

# Основные принципы лечения геморроя при беременности и после родов

В.Л.Тютюнник, Т.В.Кирсанова, О.И.Михайлова

ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздравсоцразвития РФ

## **Резюме**

**Обзор.** Прокто-Гливенол® сочетает в себе все качества, необходимые для эффективного консервативного лечения геморроя и предупреждения его осложнений во время беременности и в послеродовом периоде. Применение препарата Прокто-Гливенол® как в виде мази, так и ректальных свечей – эффективный способ лечения беременных и родильниц с геморроидальными кризами.

**Ключевые слова:** геморрой, беременность, послеродовой период.

## **Basic principles of treatment of hemorrhoids during pregnancy and after childbirth**

V.L.Tyutynnik, T.V.Kirsanova, O.I.Mikhailova

V.I.Kulakov State Research Centre of obstetrics, gynecology and perinatology of the Ministry of Public Health and social development of the Russian Federation

## **Summary**

**A review.** Procto-Glivenol® combines all the qualities necessary for effective conservative treatment of hemorrhoids and prevention of its complications during pregnancy and the postpartum period. Procto Glivenol®, both as ointment or rectal suppositories, provides an effective control of hemorrhoidal crises during pregnancy and in postpartum.

**Key words:** hemorrhoids, pregnancy, postpartum period.

## **Сведения об авторах**

Тютюнник Виктор Леонидович – д-р мед. наук, вед. науч. сотр. акушерского обсервационного отд-ния ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздравсоцразвития РФ. Тел.: (495) 438 09 88

Кирсанова Татьяна Валерьевна – канд. мед. наук, врач терапевтического отд-ния ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздравсоцразвития РФ

Михайлова Ольга Игоревна – аспирант ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздравсоцразвития РФ

**Г**еморрой (от греч. *haima* – «кровь», *rheo* – «теку») – расширение кавернозных телец прямой кишки, чрезвычайно распространенное заболевание. Причины застоя крови в венах таза и прямой кишки – беременность, хронические запоры, давление на стенки кишки со стороны матки, находящейся в неправильном положении, застой в системе воротной вены и др. Имеет значение и отсутствие клапанов в системе воротной вены. Более 10% всего взрослого населения страдает геморроем. Эти больные составляют 15–28% общего числа проктологических больных [1–3].

Возможность точно определить, что такое геморрой, появилась в XVIII в., когда были обнаружены кавернозные сосудистые сплетения, окружающие анальный канал. Было доказано, что помимо вен и артерий эти сосудистые образования содержат эластичную соединительную ткань и гладкомышечные клетки. Регулируя кровенаполнение в зоне анального канала, геморроидальные сплетения обеспечивают основные функции прямой кишки – удержание каловых масс и дефекацию, обеспечение эффективного иммунного барьера между внутренней и внешней средой организма [4, 5].

## **Распространенность**

По разным данным в колопроктологии геморрой занимает одно из первых мест, а его распространенность достигает 140–180 случаев на 1000 взрослых человек [2, 4, 6]. Уровень госпитализации этих больных в проктологические и хирургические отделения колеблется от 30 до 40% [7, 8]. Наибольшая распространенность геморроя отмечается среди лиц зрелого и пожилого возраста – 210–240 случаев на 1000 человек [3, 9].

## **Период беременности. Риск и осложнения**

В современных условиях особое место занимает проблема геморроя у беременных и кормящих женщин [1, 10–13].

Большое значение в развитии геморроя имеет нарушение оттока крови по венулам от гиперплазированных кавернозных телец дистального отдела прямой кишки и анального отверстия. Эти кавернозные тельца имеются в норме и закладываются на 3–8-й неделе эмбрионального развития и располагаются в области основания морганиевых колонн диффузно или чаще группируются в основном в 3 зонах: на левой боковой, правой переднебоковой и правой заднебоковой стенках анального канала. Именно в этих зонах наиболее часто формируются впоследствии геморроидальные узлы. Кавернозные тельца отличаются от обычных вен подслизистого слоя прямой кишки обилием прямых артериовенозных анастомозов. Именно этим объясняется артериальный характер кровотечения при геморрое. Геморрой возникает обычно у лиц с выраженными группами кавернозных телец. Другими причинами возникновения геморроя являются врожденная функциональная недостаточность соединительной ткани, нарушение нервной регуляции тонуса венозной стенки, повышение венозного давления вследствие запоров, длительной работы в положении стоя или сидя, тяжелого физического труда, беременности. Немаловажное значение в возникновении геморроя имеет злоупотребление алкоголем и острой пищей, при которых усиливается артериальный приток к кавернозным тельцам прямой кишки. При длительном воздействии неблагоприятных предрасполагающих факторов возникает гиперплазия кавернозных телец и формируется собственно геморроидальный узел [2, 9, 14].

Различают внутренние геморроидальные узлы, расположенные выше гребешковой линии под слизистой оболочкой прямой кишки, и наружные, расположенные ниже гребешковой линии под кожей. Примерно у 40% больных наблюдают сочетание наружного и внутреннего геморроя – смешанный геморрой. Наружный геморрой наблюдается нечасто – менее чем у 10% больных [7, 15, 16].

**Оценка эффективности проведенной терапии (n=77)**

Клинические симптомы	До лечения	7-й день лечения	15-й день лечения
Боль	35 (45,5%)	8 (10,4%)	0
Ректальные кровотечения	27 (35,1%)	4 (5,2%)	1 (1,3%)
Зуд	22 (28,6%)	5 (6,5%)	2 (2,6%)
Тенезмы	9 (11,7%)	3 (3,9%)	1 (1,3%)

У женщин геморрой проявляется или обостряется главным образом во время беременности и в родах. По статистике, у нерожавших женщин геморрой встречается в 5 раз реже, чем у рожавших хотя бы 1 раз. Важен и возрастной критерий: при беременности в 30 лет заболевание встречается в 3 раза чаще, чем при беременности в 20 лет. По данным [17], геморрой встречается у 7,7% небеременных, у 25,7% беременных и у 49,8% родильниц.

Беременность, не являясь основным патогенетическим фактором геморроя, часто выявляет его, усиливает его клиническое течение. С другой стороны, геморрой у беременных часто осложняет течение родов и послеродового периода [1, 11, 18].

Геморрой проявляется в виде 2 основных синдромов – острого приступа и хронического течения заболевания. По существу эти синдромы являются фазами одного и того же процесса. Основой для развития острого геморроя является тромбоз геморроидальных узлов. Тромбоз геморроидальных узлов сопровождается болями в области заднего прохода. Нередко возникающий отек тканей и воспалительная инфильтрация создают впечатление ущемления геморроидальных узлов. В ряде случаев острое воспаление сопровождается отеком перианальной области и некрозом узлов. Тромбоз обычно начинается во внутренних узлах. Спазм сфинктера прямой кишки усиливает отек, приводит к застою крови в нижнем прямокишечном сплетении и тромбозу наружных геморроидальных узлов. Этот процесс обычно сопровождается сильными болями в области заднего прохода. Тромбоз геморроидальных узлов является показанием к применению антикоагулянтов местного действия.

**Проявления**

Типичный симптомокомплекс хронического течения заболевания складывается из повторяющихся кровотечений, связанных, как правило, с дефекацией и выпадением геморроидальных узлов из заднего прохода. Кровотечение как ведущий симптом геморроя отмечается более чем у 50% пациентов. Непрекращающееся кровотечение из анального канала является осложнением заболевания. Длительное выделение крови из геморроидальных узлов приводит к анемии.

Вторым по частоте симптомом, характерным для геморроя, является выпадение геморроидальных узлов. Между увеличением длительности заболевания, его стадией и частотой выпадения геморроидальных узлов имеется прямая зависимость. Аноректальное кровотечение, помимо основного признака геморроя, является характерным симптомом и других заболеваний толстой кишки: злокачественных опухолей, дивертикулеза, неспецифического язвенного и гранулематозного колитов. Под маской геморроя, особенно при выделении крови из прямой кишки, нередко протекают такие заболевания, как полипы и колоректальный рак. Поэтому при любых проявлениях кишечного дискомфорта и особенно при выделении крови из прямой кишки необходимо выполнить ее пальцевое исследование, ректоскопию, проводить колоно- или ирригоскопию. Нужно следовать правилу: при малейшем подозрении на опухоль всегда проводить биопсию и полностью обследовать толстую кишку. Обычно болевой синдром не характерен для хронического геморроя.

Геморрой может сопровождаться болью, если его течение осложнено тромбозом наружных геморроидальных узлов с перианальным отеком, трещиной анального канала, тромбозом и выпадением внутренних геморроидальных узлов. Причинами выраженного болевого синдрома могут

быть острый или хронический парапроктит, опухоль прямой кишки с перифокальным воспалением или болезнь Крона с перианальными осложнениями. Слизистые или гнойные выделения характерны для воспалительных и опухолевых заболеваний прямой кишки. Воспалительный процесс, развившийся в окружающей клетчатке в результате тромбоза геморроидальных узлов и нередко приводящий к острому парапроктиту, также является осложнением геморроя [15, 19].

**Острый геморрой**

Острый геморрой является осложнением хронического течения и подразделяется по выраженности тромбоза и воспаления на 3 степени:

- I степень – тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительной реакции.
- II степень – тромбоз геморроидальных узлов с их воспалением.
- III степень характеризуется распространенным тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов с воспалением подкожной клетчатки, отеком перианальной кожи, некрозом слизистой оболочки геморроидальных узлов. Эта классификация соответствует патогенезу геморроя, достаточно удобна и дает возможность в практической работе, в зависимости от стадии заболевания и степени выраженности симптоматики, объективно определить показания и выбрать необходимый способ лечения.

Клинические симптомы геморроя при беременности не отличаются от таковых при обычном течении заболевания. Чаще всего это боли в заднем проходе, ректальные кровотечения и анальный зуд [2, 4, 20].

Часто у беременных выявляется геморрой в бессимптомной стадии. Эти женщины не предъявляют характерных для геморроя жалоб, но при обследовании (аноскопии) в типичных местах на стенках заднепроходного канала обнаружаются геморроидальные узлы. Своевременное выявление беременных с клинически бессимптомным геморроем и проведение у них профилактических мер дает возможность во многих случаях предупредить развитие этого синдрома, осложняющего течение родов и послеродового периода [9, 17].

**Течение**

Клиническая картина геморроя у беременных развивается постепенно. Вначале появляются неприятные ощущения в области заднего прохода, особенно после акта дефекации. По мере увеличения срока беременности появляются более выраженные признаки геморроя – боли, увеличение геморроидальных узлов, кровотечение, анальный зуд, тенезмы и др. [2, 18, 13].

**Послеродовый период**

Примерно у 1/2 женщин с геморроем во время беременности после родов наступает обострение заболевания. Как правило, уже с началом родовой деятельности резко возрастает болевой синдром в области анального отверстия.

Во время родовой деятельности, когда головка плода проходит в малый таз, сосуды этой области, в том числе прямой кишки, резко сдавливаются. Нарушается венозный отток, нарастают застой крови и гипоксия тканей. Это создает дополнительные условия для раскрытия артериовенозных анастомозов непосредственно в просвет кавернозных полостей прямой кишки. Чем продолжительнее период родовой деятельности, тем более выражены эти процессы. Геморроидальные узлы набухают, резко увеличиваются в раз-

---

мерах, становятся напряженными. Во время потуг сфинктер заднего прохода раскрывается, дистальный конец прямой кишки зияет и при этом хорошо видны как наружные, так и внутренние геморроидальные узлы. Они на глазах увеличиваются, становятся синюшными и плотными. После окончания потуг внутренние узлы несколько уменьшаются, а при последующей потуге картина повторяется.

При прорезывании головки плода внутренние геморроидальные узлы, если они достаточно выражены, выдавливаются наружу и иногда их стенки разрываются. После родов с постепенным сокращением сфинктера заднего прохода внутренние узлы уменьшаются и самостоятельно вправляются, но часто, если сокращение сфинктера происходит быстро, эти узлы ущемляются и возникает острый геморрой [1, 10, 11, 20].

### **Возможности терапии**

При остром геморрое и на ранних этапах хронического проводят консервативное лечение. Его главная цель – снять боль и воспаление, нормализовать кровообращение в области прямой кишки, отрегулировать пищеварение. Консервативное медикаментозное лечение бывает общим (препараты, повышающие тонус вен, улучшающие кровоток по мелким сосудам и кавернозным венам) и местным (ранозаживляющие, обезболивающие и противоздушные мази, свечи, микроклизмы и ванночки) [8, 19].

Также немаловажное значение имеет профилактика обострений, которая включает:

- борьбу с расстройствами стула;
- правильное питание;
- ограничение употребления острой пищи и спиртных напитков;
- грамотную гигиену дефекации;
- профилактику гиподинамики.

В первую очередь необходимо избавиться от запоров и наладить работу кишечника без длительного натуживания. В этом может помочь диета, богатая фруктами и овощами. При геморрое категорически запрещены любые алкогольные напитки, соленая, остшая, пряная, перченая пища, маринады, так как эти продукты усиливают кровенаполнение вен тазового дна и в первую очередь геморроидальных венозных сплетений. Не стоит употреблять жирную пищу – она замедляет процесс пищеварения, создавая тем самым предпосылки для развития запора. Желательно ограничить употребление лука, горчицы, черного хлеба, бобовых, недозревших фруктов и ягод. Рекомендуются брокколи, кукуруза, морковь, спелые яблоки, свекла, цветная капуста, картофель, изюм, чернослив, курага и мед. Каши, особенно перловая или овсяная, также предупреждают развитие запоров.

Улучшению функции толстого кишечника, повышению тонуса мышц анальной области и брюшной стенки, уменьшению застойных явлений в венах малого таза способствуют лечебная физкультура, гигиеническая гимнастика. Рекомендуют также 2–3 раза в день по 15 мин лежать на спине с приподнятым положением таза, например, на небольшой подушке.

Очень важно избегать переохлаждения (особенно нижней части тела), не сидеть на холодной поверхности, отказаться от длительных (более 1 ч) пеших прогулок и длительной работы в положении стоя и сидя.

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

### **Безопасный выбор**

Развитие геморроя на фоне беременности, а также его осложнений, особенно в послеродовом периоде существенно влияет не только на состояние пациентки, но и на качество ее жизни. При выборе препарата для лечения беременной или кормящей женщины следует учитывать его безопасность как для самой пациентки, так и для плода и новорожденного, что существенно ограничивает выбор врача [1, 5, 6].

В настоящее время для лечения геморроя в акушерской практике широко применяется препарат Прокто-Гливенол®, который выпускается в виде ректального крема (1 г содержит трибенозида 50 мг и лидокаина гидрохлорида 20 мг) и ректальных суппозиторий (1 суппозиторий – трибенозида 400 мг и лидокаина гидрохлорида 40 мг).

Терапевтическая эффективность при геморрое обусловлена комбинацией двух компонентов: трибенозида и лидокаина. Трибенозид оказывает венотонизирующее и противовоспалительное действие. Венотонизирующее действие проявляется улучшением сосудистого тонуса, уменьшением венозного застоя, снижением проницаемости капилляров и венул и улучшением микроциркуляции. Противовоспалительное действие проявляется ингибирующим влиянием на некоторые эндогенные вещества, выполняющие функцию медиаторов при развитии воспаления и болевого синдрома. Лидокаин оказывает местноанестезирующее действие.

Благодаря вышеперечисленным свойствам Прокто-Гливенол® занимает ведущее место на рынке антигеморроидальных средств. Такое признание объясняется оптимальным составом, высокой эффективностью и безопасностью применения, особенно во время беременности и в период кормления грудью, так как именно в эти периоды безопасность применения препаратов особенно актуальна.

Обострение геморроя, особенно в сочетании с послеродовыми травмами промежности, является наиболее частым заболеванием, влияющим на качество течения послеродового периода.

## Оценка эффективности

Мы провели оценку эффективности и переносимости препаратов Прокто-Гливенол® (мазь и ректальные свечи) при лечении геморроя у беременных и родильниц.

Клинически симптомокомплекс геморроя при беременности почти не отличался от такового среди других категорий больных с таким диагнозом. Из 77 беременных с клиническими признаками геморроя боли в заднем проходе отмечались у 35 (45,5%), ректальные кровотечения – у 27 (35,1%), анальный зуд у 22 (28,6%) (см. таблицу). Часто у наблюдавших женщин (49–63,6%) отмечался наружный геморрой, характеризовавшийся появлением геморроидальных узлов в виде бородавчатых образований или складок, плотных на ощупь и не уменьшающихся в объеме при пальпации. При внутреннем геморрое (28–36,4%) узлы располагались между складками слизистой оболочки, могли быть как единичными, так и множественными, спадались при надавливании и наполнялись при кашле. В 11 (14,3%) случаях геморрой у беременных сочетался с анальной трещиной. Часто у беременных после 2–3-дневной задержки стула внезапно появлялись болезненные плотные геморроидальные узлы, что сопровождалось острыми болями и реже – кровотечениями. Необходимо отметить, что если в возрасте от 20 до 30 лет геморрой выявлялся примерно у каждой пятой беременной, то после 30 лет – у каждой второй.

С точки зрения авторов, практически целесообразно выделить 3 группы беременных, страдающих геморроем:

- 1-я группа – пациентки с бессимптомным геморроем. У этих женщин проводились профилактические мероприятия, включающие диету с ограничением острых блюд и достаточным количеством растительной клетчатки, лечебную физкультуру, прогулки, водный туалет заднего прохода после дефекации, прием послабляющих трав. Своевременное выявление беременных с клинически бессимптомным геморроем и проведение у них специальных вышеописанных профилактических мер дает возможность предупредить развитие болезни, осложняющее течение родов и послеродового периода.
- 2-я группа – больные с жалобами на кровотечения, анальный зуд, боли при дефекации. У этих женщин, помимо вышеперечисленных мероприятий, проводили лечение свечами и мазью Прокто-Гливенол® со II триместра гестации.

• 3-я группа – беременные (n=2), страдающие геморроем, который подлежит хирургическому лечению. Это были женщины с выпадением внутренних узлов и частыми обострениями в анамнезе, обильными изнуряющими геморроидальными кровотечениями, а также с острым геморроем в стадии некроза выпавших ущемившихся узлов. Беременные проконсультированы проктологом, совместно с которым вырабатывалась общая тактика дальнейшего ведения. Всем этим пациенткам в целях предоперационной подготовки также был назначен препарат Прокто-Гливенол® по индивидуальным схемам.

Мазь Прокто-Гливенол® применялась при наружном геморрое на пораженные участки тонким слоем 2–4 раза в день, а после исчезновения болезненных ощущений – 1 раз в течение 7 дней.

Свечи Прокто-Гливенол® использовались при внутреннем геморрое 2 раза в сутки в течение 5–7 дней, после исчезновения болезненных ощущений – 1 раз в сутки еще 7 дней.

Необходимо отметить, что степень выраженности сохранившихся клинических симптомов оценивалась пациентками как средняя к 7-му дню лечения и как слабая – к 15-му дню.

Клиническая переносимость оценивалась пациентками и врачами как отличная, хорошая, средняя, плохая.

Переносимость лечения препаратами Прокто-Гливенол® была отличной и хорошей в 95% случаев.

В нашем исследовании мазь и свечи Прокто-Гливенол® применялись у 87 родильниц с геморроем I–II степени тяжести 4 раза в день первые 2–3 дня и в последующем – 1–2 раза в день до выписки. У части больных, несмотря на заметное уменьшение узлов в первые дни лечения, сохранялись боли при дефекации, что послужило основанием для назначения очистительных клизм с предварительным введением в задний проход 30–40 г вазелинового масла. К моменту выписки все наблюдаемые родильницы считали себя здоровыми и были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Применение при данных состояниях в послеродовом периоде препарата Прокто-Гливенол® существенно облегчает течение заболевания, ускоряет процесс заживления, расширяет возможности полноценного совместного пребывания матери и новорожденного, не вызывает побочных явлений.

## Заключение

Таким образом, Прокто-Гливенол® сочетает все необходимые качества для эффективного консервативного лечения геморроя и предупреждения его осложнений во время беременности и в послеродовом периоде. Применение препарата Прокто-Гливенол® как в виде мази, так и в виде ректальных свечей является эффективным способом лечения беременных и родильниц с геморроидальными кризами. Быстро действие и хорошая переносимость данного препарата позволяют рекомендовать его для широкого использования в акушерской практике.

## Литература

1. Елохина Т.В., Тютюнник В.Л., Балушкина А.А. Геморрой: принципы терапии в акушерской практике. Русский медицинский журнал. 2010; 4 (18): 200–3.
2. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М.: Изд-во ООО «МитраПресс», 2002.
3. Chand M, Nash GF, Dabbas N. The management of haemorrhoids. BrJ Hosp Med 2008; 69 (1): 35–40.
4. Основы колопроктологии: Уч. пособие. Под ред. Г.И. Воробьева. Ростов-на-Дону, 2001.
5. Hibberts F, Schizas A. Assessment and treatment of patients with haemorrhoids. Nurs Stand 2010; 24 (18): 51–6.
6. Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdel D et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complication: a systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol 2006; 101 (1): 181–8.
7. Грошшилин В.С. Комплексное лечение анальных трещин (клинико-анатомо-экспериментальные исследования): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Волгоград, 2010.
8. Kirsch J, Grimm BD. Conservative treatment of haemorrhoids. Wien Med Wochenschr 2004; 154 (3–4): 50–5.

9. Ривкин ВЛ, Капуллер ЛЛ. Геморрой. Запоры. М., 2000.
10. Зайдиева ЗС, Магометханова ДМ. Консервативная терапия геморроя в акушерской практике. Русский медицинский журнал, 2002; 18 (10): 828–30.
11. Шехтман ММ, Козинова НВ. Геморрой у беременных. Гинекология, 2004; 6 (6): 7–12.
12. Abramowitz L. Management of hemorrhoid disease in the pregnant woman. Gastroenterol Clin Biol 2008; 32 (5): 210–4.
13. Staroselsky A, Nava-Ocampo AA, Vobra S, Koren G. Hemorrhoids in pregnancy. Can Fam Physician 2008; 54 (2): 189–90.
14. Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids. Surg Clin North Am 2010; 90 (1): 17–32.
15. Заградский ЕА. Современная тактика лечения острого геморроя. Справочник поликлинического врача, 2005; 1 (3): 10–5.
16. Abramowitz L, Batallan A. Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoid) during pregnancy and post-partum. Gyneocol Obstet Fertil 2003; 31 (6): 546–9.
17. Мун НВ, Мырзабекова АЖ, Мун ГН. Особенности клинического течения острого геморроя у беременных. Проблемы колопроктологии, 2002; 18: 158–60.
18. Avsar AF, Keskin HL. Haemorrhoids during pregnancy. J Obstet Gynaecol 2010; 30 (3): 231–7.
19. Солтанов БЦ. Современные принципы лечения геморроя. Русский медицинский журнал, 2003; 1 (5): 5–8.
20. Gojnic M, Dugalic V, Papic M et al. The significance of detailed examination of hemorrhoids during pregnancy. Clin Exp Obstet Gynecol 2005; 32 (2): 183–4.

# Современные аспекты безопасности применения азитромицина и других макролидов во время беременности

А.П.Никонов<sup>1</sup>, Р.А.Чилова<sup>1</sup>, М.В.Остроумова<sup>1</sup>, О.У.Стецюк<sup>2</sup>, И.В.Андреева<sup>2</sup>, В.В.Залетова<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГOU ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова;

<sup>2</sup>НИИ антимикробной химиотерапии ГOU ВПО Смоленская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ;

<sup>3</sup>Клиника «Мама», Москва

## Резюме

**Обзор.** Результаты популяционных эпидемиологических и проспективных клинических исследований позволяют сделать вывод, что наиболее безопасным макролидом для использования у беременных женщин является азитромицин.

**Ключевые слова:** беременность, макролиды, азитромицин.

## Modern aspects of the safety of azithromycin and other macrolides during pregnancy

AP.Nikonov<sup>1</sup>, RA.Chilova<sup>1</sup>, MV.Ostroumova<sup>1</sup>, O.U.Stetsiuk<sup>2</sup>, IV.Andreeva<sup>2</sup>, VV.Zaletova<sup>3</sup>

<sup>1</sup>J.M. Sechenov First Moscow State Medical University;

<sup>2</sup>Institute of Antimicrobial Chemotherapy Smolensk State Medical Academy;

<sup>3</sup>Clinic «Mama», Moscow

## Summary

**A review.** The results of population-based epidemiological studies and prospective clinical trials suggest that the safest macrolide for use in pregnant women is azithromycin.

**Key words:** pregnancy, macrolides, azithromycin.

## Сведения об авторах

Никонов Андрей Павлович – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии №1 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова  
Чилова Раиса Алексеевна – д-р мед. наук, проф. каф. клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней Первого МГМУ им. И.М.Сеченова

Остроумова Марина Владимировна – канд. мед. наук, врач клиники акушерства и гинекологии им. В.Ф.Снегирева, Москва  
Андреева Ирина Вениаминовна – канд. мед. наук, доц., ст. науч. сотр. НИИ антимикробной химиотерапии ГOU ВПО Смоленская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ

Стецюк Ольга Ульяновна – канд. мед. наук, асс. каф. клин. фармакологии ГOU ВПО Смоленская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ

Залетова Виктория Викторовна – гл. врач клиники «Мама», Москва

## Инфекционные заболевания и применение антимикробных препаратов во время беременности

Беременность является весьма уязвимым состоянием, предрасполагающим к заражению и последующему развитию инфекционных заболеваний. Инфекции, встречающиеся во время беременности, можно подразделить на инфекции, передаваемые половым путем, воспалительные заболевания органов малого таза, локализованные и генерализованные инфекционные осложнения послеродового периода, экстрагенитальные инфекции (инфекции мочевыводящих путей, дыхательных путей), нозокомиальные (в том числе катетер-ассоциированные) инфекции [1–4]. Наиболее частыми бактериальными инфекциями у беременных являются инфекции нижних и верхних отделов ге-

нитального тракта, инфекции мочевыводящих путей и внебольничные респираторные инфекции [5].

Риск неблагоприятных последствий инфекций во время беременности как для матери, так и для плода и новорожденного определяет необходимость проведения эффективной антибактериальной терапии. На сегодняшний день доступно большое количество антимикробных препаратов (АМП), которые потенциально могут использоваться для профилактики и лечения инфекционных осложнений в акушерстве и гинекологии. Антибиотики являются одной из наиболее часто применяемых групп лекарственных средств (ЛС) во время беременности [6]. По данным различных исследований, частота назначения антибиотиков беременным составляет от 5,8–8 [7] до 20–30% [8–10] для препаратов системного действия. Так, по данным ретроспек-