

# Геморрой в акушерской практике: этиология, патогенез, клиника, лечение

Д.м.н. В.Л. ТЮТЮННИК, Т.В. КИРСАНОВА, О.И. МИХАЙЛОВА

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова (дир. — акад. РАМН, проф. Г.Т. Сухих), Москва

## Hemorrhoids in obstetric practice: etiology, pathogenesis, clinical picture, and treatment

V.L. TYUTYUNNIK, T.V. KIRSANOVA, O.I. MIKHAILOVA

Acad. V.I. Kulakov Research Center of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Moscow

В статье рассматриваются вопросы, связанные с этиологией, патогенезом, клиникой и лечением геморроя при беременности. Изучена эффективность применения Прокто-Гливенола при лечении 85 беременных с геморроем. Через 15 дней после проведенного лечения у всех беременных отмечено значительное улучшение их состояния — степени выраженности таких клинических симптомов, как боль при дефекации, ректальные кровотечения, анальный зуд. Переносимость лечения Прокто-Гливенолом была отличной и хорошей в 96% случаев.

*Ключевые слова:* геморрой, беременность, этиология, патогенез, клинические проявления, Прокто-Гливенол.

The paper considers the problems associated with the etiology, pathogenesis, clinical picture, and treatment of hemorrhoids during pregnancy. The efficacy of Procto-Glyvenol was studied in the treatment of 85 pregnant women with hemorrhoids. Fifteen days after the treatment, all the pregnant women showed a considerable improvement — a reduction in the degree of clinical symptoms, such as painful defecation, rectal bleeding, and perianal itch. Procto-Glyvenol therapy was excellently and well tolerated in 96% of cases.

*Key words:* hemorrhoids, pregnancy, etiology, pathogenesis, clinical manifestations, Procto-Glyvenol.

Геморрой — варикозное расширение вен в области заднего прохода, обусловленное гиперплазией кавернозных телец прямой кишки, является самым распространенным проктологическим заболеванием. Считается, что им страдает более 10% населения в возрасте от 30 до 50 лет. По данным разных авторов [1, 2, 14], в колопроктологии геморрой занимает одно из первых мест, а его распространенность высока и составляет 140—180 человек на 1000 взрослого населения.

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 один раз. При этом играет важную роль и возрастной критерий: при беременности в 30 лет заболевание встречается в 3 раза чаще, чем при беременности в 20 лет. По данным Н.В. Мун и соавт. [5], 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, усугубляет его клиническое течение. С другой стороны, геморрой у беременных часто осложняет течение родов и послеродовой период [1, 10, 11].

Взгляды исследователей на этиологию данного заболевания весьма противоречивы. Если Гиппократ причину возникновения геморроя приписывал желчи и слизи, то в последующие века выдвигалось и оспаривалось множество самых различных теорий. Как основной патогенетический фактор упоминали врожденную недостаточность

венозной системы, венозные застои, нарушение механизма работы ректального сфинктера. В то же время ни одна из гипотез, основывающихся на патологии венозной системы, не могла объяснить происхождения основного, характерного для геморроя симптома — выделение алой крови. Ответ на этот вопрос был дан сравнительно недавно, в 1963 г., когда были обнаружены кавернозные сосудистые сплетения, расположенные в подслизистом слое каудальной части прямой кишки. Кавернозные тельца располагаются в области основания заднепроходных столбов диффузно или чаще группируются в основном в трех зонах: на левой боковой, правой переднебоковой и правой заднебоковой стенках анального канала. Именно в этих зонах наиболее часто впоследствии формируются геморроидальные узлы. 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 средой организма и окружающим миром. Геморроидальный узел — это гиперпластическое изменение кавернозной ткани прямой кишки, обусловленное усиленным притоком артериальной крови в кавернозные тельца по артериям с затрудненным оттоком ее по отводящим венам. Развитие дистрофических процессов в анатомических структурах, формирующих фибрино-

мышечный каркас внутренних геморроидальных узлов, способствует их постепенному смещению в дистальном направлении [6, 19].

Большую роль в развитии геморроя играет нарушение оттока крови по венам от гиперплазированных кавернозных телес 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. Кавернозные тельца отличаются от обычных вен подслизистого слоя прямой кишки обилием прямых артериовенозных анастомозов. Именно в этом следует видеть объяснение того факта, что при геморрое кровотечения несут артериальный характер. Геморрой возникает обычно у лиц с выраженными группами кавернозных телес. Другими факторами в возникновении 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.

Основными патогенетическими факторами развития патологии вен при беременности являются:

- дисгормональная перестройка;
- функциональное состояние стенок вен;
- увеличение объема циркулирующей крови;
- изменения в свертывающей и противосвертывающей системах крови;
- повышение внутрибрюшного давления.

Определенное значение в возникновении геморроя придают злоупотреблению алкоголем и острой пищей, в результате чего усиливается артериальный приток к кавернозным телесам прямой кишки. При длительном воздействии неблагоприятных факторов, наряду с предрасполагающими факторами, возникает гиперплазия кавернозных телес и формируется собственно геморроидальный узел [4, 10, 12].

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 [3, 7, 20].

При наружном геморрое узлы локализуются снаружи, и их не стоит путать с выпавшими внутренними геморроидальными узлами. Чаще всего наружные узлы проявляются тромбозами. Кровотечений из наружных узлов, как правило, не бывает, так как при дефекации они не травмируются. А вот постоянный застой крови в них может привести к образованию в них тромбов. Внешне наружный геморроидальный узел может быть различного размера, от 3 мм и более, что зависит от его кровенаполнения. Наружный геморроидальный узел обычно покрыт кожей, в то время как выпавший внутренний узел — слизистой оболочкой анального канала.

При внутреннем геморрое имеется варикозное расширение геморроидальных вен, которые находятся в глубине анального канала, поэтому при обычном осмотре такие геморроидальные узлы не видны. Для того, чтобы их увидеть, приходится прибегать к специальным методам исследования: аноскопии, ректоскопии. Также такие узлы можно выявить и при пальцевом ректальном исследовании.

Различают три степени внутреннего геморроя:

1-я степень — геморроидальные вены располагаются в анальном канале, могут не прощупываться, вызывают субъективные жалобы тем, что поддерживают воспаление или дают кровотечение.

2-я степень — узлы выступают из анального отверстия при натуживании и самостоятельно исчезают.

3-я степень характеризуется выпадением геморроидальных узлов, которые самостоятельно не вправляются.

Геморрой может протекать остро и хронически, но по существу это фазы одного и того же процесса. При остром геморрое возникает воспаление в узлах, что, помимо остальных симптомов, приводит к резкой болезненности в области ануса. Спазм сфинктера прямой кишки усиливает отек, приводит к застою крови в нижнем прямокишечном сплетении и тромбозу наружных геморроидальных узлов. В ряде случаев острое воспаление сопровождается отеком перианальной области и некрозом узлов. Нередко возникающий отек тканей и воспалительная инфильтрация создают впечатление ущемления геморроидальных узлов [2, 21].

Острое течение геморроя подразделяется на три стадии:

I стадия характеризуется тромбозом геморроидальных узлов без их воспаления.

II стадия характеризуется присоединением воспаления.

III стадия характеризуется распространенным тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов с воспалением подкожной клетчатки, отеком кожи перианальной области, некрозом слизистой оболочки геморроидальных узлов.

В течении хронического геморроя различают четыре стадии:

В I стадии отмечаются незначительные изменения со стороны связочного аппарата прямой кишки, который отвечает за удержание геморроидальных узлов в анальном канале, т.е. выпадения геморроидальных узлов не отмечаются.

Во II стадии изменения со стороны связочного аппарата прямой кишки выражены в такой степени, что отмечается выпадение геморроидальных узлов при акте дефекации, однако они сами вправляются в анальный канал. При этом кровотечение может быть или может не отмечаться.

III стадия характеризуется уже такими изменениями со стороны прямой кишки, что выпавшие узлы уже сами не вправляются, и пациент вынужден после каждого акта дефекации вправлять их сам.

В IV стадии отмечается уже постоянное выпадение геморроидальных узлов, причем вправить их обратно практически невозможно. Это связано с выраженными изменениями со стороны связочного аппарата прямой кишки.

При хроническом геморрое происходит выделение алой крови во время дефекации, выпадение геморроидальных узлов, тупая непрекращающаяся боль в заднем проходе, зуд. 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 половины пациентов. Непрекращающееся кровотечение из анального канала является осложнением заболевания. Длительное выделение крови из геморрои-

дальных узлов приводит к анемизации. 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 выполнять ее пальцевое исследование, ректоскопию, проводить колоно- или ирригоскопию. Нужно следовать всегда одному правилу: при малейшем подозрении на опухоль всегда брать биопсию и полностью обследовать толстую кишку [6, 9, 19, 21].

В современных условиях особое место занимает проблема геморроя у беременных и кормящих женщин [1, 4, 13]. 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 [5, 15, 22].

Часто у беременных выявляется геморрой в бессимптомной стадии. Эти женщины не предъявляют характерных для геморроя жалоб, но при обследовании в типичных местах на стенках заднепроходного канала обнаруживаются геморроидальные узлы. Своевременное выявление беременных с клинически бессимптомным геморроем и проведение у них профилактических мер дает возможность во многих случаях предупредить его развитие, осложняющего течение родов и послеродового периода [1, 13].

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. [1, 15, 22].

Примерно у половины женщин, имеющих геморрой 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 II периода родов, когда головка плода проходит полость малого таза, 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 II период родов, тем более выражены эти процессы. Геморроидальные узлы набухают, резко увеличиваются в размерах, 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 потуги 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, по мере постепенного сокращения сфинктера заднего прохода, внутренние узлы уменьшаются и самостоятельно вправляются, но часто, если сокращение сфинктера проходит быстро, эти узлы ущемляются, и возникает острый геморрой [1, 4, 13].

Консервативное лечение, главной задачей которого является ликвидация боли и воспаления, нормализация кровообращения в области прямой кишки, проводят при остром геморрое и на ранних этапах хронического. Консервативное медикаментозное лечение бывает общим — препараты, повышающие тонус вен, улучшающие кровоток по мелким сосудам и кавернозным венам, и местным — ранозаживляющие, обезболивающие и противозудные мази, свечи, микроклизмы и ванночки [8, 16, 18].

Большое значение также имеет профилактика обострений, которая включает:

- борьбу с расстройствами стула (избавление от запоров и улучшение работы кишечника без длительного натуживания);

- правильное питание (диета, богатая фруктами и овощами; категорическое запрещение любых алкогольных напитков, соленых, острых, пряных, маринованных, перченых блюд, так как эти продукты усиливают кровенаполнение вен тазового дна и в первую очередь геморроидальных венозных сплетений);

- грамотную гигиену после дефекации;

- профилактику гиподинамии (лечебная физкультура и гигиеническая гимнастика способствуют улучшению функции толстого кишечника, повышению тонуса мышц анальной области и брюшной стенки, уменьшению застойных явлений в венах малого таза).

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, 10, 17].

При бессимптомном геморрое женщинам назначают только профилактические мероприятия.

При I—II стадиях развития болезни лечение проводят свечами и мазями, настоями лекарственных трав, назначением препаратов, принимаемых внутрь. После дефекации возможно применение ректальных свечей, содержащих обезболивающие компоненты. При спазме сфинктера заднего прохода возможно добавление свечей с маслом.

При сочетании геморроя с анальными трещинами, при остром геморрое проводят консервативное лечение в стационаре. Оно включает покой, диету, очистительные клизмы, слабительные, новокаиновые блокады в области заднего прохода, местное лечение свечами и мазями.

При выпадении внутренних узлов, без явлений острого воспаления, ограничиваются осторожным вправлением узлов после дефекации (лучше делать это в теплой сидячей ванне). При позывах на дефекацию рекомендуют очистительные клизмы небольшого объема. Женщинам строго запрещают тяжелый физический труд и определенные виды домашней работы.

Беременные, страдающие геморроем с выпадением внутренних узлов и частыми обострениями болезни, подлежат госпитализации и хирургическому лечению. Сроки операции определяют индивидуально. Больных с подоб-

ными осложнениями лечат оперативными (проводят геморроидэктомию — иссечение узлов) или малоинвазивными методами лечения (малые или бескровные операции). К таким методам относят склеротерапию, лигирование, инфракрасную фотокоагуляцию и лазерную коагуляцию. Если состояние беременной позволяет, все вмешательства переносят на послеродовой период. Обострение геморроя, особенно в сочетании с послеродовыми травмами промежности, является наиболее частым заболеванием, влияющим на качество течения послеродового периода.

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

Терапевтическая эффективность Прокто-Гливенола 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 (брадикинин, серотонин, гистамин), выполняющие роль медиаторов при развитии воспаления и болевого синдрома. Лидокаин оказывает местноанестезирующее действие.

Вышеперечисленные свойства Прокто-Гливенола позволили ему занять одно из ведущих мест среди антигеморроидальных средств, что объясняется оптимальным составом, высокой эффективностью и безопасностью применения, особенно во время беременности (начиная со II триместра) и в период кормления грудью, так как именно в эти периоды безопасность препаратов особенно актуальна.

## Материал и методы

Мы провели оценку эффективности и переносимости Прокто-Гливенола (крем и ректальные свечи) при лечении геморроя у беременных. Обследованы 85 беременных с клиническими признаками геморроя.

Все пациентки были разделены на три группы в зависимости от стадии заболевания. 1-ю группу составили беременные с бессимптомным геморроем, которым проводились профилактические мероприятия, включающие диету с ограничением острых блюд и достаточным количеством растительной клетчатки, лечебную физкультуру, прогулки, туалет заднего прохода после дефекации. 2-ю группу составили больные с жалобами на кровотечения, анальный зуд, боли при дефекации. У этих женщин, помимо вышеперечисленных мероприятий, проводили лечение свечами и кремом с прокто-гливенолом со II триместра гестации. В 3-ю группу (4 беременные) были включены пациентки, страдающие геморроем, подлежащим хирургическому лечению. Это были женщины с выпадением внутренних узлов и с частыми обострениями в анамнезе, с обильными геморроидальными кровотечениями, а также с острым геморроем в стадии некроза выпавших ущемившихся узлов. Беременные 3-й группы были проконсультированы проктологом, совместно с

которым вырабатывалась общая тактика дальнейшего ведения. Этим пациенткам в целях предоперационной подготовки также был назначен Прокто-Гливенол по индивидуальным схемам.

Крем Прокто-Гливенол применялся при наружном геморрое, наносился 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.

## Результаты и обсуждение

Установлено, что выявление беременных с клинически бессимптомным геморроем и проведение у них специальных вышеописанных профилактических мер дают возможность предупредить развитие болезни, осложняющей течение родов и послеродового периода.

Клинические симптомы геморроя при беременности почти не отличались от таковых среди других категорий больных с таким диагнозом. Из 85 беременных с клиническими признаками геморроя боли в заднем проходе отмечались у 40 (47,1%), кровоточивость узлов — у 28 (32,9%), анальный зуд — у 26 (30,6%). У 55 (64,7%) наблюдаемых женщин отмечался наружный геморрой, который характеризовался появлением геморроидальных узлов в виде бородавчатых образований или складок, плотных на ощупь и не уменьшающихся в объеме при пальпации. При внутреннем геморрое (30—35,3%) узлы располагались между складками слизистой оболочки, могли быть как единичными, так и множественными, спадались при надавливании и наполнялись при кашле. Кроме того, у 13 (15,2%) беременных геморроем сочетался с анальной трещиной. Необходимо отметить, что, если у беременных в возрасте от 20 до 30 лет геморроем выявляется примерно у каждой пятой, то после 30 лет — у каждой второй.

При проведении оценки результатов терапии степень выраженности сохранившихся клинических симптомов оценивалась пациентками как средняя к 7-му дню лечения и как слабая к 15-му дню. При этом такой клинический симптом, как боль, при дефекации к 7-му дню лечения отмечался у 9 (10,5%) пациенток, к 15-му — не отмечался ни у одной беременной, кровоточивость — у 5 (5,9%) и 2 (2,4%), анальный зуд — у 6 (7,1%) и у 2 (2,4%) женщин на 7-й и 15-й дни лечения соответственно.

Клиническая переносимость оценивалась пациентками и врачами по шкале: отличная, хорошая, средняя, плохая. Переносимость лечения Прокто-Гливенолом была отличной и хорошей в 96% случаев.

## Выводы

1. Прокто-Гливенол является препаратом выбора для консервативного лечения геморроя и предупреждения его осложнений во время беременности. Применение Прокто-Гливенола как в виде крема, так и ректальных свечей является эффективным способом лечения беременных с геморроем.

2. Быстрота действия и хорошая переносимость позволяют рекомендовать Прокто-Гливенол для широкого использования в акушерской практике.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Елохина Т.Б., Тютюнник В.Л., Балушкина А.А.* Геморрой: принципы терапии в акушерской практике. Рус мед журн 2010; 18: 4: 200—203.
2. *Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А.* Геморрой. М: Литтерра 2010; 200.
3. *Григорьев П.Я., Яковенко А.В.* Клиническая гастроэнтерология. М: МИА 2001; 693.
4. *Зайдиева З.С., Магомедханова Д.М.* Консервативная терапия геморроя в акушерской практике. Рус мед журн 2002; 10: 18: 828—830.
5. *Мун Н.В., Мырзабекова А.Ж., Мун Г.Н.* Особенности клинического течения острого геморроя у беременных. Пробл колопроктол 2002; 18: 158—160.
6. Основы колопроктологии. Под ред. Г.И. Воробьева. М: МИА 2006; 432.
7. *Ривкин В.Л.* Амбулаторная колопроктология. М: Геотар-Медиа 2009; 96.
8. *Солтанов Б.Ц.* Современные принципы лечения геморроя. Рус мед журн 2003; 5: 1: 5—8.
9. *Сухая Ю.В.* Обоснование выбора метода лечения хронического геморроя: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2004; 24.
10. *Шехтман М.М., Козина Н.В.* Геморрой у беременных. Гинекология 2004; 6: 6: 7—12.
11. *Abramowitz L., Batallan A.* Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoid) during pregnancy and postpartum. Gynec Obstet Fertil 2003; 31: 6: 546—549.
12. *Abramowitz L.* Management of hemorrhoid disease in the pregnant woman. Gastroenterol Clin Biol 2008; 32: 5: 210—214.
13. *Avsar A.F., Keskin H.L.* Haemorrhoids during pregnancy. J Obstet Gynaec 2010; 30: 3: 231—237.
14. *Chand M., Nash G.F., Dabbas N.* The management of haemorrhoids. Br J Hosp Med 2008; 69: 1: 35—40.
15. *Gojnic M., Dugalic V., Papic M., Vidaković S., Milićević S., Pervulov M.* The significance of detailed examination of hemorrhoids during pregnancy. Clin Exp Obstet Gynec 2005; 32: 2: 183—184.
16. *Herold A.* Therapy of hemorrhoidal disease. Chirurg 2006; 77: 8: 737—747.
17. *Hibberts F., Schizas A.* Assessment and treatment of patients with haemorrhoids. Nurs Stand 2010; 24: 18: 51—56.
18. *Kirsch J.J., Grimm B.D.* Conservative treatment of haemorrhoids. Wien Med Wochenschr 2004; 154: 3—4: 50—55.
19. *Lohsiriwat V.* Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management. World J Gastroenterol 2012; 18: 17: 2009—2017.
20. *Sanchez C., Chinn B.T.* Hemorrhoids. Clin Colon Rectal Surg 2011; 24: 1: 5—13.
21. *Sneider E.B., Maykel J.A.* Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids. Surg Clin North Am 2010; 90: 1: 17—32.
22. *Staroselsky A., Nava-Ocampo A.A., Vohra S., Koren G.* Hemorrhoids in pregnancy. Can Fam Physician 2008; 54: 2: 189—190.