

# Choroba hemoroidalna u kobiet w ciąży

## Hemorrhoidal disease in pregnant women

mgr farm. Mateusz Jabłoński

Nr art. Lek.202205.03

■ **Słowa kluczowe:** hemoroidy, ciąża, stan zapalny, obrzęk, zaparcia, krwawienie, terapia miejscowa, *Curcuma longa*, *Aesculus hippocastanum*, *Aloe vera*, *Hamamelis virginiana*, *Ruscus aculeatus*, *Matricaria recutita*.

■ **Keywords:** hemorrhoids, pregnancy, inflammation, swelling, constipation, bleeding, topical therapy, *Curcuma longa*, *Aesculus hippocastanum*, *Aloe vera*, *Hamamelis virginiana*, *Ruscus aculeatus*, *Matricaria recutita*.

■ **Abstract:** Hemorrhoids is the determination of physiological structures located in the distal part of the rectum and the anal canal. In certain situations (e.g. during pregnancy), there is an increase in and possible loss of the hemorrhoids from the rectum, which may manifest as bleeding, swelling, itching and discomfort. Pregnancy is the most important risk factor for problems with hemorrhoids in women of childbearing age. The treatment process mainly involves conservative techniques, including topical preparations.

### ■ Wprowadzenie

Ciąża jest fizjologicznym, choć wyjątkowym i wymagającym stanem, w przebiegu którego u kobiet dochodzi do wielu zmian na różnych poziomach funkcjonowania organizmu (hormonalnych, metabolicznych, itp.) [1]. W związku z tymi zmianami kobiety ciężarne nierzadko uskarżają się na liczne dolegliwości. Dość powszechne są te obejmujące przewód pokarmowy. Do przysparzających kobietom w ciąży licznych problemów należą m.in. zaparcia i hemoroidy, a właściwie choroba hemoroidalna. Jak wyglądają etiopatogeneza, rozpowszechnienie i możliwości terapeutyczne hemoroidów u kobiet w ciąży? O tym przeczytać można poniżej.

### ■ Hemoroidy w teorii

Bardzo często spotkać się można z sytuacją, kiedy to pacjenci mylnie uważają, że samo występowanie hemoroidów jest już stanem pato-

logicznym. Otóż nie – hemoroidy, a dokładniej guzki krwawnicze to anatomiczne i normalnie występujące u każdego człowieka struktury kanału odbytu [2]. Przybierają one formę ciał jamistych, które co do zasady zbudowane są z mięśniówki gładkiej, tkanki łącznej i licznych spłotów naczyń krwionośnych [3]. To głównie obecność sporej ilości połączeń tętniczo-żylnych odpowiada za ewentualne dolegliwości chorobowe [2].

Guzki krwawnicze występują w dystalnej części odbytnicy, a także w obrębie kanału odbytu [4]. Pod względem pełnionej przez siebie funkcji odpowiadają za blisko 15–20% maksymalnego ciśnienia spoczynkowego w kanale odbytu [2]. W związku z tym, że uczestniczą one w prawidłowym zamykaniu kanału odbytu, są tym samym istotnym elementem pozwalającym na właściwe zatrzymywanie stolca [2,5].

## ■ Choroba hemoroidalna w ujęciu ogólnym

W momencie nienaturalnego i objawowego przemieszczania się guzków krwawniczych w dół (zwłaszcza poza odbyt) można mówić o tzw. chorobie hemoroidalnej [6]. Nazywana jest ona potocznie hemoroidami, choć według nomenklatury określenie to dotyczy przede wszystkim stanu fizjologicznego.

Dolegliwości hemoroidalne (mimo że dokładna epidemiologia jest trudna do określenia) dotyczą od 4 do 36% populacji ogólnej [2]. Widać jednak tendencję wzrostową częstości występowania tego schorzenia wraz z wiekiem – nawet co druga osoba po 50. r.ż. skarży się na dolegliwości ze strony hemoroidów [4]. Bezsprzecznie jest to najczęstsze schorzenie proktologiczne w populacji [2].

Pod względem strukturalnym wyróżnia się:

- hemoroidy zewnętrzne – usytuowane poniżej linii grzebieniastej, pokryte anodermą;
- hemoroidy wewnętrzne – znajdujące się powyżej tej linii, a pokryte nabłonkiem gruczołowym [4].

Wymienione rodzaje hemoroidów mogą dawać objawy osobno lub razem, co dodatkowo wzmacnia nieprzyjemne dolegliwości.

## Możliwe teorie rozwoju choroby hemoroidalnej

W literaturze fachowej znaleźć można trzy różne, choć wywołujące tożsamy efekt końcowy teorie na temat podstaw rozwoju choroby hemoroidalnej. Wyróżnia się:

- teorię mechaniczną – zgodnie z jej przesłaniem dolegliwości rozpoczynają się w momencie stopniowego rozluźniania aparatu więzadłowego, który w normalnych warunkach utrzymuje guzki krwawnicze na swoim miejscu – zapobiegając ich wypadaniu;
- teorię hemodynamiczną – przedstawia ona problemy z hemoroidami jako wynik upośledzonego odpływu krwi żyłnej z obrębu guzków krwawniczych;

- teorię zapalną – według jej założeń przyczyną dolegliwości jest stan zapalny, który mógł zostać wywołany chociażby infekcją [2].

Wymienione powyżej teorie przyczyniają się do powstania w obrębie hemoroidów lokalnego stanu zapalnego i obrzęku, a także powiększenia naczyń krwionośnych i tym samym powiększenia i ewentualnego wypadania na zewnątrz guzków krwawniczych [3]. Zapalenie bierze czynny i istotny udział w rozwoju obrzęku i powstawaniu krwawień. Dowodem tego jest chociażby fakt, że w tkance hemoroidalnej wykazuje się liczne czynniki prozapalne [6].

Do najważniejszych czynników ryzyka rozwoju choroby hemoroidalnej należą:

- zaparcia, zwłaszcza te o charakterze przewlekłym;
- oddawanie twardego stolca i duży wysiłek wkładany w akt defekacji;
- obrzęk naczyń krwionośnych w obrębie guzków krwawniczych, wynikający chociażby ze wzrostu ciśnienia w jamie brzusznej;
- wiek rozrodczy i ciąża [2,3].

U kobiet istotnym i najczęstszym czynnikiem ryzyka jest właśnie ciąża.

## ■ Problemy z hemoroidami u kobiet w ciąży

Problemy z hemoroidami dotyczą od 25 do 35% kobiet będących w ciąży [4]. Jednak z biegiem czasu – w II, a szczególnie w III trymestrze częstość ich występowania drastycznie wzrasta – wówczas mogą one dotyczyć nawet 85% kobiet w okresie ciąży [2,4,7]! Wyraźnie widać zatem, że problem hemoroidów to niezwykle powszechne zjawisko u kobiet ciężarnych.

Podwyższone ryzyko pojawienia się hemoroidów u kobiety będącej w ciąży generuje chociażby fakt wcześniejszego występowania u niej tego schorzenia. Natomiast warta uwagi i zapamiętania jest informacja, że dolegliwości tego typu zwykle ustępują samoistnie po porodzie [4]. Zwykle, bo nawet u 15% kobiet w 6. miesiącu po porodzie problem hemoroidów nadal występuje [3].

Do najważniejszych objawów dolegliwości ze strony hemoroidów należą:

- krwawienia – wynikające przede wszystkim z miejscowych urazów, pojawiających się w trakcie i tuż po defekacji;
- obecność śluzowej wydzieliny w okolicach odbytu i wywołany nią świąd i podrażnienie;
- ból – pojawiający się zwykle w momencie silnego podrażnienia lub w wyniku zaawansowanych problemów z przepływem krwi (zatory i zakrzepy w mikrokrążeniu żylnym);
- dyskomfort i możliwe zabrudzenia bielizny [3].

Wśród pacjentów dotkniętych chorobą hemoroidalną blisko 56–81% zgłasza fakt występowania krwawień [5].

### Ciąża jako istotny czynnik ryzyka choroby hemoroidalnej

Ciąża, jako wyjątkowy stan fizjologiczny, rządzi się swoimi prawami. Zmiany w funkcjonowaniu organizmu przyczyniają się do wzrostu ryzyka wystąpienia problemów hemoroidalnych. Wymienić w tym miejscu należy przede wszystkim:

- zaparcia – występują one u 16–39% kobiet ciężarnych. Wynikają przede wszystkim ze spadku ruchliwości, wydłużonego pasażu jelitowego (m.in. w wyniku działania progesteronu, który zmniejsza ruchliwość i kurczliwość mięśni gładkich przewodu pokarmowego) oraz zwiększonego wchłaniania wody z okrężnicy;
- czynniki hormonalne – zwiększona ilość estrogenów wpływa na rozrost ścian naczyń żylnych, a wysoki poziom progesteronu sprzyja spadkowi wytrzymałości ścian naczyń i zmniejsza ich kurczliwość, a więc zdolność do transportowania krwi [3].

Biorąc pod uwagę wymienione już wcześniej teorie rozwoju zmian hemoroidalnych, w kontekście ciąży należałoby mówić przede wszystkim o teorii hemodynamicznej. Składają się na to różnorodne czynniki, takie jak:

- rozrost macicy, a tym samym utrudniony odpływ krwi z guzków krwawniczych i inicjowanie obrzęku w ich obrębie;

- rozrost macicy, a tym samym wzrost ciśnienia w jamie brzusznej i zwiększone ryzyko zapać;
- wzrost stężenia estrogenów i progesteronu, a tym samym spadek napięcia nabłonka naczyń i wzrost objętości krążącej krwi w układzie żylnym (nawet o 25–40%);
- wzrost krzepialności krwi i wynikające z niego możliwe zatory i zakrzepy [2,3].

Obecność hemoroidów, choć nie jest czymś groźnym, to znacząco może pogarszać jakość życia, a dodatkowo wywoływać niepotrzebny stres u kobiet w ciąży. Jak zatem można zredukować dolegliwości tego typu w tym szczególnym okresie?

### Terapia zachowawcza hemoroidów w ciąży

W związku z tym, że hemoroidy zwykle ustępują w niedługim czasie po porodzie, a także dlatego, że ciąża to stan wymagający niezwykle bezpiecznego podejścia terapeutycznego – głównym celem terapii jest złagodzenie objawów poprzez działanie zachowawcze [4,6,7]. Terapia zachowawcza jest leczeniem z wyboru, natomiast wszystkie ingerencje operacyjne zarezerwowane są dla przypadków mocno zaawansowanych i nieodpowiadających na postępowanie zachowawcze [2].

Pierwszym krokiem w kierunku złagodzenia objawów ze strony hemoroidów jest zmiana diety i niektórych nawyków u kobiet w ciąży [2,3,4]. Modyfikacja diety ma na celu zapobieganie lub ograniczenie występowania zapać, które są przecież bardzo ważnym czynnikiem ryzyka rozwoju choroby hemoroidalnej. Zmiana diety powinna obejmować m.in.:

- spożywanie mniejszych objętościowo, ale częstszych posiłków;
- włączenie do codziennej diety potraw bogatoresztkowych (bogatych w błonnik pokarmowy);
- spożywanie co najmniej 2 litrów wody (płynów) w trakcie dnia, co ma na celu zmiękczenie stolca i redukcję zapać [2,4].

Zmiana nawyków i stylu życia powinna zaś być ukierunkowana na mały, ale regularny wy-

siłek fizyczny (np. spacer), a także unikanie zbyt długiego przesiadywania w toalecie [2]. W sytuacji gdy powyższe zalecenia nie przyniosą oczekiwanych skutków, a także jeśli chcemy zwiększyć szanse na powodzenia terapii, istnieje możliwość dołączenia postępowania zachowawczego w postaci doustnych lub miejscowych preparatów, dostępnych bez recepty.

### ■ Miejscowa terapia hemoroidów

Zaletą miejscowej terapii jest możliwość złagodzenia dolegliwości, w tym bólu, krwawień i dyskomfortu [8]. Dodatkowo, zastosowanie miejscowe preparatów na hemoroidy wiąże się z możliwością używania mniejszych dawek określonych substancji i związków, a także ogranicza wchłanianie ogólnoustrojowe i ewentualne działania niepożądane [8]. Terapia miejscowa jest też wskazana w przypadku hemoroidów I i II stopnia rozwoju [6].

W związku z tym, że zapalenie okołonaczyniowe, rozregulowanie napięcia naczyń i przerost naczyń odgrywają znaczącą rolę w rozwoju hemodynamicznym choroby hemoroidalnej (zwłaszcza u kobiet w ciąży), dobrym podejściem może być zastosowanie preparatów o właściwościach przeciwzapalnych i uszczelniających/zwężających naczyń [6].

Poniżej przedstawiono pokrótce informacje o kilku substancjach pochodzenia naturalnego, które z powodzeniem mogą być stosowane jako terapia przeciwzapalna i usprawniająca przepływ w mikrokrążeniu żylnym. Badania potwierdzają, że niektóre ekstrakty roślinne usprawniają mikrokrążenie i przepływ krwi przez naczyń [9].

### **Kurkuma (*Curcuma longa*)**

Kurkuma posiada w swoim składzie dobrze przebadane kurkuminoidy, tj. polifenole o potwierdzonych badaniami właściwościach przeciwzapalnych i przeciwutleniających [10,11,12]. Kurkuminoidy pośrednio hamują syntezę mediatorów stanu zapalnego poprzez osłabienie aktywności związków biorących udział w ich wytwarzaniu, tj.  $\text{NF-}\kappa\text{B}$  i COX-2 [10,11]. Badania porównawcze kurkuminy i diklo-

fenaku pokazały, że ta pierwsza wywiera silniejszy efekt przeciwzapalny niż typowy NLPZ [12].

### **Kasztanowiec (*Aesculus hippocastanum*)**

Kasztanowiec to przede wszystkim bogate źródło escyny, będącej zbiorem związków saponinowych. Saponiny kasztanowca redukują ilość uwalnianych prostaglandyn i tym samym sprzyjają redukcji stanu zapalnego [13,14]. Co więcej – escyna uszczelnia naczynia i usprawnia przepływ krwi w obrębie mikrokrążenia. Kasztanowiec oprócz escyny zawiera także eskulinę – kumarynę, która pozytywnie wpływa na mikrokrążenie żyłne w obrębie hemoroidów.

### **Aloes zwyczajny (*Aloe vera*)**

Aloes posiada liczne związki o działaniu przeciwzapalnym (m.in. polisacharydy i glikoproteiny), które hamują przemianę kwasu arachidonowego do jego metabolitów (jak chociażby prostaglandyny prozapalne  $\text{PGE}_2$ ) [15]. Badania potwierdzają, że aloes poprzez redukcję stanu zapalnego sprzyja ograniczeniu obrzęku w obrębie hemoroidów [16].

### **Oczar wirginijski (*Hamamelis virginiana*)**

Oczar to roślina o dużej zawartości różnorodnych garbników i flawonoidów [17]. Wykazują one właściwości przeciwzapalne i przeciwobrzękowe, co z kolei doskonale wpisuje się w postępowanie w chorobie hemoroidalnej. Jako składnik przeciwzapalny oczar może stanowić interesujące uzupełnienie kurkuminy, a ich działanie będzie synergiczne i tym samym efektywniejsze.

### **Ruszczyk kolczasty (*Ruscus aculeatus*)**

Ruszczyk to bogate źródło saponin (ruscyny, ruskogeniny i ruskozydu) i flawonoidów [17]. Związki te usprawniają przepływ krwi przez naczynia, a dodatkowo redukują stan zapalny. Efektem działania ruszczyka jest m.in. obkurczenie naczyń.

## Rumianek pospolity (*Matricaria recutita*)

Rumianek bogaty jest w chamazulen o właściwościach przeciwutleniających i apigeninę – będącą przedstawicielem flawonoidów [17]. Związki te odznaczają się działaniem przeciwzapalnym, m.in. na drodze hamowania cyklooksygenazy, będącej ważnym elementem szlaku biosyntezy mediatorów zapalenia.

## Kwas hialuronowy i trehaloza

Zważywszy, że duża część krwawień jest wynikiem mechanicznego podrażnienia hemoroidów wywołanych zaparciami w ciąży, miejscowe działanie kwasem hialuronowym wpływa na nawilżenie tkanek i działa regeneracyjnie na śluzówkę okolic odbytu i anodermę. Trehaloza – jako naturalny związek, który nie jest syntetyzowany przez ssaki, ma silne właściwości hydratacyjne oraz hamuje produkcję cytokin prozapalnych. Połączenie tych dwóch związków sprzyja procesom regeneracji śluzówki oraz ustępowaniu miejscowych krwawień.

## Podsumowanie

Reasumując informacje zebrane w artykule, należy wyraźnie podkreślić, że problemy hemoroidalne to niezwykle powszechne zjawisko zwłaszcza wśród kobiet w ciąży w II i III tryestrze. Wynika to z faktu licznych zmian hormonalnych i metabolicznych, jakie zachodzą w organizmie kobiet w tym czasie.

Postępowanie terapeutyczne obejmuje przede wszystkim terapię zachowawczą. Zalicza się do niej miejscowe preparaty na problemy hemoroidalne, które zgodnie z aktualną wiedzą powinny przede wszystkim odznaczać się działaniem przeciwzapalnym i usprawniającym przepływ krwi przez naczynia żyłne w obrębie guzków krwawniczych oraz zapewnić procesy gojenia uszkodzonej śluzówki. © P

mgr farm. Mateusz Jabłoński  
mateusz.jablonski@interia.pl  
Nadesłano: 08-06-2022

## Piśmiennictwo:

1. Monika Jamrozińska, Wybrane schorzenia występujące u kobiet w ciąży i ich farmakoterapia, praca specjalizacyjna z Farmacji Aptecznej, Wrocław 2021.
2. Małgorzata Kołodziejczak, Aneta Obcowska, Leczenie choroby hemoroidalnej u kobiet w ciąży i okresie okołoporodowym, Ginekologia Praktyczna, nr 2 (105)/2010; 8-11.
3. A.F. Avsar, H.L. Keskin, Haemorrhoids during pregnancy, Journal of Obstetrics and Gynaecology, April 2010; 30(3): 231-237.
4. Konrad Wroński, Leczenie choroby hemoroidalnej u kobiet w ciąży – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa, Nowa Medycyna 3/2010, s.113-115.
5. Italo Corsale, Paolo Carrieri, Jacopo Martellucci, Alessandro Piccolomini, Luigi Verre, Marco Rigutini, Sonia Panicucci, Flavonoid mixture (diosmin, troxerutin, rutin, hesperidin, quercetin) in the treatment of I-III degree hemorrhoidal disease: a double-blind multicenter prospective comparative study, International Journal of Colorectal Disease, 2018 Nov;33(11): 1595-1600.
6. Varut Lohsirivat, Treatment of hemorrhoids: a coloproctologist's view, World J Gastroenterol 2015 August 21;21(31): 9245-9252.
7. Shayda J. Mirhaidari, Joel A. Porter, Frederick A. Slezak, Thrombosed external hemorrhoids in pregnancy: a retrospective review of outcomes, Int J Colorectal Dis 2016 Aug;31(8): 1557-9.
8. Arthur Staroselsky, Alejandro A. Nava-Ocampo, Sabina Vohra, Gideon Koren, Hemorrhoids in pregnancy, Canadian Family Physician. 2008 Feb;54(2): 189-90.
9. Douglas MacKay, Hemorrhoids and varicose veins: a review of treatment options, ALtern Med. Rev 2001;6(2): 126-140.
10. Raghevendhar R. Kotha, Devanand L. Luthria, Curcumin: biological, pharmaceutical, nutraceutical, and analytical aspects, Molecules 2019, 24, 2930.
11. Kok-Yong Chin, The spice for joint inflammation: anti-inflammatory role of curcumin in treating osteoarthritis, Drug Design, Development and Therapy 2016;10, 3029-3042.
12. Binu Chandran, Ajay Goel, A randomized, pilot study to assess the efficacy and safety of Curcumin in patients with active rheumatoid arthritis, Phytotherapy Research 2012 Nov;26(11): 1719-25.
13. Irena Matławska, Leki roślinne w terapii guzków krwawniczych odbytu, Postępy Fitoterapii 3-4/2002, 70-74.
14. Luca Gallelli, Escin: a review of its anti-edematous, anti-inflammatory, and venotonic properties, Drug, Design, Development and Therapy 2019; 13:3425-3437.
15. Wioleta Czerwonka, Aloes w kosmetologii i dermatologii, Kosmetologia Estetyczna 3/2019, vol.5.
16. Mohammad Hashem Hashempur, Fatemeh Khademi, Maryam Rahmani, Mohammad M. Zarshenas, An evidence-based study on medicinal plants for hemorrhoids in medieval Persia, Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine 2017, Vol. 22(4) 969-981.
17. Gerard Nowak, Surowce roślinne stosowane w chorobach układu krążenia i serca, Herba Polonica, Vol.55, No 2, 2009.