

Ректальні кровотечі у вагітних

**С. М. Василюк¹, О. М. Макачук¹, О. М. Островська¹, І. Р. Лаб'як¹, М. І. Римарчук¹,
С. А. Кримець², В. І. Гудивок¹, Д. С. Мартинюк³**

¹Івано-Франківський національний медичний університет

²КНП «Миська клінічна лікарня № 1 Івано-Франківської міської ради»

³Клініка репродуктивної медицини «Екстремед», м. Івано-Франківськ

У статті представлено огляд наукової літератури стосовно основних причин ректальних кровотеч у вагітних. Анатомічні, біохімічні й гормональні зміни під час вагітності часто призводять до прогресування типових доброякісних захворювань (хронічний гемороїд, анальна тріщина та ін.), радикальне операційне лікування яких може бути проведене у пuerперальний період. Однак хвороба Crohn, виразковий коліт чи злоякісні колоректальні поліпи можуть бути спровоковані вагітністю, впливати на її перебіг – це вимагає негайного обстеження і медикаментозної терапії. Вагітність зумовлює багато фізіологічних змін, які впливають на інтерпретацію звичних біохімічних і гематологічних досліджень. Відомо, що під час вагітності є потреба у підвищеному вмісті заліза, вона часто перебігає на фоні анемії. Суттєво змінюється швидкість осідання еритроцитів залежно від тяжкості анемії й терміну вагітності. Тому необхідно ретельно аналізувати основні клінічні прояви різних інтралюмінальних захворювань, що потенційно можуть спричинити ректальні кровотечі у вагітних.

У даній статті також описані напрямки діагностичного пошуку та лікувальної стратегії ректальних кровотеч за вагітності. Хронічний гемороїд часто супроводжує вагітність у III триместрі. Деякі дослідники свідчать, що скарги, типові для хронічного геморою, висловлюють до 75% вагітних. Анальна тріщина у бокових положеннях повинна викликати підозру на хворобу Crohn, туберкульоз, сифіліс, вірус імунodefіциту людини, синдром набутого імунodefіциту, дерматологічні захворювання (найчастіше псоріаз) і анальну карциному.

Кровотеча при сексуально набутому проктиті зазвичай є неінтенсивною і часто поєднується з незначними гнійними виділеннями. Ректальна кровотеча може бути ознакою як виразкового коліту, так і проктиту чи сигмоїдиту Crohn, однак для виразкового коліту вона є більш типовою. Іншими асоційованими клінічними ознаками є проноси, біль у животі, позиви до дефекації та специфічні позакишкові прояви (периферійна артропатія, сакроілеїт, анкілозувальний спонділіт, кон'юнктивіт, іридоцикліт, епісклерит, афтозні виразки шкіри, вузлувата еритема чи гангренозна піодермія). Якщо кровотеча спровокована доброякісним поліпом, то проведення ендоскопічної поліпектомії розв'язує проблему кровотечі.

Отже, ректальну кровотечу у вагітних діагностують доволі часто. У більшості випадків її причиною є доброякісні захворювання прямої кишки (хронічний гемороїд чи анальна тріщина), які піддаються консервативній терапії і, зазвичай, не загрожують життю й здоров'ю жінки чи дитини. Однак існує частка вагітних, у яких ректальна кровотеча спричинена колоректальними захворюваннями, які вимагають комплексного підходу до діагностики і лікування. У цих жінок слід визначати користь і ризик, обираючи діагностично-лікувальний алгоритм.

Ключові слова: вагітність, ректальна кровотеча, хронічний гемороїд, анальна тріщина, інфекції, що передаються статевим шляхом, запальні захворювання кишечника, колоректальний поліп.

Rectal bleeding in pregnant women

**S. M. Vasyliuk, O. M. Makarchuk, O. M. Ostrovska, I. R. Labiak, M. I. Rymarchuk, S. A. Krymets,
V. I. Gudivok, D. S. Martyniuk**

The article presents a review of scientific literature on the main causes of rectal bleeding in pregnant women. Anatomical, biochemical and hormonal changes during pregnancy often lead to the progression of typical benign diseases (chronic hemorrhoids, anal fissure, etc.), radical surgical treatment of which can be carried out in the puerperal period. However, Crohn's disease, ulcerative colitis or malignant colorectal polyps can be triggered by pregnancy and affect its course – this requires immediate examination and drug therapy.

Pregnancy causes many physiological changes that affect the interpretation of routine biochemical and hematological examination methods. It is known that pregnancy requires increased iron content, the pregnancy courses often with anemia. The erythrocytes sedimentation rate varies significantly depending on the severity of anemia and the pregnancy term. Therefore, it is necessary to carefully analyze the main clinical manifestations of various intraluminal diseases that can potentially cause rectal bleeding in pregnant women.

This article also describes the directions of diagnostic search and treatment strategy of rectal bleeding during pregnancy. Chronic hemorrhoids often accompany pregnancy in the third trimester. Some researchers indicate that up to 75% of pregnant women have complaints which are typical for chronic hemorrhoids. An anal fissure in lateral positions should cause suspicion of Crohn's disease, tuberculosis, syphilis, human immunodeficiency virus, acquired immunodeficiency syndrome, dermatological diseases (most often psoriasis) and anal carcinoma.

Bleeding in sexually acquired proctitis is usually mild and is often accompanied by minor purulent discharge. Rectal bleeding can be a sign of both ulcerative colitis and Crohn's proctitis or sigmoiditis, but it is more typical for ulcerative colitis.

Other associated clinical features are diarrhea, abdominal pain, urge to defecate, and specific extraintestinal manifestations (peripheral arthropathy, sacroiliitis, ankylosing spondylitis, conjunctivitis, iridocyclitis, episcleritis, aphthous skin ulcers, erythema nodosum, or pyoderma gangrenosum). If the bleeding is caused by a benign polyp, endoscopic polypectomy solves the bleeding problem.

Therefore, rectal bleeding in pregnant women is diagnosed quite often. In most cases, it is caused by benign diseases of the rectum (chronic hemorrhoids or anal fissure), which are amenable to conservative therapy and usually do not threaten the life and health of a woman or a child. However, there is a rate of pregnant women whose rectal bleeding is caused by colorectal diseases, which require a comprehensive approach to diagnosis and treatment. In these women, the benefit and risk should be determined when choosing a diagnostic and treatment algorithm.

Keywords: pregnancy, rectal bleeding, chronic hemorrhoids, anal fissure, sexually transmitted infections, inflammatory bowel diseases, colorectal polyp.

Ректальна кровотеча є поширеним симптомом при багатьох захворюваннях товстої і прямої кишки. Специфічні анатомічні, біохімічні й гормональні зміни під час вагітності часто призводять до прогресування типових доброякісних захворювань (хронічний геморой, анальна тріщина та ін.), радикальне операційне лікування яких може бути проведене в периперальний період. Однак проктит, або коліт Crohn, або виразковий коліт можуть бути спровоковані вагітністю, впливати на її перебіг і вимагають негайного обстеження і медикаментозної терапії [1–3].

Поява крові у калі завжди повинна насторожити лікаря, що спостерігає за вагітною. Для встановлення характеристики ректальної кровотечі необхідний ретельний збір анамнезу. Кількість крові, періодичність кровотечі та інші специфічні ознаки (діарея, блювання, поява після споживання специфічної їжі тощо) можуть допомогти визначити її причину [4]. Потрібно ураховувати, що лабораторні норми у вагітних часто не презентативні.

Вагітність зумовлює багато фізіологічних змін, які впливають на інтерпретацію звичних біохімічних і гематологічних досліджень. Відомо, що вагітність потребує підвищеної потреби у залізі та часто перебігає на фоні анемії. Суттєво змінюється швидкість осідання еритроцитів залежно від тяжкості анемії й терміну вагітності. Підвищення ниркового плазмопотоку та швидкості клубочкової фільтрації у I триместрі приводить до зниження рівня креатиніну та сечовини у сироватці крові, однак у II і III триместрах рівень креатиніну у сироватці підвищується. У вагітних слід очікувати зниження рівнів альбуміну, аланін-амінотрансферази, аспартатамінотрансферази, γ -глутамілтрансферази та білірубину, тоді як рівень С-реактивного білка не змінюється [5–7].

Хронічний геморой. Хронічний геморой часто супроводжує вагітність у III триместрі. Деякі дослідники інформують, що скарги, типові для хронічного геморою, висловлюють до 75% вагітних.

Під час гестації зростає інтраабдомінальний тиск, що приводить до підвищення кровотоку у прямокишкових артеріях та зниження відтоку з прямокишкових вен. Кавернозні тілця, які є морфологічним субстратом гемороїдальних вузлів, наповнюються кров'ю з артеріального і венозного русла, формуючи артеріо-венозні шунти, які реагують на гормональні зміни, спричинені вагітністю. Якщо у невагітної жінки частина цих шунтів закриті, то під впливом прогестерону відбувається значне посилення кровотоку, що призводить до розширення гемороїдального сплетення.

Ще однією важливою особливістю будови кавернозних тілець прямої кишки є наявність дрібних артерій, які не розділяються на капіляри, а безпосередньо відкриваються у просвіт вен [8]. На фоні механічних та гормональних чинників артеріо-венозні шунти швидко заповнюються артеріальною кров'ю, що спричиняє кровотечу з внутрішнього гемороїдального вузла, за якої кров матиме яскравий червоний колір і рН артеріальної крові [9–11].

Зазвичай така кровотеча є безболісною і може поєднуватися зі свербіжем промежини та відчуттям незавершеного акту дефекації. У більшості пацієнок з хронічним гемороем із заднього проходу виділяється кров яскравого червоного кольору без домішок слизу чи кишкового вмісту [12]. Вагітні можуть інформувати про наявність залишків крові на туалетному папері під час проведення гігієни після акту дефекації або про появу крові наприкінці акту дефекації, що зафарбовує воду у сифоні чи забруднює стінки унітаза.

У більш рідкісних випадках можлива поява згустків крові в ампулі прямої кишки (таблиця). При хронічному геморої кровотеча швидко закінчується після дефекації, за виключенням випадків, коли вагітна вживає антикоагулянти [13, 14].

Основним заходом терапії гемороїдальних кровотеч у вагітних є зміна характеру харчування [14, 15]. У раціоні повинна бути достатня кількість клітковини, що нормалізуватиме об'єм, характер й частоту випорожнення та запобігатиме травматизації кавернозних тілець. Хоча немає достатньої кількості даних щодо безпеки й ефективності проносних препаратів у вагітних, засоби, які пом'якшують калові маси або збільшують їхній об'єм, можуть бути призначені, якщо зміни характеру харчування недостатньо [16].

Попри те, слід уникати застосування у вагітних осмотичних і контактних проносних. Ця група препаратів підвищує у просвіті кишки концентрацію іонів та збільшує осмотичний тиск, що потенційно небезпечно для перебігу вагітності, особливо за тривалого застосування [17, 18]. Відносно безпечним є призначення препаратів діосміну у вагітних [19, 20].

Анальна тріщина. В основі цього захворювання – розрив слизової оболонки анального каналу від зубчастої до анодермальної лінії. Доведеними тригерними факторами виникнення цієї патології у вагітних є закрепи й зміна характеру випорожнення. Вагітність знижує моторику товстої кишки внаслідок біохімічного (зростання рівнів простагландинів, тромбоксану, оксиду азоту) та механічного (надмірний тиск на сигмоподібну кишку з боку вагітної матки) впливу [21, 22].

Ключові точки встановлення причини ректальної кровотечі у вагітних

Причина	Клінічні дані	Додаткові обстеження
Хронічний геморої	Анамнез, яскрава червона кров під час дефекації, анальний свербіж, випадіння вузлів у типових місцях, забруднення білизни, посилення болю і кровотечі при пролапсі вузлів	Пальцеве ректальне обстеження, аноскопія, ректосигмоскопія (індивідуальний підхід)
Анальна тріщина	Анамнез, яскрава червона кров після дефекації, біль під час дефекації	Пальцеве ректальне обстеження (індивідуальний підхід), аноскопія (індивідуальний підхід), ректосигмоскопія (індивідуальний підхід)
Сексуально набутий проктит	Анамнез, неінтенсивна кровотеча після дефекації, пахвинна лімфаденопатія, тенезми, прокталгія, виділення з анального каналу, виразки слизової оболонки анального каналу і ампули прямої кишки	Пальцеве ректальне обстеження, аноскопія, ректосигмоскопія, специфічні тести на інфекції, що передаються статевим шляхом
Запальні захворювання кишечника (ПС, СС, ВК)	Анамнез (у тому числі спадковий), кров змішана з калом, біль у гіпогастральній ділянці, пронос, швидка втомлюваність, погіршення самопочуття, позакишкові прояви (вузлова еритема, піодермія, артралгія), локальні прояви (анальна тріщина, гострий парапроктит, хронічна нориця), токсичний мегаколон	Пальцеве ректальне обстеження, аноскопія, ректосигмоскопія (індивідуальний підхід), колоноскопія (індивідуальний підхід), МРТ (індивідуальний підхід), КТ (якщо інформативність переважає ризик), загальний аналіз крові, FCT
Колоректальний поліп та колоректальний рак	Анамнез (у тому числі спадковий), «red flag»-симптоми (зниження маси тіла, зміна звичного характеру дефекації, анемія, абдомінальний дискомфорт)	Пальцеве ректальне обстеження, аноскопія, ректосигмоскопія (індивідуальний підхід), колоноскопія (індивідуальний підхід), МРТ (індивідуальний підхід), КТ (якщо інформативність переважає ризик)

Примітки: ПС – проктит Crohn, СС – сигмоїдит Crohn, ВК – виразковий коліт, МРТ – магнітно-резонансна томографія, FCT – тест на фекальний кальпротектин, КТ – комп’ютерна томографія.

У 90% спостережень тріщина локалізується по задній серединній лінії. Це пов’язано з наявністю у даній ділянці анального каналу найбільш глибоких крипт Morgagni, хронічне запалення яких призводить до локального фіброзу і втрати еластичності слизової оболонки. Тріщини у бокових положеннях повинні викликати підозру на хворобу Crohn, туберкульоз, сифіліс, вірус імунodefіциту людини/синдром набутого імунodefіциту, дерматологічні захворювання (найчастіше псоріаз) і анальну карциному [23, 24].

Гостра тріщина виглядає як простий розрив анодерми, тоді як хронічна тріщина тривалістю більше 8–12 тиж характеризується набряком і фіброзом. Біля основи тріщини часто видно волокна внутрішнього анального сфінктера. Типовими супутніми ознаками хронічної тріщини є «сторожовий горбик» дистальніше (пацієнтки його часто описують як «болючий геморої») й гіпертрофований анальний сосочок проксимальніше тріщини [25].

Типовим для ректальної кровотечі, спричиненої анальною тріщиною, є залишки яскравої червоної крові на туалетному папері (див. таблицю). Кровотеча зазвичай поєднується з двома іншими симптомами: аноректальним болем і спазмом сфінктера [25, 26].

У 87% невагітних пацієнток лікування анальної тріщини ефективно за призначення дієти з високим вмістом клітковини, проносних засобів і місцевих препаратів [27]. Існують наукові роботи, які інформують про терапевтичний ефект донаторів оксиду азоту (гліцерилтринітрату, ізосорбиду динітрату чи ізосорбиду мононітрату) та блокаторів кальцієвих каналів (ніфедипін й дилтіазем) для місцевого застосування [28–30]. Проте, ці дослідження не проводили у вагітних,

тому не може бути однозначного висновку про їхню безпеку для плода.

Хірургічне втручання чи ін’єкції ботулотоксину, які рекомендуються за неефективності консервативної терапії протягом восьми тижнів, у вагітних зазвичай не застосовують [31, 32].

Сексуально набутий проктит. Найбільш часто причина такого проктиту – незахищений анальний статевий акт. Хламідіоз, гонорея, вірус простого герпесу і сифіліс є найпоширенішими причинами проктиту, що передається статевим шляхом [33]. Необхідно урахувати, що вагітна може приховати факт анального статевого контакту в анамнезі.

Кровотеча при сексуально набутому проктиті зазвичай є неінтенсивною і часто поєднується з незначними гнійними виділеннями. Пацієнтка інформує про наявність крові на туалетному папері (див. таблицю). Іншими асоційованими клінічними ознаками є тенезми, прокталгія і підвищення температури тіла. Ректосигмоскопія дозволяє виявити гіперемію слизової оболонки ампули прямої кишки, яка часто поєднується із покриттями виразками [34, 35].

Інфекція *Chlamydia trachomatis* (серовари D–K) зазвичай спричиняє легкий проктит. Часто інфекція має безсимптомний перебіг або слабковиражену симптоматику, яка нагадує хронічний геморої (свербіж, слизуваті виділення та періанальний біль). Ректосигмоскопія може виявити нормальну слизову оболонку, легку еритему, набряк і контактну кровоточивість слизової оболонки.

На відміну від інших хламідійних урогенітальних інфекцій, які, як правило, обмежені епітеліальними

поверхніми, серовари *L. Chlamydia trachomatis* є інвазивними та можуть спричинювати тяжке локальне запалення із системними симптомами (лімфаденопатією). При ректосигмоскопії виявляють більш виражений виразковий проктит з пухкою й кровоточивою слизовою оболонкою [33, 36].

Гонорейний проктит спричиняє диплокок *Neisseria gonorrhoea*. Під час аноскопії можна виявити жовті слизові виділення з анальних крипт при легкому натисканні на періанальну ділянку. Під час ректосигмоскопії у межах анального каналу виявлятимуться характерні слизувато-гнійні виділення та ознаки неспецифічного проктиту (еритема та гіперемія слизової оболонки). Фарбування мазка з виділеннями за Грамом при гонорейному проктіті неінформативне і тому не рекомендується. Більш цінними для встановлення діагнозу є посів виділень, тести гібридизації нуклеїнових кислот (НАНТ) та ампліфікації нуклеїнових кислот (НААТ) [33, 34].

Сифілітичний проктит проявляється у формі виразки зі щільними краями, яку виявляють під час пальцевого ректального дослідження (первинна сифілома). На відміну від генітальної, аноректальна первинна сифілома болюча, і її часто плутають з анальною тріщиною. Виразка при сифілісі має широку основу, без «сторожового горбка» та часто не локалізується по задній серединній лінії. Для проведення лабораторної діагностики існує багато тестів – VDRL, RPR, FTA-ABS, TP-PA, різні EIAs, хемілюмінесцентний імуноаналіз та ін. [34, 35].

Запальні захворювання кишечника. До них належать виразковий коліт та хвороба Crohn. При виразковому коліті запалення обмежується слизовою оболонкою товстої кишки й поширюється ретроградно від прямої кишки. При хворобі Crohn запалення є трансмуральним, може мати мультифокальний характер і локалізуватися у будь-якому відділі травного тракту (від ротової порожнини до прямої кишки) [37].

Ректальна кровотеча може бути ознакою як виразкового коліту, так і проктиту чи сигмоїдиту Crohn, однак для виразкового коліту вона більш типова. Іншими асоційованими клінічними ознаками є проноси, біль у животі, позиви до дефекації та специфічні позакишкові прояви (периферійна артритопатія, сакроїлеїт, анкілозувальний спондиліт, кон'юнктивіт, іридоцикліт, епісклерит, афтозні виразки шкіри, вузлувата еритема чи гангренозна піодермія) [38].

Діагноз може бути вперше встановлений під час вагітності або пацієнтка з вже встановленим діагнозом могла завагітніти у період ремісії. Точне оцінювання активності захворювання є важливим для забезпечення ефективного лікування і збереження вагітності [38]. Якщо зачаття відбулося у період ремісії, ризик рецидиву виразкового коліту не перевищує ризик у невагітних жінок. Щодо хвороби Crohn, то дані є неоднозначними.

Попри те що у більшості жінок спостерігається доношена неускладнена вагітність, загострення виразкового коліту чи хвороби Crohn асоціюється з підвищеним ризиком викиднів, затримки росту плода,

передчасних пологів, запаленням поверхневих вен, тромбозом глибоких вен та тромбоемболією легеневої артерії [39].

У разі встановлення у вагітної діагнозу виразкового коліту чи хвороби Crohn вперше, лабораторні обстеження повинні бути проведені згідно з наведеною таблицею.

Тест на фекальний кальпротектин є дуже чутливим маркером запалення у травному тракті та корисним для диференціації запального захворювання кишечника від синдрому подразненого кишечника.

Кальпротектин – білок, який зв'язує кальцій і цинк. Поява цього протеїну у калі є результатом міграції нейтрофільних гранулоцитів у тканини травного тракту внаслідок запального процесу. Концентрація фекального кальпротектину демонструє хорошу кореляцію із тяжкістю запальної реакції у стінці кишки. Підвищений рівень кальпротектину у фекаліях (≥ 50 мкг/г) означає необхідність подальшого діагностичного оцінювання (рисунок).

Вагітність не впливає на рівень фекального кальпротектину. Однак потрібно розуміти, що визначення рівня фекального кальпротектину у вагітних з кровотечею не можна розглядати як альтернативу ендоскопії [40, 41].

Ректосигмоскопію чи колоноскопію завжди необхідно проводити у випадку, якщо залишається незрозумілою причина ректальної кровотечі на фоні клінічної ремісії запального захворювання кишечника [41]. Колоноскопію під час вагітності завжди традиційно уникають через непередбачувані наслідки препаратів для седації чи осмотичних проносних засобів на плід; через ризик травми плода під час ендоскопічної інтубації; через потенційну гіпоксію чи гіпотонію вагітної тощо.

Безумовно, внаслідок етичних моментів існує невелика кількість досліджень, присвячених цій проблемі, однак вони свідчать, що проведення ендоскопії нижніх відділів травного тракту має низький ризик як для матері, так і для дитини в усіх трьох триместрах вагітності. В ідеалі, колоноскопію необхідно відтермінувати до II триместра, однак це не завжди можливо через клінічні показання [40, 42].

Ультразвукове дослідження з контрастним посиленням у вагітних неінформативне і потребує подальшого вивчення. Комп'ютерну томографію органів черевної порожнини призначають за підозри на екстралюмінальні ускладнення виразкового коліту чи хвороби Crohn (перфорація, токсичний мегаколон, інтраабдомінальна інфекція та ін.) і виконують за життєвими показаннями [40, 41]. Визначення прихованої крові у фекаліях не має клінічної цінності. Це скринінговий, а не діагностичний тест, і його недоцільно проводити в умовах явної ректальної кровотечі [43].

Лікування запальних захворювань кишечника у вагітних повинен контролювати гастроентеролог. Типові схеми включають месалазин і сульфасалазин, які можна безпечно використовувати під час вагітності разом з фолієвою кислотою, щоб мінімізувати ризики розвитку дефектів нервової трубки [43].

Застосування кортикостероїдів доцільне тільки у разі активного процесу або за кілька тижнів до очікуваної дати пологів і не є оптимальним для тривалої

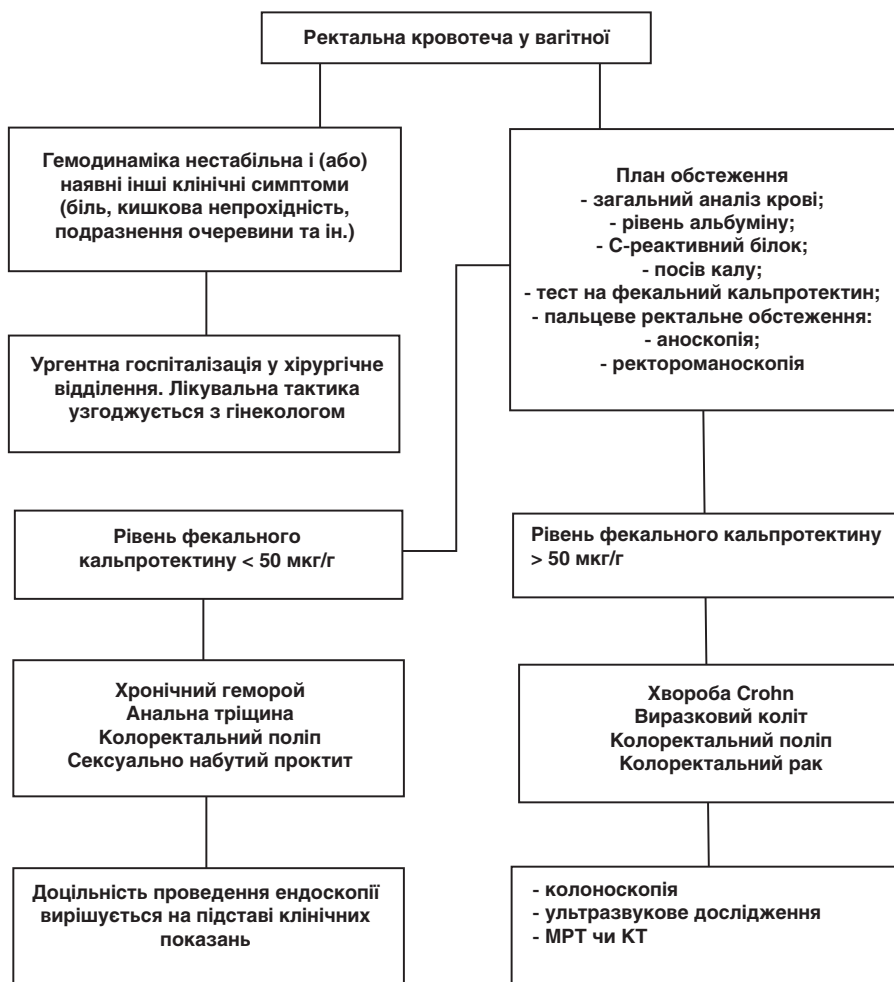


Схема діагностичного пошуку при ректальній кровотечі у вагітній

схеми, оскільки підвищує ризик виникнення гестаційного цукрового діабету, гіпертензії та передчасних пологів. Якщо користь перевищує ризик, азатиоприн і меркаптопурин можна безпечно призначати вагітним. Інгібітори фактора некрозу пухлини альфа (TNF- α) інфліксимаб чи адаліумаб також безпечні під час вагітності й не підвищують ризик збільшення кількості випадків вад розвитку у новонароджених [44–46].

Колоректальний поліп та колоректальний рак. Підвищення віку жінок, які планують вагітність, потенційно збільшує появу у вагітних age-related захворювань, зокрема доброякісних і злоякісних колоректальних поліпів. За останні півстоліття, тобто з 1960-х років, середній вік молоді матері підвищився на 5 років, а частка народжень, які припадають на вікову групу жінок 30–40 років, з 1990 р. в Україні зростає майже вдвічі [47].

За допомогою ректального дослідження та ректосигмоскопії діагностують понад 80% колоректальних пухлин у вагітних, а проведення біопсії дозволяє встановити точний діагноз [48]. Якщо поліп є доброякісним, то проведення ендоскопічної поліпектомії розв'язує проблему кровотечі. Тест на раково-ембріональний антиген (CEA-test), який є пухлинним маркером та може використовуватися для уточнення

діагнозу чи моніторингу прогресування захворювання у невагітних жінок, у вагітних має невисоку цінність, оскільки підвищення рівня цього маркера спричинює власне вагітність [49].

Лікування колоректального раку під час вагітності повинне мати мультидисциплінарний підхід. Хірургічне лікування слід проводити за показаннями, особливо у I та II триместрах, а ад'ювантна хімотерапія може бути розглянута після I триместра вагітності. Проте її не рекомендується проводити протягом трьох тижнів після пологів або після 35 тиж вагітності через можливі побічні ефекти (мієлосупресію та кровотечу) [49, 50].

ВИСНОВКИ

Ректальна кровотеча у вагітних може спостерігатися доволі часто. У більшості випадків її причиною є доброякісні захворювання прямої кишки (хронічний геморой чи анальна тріщина), які піддаються консервативній терапії і зазвичай не загрожують життю й здоров'ю жінки чи дитини. Однак існує частка вагітних, у яких ректальна кровотеча спричинена колоректальними захворюваннями, які вимагають комплексного підходу до діагностики і лікування. У цих жінок слід зважувати користь і ризик, обираючи діагностично-лікувальний алгоритм.

Відомості про авторів

Василюк Сергій Михайлович – д-р мед. проф., кафедра травматології, ортопедії і невідкладної військової хірургії, Івано-Франківський національний медичний університет; тел.: (067) 804-19-74. *E-mail: surifnmu@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-6738-6951

Макарчук Оксана Михайлівна – д-р мед. наук, проф., кафедра акушерства та гінекології імені професора І. Д. Ланового, Івано-Франківський національний медичний університет; тел.: (050) 521-01-92. *E-mail: o_makarchuk@ukr.net*
ORCID: 0000-0002-5423-4377

Островська Оксана Миколаївна – канд. мед. наук, доц., кафедра акушерства та гінекології імені професора І. Д. Ланового, Івано-Франківський національний медичний університет; тел.: (067) 747-69-90. *E-mail: oksana.m.ostrovska@gmail.com*
ORCID: 0000-0003-3467-3476

Лаб'як Іван Романович – канд. мед. наук, асистент, кафедра травматології, ортопедії і невідкладної військової хірургії, Івано-Франківський національний медичний університет; тел.: (097) 653-51-77. *E-mail: lir.stark@gmail.com*
ORCID: 0000-0001-9482-6265

Римарчук Мар'яна Іванівна – канд. мед. наук, доц., кафедра акушерства та гінекології імені професора І. Д. Ланового, Івано-Франківський національний медичний університет; тел.: (067) 177-40-50. *E-mail: mariyana@meta.ua*
ORCID: 0000-0002-4678-8193

Кримець Сергій Андрійович – канд. мед. наук, проктолог, хірургічне відділення, комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня № 1 Івано-Франківської міської ради»; тел.: (050) 198-69-96. *E-mail: kam-pod2@ukr.net*
ORCID: 0000-0002-5098-5536

Гудивок Володимир Іванович – канд. мед. наук, доц., кафедра травматології, ортопедії і невідкладної військової хірургії, Івано-Франківський національний медичний університет; тел.: (095) 890-09-89. *E-mail: vhudyvok@ifnmu.edu.ua*
ORCID: 0000-0001-9772-8417

Мартинюк Діана Сергіївна – гінекологиня, клініка репродуктивної медицини «Екстремед», м. Івано-Франківськ; тел.: (067) 363-58-73. *E-mail: dianamartyniukd@gmail.com*
ORCID: 0009-0002-0475-4662

Information about the authors

Vasyliuk Serhii M. – MD, PhD, DSc, Professor, Department of Traumatology, Orthopaedics and Emergency Military Surgery, Ivano-Frankivsk National Medical University; tel.: (067) 804-19-74. *E-mail: surifnmu@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-6738-6951

Makarchuk Oksana M. – MD, PhD, DSc, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology named after Professor I. D. Lanovyi, Ivano-Frankivsk National Medical University; tel.: (050) 521-01-92. *E-mail: o_makarchuk@ukr.net*
ORCID: 0000-0002-5423-43773

Ostrovska Oksana M. – MD, PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology named after Professor I. D. Lanovy, Ivano-Frankivsk National Medical University; tel.: (067) 747-69-90. *E-mail: oksana.m.ostrovska@gmail.com*
ORCID: 0000-0003-3467-3476

Labiak Ivan R. – MD, PhD, Assistant of Professor, Department of Traumatology, Orthopaedics and Emergency Military Surgery, Ivano-Frankivsk National Medical University; tel.: (097) 653-51-77. *E-mail: lir.stark@gmail.com*
ORCID: 0000-0001-9482-6265

Rymarchuk Mariana I. – MD, PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology named after Professor I. D. Lanovyi, Ivano-Frankivsk National Medical University; tel.: (067) 177-40-50. *E-mail: mariyana@meta.ua*
ORCID: 0000-0002-4678-8193

Krymetc Serhii A. – MD, PhD, Proctologist, Surgical Department, Communal non-commercial Institution «City Clinical Hospital N 1 of Ivano-Frankivsk City Council»; tel.: (050) 198-69-96. *E-mail: kam-pod2@ukr.net*
ORCID: 0000-0002-5098-5536

Gudyvok Volodymyr I. – MD, PhD, Associate Professor, Department of Traumatology, Orthopaedics and Emergency Military Surgery, Ivano-Frankivsk National Medical University; tel.: (095) 890-09-89. *E-mail: vhudyvok@ifnmu.edu.ua*
ORCID: 0000-0001-9772-8417

Martyniuk Diana S. – MD, Gynecologist, Reproductive Medicine Clinic «Ekstramed», Ivano-Frankivsk; tel.: (067) 363-58-73. *E-mail: dianamartyniukd@gmail.com*
ORCID: 0009-0002-0475-4662

ПОСИЛАННЯ

1. Prentice R, Al-Ani A, Cherry T, Dixon-Douglas J, Eccles-Smith J, Matheson J, et al. Evaluation and management of rectal bleeding in pregnancy. *Med J Aust.* 2021 Oct 18;215(8):377-82. doi: 10.5694/mja2.51267.
2. Benson AE, Shatzel JJ, Ryan KS, Hedges MA, Martens K, Aslan JE, Lo JO. The incidence, complications, and treatment of iron deficiency in pregnancy. *Eur J Haematol.* 2022;109(6):633-42. doi: 10.1111/ejh.13870.
3. Story L, Rafique S, Samadi N, Mawdsley J, Singh B, Banerjee A. Lower gastrointestinal bleeding in pregnancy: Differential diagnosis, assessment and management. *Obstet Med.* 2021;14(3):129-34. doi: 10.1177/1753495X20948300.
4. Mukherjee R, Samanta S. Surgical emergencies in pregnancy in the era of modern diagnostics and treatment. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2019;58(2):177-82. doi: 10.1016/j.tjog.2019.01.001.
5. 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.
6. Garcia-Casal MN, Pasricha SR, Martinez RX, Lopez-Perez L, Pe a-Rosas JP. Serum or plasma ferritin concentration as an index of iron deficiency and overload. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;5(5):CD011817. doi: 10.1002/14651858.CD011817.pub2.
7. Gogoi P, Sinha P, Gupta B, Fimal P, Rajaram S. Neutrophil-to-lymphocyte ratio and platelet indices in pre-eclampsia. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;144(1):16-20. doi: 10.1002/ijgo.12701.
8. Aimaiti A, Wahafu T, Keremu A, Yicheng L, Li C. Sonographic appearance of anal cushions of hemorrhoids. *World J Gastroenterol.* 2017;23(20):3664-74. doi: 10.3748/wjg.v23.i20.3664.
9. Miyamoto H. Minimally Invasive Treatment of Advanced Hemorrhoids and Ultrasound Imaging of Hemorrhoids. *RRJMHS.* 2016;5(1):22-8.
10. Fox A, Tietze PH, Ramakrishnan K. Anorectal conditions: hemorrhoids. *FP Essent.* 2014;419:11-9.
11. Jacobs D. Clinical practice. Hemorrhoids. *N Engl J Med.* 2014;371(10):944-51.

12. Hawks MK, Svarverud JE. Acute Lower Gastrointestinal Bleeding: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2020;101(4):206-12.
13. Benamouzig R, Guenoun M, Deutsch D, Fauchier L. Review Article: Gastrointestinal Bleeding Risk with Direct Oral Anticoagulants. *Cardiovasc Drugs Ther*. 2022;36(5):973-89. doi: 10.1007/s10557-021-07211-0.
14. Ray-Offor E, Amadi S. Hemorrhoidal disease: Predilection sites, pattern of presentation, and treatment. *Ann Afr Med*. 2019;18(1):12-6. doi: 10.4103/aam.aam_4_18.
15. Vasyliuk SM, Gutculiak AI, Gudyvok VI, Dmytruk OM, Osadec VS, Labyak IR. Surgical treatment of chronic hemorrhoids (literature review). *Kharkiv Surgical School*. 2022;4-5(115-116):134-39. doi: 10.37699/2308-7005.4-5.2022.26
16. Stratta E, Gallo G, Trompetto M. Conservative Treatment of Hemorrhoidal Disease. *Rev Recent Clin Trials*. 2021;16(1):87-90. doi: 10.2174/1574887115666201021150144.
17. Brigstocke S, Yu V, Nee J. Review of the Safety Profiles of Laxatives in Pregnant Women. *J Clin Gastroenterol*. 2022;56(3):197-203. doi: 10.1097/MCG.0000000000001660.
18. Li H, Zhang P, Xue Y. A comparison of the safety and efficacy of polyethylene glycol 4000 and lactulose for the treatment of constipation in pregnant women: a randomized controlled clinical study. *Ann Palliat Med*. 2020;9(6):3785-92. doi: 10.21037/apm-20-1674.
19. Sheikh P, Lohsiriwat V, Shelygin Y. Micronized Purified Flavonoid Fraction in Hemorrhoid Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Adv Ther*. 2020;37(6):2792-812. doi: 10.1007/s12325-020-01353-7.
20. von Wowern E, Olofsson P. Can flavonoid-rich chocolate modulate arterial elasticity and pathological uterine artery Doppler blood flow in pregnant women? A pilot study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018;31(17):2293-8. doi: 10.1080/14767058.2017.1341483.
21. Freymond JM, Chautems R, Della Santa V, Wolter L. Proctological emergencies in pregnant women. *Rev Med Suisse*. 2018;14(614):1394-6.
22. 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.
23. Herold A. Differential diagnosis of hemorrhoidal disease. *Hautarzt*. 2020;71(4):269-74. doi: 10.1007/s00105-020-04553-y.
24. Hegde R, Trombold JM, Dominguez JM. Colorectal Surgery Review for Primary Care Providers. *Mo Med*. 2020;117(2):154-8.
25. Schwandner O, Pech O. Rectal bleeding: easy to overcome or still a challenge in proctology? *Chirurg*. 2019;90(8):640-7. doi: 10.1007/s00104-019-0944-y.
26. Parés D, Abcarian H. Management of Common Benign Anorectal Disease: What All Physicians Need to Know. *Am J Med*. 2018;131(7):745-51. doi: 10.1016/j.amjmed.2018.01.050.
27. Salem AE, Mohamed EA, Elghadban HM, Abdelghani GM. Potential combination topical therapy of anal fissure: development, evaluation, and clinical study. *Drug Deliv*. 2018;25(1):1672-82. doi: 10.1080/10717544.2018.1507059.
28. Mustafa G, Hossain MS, Sheikh SH, Faruk I, Taher MA, Ferdaus AM, Fatema B, Alam A, Tasnim T. Clinical Outcome of 0.2% Glycerol Trinitrate Topical Ointment Compared to Lateral Internal Sphincterotomy in the Treatment of Patient with Chronic Anal Fissure: A Randomized Control Trial. *Mymensingh Med J*. 2022;31(4):1034-9.
29. Shahid MH, Javed S, Khan AZ, Kaiser A, Mithany RH. Comparative Efficacy of Topical Metronidazole and Glycerol Trinitrate Versus Topical Glycerol Trinitrate Alone in the Treatment of Acute Anal Fissure: A Randomized Clinical Trial. *Cureus*. 2022;14(11):e31812. doi: 10.7759/cureus.31812.
30. Alvandipour M, Ala S, Khalvati M, Yazdanicharati J, Koulaeinejad N. Topical Minoxidil Versus Topical Diltiazem for Chemical Sphincterotomy of Chronic Anal Fissure: A Prospective, Randomized, Double-Blind, Clinical Trial. *World J Surg*. 2018;42(7):2252-8. doi: 10.1007/s00268-017-4449-x.
31. Acar T, Acar N, Güngör F, Kamer E, Güngör H, Candan MS, et al. Treatment of chronic anal fissure: Is open lateral internal sphincterotomy (LIS) a safe and adequate option? *Asian J Surg*. 2019;42(5):628-33. doi: 10.1016/j.asjsur.2018.10.001.
32. Soltany S, Hemmati HR, Toussy JA, Salehi D, Toosi PA. Therapeutic properties of botulinum toxin on chronic anal fissure treatment and the patient factors role. *J Family Med Prim Care*. 2020;9(3):1562-6. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_944_19.
33. Hamlyn E, Taylor C. Sexually transmitted proctitis. *Postgrad Med J*. 2006;82(973):733-6. doi: 10.1136/pmj.2006.048488.
34. Sigle G, Kim R. Sexually transmitted proctitis. *Clin Colon Rectal Surg*. 2015;28(2):70-8. doi: 10.1055/s-0035-1547334.
35. de Vries HJC, Nori AV, Kiellberg Larsen H, Kreuter A, Padovese V, Palawela S, et al. 2021 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35(7):1434-43. doi: 10.1111/jdv.17269
36. Spornraft-Ragaller P, Esser S. Classical sexually transmitted diseases in the anorectal region. *Hautarzt*. 2020;71(4):275-83. doi: 10.1007/s00105-020-04547-w.
37. Sahyoun LC, Gaidos JKJ. A Practical Approach to IBD Care in the Pregnant Patient. *Curr Gastroenterol Rep*. 2022;24(12):201-09. doi: 10.1007/s11894-022-00856-3.
38. Selinger CP, Nelson-Piercy C, Fraser A, Hall V, Limdi J, Smith L, et al. IBD in pregnancy: recent advances, practical management. *Frontline Gastroenterol*. 2020;12(3):214-24. doi: 10.1136/flgastro-2019-101371.
39. Campigotto M, Braini A, Casarotto MM, Crocè SL, Sablich R. Childbearing and Delivery in Women With Ulcerative Colitis and Ileostomy or Ileal Pouch-Anal Anastomosis. *ACG Case Rep J*. 2022;9(6):e00805. doi: 10.14309/crj.0000000000000805.
40. Pathirana W, Chubb S, Gillett M, Vasikaran S. Faecal Calprotectin. *Clin Biochem Rev*. 2018;39(3):77-90.
41. Guerrero Vinsard D, Kane SV. Biologics and pregnancy: a clinician's guide to the management of IBD in pregnant women. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2021;15(6):633-41. doi: 10.1080/17474124.2021.1876562.
42. Seow CH, Leung Y, Novak KL. Towards Routine Non-invasive Monitoring of Disease Activity Using Gastrointestinal Ultrasound and Faecal Calprotectin in Pregnant Women With IBD. *J Crohns Colitis*. 2020;14(12):1790-1. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjaa122.
43. Rubin DT, Dotan I, DuVall A, Bouhnik Y, Radford-Smith G, Higgins PDR, et al. Etrolizumab versus adalimumab or placebo as induction therapy for moderately to severely active ulcerative colitis (HIBISCUS): two phase 3 randomised, controlled trials. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2022;7(1):17-27. doi: 10.1016/S2468-1253(21)00338-1.
44. Wiersma TK, Visschedijk MC, de Boer NK, Lub-de Hooge MN, Prins JR, Touw DJ, et al. The Effect of Pregnancy and Inflammatory Bowel Disease on the Pharmacokinetics of Drugs Related to Inflammatory Bowel Disease-A Systematic Literature Review. *Pharmaceutics*. 2022;14(6):1241. doi: 10.3390/pharmaceutics14061241.
45. Bar-Gil Shitrit A, Ben Ya'acov A, Livovsky DM, Cuker T, Farkash R, Hoyda A, et al. Exposure to Vedolizumab in IBD Pregnant Women Appears of Low Risk for Mother and Neonate: A First Prospective Comparison Study. *Am J Gastroenterol*. 2019;114(7):1172-5. doi: 10.14309/ajg.000000000000186.
46. Cao RH, Grimm MC. Pregnancy and medications in inflammatory bowel disease. *Obstet Med*. 2021;14(1):4-11. doi: 10.1177/1753495X20919214.
47. Aksyonova S. Advanced maternal age: the case of Ukraine. *Demography and social economy*. 2014;2(22):62-4.
48. Kocián P, de Haan J, Cardonick EH, Uzan C, Lok CAR, Fruscio R, et al. Management and outcome of colorectal cancer during pregnancy: report of 41 cases. *Acta Chir Belg*. 2019;119(3):166-75. doi: 10.1080/00015458.2018.1493821.
49. Alkhamis WH, Naama T, Arafah MA, Abdulghani SH. Good Outcome of Early-Stage Rectal Cancer Diagnosed During Pregnancy. *Am J Case Rep*. 2020;21:e925673. doi: 10.12659/AJCR.925673.
50. Wong TS, Chay WY, Tan MH, Chow KY, Lim WY. Reproductive factors, obesity and risk of colorectal cancer in a cohort of Asian women. *Cancer Epidemiol*. 2019;58:33-43. doi: 10.1016/j.canep.2018.10.016.

Стаття надійшла до редакції 12.04.2023. – Дата першого рішення 17.04.2023. – Стаття подана до друку 23.05.2023