

<https://doi.org/10.30546/745034.2026.001.423>

## ПЕРИАНАЛЬНЫЕ КОЖНЫЕ МЕТКИ У ДЕТЕЙ КАК КЛИНИЧЕСКИЙ МАРКЕР ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

БАБАЕВА Х.Б., РАГИМОВА Х.С., АХУНДОВ С.Ф., МАМЕДОВ Я.Ш.,  
АЛИЕВА Г.М., ХАЛИЛОВ Н.ДЖ.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра детской хирургии,  
Баку, Азербайджан

*Perianal skin tags in children as a clinical marker of chronic anal fissure in outpatient practice*  
Babayeva Kh. B., Ragimova Kh.S., Akhundov S.F., Mammadov Y.Sh., Aliyeva Q.M., Khalilov H.J.

**Summary.** Perianal skin tags are a frequent finding in pediatric outpatient surgical practice and are most commonly localized along the posterior and anterior midline of the anal canal. These lesions often cause significant concern among parents and may be misinterpreted as independent pathological entities, leading to overdiagnosis and unjustified diagnostic or surgical interventions. However, clinical evidence indicates that perianal skin tags frequently represent secondary reactive changes associated with chronic anal fissure developing in the setting of functional constipation. The aim of this study was to evaluate the clinical significance of perianal skin tags in children and to substantiate their role as a secondary clinical marker of chronic anal fissure and functional constipation. A retro-spective analysis of outpatient medical records of 126 children aged 1 to 7 years examined between 2020 and 2024 was performed. Clinical assessment included evaluation of defecation-related pain, rectal bleeding, stool frequency and consistency, presence of perianal skin lesions, and signs of anal fissure. Perianal skin tags were detected in 81 patients (64.3%). Among these children, signs of functional constipation were present in 79 cases (97.5%), and clinical manifestations of chronic anal fissure were identified in 75 patients (92.5%). Typical localization of fissures was along the posterior commissure in 86.6% of cases. Intermittent rectal bleeding associated with hard stool was observed in 45.7% of patients. Morphologically, the lesions corresponded to sentinel skin tags formed as a result of chronic inflammation and repeated mechanical trauma of the anal mucosa. Conservative management resulted in resolution of pain, normalization of stool, and cessation of bleeding in 88.9% of patients. Despite clinical improvement, perianal skin tags persisted in all affected children without progression or subjective discomfort. The findings confirm that perianal skin tags in children should not be regarded as an independent disease but rather as a secondary manifestation of chronic anal fissure associated with functional constipation. Proper recognition of their secondary nature allows avoidance of unnecessary diagnostic procedures and surgical interventions.

**Keywords:** perianal skin tag, anal fissure, functional constipation, sentinel skin tag, pediatric outpatient surgery.

Uşaqlarda perianal dəri çıxıntılarının ambulator praktikada xroniki anal çatın klinik markeri kimi rolu.  
Babayeva X. B., Rəhimova X.S., Axundov S.F., Məmmədov Y.Ş., Əliyeva Q.M., Xəlilov H.C.

**Xülasə.** Uşaq cərrahının ambulator praktikasında perianal nahiyədə dəri çıxıntıları tez-tez aşkarlanır və əsasən anal kanalın arxa və ön orta xətləri boyunca lokalizasiya olunur. Bu törəmələr valideynlərdə narahatlıq yaradır və bəzən müstəqil patoloji proses kimi səhv qiymətləndirilir ki, bu da hiperdiagnozlaşdırma və əsassız diaqnostik və cərrahi müdaxilələrə səbəb olur. Klinik müşahidələr göstərir ki, perianal dəri çıxıntıları əksər hallarda funksional qəbizlik fonunda inkişaf edən xroniki anal çatın ikincili reaktiv dəyişiklikləridir. Tədqiqatın məqsədi uşaqlarda perianal dəri çıxıntılarının klinik əhəmiyyətini qiymətləndirmək və onların xroniki anal çat və funksional qəbizliyin ikincili klinik markeri kimi rolunu əsaslandırmaqdır. 2020–2024-cü illər ərzində Bakı şəhəri 13 nömrəli uşaq poliklinikasında müayinə olunmuş 1–7 yaş arası 126 uşağın ambulator tibbi sənədlərinin retrospektiv təhlili aparılmışdır. Klinik qiymətləndirməyə defekasiya zamanı ağrı, nəcisdə qan, nəcisin

tezliyi və konsistensiyası, perianal dəri törəmələrinin və anal çatın mövcudluğu daxil edilmişdir. Müayinə olunan uşaqların 81-də (64,3%) perianal dəri çıxıntısı aşkar edilmişdir. Bu xəstələrin 79-da (97,5%) funksional qəbizlik, 75-də (92,5%) isə xroniki anal çat əlamətləri qeydə alınmışdır. Çatların tipik lokalizasiyası 86,6% hallarda arxa komissura olmuşdur. Qanlı ifrazatlar əsasən bərk nəcis ilə defekasiya epizodları zamanı müşahidə edilmişdir. Konservativ müalicə fonunda xəstələrin 88,9%-də ağrı sindromu aradan qalxmış, nəcisin normallaşması və qanaxmanın dayanması müşahidə olunmuşdur. Klinik yaxşılaşmaya baxmayaraq, perianal dəri çıxıntıları bütün hallarda qalmaqda davam etmişdir. Nəticələr göstərir ki, uşaqlarda perianal dəri çıxıntıları müstəqil xəstəlik deyil, funksional qəbizlik fonunda inkişaf edən xroniki anal çatın ikincili klinik əlamətidir. Bu dəyişikliklərin düzgün interpretasiyası əsassız diaqnostik və cərrahi müdaxilələrin qarşısını almağa imkan verir.

**Açar sözlər:** perianal dəri çıxıntısı, anal çat, funksional qəbizlik, sentinel skin tag, ambulator uşaq cərrahiyyəsi.

**Ключевые слова:** перианальный кожный выступ, анальная трещина, функциональный запор, sentinel skin tag, амбулаторная хирургия

**Введение:** В амбулаторной практике детского хирурга нередко выявляются кожные выступы в перианальной области, локализующиеся преимущественно по задней и передней комиссурам анального канала. Эти образования часто вызывают беспокойство у родителей и могут быть неверно интерпретированы врачами, что приводит к гипердиагностике и необоснованным лечебным вмешательствам. Установлено, что при хронической анальной трещине возможно формирование так называемого *sentinel skin tag* - сторожевого кожного ярлыка, возникающего как результат хронического воспаления и травматизации слизистой анального канала [1,2].

Заболевания аноректальной области у детей занимают значительное место в структуре обращаемости к детскому хирургу и педиатру. Среди них анальные трещины и функциональные нарушения дефекации являются одними из наиболее частых причин болевого синдрома, кровянистых выделений при дефекации и тревожности со стороны родителей.

Перианальные кожные выступы у детей представляют собой частую находку при осмотре пациентов с жалобами на боль в области заднего прохода, затруднённую дефекацию и наличие прожилок крови в кале. Анальные трещины у детей, как правило, развиваются на фоне функционального запора, сопровождаются выраженным болевым синдромом и формированием порочного круга «боль - спазм - травматизация слизистой» [3,4].

Функциональные нарушения дефекации являются одной из наиболее распространённых причин обращения к педиатру и детскому гастроэнтерологу. По данным различных авторов, распространённость функционального запора у детей достигает 20–30% в популяции [5,6].

Нередко перианальные кожные элементы ошибочно расцениваются как самостоятельная патология (анальные полипы, вирусные кондиломы, папилломы), что приводит к направлению на инвазивные методы диагностики и необоснованные хирургические вмешательства. Между тем, данные изменения кожи носят реактивный характер и являются вторичными по отношению к хроническому воспалительному процессу в области анального канала.

Целью исследования является определение клинической значимости перианальных кожных выступов у детей и их обоснование в качестве вторичного признака хронической анальной трещины и функционального запора.

**Материалы и методы:** Проведён ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, наблюдавшихся в детском хирургическом кабинете детской поликлиники №13 города Баку в период с 2020 по 2024 годы.

В исследование были включены 126 детей в возрасте от 1 до 7 лет, обратившихся с жалобами на: боль при дефекации, наличие прожилок крови в кале, перианальные кожные образования, хронические запоры.

Средний возраст пациентов составил  $3,9 \pm 1,6$  года. Мальчиков было 68 (54,0%), девочек - 58 (46,0%).

Критериями включения являлись: наличие перианального кожного выступа при осмотре, клинические признаки анальной трещины, признаки функционального запора (стул реже 3 раз в неделю, плотный кал, болезненная дефекация), наличие прожилок крови в кале. Критериями исключения являлись: врождённые пороки развития аноректальной области, воспалительные заболевания кишечника, перианальные абсцессы и свищи.

Оценивались следующие параметры: анамнестические данные (длительность запора, возраст начала симптомов), частота и консистенция стула, локализация кожного выступа, наличие визуальных признаков анальной трещины, выраженность болевого синдрома, наличие кровянистых выделений, динамика симптомов на фоне консервативной терапии. Всем пациентам проводилось клиническое обследование с осмотром перианальной области, пальцевым исследованием (по показаниям), консультацией педиатра и гастроэнтеролога.

Консервативная терапия включала: коррекцию диеты, осмотические слабительные препараты, местную противовоспалительную и ранозаживляющую терапию. Срок наблюдения составил от 3 до 6 месяцев.

**Результаты:** Из 126 обследованных детей перианальный кожный выступ был выявлен у 81 пациента (64,3%). Из них признаки функционального запора выявлены у 79 пациентов (97,5%). Средняя длительность запора составила  $8,4 \pm 3,1$  месяца. Клинические признаки анальной трещины были выявлены у 75 пациентов (92,5%). Типичная локализация трещины по задней комиссуре отмечалась у 65 ребёнка (86,6%), по передней комиссуре — у 10 детей (13,4%).

Кровянистые выделения при дефекации отмечались у 37 детей (45%) и носили нерегулярный характер, коррелируя с эпизодами плотного стула.

Морфологически кожный выступ соответствовал понятию *sentinel skin tag* — сторожевого кожного бугорка, формирующегося в результате реактивной гипертрофии кожи на фоне хронической травматизации и воспаления [7,8].

Из 35 пациентов с отсутствием кожных перианальных изменений: симптомы анальной трещины выявлялись у 26 пациентов (74%), признаки функционального запора у 28 детей (80%), кровянистые выделения у 5 пациентов (14%).

После проведения консервативной терапии из 126 детей у 112 детей (88,9%) отмечено: исчезновение болевого синдрома, нормализация стула, прекращение кровянистых выделений.

При этом кожный выступ сохранялся у всех 81 пациентов, не проявляя тенденции к увеличению и не вызывая субъективного дискомфорта.

**Обсуждение:** Полученные данные подтверждают, что перианальный кожный выступ у детей в подавляющем большинстве случаев не является самостоятельным заболеванием. Он формируется как вторичное реактивное образование на фоне хронического воспаления и травматизации слизистой анального канала.

Формирование *sentinel skin tag* при хронической анальной трещине хорошо описано в хирургической литературе и рассматривается как маркер длительного течения заболевания [7,8]. Сторожевой бугорок формируется как результат хронического воспаления и репаративной реакции тканей в зоне длительно существующей анальной трещины. Повторная травматизация слизистой и стойкий спазм внутреннего анального сфинктера приводят к локальной ишемии и замедленному заживлению. В ответ на постоянное повреждение активируются процессы фиброплазии и гиперплазии кожи по краю трещины. Это сопровождается разрастанием соединительной ткани с образованием кожного выступа, клинически определяемого как сторожевой бугорок.

Особую клиническую значимость имеет дифференциальная диагностика перианальных кожных выступов с анальными полипами, вирусными кондиломами, гемангиомами и перианальными проявлениями воспалительных заболеваний кишечника [9,10].

Недооценка вторичного характера кожного образования приводит к необоснованным диагностическим процедурам, направлению на биопсию и хирургическое удаление, что в детском возрасте является избыточным и травматичным.

**Заключение:** Выявление кожного выступа в перианальной области у детей должно рассматриваться в контексте функционального запора и хронической анальной трещины.

У пациентов со сторожевым кожным бугорком в подавляющем большинстве случаев признак сочетался с клиническими признаками анальной трещины и (или) функциональным запором, что подтверждает его вторичный характер.

Современные клинические рекомендации подчёркивают, что ведущей задачей является нормализация акта дефекации и заживление трещины, а не удаление вторичных кожных элементов [11,12].

