

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Научная статья

УДК [618.3: 618.4]: 616.147.17-007.64-035.2-055.26 (045)

DOI: 10.17816/pmj42375-85

ГЕМОРРОЙ У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ: ФАКТОРЫ РИСКА

А.В. Романовская, А.В. Паршин*, И.А. Аржаева, К.М. Карагёзян

*Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского,
Российская Федерация*

HEMORRHOIDS IN PREGNANT AND POSTPARTUM WOMEN: RISK FACTORS

A.V. Romanovskaya, A.V. Parsbin*, I.A. Arzhaeva, K.M. Karagyozyan

Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Russian Federation

Цель. Изучение основных факторов риска и симптомов геморроя у родильниц в послеродовом отделении перинатального центра Саратовской области за период 2021–2022 гг. путем анонимного анкетирования.

Материалы и методы. Пациентки были распределены на три группы по признаку получения терапии прогестероном в течение последней беременности. В I группе беременные и родильницы не получали гормональную терапию ($n = 114$). Во II группу были отнесены беременные и родильницы, получавшие во время беременности прогестерон на протяжении не более одного триместра ($n = 64$). В III группу включены беременные и родильницы, беременность которых наступила в результате ЭКО. Они получали терапию прогестероном в течение двух триместров и более ($n = 36$).

© Романовская А.В., Паршин А.В., Аржаева И.А., Карагёзян К.М., 2025

e-mail: maksim.polidanoff@yandex.ru

[Романовская А.В. – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета, директор клиники акушерства и гинекологии, главный внештатный гинеколог Министерства здравоохранения Саратовской области, ORCID: 0000-0003-4736-2749; Паршин А.В. (*контактное лицо) – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета, ORCID: 0000-0001-8793-4786; Аржаева И.А. – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета; Карагёзян К.М. – ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета].

© Romanovskaya A.V., Parshin A.V., Arzhaeva I.A., Karagyozyan K.M., 2025

e-mail: maksim.polidanoff@yandex.ru

[Romanovskaya A.V. – DSc (Medicine), Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Faculty of Medicine, the Director of the Clinic of Obstetrics and Gynecology, Chief External Gynecology Consultant to the Ministry of Health of the Saratov Region, ORCID: 0000-0003-4736-2749; Parshin A.V. (*contact person) – PhD (Medicine), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Faculty of Medicine, ORCID: 0000-0001-8793-4786; Arzhaeva I.A. – PhD (Medicine), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Faculty of Medicine; Karagyozyan K.M. – Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Faculty of Medicine]

Результаты. На основании проведенного исследования, выявлено, что симптомы геморроя статистически чаще встречались у родильниц III группы, которые длительно получали гормональную терапию прогестероном – более двух триместров. Наиболее значимыми факторами риска развития геморроя у беременных и родильниц были: естественное родоразрешение; количество родов – три и более; длительный прием гестагенов; склонность к запорам; наследственность,отягощенная по геморроидальной и варикозной болезни.

Выводы. К сожалению, проблема геморроя у беременных и родильниц все еще остается актуальной, равно как и проблема междисциплинарного контроля проктологических жалоб у беременных и родильниц. Большинство врачей не дает рекомендаций по имеющейся у женщин симптоматике.

Ключевые слова. Беременные, родильницы, геморрой, факторы риска, геморроидальная болезнь.

Objective. To investigate the main risk factors and symptoms of hemorrhoids in maternity patients in the postpartum department of the PC of the Saratov region for the period from 2021 to 2022 by means of anonymous questionnaire.

Materials and methods. Patients were categorized into 3 groups according to receipt of progesterone therapy during the last pregnancy: In Group I, pregnant and postpartum women did not receive hormonal therapy (n=114). Group II included pregnant and postpartum women who received progesterone during their pregnancy for not more than 1 trimester (n=64). Group III consisted of pregnant and postpartum women whose pregnancy resulted from IVF. They received progesterone therapy for 2 or more trimesters (n=36).

Results. The study revealed that hemorrhoid symptoms were statistically more frequent in the women from group III, who had received progesterone hormone therapy for more than 2 trimesters. The most significant risk factors for the development of hemorrhoids in pregnant and postpartum women were: natural delivery: the number of births 3 and more; prolonged gestagens intake; tendency to constipation; positive family history of hemorrhoidal and varicose diseases.

Conclusions. Unfortunately, hemorrhoids in pregnant and postpartum women is still an urgent problem of interdisciplinary control of proctologic complaints in pregnant and postpartum women. Most physicians do not give recommendations on the present symptomatology in women.

Keywords. Pregnant women, postpartum women, hemorrhoids, risk factors, hemorrhoidal disease.

ВВЕДЕНИЕ

Беременность – особое состояние женского организма, связанное с риском развития различных заболеваний. Гестационный сахарный диабет, гестозы и другие опасные нозологии создают угрозу для жизни матери и плода [1]. Профилактика и лечение подобных осложнений беременности возложены на женскую консультацию, где во время диспансеризации беременная пациентка будет обязательно осмотрена акушером-гинекологом, терапевтом, офтальмологом, оториноларингологом и стоматологом. Посещение врачей других специальностей происходит по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

Геморроидальная болезнь, в отличие от вышеперечисленных состояний, может развиться у любого человека. Геморроидальные

сплетения обеспечивают основные функции прямой кишки: удержание каловых масс и дефекацию. Основными факторами патологии при беременности являются: дисгормональная перестройка (гиперпрогестеронемия); функциональное расстройство стенок вен; повышение внутрибрюшного давления, увеличение объема циркулирующей крови [2]. Наиболее часто геморрой развивается в третьем триместре беременности, так как этот период характеризуется максимальным влиянием всех звеньев патогенеза. Прогестерон как главный гормон беременности в том числе влияет на гладкие мышцы венозной стенки и кишечника, вызывая их расслабление. Свой вклад вносит увеличение объема циркулирующей крови и повышение внутрибрюшного давления. Совокупность этих факторов негативно влияет на крово-

обращение в кавернозных тельцах [3; 4]. Наиболее часто геморрой развивается в третьем триместре беременности, так как этот период характеризуется максимальным влиянием всех звеньев патогенеза [5].

Развивающаяся гиперплазия геморроидальных узлов ведет к появлению таких симптомов, как зуд, жжение, боль, выделение крови, появление опухолевидного образования в аноректальной области. Особенности физиологического состояния беременности и родов можно рассматривать как отдельные факторы риска развития геморроя. Симптомы геморроя у беременных женщин встречаются чаще, чем у небеременных [6].

Геморрой – широко распространенное аноректальное заболевание, представляющее серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему. Беременность, не являясь основным патогенетическим фактором геморроя, часто способствует действию основных факторов риска геморроидальной болезни [7–9]. По данным некоторых исследований, заболеваемость геморроем среди беременных и родильниц составляет от 15 до 41 %, а в некоторых популяциях до 85 %. Отмечено увеличение распространенности с увеличением возраста и паритетом родов [10; 11].

Нужно уточнить, что геморрой не представляет непосредственной угрозы для жизни матери и плода, но при этом может существенно ухудшать качество жизни беременных и родильниц [12]. Постоянные зуд, боль, кровотечение негативно сказываются на психоэмоциональном состоянии женщины, нарушая моральный и физический комфорт, осложняют отношения с новорожденным [13].

Угроза материнству требует от нас более подробного исследования данного вопроса для лучшей диагностики и лечения. Объективную оценку распространенности геморроидальной болезни среди беременных и родильниц затрудняет деликатность и интимность проблемы, ведь часто женщины

не упоминают о жалобах такого рода в разговоре с лечащим врачом и все это приводит к тяжелым последствиям.

Цель исследования – изучение основных факторов риска и симптомов геморроя у родильниц в послеродовом отделении перинатального центра Саратовской области за период 2021–2022 гг. путем анонимного анкетирования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основными факторами развития геморроя при беременности являются: дисгормональная перестройка (гиперпрогестеронемия); функциональное расстройство стенок вен; повышение внутрибрюшного давления; увеличение объема циркулирующей крови. При этом необходимо упомянуть, что наиболее часто геморрой развивается в третьем триместре беременности, так как этот период характеризуется максимальным влиянием всех звеньев патогенеза. В исследовании приняли участие 214 человек.

Критериями включения в исследование стали: наличие одноплодной беременности; отсутствие тяжелых форм экстрагенитальной патологии; отсутствие до беременности геморроидальной болезни; возраст пациенток от 25 до 40 лет; отсутствие опухолей желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у пациенток; добровольное информированное согласие на исследование.

Критерии исключения из исследования: наличие многоплодной беременности; присутствие тяжелых форм экстрагенитальной патологии; возраст пациенток до 25 лет и старше 40; опухоли ЖКТ у пациенток.

В ходе исследования пациентки были распределены на три группы по признаку получения терапии прогестероном в течение последней беременности. В I группе родильницы не получали гормональную терапию

($n = 114$). Во II группу были отнесены родильницы, получавшие во время беременности прогестерон ($n = 64$). В III группы включены родильницы, беременность которых наступила в результате ЭКО ($n = 36$). Препаратами прогестерона, которые принимали пациентки в течение последней беременности, были утрожестан и дюфастон. Во II группе 71,9% принимали утрожестан, 28,1% – дюфастон. В III группе все пациентки принимали утрожестан. Пациентки III группы получали более продолжительную гормональную терапию (табл. 1).

Необходимо упомянуть, что естественный способ родоразрешения также является предрасполагающим фактором для развития геморроя. Мы отметили, что естественный способ родоразрешения превалировал в I и II

группах. Рассматривая патологии последней беременности, нами выявлено: рвота при беременности превалировала в III группе; угроза прерывания беременности выявлялась во всех группах пациенток; пациентки II и III групп получали гормональную терапию.

В ходе статистической обработки данных были применены методы непараметрического анализа. Для оценки достоверности различий использовался критерий Краскела – Уоллиса, а при последующем попарном сравнении применяют критерий Манна – Уитни. Критический уровень значимости p -value принимали равным 0,05. Исследование выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской декларации.

Таблица 1

Характер гормональной терапии

Лечение пациенток					
Характеристика течения последней беременности		Группа 1 ($n = 114$), абс. (%)	Группа 2 ($n = 64$), абс. (%)	Группа 3 ($n = 36$), абс. (%)	p
Прием препаратов железа во время последней беременности		50 (43,8)	42 (65,6)	18 (50)	$p_1 = 0,006$ $p_2 = 0,519$ $p_3 = 0,126$
Прием гормональной терапии, направленной на сохранение беременности		0 (0)	64 (100)	36 (100)	$p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 = 1,000$
Вид гормональной терапии	Утрожестан	0 (0)	46 (71,9)	36 (100)	$p_1 < 0,001$ $p_2 = 0,001$ $p_3 = 1,000$
	Дюфастон	0 (0)	18 (28,1)	0 (0)	$p_1 = < 0,001$ $p_2 = 1,000$ $p_3 = < 0,001$
Триместр, в котором пациентка принимала гормональную терапию	Только первый триместр	0 (0)	41 (64)	0 (0)	$p_1 = < 0,001$ $p_2 = 1,000$ $p_3 = < 0,001$
	Только второй триместр	0 (0)	15 (23,4)	0 (0)	$p_1 = < 0,001$ $p_2 = 1,000$ $p_3 = < 0,003$
	Только третий триместр	0 (0)	8 (13,6)	0 (0)	$p_1 = 0,003$ $p_2 = 1,000$ $p_3 = 0,086$
	На протяжении двух и более триместров	0 (0)	0 (0)	36 (100)	$p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Как видно из данных табл. 2, во всех трех группах большинство женщин имеет 1–2 беременности в анамнезе, а также 1–2 родов. При сборе анамнеза по поводу экстрагенитальной патологии был сделан акцент на наличие варикозной болезни вен нижних конечностей. В I группе данная патология встречалась у 12 (10,5 %), во II группе у 7 (10,9 %), в III группе у 2 (5,6 %) женщин.

В табл. 3 и рис. 1 представлена характеристика течения последней беременности. В I группе преимущественным способом родоразрешения были роды через естественные родовые пути (91,2 %), в то время как в III группе все пациентки были родоразрешены путем операции кесарева сечения (100 %).

Пациенткам было предложено субъективно оценить наличие и тяжесть тошноты и рвоты. Как видно из данных табл. 4, симптомы присутствовали у половины пациенток из I и II группы, а также почти у 80 % пациенток из III группы. Угроза прерывания беременности была у 12 женщин (10,5 %) в I группе, 28 (43,8 %) во II группе, 10 (27,7 %) в III группе.

При оценке факторов риска возникновения геморроя (табл. 5) определено: 1) на основании данных анализа наследственности выявлено наличие варикозной болезни вен нижних конечностей и/или геморроидальной болезни у родственников первой линии в I группе у 78 (68,4 %) женщин, во II группе – у 46 (71,9 %) и в III группе – у 28 (77,8 %); 2) предрасполагающими или разрешающими факторами геморроя являются недостаточное количество пищевых волокон, в диете.

Таблица 2

Гинекологический анамнез и наличие экстрагенитальной патологии

Анамнез жизни		Группа 1 (n = 114), абс. (%)	Группа 2 (n = 64), абс. (%)	Группа 3 (n = 36), абс. (%)	p
Гинекологический анамнез					
Количество беременностей в анамнезе (с учетом последней беременности)	0–1	66 (57,8)	30 (46,8)	26 (72,1)	$p_1 = 0,157$ $p_2 = 0,124$ $p_3 = 0,015$
	3–4	30 (26,2)	22 (34,3)	10 (27,7)	$p_1 = 0,257$ $p_2 = 0,863$ $p_3 = 0,498$
	5–6	18 (15,8)	10 (15,6)	0 (0)	$p_1 = 0,977$ $p_2 = 0,012$ $p_3 = 0,013$
	7 и более	0 (0)	2 (3,1)	0 (0)	$p_1 = 0,058$ $p_2 = 1,000$ $p_3 = 0,284$
Количество родов (с учетом последних родов)	1–2	80 (70,2)	42 (65,6)	36 (100)	$p_1 = 0,531$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$
	3–4	34 (29,7)	12 (34,3)	0 (0)	$p_1 = 0,036$ $p_2 < 0,001$ $p_3 = 0,013$
Экстрагенитальная патология					
Варикозная болезнь вен нижних конечностей		12 (10,5)	7 (11)	2 (5,6)	$p_1 = 0,933$ $p_2 = 0,372$ $p_3 = 0,367$

Характеристика течения последней беременности

Характеристика течения последней беременности		Группа 1 (n = 114), абс. (%)	Группа 2 (n = 64), абс. (%)	Группа 3 (n = 36), абс. (%)	p
Срок постановки на учет в женской консультации	Первый триместр	99 (86,8)	58 (90,6)	36 (100)	$p_1 = 0,453$ $p_2 = 0,022$ $p_3 = 0,059$
	Второй триместр	15 (13,2)	6 (9,4)	0 (0)	$p_1 = 0,453$ $p_2 = 0,022$ $p_3 = 0,059$
	Третий триместр	0 (0)	0 (0)	0 (0)	$p_1 = 1,000$ $p_2 = 1,000$ $p_3 = 1,000$
Способ родоразрешения последней беременности	Операция кесарева сечения	10 (8,7)	16 (25)	36 (100)	$p_1 = 0,004$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$
	Естественные	104 (91,2)	48 (75)	0 (0)	$p_1 = 0,004$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$

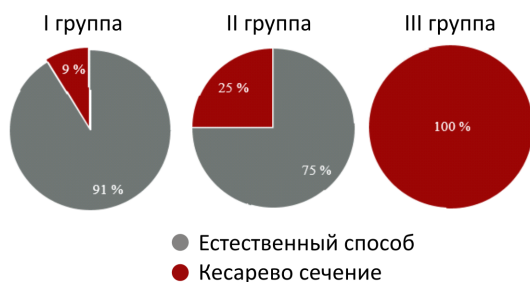


Рис. 1. Способ родоразрешения у пациенток I–III групп

Пациенткам было предложено оценить, какую часть от их дневного рациона составляют овощи и фрукты. Обращает на себя внимание, что в рационе примерно половины родильниц из I и II группы было не более 10 % клетчатки. В свою очередь, у 72 % пациенток III группы овощи и фрукты составляют от 10 до 40 % от дневного рациона.

В табл. 6 представлены факторы риска развития геморроя, связанные с актом дефекации. Около половины пациенток во всех трех группах проводят в туалете больше 5 мин. Как средство личной гигиены после акта дефекации пациентки I и II группы наиболее часто используют туалетную бумагу – 46 (40,4 %) и 32 (50 %) соответственно.

В III группе с почти одинаковой частотой пациентки применяют туалетную бумагу (14 (38,9 %)) и подмывание (16 (44,4 %)).

Далее пациенткам были заданы вопросы для выявления симптомов геморроя (рис. 2). Независимо от группы, чаще всего на протяжении последней беременности женщин беспокоило чувство наполненности в прямой кишке без позыва к дефекации: в I группе – у 42 (36,8 %) женщин, во II – у 32 (50 %), в III – у 26 (72,2 %). Вторым по частоте симптом, с которым столкнулись родильницы, – наличие «шишки» в области заднего прохода: в I группе – 30 (26,3 %) человек, во II – 20 (31,3 %), в III – 20 (55,5 %). Важно отметить, что наиболее часто симптомы геморроя беспокоили пациенток, беременность которых наступила в результате ЭКО. Зуд, жжение и боль в заднем проходе отмечали 12 (33,3 %) из них, а кровь на туалетной бумаге – 10 (27,7 %).

В ходе исследования было также отмечено, что данные симптомы геморроя не беспокоили большинство пациенток (в I группе таковых было 66 (57,9 %) женщин, во II – 38 (59,4 %), в III – 26 (72,2 %)) до настоящей беременности (табл. 7).

Таблица 4

Патология последней беременности

Характеристика течения последней беременности		Группа 1 (n = 114), абс. (%)	Группа 2 (n = 64), абс. (%)	Группа 3 (n = 36), абс. (%)	p
Рвота беременных (по субъективной оценке пациенток)	Рвота отсутствовала	56 (49,1)	32 (50)	8 (22,2)	$p_1 = 0,911$ $p_2 = 0,005$ $p_3 = 0,007$
	Незначительная (тошнота, рвота 1–2 раза по утрам, длительностью не более одного триместра)	36 (31,6)	12 (18,8)	12 (33,3)	$p_1 = 0,065$ $p_2 = 0,845$ $p_3 = 0,102$
	Умеренно выраженная (тошнота, рвота 3–5 раз в сутки, длительностью не более одного триместра)	12 (10,5)	14 (21,9)	10 (27,7)	$p_1 = 0,040$ $p_2 = 0,011$ $p_3 = 0,508$
	Значительно нарушала качество жизни (тошнота, рвота более 5 раз в сутки, длительность более одного триместра)	10 (8,7)	6 (9,4)	6 (16,6)	$p_1 = 0,893$ $p_2 = 0,181$ $p_3 = 0,282$
Угроза прерывания беременности		12 (10,5)	28 (43,8)	10 (27,7)	$p_1 < 0,001$ $p_2 = 0,011$ $p_3 = 0,115$

Таблица 5

Факторы риска возникновения геморроя

Факторы риска возникновения геморроя		Группа 1 (n = 114), абс. (%)	Группа 2 (n = 64), абс. (%)	Группа 3 (n = 36), абс. (%)	p
Наследственность					
Варикозная и/или геморроидальная болезнь у родственников I линии		78 (68,4)	46 (71,9)	28 (77,8)	$p_1 = 0,631$ $p_2 = 0,283$ $p_3 = 0,519$
Рацион					
Объем овощей и фруктов в рационе (по субъективной оценке пациенток)	До 10 % от дневного рациона	56 (49,1)	38 (59,4)	8 (22,2)	$p_1 = 0,189$ $p_2 = 0,005$ $p_3 < 0,001$
	От 10 % до 40 % дневного рациона	38 (33,3)	16 (25)	26 (72,2)	$p_1 = 0,246$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$
	Более 40 % дневного рациона	20 (17,5)	10 (15,6)	2 (5,6)	$p_1 = 0,743$ $p_2 = 0,077$ $p_3 = 0,137$

Были рассмотрены вопросы интимности и деликатности проблемы, нашедшие отражения в табл. 8. Как показывает проведенное исследование, в каждой группе лишь не более 1/3 пациенток обследовались ранее

у врача-проктолога. Ввиду интимности проблемы, по нашим данным, по этой проблеме пациентки чаще обращаются к врачам-проктологам женщинам, нежели к мужчинам (статически подтверждено математической

Таблица 6

Характеристика акта дефекации

Параметр		Группа 1 (n = 114), абс. (%)	Группа 2 (n = 64), абс. (%)	Группа 3 (n = 36), абс. (%)	p
Частота дефекации	1–2 раза в день	92 (80,7)	60 (93,9)	28 (77,8)	$p_1 = 0,019$ $p_2 = 0,703$ $p_3 = 0,019$
	Один раз в 3 дня	16 (14)	0 (0)	4 (11,1)	$p_1 = 0,002$ $p_2 = 0,653$ $p_3 = 0,007$
	Реже одного раза в 3 дня	6 (5,3)	4 (6,35)	4 (11,1)	$p_1 = 0,784$ $p_2 = 0,221$ $p_3 = 0,390$
Дефекация в одно и то же время		36 (31,6)	32 (50)	22 (61,1)	$p_1 = 0,016$ $p_2 = 0,002$ $p_3 = 0,285$
Пациентка берет в туалет телефон/книгу		40 (35,1)	12 (18,8)	18 (50)	$p_1 = 0,022$ $p_2 = 0,110$ $p_3 = 0,002$
Пациентка проводит в туалете больше 5 мин		60 (52,6)	26 (40,6)	16 (44,4)	$p_1 = 0,124$ $p_2 = 0,392$ $p_3 = 0,711$
Используют после акта дефекации	Туалетная бумага	46 (40,4)	32 (50)	14 (38,9)	$p_1 = 0,214$ $p_2 = 0,876$ $p_3 = 0,285$
	Влажные салфетки	32 (28,1)	14 (21,9)	6 (16,7)	$p_1 = 0,365$ $p_2 = 0,171$ $p_3 = 0,532$
Подмывание		36 (31,8)	30 (28,1)	16 (44,4)	$p_1 = 0,043$ $p_2 = 0,158$ $p_3 = 0,815$

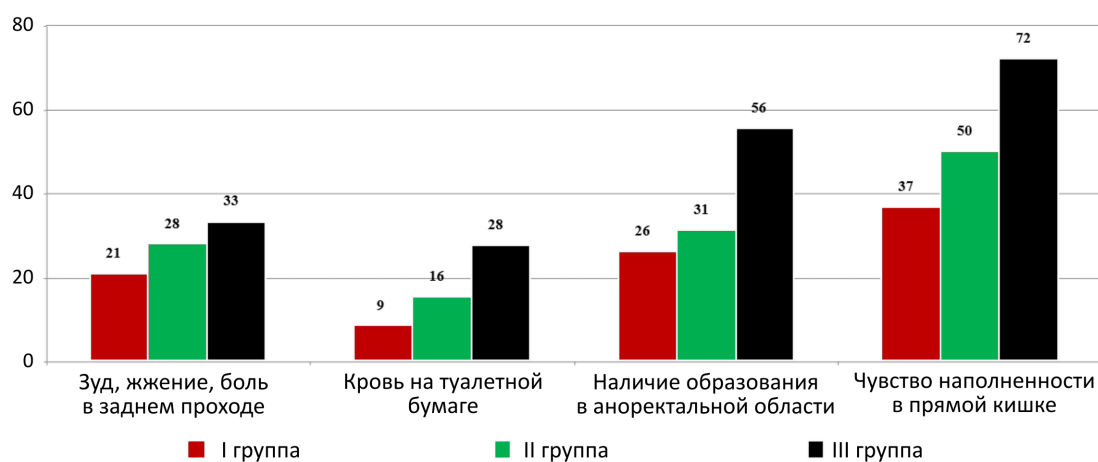


Рис. 2. Характеристики симптомов геморроя среди рожениц, % от количества в группе

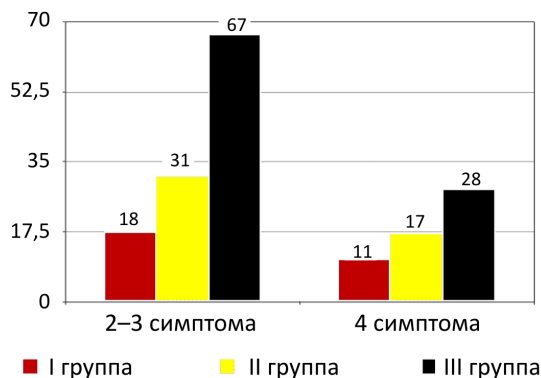


Рис. 3. Распространение количества симптомов геморроя среди рожениц, %

обработкой результатов). Но стоит отметить, что пациентки всех групп здраво оценивают проблему возможного возникновения геморроя и в большинстве случаев согласились бы на оперативное вмешательство с целью устранения недуга.

Родильницам также был задан вопрос, спрашивал ли их врач в женской консультации о характере питания, характере стула, наличии дискомфорта в заднем проходе (рис. 4). По мнению опрошенных, в женских консультациях по данной теме беседуют крайне неудовлетворительно и не вникают в столь интимную проблему.

Таблица 7

Проктологические жалобы до настоящей беременности

Показатель		Группа 1 (n = 114), абс. (%)	Группа 2 (n = 64), абс. (%)	Группа 3 (n = 36), абс. (%)	p
Данные жалобы беспокоили до беременности	Да	8 (7)	6 (9,4)	4 (11,1)	$p_1 = 0,576$ $p_2 = 0,430$ $p_3 = 0,782$
	Нет	66 (57,9)	38 (59,4)	26 (72,2)	$p_1 = 0,848$ $p_2 = 0,124$ $p_3 = 0,199$
	Затруднялись ответить	40 (35,1)	20 (31,3)	6 (16,7)	$p_1 = 0,604$ $p_2 = 0,037$ $p_3 = 0,111$

Таблица 8

Консультация с врачами по поводу возможных проктологических жалоб

Параметр		Группа 1 (n = 114), абс. (%)	Группа 2 (n = 64), абс. (%)	Группа 3 (n = 36), абс. (%)	p
В женской консультации акушер-гинеколог/ терапевт задавал вопросы о характере питания, характере стула, наличии дискомфорта в заднем проходе		42 (36,8)	14 (21,9)	8 (22,2)	$p_1 = 0,040$ $p_2 = 0,105$ $p_3 = 0,968$
Действия акушера-гинеколога/ терапевта в женской консультации при выявлении вышеперечисленных жалоб	Акушер-гинеколог/ терапевт не давал рекомендаций по поводу имеющихся жалоб	110 (96,5)	62 (96,9)	30 (83,3)	$p_1 = 0,892$ $p_2 = 0,006$ $p_3 = 0,017$
	Акушер-гинеколог/ терапевт рекомендовал посетить проктолога	2 (1,8)	0 (0)	4 (11,1)	$p_1 = 0,287$ $p_2 = 0,013$ $p_3 = 0,007$
	Акушер-гинеколог/ терапевт самостоятельно назначил лечения от геморроя	2 (1,8)	2 (3,1)	2 (5,6)	$p_1 = 0,554$ $p_2 = 0,218$ $p_3 = 0,552$
	Акушер-гинеколог/ терапевт рекомендовал дожидаться родов	0 (0)	0 (0)	0 (0)	$p_1 = 1,000$ $p_2 = 1,000$ $p_3 = 1,000$

Параметр	Группа 1 (n = 114), абс. (%)	Группа 2 (n = 64), абс. (%)	Группа 3 (n = 36), абс. (%)	p
Пациентка обследовалась ранее у проктолога	10 (8,8)	8 (12,5)	8 (22,2)	$p_1 = 0,429$ $p_2 = 0,031$ $p_3 = 0,204$
Для пациентки важно, чтобы врачом-проктологом была женщина	32 (28)	8 (12,5)	18 (50)	$p_1 = 0,017$ $p_2 = 0,015$ $p_3 < 0,001$
В случае обоснованной врачом-проктологом необходимости пациентка согласилась бы на оперативное лечение геморроя во время беременности	76 (66,6)	42 (65,6)	18 (50)	$p_1 = 0,888$ $p_2 = 0,072$ $p_3 = 0,126$



Рис. 4. Консультация врачей

Выводы

На основании проведенного исследования выявлено, что симптомы геморроя статистически чаще встречались у рожениц III группы, которые, в свою очередь, статисти-

чески дольше получали гормональную терапию прогестероном – более двух триместров. Наиболее значимыми факторами риска развития геморроя у беременных и рожениц были: естественное родоразрешение; количество родов три и более; длительный прием гестагенов; склонность к запору; наследственность, отягощенная по геморроидальной и варикозной болезни. Остается актуальной проблема междисциплинарного контроля акушерами-гинекологами проктологических жалоб у беременных и рожениц, так как большинство врачей, к сожалению, не дает рекомендаций касательно имеющейся симптоматики у пациенток. Также значима междисциплинарная проблема контроля акушерами-гинекологами проктологических жалоб у беременных: во всех трех группах значительное большинство врачей не давало рекомендаций касательно имеющейся ректальной клиники у женщин.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК / REFERENCES

1. Howell E.A. Lack of patient preparation for the postpartum period and patients' satisfaction with their obstetric clinicians. *Obstet. Gynecol.* 2010; 115 (2,1): 284–289.
2. Shin G.H., Toto E.L., Schey R. Pregnancy and postpartum bowel changes: Constipation and fecal incontinence. *American Journal of Gastroenterology* 2015; 110: 521–529.
3. Poskus T., Sabonyte-Balsaitiene Z., Jakubauskiene L. et al. Preventing hemorrhoids during pregnancy: a multicenter, randomized clinical trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022; 22: 374–377.

4. Anne F. Peery *et al.* Risk Factors for Hemorrhoids on screening colonoscopy. *PLoS One*. 2015; 10 (9): 137–141.
5. Abramowitz L., Sobhani I., Benifla J.L. *et al.* Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum* 2002; 45 (5): 650–655.
6. Juan C. Vazquez. Constipation, haemorrhoids, and heartburn in pregnancy. *BMJ Clin Evid*. 2010; 1411.
7. Kuronen M., Hantunen S., Alanne L. *et al.* Pregnancy, puerperium and perinatal constipation – an observational hybrid survey on pregnant and postpartum women and their age-matched non-pregnant controls. *BJOG* 2021; 128 (6): 1057–1064.
8. Bader Hamza Shirah *et al.* Hemorrhoids during pregnancy: Sitz bath vs. anorectal cream: A comparative prospective study of two conservative treatment protocols. *Women and Birth*. 2018; 31 (4): 272–277.
9. Ferdinande K., Dorreman Y., Roelens K. *et al.* Anorectal symptoms during pregnancy and postpartum: A prospective cohort study. *Colorectal Dis*. 2018; 20 (12): 1109–1116.
10. 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: 004–077.
11. Buzinskiene D., Sabonyte-Balsaitiene Z., Poskus T. Perianal diseases in pregnancy and after childbirth: frequency, risk factors, impact on women's quality of life and treatment methods. *Front Surg* 2002; 9: 788–823.
12. Jakubauskas M., Poskus T. Evaluation and management of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2020; 63: 420–424.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов:

Романовская А.В., Паршин А.В., Аржаева И.А., Карагёзян К.М. – концепция и дизайн исследования.

Романовская А.В., Паршин А.В., Аржаева И.А., Карагёзян К.М. – сбор и обработка материала.

Романовская А.В., Паршин А.В., Аржаева И.А., Карагёзян К.М. – статистическая обработка.

Романовская А.В., Паршин А.В., Аржаева И.А., Карагёзян К.М. – редактирование.

Все авторы утвердили окончательный вариант текста статьи.

Ограничение исследования. Проведенное исследование соответствует стандартам Хельсинкской декларации, одобрено этическим комитетом Медицинского университета «Реавиз», протокол № 9 от 10.09.2023. Перед началом исследования все пациенты подтвердили свое участие письменным информированным добровольным согласием.

Поступила: 20.07.2024

Одобрена: 08.05.2025

Принята к публикации: 23.05.2025

Просьба ссылаться на эту статью в русскоязычных источниках следующим образом: Геморрой у беременных и родильниц: факторы риска / А.В. Романовская, А.В. Паршин, И.А. Аржаева, К.М. Карагёзян // Пермский медицинский журнал. – 2025. – Т. 42, № 3. – С. 75–85. DOI: 10.17816/pmj42375-85

Please cite this article in English as: Romanovskaya A.V., Parshin A.V., Arzhaeva I.A., Karagoyzyan K.M. Hemorrhoids in pregnant and postpartum women: risk factors. *Perm Medical Journal*, 2025, vol. 42, no. 3, pp. 75-85. DOI: 10.17816/pmj42375-85