



Екстрагенітальна патологія та вагітність: ПРАКТИКУМ

А.Ю. Лиманская, к. мед. н., ведущий научный сотрудник, Ю.В. Давыдова, д. мед. н., профессор, руководитель отделения акушерских проблем экстрагенитальной патологии, ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев



А.Ю. Лиманская

Геморрой и беременность: вопросы и ответы

Что такое геморрой

Геморрой (от лат. *haemorrhoides*) – заболевание прямой кишки, характеризующееся гиперплазией пещеристой ткани анального канала в результате нарушения кровотока в пещеристых тельцах, вызванного, как правило, усилением прилива артериальной крови к пещеристым тельцам и затруднением оттока в отводящие пещеристые вены. Гипертрофия сосудистых сплетений подслизистого пространства анального канала нередко впервые клинически проявляется кровотечением, что и обусловило название заболевания.

Какова функция геморроидальных вен

Геморроидальные вены – это нормальные анатомические структуры, которые можно увидеть в человеческом эмбрионе с 8-й недели беременности. В комплексе с нервно-мышечной системой ануса (сфинктеры, нервы, слизистые оболочки и кожа) они обуславливают работу заднего прохода. За счет этих вен тело человека

может контролировать испражнения и газы.

В состоянии покоя геморроидальные вены полны крови и действуют как буфер поглощения измененного внутрибрюшного давления, например, во время кашля. Это позволяет избежать непроизвольного выделения фекалий или газа без сокращения анального сфинктера. Во время эвакуации кишечного содержимого нормальные геморроидальные вены за счет механического воздействия (сжатия) опорожняются от крови, что облегчает опорожнение прямой кишки. При нормальном осуществлении вышеописанного механизма наличие геморроя, как правило, характеризуется бессимптомным течением.

Как проявляется геморроидальная болезнь

Геморрой может стать симптоматическим и, следовательно, превратиться в проблему, если структуры геморроидальных вен повреждены и/или нарушено их нормальное функционирование (рис. 1).

Проявлениями геморроя могут быть:

- пролапс (выпадение через анус всех слоев прямой кишки или ее нижней части);
- тромбоз (сгустки крови в геморроидальных сплетениях кровеносных сосудов);
- трещины (разрыв или язва в анусе).

В зависимости от степени пролапса и наличия симптомов различают 4 стадии геморроя. Симптомы включают ощущение жжения, зуд, прерывистое кровотечение из ануса, разную степень вытекания слизи, фекалий, проблемы перинальной гигиены, дискомфорт, боль или и то и другое.

Самые распространенные симптомы геморроя во время беременности и в послеродовой период – это боль и повторяющиеся кровотечения из заднего прохода. Они обычно незначительны и прекращаются спонтанно.

Боль может вызывать беспокойство у молодой и ранее здоровой женщины. В зависимости от выраженности боли изменяется качество жизни. Женщина может как просто ощущать легкий дискомфорт, так и испытывать реальные трудности при выполнении повседневных обязанностей, когда боль мешает ходить, сидеть, опорожнять кишечник, спать, ухаживать за ребенком.

Масштаб проблемы

Частота встречаемости геморроя увеличивается с возрастом и достигает максимума у рожавших женщин старше 60 лет. У 70% женщин пожилого возраста, обратившихся к врачу за консультацией по поводу геморроя, было несколько беременностей.



Ю.В. Давыдова

По данным разных авторов, у 25-38% женщин в третьем триместре беременности встречается геморрой.

Частота развития геморроя при беременности повышается по ряду причин, в число которых входят:

- повышение внутрибрюшного давления на тазовые вены и нижнюю полую вену за счет увеличения объема матки;
- увеличение у беременной объема циркулирующей крови на 25-40%;
- высокий уровень прогестерона, обуславливающий релаксацию венозных стенок и снижение венозного тонуса;
- запоры, вызванные уменьшением подвижности кишечника;
- запоры, возникающие вследствие приема высоких доз экзогенного железа при лечении анемии и профилактике дефицита железа.

При консультировании беременных с геморроем важно подчеркнуть, что это наиболее частое заболевание в период беременности и после родов, которое тем не менее характеризуется мягким и проходящим течением.

Этиология и факторы риска

В настоящее время этиология развития геморроя недостаточно изучена, однако

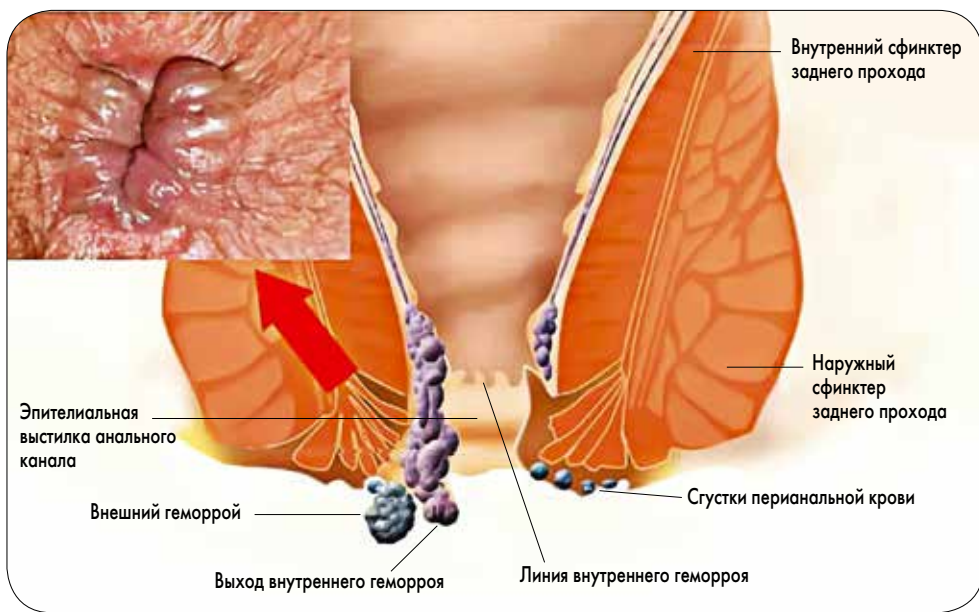


Рис. 1. Внутренний и наружный геморрой

Таблица 1. Предрасполагающие факторы

Наследственные	Расстройства кишечника	Связь с менструальным циклом, беременностью и родами
Врожденная склонность к гипертрофии пещеристых телец (недоразвитость соединительнотканых структур и коллагеновых волокон, которые образуют каркас пещеристых телец)	<ul style="list-style-type: none"> • Нарушения диеты • Заболевания кишечника, связанные с увеличением внутрибрюшного давления или диареей • Склонность к запорам (фаза натуживания длится >3 мин) • Длительная сидячая работа (теория согревательного компресса) • Тяжелый физический труд • Длительное пребывание на ногах (>4-5 ч) • Нарушение оттока крови в системах воротной и/или нижней полой вен 	<ul style="list-style-type: none"> • Фолликулостимулирующий гормон • Пролактин • Изменения концентрации половых стероидных гормонов • Тонус сфинктера и мышц тазового дна может быть снижен, что приводит к нарушению кровообращения в геморроидальной подушке и способствует развитию характерной для геморроя клинической симптоматики

Таблица 2. Методы лечения

Консервативный	Альтернативный	Хирургический
<p>Модификация диеты:</p> <ul style="list-style-type: none"> • увеличение потребления пищевых волокон • увеличение потребления жидкости • полужидкая диета 	<p>Включает ряд амбулаторных вмешательств:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инъекционная терапия • склеротерапия • лигирование • криотерапия • инфракрасная фотокоагуляция • лазерная терапия <p>В отдельных случаях может потребоваться анестезия</p>	<p>Дозированная сфинктерэктомия – при выраженном отеке анальной области при геморроидэктомии для предотвращения возникновения стеноза наружного сфинктера прямой кишки в послеоперационном периоде</p>
<p>Стимуляторы (при запоре) или депрессанты (при диарее) транзита кишечника</p>		<p>Степ्लीрованная анопсия (метод Лонго)</p>
<p>Местные процедуры (кремы, мази или суппозитории, содержащие анестетики, противовоспалительные средства и стероиды по отдельности или в комплексе)</p>		<p>Требуется анестезия и госпитализация</p>
<p>Препараты семейства флавоноидов, таких как рутозиды (для снижения хрупкости капилляров, улучшения микроциркуляции при венозной недостаточности) Диосминсодержащие препараты (Флебодиа 600)</p>		

хорошо известен ряд предрасполагающих факторов (табл. 1).

Профилактика

Чтобы предотвратить развитие геморроя, рекомендуется:

- избегать чрезмерного натуживания при дефекации;
- опорожнять кишечник утром или после еды, когда его активность выше;

- употреблять много фруктов и овощей, хлеб из цельного зерна и зерновые злаки, чтобы удовлетворить потребность организма в клетчатке;

- выпивать ежедневно не менее 1,5-2 л воды;
- выполнять физические упражнения (вести активный образ жизни);
- при приеме пероральных препаратов железа отдавать предпочтение

препаратам с медленным высвобождением, чтобы уменьшить риск возникновения или отягощения запора.

Лечение

Терапевтический подход зависит от тяжести симптомов и подразумевает выбор одного из представленных в таблице 2 методов лечения.

Основная цель медикаментозного лечения при геморрое у беременных – контролировать острые симптомы. На сегодняшний день существует определенная контрверсийность в отношении истинной эффективности местного лечения симптоматического геморроя.

Самыми эффективными считаются препараты для перорального приема, из них флавоноиды являются наиболее изученными. Основное предназначение пероральных флеботоников – повышать тонус сосудов, уменьшать емкость вен, снижать проницаемость капилляров, облегчать лимфатический дренаж и оказывать противовоспалительное действие. В ходе проведенного в 2012 г. большого мета-анализа, посвященного использованию флеботоников в лечении геморроя, было выявлено, что они способствуют уменьшению кровотока



и зуда, а также улучшают качество жизни.

Значительный эффект был получен при применении диосмина в медикаментозном лечении пациенток с симптомами геморроя. В Украине применяется препарат Флебодиа 600, разрешенный к приему во II-III триместре беременности в рекомендованной дозе 2-3 таблетки в день во время еды в течение 7 дней. При необходимости курс можно продолжать по 1 таблетке 1 р/день в течение 1-2 месяцев. Рекомендуемый алгоритм лечения более подробно рассмотрен на рисунке 2.



Рис. 2. Алгоритм лечения геморроя

Комментарий хирурга



И.Г. Криворучук, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по хирургической работе Александровской клинической больницы, г. Киев

Хирургические проблемы при беременности требуют взвешенного решения, любые вмешательства, даже малоинвазивные, должны быть обоснованы. В любом случае необходимо помнить, что хирург в выборе своей тактики руководствуется в пользу метода, позволяющего получить клинический эффект, а также минимизировать развитие таких осложнений, как преждевременные роды и инфицирование периаанальной области.

При бессимптомном геморрое женщинам назначают только профилактические мероприятия. При I-II стадиях заболевания лечение включает свечи и мази, однако следует учитывать, что до сих пор нет убедительных данных об отсутствии у большинства из этих лекарственных средств неблагоприятного воздействия на плод. В отношении назначения флеботоников доказательная база намного шире.

При сочетании геморроя с анальными трещинами, острым геморроем проводят консервативное лечение в стационаре. Оно включает покой, диету, очистительные клизмы, осмотические слабительные средства.

Женщинам строго запрещают тяжелый физический труд и определенные виды домашней работы. Беременные с геморроем, у которых отмечаются выпадение внутренних узлов и частые обострения болезни, подлежат госпитализации и хирургическому лечению. Сроки операции определяют индивидуально. Если состояние беременной позволяет, все вмешательства переносят на послеродовой период. Обострение геморроя, особенно в сочетании с послеродовыми травмами промежности, является наиболее частой патологией, влияющей на качество жизни в послеродовой период.

За исключением случаев тромбоза, как внутреннего, так и наружной геморрой достаточно эффективно поддается консервативной терапии. Однако когда вышеуказанные

медицинские вмешательства не позволяют разрешить симптомы или имеет место тяжелая степень геморроя, в арсенале колоректального хирурга существуют различные варианты инвазивных процедур.

В последнее время большое внимание уделяется развитию «офисной» хирургии, позволяющей добиться уменьшения васкуляризации, избыточной ткани и увеличения геморроидальной фиксации ректальной стенки для минимизации пролапса. Выбор варианта хирургического вмешательства зависит от клинической картины и отсутствия эффективности консервативной терапии.

Следует подчеркнуть, что в послеоперационный период необходимы соблюдение режима питания, потребление жидкости, физическая активность, а также прием флеботоников, таких как Флебодиа 600, повышающих эффективность оперативного вмешательства и тонус геморроидальных вен.

К хирургическим вмешательствам с целью деструкции кавернозной ткани относят пересечение геморроидальных узлов латексными кольцами, криодеструкцию, диатермокоагуляцию, биполярную коагуляцию.

Методика пересечения геморроидальных узлов латексными кольцами применяется при наличии внутреннего геморроя II-III стадии с четкими границами геморроидальных узлов. Противопоказаниями к лечению этим методом являются: увеличение внешних геморроидальных узлов или комбинированный геморрой, воспалительные заболевания анального канала. Возможные осложнения: выраженный болевой синдром, тромбоз внешних геморроидальных узлов, ректальное кровотечение.

Малоинвазивные операции, которые проводятся с целью уменьшения кровоснабжения из бассейна верхней прямокишечной артерии, – это инфракрасная фотокоагуляция, склеротерапия, операция Лонго, прошивание ветвей верхней прямокишечной артерии под контролем доплеровского ультразвукового исследования.

Принцип метода инфракрасной фотокоагуляции заключается в коагуляции ножки геморроидального узла в 3-4 точках сфокусированным инфракрасным лучом. Показанием к использованию этого метода является внутренний или комбинированный геморрой I-II стадии, циркулярный геморрой I-II стадии со склонностью к кровотечениям.

Использование склеротерапии показано при наличии I-III стадии геморроя или кровоточащего геморроя и в качестве подготовительного этапа к пересечению латексными

кольцами или выполнения геморроидэктомии. Этот метод имеет противопоказания: острые воспалительные заболевания анального канала, отсутствие четких границ между внешними и внутренними узлами. Осложнениями при использовании этого метода лечения могут быть острый парапроктит, болевой синдром (при попадании глубже подслизистого слоя) и отек промежности.

Методика операции Лонго заключается в циркулярной резекции слизистой оболочки прямой кишки выше зубчатой линии, которая приводит к подтягиванию геморроидальных узлов в просвет кишки и запустеванию узлов в результате прекращения их кровоснабжения. Преимуществами этого метода являются простота, минимальная зависимость от квалификации врача, длительность процедуры 10-15 мин, возможность сохранить нормальное анатомическое строение анального канала, а также низкая частота развития рецидивов и минимальная выраженность болевого синдрома. Среди недостатков следует отметить высокую цену одноразового аппарата, отсутствие возможности удалять внешние геморроидальные узлы и вероятность развития некроза прямой кишки, что требует проведения ее экстирпации.

Трансанальная геморроидальная деартериализация – технически простая методика, позволяет провести лечение в один этап почти при всех стадиях геморроя. Процедура длится 20-40 мин, проводится без общей анестезии, не вызывает выраженного болевого синдрома, не приводит к тяжелым послеоперационным осложнениям. Пациентка не нуждается в соблюдении специальных диет, ограничивающих опорожнение прямой кишки, и может вернуться к обычному режиму жизни на 5-7-е сутки после операции. Среди осложнений возможны возникновение тромбоза вен прямой кишки и внешних геморроидальных узлов, парапроктита, флегмоны прямой кишки и рецидива геморроя у 3-5% пациентов.

Геморроидэктомия дает возможность выполнить радикальное лечение геморроя при любой стадии заболевания. Среди недостатков метода – выраженный болевой синдром, длительная реабилитация и высокий риск возникновения осложнений. Проведение данного вида операции в период беременности чревато воспалительными процессами в периаанальной области и риском преждевременных родов.