

VILNIAUS UNIVERSITETAS

DIANA BUŽINSKIENĖ

**NĖŠČIŪJŲ IR GIMDYVIŲ IŠANGĖS LIGŲ DAŽNIS, RIZIKOS
VEIKSNIAI IR ĮTAKA MOTERS GYVENIMO KOKYBEI**

Daktaro disertacija

Biomedicinos mokslai, medicina (06 B)

Vilnius, 2015

Disertacija rengta Vilniaus universiteto Medicinos fakultete 2010–2015 metais
Akušerijos ir ginekologijos klinikoje.

Disertacija ginama eksternu.

Moksliniai konsultantai:

Prof. dr. Gražina Drąsutienė (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, medicina
– 06 B)

Doc. dr. Tomas Poškus (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, medicina –
06 B)

TURINYS

1. ĮVADAS	6
2. DARBO TIKSLAS	7
3. DARBO UŽDAVINIAI	7
4. DARBO AKTUALUMAS IR NAUJUMAS, MOKSLINĖ REIKŠMĖ	8
5. GINAMIEJI DISERTACIJOS TEIGINIAI	9
6. LITERATŪROS APŽVALGA.....	10
6.1. MOTERS IŠANGĖS KANALO ANATOMIJA IR FIZIOLOGIJA.....	10
6.2. DAŽNIAUSIOS NĖŠČIOS MOTERS IŠANGĖS KANALO LIGOS.....	12
6.2.1. HEMOROJUS.	12
6.2.2. IŠANGĖS ĮPLĖŠA.	13
6.3. IŠANGĖS LIGŲ ETIOLOGIJA IR PATOGENEZĖ.....	14
6.4. NĖŠČIŲJŲ, GIMDYVIŲ IR MOTERŲ PO GIMDYMO IŠANGĖS LIGŲ PAPLITIMAS.	17
6.5. NĖŠČIŲJŲ, GIMDYVIŲ IR MOTERŲ PO GIMDYMO IŠANGĖS LIGŲ RIZIKOS VEIKSNIAI	21
6.5.1. GENETINIS POLINKIS (PAVELDIMUMO VEIKSNIAI)	21
6.5.2. IKI NĖŠTUMO BUVĘS HEMOROJUS.....	21
6.5.3. NĖŠČIOSIOS SOCIALINĖ PADĖTIS, IŠSILAVINIMAS.....	22
6.5.4. NĖŠČIOSIOS AMŽIUS.	22
6.5.5. KŪNO MASĖS INDEKSAS IKI NĖŠTUMO.....	23
6.5.6. MOTERS MITYBA.....	23
6.5.6.1. VIDURIŲ UŽKIETĖJIMAS, DISCHEZIJA	24
6.5.7. BUVUSIŲ NĖŠTUMŲ IR GIMDYMŲ ĮTAKA IŠANGĖS LIGOMS.....	27
6.5.8. UŽSITĖSĘS NĖŠTUMAS	28
6.5.9. GIMDYMO TRUKMĖ	28
6.5.10. NAUJAGIMIO SVORIS.....	28
6.5.11. GIMDYMO BŪDAS	29
6.5.12. TARPVIETĖS VIENTISUMO PAŽEIDIMAS GIMDANT (KIRPIMAS, PLYŠIMAS)	32
6.6. IŠANGĖS LIGŲ ĮTAKA MOTERS GYVENIMO KOKYBEI.....	32

6.7. IŠANGĖS LIGŲ TYRIMAI LIETUVOJE.....	33
7. TYRIMO METODIKA	34
8. TYRIMO REZULTATAI.....	40
8.1. NĖŠČIŲJŲ IR GIMDYVIŲ IŠANGĖS LIGOS IR JŲ DAŽNIS, ATSIRADIMO LAIKAS, IŠANGĖS LIGŲ SIMPTOMAI.....	40
8.2. NĖŠČIŲJŲ IR GIMDYVIŲ IŠANGĖS LIGŲ RIZIKOS VEIKSNIAI	42
8.2.1. GYVENIMO ANAMNEZĖ.....	42
8.2.2. GINEKOLOGINĖ ANAMNEZĖ.....	46
8.2.3. MITYBA ŠIO NĖŠTUMO METU.....	50
8.2.4. NĖŠČIŲJŲ PAVIRŠINIŲ KOJŲ VENŲ VARIKOZĖ	53
8.2.5. DABARTINIO NĖŠTUMO YPATUMAI: LIGOS	53
8.2.6. DABARTINIO GIMDYMO YPATUMAI.....	53
8.2.7. NĖŠČIOSIOS IR GIMDYVĖS FIZINĖ BŪKLĖ	62
8.2.8. NAUJAGIMIO FIZINĖ BŪKLĖ	65
8.2.9. MOTINOS IR NAUJAGIMIO FIZINĖS BŪKLĖS SAŠAJOS	67
8.3. NĖŠČIŲJŲ IR GIMDYVIŲ IŠANGĖS LIGŲ ĮTAKA MOTERS GYVENIMO KOKYBEI.....	67
8.4. DAUGIANARĖ LOGISTINĖ REGRESIJA.....	69
9. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS.....	70
10. IŠVADOS	92
11. REKOMENDACIJOS.....	92
12. LITERATŪROS SĄRAŠAS	93
13. MOKSLINIŲ STRAIPSNIŲ IR PRANEŠIMŲ PUBLIKACIJOS DISERTACIJOS TEMA	108
14. PRIEDAI:	
14.1. BIOMEDICININIO TYRIMO „NĖŠČIŲJŲ IŠANGĖS LIGOS“ ASMENS INFORMAVIMO FORMA.....	110
14.2. BIOMEDICININIO TYRIMO „NĖŠČIŲJŲ IŠANGĖS LIGOS“ INFORMUOTO ASMENS SUTIKIMO FORMA.....	112
14.3. BIOMEDICININIO TYRIMO „NĖŠČIŲJŲ IŠANGĖS LIGOS“ ANKETA PACIENTEI.....	113
14.4. BIOMEDICININIO TYRIMO „NĖŠČIŲJŲ IŠANGĖS LIGOS“ ANKETA GYDYTOJUI.....	129

14.5. BIOMEDICININIO TYRIMO „NĖŠČIŲJŲ IŠANGĖS LIGOS“ CHIRURGO KOLOPROKTOLOGO KONSULTAVIMO ANKETA....	134
14.6. VILNIAUS REGIONINIO BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETO LEIDIMAS.....	137

1. ĮVADAS

Demografinė situacija, mažas gimstamumas ir neigiami natūralaus prieaugio poslinkiai įpareigoja Lietuvos medicininę bendruomenę – akušerius ginekologus, neonatologus, perinatologus ir šeimos gydytojus – suteikti nėščiosioms maksimalią pagalbą, kad kiekvienas nėštumas baigtųsi sveiko vaiko gimimu ir gera moters gyvenimo kokybe. Išoriniai veiksniai – netinkama motinos mityba, žalingi įpročiai, fizinio aktyvumo stoka stipriai veikia ne tik vaisių, bet ir pačią nėščiąją, turi įtakos įvairioms ligoms tiek nėštumo metu, tiek laikotarpiu po gimdymo.

Nors nėštumas yra fiziologinė būklė, tačiau nėščioji patiria ryškius antropometrinius, kūno sudėjimo, vidaus organų topografijos ir įvairių medžiagų apykaitos grandžių pokyčius, kurie gali turėti įtakos nėščiujų, taip pat iki nėštumo persirgtoms ir remisijos būklės ligoms.

Ryškūs hormoniniai, anatominiai ir mažojo dubens kraujotakos pokyčiai nėštumo laikotarpiu turi tiesioginės įtakos tiesiosios žarnos ir išangės sričiai. Nėštumas ir gimdymas yra išangės ligas predisponuojantys veiksniai. Išorinio hemorojaus trombozė ir įplėša yra dvi dažniausios išangės patologijos priežastys nėštumo ir gimdymo laikotarpiu [1]. Šios ligos ne tik sutrikdo normalią nėštumo, gimdymo ar laikotarpio po gimdymo eigą, bet taip pat gali būti moters blogos gyvenimo kokybės ateityje priežastis.

Išangės ligų aktualumą liudija ir tas faktas, kad hemorojus yra jau seniai aprašytas istoriniuose šaltiniuose [2, 3]. Nuorodų galima aptikti Babilono, senovės Egipto, Graikijos ir Hebrajų kultūros šaltiniuose. Pirmieji istoriniai faktai rasti Mesopotamijos laikais, daugiau nei prieš 4000 metų (Parks 1955) [4]. Šventajame Rašte nurodyta, kad Viešpats nubaudė filistiniečius „ligomis slaptinėje pasturgalio dalyje“ už tai, kad šie pavogė Dievo skrynią iš izraelitų ir pastatė ją savo šventykloje (Pirmoji Samuelio, arba Karalių knyga, 5,6).

Tiesiosios žarnos ir išangės patologija išlieka aktuali ir šiandien. Šių ligų dažnis bendroje Vakarų populiacijoje svyruoja nuo 4 % iki 10 % [5]. JAV per metus hemorojus diagnozuojamas bemaž vienam milijonui 45–65 metų amžiaus gyventojų. Vienas iš rizikos veiksnių susirgti hemorojumi yra vyresnis amžius. Net 50 % vyresnių nei 50 metų žmonių vargina hemorojaus sukeliami simptomai [2]. Nors kai kurių autorių duomenimis ligos paplitimas tarp lyčių nesiskiria, tačiau

epidemiologiniais tyrimais nustatyta, kad moterys serga dažniau – joms hemorojaus dažnis siekia 24,8 % [3]. Šios ligos klinikinė raiška yra dažnesnė reprodukcinio amžiaus moterims, ypač nėščiosioms.

Lietuvoje apie nėščiųjų išangės patologiją skelbiama populiariojoje spaudoje, tačiau iki šiol nėra nė vieno mokslinio medicininio nėščiųjų tyrimo šia tema, nėra sergamumo išangės patologija Lietuvoje duomenų. Mūsų atliktas tyrimas yra pirmasis nėščiųjų ir gimdyvių išangės ligų perspektyvusis kohortinis tyrimas, kuriame moterys buvo stebėtos visą nėštumo laikotarpį ir pirmą mėnesį po gimdymo, nustatytas šių ligų dažnis ir rizikos veiksniai, įtaka moters gyvenimo kokybei.

2. DARBO TIKSLAS

Įvertinti nėščiųjų ir gimdyvių išangės ligas, dažnį, jų ryšį su moterų fizine ir sveikatos būkle, nėštumo ir gimdymo ypatumais bei naujagimio fizinės būklės rodikliais, išangės ligų rizikos veiksnius ir šių ligų įtaką moters gyvenimo kokybei.

3. DARBO UŽDAVINIAI

1. Nustatyti nėščiųjų ir gimdyvių išangės ligas, jų dažnį, atsiradimo laiką nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo.
2. Įvertinti nėščiųjų, gimdyvių ir pagimdžiusių moterų išangės ligų rizikos veiksnius:
 - moterų gyvenamosios, demografinių ir antropometrinių rodiklių sąsajas su išangės ligomis,
 - nėštumo ir gimdymo ypatumų (gimdymo būdo, trukmės) įtaką išangės ligų atsiradimui po gimdymo,
 - naujagimio antropometrinių rodiklių sąsajas su išangės ligomis po gimdymo.
3. Įvertinti nėščiųjų, gimdyvių išangės ligų įtaką moters gyvenimo kokybei.

4. DARBO AKTUALUMAS IR NAJUMAS, MOKSLINĖ REIKŠMĖ

Pastarųjų dešimtmečių žmonių gyvenamosios, socialinių ir ekonominių veiksnių pokyčiai neišvengiamai turėjo įtakos Lietuvos neigiamiems demografinių rodiklių poslinkiams.

Mažas gimstamumas, nėščiujų sergamumas ir moterų po gimdymo gyvenimo kokybė yra artimai tarpusavyje susiję veiksniai. Klinikistams tenka ieškoti motinos, vaisiaus, naujagimio rodiklių sąsajų. Todėl kiekvienos nėščiujų patologinės būklės įtakos vaisiaus ir naujagimio sveikatai paieška yra labai svarbi ir nuolat aktuali, nes tai yra susiję su ateities kartos sveikata.

Labai svarbi, aktuali ir iki šiol dar nepakankamai ištirta yra nėščiujų ir gimdyvių koloproktologinė patologija. Literatūros duomenimis, hemorojus – pati dažniausia moterų išangės liga nėštumo, gimdymo metu ir laikotarpiu po gimdymo – vargina apie vieną trečdalį moterų. Po gimdymo hemorojaus simptomai dažniausiai regresuoja, tačiau paprastai visai neišnyksta. Tai aprašyta daugelyje moterų apklausos mokslinių tyrimų [6–10]. Nėščiujų išangės ligų savidiagnostika yra labai netiksli [11], tiksli išangės patologijos diagnostika bei atsiradimo priežastys nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo nurodytos tik keliuose moksliniuose tyrimuose [12–15]. Naujai atliktuose tyrimuose yra nurodyti hemorojaus ir išangės įplėšos rizikos veiksniai trečiuoju nėštumo trečdaliu ir laikotarpiu po gimdymo – vidurių užkietėjimas ir užsitęsęs nėštumas [12]. Iki šiol nėra atlikta nė vieno perspektyvaus mokslinio tyrimo, kuriame nėščiosios būtų stebėtos viso nėštumo laikotarpiu ir po gimdymo, nustatytas nėščiujų ir gimdyvių išangės ligų dažnis ir rizikos veiksniai bei šių ligų įtaka moters gyvenimo kokybei. Nėra taip pat sisteminio akušerių ginekologų ir chirurgų koloproktologų bendradarbiavimo gydant nėščiąsias ir moteris po gimdymo nuo išangės ligų.

Sergamumas išangės ligomis Lietuvoje nėra žinomas. O kokia gi vieta šių ligų sąrašė tenka nėščiujų išangės ligoms, kokie rizikos veiksniai yra susiję su šiomis nėščiujų ligomis? Kokie veiksniai koreguotini siekiant išvengti nėščiujų išangės ligų Lietuvoje, koks yra šių ligų ryšys su gimdymo patologija, naujagimio fizine būkle? Šiandien nėra atlikta nė vieno perspektyviojo tyrimo, kuriame moterų būtų stebimos visą nėštumą ir ankstyvuoju laikotarpiu po gimdymo ir nėščiujų išangės ligas diagnozuotų chirurgai koloproktologai.

Todėl šis mokslinis darbas, kuriame moterys buvo stebėtos visą nėštumo laikotarpį ir pirmąjį mėnesį po gimdymo ir kuriame buvo nagrinėjami nėščiujų ir gimdyvių išangės ligų rizikos veiksniai, dažnis, jų ryšys su naujagimio sveikata, pagimdžiusių moterų gyvenimo kokybe, yra aktualus, naujas ir papildantis Lietuvos ir kitų šalių mokslininkų, nagrinėjančių šią patologiją, tyrinėjimus. Jo rezultatai padės išsiaiškinti nėščiujų ir gimdyvių išangės ligų rizikos veiksnius, numatyti jų profilaktikos priemones ir laiku skirti gydymą, pasitelkiant gydytojus specialistus – dietologus, gastroenterologus, proktologus, chirurgus, siekiant išvengti nėščiujų išangės patologijos, kuri neabejotinai siejasi ne tik su moterų gyvenimo kokybe, bet ir su storosios žarnos patologija ateityje.

5. GINAMIEJI DISERTACIJOS TEIGINIAI

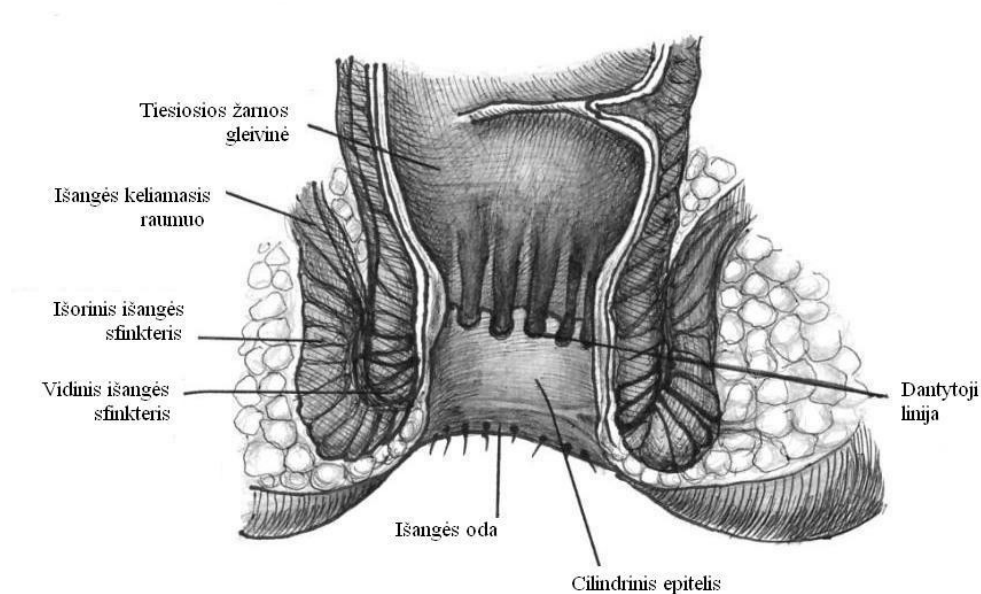
1. Išangės ligos – dažna patologija nėštumo ir gimdymo laikotarpiu, dažniausiai atsiranganti trečiuoju nėštumo trečdaliu ir pirmą ar antrą parą po gimdymo.
2. Vidurių užkietėjimas nėštumo laikotarpiu, iki nėštumo buvusios išangės ligos, gimdymo ypatumai (stangų laikotarpio trukmė, gimdymo būdas), naujagimio svoris yra tiesiogiai susiję su moterų išangės patologija po gimdymo.
3. Išangės ligos blogina nėščiosios ir gimdyvės gyvenimo kokybę.

6. LITERATŪROS APŽVALGA

Literatūros apžvalgai rinkti moksliniai straipsniai, naudojantis PUBMED, MEDLINE, COCHRANE DATABASE elektroninės bibliografijos duomenų bazėmis, visateksčių duomenų baze *Blackwell Synergy*, *Springer Link*, *Science Direct*. Paieškos reikšminiai žodžiai: *hemorrhoids*, *anal fissure*, *pregnancy*, *delivery*, *incidence*, *prevalence*, *risk factors*, *quality of life*, *costipation*.

Papildomai panaudoti Lietuvos mokslininkų ankstesni nei paskutinio dešimtmečio straipsniai mūsų nagrinėjamos temos klausimu bei straipsnių apžvalgos.

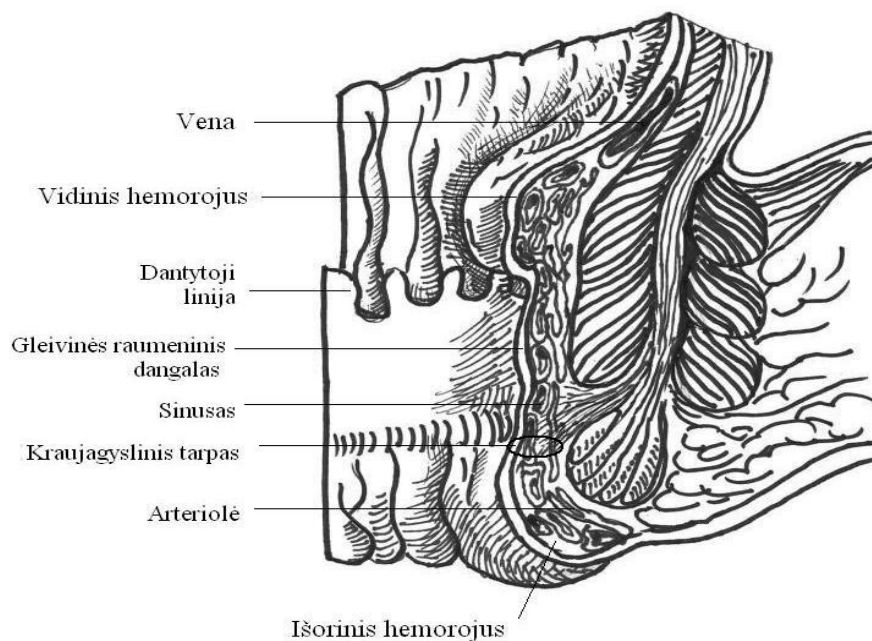
6.1. Moters išangės kanalo anatomija ir fiziologija



1 pav. Moters išangės kanalo anatomija

Žmogaus išangės kanalo sudedamosios dalys yra išangės pagalvėlės [16]. Jas sudaro sustorėjęs pogleivis, kraujagyslės (arteriolės, venulės bei arteriolių ir venulių jungtys), lygiųjų raumenų skaidulos ir jungiamasis audinys [17–19]. Tai įprastinė anatinė struktūra, sudaryta iš kraujagyslių, lygiųjų raumenų ir elastinio jungiamojo audinio, esančio virš dantytosios linijos [4, 20–23]. Šią struktūrą, kuri yra tiesiosios žarnos distalinės dalies pogleivyje, turi visi žmonės. Išangės pagalvėlėms slystant žemyn dėl išangės pogleivio raumens (*m. submucosae ani*, Treitzo raumens) bei gausiai yrančio elastinių skaidulų sluoksnio kraujagyslinis audinys hipertrofuoja ir

persipildo krauju. Dėl minėtų pataloginių pakitimų išvirtusiose išangės pagalvėlėse atsiranda hemorojus – liga, pasireiškianti kraujavimu iš hipertrofuotų išangės pagalvėlių, jų iškritimo ar kraujagyslinių tarpų trombozės simptomais [24–27] (2 pav.).



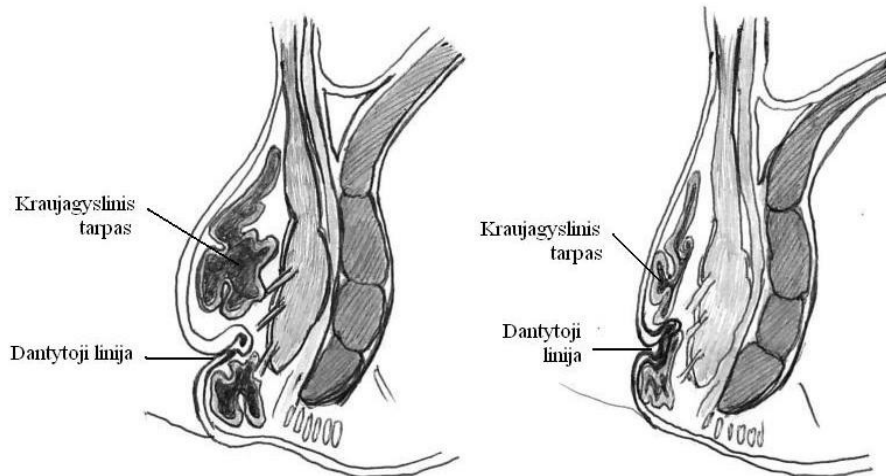
2 pav. Išangės pagalvėlės, vidinis ir išorinis hemorojus

Embriogenezės laikotarpiu tiesioji žarna ir nevalingas raukas vystosi iš endodermos, o išangės kanalas – iš ektodermos. Kaverniniai kūneliai matomi žmogaus embrione jau nuo aštuntosios nėštumo savaitės. [28]

Išangės pagalvėlės kartu su nervų ir raumenų sistemos kompleksu (raukais, nervais, gleivine ir oda) dalyvauja fiziologiniame išmatų sulaikymo procese [27–29]. Esant normaliai kaverninių kūnelių sandarai, išangės raukui susitraukus, visi kraujagysliniai kūneliai persipildo krauju, todėl jie padidėja ir „uždaro“ išangės kanalą (3 pav., a). Šiam raukui atsipalaidavus, kraujagyslės ištuštėja ir išangės kanalas praplatėja, t. y. „atsidaro“ ir vyksta normalus fiziologinis tuštinimasis (3 pav., b)[22]. Išangės pagalvėlės yra svarbios ir skystų, kietų išmatų bei dujų diferenciacijai žmogaus išangės kanale [30].

MAŽAS SPAUDIMAS

DIDELIS SPAUDIMAS



3 pav. Išangės pagalvėlių funkcijos schema

3 pav. a)

3 pav. b)

1975 m. W. H. F. Thomsonas pirmasis pasiūlė kaverninių kūnelių išsidėstymo trijose tipinėse vietose koncepciją – ties 3, 7 ir 11 valandomis ligoniui, gulinčiam litotominėje padėtyje, – kuri naudojama iki šių dienų: kairiojoje šoninėje, dešiniojoje priekinėje šoninėje ir dešiniojoje užpakalinėje šoninėje [16, 20, 21, 28, 31–34]. Kaverniniai kūneliai pasiskirsto į tris sankaupas ties nurodytomis valandomis taip, kaip išsidėsčiusios viršutinės tiesiosios žarnos arterijos galinės šakos [31]. Kadangi į kaverninius kūnelius kraujas atiteka per viršutinę tiesiosios žarnos arteriją, įrodyta, kad šios arterijos šakų kiekis ir išsidėstymas nulemia būtent tokią lokalizaciją. Anatominei sandarai būdinga dar ir tai, kad arteriolės įteka tiesiai į kaverninius kūnelius (kraujagyslines ertmes), neišsišakodamos į kapiliarus, o iš jų kraujas išteka į venules [31], taigi ūminiu hemorojaus laikotarpiu tai gali lemti gana intensyvų kraujavimą.

6.2. Dažniausios moters išangės kanalo ligos: hemorojus ir išangės įplėša

Hemorojus – liga, pasireiškianti kraujavimu iš hipertrofuotų išangės pagalvėlių, pagalvėlių iškritimo ar kraujagyslinių tarpų trombozės simptomais [26] (2 pav.).

Klasifikacija:

Hemorojus pagal kaverninių kūnelių lokalizaciją skirstomas į išorinį ir vidinį [27, 32, 33, 35].

Išorinis hemorojus – kraujagysliniai tarpai (kaverniniai kūneliai) esantys žemiau *linea anocutanea*, dengiami daugiasluoksnio plokščiojo epitelio [17, 33, 35]. Kaverniniai kūneliai, esantys virš dantytosios linijos, kurių kraujotaka prasideda viršutiniame hemorojiniame rezginyje, o baigiasi vartų venos baseine, priskiriami vidiniams. Jie yra dengiami stulpinio epitelio ir pasižymi menka inervacija [5, 17, 32, 33]. Paprastai vidinis hemorojus būna neskausmingas, tačiau gali išvirsti arba kraujuoti [27]. Išorinio hemorojaus atveju kaverniniai kūneliai yra žemiau dantytosios linijos. Į juos kraujas atiteka iš apatinio hemorojinio rezginio, o nuteka į apatinės tuščiosios venos baseiną. Jie yra dengiami plokščiuojo epitelio [5, 17, 32, 33]. Skirtingai nuo vidinio hemorojaus, išorinis hemorojus yra skausmingas [33]. Kartais išskiriamas ir mišrus tipas, kai vienu metu yra ir vidinis, ir išorinis hemorojus – kaverniniai kūneliai, prasidedantys iš viršutinio ir apatinio hemorojinio rezginio ir jų anastomozų [32, 37]. J. Goligher [5, 17, 24, 25, 33, 37–39, 40] vidinį hemorojų suskirstė pagal iškritimo laipsnį:

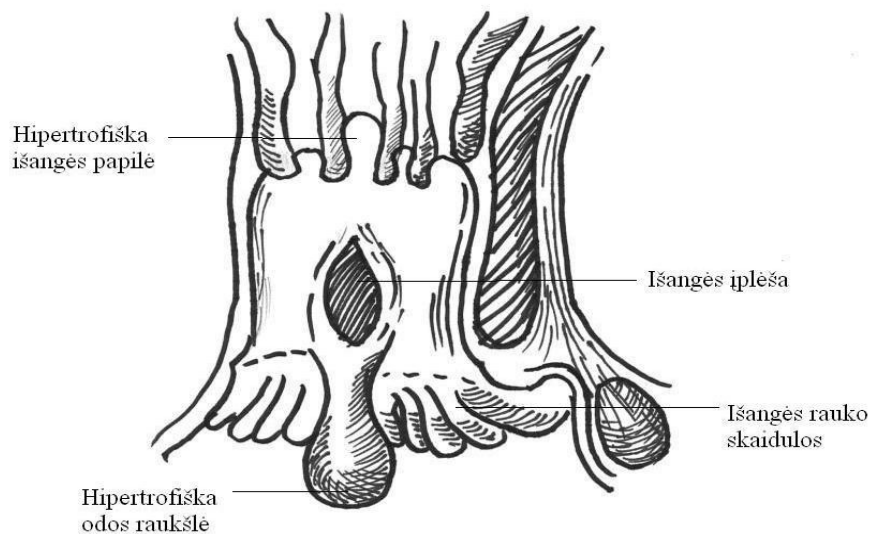
I laipsnis – hemorojiniai mazgai maži, neiškrenta iš išangės kanalo, tačiau gali pasireikšti kraujavimu arba gali būti matomi anoskopijos būdu;

II laipsnis – vidiniai hemorojiniai mazgai išlenda tuštinantis arba stanginantis, tačiau po to savaime grįžta į išangės kanalą,

III laipsnis – vidiniai hemorojiniai mazgai išlenda tuštinantis arba stanginantis ir savaime negrįžta į išangės kanalą, tačiau juos galima ranka įstumti į išangės kanalą,

IV laipsnis – vidiniai hemorojiniai mazgai išlindę kartu su dantytąja linija, negrįžta į išangės kanalą, paprastai juos jau dengia plokščiojo epitelio lopai.

Išangės įplėša yra linijinė išangės kanalo opa, kuri tęsta nuo dantytosios linijos iki išorinės išangės angos [18] (4 pav.).



4 pav. Išangės įplėša

Ji dažniausiai aptinkama dorsalinėje išangės srityje ties viduriu arba šalia vidurio, kartais ir ties viduriu tarpvietės link arba priekinėje dalyje [18]. Išangės įplėša skirstoma į ūminę ir lėtinę [18, 41]. Ūminei įplėšai būdingas anodermos įtrūkimas apie 1–2 cm ilgio išilgai išangės kanalo ašies, lygiais kraštais, prasidedantis nuo dantytosios linijos [18], o lėtinė turi būdingą morfologinę triadą – ties išangės įplėšos kaudaliniu galu susidaro odos gumburėlis, ties įplėšos kranialiniu galu, dantytosios linijos srityje – hipertrofavęs išangės spenelis, o pačios įplėšos dugne matomos vidinio išangės rauko skaidulų [18]. Apie 90 % pacientų išangės įplėša yra ties viduriu – dorsaliai, apie 5–7 % pacientų – ties vidurine linija ventraliai [18].

6.3. Išangės ligų etiologija ir patogenezė

Iki šiol nėra tiksliai aiški hemorojaus atsiradimo priežastis. Nors daugelyje literatūros šaltinių kalbama apie venų išsiplėtimo teoriją, kuri teigia, kad hemorojus – tai išangės kanalo venų išsiplėtimas [38], W. H. F. Thomson [16] įrodė, kad ji nėra teisinga. Šiuo metu jau yra akivaizdu, kad išangės venų varikozė ir hemorojus – dvi skirtingos ligos [38]. Minėtasis autorius [16] nustatė, kad išangės pagalvėlėse kraujagyslių išsiplėtimas yra normalus reiškinys, aptinkamas dar intrauteriniu laikotarpiu. Venų išsiplėtimas esant portinei hipertenzijai skiriasi nuo hemorojaus, taip pat hemorojaus

dažnis asmenims, sergantiems portine hipertenzija nėra didesnis, negu bendroje populiacijoje [16, 22, 38, 42–44]. Portinė hipertenzija gali būti vidinio hemorojinio rezginio išsiplėtimo priežastis, nors pažymėtina, jog šiuo atveju liga pasireiškia labai retai ir jos morfologinis substratas skiriasi nuo hemorojaus [16].

Hemorojų reikėtų priskirti daugiaveiksnių ligų grupei [21]. Jo atsiradimas ir vystymasis aiškinamas keliomis teorijomis, dažniausiai – jungtine Hanseno, Haaso ir Thomsono teorija. W. H. F. Thomsonas (1976) aprašė išangės pagalvėlių slinkimą žemyn, H. H. Hansenas (1977) – kaverninių kūnelių persipildymą, P. A. Haasas (1984) – kaverninius kūnelius palaikančios sistemos nusilpimą [21]. Tuštinantis kietomis išmatomis bei stanginantis, šios pagalvėlės stumiamos išangės kanalu žemyn, ilgainiui Treitzo raumuo praranda vientisumą ir susidaro sąlygos iškristi [42, 45]. Kitas svarbus patogenezės momentas – padidėjęs vidinio išangės rauko tonusas [22, 37].

Nėštumo metu tam tikri mechaniniai veiksniai lemia didesnę hemorojaus išsivystymo tikimybę: didėjanti gimda sukelia pilvo ertmės slėgio padidėjimą, be to, dėl mechaninio spaudimo į viršutinę tiesiosios žarnos, apatinę tuščiąją bei vartų venas vystosi veninė stazė, kuri ypač išryškėja ypač antroje nėštumo pusėje [5, 46, 47, 48, 49]. Dėl padidėjusio pilvo ertmės slėgio ir veninės stazės sutrinka vidinio rauko kraujotaka [5]. Negana to, nėštumo metu organizme cirkuliuojančio kraujo tūris padidėja 25–40 % [17, 35, 47]. Šie veiksniai lemia gausesnę kraujagyslių prisipildymą ir išsiplėtimą bei veninę stazę mažajame dubenyje. Kadangi jungiamasis audinys (Parkso raištis) yra silpnas, minėti pokyčiai gali lemti hemorojaus ar kojų venų varikozės vystymąsi [5].

Nustatyta, jog hemorojui būdinga pogleivio veninio rezginio išsiplėtimas ir ryški jungiamojo audinio stromos fragmentacija [50], šiuos pokyčius lemia I tipo kolageno kiekio sumažėjimas organizme (šio tipo kolagenas suteikia jungiamajam audiniui tvirtumo) ir III tipo kolageno (silpno ir nebrandaus tipo) padidėjimas jungiamajame audinyje [50]. Šie jungiamojo audinio pokyčiai gali paaiškinti, kodėl kai kurie žmonės turi genetinį polinkį atsirasti hemorojui [50]. Išangės kraujagyslinio rezginio kraujotakos sutrikimai ir lygiojo raumeninio Treitzo audinio peraugimas/pasikeitimas jungiamuoju audiniu – pagrindiniai hemorojaus išsivystymo patogenezės veiksniai [35, 51].

Kaverninius kūnelius supančio jungiamojo audinio degeneraciją sukelia du pagrindiniai fermentai – matrikso metaloproteinazė (MMP) ir nuo cinko priklausoma proteinazė, kurios lemia elastino, fibronektino bei kolageno proteolizę [38]. MMP (ypač MMP-2 ir MMP-9) aktyvina trombinas, plazminas bei kitos proteinazės taip sukeldamos kapiliarų pažeidimą ir angioproliferaciją (per navikų nekrozės faktoriaus – beta (TGF- β) aktyvaciją) [38, 52]. Naujausių klinikinių tyrimų duomenimis, hemorojaus patogenezei būdinga neovaskuliarizacija, todėl morfologiškai nustatomas padidėjęs mikrovaskuliarizacijos tankis ligos pažeistuose audiniuose [38]. Šią teoriją patvirtina nustatyti smarkiai padidėję neovaskuliarizacijos žymens – endoglinto (CD105) kiekiai. Be to, nustatyta, kad mikrovaskuliarizacijos tankis labai padidėja esant trombozei bei gausiai stromos kraujagyslių endotelio augimo faktoriaus (VEGF), pasižyminčio angiogenezinėmis savybėmis, ekspresijai [38, 53].

Visų teorijų bendras bruožas yra tas, jog nurodomi hemorojaus raidos veiksniai: stanginimasis tuštinantis dėl vidurių užkietėjimo (obstipacijos), kaverninių kūnelių pabrinkimas dėl per gausaus kraujo pritekėjimo, nėštumo arba kitų priežasčių, trikdančių kraujo nutekėjimą iš išangės srities, jungiamojo audinio silpnėjimas dėl senėjimo, ligų, mitybos, nėštumo [41, 42, 46], taip pat paveldimumas, stovima kūno padėtis, veninių vožtuvų nepakankamumas, pablogėjęs veninis nuotėkis padidėjus pilvo ertmės spaudimui, hormoniniai pokyčiai [32, 33, 37].

Ištirus hemorojinio audinio morfologinę struktūrą bei hemodinamikos pokyčius, nustatyta, kad ši audinį maitinančios viršutinės tiesiosios žarnos arterijos galinių šakų skersmuo didesnis, kraujotaka jose greitesnė, sistolinis pikas aukštesnis ir akceleracijos greitis didesnis, palyginti su sveikais, nepakitusiais audiniais. Be to, nustatyta, kad didesnis arterijų spindis ir kraujotakos greitis jose tiesiogiai koreliuoja su hemorojaus laipsniu. Šie pokyčiai išlieka net ir po chirurginio gydymo, o tai tik patvirtina hipervaskuliarizacijos reikšmę hemorojaus patogenezei [54].

Veninė stazė kaverniniuose kūneliuose išsivysto dėl vazodilatacijos. Kraujagyslių raumeninio sluoksnio aktyvumą reguliuoja autonominė nervų sistema, hormonai, citokinai ir kraujagyslių endotelio išskiriamos medžiagos. Sutrikusi pusiausvyra tarp endotelio gaminamų vazokonstriktinių (endotelinas, reaktyvūs deguonies radikalai) ir vazodilatacinių (azoto oksidas, prostaciklinas ir hiperpoliarizuojantis faktorius) medžiagų sukelia kaverninių kūnelių sienelių pakitimus [38, 55]. Esant hemorojui, nustatomi labai padidėję fermento azoto oksido

sintetazės kiekiai. Šis fermentas indukuoja azoto oksido gamybą iš L-arginino, o padidėjęs azoto oksido kiekis sukelia venų sienelių dilataciją ir veninę stazę kaverniniuose kūneliuose [38].

Klinikiniais tyrimais įrodyta, kad uždegimas yra svarbus hemorojaus patogenezės veiksnys. Simptominis kraujavimas prasideda, kai uždegimas sukelia išangės kanalo gleivinės erozijas bei edemą [5, 56].

Išangės įplėšos patogenezėje svarbiausias vaidmuo tenka vidinio išangės rauko tonuso padidėjimui [41]. Šio reiškinio priežastis nežinoma [41]. Lokalus išangės gleivinės pažeidimas, nulemtas vidurių užkietėjimo, stanginimosi tuštinantis bei tuštinimosi kietomis išmatomis gali būti pradinis išangės įplėšos atsiradimo veiksnys [41]. Dėl hipertonuso vidinis išangę uždariantis raumuo užspaudžia kraujagysles, maitinančias užpakalinę vidurinę anodermos dalį, sukeldamas jos išeminį opėjimą [41].

6.4. Nėščiųjų, gimdyvių ir moterų po gimdymo išangės ligų paplitimas

Sergamumas išangės įplėša tiksliai nežinomas, dažniausiai serga jauni ir vidutinio amžiaus žmonės [18, 41], daugiau moterys – apie 60–70 % visų pacientų [18]. Nustatyta, jog išangės įplėša atsiranda 1 % vyrų ir 10 % moterų [18].

Hemorojaus dažnis bendroje populiacijoje 4–10 % [5]. J. F. Johanson ir A. Sonnenberg 1990 m. konstatavo, jog JAV 10 milijonų gyventojų (t. y. 4,4 %) skundėsi hemorojaus simptomais, net 1,5 milijono žmonių kasmet buvo skiriamas gydymas nuo hemorojaus [20, 28, 29, 31, 32, 35, 37, 38, 57, 58]. Įvairių mokslinių tyrimų duomenimis, sergamumas hemorojumi svyruoja nuo 4,4 % iki 86 % (priklausomai nuo tyrimo metodikos, duomenų surinkimo ir populiacijos dydžio) [24, 59], Didžiojoje Britanijoje – nuo 13 % iki 36,4 % [25, 30, 31, 38], bendroje populiacijoje – nuo 4 % iki 36 % [60]. Abiejų lyčių asmenys serga vienodai, dažniausiai – 45–65 metų amžiaus [29, 31–33, 37, 38, 51], kaukaziečiai (t. y. baltosios rasės) ir aukštesnio socialinio sluoksnio žmonės serga dažniau nei afroamerikiečiai ir žemesnio socialinio sluoksnio žmonės [31–33, 37, 38]. Vyresniame amžiuje rizika susirgti didėja ir manoma, kad apie 50 % vyresnių nei 50 metų amžiaus žmonių (J. Goligher teigimu) vargina hemorojaus sukeliama simptomai [33, 58]. Nustatyta, kad iš sergančių hemorojumi pacientų mažiau nei vienas trečdalis

kreipiasi į gydytojus [30, 61]. S. Riss ir bendraautorių 2012 m. Austrijoje atlikto epidemiologinio tyrimo duomenimis, iš 976 tirtųjų 380 pacientų diagnozuotas hemorojus (tai sudaro 38,93 %) [58]. Iš visų tirtų pacientų nuo 20 iki 85 metų amžiaus didžiausias sergamumas hemorojumi nustatytas 45–49 metų amžiaus grupėje (tai sudaro 60,87 %) [58].

Nors, kai kurių autorių duomenimis ligos paplitimas tarp lyčių nesiskiria, tačiau epidemiologiniais tyrimais nustatyta, kad moterys serga dažniau – hemorojus dažnis tarp jų yra 24,8 % (Hyams ir Philot) [5, 62]. Dažniausiai hemorojus nustatomas reprodukcinio amžiaus moterims, ypač nėštumo laikotarpiu ir po gimdymo [26, 30, 57]. Atliktų tyrimų duomenimis, 70 % moterų, kurioms diagnozuotas hemorojus, praeityje turėjusios vieną ar kelis nėštumus [28]. Ypač aktuali ši patologija tampa antroje nėštumo pusėje – hemorojus vargina net 85 % nėščiųjų trečią nėštumo trečdalį (Gojnic et al. 2005) [5, 63, 64] ir 85 % ne vieną kartą nėščių moterų [56, 65]. Epidemiologinio tyrimo duomenimis, – hemorojus dažnesnis pakartotinai gimdančioms moterims – iš 12 455 tirtų nėščiųjų 80 % buvo pakartotinai gimdančios ir iš jų 88 % praeityje yra turėjusios minėtą patologiją [66].

Pirmoje lentelėje nurodytas išangės patologijos paplitimas nėštumo laikotarpiu ir po gimdymo (1 lentelė).

1 lentelė. Išangės patologijos paplitimas nėštumo laikotarpiu ir po gimdymo

Autorius	Tyrimo metodika	Tyrimo laikas	Moterų sergamumas išangės patologija (hemorojus, išangės įplėša)
Herrero [67]	Apklausa	Pirmas nėštumo trečdalis	8 % hemorojus
Abramowitz [12]	Anoskopija	Trečias nėštumo trečdalis	9,1 % išorinio hemorojaus trombozė ir išangės įplėša
Abramowitz [1]	Anoskopija	Trečias nėštumo trečdalis	1,2 % išangės įplėša 7,9 % išorinio hemorojaus trombozė
Klemetti [68]	Apklausa	Nėštumo metu	23,7 % hemorojus (p<0,001)
Simmons [10]	Apklausa	Trečias nėštumo trečdalis (nėštumas ir laikotarpis po gimdymo)	38 % hemorojus
Unadkat [35]	Apklausa	Nėštumo metu	27 % hemorojus
Riss [58]	Kolonoskopija ir apžiūra	Nėštumo metu	41,52 % hemorojus
Cottrell [69]	Tyrimas, atliktas akušerės	Iš karto po gimdymo	42 % hemorojus – gimdymo kėdė 18 % hemorojus – gimdymo stalas
Rouillon [13]	Anoskopija	Pirma valanda po gimdymo	12,2 % išorinio hemorojaus trombozė
Herero [67]	Apklausa	Po gimdymo	53,3 % hemorojus
Pradel [70]	Išangės apžiūra	Po gimdymo	34 % hemorojus
Stern [71]	Apklausa	Iš karto po gimdymo	25 % hemorojus
Howell [72]	Telefoninė apklausa	2 savaitės po gimdymo	35 % hemorojus (p<0,001)
Abramowitz [12]	Anoskopija	1 mėnuo po gimdymo	35,2 % išorinio hemorojaus trombozė ir išangės įplėša
Ansara [6]	Telefoninė apklausa	2 mėnesiai po gimdymo	35,5 % hemorojus
Schytt [73]	Apklausa	4–8 savaitės po gimdymo	24,6 % hemorojus:

Martin [14]	Išangės apžiūra	6 savaitės po gimdymo	11 % – išangės įplėša
Corby [15]	Išangės apžiūra	6 savaitės po gimdymo	9 % – išangės įplėša
Saurel-Cubizolles [74]	Apklausa	5 mėnesiai po gimdymo	Hemorojus: 16,5 % – Italijoje 16,4 % – Prancūzijoje
MacArthur [75]	Apklausa	Iki 6 mėnesių po gimdymo	Hemorojus: 5,3 %
Borders [76]	Apklausa	0–3 mėn. po gimdymo 3–6 mėn. po gimdymo > 6 mėn. po gimdymo	Hemorojus: 8–24 % 24 % 16 %
Woolhouse [77]	Apklausa	Ligoninėje 3 mėn. po gimdymo 6 mėn. po gimdymo 12 mėn. po gimdymo 18 mėn. po gimdymo	Hemorojus: 28 % 27,9 % 16,6 % 11,6 % 12,1 %
Brown [78]	Apklausa	Pirmieji 7 mėn. po gimdymo	Hemorojus: 24,6%
Schytt [73]	Apklausa	1 metai po gimdymo	Hemorojus: 17,6%
Saurel-Cubizolles [74]	Apklausa	1 metai po gimdymo	Hemorojus: 20,7% – Italijoje 26,2% – Prancūzijoje
Harrisson [79]	Apklausa	18–33 mėnesiai po gimdymo	Hemorojus: 17,4 % – vienišos motinos 24,1 % – moterys, gyvenančios su partneriu
Bhatia [80]	Ne medicininė apklausa	Simptomai, susiję su gimdymu	Hemorojus: 1,8 %
Kukla [81]	Apklausa	Simptomai, susiję su gimdymu	Hemorojus: 16 %
Buurman [82]	Apklausa	Nuo 1 mėn. iki 1 metų po gimdymo	Hemorojus: 61,54 %

6.5. Išangės ligų rizikos veiksniai nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo

Ligos išsivystymą lemiančius rizikos veiksnius galima suskirstyti į: paveldimus (Leicester 1985), susijusius su žarnyno peristaltikos sutrikimais (Calhoun 1992) ir susijusius su moterų lytiniu ciklu (Saint-Pierre 1982) [28]. Nors hemorojus patogeneze nėra visiškai aiški, nustatyti keli šią ligą lemiantys veiksniai. Nėštumas, gimdymas bei laikotarpis po gimdymo neabejotinai turi įtakos šiai išangės patologijai atsirasti [5, 22, 28]. Gimdymas natūraliais takais yra dubens dugno disfunkcijos (kuriai priklauso ir išangės patologija – hemorojus) po gimdymo rizikos veiksnys [82]. Vidurių užkietėjimas (dėl per mažo suvartojamų skysčių kiekio bei nepakankamo skaidulų kiekio maiste), stanginimasis tuštinantis, veninė stazė dėl padidėjusio pilvo ertmės spaudimo (didėjant gimdai), padidėjęs cirkuliuojančio kraujo tūris, hormoniniai veiksniai (progesteronas), nutukimas, nejudrus gyvenimo būdas turi įtakos išangės patologijai išsivystyti nėštumo laikotarpiu [5, 17, 20, 22, 28, 34, 38, 46, 47, 56, 61, 63]. Dažniausi ir jau įrodyti rizikos veiksniai yra vidurių užkietėjimas, viduriavimas, nėštumas ir gimdymas [4]. F. Pigot su bendraautoriais atlikto tyrimo duomenimis, nėštumas ir gimdymas turėjo tiesioginės įtakos hemorojui atsirasti: iš 491 hemorojumi sirgusios moters 7,5 % buvo nėščios, tik 2,5 % nebuvo nėščios, 4 % ši patologija diagnozuota ankstyvuju laikotarpiu po gimdymo (OR 7,95; CI 0,67–94,23), 1 % moterų minėtos patologijos ankstyvuju laikotarpiu po gimdymo neturėjo (duomenys statistiškai reikšmingai patikimi: $p < 0,001$) [83].

6.5.1 Genetinis polinkis (paveldimumo veiksniai)

Kai kurie literatūros šaltiniai nurodo, kad esama genetinio polinkio sirgti šiomis išangės ligomis [5, 17, 20, 35, 83, 84], taip pat įgimtas jungiamojo audinio silpnumas. Remiantis epidemiologiniais duomenimis, didesnė rizika susirgti šia liga yra baltaodžių rasės atstovams [38, 85].

6.5.2. Iki nėštumo buvęs hemorojus

Svarbus nėščiųjų hemorojus rizikos veiksnys – iki nėštumo buvęs hemorojus (rizika susirgti hemorojumi nėštumo metu moterims, kurios iki nėštumo turėjo hemorojų didėja 5 kartus – OR 5,08 (95 % CI 2,48–10,39), $p < 0,0001$) [83].

6.5.3. Nėščiosios socialinė padėtis, išsilavinimas

Socialiniai, ekonominiai ir demografiniai rodikliai turi įtakos hemorojui atsirasti po gimdymo. Nustatyta, kad aukštesnio socialinio-ekonominio sluoksniu atstovės išangės ligomis serga dažniau [38, 83] bei turtingesnės moterys, turinčios aukštą išsilavinimą [6, 86]. Manoma, kad tai susiję su tam tikrais socialiniais aspektais. Tokie asmenys dėl laiko stokos vartoja mažiau skaidulų bei ląstelienos turintį maistą, kuris gali sukelti dažnesnį vidurių užkietėjimą ir pilvo ertmės slėgio padidėjimą.

Atlikto klinikinio tyrimo duomenimis, turtingesnės moterys po gimdymo dažniau serga hemorojumi, nei mažesnes pajamas turinčios moterys: iš 1037 ištirtų moterų praėjus 6–9 savaitėms po gimdymo, turtingųjų sergamumas hemorojumi buvo 9,15 %, mažesnes pajamas turinčiųjų grupėje – 4,59 %, OR 2,30 (95 % CI 1,15–4,59) ($p=0,06$) [86].

K. Gjerdingen atlikto tyrimo duomenimis, didesnė dalis hemorojumi sergančių moterų turėjo aukštą išsilavinimą bei didesnes šeimos pajamas, nei kontrolinės grupės moterys ($p<0,01$) [9].

6.5.4. Nėščiosios amžius

Hemorojus dažnesnis vyresnio amžiaus nėščioms ir pagimdžiusioms [8, 56]. Vyresnių kaip 35 metų moterų rizika susirgti hemorojumi nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo padidėja 2 kartus – OR 2,1 (95 % CI 1,5–3,0), $p<0,001$ [8]. Nustatyta, jog kai moteris sulaukia 30 metų, pakinta jos išangės kanalo struktūrų funkcija ir šis mikroskopiškai pagrįstas įrodymas kartu su išangės rauko tonuso padidėjimu, lemia hemorojaus atsiradimą ir progresavimą [39]. Moterų, kurių amžius 35–42 metai, rizika susirgti hemorojumi po gimdymo didėja (bivariacinės regresinės analizės duomenimis, OR 1,42 (95 % CI 0,65–3,12) [6]. Atlikto klinikinio tyrimo duomenimis, vyresnės moterys (kurių amžius 30 metų ir daugiau) dažniau serga hemorojumi po gimdymo: ištyrus 1037 moterų praėjus 6–9 savaitėms po gimdymo paaiškėjo, kad jaunesnių kaip 20 metų moterų amžiaus grupėje sergamumas hemorojumi buvo 3,05 %, 20–29 metų amžiaus grupėje – 7,99 %, OR 2,67 (95 % CI 1,07–7,09) 30 metų ir vyresnių moterų amžiaus grupėje – 10,48 % OR 3,33 (95 % CI 1,13–9,83) ($p=0,02$) [86]. K. Gjerdingen atlikto tyrimo duomenimis, hemorojumi sergančios moterys buvo vyresnės, nei kontrolinės grupės moterys (hemorojų turinčių moterų amžiaus vidurkis – 28,2 metų, kontrolinės grupės moterų – 26,3 metų,

$p < 0,01$) [9]. Pasak R. Klemetti, hemorojumi nėštumo metu dažniau serga vyresnio amžiaus moterys: iš 2825 tirtų nėščiųjų hemorojumi sirgo 19,2 % moterų iki 25 metų amžiaus, 21,7 % – 25–34 metų amžiaus, ir 31,6 % vyresnių kaip 35 metų ($p < 0,001$) [68].

6.5.5. Kūno masės indeksas iki nėštumo

Statistiškai reikšmingas hemorojaus rizikos veiksnys yra padidėjęs kūno masės indeksas (KMI) [58, 87]. Net eliminavus kitus galimus hemorojaus išsivystymo rizikos veiksnius, padidėjęs KMI didina šios patologijos išsivystymo tikimybę 3,5 % [58]. S. Riss atlikto epidemiologinio tyrimo duomenimis, padidėjęs KMI tiek vienmatės ($p = 0,0391$), tiek daugiamatės ($p = 0,0282$) logistinės regresijos analizė parodė, kad padidėjęs KMI turi statistiškai patikimai reikšmingą įtaką hemorojui atsirasti [58]. Nustatyta, jog KMI > 30 hemorojaus tikimybę nėštumo metu padidina 3 kartus – OR 3,17 (95 % CI 0,30–34,68) [83]. Moterims, kurių KMI yra normalus, rizika susirgti hemorojumi (taip pat ir kita dubens dugno disfunkcija) yra mažesnė nei turinčioms antsvorio ir nutukusioms moterims: normalios kūno masės moterims OR 1,4 (95 % CI 0,9–2,2), $p = 0,123$, turinčioms antsvorio OR 2,0 (95 % CI 1,3–3,2), $p = 0,003$, nutukusioms OR 2,6 (95 % CI 1,6–4,3), $p < 0,001$ [8]. Literatūros duomenimis, 14 % moterų, kurių KMI > 25 , diagnozuotas hemorojus po gimdymo, lyginant su tomis moterimis, kurių KMI normalus (KMI 18,5–25) – atitinkamai 4 % ir 7 % [86]. Atlikus klinikinį 1037 moterų tyrimą, paaiškėjo, kad praėjus 6–9 savaitėms po gimdymo, moterų, kurių KMI 18,5–25, sergamumo hemorojumi rizika buvo mažesnė – OR 1,07 (95 % CI 0,50–2,26), nei tų, kurių KMI > 25 OR 1,87 (95 % CI 0,76–4,57), ($p = 0,016$) [86].

6.5.6. Moters mityba

Nėštumo laikotarpiu pakinta beveik visų moterų mityba. Labai svarbus suvartojamų skysčių kiekis, kuris dažnai yra nepakankamas, ypač pirmą nėštumo trečdalį dėl nėščiųjų pykinimo ir vėmimo. Nustatyta, kad pakinta ir besilaukiančių moterų dieta. Šios moterys ląstelienos turinčio maisto vartoja mažiau negu nenėščios moterys [56]. Nurodoma, kad kai kurie mitybos ypatumai (alkoholio, aštraus maisto dažnas vartojimas, mažai maistinių skaidulų turinti dieta, riebus maistas) gali turėti įtakos hemorojaus išsivystymui, tačiau šie duomenys nėra statistiškai patikimi [4, 38, 83].

Didelę įtaką šios būklės vystymuisi turi moters lytinės sistemos humoraliniai pokyčiai, ypač nėštumo, gimdymo metu ir laikotarpiu po gimdymo. Nėštumo metu didesnę hemorojaus išsivystymo riziką lemia keli veiksniai. Padidėjęs progesterono kiekis kraujyje, veikdamas venų sienelėje esančius lygiuosius raumenis, sukelia venų sienelių relaksaciją ir hipotoniją [46, 47, 88]. Tai lemia virškinamojo trakto motorikos slopinimą, kuris gali tiesiogiai sukelti vidurių užkietėjimą arba netiesiogiai prisidėti prie jau anksčiau buvusių žarnyno peristaltikos sutrikimų [46]. Kai kurių klinikinių tyrimų duomenimis, folikulus stimuliuojančio, steroidinių hormonų ir prolaktino kiekio pokyčiai moters organizme gali turėti lemiamą įtaką kai kuriems ligos simptomams atsirasti (Saint-Pierre 1982) [28]. Išangės rauko raumenų bei moters dubens dugno struktūrų tonuso ir padėties pokyčiai nėštumo laikotarpiu turi įtakos išangės pagalvėlių funkcijos pokyčiams ir sukelia išangės patologiją (Pope 1952; Schottler 1973) [56]. Tai, kad moteriškieji lytiniai hormonai (ypač progesteronas) lėtina virškinamojo trakto peristaltiką ir didina hemorojaus išsivystymo riziką, patvirtino ir atlikti klinikiniai tyrimai su laboratoriniais gyvūnais [17]. Ištyrus moteriškųjų steroidinių hormonų poveikį plonajai žarnai, išaiškėjo, kad mėnesinių ciklo liuteininės fazės metu, kai progesterono koncentracija padidėja, žarnyno peristaltika yra lėtesnė nei folikulinės fazės metu, kai progesterono koncentracija organizme sumažėja. Be to, lyginant nėščiųjų ir jau gimdžiusiųjų virškinamojo trakto peristaltikos greitį, nustatyta, kad dėl padidėjusių estrogenų ir progesterono koncentracijų nėščiųjų žarnyno peristaltika buvo maždaug vienu trečdaliu lėtesnė [17]. Tai patvirtino ir kitas klinikinis tyrimas, kuris nustatė tiesioginę priklausomybę tarp progesterono koncentracijos ir žarnyno peristaltikos greičio – kuo didesnė hormono koncentracija kraujyje, tuo lėtesni žarnyno motorikos judesiai [17, 89]. Įrodyta, kad didesnė kalcio koncentracija kraujyje silpnina inhibicinį progesterono poveikį peristaltikai [5]. Literatūros duomenimis, nėštumo metu slopinamas ir motilinas, kuris veikdamas žarnyno lygiuosius raumenis skatina peristaltiką [17]. Be to padidėjęs geležies poreikis ir suvartojimas, sumažėjęs fizinis aktyvumas, suvartojamų skysčių kiekis ir hormonų pokyčių sukeliama žarnyno hipotonija bei sulėtėjusi peristaltika, auganti gimda skatina vidurių užkietėjimą [90–93].

Išaiškėjo, kad folio rūgštis (64,4 % vartojusių ir 54,4 % nevartojusių), multivitaminai (10,4 % vartojusių ir 6,0 % nevartojusių), geležies preparatai (83,3 % vartojusių ir 70,1 % nevartojusių), vartojami nėštumo metu, skatina vidurių

užkietėjimą [94]. Vidurių užkietėjimo riziką gali didinti ir vartojami vaistai – anemijos gydymui skiriami geležies preparatai, esant hipertenzinėms būklėms – magnio sulfatas [56]. Dėl bioetinių sumetimų nėra atlikta nėščiųjų storosios žarnos turinio slinkimo klinikinių tyrimų.

Moksliniais tyrimais patvirtintas vidurių užkietėjimo ir hemorojaus ryšys (tuštinimasis mažiau nei tris kartus per savaitę gerokai padidina hemorojaus riziką – $p=0,0056$), ši teorija yra plačiai taikoma gastroenterologų ir chirurgų klinikinėje praktikoje [88]. Vidurių užkietėjimas nėštumo laikotarpiu neabejotinai skatina išangės patologijos atsiradimą nėštumo metu bei laikotarpiu po gimdymo [39, 83]. Literatūros duomenimis, vidurių užkietėjimas nėštumo laikotarpiu 6 kartus padidina hemorojaus tikimybę (OR 6,71 CI 3,53–12,74), $p<0,0001$ [83].

Literatūros duomenimis iki 40 % moterų patiria vidurių užkietėjimą nėštumo laikotarpiu [91, 93, 95]. G. Cullen ir bendraautoriai nurodo, jog 35 % moterų vargina vidurių užkietėjimas nėštumo metu [91], kiti autoriai teigia, jog nėštumo metu viduriai užkietėja 11–38 % moterų [56, 90, 92, 94, 96, 97] bei 13 % moterų [94], 26,5 % moterų turi tuštinimosi problemų (t. y. vidurių užkietėjimas ir viduriavimas) [6]. T. B. Herrero tyrimų duomenimis minėta patologija vargina 25–30 % nėščiųjų [67], K. Gjerdingen nurodo 32–50 % nėščiųjų. Kitų literatūros šaltinių duomenimis, maždaug vieną trečdalį visų nėščiųjų trečią nėštumo trečdalį vargina vidurių užkietėjimas [17]. Atlikus retrospektyvų klinikinį tyrimą (Anderson) paaiškėjo, kad ši problema aktuali ne tik nėštumo pabaigoje – atitinkamai 38 % ir 20 % moterų skundėsi vidurių užkietėjimu antrą ir trečią nėštumo trečdalį [91, 95]. Kitų autorių duomenimis, vidurių užkietėjimas kaip tik dažniausiai pasireiškia pirmoje nėštumo pusėje. Funkcinio vidurių užkietėjimo paplitimas pirmą, antrą ir trečią nėštumo trečdalį ir laikotarpiu po gimdymo buvo atitinkamai 35 %, 39 %, 21 % ir 17 % [91, 98]. Jungtinėje Karalystėje atlikto epidemiologinio tyrimo duomenimis, 2005 metais iš 795 tirtų nėščiųjų vidurių užkietėjimas nustatytas 24,9 %, 2009 metais iš 1648 tirtų nėščiųjų – 29,6 % [99].

Nėščiųjų vidurių užkietėjimo Romos III kriterijai (turi būti patiriami bent du simptomai per 3 mėnesius): tuštinimasis rečiau nei 3 kartus per savaitę, stanginimasis tuštinantis, kietos išmatos, kliūtis išangėje tuštinantis, nevisiško pasituštinimo jausmas, rankų pagalba tuštinantis [96, 100].

Vidurių užkietėjimo riziką didina ir gimdymų skaičius – ši problema dažniau vargina pakartotinai gimdančias moteris [46] bei tas, kurių ankstesnis nėštumas buvo užbaigtas cezario pjūvio operacija [56]. Airijoje atliktame klinikiniame 7000 moterų tyrime, nustatyta, kad vidurių užkietėjimas dažniau vargina pakartotinai gimdančias moteris (39–42 %) nei pirmakartes (35 %) [91]. Kitų autorių tyrimų duomenimis, vidurių užkietėjimas yra dažnesnis gimdžiusioms natūraliais takais nei gimdžiusioms per cezario pjūvį, tačiau šie duomenys nėra statistiškai patikimi ($p=0,3675$) [87]. Vengrijoje atliktas epidemiologinis tyrimas parodė, kad nėščiosios, kurioms diagnozuotas vidurių užkietėjimas, buvo vyresnio amžiaus, didesnė jų dalis turėjo aukštąjį išsilavinimą, vartojo folio rūgštį nėštumo laikotarpiu, didesnės dalies moterų gestacijos laikas ilgesnis bei mažesnis priešlaikinių gimdymų skaičius (dėl folio rūgšties vartojimo) nei kontrolinės grupės moterų, kurioms nebuvo vidurių užkietėjimo nėštumo metu [97].

Vidurių užkietėjimas gali atsirasti kaip naujas nusiskundimas arba progresuoti dėl moters organizme vykstančių fiziologinių pokyčių nėštumo metu. Nėščiųjų vidurių užkietėjimo rizikos veiksnius būtų galima suskirstyti į keturias grupes: 1) mitybos pokyčius (geležies preparatų vartojimas, nepakankamas skysčių kiekis organizme dėl nėščiųjų pykinimo ir vėmimo), 2) elgsenos pokyčius (sumažėjęs fizinis aktyvumas, fizinis ir socialinis stresas), 3) humoralinius pokyčius, lemiančius lėtesnį išmatų slinkimą žarnyne (padidėję progesterono bei estrogeno kiekiai, sumažėjusi motilino koncentracija), 4) kitas priežastis (dėl nėštumo didėjanti gimda, skausmingi hemorojiniai mazgai) [17].

Nustatyta, kad laikotarpiu po gimdymo išangės patologija vargina trečdalį moterų, dažniausia tokios patologijos priežastis yra dischezija – sunkus tuštinimasis (šį tuštinimosi sutrikimą lemia dubens dugno ar išangės rauko disfunkcija) [78]. Dischezija vargina net 23 % moterų trečią nėštumo trečdalį ir trečdalį moterų – po gimdymo [5], 21,8 % moterų, kurias vargina dischezija nėštumo laikotarpiu, atsiranda išorinio hemorojaus trombozė po gimdymo [5, 60]. L. Abramowitz atlikto epidemiologinio tyrimo duomenimis, nustatyta, kad dischezija nėštumo metu yra išangės įplėšos (OR 5,7; 95 % CI 2,7–12) ir išorinio hemorojaus trombozės rizikos veiksnys trečią nėštumo trečdalį ($p=0,023$) [1] ir po gimdymo: iš 165 tirtų moterų 56,9 %, turėjusių discheziją, diagnozuota išangės patologija, o 20,6 % buvo sveikos (OR 5,1; 95 % CI 2,5–10,3) ($p<0,0001$) [12].

Žinoma, kad lėtinis vidurių užkietėjimas sergant hemorojumi pablogina savijautą [36, 101], tačiau abejojama, ar jis tikrai sukelia hemorojų: J. F. Johansson [102] tyrimo duomenimis, svarbesnis rizikos veiksnys yra viduriavimas, o vidurių užkietėjimas nėra statistiškai reikšmingas [38, 87].

6.5.7. Buvusių nėštumų ir gimdymų įtaka išangės ligoms

Išangės patologijos simptomai dažniausiai atsiranda antrą, trečią nėštumo trečdalį ir po gimdymo [5]. Atlikto tyrimo duomenimis, nėštumo metu išangės patologija trečią nėštumo trečdalį yra dažnesnė nei pirmą ir antrą: iš 217 ištirtų nėščiųjų 16 % hemorojus diagnozuotas pirmą trečdalį ($p < 0,001$), 23 % – antrą ($p = 0,013$), trečią – 43 % [35].

Nustatyta, kad hemorojaus simptomai labiausiai išryškėja praėjus 1 mėnesiui po gimdymo [9].

Hemorojaus išsivystymo rizika tiesiogiai koreliuoja su nėštumų ir gimdymų skaičiumi [8, 56]. F. Pigot su bendraautorais atlikto tyrimo duomenimis, hemorojus yra dažnesnis nėščioms ($p < 0,001$) ir tik ką pagimdžiusioms ($p < 0,001$) moterims [56, 83]. Gimdymas padidina hemorojaus riziką beveik 8 kartus (OR 7,95; 95 % CI 0,67–94,23) [83]. Nustatyta, kad po pirmojo nėštumo hemorojus atsiranda 37,9 % moterų, po kitų nėštumų šis skaičius didėja (po dviejų nėštumų – 38,4 %, po trijų ir daugiau nėštumų – 40 %) [8], be to patologija pasireiškia 85 % pakartotinai gimdančių moterų [65].

Moksliniais tyrimais nustatyta, jog išangės patologija nėštumo metu pakartotinai gimdančioms moterims yra dažnesnė nei pirmą kartą gimdančioms. R. Klemetti atlikto tyrimo duomenimis, iš 2825 tirtų nėščiųjų, 20,3 % sirgusios hemorojumi, buvo pirmą kartą gimdančios, pakartotinai gimdančių – 26 % ($p < 0,001$) [68]. S. N. Unadkat ir kt. duomenimis, iš 217 ištirtų nėščiųjų sergamumas hemorojumi nustatytas 10,2 % moterų, gimdančių pirmą kartą, ir 17,8 % – gimdančių pakartotinai ($p < 0,628$) [35]. Atlikto klinikinio tyrimo duomenimis, iš 1037 moterų, ištirtų praėjus 6–9 savaitėms po gimdymo, sergamumas hemorojumi pirmą kartą gimdančiųjų grupėje nustatytas 5,62 %, pakartotinai gimdančiųjų – 8,73 %, OR 1,35 (95 % CI 0,73–2,51) ($p = 0,21$) [86].

Patologijos dažnis tarp pirmą kartą gimdančių moterų sudaro tik 6,9 % (moterų apklausa praėjus 6 mėn. po gimdymo) [75]. E. Schytt atliktos moterų apklausos

duomenimis, praėjus 4–8 savaitėms po gimdymo, iš sergančiųjų hemorojumi pirmakartės sudarė 44,03 %, pakartotinai gimdančios – 55,97 %, praėjus vieniems metams po gimdymo – atitinkamai 42,41 % ir 57,59 % [73]. Tačiau S. Brown tyrimo duomenys yra priešingi: praėjus 7 mėnesiams po gimdymo hemorojus nustatytas 25,6 % pirmą kartą gimdančių ir 23,9 % pakartotinai gimdančių moterų ($p < 0,001$) [78].

6.5.8. Užsitęsęs nėštumas

Užsitęsęs nėštumas (daugiau kaip 40 nėštumo savaičių) – išangės patologijos rizikos veiksnys atsiradimui po gimdymo [5, 12, 60]. Šį faktą sunku paaiškinti – manoma, kad užsitęsęs nėštumas nulemti hormonų pokyčiai turi įtakos tarpvietės pakitimams, kurie sukelia išangės patologiją po gimdymo [5, 12]. L. Abramowitz atlikto epidemiologinio tyrimo duomenimis, iš 165 tirtų moterų išangės patologija po gimdymo nustatyta toms, kurių nėštumas buvo 39,9 savaitės, sveikos moterys gimdė 39,3 nėštumo savaitę (OR 1,4; 95 % CI 1,05–1,9) ($p < 0,019$) [12].

6.5.9. Gimdymo trukmė

Kiti rizikos veiksniai, sąlygojantys išangės ligų atsiradimą po gimdymo – tai užsitęsęs, ilgas gimdymas (daugiau nei 12 val.) (OR 2,04; 95 % CI 0,96–4,33) [6], užsitęsęs antrasis gimdymo laikotarpis [39, 75] bei stangų laikotarpis [5, 12]. Šie veiksniai didina išorinių hemorojinių mazgų trombozės riziką laikotarpiu po gimdymo.

Ch. MacArthur [75] atlikto tyrimo duomenimis, po gimdymo hemorojus dažnesnis toms moterims, kurių antrojo gimdymo laikotarpio trukmė buvo 3 valandos.

L. Abramowitz atlikto 165 tirtų moterų epidemiologinio tyrimo duomenimis, 25 pacienčių, turėjusių išangės įplėšą, stangų trukmė buvo 17,9 ($\pm 10,5$) min., 33 moterų, turėjusių išorinio hemorojaus trombozę, stangų trukmė buvo 12,1 ($\pm 7,7$) min., moterų be išangės patologijos stangų trukmė buvo 13,2 ($\pm 7,1$) min. ($p = 0,06$) [12].

6.5.10. Naujagimio svoris

Kitas rizikos veiksnys, sąlygojantis išangės ligų atsiradimą po gimdymo – tai didelio svorio naujagimio (4000 g ir daugiau) (OR 0,92; 95 % CI 0,41–2,04) savaiminis

gimdymas [6]. Šis veiksnys didina išorinių hemorojinių mazgų trombozės riziką laikotarpiu po gimdymo.

Nustatyta, jog tos moterys, kurios gimdė didesnio svorio naujagimį, dažniau sirgo išangės ligomis (hemorojumi ir išangės įplėša) [5, 13, 75, 39, 60].

L. Abramowitz atlikto epidemiologinio tyrimo duomenimis, didelio svorio vaisiaus savaiminis gimdymas yra išorinio hemorojaus trombozės rizikos veiksnys ($p < 0,05$) [1].

S. Brown atlikto tyrimo duomenimis, vaisiaus svoris 4000 g ir daugiau yra susijęs su didesne hemorojaus atsiradimo tikimybe po gimdymo, nei mažesnio svorio naujagimio gimdymas – moterims, kurios gimdė stambų vaisių (4000 g ir daugiau), hemorojus nustatytas 30,6 % atvejų, o tos, kurios gimdė mažesnio svorio naujagimį, hemorojus nustatytas 23 % atvejų (OR 1,48; 95 % CI 1,0–2,1) [78].

6.5.11. Gimdymo būdas

Statistiškai reikšmingai skyrėsi ir gimdymo būdas: nustatyta, kad asistuojamasis savaiminis gimdymas (naudojant vakuomo ekstraktorių ar akušerines reples) didina hemorojaus riziką po gimdymo (OR 2,66; 95% CI 1,21–5,85), o gimdymas per cezario pjūvį šią riziką mažina (OR 0,36; 95% CI 0,16–0,80) (tai patvirtina ir daigiavariacinės logistinės regresijos duomenys, $p < 0,05$) [6]. Gimdymas naudojant vakuomo ekstraktorių ir akušerines reples 2 kartus padidina hemorojaus atsiradimo riziką po gimdymo (OR 1,73; 95% CI 1,2–2,5) [78].

Remiantis atliktais keliais klinikiniais tyrimais nustatyta, kad asistuojamasis savaiminis gimdymas tiesiogiai didina hemorojaus išsivystymo tikimybę [5, 75, 39, 48], o gimdymas per cezario pjūvį – ją mažina [5, 7, 78, 76]. Praėjus 6–7 mėnesiams po gimdymo, hemorojus nustatomas 25 % moterų po normalaus gimdymo, 36 % – po instrumentinio gimdymo, 11–16 % – po cezario pjūvio [76]. Praėjus 8 savaitėms po gimdymo, moterys, kurios gimdė per cezario pjūvį, rečiau susirgdavo hemorojumi, nei tos, kurių gimdymas užbaigtas vakuumine ekstrakcija bei replėmis (OR 0,56; 95% CI 0,36–0,86) [7]. S. Brown atlikto klinikinio tyrimo duomenimis, praėjus 6–7 mėnesiams po gimdymo, hemorojus nustatomas 25,3 % moterų po normalaus gimdymo, 36 % – po instrumentinio gimdymo, 11–16,8 % – po cezario pjūvio [78].

Tai, kad gimdymo būdas turi įtakos hemorojaus atsiradimui po gimdymo, parodo dar vienas tyrimas: sergamumas hemorojumi negimdžiusių moterų – 8,5 %,

(OR-1), gimdžiusių per cezario pjūvį – 36,3 % (OR 2,5; 95 % CI 1,5–4,3), $p < 0,001$, gimdžiusių natūraliais takais – 38,3 % (OR 3,4; 95 % CI 2,4–4,9), $p < 0,001$, ir 41,5 % moterų, kurių gimdymas užbaigtas instrumentiniu būdu, t. y. vakuumine vaisiaus ekstrakcija, replėmis (OR 4,3; 95 % CI 2,8–6,6), $p < 0,001$ [8]. (Pastaba: OR – tai bendra rizika susirgti dubens dugno disfunkcija).

K. Gjerdingen atlikto tyrimo duomenimis, didesnė dalis hemorojumi sergančių moterų gimdė natūraliais takais, mažesnė dalis – per cezario pjūvį (tai įrodo, jog cezario pjūvio operacija mažina riziką susirgti hemorojumi po gimdymo): po gimdymo praėjus 1 mėnesiui, hemorojumi sirgo 29,3 % moterų, gimdžiusių natūraliais takais, 14,1 % – per cezario pjūvį; po 3 mėnesių – atitinkamai 14,8 % ir 9 %; po 6 mėnesių – 11,2 % ir 3,8 %; po 9 mėnesių – 10,3 % ir 6,4 % – po cezario pjūvio; po 12 mėnesių – 7,8 % ir 1,3 % ($p < 0,01$) [9].

H. Woolhouse atlikto perspektyviojo kohortinio tyrimo duomenimis, instrumentinis gimdymas (vakuuminė ekstrakcija ir replės) didina hemorojaus atsiradimo riziką: praėjus 3 mėnesiams po natūralaus gimdymo hemorojus atsiranda 30,2 % moterų (OR 1,0), po instrumentinio gimdymo – 35,5 % (OR 1,10; 95 % CI 0,82–1,48), po cezario pjūvio – 20,0 % (OR 0,51; 95 % CI 0,38–0,69); praėjus 6 mėnesiams po natūralaus gimdymo – 15,4 % (OR 1,0), po instrumentinio gimdymo – 23,2 % (OR 1,54; 95 % CI 1,08–2,19), po cezario pjūvio – 14,4 % (OR 0,89; 95 % CI 0,62–1,27); praėjus 12 mėnesių po natūralaus gimdymo – 11,0 % (OR 1,0), po instrumentinio gimdymo – 15,7 % (OR 1,41; 95 % CI 0,91–2,20), po cezario pjūvio – 10,1 % (OR 0,82; 95 % CI 0,52–1,30) [77].

Jau ne kartą minėtas L. Abramowitz atlikto epidemiologinis tyrimas parodė, kad iš 165 tirtų moterų po cezario pjūvio operacijos išangės įplėša atsirado tik 16 %, išorinio hemorojaus trombozė – tik 3 % moterų ($p = 0,089$) [12].

Vertinant tolesnius klinikinių tyrimų rezultatus, akivaizdu, jog moterys, gimdžiusios natūraliais gimdymo takais bei instrumentiniu būdu (vakuuminė vaisiaus ekstrakcija, akušerinės replės), dažniau sirgo išangės patologija, nei moterys, gimdžiusios per cezario pjūvį.

K. Gjerdingen atlikto moterų apklausos tyrimo duomenimis, po gimdymo praėjus 1 mėnesiui hemorojumi sirgo 29,3 % moterų, gimdžiusių natūraliais takais, 14,1 % – per cezario pjūvį, po 3 mėnesių po gimdymo – atitinkamai 14,8 % ir 9 %, po 6 mėnesių – 11,2 % ir 3,8 % moterų, po 9 mėnesių – 10,3 % ir 6,4 % moterų, po

12 mėnesių – 7,8 % ir 1,3 % moterų ($p < 0,01$) [9]. J. F. Thompson atliktos moterų apklausos duomenimis, praėjus 2 mėnesiams po gimdymo hemorojumi sirgo 30 % moterų po normalaus gimdymo, 37 % po instrumentinio gimdymo, 25 % po cezario pjūvio ($p = 0,03$), praėjus 3–4 mėnesiams – atitinkamai 17 % ir 19 % ($p = 0,55$), praėjus 5–6 mėnesiams – 12 %, 19 %, 14 % ($p = 0,05$) [7].

L. Abramowitz anoskopijos duomenimis, praėjus 2 mėnesiams po normalaus gimdymo išangės įplėša diagnozuota 15,2 % moterų, išorinio hemorojaus trombozė – 20 % moterų, o po cezario pjūvio išangės patologija (hemorojus ir išangės įplėša) rasta tik 4 % moterų [1]. Ch. MacArthur tyrimo duomenimis, praėjus 6 mėnesiams po gimdymo hemorojus nustatytas 4,2 % moterų po cezario pjūvio, 18 % moterų po instrumentinio gimdymo ir gimdymo, kai antras gimdymo periodas užtruko 3 val. ir ilgiau [75].

H. Woolhouse atliktos moterų apklausos duomenimis, praėjus 3 mėnesiams hemorojus nustatytas 30,2 % moterų po natūralaus gimdymo (OR 1,0) ir 35,5 % moterų po instrumentinio gimdymo (OR 1,10 (95 % CI 0,82–1,48)), po cezario pjūvio – 20,0 % (OR 0,51 (95 % CI 0,38–0,69)), praėjus 6 mėnesiams po natūralaus gimdymo – 15,4 % moterų (OR 1,0), po instrumentinio gimdymo – 23,2 % (OR 1,54 (95 % CI 1,08–2,19)), po cezario pjūvio – 14,4 % moterų (OR 0,89 (95 % CI 0,62–1,27)), praėjus 12 mėnesių po natūralaus gimdymo – 11,0 % (OR 1,0), po instrumentinio gimdymo – 15,7 % (OR 1,41 (95 % CI 0,91–2,20)), po cezario pjūvio operacijos – 10,1 % (OR 0,82 (95 % CI 0,52–1,30)) [77]. N. Borders atliktos apklausos rezultatai rodo, kad praėjus 6–7 mėnesiams hemorojus nustatytas 25 % moterų po normalaus gimdymo, 36 % moterų po instrumentinio gimdymo, 11–16 % po cezario pjūvio [76]. S. Brown moterų apklausos duomenimis, praėjus 7 mėnesiams po natūralaus gimdymo hemorojus nustatytas 25,3 % moterų, po replių ir vakuuminės vaisiaus ekstrakcijos – 36,0 %, po skubios cezario pjūvio operacijos – 11 %, po planinės cezario pjūvio operacijos – 16,8 % moterų ($p < 0,001$) [78]. A. H. MacLennan gavo tokius apklausos rezultatus: po cezario pjūvio hemorojus diagnozuotas 36,3 % moterų (OR 2,5 (95 % CI 1,5–4,3) $p < 0,001$), po natūralaus gimdymo – 38,3 % (OR 3,4 (95 % CI 2,4–4,9) $p < 0,001$), po instrumentinio gimdymo – 41,5 % (OR 4,3 (95 % CI 2,8–6,6), $p < 0,001$) [8]. Tačiau J. Ferdous moterų išangės apžiūros tyrimo duomenys yra prieštaringi: praėjus 9 savaitėms išorinis hemorojus diagnozuotas

5,98 % moterų po normalaus gimdymo, 6,45 % moterų po cezario pjūvio (OR 1,15 (95 % CI 0,43–3,08), $p < 0,01$ [86]).

6.5.12. Tarpvietės vientisumo pažeidimas gimdant

Gimdymo priežiūra bei planas turi tiesiogę įtaką moters būklei po gimdymo ir gali turėti įtakos hemorojaus atsiradimui arba simptomų progresavimui šiuo laikotarpiu. Nustatytas statistiškai patikimas ryšys tarp hemorojaus išsivystymo tikimybės ir tarpvietės pažeidimo gimdymo metu (tiek savaiminio tarpvietės plyšimo, tiek atliktos epiziotomijos) [6]. Klinikinio tyrimo duomenimis, hemorojus dažniau išsivysto po atliktos epiziotomijos (OR 2,31; 95% CI 1,14–4,66), nei po savaiminio tarpvietės plyšimo (OR 1,94; 95% CI 1,05–3,59 [84]). Tarpvietės plyšimai gimdymo metu yra rizikos veiksnys hemorojui atsirasti po gimdymo [60].

6.6. Išangės patologijos įtaka moters gyvenimo kokybei

Gyvenimo kokybė yra svarbus nespecifinis žmogaus subjektyvaus pasitenkinimo savo gyvenimu rodiklis [59].

Nustatyta, jog nėštumo metu hemorojaus simptomai progresuoja, todėl daugelis moterų patiria ryškų išangės patologijos poveikį savo gyvenimui ir gyvenimo kokybei, ypač trečią nėštumo trečdalį bei po gimdymo [61]. Atliktame tyrime, kuriame tirtos 209 nėščios moterys, sergančios hemorojumi (moterų nėštumų skaičiaus vidurkis – 2, visos gimdė pirmą kartą, 85 % jų gimdė natūraliais takais), vertinti penki pagrindiniai hemorojaus klinikiniai simptomai (skausmas, niežulys, patinimas, kraujavimas, diskomfortas) ir jų įtaka gyvenimo kokybei [61]. Nustatyta, jog minėti simptomai (išskyrus niežulį ir kraujavimą) labai neigiamai veikia moters gyvenimą bei jo kokybę, gauti statistiškai patikimi duomenys: skausmas – $p = 0,012$, niežulys – $p = 0,24$, patinimas – $p < 0,001$, diskomfortas – $p < 0,001$, kraujavimas – $p = 0,17$ [41]. Moterų, kurioms diagnozuotas hemorojus, statistiškai patikimai reikšmingai mažesni fizinės būklės nei emocinės būklės balai (pagal SF-36 gyvenimo kokybės klausimyną) [8]. S. Riss atlikto tyrimo duomenimis, iš 395 nėščių moterų, 42 % diagnozuotas hemorojus, visoms moterims vertinta gyvenimo kokybė pagal gyvenimo kokybės klausimyno trumpąją formą SF-12 ir nustatyta, jog hemorojus, nepriklausomai nuo jo laipsnio, neturi įtakos moters gyvenimo kokybei [59].

D. A. Webb su bendraautoriais tyrė 1323 moteris praėjus 9 ir 12 mėnesių po gimdymo ir nustatė, kad vidurių užkietėjimas ir hemorojus stipriai neigiamai veikia tiek fizinę, tiek emocinę sveikatą ir blogina gyvenimo kokybę po gimdymo [103]. Iš visų tirtųjų 87,9 % moterų teigė, kad vidurių užkietėjimas ir hemorojus nėra problema, 6,0 % nurodė minėtą patologiją kaip nedidelę problemą, 3,8 % – kaip vidutinio dydžio problemą, 2,3 % – kaip didelę problemą [103]. 18,0 % moterų teigė, jog hemorojus ir vidurių užkietėjimas neturi įtakos jų fizinei sveikatai, 25,2 % – turi minimalią įtaką, 33,3 % – vidutiniškai ir stipriai veikia fizinę sveikatą ($p=0,002$) [103]. 20,4 % moterų nurodė, jog hemorojus ir vidurių užkietėjimas nesukelia depresijos, 20,3 % – turi minimalią įtaką depresijai atsirasti, 29,6 % – turi vidutinišką ir stiprią įtaką [103]. 16,9 % moterų tvirtino, jog hemorojus ir vidurių užkietėjimas neveikia jų emocinės būklės, 17,7 % – veikia minimaliai, 30,9 % – veikia vidutiniškai ir stipriai ($p=0,03$) [103, 104].

6.7. Išangės ligų tyrimai Lietuvoje

Pirmieji duomenys apie hemorojų Lietuvoje siekia senojo Vilniaus universiteto laikus. 1812 metais M. Galenzovskis paskelbė disertaciją, kurioje nagrinėjo hemorojų sukeliančias priežastis, aprašė kraujuojančio hemorojaus ir dizenterijos skirtumus, aptarė jų gydymą. 1925 metais „Medicinos“ žurnale dr. B. Zacharinas pateikė Valstybinės Kauno ligoninės ataskaitą, kurioje nurodė, kad per metus buvo išoperuoti 174 ligoniai, tarp jų 25 operuoti dėl hemorojaus, paraproktito, tiesiosios žarnos vėžio, išangės fistulės ir riestinės žarnos apsisukimo. Sukaupta proktologinių ligų gydymo patirtis buvo pateikta dr. V. Tumasonio ir dr. J. Žemgilio dviejuose darbuose VII Lietuvos chirurgų suvažiavime [105].

Lietuvos medicinos bibliotekos kataloguose pavyko aptikti tik keletą straipsnių hemorojaus gydymo tema. P. Norkūnas ir A. Norveišis 1973 metais aprašė hemorojaus gydymą sušvirkščiant spirito ir novokaino [106]. 1973 metais A. Norveišis aprašė skleroterapijos vistariniu patirtį [107]. Gausesnę gydymo patirtį derinant spirito-novokaino ir vistarino injekcijas A. Norveišis aprašė 1978 metais [108]. 1989 metais D. Pavalkis su bendraautoriais [109] supažindino su savo patirtimi šalinant vidinius hemorojaus mazgus mechaninės siūlės aparatu. 1990 metais Kaune vykusiame VII Lietuvos gydytojų suvažiavime prof. V. Zykas su bendraautoriais

nagrinėjo ūminio hemorojaus gydymo taktiką [110]. 1993 metais įvyko pirmoji Lietuvos koloprokologų konferencija. Savo penkerių metų 219 pacientų gydymo patirtį pristatė R. Keblas ir D. Rusteikienė [111]. Hemorojaus operacijų patirtį aprašė ir A. Tamelis bei kt. [112]. 1995 metais A. Tamelis apgynė medicinos daktaro disertaciją [113], kurioje išsamiai nagrinėjo patologinius pokyčius hemorojiniame audinyje ir juos siejo su hemorojaus gydymu. 1997 metais jis [114] apžvelgė hemorojaus gydymo galimybes. 2002 m. D. Venskutonis ir kt. [115] aprašė hemorojaus gydymo patirtį, atliekant obliteraciją mažo galingumo elektros srove. Lietuvoje yra atlikta tik keletas mokslinių darbų, kurių autoriai nagrinėjo išangės ligas:

A. Norveišis. Hemorojaus gydymo novokaino-spirito blokadomis ir kompleksiniu injekciniu metodu palyginimas (dr. 1978 m. VVU);

A. Tamelis. Išangės anatominių struktūrų pokyčių reikšmė hemorojaus gydymui (dr. 1995 m. KMA);

N. E. Samalavičius. Šeiminė adenominė polipozė ir ja sergančiųjų gydymas Lietuvoje (dr. 1999 m. VU);

N. E. Samalavičius. Storosios žarnos ir išangės ligų chirurginio gydymo optimizavimas (dr. (HP) 2006 m. VU);

T. Poškus. Hemorojaus gydymo metodų palyginamasis tyrimas (dr. 2008 m. VU).

7. TYRIMO METODIKA

Tiriamųjų kontingentas

Visi nėščiųjų tyrimai buvo atlikti Vilniaus universiteto Akušerijos ir ginekologijos klinikoje 2010–2011 metais.

Buvo tiriamos 18–45 metų amžiaus nėščiosios, kurios kreipėsi į šeimos gydytoją ir gydytoją akušerį ginekologą nėštumo priežiūrai VšĮ Santariškių klinikų Centro filialo konsultacijų poliklinikoje, Vilniaus miesto Antakalnio poliklinikoje, bei moterys, kurios gimdė ir gydėsi VšĮ Santariškių klinikų Centro filiale Akušerijos ir ginekologijos skyriuje.

Nėščiosios savo parašu patvirtino sutikimą dalyvauti moksliniame tyrime (asmens informavimo forma (14.1 priedas) ir informuoto asmens sutikimo forma (14.2 priedas). Vilniaus regioninis biomedicininis tyrimų etikos komitetas davė leidimą atlikti šį tyrimą (14.6 priedas).

Tyrimą atliko tyrėjai: gydytojas akušeris ginekologas ir gydytojas koloproktologas.

Dalyvavimo tyrime kriterijai buvo šie:

- pirmasis nėštumo trečdalis,
- pirmasis / pakartotinis nėštumas,
- vienvaisis / daugiavaisis nėštumas,
- nėščiosios sutikimas dalyvauti tyrime.

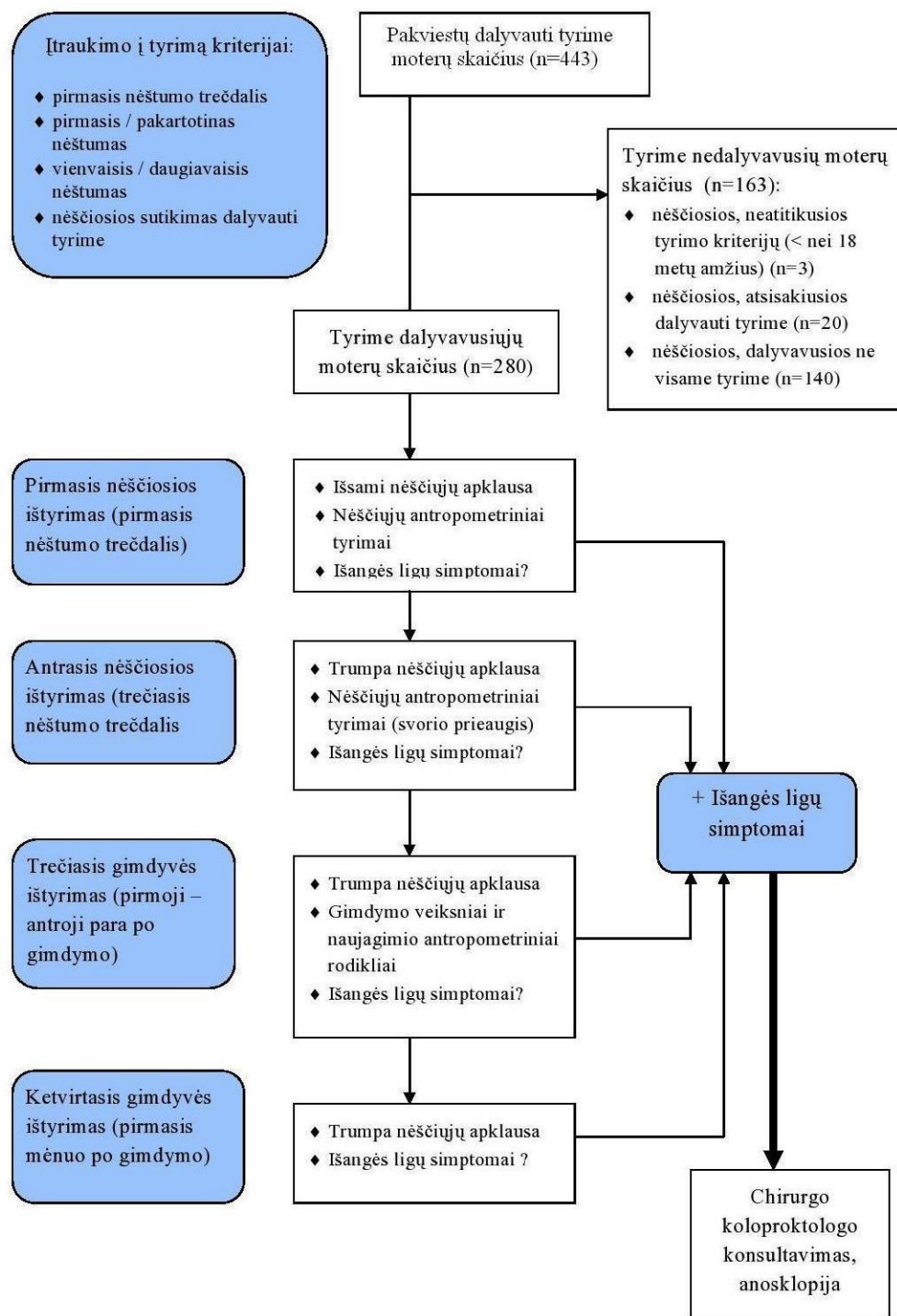
Moterys buvo tirtos keturis kartus:

- pirmąjį nėštumo trečdalį (iki 12 nėšt. sav.),
- trečiąjį nėštumo trečdalį (27–40 ir > nėšt. sav.),
- pirmą antrą parą po gimdymo,
- pirmąjį mėnesį po gimdymo.

Nėščiąsias, kurios skundėsi išangės ligų simptomais, konsultavo chirurgas koloproktologas (14.5 priedas).

Tyrimo schema pateikiama 5 paveiksle.

5 pav. Tyrimo schema



Tyrimo metodika:

- Apklausa (naudojama speciali unifikuota anketa ir proktologinės apklausos anketa) (14.3 priedas).

Parengta anketa, kurioje buvo įvardyti svarbiausi nėščiųjų išangės ligų rizikos veiksniai: demografiniai rodikliai (amžius, tautybė, šeiminė padėtis), socialiniai veiksniai (išsilavinimas, gyvenamoji vieta, gyvenimo sąlygos), fizinis aktyvumas, antropometriniai rodikliai (ūgis, svoris iki nėštumo, kūno masės indeksas iki nėštumo, svorio prieaugis per nėštumą), paveldimumas (išangės ligos šeimoje), žalingi įpročiai (rūkymas, alkoholio vartojimas), skysčių vartojimas nėštumo metu, vidurių užkietėjimas nėštumo metu, išangės ligos iki nėštumo ir praityje buvusio nėštumo metu. Tirta nėščiųjų mityba, naudojantis standartizuota PSO mitybos tyrimo anketa, kuri modifikuota mūsų tiriamų nėščiųjų mitybai įvertinti (14.3 priedo 18–35 klausimai). Medicininiai veiksniai vertinti pagal akušerinės ir ginekologinės anamnezės duomenis, persirgtas ligas, ligas tiriamo nėštumo metu.

Nėščiųjų vidurių užkietėjimas vertintas remiantis Romos III kriterijais: tuštinimasis rečiau nei 3 kartus per savaitę, stanginimasis tuštinantis, kietos išmatos, kliūtis išangėje tuštinantis, nevisiško pasituštinimo jausmas, rankų pagalba tuštinantis (turi būti patiriami bent du simptomai per 3 mėnesius).

Nėščiųjų išangės ligų įtaka moters gyvenimo kokybei vertinta pagal pasaulyje naudojamą standartizuotą generinį gyvenimo kokybės klausimyną (SF-36), adaptuotą Lietuvai (14.3 priedo 71–81 klausimai). Jį sudaro 36 klausimai, kurie atspindi aštuonias žmogaus gyvenimo sritis: fizinį aktyvumą, veiklos apribojimą dėl fizinių ir emocinių problemų, skausmą, bendrą sveikatos vertinimą, energingumą ir gyvybingumą, socialinę funkciją bei emocinę būklę. Šios gyvenimo sritys yra jungiamos į dvi sveikatos kategorijas – fizinę ir psichinę. Fizinei sveikatai vertinti skirtos fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų, skausmo, bendro sveikatos vertinimo sritys. Veiklos apribojimo dėl emocinės būklės, socialinių ryšių, energingumo ir gyvybingumo sritys skirtos psichinei sveikatai įvertinti. Atsakymai į klausimus buvo vertinti balais nuo 0 iki 100, naudojant skaičiavimo algoritmą. Kiekviena sritis buvo vertinta nuo 0 iki 100 balų (naudojant skaičiavimo algoritmą). Didesnis balų skaičius atspindėjo geresnę gyvenimo kokybę.

Fizinis aktyvumas (10 anketos klausimų: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12).

Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų (4 anketos klausimai: 13, 14, 15, 16).

Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų (3 anketos klausimai: 17, 18, 19).

Energingumas / gyvybingumas (4 anketos klausimai: 23, 27, 29, 31).

Emocinė būklė (5 anketos klausimai: 24, 25, 26, 28, 30).

Socialinė funkcija (2 anketos klausimai: 20, 32).

Skausmas (2 anketos klausimai: 21, 22).

Bendras sveikatos vertinimas (5 anketos klausimai: 1, 33, 34, 35, 36).

Sudaryta nėščiųjų proktologinės apklausos anketa, vertinant pagrindinius išangės ligų simptomus: skausmas, kraujavimas iš išangės, mazgai išangės srityje, vidurių užkietėjimas ir jo pobūdis (14.3 priedo 61–70 klausimai).

Pirmą antrą parą po gimdymo buvo vertinti šie gimdymo duomenys: gimdymo būdas, gimdymo trukmė, tarpvietės pažeidimas gimdymo metu – kirpimas ar plyšimas bei naujagimių antropometriniai rodikliai: ūgis, svoris, galvos ir krūtinės apimtis (14.4 priedas).

- Gydytojo chirurgo koloproktologo konsultacija

Nėščiajai pasiskundus išangės srities nemaloniais pojūčiais – skausmu, kraujavimu, darinio atsiradimu išangėje, gleivinės išvirtimu ar kitais simptomais storosios ir tiesiosios žarnos srityje, nėščioji buvo nedelsiant siunčiama chirurgo koloproktologo konsultacijos. Pacientės būdavo tiriamos joms gulint ant kairiojo šono, per kelius sulenkus kojas. Apžiūrima išangės sritis, ieškant išorinio hemorojaus ar jo trombozės. Po to pacientės buvo prašoma stangintis, ir vertinama, ar neišsiverčia tiesiosios žarnos gleivinė. Po to pacientės išeinamoji anga buvo tiriama pirštu, ieškant darinių ar skausmingumo taškų išangėje (digitalinis tyrimas per tiesiąją žarną). Galiausiai buvo daroma anoskopija kietu apšviestu anoskopu tiek tiriant pacientę ramybėje, tiek stanginančios.

- Antropometriniai tyrimai

Moters antropometriniai rodikliai:

Nėščiųjų ūgis buvo matuojamas standartiniu vertikaliuoju ūgio matuokliu – mediniu stadiometru (matavimo tikslumas ± 5 mm), laikantis įprastinių kūno padėties reikalavimų.

Kūno masė buvo matuojama medicininėmis Ferbenkso mechaninėmis svarstyklėmis 100 g tikslumu. Svarstyklės reguliariai kalibruotos standartiniais svoriais (4x10 kg ir 8x10 kg). Tiriamos nėščiosios buvo sveriamos ryte nevalgiusios, lengvai apsirengusios ir pasišlapinusios.

Moterų kūno masės indeksas (KMI, Quetelet indeksas) apskaičiuotas pagal formulę:

$$\text{KMI} = \text{kūno masė (kg)} / \text{ūgis (m}^2\text{)}.$$

- Statistinė duomenų analizė

Atliktas perspektyvusis kohortinis (stebėsenos) tyrimas. Skaitmeninė sukaupytų duomenų bazė ir elementarūs statistiniai skaičiavimai atlikti naudojant standartinę *Microsoft Excel* programą. Sudėtingesni statistiniai skaičiavimai (statistinė duomenų bei medicininių dokumentų duomenų analizė) atlikti naudojant *SPSS Statistics* programą (21 versija).

Statistinėje analizėje rezultatams vertinti naudoti šie rodikliai: kiekybinių požymių vidurkiai, standartiniai nuokrypiai (SD), vidurkių pasikliautiniai intervalai (PI), minimalios (Min) ir maksimalios (Max) reikšmės, kokybinių ar kategorinių požymių procentai. Rezultatai buvo vertinti skaitmenimis ir procentais.

Įvairių rodiklių skirtumai tarp grupių vertinti naudojant: Stjudento t kriterijų arba Mano–Vitnio–Vilkoksono kriterijų (angl. *Wilcoxon–Man–Whitney*) (kiekybiniam požymiams), χ^2 kriterijų arba Fišerio tikslųjį testą (kokybiniam požymiams). Skirtumai buvo vertinami kaip statistiškai reikšmingi, kai paklaidos tikimybė buvo $p < 0,05$, labai reikšmingi, kai paklaidos tikimybė buvo $p < 0,005$. Ryšys tarp rizikos veiksnio ir tiriamosios būklės rodiklio vertintas apskaičiuojant šansų santykį (OR) bei jo 95 procentų pasikliautinį intervalą (CI).

Atlikta statistikai reikšmingų rodiklių vienanarė logistinė regresinė analizė.

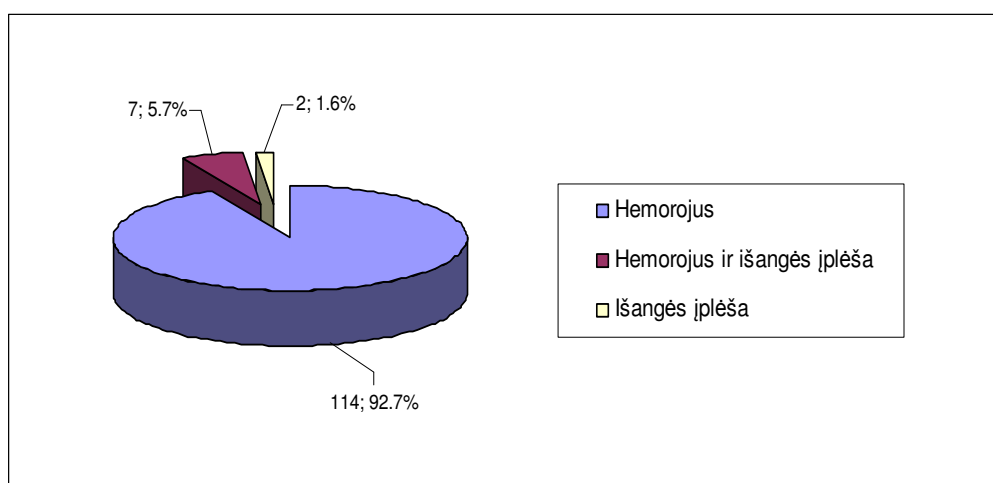
Siekiant nustatyti išangės ligų rizikos veiksnius, atlikta reikšmingų vienanarių rodiklių daugianarė logistinė regresinė analizė.

8. TYRIMO REZULTATAI

Moksliniame tyrime dalyvavo 280 moterų nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo. Dalyvauti tyrime buvo pasiūlyta 443 nėščiosioms. Iš jų 20 moterų atsisakė dalyvauti tyrime, 140 dalyvavo tik nėštumo laikotarpiu (t. y. pirmuoju ir trečiuoju nėštumo trečdaliu), 3 moterys neatitiko tyrimo kriterijų (buvo jaunesnės nei 18 metų amžiaus). Tyrimo pabaigoje buvo sudarytos dvi tirtųjų grupės: I grupė – sergančios išangės ligomis ir II (kontrolinė) grupė – sveikos moterys.

8.1. Nėščiųjų ir gimdyvių išangės ligos ir jų dažnis, atsiradimo laikas, išangės ligų simptomai

Iš 280 tirtų nėščiųjų 123 moterims (43,9 %) diagnozuota koloproktologinė patologija (I grupė), 157 moterys (56,1 %) buvo sveikos II grupė. Iš 123 nėščiųjų hemorojumi sirgo 114 (92,7 %), hemorojumi ir išangės įplėša sirgo 7 (5,7 %), išangės įplėša – 2 moterys (1,6 %). Duomenys pavaizduoti 6 paveiksle. Iš 121 moters, kuriai buvo nustatytas hemorojus, 64 (52,9 %) moterų buvo diagnozuota hemorojaus trombozė. Kadangi tik išangės įplėša sirgusių moterų buvo labai nedaug, jos buvo prijungtos prie hemorojumi sirgusių moterų ir sudaryta koloproktologinę patologiją turinčių moterų grupė, t. y. 123 moterys (I grupė).



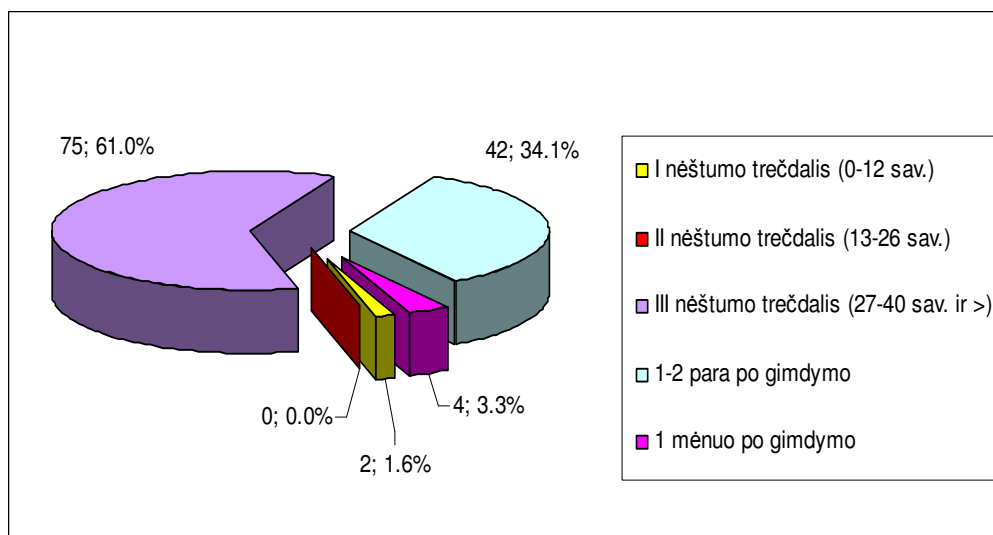
6 pav. Tirtų moterų koloproktologinės patologijos dažnis

4 moterims buvo diagnozuotas išorinis, o I, II, III laipsnio vidinis hemorojus – atitinkamai 32 (26,4 %), 61 (50,4 %) ir 24 (19,8 %) moterims (2 lentelė). 6 moterims (4,9 %) buvo nustatyta lėtinė išangės įplėša, 3 (2,4 %) – ūminė išangės įplėša.

2 lentelė. Hemorojaus pasiskirstymas tarp tirtų nėščiųjų

Hemorojus	n	%
Išorinis	4	3,3
I laipsnio vidinis	32	26,4
II laipsnio vidinis	61	50,4
III laipsnio vidinis	24	19,8
Iš viso	121	100,0

Dažniausias nėščiųjų ir gimdyvių išangės patologijos atsiradimo laikas – trečiasis nėštumo trečdalis ir pirmą antrą para po gimdymo: pirmąjį nėštumo trečdalį išangės patologija buvo nustatyta 2 (1,6 %) nėščiosioms, antrąjį, trečiąjį nėštumo trečdalį, pirmą – antrą parą ir pirmąjį mėnesį po gimdymo – atitinkamai 0 (0 %), 75 (61,0 %), 42 (34,2 %), 4 (3,2 %) moterų (7 paveikslas).



7 pav. Dažniausias koloproktologinės patologijos atsiradimo laikas

Dažniausi tirtų moterų išangės ligų simptomai buvo skausmas, diskomfortas, niežulys, mazgai, deginimas, gleivės išangėje, kraujavimas iš išangės.

Dažniausi I grupės tirtų moterų išangės ligų simptomai pavaizduoti 3 lentelėje.

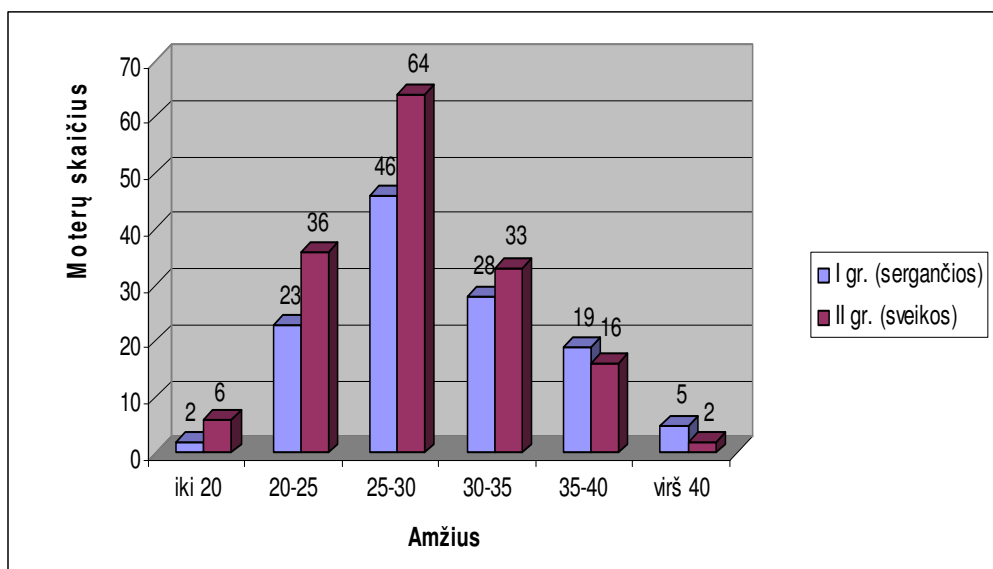
3 lentelė. I grupės tirtų moterų išangės ligų simptomai

Simptomas	n	%
Skausmas išangėje ir jo pobūdis:	121	98,4
Aštrus skausmas	6	4,9
Bukas skausmas	75	61,9
Bukas skausmas, sustiprėjantis tuštinantis	71	58,7
Skausmas tuštinantis	12	9,9
Diskomfortas išangėje	110	89,4
Niežulys išangėje	99	80,5
Mazgai išangėje	54	43,9
Deginimas išangėje	98	79,7
Gleivės išangėje	91	74,0
Kraujavimas iš išangės	77	62,6

8.2. Nėščiųjų ir gimdyvių išangės ligų rizikos veiksniai

8.2.1. Gyvenimo anamnezė

Amžius. Tyrime dalyvavo 18–45 metų amžiaus nėščiosios. Jų amžiaus vidurkis – 28,7 metai (SD=5,4; Min–Max=16,4–45,1). Daugiausia buvo 25–30 metų moterų – 110 (39,3 %), 30–35 metų – 61 (21,8 %), 20–25 metų – 59 (21,1 %), 35–40 metų – 35 (12,5 %), iki 20 metų – 8 (2,9 %), vyresnių nei 40 metų – 7 (2,5 %) (8 paveikslas).



8 pav. Tirtų nėščiąjų, gimdyvių ir moterų po gimdymo amžius

Sergančiųjų hemorojumi (I grupė) amžiaus vidurkis – 29,6 metai (SD=5,5; Min–Max=18,8–45,1). Daugiausia buvo 25–30 metų moterų – 46 (37,4 %), 30–35 metų – 28 (22,8 %), 20–25 metų – 23 (18,7 %), 35–40 metų – 19 (15,4 %), vyresnių nei 40 metų – 5 (4,1 %), iki 20 metų 2 (1,6 %).

Sveikų tirtųjų (II grupė) amžiaus vidurkis buvo 28,3 metai (SD=5,2; Min–Max=16,4–42,5). Daugiausia buvo 25–30 metų moterų – 64 (40,8 %), 20–25 metų – 36 (22,9 %), 30–35 metų – 33 (21,0 %), 35–40 metų – 16 (10,2 %), iki 20 metų – 6 (3,8 %), vyresnių nei 40 metų – 2 (1,3 %).

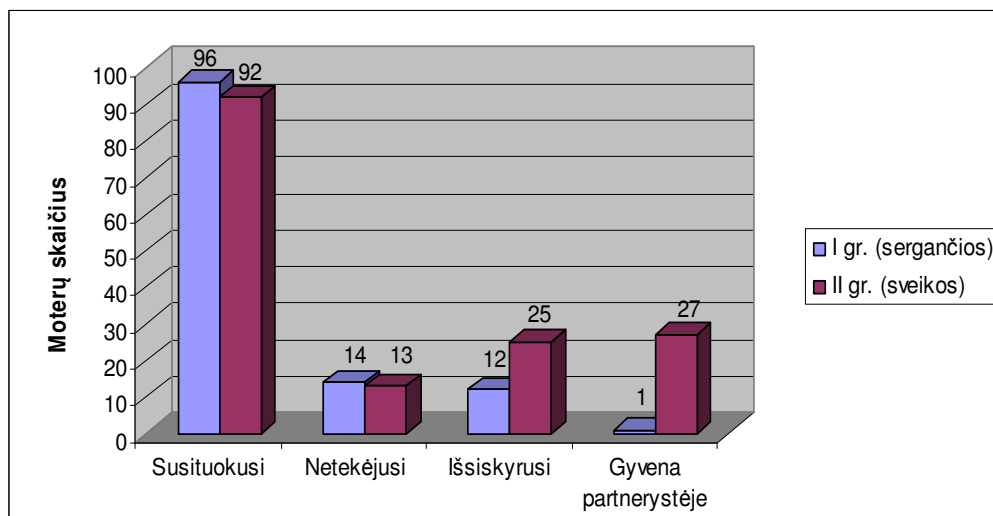
Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, išangės ligomis dažniau sirgo vyresnio amžiaus moterys – 30–35 metų amžiaus ir 35–40 metų amžiaus grupėje bei vyresnės nei 40 metų. Sveikų ir sergančių išangės ligomis moterų amžiaus vidurkis skiriasi 1,3 metų. OR 1,52 (95 % CI 0,933–2,483), p=0,092.

Tautybė. Iš visų 280 tirtųjų didžiąsą dalį sudarė lietuvių tautybės moterys – 179 (63,9 %), rusės – 42 (15,0 %), lenkės – 53 (18,9 %), kitų tautybių moterys – 6 (2,1 %).

Šeimninė padėtis. Iš 280 tirtų moterų 188 gyveno santuokoje (67,1 %), 27 moterys (9,6 %) buvo netekėjusios, 37 (13,2 %) išsiskyrusios, 28 (10 %) gyvenančios partnerystėje.

Sergančių hemorojumi moterų grupėje 96 (78,0 %) buvo susituokusios, 14 (11,4 %) buvo netekėjusios, 9,8 išsiskyrusios, 1 (0,8 %) gyvenančios partnerystėje.

Sveikų moterų grupėje 92 (58,6 %) buvo santuokoje, 13 (8,3 %) netekėjusios, 25 (15,9 %) išsiskyrusios, 27 (17,2) gyveno partnerystėje (9 paveikslas).



9 pav. Tirtų moterų pasiskirstymas pagal šeiminių padėtį

Išsilavinimas. Didesnė dalis aukštąjį (universitetinį) išsilavinimą turinčių tirtų moterų buvo I grupėje – 81 (65,9 %), II grupėje aukštąjį išsilavinimą turinčių buvo 61 (38,9 %) (4 lentelė)

4 lentelė. Tirtų moterų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Išsilavinimas	Visos		I gr.		II gr.	
	n	%	n	%	n	%
Pradinis	1	0,4	0	0,0	1	0,6
Nebaigtas vidurinis	10	3,6	0	0,0	10	6,4
Vidurinis	22	7,9	4	3,3	18	11,5
Spec. vidurinis	33	11,8	11	8,9	22	14,0
Nebaigtas aukštasis (universitetinis)	72	25,7	27	22,0	45	28,7
Aukštasis (universitetinis)	142	50,7	81	65,9	61	38,9
	280	100,0	123	100,0	157	100,0

Buities ir darbo sąlygos, fizinis aktyvumas. Mieste ir kaime gyvenančių hemorojumi sergančių moterų skaičius statistiškai reikšmingai nesiskyrė nuo sveikų miesto ir kaimo gyventojų. I grupėje mieste gyvenančių nėščiųjų buvo 87,8 %, II grupėje – 80,3 % Kaime gyvenančiųjų – atitinkamai 12,2 % ir 19,7 %.

Taip pat nerasta skirtumo tarp abiejų grupių moterų, vertinant jų gyvenimą bute, bendrabutyje ar nuosavame name. I grupėje bute gyveno 77,2 % tirtųjų, bendrabutyje – 5,7 %, name – 17,1 % II grupėje – atitinkamai 75,2 %, 6,4 %, 18,5 %.

Didesnes pajamas turinčios tirtosios moterys akivaizdžiai dažniau sirgo išangės patologija: I grupėje – 21,1 %, II grupėje – 10,2 %.

Tirtosios moterys, kurios gyveno geresnėmis sąlygomis, dažniau sirgo išangės ligomis: I grupėje – 87,0 %, II grupėje – 71,2 % ($p < 0,01$).

Labiau fiziškai aktyvios buvo II grupės (sveikos) nėščiosios – 31,8 %, o I grupės – tik 18 %.

Protinį darbą I grupės moterų dirbo daugiau (87,8 %) negu II grupės moterų (77,7 %) (OR 1,99 (95 % CI (1,03–3,85)). II grupėje patikimai didesnė dalis dirbančių fizinį darbą (21,7 %) ir stovimą darbą (19,1%) ($p < 0,05$), o I grupėje – protinį (87,8 %) ir sėdimą darbą (87,0 %).

Mes vertinome patiriamų psichofiziologinių veiksnių (streso) įtaką išangės ligų atsiradimui nėštumo metu, tačiau statistiškai patikimų rezultatų neradome: I grupėje patiriamą stresą nurodė 69,1 % moterų, II grupėje – 61,8 % moterų.

Žalingi įpročiai. Iš mūsų tirtų nėščiųjų nerasta statistiškai patikimo skirtumo tarp nėščiųjų žalingų įpročių (rūkymo ir alkoholio vartojimo) ir išangės ligų atsiradimo nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo. I grupėje rūkalių dalis yra didesnė (23,6 %) nei II grupėje (15,9 %), bet skirtumas statistiškai nepatikimas ($p = 0,11$). Vartojusių alkoholį nėštumo metu moterų buvo 16,3 % I grupėje ir 25,4 % II grupėje. Skirtumas statistiškai nepatikimas ($p = 0,07$).

Paveldimumo veiksniai. Labai reikšmingas skirtumas tarp I ir II grupės tirtų nėščiųjų nustatytas vertinant paveldimumo veiksnių įtaką išangės patologijos atsiradimui nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo. Iš 280 tirtų nėščiųjų 179 (63,9 %) nurodo šeimos narių išangės ligas. Dažniausiai buvo minima mama, serganti ar praeityje sirgusi išangės liga (hemorojumi, išangės įplėša) – 144 iš 179 tirtųjų: I

grupėje – 97 iš 123 (78,7 %), II grupėje – 82 iš 157 (52,2 %); OR 3,41 (95 % CI 2,0 – 5,8), $p < 0,001$.

Išangės ligos anamnezės duomenimis. Labai reikšmingas, statistiškai patikimas skirtumas tarp I ir II grupės tirtų nėščiųjų nustatytas vertinant jų išangės ligas buvusio nėštumo ir gimdymo metu. Iš 280 tirtų nėščiųjų 56 (20,0 %) moterys nurodo iki nėštumo sirgusios hemorojumi. I grupėje – 54 moterys (43,9 %), II grupėje – 2 moterys (1,3 %); OR 60,652 (95 % CI 14,377 – 255,881), $p < 0,001$.

Išangės ligos ir jų simptomai buvusių nėštumų metu. Iš visų tirtų 280 nėščiųjų 35,0 % moterų nurodė su išangės ligomis susijusius nusiskundimus buvusio nėštumo metu: I grupėje – 59,3 % moterų (t. y. daugiau kaip pusė), II grupėje – 15,9 % moterų (t. y. apie šeštadalis). Grupių skirtumas labai didelis ir statistiškai patikimas ($p < 0,001$).

I grupėje beveik visos tirtosios nurodė ne po vieną nusiskundimą: iš 73 (59,3 %) moterų 29 nurodė keturis simptomus (hemorojus, vidurių užkietėjimas, negausus kraujavimas iš išangės, mazgai išangėje), 27 moterys – du simptomus (hemorojus ir vidurių užkietėjimas), 11 moterų – tris simptomus (hemorojus, vidurių užkietėjimas ir mazgai išangėje), 1 moteris – tik hemorojų, 5 moterys – tik vidurių užkietėjimą.

II grupėje nėščiosios dažniau nurodė tik po vieną ar du simptomus: iš 25 moterų (15,9 %) moterų 4 nurodė hemorojų, 14 – vidurių užkietėjimą, 7 – hemorojų ir užkietėjimą.

8.2.2. Ginekologinė anamnezė

Mėnesinių ciklo ypatumai

Pirmosios mėnesinės. I grupės tirtų nėščiųjų mėnesinių pradžia kiek ankstesnė nei II grupės moterų (0,3 metais). Skirtumas neatrodo didelis – 12,6 metų ir 12,9 metų, jis nėra statistiškai reikšmingas ($p > 0,05$) (5 lentelė).

5 lentelė. Tirtų moterų mėnesinių ciklo pradžia

	Visos	I gr.	II gr.
Vidurkis	12,8	12,6	12,9
SD	0,8	0,7	0,8
Min	11	11	11
Max	15	14	15

II > I, p>0,05

Mėnesinių kraujavimo trukmė. I grupės moterų mėnesinės buvo ilgesnės nei II grupės moterų: I grupės moterų mėnesinių trukmės vidurkis buvo 4,7 dienos (SD=1,3; Min–Max=3–8), II grupės moterų – 4,4 dienos (SD=1,0; Min–Max=3–9). Tai rodo nedidelį, statistiškai nereikšmingą skirtumą (p>0,05).

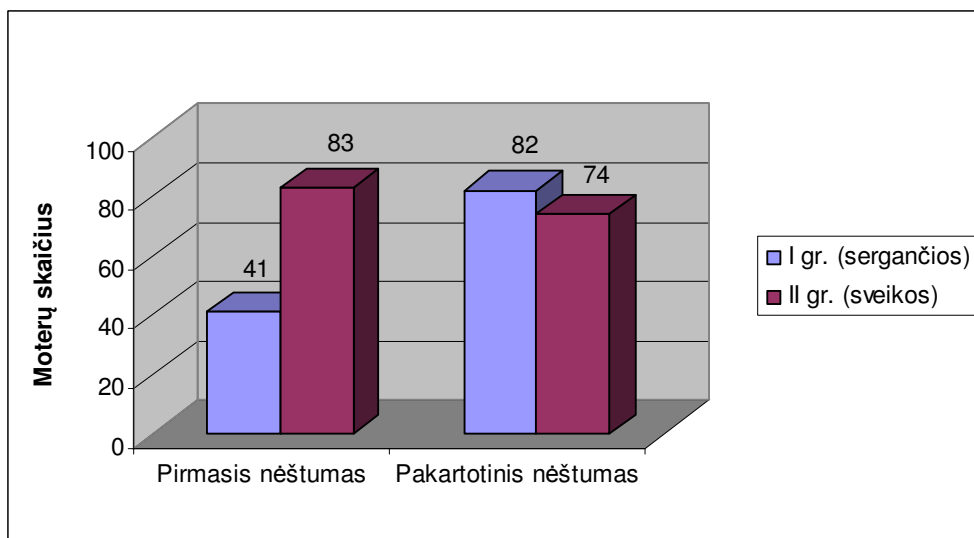
Mėnesinių ciklo trukmė grupėse statistiškai taip pat nepatikimas – II grupėje mėnesinių ciklas buvo vidutiniškai trumpesnis maždaug 2 dienomis: II grupėje mėnesinių ciklo vidurkis buvo 30,4 dienos (SD=4,7; Min–Max=18–50), I grupėje – 32,5 dienos (SD=5,6; Min–Max=20–50).

Mėnesinių reguliarumas. II grupėje didesnės dalies moterų mėnesinės buvo reguliarios (65,0 %), o I grupėje reguliarias mėnesines turėjo 54,7 % tirtų nėščiųjų. Skirtumas nepatikimas (p>0,05, pagal χ^2 kriterijų).

Mėnesinių gausumas. II moterų grupėje didžiausios dalies tirtųjų mėnesinės negausios (66,9 %), o I grupėje didesnės dalies moterų mėnesinės vidutinio gausumo (52,3 %). Skirtumas nepatikimas (p>0,05, pagal χ^2 kriterijų).

Buvusių nėštumų ypatumai

Nėštumų skaičius. I grupėje 82 (66,7 %) moterų buvo ne pirmą kartą nėščios, o II grupėje tokių buvo 74 (47,1 %). Skirtumas statistiškai reikšmingas (p<0,01, pagal χ^2 kriterijų, p=0,0011) Pirmą kartą nėščios buvo I grupėje – 41 (33,3 %), II grupėje – 83 (52,9 %) moterų (10 paveikslas).



10 pav. Tirtų moterų nėštumų skaičius

Praeityje buvusių nėštumų baigtys. Didesnė dalis tiek I, tiek II grupės moterų, sirgusių išangės ligomis, praeityje gimdė natūraliais gimdymo takais nei per cezario pjūvį ar instrumentiniu būdu (vakuumine ekstrakcija ir replėmis).

Abiejų grupių moterų praeityje buvusių nėštumų baigtys pateikiamos 6 lentelėje.

6 lentelė. I ir II grupės moterų praeityje buvusių nėštumų baigtys

Nėštumo baigtis	Visos tirtos nėščiosios	I gr.	II gr.
Normalus gimdymas	128	68	60
Cezario pjūvis	23	12	11
Persileidimas	33	18	15
Nėštumo nutraukimas	19	10	9
Vakuuminė ekstrakcija	0	0	0
Replės	0	0	0

Buvusių gimdymų ypatumai. Iš 280 tirtų nėščiųjų ne pirmą kartą gimdė 151 moteris (iš jų 80 – I grupėje, 71 – II grupėje).

Minkštųjų gimdymo takų sužalojimai ir operacinės intervencijos praeityje buvusių gimdymų metu. I grupėje iš 80 ne pirmą kartą gimdančių 63 turėjo sužalojimų praeityje (78,6 %), II grupėje iš 71 pakartotinai gimdančios 41 turėjo sužalojimų praeityje (57,7 %), OR 2,48 (95 % CI 1,22–5,03), $p < 0,05$ (7 lentelė).

7 lentelė. Tirtų moterų gimdymo takų sužalojimai praeitų gimdymų metu

Gimdymo takų sužalojimai praeitų gimdymų metu	I gr.	II gr.
Tarpvietės plyšimas	15	3
Tarpvietės plyšimas ir kitų struktūrų (makšties, kaklelio) plyšimas	22	7
Tarpvietės kirpimas	6	20
Tarpvietės kirpimas ir makšties ir (ar) gimdos kaklelio plyšimas	2	6
Tarpvietės plyšimas ir kirpimas	6	1
Tarpvietės bei kitų struktūrų plyšimas ir kirpimas	7	3
Makšties ir (ar) gimdos kaklelio plyšimas	5	1
Moterų skaičius	63	41

Mūsų gauti duomenys rodo, kad tos nėščiosios, kurioms praeityje buvusio gimdymo metu buvo sužalota tarpvietė (tarpvietės plyšimas ir kirpimas), dažniau sirgo išangės ligomis.

Tarpvietės plyšimas anamnezės duomenimis: OR 6,996 (95 % CI 3,629–13,486), $p < 0,001$.

Praeityje gimusio naujagimio svoris. Mūsų atlikto mokslinio tyrimo duomenimis, I grupės moterys praeityje gimdė didesnio svorio naujagimį nei II grupės moterys (8 lentelė). OR 0,190 (95 % CI 0,078–0,465), $p < 0,001$.

8 lentelė. Didžiausio praeityje gimusio naujagimio svoris

	Visos tirtos nėščiosios	I gr.	II gr.
N	151	80	71
vidurkis	3547,3	3712,1	3364,0
Min	1870,0	2800,0	1870,0
Max	5000,0	5000,0	4700,0
SD	504,3	451,1	499,8

$p < 0,001$

8.2.3. Mityba šio nėštumo metu

Pagal tirtų moterų mitybos įpročių analizę atžvelgėme jų mitybos režimą, kriterijus, pagal kuriuos moterys pasirinko maisto produktus, kai kurių maisto produktų vartojimo ypatumus.

Mitybos pobūdis. Nustatėme, kad I grupės tirtos nėščiosios dažniau valgė 3 kartus per dieną (64,2 % tirtųjų), II grupėje patikimai didesnė dalis moterų, kurios valgė 4 kartus per dieną (OR 1,82 (95 % CI 1,10–3,02), $p < 0,01$).

Abiejų moterų grupių valgymo reguliarumas nesiskyrė, tačiau 87 % moterų nurodė, kad valgė nereguliariai, 96 % moterų valgė vakarais.

Beveik visos abiejų grupių nėščiosios teigė, kad užkandžiavo tarp pagrindinių valgymų (98,5 % moterų).

II grupėje patikimai didesnė dalis dažniau valgė karštą maistą nei I grupėje ($p < 0,01$, pagal Fišerio tikslųjį testą).

Apie 30 procentų visų tirtų nėščiųjų manė, kad jų mityba nėra visavertė (I grupėje – 30,9 %, II grupėje – 28,7 % nėščiųjų). Didžiausia dalis visų tirtųjų vertino savo mitybą kaip normalią (I grupėje – 85,4 %, II grupėje – 79,0 % nėščiųjų).

Pagrindiniai kriterijai, pagal kuriuos moterys rinkosi maisto produktus, buvo šie: I grupėje – pagal specialios dietos būtinumą (65 % moterų) ir skonį (59,3 % moterų), pagal poveikį sveikatai – tik 32,5 % nėščiųjų, o II grupėje didžioji dalis tirtųjų maisto produktus rinkosi pagal poveikį sveikatai – 43,9 % moterų. Duomenys statistiškai patikimi ($p < 0,001$).

Maisto produktų įvairovė. Vertindami nėščiųjų suvartotų maisto produktų įvairovę, nustatėme, kad abiejų grupių moterys mėsą valgė beveik vienodai (kasdien mėsą valgė 46,3 % moterų I grupėje ir 41,4 % moterų II grupėje, todėl statistinio patikimumo negavome, $p = 0,17$). Nors, jeigu kiek pergrupuotume duomenis – kasdien ir 3–5 kartus per savaitę valgusias mėsą ir mėsos produktus sujungtume į vieną grupę ir palygintume su retai mėsą valgiusiomis nėščiosiomis, tai skirtumas kiek ryškesnis, bet vis tiek dar nepatikimas, $p = 0,06$ (kasdien ir 3–5 kartus per savaitę mėsą valgė I grupėje – 87,0 %, II grupėje – 78,3 % moterų, retai mėsą valgė I grupėje – 13,0 %, II grupėje – 21,7 % moterų).

Neradome statistiškai patikimo miltinių produktų vartojimo skirtumo: kasdien ir 3–5 kartus per savaitę miltinius produktus vartojo I grupės 89,4 %, II grupės 86,0 % moterų, retai miltinius produktus vartojo I grupės 10,6 %, II grupės 14,0 % moterų ($p=0,15$).

Vertinant pieno vartojimą, abiejose tirtų nėščiųjų grupėse nustatytas statistiškai patikimai reikšmingas skirtumas: II moterų grupėje daug didesnė dalis (46,5 %) nurodo, kad pieną vartoja kasdien, I grupėje – tik 13,8 % ($p<0,001$).

Labai reikšmingas statistiškai patikimas skirtumas nustatytas vertinant grūdinių produktų vartojimą abiejose tirtų moterų grupėse: II moterų grupėje daug didesnė dalis nurodo, kad grūdinius produktus vartoja kasdien ir 3–5 kartus per savaitę (68,7 %), o I moterų grupėje – tik 39,0 % moterų, t. y. beveik du kartus mažiau ($p<0,001$).

Reikšmingo statistinio patikimumo neradome tarp valgiusiųjų kiaušinius: kasdien ir 3–5 kartus per savaitę I grupėje valgė 74,8 % tirtų nėščiųjų, II grupėje – 75,8 % moterų ($p=0,64$).

Žuvies vartojimas abiejose grupėse yra gana skirtingas: I grupės visos moterys valgė žuvį (kasdien ir 3–5 kartus per savaitę – 22,0 % tirtųjų, nevalgusiųjų žuvies nebuvo), II grupėje kasdien ir 3–5 kartus per savaitę žuvį valgė 37,6 % moterų, 12,7 % moterų šioje grupėje žuvies nevalgė. Todėl šiuos duomenis sunku tarpusavyje palyginti.

Labai reikšmingas statistiškai patikimas skirtumas nustatytas vertinant vaisių ir daržovių vartojimą abiejose tirtų moterų grupėse: dažnai minėtus produktus vartojo (t. y. kelis kartus per dieną, kasdien, 3–5 kartus per savaitę) I grupės 69,1 %, II grupės 83,4 % tirtų nėščiųjų, o retai vaisius ir daržoves vartojo (t. y. 1–2 kartus per savaitę) I grupės 30,9 %, II grupės 16,6 % tirtų nėščiųjų (tai yra beveik du kartus mažiau), OR 2,25 (95 % CI 1,28–3,98), $p<0,001$.

Vertindami gautus mūsų mokslinio tyrimo rezultatus, galime daryti išvadą, kad išangės ligomis sergančių nėščiųjų mityba yra nesubalansuota, dauguma jų valgė tris kartus per dieną, nesilaikė mitybos režimo (valgė nereguliariai, vakarais, užkandžiavo tarp pagrindinių valgymų), rinkosi maistą pagal skonį ir specialios dietos būtinumą, o ne pagal poveikį sveikatai, per mažai vartojo pieno ir grūdinių produktų bei vaisių ir daržovių.

Skysčių vartojimo ypatumai. Vertinant skysčių vartojimą abiejose tirtų moterų grupėse, gautas statistiškai reikšmingas rezultatas. I grupėje net 98,4 % nėščiųjų skysčių išgerdavo mažiau nei 2 litrus per dieną, tik 1,6 % – daugiau nei 2 litrus per dieną. II grupėje – atitinkamai 89,8 ir 10,2 % tirtų nėščiųjų. OR 6,87 (95 % CI 1,55–30,53), $p < 0,01$.

Vidurių užkietėjimas. Mūsų gauti rezultatai parodė, kad iš visų tirtų 280 moterų, vidurių užkietėjimas vargino net 45,7 % nėščiųjų. Vidurių užkietėjimą nėštumo laikotarpiu patyrė net 87,0 % I grupės nėščiųjų ir tik 13,4 % II grupės nėščiųjų (9 lentelė). OR 40,381 (95 % CI 20,294–80,349), $p < 0,001$.

9 lentelė. Tirtų nėščiųjų vidurių užkietėjimas

Vidurių užkietėjimas	Visos tirtos nėščiosios		I grupė		II grupė	
	n	%	n	%	n	%
Buvo	128	45,7	107	87,0	21	13,4
Nebuvo	152	54,3	16	13,0	136	86,6
	280	100,0	123	100,0	157	100,0

Daugumai nėščiųjų (abiejose grupėse) ši problema atsirado trečią nėštumo trečdalį (91,4 % visų tirtųjų) ir tik 8,6 % moterų – pirmą. Skirtumas labai reikšmingas, $p < 0,001$.

Nustatėme, jog vidurių užkietėjimas vargino tirtas nėščiąsias ir praeityje (iki nėštumo ir buvusių nėštumų metu): I grupės net 57,7 % nėščiųjų vargino vidurių užkietėjimas praeityje, II grupės – tik 13,38 % tirtųjų. Skirtumas labai patikimas (OR 8,84 (95 % CI 4,94–15,86), $p < 0,001$).

Vidurių užkietėjimo kriterijai. Nėščiųjų vidurių užkietėjimas buvo vertintas remiantis Romos III kriterijais: tuštinimasis rečiau nei 3 kartus per savaitę, stanginimasis tuštinantis, kietos išmatos, kliūtis išangėje tuštinantis, nevysiško pasituštinimo jausmas, rankų pagalba tuštinantis (turi būti patiriami bent du simptomai per 3 mėnesius) [90, 94].

21 nėščioji neatitiko minėtų vidurių užkietėjimo kriterijų, nes jas vargino tik vienas simptomas (tuštinimasis rečiau nei 3 kartus per savaitę). Iš visų tirtų 128 vidurių užkietėjimą turėjusių nėščiųjų 25 % moterų nurodė du vidurių užkietėjimo kriterijus (tuštinosi rečiau nei 3 kartus per savaitę ir turėjo kietas išmatas), 75 % moterų nurodė tris ir daugiau vidurių užkietėjimo kriterijų.

Todėl vertinant mūsų gautus rezultatus galima daryti išvadą, kad vidurių užkietėjimas yra vienas iš nėščiųjų išangės ligų rizikos veiksnių.

8.2.4. Nėščiųjų paviršinių kojų venų varikozė

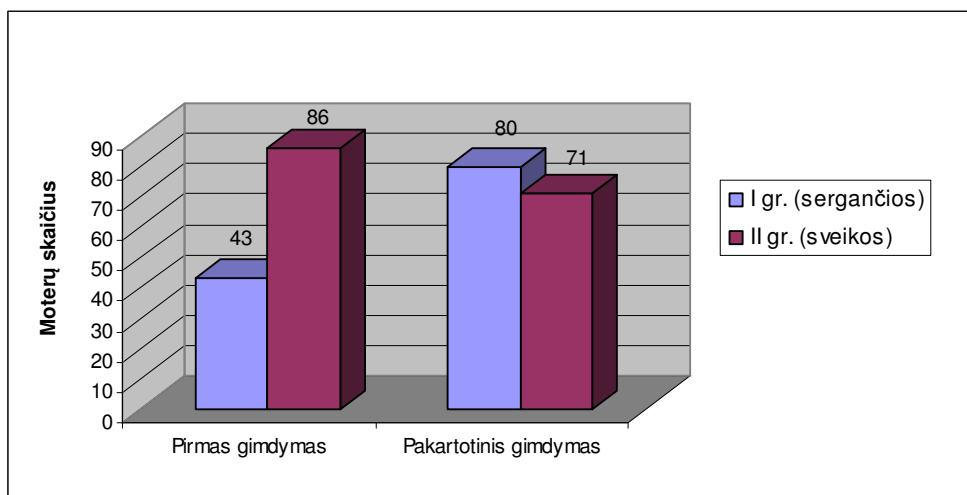
Iš visų 280 tirtų moterų tik 6 (2,1 %) tirtosioms buvo rasta paviršinių kojų venų varikozė, todėl jokių statistiškai patikimų rezultatų neradome.

8.2.5. Dabartinio nėštumo ypatumai

Ligos nėštumo metu. I grupės 57,7 % tirtų nėščiųjų nurodė buvusias ligas nėštumo laikotarpiu, iš jų 24,4 % – anemiją, 21,1 % – ginekologinę patologiją (kolpitas). II grupės 51,6 % nėščiųjų nurodė buvusias ligas nėštumo laikotarpiu, iš jų 18,5 % – anemiją, 19,1 % – ginekologinę patologiją (kolpitas). Tačiau statistinė analizė jokių patikimų rezultatų neparodė ($p=0,31$).

8.2.6. Dabartinio gimdymo ypatumai

Gimdymų skaičius. Iš visų tirtų 280 moterų I grupėje didesnė dalis moterų buvo pakartotinai gimdžiusios – 80 (65,0 %), o II grupėje pakartotinai gimdžiusios sudarė 45,2 % (71 moteris). Pirmą kartą gimdžiusių buvo I grupėje - 43 (35,0 %), II grupėje - 86 (54,8 %). Skirtumas statistiškai reikšmingas ($p<0,001$ pagal χ^2 kriterijų) OR 2,254 (95 % CI 1,386–3,664), $p<0,001$ (11 paveikslas).



11 pav. Tirtų moterų gimdymų skaičius

Gimdymo būdas. Mūsų gauti rezultatai rodo, kad abiejose grupėse didžiausia dalis moterų gimdė natūraliais gimdymo takais: I grupėje – 75,6 %, II grupėje – 72,0 % moterų. Per cezario pjūvį gimdė atitinkamai 19,5 % ir 28,0 % moterų, OR 1,61 (95 % CI 0,91–2,83), $p=0,10$. Visoms mūsų tirtoms moterims skubi cezario pjūvio operacija atlikta gimdymo metu. I grupėje visoms tirtoms moterims dėl stangų silpnumo gimdymas buvo užbaigtas replėmis ir vakuumine ekstrakcija (4,9 %), II grupėje replių ir vakuuminės ekstrakcijos gimdymo metu neprireikė ($p<0,01$ pagal Fišerio kriterijų) (10 lentelė).

Indikacijos atlikti skubią cezario pjūvio operaciją buvo: I moterų grupėje vaisiaus hipoksija, vaisiaus galvos ir moters dubens disproporcija, netaisyklinga vaisiaus galvos padėtis, II moterų grupėje vaisiaus hipoksija, vaisiaus galvos ir moters dubens disproporcija, netaisyklinga vaisiaus galvos padėtis, placentos atšoka. Dėl vaisiaus galvos ir moters dubens disproporcijos, esant visiškam gimdos kaklelio išsiplėtimui, I grupėje operuotos 7 moterys, II grupėje – 3 moterys.

Indikacijos atlikti planinę cezario pjūvio operaciją buvo: vaisiaus sėdmenų pirmeiga, placentos pirmeiga, randas gimdoje po cezario pjūvio operacijos, esant nepasiruošusiems gimdymui gimdymo takams, randas gimdoje po dviejų cezario pjūvio operacijų, randas gimdoje po cezario pjūvio operacijos ir po buvusios gimdos miomos pašalinimo operacijos.

10 lentelē. Gimdymo būdas

Gimdymo būdas	Visos		I grupē		II grupē	
	n	%	n	%	n	%
Gimdymas						
natūraliais	206	73,6	93	75,6	113	72,0
takais						
Planinē						
cezario pjūvio operacija	31	11,1	9	7,3	22	14,0
Skubi cezario pjūvio operacija	37	13,2	15	12,2	22	14,0
Vakuuminē ekstrakcija	2	0,7	2	1,6	0	0,0
Replēs	4	1,4	4	3,3	0	0,0
	280	100,0	123	100,0	157	100,0

Gimdymo eiga (gimdant natūraliais gimdymo takais). Rezultatai skaičiuoti iš 212 moterų, gimdžiusių natūraliais gimdymo takais (neskaičiuoti 68 atvejai cezario pjūvio). Mūsų duomenys rodo, kad tiek I, tiek II grupės moterų gimdymo eiga buvo savaiminė (I grupės – 97,0 %, II grupės – 100,0 %). I grupės 2,0 % moterų gimdymas buvo indukuotas (atliekant amniotomiją), 1,0 % moterų gimdymas buvo stimuliuotas (intravenine lašine oksitocino infuzija). Jokio statistiškai patikimo rezultato nenustatėme (11 lentelē).

11 lentelē. Gimdymo eiga (gimdant natūraliais gimdymo takais)

Gimdymo eiga	Visos		I grupē		II grupē	
	n	%	n	%	n	%
Savaiminis	209	98,6	96	97,0	113	100,0
Indukuotas	2	0,9	2	2,0	0	0,0
Stimuliuotas	1	0,5	1	1,0	0	0,0
	212	100,0	99	100,0	113	100,0

Gimdymo patologija. Įvairūs gimdymo patologijos atvejai nustatyti I grupės 31,7 % ir II grupės 21,0 % tirtų nėščiųjų. Skirtumas statistiškai reikšmingas, $p < 0,05$ (12 lentelė).

12 lentelė. Gimdymo patologijos atvejai

Gimdymo patologija	I grupė	II grupė
Gimdymo veiklos silpnumas	7	0
Greitas gimdymas	10	6
Vaisiaus hipoksija	4	8
Galvos ir dubens disproporcija	7	10
Nekoordinuota gimdymo veikla	8	6
Netaisyklinga vaisiaus galvos padėtis	4	2
Placentos atšoka	0	2
Iš viso	40	34

Gimdymo trukmė. Apskaičiavome tirtų moterų gimdymo trukmę minutėmis (bendrąją gimdymo trukmę, pirmojo gimdymo laikotarpio, vaisiaus išstūmimo laikotarpio, stangų laikotarpio trukmę).

Bendroji gimdymo trukmė. Bendroji gimdymo trukmė apskaičiuota dviem variantais.

Pirmasis variantas: gimdžiusios natūraliais gimdymo takais ir skubia cezario pjūvio operacija (212 ir 37 moterys), tačiau statistiškai patikimo skirtumo tarp abiejų grupių nenustatėme ($p=0,94$) (13 lentelė).

13 lentelė. Bendroji gimdymo trukmė (minutėmis)

	Visos	I grupė	II grupė
N	249	114	135
vidurkis	420,8	419,7	421,8
Min	28,0	28,0	30,0
Max	1080,0	1080,0	1080,0
SD	233,5	241,1	227,3

$p=0,94$

Antrasis variantas: gimdžiusios tik natūraliais gimdymo takais (212 moterų), tačiau statistiškai patikimo skirtumo tarp abiejų grupių nenustatėme ($p=0,73$) (14 lentelė).

14 lentelė. Bendroji gimdymo trukmė (minutėmis)

	Visos	I gr.	II gr.
N	212	99	113
vidurkis	431,1	425,9	435,6
Min	40,0	40,0	80,0
Max	955,0	955,0	900,0
SD	200,7	203,6	199,0

$p=0,73$

Taip pat neradome jokio statistiškai patikimo skirtumo, vertindami pirmą kartą ir pakartotinai gimdžiusių moterų bendrąją gimdymo trukmę (15 ir 16 lentelės).

15 lentelė. Pirmą kartą gimdžiusių moterų bendroji gimdymo trukmė (minutėmis)

	Visos	I gr.	II gr.
N	88	31	57
vidurkis	532,9	563,5	516,3
Min	100,0	140,0	100,0
Max	955,0	955,0	900,0
SD	198,6	191,5	202,0

$p=0,28$

16 lentelė. Pakartotinai gimdžiusių moterų bendroji gimdymo trukmė (minutėmis)

	Visos	I gr.	II gr.
N	124	68	56
vidurkis	358,8	363,2	353,5
Min	40,0	40,0	80,0
Max	840,0	840,0	773,0
SD	168,9	177,3	159,6

$p=0,75$

Pirmojo gimdymo laikotarpio trukmė. Į šio gimdymo laikotarpio trukmės skaičiavimą įtraukėme visas abiejų grupių moteris, gimdžiusias natūraliais gimdymo takais ir skubia cezario pjūvio operacija (į šį skaičių įtraukėme tik tas tirtąsias, kurioms skubus cezario pjūvis atliktas dėl vaisiaus galvos ir moters dubens disproporcijos esant visiškam gimdos kaklelio išsiplėtimui, t. y. 212 ir 10 moterų). Statistiškai patikimo rezultato nenustatėme (17 lentelė).

17 lentelė. Pirmojo gimdymo laikotarpio trukmė (minutėmis)

	Visos	I gr.	II gr.
N	222	106	116
vidurkis	394,7	392,4	396,8
Min	20,0	20,0	50,0
Max	1020,0	1020,0	1020,0
SD	202,9	207,7	199,2

p=0,87

Pirmojo gimdymo laikotarpio trukmę apskaičiavome gimdžiusioms tik natūraliais gimdymo takais moterims (212 atvejų). Tačiau ir šiuo atveju statistiškai patikimo rezultato nenustatėme (18 lentelė).

18 lentelė. Pirmojo gimdymo laikotarpio trukmė gimdžiusioms tik natūraliais gimdymo takais (minutėmis)

	Visos	I gr.	II gr.
N	212	99	113
vidurkis	383,6	373,9	392,1
Min	20,0	20,0	50,0
Max	900,0	900,0	870,0
SD	195,1	195,6	195,0

p=0,50

Taip pat neradome jokio statistiškai patikimo skirtumo, vertindami pirmą kartą ir pakartotinai gimdžiusių moterų pirmojo gimdymo laikotarpio trukmę (19 ir 20 lentelės).

19 lentelė. Pirmą kartą gimdžiusiųjų moterų pirmojo gimdymo laikotarpio trukmė

	Visos	I grupė	II grupė
N	88	31	57
Vidurkis	475,4	492,9	465,9
Min	60,0	105,0	60,0
Max	900,0	900,0	870,0
SD	197,7	190,8	202,3

p=0,54

20 lentelė. Pakartotinai gimdžiusių moterų pirmojo gimdymo laikotarpio trukmė

	Visos	I grupė	II grupė
N	124	68	56
Vidurkis	318,5	319,7	317,0
Min	20,0	20,0	50,0
Max	810,0	810,0	720,0
SD	165,3	173,6	156,1

p=0,93

Vaisiaus išstūmimo laikotarpio trukmė (minutėmis). Apskaičiavome visų natūraliais takais gimdžiusių moterų vaisiaus išstūmimo laikotarpio trukmę, tačiau statistiškai patiko rezultato nenustatėme (21 lentelė).

Vertindami pirmą kartą ir pakartotinai gimdžiusių moterų antrojo gimdymo laikotarpio trukmę, statistiškai patikimo rezultato nenustatėme (22 ir 23 lentelės).

21 lentelė. Vaisiaus išstūmimo laikotarpio trukmė (minutėmis)

	Visos	I grupė	II grupė
N	212	99	113
Vidurkis	25,6	27,2	24,2
Min	1,0	1,0	1,0
Max	120,0	120,0	98,0
SD	18,3	20,9	15,6

p=0,24

22 lentelė. Pirmą kartą gimdžiusių moterų vaisiaus išstūmimo laikotarpio trukmė (minutėmis)

	Visos	I grupė	II grupė
N	88	31	57
vidurkis	33,3	40,8	29,2
Min	1,0	1,0	1,0
Max	120,0	120,0	98,0
SD	21,7	26,9	17,3

p=0,06

23 lentelė. Pakartotinai gimdžiusių moterų vaisiaus išstūmimo laikotarpio trukmė (minutėmis)

	Visos	I grupė	II grupė
N	124	68	56
vidurkis	20,2	21,0	19,2
Min	5,0	5,0	5,0
Max	60,0	60,0	55,0
SD	12,9	13,7	11,8

p=0,43

Stangų laikotarpio trukmė. Vertinant stangų laikotarpio trukmę, gautas statistiškai patikimas rezultatas (tiek abiejų moterų grupių kartu, tiek vertinant atskirai pirmą kartą ir pakartotinai gimdžiusių nėščiąjų) (24, 25, 26 lentelės).

Mes nustatėme, kad 20 min. ir ilgesnė stangų trukmė didina išangės ligų riziką moterims po gimdymo. OR 0,067 (95 % CI 0,015–0,294), p<0,001.

24 lentelė. Stangų laikotarpio trukmės (minutėmis) vidurkis

	Visos	I grupė	II grupė
N	212	99	113
vidurkis	10,9	12,8	9,3
Min	2,0	2,0	3,0
Max	50,0	50,0	20,0
SD	6,2	7,9	3,5

p<0,001

25 lentelė. Pirmą kartą gimdžiusių moterų stangų laikotarpio trukmės (minutėmis) vidurkis

	Visos	I grupė	II grupė
N	88	31	57
vidurkis	13,4	20	10,5
Min	3,0	3,0	3,0
Max	50,0	50,0	20,0
SD	7,4	9,4	3,5

p<0,001

26 lentelė. Pakartotinai gimdžiusių moterų stangų laikotarpio trukmės (minutėmis) vidurkis

	Visos	I grupė	II grupė
N	124	68	56
vidurkis	9,2	10,0	8,1
Min	2,0	2,0	5,0
Max	25,0	25,0	16,0
SD	4,4	5,2	3,1

p=0,01

Gimdymo takų vientisumo pažeidimas. Iš I ir II grupės 212 moterų, gimdžiusių natūraliais gimdymo takais, skaičiavome, kokiam skaičiui tirtų moterų plyšo tarpvietė (ir koks buvo jos plyšimo laipsnis), gimdos kaklelis (ir jo laipsnis), makštis, kokiam skaičiui moterų buvo kirpta tarpvietė.

Tarpvietės plyšimas. Iš visų 212 moterų 20,8 % buvo plyšusi tarpvietė gimdymo metu: I grupės 27,3 % (9 atvejai pirmakartėms, 18 atvejų pakartotinai gimdžiusioms), II grupės 15,0 % (6 atvejai pirmakartėms, 11 atvejų pakartotinai gimdžiusioms). Skirtumas statistiškai patikimas – p<0,05 (pagal χ^2 kriterijų).

OR 2,316 (95 % CI 1,197–4,482), p=0,013.

I grupės 24 moterims buvo nustatytas pirmo laipsnio tarpvietės plyšimas, 3 moterims – antro laipsnio tarpvietės plyšimas; II grupės – atitinkamai 16 ir 1 moteriai.

Gimdosi kaklelio plyšimas. Iš visų 212 tiriamųjų 12,3 % moterų buvo nustatytas gimdos kaklelio plyšimas: I grupės 12,1 % moterų, II grupės 12,4 % moterų. Beveik vienodas dažnumas abiejose grupėse, todėl statistinio patikimumo nenustatyta. Vyrauja pirmo laipsnio plyšimas: I grupės 9 moterims buvo pirmo laipsnio ir 3 moterims antro laipsnio, II grupės – atitinkamai 12 ir 2 tiriamosioms.

Makšties plyšimas. Iš 212 tirtų moterų 10,9 % buvo nustatytas makšties plyšimas: I grupės 13,1 % moterų, II grupės 8,8 % moterų. Skirtumas statistiškai nereikšmingas.

Lytinių lūpų plyšimas. Tai rečiausiai buvęs gimdymo takų vientisumo pažeidimas abiejų grupių tiriamosioms – 3,3 % (2 atvejai I grupėje, 5 – sveikųjų grupėje). Skirtumas statistiškai nereikšmingas.

Tarpvietės kirpimas (perineotomija). Iš 212 tirtų moterų perineotomija gimdymo metu buvo atlikta 45,7 % tirtųjų: I grupėje – 42 atvejai (42,4 %), II grupėje – 55 atvejai (48,7 %). Skirtumas statistiškai nereikšmingas. OR 0,962 (95 % CI 0,585–1,580), p=0,877.

8.2.7. Nėščiosios ir gimdyvės fizinė būklė

Ūgis. Tiek I, tiek II tirtų nėščiųjų grupėse moterų ūgio vidurkiai buvo beveik vienodi: I grupės moterų ūgio vidurkis buvo 167,6 cm, II grupės – 167,0 cm (27 lentelė).

27 lentelė. Tirtų moterų ūgis

	Visos	I grupė	II grupė
Vidurkis	167,3	167,6	167,0
SD	5,8	5,9	5,8
Min	149,0	150,0	149,0
Max	185,0	185,0	180,0

Svoris iki nėštumo. I grupės tirtų moterų svorio vidurkis buvo 68,4 kg, II grupės – 61,4 kg. Svorio skirtumas tarp dviejų grupių gana didelis. Duomenys statistiškai patikimi (p<0,001) (28 lentelė).

28 lentelė. Tirtų moterų svoris iki nėštumo

	Visos	I grupė	II grupė
Vidurkis	64,4	68,4	61,4
SD	11,7	13,7	8,7
Min	40,0	47,0	40,0
Max	130,0	130,0	87,0

I>II, p<0,001

Kūno masės indeksas (KMI). Abiejose tirtų nėščiųjų grupėse dėl svorio skirtumo susidarė ir didelis KMI skirtumas (I grupės moterų KMI vidurkis buvo 24,38, II grupės moterų – 22,02), nes KMI yra išvestinis, su moters svoriu susijęs rodiklis. Šis antropometrinis rodiklis atitiko svorio skirtumą tarp grupių. Gautas statistiškai labai patikimas rezultatas (p<0,001) (29 lentelė).

OR 4,190 (95 % CI 2,291–7,665), p<0,001.

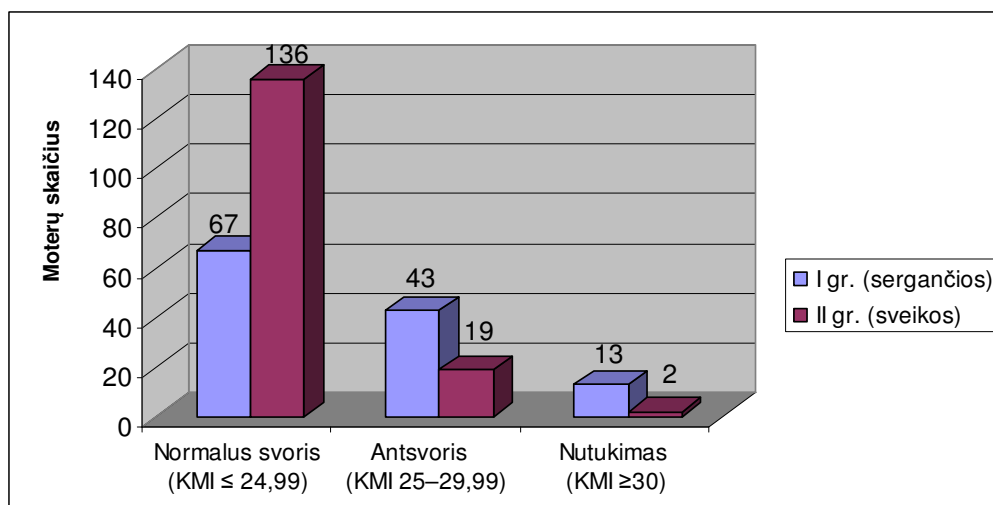
29 lentelė. Tirtų moterų KMI vidurkis

	Visos	I grupė	II grupė
Vidurkis	23,06	24,38	22,02
SD	4,00	4,79	2,86
Min	15,44	16,61	15,44
Max	43,48	43,48	31,64

Turinčių normalų svorį (KMI ≤ 24,99) moterų buvo: I grupėje – 67 (54,4 %), II grupėje – 136 (86,6 %) moterų.

Turinčių antsvorio (KMI 25,0–29,99) buvo: I grupėje 43 iš 123 (35,0 %), II grupėje 19 iš 157 (12,1 %). Skirtumas statistiškai reikšmingas: OR 3,9 (95 % CI 2,1–7,2), p<0,001.

Nutukusių (KMI > 30,0) buvo: I grupėje 13 iš 123 (10,6 %), II grupėje tik 2 iš 157 (1,3 %). Duomenys pavaizduoti 12 paveiksle.



12 pav. Tirtų moterų KMI

Svorio priaugis per nėštumą. I grupės tirtos nėščiosios vidutiniškai priaugo 14,5 kg svorio, o II grupės – vidutiniškai 12,4 kg. Šis svorio priaugio nėštumo metu skirtumas abiejose grupėse irgi yra statistiškai patikimai reikšmingas ($p < 0,001$) (30 lentelė).

30 lentelė. Tirtų moterų svorio priaugis per nėštumą

	Visos	I gr.	II gr.
Vidurkis	77,8	82,9	73,8
SD	11,6	12,5	9,0
Min	45,0	58,0	45,0
Max	134,5	134,5	101,0

$p < 0,001$

Šeimos narių atsvaris. Mūsų mokslinio tyrimo duomenimis, artimųjų atsvaris neturėjo įtakos tirtoms nėščiosioms sirgti išangės ligomis nėštumo laikotarpiu. Iš abiejų grupių tirtų moterų tik 25,0 % nurodė atsvarį tarp šeimos narių (I grupėje – 26,8 %, II grupėje – 23,6 %). Taigi, skirtumas tarp grupių labai nedidelis, todėl statistiškai nereikšmingas ($p = 0,53$). Daugumoje atvejų tiriamosios konkrečiai nurodė mamos atsvarį – 64 iš 70 atvejų (94 % moterų).

8.2.8. Naujagimio fizinė būklė

Naujagimio svoris. Mūsų mokslinio tyrimo rezultatai parodė, kad I grupės moterys gimdė didesnio svorio naujagimius nei II grupės moterys (31 lentelė). Duomenys statistiškai patikimi ($p < 0,001$). Mes nustatėme, kad didesnio svorio naujagimio gimdymas (> 3800 g) didina išangės ligų riziką po gimdymo.

OR 37,349 (95 % CI 8,806–158,420), $p < 0,001$.

31 lentelė. Tirtų moterų naujagimių svoris

	Visos	I grupė	II grupė
N	280	123	157
vidurkis	3568,1	3829,7	3363,1
Min	2100,0	2340,0	2100,0
Max	5340,0	5340,0	4130,0
SD	472,3	479,5	350,7

I>II, $p < 0,001$

Vertindami pirmą kartą ir pakartotinai gimdžiusių moterų naujagimių svorį, taip pat nustatėme statistiškai patikimą skirtumą abiejose grupėse (I grupės moterų naujagimiai svėrė daugiau nei II moterų grupės) (32 ir 33 lentelės).

32 lentelė. Pirmą kartą gimdžiusių moterų naujagimių svoris

	Visos	I grupė	II grupė
N	129	43	86
vidurkis	3550,6	3903,8	3374,0
Min	2100,0	3150,0	2100,0
Max	4900,0	4900,0	4130,0
SD	445,2	368,5	369,7

I>II, $p < 0,001$

33 lentelė. Pakartotinai gimdžiusių moterų naujagimių svoris

	Visos	I grupė	II grupė
N	151	80	71
vidurkis	3583,0	3789,8	3349,9
Min	2300,0	2340,0	2300,0
Max	5340,0	5340,0	3850,0
SD	495,4	527,5	328,3

I>II, $p < 0,001$

Naujagimio ūgis. Statistiškai patikimai skyrėsi ir abiejų grupių moterų naujagimių ūgis (34 lentelė).

34 lentelė. I ir II grupės moterų naujagimių ūgis

	Visos	I grupė	II grupė
N	280	123	157
vidurkis	52,6	53,5	51,8
Min	45,0	46,0	45,0
Max	60,0	60,0	56,0
SD	2,4	2,7	1,9

I > II, p<0,001

Naujagimio galvos apimtis. Statistiškai patikimai skyrėsi ir abiejų grupių moterų naujagimių galvos apimtis (35 lentelė).

35 lentelė. I ir II grupės moterų naujagimių galvos apimtis

	Visos	I grupė	II grupė
N	280	123	157
vidurkis	34,7	35,2	34,4
Min	31,0	32,0	31,0
Max	52,0	38,0	52,0
SD	1,8	1,4	2,0

I>II, p<0,001

Naujagimio krūtinės apimtis. Statistiškai patikimai skyrėsi ir abiejų grupių moterų naujagimių krūtinės apimtis (36 lentelė).

36 lentelė. I ir II grupės moterų naujagimių krūtinės apimtis

	Visos	I grupė	II grupė
N	280	123	157
vidurkis	34,1	35,0	33,4
Min	27,0	30,0	27,0
Max	39,0	39,0	38,0
SD	1,8	1,7	1,6

I>II, p<0,001

8.2.9. Motinos ir naujagimio fizinė būklės sąsajos. Mūsų mokslinio tyrimo rezultatai parodė, kad I grupės moterys, kurios, kaip jau minėjome, turėjo didesnę svorį ir KMI bei svorio prieaugį per nėštumą nei II grupės moterys, gimdė didesnio svorio naujagimius.

8.3. Moters gyvenimo kokybė (pagal SF-36) ir išangės ligos

Gyvenimo kokybės tyrimo rezultatai ir skirtumai abiejose grupėse pateikiami 37 lentelėje.

37 lentelė. I ir II grupės moterų gyvenimo kokybė (pagal SF-36)

Grupė	Statistinis rodiklis	Fizinis aktyvumas	Veiklos apribojimas dėl fizinių problemų	Veiklos apribojimas dėl emocinių problemų	Energingumas / gyvybingumas	Emocinė būklė	Socialinė funkcija	Skausmas	Bendras sveikatos vertinimas
I	Vidurkis	58,3	0,0	0,0	38,7	38,7	38,5	44,2	37,4
	SD	12,7	0,0	0,0	3,3	3,2	7,4	5,4	3,5
	Min	40	0,0	0,0	25,0	28,0	25	22,5	25
	Max	95	0,0	0,0	50,0	52,0	50	65	50
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
II	Vidurkis	86,6	68,5	65,4	55,9	55,9	76,0	78,8	48,2
	SD	17,7	46,1	46,2	12,8	13,0	26,7	25,4	8,5
	Min	40	0	0	35	36	25	32,5	25
	Max	100	100	100	90	96	100	100	70
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

(p – pagal Stjudento t-kriterijų)

8.4. Daugianarė logistinė regresija

38 lentelė. Daugianarė logistinė regresija

Veiksnyss	OR	95 % PI		p
		Min	Max	
Naujagimio svoris (> 3800 g)	17,99	3,29	98,49	0,001
Moters amžius (≥ 30 metų)	1,29	0,47	3,56	0,629
KMI 25	1,44	0,51	4,02	0,49
Pakartotinis gimdymas	1,272	0,44	3,67	0,66
Tarpvietės plyšimas	1,51	0,429	5,326	0,521
Vidurių užkietėjimas nėštumo metu	18,975	7,125	50,535	0,000
Gimdymo būdas (vakuuminė ekstrakcija ir replės)	99,49	9,833	1006,699	0,000
Stangos (≥ 20 min.)	29,746	4,000	221,231	0,001
Išangės ligos buvusio nėštumo ir gimdymo metu	11,928	2,179	65,295	0,004
Išangės ligos šeimoje	1,377	0,509	3,728	0,529

9. TYRIMO REZULTATŲ APITARIMAS

Mūsų mokslinio tyrimo duomenimis, išangės patologija buvo nustatyta 43,9 % nėščiųjų. Dažniausia nėščiųjų išangės liga yra hemorojus. Mūsų atlikto mokslinio tyrimo rezultatai parodė, kad dažniausias išangės ligų atsiradimo laikas yra trečiasis nėštumo trečdalis ir ankstyvasis laikotarpis po gimdymo. Net 61 % nėščiųjų, sergančių išangės ligomis, ligos klinika labiausiai išryškėjo trečiąjį nėštumo trečdalį. Tai siejama su intensyviausiu vaisiaus augimu gimdoje, nes augdamas vaisius mechaniškai spaudžia mažojo dubens kraujagysles ir trikdo moters mažojo dubens, tiesiosios žarnos ir išangės kraujotaką. Antrasis dažniausias išangės patologijos atsiradimo laikas – ankstyvasis laikotarpis po gimdymo (1–2 para) – 34,2 % tirtųjų moterų. Tai siejama su dubens disfunkcija po gimdymo (dėl gimdymo, kaip pagrindinio moters dubens disfunkciją lemiančio rizikos veiksnio, išangės pagalvėlių vientisumo pažeidimas, sukeltantis vidurių užkietėjimą, išangės ligas).

Mokslinėje literatūroje nurodomas gana įvairus išangės patologijos paplitimas nėštumo laikotarpiu: S. Riss tirtų nėščiųjų kolonoskopijos ir išangės apžiūros duomenimis, hemorojus nustatytas 41,52 % nėščiųjų [58], S. N. Unadkat moterų apklausos duomenimis – 27 % nėščiųjų [35], R. Klemetti tirtųjų apklausos duomenimis – 23,7 % nėščiųjų [68].

Mokslinės literatūros duomenimis, dažniausiai hemorojus nustatomas reprodukcinio amžiaus moterims, ypač nėštumo laikotarpiu ir po gimdymo [26, 29, 57]. Įvairių mokslininkų tyrimai rodo, kad hemorojus vargina net 85 % nėščiųjų trečią nėštumo trečdalį (Gojnic et al. 2005) [5, 63, 64]. S. Unadkat tyrimo duomenimis, nėštumo metu išangės patologija trečią nėštumo trečdalį yra dažnesnė nei pirmą ir antrą: iš 217 ištirtų nėščiųjų 16 % hemorojus diagnozuotas pirmą nėštumo trečdalį ($p < 0,001$), 23 % – antrą ($p = 0,013$), 43 % – trečią [35]. S. Simmons [10] tirtų nėščiųjų apklausos duomenimis, trečiąjį nėštumo trečdalį hemorojus vargina 38 % nėščiųjų. Kitų mokslininkų duomenys priešingi: moterų apklausos duomenimis, pirmąjį nėštumo trečdalį hemorojus buvo nustatytas 8 % nėščiųjų [67], nėščiųjų anoskopijos duomenimis, trečiąjį nėštumo trečdalį – 9,1 % tirtųjų (7,9 % išorinio hemorojaus trombozė ir 1,2 % išangės įplėša) [12, 1]. Literatūroje nurodytas hemorojaus paplitimas po gimdymo, moterų apklausos ir išangės apžiūros duomenimis, irgi gana įvairus: 60 % [69], 53,3 % [67], 34 % [11], 25 % [71].

Mes vertinome tirtų moterų išangės ligų simptomus šio nėštumo metu.

Vertinant skausmo buvimą išangėje nėštumo laikotarpiu, nustatytas statistiškai patikimas skirtumas abiejose tirtųjų grupėse: net 98,4 % I grupės tirtų moterų jautė skausmą išangėje, o II grupėje minėtą simptomą nurodė tik 23,6 % moterų ($I > II$, $p < 0,001$).

Vertinant skausmo išangėje pobūdį, dažniausiai buvo nurodytas bukas skausmas (I grupėje 61,9 % moterų, II grupėje 18,8 % moterų) ir bukas skausmas, sustiprėjantis tuštinimosi metu (I grupėje 58,7 % moterų, II grupėje 5,1 % moterų), aštrus skausmas išangėje vargino tik 4,9 % I grupės moterų (II grupėje aštraus skausmo nenurodė nė viena tirtoji moteris). Skausmą tuštinantis teigė jaučiančios 9,9 % I grupės tirtų moterų (II grupėje šio simptomo moterys nenurodė).

Kraujavimas iš išangės ir jo pobūdis nėštumo metu. Abiejų tirtų moterų grupių kraujavimas iš išangės nėštumo laikotarpiu vargino 30,4 % visų abiejų grupių moterų (iš jų 62,6 % I grupės ir 5,1 % II grupės).

Visos moterys skundėsi šviesiai raudonos spalvos kraujavimu iš išangės (tamsaus raudono kraujo nenurodė nė viena tirtoji moteris), kraujavimo pobūdį nėsčiosios nurodė taip: „kraujas išmatų paviršiuje“ ir „kraujas tepa popierių“.

Kiti išangės simptomai nėštumo metu (niežulys, deginimas, diskomfortas, skausmingas patinimas, gleivės).

Išangės niežulys vargino 80,5 % tirtų moterų I grupėje, 7,6 % moterų II grupėje ($p < 0,001$), deginimo jausmas išangėje – atitinkamai 79,7 % ir 7,6 % moterų ($p < 0,001$), diskomfortą išangėje – 89,4 % ir 17,2 % moterų ($p < 0,001$), skausmingus mazgus išangėje – 43,9 % ir 6,4 % moterų ($p < 0,001$), gleives išangėje nurodė atitinkamai 74,0 % ir 5,7 % moterų ($p < 0,001$).

Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, hemorojumi dažniau sirgo vyresnio amžiaus moterys – 30–35 metų amžiaus ir 35–40 metų amžiaus grupėje bei vyresnės nei 40 metų. Šie mūsų tyrimo rezultatai sutampa ir su kitų mokslinių tyrimų duomenimis [6, 8, 9, 56, 68, 86]. Galima daryti išvadą, jog vyresnis amžius yra vienas iš visų tirtų nėsčiųjų koloproktologinės patologijos rizikos veiksnių nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo.

Pastarųjų metų Lietuvos gimdyvių amžius nuolat didėjo. Vertinant Lietuvos gimimų medicininius duomenis, Lietuvoje gimdžiusių moterų amžiaus statistinis vidurkis 2009 metais buvo 28,3 metų, 2010 metais – 28,7 metai, 2011 metais – 28,8 metų, 2012 metais – 28,4 metų [116]. Visų mūsų tyrimo dalyvių amžiaus statistinis vidurkis beveik nesiskyrė nuo Lietuvoje minėtu laikotarpiu gimdžiusių moterų statistinio vidurkio.

Mokslinių tyrimų duomenimis, didėjant moterų amžiui, mažėja jungiamojo audinio purumas ir atsparumas, išangės pagalvėlės išsitampo, praranda elastingumą. Nustatyta, jog kai moteris sulaukia 30 metų, pakinta jos išangės kanalo struktūrų funkcija (įrodyta mikroskopiškai) ir kartu su išangės rauko tonuso padidėjimu tai lemia hemorojaus atsiradimą ir progresavimą [39]. Literatūros duomenimis, vyresnių kaip 35 metų moterų rizika susirgti hemorojumi nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo padidėja 2 kartus – OR 2,1 (95 % CI 1,5–3,0), $p < 0,001$ [8], kitų tyrėjų duomenimis, moterų, kurių amžius nuo 35 iki 42 metų, rizika susirgti hemorojumi po gimdymo didėja (bivariacinės regresinės analizės duomenimis, OR 1,42 (95 % CI 0,65–3,12) [6]. Pasak atliktų mokslinių tyrimų, sergamumas hemorojumi 30 metų ir vyresnių moterų amžiaus grupėje buvo 10,48 % OR 3,33 (95 % CI 1,13–9,83) ($p = 0,02$) [86], jaunesnių kaip 20 metų moterų amžiaus grupėje – 3,05 %, 20–29 metų amžiaus grupėje – 7,99 %, OR 2,67 (95 % CI 1,07–7,09). R. Klemetti mokslinio tyrimo duomenimis, hemorojumi nėštumo metu sirgo 19,2 % moterų iki 25 metų amžiaus, 21,7 % – 25–34 metų amžiaus, ir 31,6 % – vyresnių kaip 35 metų ($p < 0,001$) [68].

Mūsų mokslinio tyrimo duomenimis, iš visų tirtų nėščiųjų didžiausią dalį sudarė lietuvių tautybės moterys. Šis tirtųjų Vilniaus miesto moterų pasiskirstymas pagal tautybę yra artimas Lietuvos gyventojų populiacijos sudėčiai. Todėl mitybos, išorinių veiksnių įtaka nagrinėjamai nėščiųjų koloproktologinei patologijai yra nesusijusi su tautybe, nes visos tirtos moterys gyveno vienodomis sąlygomis.

Mūsų gauti duomenys parodė, kad išangės ligomis dažniau sirgo santuokoje gyvenančios moterys. Tai, jog santuokoje gyvenančios moterys dažniau sirgo išangės ligomis nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo, galima susieti su moterų mitybos ypatumais iki nėštumo ir nėštumo metu. Manome, jog santuokoje esančios šeimos gyvena sėslesnį gyvenimą, šeimos mitybos įpročiai kartais skatina gausesnį maistą.

Šie mūsų tyrimo rezultatai sutampa su kitų tyrėjų duomenimis [6, 9, 38, 83, 86]. Gautus rezultatus galima paaiškinti tuo, kad nėščiosios, turinčios aukštąjį universitetinį išsilavinimą, dirbo daugiau protinį, sėdimą darbą, o žemesnio išsilavinimo nėščiosios dirbo fizinį darbą, kuris skatino geresnę organizmo kraujotaką ir nesudarė palankių sąlygų kraujo stazei mažajame dubenyje ir tiesiosios žarnos bei išangės srityje. Aukštąjį išsilavinimą turinčios nėščiosios dėl laiko stokos vartojo mažiau skaidulinių medžiagų bei ląstelių turintį maistą, kuris sukėlė dažnesnį vidurių užkietėjimą ir pilvo ertmės slėgio padidėjimą.

Literatūroje nurodyto klinikinio tyrimo duomenimis, iš 1037 ištirtų moterų, praėjus 6–9 savaitėms po gimdymo, turtingesnių moterų sergamumas hemorojumi buvo 9,15 %, mažesnes pajamas turinčiųjų grupėje – 4,59 %, OR 2,30 (95 % CI 1,15–4,59) (p=0,06) [86].

K. Gjerdingen atlikto tyrimo duomenimis, didesnė dalis hemorojumi sergančių moterų turėjo aukštąjį išsilavinimą bei didesnes šeimos pajamas nei kontrolinės grupės moterys (p<0,01) [9].

Mūsų gauti duomenys rodo, kad protinis ir sėdimas darbas didina riziką sirgti hemorojumi. Mieste ir kaime gyvenančių hemorojumi sergančių moterų skaičius statistiškai reikšmingai nesiskyrė nuo sveikų miesto ir kaimo gyventojų. Manome, jog tai sietina su spartesniu technikos tobulėjimu kaimuose – moterys mažiau dirbo fizinį darbą.

Mes vertinome patiriamų psichofiziologinių veiksnių (streso) įtaką išangės ligų atsiradimui nėštumo metu, tačiau statistiškai patikimų rezultatų neradome. Literatūroje duomenų apie streso įtaką išangės ligų atsiradimui nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo nepavyko rasti.

Iš mūsų tirtų nėščiųjų nerasta statistiškai patikimo skirtumo tarp žalingų įpročių (rūkymo ir alkoholio vartojimo) nėštumo metu ir išangės ligų atsiradimo nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo. Tiek I, tiek II grupės nėščiosios nebuvo daug vartojančios alkoholio, jos nebuvo taip pat ir nepataisomos rūkorės, todėl statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių ir nesitikėjome rasti. Literatūroje taip pat neradome duomenų apie sąsajas tarp alkoholio ir rūkymo nėštumo metu ir išangės patologijos atsiradimo laikotarpiu po gimdymo.

Mūsų mokslinio tyrimo rezultatai atitinka mokslinės literatūros duomenims, vertinant paveldimumo veiksnių įtaką išangės patologijos atsiradimui nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo [28]. Kai kurie literatūros šaltiniai nurodo, kad esama genetinio polinkio sirgti šiomis išangės ligomis [5, 17, 20, 35, 83, 84]. Galime daryti išvadą, kad paveldimumo veiksniai (išangės ligos tarp šeimos narių) yra vienas iš nėščiųjų išangės ligų rizikos veiksnių.

Mūsų mokslinio tyrimo duomenys parodė, kad svarbus nėščiųjų ir gimdyvių išangės patologijos rizikos veiksnys yra išangės ligos buvusio nėštumo ir gimdymo metu (kurios, manome, paūmėja esamo nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo). Mokslinėje literatūroje taip pat nurodomas svarbus nėščiųjų hemorojus rizikos veiksnys – iki nėštumo buvęs hemorojus (rizika susirgti hemorojumi nėštumo metu moterims, kurios iki nėštumo sirgo hemorojumi didėja 5 kartus – OR 5,08 (95 % CI 2,48–10,39), $p < 0,0001$ [83]. Galime daryti išvadą, kad išangės ligos praeityje buvusio nėštumo ir gimdymo metu yra vienas iš nėščiųjų išangės ligų rizikos veiksnių.

Mes nustatėme tirtų moterų mėnesinių ciklo ypatumus. Tai, jog I moterų grupėje mėnesinės kiek ankstesnės nei II grupėje, galima sieti su hormonų apykaitos pokyčiais. Mokslinių tyrimų duomenimis, folikulus stimuliuojančio, steroidinių hormonų ir prolaktino kiekio pokyčiai moters organizme gali turėti lemiamą įtaką kai kuriems išangės ligų simptomams atsirasti (Saint-Pierre 1982) [28]. Mūsų mokslinio tyrimo duomenimis, I grupės moterų mėnesinių ciklas buvo ilgesnis, mėnesinės gausesnės ir didesnei daliai moterų nereguliarios. Tai sietina su išangės ligomis sergančių moterų antropometriniais rodikliais: antsvoriu, nutukimu. I grupės (sergančių išangės ligomis) moterų svorio vidurkis buvo 68,4 kg, II grupės (sveikų) moterų svorio vidurkis buvo 61,4 kg. Matome, jog I grupės moterų svoris buvo didesnis nei II grupės moterų svoris. Vertinant tirtų nėščiųjų kūno masės indeksą, antsvorio (KMI 25,0–29,99) turėjo 35,0 % nėščiųjų I grupėje ir tik 12,1 % II grupėje. Skirtumas statistiškai reikšmingas ($p < 0,001$), OR=3,9 (95 % PI=2,1–7,2). I grupėje 10,6 % moterų buvo nutukusios (KMI >30,0), o II grupėje – tik 1,3 % moterų. Mokslinėje literatūroje nurodoma, jog moters kūno riebalinis audinys turi įtakos mėnesinių ciklui, antsvoris ir nutukimas gali būti mėnesinių ciklo sutrikimų priežastis

[117]. Literatūros šaltiniai teigia, kad 30–47 % nutukusių moterų mėnesinės yra nereguliarios [117]. Tai siejama su hormonų koncentracijos kraujyje sutrikimu: mažėja FSH, didėja testosterono ir laisvųjų androgenų indeksas bei androgenų kiekis kraujyje, mažėja lytinius hormonus sujungiančio globulino kiekis, didėja insulino kiekis kraujyje, vystosi insulino rezistentiškumas, o tai sukelia mėnesinių nereguliarumą ir gausumą, policistinių kiaušidžių sindromo vystymąsi [117, 118, 119]. Moksliniais tyrimais nustatyta, kad 50 % moterų, kurioms diagnozuotas policistinių kiaušidžių sindromas, turi antsvorio arba yra nutukusios, jos turi metabolinio sindromo riziką [119, 120]. Nutukimas turi neigiamos įtakos moters reprodukcinėi sistemai ir metaboliniams rodikliams (padidėja androgenų, FSH ir LH santykis, insulino kiekis kraujyje, atsiranda dislipidemija) [121].

Mūsų tyrimo duomenimis, ne pirmą kartą nėščios ir gimdančios moterys dažniau sirgo išangės ligomis. Šie mūsų tyrimo duomenys sutampa ir su literatūros duomenimis, kur nurodoma, kad ne pirmą kartą nėščios moterys dažniau sirgo išangės ligomis, nei pirmą kartą nėščiosios, o hemorojaus išsivystymo rizika tiesiogiai koreliavo su nėštumų ir gimdymų skaičiumi [8, 56]. Atliktų tyrimų duomenimis, 70 % moterų, kurioms diagnozuotas hemorojus, praeityje turėjusios vieną ar kelis nėštumus [28], kitų autorių duomenimis, hemorojų patiria net 85 % ne vieną kartą nėščių moterų [56, 65]. Išangės rauko raumenų bei moters dubens dugno struktūrų tonuso ir padėties pokyčiai nėštumo laikotarpiu turi įtakos išangės pagalvėlių funkcijos pokyčiams ir sukelia išangės patologiją (Pope 1952; Schottler 1973) [56]. Kiekvieno nėštumo metu šie išangės pagalvėlių funkcijos pokyčiai vis labiau išryškėja, todėl pakartotinai nėščiosios moterys dažniau serga išangės ligomis. Mokliškai įrodyta, jog neigiamą įtaką dubens dugno audinių struktūroms nėštumo metu turi ir dubens dugno disfunkciją lemia šie veiksniai: padidėjęs pilvo ertmės slėgis, fiziologinė stuburo lordozė, hormonų kiekio pokyčiai, nutukimas, fizinis aktyvumas, vidurių užkietėjimas, rūkymas. Nustatyta, kad po pirmojo nėštumo hemorojus atsiranda 37,9 % moterų, po kitų nėštumų šis skaičius didėja (po dviejų nėštumų – 38,4 %, po trijų ir daugiau nėštumų – 40 %) [8].

Mūsų mokslinio tyrimo duomenimis, didesnė dalis tiek I, tiek II grupės moterų, sirgusių išangės ligomis, praeityje gimdė natūraliais gimdymo takais nei per cezario

pjūvį ir instrumentiniu būdu (vakuumine ekstrakcija ir replėmis). Gimdymas natūraliais takais sudaro sąlygas vaisiaus galvai lėtai slinkti motinos gimdymo takais. Vaisius sutinka minkštųjų audinių pasipriešinimą, kartais pažeidžiamas jų vientisumas. Tačiau, lyginant su cezario pjūviu, kuris neabejotinai turi daugiau komplikacijų nei galimybė sirgti išangės liga, gimdymas natūraliais takais yra skatintinas.

Tai, jog pakartotinai gimdančios moterys dažniau serga išangės ligomis, patvirtina ir mokslinės literatūros duomenys [73, 75, 35, 65, 68, 86]. Išangės patologija nėštumo metu pakartotinai gimdančioms moterims yra dažnesnė nei gimdančioms pirmą kartą [68]. Nustatyta, kad gimdymas padidina hemorojaus riziką beveik 8 kartus (OR 7,95, 95 % CI 0,67–94,23) [83]. Epidemiologinio tyrimo duomenimis, hemorojus dažnesnis pakartotinai gimdančioms moterims – iš 12 455 tirtų nėščiųjų 80 % buvo pakartotinai gimdančios ir iš jų 88 % praeityje yra turėjusios minėtą patologiją [66]. Išangės patologija pasireiškia 85 % pakartotinai gimdančių moterų [65].

Kaip jau minėjome, išangės rauko raumenų bei moters dubens dugno struktūrų tonuso ir padėties pokyčiai nėštumo laikotarpiu turi įtakos išangės pagalvėlių funkcijos pokyčiams ir sukelia išangės patologiją (Pope 1952; Schottler 1973) [56]. Kiekvieno nėštumo ir gimdymo metu šie išangės pagalvėlių funkcijos pokyčiai vis labiau išryškėja, todėl pakartotinai nėščiosios ir pakartotinai gimdančios moterys dažniau serga išangės ligomis. Tarp įvairių dubens dugno disfunkcijos (kuri sukelia išangės pagalvėlių funkcijos pokyčius, lemiančius hemorojaus išsivystymą) atsiradimo veiksnių gimdymas įvardijamas kaip didžiausias [122]. Tyrimai rodo, kad apie pusę visų gimdžiusių moterų patiria dubens dugno disfunkciją, negimdžiusioms moterims minėta patologija pasitaiko tik apie 2 % atvejų [122]. Galime daryti išvadą, kad pakartotinis gimdymas yra vienas iš nėščiųjų išangės ligų rizikos veiksnių.

Mūsų gauti duomenys rodo, kad tos nėščiosios, kurioms praeityje buvusio gimdymo metu buvo sužalota tarpvietė (tarpvietės plyšimas ir kirpimas), dažniau sirgo išangės ligomis. Deja, literatūroje neaptikome duomenų apie minkštųjų gimdymo takų sužalojimus praeityje buvusio gimdymo metu ir jų ryšį su išangės patologija.

Mūsų atlikto mokslinio tyrimo duomenimis, I grupės moterys praeityje gimdė didesnio svorio naujagimį, nei II grupės moterys. Deja, literatūroje neradome

mokslinių duomenų apie praeityje gimusio naujagimio svorio sąsajas su išangės patologija tiriamo nėštumo ir gimdymo metu.

Mes aiškinomės tiriamųjų mitybos ypatumus. Mūsų duomenimis, moters mityba turėjo įtakos išangės ligų simptomų atsiradimui nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo.

Vertindami mūsų atlikto tyrimo rezultatus, galime daryti išvadą, kad išangės ligomis sergančių nėščiųjų mityba yra nesubalansuota, dauguma jų valgė tris kartus per dieną, nesilaikė mitybos režimo (valgė nereguliariai, vakarais, užkandžiavo tarp pagrindinių valgymų), rinkosi maistą pagal skonį ir specialios dietos būtinumą, o ne pagal poveikį sveikatai, per mažai vartojo pieno ir grūdinių produktų bei vaisių ir daržovių.

Mokslinės literatūros duomenimis, vienas pagrindinių, sveikatą saugančių gyvenamosios veiksmų yra sveika mityba. Visavertė ir racionali, subalansuota moters mityba nėštumo metu turi įtakos tiek vaisiaus, tiek motinos sveikatai, padeda sumažinti įvairių ligų riziką. Neracionalus ir nepakankamas, per gausus, ypač nesubalansuotas, maitinimasis yra nepalankus motinos ir vaisiaus organizmui. Nemažai moterų nėštumo metu nutunka, užaugina stambų vaisių, todėl joms pasitaiko daugiau komplikacijų tiek gimdymo metu, tiek laikotarpiu po gimdymo [123]. Nors mitybos vaidmuo sveikatai yra neabejotinas, pasaulyje atliktų tyrimų duomenys rodo, kad gyventojai, įskaitant ir nėščias moteris, maitinasi nesveikai: nesilaikoma mitybos režimo, aprūpinimas būtinomis maisto medžiagomis yra neadekvatus ir dažnai nepakankamas. Lietuvos mokslininkų, nagrinėjusių nėščiųjų mitybą, duomenimis, mityba yra neracionali ir nesubalansuota, vartojama per daug riebalų ir angliavandenių (monosacharidų), motinos mitybos sutrikimai keičia medžiagų apykaitą bei endokrininės sistemos balansą, o tai gali išprovokuoti placentos funkcinių nepakankamumą, vaisiaus hipoksiją ir augimo sulėtėjimą [124–130, 162]. Mitybos įpročiai Lietuvoje yra sunkiai koreguojami, jie yra gana stabilūs ir juos pakeisti nėra lengva. Sprendžiant šią problemą akušeriams ginekologams turėtų talkinti mitybos specialistai ir dietologai per visą nėštumo laikotarpį.

Literatūroje neradome nė vieno mokslinio tyrimo apie skysčių vartojimo ypatumus bei jų poveikį nėščiųjų sveikatai bei išangės patologijai.

Ypač svarbus nėščiujų išangės ligų rizikos veiksnys yra vidurių užkietėjimas nėštumo laikotarpiu. Todėl vertinant mūsų gautus rezultatus, galime daryti išvadą, kad vidurių užkietėjimas nėštumo metu yra vienas iš išangės ligų rizikos veiksnių nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo. Tai patvirtina ir mokslinės literatūros duomenys. Vidurių užkietėjimas gali atsirasti kaip naujas nusiskundimas arba progresuoti dėl moters organizme vykstančių fiziologinių pokyčių nėštumo metu. Nėščiujų vidurių užkietėjimo rizikos veiksnius būtų galima suskirstyti į keturias grupes: 1) mitybos pokyčius (geležies preparatų vartojimas, nepakankamas skysčių kiekis organizme dėl nėščiujų pykinimo ir vėmimo), 2) elgsenos pokyčius (sumažėjęs fizinis aktyvumas, fizinis ir socialinis stresas), 3) humoralinius pokyčius, lemiančius lėtesnį išmatų slinkimą žarnynu (padidėję progesterono bei estrogeno kiekiai, sumažėjusi motilino koncentracija), 4) kitas priežastis (dėl nėštumo didėjanti gimda, skausmingi hemorojiniai mazgai) [17, 46, 47, 88, 90–93].

Vidurių užkietėjimo dažnumas nėštumo laikotarpiu mokslinėje literatūroje nurodomas įvairiai. Literatūros duomenimis, iki 40 % nėščiujų patiria vidurių užkietėjimą [91, 93, 95]. G. Cullen ir bendraautoriai nurodo, jog 35 % moterų vargina vidurių užkietėjimas nėštumo metu [91], kiti autoriai teigia, jog viduriai užkietėja 11–38 % nėščiujų [56, 90, 92, 94, 96, 97] bei 13 % moterų [94], 26,5 % moterų turi tuštinimosi problemų (t. y. vidurių užkietėjimas ir viduriavimas) [6]. T. B. Herrero tyrimų duomenimis, minėta patologija vargina 25–30 % nėščiujų [67], K. Gjerdingen nurodo 32–50 % nėščiujų. Kitų literatūros šaltinių duomenimis, maždaug vieną trečdalį visų nėščiujų trečią nėštumo trečdalį vargina vidurių užkietėjimas [17]. Atlikus retrospektyvų klinikinį tyrimą (Anderson) paaiškėjo, kad ši problema aktuali ne tik nėštumo pabaigoje – atitinkamai 38 % ir 20 % moterų skundėsi vidurių užkietėjimu antrą ir trečią nėštumo trečdalį [91, 95]. Kitų autorių duomenimis, vidurių užkietėjimas kaip tik dažniausiai pasireiškia pirmoje nėštumo pusėje. Funkcinio vidurių užkietėjimo paplitimas pirmą, antrą ir trečią nėštumo trečdalį ir laikotarpiu po gimdymo buvo atitinkamai 35 %, 39 %, 21 % ir 17 % [91, 98]. Jungtinėje Karalystėje atlikto epidemiologinio tyrimo duomenimis, 2005 metais iš 795 tirtų nėščiujų vidurių užkietėjimas nustatytas 24,9 %, 2009 metais iš 1648 tirtų nėščiujų – 29,6 % [99].

Moksliniais tyrimais patvirtintas vidurių užkietėjimo ir hemorojaus ryšys (tuštinimasis mažiau nei tris kartus per savaitę gerokai padidina hemorojaus riziką –

$p=0,0056$), ši teorija yra plačiai taikoma gastroenterologų ir chirurgų klinikinėje praktikoje [87]. Vidurių užkietėjimas nėštumo laikotarpiu neabejotinai skatina išangės patologijos atsiradimą nėštumo metu bei laikotarpiu po gimdymo [48, 78]. Literatūros duomenims, vidurių užkietėjimas nėštumo laikotarpiu 6 kartus padidina hemorojaus tikimybę (OR 6,71 CI 3,53–12,74), $p<0,0001$ [83].

Vidurių užkietėjimo riziką didina ir gimdymų skaičius – ši problema dažniau vargina pakartotinai gimdančias moteris [46] bei tas, kurių ankstesnis nėštumas buvo užbaigtas cezario pjūvio operacija [56]. Airijoje atliktame klinikiniam 7000 moterų tyrime, nustatyta, kad vidurių užkietėjimas dažniau vargina pakartotinai gimdančias moteris (39–42 %) nei pirmakartes (35 %) [91]. Kitų autorių tyrimų duomenimis, vidurių užkietėjimas yra dažnesnis gimdžiusioms natūraliais takais nei gimdžiusioms per cezario pjūvį, tačiau šie duomenys nėra statistiškai patikimi ($p=0,3675$) [87]. Vengrijoje atliktas epidemiologinis tyrimas parodė, kad nėščiosios, kurioms diagnozuotas vidurių užkietėjimas, buvo vyresnio amžiaus, didesnė jų dalis turėjo aukštąjį išsilavinimą, vartojo folio rūgštį nėštumo laikotarpiu, didesnės dalies moterų gestacijos laikas ilgesnis bei mažesnis priešlaikinių gimdymų skaičius (dėl folio rūgšties vartojimo) nei kontrolinės grupės moterų, kurioms nebuvo vidurių užkietėjimo nėštumo metu [97].

Nustatyta, kad laikotarpiu po gimdymo išangės patologija vargina trečdalį moterų, dažniausia tokios patologijos priežastis yra dischezija – sunkus tuštinimasis (ši tuštinimosi sutrikimą lemia dubens dugno ar išangės rauko disfunkcija) [78]. Dischezija vargina net 23 % moterų trečią nėštumo trečdalį ir trečdalį moterų po gimdymo [5], 21,8 % moterų, kurias vargina dischezija nėštumo laikotarpiu, atsiranda išorinio hemorojaus trombozė po gimdymo [5, 60]. L. Abramowitz atlikto epidemiologinio tyrimo duomenimis, dischezija nėštumo metu yra išangės įplėšos (OR 5,7; 95 % CI 2,7–12) ir išorinio hemorojaus trombozės rizikos veiksnys trečią nėštumo trečdalį ($p=0,023$) [1] ir po gimdymo: iš 165 tirtų moterų 56,9 % turėjusių discheziją diagnozuota išangės patologija, o 20,6 % buvo sveikos (OR 5,1; 95 % CI 2,5–10,3) ($p<0,0001$) [12].

Mes neradome jokio statistinio ryšio tarp nėščiųjų kojų venų varikozės ir išangės ligų. Mokslinėje literatūroje taip pat nepavyko rasti jokių statistiškai patikimų duomenų

apie paviršinių kojų venų varikozės sąsajas su išangės patologija nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo.

Iš mūsų gautų mokslinio tyrimo rezultatų galime daryti išvadą, kad pakartotinis gimdymas yra vienas iš nėščiųjų išangės ligų rizikos veiksnių.

Kaip jau buvo paminėta anksčiau, mokslinės literatūros duomenimis, išangės patologija nėštumo metu pakartotinai gimdančioms moterims yra dažnesnė nei pirmą kartą gimdančioms [73, 75, 35, 65, 68, 86], išangės ligos pasireiškia net 85 % pakartotinai gimdančių moterų [65]. Nustatyta, kad gimdymas padidina hemorojaus riziką beveik 8 kartus (OR 7,95 95 % CI 0,67–94,23) [83]. R. Klemetti atlikto tyrimo duomenimis, iš 2825 tirtų nėščiųjų 20,3 % sirgusių hemorojumi buvo pirmą kartą gimdančios, 26 % – pakartotinai gimdančios ($p < 0,001$) [68]. S. N. Unadkat ir kt. duomenimis, iš 217 ištirtų nėščiųjų sergamumas hemorojumi nustatytas 10,2 % moterų, gimdančių pirmą kartą, ir 17,8 % – gimdančių pakartotinai ($p < 0,628$) [35]. Atlikto klinikinio tyrimo duomenimis, iš 1037 moterų, ištirtų praėjus 6–9 savaitėms po gimdymo, sergamumas hemorojumi pirmą kartą gimdančiųjų grupėje nustatytas 5,62 %, pakartotinai gimdančiųjų – 8,73 %, OR 1,35 (95 % CI 0,73–2,51) ($p = 0,21$) [86]. Patologijos dažnis tarp pirmą kartą gimdančių moterų sudaro tik 6,9 % (moterų apklausa praėjus 6 mėn. po gimdymo) [75]. E. Schytt atliktos moterų apklausos duomenimis, praėjus 4–8 savaitėms po gimdymo, iš sergančiųjų hemorojumi pirmakartės sudarė 44,03 %, pakartotinai gimdančios – 55,97 %, praėjus vieniems metams po gimdymo – atitinkamai 42,41 % ir 57,59 % [73]. Tačiau S. Brown tyrimo duomenys yra priešingi: praėjus 7 mėnesiams po gimdymo hemorojus nustatytas 25,6 % pirmą kartą gimdančių ir 23,9 % pakartotinai gimdančių moterų ($p < 0,001$) [78].

Mokslinių tyrimų duomenimis, išangės rauko raumenų bei moters dubens dugno struktūrų tonuso ir padėties pokyčiai nėštumo laikotarpiu turi įtakos išangės pagalvėlių funkcijos pokyčiams ir sukelia išangės patologiją (Pope 1952; Schottler 1973) [56]. Kiekvieno nėštumo ir gimdymo metu šie išangės pagalvėlių funkcijos pokyčiai vis labiau išryškėja, todėl pakartotinai nėščiosios ir pakartotinai gimdančios moterys dažniau serga išangės ligomis. Tarp įvairių dubens dugno disfunkciją (kuri sukelia išangės pagalvėlių funkcijos pokyčius, lemiančius hemorojaus išsivystymą) skatinančių veiksnių gimdymas įvardijamas kaip dažniausias [122]. Tyrimai rodo,

kad apie pusė visų gimdžiusių moterų patiria dubens dugno disfunkciją, o negimdžiusių moterų – tik apie 2 % [122]. Mokslinės literatūros duomenimis, nėštumas ir gimdymas natūraliais takais lemia dubens dugno disfunkciją ir yra vienas pagrindinių šios patologijos rizikos veiksnių [131–141]. Tikslus šio poveikio mechanizmas nežinomas, manoma, kad egzistuoja mechaninis ir neurovaskulinis dubens dugno pažeidimas gimdymo metu [136]. Dauguma dubens dugno pokyčių simptomų atsiranda jau po pirmojo gimdymo [131]. Nustatyta, kad po pirmojo gimdymo dubens dugno disfunkcijos požymius patyrė 24 % moterų [140]. Taip pat įrodyta, kad gimdymo būdas bei tarpvietės ir dubens dugno raumenų pažeidimas gimdymo metu turi įtakos minėtai patologijai atsirasti [142, 140]. 10–30 % moterų natūralus gimdymas sukelia išangės keliamųjų raumenų plyšimus [142], o 40 % moterų – dubens dugno denervaciją (dėl stangų gimdymo metu, kai pažeidžiami dubens dugno raumenys ir jungiamasis audinys). Minėti pokyčiai sukelia dubens dugno disfunkciją, kuri lemia šlapinimosi ir tuštinimosi pokyčius moterims laikotarpiu po gimdymo [132, 143]. Nėštumas ir gimdymas natūraliais takais sukelia moters dubens dugno disfunkciją dėl padidėjusio pilvo ertmės spaudimo, tiesiogiai pažeisdamas dubens dugno raumenis [135], nervus ir jungiamąjį audinį [133]. Ši patologija dažnesnė po natūralaus gimdymo nei po cezario pjūvio [133, 144, 145]. Manoma, kad ir kiti veiksniai – amžius, estrogenų kiekis kraujyje, nutukimas, genetiniai veiksniai turi įtakos dubens dugno disfunkcijai po gimdymo [133, 139].

Mūsų mokslinio tyrimo rezultatai rodo, kad gimdymas natūraliais takais ir instrumentinis gimdymo būdas (vakuumine ekstrakcija ir replėmis) yra išangės patologijos rizikos veiksnys po gimdymo. Cezario pjūvis nedidina išangės patologijos atsiradimo rizikos po gimdymo.

Tai patvirtina ir mokslinė literatūra. Anot literatūros šaltinių, asistuojamasis savaiminis gimdymas (naudojant vakuumo ekstraktorių ar akušerines reples) didina hemorojaus riziką po gimdymo (OR 2,66; 95 % CI 1,21–5,85), o gimdymas per cezario pjūvį šią riziką mažina (OR 0,36; 95 % CI 0,16–0,80) (tai patvirtina ir daugiavariacinės logistinės regresijos duomenys, $p < 0,05$) [6]. Gimdymas naudojant vakuumo ekstraktorių ir akušerines reples 2 kartus padidina hemorojaus atsiradimo riziką po gimdymo (OR 1,73; 95 % CI 1,2–2,5) [78]. Remiantis atliktais keliais klinikiniais tyrimais nustatyta, kad asistuojamasis savaiminis gimdymas tiesiogiai

didina hemorojaus išsivystymo tikimybę [5, 75, 39], o gimdymas per cezario pjūvį ją mažina [5, 7, 76, 78]. Tai, kad gimdymo būdas turi įtakos hemorojaus atsiradimui po gimdymo, parodo dar vienas tyrimas: sergamumas hemorojumi negimdžiusių moterų yra 8,5 %, (OR-1), gimdžiusių per cezario pjūvį – 36,3 % (OR 2,5; 95 % CI 1,5–4,3), $p < 0,001$, gimdžiusių natūraliais takais – 38,3 % (OR 3,4; 95 % CI 2,4–4,9), $p < 0,001$, ir 41,5 % – moterų, kurių gimdymas užbaigtas instrumentiniu būdu – vakuumine vaisiaus ekstrakcija, replėmis (OR 4,3; 95 % CI 2,8–6,6), $p < 0,001$ [8]. (Pastaba: OR – tai bendra rizika susirgti dubens dugno disfunkcija)

K. Gjerdingen atlikto tyrimo duomenimis, didesnė dalis hemorojų turinčių moterų gimdė natūraliais takais, mažesnė dalis – per cezario pjūvį (tai įrodo, jog cezario pjūvio operacija mažina riziką susirgti hemorojumi po gimdymo): po gimdymo praėjus 1 mėnesiui, hemorojumi sirgo 29,3 % moterų, gimdžiusių natūraliais takais, 14,1 % – per cezario pjūvį; po 3 mėnesių – atitinkamai 14,8 % ir 9 %; po 6 mėnesių – 11,2 % ir 3,8 %; po 9 mėnesių – 10,3 % ir 6,4 %; po 12 mėnesių – 7,8 % ir 1,3 % ($p < 0,01$) [9]. Atlikęs perspektyvųjį kohortinį tyrimą, H. Woolhouse nustatė, kad instrumentinis gimdymas (vakuuminė ekstrakcija ir replės) didina hemorojaus atsiradimo riziką: praėjus 3 mėnesiams po natūralaus gimdymo hemorojus atsiranda 30,2 % moterų (OR 1,0), po instrumentinio gimdymo – 35,5 % (OR 1,10; 95 % CI 0,82–1,48), po cezario pjūvio – 20,0 % (OR 0,51; 95 % CI 0,38–0,69); praėjus 6 mėnesiams po natūralaus gimdymo – 15,4 % (OR 1,0), po instrumentinio gimdymo – 23,2 % (OR 1,54; 95 % CI 1,08–2,19), po cezario pjūvio – 14,4 % (OR 0,89; 95 % CI 0,62–1,27); praėjus 12 mėnesių po natūralaus gimdymo – 11,0 % (OR 1,0), po instrumentinio gimdymo – 15,7 % (OR 1,41; 95 % CI 0,91–2,20), po cezario pjūvio – 10,1 % (OR 0,82; 95 % CI 0,52–1,30) [77].

L. Abramowitz atliktas epidemiologinis tyrimas parodė, kad iš 165 tirtų moterų po cezario pjūvio operacijos išangės įplėša atsirado 16 %, išorinio hemorojaus trombozė – tik 3 % moterų ($p = 0,089$) [12]. Vertinant tolesnius klinikinių tyrimų rezultatus akivaizdu, jog moterys, gimdžiusios natūraliais gimdymo takais bei instrumentiniu būdu (vakuuminė vaisiaus ekstrakcija, akušerinės replės), dažniau sirgo išangės patologija nei moterys, gimdžiusios per cezario pjūvį. K. Gjerdingen atlikto moterų apklausos tyrimo duomenimis, po gimdymo praėjus 1 mėnesiui hemorojumi sirgo 29,3 % moterų, gimdžiusių natūraliais takais, 14,1 % – per cezario pjūvį, po 3 mėnesių po gimdymo – atitinkamai 14,8 % ir 9 %, po 6 mėnesių – 11,2 % ir 3,8 %

moterų, po 9 mėnesių – 10,3 % ir 6,4 % moterų, po 12 mėnesių – 7,8 % ir 1,3 % moterų ($p < 0,01$) [9]. J. F. Thompson atlikta moterų apklausa parodė, kad praėjus 2 mėnesiams po gimdymo hemorojumi sirgo 30 % moterų po normalaus gimdymo, 37 % po instrumentinio gimdymo, 25 % po cezario pjūvio ($p = 0,03$), praėjus 3–4 mėnesiams – atitinkamai 17 % ir 19 % ($p = 0,55$), praėjus 5–6 mėnesiams – 12 %, 19 %, 14 % ($p = 0,05$) [7]. L. Abramowitz anoskopijos duomenimis, praėjus 2 mėnesiams po normalaus gimdymo išangės įplėša diagnozuota 15,2 % moterų, išorinio hemorojaus trombozė – 20 % moterų, o po cezario pjūvio išangės patologija (hemorojus ir išangės įplėša) rasta tik 4 % moterų [1]. Ch. MacArthur tyrimo duomenimis, praėjus 6 mėnesiams po gimdymo hemorojus nustatytas 4,2 % moterų po cezario pjūvio, 18 % moterų po instrumentinio gimdymo ir gimdymo, kai antras gimdymo periodas užtruko 3 val. ir ilgiau [75]. N. Borders atliktos apklausos rezultatai rodo, kad praėjus 6–7 mėnesiams hemorojus nustatytas 25 % moterų po normalaus gimdymo, 36 % moterų po instrumentinio gimdymo, 11–16 % po cezario pjūvio [76]. S. Brown moterų apklausos duomenimis, praėjus 7 mėnesiams po natūralaus gimdymo hemorojus nustatytas 25,3 % moterų, po replių ir vakuuminės vaisiaus ekstrakcijos – 36,0 %, po skubios cezario pjūvio operacijos – 11 %, po planinės cezario pjūvio operacijos – 16,8 % moterų ($p < 0,001$) [78]. A. H. MacLennan gavo tokius apklausos rezultatus: po cezario pjūvio hemorojus diagnozuotas 36,3 % moterų (OR 2,5; 95 % CI 1,5–4,3) $p < 0,001$, po natūralaus gimdymo – 38,3 % (OR 3,4; 95 % CI 2,4 – 4,9) $p < 0,001$, po instrumentinio gimdymo – 41,5 % (OR 4,3; 95 % CI 2,8–6,6), $p < 0,001$ [8]. Tačiau J. Ferdous moterų išangės apžiūros tyrimo duomenys yra prieštaringi: praėjus 9 savaitėms išorinis hemorojus diagnozuotas 5,98 % moterų po normalaus gimdymo, 6,45 % moterų po cezario pjūvio (OR 1,15 (95 % CI 0,43–3,08), $p < 0,01$) [86].

Moksliniais duomenimis, moters dubens dugno disfunkciją sukelia gimdymas naudojant akušerines reples, ilgesnis antrasis gimdymo laikotarpis, trečiojo laipsnio tarpvietės plyšimas ir didelio svorio naujagimio gimdymas [131]. Taip pat nustatyta, kad dubens dugno disfunkcijai turi įtakos moters amžius, gimdymų skaičius ir gimdymo būdas [8, 146] bei naujagimio svoris [132]. I. Nygaard atliktas mokslinis tyrimas parodė, kad gimdymų skaičius taip pat daro įtaką dubens dugno disfunkcijai: buvo tirtos negimdžiusios, gimdžiusios vieną kartą, gimdžiusios du kartus ir gimdžiusios tris ir daugiau kartų ir nustatyta, kad didesnę dubens dugno disfunkcijos

riziką turėjo moterys, gimdžiusios tris ir daugiau kartų – atitinkamai 12,8 % (95 % CI 9,0–16,6), 18,4 % (95 % CI 12,9–23,9), 24,6 % (95 % CI 19,5–29,8) ir 32,4 % (95 % CI 27,8–37,1); $p < 0,01$ [147]. Literatūros duomenims, gimdymų skaičius, instrumentinis gimdymas (replės ir vakuuminė ekstrakcija), ilgas gimdymas, didelio svorio naujagimis – tai gimdymo paskatintos dubens dugno disfunkcijos rizikos veiksniai [132]. A. H. MacLennan mokslinis tyrimas parodė, kad cezario pjūvis taip pat neapsaugo nuo dubens dugno disfunkcijos (OR 2,5; 95 % CI 1,5–4,3), nors statistiškai patikimai lemia mažesnę dubens dugno disfunkciją nei gimdymas natūraliais takais (OR 3,4; 95 % CI 2,4–4,9) ir instrumentinis gimdymas (OR 4,3; 95 % CI 2,8–6,6) ($p < 0,03$) [8]. A. Tsunoda tyrimas parodė, kad ilgesnis antrasis gimdymo laikotarpis bei trečiojo laipsnio tarpvietės plyšimas yra dubens dugno disfunkcijos rizikos veiksniai [148]. E. Lukacz tyrime nurodyta, kad norint apsaugoti vieną moterį nuo dubens dugno disfunkcijos po gimdymo, septynioms moterims reikėtų atlikti cezario pjūvio operaciją [145]. Literatūroje radome ir priešingų duomenų: T. Chitra mokslinio tyrimo duomenims, pakartotinis gimdymas yra dubens dugno disfunkcijos rizikos veiksnys, o naujagimio svoris ir gimdymo būdas neturi įtakos moters dubens dugno disfunkcijai [132]. F. Bano tirtų moterų apklausos tyrimas taip pat parodė, kad gimdymo būdas nedaro įtakos moters dubens dugno disfunkcijai [149], kaip ir A. Crane atliktas kohortinis tyrimas, kurio duomenimis, praėjus vieniems metams po gimdymo gimdymo būdas neturėjo reikšmingos įtakos dubens dugno disfunkcijai (lyginant gimdžiusias atliekant planinį cezario pjūvį su gimdžiusiomis instrumentiniu būdu – replėmis ar vakuumine ekstrakcija) [150]. Literatūroje nurodyta, kad tarpvietės kirpimas gimdymo metu, ilgesnė pirmojo gimdymo laikotarpio trukmė, didesnis moters KMI ir svorio prieaugis per nėštumą silpnina dubens dugno raumenis po gimdymo [151]. Atokių tyrimų rezultatai parodė, kad praėjus 6 mėnesiams po gimdymo cezario pjūvis neturėjo neįtakos dubens dugno disfunkcijai, o gimdymas natūraliais takais ją padidino tris kartus (OR 3,19; 95 % CI 1,07–9,49), instrumentinis gimdymas (replės ir vakuuminė ekstrakcija) – net penkis kartus (OR 5,52; 95 % CI 1,79–17,30) [152]. Tai patvirtino ir kohortinis tyrimas, atliktas praėjus 5 metų po gimdymo: gimdymas natūraliais takais ir instrumentinis gimdymas padidino dubens dugno disfunkcijos atsiradimą, o cezario pjūvis jos nepadidino [153].

Mūsų mokslinio tyrimo duomenys parodė, kad stangų trukmė turi įtakos išangės patologijos atsiradimui moteriai po gimdymo (stangų trukmė ilgesnė nei 20 minučių yra moterų po gimdymo išangės patologijos rizikos veiksnys).

Literatūros duomenimis, rizikos veiksniai, lemiantys išangės ligų atsiradimą po gimdymo, – tai užsitęsęs, ilgas gimdymas (daugiau nei 12 val.) (OR 2,04; 95 % CI 0,96–4,33) [6], užsitęsęs antrasis gimdymo laikotarpis [75, 39] bei stangų laikotarpis [5, 12]. Šie veiksniai didina išorinių hemorojinių mazgų trombozės riziką po gimdymo. Ch. MacArthur [75] nustatė, kad po gimdymo hemorojus dažnesnis toms moterims, kurių antrojo gimdymo laikotarpio trukmė buvo 3 valandos. L. Abramowitz atlikto 165 tirtų moterų epidemiologinio tyrimo duomenimis, 25 pacienčių, turėjusių išangės įplėšą, stangų trukmė buvo 17,9 ($\pm 10,5$) min., 33 moterų, turėjusių išorinio hemorojaus trombozę, stangų trukmė buvo 12,1 ($\pm 7,7$) min., moterų be išangės patologijos stangų trukmė buvo 13,2 ($\pm 7,1$) min. ($p=0,06$) [12].

Mūsų mokslinis tyrimas parodė, kad tarpvietės plyšimas gimdymo metu lemia išangės patologijos atsiradimą po gimdymo.

Mokslinėje literatūroje nustatytas statistiškai patikimas ryšys tarp hemorojaus išsivystymo tikimybės ir tarpvietės pažeidimo gimdymo metu (tiek savaiminio tarpvietės plyšimo, tiek atliktos epiziotomijos) [6]. Klinikinio tyrimo duomenimis, hemorojus dažniau išsivysto po atliktos epiziotomijos (OR 2,31; 95% CI 1,14–4,66) nei po savaiminio tarpvietės plyšimo (OR 1,94; 95% CI 1,05–3,59 [84]). Tarpvietės plyšimai gimdymo metu yra rizikos veiksnys hemorojui atsirasti po gimdymo [60].

Nustatyta, kad tarpvietės kirpimas (epiziotomija) neapsaugo nuo tarpvietės plyšimo gimdymo metu ir turėtų būti atliekama tik esant indikacijų [131]. Mokslinio tyrimo duomenimis, tarpvietės pažeidimas gimdymo metu (tiek tarpvietės plyšimas, tiek kirpimas) skatina dubens dugno disfunkciją po gimdymo, epiziotomija turi mažesnės įtakos moters gyvenimo kokybei po gimdymo nei tarpvietės plyšimas gimdymo metu [154]. A. Sartore mokslinio tyrimo duomenimis, moterys po atliktos epiziotomijos nurodė stipresnę skausmą tarpvietėje ir dispareuniją po gimdymo, lyginant su tomis moterimis, kurioms buvo pirmo ar antro laipsnio tarpvietės plyšimas gimdymo metu, o šlapinimosi ir tuštinimosi sutrikimai statistiškai nesiskyrė abiejose grupėse [155]. S. Bertozzi mokslinio tyrimo duomenimis, epiziotomija gimdymo metu apsaugojo moteris nuo dubens dugno disfunkcijos po gimdymo, lyginant su buvusiu tarpvietės

plyšimu gimdymo metu: daugiavariacinė logistinė regresija parodė, kad tų moterų, kurioms gimdymo metu buvo kirpta tarpvietė, fizinės ir emocinės sveikatos rodikliai praėjus 6 mėnesiams po gimdymo buvo geresni nei tų, kurioms tarpvietė buvo plyšusi gimdymo metu [156].

Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, I ir II moterų grupės ūgis beveik nesiskyrė. Moksliskai įrodyta, kad ūgis yra genetiškai fiksuotas, integralus ir stipriai paveldimas antropometrinis rodiklis [157], todėl natūralu, kad šie rodikliai abiejose grupėse beveik nesiskyrė.

Mūsų abiejų tiriamųjų moterų grupių svorio skirtumas buvo didelis. I grupės nėščiosios vidutiniškai priaugo 14,5 kg svorio, o II grupės – vidutiniškai 12,4 kg. Duomenys statistiškai patikimi ($p < 0,001$). Tai siejama su išangės ligomis sergančių moterų nejudria gyvensena, fizinio aktyvumo stoka, neracionalia, nesubalansuota mityba (per mažas skysčių vartojimas, per didelis gyvulinių riebalų ir per mažas vaisių ir daržovių bei skaidulinių maisto medžiagų vartojimas).

Todėl, remdamiesi mūsų gautais duomenimis, galime daryti išvadą, kad KMI yra vienas iš išangės ligų rizikos veiksnių nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo. Literatūros duomenimis, kiti tyrėjai taip pat nustatė koreliaciją tarp KMI ir išangės ligų nėštumo laikotarpiu (didėjant KMI, didėja rizika susirgti išangės ligomis tiek nėštumo metu, tiek laikotarpiu po gimdymo) [8, 58, 83, 86, 87].

Mokslinėje literatūroje nurodoma, kad ryškių kūno masės ir sandaros pokyčių laikotarpis yra nėštumo, gimdymo ir laktacijos. Nėščiųjų kūno masės prieaugis siejamas ne tik su vaisiaus augimu, placentos bei gimdos masės padidėjimu, bet ir su moters riebalinio audinio prieaugiu. Įvairių autorių duomenimis, nėštumo laikotarpiu bendras moters riebalinio audinio kiekis padidėja 3,5–4,6 kg [158, 159, 160]. Lietuvoje per 1986–2005 metus buvo atlikti keli linijiniai nėščiųjų kūno sandaros pokyčių tyrimai. Iš viso ištirtos 643 sveikos nėščiosios ir nustatyta, kad nėštumo laikotarpiu moters kūno masė vidutiniškai padidėja 13,3–14,2 kg, tai sudaro 21,9–23,9 % buvusios iki nėštumo kūno masės [161, 162]. Lietuvoje 2006 metais nutukusių moterų buvo 19 %, antsvorio turėjo 49 % [163]. Kitų linijinių tyrimų, atliktų Didžiojoje Britanijoje ir Švedijoje, autoriai nurodo, kad nėščiųjų kūno masės prieaugis svyruoja nuo 10,9 kg iki 16,3 kg [159, 164]. Kūno masės prieaugis

nėštumo laikotarpiu yra fiziologiškas ir netgi pageidaujamas reiškinys, vis dėlto egzistuoja fiziologinės kūno masės priaugio ribos. Jos labai priklauso nuo moters KMI, buvusio iki nėštumo. Kuo didesnis KMI rodiklis, tuo mažesnis kūno masės priaugis per nėštumą atitinka fiziologinės normos ribas. Mokslinėje literatūroje aptikome duomenų, kad nėščiosios kūno masės vidutinio priaugio ribos yra 12–14 kg [165, 166]. Siūlomos šios nėščiųjų kūno masės priaugio normos [160, 167]:

KMI iki nėštumo, kg/m ²	Rekomenduojamas nėščiųjų kūno masės priaugis, kg
<18,5	12,5–18,0
18,5–24,9	11,2–15,9
25,0–29,9	6,8–11,2
>30,0	6,8

Nėščiųjų kūno masės priaugio A lygio rekomendacijose siūloma mažą KMI turinčioms moterims (KMI<19,8) priaugti 12,5–18,0 kg, turinčioms normalų kūno masės indeksą (KMI 19,8–26,0) – priaugti 11,5–16,0 kg, o turinčioms KMI >26,0 – atitinkamai 7,0–11,5 kg [168].

Nėštumo metu kūno masė padidėja, todėl kyla klausimas, kokie yra nėščiųjų kūno masės pertekliaus (nutukimo) vertinimo kriterijai. Yra keletas tokių rekomendacijų. Taigi, nėščiosios nutukimas diagnozuojamas, jeigu:

- kūno masė iki nėštumo buvo didesnė nei 90,0 kg;
- kūno masė per nėščiosios pirmąjį apsilankymą pas gydytoją sudarė daugiau kaip 110–120 % rekomenduojamos kūno masės;
- KMI rodiklis nėštumo metu yra >30,0 kg/m² [160, 167].

Moterų rizika priaugti per nėštumą papildomų kilogramų vertinama nevienareikšmiškai. Kai kurie autoriai teigia, kad moterys, turėjusios iki nėštumo didesnę kūno masę ir KMI, rizikuoja priaugti daugiau. Bostone buvo atliktas tyrimas, kurio metu ištirtos 102 nėščiosios paauglės ir jaunos moterys (15–21 metų). Nustatyta, kad tiriamųjų, kurios iki nėštumo turėjo normalų arba didelį KMI, svorio priaugis per nėštumą dažniau viršijo rekomenduojamą, lyginant su tomis, kurių KMI buvo mažas [169]. Nutukimas turi neabejotinai neigiamos įtakos moters reprodukciniai sveikatai [170, 171]. Jis susijęs su didesne įvairių nėštumo ir gimdymo komplikacijų rizika ir gali būti ilgalaikių neigiamų sveikatos pasekmių

ties moterims, ties jų vaikams priežastis – turi neigiamos įtakos vaisiaus raidai gimdoje, taip pat gali būti perinatalinės mirties, priešlaikinio gimdymo, naujagimių ligų priežastis [172, 173]. Nutukusios moterys neretai turi vaisingumo sutrikimų, jos gerokai dažniau negu normalios kūno masės moterys serga pirmine arterine hipertenzija, antro tipo cukriniu diabetu, todėl padidėja nepalankių nėštumo baigčių tikimybė [174]. Nutukusioms nėščiosioms dažniau išsivysto preeklampsija, gestacinis diabetas, sunkus gimdymas, dažniau atliekama cezario pjūvio operacija, dažnesnės anesteziologinės, pooperacinės infekcinės komplikacijos, giliųjų venų trombozė ir tromboembolinės komplikacijos [175–177, 168, 178].

Mūsų mokslinio tyrimo rezultatai parodė, kad I grupės moterys, kurios turėjo didesnį svorį ir KMI bei svorio prieaugį per nėštumą, gimdė didesnio svorio naujagimius nei II grupės moterys.

Mokslinėje literatūroje taip pat radome duomenų apie motinos ir naujagimio fizinės būklės sąsajas. Motinos nutukimas turi neigiamos įtakos jų vaikų sveikatai: sukelia įvairių sveikatos sutrikimų tiek naujagimystės laikotarpiu, tiek vyresniame amžiuje. Nutukusių moterų naujagimiams daug dažnesnė makrosomija, hipoglikemija, gelta, dažniau įvyksta gimdymo traumų (petukų distocija, asfiksija ir kt.). Nutukusių gimdyvių naujagimiai gerokai dažniau įvertinami mažesniais balais pagal Apgar skalę ir turi didesnę riziką patekti į intensyviosios terapijos skyrių [177, 179, 190]. Nutukusių moterų naujagimiai turi daug didesnę metabolinio sindromo ir cukrinio diabeto riziką [181]. Literatūroje radome mokslinių tyrimų apie padidėjusio motinos svorio ir vaisiaus makrosomijos sąsajas. Atliktas perspektyvusis 1408 nėščiųjų tyrimas, parodė, jog antsvorio turinčioms moterims, nėštumo metu priaugusioms daugiau svorio (daugiau nei 16 kg), didesnė vaisiaus makrosomijos, nėščiųjų hipertenzijos, sunkaus gimdymo, cezario pjūvio rizika ($p < 0,05$) [182]. Tai patvirtina ir kitas perspektyvusis 599 nėščiųjų tyrimas, atliktas Australijoje. Šio tyrimo išvadose nurodyta, kad motinos nutukimas ir didesnis svorio prieaugis per nėštumą yra du naujagimio nutukimo rizikos veiksniai [183]. 2013 metų metaanalizės duomenimis, motinos iki nėštumo buvęs antsvoris ir nutukimas didina riziką didesnio už gestacinį amžių naujagimio (OR 1,53 95% CI 1,44–1,63) ir (OR 2,08 95% CI 1,95–2,23), didelio svorio naujagimio (OR 1,53 95% CI 1,44–1,63) ir (OR 2,00 95% CI 1,84–2,18), makrosomijos (OR, 1,67 95% CI 1,42–1,97) ir (OR 3,23 95% CI 2,39–4,37)

[184]. Kiti autoriai irgi nurodo didesnio motinos svorio iki nėštumo (antsvorio ir nutukimo) sąsajas su naujagimio antropometriniais rodikliais (makrosomija) [185, 186]. Nėščiosios antsvoris ir nutukimas bei didesnis svorio prieaugis per nėštumą padidina makrosomijos (naujagimio svoris 4000 g ir daugiau) riziką (OR 1,5 95% CI 1,3–1,6; OR 1,9 95% CI 1,6–2,2) [180] (OR 1,58 95% CI 1,38 – 1,80) [187].

Mūsų mokslinis tyrimas parodė, kad naujagimio svoris turi įtakos moters išangės patologijai po gimdymo (naujagimio svoris, didesnis nei 3800 g, yra išangės patologijos po gimdymo rizikos veiksnys).

Mokslinėje literatūroje nurodomas moters po gimdymo išangės patologijos rizikos veiksnys – didelio svorio naujagimio (4000 g ir daugiau) (OR 0,92; 95 % CI 0,41–2,04) savaiminis gimdymas [6]. Šis veiksnys didina išorinių hemorojinių mazgų trombozės riziką šiuo laikotarpiu. Nustatyta, jog tos moterys, kurios gimdė didesnio svorio naujagimį, dažniau sirgo išangės ligomis (hemorojumi ir išangės įplėša) [5, 13, 75, 39, 60]. L. Abramowitz atlikto epidemiologinio tyrimo duomenimis, didelio svorio vaisiaus savaiminis gimdymas yra išorinio hemorojaus trombozės rizikos veiksnys ($p < 0,05$) [1]. S. Brown atlikto tyrimo duomenimis, vaisiaus svoris 4000 g ir daugiau yra susijęs su didesne hemorojaus atsiradimo tikimybe po gimdymo, nei mažesnio svorio naujagimio gimdymas – moterims, kurios gimdė stambų vaisių (4000 g ir daugiau), hemorojus nustatytas 30,6 % atvejų, o toms, kurios gimdė mažesnio svorio naujagimį, hemorojus nustatytas 23 % atvejų (OR 1,48; 95 % CI 1,0–2,1) [78].

Moterų gyvenimo kokybę tyrėme pagal generinį (nepatentuotą) SF-36 klausimyną (angl. *Short Form 36 Medical Outcomes Study Questionnaire*), validuotą Lietuvoje ir taikomą vertinti gyvenimo kokybę sergant įvairiomis ligomis [188]. Klausimynas sudarytas iš 36 klausimų, atspindinčių aštuonias gyvenimo sritis: fizinį aktyvumą, veiklos apribojimą dėl fizinių negalavimų, emocinių sutrikimų, energingumą / gyvybingumą, emocinę būklę, socialinę funkciją, skausmą, bendrą sveikatos vertinimą. Kiekviena moters gyvenimo sritis buvo vertinama nuo 0 iki 100 balų (aukštesni vertinimo balai atspindėjo geresnę gyvenimo kokybę).

Mūsų mokslinio tyrimo rezultatai parodė, kad išangės ligos nėštumo metu turi neigiamos įtakos tiek fizinei, tiek psichologinei ir socialinei moters sveikatai. Greičiausiai tai galime susieti su I moterų grupės didesniu svoriu, antsvoriu bei

nutukimu, išangės ligų sukeliama simptomais nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo.

Gyvenimo kokybė yra svarbus nespecifinis žmogaus subjektyvaus pasitenkinimo savo gyvenimu rodiklis [59]. Medicinos literatūroje pastaraisiais metais vis dažniau minima „gyvenimo kokybės“ sąvoka. Gyvenimo kokybės vertinimas yra papildomas sveikatos priežiūros paslaugos veiksmingumo kriterijus [189].

Nustatyta, jog nėštumo metu hemorojaus simptomai progresuoja, todėl daugelis moterų patiria ryškų išangės patologijos poveikį savo gyvenimui ir gyvenimo kokybei, ypač trečią nėštumo trečdalį ir po gimdymo [61]. Mokslinių tyrimų, kaip išangės ligos (hemorojus ir išangės įplėša) veikia moters gyvenimo kokybę, literatūroje nėra labai daug. Atliktame tyrime, kuriame tirtos 209 nėščios moterys, sergančios hemorojumi (moterų nėštumų skaičiaus vidurkis – 2, visos gimdė pirmą kartą, 85 % jų gimdė natūraliais takais), vertinti penki pagrindiniai hemorojaus klinikiniai simptomai (skausmas, niežulys, patinimas, kraujavimas, diskomfortas) ir jų įtaka gyvenimo kokybei [61]. Nustatyta, jog minėti simptomai (išskyrus niežulį ir kraujavimą) labai neigiamai veikia moters gyvenimą bei jo kokybę, gauti statistiškai patikimi duomenys: skausmas – $p=0,012$, niežulys – $p=0,24$, patinimas – $p<0,001$, diskomfortas – $p<0,001$, kraujavimas – $p=0,17$ [41]. Moterų, kurioms diagnozuotas hemorojus, statistiškai patikimai reikšmingai žemesni fizinės būklės nei emocinės būklės balai (pagal SF-36 gyvenimo kokybės klausimyną) [8]. S. Riss atlikto tyrimo duomenimis, iš 395 nėščių moterų 42 % diagnozuotas hemorojus, visoms moterims vertinta gyvenimo kokybė pagal gyvenimo kokybės klausimyno trumpąją formą SF-12 ir nustatyta, jog hemorojus, nepriklausomai nuo jo laipsnio, neturi įtakos moters gyvenimo kokybei [59]. D. A. Webb su bendraautoriais tyrė 1323 moteris praėjus 9 ir 12 mėnesių po gimdymo ir nustatė, kad vidurių užkietėjimas ir hemorojus stipriai neigiamai veikia tiek fizinę, tiek emocinę sveikatą ir blogina gyvenimo kokybę po gimdymo [103]. Iš visų tirtųjų 87,9 % moterų teigė, kad vidurių užkietėjimas ir hemorojus nesukelia problemų, 6,0 % nurodė minėtą patologiją kaip nedidelę problemą, 3,8 % – kaip vidutinio dydžio problemą, 2,3 % – kaip didelę [103]. 18,0 % moterų teigė, jog hemorojus ir vidurių užkietėjimas neturi įtakos jų fizinei sveikatai, 25,2 % – turi minimalią įtaką, 33,3 % – vidutiniškai ir stipriai veikia fizinę sveikatą ($p=0,002$) [103]. 20,4 % moterų nurodė, jog hemorojus ir vidurių užkietėjimas nesukelia depresijos, 20,3 % – turi minimalią įtaką depresijai atsirasti, 29,6 % – turi

vidutinišką ir stiprią įtaką [103]. 16,9 % moterų tvirtino, jog hemorojus ir vidurių užkietėjimas neveikia jų emocinės būklės, 17,7 % – veikia minimaliai, 30,9 % – veikia vidutiniškai ir stipriai ($p=0,03$) [103].

10. IŠVADOS

1. Dažniausios nėščiujų ir gimdyvių išangės ligos yra hemorojus ir išangės įplėša, jų dažnis – 43,9 %, dažniausias atsiradimo laikas – trečiasis nėštumo trečdalis ir pirma antra para po gimdymo.
2. Nėščiujų, gimdyvių ir moterų po gimdymo išangės ligų rizikos veiksniai:
 - vidurių užkietėjimas nėštumo metu, išangės ligomis buvusio nėštumo ir gimdymo metu;
 - instrumentinis gimdymo būdas (vakuuminė vaisiaus ekstrakcija ir replės), stangų laikotarpio trukmė (>20 min.);
 - naujagimio fizinės būklės rodikliai (>3800 g. naujagimio svoris).
3. Išangės ligos labai pablogina tiek nėščiosios, tiek pagimdžiusios moters gyvenimo kokybę.

11. REKOMENDACIJOS

1. Šeimos gydytojai ir gydytojai akušeriai ginekologai, prižiūrintys nėščiąsias ambulatorinėje grandyje, privalo įvertinti koloproktologinės patologijos rizikos veiksnius, įspėti nėščiąją dėl išangės ligų ankstyvųjų simptomų ir įvertinę nėščiosios anamnezę ir nusiskundimus, susijusius su išangės patologija, laiku nusiųsti nėščiąją gydytojams specialistams (dietologams, gastroenterologams, koloproktologams ir kt.) konsultuoti ir laiku gydyti.
2. Tolesni moksliniai tyrimai turėtų nagrinėti priemones ir veiksmus, kuriais būtų galima mažinti išangės ligų riziką nėštumo metu ir laikotarpiu po gimdymo.

12. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Abramowitz L, Batallan A. Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoid) during pregnancy and post-partum. *Gynecologie Obstetrics & Fertilité*. 2003 Jun; 31(6): 546-9.
2. Holley CJ. History of hemorrhoidal surgery. *South Med J* 1946; 39: 536.
3. Dirckx JH. The Biblical plague of "hemorrhoids". *Am J Dermatopathol* 1985; 7: 341.
4. Kopljar M, Balduzzi S, Patrlj L, et al. Topical treatment for hemorrhoids (Protocol). *The Cochrane Library* 2011; Issue 11.
5. Avsar AF, Keskin HL. Hemorrhoids during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2010 April; 30(3): 231-7.
6. Ansara D, Cohen M, Gallop R, et al. Predictors of women's physical health problems after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2005 June; 26(2): 115-25.
7. Thompson JF, Roberts ChL, Currie M, et al. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: Associations with parity and method of birth. *Birth* 2002 June; 29(2): 83-94.
8. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, et al. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000 Dec; 107(12): 1460-70.
9. Gjerdingen DK, Froberg DG, Chaloner KM, et al. Changes in women's physical health during the first postpartum year. *Arch Fam Med* 1993 Mar; 2: 277-83.
10. Simmons SC. Anorectal disorders in pregnancy. *Proc Roy Soc Med* 1972 March; 65: 286.
11. Rohde HC, *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2004; 129(38): 1965-9.
12. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum* 2002 May; 45 (5): 650-55.
13. Rouillon JM, Blanc P, Garrigues JM, et al. Analyse de l'incidence et des facteurs étiopathogéniques des thromboses hémorroidaires du post-partum [abstract]. *Gastroenterol Clin Biol* 1991;15: A300.

14. Martin JD. Post-partum anal fissures. *Lancet* 1953; 271.
15. Corby H, Donnelly VS, O'Herlihy C, et al. Anal canal pressures are low in women with postpartum anal fissure. *Br J Surg* 1997; 84: 86-8.
16. Thomson WHF. The nature of hemorrhoids. *Br J Surg* 1975; 62: 542-52.
17. Wald A. Constipation, diarrhea, and symptomatic hemorrhoids during pregnancy *Gastroenterol Clin N Am.* 2003; 32: 309-22.
18. Gupta PJ. Current guidelines for anal fissure treatment and evidence based approach towards hemorrhoids. *G Chir Vol. 30, 2009; 11-12: 461-71.*
19. O'Connor JJ. Lord procedure for treatment of postpartum hemorrhoids and fissures. *The American College of Obstetricians & Gynecology.* 1980 June; 55 (6): 747-8.
20. Abascal K, Yarnell E. Botanical treatments for hemorrhoids. *Alternative & Complementary Therapies.* 2005 December; 285-9.
21. Yui Shan Cheung H., Chi-Chiu Chung, Ka-Wah Li M. Changing concepts of surgical treatment for haemorrhoids: From excision to reduction fixation. *Ann Coll Surg HK* 2004; 8: 35-41.
22. Kann BR, Whitlow ChB. Hemorrhoids: Diagnosis and Management. *Techniques in Gastrointestinal Endoscopy* 2004; 6(1):6-11.
23. Perrotti P, Antropoli C, Noschese G, et al. Topical Nifedipine for conservative treatment of acute haemorrhoidal thrombosis. *Blackwell Science Ltd. Colorectal Disease* 2000; 2: 18-21.
24. Abramowitz L, Weyandt GH, Havlickova B, Matsuda Y, Didelot J, Rothhaar A, et al. The Diagnosis and Management of Haemorrhoidal Disease from a Global Perspective. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 2010; 31(1): 1-58.
25. Nisar PJ, Scholefield JH. Managing haemorrhoids. *BMJ* 2003; 327: 847-51.
26. Poškus T., Hemorojaus gydymo metodų palyginamasis tyrimas: Daktaro disertacija, Biomedicinos mokslai, Medicina 07B, Vilnius, 2008.
27. Alonso-Coello P, Zhou Q, Martinez-Zapata MJ, et al. Meta-analysis of flavonoids the treatment of haemorrhoids. *British Journal of Surgery* 2006; 93: 909-20.
28. Quijano CE, Abalos E. Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium (Review). *The Cochrane Library* 2008; Issue 4.

29. Balasubramaniam S, Kaiser AM. Management options for symptomatic hemorrhoids. *Current Gastroenterology Reports* 2003; 5: 431-437.
30. Alonso-Coello P, Guyatt GH, Heels-Ansdell D, et al. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. (Review). *The Cochrane Library* 2008; Issue 4.
31. Perera N., Liolitsa D., Iype S. etc. Phlebotonics for haemorrhoids (Review). *The Cochrane Library* 2012; Issue 8.
32. Felt-Bersma R, Bartelsman JF. Haemorrhoids, rectal prolapse, anal fissure, perianal fistulae and sexually transmitted diseases. *Best practice & Research clinical gastroenterology* 2009; 23: 575-92.
33. Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids. *Surg Clin N Am* 2010; 90: 17-32.
34. Brisinda G. How to treat haemorrhoids: Prevention is best; haemorrhoidectomy needs skilled operators. *British Medical Journal* 2000 September 9; 321 (7261): 582-3.
35. Unadkat SN, Leff DR, Teoh T-G, et al. Anorectal symptoms during pregnancy: how important is trimester? *Int J Colorectal Dis* (2010) 25: 375-9.
36. Nivatvongs S. Hemorrhoids. In: Gordon PH, Nivatvongs S, eds. *Principles and Practice Surgery of the Colon, Rectum and Anus*. Third edition. Informa healthcare, New York, London; 2007, p. 153-66.
37. Kaidar-Person O, Person B, Wexner SD. Hemorrhoidal disease: A comprehensive review. *J Am Coll of Surg*. 2007; 204(1): 102-17.
38. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management. *World J Gastroenterology* 2012 May 7; 18(17):2009-2017.
39. Parker GS. An alternative treatment for advanced hemorrhoidal disease. *OBG management* 2005 August; S3-7.
40. Cataldo P, Ellis CN, Gregorcyk S, Hyman N, Buie D, Church J, Cohen J, Fleshner P et al. Practice Parameters for the Management of hemorrhoids (Revised). *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 189-94.
41. Opazo A, Aguirre E, Saldana E, et al. Patterns of impaired internal anal sphincter activity in patients with anal fissure. *Colorectal Disease* 2012. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. 15, 492-99.
42. Bernstein WC. What are hemorrhoids and what is their relationship to the portal venous system? *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 829-34.

43. Hosking SW, Smart HL, Johnson AG, Triger DR. Anorectal varices, hemorrhoids and portal hypertension. *Lancet* 1989; 1: 349-352.
44. Wang TF, Lee FY, Tsai YT. Relationship of portal pressure, anorectal varices and hemorrhoids in cirrhotic patients. *J Hepatol* 1992; 15: 170-3.
45. Hass PA, Fox TA Jr, Hass GP. The pathogenesis of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 442-50.
46. Quigley EMM. Impact of pregnancy and parturition on the anal sphincters and pelvic floor. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2007; 21[5]: 879-91.
47. Vohra S, Akoury H, Bernstein P, et al. The effectiveness of proctofoam –HC for treatment of hemorrhoids in late pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009; 31(7):654-659.
48. Hemorrhoids National Digestive Diseases Information Clearinghouse. NIH Publication No. 07-3021 November 2004.
49. Parangi S, Levine D, Henry A, et al. Surgical gastrointestinal disorders during pregnancy. *The American Journal of Surgery* 2007; 193: 223-32.
50. Hardy A, Ansari T, Sibbons PD, et al. Are haemorrhoids a disease of connective tissue. *British Journal of Surgery* 2012; 99 (Suppl. 6): 183-222.
51. Aigner F, Gruber H, Conrad F, et al. Revised morphology and hemodynamics of the anorectal vascular plexus: impact on the course of homorrhoidal disease. *Int J Colorectal Dis* 2009; 24: 105-113.
52. Yoon SO, Park SJ, Yun CH, Chung AS. Roles of matrix metalloproteinases in tumor metastasis and angiogenesis. *J Biochem Mol Biol* 2003; 36: 128-137.
53. Chung YC, Hou YC, Pan AC. Endoglin (CD105) expression in the development of haemorrhoids. *Eur J Clin Invest.* 2004; 34: 107-112.
54. Aigner F, Bodner G, Gruber H, Conrad F, Fritsch H, Margreiter R, Bonatti H. The vascular nature of hemorrhoids. *J Gastrointest Surg* 2006;10:1044-50.
55. Stankevicius E, Kevelaitis E, Vainorius E, Simonsen U. Role of nitric oxide and other endothelium-derived factors. *Medicina.* 2003; 39: 333-41.
56. Vazquez JC. Constipation, haemorrhoids and heartburn in pregnancy. *Clinical Evidence* 2008; 02: 1411.

57. Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: A systemic review and meta-analysis. *American Journal of Gastroenterology* 2006; 101:181-8.
58. Riss S, Weiser FA, Schwameis K, et al. The prevalence of hemorrhoids in adults. *Int J Colorectal Dis* (2012) 27: 215-20.
59. Riss S, Weiser FA, Schwameis K, et al. Hemorrhoids and quality of life. *Colorectal Disease*. 2011; 13: e48-e52.
60. Dietrich ChS, Hill ChC, Hueman M. Surgical diseases presenting in pregnancy. *Surgical Clinics of North America*. 2008; 88: 403-19.
61. Ebrahimi N, Vohra-Miller S, Koren G., Anorectal symptom management in pregnancy: development of a severity scale. *J Popul Their Clin Pharmacol* 2011 March 21; 18 (1): e99-e105.
62. Buckshee K, Takkar D, Aggarwal N. Micronized flavonoid therapy in internal hemorrhoids of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1997; 57: 145-51.
63. Staroselsky A, Nava-Ocampo AA, Vohra S, Koren G. Hemorrhoids in pregnancy. *Canadian Family Physician* 2008; 54(2): 189-90.
64. Gupta PJ., Ano-rectal pathologies encountered under special circumstances. *ACI Vol. LVII Br.3: 77-82*.
65. Gojnic M, Dugalic V, Papic M, et al. The significance of detailed examination of hemorrhoids during pregnancy. *Clinical & experimental obstetrics & Gynecology* 2005; 32(3):183-4.
66. Salebby R, Rosen L, Stasik JJ, et al. Hemorrhoidectomy during pregnancy: Risk or Relief? *Diseases of the colon & rectum* 1991; 34(3): 260-1.
67. Herrero TB, Martinez R, Plaza L, et al. Gastrointestinal signs and symptoms during pregnancy and postpartum in a sample of Spanish women. *Atencion Primaria* 2001; 28(1): 53-8.
68. Klemetti R, Kurinczuk JJ, Redshaw M. Older women's pregnancy related symptoms, health and use of antenatal services. *European journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive biology* 2011; 154: 157-62.
69. Cottrell BH, Shannahan MD. Effect of the birth chair on duration of the second stage labour and maternal outcome. *Nursing Research* 1986; 35(6): 364-67.

70. Pradel E, Terris G, Juilliard F, De la Lande PH, Chartier M. Grossesse et pathologie anale. Étude prospective. *Méd Chir Dig* 1983; 12: 523-5.
71. Stern JB. Results of novel device designed to reduce the occurrence of hemorrhoids resulting from vaginal deliveries. *US Obstetrics & Gynecology*. 2011; 6(1): 38-40.
72. Howell EA. Lack of patient preparation for the postpartum period and patients' satisfaction with their obstetric clinicians. *American college of obstetricians & gynecology*. 2010 February; 115, No 2, Part 1: 284-9.
73. Schytt E, Lindmark G, Waldenstrom U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *BJOG: an International journal of obstetrics and gynaecology*. 2005 February; 112: 210-7.
74. Saurel-Cubizolles M, Romito P, Lelong N, Ancel P. Women's health after childbirth: A longitudinal study in France and Italy. *Br J Obstet Gynaecol* 2000;107: 1202-9.
75. MacArthur Ch, Lewis M, Knox EG. Health after childbirth. *British journal of obstetrics and gynaecology*. 1991 December, Vol. 98, pp. 1193-1195.
76. Borders N. After the afterbirth: A critical review of postpartum health relative to method of delivery. *Journal of Midwifery & Women's health*. 2006 July/August; 51(4): 242-8.
77. Woolhouse H, Perlen S, Gartland D, et al. Physical health and recovery in the first 18 months postpartum: Does Cesarean section reduce long-term morbidity? *Birth* 2012 September; 39 (3): 221-9.
78. Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *British journal of obstetrics and gynaecology*. 1998 February; 105: 156-61.
79. Harrison MJ, Hicks SA. Postpartum concerns of mothers and their sources of help. *Can J Public Health* 1983; 74: 325-32.
80. Bhatia JC, Cleland J. Self-Reported Symptoms of Gynecological Morbidity and their Treatment in South India. *Studies in Family Planning* 1995; 26(4): 203-16.
81. Kukla L, Bouchalova M, Shkiriak-Nyzhnyk Z, Chyslovska N, Golding J, Goodfellow S, Ignatjeva R. Chronic morbidity in women, namely in pregnancy. (Comparative study between West, Central and East European centres). *Likarska Sprava* 2008; 1-2: 43-60.

82. Buurman MBR, Lagro-Janssen ALM. Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012, 1-8.
83. Pigot F, Siproudhis L, Allaert FA. Risk factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation. *Gastroenterol Clin Biol*. 2005; 29: 1270-4.
84. Abcarian H, Alexander-Williams J, Christiansen J, et al. Benign anorectal disease: definition, characterization and analysis of treatment. *Am J Gastroenterol* 1994; 8: 182-93.
85. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. *Gastroenterology*. 1990; 98: 380-6.
86. Ferdous J, Ahmed A., Dasgupta SK, et al. Occurrence and determinants of postpartum maternal morbidities and disabilities among women in Matlab, Bangladesh. *J Health Popul Nutr* 2012 Jun; 30(2): 143-158.
87. Riss S, Weiser FA, Schwameis K, et al. Haemorrhoids, constipation and faecal incontinence: is there any relationship? *Colorectal Disease* 2011 The association of coloproctology of Great Britain and Ireland 13, e227-e233.
88. Holschneider C. Surgical diseases and disorders in pregnancy. In: Alan H, DeCherney MLN, MD, et al., editors. *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*. 9th ed. New York: McGraw- Hill; 2003.
89. Lawson M, Kern FJ, Everson GT. Gastrointestinal transit time in human pregnancy: prolongation in the second and third trimesters followed by postpartum normalization. *Gastroenterology* 1985; 89: 996-9.
90. Medich DS, Fazio VW. Hemorrhoids, anal fissure, and carcinoma of the colon, rectum, and anus during pregnancy. *Surgery in the pregnant patient* 1995; 75(1): 77-88.
91. Cullen G, O'Donoghue D. Constipation and pregnancy. *Best practice & research clinical gastroenterology* 2007; 21(5): 807-18.
92. Trotier M, Erebara A, Bozzo P. Treating constipation during pregnancy. *Canadian family physician* 2012; 58(8): 836-8.
93. Longo ShA, Moore RC, Canzoneri BJ, et al. Gastrointestinal conditions during pregnancy. *Clinics in colon and rectal surgery* 2010; 23(2):80-89.

94. Saha S, Manlolo J, McGowan ChE, et al. Gastroenterology consultations in pregnancy. *Journal of women's health* 2011; 20(3): 359-63.
95. Derbyshire EJ, Davies J, Detmar P. Changes in bowel function: Pregnancy and the puerperium. *Dig Dis Sci* 2007; 52: 324-8.
96. Miliano I, Tabbers MM, Post J, Benninga M. Is a multispecies probiotic mixture effective in constipation during pregnancy? 'A pilot study'. *Nutrition Journal* 2012; 11: 80.
97. Czeizel AE, Puho EH, Banhidy F. Sex ratio of newborn infants to pregnant women with severe chronic constipation. *Clinical Epidemiology* 2010; 2: 217-9.
98. Derbyshire E, Davies J & Costarelli V. Diet, physical inactivity and the prevalence of constipation throughout and after pregnancy. *Matern Child Nutr* 2006; 2: 127-34.
99. Shafe ACE, Lee S, Dalrymple JSO, Whorwell PJ. The LUCK study: Laxative Usage in patients with GP-diagnosed Constipation in the UK, within the general population and in pregnancy. An epidemiological study using the General Practice Research Database (GPRD). *Therapeutic Advances in Gastroenterology* 2011; 4(6): 343-63.
100. Basson M, Katz J, et al. Constipation. *Medscape Reference* 2011; WebMD, LLC, Updated: Aug 31, 2012.
101. Wexner SD, Baig K. The evaluation and physiologic assesment of hemorrhoidal disease: a review. *Tech Coloproctol* 2001; 5: 165-8.
102. Johanson JF, Sonnenberg A. Constipation is not a risk factor for hemorrhoids: a case control study of potential etiologic agents. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 1981-6.
103. Webb DA, Bloch JR, Coyne JC, et al. Postpartum physical symptoms in new mothers: Their relationship to functional limitations and emotional well-being. *Birth* 2008; 35-3 September, 179-87.
104. Gaj F, Trecca A, Crispino P. Haemorrhoid disease during pregnancy: focus on delivery unit. *Clinica Terapeutica*. 2007 Jul-Aug.; 158(4): 285-9.
105. Zykas V, Jonauskas P, Pavalkis D. ir kt. Proktologijos vystymasis ir jos perspektyvos Lietuvoje. *Medicina* 1993; 8(29): 9.
106. Norkūnas Pr, Norveišis A. Hemorojaus gydymo novokaino ir spirito įšvirkštimais betarpiški rezultatai. *Sveikatos apsauga* 1973; 9: 18-20.

107. Norveišis A. Lečenije gemoroja vistarinom. Aktualnyje voprosi travmatologii, Kaunas; 1973, p. 127-128 (rusų kalba).
108. Norveišis A. Hemorojaus gydymas kompleksiniu injekciniu metodu. Sveikatos Apsauga 1978; 1: 26-28.
109. Pavalkis D, Saladžinskas Ž, Šiugžda R. Naujas vidinių hemoroidų pašalinimo būdas. Aktualūs chirurgijos klausimai. Chirurgų plenumo pranešimo tezės. Šiauliai, 1989; p. 150-152
110. Zykas V, Saladžinskas Ž, Pavalkis D. Ūminio hemorojaus gydymas. VII-tasis Lietuvos gydytojų suvažiavimas, 1990; Kaunas, p. 256.
111. Keblas R, Rusteikienė D. Uždaras hemorojaus operacijos būdas. Medicina 1993; 8(29): 10-11.
112. Tamelis A, Zykas V, Jonauskas P. ir kt. Operacinis hemorojaus gydymas. Medicina 1993; 8(29): 11-12.
113. Tamelis A. Išangės anatominių struktūrų pokyčių reikšmė hemorojaus gydymui. Medicinos daktaro disertacija. Kaunas, 1995.
114. Tamelis A. Hemorojaus gydymo metodų apžvalga. Medicina 1997; 6(33): 555-61.
115. Venskutonis D, Daubaras V. Šiuolaikiniai hemorojaus gydymo metodai. Ketvirtasis Lietuvos koloproktologų suvažiavimas „Storosios žarnos ir tarpvietės chirurgija“. Kaunas; 2002, p. 66-67.
116. Gimimų mediciniai duomenys. Higienos instituto sveikatos informacijos centras. 2009, 2010, 2011, 2012 metai.
117. Filer RB, M.D. Obesity and reproduction. The Journal of Lancaster General Hospital 2009; 4(4).
118. Wei S, Schmidt MD, Dwyer T, Norman RJ. Obesity and menstrual irregularity: associations with SHBG, testosterone and insulin. Obesity 2009; 17, Issue 5: 1070-6.
119. Gambineri A, Pelusi C, Vicennati V, et al. Obesity and the polycystic ovary syndrome. Int J Obes Relat Metab Disord. 2002 Jul; 26(7): 883-96.
120. Cirik DA, Dilbaz B. What do we know about metabolic syndrome in adolescents with PCOS? J Turk Ger Gynecol Assoc. 2014 Mar 1;15(1):49-55.
121. Legro RS, Brzyski RG, Diamnod MP et al. The Pregnancy in polycystic ovary syndrome II study: baseline characteristics and effects of obesity from a

- multicenter randomized clinical trial. *Fertil. Steril.* 2014 Jan; 101(1): 258-69, Epub 2013 Oct 21.
122. Tinelli A, Malvasi A, Rahimi S, Negro R, et al. Age-related pelvic floor modifications and prolapse risk factors in postmenopausal women. *Menopause.* 2010; 17(1):204-12.
 123. Zakarevičienė J, Drąsutienė G. Nėščiujų anemija. Vilnius, 2001.
 124. Drąsutienė G. Akušerinė pagalba Lietuvoje: dabartis ir perspektyva. *Medicinos teorija ir praktika* 2001; 2: 4-8.
 125. Kadziauskienė K, Bartkevičiūtė R, Olechnovič M, Viseckienė V, Stukas R., Abaravičius A ir kt. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamos ir faktiškos mitybos tyrimas 1997–1998 metais. Vilnius: Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija; Respublikinis mitybos centras; 1999.
 126. Abaravičius J, Barzda A, Bartkevičiūtė R, Olechnovič M, Žebrauskas P. Lietuvos žmonių mitybos ir gyvenamos ypatumai. *Sveikatos mokslai* 2002; (3): 6-10.
 127. Barzda A, Abaravičius A, Bartkevičiūtė R, Stukas R, Olechnovič M. Suaugusių Lietuvos gyventojų maisto produktų suvartojimo ypatumai 2001-2002 metais. *Laboratorinė medicina* 2004; (4-24): 23-30.
 128. Barzda A, Bartkevičiūtė R, Šatkutė R, Stukas R, Abaravičius A, Berniukevičiūtė L. Suaugusių Lietuvos gyventojų maisto produktų suvartojimo ypatumai. *Sveikatos mokslai* 2009; (3): 2388-94.
 129. Barzda A, Bartkevičiūtė R, Šatkutė R, Stukas R, Abaravičius A. Suaugusių Lietuvos žmonių faktinės mitybos tyrimas ir vertinimas. *Medicinos teorija ir praktika* 2009; 15 (1): 53-8.
 130. Zakarevičienė J, Drąsutienė G, Kučinskienė Z. Nėščiujų kūno masės indeksas, svorio prieaugis ir mitybos ypatumai. *Lietuvos akušerija ir ginekologija* 1998; 1(3): 218-22.
 131. Kolbl H. Pregnancy, childbirth and the pelvic floor. *Zentralbl Gynakol* 2001 Dec; 123(12): 666-71.
 132. Chitra TV, Panicker Seetha. Child birth, pregnancy and pelvic floor dysfunction. *J Obstet Gynaecol India.* 2011 Dec; 61(6): 635-637.
 133. Aukee P, Tihtonen K. Pregnancy, delivery and pelvic floor disorders. *Duodecim* 2010; 126(20): 2381-6.

134. Elenskaja K., Thakar R., Sultan AH, etc. Effect of childbirth on pelvic organ support and quality of life: a longitudinal cohort study. *Int Urogynecol J*. 2013 Jun; 24(6): 927-37.
135. McClurg D. Peri-partum and pelvic floor dysfunction. *Pract Midwife*. 2014 Jul-Aug; 17(7): 10-2.
136. Memon HU, Handa VL. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Womens Health (Lond Engl)*. 2013 May; 9(3): 265-77.
137. Connolly TJ, Litman HJ, Tennstedt SL, etc. The effect of mode of delivery, parity and birth weight on risk of urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007 Sep; 18(9):1033-42. Epub 2007 Jan 12.
138. Bortolini MA, Drutz HP, Lovatsis D, et al. Vaginal delivery and pelvic floor dysfunction: current evidence and implications for future research. *Int Urogynecol J* 2010 Aug; 21(8): 1025-30.
139. Kepenecki I, Keskinilic B, Akinsu F, et al. Prevalence of pelvic floor disorders in the female population and the impact of age, mode of delivery and parity. *Dis Colon Rectum* 2011 Jan; 54(1): 85-94.
140. Luthander C, Emilsson T, Ljunggren G, et al. A questionnaire on pelvic floor dysfunction postpartum. *Int Urogynecol J*. 2011 Jan; 22(1): 105-13.
141. Torrisi G., Minini G., Bernasconi F. etc. A prospective study of pelvic floor dysfunction related to delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012 Jan; 160(1):110-5, Epub 2011 Nov 16.
142. Dietz HP, Shek KL, Chantarasorn V, et al. Do women notice the effect of childbirth-related pelvic floor trauma? *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2012 Jun; 52(3): 277-81.
143. Small KA, Wynne JM. Evaluating the pelvic floor in obstetric patients. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1990 Feb; 30(1): 41-4, 45.
144. Durnea CM, Khashan AS, Kenny LC etc. The role of prepregnancy pelvic floor dysfunction in postnatal pelvic morbidity in primiparous women. *Int Urogynecol J* 2014 Apr 23.
145. Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, et al. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol* 2006 Jun; 107(6): 1253-60.
146. Hosli I. Influence of pregnancy and delivery to the pelvic floor. *Ther Umsch* 2010 Jan; 67(1): 11-8.

147. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*. 2008 Sep 17; 300(11): 1311-6.
148. Tsunoda A, Shibusawa M., Kamiyama G, et al. The effect of vaginal delivery on the pelvic floor. *Surg Today* 1999; 29(12):1243-7.
149. Bano F, Barrington JW. Prevalence of anorectal dysfunction in women attending health care services. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007 Jan; 18(1): 57-60. Epub 2006 Jun 21.
150. Crane AK, Geller EJ, Bane H, et al. Evaluation of pelvic floor symptoms and sexual function in primiparous women who underwent operative vaginal delivery versus cesarean delivery for second-stage arrest. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2013 Jan-Feb; 19(1): 13-6.
151. Long Y., Bian XM, Zhu L. etc. Effect of different delivery modes on the short-term function of the pelvic floor. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2007 Dec; 42(12): 808-11.
152. Diez-Iltza I., Arrue M., Ibanez L. ect. Influence of mode of delivery on pelvic organ support 6 months postpartum. *Gynecol Obstet Invest* 2011;72(2): 123-9.
153. Handa VL, Blomquist JL, Knoepp LR, ec al. Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstet Gynecol*. 2011 Oct; 118(4):777-84.
154. Rikard-Bell J, Iyer J, Rane A. Perineal outcome and the risk of pelvic floor dysfunction: a cohort study of primiparous women. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 2014 Aug; 54(4): 371-6.
155. Sartore A, De Seta F, Maso G, et al. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2004 Apr; 103(4): 669-73.
156. Bertozzi S., Londero AP, Fruscalzo A. ect. Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after sixth month postpartum: a retrospective study. *BMC Womens Health*. 2011 Apr 18; 11:12.
157. Tutkuvienė J, Jakimavičienė EM. Kūno sudėjimo rodikliai ir jų sąsajos su bendra sveikatos būkle. *Medicinos teorija ir praktika*. 2004; 1(37): 59-63.
158. Drąsutienė G. Motinos konstitucinio tipo ir gyvenimo būdo įtaka vaisiaus fiziniams išsivystymui. Vilnius, 1989.

159. Soltani H, Fraser RB. A longitudinal study of maternal anthropometric changes in normal weight, overweight and obese women during pregnancy and postpartum. *Br J Nutr.* 2000; 84: 95-101.
160. Skowronska-Jozwiak E. Otylosc a ciąża w praktyce lekarza endokrynologa. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia.* 2009; 2(3): 215-7.
161. Drąsutienė GS, Tutkuvienė J, Zakarevičienė J, et al. Nėščiujų antropometrinių rodiklių, medžiagų apykaitos ir naujagimių fizinės būklės pokyčiai per pastaruosius dešimtmečius. *Medicina* 2007; 43(1): 10-26.
162. Drąsutienė GS. Nėščiujų ir naujagimių fizinės būklės pokyčiai per pastarąjį dvidešimtmetį. Vilnius, 2006. (Habilitationis procedūrai teikiamų mokslo darbų apžvalga).
163. Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J, et al. Health behaviour among Lithuanian adult population 2006. Helsinki; 2007. Publication of National public Health Institute B7/2007.
164. Linne Y, Dye L, Barkeling B, et al. Weight development over time in parous women - the SPAWN study - 15 years follow-up. *Int J Obes (Lond)* 2003; 27: 1516-1522.
165. Adair LS, Bisgrove EZ. Maternal anthropometry during pregnancy, pregnancy weight gain, and pregnancy outcome. *Anthropometric assessment of nutritional status* 1991; 1: 233-57.
166. To WW, Cheung W. The relationship between weight gain in pregnancy, birth-weight and postpartum weight retention. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol* 1998; 38(2): 176-9.
167. Leddy MA, Power ML, Schulkin J. The impact of maternal obesity on maternal and fetal health. *Rev Obstet Gynecol* 2008; 1(4): 170-8.
168. Duvėkot JJ. Pregnancy and obesity: practical implications. *Eur Clin Obstet Gynaecol* 2005; 1: 74-88.
169. Joseph NP, Hunkali KB, Wilson B, et al. Pre-pregnancy body mass index among pregnant adolescents: gestational weight gain and long-term post partum weight retention. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008; 21(4): 195-200.
170. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, et al. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA.* 2006; 295(13): 1549-55.

171. Rasmussen KM, Kjolhede CL. Maternal obesity: a problem for both mother and child. *Obesity* 2008; 16(5): 929-31.
172. Metwally M, Li TC, Ledger L. The impact of obesity on female reproductive function. *Obes Rev* 2007; 8(6): 515-23.
173. Clausen T, Burski TK. Maternal anthropometric and metabolic factors in the first half of pregnancy and risk of neonatal macrosomia in term pregnancies: Prospective study. *European Journal of Endocrinology*, 2005;153(6):887-894.
174. Thornburg LL. Antepartum obstetrical complications associated with obesity. *Semin Perinatol* 2011; 35(6): 317-23.
175. Machado LS. Cesarean section in morbidly obese parturients: practical implications and complications. *N Am J Med Sci*. 2012; 4(1):13-8.
176. Mace HS, Paech MJ, McDonnell NJ. Obesity and obstetric anaesthesia. *Anaesth Intensive Care* 2011; 39(4): 559-70.
177. Jolly MC, Sebire NJ, Harris JP, et al. Risk factors for macrosomia and its clinical consequences: a study of 350,311 pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 111(1): 9-14.
178. Onwude JL, Rao S, Selo-Ojeme DO. Large babies and unplanned Caesarean delivery. *Eur J Obst Gynec Reprod Biol* 2005; 118(1): 36-39.
179. Orskou J, Henriksen TB, Kesmodel U, etc. Maternal characteristics and lifestyle factors and the risk of delivering high birth weight infants. *Obstet Gynecol* 2003; 102(1): 115-20.
180. Scott-Pillai R, Spence D, Cardwell CR, etc. The impact of body mass index on maternal and neonatal outcomes: a retrospective study in a UK obstetric population, 2004-2011. *BJOG*. 2013 Jul; 120(8): 932-9. Epub 2013 Mar 27.
181. Davies GA, Maxwell C, McLeod L, et al. Obesity in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2010; 32(2): 165-73.
182. Mochhoury L, Razine R, Kasouati J, et al. Body mass index, gestational weight gain, and obstetric complications in Moroccan population. *J Pregnancy* 2013; 2013: 379461. Epub 2013 Jul 7.
183. Au CP, Raynes-Greenow CH, Turner RM, et al. Fetal and maternal factors associated with neonatal adiposity as measured by air displacement plethysmography: a large cross-sectional study. *Early Hum Dev* 2013 Oct; 89(10): 839-43. Epub 2013 Aug 19.

184. Yu Z, Han S, Zhu J, et al. Pre-pregnancy body mass index in relation to infant birth weight and offspring overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013 Apr 16; 8(4): e61627. Print 2013.
185. Przybyłowicz K, Przybyłowicz M, Grzybiak M, et al. Effects of physical activity during pregnancy and gestational weight gain on newborn weight and length at birth in Warmińsko-Mazurskie province. *Acta Sci Pol Technol Aliment* 2014 Apr-Jun; 13(2): 203-11.
186. Papachatzi E, Dimitriou G, Dimitropoulos K. etc. Pre-pregnancy obesity: maternal, neonatal and childhood outcomes. *J Neonatal Perinatal Med* 2013; 6(3): 203-16.
187. Crane JM, Murphy P, Burrage L. Maternal and perinatal outcomes of extreme obesity in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2013 Jul; 35(7): 606-11.
188. Staniūtė M. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-36 klausimyną. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija 2007 rugpjūtis*; 9(1): 22-25.
189. Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ. etc. The metabolic syndrome. *Lancet* 2005; 365: 1415-28.
190. Bhattacharya S, Campbell DM, Liston WA. Effect of body mass index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies. *BMC Public Health* 2007; 24: 168.

13. MOKSLINIŲ STRAIPSNIŲ IR PRANEŠIMŲ PUBLIKACIJOS
DISERTACIJOS TEMA

MOKSLINIAI STRAIPSNIAI DISERTACIJOS TEMA:

1. D. Bužinskienė, G. Drąsutienė, T. Poškus. Nėščiąjų ir pagimdžiusiųjų hemorojus ir išangės įplėša: paplitimas, rizikos veiksniai bei įtaka moters gyvenimo kokybei (literatūros apžvalga). Lietuvos chirurgija 2014; 13 (2): 72–87.
2. Poskus T, Buzinskiene D, Drasutiene G, Samalavicius N, Barkus A, Barisauskiene A, Tutkuvienė J, Sakalauskaite I, Drasutis J, Jasulaitis A, Jakaitiene A. Haemorrhoids and anal fissures during pregnancy and after childbirth: a prospective cohort study. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, BJOG. 2014 May 9. doi: 10.1111/1471-0528.12838). IF 3,86.

MOKSLINIAI PRANEŠIMAI DISERTACIJOS TEMA:

1. D. Buzinskiene, T. Poskus, G. Drasutiene, A. Akelyte, N. E. Samalavicius. Characteristics of patients with perianal disease of pregnancy: prospective cohort study (pranešimas tarptautinėje Europos koloproktologų draugijos konferencijoje 2011 metais).
European Society of Coloproctology Annual Meeting, Copenhagen. Published in Colorectal Disease 2011; 13 (Suppl. 6): 50 (poster).
2. T. Poskus, D. Buzinskiene, G. Drasutiene, A. Akelyte, N. E. Samalavicius. Hemorrhoids in pregnancy and puerperium (pranešimas Vilniuje vykusioje konferencijoje „Mejo klinikos dienos Lietuvoje“, 2012 05 18–19).
World Colorectal Cancer Conference „Mayo Clinic Days in Vilnius 2012“, Vilnius, Lithuania, May 18–19, 2012 (podium).

3. T. Poskus, D. Buzinskiene, G. Drasutiene, A. Akelyte, N. E. Samalavicius.
Positive family history and associated varicose veins are significant predictors of perianal disease of pregnancy: prospective cohort study (pranešimas Amerikos chirurgų koloproktologų tarptautinėje konferencijoje 2012 06 02).
The American Society of Colon and Rectal Surgeons Annual scientific meeting, San Antonio, USA, 2012 06 02-06 (poster).
4. N. E. Samalavicius, T. Poskus, D. Buzinskiene, G. Drasutiene, A. Akelyte.
Positive family history and associated varicose veins are significant predictors of perianal disease of pregnancy: prospective cohort study.
XXV International Society of University Colon and Rectal Surgeons Biennial Congress, Bologna, Italy, 2012 11 24–26 (podium).
5. D. Bužinskienė, G. Drąsutienė, T. Poškus. Išangės ligų paplitimo ir rizikos veiksnių įvertinimas nėštumo metu ir laikotarpyje po gimdymo.
Mokslinės tezės Lietuvos akušerių ginekologų draugijos suvažiavime 2013 09 13–14.

14. PRIEDAI

14.1. BIOMEDICININIO TYRIMO „NĖŠČIŪJŲ IŠANGĖS LIGOS“ ASMENS INFORMAVIMO FORMA

Jūs esate kviečiama dalyvauti biomediciniame tyrime. Prieš Jums apsisprendžiant dalyvauti, svarbu, kad suprastumėte, kodėl atliekamas šis tyrimas, kaip bus naudojama Jūsų informacija, kas bus atliekama tyrimo metu, kokia galima dalyvavimo nauda, rizika ir nepatogumai. Prašome atidžiai perskaityti šią informaciją.

Informuojame Jus, kad atliekamo tyrimo tikslas ir uždaviniai – įvertinti nėščiujų išangės ligų (hemorojus, išangės įplėša, fistulė, niežulys, tiesiosios žarnos iškritimas, kondilomos, polipai, vėžys) dažnį, paplitimą, rizikos veiksnius bei įtaką nėštumo ir gimdymo eigai, laikotarpiui po gimdymo, vaisiaus ir naujagimio būklei bei nėščios moters gyvenimo kokybei.

Jei sutiksite dalyvauti tyrime, gydytojas pateiks anketą, į kurios klausimus Jūs turėsite atsakyti raštu. Jūs būsite apklausoma keturis kartus (pirmą nėštumo trečdalį – iki 12 nėštumo savaitės, antrą nėštumo trečdalį – 18–20 nėštumo savaitę, trečią nėštumo trečdalį – 38–40 nėštumo savaitę ir per vieną mėnesį po gimdymo).

Pasirašydami šią formą, Jūs sutinkate, kad tyrimo gydytojas surinktų ir apdorotų Jūsų asmeninius duomenis, įskaitant šią informaciją: jūsų gimimo data, jūsų tautybė, asmeniniai duomenys apie jūsų fizinę ar psichinę sveikatos būklę, mitybos ypatumus ir žalingus įpročius ir bet kokie kiti asmeniniai duomenys.

Bet kuriuo nėštumo laikotarpiu, atsiradus išangės ligų simptomų, bus užpildoma proktologinės apklausos anketa ir Jūs būsite nusiųsta konsultuoti gydytojui koloproktologui, kuris pateiks savo išvadas ir rekomendacijas.

Taip pat Jums bus atliktas vaisiaus ultragarsinis tyrimas minėtomis nėštumo savaitėmis. Pirmą nėštumo trečdalį bus matuojamas atstumas tarp vaisiaus viršugalvio ir uodegikaulio, antrą ir trečią nėštumo trečdalį išmatuojami vaisiaus galvos, pilvo matmenys bei apimtys ir šlaunikaulio ilgis, taip pat vaisiaus vandens kiekis ir placentos ypatumai. Atliekami Jūsų svorio ir ūgio matavimai visais minėtais laikotarpiais. Jums sutikus dalyvauti tyrime, papildomos medicininės procedūros nebus atliekamos. Apie dalyvavimą tyrime ir Jums atliktų tyrimų rezultatus

informuosime Jus prižiūrintį šeimos gydytoją ar gydytoją akušerį ginekologą. Tikimės, kad šie duomenys padės pagerinti Jums taikomą priežiūrą. Atliekami tyrimai nėra rizikingi ar žalingi Jums, vaisiui ir naujagimiui. Šalutinių reiškinių neturi būti, nes vaisiaus tyrimas ultragarsu atliekamas visoms nėščiosioms. Svorio ir ūgio matavimai – neinvaziniai tyrimo metodai, nesukeliantys šalutinių reiškinių. Taip pat rinksime duomenis apie Jus ir Jūsų naujagimį iš nėštumo ir gimdymo metu prižiūrinčios gydymo įstaigos medicininių dokumentų.

Tyrimas naudingas Jums, nes papildomas motinos ir vaisiaus būklės ištyrimas padės pagerinti nėštumo ir gimdymo priežiūrą. Jums už atliekamą tyrimą papildomai mokėti nereikia.

Gautų tyrimų rezultatai bus saugomi anketoje ir tyrėjas paaiškins Jums gautus rezultatus ir išvadas.

Jūsų slaptumas yra garantuojamas. Susipažinti su duomenimis, leidžiančiais nustatyti Jūsų tapatybę, galės tik Jus gydantis gydytojas, o koduota informacija bus prieinama tik tyrėjams. Tyrimo metu surinkti tiriamųjų asmens duomenys bei tyrimo rezultatai bus saugomi iki tyrimo pabaigos ir už tai bus atsakingi pagrindiniai tyrėjai. Visa šio tyrimo metu surinkta informacija bus saugoma laikantis konfidencialumo reikalavimų. Kiekvienam tyrimo dalyviui bus suteikiamas kodinis numeris. Vėliau apibendrinti tyrimų duomenys, iš kurių nebus galima identifikuoti asmens, bus naudojami mokslinėse publikacijose.

Jūs galite laisvai apsispręsti, ar dalyvauti tyrime, taip pat pasitraukti iš jo bet kuriuo metu. Tai nesukels jokių kliūčių tęsti įprastinę Jūsų priežiūrą. Jūs turite teisę atsisakyti dalyvauti tyrime, šis atsisakymas neturės jokios įtakos tolesnei Jūsų medicininei priežiūrai. Už dalyvavimą tyrime atlyginimas nėra numatytas.

Iškilius klausimų ar ieškant papildomos informacijos, prašome kreiptis į tyrėjus: gydytoją akušerę ginekologę Dianą Sakalauskaitę (mob. 8610 32075), med. dr. Tomą Poškų (mob. 8686 8893) ir profesorių Narimantą Samalavičių (mob. 8687 74748).

Iškilius klausimų dėl Jūsų, kaip tyrimo dalyvio, teisių, galite kreiptis į Vilniaus regioninį biomedicininį tyrimų etikos komiteto atsakingą darbuotoją telefonu +370 5 239 87 05.

14.2. BIOMEDICININIO TYRIMO „NĖŠČIŪJŲ IŠANGĖS LIGOS“ INFORMUOTO ASMENS SUTIKIMO FORMA

Aš buvau žodžiu informuota apie minėtą tyrimą ir perskaičiau pridedamą raštišką informaciją. Man buvo suteikta galimybė aptarti tyrimą ir užduoti klausimus. Man buvo duota pakankamai laiko apsispręsti dėl dalyvavimo tyrime. Aš sutinku dalyvauti tyrime ir suprantu, kad mano dalyvavimas yra visiškai savanoriškas. Aš suprantu, kad galiu bet kuriuo metu pasitraukti iš tyrimo nenurodydama priežasties ir tai neturės neigiamos įtakos mano medicininiam gydymui ateityje.

Pasirašydama šią asmens informavimo ir informuoto asmens sutikimo formą, aš sutinku, kad mano asmeniniai duomenys, įskaitant duomenis apie mano fizinę ir psichinę sveikatą, tautybę ir kt. gali būti naudojami šioje sutikimo formoje. Esu supažindinta su tyrimo tikslu ir uždaviniais ir informuota, kad atliekamas tyrimas neturi žalingo poveikio man ir mano vaisiui. Man pažadėtas konfidencialumas ir tyrimų saugumas. Sutinku būti apklausama tyrėjų tris kartus nėštumo metu ir vieną kartą po gimdymo ir kad man būtų atliekami antropometriniai matavimai tris kartus nėštumo metu ir tris kartus per nėštumą atliekamas vaisiaus ultragarsinis tyrimas.

Pacientės parašas

(Pasirašo ir datą nurodo pacientė)

Pasirašymo data

Aš sutinku, kad tyrėjai naudotųsi mano medicinine dokumentacija.

Pacientės parašas

(Pasirašo ir datą nurodo pacientė)

Pasirašymo data

Pacientės vardas, pavardė (DIDŽIOSIOMIS RAIDĖMIS)

Aš informavau pacientę apie visus tyrimo aspektus.

Informuotą sutikimą aptariančio pagrindinio tyrėjo
(arba jo įgalioto asmens) parašas

Pasirašymo data

Informuotą sutikimą aptariančio pagrindinio tyrėjo (arba jo įgalioto asmens) vardas,
pavardė (DIDŽIOSIOMIS RAIDĖMIS)

14.3. BIOMEDICININIO TYRIMO „NĖŠČIŪJŲ IŠANGĖS LIGOS“ ANKETA PACIENTEII

Anketa pacientei

1. Kodinis numeris, tiriamosios inicialai _____
2. Kontaktinis adresas _____
3. Kontaktinis telefonas _____
4. Medicininė įstaiga, kurioje lankotės (lankėtės) šio nėštumo metu _____
5. Gimimo data (metai, mėnuo, diena) _____
6. Tautybė _____
7. Šeimyninė padėtis: (*pabraukti tinkamą*)
 - santuokoje / išsiskyrusi / netekėjusi / partnerystė / našlė
8. Išsilavinimas: (*pabraukti tinkamą*)
 - pradinis (3–4 klasės) / nebaigtas vidurinis (iki 9 klasės) / vidurinis (12 klasių) / spec. vidurinis / nebaigtas aukštasis / aukštasis
9. Jūsų įgyta profesija _____
Kuo dirbate dabartiniu metu _____
10. Kur dirbate dabartiniu metu _____
11. Jūsų gyvenamoji vieta:
 - miestas / kaimas / rajonas
12. Jūs gyvenate: (*pabraukti tinkamą*)
 - bute (nuosavame / nuomojamame) / bendrabutyje / name (nuosavame / nuomojamame)
 - kita

13. Bendras Jūsų gyvenamosios vietos plotas_____
14. Kiek asmenų gyvena Jūsų gyvenamojoje vietoje_____
15. Jūsų šeimos pajamos: (*pabraukti tinkamą*)
- mažesnės nei vidutinės / vidutinės / didesnės nei vidutinės
16. Įvertinkite Jūsų gyvenimo sąlygas: (*pabraukti tinkamą*)
- geros / patenkinamos / nepatenkinamos
17. Ar Jūs rūkote: (*pabraukti tinkamą*)
- taip /ne / anksčiau rūkėte, bet šiuo metu nerūkote
 - rūkote kasdien / ne kasdien / kai kada
 - jei taip, kiek cigarečių per dieną surūkote
- mažiau nei 20
- 20 ir daugiau
- kiek metų rūkote_____
 - ar dabar mažiau surūkote cigarečių nei prieš dvejus metus:
- taip / ne
- jei nerūkote, tai ar kada nors rūkėte:
- taip, kasdien / taip, retkarčiais / ne
- jei neberūkote, tai prieš kiek laiko metėte rūkyti:
- mažiau nei prieš dvejus metus / daugiau kaip prieš metus
18. Ar Jūsų gyvenamosiose patalpose rūkoma: (*pabraukti tinkamą*)
- taip / ne
19. Ar Jūs vartojate alkoholinius gėrimus: (*pabraukti tinkamą ir įrašyti*)
- taip / ne
 - labai retai / retai / dažnai / labai dažnai
 - kartą per mėnesį ar rečiau / 2–3 kartus per mėnesį / 1 kartą per savaitę / 2–3 kartus per savaitę / 4 ar daugiau kartų per savaitę / kasdien
 - ką
geriate_____
 - Kaip dažnai vartojate stiprius alkoholinius gėrimus (>22 %):
kasdien / 2–3 kartus per savaitę / vieną kartą per savaitę / 2–3 kartus per mėnesį
kelis kartus per metus / visai nevartuju
 - Kaip dažnai geriate alų:

kasdien / 2–3 kartus per savaitę / vieną kartą per savaitę / 2–3 kartus per mėnesį

kelis kartus per metus / visai negeriu

- Kaip dažnai geriate nestiprius gėrimus (vyną ir kt.) (<22 %):
kasdien / 2–3 kartus per savaitę / vieną kartą per savaitę / 2–3 kartus per mėnesį

kelis kartus per metus / visai negeriu

- Kiek tūrio vienetų pirmiau išvardintų gėrimų išgėrėte praėjusią savaitę (*įrašykite*):

alaus (500 g talpos butelių).....

vyno ir kt. (100 g talpos taurių).....

stiprių alkoholinių gėrimų (50 g talpos stikliukų).....

- Kiek standartinių alkoholio vienetų suvartojate per savaitę

1 standartinį alkoholio vienetą sudaro:

- 20 ml traukinės (stiprumas 50 laipsnių arba 50 procentų tūrio)
- 25 ml degtinės ar kitų gėrimų, kurių stiprumas 40 laipsnių
- 60 ml stipraus vyno (alkoholio 16–17 laipsnių)
- 80–100 ml vyno bei šampano ar šampanizuoto vyno (alkoholio 10–12,5 laipsnio)
- 200 ml vidutinio stiprumo alaus (5 % alkoholio)

20. Ar Jūs geriate kavą: (*pabraukti tinkamą*)

- taip / ne
- kelis kartus per dieną / kasdien / kelis kartus per savaitę / kartais
- kiek puodelių per dieną / per savaitę / per mėnesį _____ / _____ / _____

21. Kiek skysčių išgeriate per parą: (*pabraukti tinkamą*)

- mažiau nei 2 litrus
- daugiau nei 2 litrus
- kita

22. Kiek kartų per dieną dažniausiai valgote: (*pabraukti tinkamą*)

- 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / dažniau

23. Ar valgote reguliariai: (*pabraukti tinkamą*)

- taip / ne /

- kita _____

24. Ar valgote vakare: *(pabraukti tinkamą)*

- taip / ne / retkarčiais
- kada: po 19 valandos / kita

25. Ar užkandžiaujate tarp pagrindinių valgymų: *(pabraukti tinkamą)*

- taip / ne / retkarčiais

27. Kiek kartų per dieną valgote karštą maistą: *(pabraukti tinkamą)*

- 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / dažniau

28. Jūsų nuomone Jūs valgote:

- normaliai / daug / mažai

29. Ar vartojate vitaminus, maisto papildus: *(pabraukti tinkamą)*

- taip / ne /
- jei taip, nurodykite, kokius

30. Ar vartojate geležies preparatus: *(pabraukti tinkamą)*

- taip / ne

31. Ar vartojate folio rūgštį: *(pabraukti tinkamą)*

- taip / ne

32. Ar, Jūsų nuomone, Jūsų mityba yra visavertė: *(pabraukti tinkamą)*

- taip / ne
- kita

33. Pagrindiniai kriterijai, pagal kuriuos Jūs renkatės maisto produktus:

- sveikatos gerinimas (ligų profilaktika) / specialios dietos būtinumas
- kaina / skoninės savybės / šeimos narių įtaka

34. Kaip dažnai valgote šiuos maisto produktus: *(teisingus atsakymus pažymėkite kryželiu)*

	Keliskart per dieną	Kasdien	3–5 kartus per savaitę	1–2 kartus per savaitę	Niekada
Mėsos produktus					

Miltinius produktus					
Pieną ir pieno produktus					
Grūdinius produktus (duona, grūdų košes)					
Kiaušinių produktus					
Žuvį ir žuvies produktus					
Vaisių ir daržovių produktus					
Kitus produktus					

35. Kiek kartų per savaitę valgote daržoves (išskyrus bulves):

- šviežias: nė karto / 1–2 kartus / 3–5 kartus / 6–7 kartus
- virtas ar troškintas: / nė karto / 1–2 kartus / 3–5 kartus / 6–7 kartus

36. Koks Jūsų darbo pobūdis: *(pabraukti tinkamą)*

- fizinis darbas / protinis darbas / kita
- sėdimas / stovimas / kita
- kita _____

37. Su kokiais fiziniais veiksniais susiduriate (susidūrėte) darbe nėštumo metu:

(pabraukti tinkamą)

- visą žmogaus kūną veikianti vibracija
- intensyvus triukšmas iki 6 val. per dieną

- intensyvus triukšmu ilgiau kaip 6 val. per dieną
- dulkėta aplinka
- garai
- karštos patalpos
- šaltos patalpos
- drėgnos patalpos
- jonizuojantis spinduliavimas
- kiti veiksniai
- su fiziniais veiksniais darbe nesusiduriu

38. Su kokiais psichofiziologiniais veiksniais susiduriate (susidūrėte) darbe nėštumo metu: *(pabraukti tinkamą)*

- sunkus fizinis darbas
- įtemptas protinis darbas
- sėdimas darbas
- stovimas darbas, kiek valandų per darbo dieną _____
- kilnojate sunkesnius nei 10 kg krovinius
- didelio dėmesio reikalaujantis darbas, kiek valandų per pamainą / darbo dieną _____
- darbas prie kompiuterio, kiek valandų per darbo dieną _____
- emocinė įtampa darbe
- darbas pamainomis, pamainos trukmė valandomis _____
- dažnos komandiruotės, kiek kartų per mėnesį _____
- naktinis darbas
- tolimas vaikščiojimas (daugiau nei 5 km per dieną)
- ar tenka dirbti viršvalandžius

39. Ar sportuojate: *(pabraukti tinkamą)*

- taip / ne
- profesionaliai / mėgėjiškai
- jei taip, nurodykite savo sporto šakas _____

40. Kaip dažnai sportuojate: *(pabraukti tinkamą)*

- niekada
 - labai retai – kelis kartus per metus
 - kelis kartus per mėnesį
 - kelis kartus per savaitę
 - kiekvieną dieną arba beveik kiekvieną dieną
 - kita
41. Kaip vertinate savo fizinį aktyvumą: *(pabraukti tinkamą)*
- per mažas aktyvumas / pakankamas aktyvumas / per didelis aktyvumas
 - kita
42. Kokia Jūsų kraujo grupė ir Rh fakt.: *(pabraukti tinkamą)*
- O / A / B / AB
 - Rh teigiamas / Rh neigiamas
43. Jūsų ūgis (cm)_____
44. Jūsų svoris iki nėštumo (kg)_____
45. Jūsų svoris šiuo metu (kg)_____ kūno masės indeksas_____
46. Koks Jūsų svorio prieaugis per
nėštumą_____
47. Ar tarp Jūsų artimųjų yra asmenų per dideliu svoriu: *(pabraukti tinkamą)*
- taip / ne
 - tėvai (mama, tėtis)
 - brolis (-iai), sesuo (-ės)
 - kita_____
48. Mėnesinės Jums prasidėjo nuo_____ metų
49. Mėnesinių ciklas (kiek dienų kraujuojate ir kas kiek dienų kartojasi mėnesinės), pvz.: C 3–4/28_____
- mėnesinių ciklas: reguliarios / neregulios
 - mėnesinių pobūdis: negausios / gausios / vidutinio gausumo
50. Paskutinių mėnesinių data iki nėštumo_____
51. Kelintas Jums šis nėštumas: *(pabraukti tinkamą)*
- pirmas / pakartotinis
52. Duomenys apie Jūsų buvusius nėštumus (gimdymus, persileidimus, nėštumo nutraukimus):

Nr.	Nėštumo data (metai)	Nėštumo savaitės	Nėštumo baigtis (gimdymas: normalus ar pataloginis, nėštumo nutraukimas, savaiminis persileidimas)	Nėštumo ir gimdymo komplikacijos (ligos, sveikatos sutrikimai)	Naujagimio svoris, lytis
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

53. Ar praityje buvusių gimdymų metu buvo minkštųjų gimdymo takų sužalojimų bei operacinių intervencijų: *(pabraukti tinkamą)*

- a. tarpvietės plyšimas ir laipsnis
- b. gimdos kaklelio plyšimas ir laipsnis
- c. makšties plyšimas
- d. tarpvietės kirpimas

54. Ar praityje buvusių nėštumų (gimdymų) metu ar pogimdyminiame laikotarpyje bei iki nėštumo yra buvę:

a) nusiskundimų išangėje: *(pabraukti tinkamą)*

- skausmas, diskomfortas išangėje
- kraujavimas tuštinantis
- mazgai išangės srityje
- išmatų nelaikymas
- vidurių užkietėjimas

b) išangės ligų: *(pabraukti tinkamą)*

- hemorojus
- išangės įplėša
- fistulė

- išmatų nelaikymas
- kitos

c) operacijų ir intervencijų išangėje: *(pabraukti tinkamą)*

- hemorojaus operacija
- įplėšos operacija
- hemorojaus perrišimas guminiiais žiedais
- fistulės operacija
- kita

55. Ar šeimoje yra sirgusių išangėmis ligomis: *(pabraukti tinkamą)*

- mama
- tėtis
- broliai
- seserys
- kiti *(parašyti, kas)* _____

56. Kokiomis ligomis sergate šiuo metu: *(pabraukti tinkamą)*

- Širdies ir kraujagyslių ligos
 - Kvėpavimo organų ligos
 - Virškinimo organų ligos
 - Neurologinės ligos
 - Cukrinis diabetas
 - Lytiniu keliu plintančios ligos
 - Piktybiniai, nepiktybiniai augliai
 - Ginekologinės ligos
 - Kraujo ligos (mažakraujystė)
 - Venų patologija (išsiplėtusios kojų venos)
 - Kitos
-

57. Kokiomis ligomis sirgote iki nėštumo: *(pabraukti tinkamą)*

- Širdies ir kraujagyslių ligos
- Kvėpavimo organų ligos
- Virškinimo organų ligos
- Neurologinės ligos

- Cukrinis diabetas
- Lytiniu keliu plintančios ligos
- Piktybiniai, nepiktybiniai augliai
- Ginekologinės ligos
- Kraujo ligos (mažakraujystė)
- Venų patologija (išsiplėtusios kojų venos)
- Kita_____

58. Ar Jūs buvote praeityje operuota: *(pabraukti tinkamą)*

- Taip / ne
- Jei taip, nurodykite, kokios operacijos Jums buvo atliktos_____

59. Storosios žarnos vėžys šeimoje: *(pabraukti tinkamą ir patikslinti)*

- Taip / ne

60. Ar šiuo metu Jūsų kojų venos yra išsiplėtusios: *(pabraukti tinkamą)*

- Taip / ne
- Jei taip, kada pastebėjote išsiplėtusias kojų venas:
 - iki nėštumo
 - nėštumo metu (nurodykite nėštumo savaitę)_____

61. Ar šiuo metu Jus vargina skausmas išangės srityje: *(pabraukti tinkamą)*

- taip / ne
- jei taip, koks šio skausmo pobūdis:
aštrus / bukas / ar sustiprėja tuštinimosi metu
- kokie kiti veiksniai provokuoja šį skausmą_____
- ar būna skausmą lydintys simptomai – karčiavimas, viduriavimas, pilvo pūtimas

62. Ar šiuo metu Jus vargina kraujavimas iš išangės: *(pabraukti tinkamą)*

- taip / ne
- jei taip, koks kraujo pobūdis:
 - tamsiai raudonas kraujas
 - šviesiai raudonas kraujas
- jei taip, koks kraujavimo pobūdis:

- susimaišęs su išmatomis
- išmatų paviršiuje
- laša lašais
- tepa popierių

63. Ar šiuo metu Jūs jaučiate mazgus išangės srityje: *(pabraukti tinkamą)*

- Nėra
- Išlenda po tuštinimosi ir grįžta savaime į išangę
- Išlenda po tuštinimosi ir gražinami ranka
- Negrąžinami, nuolat išlindę mazgai išangės srityje
- Negrąžinami, nuolat išlindę išangės srityje ir labai skausmingi mazgai

64. Ar Jus šiuo metu vargina niežulys išangės srityje: *(pabraukti tinkamą)*

- taip / ne
- kita

65. Ar Jus šiuo metu vargina deginimas išangės srityje: *(pabraukti tinkamą)*

- taip / ne
- kita

66. Ar Jus šiuo metu vargina diskomfortas išangės srityje: *(pabraukti tinkamą)*

- taip / ne
- kita

67. Ar Jus šiuo metu vargina skausmingas patinimas išangės srityje: *(pabraukti tinkamą)*

- taip / ne
- kita

68. Ar Jus šiuo metu vargina išskyros išangės srityje - gleivės: *(pabraukti tinkamą)*

- taip / ne
- kita

69. Ar Jus šiuo metu vargina vidurių užkietėjimas: *(pabraukti tinkamą)*

- taip / ne
- jei taip, tai:
 - ar Jūs tuštinatės rečiau nei 3 kartus per savaitę
 - ar Jūs stanginatės tuštindamasi
 - ar Jus vargina skausmingas, sunkus tuštinimasis
 - ar Jus vargina nepilno pasituštinimo jausmas

- ar Jūs jaučiate skausmą tuštinimosi metu ir iš karto po pasituštinimo
- ar Jūsų išmatos kietos
- ar Jūs jaučiate kliūtį išangėje tuštindamasi

70. Ar Jūs patiriate išmatų ir dujų nelaikymą: (*teisingus atsakymus pažymėkite kryželiu x*)

	Niekada	Rečiau nei 1 kartą per mėnesį	Dažniau nei kartą per mėnesį, bet rečiau nei kiekvieną savaitę	Dažniau nei kartą per savaitę, bet ne kasdien	Kasdien
Nesulaikau kietų išmatų					
Nesulaikau skystų išmatų					
Nesulaikau dujų					
Tenka dėvėti įklotą					
Tenka keisti gyvenimo būdą					

71. Ar Jūs galite pasakyti, kad apskritai Jūsų sveikata yra: (*apibrėžkite vieną atsakymą*)

- Puiki..... 1
- Labai gera..... 2
- Gera..... 3
- Patenkinama..... 4
- Bloga..... 5

72. Palyginkite dabartinę savo sveikatą su buvusią prieš metus sveikata: *(apibrėžkite vieną atsakymą)*

- Dabar daug geresnė negu prieš metus..... 1
 Dabar šiek tiek geresnė negu prieš metus.....2
 Dabar tokia pati, kaip ir prieš metus.....3
 Dabar šiek tiek blogesnė negu prieš metus.....4
 Dabar daug blogesnė negu prieš metus..... 5

73. Paskesni klausimai yra apie veiksmus, kuriuos Jums tikriausiai tenka atlikti kiekvieną dieną. Ar Jūsų sveikatos būklė dabar trukdo juos atlikti? Jei taip, kaip stipriai? *(apibraukite vieną numerį kiekvienoje linijoje)*

Veiksmai	Taip, trukdo stipriai	Taip, šiek tiek trukdo	Ne, visai netrukdo
a) stiprus judėjimas, toks kaip bėgimas, sunkių daiktų kėlimas, dalyvavimas energingame sporte	1	2	3
b) vidutinis judėjimas, toks kaip stalo judinimas, dulkių siurblio traukymas	1	2	3
c) parsinešti savo pirkinius namo	1	2	3
d) užpilti laiptais keletą aukštų	1	2	3
e) užlipti laiptais iki pirmos aikštelės (10 laiptelių)	1	2	3
f) pasilenkti, atsiklausti, atsitūpti	1	2	3
g) nueiti daugiau kaip 1 km (1000 m)	1	2	3
h) nueiti 0,5 km (500 m)	1	2	3
i) nueiti 100 m	1	2	3
j) nusiprausti ar apsirengti	1	2	3

74. Ar per paskutines 4 savaites Jūs turėjote dėl savo sveikatos išvardytų problemų darbe ar kasdieniuose reikaluose? *(apibraukite vieną numerį kiekvienoje linijoje)*

	TAIP	NE
a) ar sutrumpėjo laikas, kurį praleidote darbe ar kitoje veikloje	1	2
b) atlikote mažiau darbų nei norėjote	1	2
c) kai kurie darbai ir kasdieniai veiksmai buvo apriboti	1	2
d) turėjote sunkumų atlikti darbą ar kitokį veiksma (pavyzdžiui, darbui reikėjo ypatingų pastangų)	1	2

75. Ar per paskutines 4 savaites dėl savo emocinių problemų (tokių kaip depresija ar baimė) turėjote sunkumų darbe ar atlikdama kasdienes įprastus veiksmus? *(apibraukite vieną numerį kiekvienoje linijoje)*

	TAIP	NE
a) ar sutrumpėjo laikas, kurį praleidote darbe ar kitoje veikloje	1	2
b) atlikote mažiau darbų, nei Jūs norėjote	1	2
c) neatlikote darbo ar kitokių veiksmų taip kruopščiai, kaip paprastai	1	2

76. Kaip per paskutines 4 savaites Jūsų fizinė sveikata ar emocinė būklė paveikė Jūsų bendravimą su šeima, draugais, kaimynais ar grupe?

(apibraukite vieną)

Visai nepaveikė.....	1
Šiek tiek paveikė.....	2
Vidutiniškai paveikė.....	3
Stipriai paveikė.....	4

Labai stipriai paveikė..... 5

77. Ar Jūs jautėte per paskutines 4 savaites kūno skausmų? (*apibraukite vieną*)

Jokių skausmų nejaučiau..... 1

Jaučiau labai silpnus skausmus..... 2

Jaučiau silpnus skausmus..... 3

Jaučiau vidutinio stiprumo skausmus..... 4

Jaučiau stiprius skausmus..... 5

Jaučiau labai stiprius skausmus..... 6

78. Kaip stipriai per paskutines 4 savaites skausmas paveikė Jūsų normalų darbą (įskaitant darbą namuose ir ne tik)?

(*apibraukite vieną*)

Visai neįtakojo..... 1

Šiek tiek..... 2

Vidutiniškai..... 3

Stipriai..... 4

Labai stipriai įtakojo..... 5

79. Šie klausimai yra apie tai, kaip Jūs jaučiatės ir kas nutiko Jums per paskutines 4 savaites. Kiekvienam klausimui prašau pateikti vieną atsakymą, kuris, Jūsų nuomone, labiausiai atitiktų realią situaciją.

Kiek laiko per paskutines 4 savaites Jūs: (*apibraukite vieną numerį kiekvienoje linijoje*)

	Visą laiką	Beveik visą laiką	Didžiąją dalį laiko	Nedaug laiko	Mažokai laiko	Visai to nebuvo
a) jautėte visiškai normalų gyvenimą	1	2	3	4	5	6
b) buvote labai nervinga asmenybė	1	2	3	4	5	6

c) jautėtės tokia nusiminusi, kad niekas negalėjo Jūsų išblaškyti	1	2	3	4	5	6
d) jautėtės ramiai nusiteikusi	1	2	3	4	5	6
e) turėjote pakankamai energijos	1	2	3	4	5	6
f) jautėtės nusiminusi ir prislėgta	1	2	3	4	5	6
g) jautėtės išsekusi	1	2	3	4	5	6
h) buvote laimingas žmogus	1	2	3	4	5	6
i) jautėtės pavargusi	1	2	3	4	5	6

80. Kiek per paskutines 4 savaites laiko Jūsų fizinė sveikata ir emocinės problemos trukdė Jūsų socialiniam aktyvumui (tokiam, kaip susitikimai su draugais, pažįstamais, giminėmis ir t. t.)?

(apibraukite vieną)

- Visą laiką..... 1
Didžiąją laiką.....2
Šiek tiek laiko..... 3
Labai nedaug laiko..... 4
Tokio trukdymo visai nebuvo.....5

81. Kiek teisingas ar klaidingas Jums yra kiekvienas iš toliau pateikiamų teiginių?
(apibraukite vieną numerį kiekvienoje linijoje)

	Labai teisingas	Dažniausiai teisingas	Nežinau	Dažniausiai klaidingas	Labai klaidingas
a) manau, kad sergu lengviau nei kiti žmonės	1	2	3	4	5
b) manau, kad esu tokia sveika, kaip ir kiti, kuriuos pažįstu	1	2	3	4	5
c) manau, kad mano sveikata blogės	1	2	3	4	5
d) mano sveikata puiki	1	2	3	4	5

14.4. BIOMEDICININIO TYRIMO „NĖŠČIŪJŲ IŠANGĖS LIGOS“
ANKETA GYDYTOJUI

I. Duomenys iš moters ambulatorinės priežiūros dokumentų:

1. Vizitų skaičius per nėštumą _____
2. Moters amžius _____
3. Moters ūgis _____
4. Moters svoris nėštumo įskaitos pradžioje _____
5. Moters svoris dabartiniu metu _____
6. Svorio prieaugis per nėštumą _____
7. KMI _____
8. Persirgtos ligos iki nėštumo _____
9. Persirgtos ligos nėštumo metu _____
10. Bendras kraujo tyrimas:

iki 12 nėštumo sav. _____

18–20 nėštumo sav. _____

37–40 nėštumo sav. _____

11. Bendras šlapimo tyrimas:

iki 12 nėštumo sav. _____

18–20 nėštumo sav. _____

37–40 nėštumo sav. _____

II. Duomenys iš gimdymo istorijos:

1. Gimdymo data _____ m. / _____ mėn. / _____ d.

2. Diagnozė: (kelintas nėštumas ir gimdymas, gestacija)

3. Gimdymo trukmė (val.) _____

- pirmojo gimdymo periodo trukmė (val.) _____

- antrojo gimdymo periodo trukmė (val.) _____

- stangų trukmė (min.) _____

4. Bevandenis laikotarpis (val.) _____

5. Vaisiaus pirmeiga:

- galvinė:
 - pakaušinė: I pozijos priekinis vaizdas, II pozijos užpakalinis vaizdas
 - atloštinė: I laipsnio / II laipsnio / III laipsnio
 - kita
- sėdmeninė:
 - gryna sėdmeninė
 - mišri sėdmeninė
- kojine

6. Vaisiaus padėtis:

- įstrižinė

- skersinė

7. Gimdymo būdas:

- savaiminis / indukuotas / stimuliuotas

- replės
 - vakuuminė vaisiaus ekstrakcija
 - cezario pjūvis;
 - pirmas
 - pakartotinis
 - planinis
 - skubus
 - indikacija operuoti
-

- savaiminis gimdymas po cezario pjūvio

8. Gimdymo nuskausminimas:

- epidurinis
- kita

9. Gimdymo patologija:

- galvutės ir dubens disproporcija
- netaisyklinga vaisiaus galvutės padėtis
- gimdymo veiklos anomalijos:
 - silpna gimdymo veikla
 - per stipri gimdymo veikla
 - nekoordinuota gimdymo veikla
- kraujavimas gimdant:
 - dėl placentos pirmeigos
 - dėl placentos atšokos
 - dėl kitų priežasčių
 - nukraujavo (ml) _____
- karščiavimas
- vaisiaus hipoksija
- greitas gimdymas (< 3 val.)

10. Vaisiaus vandenų spalva:

šviesūs / žalsvi / žali / su mekonijaus gabaliukais / geltoni / rudi /
kraujingi

11. Vaisiaus vandenų kiekis:

gausūs / vidutinio gausumo / negausūs / beveik nėra

12. Netekto kraujo kiekis (ml) _____

13. Kraujavimas ankstyvuju laikotarpiu po gimdymo:

- taip / ne

14. Minkštųjų gimdymo takų plyšimas:

- gimdos kaklelio plyšimas, laipsnis
- makšties plyšimas
- tarpvietės plyšimas ir laipsnis
- lytinių lūpų plyšimas

15. Perineotomija:

- taip / ne

16. Perineotomija ir tarpvietės plyšimas:

- taip / ne

17. Bendras kraujo tyrimas po gimdymo _____

18. Bendras šlapimo tyrimas po gimdymo _____

III. Laikotarpis po gimdymo:

1. Karščiavimas po gimdymo

- taip / ne

2. Pogimdyminis endometritas

- taip / ne

3. Tarpvietės gijimas (jei kirpta arba plyšusi):

- gyja pirminiu būdu
- gyja antriniu būdu

4. Hemorojus

- taip /ne

5. Hemorojaus trombozė

- taip /ne

6. Išangės įplėša

- taip /ne

7. Išmatų / dujų nelaikymas

- Taip /ne

8. Kita išangės liga _____

IV. Naujagimio duomenys:

1. Gimimo data _____
2. Lytis:
 - vyr. / mot.
3. Gestacinis amžius (sav.) _____
4. Subrendimo indeksas _____
5. Ūgis (cm) _____
6. Kūno masė (kg) _____
7. Svorio procentilis:
 - < 5 / < 10 / 50 / > 90 / > 95
8. Įvertinimas pagal Apgar:
 - po 1 min. _____ balai
 - po 5 min. _____ balai
9. Galvutės apimtis (cm) _____
10. Krūtinės apimtis (cm) _____
11. Naujagimio sergamumas (diagnozė)

V. Atliekami antropometriniai nėščiosios matavimai:

1. Motinos svorio priaugis nėštumo metu

Nėštumo laikas sav.	Svoris	Svorio priaugis, kg
I nėštumo trečdalis (0–12 sav.)		
II nėštumo trečdalis (13–26 sav.)		
III nėštumo trečdalis (27–40 sav. ir >)		
Per visą nėštumą		

2. Motinos kūno masės indeksas (KMI)

	Iki nėštumo (arba I apsilankymo metu)
KMI	

14.5. BIOMEDICININIO TYRIMO „NĖŠČIŪJŲ IŠANGĖS LIGOS“ CHIRURGO
KOLOPROKTOLOGO KONSULTAVIMO ANKETA

Ginekologo siuntimo diagnozė:

Data:

Pacientė:

Amžius:

Nusiskundimai:

1. Skausmas:

- Aštrus
- Bukas
- Intensyvumas (0–10 balų): ____

2. Kraujo pasirodymas:

- Šviesus raudonas kraujas laša lašais
- Šviesus raudonas kraujas tepa popieriu
- Kraujas susimaišęs su išmatomis
- Kita: _____

3. Mazgai išangės srityje:

- Atsirado prieš ____ dienų yra nuolat
- Mazgai grąžinami ranka
- Mazgai skausmingi
- Mazgai neskausmingi

4. Niežėjimas:

5. Kiti nusiskundimai: _____

Trukmė: ____ dienos

6. Provokuojantys veiksniai:

- Viduriavimas

- Kietos išmatos
- Alkoholio vartojimas
- Aštrus maistas
- Gimdymas
- Kita _____

7. Gydymui vartojo:

- Žvakutes: _____
- Tabletes: _____
- Invazinės procedūros: _____
- Kita: _____

8. Matomi pakitimai:

8.1 Hemorojus:

- Išorinis
- Vidinis
 - I
 - II
 - III
 - IV

Trombozė ___ cm

- Lokalizacija _____ val. (12 – priekinė)

8.2 Išangės įplėša:

- Ūminė
- Lėtinė

Lokalizacija:

Kiekis:

8.3 Išangės fistulė (apibūdinimas):

8.4 Pūlinys (apibūdinimas):

8.5 Perianaliniis dermatitas:

8.6 Kita:

9. Anoskopija:

___ cm; _____

10. Diagnozė: _____

11. Gydyimas:

- Supp. Posterisan Forte N. ___ Po 1 x 2
- Supp. _____ N. ___ po _x_
- Tab. Cyclo 3 Fort N. ___ po 2 tab 1x
- Tab. Detralex 0,5 N. ___ po 1 tab 2 x
- Ung. Posterisan Forte 25,0. Tepti 2 x/d
- Ung. Dilthiazemi 2% tepti 3 x/d
- Šiltos sėdimos vonelės 1–2 x/d
- Sėlenos po 1 valgomą šaukštą iki 4 x/d
- Kita: _____

12. Kitas vizitas pas proktologą:

13. Gydytojas

14.6. VILNIAUS REGIONINIO BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS
KOMITETO LEIDIMAS



VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Kodas 211950810, M.K. Čiurlionio 21/27, 03101, Vilnius Tel. (85) 2398701, 2398700, faks. 2398705, El.p. mf@mf.vu.lt

VILNIAUS REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS
M.K. Čiurlionio 21/27, LT-03101, Vilnius Tel. (85) 2686998, faks. (85) 2398705,
el.p. bioetikos.komitetas@mf.vu.lt

LEIDIMAS
ATLIKTI BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ

2009-07-10 Nr. 158200-7-059-13

Biomedicininio tyrimo pavadinimas:

Neščiųjų išangės ligų tyrimas

Protokolo Nr: 1
Versijos Nr: 2
Data: 2009-05-30
Asmens informavimo ir informuoto asmens sutikimo forma lietuvių kalba:
Versijos Nr: 2
Data: 2009-05-30
Neščiųjų anкета:
Versijos Nr: 1
Data: 2009-04-14
Koloproktologo apžiūros anкета:
Versijos Nr: 1
Data: 2009-04-14
Proktologinės apklausos anкета:
Versijos Nr: 1
Data: 2009-04-14
Duomenų iš moters ambulatorinės priežiūros dokumentų ir duomenų iš gimdymo istorijos forma:
Versijos Nr: 1
Data: 2009-04-14

Pagrindinis tyrėjas: Gr. Drašutienė

Biomedicininio tyrimo vieta:

Įstaigos pavadinimas: Vilniaus miesto universitetinė ligoninė
Įstaigos adresas: Antakalnio g.57, Vilnius

Įstaigos pavadinimas: Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Centro filialas
Įstaigos adresas: Žygimantų g. 3, LT-01102 Vilnius

Įstaigos pavadinimas: VŠĮ Antakalnio poliklinika
Įstaigos adresas: Antakalnio g. 59, Vilnius

1 psl. iš 2

Leidimas išduotas Vilniaus Regioninio biomedicininų tyrimų etikos komiteto posėdžio, vykusio 2009 m. liepos mėn. 07 d., sprendimu.

Vilniaus regioninio biomedicininų tyrimų etikos komiteto ekspertų grupės nariai			
Nr.	Vardas, pavardė	veiklos sritis	dalyvavo posėdyje
1	doc. Dr. Laimutė Jakavonytė	filosofija	taip
2	doc. Dr. Kęstutis Žagminas	epidemiologija	taip
3	dr. Gytis Andrulionis	teisė	taip
4	dr. Marija Veniūtė	visuomenės sveikata	taip
5	doc.dr. Jolanta Gulbinovič	medicina	taip
6	doc.dr. Vytautė Pečiulienė	medicina, odontologija	taip
7	Laura Malinauskienė	medicina	taip
8	dr. Gražina Pastavkaitė	klinikinė psichologija	taip
9	Ugnė Šakūnienė	pacientų teisės	ne

Pirmininkas



Gytis Andrulionis