ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра хирургических болезней №1

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Хронический геморрой

Куратор: студентка

курса 4 группы Березина Н.А.

Ростов-на-Дону

год

# ***Паспортные данные***

1. ФИО:

2. Пол: женский

. Возраст: 38 лет (14.07.1977г)

4. Адрес постоянного места жительства: Ростовская обл., Азовский р-н, Новониколаевка с.

. Место работы: МБОУ Николаевская СОШ, учитель

. Кем направлен больной: консультативно-диагностическая поликлиника

7. Дата поступления: 24.11.2015г (11: 35)

. Дата выписки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалобы:

На выпадение геморроидальных узлов, тянущие боли в анальной области, дискомфорт в анальной области.

# ***Анамнез заболевания***

Считает себя больной в течении последних 16 лет, когда впервые появились жалобы на выпадение геморроидальных узлов, которые длительное время вправлялись самостоятельно, а позже при ручном пособии, появление крови во время акта дефекации. Лечилась консервативно по месту жительства с временным положительным эффектом. В последний месяц стала отмечать увеличение интенсивности болей в анальной области. Обратилась к хирургу поликлиники РостГМУ, госпитализирована в хирургическое отделение РостГМУ для хирургического лечения.

# ***Анамнез жизни***

Росла и развивалась безболезненным ребёнком, перенесла деские инфекции: ветряная оспа, краснуха; ТВС, венерические болезни, гепатиты отрицает, вредных привычек нет. По материнской линии СД.

# ***Status praesens***

Состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, тургор кожи сохранен, телосложение нормостениеческое, повышенного питания, T=36,6.

Лимфатическая система: лимфатические узлы доступные для пальпации не увеличены, безболезненны, не спаяны между собой и с окружающими тканями, кожей; кожа над лимфатическими узлами не изменена.

Дыхательная система: грудная клетка нормальной формы, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. Пальпаторно - ясный легочной звук с обеих сторон. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД = 18 в мин.

Сердечно-сосудистая система: грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, не усилен, ограничен. Границы сердца: правая - VI межреберье, левая - V межреберье на расстоянии 1исм кнутри от левой срединно-ключичной линии, верхняя - III ребре по левой окологрудинной линии.

Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во 2 межреберье по соответствующим краям грудины. Поперечник сосудистого пучка - 6 см. Высота стояния аорты - 2,5 см. Конфигурация сердца нормальная.

Границы абсолютной тупости сердца: правая - IV межреберье по окологрудинной линии справа, левая - V межреберье по среднеключичной линии, верхняя - II межреберье по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины и параллельно к нему.

При аускультации выслушиваются тоны сердца ритмичные, приглушенные, патологических шумов нет. ЧСС 68 в мин. Пульс - 96 в мин., ритмичный, хорошего наполнения, ненапряженный, одинаковый на правой и левой лучевых артериях. АД - 125-80 мм рт ст. на правой и левой руках. При осмотре, пальпации, аускультации периферических артерий и вен изменений не отмечается.

Мочеполовая система: Жалоб нет. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон.

Нервно-психический статус: Сознание ясное. Поведение больного адекватное. Контактен. Слова произносит внятно, речь плавная. Сон не нарушен. Сухожильные и зрачковые рефлексы в норме. Со стороны зрения, слуха, обоняния, осязания, вкуса нарушений не выявлено.

Система пищеварения: Глотание свободное, безболезненное.

Язык влажный, чистый. Зев розовой окраски. Миндалины за небные дужки не выступают. Живот нормальной формы, симметричен, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки. Патологическая перистальтика отсутствует. При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности. Пальпация живота безболезненна. Симптомы раздражения брюшины не выявлены. При аускультации живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

При перкуссии границ абсолютной печеночной тупости определяется:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| топографическая линия | верхняя граница | нижняя граница |
| Правая передняя подмышечная | VII ребро | на уровне XI ребра |
| правая среднеключичная | VI ребро | на 3 см ниже края реберной дуги |
| правая окологрудинная | V м-р | на 2 см ниже края реберной дуги |
| передняя срединная | ----- | на 2 см ниже основания мечевидного отростка |

Печень пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги по правой среднеключичной линии, край печени плотный, ровный, гладкий, безболезненный.

Болезненность в точке проекции желчного пузыря отсутствует. Поджелудочная железа и селезенка не пальпируются.

Status localis: при осмотре анальной области кожные покровы без расчесов и мацераций кожи, наружные геморроидальные узлы расположены типично, не увеличены. Per rectum: тонус сфинктера сохранен, исследование умеренно болезненно, ампула с элементами кала, внутренние геморроидальные узлы расположены на: 3, 7, 11 часах условного циферблата, поликровные, увеличенные, эластичные, без уплотнения, размерами 2,5x2.5x2.0см, слизистая над ними гиперемирована, контактно кровоточит.

Предварительный диагноз: Комбинированный геморрой, III ст. Хронический колит.

В амбулаторном порядке больной выполнены следующие исследования:

1. Рентген органов грудной клетки

2. HbsAg, ВГС, ВИЧ.

3. Кал на яйца глист и простейшие.

4. Электрокардиограмма.

План обследования:

. Видеоколоноскопия

2. Общий анализ крови

. Общий анализ мочи

Данные дополнительных методов исследования:

Видеоколоноскопия: Сосудистый рисунок сохранен. Тонус кишки удовлетворительный, умеренно повышен в области физиологических сфинктеров. Петли толстой кишки не удлинены, подвижные. Слизистая оболочка прямой кишки ближе к анусу умеренно отечная, с мелкопятнистой гиперемией и усилением венозного рисунка. Ампула не деформированная. Слизистая анального канала умеренно гиперемированная, с наличием геморроидальных узлов и линейного ярко гиперемированного дефекта. Тонус сфинктера сохранен.

ОАК: 27.11.2015

Гемоглобин (HGB) 88,9 гр/л

Гематокрит (HCT) 28,0%

Эритроциты (RBC) 4.03x1012/л

Лейкоциты (WBC) 5,88%

Лимфоциты (LYM) 10

Моноциты (MONO) 3

# ***Дифференциальный диагноз***

Ведущим симптомом при хроническом геморрое является наличие крови в кале. Характерны боли во время и после дефекации, наличие выступающих геморроидальных узлов.

Заболевания со схожими симптомами:

· Полип прямой кишки

· Рак прямой кишки

· Выпадение слизистой оболочки прямой кишки.

Исходя из данных объективного анализа и инструментальных методов исследования, мы можем исключить: полип прямой кишки т.к. в процессе обследования мы не нашли подтверждение. Характерным симптомом будет являться кровь в кале, она будет алого цвета, но, в отличие от геморроидальной, она будет смешана, а при геморроидальном кровь будет сверху кала, возможно истечение крови струйкой после акта дефекации. Мы можем так же исключить: выпадение слизистой оболочки прямой кишки, т.к. при осмотре мы видим выпадение нескольких узлов, а при выпадении слизистой оболочки происходит полное выпадение кишки. Мы можем исключить рак прямой кишки, т.к. при пальцевом исследовании мы обнаружили геморроидальные узлы эластичные поликровные, а при злокачественных изменениях опухоль имеет форму узла или язвы с плотными краями.

# ***План лечения***

· Планируется выполнение оперативного вмешательства в объеме: геморроидэктомия по Миллигану-Моргану.

· Общий режим. Диета щадящая.

Предоперационный эпикриз:

Показанием к операции больной Сокол Л. Ю.38 лет, является наличие у нее диагноза - хронический геморрой III ст. Диагноз установлен на основании жалоб на выпадение геморроидальных узлов, тянущие боли в анальной области, дискомфорт в анальной области; анамнез заболевания: считает себя больной в течении последних 16 лет, когда впервые появились жалобы на выпадение геморроидальных узлов, которые длительное время самостоятельно вправлялись, а позже при ручном пособии, появление крови во время акта дефекации. Лечилась консервативно по месту жительства с временным положительным эффектом. В последний месяц стала отмечать увеличение интенсивности болей в анальной области. Обратилась к хирургу поликлиники РостГМУ, госпитализирована в хирургическое отделение РостГМУ для хирургического лечения; Объективного исследования: при осмотре анальной области кожные покровы без расчесов и мацераций кожи, наружные геморроидальные узлы расположены типично, не увеличены; per rectum: тонус сфинктера сохранен, исследование умеренно болезненно, ампула с элементами кала, внутренние геморроидальные узлы расположены на: 3,7,11 часах условного циферблата, поликровные, увеличенные, эластичные, без уплотнения, размерами 2,5x2.5x2.0см, слизистая над ними гиперемирована, контактно кровоточит; видеоколоноскопия: Сосудистый рисунок сохранен. Тонус кишки удовлетворительный, умеренно повышен в области физиологических сфинктеров. Петли толстой кишки не удлинены, подвижные. Слизистая оболочка прямой кишки ближе к анусу умеренно отечная, с мелкопятнистой гиперемией и усилением венозного рисунка. Ампула не деформированная. Слизистая анального канала умеренно гиперемированная, с наличием геморроидальных узлов и линейного ярко гиперемированного дефекта. Тонус сфинктера сохранен.

Больной под спинномозговой анестезией планируется выполнение оперативного вмешательства в объеме: геморроидэктомия по Миллигану-Моргану. Иссечение хронической анальной трещины.

# ***Протокол операции***

Этапы операции

· Область вокруг ануса обкалывают местным анестетиком - как правило, 0,25% раствором новокаина.

· Затем специальным ректальным зеркалом расширяют анальный канал. Слизистую кишки обрабатывают дезинфицирующим средством и высушивают сухим тампоном.

· Специальным зажимом хирург захватывает внутренний узел и вытягивает его наружу. Обычно узлы располагаются на 3, 7 и 11 часах мысленного циферблата. Первыми удаляют "трёхчасовые" узлы, затем "семичасовые" и в последнюю очередь убирают узлы на 11 часах.

· Сосудистую ножку узла захватывают другим зажимом и прошивают кетгутовой нитью в виде восьмёрки. Это предотвращает соскальзывание лигатуры с культи узла.

· Режущим инструментом узел иссекают, а нить прочно затягивают. Операционную рану ушивают кетгутом в радиарном направлении от края ануса.

· Аналогично убирают остальные узлы, в том числе и наружные. А чтобы после геморроидэктомии не сузился анальный канал, между ушитыми участками оставляют фрагмент слизистой.

· После того как удалены все узлы, швы обрабатывают дезинфицирующим средством и накрывают стерильной салфеткой. А в анальный канал на 6 часов вставляют турунду, пропитанную мазью Левосин или Левомеколь.

26.11.2015 г.

Состояние больной средней тяжести. Жалобы на интенсивные боли в области послеоперационной раны не купирующиеся ненаркотическими анальгетиками. В сознании, адекватная. ЧДД 17 в мин. Гемодинамика стабильная: АД 125-80, ЧСС - 78 уд в мин. Живот не вздут, мягкий, в акте дыхания участвует. Перистальтика выслушивается. Газы не отходят. Стула не было. Повязка в области послеоперационной раны скудно промокла серозно-геморрагическим отделяемым. Мочеиспускание самостоятельное.

С целью купирования болевого синдрома больной назначено Sol. Promedoli 2% - 1.0 мл (один мл = одна ампула) внутримышечно, однократно.

.11.2015 г.

Состояние больной средней тяжести. Жалобы: на боли в области послеоперационной раны. Температура тела утро - 36,2; вечер - 37,2. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Гемодинамика в норме: АД 125-75мм. рт. ст, ЧСС - 70 в минуту. Живот не вздут, при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания. Перистальтика выслушивается. В области послеоперационной раны умеренная болезненность. Газы отходят. Диурез адекватен выпитой жидкости.

.11.2015 г.

хронический геморрой диагностика лечение

Состояние больной средней тяжести. Жалобы на незначительные боли в области послеоперационной раны. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание самостоятельное, аускультативно определяется с обеих сторон симметрично, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Гемодинамика в норме: АД 125-80, ЧСС-81 в минуту. Язык влажный. Повязка сухая. Мочеиспускание самостоятельное.

# ***Этапный эпикриз***

Предоперационный эпикриз:

Показанием к операции больной Сокол Л. Ю.38 лет, является наличие у нее диагноза - хронический геморрой III ст. Диагноз установлен на основании жалоб на выпадение геморроидальных узлов, тянущие боли в анальной области, дискомфорт в анальной области; анамнез заболевания: считает себя больной в течении последних 16 лет, когда впервые появились жалобы на выпадение геморроидальных узлов, которые длительное время самостоятельно вправлялись, а позже при ручном пособии, появление кров во время акта дефекации. Лечилась консервативно по месту жительства с временным положительным эффектом. В последний месяц стала отмечать увеличение интенсивности болей в анальной области. Обратилась к хирургу поликлиники РостГМУ, госпитализирована в хирургическое отделение РостГМУ для хирургического лечения; Объективного исследования: при осмотре анальной области кожные покровы без расчесов и мацераций кожи, наружные геморроидальные узлы расположены типично, не увеличены; per rectum: тонус сфинктера сохранен, исследование умеренно болезненно, ампула с элементами кала, внутренние геморроидальные узлы расположены на: 3, 7, 11 часах условного циферблата, поликровные, увеличенные, эластичные, без уплотнения, размерами 2,5x2.5x2.0см, слизистая над ними гиперемирована, контактно кровоточит; видеоколоноскопия: Сосудистый рисунок сохранен. Тонус кишки удовлетворительный, умеренно повышен в области физиологических сфинктеров. Петли толстой кишки не удлинены, подвижные. Слизистая оболочка прямой кишки ближе к анусу умеренно отечная, с мелкопятнистой гиперемией и усилением венозного рисунка. Ампула не деформированная. Слизистая анального канала умеренно гиперемированная, с наличием геморроидальных узлов и линейного ярко гиперемированного дефекта. Тонус сфинктера сохранен. Больной была проведена операция: геморроидэктомия по Миллигану-Моргану, иссечение хронической анальной трещины.

Больная продолжает получать лечение в хирургическом стационаре клиники РостГМУ.

# ***Литературная справка***

Геморрой

Геморрой - болезнь геморроидальных узлов, обусловленная гиперплазией кавернозных телец прямой кишки. Геморроем страдает более 14-16% взрослого населения, или 30-40% всех проктологических больных. Мужчины болеют в 1,5-2 раза чаще, чем женщины.

Этиология и патогенез

Кавернозные тельца прямой кишки имеются в норме и закладываются на 3-8-й неделе эмбрионального развития. Они группируются в основном в 3 зонах: на левой боковой, правой переднебоковой и правой заднебоковой стенках анального канала (в зонах на 3, 7 и 11 ч по циферблату в положении больного лежа на спине). Именно в этих местах из гипертрофированной кавернозной ткани формируются геморроидальные узлы. Кавернозные тельца отличаются от обычных вен подслизистой основы прямой кишки обилием прямых артериовенозных анастомозов.

Основными причинами возникновения геморроя являются гемодинамический и дистрофический факторы. Гемодинамический фактор заключается в дисфункции сосудов, обеспечивающих приток и отток крови в кавернозных образованиях, что приводит к их переполнению, способствуя тем самым патологическому увеличению геморроидальных узлов. Развитие дистрофических процессов в общей продольной мышце подслизистого слоя прямой кишки и связке Паркса, удерживающих кавернозные тельца в анальном канале, приводит к постепенному и необратимому смещению (выпадению) геморроидальных узлов.

Другими факторами возникновения геморроя являются врожденная функциональная недостаточность соединительной ткани, нарушение нервной регуляции тонуса венозной стенки, повышение венозного давления вследствие запора, длительной работы в неблагоприятных предрасполагающих факторов в сочетании с провоцирующими воздействиями возникает гиперплазия кавернозных телец и формируется собственно геморроидальный узел.

Различают внутренние геморроидальные узлы, расположенные выше прямокишечно-заднепроходной линии под слизистой оболочкой прямой кишки, и наружные, расположенные ниже этой линии под кожей промежности. У 40-50% больных наблюдают сочетание наружного и внутреннего геморроя (комбинированный геморрой). Изолированный наружный геморрой встречается менее чем у 10% больных.

# ***Клиническая картина и диагностика***

Вначале больные отмечают неприятные ощущения в области заднего прохода (ощущение инородного тела). Эти явления усиливаются при нарушении диеты, расстройствах функции кишечника (запор, понос). Затем появляются кровотечение, выпадение и ущемление узлов.

Кровотечение - главный симптом геморроя. Оно возникает в момент дефекации или тотчас после нее (при этом выделяется кровь алого цвета, иногда, при натуживании, - струйкой); кал не перемешан с кровью, она покрывает его сверху. Кровь видна на стенках унитаза, на туалетной бумаге. Геморроидальное кровотечение может быть интенсивным и приводить к развитию гипохромной анемии (у 5-10% больных). Боль служит признаком осложнения (присоединение воспаления, тромбоза узлов или их ущемления, появление анальной трещины), возникает в момент дефекации и продолжается некоторое время после нее. Зуд в области заднего прохода обусловлен мацерацией кожи при слизистых выделениях из кишки, что может вести к развитию перианальной экземы. положении стоя или сидя, тяжелого физического труда, в период беременности, а также тепловые процедуры (баня, сауна). Важное значение в прогрессировании геморроя и возникновении его осложнений придают употреблению алкоголя и острой пищи, в результате чего усиливается артериальный приток к кавернозным тельцам прямой кишки. При длительном воздействии Различают 4 стадии развития заболевания (выпадение внутренних геморроидальных узлов). При I стадии узлы выступают в просвет кишки (но не выпадают), во время дефекации выделяется кровь из анального канала. На II стадии узлы выпадают при дефекации и вправляются самостоятельно. При III стадии узлы выпадают даже при незначительной физической нагрузке, самостоятельно не вправляются, необходимо вправлять их рукой. В IV стадии выпавшие за пределы анального канала узлы не вправляются.

Характерные жалобы больного и выявление геморроидальных узлов при осмотре позволяют поставить правильный диагноз. Осматривают больного в коленно-локтевом положении и в положении на корточках при натуживании. Осмотр дополняют пальцевым исследованием прямой кишки, аноскопией и ректоскопией.

Дифференцируют геморрой с полипом и раком прямой кишки, трещинами заднего прохода, выпадением слизистой оболочки прямой кишки. Для дифференциальной диагностики с раком толстой кишки применяют ирригоскопию, колоноскопию.

# ***Лечение***

Основу консервативной терапии составляют диетотерапия, устранение запора (агиолакс, дюфалак, файберлакс), соблюдение гигиенического режима, флеботропные препараты, влияющие на повышение тонуса вен, улучшающие микроциркуляцию в кавернозных тельцах и нормализацию в них кровотока (флебодиа, детралекс).

При выборе местного лечения (состава мазей, свечей) исходят из преобладания одного из симптомов осложненного геморроя (тромбоз, кровотечение, воспалительные изменения, боль).

В последние годы все большее распространение получают малоинвазивные методы лечения - склерозирующая терапия, инфракрасная фотокоагуляция, лигирование латексными кольцами, электрокоагуляция или дезартериализация геморроидального узла путем прошивания соответствующих артерий под контролем аноскопа с встроенным УЗ-допплеровским датчиком. Пациентам с I стадией заболевания показано консервативное лечение препаратами, влияющими на тонус венозных сосудов, при его неэффективности применяют склерозирующую терапию. При II стадии используют перечисленные выше методы, а также лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами; при III стадии применяют лигирование либо геморроидэктомию. В IV стадии заболевания методом выбора является геморроидэктомия. Хирургическое лечение (методика Миллигана-Моргана) состоит в иссечении 3 групп кавернозных телец с внутренними узлами и перевязкой их сосудистых ножек.

Операцию целесообразно производить под проводниковой (спинномозговой) анестезией. Во время вмешательства иссекают геморроидальные узлы: после растяжения сфинктера заднего прохода захватывают окончатым зажимом один из узлов, рассекают слизистую оболочку по обе стороны от него, выделяют ножку узла, на которую накладывают кровоостанавливающий зажим. Наружный и соответствующий ему внутренний геморроидальные узлы удаляют единым блоком, сосудистую ножку узла прошивают и перевязывают, края раны слизистой оболочки ушивают кетгутом. Рецидивы при данном способе операции возникают в 1-3% случаев.

Альтернативой стандартной геморроидэктомии являются щадящие хирургические методы с использованием новейших технологий (УЗ-скальпель, радиоволновой аппарат "Сургитрон", высокочастотный прибор "Liga Sure"). При этом уменьшаются интенсивность и продолжительность послеоперационной боли, сокращаются сроки реабилитации пациентов. Новым способом лечения геморроя является операция Лонго - циркулярная резекция слизисто-подслизистого слоя прямой кишки тотчас над геморроидальными узлами с помощью специального степлера. Излечение наступает как за счет уменьшения притока крови по терминальным ветвям верхней прямокишечной артерии, так и вследствие укрепления подвешивающего аппарата узлов. Хирургическое лечение геморроя противопоказано при вторичном геморрое на фоне портальной гипертензии и гипертонической болезни III стадии. К осложнениям геморроя относят тромбоз и ущемление геморроидальных узлов.

Хроническая анальная трещина - длительно незаживающая язва (рана) на стенке прямой кишки в области перехода анодермы в слизистую оболочку заднепроходного канала. Анальная трещина встречается у 2-2,5% взрослого населения, в структуре проктологических заболеваний она составляет 12-15% (3-я по частоте среди болезней прямой кишки - после геморроя и парапроктита). Размеры трещины: длина 1-2 см, ширина 2-3 мм. Дном линейного дефекта слизистой оболочки являются волокна внутреннего анального сфинктера. При нескольких трещинах наиболее типичная их локализация - передняя и задняя комиссуры ("зеркальные" трещины).

# ***Этиология и патогенез***

Наиболее частую локализацию анальной трещины в области задней комиссуры объясняют травматизацией этой зоны при дефекации и худшим кровоснабжением. Предрасполагающими факторами являются колит, проктит, энтероколит, криптит, геморрой.

Вначале трещина представляет собой дефект кожи в области переходной складки и слизистой оболочки прямой кишки в зоне анального канала (острая трещина). Мягкие края постепенно в течение 2-3 мес становятся твердыми, каллезными; трещина расширяется и приобретает вид трофической язвы, дно которой покрыто грануляциями. Присоединение спазма сфинктера прямой кишки уменьшает возможность заживления трещины из-за ишемии тканей. В области внутреннего края трещины развивается зона избыточной ткани - пограничный анальный бугорок. Такая трещина называется хронической.

Диагностика трещины заднего прохода основана на данных анамнеза, оценке жалоб больного и осмотра области заднего прохода, при котором трещина хорошо видна. Длительно существующая трещина приводит к замещению мышечных элементов сфинктера прямой кишки соединительной тканью, вследствие чего он становится ригидным, образовавшееся фиброзное кольцо суживает задний проход.

# ***Дифференциальный диагноз***

При больших трещинах, расположенных в нетипичных местах, множественном их характере необходим дифференциальный диагноз с анальным раком прямой кишки, туберкулезом, сифилисом, ВИЧ. При болезни Крона язвы-трещины множественные, располагаются на боковых стенках ануса; они менее болезненны при осмотре и пальпации.

# ***Лечение***

Вначале применяют консервативное лечение - слабительные, болеутоляющие препараты, спазмолитики. Патогенетически обусловлено использование блокаторов кальциевых каналов (нифедипин, дилтиазем), донаторов оксида азота (0,4% нитроглицериновая мазь) - лучше в виде мазей, чем в таблетированной форме. Стойко и длительно подавляет анальный спазм инъекция ботулотоксина (ботокс 15-20 ед., диспорт) в заднюю полуокружность внутреннего анального сфинктера. Хирургическое лечение применяют при хронических трещинах и безуспешности консервативных методов лечения - производят иссечение краев и дна трещины, а также применяют подслизистую боковую сфинктеротомию (пересечение волокон внутреннего анального сфинктера).

# ***Литература***

1. Хирургические болезни: учебник. Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. / Под ред. А.Ф. Черноусова. 2012. - 664 с.: ил.

2. Хирургические болезни: учебник / под ред.М.И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 992 с.: ил.