



ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ГЕМОРОЙ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИ

Ахророва Лайло Барноевна

*Бухоро давлат тиббиёт институти Факультет ва госпитал хирургия,
урология кафедраси ассистенти*

Аннотация. *Тадқиқотда иккинчи ва учинчи триместрдаги 87 нафар (100%) беморни ўз ичига олган ретроспектив ва проспектив ўрганилди. 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.*

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%) Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг 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.

Калит сўзлар. *Ҳомиладорларда бавосил, ретроспектив ва проспектив таҳлил, даволаш.*

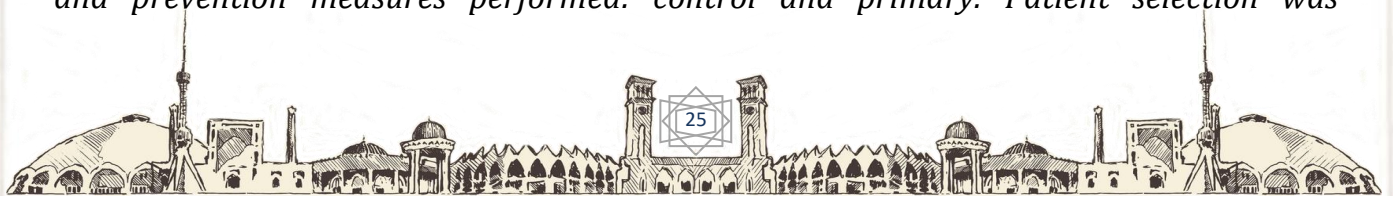
MODERN METHODS OF TREATMENT OF HEMORRHOIDS IN PREGNANT WOMEN

Axrorova Laylo Barnoyevna

*Bukhara State Medical Institute, faculty and hospital surgery, urology department
assistant*

Annotation. *The study included a retrospective and prospective study of 87 (100%) patients in the second and third trimesters. All patients were found to have different forms of hemorrhoids in accordance with their characteristic complaints. The research was carried out in collaboration with the Department of Obstetrics and Gynecology of Bukhara State Medical Institute and the Department of Coloproctology of Bukhara Regional Multidisciplinary Medical Center. The average age of the patients ranged from 21 ± 2.3 to 39 ± 3.7 .*

All patients we examined were divided into 2 groups depending on the treatment and prevention measures performed: control and primary. Patient selection was





performed in randomized groups regardless of the nature of the pathological nodes, their complications, and the duration of pregnancy. Of all patients, 12 (13.8%) were taken from the Coloproctology Department of the Bukhara Regional Multidisciplinary Medical Center and 75 (86.2%) patients were taken from the Pathology Department of the Bukhara Regional Maternity Complex. Patients were distributed according to gestational age as follows: 39 in the 2nd trimester (44.8%) and 48 (55.2%) in the 3rd trimester.

Keywords: hemorrhoids in pregnant women, retrospective and prospective analysis, treatment.

Мавзунинг долзарблиги. Бавосил касаллиги - тўғри ичак каверноз веналарининг гипертрофияси натижасида юзага келадиган проктологик касалликларнинг кўп учрайдиган туридир ва тўғри ичакда оғриқ, қон кетиш ривожланади [1,4,6,9]. 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. 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 [2,3,7]. Касалликга мойил гуруҳлар: кам ҳаракат кишилар, ҳомиладорлик ва туғруқ, узоқ муддатли қабзият, оғир юк кўтариш, доимий аччиқ ва ўткир овқатлар истеъмол қиладиган кишилар, кичик чаноқ бўшлиғи аъзоларининг касалликлари, тўғри ичак веналарининг босилиши ва тўғри ичак веналарида клапан йўқлиги натижасидадир. 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 шиллиқ ости қаватида жойлашган бўйлама мушаклар дистрофияси ва Паркс бойламлари муҳим ўрин тутади. Улар бавосил тугунларининг ички тузилишини ва фиброз мушак рамкасини ташкил этади, ва уларни анал каналида аноректал чизикдан юқорида ушлайди. Юқорида санаб ўтилган келтириб чиқарувчи омиллар бавосил тугунларининг катталашига олиб келади. 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 [2,11,12].

Ҳомиладор аёлларда бавосил касаллигини даволаш ва олдини олиш замонавий колопроктологиянинг энг долзарб муаммоларидан биридир.

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. 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 [5,6,10,12].

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. 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. 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 [2,4,9].

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. 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.[1,11,25]

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

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқотда Бухоро Вилоят Кўп Тармоқли Тиббиёт Маркази Колопроктология бўлими ва Бухоро шаҳар туғруқ

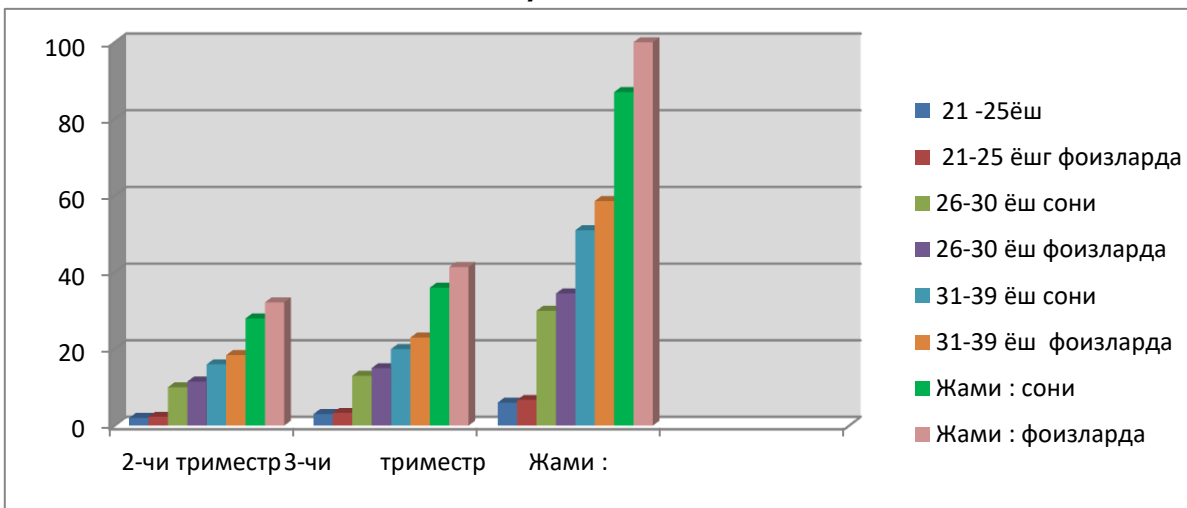




комплексни патология бўлимида даволанган 87нафар бавосилга чалинган ҳомиладор аёллар ретроспектив ва проспектив ўрганилди. Асосий гуруҳини 43 нафар бемор ва назорат гуруҳини 44 нафар бемор ташкил этади. Ушбу муаммоларни ҳал қилиш учун клиник, клиник-инструментал, клиник лаборатор, ректал текширув (статус ректалисни аниқлаш) усулларидадан фойдаланилди.

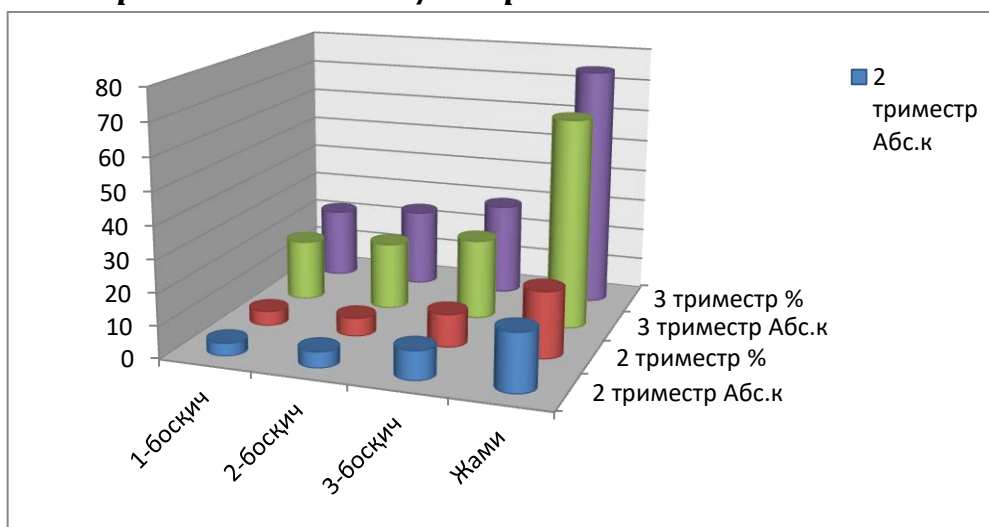
Натижалар ва уларнинг таҳлили. Туғиш ёшидаги аёлларда ҳомиладорликнинг турли даврларида бу асоратларнинг ривожланиши уларнинг ҳаёт сифатига сезиларли таъсир қилади ва кўпинча беморнинг ҳаёти давомида уларга ҳамроҳ бўлиши мумкин. Шунинг учун бизнинг мақсадимиз ушбу патологиянинг олдини олиш ва даволаш усуллари ўзгартириш орқали ҳомиладор аёлларда бавосил асоратларининг натижасини яхшилашдир. Беморларнинг ёши ўртача 21 ± 2.3 дан 39 ± 2.3 ни ташкил қилди.

1-диаграмма Ўрганилаётган беморларнинг ёши бўйича тақсимланиши



1-диаграмма бўйича, ўрганилган беморлар орасида ўртача 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.

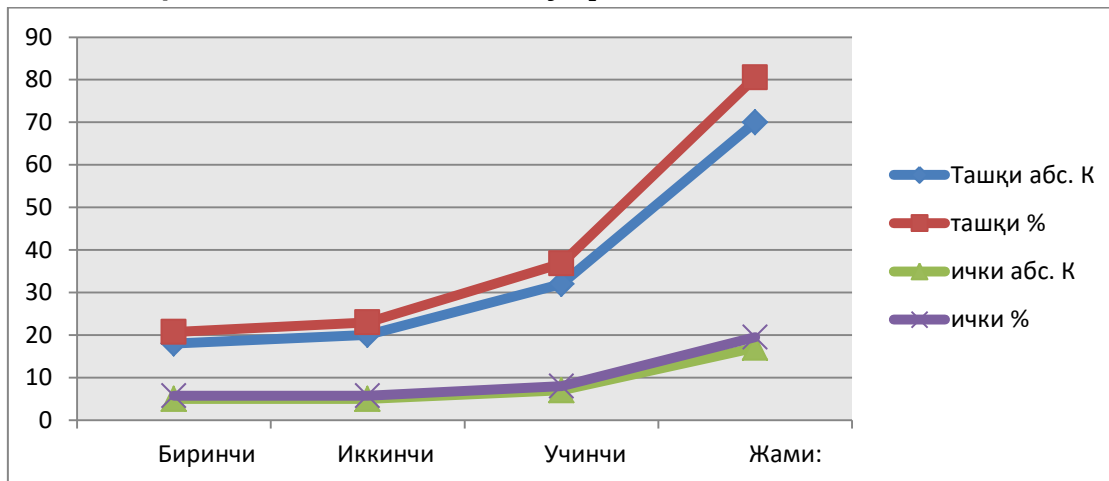
2-диаграмма. Сурункали бавосилда қон кетиш, тромбоз ва яллиғланишнинг ривожланиш босқичлари





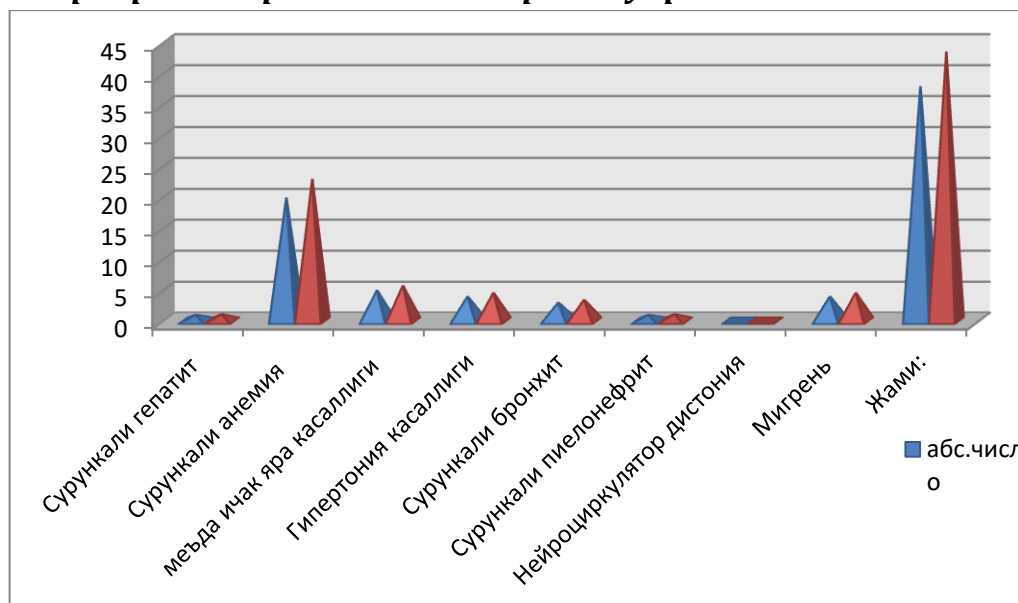
Еслатма: I -босқич-яллиғланиш реакциясиз ташқи ва ички бавосил тромбози; II -босқич тугунларнинг яллиғланиши билан бавосил тромбози; III-босқич-ташқи ва ички тугунлар тромбози, тери ости тўқимасининг яллиғланиши, перианал терининг шишиши, бавосил шиллиқ қаватининг некрози билан .

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



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

4-диаграмма. Ҳомиладорликнинг турли даврларида ва бавосил мавжуд беморларда хамрох 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 кўрсатади.





Назорат гуруҳидаги ҳомиладорлик даврида бавосилга учраган беморлар сони 44 нафарни ташкил этди. Ҳомиладорлик даврида бавосилнинг ўткир ва сурункали шакллари бўлган беморларни даволашда маҳаллий шамлари барча ҳолатларда, Дицинон препарати билан гемостатик терапия 2 млдан х 1маҳал 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.

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 ва асосий гуруҳларда летал ҳолатлар кузатилмади.

Хулосалар. Ҳомиладорлик даврида бавосил касаллигини комплексли даволаш ҳозирги босқичда қўлланиладиган анъанавий даволаш усулларида фарқли равишда 12,3±3,6% дан 4,1±1,7% гача даволашдан кейинги эрта ва узоқ муддатли даврларда қайталанишлар ва асоратлар хавфини камайтиради.

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

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Ахророва Л. Б. Выбор хирургической тактики лечения больных острым парапроктитом //Вопросы науки и образования. – 2021. – №. 27. – С. 152.
2. Ахророва Л. Б. Современные принципы диагностики и комплексного лечения геморроя у беременных// Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины.- 2019- С.5-7.
3. Саркисова Л. В. и др. Пути улучшения способов профилактики и лечения анемии беременных //Новый день в медицине. – 2019. – №. 2. – С. 275-279.





4. Шельгин Ю.А. Клинические рекомендации ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению геморроя // Колопроктология. – 2019. – № 1. – С. 7–38.

5. Яковлева О.Н. Морфогенез кавернозных образований и мышечно-связочного аппарата прямой кишки при геморрое. // автореф.дис. – 2011.- Москва.- с. – 23.

6. 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-

7. 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.000000000000144.

8. Bratthall D., Hansel-Petersson G. Cariogram-multifactorial risk assessment model for multifactorial disease // Community dent. oral epidemiol. – 2005. – Vol. 33. – P. 256–264.

9. 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.

10. Hikmatov J.S. Influence of intestinal microflora on the development of gallstone disease (literature review) //Вопросы науки и образования. – 2021. – №. 18 (143). – С. 29-40.

11. Muazzamov B. B. et al. Ways of prevention and treatment of complications after hernioplasty for hernias (An Original Article) //American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2020. – Т. 10. – №. 12. – С. 10101013.

12. 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.

