



ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА БАВОСИЛ КАСАЛЛИГИНИ ТАШХИСЛАШ, ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ДАВОЛАШ

Ахророва Лайло Барноевна

Бухоро давлат тиббиёт институти

Аннотатсия : *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. Аёлларда бавосил касаллигини пайдо бўлишининг асосий омилли бу ҳомиладорлик ва туғруқ ҳисобланади. Бу ич қотиши, бачадоннинг ичак деворларига босими ва дарвоза вена системасида қон ҳаракатининг сустлашиши кўринишида намоён бўлади. Ҳомиладор аёлларда бавосил касаллигини даволаш ва олдини олиш замонавий колопроктологиянинг энг долзарб муаммоларидан биридир. 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, шошилинч геморройэктомия ҳомиладор аёлларда 0,2% ни ташкил этади.*

Калит сўзлар: *бавосил, ҳомиладорлик, ташхислаш, профилактика, даволаш*

DIAGNOSIS, PREVENTION AND TREATMENT OF HEMORRHOIDS IN PREGNANT WOMEN

Akhrorova Laylo Barnoyevna

Bukhara State Medical Institute

Annotation: *According to statistics, hemorrhoids are 5% more common in women who have given birth than in nulliparous women. This disease occurs in 7.7% of non-pregnant women, 25.7% of pregnant women and 49.8% of women who have given birth. Pregnancy and childbirth are the main factors that cause cystitis in women. This manifests itself in the form of constipation, uterine pressure on the intestinal walls and slowing of blood flow in the portal vein system. Treatment and prevention of hemorrhoids in pregnant women is one of the most urgent problems of modern coloproctology. Treatment of hemorrhoids in pregnant women is somewhat different from the treatment of this pathology in all other people. Any drug used by a pregnant*





woman, even for topical use, cannot be considered completely safe for the fetus, therefore, the drug should be used during pregnancy only if necessary, and the potential benefit of the drug clearly outweighs the possible harm to the fetus. mother and fetus. In most cases, hemorrhoids in pregnant women can be treated with conservative measures, in rare cases, there is a need for hemorrhoidectomy. Thus, emergency hemorrhoidectomy in pregnant women is 0.2%.

Keywords: hemorrhoids, pregnancy, diagnosis, prevention, treatment

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 қилинади [45]. 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 бўлади [53]. 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].

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 ўтказилади, 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 маълумотларга қараганда бўлажак ёш оналарнинг 50% дан 80% гача бавосил касаллиги муаммоси кузатилган [10]. Маълумки ҳомиладорлик даврида бавосилни даволаш ўзига хос хусусиятларга эга бўлиб маҳаллий таъсир кўрсатадиган дори воситалари ҳомиладор она организмига ва ҳомила учун ҳам салбий таъсир кўрсатади [32, 33].

Ҳомиладор аёлларда бавосил касаллигини даволаш ва олдини олиш замонавий колопроктологиянинг энг долзарб муаммоларидан биридир [1,18,22].

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 [16,19].

Бавосилда касаллик жараёни ўткир ва сурункали кечиши мумкин. Аслида ушбу шакллар бир хил жараённинг босқичлари ҳисобланади. Ўткир бавосилда тугунларда тромбоз ривожланади, орқа чиқарув сохада оғриқ билан бирга кечади. Баъзи ҳолларда ўткир яллиғланиш перианал сохадаги 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 [20].

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 [21].

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 яхшилайти ва каверноз тўқимадаги микроциркуляцияни нормаллаштиради [19,22]. Касалликнинг биринчи энг ёмон асорати анал каналдан 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 хавfli ўсмаси, дивертикулёзи, носпецифик ярали ва гранулематоз колитининг белгис бўлиши мумкин [23]. 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 шубха бўлганда биопсия олиш зарурдир [24]. 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 [6,10].

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 [4,25]. 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 [26].

Шуни таъкидлаш керакки, ҳомиладор аёлларда бавосилнинг клиник кўриниши вақт ўтиши билан чўзилади. Касалликнинг бошида анусда ноҳуш сезгилар мавжуд булиб, улар дефикациядан кейин кўпаяди [4,27]. Кейинчалик қуйидаги симптомлар пайдо бўлади: оғриқ, бавосил тугунлар катталаниши, қон кетиш, анал қичишиши [7,9]. 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 [28]. 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 [29]. Туғруқдан сўнг ануснинг сфинктери аста-секин қисқаради, ички тугунлар кичрайдилар ва мустақил равишда тўғриланади, аммо сфинктернинг тез қисқариши билан тугунлар сиқилиши ва ўткир бавосил ривожланиши мумкин [6,10]. Сурункали бавосилнинг ўткир ва бошланғич босқичларида консерватив даво ўтказилади. Терапиянинг мақсади оғриқ ва яллиғланишни бартараф етиш, тўғри ичакда қон айланишини нормаллаштиришдир [30].

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 [31]. Шу билан бирга, клечаткага бой озиқ-овқатларни ўз ичига олган парҳез буюрилади: сабзавот, мева, унли маҳсулотлар. Аччиқ таомлар, зираворлар ва спиртли ичимликлар рациондан чиқарилиши керак [6,7,52]. Ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврда бавосил нафақат беморнинг ҳолатига, балки ҳаёт сифатига сезиларли таъсир қилади. Ҳомиладор ёки емизлик аёлни даволаш учун препаратни танлашда беморнинг ҳавфсизлигини, шунингдек, ҳомила ва янги туғилган чақалоқни ва даволашнинг якуний таъсирини ҳам ҳисобга олишимиз керак [32,35]. 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 [5,34]. 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 [7]. 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 [36,37].

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 "кўрқишади". Чунки бавосил касаллигини даволаш учун дори-дармонларнинг деярли барча кўрсатмаларида ҳомиладор аёлларда фойдаланиш тавсия этилмайди ёки эҳтиёткорлик билан тавсия етилади [4,11,38].

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 [12].

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 [39]. 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 [40]. 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 [41]. 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 [5,15,42]. Бавосилни даволашнинг "олтин стандарти" геморройэктомия XX асрнинг ўрталаридан қўлланилиб келинаётган жарроҳлик усулидир [13]. АҚШ ва Европа мамлакатларида, одатда геморройэктомия ҳозирда фақат беморларнинг 17-21% да амалга оширилади, қолганида эса даволаш минимал инвазив усуллардан фойдаланилади [16,17,43]. Шу билан бирга, Россияда геморройэктомия енг кенг тарқалган даволаш усули бўлиб, у беморларнинг 75% да амалга оширилади ва минимал инвазив усуллар фақат 3% беморларда қўлланилади [9,22,25,26,44]. 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 [15].

Сўнгги йилларда, даволашнинг мустақил усули сифатида жарроҳлик беморларнинг фақат 20-25% ишлатилади, ва ҳатто айти пайтда фақат бавосилнинг кеч босқичларида амалга оширилади [8]. 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, 14]. 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 [9, 15,46,52]. Бундан ташқари, муҳими касаллик кўзишини 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 [47].

Аввало, ич қотишига қарши курашиш ва узоқ 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 [48]. 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 [47,48,52]. 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 суюқликни мунтазам истеъмол қилиш; Ўсимлик ва зиғир уруғлари чет елда тез-тез ишлатилади. Агар ич кетишга мойил бўлса, сўрилишни яхшиловчи адсорбентлар, фермент ва бактериал препаратлар ҳамда ингичка ва катта ичак перисталтикасига таъсир этувчи моддалар қабул қилиш мақсадга мувофиқдир [1,49]. Анал соҳаси ва қорин девори мушакларининг мустаҳкамлигини ошириш, кичик чаноқ соҳасидаги томирларида димланишни камайтириш, жисмоний терапия, гигиеник гимнастика йўғон ичак функциясини яхшилашга ёрдам беради. Шунингдек, чаноқ суяги кўтарилган ҳолда кунига 2-3 марта 15 дақиқа давомида, масалан, кичик ёстиқда ётиш тавсия этилади [9 11,50]. Гипотермия, айниқса, тананинг пастки қисмида совуқ юзада ўтирмаслик, узоқ (1 соатдан ортиқ) юришдан ва тик турган ёки ўтирган ҳолатда узоқ ишлашдан сақланиш жуда муҳимдир [51]. Ҳар бир дефекациядан кейин шахсий гигиена воситаларидан фойдаланиш яхши профилактик таъсирга эга. Илиқ 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 [10, 14]. 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]. Умумий даволашнинг асосини вена тонусининг ошишига, каверноз таначаларда микросиркуляциянинг яхшиланишига ва уларда қон оқимининг нормаллашишига таъсир этувчи флеботроп препаратлардан фойдаланиш ташкил этади [7, 11]. Бу гуруҳ гливенол, рутозид, сикло-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, 8, 10].

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 қилиш 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.

Хулоса қилиб айтганда, кўп ҳолларда, ҳомиладор аёлларда бавосил консерватив воситалар билан даволаш мумкин, ва камдан-кам ҳолларда геморройэктомия учун еҳтиёж бўлади. Шундай қилиб, шошилинич геморройэктомия ҳомиладор аёлларда 0,2% ни ташкил этади. [12]. 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 озик моддалар мунтазам ва етарли истеъмол фонида ўсимлик толасига бой парҳез буюрилади. Албатта, ҳар доим табиий ашёлардан тайёрланган, шу жумладан, энг самарали ва хавфсиз дори-дармонлар берилди.





ФЙДАЛАНИЛГАН 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. Ахророва Л.Б. Ҳомиладор аёлларда геморрой касаллигини даволашнинг замонавий усуллари // Ҳомиладор аёлларда геморрой касаллигини даволашнинг замонавий усуллари. – 2022. – №. 12. – С. 25-31.
5. Ахророва Л.Б, Сулаймонов Ж.О, Бозоров Д.П, & Ҳикматов Ж.С. (2022). Бавосил – XXI аср касаллиги: ҳомиладор аёлларда бавосил касаллигини даволаш. Involta Scientific Journal, 1(5), 270–278.
6. Башанкаева Б.Н. Симпозиум «геморроидальная болезнь:мировые тенденции и практические рекомендации» в рамках национального хирургического конгресса.// медицинский совет.-2017.- №11.-с.108-109.
7. Благодарный Л.А. Комбинированная фармакотерапия залог успешного лечения острого и хронического геморроя.//хирургия.- 2014.-№2.- с.68-69.
8. Благодарный Л.А.Выбор медикаментозной терапии геморроя.//хирургия.-2013.-№2.-с.30-31.
9. Благодарный Л.А.Что должен знать амбулаторный врач о консервативном лечении геморроя.// Амбулаторная хирургия.-2016.-№3- 4.- с.63-64.
10. Бурков С. Г.Запоры беременных:современный взгляд на проблему.// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.- 2017.-№ 8.-с.97-98.
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. Гейниц А.В. Лазеры в хирургическом лечении геморроя / А.В. Гейниц, Т.Г. Елисова // Лазер. медицина. – 2009. – № 1. – С. 31–35.
13. Грошилин В.С. и др. Малоинвазивные хирургические технологии в лечении больных с хроническим геморроем // Медицинский вестник северного кавказа. – 2017. – № 12 (4). – С. 394–397.
14. Гусева О.И. Геморрой при беременности.// Практическая медицина.- 2017.- №6(107).-с.173-174.



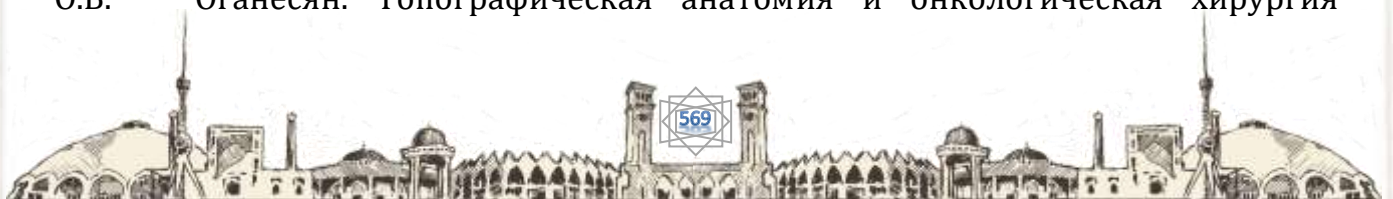


15. Загрядский Е.А. Современная тактика лечения острого геморроя.// Амбулаторная хирургия.-2019.-№ 1-2 (73-74).-с.114-115.
16. Ивануса С.Я., Литвинов О.А., Житихин Е.В. Новый вариант хирургического лечения хронического комбинированного геморроя iii-iv стадии.// Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова.-2014. -№2.-с.25-26.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. Мадаминов А.М., Т.А. Осмонов. Геморрой.//Учебно-методическое пособие.- Бишкек.- 2005.-с.38.
21. Медведь В.И., В.А. Бенюк, С.Д. Коваль. Венозные осложнения у беременных.// Медицинские аспекты здоровья женщины. -2010.-№ 7(35).-с.28-30.
22. Медкова Юлия Сергеевна. Выбор метода лечения геморроидального тромбоза у беременных и родильниц.// Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва – 2019. - 112 с.
23. Мудров А.А. Периоперационное ведение пациентов с хроническим геморроем // Медицинский совет.-2012.-№8.-с.40-41.
24. Муравьев А.В. и др. Метод геморроидэктомии как профилактика анального стеноза у больных с предрасположенностью к грубому рубцеобразованию // Медицинский вестник северного кавказа. – 2017. – № 12 (4). – С. 394–3.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. Парфенов А.И. Геморрой.// Медицинский совет.-2010.-№9-10.-с.17-18-19.
29. Парфенов А.И. Геморрой.//Медицинский совет.-2010.-№9-10.-с.17





30. Практикум по психологии состояний: Учебное пособие /О.А. Прохорова. – СПб: Речь, 2004. С.121–122.
31. Ривкин В. Л. Геморрой у беременных: особенности течения и лечения // Consiliummedicum: Экстрагенитальная патология. – 2010. – Т. 12. – № 6. – С. 55–56.
32. Ривкин В.Л., Амбулаторное лечение геморроя.// Амбулаторная Хирургия.- 2014.-№3–4(55–56).-с.36-37.
33. Ривкин В. Л. Современные концепции Патогенеза и лечения геморроя. // Медицинский совет.-2013.-№2.-с.103-104.
34. 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.
35. 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.
36. Сотников В. М ., С. Е. Каторкин, П . С. Андреев. Лечение п ациентов с комбинированным геморроем малоинвазивными м етодами в амбулаторных условиях.// Медицинский вестник северного кавказа.-2019.-№ 1.1.-с.33-34.
37. 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.
38. 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.
39. 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.
40. Титов А.Ю., к.м.н., А.А. Мудров. Дезартеризация внутренних геморроидальных узлов со склеротерапией.// Медицинский совет.-2012.-№9.-с.94-95-96.
41. 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.
42. Туркина С.В. Нарушения функции кишечника у беременных: Гестационный запор.// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.- 2016.-№8.-С. 89-90.
43. 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.

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

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

46. Batchelor P. The limitations of a «high-risk» approach for prevention of dental caries // Community dent. oral epidemiol.– 2002. – Vol. 30. – P. 302–312.

47. 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.

48. 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.

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

50. 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.

51. Hemorrhoids in pregnancy./ Staroselsky MD Alejandro A. Nava-Ocampo MD Sabina Vohra Gideon Koren MD FRCPC.//Motherisk Update.-2008.-№5.-с.187-188.

52. Hikmatov J.S., Yo'ldoshev U.H. Influence of intestinal microflora on the development

53. of gallstone disease (literature review) // Вопросы науки и образования. 2021. №18 (143).

54. 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).-с.325-331.

