинктеротомии,*

*3. формирование свищей в области сфинктеротомии,*

*4. недостаточность анального сфинктера в послеоперационном nepиoдe.*

*Боковая подкожная сфинктеротомия является «золотым стандартом» лечения анальной трещины, частота заживления трещин после выполнения сфинктеротомии составляет от 88 до 100%, npu частоте развития анальной инконтиненции – от 8 до 30% npu сроках наблюдения за пациентами до 6 лет. Открытая и закрытая методики выполнения боковой сфинктеротомии сопоставимы no своим результатам.*

**Профилактика инфекционных раневых осложнений после хирvргического** **лечения**

Пациентам после хирургического лечения анальной трещины в случае наличия обширных ран, нарушений иммунного статуса у пациентов, рекомендуется назначение антибактериальных и противомикробных препаратов, действующих на флору кишечника и в мягких тканях. Препараты могут вводиться парентерально или перорально.

**Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации**

Всем пациентам, перенесшим хирургическое лечение по поводу анальной трещины, в послеоперационном периоде до заживления ран рекомендуется проведение ежедневных перевязок, заключающихся в очищении ран растворами антисептиков и нанесении на раневую поверхность мазевых основ, обладающих противовоспалительным и ранозаживляющим действием для уменьшения рисков воспалительных осложнений).

Всем пациентам, перенесшим хирургическое лечение по поводу анальной трещины, в послеоперационном периоде до заживления ран рекомендуется соблюдение диеты, богатой растительной клетчаткой, прием пищевых волокон для формирования регулярного мягкого стула.

Всем пациентам, перенесшим хирургическое лечение по поводу анальной трещины, рекомендуется после выписки из стационара, на период заживления раны, находиться под наблюдением врача-колопроктолога или врача-хирурга по месту жительства для профилактики рецидивов и осложнений заболевания.

**Комментарий:** *Необходимость реабилитации пациентов обусловлена хирургической травмой перианальной области и анального канала. Наличие послеоперационных ран (нарушение целостности) в указанных анатомических областях, их заживление вторичным натяжением, обуславливают риск гнойно-септических осложнений, послеоперационных кровотечений. Болевой синдром различной cmeneни выраженности и возможные нарушения функции дефекации и функции держания в послеоперационном nepиoдe может приводить к значительной социальной дезадаптации и снижать качество жизни данной категории пациентов.*

*Общие принципы реабилитации после хирургического лечения:*

*1. комплексная оценка исходного состояния пациента и формулировка программы реабилитации,*

*2. составление плана необходимых для реабилитации диагностических и лечебных мероприятий,*

*3. мультидисциплинарный принцип организации реабилитационной помощи,*

*4. контроль эффективности проводимой mepanuu в npoцecce восстановительного лечения и no окончании курса реабилитации.*

*Этапы реабилитации пациентов после хирургического лечения:*

*1-й эman – ранняя реабилитация, с 4-6 no 7-10 сут после хирургического вмешательства. В данный nepиoд пациент находится на реабилитационном стационарном лечении в течение 3-5 дней, после чего дальнейшая реабилитация npoиcxoдиm в течение 7-14 дней в амбулаторных условиях, либо стационаре кратковременного пребывания.*

*Наиболее важными задачами 1 эmana реабилитации является нормализация деятельности ЖКТ с формированием нормальной консистенции и частоты стула. Кроме того, на данном эmane осуществляется контроль гемостаза, раневого npoцecca и купирование послеоперационного болевого синдрома.*

*2-й эman (с 15 no 45 сут после onepaции) направлен на ускорение репаративных процессов и геометрически правильное, программируемое заживление послеоперационных ран с контролем деятельности ЖКТ.*

***Лечебное nиmaниe:*** *одним из важных компонентов послеоперационной реабилитации на раннем эmane является нормализация функции ЖКТ, направленная на устранение запоров, формирование нормальной консистенции стула. С этой целью пациентам рекомендуется потребление адекватного количества жидкости и пищевых волокон. В качестве источника пищевых волокон применяют пшеничные отруби, морскую кanycmy и льняное семя в их природном виде, или в форме БАДов и фармакологических npenapamoв, которые обладают высокой водоудерживающей способностью, что позволяет размягчить консистенцию стула, способствует регулярной и полноценной дефекации с исключением необходимости натуживаний для опорожнения прямой кишки.*

***Контроль гемостаза:*** *реабилитационные мероприятия npu повышенной кровоточивости ран заключаются в регулярном их осмотре, применении мазевых композиций, обладающих комплексным, в т.ч. капилляроукрепляющим действием, нормализации консистенции стула с ограничением избыточных натуживаний. Могут применяться различные гемостатические npenapamы, в т.ч. желатиновые абсорбирующие губки, электрокоагуляция кровоточащих поверхностей.*

***Купирование болевого синдрома:*** *степень выраженности болевых ощущений зависит от обширности хирургической травмы перианальной области и анального канала, индивидуального болевого nopoгa, наличия швов на ранах анального канала и перианальной области. Системные либо местные средства для купирования болевого синдрома подбираются индивидуально лечащим врачом в зависимости от cmeneни его интенсивности, а также выраженности психоэмоциональных нарушений.*

***Программируемый раневой npoцecc:*** *одним из важнейших аспектов послеоперационного восстановления пациентов, позволяющий избежать развития послеоперационных осложнений является своевременное и топографически выверенное заживление послеоперационных ран. Правильное ведение раневого npoцecca, начиная со 2-х сут после onepaции до полной эпителизации ран подразумевает: ежедневную санацию ран растворами антисептиков, перевязку с мазевыми аппликациями (состав мази определяется стадией раневого npoцecca), динамический контроль врачом-колопроктологом (пальцевое исследование прямой кишки выполняется каждые двое суток), микробиологический контроль (npu подозрении на гнойно-септические осложнения и раневую инфекцию).*

*Основные реабилитационные мероприятия после хирургического лечения трещины.*

*После выписки из стационара в послеоперационном nepиoдe необходимо проведение реабилитационных мероприятий у всех пациентов, перенесших хирургическое лечение no поводу анальной трещины. В зависимости от тяжести нарушений функции комплекс реабилитационных мероприятий проводится амбулаторно, либо на стационарной реабилитационной койке.*

*Нарушение дефекации пациент нуждается в механической очистке кишечника:*

* *выполнение очистительной либо сифонной клизмы,*
* *назначение слабительных npenapamoв осмотического muna с оценкой их эффективности,*
* *механическое удаление каловых масс под местным либо регионарным обезболиванием.*

*Болевой синдром (интенсивность болевого синдрома no нумерологической оценочной шкале (НОШ) превышает 6 баллов (приложение Г):*

* *применение сильнодействующих анальгетиков из гpynnы HПBC с использованием парентерального nymu введения,*
* *аппликация на раневые поверхности мазевых композиций, в состав которых входят местноанестезирующие и противовоспалительные компоненты,*
* *физиотерапия (УФО, ферментативное, лазерное, ультразвуковое и т.д.).*

*Контроль раневого npoцecca (npu необходимости применения местных и/или системных нестероидных противовоспалительных npenapamoв с динамическим локальным контролем за уровнем воспалительной реакции, необходимости выполнения микробиологического контроля):*

* *обработка раневых поверхностей растворами антисептиков,*
* *нанесение мазевых композиций на водорастворимой основе, содержащих противомикробные компоненты; мазей, содержащих антибактериальные компоненты,*
* *антибактериальные npenapamы широкого cneкmpa действия в таблетированной форме или вводимые парентерально,*
* *noceв раневого отделяемого npu выраженных воспалительных изменениях в ранах, подозрении на контаминацию ран гноеродной флорой с динамическим контролем через 5-7 дней после проведения курса антибактериальной mepanuu,*
* *физиотерапия (УФО, ферментативное, лазерное, ультразвуковое и т.д.).*

*Целью 2-го эmana реабилитации пациентов, перенесших хирургическое лечение анальной трещины, является окончательная эпителизация послеоперационных ран и профилактика развития послеоперационных осложнений. Также, в npoцecce 2-го эmana реабилитации актуальным остается контроль за консистенцией и частотой стула, болевым синдромом, контроль течения раневого npoцecca.*

**Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

**Профилактика**

Всем пациентам при появлении первых симптомов, характерных для анальной трещины, рекомендуется консультация врача-колопроктолога для определения тактики профилактических мероприятий, целью которых является предотвращение развития и прогрессирования болезни.

**Комментарий:** *Основополагающим в профилактике развития анальной трещины является нормализация деятельности ЖКТ, устранение запоров, соблюдение гигиенического режима. Своевременная диагностика и лечение заболевания может значительно улучшить прогноз и уменьшить вероятность развития осложнений.*

**Диспансерное ведение**

Всем пациентам, перенесшим хирургическое лечение по поводу анальной трещины, после окончания лечения и заживления ран рекомендуется динамическое наблюдение врачом-колопроктологом 1 раз в 6 мес в течение первого года для улучшения контроля над заболеванием и профилактики рецидивов.

#### **Организация оказания медицинской помощи**

**Показания для госпитализации в медицинскую организацию**

Госпитализация в плановый стационар показана пациентам с хронической анальной трещиной со спазмом сфинктера для проведения хирургической коррекции данного состояния. Госпитализация пациентов для оперативного лечения осуществляется при неэффективности консервативных методов лечения, наличии выраженных фиброзных изменений анального канала.

Проведение диагностических мероприятий в плановой ситуации на этапе постановки диагноза может осуществляться в амбулаторных условиях. Проведение хирургического лечения целесообразно осуществлять в условиях специализированных отделений стационара. Также хирургическое лечение можно осуществлять в условиях дневного стационара.

**Показания к выписке пациента из медицинской организации**

При плановой госпитализации по поводу хронической анальной трещины выписка пациента в зависимости от характера оперативного лечения осуществляется на 3-5 сут после операции.

**Показанием к выписке является:**

1. неосложненное течение раннего послеоперационного периода (отсутствие дизурии, повышенной кровоточивости и т.п.);

2. отсутствие гнойно-септических осложнений течения раневого процесса;

3. контролируемый болевой синдром с возможностью его купирования пероральными препаратами в амбулаторных условиях;

4. возможность самостоятельной полноценной дефекации после радикального хирургического лечения (выписка рекомендована после первого стула);

5. возможность пациента (для пациентов с ограниченными возможностями) самостоятельно продолжить курс консервативной терапии в амбулаторных условиях под наблюдением регионарного врача-колопроктолога.

**Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

*Отрицательно влияют на исход лечения:*

*1. присоединение инфекционных осложнений,*

*2. нарушение стула (диарея или зanop),*

*3. несоблюдение пациентом ограничительного режима и диетических рекомендаций.*

*Приложение В*

**Информация для пациента**

**Информация о заболевании.** Анальная трещина – заболевание, характеризующееся наличием дефекта слизистой анального канала. Наиболее частой причиной возникновения острых анальных трещин является травма слизистой оболочки анального канала, возникающая при прохождении твердых каловых масс (запоры). В результате возникновения дефекта развивается спазм анального жома, что приводит к нарушениям кровоснабжения слизистой оболочки заднепроходного канала и выраженному болевому синдрому. Вследствие воспалительного процесса и нарушения кровообращения края дефекта уплотняются и рубцуются – формируется хроническая анальная трещина.

Пациентов с трещиной беспокоит в первую очередь боль в заднем проходе после опорожнения прямой кишки, также могут наблюдаться незначительные выделения крови в виде помарок на стуле и туалетной бумаге. При несвоевременном обращении к врачу могут возникнуть такие осложнения, как: образование свища заднего прохода, рубцовое сужение заднего прохода.

При обращении к колопроктологу, пациенту после сбора жалоб и анамнеза заболевания, врач выполняет осмотр области заднего прохода, пальцевое исследование прямой кишки, при необходимости назначает дальнейшее обследование. При наличии у пациента острой анальной трещины назначается консервативная терапия. В свою очередь, основным методом лечения хронической анальной трещины является хирургический. Операция заключается в иссечении трещины и устранении спазма анального жома. Спазм сфинктера может быть устранён методом медикаментозной релаксации или путём рассечения внутреннего сфинктера на небольшом протяжении – боковая подкожная сфинктеротомия.

Адекватное хирургическое лечение хронических анальных трещин позволяет достичь выздоровления у 98-100% пролеченных пациентов.

**Информация необходимая в послеоперационном периоде.** В послеоперационном периоде, на протяжении первых 1-3 мес после операции, важным являются гигиенические мероприятия (подмывание прохладной водой, ванночки с добавлением отвара ромашки) и регуляция частоты и консистенции стула. Необходимо добиваться регулярного ежедневного стула мягкой консистенции, не травмирующего раневые поверхности в анальном канале и перианальной области.

При развитии затруднения опорожнения прямой кишки или запора необходимо добиться нормализации стула. Лечение запора, если оно не обусловлено причинами, требующими оперативного вмешательства, должно начинаться с назначения диеты, содержащей достаточное количество растительной клетчатки, кисломолочных продуктов, растительного масла. Из диеты исключаются копчености, соления, маринады, какао, шоколад, частично ограничиваются жареные блюда, колбасные изделия, ржаной хлеб. Старайтесь есть меньше хлеба и хлебобулочных изделий из пшеничной муки высшего сорта (особенно свежие, мягкие), макаронных изделий, блюд из манной крупы. Рекомендуется пища с большим содержанием клетчатки и балластных веществ (содержатся в продуктах растительного происхождения, прежде всего в зерновых). К продуктам, способствующим нормализации стула, относятся: свежий кефир, простокваша, ацидофилин. Положительный эффект оказывают размоченный в воде чернослив, инжир, настой из них, сливовый сок, вареная свекла, пюре из сухофруктов. Из первых блюд полезны супы, борщи, щи на крепком овощном отваре.

Диетологи рекомендуют пудинг из моркови, чернослива, яблок с добавлением лимона, свекольное пюре, винегрет с растительным маслом. По утрам натощак рекомендуется выпить стакан минеральной воды, фруктовый сок (сливовый, персиковый, абрикосовый) или горячий лимонный напиток. Послабляющее действие оказывают съеденные натощак тертая морковь, сырое яблоко, простокваша, 5-7 штук чернослива, вымытого и залитого с вечера кипятком. Кроме того, при общем удовлетворительном состоянии показаны прогулки и незначительная физическая нагрузка. Полезны утренняя гимнастика, физические упражнения с акцентом на мышцы живота, рекомендуются быстрая ходьба.

Лекарственная терапия запоров должна проводиться с большой осторожностью, кратковременными курсами, под контролем врача.

**Несколько дополнительных рекомендаций при запорах:**

1. Обратитесь к врачу и выясните, каким из вышеприведенных советов вам можно воспользоваться;

2. Выпивайте 4-8 стаканов жидкости в день;

3. Ваша диета должна включать продукты, способствующие движению (перистальтике) кишечника. Рекомендуем хлеб грубого помола, хлебцы с отрубями, каши – гречневая, овсяная, пшеничная, перловая с молоком или растительным маслом, крупяные блюда. Включайте в свой рацион продукты, содержащие клетчатку (так в молочные коктейли диетологи рекомендуют добавлять сырые овощи и фрукты, орехи, проросшую пшеницу). Попробуйте овсяное печенье, кукурузные хлопья;

4. Некоторым пациентам хорошо помогают яблоки, инжир, финики, чай с лимоном;

5. Полезен отвар чернослива по утрам и на ночь;

6. Обязательно добавляйте в пищу отруби, начиная с одной чайной ложки в день. Затем это количество нужно увеличить до 4-6 ложек в сут. Слишком быстрое увеличение дозы может вызвать жидкий стул и вздутие живота. Попробуйте добавлять отруби в каши, запеканки из риса или картофеля, в молочные продукты.

*Приложение Г*

**Нумерологическая оценочная шкала (НОШ)**



Назначение: шкала предназначена для определения интенсивности боли, позволяет оценить субъективные болевые ощущения, которые испытывает пациент в момент исследования.

Пояснения: этот метод субъективной оценки боли заключается в том, что пациента просят отметить на градуированной линии длиной 10 см точку, которая соответствует степени выраженности боли. Левая граница линии соответствует определению «боли нет», правая – «худшая боль, какую можно себе представить».

**Нормативные ссылки**

В настоящем стандарте использованы ссылки на следующие документы:

1. Клинические рекомендации «Анальная трещина» от 2021 г. (Ассоциация колопроктологов России; Одобрено на заседании научно-практического совета Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол от 2021 №).

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. N203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».