

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

Қўл ёзма ҳуқуқи

УДК:616.352: 618.3-08-084

АХРОРОВА ЛАЙЛО БАРНО ҚИЗИ

**ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА БАВОСИЛ КАСАЛЛИГИНИ
ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ
ЙЎЛЛАРИ**

5A510112 – Хирургия

Магистр

академик даражасини олиш учун ёзилган

диссертация

Илмий раҳбар:

т.ф.н., доцент Б.Б. Муаззамов

Бухоро – 2021

Қисқартмалар рўйхати

ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ҲС	Ҳаёт сифати
УТТ	Ультратовуш текшируви
МАРІ	MARI Research Institute
СҲС	Соғлиқ билан боғлиқ ҳаёт сифати
ҲАБ	Ҳомиладор аёлларда бавосил

Мундарижа

Шартли қисқартмалар рўйхати	2-бет
Кириш	4 -7 бет
I БОБ.Бавосил касаллиги тўғрисида замонавий қарашлар	8- бет
1.1 Бавосил касаллиги муаммоси ва унинг долзарблиги	8-12бет
1.2.Ҳомиладор аёлларда бавосил касаллигини ташхислаш, олдини олиш ва даволаш.....	10-17бет
1.3.Тиббийётда ҳаёт сифатини ўрганиш тарихи.....	21-бет
II БОБ.Тадқиқот материаллари ва усуллари	24- бет
2.1.Клиник материал ҳақида умумий маълумот.....	24- бет
2.2. Ҳомиладорликнинг турли муддатларида бавосил билан касалланган беморларни текшириш усуллари	28-бет
2.2.1. Текширишнинг лабаратор усуллари.....	29-бет
2.2.2. Текширишнинг инструментал усуллари.....	29-бет
2.3. Бавосил касаллигини даволаш ва олдини олишнинг усуллари ҳақида.....	31бет
2.4. Бавосил операциясидан кейинги асоратлар хусусиятлари.....	32-бет
2.5. Бавосил касаллигига чалинган ҳомиладор аёлларда ҳаёт сифатини ўрганиш.....	35-бет
2.6. Статистик маълумотларни қайта ишлаш усуллари.....	36-бет
III БОБ.ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ ВА УЛАРНИ БАҲОЛАШ...	41-бет
3.1.Ҳомиладорлик даврида бавосил касаллиги билан касалланганларни даволаш ва олдини олишнинг натижаларини баҳолаш.....	38-бет
Хулоса	62-бет
Амалий тавсиялар.....	63-бет
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати.....	64-бет

КИРИШ (магистрлик диссертациясига аннотация)

Диссертация мавзусининг долзарблиги. Бавосил - тўғри ичак веналарининг патологик кенгайиши бўлиб, даврий қон кетиши, ички тугунларнинг орқа чиқарув тешигидан тушиши ва тез-тез яллиғланиш кўринишида намоён бўлади. Унинг асосида каверноз тузилмалар мавжуд бўлиб, ички ва ташқи тугунлари тафовут қилинади¹. Аёлларда бавосил касаллигини пайдо бўлишининг асосий омили бу ҳомиладорлик ва туғруқ ҳисобланади. Бу ич қотиши, бачадоннинг ичак деворларига босими ва дарвоза вена системасида қон ҳаракатининг сустлашиши кўринишида намоён бўлади². Статистик маълумотларга қараганда бавосил касаллиги туғган аёлларда туғмаган аёлларга нисбатан 5% кўпроқ учрайди. Бу касаллик ҳомиладор бўлмаган аёлларнинг 7,7%да, ҳомиладор аёлларнинг 25,7%да, туғган аёлларнинг 49,8%да учраши аниқланган³.

Ич қотиши ҳомиладорлик даврида аёлларда тез-тез учрайди. У одатда 3-5 ҳафта давом этади. Бавосил билан оғриган беморларда жуда оғир кечади ва беморлар умумий аҳволига таъсир кўрсатади. Ҳомиладорлик давридаги аёлларда бавосил касаллиги муаммоси замонавий колопроктологиянинг асосий муаммоларидан биридир. Муаммо шундан иборатки, ҳомила она қорнида ўсиш жараёнида тўғри ичак веналарига босим ўтказди, қон томирларни қисиб қўяди. Бу ҳодиса ҳомиладорликнинг иккинчи ва учинчи триместрларида яққол кузатилади. Бу ҳолат ўз навбатида беморларда туғруқдан кейинги даврдаги шикоятларга сабаб бўлиб келмоқда. Шу билан бир қаторда касаллик ўткир ва сурункали кечади. Бавосил касаллигининг ўткир шакли кўп ҳолатларда сурункали шаклининг асоратлари тромбоз, қон кетиш ва яллиғланишдан сўнг келиб чиқади. Илмий статистик

¹ Arnold Wald. Constipation, diarrhea, and symptomatic hemorrhoids during pregnancy.// Gastroenterol Clin NAm.-2003.-№32.-P.309-322.

² Naderan M., Shoar S., Nazari M., Elsayed A., Mahmoodzadeh H., Khorgami Z. A. Randomized Controlled Trial Comparing Laser IntraHemorrhoidal Coagulation and Milligan-Morgan Hemorrhoidectomy. // Journal of Investigative Surgery.-2017.-30(5).-P.325-331.

³ Аникин С.В. и др. Геморроидэктомия при хроническом геморрое: выбор оптимального способа // Дальневосточный медицинский журнал. – 2015. – №1.–С.20–23.

маълумотларга қараганда бўлажак ёш оналарнинг 50% дан 80% гача бавосил касаллиги муаммоси кузатилган⁴. Маълумки ҳомиладорлик даврида бавосилни даволаш ўзига хос хусусиятларга эга бўлиб маҳаллий таъсир кўрсатадиган дори воситалари ҳомиладор она организмига ва ҳомила учун ҳам салбий таъсир кўрсатади⁵.

Тадқиқотларнинг республика фан-техника тараққиётининг устувор йўналишларига мувофиқлиги. Мазкур тадқиқот Ўзбекистон Республикаси фан-техника тараққиётининг устувор йўналишларига мувофиқ амалга оширилди.

Дунёда ҳомиладор аёлларда бавосил(ХАБ)муаммоси бўйича қатор тадқиқотлар олиб борилмоқда: ҳомиладор аёлларда ва туғруқдан кейинги аёлларда геморроидал тромбозни даволаш; Ҳомиладор аёлларда ичак функциясининг муаммолари: Гестацион қабзият; ҳомиладор аёлларда бавосилни даволаш, ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги бавосил асоратлари ривожланишининг олдини олиш алгоритмларини ишлаб чиқиш;

Диссертация мавзусининг илмий-тадқиқот ишлари билан диссертация бажарилган олий ўқув юртининг алоқаси. Диссертация тадқиқоти Бухоро давлат тиббиёт институтида илмий-тадқиқот ишлари доирасида олиб борилди.

Тадқиқот мақсади: ҳомиладорларда бавосил касаллигини олдини олиш ва даволаш чора тадбирларини комплексли равишда ўтказиш йўллари ишлаб чиқиш.

Тадқиқот вазифалари:

ҳомиладорликда бавосил касаллигининг учраши ва даво натижаларини проспектив ўрганиш ;

ҳомиладорликнинг иккинчи ва учинчи триместрларида аёлларда

⁴ Бурков С. Г. Запоры беременных: современный взгляд на проблему. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.- 2017.-№ 8.-с.97-98.

⁵ Ривкин В. Л. Современные концепции Патогенеза и лечения геморроя. // Медицинский совет.- 2013.-№2.-с.103-104.

бавосил касаллигини комплекс даволашда лазера терапия ва венодиол дори воситасини биргаликда қўллаш, натижаларни ўрганиш ;

ҳомиладор аёлларда бавосил касаллигини даволашда янги қўлланилган комплекс (лазера+венодиол) усулини таҳлил қилиш асосида алгоритм яратиш;

Тадқиқот материали. Тадқиқотда Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази Колопроктология бўлимида бавосил билан даволанган 9 нафар, Бухоро шаҳар туғруқ комплексидан 78нафар бавосилга чалинган ҳомиладор аёллар проспектив ўргандик. Асосий гуруҳини 43 нафар бемор ва назорат гуруҳини 44 нафар бемор ташкил этади.

Тадқиқот усуллари. Ушбу муаммоларни ҳал қилиш учун клиник, клиник-инструментал, клиник лабаратор, ректал текширув (статус ректалисни аниқлаш) усулларида фойдаландик.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги:

Бухоро вилояти шароитида ҳомиладорликнинг иккинчи ва учинчи триместрида бўлган аёлларда бавосил касаллигининг кечиши ўрганилади;

ўткир ва сурункали бавосил комплекс даволаш ва профилактикаси бўйича тадбирлар такомиллаштирилади;

юқоридагиларни эътиборга олган ҳолда бавосил касаллигининг иккинчи ва учинчи триместрдаги ҳомиладор аёлларга даволашнинг ва унинг олдини олишнинг алгоритми ишлаб чиқилади.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти. Клиник тадқиқотларга таяниб амалий соғлиқни сақлаш тизимида, ҳомиладорликнинг иккинчи ва учинчи давридаги беморларда комплекс даволаш ва профилактик тадбирлар тадбиқ қилинади.

Тадқиқотнинг амалий натижалар. Клиник амалиётга тадбиқ қилинган комплекс даволаш профилактик тадбирлар касалликнинг асоратлари сонининг камайишига, койка кунларининг камайишига, туғруқ давридаги беморларда комплекс даволаш ва профилактик тадбирлар тадбиқ қилинади.

Тадқиқотнинг апробация натижалари. Тадқиқотнинг натижалари 2та халқаро ва 1та республика конференцияларда ёритилди.

Тадқиқот бўйича чоп этилган нашрлар. Диссертация мавзуси бўйича жами 5та республика ва халқаро миқёсда мақола, тезислар чоп этилди. 3та республика ва 2та халқаро журналларда чоп этилди.

Тадқиқот тузилмаси ва хажми. Кириш, илмий адабиётлар шарҳи, тадқиқот материаллари ва усуллари, тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловадан иборат. Илмий иш компьютерда терилган 72 бетли матндан иборат бўлиб, уларни 5 жадвал, 4 расм, 16 диаграммадан иборат. 79 адабиётлар шарҳи, булардан 68 рус адабиёти ва 11 инглиз адабиётларидан иборат.

I БОБ. Бавосил касаллиги тўғрисида замонавий қарашлар.

1.1 Бавосил касаллиги муаммоси ва унинг долзарблиги. Бавосил

касаллиги - тўғри ичак каверноз веналарининг гипертрофияси натижасида юзага келадиган проктологик касалликларнинг кўп учрайдиган туридир ва тўғри ичакда оғриқ, қон кетиш ривожланади.

Бавосил атамаси қон кетиш деган маънони англатади. Бу атама қадим замонлардан бери тўғри ичак венаси касаллигида аталган. Бунинг энг одатий кўриниши тўғри ичак веналарининг варикоз кенгайиши ва тўғри ичакдан қон кетишидир [6]. Бавосил-ўрта ва кекса ёшдаги эркакларда ва аёлларда бир хилда учрайди. Катта ёшли аҳолининг 1000 тасидан тахминан 120 тасида учрайди, бу эса бавосилнинг кенг тарқалган касаллик эканлигини англатади. Проктологик касалликлар орасида бавосил 34-41% тарқалган [7]. Касалликга мойил гуруҳлар: кам ҳаракат кишилар, ҳомиладорлик ва туғруқ, узок муддатли қабзият, оғир юк кўтариш, доимий аччиқ ва ўткир овқатлар истеъмол қиладиган кишилар, кичик чанок бўшлиғи аъзоларининг касалликлари, тўғри ичак веналарининг босилиши ва тўғри ичак веналарида клапан йўқлиги натижасидадир [8]. Бавосил патогенезида етакчи ролни қон айланиш етишмовчилиги ва мушак дистрофияси факторлари асосий бўлиб ҳисобланади. Гемодинамик бузулишлар марказида артериал қон оқимининг каверноз томирлар орқали веноз оқимдан ошиб кетиши ётади. Жараён охирида тугунлар ҳажми катталашади. Анал каналининг сфинктерлар оралиғидаги шиллик ости қаватида жойлашган бўйлама мушаклар дистрофияси ва Паркс бойламлари муҳим ўрин тутди. Улар бавосил тугунларининг ички тузилишини ва фиброз мушак рамкасини ташкил этади, ва уларни анал каналида аноректал чизикдан юқорида ушлайди [9]. Юқорида санаб ўтилган келтириб чиқарувчи омиллар бавосил тугунларининг катталашishiга олиб кнлади. Бу омиллар биргаликда тугунларни дистал томонга кенгайиб боришини кучайтиради ва охир оқибатда анал каналидан ташқарига чиқаради. Бавосил бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин. Бирламчи бавосилнинг вужудга келишида туғма мойиллик асосий рол

ўйнайди. Иккиламчи бавосилнинг вужудга келишида тўғри ичак веналарида қон оқимининг бузилишига олиб келувчи сабаблар: портал гипертензия, пастки ковак венада қон димланиши, юрак етишмовчилиги, узоқ давом этувчи қабзият, ҳаракатсиз турмуш тарзи билан боғлиқ касб эгаларида (таксист,тикувчи), оғир меҳнат кабилар олиб келади [10].

Ташқи ва ички бавосил фарқ қилади. Ташқи бавосил анал тешиги атрофи, тери остида жойлашган тўғри ичакнинг ташқи вена чигали кенгайишидир. Натижада бавосил тугунлари ривожланади ва тери бурмаси шаклида анал ҳалқанинг четидан ташқарига осилиб туради. Бу тугунлар йириклашиб катта баргдек шаклни олиши мумкин. Тугунлар шишади юрган пайтда ноқулайлик туғдиради, анус атрофида безовта қилувчи тирналиш хусусиятини келтириб чиқаради, мацерация ва қичишишга олиб келади. Бундан ташқари, ташқи бавосил тугунлар кўпинча ёриқлар пайдо бўлишига ёрдам беради. Агарда улар орқа чиқарув тешигининг орқа ярим доирасида жойлашганда содир бўлади. Одатда ёриғ тугун асосидан бошланади, консерватив даволаш фойда бермайди [11]. Ташқи бавосилда ўткир тугунлар тромбофлебити ривожланиши мумкин. Бунда орқа чиқарув тешиги соҳасида ўрмон ёнғоғи сингари юмалоқ, зич консистенция пайдо бўлади. 7-10 кун оғриқ кучли бўлади,аста секин пасаяди. Лекин тромб баъзан пасайиб узоқ вақт сақланиб қолади [12].

Ички бавосил тўғри ичак вена чигалларининг варикоз кенгайишидан келиб чиқади. Тўғри ичакнинг шиллиқ қавати остида энг пастки қисмидаги орқа чиқарув тешиги-тери чизиги юқорисида жойлашади. Ички бавосил тугунлари агар улар орқа чиқрув тешигидан тушмаган бўлса, фақат махсус тўғри ичакни кўриш орқали аниқлаш мумкин. Қоидаларга кўра улар юмалоқ шаклли, кенг асосли, юмшоқ шиллиқ билан қопланган ва бармоқ билан текшириб кўрганда билинади. Ички тугунлар оғриқсиз бўлади, оғриқ фақатгина тугунларга инфекция тушганда пайдо бўлади [13]. Ташқи бавосил тугунлар оғриқли бўлади,улар шаклланган соҳада нерв охирлари бўлади. Қари ёшдаги кишиларда ички тўғри ичак вена чигалларида доимо варикоз

кенгайиш бўлади [14]. Бавосилнинг асосий белгилари: дефекация пайтида тўғри ичакдан қон кетиш (51%), тугунларнинг орқа чиқарув тешигидан ташқарига тушиши (37%), қичишиш ва орқа чиқарув соҳасидаги нохушлик ҳиссиёти (5-7%), оғриқ ва вақти-вақти билан пайдо бўладиган шишган тугунлардаги яллиғланиш, уларнинг тромбози ва баъзан йиринглаши учрайди [15].

Дефекация пайтида қон кетиш - бавосилнинг энг муҳим ва тез-тез учрайдиган белгисидир. Кўпинча бунда ички бавосил тугунлари пайдо бўлади. Дефекация пайтида ажралаётган қоннинг миқдори турлича бўлиши мумкин. Туалет қоғозини озгина бўяйдиган миқдордан баъзан тезда қон қуйишни талаб қиладиган ҳолатларгача бўлиши мумкин. Одатда қон оч кизил рангда бўлади, кам ҳолатларда бинафшаранг ва ҳатто қорматир (агар дефекация бошлангунга қадар ичак бўшлиғида оқган бўлса). Дефекациянинг бошида қуйқа кўринишдаги қорамтир қон ажралиши содир бўлиши мумкин [16]. Бавосил сурункали ва ўткир хуруж кўринишида бўлиши мумкин. Ўткир бавосилда тугунларда тромбоз ривожланади, сўнгра тугунларда яллиғланиш ривожланади [17].

Клиник кўринишига кўра ўткир бавосилнинг 3та босқичи бор. (Воробевъ):

- 1.Тромбоз, бавосил тугунларда яллиғланиш жараёни йўқ;
- 2.Тромбоз, бавосил тугунларда яллиғланиш асорати;
- 3.Тромбоз, бавосил тугунлари, анал атрофи териси ва тери ости клеткасида яллиғланиш асорати билан; [18].

Бавосил қўзиш даврида биринчи ички тугунлар зарарланади, орқа чиқарув тешиги соҳасидаги яллиғланиш инфильтрациясига ташқи тугунлар жалб қилинади. Ташқи бавосил тугунларнинг яллиғланиши камроқ ҳолларда учрайди. Ташқи бавосил тугунлардаги тромб босилганда оғриқли бўлади [19]. Бавосил хуружи вақтида, дефекация пайтида ва юрганда, енгил ҳаракатланганда оғриқ кузатилади. Баъзи беморлар оғриқдан шикоят қиладилар. Беморлар кучли оғриқдан шикоят қиладилар, ҳатто оғриқ қолдирувчи

препаратлар истеъмол қиладилар. Орқа чиқарув сохадаги интенсив оғриқлар, бавосил тугунларнинг лат ейиши, тромбоз асорати ёки анал ёриқларнинг пайдо бўлганини билдиради. Ички бавосил тугунларнинг яллиғланиши аниқ клиник белгилар билан намоён бўлади. Тушган ички бавосил тугунлар катталашади [20,21]. Орқа чиқарув канали кенгайган, орқа чиқарув тешиги очик туради. Беморни кучли пулсацияланган оғриқ безовта қилади. Тана ҳарорати ошади озгина терлаш пайдо бўлади. Ташқи бавосил тугунлар камроқ яллиғланади, ички бавосил тугунлар кўпроқ яллиғланишга учрайди. Тушган бавосил тугунларни ичкарига қўл билан киритиб қўйиш мумкин ёки уларнинг ўзи ҳам кириши мумкин. Оддий кучайиш пайтида ҳам улар тушиши мумкин. Ташқи сфинктер тонусининг сусайиши натижасида ҳам тушиши мумкин. Ташқи сфинктер тонусининг бузилиши енгил жисмоний ҳаракат пайтида ҳам тугунларнинг тушишига олиб келади [1,22].

Дефекация пайтида ва дефекациядан кейинги оғриқлар орқа сохада ёриқ борлигидан далолат беради. Беморлар анамнезига кўра бу касаллик 20 ёш ва ундан катталарда кўп учрайди. Беморлар касаллик кўзгагандан сўнг ёки кучли қон кетишдан сўнг оператив давога рози бўладилар [20,23].

Тугуннинг катталаниши даражаси ва симптомларнинг кечишига кўра Юхвидова босқичларга бўлган:

I босқичда тугун тўғри ичакнинг шиллиқ қавати остида пайдо бўлади, босилганда йўқолади. Дефекацияда тугун орқа чиқарув каналидан тушади, ўзи киради, оғриқ бўлмайди. Лекин қон кетиш кузатилиши мумкин;

II босқичда дефекация пайтида тугунлар тушади ва улар қўл билан киритилади. Тугунлар кўпинча яллиғланади, шикастланади, некрозга учрайди, оғриқ бўлади. Оғриқлар рецидив характерга эга. Орқа чиқарув тешиги сфинктери тонуси камаяди;

III босқич катта ҳажмли тугунлар билан характерланади ва тугунлар мустақил тўғриланмайди. Йўталганда ва аксирганда тугунлар тушади. Тугунда кейинчалик фиброз шзгариш вужудга келади, қон кетиш бўлади; [8,24,25].

Ректал ойна ва ректоскоп ёрдамида ташхис қўйилади. Бармоқ билан текшириш этарлича маълумот бермайди. Асоратанмаган ички бавосил тугун пайпасланмайди. Албатта бунда бавосилни бошқа касалликлар билан боғлиқлигини ҳисобга олиш керак [26]. Ҳар хил ичакдан қон кетишлар сабабини инструментал текширувлар ёрдамида аниқлаш мумкин. Беморда полип, рак, ярали колит ва бошқа йўғон ичак касалликларини ҳисобга олган ҳолда ректал қон кетиш сабаби билан боғлаш мумкин [27,28]. Тўғри ва сигмасимон ичак ракида дефекациядан олдин қонли шиллиқ ажралади. Тўғри ва чамбар ичак раки кўп тарқалган. Тўғри ичакдан қон кетган ҳолларда бармоқ билан текшириш, колоноскопия, йўғон ичакни рентгенологик текшириш олиб борилади [29].

Ташқи бавосил тугунлар орқа чиқарув ва тўғри ичак шиллиқ қават пролапси билан дифференциал диагностика қилинади. Баъзан бавосил тугун полипга ўхшайди. Шунинг учун бавосилни диагностика қилиш бироз қийинчилик туғдиради. Бавосил касаллигини даволашда унинг келиб чиқиши, кечиши ва асоратларига эътибор берилади. Сурункали бавосил консерватив давога кўрсатма бўлиб ҳисобланади [30].

1.2. Ҳомиладор аёлларда бавосил касаллигини ташхислаш, олдини олиш ва даволаш

Ҳомиладор аёлларда бавосил касаллигини даволаш ва олдини олиш замонавий колопроктологиянинг энг долзарб муаммоларидан биридир [1,31].

Аёлларда бавосил ривожланишининг муҳим факторларидан бўлиб ҳомиладорлик ва туғруқ, сурункали ич қотиши, бачадоннинг ичак деворларига берадиган босими, бачадоннинг нотўғри ҳолатда жойлашиши, шунингдек дарвоза венасидаги димланиш ҳисобланади [23,32].

Бавосилда касаллик жараёни ўткир ва сурункали кечиши мумкин. Аслида ушбу шакллар бир хил жараённинг босқичлари ҳисобланади. Ўткир бавосилда тугунларда тромбоз ривожланади, орқа чиқарув соҳада оғриқ билан бирга кечади. Баъзи ҳолларда ўткир яллиғланиш перианал соҳадаги шиш, тугунлар некрози билан бирга кечади. Бавосил тугунлардаги тромбоз

проктолог назоратида антикоагулянт терапияни бошлашга кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Одатда касалликнинг сурункали кечишида такрорланиб турадиган қон кетиш дефекация вақтидаги бавосил тугунларининг тушиши билан характерланади [33].

Бавосил хомиладорлик даврида ва туғриқдан кейинги даврда энг кенг тарқалган касалликдир. Касаллик ўткир ва сурункали бўлади. Тромбоз, яллиғланиш ва қон кетиш кўринишида намоён бўлади. Ўткир бавосил сурункали шаклнинг асорати ҳисобланади [13,34].

Асоратлар тромбоз ва яллиғланишга ажратилади. Бу классификация бавосил патогенезини ифодалайди, амалиётда қулайлик ва имконият яратади. Касаллик босқичига ва кечиш оғирлигига қараб клиник кўрсаткичларни объектив равишда аниқлаб, керакли даволаш усули танланади. Ўткир ва сурункали бавосилни консерватив даволаш, ўткир бавосил симптомлари юзага чиқишини, асоратларнинг қайталанишини, сурункалига ўтишидан профилактика қилади. Бунда яллиғланишга қарши, оғриқ қолдирувчи, гемостатик препаратлар қўлланилади. Улар қон оқимини яхшилади ва каверноз тўқимадаги микроциркуляцияни нормаллаштиради [10,32,35]. Касалликнинг биринчи энг ёмон асорати анал каналидан қон кетишидир [1]. Беморларнинг ярмидан кўпида бу ҳолат қайт этилган. Бавосил тугунларидан давомий қон ажралиши беморларда анемияни келтириб чиқаради. Аноректал қон кетиш бавосилдан ташқари йўғон ичак хавфли ўсмаси, дивертикулёзи, носпецифик ярали ва гранулематоз колитининг белгис бўлиши мумкин [36]. Бавосилнинг иккинчи тез-тез учрайдиган аломати бу - бавосил тугунларининг тушишидир. Бундан ташқари бавосил ниқоби остида полип ва колоректал рак касалликлари ҳам учраб туради. Бавосил намоён бўлганда албатта чуқур текширув ўтказиш керак бўлади: бармоқ билан текшириш, ректоскопия, колоноскопия ёки ирригоскопия. Ўсмага шубҳа бўлганда биопсия олиш зарурдир [37]. Сурункали бавосилда оғриқ синдроми кам учрайди ва ташқи бавосил тугунларида перианал шиш билан биргаликдаги тромбоз, анал канал ёриғи, ички бавосил тугунларининг тушиши каби

асоратлар билан кечганда пайдо бўлади Оғриқ синдромининг сабаби ўткир ёки сурункали парапроктит, перфокал яллиғланиш билан кечувчи тўғри ичак раки ёки анал атрофи асоратлари билан кечувчи крон касаллиги бўлиши мумкин. Шиллиқ ёки йиринг ажралиши тўғри ичакнинг яллиғланиши ва ўсма касалликларида бўлиши мумкин. Анал атрофи клечаткасининг яллиғланиши даволаш қийин бўлган бавосилнинг жиддий асоратларидан бири, ўткир паропрактитга олиб келиши мумкин [5,9,38].

Ҳомиладорлик даврида бавосилнинг клиник белгилари ўзига хос кўринишга эга бўлмайди. Кўпинча бунда орқа чиқарув соҳада оғриқ, ректал қон кетиш ва анал қичишиш бўлади. Гестацион даврда бавосил кўпинча симптомсиз босқичда аниқланади. Бу аёллар ҳеч қандай шикоят қилмайдилар, лекин аноскопик текширувда бавосил аниқланади [39]. Клиник симптомсиз бавосил билан касалланган ҳомиладор аёлларни ўз вақтида аниқлаш ва уларда профилактик тадбирларни ўтказиш, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврни мураккаблаштирувчи жараён ривожланишини олдини олиш имконини беради [40].

Шуни таъкидлаш керакки, ҳомиладор аёлларда бавосилнинг клиник кўриниши вақт ўтиши билан чўзилади. Касалликнинг бошида анусда ноҳуш сезгилар мавжуд бўлиб, улар дефикациядан кейин кўпаяди [41]. Кейинчалик қуйидаги симптомлар пайдо бўлади: оғриқ, бавосил тугунлар катталашиши, қон кетиш, анал қичишиши [6,8,42]. Ҳомиладорлик даврида бавосилга чалинган аёлларнинг ярмида туғруқдан кейин касаллик кўзиш даврига ўтади. Ҳомила катта бўлганда туғруқнинг иккинчи даврида бавосил тугунлари ҳомила боши билан механик сиқилади [43]. Веноз оқимнинг бузилиши ва тўқима гипоксияси тўғри ичакнинг каверноз бўшлиғида жойлашган артериовеноз анастамозларнинг тўғридан-тўғри ишга тушишини таъминлайди. Туғруқ даври қанча узоқ бўлса, бу жараёнлар шунча аниқ юзага чиқади [22,44]. Туғруқдан сўнг ануснинг сфинктери аста-секин қисқаради, ички тугунлар кичраяди ва мустақил равишда тўғриланади, аммо сфинктернинг тез қисқариши билан тугунлар сиқилиши ва ўткир бавосил

ривожланиши мумкин [5, 7, 9]. Сурункали бавосилнинг ўткир ва бошланғич босқичларида консерватив даво ўтказилади. Терапиянинг мақсади оғриқ ва яллиғланишни бартараф етиш, тўғри ичакда қон айланишини нормаллаштиришдир [45].

Консерватив даволаш ўз ичига қуйидагиларни олади: флеботоник ва антикоагулянтлар билан тизимли даволаш, малҳам, гел, шамчалар ва яра битишини яхшиловчи микроклизма, оғриқ қолдирувчи ва қичишишга қарши таъсирли препаратлар билан маҳаллий даволаш [46]. Шу билан бирга, клечаткага бой озиқ-овқатларни ўз ичига олган парҳез буюрилади: сабзавот, мева, унли махсулотлар. Аччиқ таомлар, зираворлар ва спиртли ичимликлар рациондан чиқарилиши керак [3, 5, 6]. Ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврда бавосил нафақат беморнинг ҳолатига, балки ҳаёт сифатига сезиларли таъсир қилади. Ҳомиладор ёки емизикли аёлни даволаш учун препаратни танлашда беморнинг хавфсизлигини, шунингдек, ҳомила ва янги туғилган чақалоқни ва даволашнинг якуний таъсирини ҳам ҳисобга олишимиз керак [47,48,50]. Ҳомиладорлик даврида бавосилга чалинган аёлларнинг ярмида, туғруқдан кейинги касалликнинг кўзиши кузатилади. Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, ҳомиладор аёлларнинг 50% дан ортиғи бавосилдан азият чекади, кейинги даврда уларнинг сони 80% га ортди [49,51]. Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида касаллик ҳомиладор аёлларнинг 33% да, иккинчи триместрда – 35% да, учинчи триместрда-42% да, туғруқдан кейинги-41% да ва ҳомиладор аёлларнинг ёши ортиши билан бавосил ташхиси частотаси сезиларли даражада ошади [6,7,52]. Туғишдан олдин бавосилга чалинган аёлларда туғруқдан сўнг касаллик кучайишига сабаб бўлади. Ҳомиладорлик даврида бавосил бўлган аёлларнинг ярмидан кўпроғи туғруқдан кейинги касалликнинг оғир кечишидан шикоят қилади [53,54].

Ушбу муаммо узоқ вақт яхши ўрганилганига қарамасдан, уни ҳал қилишда муайян қийинчиликлар мавжуд, бу кўпинча тиббиётда кўп тармоқли патология билан боғлиқ. Акушер ва гинекологлар бавосил

касаллиги бўлган ҳомиладор аёлларни махсус мутахассисларга "юборишади". Жарроҳлар ва колопроктологлар, ўз навбатида, ҳомиладор аёлларда бавосилни даволашга "қўрқишади" . Чунки бавосил касаллигини даволаш учун дори-дармонларнинг деярли барча кўрсатмаларида ҳомиладор аёлларда фойдаланиш тавсия этилмайди ёки эҳтиёткорлик билан тавсия этилади [11,55,56].

Ҳомиладор аёллар бавосил ривожланиш хавфи юқори бўлган жуда заиф гуруҳдир. Шунинг учун ҳомиладор аёлларда бавосил касаллиги кечишининг хусусиятларини ўрганиш ўта долзарб бўлиб ҳисобланади. Ҳомиладорлик даврининг 3-триместрда бу омиллар максимал даражага етади [13,57,58].

Бачадон томонидан тос томирларининг доимий ва ортиб боровчи сиқилиши ректал томирларнинг тез кенгайишида етакчи рол ўйнайди. Ҳозиргача олинган маълумотлар флеботропик дорилар, топикал воситалар ёрдамида тиббий даволаниш ва юқори толали таркибга ега парҳезни тайинлаш дастлабки босқичларнинг сурункали бавосилни ва бавосилнинг ўткир тромбозини даволаш учун афзал бўлган тактика ҳисобланади [59]. Ҳозирги пайтда кўпчилик шифокорлар ҳомиладорлик вақтида ҳеч бир дори воситасини ичишни тавсия этишмайди ва буни ҳомилага салбий таъсири билан боғлашади. Ўз навбатида, кўплаб ҳомиладор аёллар ҳам худди шу сабабларга кўра дори-дармон олишдан ўзларини ҳимоя қилишга интиладилар [60]. Афсуски, бу амалиёт ҳомиладорлик даврида, хусусан, флеботоник сифатида ишлатиладиган дори-дармонларга ҳам тегишли. Ушбу ёндашувнинг натижаси бавосил касаллигининг турли жиҳатларига бағишланган кўплаб нашрларга қарамасдан, бавосилни олдини олиш ва даволашнинг кўплаб масалалари ва ҳомиладор аёлларда унинг асоратлари ҳали ҳам мунозарали бўлиб қолмоқда [61]. Ҳомиладор аёлларда профилактик чора-тадбирлар, касалликни ўз вақтида аниқлаш ва тиббий даволаш зарурлиги ҳомиладорликнинг нормал кечишини таъминлаш ва туғруқдан кейинги асоратлар хавфини камайтиришда муҳим аҳамиятга эга. Бу аёлларда диагностика ва даволаш чора-тадбирлар мажмуини амалга ошириш учун

тавсиялар ишлаб чиқиш мақсадида бавосил билан касалланган ҳомиладор аёлларни бошқариш учун оптимал йўллари топишга қаратилган қўшимча тадқиқотлар амалга оширилмоқда [17,21,62]. Бавосилни даволашнинг "олтин стандарти" геморройэктомия XX асрнинг ўрталаридан қўлланилиб келинаётган жарроҳлик усулидир [14, 17]. АҚШ ва Европа мамлакатларида, одатда геморройэктомия ҳозирда фақат беморларнинг 17-21% да амалга оширилади, қолганида эса даволаш минимал инвазив усуллардан фойдаланилади [23,28,63,64]. Шу билан бирга, Россияда геморройэктомия энг кенг тарқалган даволаш усули бўлиб, у беморларнинг 75% да амалга оширилади ва минимал инвазив усуллар фақат 3% беморларда қўлланилади [8,19,35,39,40,65,66]. Бавосилни даволаш хавфини ва самарадорлигини камайтириш учун минимал инвазив амбулатория даволаш усуллари ишлаб чиқилди: склеротерапия, латекс лигацияси, инфрақизил фотокоагуляция, ултратовуш доплерометрияси назорати остида геморрой артерияларга чок қўйиш [21,67,68].

Сўнгги йилларда, даволашнинг мустақил усули сифатида жарроҳлик беморларнинг фақат 20-25% ишлатилади, ва ҳатто айни пайтда фақат бавосилнинг кеч босқичларида амалга оширилади [7, 20,69]. Бавосилни даволаш усулини танлашда, нормал анатомик ҳолат ва касалликнинг клиник белгилари бўлмаса, жарроҳлик йўли билан даволашга шошилмаслик кераклигини унутмаслик керак. Консерватив даволаш ўткир ва сурункали бавосилнинг эрта босқичларида етакчи рол ўйнайди [3, 10, 15]. Уларнинг асосий мақсади оғриқ ва яллиғланишни бартараф этиш, ректумда қон айланишини нормаллаштириш ва ҳазм қилишни тартибга солишдир. Консерватив тиббий муолажа умумий (томир тонусини оширувчи, кичик томирлар ва каверноз веналар орқали қон оқимини яхшиловчи дорилар) ва маҳаллий (яра битиши, аналгетик ва антипиретик малҳамлар, шамлар, микроклизмалар ва ванналар) бўлиши мумкин [8, 21,70]. Бундан ташқари, муҳими касаллик қўзишини олдини олиш ҳисобланади: ич ўтишининг бузилиши билан курашиш, тўғри овқатланиш, аччиқ озиқ-овқат ва спиртли

ичимликлар фойдаланишни чеклаш, дефекация гигиенасига риоя қилиш, гиподинамия олдини олиш кабилар [71].

Аввало, ич қотишига қарши курашиш ва узок вақт ич қотишини олдини олиш керак. Бунда мева ва сабзавотларга бой парҳез ёрдам бериши мумкин. Бавосилга чалинган беморларга спиртли ичимликлар, шўр, қалампир озиқ-овқат, қатъиян тақиқланади, чунки бу маҳсулотлар тос-сон томирларининг қон билан тўлдирилишини ва биринчи навбатда геморроидал веноз чигалларда қон билан тўлишини оширади [72]. Ёғли овқатларни истеъмол қилиш, овқат ҳазм қилиш жараёнини секинлаштиради ва шу билан ич қотишининг ривожланиш шарт-шароитларини яратади. Бунда пиёз, хантал, қора нон, дуккакли, пишмаган мева ва резаворлар фойдаланишни чеклаш тавсия этилади. Брокколи, маккажўхори, сабзи, пишган олма, лавлаги, карам, картошка, майиз, ўрик, қуритилган ўрик ва асал тавсия этилади [71,72]. Бўтқа, айниқса, арпа ёки жўхори уни эзиб истеъмол қилинса, шунингдек, ич қотишига тўсқинлик қилади. Агар ич қотишга мойил бўлса 3-парҳез столи тавсия этилади. Агар диареяга мойил бўлса 4б стол тавсия этилади. Бундан ташқари қуйидагилардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир: фермент препаратларини, кичик ва катта ичакнинг флораси ва перисталтикасига таъсир қилувчи моддаларни, гидрофил коллоидларни ёки суяқликни мунтазам истеъмол қилиш; Ўсимлик ва зиғир уруғлари чет елда тез-тез ишлатилади. Агар ич қотишга мойил бўлса, сўрилишни яхшиловчи адсорбентлар, фермент ва бактериал препаратлар ҳамда ингичка ва катта ичак перисталтикасига таъсир этувчи моддалар қабул қилиш мақсадга мувофиқдир [1,12,20,75]. Анал соҳаси ва қорин девори мушакларининг мустаҳкамлигини ошириш, кичик чанок соҳасидаги томирларида димланишни камайтириш, жисмоний терапия, гигиеник гимнастика йўғон ичак функциясини яхшилашга ёрдам беради. Шунингдек, чанок суяги кўтарилган ҳолда кунига 2-3 марта 15 дақиқа давомида, масалан, кичик ёстиқда ётиш тавсия этилади [8, 11,76]. Гипотермия, айниқса, тананинг пастки қисмида совуқ юзада ўтирмаслик, узок (1 соатдан ортиқ) юришдан ва

тик турган ёки ўтирган ҳолатда узоқ ишлашдан сақланиш жуда муҳимдир [16,77]. Ҳар бир дефекациядан кейин шахсий гигиена воситаларидан фойдаланиш яхши профилактик таъсирга эга. Илик сув билан ювиш, ҳатто совуқ сув билан ювиш керак, анал майдонини совуқ сув билан ювиш учун қисқа (15-30 дан 60 сониягача) давом эттириш мумкин [9, 15]. Ҳомиладор ёки эмизикли аёлни даволаш учун дори танлашда унинг хавфсизлигини бемор учун ҳам, ҳомила ва янги туғилган чақалоқ учун ҳам ҳисобга олиш керак, бу эса шифокор танловини сезиларли даражада чеклайди [2, 16, 19]. Умумий даволашнинг асосини вена тонусининг ошишига, каверноз таначаларда микроциркуляциянинг яхшиланишига ва уларда қон оқимининг нормаллашишига таъсир этувчи флеботроп препаратлардан фойдаланиш ташкил этади [6, 11, 20]. Бу гуруҳ гливенол, рутозид, цикло-3 Форте, диосмин ва гинкор фортени ўз ичига олади. Одатда маҳаллий тромболитик ва яллиғланишга қарши таъсир сифатида гепарин малҳами, гинкорпрокто, Проктогливенол ва Гепатромбин г ишлатилади. Анал канали ва бавосил шиллиқ қаватининг регенерациясини яхшилаш учун танлов препарати шам ва малҳам шаклида постеризан ҳисобланади [1, 4, 7, 9].

Симптомсиз бавосилга чалинган аёлларга фақат профилактик чоратадбирлар белгиланади. Касалликнинг I—II ривожланиш босқичларида шамчалар ва малҳамлар, доривор гиёҳларнинг сироплари ва оғиз орқали қабул қилинадиган дори-дармонларни тайинлаш билан даволаш амалга оширилади. Аналгетик компонентларни ўз ичига олган ректал шамчалардан дефекациядан кейин фойдаланиш мумкин. Анус сфинктерининг спазмида мойли шамларни қўйиш мумкин. Агар бавосил анал ёриғи билан биргаликда келганда ва ўткир бавосил шифохонада консерватив даволанади. Дам олиш, овқатланиш, тозаловчи клизмалар, ичак фаолиятини нормаллаштирувчи препаратлар, анусда новокаин блокадаси, шам ва малҳамлар билан маҳаллий даволашни ўз ичига олади. Ички тугунларни йўқотишда, ўткир яллиғланиш ҳодисаларисиз, улар дефекациядан кейин тугунларга еҳтиёткорлик билан бажарилади. (буни иссиқ ўтирган ҳаммомда қилиш яхшидир). Дефекация

килиш истаги пайдо бўлганда, кичик ҳажмли тозалаш клизмалари тавсия этилади. Аёлларга қаттиқ жисмоний меҳнат ва айрим ички ишлар қатъиян тақиқланади. Касаллик қўзиган пайтда бавосилга чалинган ҳомиладор аёллар касалхонага ва жарроҳлик даволашга мажбур бўладилар. Операция шартлари алоҳида белгиланади. Бундай асоратлар билан беморлар жарроҳлик (геморройэктомия) ёки минимал инвазив даволаш усуллари (кичик ёки қонсиз операциялар) билан даволаш қилинади. Бундай усулларга склеротерапия, каучук тармоқли лигация, инфрақизил фотокоагуляция ва лазерли коагуляция киради. Агар ҳомиладор аёлнинг ҳолати нормал бўлса, барча аралашувлар туғруқдан кейинги даврга ўтказилади. Бавосилнинг кучайиши, айниқса туғруқдан кейинги жароҳатлар билан биргаликда, туғруқдан кейинги давр сифатига таъсир қилувчи энг кўп учрайдиган касалликдир. Эркаклар ҳам, аёллар ҳам худди шу тарзда бавосилдан азоб чекишади. Аёлларда бавосил ривожланишининг асосий омилларидан бири ҳомиладорлик ва туғиш ҳисобланади. Ҳомиладор аёлларда бавосилни даволаш бошқа барча одамларда бу патологияни даволашдан бир оз фарқ қилади. Ҳомиладор аёл томонидан ишлатиладиган ҳар қандай дори, ҳатто маҳаллий фойдаланиш учун ҳам, ҳомила учун мутлақо хавфсиз деб ҳисобланиши мумкин эмас, шунинг учун ҳомиладорлик пайтида препаратни фақат зарур бўлса ва препаратнинг мумкин бўлган фойдаси аниқ равишда она ва ҳомилага етказилиши мумкин бўлган зарардан ошиб кетиши керак. Кўп ҳолларда, ҳомиладор аёлларда бавосил консерватив воситалар билан даволаш мумкин, ва камдан-кам ҳолларда геморройэктомия учун еҳтиёж бўлади. Шундай қилиб, шошилишч геморройэктомия ҳомиладор аёлларда 0,2% ни ташкил этади. [13]. Ҳомиладор аёлларда бавосилни даволашда маҳаллий консерватив даво, парҳез ва касалликнинг олдини олиш усуллари устунлик қилади. Ушбу касалликни муваффақиятли даволаш ва олдини олишнинг энг муҳим шартлари ошқозон-ичак трактининг нормаллашуви, ичак таркибининг мустаҳкамлигини тартибга солиш ва ахлатнинг йўғон ичак орқали транзитидир. Бунинг учун мева ва сабзавот шарбатлари каби сув ва

осмотик фаол озиқ моддалар мунтазам ва етарли истеъмол фониди ўсимлик толасига бой парҳез буюрилади. Албатта, ҳар доим табиий ашёлардан тайёрланган, шу жумладан, энг самарали ва хавфсиз дори-дармонлар берилади.

1.3. Тиббиётда ҳаёт сифатини ўрганиш

Азалдан клиник тадқиқотларда даволаш самарадорлиги мезонлари деб жисмоний ва лаборатор кўрсаткичлар ҳисобланади [27,28]. Бироқ, шунга қарамай юқорида қайд қилинган кўрсаткичлар кундалик ҳаётда беморнинг аҳоли ва фаолият юритиши ҳақида тўлиқ маълумот бера олмайди [30,31]. Айрим касалликларда беморнинг аҳоли тўғрисида ўзи билдирган фикри унинг соғлиғининг муҳим кўрсаткичи ҳисобланади [24]. Касалликлар шахснинг жисмоний ҳолати, ўзини тутиш психологияси, эмоционал реакцияларига таъсир кўрсатади ҳамда тез-тез ижтимоий ҳаётда тутган ўрни ва ролини ўзгартиради [29]. Ҳар бир беморда касаллик симптомлари, лаборатор ва инструментал кўрсаткичлар динамикасидан ташқари, жисмоний, психолоэмоционал, ижтимоий жиҳатдан ҳаётдан мамнунлик ҳисси ҳам муҳимлигини ҳам эътиборга олиш кўп ҳолларда четда қолиб кетади [24,27].

Ҳаёт сифати – беморнинг жисмоний, психологик, эмоционал ва ижтимоий фаолияти хусусиятлари жамланмаси бўлиб, у субъектив тушунчаларга асосланади. Кўпгина тадқиқотлар ҳаёт сифатини инсоннинг ўз жисмоний, психологик ва ижтимоий ҳолатидан қониқиш ҳосил қилиш даражаси деб ҳисоблайдилар [20,22]. Сўнгги йилларда беморларнинг ҳаёт сифати кўрсаткичлари даволаш самарадорлигининг асосий мезонларидан бири сифатида тиббиёт жамиятининг диққат марказида бўлмоқда. Ҳаёт сифатини баҳолаш – турли касалликлар билан касалланган беморларни кўриқдан ўтказишдаги муҳим қисм бўлиб, шунингдек, даволаш самарадорлигини бошқаришнинг кучли ва сезувчан усулидир [26].

Ҳаёт сифатини баҳолаш соҳаси тиббиётда кенг қамровга эга бўлиб, қуйидаги вазиятларни ўз ичига олади:

- 1) аниқ битта бемор ва бутун аҳолининг умумий ҳолатини баҳолаш;
 - 2) турли ишлаб чиқариш, социал, ва бошқа таъсирлар, профилактик, реабилитацион дастурларни ўрганиш;
 - 3) даволаш самарадорлигини баҳолаш;
 - 4) даволашнинг индивидуаллаштирилган дастурларни тайёрлаш;
 - 5) меҳнатга лаёқатнинг комплекс экспертизаси; 6) янги даволаш ёндашувларини клиник тажрибадан ўтказиш [27,28].
- АҚШда ҲС деганда беморнинг жисмоний, психологик, маънавий ва молиявий ҳолатидан кониқиш ҳосил қилиши тушунилади. Замонавий хорижий тиббиётда “соғлиқ билан боғлиқ ҳаёт сифати” (СҲС) атамаси кенг қўлланилади [21,22].

Жарроҳликда ҳаёт сифатига доир илк ўрганиш ишлари 80-йилларда амалга оширилган [25,26].

1995 йилда Францияда МАPI институти (МАPI Research Institute)га асос солинган бўлиб, у ҳаёт сифатига қаратилган тадқиқотларни мувофиқлаштиради, ишлаб чиқилган сўровномаларни тасдиқлайди ва қўллашга тавсия этади [27].

ҲСни аниқлаш усуллар орасида энг самаралиси бу – беморлар тўлдирадиган сўровномалардир. Турли касалликларда фойдаланиладиган ва аниқ бир касаллик ёки касаллик гуруҳида фойдаланиладиган сўровномалар мавжуд [30].

Энг кўп тарқалган умумий сўровномалар 70-йилларда Quality of Well-Being (QWB) Index, Sickness Impact Profile (SIP); 80-йилларда Nottingham Health Profile (NHP), Quality of Life Index (QLI), COOPCharts; 90-йилларда EuroQol Index, MOS Functionin gand Well-Being Profile (MOS-FWBP), MOS 36-Item Short-Form Health Survey (MOSSF-36) ишлаб чиқилган [29]. Ҳозирги кунда ҳаёт сифати кўрсаткичи амалий хирургияда кенг қўлланилади: орган ва тўқималар трансплантациясида, полиатив жарроҳликда ва онкологияда. Жарроҳликда, одатда беморнинг ҳаёт сифати кўрсаткичлар операциядан олдин ва кейинги даврда текширилади, чунки беморнинг операциядан

кейинги ҲС жарроҳлик усулида даволаш самарадорлигининг асосий омили ҳисобланади [28].

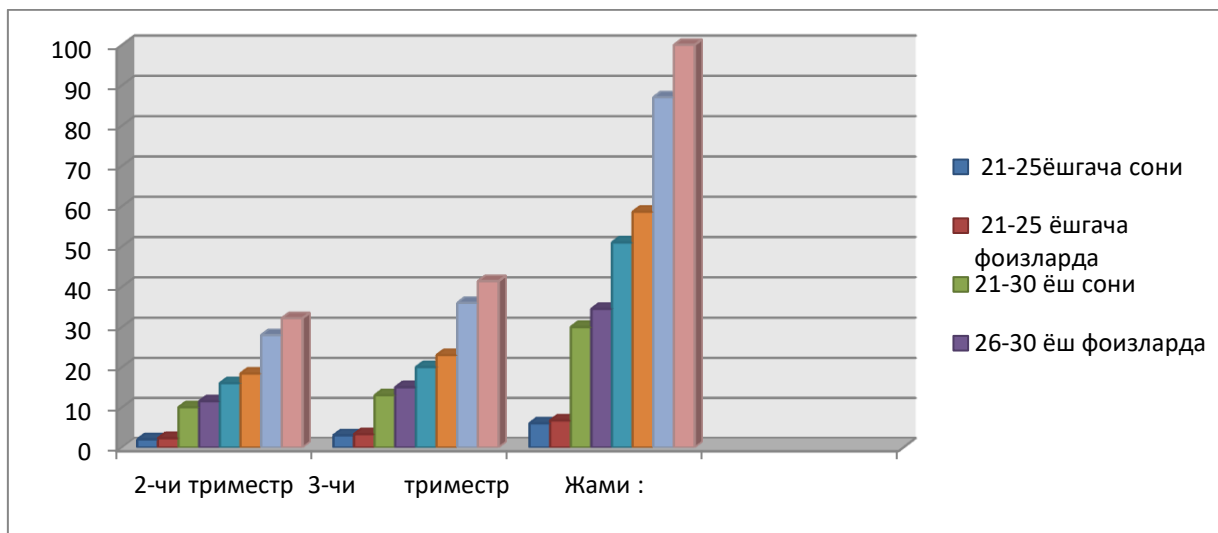
Шундай қилиб, адабиётларни ўрганиш ҳомиладор аёлларда бавосилнинг олдини олиш ва даволаш замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири эканлигига ишонч ҳосил қилиш имконини берди. Адабиётларда ҳомиладор аёлларда бавосил касаллигини олдини олиш ва даволашга ҳар томонлама ёндашувни олиб боришга аниқ жавобни топа олмадик, бу диссертациямизнинг мақсади бўлиб бизнинг илмий ишимизнинг асоси бўлиб қолди.

II БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСУЛЛАРИ

2.1. Клиник материалнинг умумий хусусиятлари

Бухоро давлат тиббиёт институти Факултет ва госпитал хирургия, урология кафедраси клиникасида 2018 йилдан 2020 йилгача бўлган давр мобайнида иккинчи ва учинчи триместрдаги 87 нафар (100%) беморни ўз ичига олган проспектив тадқиқот ўтказилди. Барча беморларда ўзларининг характерли шикоятларига мос равишда бавосил тугунларнинг турли шакллари мавжудлиги аниқланди. Тадқиқот ишлари Бухоро давлат тиббиёт институти Акушерлик ва гинекология кафедраси ҳамда Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази колопроктология бўлими ҳамкорлигида амалга оширилди. Беморларнинг ёши ўртача 21 ± 2.3 дан 39 ± 3.7 ни ташкил этди. Беморларнинг ёшга қараб триместрлар бўйича тақсимланиши ва у 2.1-жадвалда келтирилган.

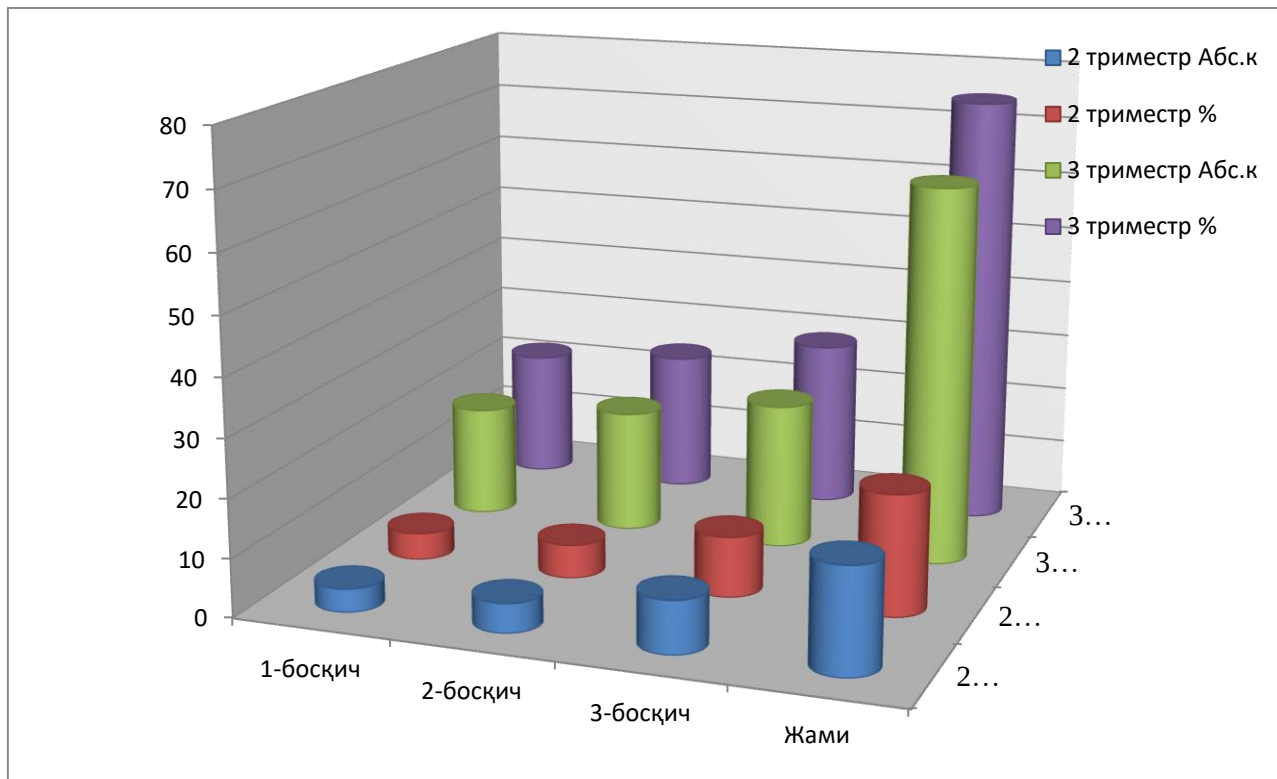
2.1. диаграмма. Ўрганилаётган беморларнинг ёши ва триместрлар бўйича тақсимланиши



2.1-жадвал маълумотларига кўра, ўрганилаётган беморлар орасида асосий ёш оралиғи 30 дан 39 ёшгача (ўртача ёши 35.24 ± 3.54 ёш) бўлиб, ҳомиладорликнинг 2-ва 3-триместрларида кузатилган. Бундан ташқари, ўрганиш таҳлиллари шуни кўрсатдики, касаллик асосий контингенти бўлиб фертил ёшдаги асосан ишлаш лаёқатига эга бўлган аёллар, кейинчалик улар қайта ҳомиладор бўлиши мумкин эканлигини адабиёт маълумотлари ҳам

тасдиқлайди. [53,63,78,79]. Ҳомиладорлик даврида бавосилнинг асоратли кўринишлари кузатилди.(2.2-жадвал)

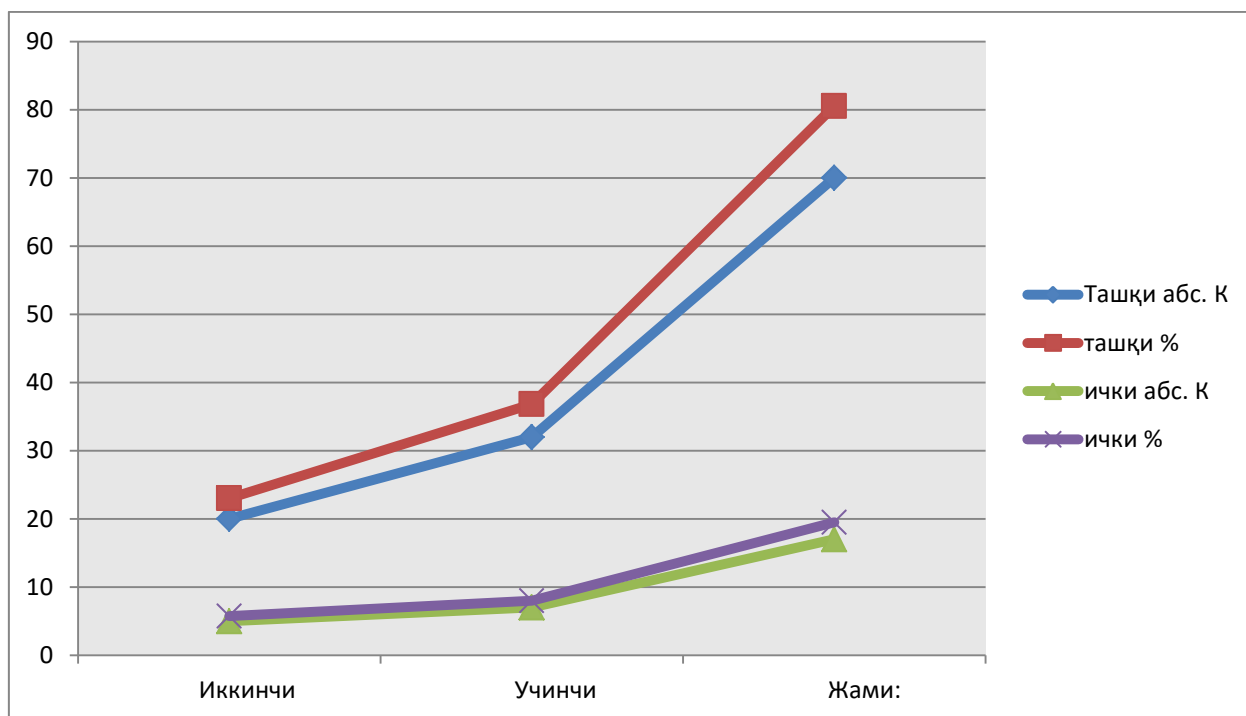
2.2. диаграмма. Сурункали бавосилда яллиғланиш, қон кетиш ва тромбознинг ривожланиш босқичлари



Эслатма: I -босқич-яллиғланиш реакциясиз ташқи ва ички бавосил тромбози; II -босқич тугунларнинг яллиғланиши билан бавосил тромбози; III-босқич-ташқи ва ички тугунлар тромбози, тери ости тўқимасининг яллиғланиши, перианал терининг шишиши, бавосил шиллиқ қаватининг некрози билан . Жадвалдан кўриниб турибдики, ҳомиладорликнинг 2 ва 3 триместерларида бавосил касаллиги мавжуд бўлган беморларнинг сони ушбу тадқиқотимизнинг моҳиятини англатади. Туғруқ жараёни бавосил бўлган аёлларда барча қоидаларга мувофиқ ва ҳеч қандай махсус жароҳатларсиз амалга оширилганда ҳам, туғилиш ҳаракати унинг кучайишига сабаб бўлади . Туғруқ билан боғлиқ бўлмаган бирламчи ўткир бавосилнинг асосий сабаби туғруқ эмас балки, тугунларининг турли даражадаги яллиғланиш бўлиб ҳисобланади. Бундай ҳолда, анал сфинктернинг аниқ спазми фонида содир бўлади.

Таснифга кўра, ташқи ва ички бавосил мавжуд. Ташқи бавосилда орқа чиқарув тешиги атрофидаги тери остида ётадиган ташқи ректал чигал веналари кенгаяди. Натижада бавосил ҳосил бўлиб, тери бурмалари (fringes) шаклида ташқи томондан анал ҳалқасининг қирраси бўйлаб осилиб туради. Ички геморрой ректал чигалнинг варикоз веналари кенгайиши натижасида пайдо бўлиб, у анал тери чизиғидан юқорида тўғри ичакнинг энг пастки қисмидаги шиллиқ парда остида жойлашади. Ички бавосил, агар улар анусдан тушмаса, фақат тўғри ичакни махсус текшириш йўли билан аниқлаш мумкин.

2.3. диаграмма. Ҳомиладорликнинг 2-ва 3-триместрларида беморлар орасида ташқи ва ички бавосилнинг учраши.



2..3диаграмма маълумотларига кўра, асосан ташқи бавосил кузатилади, гарчи адабиётларга кўра, ҳомиладорлик даврида ички бавосил тез-тез содир бўлиши кераклиги ҳақида маълумот берилган бўлсада.

Бавосил белгилари касалликнинг оғирлигига, турига ва давомийлигига боғлиқ бўлиши мумкин. 2.4-жадвалда ўткир ёки сурункали бавосилда кузатиладиган асосий клиник белгилар кўрсатилган.

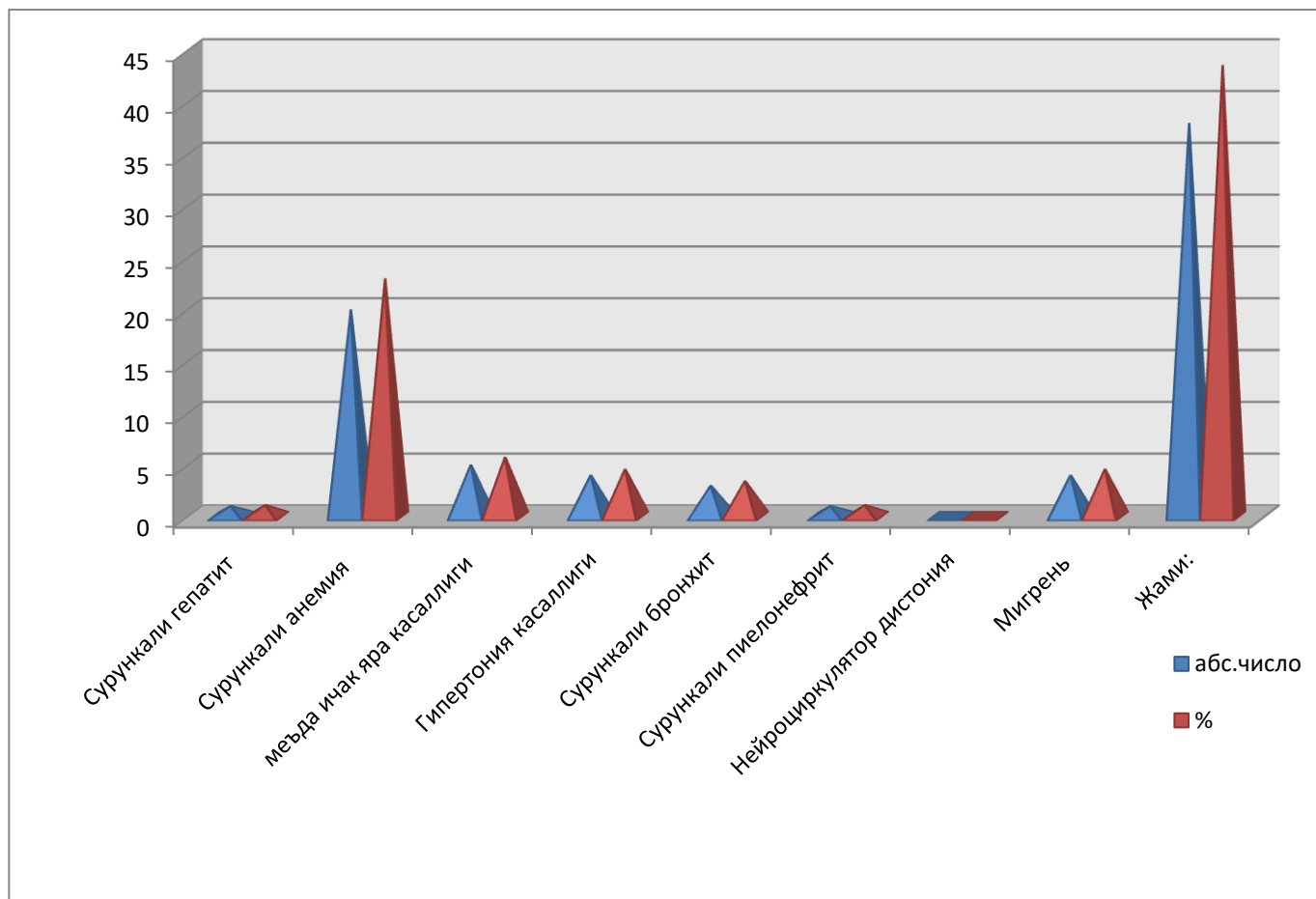
2.1жадвал. Ўткир ва сурункали бавосилда кузатиладиган асосий клиник белгилар.

№	Клиник симптомлар	2-триместр		3-триместр	
		Абс.к	%	Абс.к	%
1	Қон кетиш	17	19.5	23	26.4
2	Бавосил тугунларнинг тушиши	15	17.2	17	19.5
3	Орқа чиқарув соҳасида оғриқ ва нохушлик сезгиси	18	20.7	22	25,2
4	Қабзият	20	23	25	28,7
5	Бирга учрайдиган маҳаллий касалликлар:	7	8	14	16,1
	Анусдан шиллиқ ва йирингли ажралма	1	12,5	1	1,1
6	Бавосил тугунларнинг катталашиши	15	17,2	25	28,7

Маълумки, бавосилнинг кечиши давомида маълум бир клиник кетма-кетлик кузатилмайди, у беморларнинг барча тоифаларида ҳар хил бўлиши мумкин, бу унинг сабабларининг кўп эканлиги билан боғлиқдир. 2.4-жадвал маълумотларига кўра, касалликнинг биринчи клиник кўриниши қон кетиши ва анусда нохуш сезгилар бўлиб, улар қичишиш ва ачишиш билан қўшилиб кетади. Асосий касалликдан ташқари, беморларнинг 38(43,6%)да сурункали бронхит, гипертония, сурункали гепатит, сурункали анемия, ошқозон яраси

ва ўн икки бармоқли ичак яраси ва сурункали пиэлонефрит каби умумий касалликлар мавжуд (2.5-жадвал).

2.4-диаграмма. Ҳомиладорликнинг турли даврларида ва бавосил касаллиги бўлган беморларда биргаликдаги касалликлар



Бундан ташқари, ҳомиладорликнинг 2-триместрларида 2 (2,3%) ва 6 (6,9 %) беморларда гидронефроз бўлиб, уларнинг ҳаёт сифатига сезиларли таъсир кўрсатди.

2.2. Ҳомиладорликнинг турли босқичларида бавосилга учраган ҳомиладор аёлларни тадқиқ қилиш усуллари.

Касалликни аниқлаш бўйича диагностик тадбирлар шикоятларни, ҳозирги касаллик анамнезини ва беморнинг ҳаётини, объектив текширишни ва status rectalisни, шунингдек периферик ва марказий гемодинамика кўрсаткичларини, клиник ва биокимёвий тадқиқотлар ва бошқаларни аниқлашдан бошланди.

2.2.1. Лаборатор текширув усуллари.

Лаборатория текширувларилари жарроҳликдан олдин ташхис қўйиш учун қўшимча маълумот олиш имконини беради. Барча ўрганилган беморларда бажарилган периферик қонни ўрганиш натижаларини баҳолашда еритроцитлар, гемоглобин, лейкоцитлар, еозинофиллар, еритроцитлар чўкиш тезлиги сонига еътибор қаратилди ва билирубин, АЛТ, АСТ, умумий оқсил ва оқсил фраксияларини ҳисобга олинди. Клиник ва лаборатория текширувида аниқланган ўзгаришлар ташхисни қўйишда етакчи бўлмасда, аммо улар барча ҳомиладор аёлларда амалга оширилди. Қуйидаги диагностик мосламалар ёрдамида лаборатория текширувлари ўтказилди:

а) азот алмашинуви: г / л даги умумий оқсил ФП-901 биохимик анализатори бўйича биуретик усул билан аниқланди (Финляндия); оқсил фраксиялари (albumin ва глобулинлар) фоиз сифатида агароз плёнкаларда электрофоретик ажратишнинг ягона усули билан аниқланди.

б) қон ферменти спектри қуйидаги ҳажмда аниқланди: АЛТ ва АСТ (ИУ/л) - ФП-901 анализатори (Финляндия), холинестераза (ИУ/л) бўйича оптималлаштирилган оптик тест ёрдамида ягона усуллар билан бир хил биокимёвий анализатор бўйича ягона ферментатив-кинетик усул билан.

2.2.2. Тадқиқотнинг инструментал текширув усуллари

Ҳомиладор аёлларда бавосил ташхисини қўйиш ва клиник ва лаборатория маълумотлари билан бирга етарли даволаш усулини танлашда асосий ролни Тренделенбург ҳолатида визуал текшириш ва инструментал усуллар (ултратовуш, колоноскопия, ректороманоскопия) ўйнайди. Ҳомиладорлик муддатини, ҳомила ҳолатини аниқлаш учун, шунингдек сурункали гепатит, портал гипертензия белгилари, ёндош ёки асосий касалликларни аниқлаш учун ёки истисно қилиш мақсадида барча беморларда қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал аъзолари ультратовуш текшириш амалга оширилди, булар тугунлар кенгайиши ва улардан қон кетиш сабаблари бўлиши мумкин. Тадқиқотлар операциядан олдинги ва операциядан кейинги даврларда ҳам олиб борилди. Тадқиқот Vivid-1400

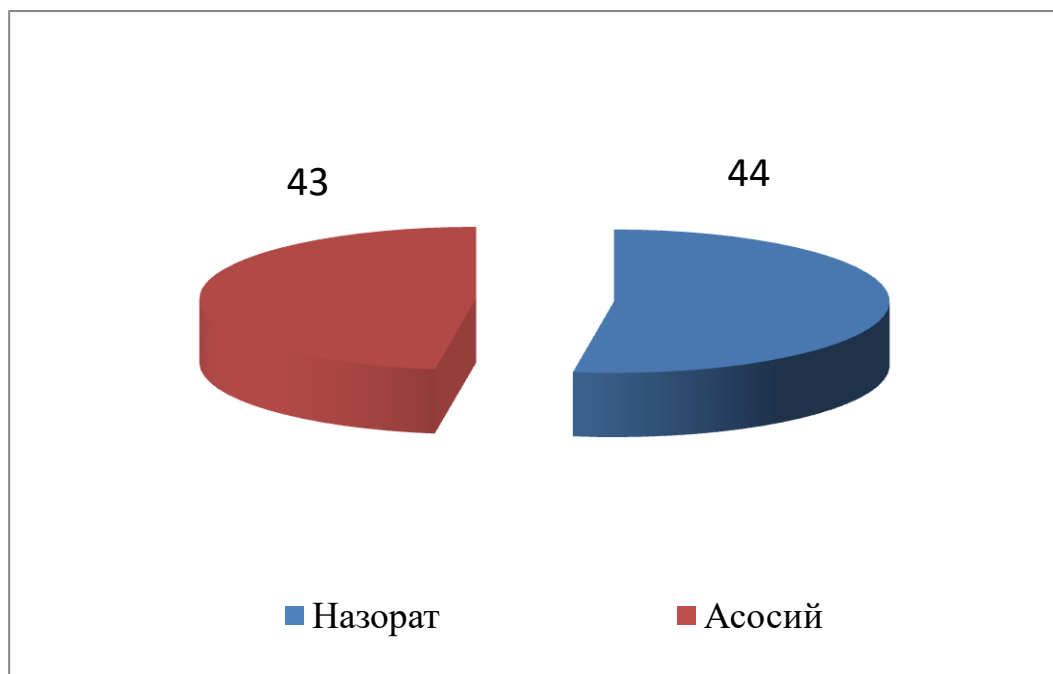
тизими (АҚШ) ва Соносапе-8000 (Корея) қурилмалари томонидан амалга оширилди, бу еса реал вақтда ишлайдиган тасвирнинг частотаси билан юқори аниқлигини таъминлайди 3,5 - 5 - 7 MHz.uz

Бавосил белгилари характерли ва характерли бўлмаган барча беморларда Тренделенбург ҳолатида палпация ва бармоқни билан текшириш усули ёрдамида визуал текширув ўтказилди. Юқоридаги усуллар кўп ҳолларда аниқ диагнозни беради ва қўшимча инструментал текширув ўтказишнинг ҳожати йўқ, аммо тўғри ичак ва йўғон ичакнинг чуқур патологияларини истисно қилиш учун инструментал ва диагностик текширувлар зарурдир. Колоноскопия 49(56,3%) беморларда нафақат бавосил мавжудлиги ёки қон кетиши каби бавосилнинг асоратларини аниқлаш учун, балки тўғри ичакнинг пастки қисмидаги бошқа касалликлар мавжудлигини аниқлаш мақсадида амалга оширилади. Тадқиқот "Olimpus" қурилмаси ёрдамида олиб борилди. 28(32%) беморларда органик патологияни истисно қилиш мақсадида, юқори даражадаги маълумотларни берувчи текширув усули ректороманоскопия амалга оширилди.

Бавосил билан оғриган беморларнинг асосий контингенти 2-ва 3-триместрлардаги беморлар бўлиб, шунинг учун 1-триместрдаги ҳомиладор аёллар текширув гуруҳимизга киритилмади. Клиник текширув ўтказишимиз учун, биз бавосилга асосий сабаб бўлган қон кетиши, яллиғланиш билан шикоят қилувчи беморларни танлаб олдик, бизнинг мақсадиз ҳомиладор аёлларда бавосил касаллигини профилактика қилиш ва даволаш чоратadbирларини ўтказишдир. Ректороманоскопия вақтида 28 (32 %) бемор текширилди, шундан тугунда кенгайиш соат стрелкаси бўйича 7 да 12та (13,8 %), соат 3 да 5та (5,75 %), 11 да эса 6та (6,9 %) да аниқланди. Колоноскопия ва ректороманоскопия усуллари нафақат патологик ўзгаришни, балки патологик ўчоқдаги ўзгаришларнинг табиатини ҳам аниқлаштиришга, шунингдек, тўғри ичак ва йўғон ичакнинг бошқа касалликлари билан дифференциал диагностика ўтказишга ёрдам берди.

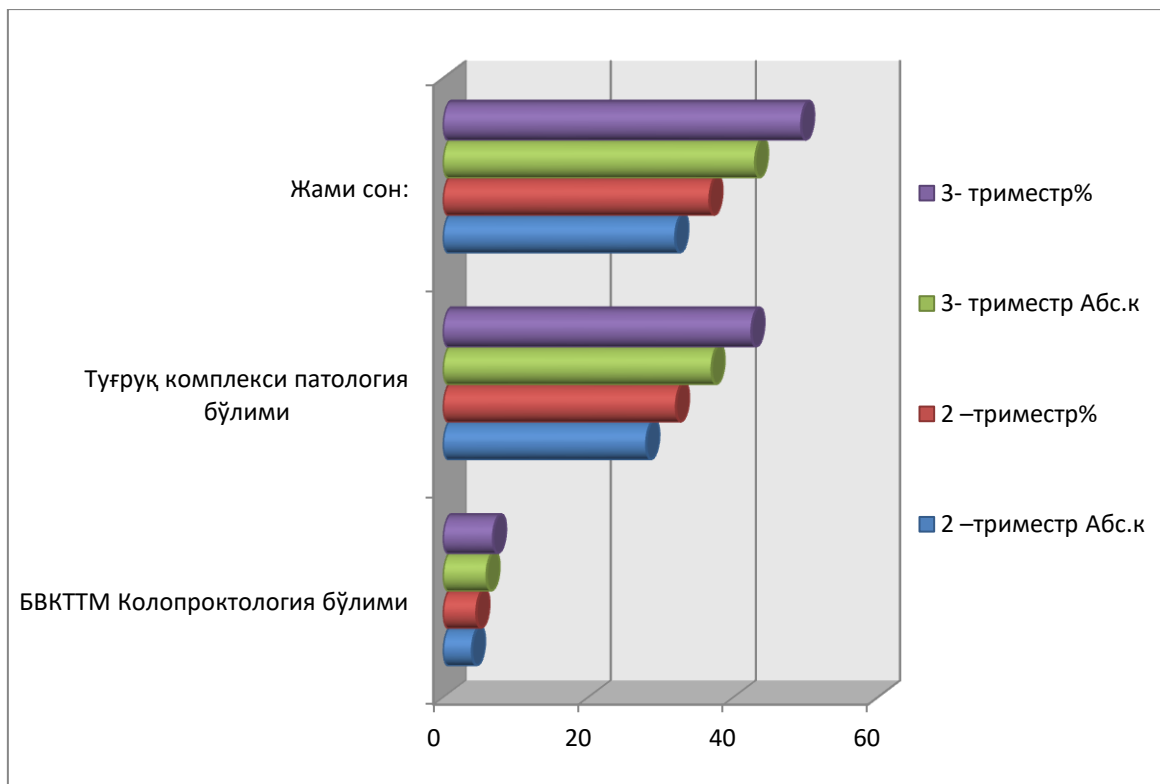
2.3. Ҳомиладорлик даврида бавосил касаллигини олдини олиш ва даволаш усулларининг хусусиятлари

2.6-диаграмма. Беморларнинг асосий ва назорат гуруҳларда тақсимланиши



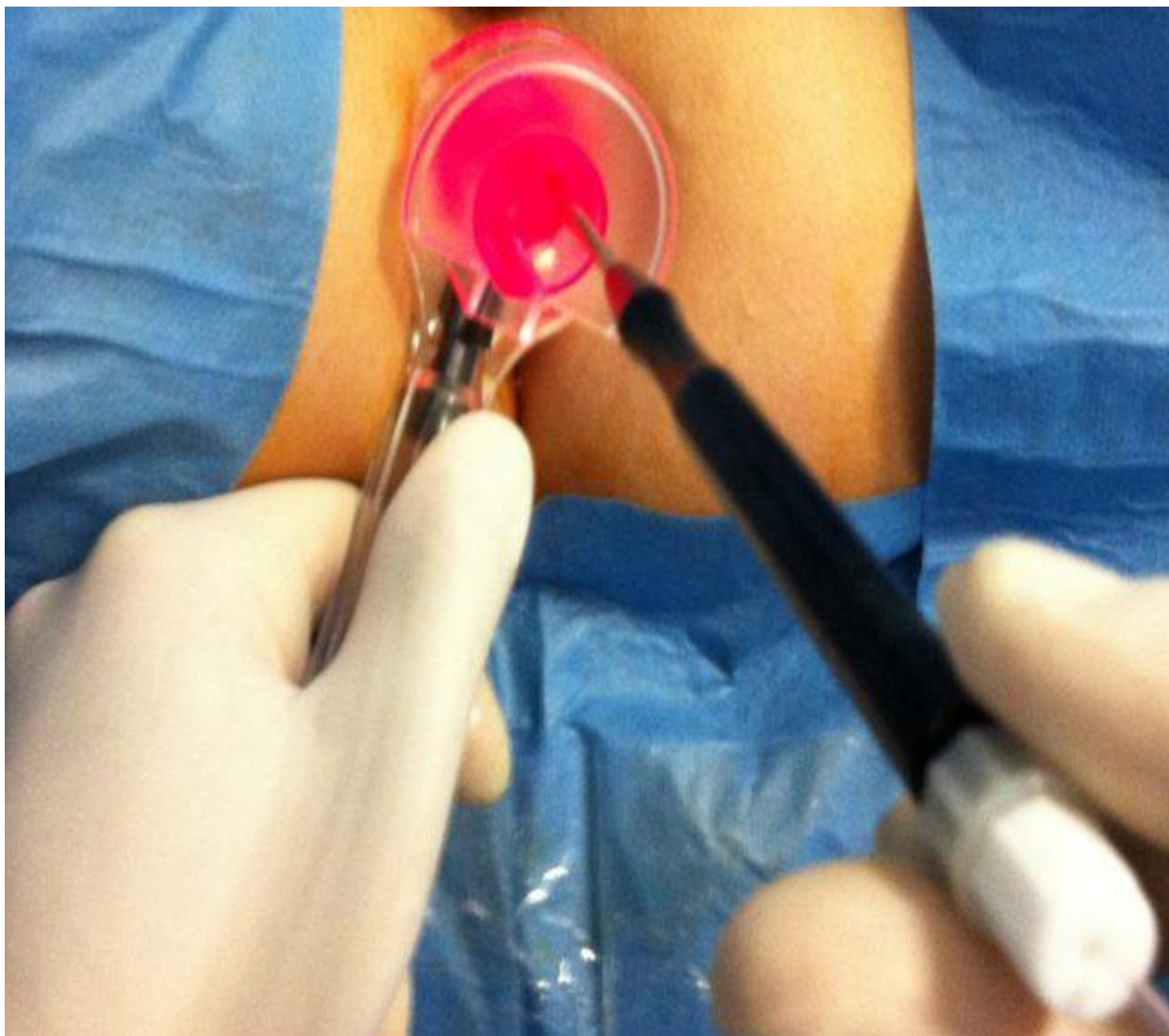
Биз текширган барча беморлар олиб борилган даволаш ва олдини олиш тадбирларига қараб 2 гуруҳга бўлинди: назорат ва асосий (2.5-диаграмма.) Беморларни танлаш патологик тугунларнинг табиати, уларнинг асоратлари ва ҳомиладорлик давомийлигидан қатъи назар, рандомизациялашган гуруҳларда амалга оширилди. Барча беморларнинг 12 (13.8 %) БВКТТМнинг колопроктология бўлиmidан ва 75 (86.2 %) бемор Бухоро вилоят туғруқ комплексининг патология бўлиmidан олинди. Ҳомиладорлик даврига қараб беморлар қуйидагича тақсимланди: 2-триместрда-39 (44,8%), 3-триместрда 48 (55,2 %) бемордан иборатдир.

2.7-Диаграмма. Бавосил билан оғриган беморларни шифохона ва ҳомиладорлик даври бўйича тақсимланиши

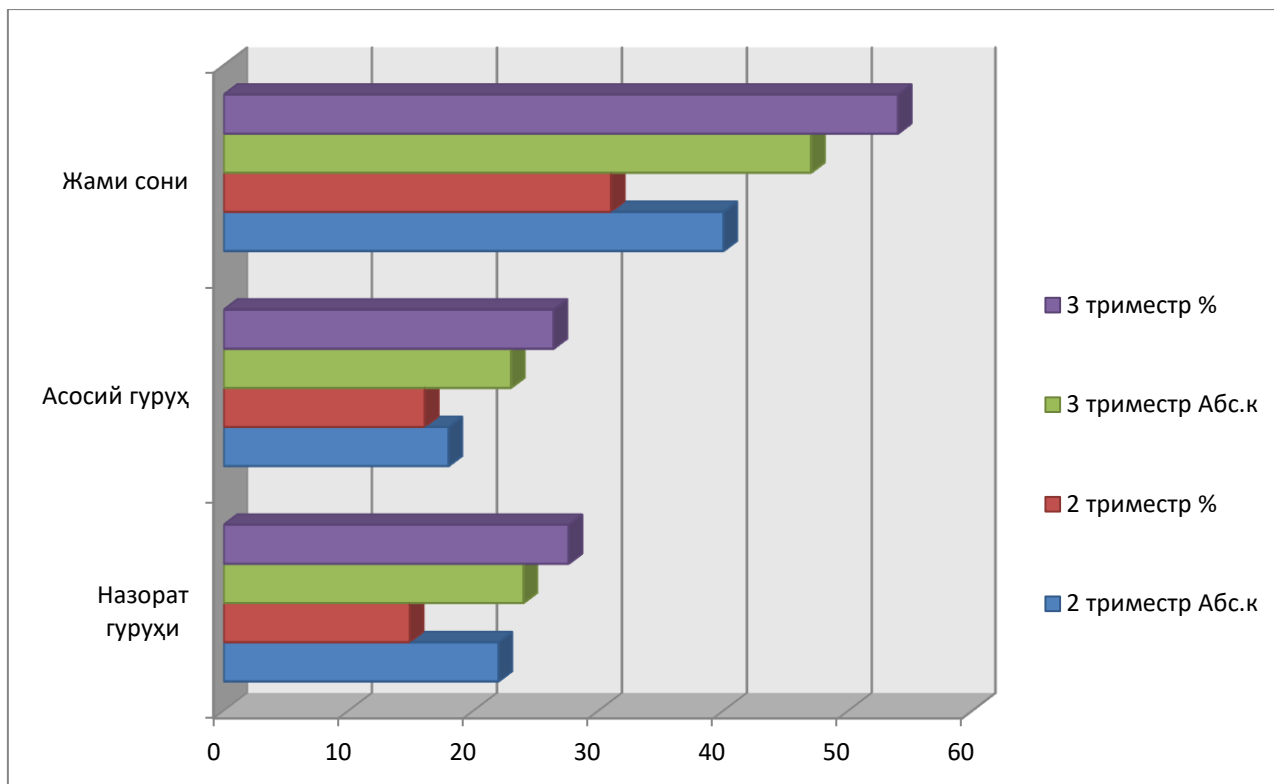


Бавосилга чалинган 2-3-триместрдаги ҳомиладор аёлларнинг асосий қисми адабиёт манбаларда берилган кўплаб сабабларга кўра ҳомиладорлар патологияси бўлимида даволанишяпти, ихтисослашган бўлимда эса уларнинг сони кам бўлиб бу беморлар мутахассисга мурожаат қилишмайди ёки кеч мурожаат қилишади, адабиёт маълумотлари ҳам шуни кўрсатадики бу касаллик кўплаб сабабларга кўра тан олинмайди ёки даво қилинмасдан қолади. Назорат гуруҳида – бавосил қўзиганда проктозан шамлари ва маҳаллий маз ёрдамида анъанавий даволанган, геморройэктомия жарроҳлик амалиёти бажарилган 44та (50.6%) беморлардан иборат. Асосий гуруҳда – венадиол таблеткаларидан (World medicine) фойдаланган беморлар ва лазер аппарати (BTL-4000 SMART/PREMIUM) ёрдамида бавосил тугунларда лазер нурланиш олган 43 (49.4%) беморлар ташкил қилади. 2.1-расм

2.1. расм. Бавосилга чалинган ҳомиладор аёлларда Лазертерапия жараёни



2.8. диаграмма. Беморларнинг асосий ва назорат гуруҳларда триместрлар бўйича тақсимланиши



Бавосил қўзиганда, беморларга, Программа – L-0503, дозаси- 3дж/см², куввати: зонд орқали, нурланиш майдони: 1 см², частотаси: 10 Гц, сеанс- 2 кунда бир марта, машғулотлар сони 5-10кун, таъсири – яллиғланишга қарши ва аналгетик лазертерапия амалга оширилди. Бутун даволаниш жараёнида венодиол 7 кун давомида кунига 2 marta 1 таблеткадан буюрилди. Кейинчалик, беморлар 1йилдан 3 йилгача назоратда бўладилар. Бу даврда беморларни визуал текшириш, инструментал ва лаборатория ишларини ўз ичига олган текширишлар ўтказилди.

Узоқ муддатли даврда ҳаёт сифати Спилберг Ханин сўровномаси ёрдамида баҳоланди. Узоқ муддатли даврда амалга оширилган профилактик ва шифобахш чора-тадбирларнинг самарадорлиги ҳам 4 балли тизим ёрдамида биз таклиф этган усул бўйича баҳоланди. "Аъло" - бавосил белгилари ва тугунлар мавжуд эмас ва ишлаш қобилияти сақланган. "Яхши" - даволанишни талаб қилмайдиган, иш қобилиятини йўқотган эмас, бавосил белгилари (шиш, газнинг қийинчилик билан чиқарилиши, орқа

чиқарув тешигида ноқулайликлар) энгил кўринишда. "Қониқарли" - дори-дармон ва режимни талаб қиладиган бавосилнинг доимий белгилари бор, бунда парҳезга қатъий риоя қилиш буюрилади ва иш қобилятини йўқотган. "Қониқарсиз" -бавосил клиникасида асоратлар, тез-тез қон кетиши, орқа чиқариш тешигида спастик оғриқ, иш лаёқатига эга эмас.

2.4. Бавосил операциясидан кейинги асоратлар хусусиятлари

Бавосил клиник белгилари билан 87 та ҳомиладор аёллар текширилди. Барча беморлар касалликнинг босқичига қараб уч гуруҳга бўлинди. 1- гуруҳ симптомсиз бавосилга чалинган ҳомиладор аёллардан иборат. Уларга куйидаги профилактик чора-тадбирлар олиб борилди: аччиқ овқатларни чеклаш ва етарли даражада диета, ўсимлик толаси миқдори кўп бўлган овқатлар истеъмол қилиш, даволовчи машқлар, тоза ҳавода юриш ва дефекациядан кейин анус атрофини ювиш. 2-гуруҳ қон кетиши, анал атрофида қичишиш ва дефекация пайтида оғриқ каби шикоятлари бўлган беморлардан иборат.

3- гуруҳга бавосил билан касалланган, хирургик даво олаётган ҳомиладор аёллар кирази. Бунақа бемор аёлларда ички тугунларнинг тушиши ва анамнезида тез-тез бавосил кўзиши, гемороидал қон кетиши, шунингдек ўткир бавосилда зарарланган тугунларнинг некрози кабилар кузатилади. 3-гуруҳ ҳомиладор аёллар учун проктолог билан маслаҳатлашиб, умумий даво усули ишлаб чиқилди.

2.5. Бавосилга чалинган ҳомиладор аёлларда ҳаёт сифатини баҳолаш

Беморларнинг ҳаёт сифати Спилбергер Ханин –State Trait Anxiety Inventory (STAI) сўровномасининг таржима қилинган варианты орқали ўрганилди.

STAI - умумий сўровнома ҳисобланиб, турли нозология учун универциал аҳамиятга эга. Ушбу сўровнома маълумотлари текширилувчининг эмоционал, психологик ва стресс ҳамда ваҳимага берилиш ҳолатини баҳолашга имкон берадиган икки асосий таркибий

қисмдан иборат : вазиятга нисбатан ваҳима даражаси(айни пайтдаги) ва хусусий ваҳима даражаси (умуман олганда)баҳоланади. (М. Kitikorn, 2003).

Спилбергер ханин шкаласи бўйича вазиятга нисбатан ва хусусий ваҳиманинг ҳар бирида 20 тадан (№ 1-20 хусусий ваҳима **ХВ**, № 21-40 вазиятга нисбатан ваҳима **ВВ**) саволи мавжуд, жавоблар эса балл системасида баҳоланади. Олинган натижалар 20дан 80 баллгача бўлган диапазонда текширилади.

30 балл гача – паст;

31 — 44 балл — ўрта;

45 ва каттароқ — юқори;

Жуда юқори ваҳима (> 46) неврологик конфликт, ҳиссий бузулишлар ҳавотир, психосоматик касалликлар мавжудлиги. Қуйи даражали ваҳимада (<12), аксинча, у депрессив, ҳаракатсиз, мотивация даражаси паст бўлган каби хусусиятларни англатади. Муайян даражадаги ваҳима табиий ва мажбурий ҳолатдаги фаол шахснинг хусусиятидир. Ҳар бир инсоннинг ўз оптимал, ёки хоҳиший ваҳима даражаси - бу инсон учун фойдали ҳисобланади.

Операциядан олдинги ва операциядан 1ва 3 ойдан кейинги даврда беморнинг ўзи мустақил ёки даволовчи врач томонидан шахсан мулоқат қилиб ёки телефон орқали (интервью) сўровномани тўлдириш йўли билан ҳаёт сифати тадқиқ қилинди.

Беморларда юқорида кўрсатилган кўрсаткичлар яъни вазиятга нисбатан ваҳима даражаси ва хусусий ваҳима даражаси баҳоланди. Тадқиқот давомида операциядан олдинги даврда асосий гуруҳдаги 43 нафар ва назорат гуруҳидаги 44 нафар; муолажадан кейин 1, 3 ой ўтгач мос равишда 43 ва 44 нафар беморда сўровнома ўтказилди.

2.6. Олинган натижаларни статистик ишлов бериш усуллари

Маълумотларни рўйхатга олиш, қайта ишлаш ва таҳлил қилишда ахборот технологияларидан кенг фойдаланилди. Жумладан:

□ Microsoft Excel 2010

□ Microsoft Word 2010

Барча кўрсаткичлар ва олинган натижалар ўзаро ва гуруҳлараро статистик ишловдан ўтказилди ва ишончлилиги тасдиқланди.

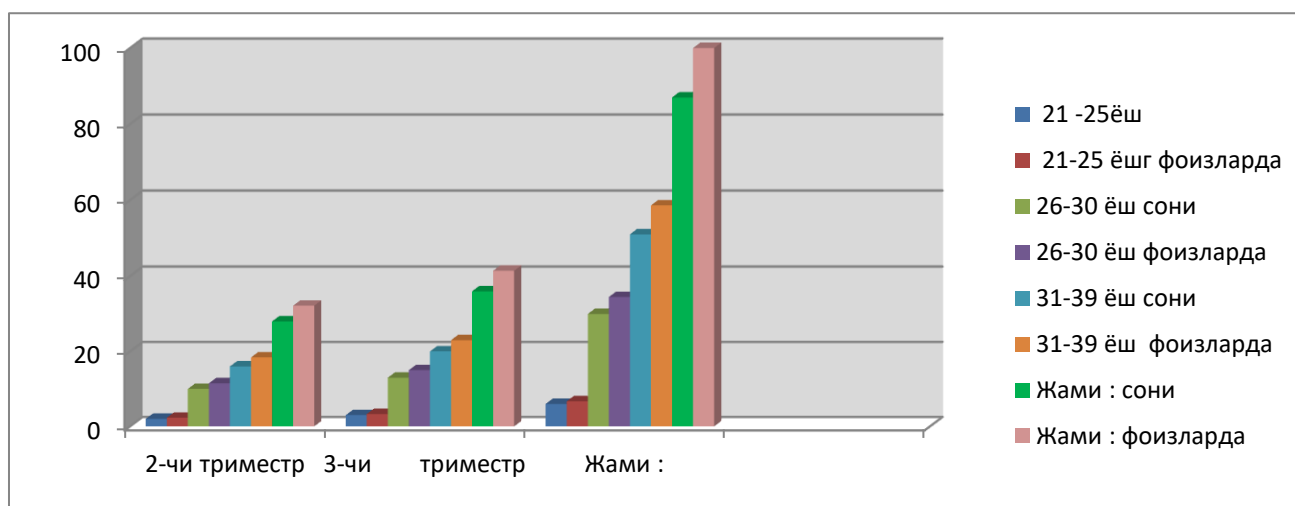
III БОБ. ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ ВА УЛАРНИ БАҲОЛАШ

3.1. Ҳомиладорлик даврида бавосил билан касалланган беморларни даволаш ва олдини олиш натижаларни баҳолаш

Адабиётларда юқорида айтиб ўтилганидек, биз ҳомиладор аёлларда бавосилнинг ривожланишига бир неча бор эътибор қаратдик, бу келажақда жиддий оқибатларга олиб келиши мумкин, шунингдек қон кетиш, оғриқ, яллиғланиш ҳодисалари, тромбоз белгилари каби доимий бавосил ва унинг асоратларини келтириб ўтиш мумкин. Туғиш ёшидаги аёлларда ҳомиладорликнинг турли даврларида бу асоратларнинг ривожланиши уларнинг ҳаёт сифатига сезиларли таъсир қилади ва кўпинча беморнинг ҳаёти давомида уларга ҳамроҳ бўлиши мумкин. Шунинг учун бизнинг мақсадимиз ушбу патологиянинг олдини олиш ва даволаш усуллари ўзгартириш орқали ҳомиладор аёлларда бавосил асоратларининг натижасини яхшилашдир. Беморларнинг ёши ўртача 21 ± 2.3 дан 39 ± 2.3 ни ташкил қилди. Беморларнинг ёшга қараб тақсимланиши Варшавадаги махсус симпозиум (1992) да қабул қилинган тасниф ва Жаҳон Соғлиқни сақлаш Ташкилотининг минтақавий ваколатхонаси (1993) семинарига асосан амалга оширилди.

3.1-диаграмма Ўрганилаётган беморларнинг жинси ва ёши бўйича

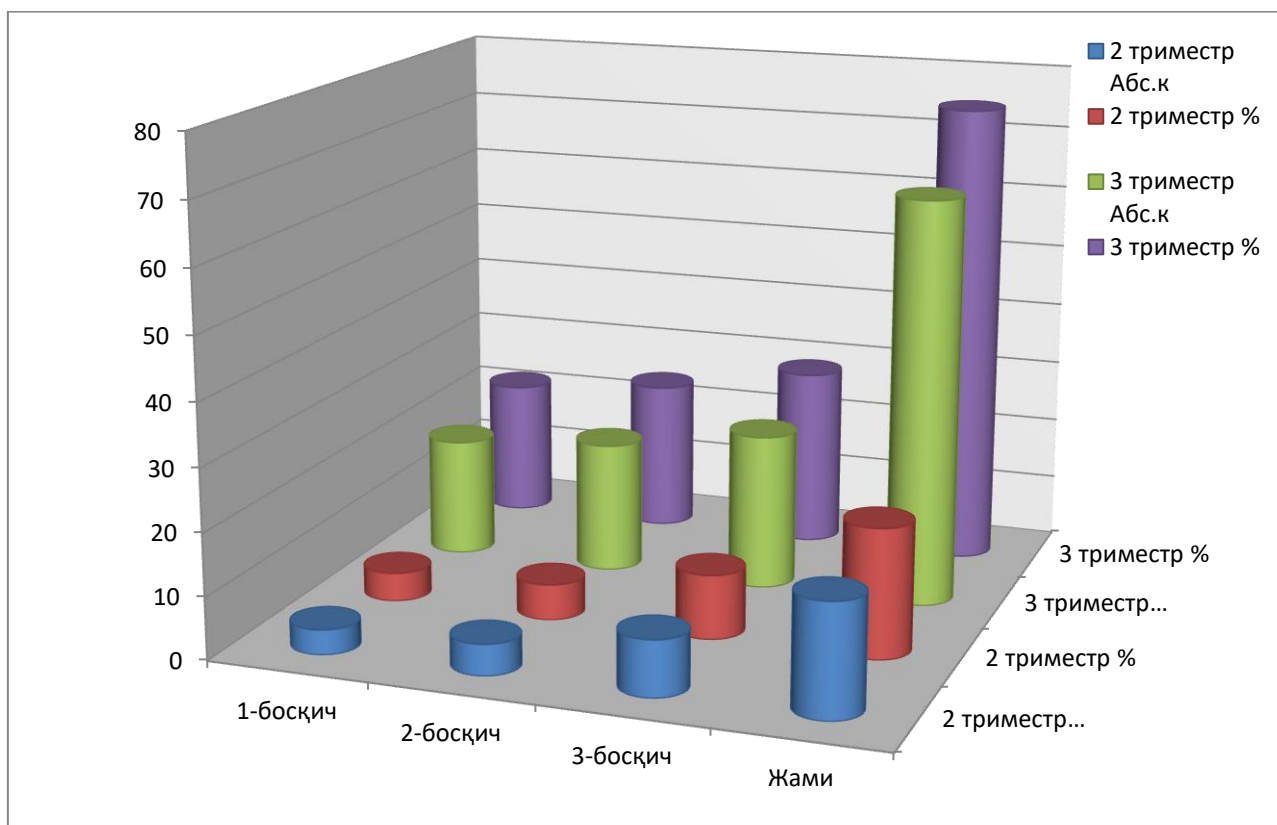
тақсимланиши



3.1-диаграмма бўйича, ўрганилган беморлар орасида асосий ёш оралиғи 21дан 39 ёшгача (ўртача ёши 21 ± 2.3 - 39 ± 2.3 ёш) ва бавосил билан касалланиш асосан ҳомиладорликнинг 2-ва 3-триместрларида кузатилган.

Адабиёт маълумотларига кўра, бу статистик кўрсаткич ҳомиладорлик билан барча беморларнинг тахминан 55-57% га тўғри келади. Бундан ташқари, ўрганиш таҳлиллари шуни кўрсатдики касалланиш асосий контингенти бўлиб келажакда яна ҳомиладор бўлишни хоҳловчи, иш лаёқатига эга бўлган, энг соғлом ёшдаги аёллардир. Ҳомиладорлик даврида бавосилнинг асоратланган шакллари ҳам учради. (3.2-диаграмма).

3.2-диаграмма. Сурункали бавосилда қон кетиш, тромбоз ва яллиғланишнинг ривожланиш босқичлари



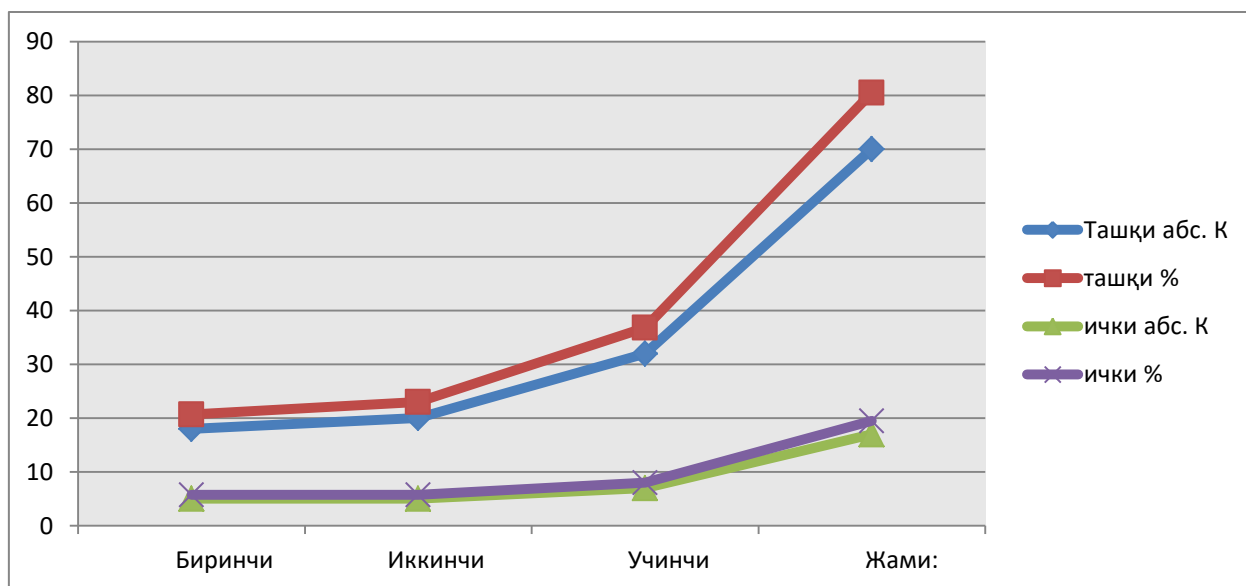
Еслатма: I -босқич-яллиғланиш реакциясиз ташқи ва ички бавосил тромбози; II -босқич тугунларнинг яллиғланиши билан бавосил тромбози; III-босқич-ташқи ва ички тугунлар тромбози, тери ости тўқимасининг яллиғланиши, перианал терининг шишиши, бавосил шиллиқ қаватининг некрози билан .

Диаграммадан кўриниб турибдики, ҳомиладорликнинг 2 ва 3 триместрларида бавосил касаллиги мавжуд бўлган беморларнинг сони ушбу тадқиқотимизнинг моҳиятини англатади. Туғруқ жараёни бавосил бўлган аёлларда барча қоидаларга мувофиқ ва ҳеч қандай махсус жароҳатларсиз

амалга оширилганда ҳам, туғилиш ҳаракати унинг кучайишига сабаб бўлади . Туғруқ билан боғлиқ бўлмаган бирламчи ўткир бавосилнинг асосий сабаби туғруқ эмас балки, тугунларининг турли даражадаги яллиғланиши бўлиб ҳисобланади. Бундай ҳолда,анал сфинктерининг аниқ спазми фонида содир бўлади.

Таснифга кўра, ташқи ва ички бавосил мавжуд. Ташқи бавосилда орқа чиқарув тешиги атрофидаги тери остида ётадиган ташқи ректал чигал веналари кенгаяди. Натижада бавосил ҳосил бўлиб, тери бурмалари (fringes) шаклида ташқи томондан анал ҳалқасининг қирраси бўйлаб осилиб туради. Ички геморрой ректал чигалнинг варикоз веналари кенгайиши натижасида пайдо бўлиб, у анал-тери чизиғидан юқорида тўғри ичакнинг энг пастки қисмидаги шиллиқ парда остида жойлашади. Ички бавосил, агар улар анусдан тушмаса, фақат тўғри ичакни махсус текшириш йўли билан аниқлаш мумкин (3.3-диаграмма).

3.3-диаграмма. Ҳомиладорликнинг 2-ва 3-триместрларида беморлар орасида ташқи ва ички бавосилнинг учраши



3.3-диаграмма маълумотларига кўра, гарчи адабиётларда, ҳомиладорлик даврида ички бавосил тез-тез содир бўлиши кераклиги ҳақида маълумот берилган бўлсада, асосан ташқи бавосил кузатилади. Бавосил белгилари касалликнинг оғирлигига, касалликнинг турига ва унинг давомийлигига

боғлиқ бўлиши мумкин. 3.1-жадвалда ўткир ва сурункали бавосилда кузатиладиган асосий клиник белгилар кўрсатилган.

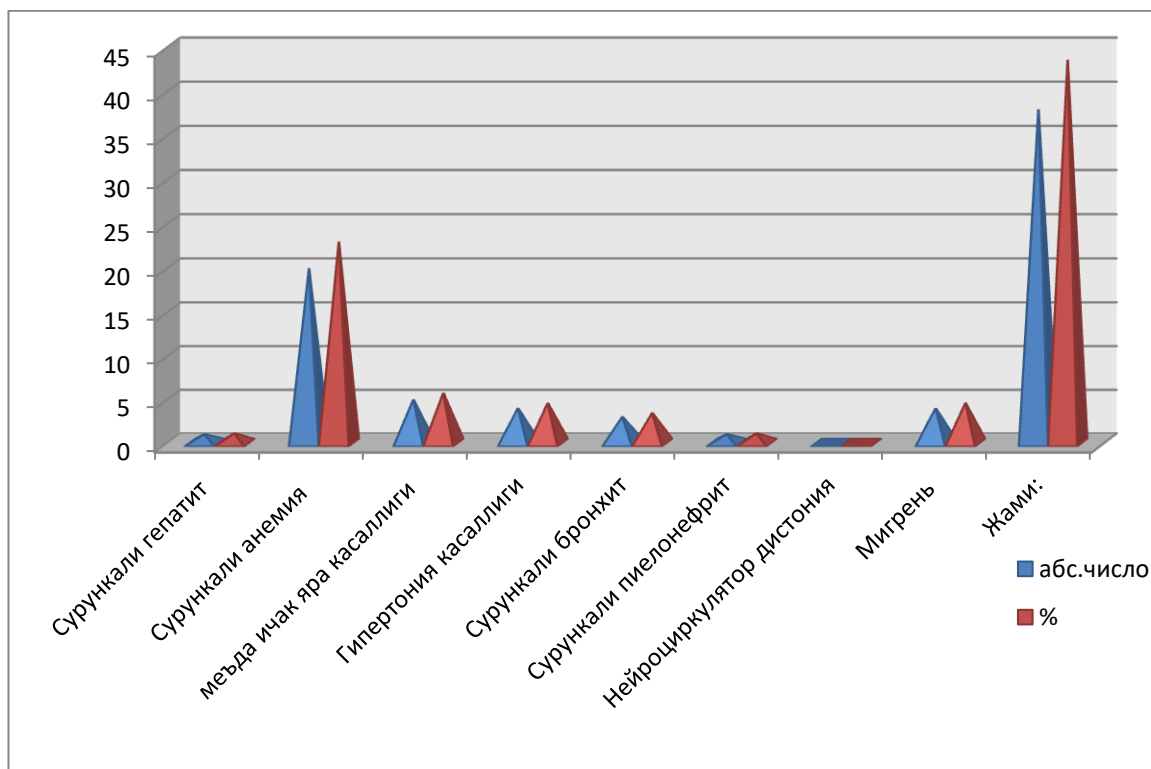
3.1-жадвал. Ўткир ва сурункали бавосилда кузатиладиган асосий клиник белгилар

№	Клиник симптомлар	2-триместр		3-триместр	
		Абс.к	%	Абс.к	%
1	Қон кетиш	17	19.5	23	26.4
2	Бавосил тугунларнинг тушиши	15	17.2	17	19.5
3	Орқа чиқарув соҳасида оғриқ ва нохушлик сезгиси	18	20.7	22	25,2
4	Қабзият	20	23	25	28,7
5	Бирга учрайдиган маҳаллий касалликлар	7	8	14	16,1
7	Анусдан шиллиқ ва йирингли ажралма	1	12,5	1	1,1
8	Бавосил тугунларнинг катталашиши	15	17,2	25	28,7

Маълумки, бавосилнинг кечиши давомида маълум бир клиник кетма-кетлик кузатилмайди, бу касаллик беморларнинг барча тоифаларида ҳар хил бўлиши мумкин, бу касалликнинг полиэтиологик эканлиги билан боғлиқдир. 3.1-жадвал маълумотларига кўра, касалликнинг биринчи клиник кўриниши қон кетиши ва анусда нохуш сезгилар бўлиб, улар қичишиш ва ачишиш

билан қўшилиб кетади. Асосий касалликдан ташқари, беморларнинг 3(3%)да сурункали бронхит, гипертония, сурункали гепатит, сурункали анемия, ошқозон яраси ва ўн икки бармоқли ичак яраси, сурункали пиелонефрит каби умумий касалликлар бор еди (3.4-диаграмма).

3.4-диаграмма. Ҳомиладорликнинг турли даврларида ва бавосил мавжуд беморларда ҳамроҳ касалликларнинг учраши.

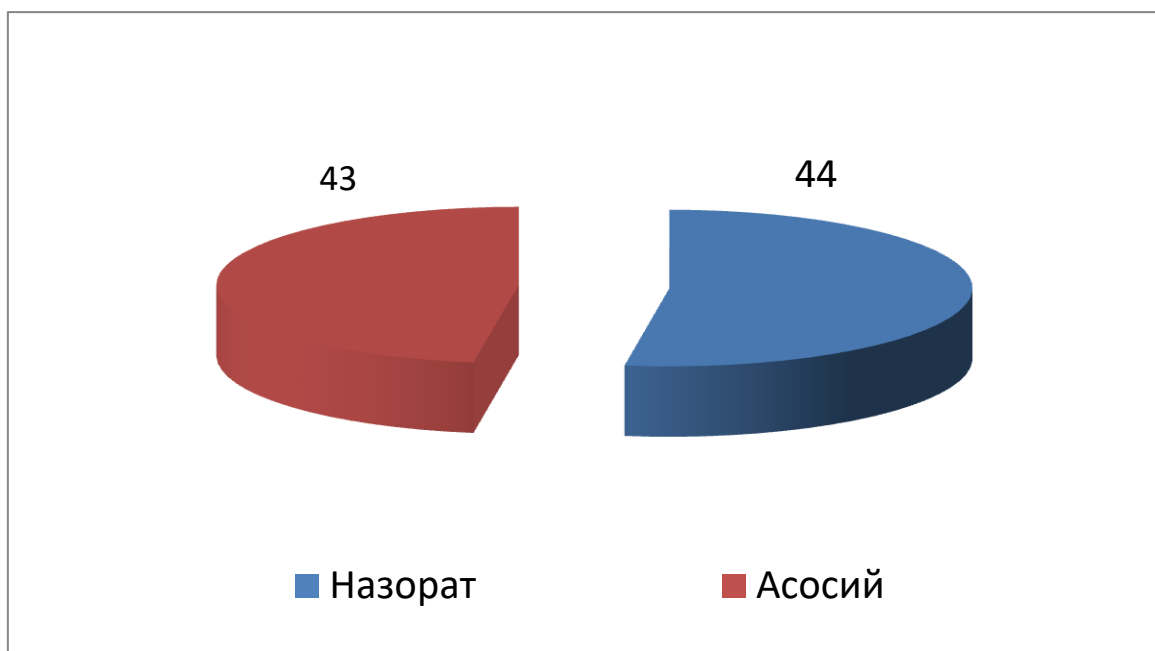


Бундан ташқари, ҳомиладорликнинг 2-триместрларида беморларнинг 2 (2.3 %)да ва 6 (6.9 %) да беморларда гидронефроз бўлиб, уларнинг ҳаёт сифатига сезиларли таъсир кўрсатди.

Ҳомиладор аёлларда бавосил ташхисини қўйиш ва клиник ва лаборатория маълумотлари билан бирга керакли даволаш усулини танлашда асосий Тренделенбург ҳолати ва инструментал усуллар (ултратовуш, колоноскопия, ректороманоскопия) бўлиб ҳисобланди.

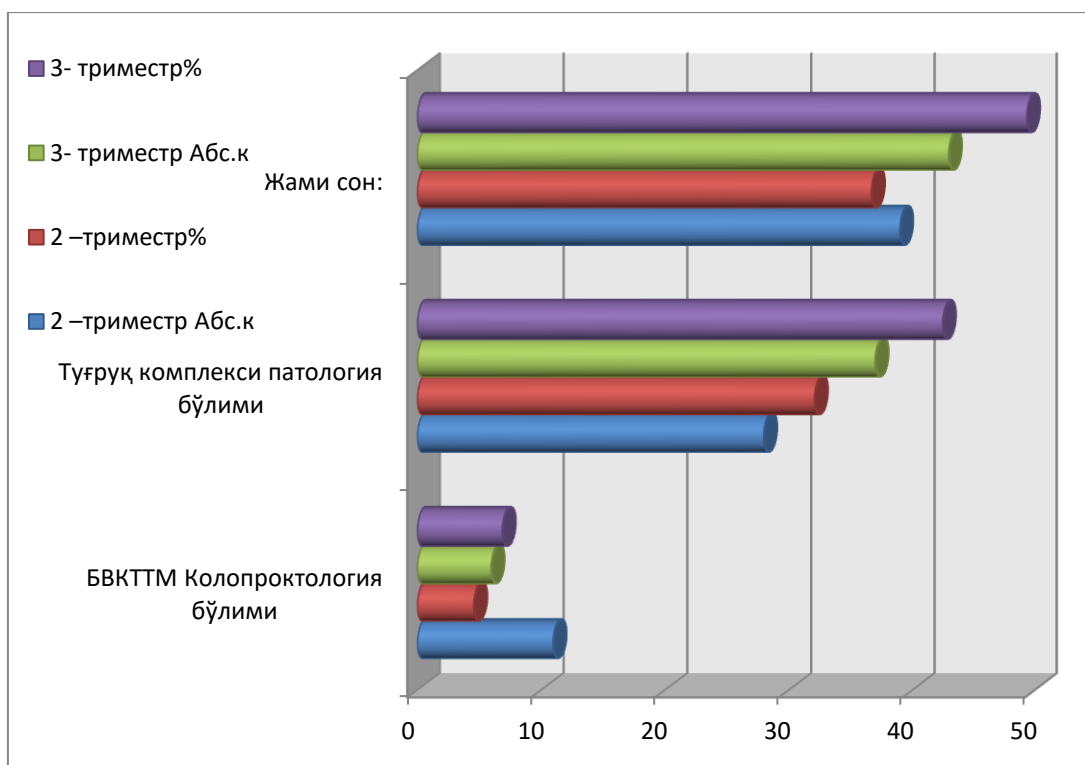
Биз текширган барча беморлар олиб борилган даволаш ва олдини олиш тадбирларига қараб 2 гуруҳга бўлинди: назорат ва асосий .(3.5-диаграмма).

3.5-диаграмма. Умумий олинган беморларнинг асосий ва назорат гуруҳлар бўйича тақсимланиши.



Беморларни танлаш патологик тугунларнинг табиати, уларнинг асоратлари ва ҳомиладорлик давомийлигидан қатъий назар, рандомизациялашган гуруҳларда амалга оширилди. Барча беморларнинг 9 (10.3 %) БВКТТМнинг колопроктология бўлимига ва 78 (89.7 %) бемор Бухоро вилоят туғруқ комплексининг патология бўлимидан олинди. Ҳомиладорлик даврига қараб беморлар қуйидагича тақсимланди: 2-триместрда-39(37%), 3-триместрда 48 (55%) беморлар (3.6-диаграмма).

3.6-диаграмма. Бавосил билан оғриган беморларни шифохона ва ҳомиладорлик даври бўйича тақсимланиши



Бавосилга чалинган 2-3-триместрдаги ҳомиладор аёлларнинг асосий қисми адабиёт манбаларда берилган кўплаб сабабларга кўра ҳомиладорлар патологияси бўлимида даволанишяпти, ихтисослашган бўлимда эса уларнинг сони кам бўлиб бу беморлар мутахассисга мурожаат қилишмайди ёки кеч мурожаат қилишади, адабиёт маълумотлари ҳам шуни кўрсатадики бу касаллик кўплаб сабабларга кўра тан олинмайди ёки даво қилинмасдан қолади. Назорат гуруҳида – бавосил қўзиганда релиф шамлари ва маҳаллий маз ёрдамида анъанавий усулда даволанган, геморройэктомия жарроҳлик амалиёти бажарилган 44(50.6%) беморлардан иборат. Асосий гуруҳда асосан венадиол таблеткаларидан (World medicine) фойдаланган беморлар ва лазер аппарати (BTL-4000 SMART/PREMIUM) ёрдамида бавосил тугунларда лазер нурланиш олган 43(49.4%) беморлардан ташкил топган.

3.1-расм. BTL-4000 SMART/PREMIUM лазер аппарати.



Программа – L-0503, дозаси- 3дж/см², қуввати: зонд орқали, нурланиш майдони: 1 см², частотаси: 10 Гц, тўлдириш коэффиценти (DF): 80 %, Зонд-кизил, қўлланиш вақти – зонд кучига кўра, сеанс- 2 кунда бир марта, машғулотлар сони 5-10кун, таъсири – яллиғланишга қарши ва аналгетик таъсир қилади.

3.2 жадвал.Тадқиқот учун олинган беморларнинг триместрлар бўйича тақсимланиши.

№	Тадқиқот учун олинган беморлар (n=87)	2 триместр		3 триместр	
		Абс.к	%	Абс.к	%
1	Назорат гуруҳи n=44	19	19.7	25	28.7
2	Асосий гуруҳ n=43	20	17.3	23	26.3
3	Жами сони	39	37	48	55

1-мисол Бемор Т., 37 ёшда.К.Т. № 4928/19 К.Т, Факултет ва госпитал хирургия, урология кафедраси клиникаси колопроктология бўлимида 7.11 дан 16.11.2019 гача сурункали бавосил қўзиш даври, қон кетиш асорати ташхиси билан ётиб даволанди. Чап томонда 2-даражали гидронефроз бор. Бемор орқа чиқариш тешиги соҳасидаги нохуш сезгилардан, тортилиш

характердаги ўртача оғриқдан, дефекация вақтида қизил қон борлигидан, чап томонда бел соҳасида оғриқ, умумий ҳолсизликдан шикоят қилади. Анамнезидан: 2-ҳомиладорлик ,1- туғруқ. Биринчи ҳомиладорлик даврида беморда қон кетиш белгилари бўлган бавосил касаллиги бор еди. Буйрак касаллиги кузатилмаган. Объектив текширувда : умумий ҳолати ўрта оғирликда , эс-ҳуши ўзида. Тери ва кўринадиган шиллиқ пардалар оч пушти рангда, тошмалар йўқ. Нафас олиш бурун орқали еркин. Ўпкада аускултацияда везикуляр нафас эшитилади, хириллашлар йўқ. Юрак тонлари аниқ эшитилади. Гемодинамик бузилишлар йўқ. Қон босими 90/60 мм/сим/устда, пулс-88 та 1 минда уради, ритмик. Тили нам, тоза оқ караш билан қопланган. Қорин шакли юмалоқ бўлиб, нафас актида симметрик қатнашади ва палпацияда юмшоқ ва оғриқсиздир. Жигар ва талоқ палпацияда сезилмайди. Ахлат кечикиши кузатилади, дефекацияда янги қон томчилари кузатилади. Диурез мустақил, кам миқдорда ажралади. Поколачивания симптоми чапда заиф ижобий. Локал кўрганда: орқа чиқариш тешиги соҳасидасига қаралганда диаметри 5 мм ва ундан кичик катталиқдаги 2 та ташқи геморроидал бўртиқлар, соат стрелкаси бўйича 7 да гиперемик, қорамтир тусли, фаол қон кетиш белгиларисиз кўринади. Пайпаслаганда ўртача қаттиқликда, оғриқли. УЗИ текширувида : ҳомиладорлик 27-28 ҳафта ривожланыпти, ҳомила юрак уриши ритмик.

ЧСС – 1дақиқада 78та. Чап томонда 2-даражали гидронефроз . Беморга гемостатик дорилар-Дицинон 2.0 х 1кунда 1 марта м/о, Аминокапрон кислота 5% - 100.0 в/и томчиларида қўллаш, каби консерватив даво буюрилди. Чап томонда 2-даражали гидронефроз. Релиф свечаси буюрилди. 200у нурланиш дозаси, 500у тўлқин узунлигидаги лазер нури 5та сеанс буюрилди. Ўтказилган 5 сеанснинг ҳар бири 2-3 минутдан иборат бўлади. Бундан ташқари, Венодиол таблеткаси 1 кунда 1 таб дан 2 марта қабул қилинади, даволовчи машқлар (КЕГЕЛ машқлари) буюрилди, аёлда гидронефроз борлиги учун учун Ношпа 2.0 м/и га буюрилди. Анемияни

даволаш учун темир препаратлари буюрилди. Феррум-лек 5.0 м / о. Диета - (Певснер бўйича) 6-стол буюрилди.

Лазер орқали даволаш даврида ҳеч қандай асоратлар ёки қарши белгилар кузатилмади. Дефекация пайтида қон кетиши 8-куни тўхтади. Беморга яшаш жойидаги жарроҳ ва гинеколог назорати остида бўлиши тушунтирилди. Қониқарли ҳолатда уйга жавоб берилди. Даволанишдан 5 ой ўтгач, беморда бавосилнинг такрорий ривожланиши ва кучайиши кузатилмади. Асосий гуруҳда Лазер ва Венодиол таблеткаси билан даволаш ўтказилган беморларнинг қиёсий хусусиятлари, унинг энг юқори самарадорлигини кўрсатди, фақат бир ҳолатда, 31 ҳафталик ҳомиладорлик билан бавосилга чалинган бир беморда ўткир яллиғланиш ва қон борлиги кузатилди, беморда кўнгил айланиши ва бош айланиши асоратлари бор еди, 7-8 кун комплекс даводан сўнг бу ҳолатлар бартараф этилди.

3.2.расм.Ташқи ва ички бавосил тугунларнинг тушиши ва тромбоз асорати билан



Муолажадан олдин



Муолажадан кейин

2-мисол. Бемор И., 29 ёшда. К.Т. № 6135/19. Диагноз : Ташқи бавосил ўткир яллиғланиш ва қон кетиши асорати билан. Шофиркон туманида истиқомат қилади. 26.08.2019 да БММК колопроктология бўлимига қабул қилинди. Анамнезида: бемор бир неча бор бавосил касаллиги билан даволанган, лекин таъсири қисқа бўлган, касаллик яна ва яна қайталанган. 3- ҳомиладорлик , 3- туғруқ. 5 йил олдин ўз-ўзидан ҳомила тушиш юз берган. Проктозан шам, Релиф малҳам, оғриқ қолдирувчи препаратлар билан даволанган. Бемор шикоятлари ва анамнезини ҳисобга олган ҳолда, биринчи кундан бошлаб беморга комплекс даволаш усуллари олиб борилди ва қуйидагилар тавсия қилинди: таб. Венодиол 500, 1табдан кунига 2 марта, қабул қилинган схема бўйича лазер нурланиши, мойчечакли антисептик ванналар, Кегел бўйича даволовчи машқлар.

Патологик ўчоқ 5-6-куни бартараф этилди, яллиғланиш ва қон кетиш белгилари кузатилмади. Бемор уйга жавоб берилгандан сўнг проктолог томонидан 5 ой давомида назоратда бўлган, илгари кузатилган белгилар аниқланмаган. Назорат гуруҳидаги ҳомиладорлик даврида бавосилга учраган беморлар сони 44 нафарни ташкил этди. Ҳомиладорлик даврида бавосилнинг ўткир ва сурункали шакллари бўлган беморларни даволашда релиф ёки Проктозан шамлари барча ҳолатларда, Дицинон препарати билан гемостатик терапия 2 млдан х 1махал кунига 6-8±3-7 кун давомида ишлатилган. Беморларнинг 29 (33.3%)да Миллиган-Морган усулида геморройэктомия яъни бавосил тугунларни олиб ташлаш жарроҳлик амалиёти бажарилган, аммо бу самарасиз эди. Узоқ муддатли туғруқдан кейинги даврда касалликнинг қайтарилиши ва такрорий ривожланиши 11% ҳолларда кузатилди.

3.3расм. Ташқи ва ички бавосил тромбоз асорати билан.



Муолажадан олдин

Муолажадан кейин

Асосий гуруҳдаги 43та (49.4 %) беморларга , асоратларни даволаш ва олдини олишда комплекс даволаш мақсадида лазер нури (BTL-4000 SMART/PREMIUM) қурилма ёрдамида 200у нурланиш дозаси, 500у тўлқин узунлиги ишлатилди. Комплекс даво таркибида қўшимча равишда Венодиол 500 таблеткалари 1 кунда 1 таб дан 2 марта 7 кун муолажа қилинди. Бундан ташқари, ромашка экстракти билан махсус ванналар ишлатилди. Профилактика мақсадида комплекс даволаш таркибидаги даволовчи машқлар, ижобий натижа берганлиги туфайли асосий даво таркибига киритилди. Барча беморларда динамикада ижобий натижалар, касаллик симптомлари регрессияси кузатилди, фақат 1(1.1%) та беморда (1-ҳомиладорлик 3-триместрда даволанган) анамнезида сурункали гепатит бўлганлиги учун даводан 5 ой ўтгандан кейин қон кетиш белгилари кузатилди. Назорат ёки асосий гуруҳларда летал ҳолатлар кузатилмади.

Ичакнинг мотор - эвакуация функциясини ўрганишда барча гуруҳларда унинг тикланиши турлича содир бўлганлигини аниқладик, уларнинг натижалари 3.9-жадвалда акс еттирилган.

3.3-жадвал.Ичакнинг мотор-евакуация функцияси бузилишларининг динамикаси

Ичак дисфункциясининг бузилишлари	Назорат гуруҳи (n=44)		Асосий гуруҳ (n=43)		P
	абс.к	%	абс.к	%	
Анус атрофида оғриқ	7	20.7	1	8	<0,05
Ноқулайлик ҳисси ва ачишиш белгилари	5	11.7	1	5.7	<0,05
Ич ўтишининг қийинлиги	5	5.7	2	2.3	>0,05

3.9-жадвал маълумотларига кўра, назорат гуруҳи беморларида перисталтиканинг кеч тикланиши енг кўп кузатилади, натижада кеч газ чиқиши, анус соҳасидаги оғриқ билан кечади, бу 18% ни ташкил қилади. Бу, еҳтимол, беморнинг танасига жарроҳлик аралашувининг агрессив таъсири ва рефлексор ичак дисфункцияси билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Юқоридаги маълумотларга асосланиб, биз ҳомиладорлик даврида бавосилга учраган беморларда ҳаёт сифатини **Сплинберг Ханин** сўровномаси бўйича ўргандик. Сўровноманинг 2та шкаласи бўлиб, 40та саволдан иборат. Биринчи шкалада вазиятга нисбатан беморда ваҳима даражаси аниқланилади, иккинчи шкалада хусусий ваҳима даражаси ўрганилади. (3.10-жадвал).

3.7 диаграмма. Муолажадан олдинги даврдаги ҳомиладорлик даврида бавосилга чалинган беморларнинг Сплинберг Ханин бўйича сўровнома натижалари

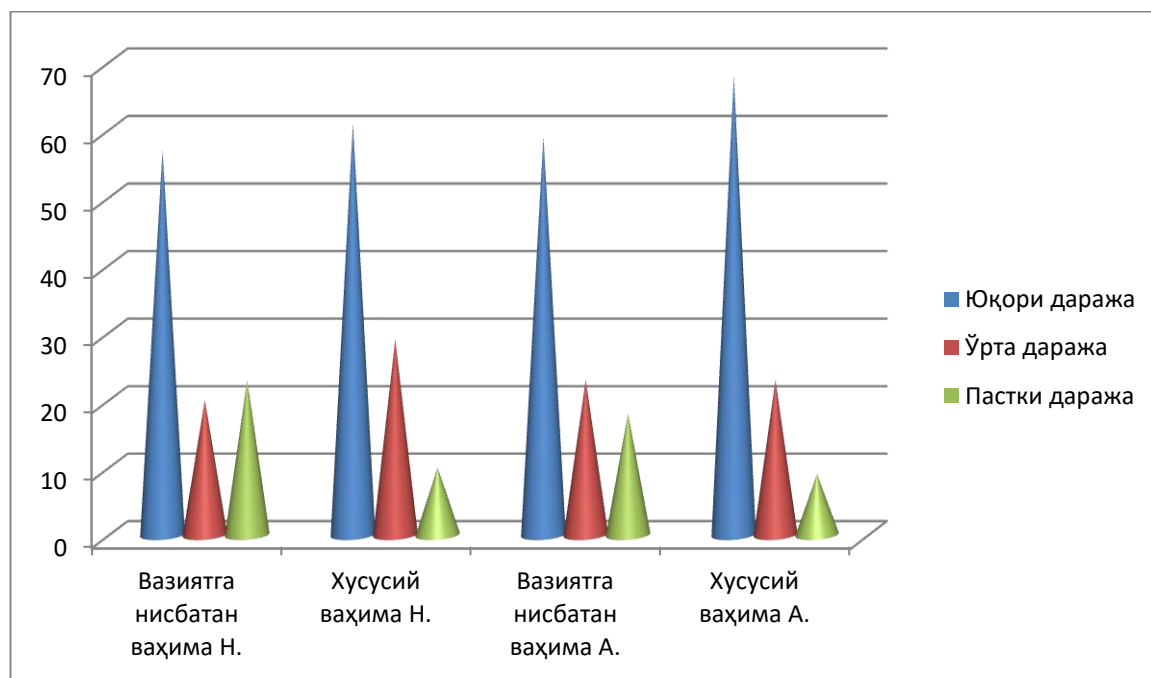


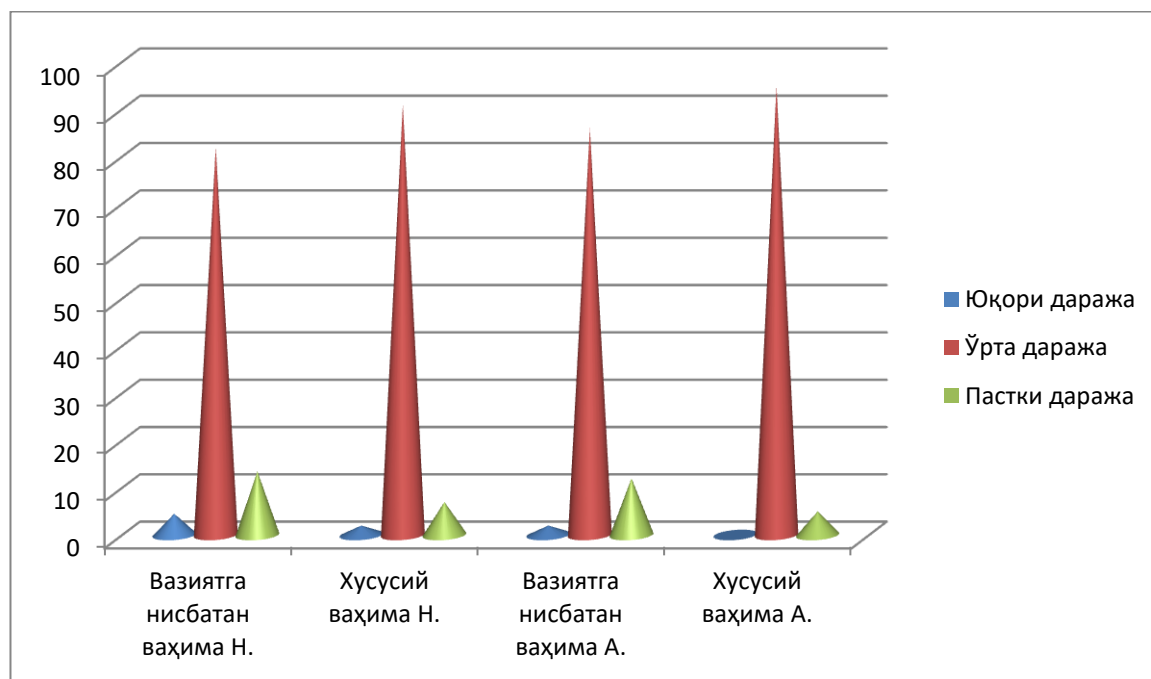
Диаграмма маълумотлар таҳлилига эътибор қаратадиган бўлсак, асосий ва назорат гуруҳдаги беморларда психоэмоционал мезонлари (вазиятга нисбатан ва хусусий ваҳима) кўрсаткичлари амалий жиҳатдан деярли бир хилда бўлиб, статистик таҳлилда аниқлилик тасдиқланди ($P > 0,05$). Умуман олганда, асосий ва назорат гуруҳларидаги беморларда муолажадан олдинги даврда ҳаёт сифати бир хилда деб қабул қилсак бўлади. Уларнинг барчасида даволанишдан олдин кўрқув, депрессия, хавотирланиш ишончсизлик мавжудлиги юқоридаги кўрсаткичларда аниқланди.

3.4жадвал. Бавосилга чалинган ҳомиладор аёлларни даволанишдан 1 ойдан кейинги даврда сўровнома натижалари

Текширилувчи беморлар n=87	Мезонлар	Юқори даража	Ўрта даража	Пастки даража	Стандарт Оғиш
Назорат n=44	Вазиятга нисбатан ваҳима	20 %	57%	23%	6.88
	Хусусий ваҳима	30%	60%	10%	7.55
Асосий n=43	Вазиятга нисбатан ваҳима	20%	86%	12%	15.55
	Хусусий ваҳима	0%	95%	5%	18.222

Асосий ва назорат гуруҳидаги беморларнинг даводан кейинги ҳаёт сифати мезонлари аниқ мунтазам (даводан кейинги 1,-3-ойларда) ўрганилди. Асосий ва назорат гуруҳидаги беморларда муолажадан олдин ва кейинги кўрсатилган муддатларда ҳаёт сифат кўрсаткичларини солиштириш натижалари қизиқиш уйғотди.

3.8 Диаграмма. Бавосилга чалинган ҳомиладор аёлларни даволанишдан 3 ойдан кейинги даврда сўровнома натижалари



3 ойдан сўнг асосий гуруҳдаги ҳаёт сифати барча мезонлари назорат

гуруҳидагига қараганда анча юқори

Шуни айтиб ўтиш керакки, олинган маълумотларга кўра даво қилинган асосий гуруҳдаги беморларнинг ҳаёт сифат кўрсаткичлари даводан 3ойдан сўнг назорат гуруҳидагиларга нисбатан анча тезроқ ўсиши амалга ошган.

Ҳомиладорлик даврида бавосилга чалинган аёлларга таклиф этилган комплекс даволаш беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилади, муҳим ижобий самарадорлигини кўрсатди, ва $7 \pm 1,3$ $11 \pm 2,4$ кундан ётоқ кунлар сони камайди. Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, биз ҳомиладорлик даврида бавосил касаллиги учун мураккаб терапевтик ва профилактик чора-тадбирлар алгоритминини ишлаб чиқдик, бу касалликнинг асоратлари сонини камайтиради ва даволанишдан кейинги ва узоқ муддат беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилади.

Шундай қилиб, ҳомиладорлик даврида бавосилни даволаш ва олдини олишда комплекс даволаш ва профилактика усулларида фойдаланиш мумкин, энг ишончли ва самарали усули сифатида характерланади. Ушбу чора-тадбирлар комплекси аниқ иқтисодий самарага эга бўлиб, ётоқ кунларини $11 \pm 2,4$ кундан $7 \pm 1,3$ гача камайтиради. Тавсия этилган комплекс даволаш ҳомиладор аёллар учун жарроҳлик даволашга нисбатан яхшироқдир ва ҳомиладорликнинг барча кейинги босқичларида беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашдан иборат. Шуни ҳисобга олиб, ушбу чора-тадбирлар комплексини амалий соғлиқни сақлашда тавсия этиш мумкин.

ХОТИМА

Дунё аҳолиси орасида бавосил касаллиги кенг тарқалиши ва турли хил кечиши туфайли тобора муҳим аҳамият касб этиб, кўпинча салбий натижаларга олиб келади [12,22,26,31]. Айниқса, бавосил касаллиги ҳомиладорлик даврида ҳомиладор аёлнинг аҳволини оғирлаштирадиган ва узок туғруқдан кейинги даврда беморларни безовта қилишда давом этадиган жиддий шакллар кўринишида юзага келиши мумкин ва аёлларнинг энг ишга лаёқатли ёшида учрайди.[3,4,8,9,21,24,27,30,35]. Аёлларда бавосил келиб чиқишининг муҳим омили ҳомиладорлик ва туғиш бўлиб, сурункали кабзият, нотўғри ҳолатда бўлган бачадоннинг ичак деворларига босими ва портал вена системасидаги димланиш оқибатида юзага келади. [3,4,8,9,21,24,35].). Статистик маълумотларга қараганда бавосил касаллиги туғган аёлларда туғмаган аёлларга нисбатан 5% кўпроқ учрайди. Бу касаллик ҳомиладор бўлмаган аёлларнинг 7,7%да , ҳомиладор аёлларнинг 25,7%да, туғган аёлларнинг 49,8%да учраши аниқланган. [3,4,8,9,21,24,27,30,35].

Бавосил - тўғри ичак веналарининг патологик кенгайиши бўлиб, даврий қон кетиши, ички тугунларнинг орқа чиқарув тешигидан тушиши ва тез-тез яллиғланиш кўринишида намоён бўлади. Унинг асосида каверноз тузилмалар мавжуд бўлиб, ички ва ташқи тугунлар кўринишида бўлади. [40,44,47,58,66,77,].

Ич қотиши ҳомиладорлик даврида аёлларда тез-тез учрайди. У одатда 3-5 ҳафта давом этади. Бавосил блиан оғриган беморларда жуда оғир кечади ва беморлар умумий аҳволига таъсир кўрсатади. [40,44,47,58,66,77].

Ҳомиладорлик давридаги аёлларда бавосил касаллиги муаммоси замонавий колопроктологиянинг асосий муаммоларидан биридир. [40,44,47,58,66,77,]. Муаммо шундан иборатки, ҳомила она қорнида ўсиш жараёнида тўғри ичак веналарига босим ўтказди, қон томирларни қисиб қўяди. Бу ҳодиса ҳомиладорликнинг иккинчи ва учинчи триместрларида яққол кузатилади. [40,44,47,58,66,77].

Бу сабаблар, ўз навбатида, кўпинча туғруқдан кейинги даврда беморларни безовта қилишда давом этадиган асоратларга олиб келади. Бавосил-ўрта ва кекса ёшдаги эркакларда ва аёлларда бир хилда учрайди. Катта ёшли аҳолининг 1000 тасидан тахминан 120 тасида учрайди, бу эса бавосилнинг кенг тарқалган касаллик эканлигини англатади. Проктологик касалликлар орасида бавосил 34-41% тарқалган. Касалликга мойил гуруҳлар: кам ҳаракат кишилар, ҳомиладорлик ва туғруқ, узоқ муддатли қабзият, оғир юк кўтариш, доимий аччиқ ва ўткир овқатлар истеъмол қиладиган кишилар, кичик чанок бўшлиғи аъзоларининг касалликлари, тўғри ичак веналарининг босилиши ва тўғри ичак веналарида клапан йўқлиги натижасидадир. Маълумки, ҳомиладорлик даврида бавосилни даволаш ўзига хос хусусиятларга эгадир, чунки турли маҳаллий таъсир қилувчи дориларни қўллаш онанинг организмига ва ҳомилага салбий таъсир қилиши мумкин.

Юқоридаги маълумотларни ҳисобга олган ҳолда, биз уларни амалга ошириш учун комплекс тадбирлар орқали ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврда бавосилни олдини олиш ва даволаш усуллари ишлаб чиқишни мақсад қилдик.

Ушбу мақсадга еришиш учун қуйидаги вазифалар белгиланди:

1. Ҳомиладорликнинг иккинчи ва учинчи даврларида беморларда бавосилни даволаш ва олдини олиш натижаларини проспектив таҳлил қилиш;
2. Ҳомиладорликнинг иккинчи ва учинчи триместрларида беморларда геморройни олдини олиш ва даволашнинг энг самарали усуллари танлаш;
3. Олинган натижаларни баҳолаш ва ҳомиладорлик даврида бавосил билан оғриган беморларда олдини олиш ва ҳар томонлама даволаш алгоритминини ишлаб чиқиш ва уларни амалий соғлиқни сақлашда тадбиқ қилиш.

Тадқиқот 2018- 2020 йилгача бўлган даврда Бухоро Давлат тиббиёт институти факултет ва госпитал хирургия, урология кафедраси клиникасида ва Бухоро шаҳар туғруқхонасида бўлган 87 (100%) ҳомиладор 2,3

триместрдаги беморларни ўз ичига олган проспектив ўрганишга асосланган. Барча беморларда тегишли шикоятлар билан бирга бавосил тугунлари мавжуд. Тадқиқот ишлари Бухоро Давлат тиббиёт институти акушерлик ва гинекология кафедраси ҳамда Бухоро кўп тармоқли тиббиёт маркази вилоят колопроктология бўлимида бажарилди.

Беморларнинг ёши ўртача 21 ± 2.3 дан 39 ± 2.3 ни ташкил этди. Беморларнинг ёшга қараб тақсимланиши Варшавадаги махсус симпозиум (1992) да қабул қилинган тасниф ва Жаҳон Соғлиқни сақлаш Ташкилотининг минтақавий ваколатхонаси (1993) семинарига асосан амалга оширилди.

ўрганилган беморлар орасида бавосил билан касалланиш асосан ҳомиладорликнинг 2-ва 3-триместрларида кузатилди. [53,63,71,75].

Адабиёт маълумотларига кўра, бу статистик кўрсаткич ҳомиладорлик билан барча беморларнинг тахминан 55-57% га тўғри келади. Бундан ташқари, ўрганиш таҳлиллари шуни кўрсатдики касалланиш асосий контингенти бўлиб келажакда иккинчи ҳомиладор бўлишни хоҳловчи, иш лаёқатига эга бўлган, энг соғлом ёшдаги аёллардир. [53,63,71,75].

Тадқиқотларимизга кўра, гарчи адабиётларга кўра, ҳомиладорлик даврида ички бавосил тез-тез содир бўлиши кераклиги ҳақида маълумотлар бўлсада аксарият ҳолларда ташқи бавосил кузатилди. Маълумки, бавосилнинг кечиши давомида маълум бир клиник кетма-кетлик кузатилмайди, бу касаллик беморларнинг барча тоифаларида ҳар хил бўлиши мумкин, бу касалликнинг полиэтиологик эканлиги билан боғлиқдир. Касалликнинг биринчи клиник кўриниши қон кетиши ва анусда нохуш сезгилар бўлиб, улар қичишиш ва ачишиш билан қўшилиб кетади. Асосий касалликдан ташқари, беморларнинг 3 (3%)да сурункали бронхит, гипертония, сурункали гепатит, сурункали анемия, ошқозон яраси ва ўн икки бармоқли ичак яраси, сурункали пиелонефрит каби умумий касалликлар бор эди. Бундан ташқари, ҳомиладорликнинг 2-триместрларида беморларнинг 2 (2.3 %)да ва 6 (6.9 %) да беморларда гидронефроз бўлиб, уларнинг ҳаёт сифатига сезиларли таъсир кўрсатди.

Касалликни аниқлаш бўйича диагностик тадбирлар шикоятларни, ҳозирги касаллик анамнезини ва беморнинг ҳаётини, объектив текширишни ва status rectalни, шунингдек периферик ва марказий гемодинамика кўрсаткичларини, клиник ва биокимёвий тадқиқотлар ва бошқаларни аниқлашдан бошланди.

Лаборатория текширувларлари жарроҳликдан олдин ташхис қўйиш учун қўшимча маълумот олиш имконини беради. Барча ўрганилган беморларда бажарилган периферик қонни ўрганиш натижаларини баҳолашда еритроцитлар, гемоглобин, лейкоцитлар, еозинофиллар, еритроцитлар чўкиш тезлиги сонига еътибор қаратилди ва билирубин, АЛТ, АСТ, умумий оксил ва оксил фраксияларини ҳисобга олинди. Клиник ва лаборатория текширувида аниқланган ўзгаришлар ташхисни қўйишда етакчи бўлмасда, аммо улар барча ҳомиладор аёлларда амалга оширилди.

Ҳомиладор аёлларда бавосил ташхисини қўйиш ва клиник ва лаборатория маълумотлари билан бирга етарли даволаш усулини танлашда асосий Тренделенбург ҳолатида визуал текшириш ва инструментал усуллар (ултратовуш, колоноскопия, ректороманоскопия) усуллари ўринга эга бўлди

Биз текширган барча беморлар олиб борилган даволаш ва олдини олиш тадбирларига қараб 2 гуруҳга бўлинди: назорат ва асосий. Беморларни танлаш патологик тугунларнинг табиати, уларнинг асоратлари ва ҳомиладорлик давомийлигидан қатъи назар, рандомизациялашган гуруҳларда амалга оширилди. Барча беморларнинг 12(13.8 %) БВКТТМнинг колопроктология бўлиmidан ва 75 (86.2 %) бемор Бухоро вилоят туғруқ комплексининг патология бўлиmidан олинди. Ҳомиладорлик даврига қараб беморлар қуйидагича тақсимланди : 2-триместрда- n=39, 3-триместрда n=48 беморларда кузатилди.

Бавосилга чалинган 2-3-триместрдаги ҳомиладор аёлларнинг асосий қисми адабиёт манбаларда берилган кўплаб сабабларга кўра ҳомиладорлар патологияси бўлиmidа даволанишяпти, ихтисослашган бўлимда эса уларнинг сони кам бўлиб бу беморлар мутахассисга мурожаат қилишмайди ёки кеч

муружаат қилишади, адабиёт маълумотлари ҳам шуни кўрсатадики бу касаллик кўплаб сабабларга кўра тан олинмайди ёки даво қилинмасдан қолади. Назорат гуруҳида – бавосил қўзиганда проктозан шамлари ва маҳаллий маз ёрдамида анъанавий даволанган, геморройэктомия жарроҳлик амалиёти бажарилган 44та (50.6%) беморлар бўлади. Асосий гуруҳда – венадиол таблеткаларидан (World medicine) фойдаланган беморлар ва лазер аппарати (BTL-4000 SMART/PREMIUM) ёрдамида бавосил тугунларда лазер нурланиш олган 43 (49.4%) беморлар ташкил қилади.

Бавосил қўзиганда, беморларга, 3 дақиқа давомида, 200У лазер нури белгиланди, нурланишнинг юқори интенсивлиги 500у гачадир. Дастлабки уч кун давомида 5-6 га яқин нурланиш сеанси ўтказилди. Кейинги 5 кун ичида нурнинг дозаси 150у га камайтирилди ва кунига бир marta 5 кун давомида амалга оширилди. Бутун даволаниш жараёнида венодиол 7 кун давомида кунига 2 marta 1 таблеткадан буюрилди. Кейинчалик, беморлар 1йилдан 3 йилгача назоратда бўладилар. Бу даврда беморларни визуал текшириш, инструментал ва лаборатория ишларини ўз ичига олган текширишлар ўтказилди.

Узоқ муддатли даврда ҳаёт сифати Спилберг Ханин сўровномаси ёрдамида баҳоланди. Узоқ муддатли даврда амалга оширилган профилактик ва шифобахш чора-тадбирларнинг самарадорлиги ҳам 4 балли тизим ёрдамида биз таклиф этган усул бўйича баҳоланди. "Аъло" - бавосил белгилари ва тугунлар мавжуд эмас ва ишлаш қобилияти сақланган. "Яхши" - даволанишни талаб қилмайдиган, иш қобилиятини йўқотган емас, бавосил белгилари (шиш, газнинг қийинчилик билан чиқарилиши, орқа чиқарув тешигида ноқулайликлар) энгил кўринишда. "Қониқарли"-дори-дармон ва режимни талаб қиладиган бавосилнинг доимий белгилари бор, бунда парҳезга қатъий риоя қилиш буюрилади ва иш қобилиятини йўқотган . "Қониқарсиз" -бавосил клиникасида асоратлар, тез-тез қон кетиши, орқа чиқариш тешигида спастик оғриқ, иш лаёқатига эга эмас.

Асосий гуруҳда Лазер ва Венодиол таблеткаси билан даволаш ўтказилган беморларнинг қиёсий хусусиятлари, унинг энг юқори самарадорлигини кўрсатди, фақат бир ҳолатда, 31 ҳафталик ҳомиладорлик билан бавосилга чалинган бир беморда ўткир яллиғланиш ва қон борлиги кузатилди, беморда кўнгил айланиши ва бош айланиши асоратлари бор еди, 7-8 кун комплекс даводан сўнг бу ҳолатлар бартараф этилди.

Назорат гуруҳидаги ҳомиладорлик даврида бавосилга учраган беморлар сони 44 нафарни ташкил этди. Ҳомиладорлик даврида бавосилнинг ўткир ва сурункали шакллари бўлган беморларни даволашда релиф ёки Проктозан шамлари барча ҳолатларда, Дицинон препарати билан гемостатик терапия 2 млдан х 1 маҳал кунига $6-8 \pm 3-7$ кун давомида ишлатилган. Беморларнинг 29 (33.3%) да Миллиган-Морган усулида геморройэктомия яъни бавосил тугунларни олиб ташлаш жарроҳлик амалиёти бажарилган, аммо бу самарасиз эди. Узоқ муддатли туғруқдан кейинги даврда касалликнинг қайтарилиши ва такрорий ривожланиши 11% ҳолларда кузатилди.

Асосий гуруҳдаги 43та (49.4 %) беморларга , асоратларни даволаш ва олдини олишда комплекс даволаш мақсадида лазер нури (BTL-4000 SMART/PREMIUM) қурилма ёрдамида 200у нурланиш дозаси, 500у тўлқин узунлиги ишлатилди. Комплекс даво таркибида қўшимча равишда Венодиол 500 таблеткалари 1 кунда 1 таб дан 2 марта 7 кун муолажа қилинди. Бундан ташқари, ромашка экстракти билан махсус ванналар ишлатилди. Профилактика мақсадида комплекс даволаш таркибидаги даволовчи машқлар, ижобий натижа берганлиги туфайли асосий даво таркибига киритилди. Барча беморларда динамикада ижобий натижалар, касаллик симптомлари регрессияси кузатилди, фақат 1(1.1%) та беморда (1-ҳомиладорлик 3-триместрда даволанган) анамнезида сурункали гепатит бўлганлиги учун даводан 5 ой ўтгандан кейин қон кетиш белгилари кузатилди. Назорат ёки асосий гуруҳларда летал ҳолатлар кузатилмади.

Узоқ муддатли даврда ҳаёт сифати Спилберг - Ханин сўровномаси ёрдамида баҳоланди. Узоқ муддатли даврда амалга оширилган профилактик

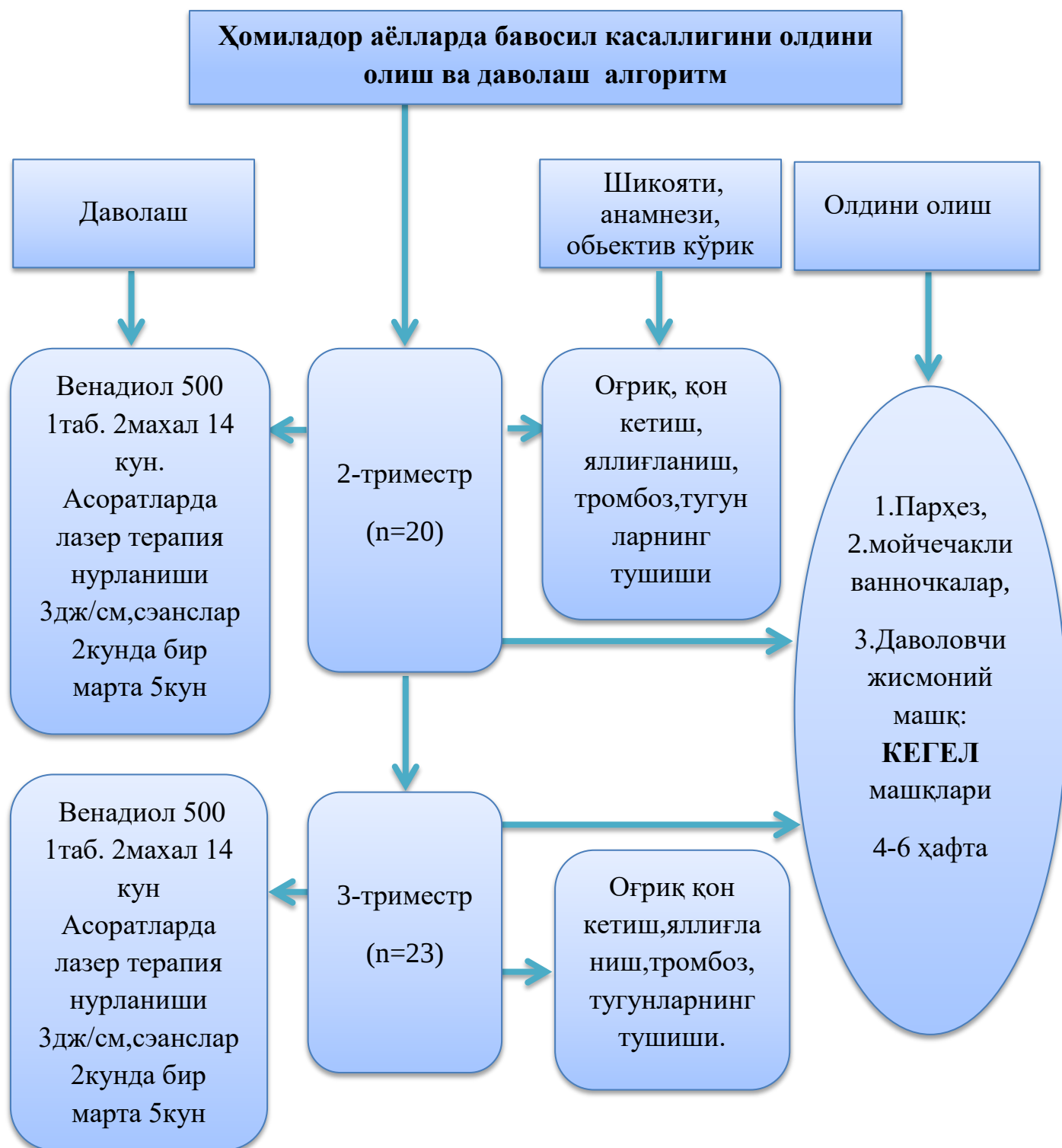
ва даволовчи чора-тадбирларнинг самарадорлиги ҳам 4 балли тизим ёрдамида биз таклиф этган усул бўйича баҳоланди. "Аъло" 23()- бавосил белгилари ва тугунлар мавжуд эмас ва ишлаш қобиляти сақланган. "Яхши"19() - даволанишни талаб қилмайдиган, иш қобилятини йўқотган эмас, бавосил белгилари (шиш, газнинг қийинчилик билан чиқарилиши, орқа чиқарув тешигида ноқулайликлар) енгил кўринишда. "Қоникарли"1 (1,1) - дори-дармон ва режимни талаб қиладиган бавосилнинг доимий белгилари бор, бунда парҳезга қатъий риоя қилиш буюрилади ва иш қобилятини йўқотган . "Қоникарсиз" 0(0)-бавосил клиникасида асоратлар, тез-тез қон кетиши, орқа чиқариш тешигида спастик оғриқ, иш лаёқатига эга эмас.

Ҳомиладорлик даврида бавосилга чалинган аёлларга таклиф этилган комплекс даволаш беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилади, муҳим ижобий самарадорлигини кўрсатди, ва $7\pm1,3$ $11\pm2,4$ кундан ётоқ кунлар сони камайди. Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, биз ҳомиладорлик даврида бавосил касаллиги учун мураккаб терапевтик ва профилактик чора-тадбирлар алгоритминини ишлаб чиқдик, бу касалликнинг асоратлари сонини камайтиради ва даволанишдан кейинги ва узоқ муддат беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилади.

Шундай қилиб, ҳомиладорлик даврида бавосилни даволаш ва олдини олишда комплекс даволаш ва профилактика усулларидан фойдаланиш мумкин, энг ишончли ва самарали усули сифатида характерланади. Ушбу чора-тадбирлар комплекси аниқ иқтисодий самарага эга бўлиб, ётоқ кунларини $11\pm2,4$ кундан $7\pm1,3$ гача камайтиради. Тавсия этилган комплекс даволаш ҳомиладор аёллар учун жарроҳлик даволашга нисбатан яхшироқдир ва ҳомиладорликнинг барча кейинги босқичларида беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашдан иборат. Шунини ҳисобга олиб, ушбу чора-тадбирлар комплексини амалий соғлиқни сақлашда тавсия этиш мумкин.

Тавсия этилган комплекс даволаш усули жарроҳлик даволашдан сезиларли даражада афзалдир. Ҳомиладорлик ва унинг босқичларида беморларнинг ҳаёт сифатини оширади, касаллик давомида беморларнинг

азоб чекишини камайтириши мумкин.



ХУЛОСАЛАР

1. Ҳомиладорлик даврида бавосил касаллигини комплексли даволаш ҳозирги босқичда қўлланилади

ган анъанавий даволаш усулларида фарқли равишда $12,3 \pm 3,6\%$ дан $4,1 \pm 1,7\%$ гача даволашдан кейинги эрта ва узоқ муддатли даврларда қайталанишлар ва асоратлар хавфини камайтиради.

2. Ҳомиладорлик даврида бавосил касаллигини даволаш ва олдини олишнинг комплексли чора-тадбирлари, хусусан, 2 ва 3 триместердаги ҳомиладорларда беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайти ва анъанавий даволаш усулига алтернатив сифатида фойдаланиш мумкин, улардан фойдаланиш ҳомилага ва она организмига салбий таъсир қилмайди.

3. Даволаш-профилактика чора-тадбирларининг ишлаб чиқилган натижалари: назорат гуруҳдаги " аъло " натижалар сони $24,3\%$, асосий гуруҳдаги " аъло " натижалар сони назорат гуруҳидан фарқли равишда $87,4\%$, эканлиги аниқланди.

4. Ҳомиладорлик даврида бавосилни даволаш ва олдини олиш учун ишлаб чиқилган алгоритм энг самарали ҳисобланади, алгоритмни қўллаш натижасида асосий гуруҳдаги ётоқ кунлари сони $11 \pm 2,4$ кундан $7 \pm 1,3$ гача камайди. Бу алгоритмни амалий соғлиқни сақлашда фойдаланиш учун тавсия этиш мумкин.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Ҳомиладор аёлларда бавосил касаллигини даволаш ва олдини олишнинг комплексли чора-тадбирларини тайинлаш, хавф омилларини миқдорий баҳолаш, турли эрта ва кечки асоратлар, шунингдек, касалликнинг қайта ривожланиш хавфини олдиндан аниқлашга ёрдам беради.

2. Ҳомиладорлик даврида бавосил касаллигини комплексли даволашнинг асосини Лазер нурланиши ва Венодиол таблеткаларидан фойдаланиш ташкил қилади. Комплексли даволаш натижасида ҳомиладорлик даврида касалликни олдини олишда ва туғруқдан кейинги даврда касалликнинг қайта ривожланиш эҳтимолини камайтиришда муҳим аҳамият касб этади. Даволовчи жисмоний машқлар барча беморларга тавсия этилиши мумкин бўлган кенг қамровли профилактика тадбирларининг асосий қисми бўлиб ҳисобланади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

- 1 А.М. Богомазов, Е.Б. Головкин, Е.А. Загрядский. Частота факторов риска возникновения геморроя и определение взаимосвязи между геморроем и хроническими заболеваниями вен. // Амбулаторная хирургия. - 2017. - №3-4. - с.96-97.
- 2 Абрицова М.В. Оптимальный выбор в терапии острого геморроя. // Амбулаторная хирургия. - 2019. - №1-2. - с.119-120.
- 3 Аникин С.В. и др. Геморроидэктомия при хроническом геморрое: выбор оптимального способа // Дальневосточный медицинский журнал. – 2015. – № 1. – С. 20–23.
- 4 Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. СПб.: Речь, 2005. С.44–49.
- 5 Башанкаева Б.Н. Симпозиум «геморроидальная болезнь: мировые тенденции и практические рекомендации» в рамках национального хирургического конгресса. // медицинский совет. - 2017. - №11. - с.108-109.
- 6 Благодарный Л.А. Комбинированная фармакотерапия залог успешного лечения острого и хронического геморроя. // хирургия. - 2014. - №2. - с.68-69.
- 7 Благодарный Л.А. Выбор медикаментозной терапии геморроя. // хирургия. - 2013. - №2. - с.30-31.
- 8 Благодарный Л.А. Что должен знать амбулаторный врач о консервативном лечении геморроя. // Амбулаторная хирургия. - 2016. - №3-4. - с.63-64.
- 9 Бурков С. Г. Запоры беременных: современный взгляд на проблему. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2017. - № 8. - с.97-98.
- 10 Бурков С.Г. Запоры беременных: взгляд на проблему. РМЖ. 2006; 1: 28–31.

- 11 Васильев С. В., Д. Е. Попов, А. И. Недозимованый, О. С. Соколова. геморрой и беременность: современные представления о лечении и профилактике.// Ученые записки спбгму им. акад. и. п. павлова.-2015.- №3.-с.37-38.
- 12 Гаин М.Ю. Лазерные технологии в лечении геморроя // Новости хирургии. – 2013. – С. 94–104.
- 13 Гейниц А.В. Лазеры в хирургическом лечении геморроя / А.В. Гейниц, Т.Г. Елисова // Лазер. медицина. – 2009. – № 1. – С. 31–35.
- 14 Грошилин В.С. и др. Малоинвазивные хирургические технологии в лечении больных с хроническим геморроем // Медицинский вестник северного кавказа. – 2017. – № 12 (4). – С. 394–397.
- 15 Гусева О.И. Геморрой при беременности.// Практическая медицина.- 2017.- №6(107).-с.173-174.
- 16 Дженина Ольга Вадимовна. Лечение тромбозов системы нижней полой вены у беременных : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. –Москва . 2008. - 31 с.
- 17 Диагностики эмоционально-нравственного развития / Ред. и сост. И.Б.Дерманова. — СПб.: Издательство «Речь», 2002. С.124–126.
- 18 Диденко В.В. Геморрой: консервативные и малоинвазивные методы лечения . // Справочник поликлин. врача. – 2007. – № 1. – С. 81–84.
- 19 Енкебаев М.К., А.Б.Джувашев. Терапия острого геморроя препаратом ультрапрокт.// Медицинский Совет.-2012.-№3.-с.30-31.
- 20 Жерлов Г.К. Хирургическое лечение геморроя . // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова.-2008. – № 9. – С. 19–24.
- 21 Загрядский Е.А. Современная тактика лечения острого геморроя.// Амбулаторная хирургия.-2019.-№ 1–2 (73–74).-с.114-115.

- 22 Загрядский Е.А., Горелов С.И.: Трансанальная доплер контролируемая дезартеризация // Колопроктология. 2010. №2 (32). С. 8– 15.
- 23 Ивануса С.Я., Литвинов О.А., Житихин Е.В. Новый вариант хирургического лечения хронического комбинированного геморроя iii–iv стадии.// Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова.-2014. -№2.-с.25-26.
- 24 Капуллер Л.Л., Благодарный Л.А., Фролов С.А., Орлова Л.П., Соловьев О.Л., Костарев И.В. Структурно-морфологические изменения геморроидальных узлах после скл эрозирующего лечения геморроя.// Колопроктология.-2007.-№4.-с.4.
- 25 Кнорринг Г. Ю. Применение комбинации трибенозида и лидокаина в местном лечении геморроя: обзор клинических исследований.// Гастроэнтерология.-2017.- № 2.-с.63-64.
- 26 Кнорринг Г.Ю. Обоснование и опыт применения мазей с иммуномодулирующими свойствами при геморрое и анальных трещинах.// Амбулаторная хирургия.-2019.-№1-2.-с.128-129.
- 27 Краснобаев А. Е., В. Н. Ищенко, А. А. Григорюк, А. В. Матвеев. Вариант гемостатического шва при операции миллигана—моргана.// Вестник хирургии.- 2015.- №6.-с. 60-61.
- 28 Краснобаев А.Е., Ищенко В.Н., Григорюк А.А., А.В. Матвеев. Авторская техника оперативного лечения осложненного геморроя.// Здоровье.Медицинская экология.-2017.-№2.-с.-56-57.
- 29 Лебедев В.А, В.М.Пашков, И.А.Клиндухов. Запоры у беременных: пути решения проблемы.// Трудный пациент.- 2012.- № 8-9.-с.8-9.
- 30 Лиманская А.Ю., Ю.В. Давыдова. Геморрой и беременность: вопросы и ответы.// Здоровье женщины.- 2018.- №1.-с. 19-20.

- 31 Логутова Л.С., С.В. Новикова, Е.Б. Цивцивадзе. Новые возможности в лечении беременных с эпизодическими Запорами// Российский вестник акушера гинеколога.-2018.-№5-с.88-89.
- 32 Ломова Н.А., к.м.н., Н.В. Дубровина, И.Е. Драгун, Е.С. Толстопятова. Геморрой у беременных и родильниц: принципы терапии.// Медицинский совет.- 2016.- №2.-с.22-23.
- 33 Мадаминов А.М., Т.А. Осмонов. Геморрой.//Учебно-методическое пособие.- Бишкек.- 2005.-с.38.
- 34 Медведь В.И., В.А. Бенюк, С.Д. Коваль. Венозные осложнения у беременных.// Медицинские аспекты здоровья женщины. -2010.-№ 7(35).-с.28-30.
- 35 Медкова Юлия Сергеевна. Выбор метода лечения геморроидального тромбоза у беременных и родильниц.// Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва – 2019. - 112 с.
- 36 Мудров А.А. Периоперационное ведение пациентов с хроническим геморроем // Медицинский совет.-2012.-№8.-с.40-41.
- 37 Муравьев А.В. и др. Метод геморроидэктомии как профилактика анального стеноза у больных с предрасположенностью к грубому рубцобразованию // Медицинский вестник северного кавказа. – 2017. – № 12 (4). – С. 394–3.
- 38 Муравьева А.А., О.В. Зинченко, А.Н. Обедин. Новый способ определения адекватности послеоперационного обезболивания у больных геморроем.// медицина.-2011. -С.110–111.
- 39 Мухин А.Г., Мухин И.А., Клименко К.А., Комарова М.Ю., Волкова О.В. Радиоволновая хирургия в практике врача-колопроктолога.// колопроктология,- 2017, -№ 3.-с.35.

- 40 Нечаева Г. И., Яковлев В. М., Конев В. П., Друк И. В., Морозов С. Л. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение.// Лечащий врач.-2008.-№ 2.-С. 48—52.
- 41 Нуриллоева Н.А., М.С. Табаров, З.М. Тоштемирова, К.А. Шемеровский, Д.К. Мухабаттов. Сравнительная характеристика факторов риска развития геморроя.// Вестник Авиценна.-2013.-№2.-с.125-126.
- 42 Омарова Х.М. Механизмы развития варикозного расширения вен малого таза при беременности.// Вестник Новых Медицинских Технологий. – 2008. – № 3. – С. 211.
- 43 Парфенов А.И. Геморрой.// Медицинский совет.-2010.-№9-10.-с.17-18-19.
- 44 Парфенов А.И. Геморрой.//Медицинский совет.-2010.-№9-10.-с.17
- 45 Практикум по психологии состояний: Учебное пособие /О.А. Прохорова. – СПб: Речь, 2004. С.121–122.
- 46 Ривкин В. Л. Геморрой у беременных: особенности течения и лечения // Consiliummedicum: Экстрагенитальная патология. – 2010. – Т. 12. – № 6. – С. 55–56.
- 47 Ривкин В.Л. Современные концепции Патогенеза и лечения геморроя. // Медицинский совет.-2013.-№2.-с.103-104.
- 48 Ривкин В.Л., Амбулаторное лечение геморроя.// Амбулаторная Хирургия.- 2014.-№3–4(55–56).-с.36-37.
- 49 Родин А.В., Даниленков Н.В., Агафонов О.И., Привольнев В.В. Консервативное лечение хронического геморроя. результаты анкетирования хирургов россии.// колопроктология, том 18,-2019.- №2 (68) .-с.69-70-71.

- 50 Селиванов А. В., А. Г. Бутырский. Сонографический мониторинг у больных хроническим комбинированным геморроем до и после различных методов оперативного лечения.// Кубанский научный медицинский вестник.-2015.- № 2.-с.138-139.
- 51 Селиванов А.В., Бутырский А.Г., Леоненко С.Н., Тагаева А.С. Клинико-иммуногистохимическое обоснование выбора метода геморроидэктомии.// вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова.- 2015.- № 3.-с.56-57.
- 52 Сичинава Л. Г., Нанина О. Б., Колбая Т. Т., Озимковская Е. П. Течение беременности и родов у женщин различных возрастных групп // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2009. – Т. 8. № 5. – С. 40–44.
- 53 Сотников В. М., С. Е. Каторкин, П. С. Андреев. Лечение пациентов с комбинированным геморроем малоинвазивными методами в амбулаторных условиях.// Медицинский вестник северного кавказа.- 2019.-№ 1.1.-с.33-34.
- 54 Сотников В. М., Каторкин С. Е., Андреев П. С. Влияние коррекции дисфункции геморроидальных вен на отдаленные результаты лечения геморроя малоинвазивными методами. // Таврический медико-биологический вестник. 2017.-№ 4.-с.95-96.
- 55 Сотников В.М., С.Е. Каторкин, П.С. Андреев.Результаты применения способа лазерной коагуляции при лечении пациентов с хроническим внутренним геморроем в амбулаторных условиях.// Вестник медицинского института «Реавиз».2019.- № 5.-с.90-91.
- 56 Соттаева В.Х, Фролов С.А., Благодарный Л.А., Максимова Л.В., Хмылов Л.М. Характер течения раневого процесса после аппаратной геморроидэктомии.// Колопроктология.-2007.-№4.-с.9.

- 57 Стойко Ю.М., Сотникова В.А. Патогенетическое обоснование эффективности применения детралекса у больных острыми формами геморроя.// Колопроктология.-2008.-№4.-с.13.
- 58 Стяжкина С. Н., Иванова А. В., Лапина Е. А. Геморрой – болезнь XXI века. Оперативное лечение геморроя.//
- 59 Субханкулова С.Ф., Р.И. Габидуллина, Р.М. Газизов, Н.А..Сафина, А.Ф. Субханкулова. Влияние эндотоксинемии на гестацию и исходы родов при запорах беременных.// Казанский медицинский журнал.- 2006.- №4.-с.295-296.
- 60 Титов А.Ю., к.м.н., А.А. Мудров. Дезартеризация внутренних геморроидальных узлов со склеротерапией.// Медицинский совет.- 2012.-№9.-с.94-95-96.
- 61 Трухан Д.И., Е.Н. Деговцов, Л.В. Белкина. Консервативное лечение геморроя: в фокусе комбинация трибенозида и лидокаина.// Амбулаторная хирургия.-2019.- №1–2.-с.107-108.
- 62 Туркина С.В. Нарушения функции кишечника у беременных: Гестационный запор.// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.-2016.-№8.-С. 89-90.
- 63 Тютюнник В.Л., Т.В. Кирсанова, О.И. Михайлова. Геморрой в акушерской практике: этиология, патогенез, клиника, лечение.// Российский вестник акушера-гинеколога.-2012.-№4-с.88-89.
- 64 Черниковский И.Л Саванович Н.В., Смирнов А.А., А.В. Гаврилюков, О.В. Оганесян. Топографическая анатомия и онкологическая хирургия ободочной кишки: новое или хорошо забытое старое? // Колопроктология.-2017.-№3.(7).-с.49-50.
- 65 Шельгин Ю.А. Клинические рекомендации ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению геморроя // Колопроктология. – 2019. – № 1. – С. 7–38.

- 66 Шилова М. А., Конев В. П., Царегородцев А. Г. Патология сосудов у лиц с дисплазией соединительной ткани в аспекте внезапной смерти. // Казанский мед. Журнал.- 2007.-№ 88. –с.33—6.
- 67 Щербакова Ю.В. Качество жизни пациентов, перенесших хирургическое лечение геморроя с применением латексного лигирования и закрытой стандартной геморроидэктомии.// Медицинский альманах.-2013. № 5.-с.132-133.
- 68 Яковлева О.Н. Морфогенез кавернозных образований и мышечно-связочного аппарата прямой кишки при геморрое.// автореф.дис. – 2011.-Москва.- с. – 23.
- 69 Arnold Wald. Constipation, diarrhea, and symptomatic hemorrhoids during pregnancy.// Gastroenterol Clin N Am.- 2003.-№32.-с. 309–322
- 70 Batchelor P. The limitations of a «high-risk» approach for prevention of dental caries // Community dent. oral epidemiol.– 2002. – Vol. 30. – P. 302–312.
- 71 Benseler V., Hornung M., Iesalnieks I. et al. Different approaches for complete mobilization of the splenic flexure during laparoscopic rectal cancer resection. J Colorectal Dis 2012;27(11): 1521–9. DO 10.1007/s00384-012-1495-6.
- 72 Bertelsen C.A., Bols B., Ingeholm P. et al. Can the quality of colonic surgery be improved by standardization of surgical technique with complete mesocolic excision? Colorectal Dis 2011;13(10):1123–9. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2010.02474.x.
- 73 Bertelsen C.A., Bols B., Ingeholm P. et al. Lymph node metastases in the gastrocolic ligament in patients with colon cancer. Dis Colon Rectum 2014;57(7):839–45. DOI: 10.1097/DCR.0000000000000144.

- 74 Bertelsen C.A., Neuenschwander A.U., Jansen J.E. et al. Disease-free survival after complete mesocolic excision compared with conventional colon cancer surgery: a retrospective, population-based study. *Lancet Oncol* 2015;16(2):161–8.DOI: 10.1016/S1470-2045(14)71168-4.
- 75 Bratthall D., Hansel-Petersson G. Cariogram-multifactorial risk assessment model for multifactorial disease // *Community dent. oral epidemiol.* – 2005. – Vol. 33. – P. 256–264.
- 76 Cocorullo G., Tutino R., Falco N., Licari L., Orlando G., Fontana T., Raspanti C., Salamone G., Scerrino G., Gallo G., Trompetto M., Gulotta G. The non-surgical management for hemorrhoidal disease. A systematic review. *G Chir.* 2017; 38(1): 5-14.
- 77 Hemorrhoids in pregnancy./ Staroselsky MD Alejandro A. Nava-Ocampo MD Sabina Vohra Gideon Koren MD FRCPC.//*Motherisk Update.*-2008.- №5.-c.187-188.
- 78 Lyer V.S., Shrier I., Gordon P.H. Long-term outcome of rubber band ligation for symptomatic primary and recurrent internal hemorrhoids. // *Diseases of the Colon and Rectum.* 2004.-47(8).-c.1364-1370.
- 79 Naderan M., Shoar S., Nazari M., Elsayed A., Mahmoodzadeh H., Khorgami Z. A. Randomized Controlled Trial Comparing Laser IntraHemorrhoidal Coagulation and Milligan–Morgan Hemorrhoidectomy. // *Journal of Investiga-tive Surgery.*-2017.-30(5).-c.325-331.