

Н.А. ЛОМОВА, к.м.н., Н.В. ДУБРОВИНА, к.м.н., И.Е. ДРАГУН, к.м.н., Е.С. ТОЛСТОПЯТОВА
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова Минздрава России, Москва

ГЕМОРРОЙ У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ: ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

Геморрой является одним из наиболее распространенных заболеваний во время беременности и послеродовом периоде. Заболевание имеет острую и хроническую формы, проявляясь в виде тромбоза, воспаления и кровотечения. По течению заболевания выделяют хроническое и острое. Острый геморрой является осложнением хронического течения и подразделяется по выраженности тромбоза и воспаления. Эта классификация соответствует патогенезу геморроя, удобна и дает возможность в практической работе, в зависимости от стадии заболевания и степени выраженности, объективно определить показания и выбрать необходимый способ лечения. Консервативное лечение острого и хронического геморроя направлено на купирование симптомов острого геморроя, предотвращение осложнений, профилактику обострений при хроническом течении. Применяемые лекарственные препараты обладают противовоспалительным, обезболивающим, гемостатическим действиями, улучшают кровоток и микроциркуляцию крови в кавернозных образованиях. В статье представлены данные о препарате выбора при лечении геморроя у беременных и родильниц.

Ключевые слова:

геморрой
лечение
местная терапия
посттеризан

Геморрой – патологическое увеличение геморроидальных узлов, проявляющееся периодическими кровотечениями, выпадением узлов из анального канала и частыми воспалениями.

Основой геморроя являются кавернозные образования, которые располагаются в виде внутренних узлов в анальном канале и наружных узлов под кожей промежности в непосредственной близости от анального отверстия.

Главным фактором развития геморроя выступает нарушение оттока крови по венулам от кавернозных телец прямой кишки и их последующая гиперплазия в ее дистальном отделе и анальном канале. Кавернозные тельца располагаются в области основания морганиевых колонн диффузно или в трех зонах: на левой боковой, правой переднебоковой и правой заднебоковой стенках анального канала, они анатомически отличаются обилием прямых артериовенозных анастомозов. В связи с этим при геморрое кровотечения носят артериальный характер и представляют опасность для пациента. К причинам возникновения геморроя относят врожденную функциональную недостаточность соединительной ткани, нарушение нервной регуляции тонуса венозной стенки, повышение венозного давления вследствие запоров, длительной работы в положении стоя или сидя [1–3].

Важным предрасполагающим фактором развития геморроя у женщин являются беременность и роды, предшествующие хронические запоры, давление на стенки кишки со стороны матки, находящейся в неправильном положении, а также застой в системе воротной вены и др. [1, 2]. По статистике, у нерожавших женщин геморрой встречается в 5 раз реже, чем у рожавших хотя бы один раз. Геморрой встречается у 7,7% небеременных, у 25,7% беременных и у 49,8% родильниц. Геморрой у беременных зачастую осложняет течение родов и послеродовой период [4–6]. В 40% случаев отмечается сочетание наружного и внутреннего геморроя. Локализованный наружный геморрой наблюдается у 10% больных [2, 3, 5].

Запоры, часто встречающиеся у женщин во время беременности, в послеродовом периоде обычно делятся в течение 3–5 нед. В этот период геморрой протекает особенно мучительно.

Геморрой может проявляться в двух формах – остром и хроническом течении заболевания. По существу эти формы являются фазами одного и того же процесса. Острый геморрой развивается в результате тромбоза геморроидальных узлов, сопровождающегося болями в области заднего прохода. В ряде случаев острое воспаление сопровождается отеком перианальной области и некрозом узлов. Тромбоз геморроидальных узлов является показанием к началу антикоагулянтной терапии под контролем проктолога.

Типичный симптомокомплекс хронического течения заболевания складывается из повторяющихся кровотечений, связанных с дефекацией и выпадением геморроидальных узлов.

Первым грозным осложнением заболевания являются кровотечения из анального канала, которые отмечаются более чем у половины пациентов. Длительное выделение крови из геморроидальных узлов приводит к анемии пациента. Анеректальное кровотечение, помимо геморроя, может являться симптомом злокачественных опухолей толстой кишки, дивертикулеза, неспецифического язвенного и гранулематозного колитов.

Вторым по частоте симптомом геморроя является выпадение геморроидальных узлов. Между увеличением длительности заболевания, его стадией и частотой выпадения геморроидальных узлов выявляется прямая зависимость.

Кроме того, под маской геморроя протекают такие заболевания, как полипы и колоректальный рак. Таким образом, при проявлениях геморроя обязательным является проведение обследования, включающего пальцевое исследование, ректоскопию, колоно- или ирригоскопию. При подозрении на опухоль необходимо выполнение биопсии и углубленного обследования пациента.

Болевой синдром при хроническом течении геморроя встречается редко и возникает при присоединении такого осложнения, как тромбоз наружных геморроидальных узлов с перианальным отеком, трещиной анального канала, тромбозом и выпадением внутренних геморроидальных узлов. Причиной выраженного болевого синдрома могут быть острый или хронический парапроктит, опухоль прямой кишки с перифокальным воспалением или болезнь Крона с перианальными осложнениями. Слизистые или гнойные выделения характерны для воспалительных и опухолевых заболеваний прямой кишки. Воспалительный процесс перианальной клетчатки может привести к острому парапроктиту, являясь одним из серьезных осложнений геморроя, которое тяжело поддается терапии [1, 2]. Обострение хронического геморроя принято подразделять по выраженности тромбоза и воспаления на три степени:

- I степень – тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительной реакции;
- II степень – тромбоз геморроидальных узлов с их воспалением;
- III степень – распространенный тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов с воспалением подкожной клетчатки, отеком перианальной кожи, некрозом слизистой оболочки геморроидальных узлов.

Эта классификация соответствует патогенезу геморроя и дает возможность в рутинной практической работе объективно определить показания и выбрать необходимый способ лечения [4].

Клинические симптомы геморроя при беременности не имеют специфических проявлений. Чаще всего это боли в заднем проходе, ректальные кровотечения и анальный зуд. Во время гестационного периода геморрой зачастую выявляется в бессимптомной стадии. Эти женщины не предъявляют жалоб, но при проведении аноскопии обнаруживаются геморроидальные узлы. Своевременное выявление беременных с клинически бессимптомным геморроем и проведение у них профилактических мер

дает возможность предупредить его развитие, осложняющее течение родов и послеродовой период [3, 5, 6].

Нужно отметить, что клиническая картина геморроя у беременных растянута во времени. В начале заболевания появляются неприятные ощущения в области заднего прохода, усиливающиеся после акта дефекации. В дальнейшем присоединяются такие симптомы, как боли, увеличение геморроидальных узлов, кровотечение, анальный зуд и др. [6–8].

В половине случаев у женщин, страдающих геморроем во время беременности, после родов наступает обострение заболевания. Во время второго периода родов происходит механическое сдавление геморроидальных узлов опускающейся головкой плода, в ряде случаев длительное при крупных размерах плода у первородящих. Нарушение венозного оттока и гипоксия тканей создают дополнительные условия для раскрытия артериовенозных анастомозов непосредственно в просвет кавернозных полостей прямой кишки. Чем продолжительнее период родовой деятельности, тем более выражены эти процессы. После родов происходит постепенное сокращение сфинктера заднего прохода, внутренние узлы уменьшаются и самостоятельно вправляются, но при быстром сокращении сфинктера возможно ущемление узлов и развитие острого геморроя [5, 7, 9].

При остром и начальных этапах хронического геморроя проводится консервативное лечение. Целью терапии выступает купирование болевого синдрома и воспаления, нормализация кровообращения в области прямой кишки.

Консервативное лечение включает:

- системную терапию флеботониками и антикоагулянтами;
- местную терапию с применением мазей, гелей, суппозиториев и микроклизм с ранозаживляющим, обезболивающим и противозудным эффектом;
- ношение компрессионного трикотажа.

В половине случаев у женщин, страдающих геморроем во время беременности, после родов наступает обострение заболевания.

Во время второго периода родов происходит механическое сдавление геморроидальных узлов опускающейся головкой плода

Одновременно назначается диета, содержащая продукты, богатые клетчаткой: овощи, фрукты, отруби. Следует исключить из рациона острые блюда, пряности и алкоголь [3, 5, 6].

Геморрой во время беременности и послеродового периода существенно влияет не только на состояние пациентки, но и на качество жизни. При выборе препарата для лечения беременной или кормящей женщины следует учитывать не только его безопасность как для самой пациентки, так и для плода и новорожденного, но и удобство в применении, повышающее комплаентность пациента и конечный эффект лечения.

На сегодняшний день на рынке появился препарат постериран, относящийся к фармакологической группе иммуномодуляторов. Он стимулирует факторы иммунного

ответа на локальном уровне, способствуя повышению регенерационных способностей поврежденных тканей и их быстрому восстановлению. Таким образом, местная терапия постерианом обладает всеми необходимыми для консервативного лечения эффектами: ранозаживляющим, обезболивающим и противозудным.

Постериан – препарат для местного применения при заболеваниях аноректальной области. Производится фармацевтической компанией Dr. Kade, Германия, фармдистрибутором на российском рынке является компания «Катрен».

Содержащиеся в постериане антигены клеточных стенок и метаболиты кишечной палочки повышают местную резистентность тканей к воздействию патогенной микрофлоры, контактируя со слизистой оболочкой прямой кишки и кожей аногенитальной области. Препарат оказывает воздействие на факторы иммунного ответа на локальном уровне и увеличивает фагоцитарную активность лейкоцитов и клеток ретикулоэндотелиальной системы, уменьшает экссудацию сосудов при воспалении, нормализует проницаемость и тонус кровеносных сосудов, стимулирует регенерацию поврежденных тканей. В состав препарата входят инактивированные микробные клетки *E. coli* и комплекс вспомогательных веществ.

Препарат выпускается в двух лекарственных формах: мазь и свечи. Показаниями к применению служат следующие показания: упорное течение геморроя, перианальный дерматит, выделения и жжение в анальной области вследствие геморроидальных заболеваний, анальный зуд, анопапиллит, экземы, анальная трещина.

Мазь наносят тонким слоем на пораженный участок кожи и слизистой оболочки утром и вечером, а также после каждого акта дефекации. Для более глубокого введения мази в анальный канал можно использовать навинчивающийся аппликатор, прилагаемый к комплекту. Свечи ректальные применяют утром и вечером, а также после каждого акта дефекации. Возможно комбинированное использование мази и суппозиториев. Курс лечения продолжается 2–3 нед.

В редких случаях возможны аллергические реакции у пациентов с повышенной чувствительностью к фенолу. Противопоказан препарат при бактериальных и грибковых инфекциях в области лечения повышенной чувствительности к гидрокортизону или другим компонентам препарата постериан форте.

Следует отметить, что местной терапии постерианом, как и любым другим препаратом для локального консервативного лечения, должны предшествовать необходимые диагностические клинико-лабораторные обследования. Комплекс диагностических мероприятий будет способствовать своевременной диагностике тромбоэмболических осложнений и переходу к оперативному лечению.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ПОСТЕРИАН ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И КОРМЛЕНИИ ГРУДЬЮ

Возможно применение постериана при беременности по показаниям. Нет данных о том, что при примене-

нии препарата постериан форте гидрокортизон проникает через плацентарный барьер или выделяется с грудным молоком. До настоящего времени не обнаружено никаких сведений, указывающих на повреждающее действие препарата на плод. Вместе с тем препарат постериан форте, как и все лекарственные препараты, должен применяться при беременности и в период лактации только по назначению врача.

Обострение геморроя, особенно в сочетании с послеродовыми травмами промежности, являются наиболее частыми заболеваниями, влияющими на качество течения послеродового периода.

Применение при данных состояниях препарата постериан существенно облегчает клинику течения заболевания, ускоряет процесс заживления, расширяет возможности полноценного совместного пребывания матери и новорожденного, не вызывает побочных явлений.

Таким образом, препарат постериан сочетает в себе все необходимые качества для эффективного консервативного лечения геморроя и предупреждения его осложнений во время беременности и в послеродовом периоде.

В практике послеродового физиологического отделения препарат постериан использовался у 36 родильниц с геморроем. У всех пациенток не было отмечено осложнений, положительный результат достигался уже после первых трех дней использования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение следует подчеркнуть, что задачей консервативной терапии геморроя в акушерской практике является устранение основных синдромов ХВН, а также их активная профилактика и лечение. Оптимальный алгоритм ее проведения – комбинация эластической компрессии, системной антикоагулянтной и местной терапии. При этом выбор конкретного препарата должен определяться критериями доказательной медицины и проводиться под контролем проктолога.



ЛИТЕРАТУРА

1. Wall LL. Pelvis, posture and protrusion: evolution and haemorrhoids. *BJOG*, 2014, 121(13): 1672.
2. Zielinski R, Searing K, Deibel MJ. Gastrointestinal distress in pregnancy: prevalence, assessment, and treatment of 5 common minor discomforts. *Perinat Neonatal Nurs*, 2015, 29(1): 23-31.
3. Altomare DF, Giannini I. Pharmacological treatment of hemorrhoids: a narrative review. *Expert Opin Pharmacother*, 2013, 14(17): 2343-9.
4. Воробьев Г. И., Шельгин Ю. А., Благодарный Л. А. Геморрой. М.: Митра-Пресс, 2002.
5. Шехтман М.М., Козинова Н.В. Геморрой у беременных. *Гинекология*, 2004, 6, 6: 7-12.
6. Abramowitz L. Management of hemorrhoid disease in the pregnant woman. *Gastroenterol Clin Biol*, 2008 May, 32(5 Pt 2): S210-4. Epub 2008 May 23.
7. Hollingshead JR, Phillips RK. Haemorrhoids: modern diagnosis and treatment. *Postgrad Med J*, 2015, 1: 67-74.
8. Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids. *Surg Clin North Am*, 2010, 90(1): 17-32.
9. Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complication: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*, 2006, 101(1): 181-188.