

doi: 10.17116/rosakush201515696-99

Геморрой и беременность. Современные представления о лечении и профилактике. Опыт применения препарата «Энема Клин»

Д.м.н., проф. С.В. ВАСИЛЬЕВ, к.м.н. Д.Е. ПОПОВ, к.м.н. А.И. НЕДОЗИМОВАНЫЙ, О.С. СОКОЛОВА

Кафедра хирургических болезней (зав. — проф. С.В. Васильев) ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Hemorrhoids and pregnancy. Current views of treatment and prevention. Experience with Enema Clin

Prof. S.V. VASILYEV, MD; D.E. POPOV, Cand. Med. Sci.; A.I. NEDOZIMOVANYI, Cand. Med. Sci.; O.S. SOKOLOVA

Department of Surgical Diseases, Acad. I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Ministry of Health of Russia, Saint Petersburg, Russia

Цель исследования — оценка эффективности раннего (до беременности) и позднего (с 35-й недели беременности) превентивного лечения пациенток с хроническим геморроем для предупреждения развития тромбозов геморроидальных вен в течение беременности и в раннем послеродовом периоде и возможности применения фосфатной клизмы «Энема Клин». **Материал и методы.** Обследованы 57 беременных с хроническим геморроем, получивших курс раннего превентивного лечения по поводу геморроя до беременности (лигирование латексными кольцами трех основных внутренних комплексов геморроидальных узлов), 58 беременных с хроническим геморроем, не получивших превентивного лечения и 58 пациенток, обратившихся с обострением геморроя на фоне беременности, пролеченных и получивших в дальнейшем курс пред- и послеродовой поздней профилактики (флавоноиды, местные противовоспалительные препараты). Подготовка к процедуре лигирования геморроидальных узлов проводилась с помощью фосфатной клизмы «Энема Клин». **Результаты.** Разработан комплекс мероприятий по ранней (до беременности) и поздней (с 35-й недели беременности) профилактике обострений геморроя и возникновения тромбозов во время беременности и в раннем послеродовом периоде, позволяющий достоверно снизить эпизоды тромбозов геморроидальных узлов. **Заключение.** Целесообразно применение в акушерской практике предложенного комплекса мероприятий по ранней и поздней профилактике тромбозов геморроидальных вен у беременных с хроническим геморроем, а также фосфатной микроклизмы «Энема Клин» при подготовке к процедуре лигирования геморроидальных узлов и в борьбе с запорами у беременных.

Авторы информируют об отсутствии конфликта интересов.

Ключевые слова: геморрой, беременность, клиника, профилактика тромбоза геморроидальных вен, Энема Клин.

Objective — to evaluate the efficiency of early (before pregnancy) and late (from 35 weeks' gestation) preventive treatment in patients with chronic hemorrhoids to keep from hemorrhoidal vein thrombosis during pregnancy and the early postpartum period, as well as the possibility of using the phosphate enema «Enema Clin». **Subject and methods.** Examinations were made in 57 pregnant women with chronic hemorrhoids who had received a cycle of early preventive treatment for hemorrhoids prior to pregnancy (latex ring ligation of three main internal hemorrhoidal cushions), 58 pregnant women with chronic hemorrhoids who had not received preventive treatment, and 58 patients who had sought medical advice for an exacerbation of hemorrhoids during pregnancy, treated, and then received a cycle of pre- and postpartum late prevention (flavonoids, topical anti-inflammatory drugs). The phosphate enema «Enema Clin» was used to prepare the patients for ligation of hemorrhoidal cushions. **Results.** The authors worked out a package of measures for the early (before pregnancy) and late (from 35 weeks' gestation) prevention of an exacerbation of hemorrhoids and occurrence of thromboses during pregnancy and the early postpartum period, which made it possible to significantly reduce the episodes of hemorrhoidal cushion thromboses. **Conclusion.** It is advantageous to use the proposed package of measures for the early and late prevention of hemorrhoidal vein thromboses in pregnant women with chronic hemorrhoids and the phosphate microenema «Enema Clin» in obstetric practice while preparing for a hemorrhoidal cushion ligation procedure and controlling constipation in pregnant women.

The authors declare no conflicts of interest.

Keywords: hemorrhoids, pregnancy, clinical picture, prevention of hemorrhoidal vein thrombosis, Enema Clin.

Беременность и роды являются одним из основных провоцирующих факторов развития геморроя у женщин [1–6]. В I триместре беременности заболевание выявляют у 33% беременных, во II триместре — у 35%, в III триместре — у 42%, после родов — у 41% рожениц, причем с

увеличением возраста беременных частота диагностирования геморроя достоверно возрастает [1, 2]. Родовой акт, даже проведенный по всем правилам, у женщин, имевших до родов геморрой, вызывает его обострение [7, 8] Примерно у половины женщин, имеющих геморрой во время

беременности, после родов наступает выраженное обострение заболевания [7–9].

Несмотря на то что данная проблема давно известна, с ее решением существуют определенные сложности, что наблюдается нередко при мультидисциплинарной патологии в медицине. Акушеры-гинекологи, занимающиеся ведением беременности, «боятся» разбираться с хирургическими заболеваниями, в том числе с геморроем, направляя пациенток к профильным специалистам. Хирурги и колопроктологи, в свою очередь, «боятся» беременных, причем эти страхи подогреваются фармкомпаниями, поскольку практически во всех инструкциях к препаратам для лечения геморроя есть пункт о том, что он не рекомендован к применению у беременных, либо рекомендован с осторожностью, по усмотрению лечащего врача. В связи с этими данными изучение особенностей течения геморроидальной болезни у беременных представляется очень актуальным, что и послужило поводом к началу проведения работы.

Цель исследования — оценка эффективности раннего (до беременности) и позднего (с 35-й недели беременности) превентивного лечения пациенток с хроническим геморроем для предупреждения развития геморроидальных тромбозов в течение беременности и в раннем послеродовом периоде и возможности применения фосфатной клизмы «Энема Клип».

Материал и методы

Для оценки эффективности профилактики обострения геморроя нами были сформированы три группы пациенток, наблюдавшихся в женской консультации в процессе беременности и/или рожавших в период с 2009 по 2014 гг.

По согласованию с акушерской службой, все пациентки, обратившиеся на этапе обследования и подготовки к беременности и имеющие в анамнезе жалобы на периодические обострения геморроя, направлялись на консультацию проктолога для проведения стандартного обследования в объеме пальцевого обследования, аноскопии, ректороманоскопии. После подтверждения диагноза хронического геморроя и уточнения его стадии, пациенткам предлагалось принять участие в программе превентивного лечения. В зависимости от согласия либо отказа пациенток от предложенного лечения, они были распределены в следующие группы.

В основную (1-я) группу вошли 57 беременных, давших информированное согласие и получивших курс превентивного лечения по поводу геморроя до беременности. В процессе проведения работы мы дополнительно выделили еще одну группу — (2-я) из 58 пациенток, обратившихся с обострением геморроя на фоне беременности, пролеченных и получивших в дальнейшем курс пред- и послеродовой поздней профилактики. В контрольную (3-я) группу были включены 58 беременных с хроническим геморроем, по тем или иным причинам, не получивших или отказавшихся от превентивного лечения, но продолжавших состоять под наблюдением врачей клиники или обратившихся в клинику после родов.

Средний возраст пациенток составил 32,5 года (средний возраст пациенток 1-й группы — 32,89±0,67 года, 2-й группы — 31,87±0,56 года, 3-й группы — 34,68±0,99 года). Критериями включения были 1–2-я, 2-я, 2–3-я степени хронического геморроя. При выявлении геморроя 3-й и 3–4-й степени до беременности пациенткам было реко-

мендовано оперативное лечение — геморроидэктомия, и в дальнейшем они не включались в исследование.

Дополнительным критерием исключения из исследования являлась сопутствующая патология анального канала — анальная трещина и гнойно-воспалительный процесс в аноректальной зоне. Превентивные мероприятия проводились по стандартному протоколу и включали два этапа:

— ранний (до беременности) с целью профилактики обострений геморроя во время беременности;

— поздний (с 35-й недели беременности) с целью профилактики ранних послеродовых обострений геморроя.

В качестве раннего превентивного лечения мы проводили процедуру последовательного лигирования латексными кольцами трех основных внутренних комплексов геморроидальных узлов, расположенных соответственно на 3, 7, 11 ч. Подготовка кишки к процедуре проводилась препаратом «Энема Клип» — одноразовой фосфатной клизмой [10]. Ее действующими активными веществами являются дигидро- и гидрофосфаты натрия, которые, попадая в кишку, усиливают выделение жидкости по градиенту из тканей, что смягчает содержимое, увеличивает объем последнего, растягивает стенки прямой кишки и вызывает естественный позыв на дефекацию без выраженного усиления перистальтики. Используя такой способ подготовки кишки, мы не отмечали значительного отека и раздражения слизистой оболочки, что очень важно для процедуры лигирования. Всем пациенткам по окончании курса лигирования дополнительно была разъяснена необходимость следить за стулом, даны рекомендации по гигиене и добавлению в рацион продуктов, богатых пищевыми волокнами. При неэффективности действия последних было рекомендовано периодическое применение препарата «Энема Клип». Легкость использования в домашних условиях, отсутствие побочных эффектов (нет выраженного усиления перистальтики прямой кишки, что важно в связи с анатомической близостью беременной матки), комфортность и удовлетворенность результатом применения ректальной фосфатной клизмы была отмечена всеми пациентками. При этом в 70% случаев при оценке результата пациентки брали за основу свой личный сравнительный опыт использования других аналогичных препаратов в клизмах. 30% беременных впервые применяли «Энема Клип» для борьбы с запорами на фоне беременности.

Поздние превентивные мероприятия включали 2-недельный курс лечения, начиная с 35-й недели беременности. Использовались препараты группы флавоноидов и местные противовоспалительные препараты в виде свечей и мазей. Дополнительно проводился курс превентивного лечения в течение первых трех суток после родов (до начала периода активной лактации): местные противовоспалительные препараты в виде свечей и мазей, далее свечи с глицерином на ночь еще 3 дня, регулярный прием пищевых волокон в течение 1–2 мес после родов.

С учетом того, что пациентки 2-й группы поступили под наблюдение уже в процессе беременности, ранняя профилактика была проведена только пациенткам 1-й группы. Поздняя профилактика была проведена пациенткам как 1-й, так и 2-й групп.

Результаты

Критерием оценки эффективности раннего превентивного лечения являлись результаты сравнения частоты и выраженности эпизодов геморроидальных тромбозов в

Выраженность геморроидальных тромбозов у пациенток обследованных групп в послеродовом периоде

Степень тромбоза	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-я	2	3,5	5	8,6	11	18,9
2-я	5	8,8	16	27,6	20	34,5
3-я	—	—	1	1,7	6	10,3
Всего	7	12,3	22	37,9	37	63,7

основной (1-я) и контрольной (2-я) группах на фоне беременности.

На основании результатов статистической обработки полученных данных установлено, что у пациенток 1-й группы эпизоды тромбозов отмечались статистически значительно реже, чем у пациенток контрольной группы — 22,8 и 69% соответственно ($\chi^2 10,3, p=0,03$) и в более легких формах.

Оценка эффективности поздней профилактики проводилась по следующим критериям:

— сравнение частоты и выраженности эпизодов геморроидальных тромбозов в раннем послеродовом периоде в основных (1-я и 2-я) и контрольной (3-я) группах;

— анкетирование пациенток по анкете собственной разработки, включающей оценку наличия болевого синдрома, кровотечения, зуда и дискомфорта в заднем проходе в раннем послеродовом периоде и через 3 мес после родов.

Учитывая комплексную, многокомпонентную характеристику состояния пациенток, нами была использована анкета собственной разработки, которая включает шкалу от 0 до 10, ранжированную на интервалы. Каждому из интервалов был присвоено соответствующее значение категории жалоб: первый — нет жалоб, второй — умеренные жалобы, третий — выраженные жалобы. По данной шкале проводилась оценка интенсивности зуда, отека, кровотечения и боли.

Третий интервал жалоб отмечался только в контрольной группе. Пациентки 1-й и 2-й групп, получившие позднюю профилактику, статистически значимо меньше ($\chi^2 10,37$, степень свободы =4, $p=0,035$) страдали от проявлений геморроя по сравнению с пациентками контрольной группы как в раннем послеродовом периоде, так и в течение 3 мес после родов.

Частота и выраженность послеродовых тромбозов в основных и контрольной группах представлена в **таблице**.

У пациенток контрольной группы эпизоды тромбозов отмечались статистически значимо чаще ($\chi^2 10,37$, $p=0,035$) и в более тяжелых формах. Самые хорошие результаты отмечены в группе пациенток, прошедшей оба этапа превентивного лечения.

Обсуждение

Мы пришли к выводам, что геморрой при беременности представляет собой комплексную проблему, решать которую должны совместно акушер-гинеколог и

проктолог. Необходимость проведения профилактических мероприятий, своевременного выявления и медикаментозного лечения заболевания у беременных является важным звеном обеспечения нормального течения беременности и снижения риска развития послеродовых осложнений.

В ходе исследования был разработан комплекс мероприятий по профилактике обострений геморроидальной болезни и возникновения тромбозов во время беременности и в раннем послеродовом периоде, который включает следующее:

— включение проктологического обследования в план подготовки к беременности;

— активное использование малоинвазивных методик с целью уменьшения объема геморроидальной ткани на этапе планирования беременности при наличии жалоб;

— активная предродовая консервативная лекарственная профилактика острого геморроидального тромбоза (флавоноиды и препараты местного действия) на 35—36-й неделе беременности;

— активная послеродовая консервативная лекарственная профилактика острого геморроидального тромбоза противовоспалительными препаратами местного действия в сроки до 3 сут после родов (до периода активной лактации).

Опыт применения микроклизмы «Энема Клин» в ходе нашего исследования и по данным коллег [10] у беременных и рожениц свидетельствует об эффективности и хорошей переносимости данного средства при подготовке толстой кишки к процедуре лигирования и в борьбе с запорами беременных (на фоне стандартных рекомендаций).

Выводы

1. Разработан комплекс мероприятий по ранней (до беременности) и поздней (с 35-й недели беременности) профилактике обострений геморроя и возникновения тромбозов во время беременности и в раннем послеродовом периоде, позволяющий достоверно снизить эпизоды тромбозов геморроидальных узлов.

2. Применение микроклизмы «Энема Клин» у беременных и рожениц с геморроем свидетельствует об эффективности и хорошей переносимости данного средства при подготовке толстой кишки к процедуре лигирования геморроидальных узлов и в борьбе с запорами.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ривкин В.Л. Геморрой у беременных: особенности течения и лечения. *Consilium medicum: Экстрагенитальная патология*. 2010;12:6:55-56. [Rivkin VL. Hemorrhoids in obstetric practice: etiology, pathogenesis, clinical features, treatment. *Consilium medicum: Ekstragenitalnaya patologiya*. 2010;12:6:55-56. (In Russ.)].
2. Тютюнник В.Л., Кирсанова Т.В., Михайлова О.И. Геморрой в акушерской практике: Этиология, патогенез, клиника, лечение. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2012;12:4:88-92. [Tyutyunnik VL, Kirsanova TV, Michailova OI. Hemorrhoids in obstetric practice: etiology, pathogenesis, clinical features, treatment. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*. 2012;12:4:88-92. (In Russ.)].
3. Гивировская Н.Е. Принципы и возможности консервативного лечения геморроя у беременных. *Русский медицинский журнал: Хирургия. Урология*. 2010;18:29:1772-1775. [Givirovskaya NE. Principles and possibilities of conservative treatment of hemorrhoids in pregnant women. *Russkii meditsinskii zurnal: Khirurgiya. Urologiya*. 2010;18:29:1772-1775. (In Russ.)].
4. Елохина Т.Б., Тютюнник В.Л., Балушкина А.А. Геморрой: принципы терапии в акушерской практике. *Русский медицинский журнал*. 2010;18:4:200-203. [Elochina TB, Tyutyunnik VL, Balushkina AA. Hemorrhoids: treatment principles in obstetric practice. *Russkii meditsinskii zurnal*. 2010;18:4:200-203. (In Russ.)].
5. Балтайтис Ю.В., Короленко В.Б., Матюшко Р.П. Хирургическое лечение тромбоза геморроидальных узлов. *Клиническая хирургия*. 1987;2:13-15. [Baltaitis UV, Korolenko VB, Matyushko RP. Surgical treatment of thrombosis of hemorrhoids. *Klinicheskaya khirurgiya*. 1987;2:13-15. (In Russ.)].
6. Благодарный Л.А. Диагностика и консервативное лечение геморроя в амбулаторных условиях. *Хирургия. Приложение к журналу Consilium Medicum*. 2011;2:34-37. [Blagodarnii LA. Diagnosis and conservative treatment of hemorrhoids in the outpatient setting. *Khirurgiya. Prilozhenie k zurnalu Consilium medicum*. 2011;2:34-37. (In Russ.)].
7. Иманова С.С., Султанов Г.А. Амбулаторное лечение геморроя во время беременности в условиях женской консультации. *Проблемы колопроктологии*. 1996;15:101-104. [Imanova SS, Sultanov GA. Outpatient treatment of hemorrhoids during pregnancy in a women's clinic. *Problemy koloproktologii*. 1996;15:101-104. (In Russ.)].
8. Краснова Н.А., Грачева Т.И. Лечение геморроя у беременных и родильниц. *Акушерство и гинекология*. 2011;8:98-101. [Krasnova NA, Gracheva TI. The treatment of hemorrhoids in pregnant and postpartum women. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2011;8:98-101. (In Russ.)].
9. Тютюнник В.Л., Кирсанова Т.В., Михайлова О.И. Основные принципы лечения геморроя при беременности после родов. *Гинекология*. 2011;13:4:15-19. [Tyutyunnik VL, Kirsanova TV, Michailova OI. Basic principles of treatment of hemorrhoids during pregnancy postpartum. *Ginekologiya*. 2011;13:4:15-19. (In Russ.)].
10. Мельник Т.Н. О применении фосфатной клизмы Энема Клин в практике родильного стационара. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2013;13:2:59-60. [Melnik TN. Use of an Enema Clin phosphate enema in the practice of an obstetric hospital. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*. 2013;13:2:59-60. (In Russ.)].