Геморрой

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K64 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"

Геморрой — увеличение кавернозной ткани анального канала и/или перианальной области; бывает внутренним, наружным и комбинированным. Рекомендация описывает диагностику, дифференциальный поиск, консервативное, малоинвазивное и хирургическое лечение острого и хронического геморроя у взрослых.

Главное

- Диагноз геморроя ставят при наличии увеличенных внутренних и/или наружных геморроидальных узлов; внутренний геморрой подтверждают после исключения заболеваний со сходными симптомами.
- Стадии хронического внутреннего геморроя: 1 — кровотечение без выпадения; 2 — выпадение с самостоятельным вправлением; 3 — требуется ручное вправление; 4 — постоянное невправимое выпадение.
- Острый тромбированный геморрой оценивают по воспалению: 1 степень — тромбоз без воспаления; 2 — с воспалением узлов; 3 — воспаление переходит на подкожную клетчатку, есть отек кожи, некроз слизистой и/или кожи.
- Острый кровоточащий геморрой классифицируют по анемии: легкая — Hb >90 г/л, средняя — 70–90 г/л, тяжелая — Hb <70 г/л.
- Типичные проявления хронического геморроя — алая кровь при дефекации, каплями или струйкой, выпадение внутренних узлов, увеличенные наружные узлы; постоянная боль для внутреннего геморроя нехарактерна и чаще указывает на осложнение или сопутствующую патологию.
- Всем пациентам с подозрением на геморрой нужны осмотр перианальной области и трансректальное пальцевое исследование; УУР С, УДД 5.
- Аноскопия и ректороманоскопия показаны всем пациентам с подозрением на острый или хронический геморрой; обе рекомендации имеют УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Начните с жалоб и факторов риска: запор, диарея или нестабильный стул, погрешности питания, алкоголь, сидячий образ жизни, тяжелые нагрузки, беременность и роды.
2. Уточните признаки кровопотери и анемии: слабость, одышка, головокружение; при остром кровоточащем геморрое кровотечение обильное и/или рецидивирующее, не купируется консервативными мероприятиями, включая свечи, мази, местное применение холода и ангиопротекторы.
3. Проведите наружный осмотр: оцените кожу, форму и зияние ануса, рубцы, деформации, наружные узлы, степень выпадения внутренних узлов и возможность их вправления.
4. Выполните трансректальное пальцевое исследование: определите внутренние узлы, их локализацию, плотность, подвижность, а также исключайте трещину, свищ, опухоль и другую патологию; при боли можно использовать местные анестетики.
5. Сделайте аноскопию для осмотра анального канала и дистальной прямой кишки; УУР С, УДД 5.
6. Проведите ректороманоскопию для поиска заболеваний прямой и сигмовидной кишки и дифференциальной диагностики; УУР С, УДД 5.
7. Колоноскопия нужна при подозрении на сопутствующие заболевания толстой кишки и лицам старше 45 лет; в комментарии отдельно указаны семейный анамнез колоректального рака и злокачественных опухолей других локализаций в раннем возрасте, ВЗК, прогрессирующее снижение массы тела, железодефицитная анемия и другие ситуации, требующие дифференциальной диагностики; УУР С, УДД 5.

Лечение

- Цели лечения: нормализовать работу ЖКТ, купировать симптомы, предупредить обострения и осложнения, повлиять на раневой процесс.

- При остром и хроническом геморрое целесообразны пищевые волокна и адекватное количество жидкости; 25 г пищевых волокон в сутки повышают частоту стула при хронических запорах, 1,5–2 л жидкости в сутки снижают потребность в слабительных на высокошлаковой диете.
- Если диета не нормализует стул, применяют слабительные, увеличивающие объем кишечного содержимого, или препараты макрогола; дозы подбирают индивидуально.
- Фармакотерапия при остром и хроническом геморрое включает системные и местные средства: биофлавоноиды, НПВП при выраженной боли, гемостатики при острых кровотечениях, гели/кремы/мази/суппозитории для симптомов; УУР С, УДД 5.
- При внутреннем геморрое 1–3 стадии и недостаточном эффекте консервативной терапии используют малоинвазивные методы: склеротерапию, инфракрасную фотокоагуляцию, лигирование, дезартеризацию с/без мукопексии, лазерную деструкцию; УУР А, УДД 1.
- При хроническом геморрое 3–4 стадии, если малоинвазивные методы неэффективны или технически невозможны, выполняют геморроидэктомию; УУР А, УДД 1.
- При тромбозе геморроидальных узлов 1–3 степени проводят консервативную терапию; при тромбозе 1 степени с выраженной болью, а также при отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии рекомендуют иссечение тромбированного узла или тромбэктомию; УУР С, УДД 4.
- При продолжающемся геморроидальном кровотечении без эффекта консервативной терапии выполняют экстренную остановку кровотечения: инфракрасную фотокоагуляцию, склерозирование, лигирование или прошивание кровоточащего узла; цель — гемостаз, а не радикальное удаление узла; УУР В, УДД 2.

Когда направить и как наблюдать

- Неотложная госпитализация в специализированное колопроктологическое отделение показана при циркулярном тромбозе с воспалением окружающих мягких тканей и выраженной болью.
- Неотложная госпитализация также нужна при обильном продолжающемся кровотечении, которое не купируется консервативно и приводит к анемии.
- Плановая госпитализация показана при хроническом течении или легком обострении с умеренной болью и локальным тромбозом одного или нескольких узлов без воспаления окружающих тканей.
- Диагностику при плановой постановке диагноза можно проводить амбулаторно; хирургическое лечение выполняют в специализированном колопроктологическом стационаре и/или дневном колопроктологическом стационаре.
- После окончания лечения и заживления ран пациентам, перенесшим хирургическое лечение геморроя, рекомендуется наблюдение у врача-колопроктолога 1 раз в 6 месяцев в течение первого года; УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Как отличить стадии хронического внутреннего геморроя?

Главный критерий — выпадение узлов и способ их вправления. При 1 стадии выпадения нет, при 2 узлы вправляются сами, при 3 нужны руки, при 4 узлы постоянно выпадают и не вправляются.

Когда пациенту с геморроем нужна колоноскопия?

Колоноскопия показана при подозрении на сопутствующую патологию толстой кишки и лицам старше 45 лет. В тексте отдельно указаны семейный анамнез колоректального рака и злокачественных опухолей других локализаций в раннем возрасте, ВЗК, прогрессирующее снижение массы тела, железодефицитная анемия и другие ситуации, требующие дифференциальной диагностики.

Какая базовая фармакотерапия при геморрое?

В базисную фармакотерапию входят системные и местные средства в виде гелей, кремов, мазей и суппозиториев для купирования симптомов; из системных препаратов указаны биофлавоноиды, НПВП при выраженном болевом синдроме и гемостатические средства при острых кровотечениях.

Что делать при остром тромбозе наружного геморроидального узла?

При тромбозе 1–3 степени показана консервативная терапия. При тромбозе 1 степени с выраженной болью, а также при отсутствии эффекта от лечения выполняют иссечение тромбированного узла или тромбэктомию; при обращении в первые 72 часа хирургический вариант может быстрее купировать симптомы.

Как лечат продолжающееся кровотечение из геморроидального узла?

Сначала проводят консервативную терапию с местными гемостатическими и/или сосудосуживающими средствами, биофлавоноидами и системными гемостатиками. Если эффекта нет, кровотечение останавливают экстренно: инфракрасной фотокоагуляцией, склерозированием, лигированием или прошиванием узла.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/178-gemorroj. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/178_2