

DOI: <https://doi.org/10.51922/1818-426X.2024.3.9>

В. А. Гинюк¹, С. А. Алексеев¹, О. В. Попков¹, П. П. Кошевский¹,
А. И. Лемешевский¹, Н. Я. Бовтюк¹, Э. А. Гинюк²

ГЕМОРРОИДАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ У БЕРЕМЕННЫХ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ: ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ, КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ, ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,¹
Медицинский центр «Кравира», г. Минск²

От самых распространенных проктологических заболеваний не застрахован никто. Принято считать, что около 50 % населения развитых стран так или иначе предъявляет жалобы на геморроидальную болезнь. Особенно это актуально во время беременности и в послеродовом периоде. Геморрой – одна из самых частых проктологических проблем у женщин в этих периодах. В зарубежной литературе имеются данные, что около 25–35 % беременных в той или иной форме страдают симптоматической геморроидальной болезнью. Российские авторы приводят данные, что клинически выраженный геморрой встречается у 50–65 % родильниц [8, 9, 16, 18]. Основным лечением симптоматического геморроя у беременной является консервативная терапия, а хирургическое лечение проводится лишь в исключительных случаях, когда имеется выраженный тромбоз геморроидальных узлов со значительным болевым синдромом или имеет место массивное и рецидивирующее кровотечение. Хирургическое лечение сопряжено с различными рисками. Это и увеличение частоты послеоперационных кровотечений, повышение вероятности преждевременных родов, развитие длительно незаживающих ран с болевым синдромом, что снижает качество жизни женщины [8]. Вопросы фармакотерапии геморроя у беременной и у кормящей женщины сводятся к вопросам оценки безопасности препаратов в первую очередь для ребенка. Риск неблагоприятного воздействия может зависеть от периода беременности. Традиционно считается, что назначение лекарств со второго триместра беременности является относительно безопасным, так как успевает сформироваться гематоплацентарный барьер.

В статье рассмотрены причины развития геморроя при беременности, его классификация, особенности клинического течения болезни, а также вопросы диагностики и тактики лечения. Приведены принципы профилактики заболевания во время беременности и в послеродовом периоде.

Ключевые слова: геморрой, геморрой у беременных, лечение геморроя, диагностика геморроя, профилактика геморроя.

V. A. Giniuk, S. A. Alekseev, O. V. Popkov, P. P. Koshevsky,
A. I. Lemeshevsky, N. Ya. Bovtyuk, E. A. Giniuk

HEMORRHOIDAL DISEASE IN PREGNANT WOMEN AND IN THE POSTPARTUM PERIOD: BASICS OF DIAGNOSIS, CLINICAL PICTURE, TACTICS OF TREATMENT AND PREVENTION

Nobody is not insured from the most common proctological diseases. It is generally accepted that about 50 % of the population of developed countries complains of hemorrhoidal disease. This is especially true during pregnancy and the postpartum period. Hemorrhoids

are one of the most common proctological problems in women during these periods. There is evidence in foreign literature that about 25–35 % of pregnant women suffer from symptomatic hemorrhoidal disease in one form or another. Russian authors provide data that clinically significant hemorrhoids occur in 50–65 % of postpartum women. The main treatment for symptomatic hemorrhoids in a pregnant woman is conservative therapy, and surgical treatment is performed only in exceptional cases when there is severe thrombosis of hemorrhoids with significant pain or massive and recurrent bleeding. Surgery carries various risks. This includes an increase in the incidence of postoperative bleeding, an increase in probability of premature birth and the development of persistent non-healing wound with pain, which reduces woman's quality of life [8]. Issues of pharmacotherapy for hemorrhoids in pregnant and lactating women come down to issues of assessing the safety of drugs, primarily for the child. The risk of adverse effects may depend up the period of gestation. It is traditionally considered that prescription of medications is relatively safety from the second trimester of pregnancy, when the blood-placental barrier is formed.

The article discusses cause factors of development of hemorrhoids during pregnancy, its classification, features of the clinical course of the disease, as well as issues of diagnosis and treatment tactics. The principles of disease prevention during pregnancy and the postpartum period are given.

Key words: hemorrhoids, hemorrhoids in pregnant women, treatment of hemorrhoids, diagnosis of hemorrhoids, prevention of hemorrhoids.

Геморроидальная болезнь (геморрой) – заболевание, возникающее в результате гиперплазии кавернозной ткани подслизистого слоя конечного отдела прямой кишки и застоя в ней крови вследствие нарушения оттока по венам. Геморрой одинаково часто встречается у мужчин и женщин среднего и пожилого возраста [5, 11, 16, 17].

Распространенность данной патологии составляет приблизительно 150 случаев на 1000 взрослого населения. Удельный вес геморроя в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34 % до 41 %, а по некоторым данным доходит до 60 %, что делает эту болезнь наиболее актуальной для современного человека [5]. Особое место занимает проблема геморроидальной болезни у беременных и кормящих женщин. Данная патология существенно снижает качество жизни пациентов и может явиться причиной временной нетрудоспособности у лиц среднего возраста. Кроме того, геморрой характеризуется возможностью развития различных осложнений, которые в свою очередь могут приводить к выраженным нарушениям общего состояния пациентов (например, к тяжелой постгеморрагической анемии).

Причиной развития геморроя являются два основных фактора: сосудистый и механический. В основе сосудистого фактора лежит дисфункция между притоком крови по арте-

риям к кавернозным тельцам, являющихся основой геморроидального узла, и оттоком по кавернозным венам, что приводит к увеличению размеров кавернозных телец, являющихся субстратом для развития геморроя. Эти изменения происходят чаще всего под действием такого неблагоприятного фактора, как сидячий (малоподвижный) образ жизни – если человек мало двигается и долго находится в неподвижном положении (сидит, лежит), в его сосудах происходит застой – это приводит к нарушению циркуляции крови и, как следствие, к геморрою. Часто провокатором геморроя является злоупотребление алкоголем, неправильное питание и, как следствие, запоры. Вторым фактором – механический. Под действием неблагоприятных факторов и с увеличением размеров геморроидальных узлов продольная мышца подслизистого слоя прямой кишки, удерживающая геморроидальные узлы в анальном канале, постепенно растягивается, и в ней происходят дистрофические изменения. В результате увеличения размеров кавернозных телец и смещения геморроидальных узлов в дистальном направлении анального канала развивается геморрой. Имеет значение и наследственность. Конечно, геморрой не передается по наследству, но предрасположенность к нему может быть врожденной – дети наследуют от своих родителей нарушение работы кровеносных сосудов (они изначально слабые

и склонные к растяжению), что в значительной степени увеличивает вероятность появления геморроидальных узлов [11, 13, 17, 19].

Термин «геморрой» переводится с греческого языка как кровотечение. Именно кровотечением, иногда анальным зудом и дискомфортом в области прямой кишки, может манифестировать геморрой. При начальных стадиях геморроя вышеуказанные симптомы появляются при тяжелой физической нагрузке, при поносах и запорах, после нарушения диеты (особенно после избыточного употребления алкогольных напитков), иногда после бани или приема горячей ванны, во время беременности и т. д. Нередко провоцирующие факторы могут сразу привести к тромбозу и воспалению геморроидальных узлов [5, 10, 11, 17].

Следует знать, что под маской геморроя могут скрываться другие опасные заболевания, в том числе и рак прямой кишки, которые также проявляются кровотечением. В некоторых случаях, списывая симптомы ректального рака на геморрой, человек слишком поздно узнает об истинном диагнозе.

Классификация геморроя

Ниже представлена классификация геморроя по МКБ-10:

Внутренний тромбированный геморрой	I84.0
Внутренний геморрой с другими осложнениями	I84.1
Внутренний геморрой без осложнения	I84.2
Наружный тромбированный геморрой	I84.3
Наружный геморрой с другими осложнениями	I84.4
Наружный без осложнения	I84.5
Остаточные геморроидальные кожные метки	I84.6
Тромбированный геморрой неуточненный	I84.7
Геморрой с другими осложнениями неуточненный	I84.8
Геморрой без осложнения неуточненный	I84.9
Геморрой во время беременности	O22.4
Геморрой в послеродовом периоде	O87.2

В клинической практике различают геморрой острый и хронический. По локализации геморрой подразделяется на наружный, внутренний и комбинированный. По механизму развития выделяют геморрой наследственный и приобретенный, первичный (является самостоятельным заболеванием) и вторичный (когда расширение вен прямой кишки – сопутствующий симптом других болезней: цирроза печени, некоторых тяжелых сердечно-сосудис-

тых заболеваний, различных опухолевых процессов, нарушающих кровоток в венах малого таза) [7, 11, 17].

Хронический геморрой (внутренний). Периодически после дефекации возникают неприятные ощущения в области заднего прохода: чувство дискомфорта, лёгкий зуд, повышенная влажность. В дальнейшем при дефекации и физической нагрузке могут выпадать геморроидальные узлы (вторая и выше стадии) и может выделяться кровь. На основе учения о патогенезе, в зависимости от степени увеличения геморроидальных узлов, выраженности клинической симптоматики и дистрофических процессов в фиброзно-мышечном каркасе анального канала, приводящих к выпадению узлов, выделяют четыре стадии хронического геморроя (Thomson W. 1975 год):

1-я стадия: регулярные кровотечения при дефекации без выпадения геморроидальных узлов.

2-я стадия: периодическое выпадение геморроидальных узлов при нагрузке (во время дефекации или поднятия тяжестей) и их самопроизвольное вправление.

3-я стадия: регулярное выпадение геморроидальных узлов, которое пациенты исправляют вручную.

4-я стадия: постоянное выпадение узлов даже при незначительной нагрузке, причем вправить их оказывается невозможно.

Острый геморрой (аноректальный тромбоз) – тромбирование внутренних и/или наружных (гораздо чаще) геморроидальных узлов. Острую форму геморроя подразделяют на три степени:

1-я степень: тромбоз геморроидальных узлов без воспалительного процесса.

2-я степень: тромбоз, осложненный воспалением геморроидальных узлов.

3-я степень: тромбоз геморроидальных узлов, осложненный воспалением подкожной клетчатки и перианальной кожи.

Геморрой при беременности и после родов

Геморрой встречается у 7,7 % небеременных, у 25,7 % беременных и у 49,8 % женщин после родов (по данным Н. В. Мун). Чаще его формирование приходится на вторую половину беременности, а роды могут его усугубить. Эта проблема считается одной из самых распространенных в категории послеродовых осложнений и приносит дополнительный стресс и дискомфорт любой женщине. По статистике, рожавшие хотя бы один раз женщины страдают этим заболеванием в 5 раз чаще, чем не рожавшие [1, 8, 9].

Объясняется это тем, что матка, увеличиваясь по мере развития плода, занимает все большую часть брюшной полости. При этом подвижные органы смещаются вверх, а прямая кишка, напротив, прижимается к тазу – в результате венозные сосуды пережимаются, переполняя кровью кавернозные тельца. Всё это усугубляется такими частыми во время беременности запорами, малоподвижным образом жизни и ограничением физической активности. Большая часть этих событий обусловлена гормональными переменами в организме будущей матери. Это связано с увеличением продукции прогестерона, снижающего тонус гладкой мускулатуры всего кишечника, а также со снижением концентрации мотилина, вызванного ингибированием его продукции высоким уровнем прогестерона. Напряжение и потуги при родах также стимулируют формирование будущих геморроидальных узлов. В связи с этим в МКБ-10 выделены отдельные нозологические формы геморроя, связанные с беременностью и послеродовым состоянием. Вероятность возникновения геморроя при беременности возрастает при наличии следующих основных факторов: возраст беременной (чем больше, тем выше риск), число беременностей и родов (чем больше, тем выше риск). У двадцатилетних женщин, ожидающих первого ребенка, это заболевание встречается в 3 раза реже, чем у той же категории женщин в тридцать и более лет. На появление ге-

морроя также влияют наследственная предрасположенность, осложнения при беременности, неправильная диета, ведущая к нарушению стула [5, 8, 9, 11, 13, 17].

Основные причины геморроя при беременности

Затруднение оттока крови из-за роста плода и матки, вследствие чего сосудистые сплетения прямой кишки расширяются и тонус их стенок снижается. Следующей причиной появления геморроя при беременности нередко являются запоры. При задержке дефекации стенки прямой кишки расширяются, в ней скапливаются каловые массы. Это приводит к раздражению и разрастанию сосудистых кавернозных сплетений, растяжению стенок.

Вследствие снижения двигательной активности женщин происходит застой крови в сосудистых сплетениях. Во время родов потуги, которые резко повышают внутрибрюшное давление, способствуют развитию геморроя в послеродовом периоде. Кроме того, при прохождении ребенка по родовым путям сильно сдавливаются, а иногда и травмируются кавернозные тельца. При продолжительных и болезненных родах риск возникновения геморроя значительно увеличивается. В момент прохождения головки ребенка по родовым путям происходит сдавление органов и тканей, расположенных в этой области, и в первую очередь венозных сплетений, что нарушает венозный отток, усиливая застой крови в венах малого таза. Нарушение венозного оттока и гипоксия тканей создают дополнительные условия для раскрытия артериовенозных анастомозов непосредственно в просвет кавернозных полостей прямой кишки. Это влечет за собой увеличение геморроидальных узлов, которые приобретают более плотную консистенцию. Чем продолжительнее период родовой деятельности, тем более выражены эти процессы. Во время схваток и, особенно, потуг, узлы могут выпячиваться, краснеть или даже синеть. В период между потугами, когда снижается внутрибрюшное давление, уменьшается и давление на венозные сплетения, узлы приобретают более спокойный вид. 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, 19]. Таким образом, сам механизм родов может привести к осложнению существовавшего ранее геморроя, спровоцировать выпадение внутренних узлов и даже их разрыв.

Основные симптомы геморроя при беременности

Клиническая картина геморроя при беременности не имеет каких-либо специфических симптомов. Нужно отметить, что клиническая картина геморроя у беременных растянута во времени. Чаще всего женщин беспокоит дискомфорт в перианальной области (19 %), усиливающийся после стула, кровотечение при дефекации (56 %), острая боль в области заднего прохода (30 %), воспаление и отек (11 %), жжение и зуд (12 %), выпадение узлов (44 %), выделение слизи (9 %). По мере увеличения внутренних узлов может присоединяться ощущение постороннего тела в прямой кишке, могут появляться наружные узлы. Сочетание симптомов и интенсивность их проявления в каждом конкретном случае носит индивидуальный характер. В половине случаев у женщин, страдающих геморроем во время беременности, после родов наступает обострение заболевания. На начальных этапах развития болезни симптоматика выражена слабо и женщина не придает этому особое значение, но именно на этом этапе наиболее эффективным будет лечение геморроя и его профилактика [8–10, 17].

Во время беременности геморрой зачастую выявляется в бессимптомной стадии. Эти женщины не предъявляют жалоб, но при проведении аноскопии обнаруживаются геморроидальные узлы. При визуальном осмотре кроме увеличенных геморроидальных узлов можно выявить перианальные бахромки, представляющие собой избыток кожи, что может быть анатомической особенностью или результатом ранее перенесенного перианального венозного тромбоза, сопровождающегося её растяжением. Данные бахромки могут незначительно отекает или мешать личной гигиене пациента, не являясь истинно геморроидальной патологией.

Своевременное выявление беременных с клинически бессимптомным геморроем либо имеющих его клинические проявления, проведение у них профилактических мер и вовремя

назначенное им лечение дает возможность во многих случаях предупредить дальнейшее развитие этого заболевания, осложняющее течение родов и послеродовой период [1, 4].

В послеродовом периоде развитие геморроя происходит постепенно, у женщины эпизодически после дефекации возникают неприятные ощущения в области заднего прохода: чувство неполного опорожнения кишечника, болезненность во время акта дефекации, небольшой и достаточно быстро проходящий зуд, повышенная влажность. Часто при зуде женщина очень сильно расчесывает пораженную кожу перианальной зоны, что приводит к её воспалению и к развитию трещин. Боль при развивающемся геморрое носит не постоянный характер и может самостоятельно исчезнуть, а через несколько дней появиться снова. Время от времени на туалетной бумаге и унитазе могут появляться следы крови. Продолжительность начального периода заболевания может составлять от нескольких месяцев до нескольких лет. По мере развития заболевания дефекация становится все более болезненной и постоянно сопровождается более или менее массивными кровотечениями. Нарастающее увеличение внутренних геморроидальных узлов приводит к их выпадению из заднего прохода [4, 8, 9].

Диагностика геморроя. Диагностика геморроя не представляет особых сложностей. На консультации врач выясняет у пациента его жалобы, проводит осмотр области заднего прохода, промежности, крестца и копчика, выполняет пальцевое исследование прямой кишки (позволяет определить состояние мышцы, сжимающей задний проход, выявить образования, находящиеся в нижних отделах прямой кишки). Далее выполняются инструментальные методы диагностики, включающие аноскопию (осмотр конечного участка прямой кишки – около 5 см), ректоскопию либо ректосигмоскопию (осмотр прямой и сигмовидной кишок на глубину от 15 до 30 см). Все эти четыре этапа входят в стандартный комплекс обследования пациента у проктолога.

При аноскопии геморроидальные узлы идентифицируют по выходящим образованиям в просвет анального канала темно-вишневого цвета мягко-эластичной консистенции, покрытые слизистой оболочкой. Выпадающие внутренние узлы отчетливо пролабируют из задне-

го прохода при натуживании. Наружные геморроидальные узлы видны при наружном осмотре. При пальцевом исследовании определяют болезненность стенок анального канала, их возможную подвижность, а также определяют функциональное состояние запирающего аппарата (анального жома) прямой кишки [5, 10, 11, 17].

Достаточно часто геморроидальные узлы становятся неожиданной находкой для беременной во время обычного профилактического обследования у проктолога, хирурга или гинеколога, так как в большинстве случаев достаточно длительное время заболевание никак себя не проявляет и женщину ничего не беспокоит.

Лечение геморроя при беременности и после родов

Лечение геморроя при беременности и в период лактации имеет свои особенности. Данное заболевание существенно влияет не только на состояние пациентки, но и на качество жизни [15]. При выборе препарата для лечения беременной или кормящей женщины следует учитывать не только его безопасность для пациентки, плода и новорожденного, но и удобство в применении [8, 20].

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

В целом, определяя тактику лечения, выделяют *три группы* имеющих геморрой пациенток.

К *первой группе* относят женщин с бессимптомным геморроем. Для них проводятся только профилактические мероприятия – диета, ограничение острой пищи, лечебная физкультура, легкие физические упражнения, прогулки, водный туалет заднего прохода после дефекации, послабляющие травы, слабительные препараты.

Вторую группу составляют женщины с жалобами на запоры, кровотечения, боли при дефекации, анальный зуд, то есть имеющие 1–2 стадию болезни. В этом случае проводится системная терапия венотониками и антикоагулянтами, проводится местная терапия мазями, гелями, кремами, суппозиториями

и микроклизмами с ранозаживляющим, обезболивающим и противозудным эффектом, теплыми сидячими ваннами со слабым раствором перманганата калия, настоями лекарственных трав. После дефекации возможно применение ректальных свечей, содержащих анестезин, новокаин и др. При спазме анального сфинктера возможно применение свечей с папаверином, димедролом, масляным раствором витамина А, облепиховым маслом. Одновременно назначается диета, содержащая продукты, богатые клетчаткой: овощи, фрукты, отруби. Следует исключить из рациона острые блюда, пряности [2, 3, 12, 14, 17].

К *третьей группе* отнесены беременные с выпадением внутренних узлов и частыми обострениями болезни, то есть подлежащие госпитализации и хирургическому лечению. Экстренная госпитализация назначается при обильном геморроидальном кровотечении, при ущемлении и некрозе выпавших геморроидальных узлов.

Стоит помнить, что не все препараты при геморрое можно применять во время беременности и в период лактации. Прежде всего при геморрое во время беременности и лактации, необходимо выяснить возможные побочные действия выбранных препаратов на развитие плода и течение беременности, а также на ребенка во время грудного вскармливания. Многие лекарственные средства могут вызывать уродства плода или изменять сократительную способность матки [8, 14].

Одним из наиболее эффективных препаратов (уровень доказательности Ib) во время беременности при геморрое (за исключением 1 триместра) является препарат на основе диосмина Флебодиа 600. Препарат безопасен, не оказывает тератогенного действия, однако во время грудного вскармливания не применяется из-за недостаточно изученного действия у кормящих женщин. Диосмин укрепляет стенку геморроидальных вен (венотонизирующий эффект); снижает проницаемость венозных стенок для жидкой части крови (противоотечный, капилляропротективный эффект); улучшает отток лимфы (лимфодренажный эффект); предотвращает застой крови в геморроидальных венах; угнетает образование простагландинов – веществ, формирующих воспалительные реакции (противовоспалительный, обезболивающий эффект); уменьшает крово-

течение из геморроидальных узлов; уменьшает адгезию лейкоцитов к венозной стенке и их миграцию в паравенозные ткани; улучшает диффузию кислорода и перфузию в кожной ткани; обладает противовоспалительным действием. При курсовом приеме возможна профилактика рецидивов заболевания. Препарат может использоваться в качестве монотерапии, а при необходимости возможна комбинация с другими таблетками, свечами, гелями и мазями [2, 8, 14].

Наряду с традиционными методами в лечении геморроя широко применяется фитотерапия. Для приема внутрь используют настой высушенной травы медуницы лекарственной. Для местного лечения используют настои из цветков ромашки аптечной, калины обыкновенной, клевера лугового, цветочных побегов зверобоя продырявленного, календулы лекарственной. Данные настои можно использовать как на различных стадиях развития болезни, так и для профилактики геморроя. Для сидячих ванночек чаще всего применяют настои ромашки аптечной, коры дуба, крапивы двудомной, листья подорожника. При всем этом стоит помнить, что у пациентки могут быть некоторые сопутствующие заболевания, при которых определенные растения могут быть противопоказаны [4, 9, 17].

Консервативное (медикаментозное) лечение геморроя, главным образом, направлено на борьбу с его обострениями. Поэтому следует понимать, что в силу хронического характера заболевания любое консервативное лечение носит временный характер. Малоподвижный образ жизни, погрешности в питании и чрезмерные физические нагрузки будут способствовать очередному обострению заболевания.

Учитывая, что у родильниц при остром геморрое может возникнуть состояние гиперкоагуляции, рекомендуется назначение антикоагулянтов в течение 5–7 дней. При выраженном болевом синдроме выполняют параректальную новокаиновую блокаду. Благоприятно действует местное УВЧ-лечение. При остром тромбозе наружных геморроидальных узлов с болевым синдромом часто бывает достаточно в амбулаторных условиях под местной анестезией выполнить небольшой разрез и извлечь тромб, наложив затем на рану 1–2 шва. При кровоточащем геморрое 1–2 стадии возможно применить лигирование узлов латексными коль-

цами, их инфракрасную фотокоагуляцию, выполнить склерозирование геморроидальных узлов специальными препаратами [6, 8, 10, 17].

Если же возникает необходимость в операции (очень редко), то тактика очень варьируется и строго индивидуальна. Оперативное лечение применяется в случаях, когда консервативная терапия в течение 1 месяца не дала должного эффекта (в основном это 3–4 стадии внутреннего геморроя). В раннем послеоперационном периоде первое опорожнение кишечника лучше проводить с помощью очистительной клизмы.

Профилактика геморроя при беременности и после родов

В первую очередь необходимо избавиться от запоров и наладить работу кишечника без длительного натуживания. Для этого назначают диету, богатую фруктами и овощами (растительная клетчатка). При геморрое категорически запрещены любые алкогольные напитки, соленые, острые, пряные, маринованные, перченые блюда, так как эти продукты усиливают кровенаполнение вен тазового дна и в первую очередь геморроидальных венозных сплетений. Не стоит употреблять жирную пищу, так как она замедляет прохождение содержимого по кишечнику, создавая тем самым предпосылки для развития запора. Следует исключить из своего рациона жирное мясо, высококалорийные молочные продукты и сдобу. Лучше ограничить употребление лука, горчицы, черного хлеба, бобовых, незрелых фруктов и ягод. Рекомендуются брокколи, кукуруза, морковь, спелые яблоки, свекла, цветная капуста, картофель, изюм, чернослив, курага и мед. Каша, особенно перловая или овсяная, также предупреждает развитие запоров [4, 8, 12].

Профилактика геморроя при беременности невозможна без нормализации физической активности женщины. Способствуют улучшению функции толстой кишки, повышению тонуса мышц анальной области и брюшной стенки, уменьшению застойных явлений в венах малого таза ежедневные пешие прогулки, лечебная физкультура, утренняя гимнастика. Рекомендуется 2–3 раза в день по 15 минут лежать на спине с приподнятым положением таза. Это позволяет матке подняться над тазом, что восстанавливает кровообращение прямой кишки. Также разработан специальный комп-

лекс упражнений при геморрое для беременных [12].

Очень важно избегать переохлаждения (особенно нижней части тела), не сидеть на холодной поверхности, отказаться от длительных (более часа) пеших прогулок и длительной работы в положении стоя и сидя.

Хороший профилактический эффект имеют обязательные гигиенические процедуры после каждого опорожнения кишечника. Подмываться необходимо прохладной водой, можно устраивать себе непродолжительные (15–30–60 секунд) восходящие холодные орошения анальной области.

Выводы

Геморроидальная болезнь является распространенной проблемой у беременных и рожениц, требующая большого внимания и осведомленности как со стороны пациентов, так и со стороны медицинского персонала, что связано с ограниченным выбором возможных лекарственных средств, разрешенных во время беременности и при лактации, а также нежелательным применением хирургических методов лечения.

Необходима подготовка женщины к беременности и родам, которая должна заключаться в медицинских осмотрах до зачатия для исключения различной патологии. Обязателен осмотр у проктолога. Очень важно своевременно начать профилактику геморроя, а в случае его проявления проводить адекватное лечение, так как запущенные его формы сопровождаются тяжелыми осложнениями: кровотечением при потугах, анемией, присоединением парапроктита и т. д.

Необходимо проводить санитарное просвещение населения по теме колоректальных заболеваний, так как в области прямой кишки, параанальной зоне может встречаться не только геморрой, а и многие другие болезни. При появлении первых жалоб необходимо сразу обращаться к врачу, не занимаясь самолечением.

Литература

1. Атоева, А. А. Частота встречаемости геморроя при беременности / А. А. Атоева // Актуальные вопросы науки. – 2016. – № 26. – С. 57–59.
2. Башанкаев, Б. Н. Здравый смысл применения диосмина в комбинированном лечении геморроя / Б. Н. Башанкаев, А. В. Архаров // Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова. – 2018. – № 8 (2). – С. 83–89.

3. Благодарный, Л. А. Выбор консервативной терапии острого геморроя / Л. А. Благодарный, М. В. Абрицова, С. Н. Жданкина // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. – 2018. – № 1–2. – С. 57–63.
4. Васильев, С. В. Современные возможности профилактики и лечения геморроя в родовом и раннем послеродовом периоде / С. В. Васильев, Д. Е. Попов, А. И. Недозимованый [и др.] // Колопроктология. – 2016. – № 3 (57). – С. 13–17.
5. Воробьев, Г. И. Геморрой / Г. И. Воробьев, Ю. А. Шелыгин, Л. А. Благодарный. – М.: Литтерра, 2010. – 200 с.
6. Грошилин, В. С. Малоинвазивные хирургические технологии в лечении больных с хроническим геморроем / В. С. Грошилин, Л. А. Мирзоев, С. В. Минаев, В. К. Швецов [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2017. – Т. 12, № 4. – С. 394–397.
7. Загрядский, Е. А. Классификация хронического геморроя, критерии объективности / Е. А. Загрядский, А. М. Богомазов, Е. Б. Головкин // Колопроктология. – 2019. – Т. 18, № 1(67). – С. 46–56.
8. Курцер, М. А. Ещё и это! Геморрой у беременных / М. А. Курцер, О. Б. Талибов, Б. Н. Башанкаев // Non posere. Новый терапевтический журнал. – 2019. – № 9. – С. 102–109.
9. Лиманская, А. Ю. Геморрой и беременность: вопросы и ответы / А. Ю. Лиманская, Ю. В. Давыдова // Здоровье женщины. – 2018. – № 1(127). – С. 19.
10. Ломоносов, Д. А. Острый наружный геморрой в амбулаторной практике / Д. А. Ломоносов, А. Л. Ломоносов, С. В. Волков // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2018. – № 2. – С. 77–77.
11. Макаров, И. В. Частная проктология. Геморрой / И. В. Макаров, О. Ю. Долгих. – М.: ФОРУМ: инфра-м, 2019. – 96 с.
12. Плотникова, Е. Ю. Роль пищевых волокон в коррекции пищеварения и запоров различной этиологии / Е. Ю. Плотникова, Т. Ю. Грачева, М. Н. Синькова [и др.] // Медицинский совет. – 2019. – № 14. – С. 99–106.
13. Ривкин, В. Л. Современные представления о патогенезе, формах и лечении геморроя / В. Л. Ривкин // Хирургия. Приложение к журналу consilium medicum. – 2017. – № 1. – С. 57–61.
14. Романова, И. С. Клинико-фармакологическая характеристика флеботропных препаратов системного действия / И. С. Романова, И. Н. Кожанова // Медицинские новости. – 2018. – № 12 (291). – С. 23–28.
15. Селиванов, А. В. Психологические реакции пациентов в оптимизации оперативного лечения хронического комбинированного геморроя / А. В. Селиванов, А. Г. Бутырский, Э. Н. Селиванова [и др.] // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – 2018. – Т. 3, № 4. – С. 373–378.
16. Стяжкина, С. Н. Заболеваемость геморроем в 21 веке / С. Н. Стяжкина, А. А. Степанова, А. П. Охотникова // Форум молодых ученых. – 2019. – Т. 5, № 33. – С. 1203–1205.
17. Шелыгин, Ю. А. Клинические рекомендации ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению геморроя / Ю. А. Шелыгин, С. А. Фролов, А. Ю. Титов [и др.] // Колопроктология. – 2019. – Т. 18, № 1 (67). – С. 7–38.
18. Åhlund, S. Haemorrhoids - A neglected problem faced by women after birth / S. Åhlund, I. Rådestad,

S. Zwedberg [et al.] // Sex Reprod Healthc. – 2018. – № 18. – P. 30–36.

19. Ebrahimi, N. Anorectal symptom management in pregnancy: development of a severity scale / N. Ebrahimi, S. Vohra-Miller, G. Koren // J Popul Ther Clin Pharmacol. – 2011. – № 18. – P. e99–e105.

20. Malekuti, J. Comparison of the effect of Myrtus communis herbal and anti-hemorrhoid ointments on the hemorrhoid symptoms and quality of life in postpartum women with grade I and II internal hemorrhoid: A triple-blinded.

References

1. Atoeva, A. A. Chastota vstrechaemosti gemorroya pri beremennosti / A. A. Atoeva // Aktual'nye voprosy nauki. – 2016. – № 26. – S. 57–59.

2. Bashankaev, B. N. Zdravyy smysl primeneniya diosmina v kombinirovannom lechenii gemorroya / B. N. Bashankaev, A. V. Arharov // Hirurgiya. Zhurnal imeni N. I. Pirogova. – 2018. – № 8-2. – S. 83–89.

3. Blagodarnyj, L. A. Vybory konservativnoy terapii ostrogo gemorroya / L. A. Blagodarnyj, M. V. Abricova, S. N. Zhdankina // Stacionarozameshchayushchie tekhnologii: Ambulatoynaya hirurgiya. – 2018. – № 1-2. – S. 57–63.

4. Vasil'ev, S. V. Sovremennye vozmozhnosti profilaktiki i lecheniya gemorroya v dorodovom i rannem poslerodovom periode / S. V. Vasil'ev, D. E. Popov, A. I. Nedoimovanyj [et al.] // Koloproktologiya. – 2016. – № 3 (57). – S. 13–17.

5. Vorob'ev, G. I. Gemorroy / G. I. Vorob'ev, Yu. A. Shelygin, L. A. Blagodarnyj. – M.: Litterra, 2010. – 200 s.

6. Groshilin, V. S. Maloinvazivnye hirurgicheskie tekhnologii v lechenii bol'nyh s hronicheskim gemorroem / V. S. Groshilin, L. A. Mirzoev, S. V. Minaev, V. K. Shvecov [et al.] // Medicinskij vestnik severnogo kavkaza. – 2017. – Vol. 12, № 4. – S. 394–397.

7. Zagryadskij, E. A. Klassifikaciya hronicheskogo gemorroya, kriterii ob'ektivnosti / E. A. Zagryadskij, A. M. Bogomazov, E. B. Golovko // Koloproktologiya. – 2019. – Vol. 18, № 1(67). – S. 46–56.

8. Kurcer, M. A. Eshchyo i eto! Gemorroy u beremennyh / M. A. Kurcer, O. B. Talibov, B. N. Bashankaev // Non nocere. Novyy terapevticheskij zhurnal. – 2019. – № 9. – S. 102–109.

9. Limanskaya, A. Yu. Gemorroy i beremennost': voprosy i otvety / A. Yu. Limanskaya, Yu. V. Davydova // Zdorov'e zhenshchiny. – 2018. – № 1(127). – S. 19.

10. Lomonosov, D. A. Ostryj naruzhnyj gemorroy v ambulatornoj praktike / D. A. Lomonosov, A. L. Lomonosov, S. V. Volkov // Gastroenterologiya Sankt-Peterburga. – 2018. – № 2. – S. 77–77.

11. Makarov, I. V. CHastnaya proktologiya. Gemorroy / I. V. Makarov, O. Yu. Dolgih. – M.: FORUM: infra-m, 2019. – 96 s.

12. Plotnikova, E. Yu. Rol' pishchevyyh volokon v korrekcii pishchevareniya i zaporov razlichnoj etiologii / E. Yu. Plotnikova, T. Yu. Gracheva, M. N. Sin'kova [et al.] // Medicinskij sovet. – 2019. – № 14. – S. 99–106.

13. Rivkin, V. L. Sovremennye predstavleniya o patogeneze, formah i lechenii gemorroya / V. L. Rivkin // Hirurgiya. Prilozhenie k zhurnalu consilium medicum. – 2017. – № 1. – S. 57–61.

14. Romanova, I. S. Kliniko-farmakologicheskaya harakteristika flebotropnyh preparatov sistemnogo dejstviya / I. S. Romanova, I. N. Kozhanova // Medicinskie novosti. – 2018. – № 12(291). – S. 23–28.

15. Selivanov, A. V. Psihologicheskie reakcii pacientov v optimizacii operativnogo lecheniya hronicheskogo kombinirovannogo gemorroya / A. V. Selivanov, A. G. Butyrskij, E. N. Selivanova [et al.] // Vestnik neotlozhnoj i vosstanovitel'noj hirurgii. – 2018. – Vol. 3, № 4. – S. 373–378.

16. Styazhkina, S. N. Zabolevaemost' gemorroem v 21 veke / S. N. Styazhkina, A. A. Stepanova, A. P. Ohotnikova // Forum molodyh uchenykh. – 2019. – Vol. 5, № 33. – S. 1203–1205.

17. Shelygin, Yu. A. Klinicheskie rekomendacii associacii koloproktologov rossii po diagnostike i lecheniyu gemorroya / Yu. A. Shelygin, S. A. Frolov, A. Yu. Titov [et al.] // Koloproktologiya. – 2019. – Vol. 18, № 1 (67). – S. 7–38.

18. Áhlund, S. Haemorrhoids – A neglected problem faced by women after birth / S. Áhlund, I. Rådestad, S. Zwedberg [et al.] // Sex Reprod Healthc. – 2018. – № 18. – P. 30–36.

19. Ebrahimi, N. Anorectal symptom management in pregnancy: development of a severity scale / N. Ebrahimi, S. Vohra-Miller, G. Koren // J Popul Ther Clin Pharmacol. – 2011. – № 18. – P. e99–e105.

20. Malekuti, J. Comparison of the effect of Myrtus communis herbal and anti-hemorrhoid ointments on the hemorrhoid symptoms and quality of life in postpartum women with grade I and II internal hemorrhoid: A triple-blinded.

Поступила 14.02.2024 г.