

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В ДОРОДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованый А.И., Соколова О.С.

ГБОУ высшего профессионального образования
«Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П.Павлова» МЗ РФ
(ректор – академик РАН, проф. С.Ф.Багненко),
кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии
(заведующий кафедрой – д.м.н., профессор С.В.Васильев),
г. Санкт-Петербург, Россия

ЦЕЛЬ. Поиск оптимального подхода к профилактике и лечению геморроя у беременных в дородовом периоде и у родильниц в раннем послеродовом периоде.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. На основании сравнительных результатов лечения геморроя с использованием топических и системных лекарственных препаратов у 113 беременных определена эффективность профилактической и лечебной тактики при геморроидальной болезни во время беременности и в раннем послеродовом периоде. Разработаны оптимальные по эффективности и безопасности схемы лечения обострений геморроя у этой категории пациенток.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Применение представленных схем лечения и профилактики позволяет значительно снизить риск обострения геморроя и уменьшить сроки купирования симптомов у беременных и родильниц. Опыт применения препарата Детралекс свидетельствует об эффективности и хорошей переносимости данного средства при использовании у беременных, как с целью лечения, так и профилактики послеродовых обострений геморроя.

[Ключевые слова: геморрой, беременность, профилактика, лечение, Детралекс]

MODERN POSSIBILITIES TO PREVENTION AND TREATMENT OF HEMORRHOIDS IN PRENATAL AND EARLY POSTNATAL PERIOD

Vasiliev S.V., Popov D.E., Nedozimovany A.I., Sokolova O.S.
Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, St.-Petersburg, Russia

AIM. To work up the optimal approach to the prevention and treatment of hemorrhoids in pregnant women in antenatal and postpartum women in the immediate postpartum period.

MATERIAL AND METHODS. Based on the comparative results of treatment of hemorrhoids using topical and systemic medicinal drugs in 113 pregnant women determined the effectiveness of preventive and therapeutic tactics in respect of haemorrhoidal disease in pregnancy and the early postpartum period. Treatment schemes designed for optimum efficiency and safety of treatment of acute hemorrhoids in this patient's category.

RESULTS. The use of investigated schemes for treatment and prevention can significantly reduce the risk of exacerbation of the hemorrhoids and reduce the terms of relief of symptoms in pregnant and postpartum women. The experience of the Detralext (Daflon 500) demonstrates the effectiveness and good tolerability of this product when used in pregnant women for treatment and prevention of postpartum exacerbation of hemorrhoids.

[Key words: hemorrhoids, pregnancy, prevention, treatment, Detralext (Daflon 500)]

Адрес для переписки: Соколова Ольга Сергеевна, ПСПбГМУ им акад. И.П.Павлова, e-mail: sokolova3109557@gmail.com

ВВЕДЕНИЕ

Беременные женщины являются весьма уязвимой группой с очень высоким риском развития геморроя. Доказано, что беременность и роды являются одним из основных провоцирующих факторов развития геморроя у женщин. На фоне беременности, а именно, в 3 триместре, эти факторы максималь-

но усугубляются. Ведущую роль при этом играет постоянное и нарастающее сдавление маткой сосудов таза и, в связи с этим, частое расширение вен прямой кишки.

По данным медицинской литературы, у женщин, не имевших в анамнезе беременностей, геморрой диагностируется в 7,7%, тогда как при беременности он выявляется в 25-50% случаев, а у родиль-

ниц – в 50-80% случаев, причем с увеличением возраста беременных женщин частота выявления геморроя достоверно возрастает [2,4,7,14].

Полученные к настоящему времени данные позволяют предположить, что медикаментозное лечение с использованием флеботропных препаратов, топических средств и назначение диеты с высоким содержанием клетчатки является предпочтительной тактикой лечения хронического геморроя начальных стадий и острого тромбоза геморроидальных узлов. В частности, накопленная доказательная база по применению Детралекса (Daflon 500) – микронизированной очищенной флавоноидной фракции, включающей микронизированный диосмин, гесперидин, диосметин, линарин и изодрофоллин, убедительно доказывает не только его эффективность, но и безопасность применения во время беременности [3,6,10,12,13,16-19,22,24-26]. В настоящее время большинство врачей старается по возможности не применять никаких лекарственных препаратов у беременных, объясняя это возможными негативными воздействиями на плод. В свою очередь, многие беременные женщины также стремятся оградить себя от приема лекарств по тем же соображениям. Очевидно, что эта позиция оправдана по отношению к лекарственным препаратам, не прошедшим клинических исследований на беременных. Но, к сожалению, эта практика распространяется и на лекарственные препараты, разрешенные к применению во время беременности, в частности на флеботоники. Следствием такого подхода является ситуация, при которой, несмотря на большое количество публикаций, посвященных различным аспектам геморроидальной болезни, многие вопросы профилактики и лечения геморроя и его осложнений у беременных до настоящего времени продолжают оставаться дискуссионными.

Необходимость проведения профилактических мероприятий, своевременного выявления и медикаментозного лечения заболевания у беременных являются важным звеном обеспечения нормального течения беременности и снижения риска развития послеродовых осложнений. Необходимость проведения дополнительных исследований, направленных на поиск оптимальных путей ведения беременных с геморроем для выработки рекомендаций по осуществлению комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у этих женщин осуществлено в нашей работе.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Поиск оптимального подхода к профилактике

и лечению геморроя у беременных в дородовом периоде и у родильниц в раннем послеродовом периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на кафедре хирургических болезней с курсом колопроктологии ПСПбГМУ им акад. И.П.Павлова. В работу включены 113 пациенток в возрасте от 21 до 35 лет, наблюдавшихся в женской консультации в процессе беременности и/или рожавших в период с 2009 по 2015 гг., и обратившихся к проктологу в 3 триместре беременности с жалобами либо с целью профилактического осмотра.

Всем пациенткам проведено стандартное обследование в объеме пальцевого обследования и аноскопии. После подтверждения диагноза хронического геморроя и уточнения его стадии, пациенткам предлагалось принять участие в исследовании.

В зависимости от согласия либо отказа пациентки от предложенного лечения, они были распределены в две группы:

- группа 1 (контрольная) – 58 женщин, получивших стандартный курс консервативного лечения геморроя с использованием только препаратов местного воздействия (топические средства, разрешенные к применению в период беременности);
- группа 2 (основная) – 55 женщин, получивших стандартный курс лечения геморроя с дополнительным использованием препарата Детралекс.

Детралекс назначался на 35-36 неделе беременности, независимо от жалоб, в течение 2-х недель по 2 таблетки 2 раза в день (Табл. 1).

Таблица 1. Частота стадий хронического геморроя у пациенток разных групп

Стадия	Группа 1 (сравнения) (n=58)		Группа 2 (основная) (n=55)	
	Абс.	%	Абс.	%
1	14	24,1	12	21,8
2	38	65,6	40	72,8
3	6	10,3	3	5,4
4	0		0	

Анализ распределения пациенток по стадиям геморроя показал, что у большинства женщин была выявлена 2 стадия заболевания: у 65,6% женщин в 1 группе и у 72,8% женщин 2 группы. Доля пациенток с 1 стадией заболевания была ниже, составив в 1 группе 24,1% и во 2 группе – 21,8%. Количество женщин с геморроем 3 стадии было минимальным

в обеих группах: 1 – 10,3 %, в группе 2 – 5,4 %.
В рамках исследования в группах обследуемых пациенток учитывали и сравнивали следующие показатели:

- наличие и степень тромбоза;
- выраженность болевого синдрома, оцененную по 10-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ);
- выраженность отека, оцененную по 10-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Сравнение вышеприведенных показателей в группах пациентов проводили непосредственно после проведенного лечения в предродовом периоде, и в раннем послеродовом периоде.

Статистическая обработка полученных данных была выполнена при помощи компьютерной программы STATISTICA 10 for Windows (StatSoft, США). Для всех количественных параметров вычисляли средние значения и стандартные ошибки средних. Нормальность распределения показателей в группах проверяли с использованием критерия Колмогорова – Смирнова. При оценке статистической значимости различий между группами использовали непараметрический критерий Манна – Уитни, при сравнении показателей одной группы на разных этапах наблюдения – критерий Уилкоксона. Для определения различий частоты проявлений признаков в группах обследуемых больных рассчитывали показатель χ^2 . Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общая частота тромбозов в основной группе была достоверно ниже, чем в группе сравнения и составила, соответственно, 10,9% и 39,7% ($p < 0,05$, табл. 2).

Таблица 2. Частота выраженности тромбоза у пациенток разных групп

Степень	Группа 1 (сравнения) (n=58)		Группа 2 (основная) (n=55)	
	Абс.	%	Абс.	%
1	5	8,6	2	3,6
2	16	27,6	4	7,3*
3	2	3,5	-	-
Всего	23	39,7	6	10,9*

Примечание: * – различия достоверны ($p < 0,05$) при сравнении с 1 группой

При этом у пациенток основной группы тромбоз также статистически достоверно протекал в более легкой степени: тромбоз 3 степени не отмечалось ни у одной пациентки, а тромбоз 2 степени был диагностирован лишь в 7,3% случаев.

Анализ проявлений болевого синдрома у беременных с геморроем показал, что в III триместре выраженность боли пациентки 1 группы оценили на $3,3 \pm 0,5$ балла (Табл. 3). У женщин основной группы болевые ощущения были оценены на $1,2 \pm 0,3$ балла, значение этого показателя было достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в группе сравнения.

Таблица 3. Сравнительная оценка болевого синдрома по ВАШ (баллы)

Срок	Группа 1 (сравнения) (n=58)	Группа 2 (основная) (n=55)
III триместр (38 недель)	$3,3 \pm 0,5$	$1,2 \pm 0,3^*$
Послеродовый период	$4,2 \pm 0,3$	$1,1 \pm 0,3^*$

Примечание: * – различия достоверны ($p < 0,05$) при сравнении с группой 1

В послеродовом периоде обследуемые пациентки с геморроем 1 группы оценили болевые ощущения на $4,2 \pm 0,3$ балла. В то же время женщины основной группы в этот срок исследования оценили степень выраженности болевого синдрома на $1,1 \pm 0,3$ балла, что было достоверно ниже соответствующих значений у пациентов группы сравнения.

Таблица 4. Сравнительная оценка выраженности отека по ВАШ (баллы)

Срок	Группа 1 (сравнения) (n=58)	Группа 2 (основная) (n=55)
III триместр	$4,6 \pm 1,1$	$2,0 \pm 0,4^*$
Послеродовый период	$5,1 \pm 0,7$	$1,8 \pm 0,3^*$

Примечание: * – различия достоверны ($p < 0,05$) при сравнении с группой 1

Анализ выраженности отека у беременных с геморроем показал, что в III триместре у пациенток группы сравнения значение этого показателя было на уровне $4,6 \pm 1,1$ балла (Табл. 4). Существенно ниже был уровень этого параметра у женщин основной группы – отек пациентки оценили на $2,0 \pm 0,5$ балла, значение этого показателя было достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в 1 группе.

В послеродовом периоде обследуемые пациентки с геморроем группы 1 оценили отек на $5,1 \pm 0,7$ балла. В то же время женщины группы 2 в этот срок исследования оценили отек на $1,8 \pm 0,3$ балла, что было значимо ниже соответствующих значений у пациентов группы сравнения.

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенные нами исследования показали, что применение препарата Детралекс в лече-

нии геморроя у беременных является клинически эффективным и безопасным методом лечения и профилактики обострений заболевания в раннем послеродовом периоде. Использование Детралекса статистически достоверно способствует уменьшению частоты и степени тромбозов, выраженности отека и болевого синдрома, кровоточивости геморроидальных узлов и уменьшению сроков реабилитации после обострения геморроя. Следует также отметить, что в нашем исследовании ни в одном случае не наблюдалось побочных явлений, описанных в медицинской литературе [4,23] и в инструкции к применению препарата. Таким образом, результаты нашего исследования позволяют рекомендовать применение Детралекса при геморрое у беременных с целью лечения и профилактики послеродовых обострений геморроя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Благодарный Л.А. Эффективность флеботропных препаратов. Результаты метаанализа (на основе Кокрановского центрального реестра контролируемых исследований, Cochrane Central Register of Controlled Trials). – М., 2015. – 24 с.
2. Елохина Т.Б., Тютюнник В.Л., Балушкина А.А. Геморрой: принципы терапии в акушерской практике. Русский медицинский журнал. – 2010. – т. 18. – №4. – с. 200-203.
3. Allegra C., Bartolo M., Carioti B. et al. An original microhaemorheological approach to the pharmacological effects of Daflon 500 mg in severe chronic venous insufficiency. *Int. J. Microcirc. Clin. Exp.* – 1995. – vol. 15, Suppl. 1. – p. 50-54.
4. Annoni F., Boccasanta P. Treatments of acute symptoms of haemorrhoidal disease with 0-(B-hydroxyethyl)-rutosides at high oral doses. *Minerva Medica.* – 1986 – vol. 77 (37). – p. 1663-1668.
5. Babaikere M.M., Huang H.G., Re W.N. et al. How we can improve patients' comfort after Milligan-Morgan open haemorrhoidectomy. *World Journal of Gastroenterology.* – 2011. – vol. 17 (11). – p. 1448-1456.
6. Basile M., Gidaro S., Pacella M. et al. Parenteral Troxerutin and Carbazochrome Combination in the Treatment of Posthemorrhoidectomy Status: A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled, Phase IV Study. *Current Medical Research And Opinion.* – 2001. – vol. 17 (4). – p. 256-261.
7. Basile M., Gidaro S., Pacella M. et al. Troxerutin Carbazochrome Combination Versus Placebo in the Treatment of Posthemorrhoidectomy Symptoms: A Single-Center, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Current Therapeutic Research.* – 2002. – vol. 63 (9). – p. 527-535.
8. Belcaro G., Cesarone M.R., Errichi B. et al. Pycnogenol Treatment of Acute Hemorrhoidal Episodes. *Phytotherapy Research.* – 2010. – vol. 24. – p. 438-444.
9. Chauvenet M., Libeskind M. Interest of hemisynthesis diosmin in the hemorrhoidal crisis: double blind randomized multicentric trial versus placebo. *Revue Francaise de Gastroenterologie.* – 1994. – vol. 30. – p. 642-647.
10. Colak T., Akca T., Dirlik M. et al. Micronized Flavonoids in Pain Control After Hemorrhoidectomy: A Prospective Randomized Controlled Study. *Surgery Today.* – 2003. – vol. 33. – p. 828-832.
11. Cospite M., Cospite V. Treatment of Haemorrhoids with Daflon 500 mg. *Phlebology Suppl.* – 1992. – vol. 2. – p. 53-56.
12. Cospite M. Double-Blind, Placebo-Controlled Evaluation of Clinical Activity and Safety of Daflon 500 mg in the Treatment of Acute Hemorrhoids. *Angiology June.* – 1994. – vol. 6 (2). – p. 566-573.
13. Debieu P., Denis J. Treatment of functional signs of acute hemorrhoidal crisis: A multicenter, randomized, diosmin semisynthetic combination Ginkgobiloba extract-heptaminol-troxerutin. *Actualites Therapeutiques.* – 1996. – vol. 25. – p. 259-264.
14. Derbyshire E., Davies J., Costarelli V. et al. Diet, physical inactivity and the prevalence of constipation throughout and after pregnancy. *Matern. Child. Nutr.* – 2006. – vol. 2. – p. 127-134.
15. Dimitroulopoulos D., Tsamakidis K., Xinopoulos D. et al. Prospective, Randomized, Controlled, Observer-Blinded Trial of Combined Infrared Photocoagulation and Micronized Purified Flavonoid Fraction Versus Each Alone for the Treatment of Hemorrhoidal Disease. *Clinical Therapeutics.* – 2005. – vol. 6. – p. 746-754.
16. Godeberge P. Daflon 500 mg in the Treatment of Hemorrhoidal Disease: A demonstrated efficacy in comparison with placebo. *Angiology.* – 1994. – vol. 45 (6, Part 2). – p. 574-578.
17. Guillhou J.J., Dereure O., Marzin L. et al. Efficacy of Daflon 500 mg in venous leg ulcer healing: a double-blind, randomized, controlled versus placebo trial in 107 patients. *Angiology.* – 1997. – vol. 48 (1). – p. 77-85.
18. Ho Y.H., Foo C.L., Seow-Choen F. et al. Prospective randomized controlled trial of a micronized flavonoid fraction to reduce bleeding after haemorrhoidectomy. *British Journal of Surgery.* – 1995. – vol. 82. – p. 1034-1035.
19. Ho Y.H., Tan M., Seow-Cheon F. Micronized Purified Flavonoid Fraction Compared Favorably with Rubber Band Ligation and Fiber Alone in the

- Management of Bleeding Hemorrhoids. Diseases of the Colon & the rectum. – 2000. – vol. 43 (1). – p. 66-69.
20. Ibegbuna V., Nicolaidis A.N., Sowade O. et al. Venous elasticity after treatment with Daflon 500 mg. Angiology. – 1997. – vol. 48 (1). – p. 45-49.
21. Jiang Z.M., Cao J.D. The impact of micronized purified flavonoid fraction on the treatment of acute haemorrhoidal episodes. Current Medical Research and Opinion. – 2006. – vol. 22 (6). – p. 1141-1147.
22. La Torre F., Nicolai A.P. Clinical Use of Micronized Purified Flavonoid Fraction for the Treatment of Symptoms After Hemorrhoidectomy: Results of a Randomized, Controlled, Clinical Trial. Diseases of the Colon & Rectum. – 2004. – vol. 47. – p. 704-710.
23. Mentis B.B., Gorgul A., Tatlicioglu E. et al. Efficacy of Calcium Dobesilate in Treating Acute Attacks of Hemorrhoidal Disease. Diseases of the Colon & Rectum. – 2001. – vol. 44 (10). – p. 1489-1495.
24. Misra M.C., Parshad R. Randomized clinical trial of micronized flavonoids in the early control of bleeding from acute internal haemorrhoids. British Journal of Surgery. – 2000. – vol. 87. – p. 868-872.
25. Pecking A.P., Fovrier B., Wargon C. et al. Efficacy of Daflon 500 mg in the treatment of lymphedema (secondary to conventional therapy of breast cancer). Angiology. – 1997. – vol. 48 (1). – p. 93-98.
26. Rovenskic J., Stancokovic M., Rovenskic E. et al. Treatment of rat adjuvant arthritis with flavonoid (Detralex), methotrexate, and their combination. Ann. N. Y. Acad. Sci. – 2009. – vol. 1173. – p. 798-804.
27. Wijayanegara H., Mose J., Achmad L. et al. A Clinical Trial of Hydroxyethylrutosides in the Treatment of Haemorrhoids of Pregnancy. The Journal of International Medical Research. – 1992. – vol. 20. – p. 54-60.