Анальная трещина

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K60.0, K60.1, K60.2 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"

Анальная трещина — линейный или эллипсовидный дефект анодермы в пределах анального канала, обычно сопровождающийся спазмом внутреннего сфинктера. Рекомендация описывает диагностику, консервативное лечение острой трещины и медикаментозно-хирургическую тактику при хроническом процессе.

Главное

- Острая трещина длится менее 2 месяцев и не имеет фиброзных изменений. Хроническую трещину диагностируют при длительности более 2 месяцев и наличии хотя бы одного признака хронизации: рубцовых краёв, фиброзного полипа, сторожевого бугорка или внутреннего сфинктера на дне дефекта.
- Типичны жгучая боль после дефекации, иногда боль во время дефекации и небольшие кровяные помарки на стуле или туалетной бумаге. Изменение боли, появление мокнутия, зуда и жжения может указывать на неполный внутренний свищ.
- Основные цели лечения — нормализовать стул, устранить боль, воздействовать на раневой процесс и расслабить внутренний сфинктер.
- При острой анальной трещине всем пациентам показана консервативная терапия для эпителизации дефекта (УУР А, УДД 1).
- При хронической трещине рекомендована боковая подкожная сфинктеротомия с иссечением трещины или без него (УУР А, УДД 1); при высоком риске стойкой анальной инконтиненции метод противопоказан.
- После хирургического лечения нужен повторный осмотр колопроктолога через 2 недели, 1 месяц и через год в течение первого года.

Диагностика

1. Уточнить боль: её характер, длительность и связь с дефекацией; спросить о запорах, диарее, недостатке пищевых волокон и особенностях питания.
2. Направить пациента на первичный осмотр колопроктолога (УУР С, УДД 4). Осмотреть перианальную область и анодерму, оценить форму, глубину и границы дефекта, края, сторожевой бугорок и признаки спазма сфинктера; выполнить пальцевое исследование прямой кишки.
3. Подтвердить наличие линейного или эллипсовидного дефекта анодермы в пределах анатомического анального канала. Для острой формы нужны анамнез менее 2 месяцев и отсутствие фиброзных изменений; для хронической — более 2 месяцев и минимум один признак длительного процесса.
4. Провести дифференциальную диагностику с другими эрозивно-язвенными поражениями: опухолью анального канала и прямой кишки, свищами заднего прохода, специфическими инфекциями, воспалительными заболеваниями кишечника с перианальными осложнениями, гемобластозами и иммунодефицитными состояниями.
5. Специфических лабораторных тестов нет. Лабораторные исследования выполняют при подготовке к операции, для выявления сопутствующих состояний или дифференциальной диагностики.
6. Аноскопию, ректороманоскопию и колоноскопию не проводят без обезболивания; при необходимости их выполняют под обезболиванием (УУР С, УДД 5). После 40 лет ректороманоскопия и колоноскопия целесообразны при подозрении на сопутствующее заболевание толстой кишки.
7. Если клинические признаки спазма неясны, для его объективизации используют сфинктерометрию или более чувствительную профилометрию (УУР С, УДД 3). Спазм подтверждают повышением давления в покое и/или ультрамедленными волнами; для профилометрии дополнительным признаком является повышение максимального давления в покое.

Лечение

- Нормализовать стул: обеспечить достаточное потребление жидкости и пищевых волокон. Если диета не помогает, применяют объёмные слабительные, осмотические слабительные, макрогол или лактулозу для

формирования регулярного оформленного стула (УУР С, УДД 5). В тексте указаны ориентиры: около 25 г пищевых волокон и 1,5–2 л жидкости в сутки.

- Для уменьшения боли используют местные комбинированные препараты для лечения геморроя и анальных трещин с анестетиками; также применяют парацетамол, а при недостаточном эффекте — препараты производных пропионовой кислоты или пиразолона (УУР С, УДД 5). Для воздействия на раневой процесс используют комбинированные препараты группы C05AX03 (УУР С, УДД 2).
- Для релаксации внутреннего сфинктера при неосложнённой трещине применяют местный лидокаин + нифедипин (УУР С, УДД 2).
- Возможна однократная инъекция ботулинического токсина типа А во внутренний сфинктер: суммарно 80 ЕД в 4 точки — на 1, 5, 7 и 11 часах; введение выполняют под аппликационной или местной анестезией (УУР В, УДД 1).
- Консервативное лечение для заживления дефекта проводят не более 8 недель (УУР В, УДД 2).
- При хронической трещине выполняют боковую подкожную сфинктеротомию с иссечением трещины или без него (УУР А, УДД 1). Иссечение трещины показано при фиброзных полипах анального канала более 1 см, выпадающих при дефекации и создающих трудности в гигиене заднего прохода, а также сочетающихся со сторожевым бугорком; в этом случае их иссекают единым блоком с трещиной.
- При хронической трещине рекомендуется иссечение с последующей однократной инъекцией ботулинического токсина типа А во внутренний сфинктер: 40 ЕД, по 10 ЕД в 4 точки на 1, 5, 7 и 11 часах (УУР В, УДД 2). При высоком риске послеоперационной недостаточности сфинктера препарат также считают целесообразным.
- При хронической трещине PRP-терапию проводят дополнительно к релаксации внутреннего сфинктера: забирают 15 мл венозной крови, центрифугируют 5 минут при 1500 оборотах и вводят 3 мл полученной плазмы в дно послеоперационной раны (УУР В, УДД 2).

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении на анальную трещину нужен первичный приём колопроктолога для подтверждения диагноза (УУР С, УДД 4).
- Хирургическое лечение хронической трещины проводят в специализированном колопроктологическом отделении круглосуточного или дневного стационара; возможно выполнение оперативных вмешательств в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре кратковременного пребывания.
- После операции выписка возможна при неосложнённом раннем послеоперационном периоде, отсутствии гнойно-септических осложнений и контролируемой боли, купируемой пероральными анальгетиками.
- После хирургического лечения планируют осмотры колопроктолога через 2 недели, 1 месяц и через год в течение первого года.

Частые вопросы

Как отличить острую анальную трещину от хронической?

Острая трещина существует менее 2 месяцев и не имеет фиброзных изменений. Хроническая длится более 2 месяцев и имеет хотя бы один признак хронизации: рубцовые края, фиброзный полип, сторожевой бугорок или внутренний сфинктер на дне дефекта.

Нужна ли колоноскопия при анальной трещине?

Без обезболивания аноскопию, ректороманоскопию и колоноскопию проводить не следует. Исследования выполняют под обезболиванием при необходимости уточнить диагноз или провести дифференциальную диагностику; после 40 лет ректороманоскопия и колоноскопия целесообразны при подозрении на сопутствующее заболевание толстой кишки.

Как нормализовать стул при анальной трещине?

Нужно увеличить потребление жидкости и пищевых волокон. Если этого недостаточно, применяют объёмные или осмотические слабительные, макрогол либо лактулозу; в тексте указаны ориентиры около 25 г пищевых волокон и 1,5–2 л жидкости в сутки.

Какова доза ботулинического токсина при анальной трещине?

При однократной медикаментозной релаксации внутреннего сфинктера используют 80 ЕД: препарат вводят в 4 точки на 1, 5, 7 и 11 часах.

Когда при хронической трещине нужна операция?

Рекомендуется боковая подкожная сфинктеротомия с иссечением трещины или без него. Иссечение показано при фиброзных полипах анального канала более 1 см, выпадающих при дефекации и создающих трудности в гигиене заднего прохода, а также сочетающихся со сторожевым бугорком; высокий риск стойкой анальной инконтиненции является противопоказанием к сфинктеротомии.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/172-analnaya-treshchina. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/172_4