



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Полип анального канала

Кодирование по Международной статистической
классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **K62.0**

Год утверждения (частота пересмотра): **2020**

Возрастная категория: **Взрослые**

Год окончания действия: **2022**

ID: **173**

Разработчик клинической рекомендации

- **Ассоциация колопроктологов России**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

- Ключевые слова
- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация
- 2. Диагностика
- 3. Лечение
- 4. Реабилитация
- 5. Профилактика
- 6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Связанные документы
- Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента
- Приложение В. Информация для пациентов
- Приложение Г.

Ключевые слова

Список сокращений

АК – анальный канал

АП – анальный полип

ПАК – полип анального канала

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

УУР – уровень убедительности рекомендаций

УД – уровень доказательности

Термины и определения

Анальный канал – это терминальная часть пищеварительного тракта между нижеампулярным отделом прямой кишки и наружным отверстием – анусом, границей которого является место перехода непигментированной анодермы в пигментированную (истинную) кожу.

Анальные полипы или **полипы анального канала** (*anal polyp, anal papilla, anal tags*) – описательный, клинический термин, обозначающий любое доброкачественное внутрипросветное образование в границах анального канала.

1. Краткая информация

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Термин «анальный канал», предложенный J. Symington [1] в 1888 году, был распространен лишь среди клиницистов, пока в 1955 году не был официально признан и рекомендован к применению Международной анатомической номенклатурой в Париже [2]. Однако, до настоящего времени отсутствует единое понимание границ анального канала, в результате чего появились термины: хирургический анальный канал, анатомический, гистологический и т.д.

В Ассоциация колопроктологов России придерживаются следующего определения: «Анальный канал – это терминальная часть пищеварительного тракта, начинающаяся от места аноректального соединения у верхней границы тазового дна и заканчивающаяся наружным отверстием – анусом, границей которого является место перехода непигментированной анодермы в пигментированную (истинную) кожу» [3].

Полипы анального канала (анальный полип, anal polyp, anal papilla) – описательный, клинический термин, обозначающий любое внутрипросветное образование в границах анального канала.

Синонимы: гипертрофированный анальный сосочек, фиброэпителиальный полип, полип анального канала, фиброзный полип, клоакогенный полип, полип заднего прохода.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Полипами анального канала считают фиброэпителиальные образования. Последние имеют доброкачественную природу и характеризуются наличием мононуклеированных и многоядерных, иногда нетипичных, стромальных клеток CD34+, указывающих на фибробластическую и миофибробластическую дифференциацию [3]. Атипичные клетки встречаются лишь в крупных анальных полипах. Морфологическое сходство между этими структурами и нормальной слизистой анального канала подтверждает гипотезу о том, что фиброэпителиальные полипы могут представлять собой реактивную гиперплазию подэпителиальной соединительной ткани слизистой анального канала. Поэтому тучные клетки с помощью их фиброгенного, фибролитического и ангиогенного воздействия, могут играть важную роль в патогенезе данных структур [1, 2].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В настоящее время истинная распространенность полипов анального канала не известна. Связано это, в первую очередь, с отсутствием классификации, а также тем, что под понятием «анальный полип» зачастую может называться любое внутрипросветное образование анального канала. Однако подавляющее большинство работ носит характер случай-контроль и учитывает только клинические проявления данной патологии. Так же известно, что анальный полип встречается у 30% пациентов, у которых установлен диагноз хроническая анальная трещина и у 10% пациентов с пролапсом слизистой прямой кишки.

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Болезни органов пищеварительной системы (K00-K93):

K62- Другие болезни заднего прохода и прямой кишки

K62.0- Полип анального канала.

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Существуют разные классификации полипов, основанные на их различных характеристиках:

1.5.1 Характер роста полипов:

- доброкачественные;
- злокачественные.

1.5.2 Особенности прикрепления к слизистой анального канала:

- полип на ножке;
- полип плоский.

1.5.3 Морфологические данные:

- аденома;
- гиперпластический полип.

1.5.4 Гистологическое строение:

- тубулярные;
- ворсинчатые.

1.5.5 Классификация З. Маржатка [1996]

- «истинные»:
 - эпителиальные (карциноид);
 - неэпителиальные (лейомиома, липома, гемангиома и др.)
- неопухолевой природы:
 - гиперпластические, гамартома, воспалительные полипы и гиперплазия анальных сосочков.

Комментарий: *главное значение, определяющее тактику лечения и последующего наблюдения пациента, имеют именно морфогистологические данные.*

Учитывая, что абсолютное большинство доброкачественных новообразований анального канала – случайные находки, вполне понятно отсутствие рандомизированных исследований, в связи с чем при анализе литературы сложно определить уровни доказательности согласно общепринятой классификации Оксфордского Центра доказательной медицины.

Пояснения к классификации анального полипа.

- **Гиперпластические полипы.**

Гиперпластические полипы встречаются наиболее часто и является результатом хронических воспалительных процессов анального канала и не представляет собой истинной опухоли. Чаще всего имеют строение «на ножке», в связи с чем могут выпадать из анального канала при дефекации и кровоточить, что обычно и является причиной обращения пациента к колопроктологу. В отличие от истинных аденом, как правило, имеют гладкую поверхность и выявляются при достижении размеров до нескольких сантиметров.

- **Гипертрофированный анальный сосочек.**

В нижней части ампулярного отдела прямой кишки располагаются морганиевы столбики и крипты, окаймленные полулунными клапанами. На этих клапанах по границе зубчатой линии нередко можно наблюдать возвышения – анальные сосочки. Иногда они могут гипертрофироваться и нередко достигают 3-4 см в диаметре. Описывается много причин гипертрофии анальных сосочков, однако большинство авторов указывают на наличие хронического воспалительного процесса в анальном канале. Часто гипертрофированные анальные сосочки принимают за анальные полипы.

- **Клоакогенные полипы.**

В последнее время в литературе все чаще появляется термин «клоакогенный полип», «клоакогенный рак». Данным термином авторы обозначают новообразования, располагающиеся в переходной зоне, месте перехода железистого эпителия в плоскоклеточный. Наиболее частой жалобой данных пациентов является наличие ректальных кровотечений. Так же отмечено сочетание данных новообразований с солитарной язвой прямой кишки [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11].

- **Аденомы анального канала.**

Аденома - доброкачественная опухоль железистого эпителия, имеющая различную степень клеточной дисплазии. Длительное время среди клиницистов существовало мнение, что истинные аденомы не могут располагаться в анальном канале, учитывая плоскоклеточное строение его слизистой оболочки. Однако в последующем было выявлено, что 10-15% злокачественных опухолей анального канала составляют аденокарциномы. Таким образом была доказана возможность роста в анальном канале истинных аденом [3].

Они могут иметь грибовидную форму (на ножке) или быть на широком основании. Аденоматозные полипы могут быть как одиночными, так и множественными и иметь размеры от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Поверхность может быть, как гладкой, так и бугристой. Данный тип полипов часто протекают бессимптомно и выявляются случайно при пальцевом исследовании или при выпадении наружу полипа на ножке при дефекации. Также иногда пациенты предъявляют жалобы на выделение слизи (при наличии ворсинчатой аденомы).

- **Фиброзный полип (синоним: фиброэпителиальный полип).**

Одно из самых частых поражений переходной зоны. Макроскопически узел имеет сферическую или вытянутую форму и диаметр от нескольких миллиметров до 4 см. Его поверхность белого или серого цвета, часто бывает изъязвлена. При гистологическом исследовании строма коллагенизирована и выстлана многослойным плоским эпителием. В ней видны фибробласты с двумя и более ядрами, а также большое количество тучных клеток, иногда гранулемы [12].

- **Разное.**

В литературе описаны единичные случаи, когда в новообразованиях анального канала и прямой кишки были выявлены яйца шистосомы [13, 14, 15, 16].

[Raso P.](#) и соав. (2013) описан клинический случай полипа анального канала, где при исследовании были выявлены яйца *Schistosoma mansoni*, в связи с чем пациенту с клиническим эффектом был проведен курс лечения празиквантелом.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

К основным клиническим симптомам анального полипа относят выпадение их из заднего прохода при дефекации, примесь крови к стулу, дискомфорт, зуд, жжение и даже болезненность в области ануса. К более редким симптомам относятся мокнутие в перианальной области, выделение слизи из прямой кишки. Болевые ощущения при полипе анального канала как правило, не выражены, встречаются не часто и связаны с их травматизацией при выпадении.

2. Диагностика

Критерии установления диагноза/состояния - на основании патогномоничных данных:

1. жалоб
2. анамнестических данных
3. физикального обследования
4. инструментального обследования

2.1 Жалобы и анамнез

Характерные для анального полипа жалобы перечислены в подразделе 1.6 Клиническая картина.

- **Рекомендуется** у пациентов с анальным полипом для уточнения диагноза и определения тактики лечения выявить этиологические факторы заболевания: желудочно-кишечные расстройства, погрешности в диете, злоупотребление алкоголем, кишечные инфекции, воспалительные заболевания дистальных отделов толстой кишки, наличие родственников, страдавших доброкачественными и злокачественными новообразованиями ЖКТ [1, 2].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.2 Физикальное обследование

- У всех пациентов с подозрением на анальный полип **рекомендуется** в обязательном порядке проводить физикальное обследование для уточнения диагноза и определения тактики лечения [1, 17, 18]:
- осмотр перианальной области;
- пальцевое исследование прямой кишки;

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий. При наружном осмотре области промежности и заднего прохода обращают внимание на форму ануса, его зияние, наличие рубцовых изменений и деформации, состояние кожных покровов.

2.3 Лабораторные диагностические обследования

- Лабораторные диагностические исследования рекомендуется выполнять пациентам с полипами анального канала в ходе подготовки и планирования хирургического вмешательства для исключения сопутствующих заболеваний [1, 2].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- Всем пациентам с полипом анального канала на этапе постановки диагноза **рекомендуется** аноскопия для оценки размера, расположения полипа, состояния слизистой оболочки [1].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии. Необходимо произвести осмотр анального канала и дистальной части прямой кишки, оценить расположение, размеры и внешний вид анальных полипов, состояние слизистой оболочки и зубчатой линии с анальными криптами, а также слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки. Это обязательное исследование, проводится с целью точного

определения локализации, визуализации и оценки диаметра анального полипа, наличия или отсутствия рубцовых изменений стенок анального канала и прямой кишки, оценки наличия сопутствующих заболеваний анального канала.

- Всем пациентам с полипом анального канала на этапе постановки диагноза **рекомендуется** ректороманоскопия для диагностики сопутствующих воспалительных заболеваний прямой и сигмовидной кишки (проктит, проктосигмоидит, внутреннее выпадение, болезнь Крона, язвенный колит) [1].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Всем пациентам с полипом анального канала на этапе установления диагноза **рекомендуется** колоноскопия для выявления сопутствующих заболеваний толстой кишки, исключения воспалительных изменений характерных для язвенного колита и болезни Крона [19, 20].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.5 Иные диагностические исследования

- **Рекомендуется** проведение биопсии из анального полипа при подозрении на наличие злокачественного процесса [1].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Дополнительные инструментальные и лабораторные исследования выполняются преимущественно с целью проведения дифференциальной диагностики с рядом заболеваний.

Дифференциальный диагноз проводится с:

- Выпадение слизистой оболочки прямой кишки;
- Выпадение прямой кишки;
- Выпадение геморроидальных узлов;
- Анальная трещина;
- Злокачественная опухоль прямой кишки и анального канала;
- Язвенный колит, болезнь Крона;
- Гемангиома;
- Эндометриоз;
- Травмы прямой кишки;
- Солитарные язвы прямой кишки;
- Опухоль прямой кишки и анального канала;
- Осложненные каудальные тератомы;
- Идиопатический анокопчиковый болевой синдром;
- Прокталгия
- Остроконечные кондиломы
- Синдром раздраженной толстой кишки

3. Лечение

3.1 Хирургическое лечение

Показания и противопоказания для хирургического лечения:

Показания: единственным радикальным методом лечения анальных полипов является хирургическим [2].

Противопоказания: тяжелые заболевания различных органов и систем в стадии декомпенсации. Если удастся добиться улучшения состояния после проведенного лечения, то операция становится возможной.

Комментарий:

- не следует выполнять удаление полипа без обследования толстой кишки;
 - не следует выполнять удаление крупных полипов анального канала (более 3 см) без предварительной его биопсии с целью определения их морфологической структуры;
 - не следует выполнять удаление полипов анального канала на широком основании без предварительного трансанального ультразвукового исследования;
 - не следует удалять гипертрофированные анальные сосочки размером менее 5 мм при отсутствии клинических проявлений.
- Пациентам с полипом анального канала **рекомендуется** проведение операции удаления анального полипа под обезболиванием для улучшения результатов лечения и снижения риска осложнений [1].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

3.1.1 Гиперпластические полипы.

- При наличии у пациента анальных полипов на ножке или размерами более 5 мм **рекомендуется** их удаление с обязательным с патолого-анатомическим исследованием операционного материала с целью исключения наличия истинной аденомы [2, 4, 5].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии. Положение пациента на столе в положении для промежностной литотомии: на спине с уложенными на специальные подставки ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах. После анестезии производится обработка анального канала. В анальный канал вводят ректальное зеркало. Верхушку полипа захватывают зажимом или пинцетом и слегка подтягивают кнаружи. Полип иссекают в пределах здоровых тканей. Затем производят ревизию анального канала с целью гемостаза. При необходимости в прямую кишку можно установить гемостатическую губку. Удаленный препарат направляют на гистологическое исследование. На следующий день производят контрольное исследование анального канала.

3.1.2 Гипертрофированный анальный сосочек.

- **Рекомендуется** пациентам с гипертрофированными анальными сосочками их удаление, с иссечением воспаленной крипты и полулунной заслонки, для устранения патологического образования и улучшения качества жизни пациентов [18].

Комментарии: Техника операции аналогична удалению гиперпластических полипов.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)

3.1.3 Клоакогенные полипы.

- При выявлении у пациента клоакогенных полипов **рекомендуется** их удаление в пределах здоровых тканей с обязательным патологоанатомическим исследованием

биопсийного (операционного) материала для устранения патологического образования и улучшения качества жизни пациентов [8-10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Техника операции аналогична удалению гиперпластических полипов.*

3.1.4 Аденомы анального канала.

- **Рекомендуется** при выявлении у пациента аденомы анального канала ее обязательное удаление через anoscope или трансанальное иссечение с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала прямой кишки для устранения патологического образования и улучшения качества жизни пациентов [1, 2].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Техника операции аналогична удалению гиперпластических полипов.*

3.1.5 Фиброзный полип

- **Рекомендуется** всем пациентам с полипом анального канала после его удаления выполнить обязательное патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала прямой кишки, так как необходимо дифференцировать фиброзные полипы от клоакогенных, учитывая их расположение также в переходной зоне [1-3].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Техника операции аналогична удалению гиперпластических полипов.*

3.2. Диетотерапия

- Пациентам с полипом анального канала в послеоперационном периоде **рекомендуется** соблюдение диеты, богатой растительной клетчаткой, а также исключение пищи, раздражающего характера (прием алкоголя, острой пищи) для ускорения заживления и профилактики послеоперационных осложнений [1].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

3.3 Обезболивание

Принципы обезболивания при возникновении острого или хронического болевого синдрома у пациента, в том числе, по показаниям - с применением наркотических и психотропных лекарственных препаратов, соответствуют принципам, изложенным в клинических рекомендациях Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи «Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи» и методическим рекомендациям Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» «Послеоперационное обезболивание») для купирования болевого синдрома в послеоперационном периоде.

4. Реабилитация

Специальная реабилитация не предусмотрена.

5. Профилактика

- **Рекомендуется** профилактика и лечение воспалительных заболеваний толстой кишки (проктосигмоидит) и анального канала (криптит) пациентам при наличии новообразований анального канала, а именно: гиперпластических, клоакогенных, фиброзных полипах и гипертрофированных анальных сосочков [1, 2, 19, 20].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

При наличии у пациентов истинных аденом анального канала необходимо следующее:

- Всем пациентам с истинными аденомами анального канала, достигшим 50 лет **рекомендуется** проведение эндоскопического обследования толстой кишки (ректороманоскопия, колоноскопия) не реже 1 раза в 3 года для профилактики развития злокачественных новообразований [1, 2, 19, 20].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Всем пациентам с истинными аденомами анального канала, имеющим отягощенный семейный анамнез (наличие полипов у близких родственников, опухолей ЖКТ), **рекомендуется** проведение аноскопии, ректоскопии, эндоскопического обследования (ректороманоскопия, колоноскопия) для профилактики развития злокачественных новообразований [1, 2, 19, 20].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Всем пациентам с истинными аденомами анального канала эндоскопический контроль (колоноскопия) состояния толстой кишки в первый год после эндоскопического вмешательства необходимо проводить не реже 2 раз для профилактики развития злокачественных новообразований [1, 2, 19-22].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Всем пациентам с истинными аденомами анального канала, при отсутствии патологических образований в толстой кишке в течение 5 лет после удаления полипов, **рекомендуется** диспансерное наблюдение 1 раз в 3 года [19, 20, 23].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

У пациентов после перенесенного лечения полипа анального канала:

- Всем лицам, достигшим 50 лет, после перенесенного лечения полипа анального канала **рекомендуется** проведение эндоскопического обследования толстой кишки (колоноскопия, ректороманоскопия) не реже 1 раза в 6 месяцев для профилактики рецидива [2].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- В период заживления раны после перенесенного лечения полипа анального канала **рекомендуется** соблюдение диеты богатой растительной клетчаткой для восстановления самостоятельного стула в послеоперационном периоде, а также исключение пищи раздражающего характера (прием алкоголя и острой пищи), для ускорения заживления и профилактики послеоперационных осложнений [2].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- После выписки пациента после перенесенного лечения полипа анального канала **рекомендуются** контрольные осмотры до полного заживления раны анального канала для улучшения результатов лечения и снижения риска осложнений [2].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Организация оказания медицинской помощи

- лечение пациентов с анальным полипом проводится в амбулаторных условиях, а также в условиях дневного и круглосуточного стационара колопроктологического профиля в зависимости от клинической ситуации;
- оказание помощи пациентам осуществляется врачами-колопроктологами;
- госпитализация пациентов осуществляется в плановом порядке.

Показания для плановой госпитализации:

- в случае необходимости коррекции лечения или невозможность проведения лечебных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях;
- невозможность проведения диагностических или лечебных манипуляций в амбулаторно-поликлинических условиях;
- неэффективность амбулаторного лечения у часто и длительно болеющих пациентов.

Показания к выписке пациента:

- при отсутствии показаний к дальнейшему лечению в стационаре;
- при необходимости перевода пациента в другое лечебное учреждение;
- по требованию пациента или его законного представителя;
- в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка стационара, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих.

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Отрицательно влияют на исход лечения:

1. Присоединение инфекционных осложнений.
2. Нарушение стула (диарея или запор).
3. Несоблюдение пациентом ограничений двигательной активности и физических нагрузок.

Критерии оценки качества медицинской помощи

| <i>№</i> | <i>Критерии качества</i> | <i>Оценка выполнения</i> |
|----------|--|--------------------------|
| 1 | Выполнено всем пациентам с подозрением на анальный полип пальцевое исследование прямой кишки | Да/Нет |
| 2 | Выполнена anosкопия всем пациентам с подозрением на анальный полип | Да/Нет |
| 3 | Выполнена ректороманоскопия всем пациентам с подозрением на анальный полип | Да/Нет |
| 4 | Проведено хирургическое лечение (с учетом конкретной клинической ситуации) | Да/Нет |
| 5 | Отсутствие гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационных ранах | Да/Нет |
| 6 | Восстановлен самостоятельный стул в послеоперационном периоде | Да/Нет |

Список литературы

1. Steele, S., Hull, T.L. et al. The ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery. Springer, 2019; p 189-201.
2. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3. Herold A. et al. Coloproctology, European Manual of Medicine. Springer, 2017; p 59-74.
4. Шельгин Ю.А., Нечушкин М.И., Рыбаков Е.Г. Опухоли анального канала и перианальной кожи. М.: Практическая Медицина, 2011.
5. Андреас М. Кайзер. Колоректальная хирургия. Пер. с англ. под ред. Ю.А. Шельгина, С.Е. Урядова. М.: Издательство Панфилова, 2011. – 751 с.
6. Ewertsen C, Svendsen C.B., Svendsen L.B., Mogensen A.M Inflammatory cloacogenic polyp. UgeskrLaeger. 2008 Aug 25;170 (35):2708.
7. Hanson IM, Armstrong GR. Anal intraepithelial neoplasia in an inflammatory cloacogenic polyp. J ClinPathol. 1999. May;52(5):393-394.
8. Levey JM, Banner B, Darrah J, Bonkovsky HL. Inflammatory cloacogenic polyp: three cases and literature review. Am J Gastroenterol. 1994 Mar;89(3):438-441.
9. Lobert PF, Appelman HD. Inflammatory cloacogenic polyp. A unique inflammatory lesion of the anal transitional zone. Am J SurgPathol. 1981. Dec;5(8):761-766.
10. Mathialagan R, Turner MJ, Gorard DA. Inflammatory cloacogenic polyp mimicking anorectal malignancy. Eur J GastroenterolHepatol. 2000. Feb;12(2):247-250.
11. Saul SH. Inflammatory cloacogenic polyp: relationship to solitary rectal ulcer syndrome/mucosal prolapse and other bowel disorders. Hum Pathol. 1987. Nov;18(11):1120-1125.
12. Shih CM, Tseng HH, Tu UC. Inflammatory cloacogenic polyp of anus: report of three cases. ZhonghuaYiXueZaZhi (Taipei). 1990. Jan;45(1):69-74.
13. Abdullgaffar B, Abdulrahim M, Ghazi E. Benign fibrous polyp presenting in anal canal. AnnDiagnPathol. 2012. Sep 18. pii: S1092-9134(12)00106-2.
14. Abe Y, Inamori M, Fujita K et al. Gastrointestinal rectal polyp associated with schistosomiasis. J GastroenterolHepatol 2006;21 (7): 1216.
15. Gholam P, Autschbach F, Hartschuh W. Schistosomiasis in an HIV-positive patient presenting as an anal fissure and giant anal polyp. ArchDermatol. 2008 Jul;144(7):950-952.
16. Raso P, Sander EM, Raso LA, Andrade FilhoJde S. Anal polyp caused by Schistosomamansonii. RevSocBrasMedTrop. 2013;46(2):252-254.
17. Gupta PJ. Hypertrophied anal papillae and fibrous anal polyps, should they be removed during analfissure surgery? World J Gastroenterol. 2004 Aug 15;10(16):2412-2414.
18. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник колопроктолога. М.: Литтера, 2012.
19. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М.: МИА, 2006. С.79-82, 94.
20. Church JM. Analysis of the colonoscopic findings in patients with rectal bleeding according to the pattern of their presenting symptoms. DisColonRectum 1991;34:391-395.
21. Rex DK, Bond JH, Winawer S, et al. Quality in the technical performance of colonoscopy and the continuous quality improvement process for colonoscopy: recommendations of the U.S. Multi-Society Task Force on colorectal cancer. Am J Gastroenterol 2002;97:1296-1308.
22. Laurence R. Sands, Dana R. Sands. Ambulatory Colorectal Surgery. Informa 2009; 79-85.
23. Marvin L. Corman, M.D. Colon and Rectal Surgery. Lippincott 2005; 1743: 177-255.

Приложение А1. Состав рабочей группы

| № | Ф.И.О. | Ученая степень | Ученое звание | Профессиональная ассоциация |
|-----|------------------------------------|----------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. | Шельгин Юрий Анатольевич | Д.м.н. | Академик РАН, Профессор | Ассоциация колопроктологов России |
| 2. | Фролов Сергей Алексеевич | Д.м.н. | Профессор | Ассоциация колопроктологов России |
| 3. | Кашников Владимир Николаевич | Д.м.н. | | Ассоциация колопроктологов России |
| 4. | Титов Александр Юрьевич | Д.м.н. | | |
| 5. | Благодарный Леонид Алексеевич | Д.м.н. | Профессор | |
| 6. | Веселов Алексей Викторович | К.м.н. | | Ассоциация колопроктологов России |
| 7. | Москалев Алексей Игоревич | К.м.н. | | Ассоциация колопроктологов России |
| 8. | Кузьминов Александр Михайлович | Д.м.н. | Профессор | Ассоциация колопроктологов России |
| 9. | Королик Вячеслав Юрьевич | К.м.н. | | Ассоциация колопроктологов России |
| 10. | Костарев Иван Васильевич | Д.м.н. | | Ассоциация колопроктологов России |
| 11. | Иванов Владимир Васильевич | К.м.н. | | Ассоциация колопроктологов России |
| 12. | Захарченко Александр Александрович | Д.м.н. | Профессор | Ассоциация колопроктологов России |
| 13. | Васильев Сергей Васильевич | Д.м.н. | Профессор | Ассоциация колопроктологов России |

Все члены рабочей группы являются членами Общероссийской Общественной Организации «Ассоциация колопроктологов России». Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

1. Врачи-колопроктологи
2. Врачи-хирурги
3. Врачи-гастроэнтерологи
4. Врачи-терапевты
5. Врачи общей практики (семейные врачи)
6. Врачи-эндоскописты
7. Медицинские работники со средним медицинским образованием
8. Организаторы здравоохранения
9. Врачи-эксперты медицинских страховых организаций (в том числе при проведении медико-экономической экспертизы)
10. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты.

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

| УДД | Расшифровка |
|-----|--|
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 3 | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

| УДД | Расшифровка |
|-----|--|
| 1 | Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3 | Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай-контроль» |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов |

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УРР) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

| УРР | Расшифровка |
|-----|---|
| A | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными) |
| B | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются |

| | |
|---|---|
| | важными, не все исследования имеют высокое удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |
| C | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР (клинических рекомендации) но не чаще 1 раз в 6 месяцев.

Приложение А3. Связанные документы

Связанные документы

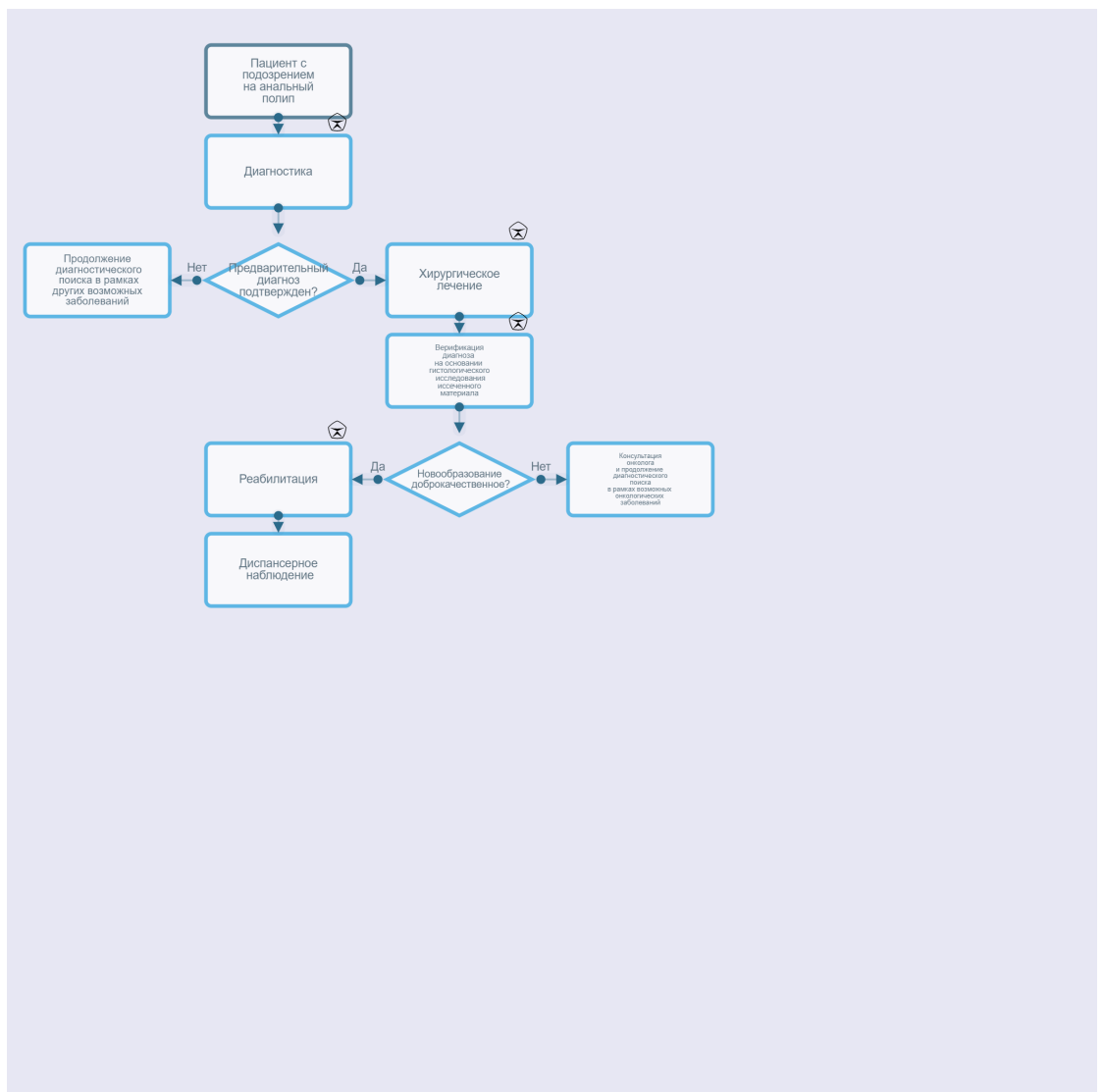
Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Статья 76 Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в части разработки и утверждении медицинскими профессиональными некоммерческими организациями клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;
2. Приказ от 2 апреля 2010 г. N 206н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля" Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации;
3. Федеральный Закон Российской Федерации от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";
4. Приказ Минздрава России от 7 июля 2015 г. N 422ан "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи";
5. Приказ Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации от 17 декабря 2015 г. N 1024н «О классификации и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»;
6. Федеральный Закон от 17.07.1990 178-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 08.12.2010 N 345-ФЗ, от 345-ФЗ, от 01.07.2011 N 169ФЗ, от 28.07.2012 N 133-ФЗ, от 25.12.2012 N 258-ФЗ, от 07.05.2013 N 99-ФЗ, от 07.05.2013 N 104-ФЗ, от 02.07.2013 N 185-ФЗ, от 25.11.2013 N 317-ФЗ) «О государственной социальной помощи».

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента



Анальные полипы у взрослых



Приложение В. Информация для пациентов

Анальный полип является заболеванием преимущественного доброкачественного генеза и в подавляющем большинстве случаев может выступать как исход сопутствующей патологии дистального отдела пищеварительного тракта (хроническая анальная трещина, тромбированный внутренний геморроидальный узел, пролапс слизистой прямой кишки и т.п.). В настоящее время истинная распространенность данной патологии не известна. Это обстоятельство, в свою очередь, существенно затрудняет оценку рисков и разработку методов профилактики. Однако, известно, что клинические проявления данной патологии могут быть различными: выпадение анального полипа из анального канала, изъязвление, кровотечение, боли. В этом случае необходимо скрининговое обследование пациента в объеме аноскопии с биопсией, колоноскопии, при необходимости ультразвукового исследования ректальным датчиком. По классификации З. Маржатка все полипы анального канала делятся на «истинные» и полипы неопухолевой природы. К «истинным» полипам относят эпителиальные (аденома, карциноид) и неэпителиальные (лейомиома, липома, гемангиома и др.). К полипам неопухолевой природы относятся гиперпластические, гамартому анального канала, воспалительные полипы и гиперплазия анальных сосочков. В этом случае особое значение, определяющее тактику лечения и последующего наблюдения пациента, имеет морфологическая структура образования.

Комплекс диагностических и лечебных мероприятий определяется индивидуально на основании клинических проявлений и особенностей течения заболевания.

Приложение Г.