

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ГЕМОРРОЙ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Геморрой

2. Код протокола:

3. Код(ы) МКБ-10:

Внутренний тромбированный геморрой	I84.0
Внутренний геморрой с другими осложнениями	I84.1
Внутренний геморрой без осложнения	I84.2
Наружный тромбированный геморрой	I84.3
Наружный геморрой с другими осложнениями	I84.4
Наружный без осложнения	I84.5
Остаточные геморроидальные кожные метки	I84.6
Тромбированный геморрой неуточненный	I84.7
Геморрой с другими осложнениями неуточненный	I84.8
Геморрой без осложнения неуточненный	I84.9

4. Сокращения, используемые в протоколе:

5. Дата разработки протокола: апрель 2013

6. Категория пациентов: больные острой и хронической формой геморроя

7. Пользователи протокола: врачи проктологи, хирурги, врачи общей практики, терапевты, фельдшера

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

8. Определение:

Геморрой - острое или хроническое заболевание, характеризующееся узловатым (варикозным) расширением вен (кавернозных телец) нижней части прямой кишки [1]. Геморрой одинаково часто встречается у мужчин и женщин среднего и пожилого возраста. Распространенность геморроя составляет приблизительно 120 случаев на 1000 взрослого населения, что позволяет его считать наиболее частым заболеванием. Среди проктологических заболеваний на долю геморроя

приходится от 34 до 41% [2]. За рубежом геморроем болеет 75% населения. Средний возраст пациентов составляет 45-65 лет [3,4]. В Великобритании геморроем страдает от 4,4% до 24,5% населения. К заболеванию предрасполагают такие факторы, как малоподвижный образ жизни, беременность и роды, длительный запор, тяжелая физическая работа, связанная с поднятием тяжестей, привычка к употреблению острой и пряной пищи, заболевания органов малого таза, обуславливающие сдавление отводящих вен, а также отсутствие клапанов у отводящих вен прямокишечного сплетения[2].

9. Клиническая классификация:

Классификация геморроя (по А.Н. Рыжих, 1956 г.)

По этиологии:

1. Врожденный (наследственный)
2. Приобретенный: первичный
3. Вторичный (симптоматический)

По локализации:

1. Внутренний
2. Наружный
3. Комбинированный

По клиническому течению (Thomson W 1975):

Хронический геморрой (4 стадии)

I. стадия- проявляется кровотечениями, геморроидальные узлы не выпадают

II. стадия- геморроидальные узлы выпадают при натуживании и вправляются самостоятельно (с кровотечением или без него)

III. стадия- геморроидальные узлы выпадают и вправляются только ручным пособием (с кровотечением или без него)

IV. стадия- геморроидальные узлы выпадают в покое и не вправляются или снова выпадают сразу после вправления (с кровотечением или без него)

Острый геморрой (3 степени) (ГНЦ колопроктологии) (А.М. Аминев, 1977)

1. Тромбоз геморроидальных узлов, без воспалительного процесса

2. Тромбоз, осложненный воспалением геморроидальных узлов

3. Тромбоз, осложненный воспалением подкожной клетчатки, отеком перианальной кожи, некрозом слизистой оболочки геморроидальных узлов

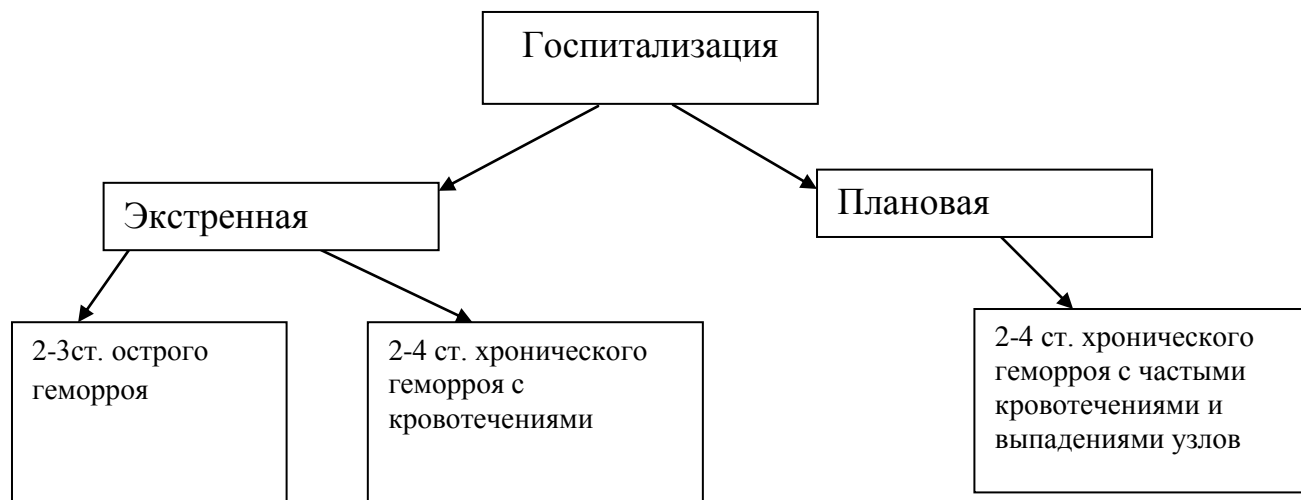
Клиническое течение острого геморроя имеет три стадии (Воробьев Г.И. и др., 2001).

1. Тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительного процесса.

2. Тромбоз, осложненный воспалением геморроидальных узлов.

3. Тромбоз геморроидальных узлов, осложненный воспалением подкожной клетчатки и перианальной кожи.

10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации: (плановая и экстренная госпитализация)



11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий

Основные диагностические мероприятия:

1. Консультация проктолога (сбор жалоб, анамнеза, осмотр, ректальное исследование)
2. Аноскопия
3. Ректороманоскопия
4. Колоноскопия
5. Ирригоскопия

Дополнительные мероприятия:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Биохимический анализ крови
4. ИФА на паразитоз
5. Кал на я/г
6. Сахар крови
7. Коагулограмма

12. Диагностические критерии:

12.1 жалобы и анамнез:

Кровотечение и выпадение геморроидальных узлов. Анальный зуд, чувство дискомфорта в анальном канале, выделение слизи.

12.2. физикальное обследование

геморроидальные узлы определяются в виде выбухания в просвет анального канала, темно-вишневого цвета, мягко-эластичной консистенции, покрыты

слизистой оболочкой. Выпадающие внутренние узлы отчетливо пролабируют из заднего прохода при натуживании. Наружные геморроидальные узлы видны при наружном осмотре. При пальцевом исследовании определяют болезненность стенок анального канала, их патологическую подвижность. Исследуют функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки

12.3. лабораторные исследования:

Общий анализ крови

Реакция Грегерсена

при хроническом геморрое с частыми кровотечениями возможны признаки хронической анемии, снижение показателей (норма мужчин Hb- 140-160 г/л, женщин Hb- 120-130 г/л, муж Эр-4,1-5,1x10¹², жен Эр- 3,7-4,7x10¹²)

при остром геморрое возможны признаки воспаления, повышение уровня лейкоцитов в крови, СОЭ (норма L-4-9x10⁹, СОЭ муж 1-10, жен 2-15 мм/ч)

12.4. инструментальные исследования:

Аноскопия

Ректороманоскопия

Фиброколоноскопия

Ирригоскопия

12.5. показания для консультации специалистов

Консультация онколога на предмет выявления новообразований дистального отдела толстого кишечника

Консультация дерматолога на предмет исключения дерматологических заболеваний перианальной области

12.6. дифференциальный диагноз

Геморрой	Анальная трещина	Острый парапроктит	хронический парапроктит	Злокачественный и доброкачественный опухоли прямой кишки и анального канала	Остроконечные перанальные кандиломы
Причины возникновения					
Запоры, поносы, труд, связанный с подъемом тяжести, и,	Запоры, поносы, труд, связанный с подъемом тяжести, малоподв	инфекция, проникающая в параректальную (околопрямокишечную) клетчатку	является следствием самостоятельного вскрытия острого парапроктита	Наследственная предрасположенность. Особенности питания Хронические воспалительные заболевания	вирус папилломы человека (ВПЧ) типа 6 и 11. Основной путь передачи - половой.

малоподвижный образ жизни, анальный секс, алкоголь	ишний образ жизни, анальный секс, алкоголь.	из анальных крипт или анальных желез.		кишечника. Полипы	
Жалобы					
выделение крови при дефекации, зуд, ощущение инородного тела, чувство неполного опорожнения кишечника, болевой синдром, выпадение узлов при дефекации.	резкая боль во время и после дефекации, выделение крови при дефекации (не всегда), спазм сфинктера анального отверстия.	повышение температуры тела (38–39°C), озноб, сильные боли в области прямой кишки без связи с дефекацией. Расстройство мочеиспускания, безрезультатные позывы к дефекации и задержка стула	бессонница, периодические боли в области прямой кишки, усталость, снижение настроения, импотенция. Из свищевого хода, постоянно оттекает небольшое количество гноя	Кровотечение. Кровь предшествует стулу или перемешана с калом, выделяется слизь и гной. изменение ритма дефекации, формы кала, понос, запор и недержание кала и газов. Ложные позывы на дефекацию (тенезмы), После дефекации больные не испытывают удовлетворения, у них остается ощущение инородного тела в прямой кишке.	Чувство инородного тела, зуд, боль при дефекации.
Пальцевое исследование					
Определяются геморроидальные узлы на	Определяется дефект слизистой, чаще на 6, 12	Резкая болезненность, инфильтрат с размягчени	Определяется внутреннее отверстие свища, втяжение в области	Бугристое, безболезненное образование, кровоточит	Мелкие безболезненные образования до 1 см

3,7,11 часах	часах	ем	первичного отверстия		
Аноскопия					
геморро идальны е узлы на 3,7,11 часах	Дефект слизистой , чаще на б, 12 часах	Отечность и выбухание слизистой на стороне поражение. В редких случаях в области пораженно й крипты из первичного отверстия выделение гное	Наличие первичного свищевого отверстия в области пораженной крипты	На одной из стенок прямой кишки бугристое образование различных размеров, при контакте возможно кровотечение	плотноваты е бородавчат ые остроконеч ные разрастания розово- коричневог о цвета, напоминаю щие по форме цветную капусту, располагаю щиеся на коже вокруг заднего прохода и в анальном канале.
Колоноскопия					
геморро идальны е узлы на 3,7,11 часах	Дефект слизистой , чаще на б, 12 часах	Отечность и выбухание слизистой на стороне поражение. В редких случаях в области пораженно й крипты из первичного отверстия выделение гное	Наличие первичного свищевого отверстия в области пораженной крипты	На одной из стенок прямой кишки бугристое образование различных размеров, при контакте возможно кровотечение	образовани я до 1 см

Дифференциальная диагностика болей в заднем проходе и перианальной области

Локализация боли	Продолжительность боли	Дифференциальный диагноз
В области ануса	Постоянная	Парапроктит Тромбоз наружных геморроидальных узлов Hempes analis
В заднем проходе	Во время и после дефекации	Анальная трещина Межсфинктерный абсцесс Первичный сифилис Язва анального канала (болезнь Крона)
В заднем проходе и прямой кишке	Постоянная	Тромбоз внутренних геморроидальных узлов Проктит, криптит, папиллит Межсфинктерный абсцесс Рак прямой кишки с прорастанием в клетчатку Идиопатический анакопчиковый болевой синдром Язва анального канала (болезнь Крона)

13. Цели лечения:

При остром тромбозе: достижение регрессирования клиники тромбоза

При хроническом геморрое: профилактика осложнений, удаление варикозно расширенных вен прямой кишки

14. Тактика лечения

Острый геморрой лечение консервативное

Хронический геморрой, стадия обострения:

1. кровотечение- лечение консервативное: гемостатическая терапия

2. при неэффективности консервативной терапии

а. малоинвазивные методы лечения

б. оперативное лечение операция Миллигана-Моргана, Фергюсона

Хронический геморрой с частыми обострениями

1. малоинвазивные методы лечения

2. операция Миллигана-Моргана, Фергюсона

14.1. немедикаментозное лечение

Острый геморрой

Режим постельный или полупостельный 7-14 дней

Диета бесшлаковая: белковый омлет, мясной говяжий бульон, отварное мясо, провернутое через мясорубку, слизистую рисовую или продельную кашу (на воде)

с небольшим кусочком масла), белые сухари (3—4 сухаря в день) и обильное питье (4—6 стаканов едва подслащенного чая).

Хронический геморрой

Диета бесшлаковая

Регулирование функции кишечника, диета, изменение образа жизни, применение слабительных.

14.2. медикаментозное лечение

Острый тромбоз геморроидальных вен

Амбулаторный этап:

1. Ректальные свечи с антикоагулянтами местного действия: Гепарин натрия + преднизолона ацетат+лауромакрогол (гепатромбин В), Гепарин натрий+Бензокаин (нигепан)
2. Мази с антикоагулянтами: Троксерутин (троксевазин), Гепарин натрия.
3. Водорастворимые мази, обладающие противовоспалительным свойством: Хлорамфеникол+Метилурацил (левомеколь), левомецетин+сульфадиметоксин+метилурацил+тримекаин (левосин)
4. Устранение болевого синдрома: НПВС, спазмолитики
5. Слабительные
на основе лактулозы
на основе пищевых волокон: оболочка семян подорожника овального +вспомогательные вещества (мукофальк)

Стационарное лечение

1. Перианальная блокада
2. Ректальные свечи с антикоагулянтами местного действия: Гепарин натрия + преднизолона ацетат+лауромакрогол (гепатромбин В), Гепарин натрий+Бензокаин (нигепан)
3. Мази с антикоагулянтами: Троксерутин (троксевазин), Гепарин натрия.
4. Водорастворимые мази, обладающие противовоспалительным свойством: Хлорамфеникол+Метилурацил (левомеколь), левомецетин+сульфадиметоксин+метилурацил+тримекаин (левосин)

5. Слабительные

1. на основе лактулозы
2. на основе пищевых волокон: оболочка семян подорожника овального +вспомогательные вещества (мукофальк)

Стационарное лечение

Хронический

I-II ст. хронического геморроя лечится консервативными методами

1. Применение флеботоников (детралекс, флебодиа 600), ректальных свечей (ультрапрокт, нигепан, натальсид, релиф, проктозан, анузол)
2. Препараты железа
3. Ангиопротекторы

II- III ст- склеротерапия, лигирование латексными кольцами, проксимальное лигирование, инфракрасная фотокоагуляция, радиочастотная коагуляция

Используемые медикаменты

1	Название препарата (международное название)	Суточная доза, кратность, длительность применения	Особые указания
	Ультрапрокт Суппозитории ректальные по 10 штук в контурной упаковке Мазь по 10, 15, 30 г в тубе с наконечником	Свечи обычно 1 раз в день. При остром геморрое 2-3 раза в день Мазь 2 раза в день	При терапии препаратом у пациентов наблюдается быстрое облегчение или даже полное исчезновение симптомов заболевания, однако, рекомендуется продолжать терапию препаратом в течение ещё минимум 6-7 дней, чтобы избежать рецидивов в будущем. Не рекомендуется непрерывное использование препарата сроком больше 1 месяца. Обладает тератогенным действием
2	Натальсид Натрия альгинат Суппозитории ректальные по 5 шт в контурной упаковке	По 1 свече 2 раза в день	Препарат не противопоказан при беременности и лактации
3	Нигепан Гепарин натрий+Бензокаин (Heparin sodium+Benzocaine)	По 1 свече 2 раза в день	Противопоказан при беременности в I триместре
4	Гепатотромбин В Гепарин натрия +	По 1 свече 2 раза в день	Противопоказан при беременности в I

	преднизолон ацетат+лауромакрогол		триместре
5	Проктозан Буфексамак+висмута+ субгаллат+ титана диоксид+ лидокаина гидрохлорид Свечи ректальные Мазь	По 1 свече 2 раза в день Мазь 2 раза в день	Не рекомендуется длительное применение препарата
6	Релиф Печени акулы масло+Фенилэфрин (Squalus sarchorius oleum+Phenylefrine) Свечи ректальные Мазь	Обычно по 1 свече 2раза в день. При остром геморрое до 4 раз в день Мазь наносят после каждого акта дефекации	Не следует применять совместно с антигипертензивными ЛС и антидепрессантами.
7	Левомеколь Хлорамфеникол+метилурацил Мазь	Мазь местно 2 раза в день	Возможны аллергические реакции
8	Флеботоники		
9	Детралекс Диосмин таблетки	Обычно по 1 таблетке 2 раза в день При остром геморрое по 3 таблетки дважды в сутки 4 дня, затем по 2 таблетки дважды в сутки еще 3 дня.	Противопоказан в III триместре беременности
10	Флебодиа 600 Диосмин таблетки, покр. пленочной оболочкой, 600 мг: 15 или 30 шт	При остром геморрое по 2-3 таблетки в сутки во время приема пищи в течение 7 дней, далее при необходимости можно продолжить прием по 1	Противопоказан в детском и подростковом возрасте до 18 лет; в период лактации (грудного вскармливания); повышенной чувствительности к компонентам препарата.

		таблетки 1 раз в сутки в течение 1-2 мес.	
11	Нестероидные противовоспалительные препараты <i>Производные пропионовой кислоты</i>		
12	Кетонал, кетанов Кетопрофен Раствор 5% 2мл амп Таб 100мг Капс 150 мг ретард табл 150 мг	Обычно капсулы назначаются по 1-3 раза в сутки, максимальная суточная доза - 300 мг (т. е. не более 6 капсул в сутки). Стандартная схема назначения Кетонала в инъекциях - 0.1 г(1 ампула) 1 – 3 раза в сутки по 1 таблетке Ректальные свечи назначаются по 1-2 в сутки	С осторожностью назначать Кетонал больным, у которых в анамнезе были желудочные кровотечения или язвенные поражения ЖКТ. После 36 недель беременности препарат не применяется из-за возможной пролонгации беременности.
13	Ангиопротекторы		
14	Токсивенол Троксерутин+карбазохром Раствор для инъекций 3мл 150 мг/1,5мг	Обычно по 3-9мл в сутки	Противопоказан при беременности и лактации
15	Препараты для склеротерапии		
16	Тромбовар Натрия тетрадецилсульфат 1% 2мл в ампулах	Обычно по 2 мл в/в	Противопоказан при беременности и лактации

14.3. другие виды лечения

При II-III стадиях хронического геморроя малоинвазивные методы лечения геморроя:

Склеротерапия

Лигирование латексными кольцами

Проксимальное лигирование
Инфракрасная фотокоагуляция
Радиочастотная коагуляция

14.4. хирургическое вмешательство

I-IV ст. хронического геморроя – оперативное лечение при неэффективности консервативной терапии: операция Миллигана-Моргана, Фергюсона

14.5. профилактические мероприятия

- 1.профилактика развития хронической анемии
 - 2.профилактика развития анальной инконтиненции
- 15.6. дальнейшее ведение
- 1.наблюдение у проктолога или хирурга по месту жительства

14.6. дальнейшее ведение (напр.: послеоперационное, реабилитация, сопровождение пациента на амбулаторном уровне в случае разработки протокола для стационара)

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:

Отсутствие признаков воспаления геморроидальных узлов, кровотечения.
В послеоперационный период отсутствие рецидивов заболевания

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Список разработчиков:

1. Нурбеков А.А.- д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней №2 РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет» МЗ РК, зав. отделением колопроктологии КГП «Областная клиническая больница» Управления здравоохранения Карагандинской области.
2. Калиева Д.К.- магистр медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней №2 РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет» МЗ РК

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: конфликта интересов нет

18. Рецензенты:

19. Указание условий пересмотра протокола: отклонение от протокола допустимо при наличии сопутствующей патологии, индивидуальных противопоказаний к лечению. Данный протокол подлежит пересмотру каждые три года, либо при появлении новых доказанных данных по проведению ведения больных с острой и хронической формой геморроя.

20. Список использованной литературы:

1. Руководство по классификациям заболеваний Т4, Караганда, 2009, стр. 115-116
2. Геморрой. А.И.Парфенов «Медицинский совет», №9-10, с. 13-18. Москва, 2010,
3. Baker H. Hemorrhoids. In: Longe JL, ed. Gale Encyclopedia of Medicine. 3rd ed. Detroit: Gale; 2006: 1766–1769.
4. Chong PS, Bartolo DCC. Hemorrhoids and fissure in ano. Gastroenterology Clinics of North America. 2008;37:627–644.
5. NICE technology appraisal guidance 128 Stapled haemorrhoidopexy for the treatment of haemorrhoids
6. Современная тактика лечения острого геморроя. Загрядский Е.А. Хирургия. Т6. №2. 2004. С 25.
7. U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services, Dietary Guidelines for Americans, 2005.
8. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15;8:CD004322. doi: 10.1002/14651858.CD004322.pub3. Phlebotonics for haemorrhoids. Perera N, Liolitsa D, Iype S, Croxford A, Yassin M, Lang P, Ukaegbu O, van Issum C. Source General Medicine, Addenbrookes Hospital, Cambridge, UK. perera.nirmal@gmail.com.
9. Indru Khubchandani, Nina Paonessa, Azimuddin Khawaja Editors Surgical Treatment of Hemorrhoids. Second Edition. Springer, 2009. 459 С.
10. Воробьев Г. И. Медикаментозные и малоинвазивные методы лечения геморроя / Г. И. Воробьев, Ю. А. Шельгин, Л. А. Благодарный // Русский медицинский журнал . — 2001 . — Том 9, N 13/14 . — С. 551-555 . — ISSN 1382-4368 .
11. Тактика этапного лечения больных хроническим геморроем. Колмаков П. Н. Автореферат дисс. на соискание к.м.н. Санкт-Петербург, 2007. С. 30
12. Current Status of Surgical Treatment for Hemorrhoids Systematic Review and Meta-analysis. Jinn-Shian Chen, MD, FACS, Jeng-Fu You, MD. Chang Gung Med J Vol.33№5 September-October 2010, P.488
13. Carapeti E.A., Phillips R.K.S. Treatment of hemorrhoids. In: J.Beynon, N.D.Carr (eds): Recent advances in coloproctology, Springer-Verlag London Limited, 2000, 155-166.
14. The HubBLE trial: haemorrhoidal artery ligation (HAL) versus rubber band ligation (RBL) for haemorrhoids. Tiernan J, Hind D, Watson A, Wailoo AJ, Bradburn M, Shephard N, Biggs K, Brown S. Source CRUK Clinical Research Fellow, St James' University Hospital, Leeds, UK. BMC Gastroenterol. 2012 Oct 25;12:153. doi: 10.1186/1471-230X-12-153.
15. Stapled haemorrhoidopexy vs. Milligan-Morgan haemorrhoidectomy for grade III haemorrhoids: a randomized clinical trial. Ammaturo C, Tufano A, Spiniello E, Sodano B, Iervolino EM, Brillantino A, Braccio B. Source Department of Surgery, "Dei Pellegrini" Hospital, Naples, Italy. Source Department of Surgery, "Dei Pellegrini" Hospital, Naples, Italy. G Chir. 2012 Oct;33(10):346-51.
16. Charúa Guindic L, Fonseca Muñoz E, García Pérez NJ, Osorio Hernández RM, Navarrete Cruces T, Avendaño Espinosa O, Guerra Melgar LR. Hemorrhoidal desarterialization guided by Doppler. A surgical alternative in hemorrhoidal disease management. Rev Gastroenterol Mex. 2004 Apr-Jun;69(2):83-7.

17. Faucheron JL, Gangner Y. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation for the treatment of symptomatic hemorrhoids: early and three-year follow-up results in 100 consecutive patients. *Dis Colon Rectum*. 2008 Jun;51(6):945-9.
18. Faucheron JL, Poncet G, Voirin D, Badic B, Gangner Y. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation and rectoanal repair (HAL-RAR) for the treatment of grade IV hemorrhoids: long-term results in 100 consecutive patients. *Dis Colon Rectum*. 2011 Feb;54(2):226-31.
19. Festen S, van Hoogstraten MJ, van Geloven AA, Gerhards MF. Treatment of grade III and IV haemorrhoidal disease with PPH or THD. A randomized trial on postoperative complications and short-term results. *Int J Colorectal Dis*. 2009 Dec;24(12):1401-5.
20. Giordano P, Nastro P, Davies A, Gravante G. Prospective evaluation of stapled haemorrhoidopexy versus transanal haemorrhoidal dearterialisation for stage II and III haemorrhoids: three-year outcomes. *Tech Coloproctol*. 2011 Mar;15(1):67-73.
21. Sohn N, Aronoff JS, Cohen FS, Weinstein MA. Transanal hemorrhoidal dearterialization is an alternative to operative hemorrhoidectomy. *Am J Surg*. 2001 Nov;182(5):515-9.