

**Медкова Ю.С., Маркаръян Д.Р., Тулина И.А., Чурина Ю.А., Александров Л.С.,
Царьков П.В., Ищенко А.И.**

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ВОЗМОЖНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО ТРОМБОЗА У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
(Сеченовский университет)» Минздрава РФ, 119435, г. Москва, Россия

Для корреспонденции: Медкова Юлия Сергеевна, ассистент каф. хирургии Института клинической медицины ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава РФ, 119435, г. Москва, Россия, e-mail: medkova@kkmx.ru

Введение. В настоящее время отсутствует достаточная доказательная база для научно обоснованного подхода к лечению геморроя во время беременности и после родов, а также актуальные данные о распространённости геморроидального тромбоза и возможных факторах риска.

Материал и методы. В исследование включены беременные женщины и родильницы, у которых проводилось активное выявление геморроидальной болезни и тромбоза наружных геморроидальных узлов. Физикальный осмотр выполнялся четырёхкратно: при первичном обращении женщины к врачу акушеру-гинекологу, на 24-й неделе беременности, на 36-й неделе беременности, а также в послеродовом периоде (в течение 7 дней после родоразрешения). Пациентам, страдающим от геморроидального тромбоза, предлагалось заполнить опросник для определения возможных факторов риска.

Результаты. Проведено исследование на популяции из 668 женщин, прослеженных со II триместра беременности до 7 дней послеродового периода. У 81 из них развился хронический геморрой во время беременности, а у 104 — в послеродовом периоде. Медиана визуально-аналоговой шкалы при развитии геморроидального тромбоза составила 7 баллов. Повторные роды, возраст старше 30 лет, отсутствие физической нагрузки во время беременности и самостоятельное родоразрешение являются возможными факторами риска для развития тромбоза наружных геморроидальных узлов.

Заключение. При наличии высокого риска развития геморроидального тромбоза во время беременности и в послеродовом периоде профилактические осмотры врача-колопроктолога — важный аспект ведения пациенток.

Ключевые слова: геморрой; геморрой во время беременности; геморроидальный тромбоз; геморрой после родов; тромбоз наружных геморроидальных узлов.

Для цитирования: Медкова Ю.С., Маркаръян Д.Р., Тулина И.А., Чурина Ю.А., Александров Л.С., Царьков П.В., Ищенко А.И. Распространённость и возможные факторы риска развития геморроидального тромбоза у беременных и родильниц. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва*. 2019; 6(4):209-214.
DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2019-6-4-209-214>

Medkova Yu.S., Markar'yan D.R., Tulina I.A., Churina Yu.A., Aleksandrov L.S., Tsar'kov P.V., Ishchenko A.I.

PREVALENCE AND POSSIBLE RISK FACTORS OF HEMORRHOIDAL THROMBOSIS IN PREGNANCY AND POSTPARTUM PERIOD

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), 119435, Moscow, Russian Federation

Introduction. Nowadays there are no sufficient evidence based data for a scientifically approach to the treatment of hemorrhoids during pregnancy and after childbirth, as well as current data of the prevalence of hemorrhoidal thrombosis (HT) and possible risk factors.

Material and methods. The study included pregnant women and puerperas who were actively diagnosed with chronic hemorrhoids (CH) and HT. The physical examination was performed four times: at the woman's initial visit to the obstetrician-gynecologist, at 24 weeks of pregnancy, at 36 weeks of pregnancy, in the postpartum period (within 7 days after delivery). Patients suffering from HT were asked to answer a questionnaire to determine possible risk factors.

Results. A study was conducted on a population of 668 women. 104 women was diagnosed with CH in the postpartum period, and 81 — during pregnancy. The median VAS score with HT was 7. Second delivery, age over 30 years old, lack of physical activity during pregnancy and vaginal delivery are possible risk factors for the development of HT.

Conclusions. In the presence of a high risk of HT during pregnancy and in the postpartum period, preventive examinations by a coloproctologist are an important aspect of patient management.

Keywords: hemorrhoids; hemorrhoids during pregnancy; hemorrhoidal thrombosis; hemorrhoids after childbirth; thrombosis of external hemorrhoids.

For citation: Medkova Yu.S., Markaryan D.R., Tulina I.A., Churina Yu.A., Aleksandrov L.S., Tsar'kov P.V., Ishchenko A.I. Prevalence and possible risk factors of hemorrhoidal thrombosis in pregnancy and postpartum period. *I.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, Russian journal*. 2019; 6 (4): 209-214. (in Russ.)
DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2019-6-4-209-214>

For correspondence: Yuliya S. Medkova, MD, assistant of the Department of surgery of the Clinical Medicine Institute, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), 119991, Moscow, e-mail: medkova@kkmx.ru

Information about authors:

Medkova Yu.S., <https://orcid.org/0000-0002-2526-338X>
Markar'yan D.R., <https://orcid.org/0000-0003-2711-2400>
Tulina I.A., <https://orcid.org/0000-0002-6404-389X>
Churina Yu.A., <https://orcid.org/0000-0001-9642-8260>

Aleksandrov L.S., <https://orcid.org/0000-0001-6524-2041>

Tsar'kov P.V., <https://orcid.org/0000-0002-7134-6821>

Ishchenko A.I., <https://orcid.org/0000-0003-1532-377X>

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 19.09.2019
Accepted 07.11.2019

Введение

Период беременности и послеродовой период у некоторых женщин сопровождаются развитием хронического геморроя и тромбоза наружных геморроидальных узлов, особенно в III триместре беременности и сразу после родоразрешения. Существует несколько возможных причин, предрасполагающих к развитию симптомного геморроя. Исходя из анализа научной литературы, к таким факторам можно отнести гормональные нарушения, повышение внутрибрюшного давления, натуживание во время дефекации на фоне запоров, длительный II период родов и связанное с ним напряжение, а также вес новорождённого более 3800 г [1–3].

Высокий уровень прогестерона во время беременности снижает силу мышечного каркаса венозных стенок и тонус вен [1, 2]. Сочетание повышения внутрибрюшного давления с усугублением венозного застоя на фоне роста и увеличения массы плода способствует нарушению венозного кровотока и провоцирует развитие геморроидальной болезни [4, 5].

Симптомы геморроидальной болезни, ассоциированные в большинстве случаев с тромбозом наружных геморроидальных узлов, могут чаще появляться после родоразрешения через естественные родовые пути. Боль как ведущий симптом при развитии данного патологического состояния через определённый промежуток времени разрешается полностью, однако наиболее частым последствием геморроидального тромбоза является появление перианальных бахромок и увеличение наружных геморроидальных узлов [6, 7].

В одном из обзоров приведены следующие цифры: геморроидальная болезнь прогрессирует у 8–24% женщин в течение беременности и у 28% в раннем послеродовом периоде [8]. По результатам одного из исследований около 40% женщин в течение 1 мес после родоразрешения предъявляют жалобы, ассоциированные с хроническим геморроем [3].

Симптомы, ассоциированные с геморроидальной болезнью, могут негативно отразиться на качестве жизни женщины, особенно остро данная проблема воспринимается первородящими, ранее не страдавшими острым геморроем [5, 9]. Проявлениями острого геморроя могут стать зуд, жжение, отёк наружных геморроидальных узлов, боль в перианальной области или в области ануса, затруднения при дефекации и выделение крови из заднего прохода [3, 4]. Выраженность симптомов имеет прямую корреляцию со снижением качества жизни пациенток. Женщины могут отмечать затруд-

нения при ходьбе, сидении, опорожнении кишечника, отмечать нарушения сна, быть ограниченными в уходе за семьёй и/или новорождённым [5]. Большинство пациенток считают, что симптомы геморроидальной болезни оказали значительно большее негативное воздействие, чем они предполагали [6]. Несмотря на очевидную важность проблемы, проведено крайне мало исследований, посвящённых течению хронического геморроя и острого тромбоза наружных геморроидальных узлов у женщин в период беременности и раннем послеродовом периоде.

Данное исследование является частью крупного нерандомизированного когортного исследования, изучающего распространённость, факторы риска и варианты лечения острого геморроя, в частности тромбоза наружных геморроидальных узлов у беременных и родильниц [10].

Целью данного исследования стало изучение распространённости геморроидальной болезни и тромбоза наружных геморроидальных узлов у данной категории пациенток, выраженности симптомов и влияния геморроидального тромбоза на качество жизни, а также сопутствующих факторов, которые могут влиять на развитие этого патологического состояния.

Материал и методы

Данное проспективное когортное исследование одобрено локальным этическим комитетом Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский университет) в январе 2018 г. Исследование проводилось на базе Университетской клинической больницы № 2 в лечебно-диагностическом отделении № 3, отделении колопроктологии Клиники колопроктологии и малоинвазивной хирургии, отделении онкологической колопроктологии Клиники колопроктологии и малоинвазивной хирургии, Клинике акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва с января 2018 по август 2019 г. Объём выборки определён до начала исследования. Доверительная вероятность составляла 99%, ожидаемая распространённость согласно данным литературы составила 33%, уровень значимости — 0,05. Таким образом, предполагаемый объём выборки составил 558 человек, однако было принято решение об увеличении объёма выборки до 678 человек с учётом поправок и общей популяции беременных в России по данным на конец 2016 г. [11].

Участницами данного исследования стали беременные женщины старше 18 лет. При обращении к врачу

акушеру-гинекологу пациенткам было предложено принять участие в исследовании. Критерием включения являлась беременность со срока 12 нед. Критериями исключения стали отказ от участия в исследовании, высокий риск преждевременного прерывания беременности и прогнозируемая невозможность следования протоколу исследования. Пациентки, ранее отмечавшие симптомы геморроидальной болезни, не были исключены из исследования. Все участницы исследования подписали информированное добровольное согласие на участие. С целью минимизации возможных ошибок диагностика геморроидальной болезни и острого тромбоза наружных геморроидальных узлов производилась врачом-колопроктологом. Физикальный осмотр проводился 4 раза: при первичном обращении женщины к врачу акушеру-гинекологу, на 24-й неделе беременности, на 36-й неделе беременности, а также в послеродовом периоде (в течение 7 дней после родоразрешения). При появлении жалоб по поводу заднего прохода пациенткам рекомендовали обратиться к врачу-исследователю с целью установки диагноза и назначения лечения.

Кроме физикального осмотра пациенткам, у которых развился тромбоз наружных геморроидальных узлов, был предложен разработанный нами опросник, отражающий наличие факторов, которые могли спровоцировать развитие геморроидального тромбоза, исходя из факторов риска по данным научной литературы: набор веса, недостаточное потребление клетчатки в пищу, запоры или диарея, тип кала по Бристольской шкале 1–2, отсутствие занятий гимнастикой или плаванием, тяжёлая физическая работа, длительное сидение в течение дня, ношение узкого белья, занятия анальным сексом, сопутствующие заболевания, повторная беременность и роды, а также приём препаратов железа [11–13]. В послеродовом периоде также проводился анализ способа родоразрешения, длительности родов, веса и роста новорождённого, осложнений, возникших в результате родоразрешения. У беременных и родильниц, страдающих геморроидальным тромбозом, оценивали болевой синдром по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и качество жизни по опроснику SF-12.

Диагноз геморроя или острого геморроидального тромбоза устанавливали на основании жалоб пациенток и данных физикального осмотра. Хронический геморрой мог сопровождаться такими симптомами, как выпадение внутренних геморроидальных узлов, выделение крови из заднего прохода после дефекации, зуд, ощущение неполного опорожнения прямой кишки после дефекации. Геморроидальный тромбоз мог провоцировать такие жалобы, как боль в области заднего прохода, увеличение наружных геморроидальных узлов, наличие плотного пальпируемого образования в области ануса и зуд.

Статистический анализ проведён при помощи программного обеспечения SPSS 21 (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

Результаты

Среди всех потенциальных участниц исследования 4 пациентки были исключены в связи с высоким риском прерывания беременности, 2 пациентки отказались от участия в исследовании, 4 пациентки были потеряны для мониторинга. Таким образом, проведён анализ данных 668 (98,5%) пациенток с 12-й недели беременности до 7 дней послеродового периода включительно. Срок наблюдения составил около 6 мес. Анализ результатов опросника, предложенного пациенткам, у которых развился тромбоз наружных геморроидальных узлов ($n = 98$), представлен в таблицах 1–3 и на рис. 1.

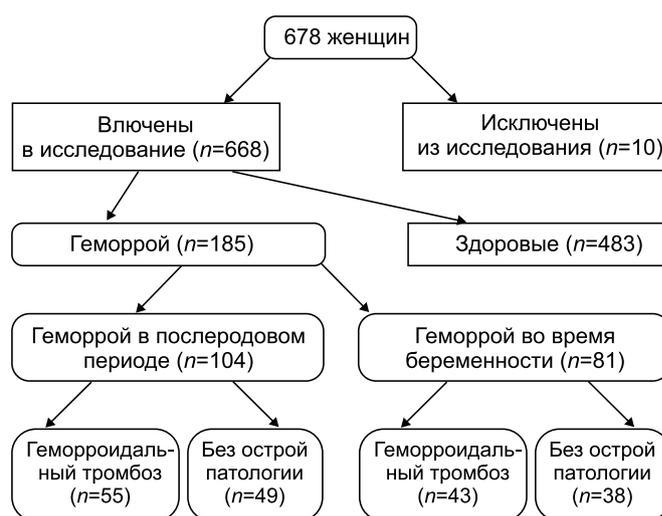


Рис. 1. Распространённость хронического геморроя и тромбоза наружных геморроидальных узлов у беременных и родильниц

Таблица 1

Общая характеристика пациенток ($n = 98$)

Показатель	Медиана	Стандартное отклонение
Возраст, годы	32,5	5,88205
Вес до беременности, кг	59	8,33075
Прибавка в весе, кг	12	9,48696
Кратность беременности	2	1,16889
Вес ребенка, г	3450	521,64850

Таблица 2

Особенности периода родов ($n = 98$)

Показатель	Характеристика	Значение, %
Способ родоразрешения	Через естественные родовые пути	78,9
	Кесарево сечение	21,1
Эпизиотомия	Да	61,4
	Нет	38,6
Разрывы промежности	Да	12,3
	Нет	87,7
Крупный плод	Да	14
	Нет	86

Таблица 3

**Возможные сопутствующие факторы риска
(n = 98)**

Факторы	Характеристика	Значение, %
Потребление клетчатки	Очень редко	6,2
	Периодически	5,2
	Регулярно	87,8
Кратность дефекации	1 раз в неделю	1
	2 раза в неделю	10,3
	Каждые 2 дня	22,7
	Каждый день	57,7
	Несколько раз в день	8,2
Бристольская шкала кала	1–2	27,9
	3–4	61,8
	5–7	10,3
Занятия гимнастикой	Да	19,6
	Нет	80,4
Плавание	Да	19,6
	Нет	80,4
Варикозная болезнь вен нижних конечностей	Да	36,1
	Нет	63,9
Операции по поводу геморроя в анамнезе	Да	10,3
	Нет	89,7
Количество времени, проведённого сидя	Практически весь день	51,5
	Несколько часов	22,7
	Почти нет	25,8
Занятия тяжёлым физическим трудом	Да	7,2
	Нет	92,8
Занятия анальным сексом	Регулярно	2,1
	Иногда	13,4
	Однажды	15,5
	Нет	69,1
Ношение узкого нижнего белья	Да	20,6
	Нет	79,4
Применение комбинированных оральных контрацептивов в анамнезе	Да	6,2
	Нет	93,8
Препараты железа во время беременности	Да	42,6
	Нет	57,4

Медиана выраженности боли по ВАШ составила 7 баллов, причём болевой синдром 6 баллов и более по ВАШ отмечен у 70% женщин с геморроидальным тромбозом.

Медиана продолжительности дней до приёма врачом-колопроктологом составила 3 дня.

Впервые во время беременности данное состояние развилось у 61,2% женщин, а в послеродовом периоде — у 18,4%, остальные женщины сталкивались с данным заболеванием ранее.

Наиболее часто тромбоз наружных геморроидальных узлов возникал в III триместре беременности (медиана — 30,5 нед) (рис. 2–4).

Среднее значение показателя физического здоровья PCS составило 41,52, ментального здоровья — 44,16 по результатам субъективной оценки пациентками своего



Рис. 2. Хронический комбинированный геморрой, увеличение комплекса геморроидальной ткани на 3 часах условного циферблата.



Рис. 3. Тромбоз наружного геморроидального узла на 3 часах условного циферблата во время беременности.



Рис. 4. Тромбоз и отёк наружного геморроидального узла на 12 часах условного циферблата в послеродовом периоде.

качества жизни с помощью опросника SF-12 при развитии геморроидального тромбоза.

Обсуждение

Тот небольшой объём доступной научной литературы о геморрое у беременных и родильниц либо отражает данные ретроспективных исследований, либо устарел, либо основан на самодиагностике [11–17]. Ни одного прицельного исследования распространённости геморроидального тромбоза у данной категории пациенток нами не найдено. Исследования последних двух лет, оценивающие распространённость хронического геморроя, не решают клиническую задачу — какому числу беременных и родильниц требуется специализированная колопроктологическая помощь [13, 18].

Данное исследование было проспективным когортным, в котором женщины наблюдались в течение последних 2 триместров беременности и в послеродовом периоде. Практически все женщины (98,5%), которых планировалось включить в исследование, приняли в нём участие и завершили период наблюдения. С помощью опросника, предложенного женщинам, страдающим тромбозом наружных геморроидальных узлов во время беременности или в раннем послеродовом периоде, была предпринята попытка прогнозирования развития тромбоза. Для оценки распространённости проведён анализ сопутствующих состояний при развитии тромбоза.

Основным ограничением данного исследования является отсутствие анализа факторов риска и сравнения наличия тех или иных состояний, возможно, провоцирующих развитие геморроидального тромбоза, с данными здоровых пациенток. Дополнительным ограничением являются возможные социально приемлемые, а не отражающие настоящее положение дел, ответы на некоторые вопросы в силу недооценки значимости опросника пациентками (например, о запорах или анальном сексе).

Исследования Т. Poskus и соавт., Л. Abramowitz и соавт. и К. Ferdinande и соавт. в некоторых аспектах похожи на наше исследование. Все эти исследования проспективные когортные — Т. Poskus и соавт. изучали женщин с I триместра беременности до 1 месяца послеродового периода; Л. Abramowitz и соавт. — женщин в III триместре беременности до 2 месяцев послеродового периода; а К. Ferdinande и соавт. — со II триместра беременности до 3 месяцев послеродового периода [1, 3, 13]. Л. Abramowitz и соавт. установили, что одна треть женщин страдала от анальных трещин или геморроидального тромбоза в период с III триместра беременности до 2 месяцев послеродового периода [1]. Т. Poskus и соавт. установили распространённость заболеваний перианальной области и заднего прохода как 43,9% с I триместра беременности до 1 месяца послеродового периода [3]. К. Ferdinande и соавт. в результате опроса женщин (без физикального осмотра) определили распространённость как 68,5% [13].

В нашем исследовании распространённость хронического геморроя составила 22,7 и 27,8% у беременных и родильниц соответственно, а тромбоза наружных геморроидальных узлов — 14,5 и 14,7%. Такое снижение распространённости может свидетельствовать о более внимательном подходе к изучению проблемы — обязательном четырёхкратном физикальном осмотре и возможном завышении цифр при анализе субъективных данных со стороны пациенток в других исследованиях.

По данным исследования К. Ferdinande и соавт., Бристольская шкала кала может быть использована в качестве индикатора при запорах в до- и послеродовом периоде, корреляция оказалась достоверной на всех этапах анализа ($p < 0,001$). Однако по данным нашего дополнительного анализа пациенток, страдающих геморроидальным тромбозом, медиана оценки кала по Бристольской шкале составляла 3–4, что соответствует мягкому стулу. Аналогичные расхождения в результатах получены и при исследовании кратности дефекации. По результатам Т. Poskus и соавт., Л. Abramowitz и соавт. и К. Ferdinande и соавт. отмечена корреляция частоты запоров с развитием заболеваний аноректальной области, однако по результатам нашего исследования более половины женщин, у которых развился тромбоз наружных геморроидальных узлов, не страдали запорами [1, 3, 13]. Безусловно, эти данные требуют дополнительного изучения и сравнения со здоровой популяцией. Также следует принимать во внимание, что в других исследованиях изучалось влияние запоров на развитие не только геморроидального тромбоза, но и хронического геморроя и анальных трещин.

Обращает на себя внимание, что медиана возраста беременных и родильниц, чьё состояние осложнилось геморроидальным тромбозом, составила 32,5 года. Таким образом, можно сделать вывод о повышении риска развития тромбоза с повышением возраста женщины. Однако требуется сравнительный анализ со здоровой группой для исключения ошибок, связанных с повышением возраста беременных.

Также согласно полученным результатам исследования развитие тромбоза наружных геморроидальных узлов может быть ассоциировано с повторными родами, что было подтверждено в проведённых ранее исследованиях, с отсутствием достаточной физической нагрузки во время беременности и естественным родоразрешением.

Исследуемая популяция, данные которой проанализированы, являлась репрезентативной выборкой, а размер выборки был рассчитан таким образом, чтобы спроецировать результаты исследования на всю популяцию. Вместе с тем требуется дальнейший анализ результатов разных популяций в разные периоды времени.

Заключение

Практически у каждой третьей женщины развивается хронический комбинированный геморрой во вре-

мя беременности или в послеродовом периоде, причём больше половины пациенток страдают геморроидальным тромбозом с резко выраженным болевым синдромом и снижением качества жизни. Повторные роды, возраст старше 30 лет, отсутствие физической нагрузки во время беременности и самостоятельное родоразрешение могут быть факторами риска для развития тромбоза наружных геморроидальных узлов. При наличии высокого риска развития геморроидального тромбоза во время беременности и в послеродовом периоде профилактические осмотры врача-колопроктолога — важный аспект ведения пациенток. Необходимо проведение исследований, подтверждающих выявленные факторы риска путём сравнения с данными здоровой группы.

Благодарность

Коллектив авторов выражает благодарность врачам акушерам-гинекологам, сотрудникам Клиники акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва за содействие в проведении исследования.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 1–9, 12–18 см. REFERENCES)

10. Медкова Ю.С., Маркаръян Д.Р., Чурина Ю.А., Тулина И.А., Александров Л.С., Царьков П.В., Ищенко А.И. Выбор метода лечения геморроидального тромбоза у беременных и родильниц: данные пилотного проспективного исследования. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2019; 18(2): 94-100.
11. Росстат. *Краткие итоги выборочного обследования «Семья и рождаемость»*. https://www.gks.ru/free_doc/2010/family.htm

REFERENCES

1. Abramowitz L., Sobhani I., Benifla J.L., Vuagnat A., Darai E., Mignon M. et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Diseases of the colon and rectum*. 2002; 45(5): 650-5.
2. Barleben A., Mills S. Anorectal anatomy and physiology. *The Surgical clinics of North America*. 2010; 90(1):1-15. DOI: 10.1016/j.suc.2009.09.001

3. Poskus T., Buzinskiene D., Drasutiene G., Samalavicius N.E., Barkus A., Barisaukiene A. et al. Haemorrhoids and anal fissures during pregnancy and after childbirth: a prospective cohort study. *BJOG: Intern. J. Obstet. Gynaecol.* 2014; 121(13): 1666-71.
4. Avsar A.F., Keskin H.L. Haemorrhoids during pregnancy. *J. Obstet. Gynaecol.* 2010; 30(3): 231-7.
5. Quijano C.E., Abalos E. Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005(3): Cd004077.
6. Howell E.A. Lack of patient preparation for the postpartum period and patients' satisfaction with their obstetric clinicians. *Obstet. Gynaecol.* 2010; 115(2 Pt. 1): 284-9.
7. Schytt E., Lindmark G., Waldenstrom U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and association with self-related health. *BJOG: Intern. J. Obstet. Gynaecol.* 2005; 112(2): 210-7.
8. Borders N. After the afterbirth: a critical review of postpartum health relative to method of delivery. *J. Midwifery Women's Health*. 2006; 51(4): 242-8.
9. Woolhouse H., Perlen S., Gartland D., Brown S.J. Physical health and recovery in the first 18 months postpartum: does cesarean section reduce long-term morbidity? *Birth* (Berkeley, Calif). 2012; 39(3): 221-9.
10. Medkova Yu.S., Markar'yan D.R., Churina Yu.A., Tulina I.A., Aleksandrov L.S., Tsar'kov P.V., Ishchenko A.I. The choice of treatment for hemorrhoidal thrombosis in pregnant women and puerperas: data from a pilot prospective study. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2019; 18(2): 94-100. (in Russian)
11. Federal State Statistics Service (Rosstat). *Brief results of the sample survey "Family and fertility"*. [Kratkiye itogi vyborochnogo obsledovaniya «Sem'ya i rozhdayemost'»]. https://www.gks.ru/free_doc/2010/family.htm (in Russian)
12. Mac Arthur C., Lewis M., Knox E.G. Health after childbirth. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1991; 98:1193-204.
13. Ferdinande K., Dorreman Y., Roelens K., Ceelen W., De Looze D. Anorectal symptoms during pregnancy and postpartum: a prospective cohort study. *Colorectal Dis.* 2018; 20(12): 1109-16. doi: 10.1111/codi.14324
14. Rouillon J.M., Blanc P., Garrigues J.M., Viala J.L., Michel H. Analyse de l'incidence et des facteurs étiologiques des thromboses hémorroïdaires du post-partum. *Gastroenterol. Clin. Biol.* 1991; 15: A300.
15. Bols E.M., Hendriks E.J., Berghmans B.C., Baeten C.G., Nijhuis J.G., De Bie R.A. A systematic review of etiological factors for postpartum fecal incontinence. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2010; 89: 302-14.
16. Simmons S.C. Ano-rectal disorders in pregnancy. *J. Obstet. Gynecol.* 1964; 71: 960-2.
17. King V.G., Boyles S.H., Worstell T.R., Zia J., Clark A.L., Gregory W.T. Using the Brink score to predict postpartum anal incontinence. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2010; 203: 486.e1-5.
18. Åhlund S., Rådestad I., Zwedberg S., Edqvist M., Lindgren H. Haemorrhoids — a neglected problem faced by women after birth. *Sex Reprod. Healthc.* 2018; 18: 30-6. doi: 10.1016/j.srhc.2018.08.002

Поступила 19.09.2019

Принята к печати 07.11.2019