

І.Г. Криворчук, Олександрівська клінічна лікарня м. Києва; Ю.В. Давидова, А.Ю. Ліманська, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ

Геморой під час вагітності та у післяпологовому періоді: хірургічне або консервативне лікування

За даними різних авторів [1], у колопроктології геморой посідає одне з провідних місць у структурі захворюваності, поширеність його наразі висока і становить 140-180 хворих на 1000 дорослого населення. У жінок геморой проявляється або ж загострюється переважно під час вагітності, пологів або у післяпологовому періоді. За статистикою, жінки, які не народжували, страждають на геморой у 5 разів рідше, ніж ті, хто народжував хоча б один раз.

Геморой у вагітних часто ускладнює перебіг пологів та післяпологовий період [1, 2]. Вагітність і пологи є одними з основних провокувальних чинників розвитку геморою у жінок. У І триместрі вагітності захворювання виявляють у 33% вагітних, у II — у 35%, у III — у 42%, після пологів — у 41% породіль, причому зі збільшенням віку жінок частота діагностування геморою достовірно зростає.

Розглянемо докладніше основні причини розвитку геморою у вагітних. До них належать хронічні закрепи, зниження фізичної активності (рухливості), порушення циркуляції крові в нижній половині тулуба. Так, при хронічних закрепах спостерігається розтягнення і напруження стінок прямої кишки під час акту дефекації, що, у свою чергу, призводить до утворення геморойдальних вузлів (ГВ). У вагітних частота виникнення закрепів значно вища, ніж в інших жінок, переважно через зниження тону кишечника під час вагітності під впливом гормонів фетоплацентарного комплексу.

Зниження фізичної активності сприяє застою крові у венозному сплетінні прямої кишки, яке з часом призводить до тромбозу вен та утворення ГВ. У III триместрі вагітності посилюється здавлення нижньої порожнистої вени, що спричиняє застій крові у венах ніг і прямої кишки. Слід зауважити, що під час пологів у жінки значно підвищується внутрішньочеревний тиск, тому ризик виникнення геморою в післяпологовому періоді зростає.

Розвиток геморою відбувається у кілька етапів. Під дією факторів, описаних вище, поступово розширюються кровоносні судини геморойдального (кавернозного) сплетіння прямої кишки. При цьому розтягнення вен тим більше, чим вище термін розвитку вагітності. Стінки вен прямої кишки зростають та втрачають еластичність, і з часом це призводить до випинання вен під слизову оболонку.

Навіть при фізіологічно проведених пологах у жінок, перебіг вагітності яких ускладнився гемороєм, спостерігається загострення хвороби. Незважаючи на те що ця проблема є давно відомою, обрати правильну тактику лікування іноді дуже складно. Акушери-гінекологи, які

здійснюють антенатальне спостереження вагітних, при виявленні геморою та відсутності ефекту від його консервативного лікування направляють пацієнток до хірургів.

При веденні ускладненої гемороєм вагітності традиційно обирають очікувальну тактику. Крім того, більшість інструкцій препаратів для лікування геморою містять зауваження про обережне застосування під час вагітності, що також ускладнює підходи до лікування [3].

Необхідно зазначити, що основне завдання медикаментозного супроводу при геморої у вагітних полягає у контролі гострих симптомів. На сьогодні залишається дискусійним питання щодо справжньої ефективності місцевого лікування симптоматичного геморою.

Більш ефективними фахівці вважають препарати для перорального прийому, серед яких флавоноїди є найкраще вивченими. Основне призначення пероральних флеботоніків — збільшити тонус судин, зменшити венозну ємність, знизити проникність капілярів, полегшити лімфатичний дренаж, забезпечивши протизапальну дію. У 2012 році було проведено великий метааналіз флеботоніків у лікуванні геморою. Виявлено, що вони справляють значний позитивний вплив на зменшення кровотечі, свербіж у покращують якість життя.

Геморой — серйозне захворювання, що ускладнює вагітність і післяпологовий період, проте правильно обрані й проведені систематично консервативні методи лікування зазвичай забезпечують досягнення гарного ефекту за один-два місяці на ранній стадії захворювання. У разі хронічних, рецидивуючих та ускладнених випадків пацієнти стають резистентні до консервативної терапії.

Пролапс геморою, як правило, є хронічним явищем. Гострий пролапс, при якому геморойдальна маса виходить за сфінктер поза межі заднього проходу, може призвести до обструкції венозного повернення, набряку та порушення кровообігу.

Хронічний геморой істотно знижує якість життя жінки; такого доволі поширеного ускладнення цього захворювання, як опущення (випадання слизової оболонки прямої кишки), можна позбутися тільки за допомогою хірургічного лікування. Оперативне втручання, як правило, дає стійкий результат. При правильно підібраній методиці оперативного втручання рецидив (в окремих випадках) настає не раніше, ніж через 15-18 років із моменту операції.

Відтак золотим стандартом лікування ускладненого геморою є оперативне лікування з високим ступенем результативності. Вагітні, що страждають на геморой із випаданням внутрішніх вузлів і у яких часто спостерігається загострення хвороби, підлягають госпіталізації та хірургічному лікуванню. Терміни операції визначають індивідуально. Хворих із такими ускладненнями лікують за допомогою оперативних (проводять геморойдектомію — видалення вузлів) або малоінвазивних методів (виконують склеротерапію, лігування, інфрачервону та лазерну фотокоагуляцію). Якщо дозволяє стан вагітної, усі втручання слід проводити після пологів [3, 4].

Перебіг хронічного геморою поділяють на чотири стадії. В I стадії випадання ГВ не спостерігається. У II стадії ГВ випадають під час акту дефекації, проте самі вправляються в анальний канал. При цьому кровотеча може бути і ні. III стадія характеризується тим, що ГВ, що випали, самі не вправляються, тому жінка після кожного акту дефекації сама вимушена вправляти їх. На IV стадії спостерігається постійне випадання ГВ,

вправити їх назад неможливо [5, 6]. При хронічному геморої відбувається виділення яскраво-червоної крові під час дефекації, випадання ГВ, тупий безперервний біль у задньому проході, свербіж. Пацієнтки з хронічним гемороєм скаржаться на виражений дискомфорт, пов'язаний із больовим синдромом, стійке зниження якості життя, що призводить до того, що вони не можуть належно доглядати за дитиною. З огляду на те що жінкам у післяпологовому періоді притаманний лабільний емоційний стан, усе вищевикладене є тригером до розвитку післяпологової депресії [7].

Отже, жінкам, резистентним до консервативної терапії, і/або яким діагностовано гемороєм IV стадії, показано оперативне лікування [8, 9].

У зв'язку з тим що найчастіше при геморої IV стадії разом із вузлами випадає слизова оболонка прямої кишки, методом вибору можна вважати модифіковану операцію Уайтхеда. Класична операція Уайтхеда полягає у видаленні слизової прямої кишки довжиною 5-8 см від заднього проходу й підшиванні країв ампули прямої кишки, що залишилися, до шкіри.

Наш власний метод модифікації полягає у відсіканні на рівні гребінця ліній надлишку пролабованої слизової оболонки разом зі зміненими ГВ, при цьому біла лінія не відсікається. Слизова оболонка підшивається на рівні відсікання окремими швами з шовним матеріалом, що розсмоктується. Ця операція показана при випаданні ГВ і слизової оболонки, яка займає 2/3 і більше діаметра прямої кишки, і майже не має ускладнень. Методика дає змогу дозовано регулювати міру натягнення шкірно-слизового лоскута, що запобігає порушенню кровопостачання післяопераційного шва. Істотним компонентом модифікованої операції Уайтхеда є проведення періанальної пластики, що допомагає досягти рівномірної епітелізації рани. Особливо важливим для молодих жінок є забезпечення косметичного та естетичного ефекту завдяки виконанню пластичного етапу цього модифікованого хірургічного втручання.

Іще одним сучасним хірургічним методом лікування ускладненого геморою, в основі якого лежить циркулярне відсікання слизової прямої кишки, є операція Лонго. Цей апаратний хірургічний метод полягає в циркулярній резекції слизової ампули прямої кишки вище зубчастої лінії, що забезпечує «підтягнення» ГВ у просвіт кишки та подальше запускання останніх унаслідок припинення в них кровообігу. Утім, операція Лонго має низку недоліків. До основних проблем, з якими стикаються хірурги-проктологи, зараховують такі:

- неможливість видалення тканин зовнішніх ГВ, що згодом призводить до появи косметичних дефектів у періанальній ділянці;
- неможливість дозовано регулювати міру натягнення шкірно-слизового лоскута, і, як наслідок, підвищення вірогідності порушення кровопостачання післяопераційного шва;
- можливість розвитку некрозу прямої кишки за рахунок неконтрольованої прошивки судин апаратом, що згодом може потребувати її екстирпації;
- висока вартість одного апарату для прошивки.

Клінічний випадок

Пацієнтка О. звернулася через 4 міс після пологів зі скаргами на свербіж, болі в анальній ділянці, випадання вузлів, кровоточивість до й після дефекації.



І.Г. Криворчук



Ю.В. Давидова



Склад лікарського засобу: 1 таблетка містить діосмін, що відповідає діосміну безводного чистого 600 мг. **Фармакотерапевтична група.** Ангіопротектори. Капіляростабілізуючі засоби. Біофлавоноїди. Код АТС C05C A03. **Показання для застосування:** для полегшення симптомів, обумовлених лімфовенозною недостатністю, таких як відчуття важкості у нижніх кінцівках, біль, трофічні розлади; у комплексному лікуванні загострення геморою; як додатковий метод лікування підвищеної ламкості капілярів, порушення мікроциркуляції. **Спосіб застосування та дози.** Для перорального застосування. При хронічній лімфовенозній недостатності: 1 таблетка на день вранці перед сніданком. Тривалість курсу лікування визначає лікар залежно від перебігу захворювання. Тривалість лікування залежить від показань до застосування та від стадії захворювання. Середня тривалість лікування складає 2 місяці. При гострому геморої: 2-3 таблетки на день під час прийому їжі протягом 7 днів, у разі необхідності лікування продовжують по 1 таблетці 1 раз на добу до 1-2 місяців. Якщо після лікування гемороєм залишилися симптоми захворювання, необхідно звернутися до проктолога для корекції лікування. Максимальна добова доза — 1800 мг (3 таблетки). **Протипоказання.** Підвищена чутливість до компонентів препарату, особливо у пацієнтів, схильних до алергічних реакцій на кошеніль червону А (Е 124). Препарат зазвичай не рекомендується застосовувати у період годування груддю. **Побічні ефекти.** Можливі алергічні реакції, включаючи шкірні висипання, свербіж. Рідко можливі диспептичні розлади, головний біль. РП № UA/8590/01/01



Рис. 1. Множинні ГВ із пролабуванням слизової прямої кишки назовні



Рис. 2. Вигляд ГВ при проведенні дивульсії прямої кишки



Рис. 3. Вигляд періанальної ділянки після модифікованої операції Уйтхеда



Рис. 4. Алгоритм вибору тактики при гемороїді під час вагітності

Консервативне лікування впродовж двох місяців виявилось неефективним, виникло випадання слизової прямої кишки (рис. 1). У зв'язку з цим хвора потребувала хірургічного лікування. Їй було виконано модифіковану операцію Уйтхеда з пластикою періанальної ділянки (рис. 2, 3).

Післяопераційний період перебігав без ускладнень, жінку виписали додому на 5-ту добу, рекомендовано дотримуватися дієти і приймати венотоніки.

Висновки

Гемороїд — захворювання, яке потребує спеціального лікування (рис. 4). Помилково вважати, що лікувати гемороїд треба лише у разі виникнення вираженого больового синдрому, кровотеч і розвитку тяжких ускладнень.

Сьогодні операцією вибору при ускладненому гемороїді у пацієнток після пологів є модифікована операція Уйтхеда з подальшою пластикою періанальної ділянки, що дає змогу уникнути косметичних дефектів, що особливо важливо для молодих жінок.

У післяопераційному періоді для збереження ефекту від оперативного втручання рекомендовано застосовувати венотоніки.

Значного ефекту було досягнуто під час використання діосміну в медикаментозному лікуванні симптомів гемороїду. У нашій країні застосовують препарат Флебодія 600 мг, який не має протипоказань до застосування під час вагітності. Рекомендована для прийому доза — 2-3 таблетки на день під час їжі протягом 7 днів, а потім у разі необхідності — по 1 таблетці 1 раз на добу впродовж 1-2 міс.

Література

- Chand M., Nash G.F., Dabbas N. The management of haemorrhoids. Br J Hosp Med 2008; 69 (1): 35-40.
- Abramowitz L., Batallan A. Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoid) during pregnancy and postpartum. Gynec Obstet Fertil 2003; 31 (6): 546-549.
- Hibberts F., Schizas A. Assessment and treatment of patients with haemorrhoids. Nurs Stand 2010; 24 (18): 51-56.
- Avsar A.F., Keskin H.L. Haemorrhoids during pregnancy. J Obstet Gynaec 2010; 30 (3): 231-237.
- Lohsiriwat V. Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management. World J Gastroenterol 2012; 18 (17): 2009-2017.
- Sneider E.B., Maykel J.A. Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids. Surg Clin North Am 2010; 90 (1): 17-32.
- Abramowitz L. Management of hemorrhoid disease in the pregnant woman. Gastroenterol Clin Biol 2008; 32 (5): 210-214.
- Staroselsky A., Nava-Ocampo A.A., Vohra S. et al. Hemorrhoids in pregnancy. Can Fam Physician 2008; 54 (2): 189-190.
- Sanchez C., Chinn B.T. Hemorrhoids. Clin Colon Rectal Surg. 2011; 24 (1): 5-13.



Здоров'я України[®]

МЕДИЧНА ГАЗЕТА

На нашому сайті
www.health-ua.com

повна версія всіх номерів
Медичної газети
«Здоров'я України»:
загальнотерапевтичні
та всі тематичні номери

