

<https://doi.org/10.30546/745034.2026.001.432>

UŞAQLARDA ANAL ÇATLARA VƏ BABASİLƏ YANAŞMALAR

BAĞIRLI-MƏCLUMOVA M.R.²., BAĞIROV M.Q.¹., AXUNDOV S.F.¹.,
ƏLİYEV G.M.¹., MUSAYEVA K.B.¹, SOFUYEV B.Ə.¹.

¹Azərbaycan Tibb Universitetinin Uşaq Cərrahlığı kafedrası

²Xəzər Tibb Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan

Summary: Anal fissures and hemorrhoids are among the most common proctologic conditions of clinical relevance in pediatric surgery and may, in certain cases, pose diagnostic and therapeutic challenges. Anal fissures predominantly develop as a result of constipation and the passage of hard stools and are clinically characterized by pain, discomfort during defecation, and rectal bleeding. Hemorrhoids are less frequently encountered in the pediatric population and are mainly associated with venous stasis and difficulty during defecation. Accurate diagnosis, selection of age-appropriate treatment strategies, and timely implementation of preventive measures play a crucial role in preventing recurrences. This article provides a systematic overview of the etiology, clinical course, differential diagnosis, and contemporary management approaches for anal fissures and hemorrhoids in children.

Keywords: Anal fissures, hemorrhoids, chronic constipation, conservative treatment, minimally invasive techniques, surgical managements.

Резюме: Анальные трещины и геморрой относятся к числу наиболее распространённых и клинически значимых проктологических заболеваний в детской хирургии и в ряде случаев могут представлять диагностические и лечебные трудности. Анальные трещины преимущественно формируются на фоне запоров и прохождения плотных каловых масс и клинически проявляются болевым синдромом, дискомфортом при дефекации и ректальным кровотечением. Геморрой у детей встречается реже и, как правило, связан с венозным застоем и затруднённым актом дефекации. Точная диагностика, выбор возраст-адекватной лечебной тактики и своевременное проведение профилактических мероприятий играют важную роль в предупреждении рецидивов. В статье в систематизированном виде представлены данные об этиологии, клиническом течении, дифференциальной диагностике и современных подходах к лечению анальных трещин и геморроя у детей. **Ключевые слова:** Анальные трещины, геморрой, хронический запор, консервативное лечение, минимально инвазивные методы, хирургическое вмешательство.

Açar sözlər: Anal çatlar, babasil, xroniki qəbizlik, konservativ müalicə, minimal invativ üsullar, cərrahi müdaxilə.

Anal çatlar anusun dentat xəttinin distal hissəsi boyunca dərinin və ya selikli qişanın uzununa yırtığıdır. Bu patologiya yenidoğulmuşlardan yeniyetmələrə kimi bütün uşaq yaş qruplarında görülə bilər. Həmçinin uşaqlarda selikli qişa daha nazik və elastik olduğu üçün çat əmələgəlmə riski yetkin insanlara nisbətən daha yüksəkdir [1,2]. Çat əksər hallarda arxa orta xəttə yəni saat əqrəbinin 6, nisbətən az hallarda isə ön orta xəttə əqrəbin 12 istiqamətində lokallaşır [2,5]. Uşaqlarda anal çatlarda əsas etioloji faktorlara xroniki qəbizlik, defekasiya zamanı sərt nəcis kütləsinin xaric olması və anal kanalın travmaya məruz qalması, həmçinin, anatomik xüsusiyyətlər xüsusilə körpələrdə anal kanalın tam formalaşmaması, nadir hallarda isə kron xəstəliyi göstərilir [3,4]. Anal çatlar ağrılı defekasiya və rektal qanaxma ilə xarakterizə olunur. Yüngül hallarda zədələnmiş nahiyə spontan olaraq öz-özünə sağalır. Klinik əlamətlərin 4-6 həftədən çox davam etməsi isə prosesin xroniki hala keçməsilə nəticələnir [1,5]. Bu xəstəlikdən əziyyət çəkən uşaqlarda ağrı anal sfinkterin tonusunun artmasına və nəticədə güclü spazmın əmələ gəlməsinə səbəb olur. Bu da, öz növbəsində həmin nahiyədə qan dövranını azaldaraq sağalmayı ləngidir. Nəticədə, uşaqlar həm defekasiya zamanı, həm də sonrasında hiss etdikləri ağrıdan qorxduqları üçün defekasiya aktından çəkinirlər, beləliklə, “ağrı-sfinkter spazmı-işemiya” patoloji dövrünü əmələ gəlmiş olur (sxem 1) [5].

Uşaqlarda anal çatların müalicəsində ağrını azaltmaq üçün yerli analgeziklərdən də istifadə oluna bilər. Bu məqsədlə istifadə edilən lidokain tərkibli məlhəmlər ağrının azalmasına köməklik etsə də, sfinkter hipertonusuna təsir göstərmir [15]. Diltiazem və nifedipin kimi topikal kalsium kanal blokatorları isə daxili anal sfinkterin relaksasiyasını təmin edərək həmin nahiyənin qan dövranını yaxşılaşdır və sağalma prosesini sürətləndirir. Ona görə də, bu preparatlar pediatrik xəstələrdə daha çox istifadə edilir [1,16]. Anal çatların müalicəsində üzvi nitratların tətbiqinə dair bir çox tədqiqat işləri aparılmışdır. Belə ki, presinaptik hüceyrələrdən ifraz olunan azot oksidi daxili anal sfinkterin boşalmasına və rahatlaşmasına vasitəçilik edərək həmin nahiyədəki qan axınının artmasını təmin edə bilər, bu da öz növbəsində sağalma prosesini sürətləndirir. Bu mexanizm əsasında inkişaf etmiş anal çatlarda izosorbid dinitrat (ISDN) və qliseril trinitrat (GTN) uğurla istifadə edilə bilər [14,15,16]. Bununla belə, xüsusilə uşaqlarda GTN qəbulu zamanı baş ağrısı, taxiflaksiya kimi yan təsirlərinin əmələ gəlməsi onun anal çatların müalicəsində istifadəsini məhdudlaşdırır [17]. Son illərdə anal çatların müalicəsində botulinum toksini inyeksiyalarının tətbiqinə dair müxtəlif tədqiqat işləri aparılır. Xüsusilə konservativ müalicə ilə nəticə əldə edilə bilinməyən xroniki anal çatlarda tətbiqinə yer verilir. Botox inyeksiyası anal sfinkter əzələlərini rahatladaraq, ağrının azalmasına köməklik edir. Nəticədə, sağalma prosesi sürətlənmiş olur. Yüngül anesteziya altında tətbiq olunan botulinum toksini təhlükəsiz və ümidverici müalicə kimi görünərsə də, farmakoloji təsir azaldıqdan sonra residivlərin tez-tez baş verməsi və əlavə inyeksiyalara ehtiyac duyulması onun effektivliyini azaldır [18,19]. Uşaqlarda anal çatların müalicəsində cərrahi üsula nadir hallarda baş vurulsa da, ən çox tətbiq olunan lateral daxili sfinkterotomiyadır. Bu cərrahi üsul yüksək uğur göstəricisinə malik olsa da, əməliyyat sonrası nadir hallarda fekal inkontinans ehtimalı verə bilər. Bunu nəzərə alaraq, əməliyyat qərarı verilən pediatrik xəstələr xüsusi diqqətlə seçilməlidir [1].

Son illərdə xüsusilə daxili hemoroidlərin müalicəsində rektal balon terapiyasından istifadə geniş yayılmışdır. Bu, anal kanal və distal rektum səviyyəsində yerləşən hemoroidal yastıqlara mexaniki kompressiya təsiri göstərən minimal invaziv üsuldür. Balonun kontrollu şəkildə şişdirilməsi nəticəsində hemoroidal damarlara qan axını azalır, venoz durğunluq aradan qalxır, anal sfinkter spazmı reflektor olaraq zəifləyir. Beləliklə, bu mexanizm hemoroidal düyünlərin gerilməsinə və simptomların azalmasına səbəb olur. Balon terapiyası əsasən konservativ müalicə effekt verməyən, əksinə qanaxma və narahatlıqları artan xəstələrdə, daxili babasili olanlarda tətbiq olunur. Ambulator şəraitdə anesteziya tələb etmədən icra edilməsi və ağrısız minimal invaziv prosedur olması bu üsulun genişmiqyaslı tətbiqinə təkan verir. Ədəbiyyat məlumatlarına istinadən, rektal balon terapiyası uşaqlarda babasilin simptomlarının azaldılmasında yüksək effektivlik göstərmişdir və ciddi ağırlaşmalar qeydə alınmamışdır [9,20]. Babasilin müalicəsində geniş istifadə olunan digər üsul skleroterapiyadır. Bu metodun prinsipi hemoroidal düyünlərin submukozal qatına sklerozlaşdırıcı maddələrin (əsasən polidokanol) yeridilməsi ilə həyata keçirilir. Bu zaman yeridilən maddə damar endotelini zədələyərək lokal tromboz, fibroz yaradaraq hemoroidal düyünlərin kiçilməsinə səbəb olur. Müasir tədqiqatlar göstərir ki, uşaqlarda polidokanol ilə skleroterapiya 80-90% klinik effektivlik nümayiş etdirir. Tətbiqdən sonra nadir hallarda lokal ağrı və müvəqqəti ödem ilə məhdudlaşan ağrı müşahidə oluna bilər [9,21]. Uşaqlarda babasilin cərrahi müalicəsi ciddi klinik göstərişlər əsasında, konservativ tədbirlərə baxmayaraq yaxşılaşma görülmədiyi və ağırlaşmaların inkişaf etdiyi hallarda tətbiq olunmalıdır. Pediatrik praktikada cərrahi müdaxilənin əsas məqsədi hemoroidal düyünlərin radikal aradan qaldırılması ilə yanaşı, anal kanalın anatomik və funksional bütövlüyünün qorunmasıdır. Müalicə taktikası xəstəliyin mərhələsi, klinik gedişi, uşağın yaşı və yanaşı patologiyaların mövcudluğu nəzərə alınmaqla fərdi şəkildə müəyyən edilir. Açıq hemoroidektomiya (Milligan-Morgan üsulu) klassik cərrahi üsuldür və hemoroidal düyünlərin tam eksiziyası və yara səthinin açıq saxlanması prinsipi əsasında aparılır. Bu üsulun əsas üstünlüyü patoloji toxumanın radikal şəkildə xaric edilməsi və residiv riskinin minimum olmasıdır. Lakin, əməliyyat sonrası dövrdə ağrı sindromu, yara sahəsinin gec sağalması və nadir hallarda anal stenozun inkişaf etməsi kimi mənfi cəhətlərinin olması uşaqlarda onun tətbiqini məhdudlaşdırır [22]. Qapalı hemoroidektomiya (Ferguson üsulu) isə hemoroidal düyünlərin eksiziyasından sonra yara kənarlarının tikilməsi ilə xarakterizə olunur. Bu yanaşma uşaqlarda daha az postoperativ ağrı, daha sürətli epitelizasiya və infeksiya riskinin azalması ilə seçilir. Bu metod əsasən ağır olmayan ancaq konservativ müalicə effekt verməyən hallarda tətbiq edilir. Pediatrik təcrübədə anal kanalın anatomik və funksional bütövlüyünün qorunması baxımından açıq üsula nisbətən qapalı üsul daha əlverişli hesab edilir [23,24].

Nəticə: Uşaqlarda anal çatlar və babasil anorektal nahiyənin klinik baxımdan mühüm, lakin patogenezi, klinik gedişi və müalicə prinsipləri baxımından fərqli yanaşma tələb edən patologiyalarıdır. Hər iki xəstəlik əsasən funksional və ikincili faktorlarla-xüsusilə xroniki qəbizlik, defekasiya zamanı gücənmə və defekasiya vərdişlərinin pozulması ilə əlaqədar inkişaf edir. Bu baxımdan müalicənin əsasını yalnız lokal müdaxilə deyil, eyni zamanda etioloji amillərin aradan qaldırılmasına yönəlmiş kompleks və mərhələli yanaşma təşkil etməlidir.

Anal çatların müalicəsində erkən diaqnostika və konservativ tədbirlərin vaxtında tətbiqi yüksək effektivlik göstərir və əksər hallarda cərrahi müdaxiləyə ehtiyacı minimuma endirir. Bununla yanaşı, xroniki gedişli, fibroz dəyişikliklərlə müşayiət olunan və konservativ müalicəyə rezistent anal çatlarda, cərrahi müalicə ilə təhlükəsiz və effektiv nəticələr əldə edilir. Bu zaman, əsas məqsəd ağrı və spazmın aradan qaldırılması ilə yanaşı, anal sfinkter aparatının funksional bütövlüyünün qorunması və uzunmüddətli ağırlaşmaların qarşısının alınmasıdır.

Uşaqlarda babasil isə nadir rast gəlinən patologiya olmaqla yanaşı, əksər hallarda sistem və ya funksional pozğunluqların klinik təzahürü kimi çıxış edir və cərrahi müalicəyə yalnız ciddi klinik göstərişlər olduqda müraciət edilir. Müalicə taktikasının seçimi xəstəliyin mərhələsi, klinik simptomların ağırlıq dərəcəsi və yanaşı patologiyaların mövcudluğu əsasında fərdiləşdirilməlidir. Minimal invaziv üsulların üstünlük təşkil etməsi pediatrik xəstələrdə postoperativ ağırlaşmaların azlmasına və daha yaxşı funksional nəticələrin əldə olunmasına imkan yaradır.

Nəticə etibarilə, uşaqlarda anal çatlar və babasilin müalicəsi multidissiplinar və fərdi yanaşma tələb edən prosesdir. Erkən müdaxilə, düzgün seçilmiş konservativ və ya cərrahi taktika, eləcə də uzunmüddətli profilaktik tədbirlər xəstəliyin residivlərinin qarşısının alınmasında və uşaqların həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasında həlledici rol oynayır. Bu yanaşma uşaq cərrahiyyəsində anorektal patologiyaların müasir və elmi əsaslı idarə olunmasının əsasını təşkil edir.

ƏDƏBİYYAT:

1. Patkova B, Wester T. Anal Fissure in Children. *Eur J Pediatr Surg.* 2020;30(5):391–394.
2. V. F. Rybalchenko, M. G. Melnychenko, V. G. Kozachuk. Anal Fissure in Children- A Pediatric or Surgical Problem? *Одеський Медичний журнал № 6 (191) 2024:* 39-44
3. Alexander RM, Manheim SD. Anal Fissures in Infants and Children. *JAMA Pediatr.* 2015; 169(6): 523–529.
4. Matsufuji H, Araki Y, Nakamura A et al. Anal Fissure in Children. *J Coloproctology.* 2005; 58(10): 853–856.
5. Alaa Mohammed Ali Al Baazi, Athir Ahmed Kadium, Mahmood Mosa Mahmood. Anal Fissures in Pediatrics, and Its Non-Surgical Management, A Review Study. *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology* 2021 15(3):1228-1232
6. Stites T, Lund DP. Common anorectal problems. *Seminars in Pediatric Surgery* 2007; 16: 71-78
7. Gupta PJ. Grade III bleeding haemorrhoids in a 6-year-old boy. *Surgical Practice* 2005; 9: 50-52
8. Leung A, Wong AL. Lower Gastrointestinal Bleeding in Children. *Pediatric Emergency Care* 2002; 18: 319-323
9. Docter D, Braak H. et al. Pediatric external hemorrhoids: clinical characteristics and outcomes of conservative treatment versus injection sclerotherapy. *European Journal of Pediatrics* (2025) 184:552
10. Aung PS, Kholostova VV. Hemorrhoids in the pediatric population: clinical manifestations, diagnostics and treatment. *Russian Journal of Pediatric Surgery.* 2019;23(3):119-123
11. Yıldız T. və b. External hemorrhoidal disease in child and teenage: Clinical presentations and risk factors. *Pak J Med Sci.* 2019;35(3).
12. Sarac F. Approach to hemorrhoid in children: retrospective evaluation of our patients. *Turkish Journal of Pediatric Surgery.* 2020;34(1):9-13.
13. Gordon M, de Geus A, Banasiuk M, et al. ESPGHAN and NASPGHAN 2024 protocol for paediatric functional constipation treatment guidelines (standard operating procedure).
14. Narcı A., Çetinkuşun S. Çocuklarda Anal Fissürler, *Kocatepe Tıp Dergisi* 2007 8 (3): 19-21

15. Md. Raisul Islam, Susankar Kumar Mondal, Meherun khan Methila, Muhammad Mahbubur Rahman, Jishan Mahmud, Most. Mahfuja Parvin, Sanjana Shahreen Antona. Efficacy of 0.4% Glyceryl Trinitrate Ointment and 2% Lidocaine Gel in the Treatment of Anal Fissure in Children: A Comparative Study. *SAS J Surg*, 2025 Feb 11(2): 255-260.
16. Shaheel M. Sahebally et al. Oral versus topical calcium channel blockers for chronic anal fissure-a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Surgery*, Vol 44, 2017, 87-93
17. Simpson J, Lund JN, Thompson RJ, Kapila L, Scholefield JH. The use of glyceryl trinitrate (GTN) in the treatment of chronic anal fissure in children. *Med Sci Monit*, 2003; 9: 123-126.
18. Devin R. Halleran, Peter L. Lu, Hira Ahmad, Michela M. Paradiso. Anal sphincter botulinum toxin injection in children with functional anorectal and colonic disorders: A large institutional study and review of the literature focusing on complications. *Journal of Pediatric Surgery*, Vol 54(11) Nov. 2019, 2305-2310
19. B Husberg I, P Malmberg, K Strigård. Treatment with botulinum toxin in children with chronic anal fissure. *Eur J Pediatr Surg*. 2009 Oct;19(5):290-2.
20. Abdurashid J. Xamraev, Fazliddin S. Fayzullaev. The use of rectal balloon compression in the conservative treatment of external hemorrhoids in children in Tashkent. *Russian Journal of Pediatric Surgery*, 2025, 29(2): 139-146
21. Watanabe T, Ohno M, Tahara K, Tomonaga K, Ogawa K, Takezoe T, Fuchimoto Y, Fujino A, Kanamori Y. Efficacy and safety of sclerotherapy with polidocanol in children with internal hemorrhoids. *Pediatr Int*. 2021 Jul;63(7):813-817.
22. M.C. Milligan ETC, L.E. Jones, R. Officer, Surgical anatomy of the canal anal and the operative treatment of haemorrhoids. *Lancet* (2) (1937), pp. 1119-1124
23. J.A. Ferguson, et al. The closed technique of hemorrhoidectomy. *Surgery*, 70 (3) (1971), pp. 480-484.
24. J.A. Ferguson, J.R. Heaton. Closed hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum*, 2 (2) (1959), pp. 176-179.