РЕЗЮМЕ

Н. С. Бондаренко, А. В. Каган, Т. К. Немилова

Инвагинация кишечника у детей: выбор тактики лечения

Проанализированы результаты лечения 216 пациентов с инвагинацией кишечника в 2000 – 2015 гг. Анализ результатов показал, что при правильно выбранной лечебной тактике консервативное лечение может являться основным методом лечения в большинстве случаев.

Ключевые слова: инвагинация, дети, лечение.

SUMMARY

N. S. Bondarenko, A. V. Kagan, T. K. Nemilova

Intussusception in children: choice of treatment tactics

The paper analyzes the results of treatment of 216 patients with intussusception in 2000-2015. Analyze the results indicated that the correct choice of medical treatment, conservative treatment might be the main method of treatment in the most cases.

Keywords: intussusception, children, treatment.

© Коллектив авторов, 2015 г.
УДК 616.352+618.3

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

ГЕМОРРОЙ И БЕРЕМЕННОСТЬ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ

Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова

ВВЕДЕНИЕ

Беременность и роды являются одним из основных провоцирующих факторов развития геморроя у женщин. По статистике, более 50 % беременных страдают данным заболеванием, в послеродовом периоде их число возрастает до 80 % [1, 3, 8]. В I триместре беременности заболевание выявляют у 33 % беременных, во II триместре – у 35 %, в III триместре – у 42 %, после родов – у 41 % родильниц, причем с увеличением возраста беременных женщин частота диагностирования геморроя достоверно возрастает [6, 7]. Родовой акт, даже проведенный по всем правилам, у женщин, имевших до родов геморрой, вызывает его обострение. Примерно у половины женщин, имеющих геморрой во время беременности, после родов наступает сильное обострение заболевания. Несмотря на то, что данная проблема давно и хорошо изучена, с ее решением существуют определенные сложности, что 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, на усмотрение лечащего врача. В связи с этим изучение особенностей протекания геморроидальной болезни у беременных женщин представляется крайне актуальным, что и послужило поводом к началу проведения работы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось кафедрой хирургических болезней с курсом колопроктологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова.

Для оценки эффективности профилактики обострений геморроя нами были сформированы 3 группы пациенток, обратившихся в клинику на этапе обследования и подготовки к беременности и имеющих в анамнезе жалобы на периодические обострения геморроя. Они 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 пациентки от предложенного лечения они были разделены на две группы.

В 1-ю группу вошли 57 женщин, давших информированное согласие и получивших курс превентивного лечения геморроя до беременности. В контрольную (3-я) группу вошли 58 женщин, по тем или иным причинам не получавших или отказавшихся от превентивного лечения и обратившихся в клинику после родов. В процессе проведения работы мы дополнительно выделили еще одну (2-я) группу из 58 женщин, обратившихся с обострениями геморроя на фоне беременности, пролеченных и получивших в дальнейшем курс пред- и послеродовой поздней профилактики. 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 была 1 – 2, 2, 2 – 3 стадии хронического геморроя. При выявлении геморроя 3

Таблица 1

Характеристика групп по стадиям геморроя

Стадия геморроя	Группа			Всего
	1-я	2-я	3-я	
1–2	30	32	5	67
2	14	15	27	56
2–3	13	11	20	44
3	–	–	6	6
4	–	–	–	–
Всего	57	58	58	73

Таблица 2

Сравнение частоты и выраженности тромбозов на фоне беременности в 1-й группе и контрольной

Степень тромбоза	1-я (основная) группа		3-я (контрольная) группа	
	абс.	%	абс.	%
1 степень	4	7,0	8	13,8
2 степень	9	15,8	24	41,3
3 степень	0	0	8	13,8
Всего	13	22,8	40	68,9

и 3 — 4 степеней до беременности пациенткам было рекомендовано оперативное лечение — геморроидэктомия, и в дальнейшем они не включались в исследование (табл. 1). Дополнительным критерием исключения из исследования являлось наличие сопутствующей патологии анального канала — анальные трещины и гнойно-воспалительные процессы в аноректальной зоне.

Превентивные мероприятия проводились по стандартному протоколу и включали два этапа:

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

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

В качестве раннего превентивного лечения мы проводили процедуру последовательного лигирования трех основных геморроидальных узлов на 3, 7, 11 ч. 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 3-х 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 1—2 месяца после родов. С учетом того, что пациенты 2-й группы попали в поле нашего зрения уже во время беременности, ранняя профилактика была проведена только пациенткам 1-й группы. Поздняя профилактика была проведена пациенткам и 1-й и 2-й групп.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Критерием оценки эффективности раннего превентивного лечения являлись результатысравнения частоты и выраженности эпизодов геморроидальных тромбозов в основной и контрольной группах на фоне беременности.

Как видно из приведенных в табл. 2 данных, у пациентов 1-й группы эпизоды тромбозов отмечались статистически значимо реже (χ^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 и контрольной группах;

— анкетирование пациенток по анкете собственной разработки, включающей оценку наличия болевого синдрома, кровотечений, зуда и дискомфорта в анусе в раннем послеродовом периоде и через 3 месяца 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 было присвоено соответствующее значение категории жалоб: 1 — нет жалоб; 2 — умеренные жалобы; 3 — выраженные жалобы. По данной шкале проводилась оценка интенсивности зуда, интенсивности отека, интенсивности кровотечения и интенсивности боли (табл. 3).

Таблица 3

Результаты анкетирования исследуемых групп

Степень тромбоза	Группа					
	1-я		2-я		3-я	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Через 1 неделю после родов						
1 интервал	29	50,9	34	58,6	3	5,2
2 интервал	28	49,1	24	41,4	20	34,5
3 интервал	–	–	–	–	35	60,3
Всего	57	100,0	58	100,0	58	100,0
Через 3 месяца после родов						
1 интервал	38	66,7	31	53,4	7	12,1
2 интервал	19	33,3	27	46,6	18	31,0
3 интервал	–	–	–	–	33	56,9
Всего	57	100,0	58	100,0	58	100,0

Третий интервал жалоб отмечается только в контрольной группе. Пациентки 1-й и 2-й групп, получившие позднюю профилактику, статистически значимо меньше ((χ^2 —10,37, степень свободы = 4, p = 0,035) страдали от проявлений геморроя по сравнению с группой контроля, как в раннем послеродовом периоде, так и в течение 3 месяцев после родов (табл. 4).

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

Таблица 4

Оценка эффективности позднего превентивного лечения: частота и выраженность послеродовых тромбозов в основных и контрольной группах

Степень тромбоза	Группа					
	1-я		2-я		3-я	
	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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мы пришли к выводам, что геморрой при беременности представляет собой комплексную проблему, решать которую должны совместно акушер-гинеколог и проктолог. Необходимость проведения профилактических мероприятий, своевременное выявление и медикаментозное лечение заболевания у беременных являются важным звеном обеспечения нормального течения беременности и снижения риска развития послеродовых осложнений. В ходе нашего исследования был разработан комплекс мероприятий по профилактике обострений геморроидальной болезни и возникновения тромбозов во время беременности и в раннем послеродовом периоде:

— в план подготовки к беременности необходимо включить проктологическое обследование;

— активно использовать малоинвазивные методики с целью уменьшения объема геморроидальной ткани на этапе до беременности при наличии жалоб;

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

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

В настоящее время работа в данном направлении продолжается. Надеемся, что она позволит сформулировать окончательные рекомендации по осуществлению комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у таких женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Воробьев Г. И., Шелыгин Ю. А., Благодарный Л. А.* Геморрой. — М., 2002. — 192 с.

2. *Гивировская Н. Е.* Принципы и возможности консервативного лечения геморроя у беременных // Русс. мед. журн.: Хирургия. Урология. — 2010. — Т. 18. — № 29. — С. 1772—1775.

3. *Елохина Т. Б., Тютюнник В. Л., Балушкина А. А.* Геморрой: принципы терапии а акушерской практике // Русс. мед. журн. — 2010. — Т. 18. — № 4. — С. 200—203.

4. *Ривкин В. Л.* Геморрой у беременных: особенности течения и лечения // *Consiliummedicum*: Экстрагенитальная патология. — 2010. — Т. 12. — № 6. — С. 55—56.

5. *Сидельникова В. М., Кирющенков П. А.* Гемостаз и беременность. М.: Триада — Х, 2004. — 208 с.

6. *Тютюнник В. Л., Кирсанова Т. В., Михайлова О. И.* Основные принципы лечения геморроя при беременности и после родов // Гинекология. — 2011. — Т. 13. — № 4. — С. 15—19.

7. *Тютюнник В. Л., Кирсанова Т. В., Михайлова О. И.* Геморрой в акушерской практике: этиология, патогенез, клиника, лечение // Росс. вестн. акушера-гинеколога. — 2012. — Т. 12. — № 4. — С. 88—92.

8. *Шехтман М. М., Козинова Н. В.* Геморрой у беременных // *Consiliummedicum*: Гинекология. — 2004. — Т. 6. — № 6. — С. 31—34.

РЕЗЮМЕ

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

Геморрой и беременность: современные представления о лечении и профилактике

Рассматриваются вопросы, имеющие отношение к этиологии, патогенезу, клинике, профилактике и лечению геморроя у беременных и родильниц. Проведена оценка необходимости и эффективности превентивного лечения обострений геморроя во время беременности и в раннем послеродовом периоде, предварительная разработка оптимальных по эффективности и безопасности схем лечения обострений геморроя во время беременности. Применение представленных схем лечения и профилактики позволяет значительно снизить риск обострения геморроя и сократить сроки купирования симптомов у беременных и родильниц.

Ключевые слова: геморрой, беременность, этиология, патогенез, профилактика, превентивное лечение.

SUMMARY

S. V. Vasiliev, D. Y. Popov, A. I. Nedozimovannyi, O. S. Sokolova

Hemorrhoids and pregnancy: modern ideas of treatment and prevention

This article discusses issues related to the etiology, pathogenesis, clinical, prevention and treatment of hemorrhoids in pregnant and postpartum women. The evaluation of the need for and effectiveness of preventive treatment of exacerbations of hemorrhoids during pregnancy and the early postpartum period, pre-development of optimal efficiency and safety of treatments for hemorrhoids exacerbations during pregnancy. Applications submitted treatments and prevention can significantly reduce the risk of acute hemorrhoids and reduce terms of relief of symptoms in pregnant and postpartum women.

Keywords: hemorrhoids, pregnancy, etiology, pathogenesis, preventionism, preventive treatment.