

სამედიცინო
ლიტერატურა

წ. ნ. ვასილევსკაია



გინეკოლოგია

სახვავლო ლიტერატურა

სახელმძღვანელო უმაღლესი საშედიცინო სასწავლებლების
სტუდენტებისა და მდიმებისათვის

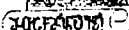
გინეკოლოგია

ლ.ნ. ვასილევსკაიას რედაქციით

მესამე, გადამუშავებული
გამოცემა

თარგმანის რედაქტორი
მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი,
დოცენტი ომარ ჭანიშვილი



გამომცემლობა  „მთაწმინდელი“

თბილისი 2009

გინეკოლოგია/ლ.ნ. ვასილევსკაია, ვ.ი. გრიშჩენკო, ნ.ვ. კობზევა, ვ.პ. იუროვ-
სკაია, გ.გ. ხეჩინაშვილი, დ.ვ. კანი, ვ.მ. სტრუგაცკი.; პროფ. ლ.ნ. ვასილევსკაიას
რედაქციით. თარგმანი/ მედ. მეცნ. კანდ. ომარ ჭანიშვილის რედაქციით/ – /
შპს/ „გამომცემლობა მთაწმინდელი“, მესამე, გადამუშავებული გამოცემა: 2007
– 392 გვ.

წიგნის თარგმანზე მუშაობდნენ გაერთიანება „ოთხმოცდაათიანელების“
მედიცინის განვითარების კვლევის ცენტრის მეან-გინეკოლოგიური საზო-
გადოების წევრები:

*ზაზა ფულარიანი (საზოგადოების თავმჯდომარე),
ლელა კობრეიძე, ანა მირონოვა, ნათია ხაუომია,
ნიკოლოზ ნარიმანიძე, გრიგოლ ქაჯაია*

***მეორე და მესამე გადამუშავებულ გამოცემაზე
მუშაობისთვის მადლობას ვუხდით ბატონ
გრიგოლ ქაჯაიას***

ISBN - 978-99940-907-2-3

© Издательство „Медицина“ 1997
© გამომცემლობა „მთაწმინდელი“ 2000
© გამომცემლობა „მთაწმინდელი“ 2002
© გამომცემლობა „მთაწმინდელი“ 2007

ქართულ სამედიცინო განათლებაში არსებულმა მდგომარეობამ, სამედიცინო უმაღლესი სასწავლებლებისა და, შესაბამისად, სტუდენტების რაოდენობის მომატებამ, წიგნებზე მზარდმა მოთხოვნილებამ (არსებული წიგნები მოძველებულია ან ბიბლიოგრაფიულ იშვიათობას წარმოადგენს) განაპირობა ახალი სახელმძღვანელოების გამოცემის აუცილებლობა. ეს დეფიციტი ქართული ნაშრომების გარდა, უცხოური ლიტერატურის თარგმნითაც უნდა შეივსოს, რაც აუცილებლად აისახება ზოგადად მეცნიერებისა (ჩვენს შემთხვევაში გინეკოლოგიის) და, კერძოდ, ტერმინოლოგიის განვითარებაზე. დაინტერესებულ მკითხველს საშუალება მიეცემა, აირჩიოს სახელმძღვანელო, ერთმანეთს შეადაროს სხვადასხვა წიგნში ერთსა და იმავე საკითხზე წარმოდგენილი ინფორმაცია, გადმოცემის ფორმები და ა.შ., რაც ხელს შეუწყობს უფრო სრულყოფილი ცოდნის მიღებაში და გამოუმუშავებს წიგნზე მუშაობის ჩვევებს.

წინამდებარე წიგნი წარმოადგენს გაერთიანება „ოთხმოცდაათიანელების“ მედიცინის განვითარების კვლევის ცენტრის მეან-გინეკოლოგიური საზოგადოების წევრების მიერ ლ.ნ. ვასილევსკაიას რედაქციით გამოცემული „გინეკოლოგიის“ თარგმანს. ეს წიგნი გინეკოლოგიის კლასიკური სახელმძღვანელოა და განკუთვნილია უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების სტუდენტებისათვის საბაზისო ცოდნის მისაღებად, რამაც განაპირობა ამ წიგნის ქართულ ენაზე გამოცემა. მსგავსი სახელმძღვანელოებიდან ამ წიგნის შერჩევა იმანაც განაპირობა, რომ მასში საკმაოდ ვრცლად და დაწვრილებით არის განხილული ისეთი საკითხები, როგორცაა მენსტრუალური ციკლის რეგულაცია და მისი დარღვევები, ძირითადი ნეიროენდოკრინული სინდრომები, ჩანაცვლებითი ჰორმონთერაპიის პრინციპები; წარმოდგენილია ქალის გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოების სპეციფიური და არასპეციფიური ანთებითი პროცესების ეტიოლოგია, პათოგენეზი, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა და პროფილაქტიკა; ქალის სასქესო ორგანოების სიმსივნისწინარე და სიმსივნური პროცესების კლასიფიკაციები და დიაგნოსტიკის მეთოდები. აღწერილია ძირითადი გინეკოლოგიური ოპერაციების ტექნიკა.

გარდა ამ საკითხებისა, წიგნში განხილულია უნაყოფო ქორწინებისა და კონტრაცეფციის პრობლემა, ბავშვთა ასაკის გინეკოლოგიური დაავადებების თავისებურებები და მრავალი სხვ.

ნებისმიერი წიგნის თარგმანი მთარგმნელისაგან მოითხოვს არა მხოლოდ სათარგმნი ტექსტის სპეციფიკის კარგ ცოდნას, არამედ ქართული ენის გრამატიკის, ლექსიკისა და სიტყვათწარმოების სათანადო შესწავლასაც. ეს დებულება მით უფრო აქტუალური ხდება, როდესაც მთარგმნელი დაადგება ჯერ კიდევ გაუქვალავ გზას, განსაკუთრებით მაშინ, თუ მას უწევს ახალი, მანამდე უთარგმნელი ტერმინების თარგმნა. სწორედ ასეთი ვითარება შეიქმნა ამ წიგნის შექმნის დროსაც. ქართული სამედიცინო სკოლა გაცილებით უფრო კარგად არის

განვითარებული (რაც აისახება კიდევ ამ დარგში გამოცემულ ლიტერატურაში, მრავალი წესი და მანიპულაცია ქართველი მეანების სახელთან არის დაკავშირებული), ვიდრე გინეკოლოგიური, ამიტომ, შესაბამისად, სამეანო ტერმინოლოგია უფრო დახვეწილი და ჩამოყალიბებულია (რასაც ვერ ვიტყვით გინეკოლოგიაზე). აქედან გამომდინარე, მრავალი გინეკოლოგიური ტერმინის ქართულ შესატყვისს ლიტერატურაში ვერ მივაკვლიეთ და ვთარგმნეთ ჩვენი შეხედულებისამებრ. ზოგიერთი მათგანი მხოლოდ ლათინური ტერმინის ქართული ტრანსკრიფციაა, ზოგი კი – შინაარსობრივი თარგმანი. მაგალითის სახით განვიხილოთ ორი მათგანი.

ყურადღება გვინდა გავამახვილოთ ტერმინზე „профлюирующий“ (профлюирующий гидросальпинкс), რომლის ქართული შესატყვისი ლიტერატურაში ვერ ვიპოვეთ. როგორც ვვარაუდობთ, ამ სიტყვის ფუძე უნდა იყოს ლათინური fluo – დენა, ნაკადი; ლათინური pro- (ან prod-) – გა-, გამო-, წარმო-, წამო- და სხვ. („ლათინურ-ქართული ლექსიკონი“, ს. ყაუხჩიშვილი, თბილისი 1961). აქედან გამომდინარე და ტექსტის შინაარსზე დაყრდნობით „профлюирующий гидросальпинкс“ ნიშნავს ჰიდროსალპინქსს, რომელსაც მიდრეკილება აქვს დენისაკენ (თეთრად შლისაკენ).

რაც შეეხება ტერმინს „пулевые шипцы“, ლიტერატურაში გვხვდება მისი ორი შესატყვისი (სინონიმი): „ტყვიის მაშა“ ან „ორკბილა“. ტერმინი „ტყვიის მაშა“ რუსულის სიტყვა-სიტყვით თარგმანია ან გამოხატავს მის დანიშნულებას, ხოლო „ორკბილა“ გამომდინარეობს მისი გარეგნული ფორმიდან. ამიტომ ჩვენ თანაბრად ვიყენებთ ორივე ტერმინს (თუმცა, მომავალში უპირატესობას მივანიჭებთ „ორკბილას“).

მიუხედავად ჩატარებული უზარმაზარი სამუშაოსი, მთარგმნელთა ჯგუფს არ აქვს თარგმანის სრულყოფილების პრეტენზია. ქართული სამედიცინო თარგმანების სრულყოფაზე მუშაობა კვლავაც გრძელდება. ამიტომ, წინასწარ ვუხდით უღრმეს მადლობას ყველას, ვინც გამოგვიგზავნის შენიშვნებსა და წინადადებებს, რომლებიც წაადგება, როგორც წინამდებარე თარგმანის სრულყოფას, ისე, ზოგადად, ქართული სამედიცინო ენის დახვეწას, გამდიდრებასა და გამრავალფეროვნებას.

ავტორთა წინასიტყვაობა

უკანასკნელ წლებში, პათოლოგიური ფიზიოლოგიის, ენდოკრინოლოგიის, ფარმაკოლოგიისა და სხვა სამედიცინო დარგებში მიღწეულმა შედეგებმა განაპირობა მნიშვნელოვანი წარმატებები გინეკოლოგიაში. გამოკვლევის ახალი მეთოდების დანერგვამ, სპეციფიური ჰორმონული რეცეპტორების როლის შესწავლამ ხელი შეუწყო გინეკოლოგიური ენდოკრინოლოგიის განვითარებას. ამის გამო, განსაკუთრებით დიდი მიღწევები აღინიშნება ისეთი პათოლოგიების დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში, როგორცაა მენსტრუალური ციკლის დარღვევა, ენდომეტრიუმის კიბოსწინარე დაავადებები, ნეიროენდოკრინული სინდრომები და სხვ.

მიკრობიოლოგიის, ალერგოლოგიისა და პათოფიზიოლოგიაში განხორციელებულმა თანამედროვე გამოკვლევების მონაცემებმა მნიშვნელოვნად გაამდიდრა გინეკოლოგიის ის ნაწილი, რომელიც ქალის სასქესო ორგანოების ანთებით პროცესებს შეეხება. დამოუკიდებელ დისციპლინად გამოიყო ზოგად გინეკოლოგიასთან მჭიდროდ დაკავშირებული ბავშვთა და მოზარდთა გინეკოლოგია. მნიშვნელოვნად გაფართოვდა წარმოდგენები საშვილოსნოსა და სარძევე ჯირკვლის ჰორმონდამოკიდებული დაავადებების შესახებ.

დიაგნოსტიკის თანამედროვე მეთოდების გამოყენებით შესაძლებელი გახდა ქალის სასქესო ორგანოების კიბოსწინარე მდგომარეობებისა და სიმსივნური პროცესების აღრეული დიაგნოსტიკა. ექსპერიმენტული და კლინიკური ფარმაკოლოგიის განვითარებამ გამოიწვია ჰორმონული პრეპარატების ხშირი გამოყენება, როგორც სასქესო ორგანოების ფუნქციური და ორგანული დაავადებების დიფერენციული დიაგნოსტიკის, ისე მათი მკურნალობის მიზნით. მედიკამენტურ მკურნალობასთან ერთად, ამჟამად, გავრცელებულია ფიზიოთერაპიის სხვადასხვა მეთოდები. მრავალი გინეკოლოგიური დაავადების დროს წარმატებით იყენებენ რეაბილიტაციისა და აღდგენითი თერაპიის სისტემას, რაც სასქესო ორგანოების სხვადასხვა პათოლოგიით დაავადებულ პაციენტებში უზრუნველყოფს რეპროდუქციული ფუნქციის შენარჩუნებას.

მნიშვნელოვანი წარმატებებია მიღწეული უშვილობის ეტიოლოგიის, პათოგენეზის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საქმეში. პროგრესულად ვითარდება კონტრაცეფციის პრობლემა, რომელიც თანამედროვე საშვილოსნოსშიდა და ჰორმონული პრეპარატების გამოყენებას ემყარება.

ამრიგად, არ არსებობს გინეკოლოგიის არცერთი დარგი, რომელიც მუდმივად არ მდიდრდებოდეს ექსპერიმენტული და კლინიკური გამოკვლევების ახალი შედეგებით. ყოველივე ამის გამო, სახელმძღვანელოს ავტორთა ჯგუფი რთული ამოცანის წინაშე იდგა. სახელმძღვანელოში აუცილებლად უნდა გაშუქებულიყო ქალის სასქესო ორგანოების ფიზიოლოგიისა და პათოლოგიის საფუძვლები და, ასევე, უნდა შეტანილიყო ფუნდამენტური მედიცინის გამოკვლევების მიღწევები, რომლებმაც მნიშვნელოვნად შეცვალა ჩვენი შეხედულებები ქალის სასქესო ორგანოების მრავალი დაავადების ეტიოლოგიის, პათოგენეზის, კლინიკის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შესახებ. ამოცანას ართულებდა ისიც, რომ მრავალი საკითხი სხვადასხვა თვალსაზრისით განიხილება. ამიტომ სახელმძღვანელოს შედგენისას, უპირველეს ყოვლისა, გამოყენებული

იქნა საბჭოთა გინეკოლოგიის მდიდარი გამოცდილება და საუკეთესო ტრადიციები, რაც ნათლად ჩანს ადრე გამოცემულ სახელმძღვანელოებშიც (ვ.ი. ბოდიაჟინა, კ.ნ. ჟმაკინი 1977 და სხვ.).

წინამდებარე სახელმძღვანელოში დამატებულია შემდეგი თავები: „გადაუდებელი მდგომარეობები გინეკოლოგიაში“, „ბავშვთა და მოზარდთა გინეკოლოგიური დაავადებები“, „სარძევე ჯირკვლების დისპორმონული დაავადებები“ და „ქალის შარდგამომყოფი სისტემის დაავადებები“.

სახელმძღვანელო შედგენილია გინეკოლოგიის ახალი კომპლექსური სასწავლო პროგრამის მიხედვით და გათვალისწინებულია სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო, პედიატრიული, სტომატოლოგიური და სანიტარულ-ჰიგიენური ფაკულტეტების სტუდენტებისთვის. სახელმძღვანელოს ავტორებს ზემოჩამოთვლილ ფაკულტეტებზე გინეკოლოგიის დარგში პედაგოგიური მოღვაწეობის დიდი გამოცდილება გააჩნიათ: პროფ. ლ.ნ. ვასილევსკაიას – ნ.ა. სემაშკოს სახელობის მოსკოვის სამედიცინო სტომატოლოგიური ინსტიტუტის სამკურნალო და სტომატოლოგიურ ფაკულტეტებზე; პროფ. ვ.ი. გრიშჩენკოს – ხარკოვის სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტზე; პროფ. ნ.ვ. კობზევას – ლენინგრადის პედიატრიული ინსტიტუტის პედიატრიულ ფაკულტეტზე; პროფ. ვ.პ. იუროვსკაიას – როსტოვის სამედიცინო ინსტიტუტის პედიატრიულ და სანიტარულ-ჰიგიენურ ფაკულტეტებზე. გარდა ზემოთ ჩამოთვლილი ავტორებისა, სახელმძღვანელოს შექმნაში მონაწილეობა მიიღეს: პროფ. გ.გ. ხეჩინაშვილმა – „ქალის რეპროდუქციული სისტემის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებები“, პროფ. დ. კანმა და მედ. მეც. კანდიდატმა ვ. სტრუგაცკიმ, რომელთა მიერ დაწერილი თავები შეეხება შესაბამისად ქალის შარდგამომყოფი სისტემის დაავადებებსა და გინეკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობის პრინციპებსა და მეთოდებს.

ავტორები სიამოვნებით მიიღებენ სახელმძღვანელოს შინაარსთან დაკავშირებულ ყველა კრიტიკულ შენიშვნას.

პროფ. ლ.ნ. ვასილევსკაია

ქალის რეპროდუქციული სისტემის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებები

რეპროდუქცია ანუ კვლავწარმოქმნა ქალის ორგანიზმის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ფუნქციაა. საბჭოთა ფიზიოლოგის ტ.ა. უხტომსკის აზრით ორგანიზმის ნებისმიერი ფუნქცია ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში აგზნების დომინანტური კერის აუცილებელი წარმოქმნის შემდეგ ხორციელდება. რეპროდუქციული ფუნქციის განხორციელებისას ქალის ორგანიზმში ხდება ოთხი ფაზის (დომინანტის) თანმიმდევრული მონაცვლეობა: პირველი ფაზა დაკავშირებულია ე.წ. სასქესო დომინანტას ჩამოყალიბებასთან, რომლის მეშვეობით იქმნება კვერცხუჯრედის განაყოფიერებისა და დაორსულების პირობები. დაორსულების შემდეგ იწყება მეორე ფაზა, რომელიც აუცილებელია სანაყოფე კვერცხის სწორი განვითარებისათვის. ეს ფაზა განისაზღვრება, როგორც ორსულობის ანუ გესტაციური დომინანტა. ორსულობის ბოლოს იწყება მესამე ფაზის ჩამოყალიბება, რომელიც დაკავშირებულია მშობიარობის დომინანტას დადგომასთან და აუცილებელია მშობიარობის აქტის განსახორციელებლად. დაბოლოს, რეპროდუქციული პროცესის განვითარების მე-4 ფაზა დგება მშობიარობის დამთავრების შემდეგ. იგი დაკავშირებულია შთამომავლობის გამოკვებასთან, ამიტომ მან ლაქტაციური დომინანტას სახელწოდება მიიღო.

ამ თავში განხილულია სასქესო დომინანტას წარმოქმნასა და მოქმედებასთან დაკავშირებული საკითხები. დანარჩენი 3 დომინანტა, რომელიც შეეხება ორსულობის, მშობიარობის მიმდინარეობისა და ლაქტაციის პერიოდს, განხილულია მეანობის სახელმძღვანელოში.

სასქესო დომინანტის ჩამოყალიბების პროცესში, ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში აგზნების დომინანტური კერის წარმოქმნასთან ერთად ქალის ორგანიზმში ხდება მრავალი ცვლილება, რომელიც დაორსულებისათვის აუცილებელ მოსამზადებელ პირობას წარმოადგენს.

უმაღლესი ცხოველების უმრავლესობას აღენიშნება სასქესო დომინანტას პერიოდული ჩამოყალიბება და მასთან დაკავშირებული ე.წ. რეპროდუქციული აქტივობის გამოვლენა, რომელიც აუცილებელია მდედრისა და მამრის სქესობრივი დაახლოებისთვის. ასეთი პერიოდულობა შეიძლება განპირობებული იყოს სეზონის შეცვლით (წლის დროები), გარემო პირობების ცვლილებით, კვების თავისებურებებითა და მრავალი სხვა ფაქტორის ზემოქმედებით, რომლებიც განსაზღვრავენ ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემის ნეიროჰორმონულ აქტივობას და სასქესო ჰორმონების პროდუქციას. თავის მხრივ, ჰორმონულ სტატუსზე დიდადაა დამოკიდებული მდედრისა და მამრის სექსუალური ქცევა და სექსუალური აღქმა. ზოგიერთ მდედრ ცხოველში პერიოდულად წარმოშობილი სექსუალური აღქმა და ლტოლვა ვლინდება განსაკუთრებული მდგომარეობის დადგომით, რომელსაც მძუნაობას უწოდებენ. ამ დროს საკვერცხის ფოლიკულში მწიფდება კვერცხუჯრედები და ფოლიკულები მზადდება გასკდომისათვის (მზადყოფნა ოვულაციისთვის).

ქალებში სასქესო დომინანტის წარმოშობა და ორსულობისთვის პერიოდული მზადყოფნა გარეგნულად მენსტრუალური სისხლდენის სახით ვლინდება, რომელიც მთლიანად ორგანიზმში და, განსაკუთრებით, სასქესო ორგანოებში მიმდინარე ციკლურ ძვრებზე მიუთითებს. ეს პერიოდული ცვლილებები ცნობილია მენსტრუალური ციკლის სახელწოდებით. აღსანიშნავია, რომ ადამიანში, ცხოველებისგან განსხვავებით, სექსუალური აღქმა და ლტოლვა (როგორც მამაკაცებშიც, ისე ქალებში) ჩნდება სეზონის მიუხედავად, ხოლო ქალებში არ არის დაკავშირებული მენსტრუალური ციკლის ამა თუ იმ ფაზასთან.

ნორმალური მენსტრუალური ციკლის დროს სასქესო ორგანოებში მიმდინარე ცვლილებები ამ თავში განხილულია ე.წ. ფუნქციური ანატომიის კუთხით, რომელიც ერთ მთლიანობაში აერთიანებს მრავალი ორგანოს სტრუქტურასა და ფუნქციას. მართლაც, მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა ფაზაში სასქესო ორგანოების აგებულებასა და ცხოველქმედებაში განვითარებული ძვრები ისე მჭიდროდაა დაკავშირებული ერთმანეთთან და ურთიერთგანპირობებული, რომ მათი განცალკევება შეუძლებელია. გარდა ამისა, სასქესო ორგანოთა ფუნქციური ანატომიის საკითხები მჭიდროდაა დაკავშირებული ჰორმონული ბალანსის ცვლილებებთან, რომელიც მენსტრუალური ციკლის დინამიკაში ვლინდება.

აღსანიშნავია, რომ სასქესო ორგანოთა ფუნქციური ანატომიის თავისებურებებს დიდად განსაზღვრავს ქალის ასაკი. ეს საკითხი განხილულია თავში — „ქალის სასქესო ორგანოთა ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებები სხვადასხვა ასაკობრივ პერიოდში“. ამ ნაწილში, აგრეთვე, განიხილება ქალის სასქესო ორგანოთა განვითარებასა და ფუნქციაზე გარემო პირობებისა და სხვადასხვა გენეტიკური ფაქტორების გავლენაც.

მენსტრუალური ციკლი და მისი რეგულაცია

ჯანმრთელი არაორსული ქალისათვის დამახასიათებელია პერიოდულად სასქესო გზებიდან მცირე და ხანმოკლე სისხლიანი გამონადენის გაჩენა, რომელიც მენსტრუაციის სახელით არის ცნობილი (*menstruus* — თვიური). მენსტრუაციის პერიოდული დადგომა დაკავშირებულია რთულ და მრავალნაირ ციკლურ ცვლილებებთან სასქესო სისტემისა და მთლიანად ორგანიზმის ცხოველქმედებაში, ამიტომ ქალის ორგანიზმში ციკლურად მიმდინარე პროცესების მთელმა კომპლექსმა, რომელიც გარეგნულად პერიოდული მენსტრუაციით გამოიხატება, მიიღო **მენსტრუალური ციკლის** სახელწოდება.

ყოველი ნორმალური მენსტრუალური ციკლი ქალის ორგანიზმის ორსულობისთვის მომზადებას წარმოადგენს. ჩასახვა და დაორსულება, ძირითადად, მენსტრუალური ციკლის შუაში, საკვერცხიდან ოვულაციისა (მწიფე ფოლიკულის გასკდომა) და განაყოფიერებისათვის მომზადებული კვერცხუჯრედის გამოსვლის შემდეგ ხდება. თუ ამ პერიოდში განაყოფიერება არ ხდება, გაუნყოფიერებელი კვერცხუჯრედი იღუპება და მის მისაღებად მომზადებული საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი ჩამოიფცქვენება, იწყება მენსტრუაცია. ამგვარად, მენსტრუაცია მიუთითებს ქალის ორგანიზმში მიმდინარე რთული ციკლური ცვლილებების დასასრულზე, რომელიც მიზნად ისახავს შესაძლებელი დაორსულებისთვის მომზადებას.

კლინიკურ პრაქტიკაში მენსტრუალური ციკლის დასაწყისის გამოთვლა ხდება მორიგი მენსტრუაციის პირველი დღიდან, ხოლო ყოველი ციკლის ხანგრძლივობას საზღვრავენ ერთი მენსტრუაციის დასაწყისიდან მომდევნო მენსტრუაციის დაწყებამდე. მენსტრუალური ციკლის დაწყებისა და დამთავრების ამგვარი განსაზღვრა განპირობებულია იმით, რომ მენსტრუალური სისხლდენა ქალის ორგანიზმში მიმდინარე ციკლური ცვლილებების ერთ-ერთი, შედარებით აშკარა გარეგნული გამოვლინებაა.

ნორმალური მენსტრუალური ციკლის ხანგრძლივობა მერყეობს 21-დან 35 დღემდე და ქალთა უმრავლესობისთვის საშუალოდ 28 დღეს შეადგენს.

მენსტრუალური სისხლდენის მიზეზია საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ჩამოფცქვნა, რასაც თან ახლავს სისხლძარღვების გაშიშვლება. ამ დროს სცილდება ლორწოვანი გარსის ე.წ. ფუნქციური (ზედაპირული) შრე. ნორმალური მენსტრუალური ციკლის დროს მენსტრუალური სისხლდენის ხანგრძლივობა საშუალოდ 3-4 დღეა და მრავალ ფაქტორზე დამოკიდებული (უპირველეს ყოვლისა ენდომეტრიუმის რეგენერაციის სისწრაფეზე). სისხლის დანაკარგი, ძირითადად, მცირეა და საშუალოდ (მენსტრუაციის ყველა დღის განმავლობაში) დაახლოებით 50-100 მლ-ს შეადგენს.

გინეკოლოგიაში მიღებულია ტერმინი ქალის ე.წ. მენსტრუალური ფუნქცია, რაც გულისხმობს მენსტრუალური ციკლის მიმდინარეობის თავისებურებებს ქალის ცხოვრების რომელიმე განსაზღვრული ან რამდენიმე პერიოდის განმავლობაში. ჩვენს ქვეყანაში მენსტრუალური ფუნქცია საშუალოდ 12-14 წლის ასაკში იწყება (პირველი მენსტრუაცია – menarche). შემდგომ წლებში სრულდება მენსტრუალური ფუნქციის ჩამოყალიბება, რომელიც მომავალში ქალის ცხოვრების რეპროდუქციული პერიოდის 23-28 წლის განმავლობაში პაუზების გარეშე ხორციელდება. მენსტრუაციის შეწყვეტა ე.წ. ფიზიოლოგიური ამენორეის სახით აღინიშნება ორსულობის დროს და ქალების უმრავლესობაში მშობიარობის შემდგომ, ძუძუთი კვების პერიოდშიც. ქალის ცხოვრების გარდამავალ ანუ პრემენოპაუზურ პერიოდში მენსტრუალური ფუნქცია თანდათანობით მცირდება და სრულიად წყდება ქალის ორგანიზმის დაბერების დროს (კლიმაქსი).

მენსტრუალური ფუნქციის რეგულაცია რთული ნეიროჰუმორული გზით ხორციელდება. თანამედროვე შეხედულებების თანახმად, მენსტრუალური ფუნქციის განხორციელებასთან დაკავშირებული ციკლური ძვრები ქალის ორგანიზმში რეგულაციის 5 ძირითადი რგოლის აუცილებელი მონაწილეობით მიმდინარეობს, ესენია:

- 1) თავის ტვინის ქერქი;
- 2) ქერქქვეშა ცენტრები, რომლებიც ძირითადად ჰიპოთალამუსის მიდამოში მდებარეობს;
- 3) ტვინის დანამატი – ჰიპოფიზი;
- 4) სასქესო ჯირკვლები – საკვერცხეები;
- 5) პერიფერიული ორგანოები (საშვილოსნოს მილები, საშვილოსნო და საშო).

ეს ორგანოები ე.წ. სამიზნე ორგანოებს წარმოადგენს, რადგან ისინი განსაკუთრებული ჰორმონული რეცეპტორების არსებობის გამო შედარებით ზუსტად რეაგირებენ სასქესო ჰორმონების მოქმედებაზე (რომლებიც

მენსტრუალური ციკლის დროს გამოძევა (საკვერცხებში). ჰორმონები ურთიერთქმედებენ ციტოზოლურ რეცეპტორებთან, რიბონუკლეოპროტეიდების სინთეზის სტიმულაციით ხელს უწყობენ უჯრედების გამრავლებას ან მათი ზრდის შეფერხებას.

ქალის ორგანიზმში მიმდინარე ციკლური ფუნქციური ცვლილებები პირობითად რამდენიმე ჯგუფად ერთიანდება. ეს ცვლილებები ხდება ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხების სისტემაში (საკვერცხის ციკლი), საშვილოსნოში და, განსაკუთრებით, მის ლორწოვან გარსში (საშვილოსნოს ციკლი). ამავე დროს, ქალის მთელ ორგანიზმში მიმდინარეობს ციკლური ძვრები, რომელიც ცნობილია მენსტრუალური ტალღების სახელწოდებით. იგი გამოიხატება ცენტრალური ნერვული სისტემის მოქმედების პერიოდულ ცვლილებებში, ნივთიერებათა ცვლის პროცესების, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციის, თერმორეგულაციისა და სხვა ცვლილებებში.

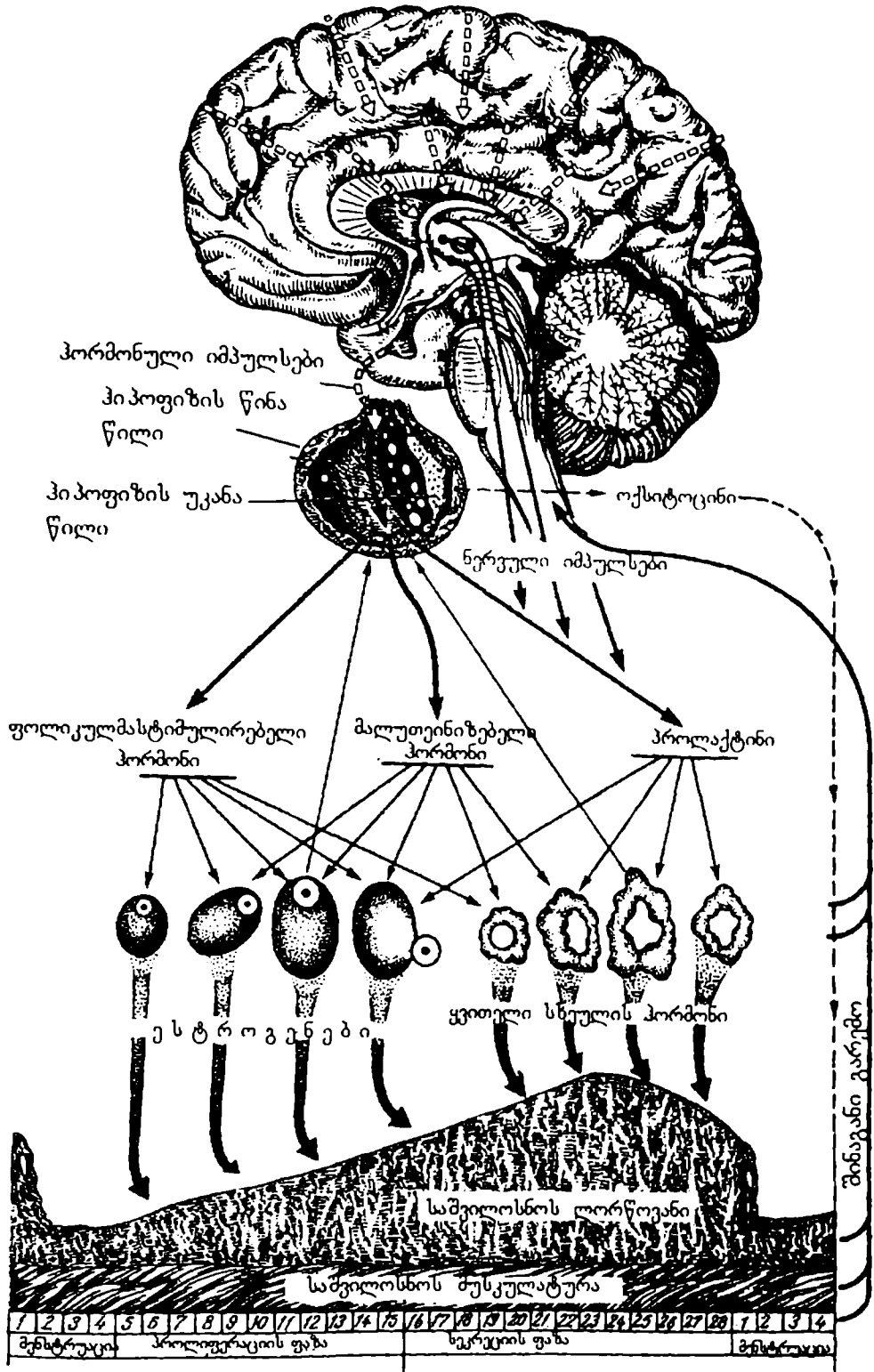
პირველ სურათზე მოყვანილია მენსტრუალური ციკლის რეგულაციის სქემა ამ პროცესში მონაწილე ხუთივე რგოლის მითითებით.

თავის ტვინის ქერქი მენსტრუალური ფუნქციის განხორციელებასთან დაკავშირებულ პროცესებზე ახდენს მარეგულირებელ და მაკორეგირებელ ზეგავლენას. თავის ტვინის ქერქით ხორციელდება გარე სამყაროს გავლენა ნერვული სისტემის ქვემდებარე ნაწილებზე, რომლებიც მენსტრუალური ციკლის რეგულაციაში მონაწილეობენ. კლინიკური დაკვირვებებისა და ცხოველებზე ჩატარებული ექსპერიმენტული გამოკვლევების შედეგები ადასტურებს, რომ სხვადასხვა ფსიქოგენურ ფაქტორებს შეუძლიათ ქალის სასქესო სისტემის მოქმედებაში გამოიწვიონ მნიშვნელოვანი ცვლილებები, კერძოდ შეიძლება გახდეს მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა სახის მოშლილობების მიზეზი. სასქესო სისტემის ორგანოების ფუნქციის მარეგულირებელი ცენტრის ზუსტი ლოკალიზაცია თავის ტვინის ქერქში დღემდე დაუდგენელია.

ჰიპოთალამუსი შუამდებარე ტვინის ნაწილია და ნერვული გამტარების (აქსონების) საშუალებით თავის ტვინის სხვადასხვა უბანთან არის დაკავშირებული, რისი მეშვეობითაც ხორციელდება მისი აქტივობის ცენტრალური რეგულაცია. გარდა ამისა, ჰიპოთალამუსი შეიცავს ყველა პერიფერიული ჰორმონის რეცეპტორებს, მ.შ. საკვერცხის ჰორმონების (ესტროგენები და პროგესტერონი) რეცეპტორებსაც. მაშასადამე, ჰიპოთალამუსი არის თავისებური გადამცემი პუნქტი, სადაც ხორციელდება რთული ურთიერთქმედება, ერთი მხრივ, გარე სამყაროდან ცენტრალური ნერვული სისტემით მიღებულ იმპულსებსა და, მეორე მხრივ, შინაგანი სეკრეციის პერიფერიული ჯირკვლების ჰორმონების მოქმედებებს შორის.

ჰიპოთალამუსში განლაგებულია ნერვული ცენტრები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ქალის მენსტრუალური ფუნქციის რეგულაციას. ჰიპოთალამუსი აკონტროლებს ტვინის დანამატის — ჰიპოფიზის მოქმედებას. მის წინა წილში გამოიყოფა გონადოტროპული ჰორმონები, რომლებიც ზეგავლენას ახდენენ საკვერცხის ფუნქციაზე, ასევე, სხვა ტროპული ჰორმონები, რომლებიც პერიფერიული ენდოკრინული ჯირკვლების (თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქი და ფარისებრი ჯირკვალი) აქტივობას არეგულირებენ.

ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზური სისტემა გაერთიანებულია მჭიდრო და რთული ანატომიური და ფუნქციური კავშირებით. იგი წარმოადგენს ერთიან ფუნქციურ



სურ. 1. მენსტრუალური ციკლის რეგულაციის სქემა.

კომპლექსს, რომელიც მნიშვნელოვან როლს თამაშობს მენსტრუალური ციკლის რეგულაციაში.

ჰიპოთალამუსის მაკონტროლებელი გავლენა ადენოჰიპოფიზის წინა წილზე ხორციელდება ნეიროჰორმონების სეკრეციის საშუალებით, რომლებიც დაბალ-მოლეკულურ პოლიპეპტიდებს წარმოადგენენ. ნეიროჰორმონებს, რომლებიც ჰიპოფიზის ტროპული ჰორმონების გამოთავისუფლებას ასტიმულირებენ, რილიზინგ-ფაქტორები (release — გათავისუფლება) ანუ ლიბერინები ეწოდებათ. გარდა ამისა, არსებობს ნეიროჰორმონები, რომლებიც აინჰიბირებენ ტროპული ჰორმონების სეკრეციას. მათ სტატინები ეწოდებათ.

ჰიპოთალამუსი რილიზინგ-ფაქტორს გამოიმუშავებს, რომელიც ჰიპოფიზის წინა წილში შესაბამისი ტროპული ჰორმონების გამოთავისუფლებას იწვევს:

- 1) სომატოტროპული რილიზინგ-ფაქტორი ანუ სომატოლიბერინი;
- 2) აღრენოკორტიკოტროპული რილიზინგ-ფაქტორი ანუ კორტიკოლიბერინი;
- 3) თირეოტროპული რილიზინგ-ფაქტორი ანუ თირეოლიბერინი;
- 4) ფოლიკულმასტიმულირებელი რილიზინგ-ფაქტორი ანუ ფოლიბერინი;
- 5) მალუთეინიზებელი რილიზინგ-ფაქტორი ანუ ლულიბერინი;
- 6) პროლაქტინგათავისუფლებელი რილიზინგ-ფაქტორი ანუ პროლაქტოლიბერინი¹.

ჩამოთვლილი რილიზინგ-ფაქტორებიდან უკანასკნელ სამს პირდაპირი კავშირი აქვს მენსტრუალური ფუნქციის განხორციელებასთან. მათი დახმარებით ადენოჰიპოფიზში მიმდინარეობს სამი შესაბამისი ჰორმონის გონადოლიბერინების გამოთავისუფლება (სახელწოდებიდან გამომდინარე ისინი მოქმედებენ გონადებზე — სასქესო ჯირკვლებზე).

ადენოჰიპოფიზში ტროპული ჰორმონების გამოთავისუფლების მაინჰიბირებელი ფაქტორებიდან ანუ სტატინებიდან, ამჟამად აღმოჩენილია მხოლოდ ორი:

- 1) სომატოტროპინმაინჰიბირებელი ფაქტორი ანუ სომატოსტატინი;
- 2) პროლაქტინმაინჰიბირებელი ფაქტორი ანუ პროლაქტოსტატინი.

ამათგან მენსტრუალური ფუნქციის რეგულაციასთან უშუალო კავშირი მხოლოდ პროლაქტინმაინჰიბირებელ ფაქტორს აქვს.

ჰიპოთალამური ნეიროჰორმონები (ლიბერინები და სტატინები) ჰიპოფიზში მისი ფეხის ან პორტული სისხლძარღვების საშუალებით ხვდება.

ჰიპოფიზი ორი წილისგან შედგება: წინა — ადენოჰიპოფიზი და უკანა — ნეიროჰიპოფიზი. ჰიპოფიზის წინა წილში არის აციდოფილური, ბაზოფილური და ქრომოფობული უჯრედები. ამჟამად მიჩნეულია, რომ სომატოტროპული ჰორმონი აციდოფილური უჯრედების მიერ გამოიმუშავდება. ბაზოფილური უჯრედები გამოიმუშავებენ თირეოტროპულ ჰორმონს, ასევე, ფოლიკულმასტიმულირებელ და მალუთეინიზებელ გონადოტროპინებს. მიაჩნიათ, რომ ამავე უჯრედებით სეკრეტირდება აღრენოკორტიკოტროპული ჰორმონი.

1. ამჟამად, გარდა ჩამოთვლილი ჰორმონებისა აღმოჩენილია მეშვიდე რილიზინგ-ფაქტორი — მელანოლიბერინი.

2 აღმოჩენილია მესამე სტატინი — მელანოსტატინი.

3 ყვითელი სხეულის მიერ ხორციელდება პროგესტერონის სეკრეცია.

ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუთენინიზებელი ჰორმონები არის მაღალმოლეკულური გლიკოპროტეიდები (მოლეკულური მასა 30000-40000). ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონი ასტიმულირებს ფოლიკულის განვითარებასა და მომწიფებას ერთ-ერთ საკვერცხეში (ზოგჯერ ორივეში). ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუთენინიზებელი ჰორმონების კომბინირებული ზემოქმედებით ხდება მომწიფებული ფოლიკულის გასკდომა ანუ ოვულაცია. ოვულაციის შემდგომ მალუთენინიზებელი ჰორმონის გავლენით, ფოლიკულის ელემენტებიდან (შემეერთებელქსოვილოვანი გარსისა და მისი შიგნითა ზედაპირის ამოფენი მარცვლოვანი უჯრედებიდან) ყვითელი სხეული წარმოიქმნება. პროლაქტინი ხელს უწყობს ყვითელი სხეულის მიერ ჰორმონ პროგესტერონის გამომუშავებას.

გონადოტროპული ჰორმონების სეკრეცია ჰიპოფიზის წინა წილში ორი გზით ხორციელდება: უწყვეტად, შედარებით დაბალ დონეზე და ციკლურად, მენსტრუალური ციკლის ფაზების შესაბამისად.

ტვინის დანამატის (ნეიროჰიპოფიზის) უკანა წილში პერიოდულად გროვდება ჰორმონები – ვაზოპრესინი და ოქსიტოცინი. ორივე ჰორმონი ჰიპოთალამუსში გამომუშავდება და ნეიროჰიპოფიზში ტრანსპორტირდება. ამ ჰორმონების მოქმედებასთანაა დაკავშირებული წყალ-მარილოვანი ცვლის მექანიზმი. ისინი მონაწილეობენ გლუვი კუნთების, განსაკუთრებით საშვილოსნოს შემკუმშავი მოქმედების ინდუქციაში და მენსტრუალური ციკლის რეგულაციასთან პირდაპირი კავშირი არ აქვთ.

საკვერცხეები – ქალის სასქესო ჯირკვლები (გონადები) – წყვილი ორგანოა და ძირითადად ორ მნიშვნელოვან ფუნქციას ასრულებს

1) მათში მიმდინარეობს ფოლიკულის პერიოდული მომწიფება და ოვულაციის შედეგად (ფოლიკულის გასკდომა) ქალის მწიფე სასქესო უჯრედის გამოთავისუფლება;

2) საკვერცხეებში გამომუშავდება ქალის სასქესო სტეროიდული ჰორმონების ორი განსხვავებული სახეობა: ესტროგენები და პროგესტერონი. გარდა ამისა, საკვერცხეში მცირე რაოდენობით სინთეზდება მამაკაცის სასქესო სტეროიდული ჰორმონები – ანდროგენები. საკვერცხეში მიმდინარე ორივე ზემოთ აღნიშნული პროცესი მჭიდროდაა დაკავშირებული ერთმანეთთან, უშუალოდ არის დამოკიდებული ადენოჰიპოფიზის ჰორმონული აქტივობის პერიოდულ ცვლილებებთან და წარმოადგენს აუცილებელ კომპონენტს ქალის ორგანიზმში მენსტრუალური და რეპროდუქციული ფუნქციის შესასრულებლად.

საკვერცხეები დაფარულია მკვრივი, შემეერთებელქსოვილოვანი გარსით. მის შიგნით მოთავსებულია ქერქოვანი შრე, რომელიც შეიცავს ე.წ. გერმინალურ პარენქიმას ფოლიკულების დიდი რაოდენობით. ქერქოვანი შრის ქვემოთ განლაგებულია ტვინოვანი შრე, რომელიც სისხლძარღვებსა და ნერვულ ელემენტებს შეიცავს. ორსულობის მე-20 კვირაზე მდებარეობითი სქესის ჩანასახში სრულდება გერმინაციული უჯრედების – ოვოგონიების დიფერენცირება და მათი ჩამოყალიბება პრიმორდიულ (პირველად) ფოლიკულად, რომელიც სასქესო უჯრედებს – ოვოციტებს შეიცავს.

თავდაპირველად საკვერცხეში პრიმორდიული ფოლიკულების დიდი რაოდენობაა, რომელთა დიდი ნაწილი ნაყოფის შემდგომი განვითარებისას განიცდის

ატრეზიას. დაბადებისას გოგონას ორივე საკვერცხეში დაახლოებით 500 მილიონი პრიმორდიული ფოლიკულია. პირველადი ფოლიკულების ატრეზია შემდეგაც გრძელდება და მოზარდობის ასაკის დაწყებისას მათი რაოდენობა თითქმის 2-ჯერ მცირდება.

სქესობრივი მომწიფებისას აღენოპიპოფიზის გონადოტროპული ჰორმონების გავლენით ოვოციტების ირგვლივ მრავლდება ე.წ. მარცვლოვანი უჯრედები და წარმოიქმნება მეორადი ფოლიკული (მცირე მწიფე ფოლიკული). მეორადი ფოლიკულის შემდგომი განვითარებით წარმოიქმნება მესამეული ანუ ვეზიკულური, სითხით სავსე ღრუიანი ფოლიკული და მოზრდილი 0,2 მმ-იანი ოვოციტი, რომელიც ორგანიზმში ყველაზე მსხვილ უჯრედს წარმოადგენს (დიდი მწიფე ფოლიკული).

ფოლიკულის შიდა ზედაპირი დაფარულია მარცვლოვანი უჯრედების რამდენიმე რიგით, რომლებიც ჰიპოფიზის გონადოტროპინების გავლენით სტეროიდულ ჰორმონებს გამოიმუშავებენ. ყოველი ფოლიკულის ირგვლივ განლაგებულია ორი შემაერთებელქსოვილოვანი გარსი — შიგნითა და გარეთა. შიგნითა გარსი და მარცვლოვანი უჯრედები საკვერცხის სტეროიდული ჰორმონების ბიოსინთეზის ადგილს წარმოადგენს. მომდევნო ფოლიკულის მომწიფება ხდება პერიოდულად, მენსტრუალური ციკლის ხანგრძლივობის შესაბამისად. ქალის ცხოვრების მთელი რეპროდუქციული პერიოდის განმავლობაში დაახლოებით 400 ფოლიკული მწიფდება. მწიფე ფოლიკული 2 სმ დიამეტრს აღწევს. ფოლიკულების შიგნით წნევა თანდათან იზრდება გონადოტროპინების — ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუთეინიზებელი ჰორმონების ზემოქმედებით, ასევე ოქსიტოცინისა და პროტეოლიზური ფერმენტების რეფლექსური ზეგავლენით და, ბოლოს, თავისუფალი ნაწილის არეში (პერიტონეუმის მხარეს) მისი კედელი სკდება — ხდება ოვულაცია.

ოვულაციის წინ ხდება პირველი მეოთხე ანუ კვერცხუჯრედის რედუქციული დაყოფა. ოვულაციის შემდეგ კვერცხუჯრედი მუცლის ღრუდან საშვილოსნოს ლულაში ხვდება, რომლის ამბულურ ნაწილში მეორადი რედუქციული დაყოფა (მეორე მეოთხე) მიმდინარეობს. ოვულაციის შემდეგ (უპირატესად მალუთეინიზებელი ჰორმონის გავლენით) ხდება ფოლიკულის მარცვლოვანი უჯრედებისა და შემაერთებელქსოვილოვანი გარსების აღდგენა და მათში ლიპიდების დაგროვება, რასაც ყვითელი სხეულის განვითარება მოჰყვება.

ყვითელი სხეულის განვითარების პროცესი 4 ფაზად იყოფა: პროლიფერაცია, ვასკულარიზაცია, აყვავება და უკუგანვითარება. ყვითელი სხეულის უკუგანვითარების დროს მორიგი მენსტრუაცია იწყება. დაორსულების შემთხვევაში კი ყვითელი სხეული განვითარებას განაგრძობს (16 კვირამდე). მარცვლოვან უჯრედებში, თეკა ინტერნასა და ზოგიერთ სხვა უჯრედოვან წარმონაქმნებში, ფოლიკულის გარსში ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუთეინიზებელი ჰორმონის ზეგავლენით გამოიმუშავდება სასქესო სტეროიდული ჰორმონები: ესტროგენები, გესტაგენები და ანდროგენები, რომელთა მეტაბოლიზმი, ძირითადად, ღვიძლში მიმდინარეობს. **ესტროგენები** წარმოდგენილია 3 კლასიკური ფრაქციის სახით: ესტრადიოლი, ესტრონი და ესტრიოლი. **გესტაგენები** შედგება პროგესტერონისა და 17 ალფა-ჰიდროქსიპროგესტერონისაგან. **ანდროგენები** წარმოდგენილია დეჰიდროანდროსტერონით, ანდროსტენდიონითა და ტესტოსტერონით.

ესტროგენების (oestrus – მძუნაობა) შეყვანა კასტრირებულ დედალ თეთრ თაგვებში მძუნაობას იწვევს. ეს მდგომარეობა დაუკასტრირებელ დედლებში კვერცხუჯრედის სპონტანური მომწიფების მსგავსია.

ესტროგენების გავლენით გოგონებს უვითარდებათ ქალისთვის დამახასიათებელი მეორადი სასქესო ნიშნები: ქალისათვის ტიპური კანქვეშა ცხიმოვანი შრის განლაგება, მენჯის დამახასიათებელი ფორმა, სარძევე ჯირკვლების გადიდება, თმიანობა ბოქვენსა და ილლიის ფოსოებში. გარდა ამისა, ესტროგენები ხელს უწყობენ სასქესო ორგანოების, განსაკუთრებით საშვილოსნოს ზრდასა და განვითარებას. მათი ზეგავლენით იზრდება მცირე სასირცხო ბაგეები, მატულობს საშოს სიგრძე და მისი ჭიმვადობა. ასევე, იცვლება ყელის არხის ჯირკვლების სეკრეციის ხასიათი. ვითარდება ენდომეტრიუმისა და საშოს ეპითელიუმის პროლიფერაცია და ა.შ. ესტროგენები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ნივთიერებათა ცვლასა და თერმორეგულაციაზე. ესტროგენების ზემოქმედებით ნივთიერებათა ცვლა კატაბოლიზმის (ორგანიზმში Na-ისა და წყლის შეკავება და ცილების გაძლიერებული დისიმილაცია) სიჭარბით მიმდინარეობს. აღნიშნება სხეულის ტემპერატურის, მათ შორის ბაზალური ტემპერატურის (იზომეტა სწორ ნაწლავში) შემცირება.

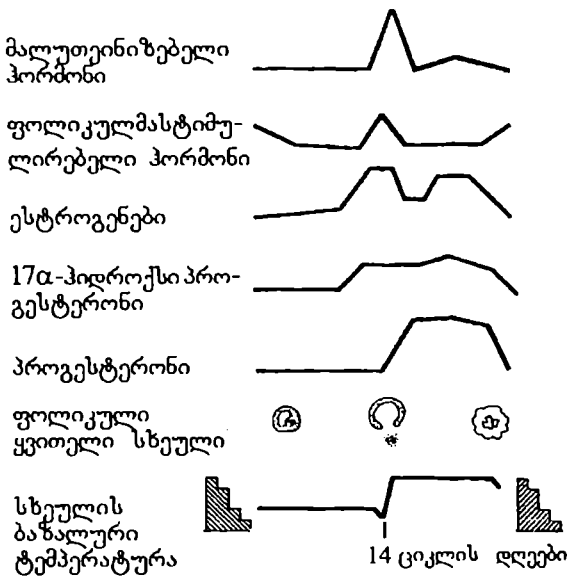
გესტაგენები (gesto – ორსულად ყოფნა) ხელს უწყობს ორსულობის ნორმალურ განვითარებას. საკვერცხის ყვითელი სხეულის მიერ გამომუშავებული გესტაგენები მონაწილეობას იღებენ ენდომეტრიუმის ციკლურ ცვლილებებში, რომელიც გამოიხატება განაყოფიერებულ კვერცხუჯრედის იმპლანტაციისათვის საშვილოსნოს მომზადებაში. გესტაგენების ზემოქმედებით ითარგუნება მიომეტრიუმის აგზნებადობა და კუმშვადობა, ამავე დროს იზრდება მისი ჭიმვადობა და პლასტიკურობა. გესტაგენები ესტროგენებთან ერთად დიდ როლს თამაშობს ორსულობის დროს სარძევე ჯირკვლების მომზადებაში მშობიარობის შემდეგ ლაქტაციის ფუნქციის განხორციელებისთვის. ესტროგენების გავლენით ხდება სარძევე ჯირკვლის სადინრების პროლიფერაცია, ხოლო გესტაგენები უპირატესად ალვეოლურ აპარატზე მოქმედებენ.

გესტაგენებს, ესტროგენებისგან განსხვავებით, აქვთ ანაბოლური ეფექტი ანუ ხელს უწყობენ ორგანიზმის მიერ ნივთიერებათა, კერძოდ გარედან მიღებული ცილების ათვისებას (ასიმილაციას).

ზემოთ აღნიშნულ ანაბოლურ ეფექტთან ერთად გესტაგენები განაპირობებენ სხეულის ტემპერატურის, განსაკუთრებით კი ბაზალურის ადნავ მომატებას.

ანდროგენები (andros – მამაკაცი) ანუ მამაკაცის სასქესო ჰორმონები ქალში ჭარბი რაოდენობით გამამაკაცების ანუ მასკულინიზაციის ნიშნებს იწვევს. საკვერცხეების ე.წ. ჰილუსურ უჯრედებში მცირე რაოდენობით გამომუშავებული ანდროგენები ხელს უწყობს თმის ზრდას ბოქვენსა და ილლიის ფოსოებში, ასევე სავნებოსა და დიდი სასირცხო ბაგეების განვითარებას. ანდროგენებს, გესტაგენების მსგავსად, აქვთ ანაბოლური მოქმედება.

ჰიპოთალამუსში, ჰიპოფიზის წინა წილსა და საკვერცხეებში მიმდინარე ყველა ზემოთ განხილულ ციკლურ ცვლილებებს ამყამად განიხილავენ, როგორც საკვერცხის ციკლს. ამ ციკლის განმავლობაში ხორციელდება რთული ურთიერთობა ჰიპოფიზის წინა წილის ჰორმონებსა და პერიფერიულ სასქესო (საკვერცხის) ჰორმონებს შორის. სქემატურად ეს ურთიერთობა გამოხატულია



სურ. 2. ჰორმონული ურთიერთდამოკიდებულება ნორმალური მენსტრუალური ციკლის დროს (keller, 1981).

მე-2 სურათზე, საიდანაც ჩანს, რომ გონადოტროპული და საკვერცხის ჰორმონების სეკრეციის ძირითადი ცვლილებები ფოლიკულის მომწიფების, ოვულაციის დადგომისა და ყვითელი სხეულის განვითარების ფაზაში მიმდინარეობს. ასე, მაგალითად, ოვულაციის დადგომისას აღინიშნება გონადოტროპული ჰორმონების (ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუთეინიზებული ჰორმონების) მომატებული პროდუქცია.

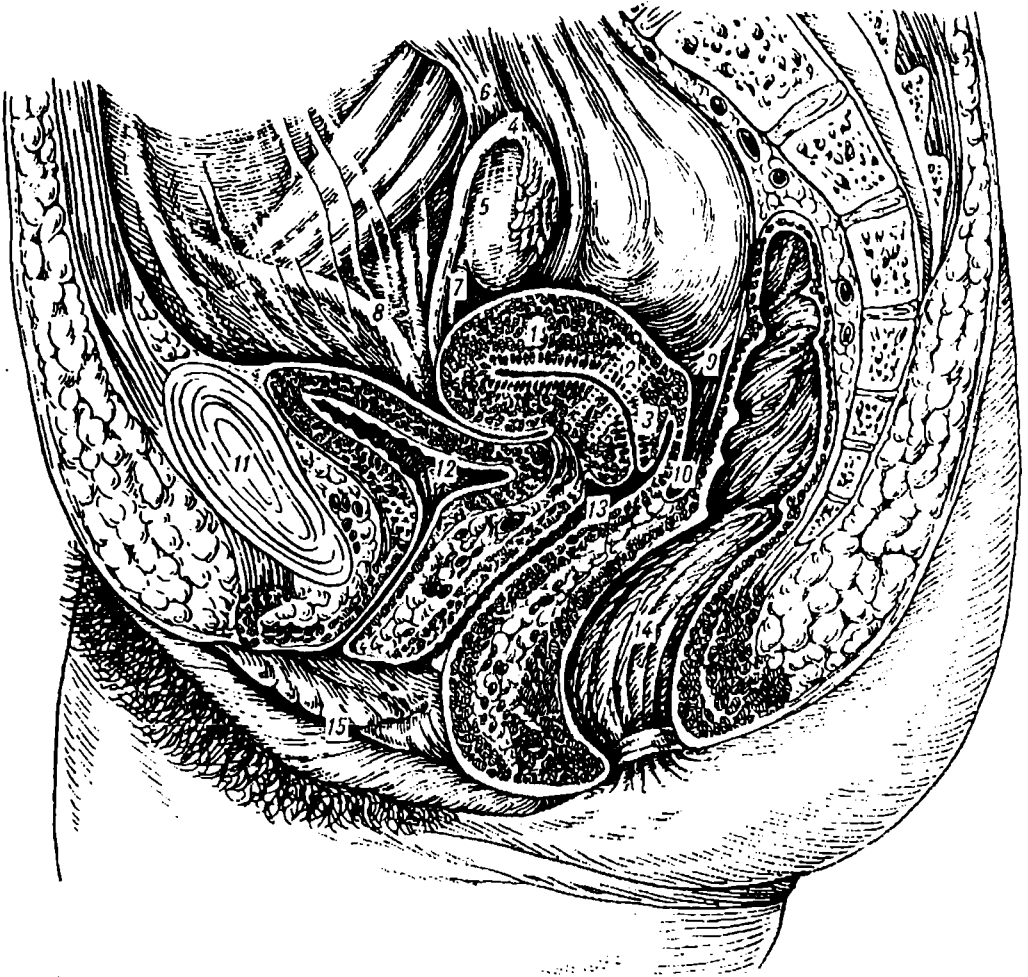
ესტროგენების რაოდენობა დამოკიდებულია ფოლიკულის მომწიფებაზე, ოვულაციასა და, ნაწილობრივ, ყვითელი სხეულის განვითარებაზე. გესტაგენების პროდუქციასთან პირდაპირ კავშირშია ყვითელი სხეულის წარმოქმნა და მისი აქტივობის გაზრდა.

საკვერცხის ეს სტეროიდული ჰორმონები იწვევს ბაზალური ტემპერატურის ცვლილებებს. ნორმალური მენსტრუალური ციკლის დროს აღინიშნება მისი მკვეთრი ორფაზიანობა. პირველი ფაზის დროს (ოვულაციამდე) ტემპერატურა გრადუსის რამდენიმე მეათედით ნაკლებია 37°C -ზე.

ციკლის მეორე ფაზაში (ოვულაციის შემდეგ) ტემპერატურა რამდენიმე მეათედი გრადუსით აღემატება 37°C -ს. მომდევნო მენსტრუაციის დაწყებამდე და განსაკუთრებით მისი მსვლელობის დროს ბაზალური ტემპერატურა ისევ იკლებს 37°C -ზე ქვევით.

საშვილოსნო არის გლუვკუნთოვანი ღრუ ორგანო, რომელიც 3 ნაწილად იყოფა: სხეული (**corpus**), ისთმური ნაწილი (**isthmus**) და ყელი (**cervix uteri**) (სურ. 3). საშვილოსნო მოთავსებულია მცირე მენჯში, ძვლოვანი მენჯის მიმართ მისი სხეული გადახრილია წინ — **anteversio uteri**; ნორმალურ გადაღუნვას საშვილოსნოს ყელსა და სხეულს შორის, წინ გახსნილი ბლაგვი კუთხის წარმოქმნით ეწოდება **anteflexio uteri**. საშვილოსნოს კედელი 3 შრისგან შედგება: გარეთა — სეროზული, რომელიც პერიტონეუმის ვისცერულ ფურცელს (**perimetrium**) წარმოადგენს, შუა — კუნთოვანი (**myometrium**) და შიგნითა — ლორწოვანი (**endometrium**).

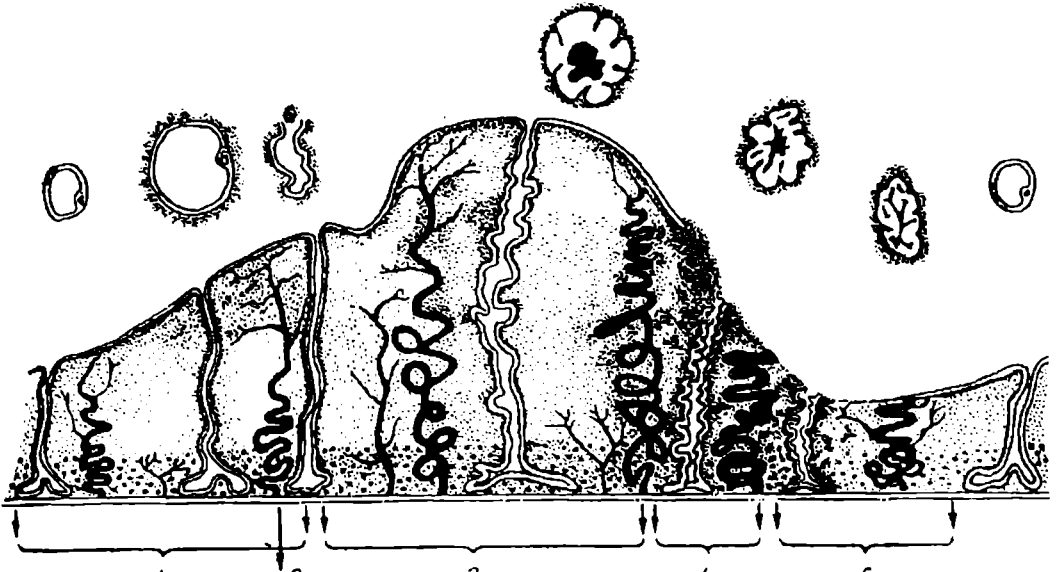
განასხვავებენ საშვილოსნოს სამ პირს: გარეთას, რომელიც მიმართულია საშოს შესავლისკენ და ორ შიგნითას — ანატომიურსა და ჰისტოლოგიურს. საშვილოსნოს ღრუ და, შესაბამისად, მისი სხეული ქვემოდან შემოსაზღვრულია ჰისტოლოგიური შიგნითა პირით. მასზე 7-10 მმ-ით ქვემოთ მდებარეობს ანატომიური შიგნითა პირი. საშვილოსნოს იმ ნაწილს, რომელიც ამ ორ აღნიშნულ წარმონაქმნს შორის მდებარეობს, ზეყელი ანუ საშვილოსნოს ისთმური ნაწილი ეწოდება.



სურ. 3. ქალის მცირე მენჯის საფიტალური ქრილი (სქემა):

1 – საშვილოსნოს ტანი; 2 – საშვილოსნოს ისთმური ნაწილი; 3 – საშვილოსნოს ყელი (დაუშტრიხავი რგოლებითა და მათ შორის გავლებული პუნქტირით აღნიშნულია ჰისტოლოგიური შიგნითა პირის დონე; ჯვრიანი რგოლებითა და მათ შორის გავლებული პუნქტირით აღნიშნულია ანატომიური შიგნითა პირი; პუნქტირებს შორის არსებულ საშვილოსნოს ნაწილს განიხილავენ, როგორც საშვილოსნოს ისთმურ ნაწილს); 4 – საშვილოსნოს მილი; 5 – საკვერცხე; 6 – საკვერცხის საკიდი იოგი; 7 – საკვერცხის საკუთარი იოგი; 8 – საშვილოსნოს მრგვალი იოგი; 9 – გავა-საშვილოსნოს იოგი; 10 – სწორნაწლავ-საშვილოსნოს ფოსო (დუგლასის სივრცე); 11 – ბოქვენის სიმფიზი; 12 – შარდის ბუშტი; 13 – საშო; 14 – სწორი ნაწლავი; 15 – დიდი და მცირე სასირცხო ბაგეები.

ორსულობის დროს (8-16 კვირის ვადაზე), ჩანასახოვანი კვერცხის ზრდის გამო, ხდება საშვილოსნოს ზეყელის გაშლა ანატომიურ შიდა პირამდე. ამ დროს ჰისტოლოგიური შიგნითა პირის მიდამო გვერდებზე გადაიწევეს, ყოფილი ზეყელი ერწყმის საშვილოსნოს სხეულის კედელს და მასთან ერთად ნაყოფის ერთიან სათავსოს ქმნის. ამგვარად, ორსულობის დროს საშვილოსნოს სხეულსა და ყელს შორის საზღვარი ყალიბდება ყოფილი ზეყელის ქვედა ნაწილის დონეზე. სწორედ ამიტომ საშვილოსნოს ამ ნაწილში მიიღო ანატომიური შიგნითა პირის სახელწოდება (ანატომიური საზღვარი საშვილოსნოს სხეულსა და ყელს შორის). ჰისტოლოგიურ შიგნითა პირს ეს სახელი იმიტომ დაერქვა, რომ ზეყელის



სურ. 4. ურთიერთდამოკიდებულება საკვერცხეებსა და საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში ნორმალური მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში მიმდინარე ცვლილებებს შორის: 1) ფოლიკულის მომწიფება საკვერცხეში — ენდომეტრიუმში პროლიფერაციის ფაზა; 2) ოვულაცია; 3) საკვერცხეში ყვითელი სხეულის ჩამოყალიბება და განვითარება — ენდომეტრიუმში სეკრეციის ფაზა; 4) საკვერცხეში ყვითელი სხეულის უკუგანვითარება, ენდომეტრიუმის მოცილება — მენსტრუაცია; 5) საკვერცხეში ახალი ფოლიკულის მომწიფების დასაწყისი — ენდომეტრიუმში რეგენერაციის ფაზა.

ლორწოვან გარსს, რომელიც მდებარეობს ანატომიური შიგნითა პირის ზემოთ, აქვს თითქმის ისეთივე ჰისტოლოგიური აგებულება, როგორც საშვილოსნოს სხეულის ლორწოვან გარსს.

ორსულობისას ყველაზე მეტი ანატომიურ-ფუნქციური ცვლილებები ვითარდება საშვილოსნოში. საკმარისია აღინიშნოს, რომ ორსულობის ბოლოს (მშობიარობამდე) საშვილოსნოს მასა 20-ჯერ და მეტად იზრდება, ხოლო მისი ღრუს მოცულობა 500-ჯერ მატულობს.

საშვილოსნო არის ძირითადი სამიზნე ორგანო, რომელზეც ზემოქმედებენ საკვერცხის სასქესო ჰორმონები.

რეპროდუქციული პროცესის გამო საშვილოსნო თანმიმდევრულად ასრულებს 3 მთავარ ფუნქციას: **მენსტრუალურს**, რომელიც აუცილებელია ორგანოთა (განსაკუთრებით, ლორწოვანი გარსის) ორსულობისთვის მოსამზადებლად; **ნაყოფის სათაფსის ფუნქციას**, რომელიც ნაყოფის განვითარებისთვის ოპტიმალურ პირობებს უზრუნველყოფს და **ნაყოფის გამოძახებულ ფუნქციას** მშობიარობისას.

მთლიანად საშვილოსნოსა (განსაკუთრებით, ენდომეტრიუმის აგებულებისა და ფუნქციის) ცვლილებებს, რომლებიც ხორციელდება საკვერცხის ჰორმონების გავლენით, **საშვილოსნოს ციკლი** ეწოდება. საშვილოსნოს ციკლის განმავლობაში ენდომეტრიუმში აღინიშნება ციკლური ცვლილებების 4 თანმიმდევრული ფაზა: 1) პროლიფერაცია; 2) სეკრეცია; 3) დესკვამაცია (მენსტრუაცია); 4) რეგენერაცია. პირველი ორი ძირითადი ფაზაა. სწორედ ამიტომ ნორმალურ მენსტრუალურ ციკლს 2 ფაზიანს უწოდებენ. აღნიშნულ ორ ძირითად ფაზას შორის საზღვარს ოვულაცია წარმოადგენს. არსებობს პირდაპირი დამოკიდებულება ერთი მხრივ, საკვერცხეში ოვულაციამდე და მის შემდგომ მიმდინარე

ცვლილებებსა და, მეორე მხრივ, ენდომეტრიუმში ფაზების თანდათანობით მონაცვლეობას შორის (სურ. 4).

პირველი ძირითადი, ენდომეტრიუმის პროლიფერაციის ფაზა იწყება ლორწოვანი გარსის რეგენერაციის დამთავრების შემდეგ, რომელიც წინა მენსტრუაციის დროს ჩამოიფცქვნა. რეგენერაციაში მონაწილეობას იღებს ენდომეტრიუმის ე.წ. ფუნქციური (ზედაპირული) შრე, რომელიც ლორწოვანი გარსის ბაზალური შრის ჯირკვლების ფსკერისა და სტრომისაგან ვითარდება. აღნიშნული ფაზის დაწყება უშუალოდ უკავშირდება საშვილოსნოს ლორწოვან გარსზე ესტროგენების მზარდ მოქმედებას, რომელიც მომწიფებადი ფოლიკულების მიერ გამომუშავდება. პროლიფერაციის ფაზის დასაწყისში ენდომეტრიუმის ჯირკვლები ვიწროა და თანაბარი (სურ. 5ა). პროლიფერაციის გაძლიერებასთან ერთად ჯირკვლებიც იზრდება და მცირედ იკლავება. ენდომეტრიუმის მაქსიმალური პროლიფერაცია ხდება ფოლიკულის სრული მომწიფებისა და ოვულაციის (28 დღიანი ციკლის 12-14 დღეზე) მომენტისთვის. ამ დროისთვის საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის სისქე 3-4 მმ-ს აღწევს. ამით პროლიფერაციის ფაზა მთავრდება.

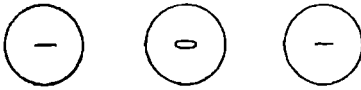
მეორე ძირითადი, ენდომეტრიუმის ჯირკვლების სეკრეციის ფაზა გესტაგენების სწრაფად მზარდი აქტივობის ზეგავლენით ხორციელდება, რომლებსაც დიდი რაოდენობით გამოყოფს საკვერცხის ყვითელი სხეული. ენდომეტრიუმის ჯირკვლები თანდათან უფრო მეტად იკლავება და სეკრეტით ივსება (სურ. 5ბ). ჯირკვლების ეპითელიუმში ჩალაგებულია გლიკოგენი. საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის სტრომა შუბდება, მას დაქსელავენ სპირალურად დაკლავილი არტერიოლები. სეკრეციის ფაზის დასასრულს ენდომეტრიუმის ჯირკვლების სადინარები ხერხისმაგვარ ფორმას იღებს და მათში უფრო მეტი რაოდენობით სეკრეტია დაგროვებული. იმავდროულად ჯირკვლოვან ეპითელიურ უჯრედებში იზრდება გლიკოგენის შემცველობა. გარდა ამისა, ენდომეტრიუმის სტრომაში ჩნდება ე.წ. ფსევდოდეციდუალური უჯრედები, სწორედ ამ დროისათვის საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი მზადაა განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის მისაღებად.



სურ. 5. ენდომეტრიუმი მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა ფაზაში.

ა — პროლიფერაცია; ბ — სეკრეცია.

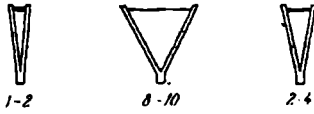
გარეთა პირი



ლორწოს რაოდენობა



ლორწოს წელვადობა, სმ



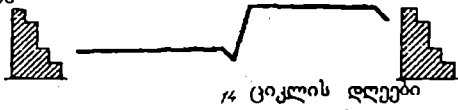
„გვირგვინის ფოთლის“ ტესტი



ლეიკოციტები



სხეულის ბაზალური ტემპერატურა



„ციკლის დღეები“

სურ. 6. საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირის და ყელის ლორწოს ცვლილებები ნორმალური მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში.

თუ ოვულაციის შემდეგ არ ხდება კვერცხუჯრედის განაყოფიერება და, შესაბამისად, დაორსულება, ყვითელი სხეული უკუვითარდება, რაც სისხლში ესტროგენებისა და პროგესტერონის მკვეთრ შემცირებას იწვევს. ამის გამო, ენდომეტრიუმში ჩნდება ნეკროზისა და სისხლჩაქცევის უბნები. შემდეგ საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ფუნქციური შრე ჩამოიფცქვნება, სცილდება და იწყება მორიგი მენსტრუაცია, რომელიც მენსტრუალური ციკლის მესამე — დესქამაციის ფაზას წარმოადგენს, იგი საშუალოდ 3-4 დღე გრძელდება. მენსტრუალური სისხლდენის შეწყვეტისას

იწყება ციკლის მეოთხე (დამამთავრებელი) — რეგენერაციის ფაზა, რომელიც 2-3 დღე გრძელდება.

საშვილოსნოს სხეულის ლორწოვანი გარსის სტრუქტურისა და ფუნქციის ზემოთ აღწერილი ფაზური ცვლილებები საშვილოსნოს ციკლის შედარებით სარწმუნო გამოვლინებას წარმოადგენს. ამასთან ერთად, ამ ციკლის არსებობაზე შეიძლება ვიმსჯელოთ ასევე საშვილოსნოს ყელის ცვლილებებითაც (სურ. 6). დადგენილია, რომ მენსტრუალური ციკლის შუაში, უფრო ზუსტად კი ოვულაციის დადგომისას, აღინიშნება საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირის ძლიერი გახსნა, ამასთან ერთად ხდება ყელის არხის ლორწოვანი გარსის ჭირკვლების მიერ გამოშვებული ლორწოს ფიზიკური და ქიმიური თვისებების ოვულაციისთან დაკავშირებული ცვლილებები. მაგალითად, პროლიფერაციის გაძლიერებასთან ერთად ყელის არხში ლორწოს რაოდენობა თანდათან იზრდება, იგი გამჭვირვალე და წელვადი ხდება (ლორწო პინცეტით აღებისას 8-10 სმ-მდე იწელება). საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირი ამ დროს გარეგნულად მოგვაგონებს გუგას. „გუგის“ სიმპტომის გაჩენა საკვერცხეების მიერ ესტროგენების ჭარბ პროდუქციასზე მიუთითებს.

ოვულაციის პერიოდის მოახლოებისა და ესტროგენების მზარდი აქტივობის გავლენით, ზემოთ აღნიშნულ ფიზიკურ თვისებებთან ერთად იცვლება ყელის არხის ლორწოს ქიმიური თვისებებიც. ეს გამოიხატება ე.წ. არბორიზაციის სიმპტომის გაჩენით. სასაგნე მინაზე ნაცხის სახით დატანილი, ჰაერზე გამშრალი ყელის არხის ლორწოს პრეპარატში გამოკრისტალდება ნატრიუმის ქლორიდი. ციკლის პირველი ფაზის დასაწყისში და მეორეს ბოლოს ეს კრისტალები ამორფულად განლაგდება. რაც შეეხება პირველი ფაზის შედარებით

მოგვიანებით პერიოდს და მეორე ფაზის ადრეულ პერიოდს (განსაკუთრებით კი ოვულაციის დასაწყისს), ნატრიუმის ქლორიდის კრისტალები არბორიზებული ფორმით ანუ განსაკუთრებული ხისმაგვარი ფიგურების სახით ლაგდება, რომელიც თავისი გარეგნული ფორმით ძალიან ჰგავს გვიმრის ფოთოლს. აქედან წარმოიშვა სიმპტომის სახელწოდება — „გვიმრის ფოთოლი“.

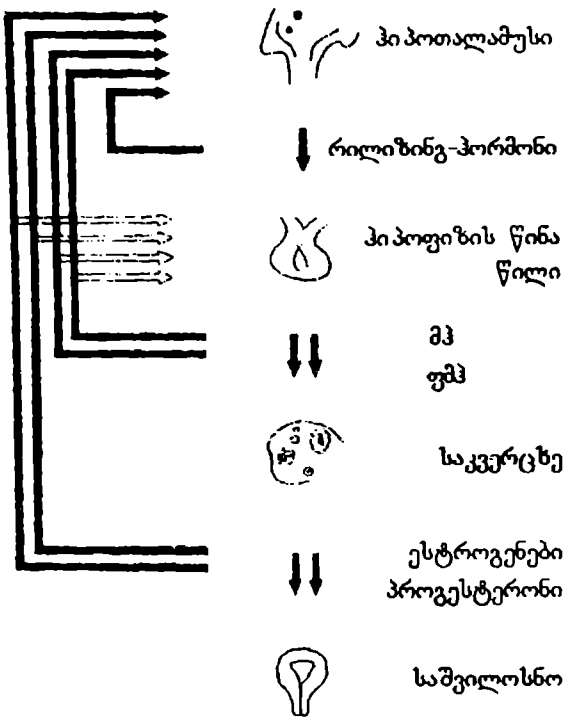
ციკლის პირველი ფაზის ადრეულ და მეორე ფაზის გვიან ეტაპზე ყელის არხის ლორწოს ნაცხის შეღებილ პრეპარატებში მიკროსკოპული გამოკვლევისას აღმოჩენილია ნეიტროფილური ლეიკოციტები. ოვულაციის მოახლოებასთან ერთად ნაცხში ლეიკოციტების რიცხვი კლებულობს და ოვულაციის დადგომისას ქრება. ეს მოვლენა, ალბათ, დაკავშირებულია ესტროგენების რაოდენობისა და აქტივობის მომატებასთან ციკლის შუაში, როდესაც ამ ჰორმონების გავლენით ყელის არხის ლორწოვანი გარსის პროლიფერაციული პროცესები მაქსიმუმს აღწევს, რაც იწვევს ქვეშმდებარე სისხლძარღვების კედლების განვლადობის დაქვეითებას სისხლის ფორმიანი ელემენტებისთვის.

ყელის ლორწოსა და საშვილოსნოს ყელის თვისებების ზემოთ აღწერილ ცვლილებებს დიდი ბიოლოგიური მნიშვნელობა აქვთ, რადგან აადვილებენ სპერმატოზოიდების მოხვედრას ყელის არხიდან საშვილოსნოს ღრუში, ხოლო იქიდან საშვილოსნოს მილებში.

ოვულაციის დადგომისა და ყვითელი სხეულის წარმოქმნის შემდეგ, ყელის ლორწოსა და საშვილოსნოს ყელის ყველა ზემოთ აღნიშნული ცვლილება საკმაოდ სწრაფად უკუვითარდება. საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირის ღიაობა ქრება, გარეთა პირი კვლავ იხურება, ყელის არხში ლორწოს რაოდენობა მნიშვნელოვნად მცირდება, იგი ხდება სქელი, ბლანტი (ნაკლებად გამჭვირვალე) და მისი წელვადობა კლებულობს. ამასთან ერთად არბორიზაციის ფენომენიც თანდათანობით ქრება. მიკროსკოპულად ყელის ლორწოს შეღებილ ნაცხში კვლავ აღინიშნება ნეიტროფილური ლეიკოციტები.

სამიზნე ორგანოებს, რომელიც საკვერცხის სასქესო ჰორმონების მოქმედებაზე რეაგირებს, მიეკუთვნება აგრეთვე საშო, განსაკუთრებით კი მისი ლორწოვანი გარსი, რომელიც დაფარულია ბრტყელი მრავალშრიანი ეპითელიუმით. ეპითელიური საფარის საფუძველს წარმოადგენს ბაზალური უჯრედების პირველი შრე, რომელიც ლორწოვანი გარსის ბაზალურ მემბრანას ესაზღვრება. დანარჩენი შრეები ბაზალური უჯრედების შრეზეა განლაგებული და მიმართულია ლორწოვანი გარსის ზედაპირისკენ, რისი მიხედვითაც იყოფა პარაბაზალურ, შუალედურ და ზედაპირულ შრეებად. საშოს ნაცხში ლორწოვანი გარსის ზედაპირიდან სამი აღნიშნული შრის ჩამოფეკვენილი უჯრედების აღმოჩენაზეა დამყარებული ამჟამად გავრცელებული ჰორმონული ანუ ექსფოლიაციური, კოლპოციტოლოგიური მეთოდი. იგი საშუალებას გვაძლევს, ხარისხობრივად (და არა რაოდენობრივად) განვსაზღვროთ ქალის ორგანიზმის ესტროგენებითა და გესტაგენებით (ირიბად) გაჯერება.

ჯანმრთელი ქალის ცხოვრების რეპროდუქციულ პერიოდში, სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებების არარსებობისას, საშოდან გამონადენი „რძისფერია“. მენსტრუალური ციკლის ფაზის მიხედვით საშოდან აღებულ ნაცხში ზედაპირული ან შუალედური შრეების უჯრედების მონაცვლეობითი სიჭარბე აღინიშნება. ნაცხში უპირატესად ზედაპირული პოლიგონური უჯრედების აღმო-



სურ. 7. პარდაპირი და უკუკავშირის მექანიზმები ქალის სასქესო ორგანოების ფუნქციის რეგულაციის დროს.

გიური დაავადებების დროს, რომელთაც ბალანსი. პირიქით, ნაცხში ზედაპირული და შუამდებარე შრის უჯრედების არარსებობა და პარაბაზალური შრის უჯრედების აღმოჩენა მცირე ზომის ციტოპლაზმითა და დიდი ბირთვებით, რეპროდუქციული ასაკის ქალში ესტროგენების აშკარა დეფიციტზე მიუთითებს.

მენსტრუალური ფუნქციის რეგულაციაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ჰიპოთალამუსს, ჰიპოფიზის წინა წილსა და საკვერცხეებს შორის ე.წ. უკუკავშირის პრინციპის არსებობას (სურ. 7). განიხილავენ უკუკავშირის 2 ტიპს: უარყოფითს (ნეგატიურს) და დადებითს (პოზიტიურს).

უარყოფითი უკუკავშირის დროს ცენტრალური ნეიროჰორმონების (რილიზინგ-ფაქტორების) და ადენოჰიპოფიზის გონადოტროპინების პროდუქცია ითრგუნება დიდი რაოდენობით გამომუშავებული საკვერცხის ჰორმონებით.

დადებითი უკუკავშირის დროს სტიმულირდება ჰიპოთალამუსში რილიზინგ-ფაქტორებისა და ჰიპოფიზში გონადო-ტროპინების გამომუშავება სისხლში საკვერცხის ჰორმონების დაბალი შემცველობით. დადებითი და უარყოფითი უკუკავშირის პრინციპის განხორციელება ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხეების თვითრეგულაციის ფუნქციის საფუძველია.

ამჟამად დადგენილია, რომ ქალის სასქესო ორგანოთა ფუნქცია დაკავშირებულია არა მარტო სასქესო ჰორმონებზე, არამედ მრავალი ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების ზემოქმედებაზე. ეს ნაერთები რთული ურთიერთქმედების შედეგად განაპირობებენ ქალის ორგანიზმის რეპროდუქციული ფუნქციის თავისებურებებს და, კერძოდ, გავლენას ახდენენ მენსტრუალური ციკლის მიმდინარეობაზე. ასეთ ბიოლოგიურად აქტიურ ნაერთებს, უპირველეს ყოვლისა, ეკუთვნის

ჩენა (მათი ბირთვების პიკნოზით) ორგანიზმში ესტროგენული ჰორმონების შემცველობის მომატებაზე მიუთითებს, რაც ნორმალური მენსტრუალური ციკლის ოვულაციის-წინა პერიოდში აღინიშნება. ოვულაციის შემდეგ ყვითელი სხეულის ჰორმონის მზარდი გავლენით ნაცხში ზედაპირული უჯრედების შემცველობა შესამჩნევად კლებულობს და ჭარბობს შუამდებარე შრის უჯრედები, რომელთაც წაგრძელებული ფორმა და შედარებით დიდი ბირთვები აქვთ.

ნაცხში უჩვეულოდ დიდი რაოდენობით ზედაპირული უჯრედების აღმოჩენა პათოლოგიურ მოვლენად მიიჩნევა და ქალის ორგანიზმის ესტროგენული ჰორმონებით ზედმეტად გაჯერებაზე მიუთითებს, რაც აღინიშნება სხვადასხვა გინეკოლო-ახლავს სასქესო ჰორმონების დის-

პროსტაგლანდინები, რომლებიც უჭერ პიდროქსილირებულ ცხიმოვან მჟავებს წარმოადგენს და პრაქტიკულად ორგანიზმის ყველა ქსოვილსა და სითხეში შედის. დადგენილია, რომ პროსტაგლანდინები აქტიურ მონაწილეობას იღებენ ადამიანისა და ცხოველების რეპროდუქციული ფუნქციის რეგულაციაში, დაწყებული ჩასახვის მომენტიდან, დამთავრებული მშობიარობამდე. ასე, მაგალითად, მენსტრუალური სისხლდენის (დესკვამაციის ფაზა) დაწყება განპირობებულია საშვილოსნოს შეკუმშვით, რაც დაკავშირებულია ენდომეტრიუმთან პროსტაგლანდინების გამოთავისუფლებასა და სისხლის საშუალებით მიომეტრიუმში მათ მოხვედრასთან. პროსტაგლანდინები მონაწილეობენ, აგრეთვე, ოვულაციის რეგულაციაში, ციკლის შუაში, აღენოპიპოფიზის მიერ მალუთენინზებელი ჰორმონის გამოყოფის სტიმულირების გზით, რომლის გარეშეც, ფოლიკულის გასკდომა — ოვულაცია არ ხდება. გარდა ამისა, პროსტაგლანდინებს მიაკუთვნებენ საკვერცხის ყვითელ სხეულში სტეროიდოგენეზის მაინჰიბირებელ გავლენას.

საშვილოსნოში პროსტაგლანდინების შემცველობის მომატება იწვევს ციკლის მეორე ფაზაში ყვითელი სხეულის უკუგანვითარებას. დაბოლოს, კარგადაა ცნობილი პროსტაგლანდინების როლი მშობიარობის დროს საშვილოსნოს კუმშვითი მოქმედების რეგულაციაში.

პროსტაგლანდინების გარდა მენსტრუალური ციკლის რეგულაციაში აქტიურად მონაწილეობენ ბიოგენური ამინები (დოფამინი, სეროტონინი, ნორადრენალინი). დოფამინი და ნორადრენალინი ხელს უწყობს გონადოტროპული ჰორმონების (ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუთენინზებელი ჰორმონის) პროდუქციას (ჰიპოთალამუსზე ზემოქმედებით მასში შესაბამისი რილიზინგ-ფაქტორის გამოყოფის სტიმულირების გზით). სეროტონინი, ძირითადად, თრგუნავს გონადოტროპინების გამოყოფას და ამით აფერხებს ოვულაციას. გარდა ამისა, სეროტონინი აძლიერებს ჰიპოფიზური ჰორმონის — პროლაქტინის გამომუშავებას. მენსტრუალური ციკლის რეგულაციაში ასევე მნიშვნელოვანია თირკმელზედა და ფარისებრი ჯირკვლები. ამ ენდოკრინული ჯირკვლების ფუნქციის დარღვევა, ძირითადად, მენსტრუალური ფუნქციის ცვლილებებს იწვევს.

მენსტრუაციის დროს დასაცავი ჰიგიენის წესები. მენსტრუაციის დროს ქალმა უნდა დაიცვას პირადი ჰიგიენის გარკვეული წესები. ამ წესების დაუცველობის შემთხვევაში ხელსაყრელი პირობები იქნება საშვილოსნოს დაინფიცირებისათვის, რომლის შიგნითა ნაწილი ენდომეტრიუმის ფუნქციური შრის დესკვამაციის შემდეგ გაშიშვლებულ ზედაპირს წარმოადგენს. ასეთი ინფიცირების ყველაზე დიდი საშიშროებაა სქესობრივი აქტის დროს, ამიტომ მთავარი ჰიგიენური მოთხოვნაა სქესობრივი კონტაქტის შეწყვეტა მენსტრუალური სისხლდენის დროს და მისი დამთავრებიდან უახლოეს დღეებში. ამავე მიზეზის გამო არ არის მიზანშეწონილი ამ პერიოდში საშოს გამოარეცხვა.

მთელი მენსტრუაციის განმავლობაში ქალმა უნდა გამოიყენოს ჰიგიენური საფენი და დღეში 2-ჯერ მაინც ჩაიტაროს გარეთა სასქესო ორგანოების ტუალეტი (ჩაბანა ანადუღარი თბილი წყლით და საპნით).

მენსტრუაციის დროს სასურველია თავის არიდება დიდი ფიზიკური დატვირთვის, ორგანიზმის გადახურების ან გადაცივებისგან. აღნიშნული წესების დარღვევამ შეიძლება გამოიწვიოს საშიში გართულებები (საშვილოსნოდან სისხლდენა). საშოში, ხოლო საშოდან სასქესო სისტემის ზემდებარე ნაწილებში ბინძური

წყლის მოხვედრის თავიდან აცილების მიზნით მენსტრუაციის დროს ქალმა არ უნდა მიიღოს აბაზანა, დაბანა დასაშვებია მხოლოდ შხაპის ქვეშ.

ქალის სასქესო ორგანოთა ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებები სხვადასხვა ასაკობრივ პერიოდში

ქალის სასქესო სისტემის ასაკობრივი ფუნქციური თავისებურებები მჭიდრო კავშირშია მრავალ ფაქტორთან, უპირველეს ყოვლისა, დიდი მნიშვნელობა აქვს ქალის ცხოვრების პერიოდებს. განასხვავებენ შემდეგ პერიოდებს:

- 1) ანტენატალური ანუ მუცლადყოფნის განვითარების;
- 2) ბავშვობის (დაბადებიდან 9-10 წლამდე);
- 3) პუბერტული ანუ სქესობრივი მომწიფების (9-10-დან 15-16 წლამდე);
- 4) მოზარდობის (16-დან 18 წლამდე);
- 5) სქესობრივი სიმწიფის ანუ რეპროდუქციული (18-დან 40 წლამდე);
- 6) პრემენოპაუზის ანუ გარდამავალი (41-დან 50 წლამდე);
- 7) სიბერის ანუ პოსტმენოპაუზის (მენსტრუალური ფუნქციის მყარი შეწყვეტიდან).

მუცლადყოფნის პერიოდში საფუძველი ეყრება ნაყოფის ყველა ორგანოსა და სისტემის, მათ შორის სასქესო სისტემის განვითარებას და მომწიფებას. ანტენატალურ პერიოდში ხდება საკვერცხეების ჩასახვა და ემბრიონული განვითარება, რომლებიც ქალის ორგანიზმის სასქესო ფუნქციის პოსტნატალური ონტოგენეზის რეგულაციის პროცესში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რგოლია.

მდედრობითი სქესის ჩანასახის განვითარების ადრეულ ეტაპზე (ორსულობის მე-8 კვირამდე) მომავალი საკვერცხეების ემბრიონულ ჩანასახში ჩნდება პრიმორდიული გერმინაციული უჯრედები, რომელთაც ოვოგონიები ეწოდება. ორსულობის განვითარებასთან ერთად ოვოგონიები დიფერენცირდებიან ოვოციტებად, ხოლო შემდეგ პირველად ანუ პრიმორდიულ ფოლიკულებად. დასაწყისში ნაყოფის საკვერცხეებში რამდენიმე მილიონი პრიმორდიული ფოლიკული წარმოიქმნება, ხოლო დაბადებისათვის მათი რაოდენობა 400000-500000-მდე მცირდება.

ანტენატალური პერიოდის განმავლობაში სხვადასხვა ფაქტორებმა (ინტოქსიკაციები, მწვავე და ქრონიკული ინფექციები, მაიონიზებული რადიაცია, მედიკამენტური საშუალებები და ა.შ.) ემბრიონზე ან ნაყოფზე შეიძლება დამაზიანებლად იმოქმედოს (ემბრიოპათიული, ტერატოგენური) და გამოიწვიოს სხვადასხვა ორგანოთა და სისტემათა (მათ შორის სასქესო ორგანოების) განვითარების მანკები. განვითარების ასეთი თანდაყოლილი ანომალიები შეიძლება გახდეს ქალის ორგანიზმის სპეციფიკურ ფუნქციათა დარღვევების მიზეზი. ემბრიონული განვითარების დარღვევამ, რომელიც შეიძლება მოხდეს ზემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორების ზეგავლენით, შეიძლება გამოიწვიოს მენსტრუალური ციკლის რეგულაციის სხვადასხვა რგოლის დაზიანება. ამის შედეგად გოგონებს სქესობრივი მომწიფების პერიოდში შეიძლება მენსტრუალური, ხოლო შემდგომში კი რეპროდუქციული ფუნქციის სხვადასხვა სახის დარღვევები განუვითარდეთ.

ბავშვობის ასაკში სასქესო სისტემა შედარებით მოსვენებულ მდგომარეობაშია. მხოლოდ გოგონას დაბადებიდან პირველი რამოდენიმე დღის განმავლობაში

პლაცენტის სტეროიდული ჰორმონების (უპირატესად ესტროგენების) გავლენის შეწყვეტის გამო მოსალოდნელია სქესობრივი კრიზის (სისხლიანი გამონადენი საშოდან, ძუძუების გამკვრივება) განვითარება. ბავშვობის ასაკში სასქესო სისტემის ორგანოები თანდათანობით იზრდება, თუმცა ამ ასაკისთვის დამახასიათებელი ტიპური თავისებურებები შენარჩუნებულია: საშვილოსნოს სხეულის ზომებთან შედარებით საშვილოსნოს ყელის ზომის სიჭარბე, საშვილოსნოს ლულების დაკლავნილობა, საკვერცხეებში მომწიფებული ფოლიკულების არარსებობა და ა.შ. ბავშვობის ასაკში მეორადი სასქესო ნიშნები გამოხატული არ არის.

სქესობრივი მომწიფების პერიოდი ხასიათდება შარდ-სასქესო სისტემის ორგანოთა და, უპირველეს ყოვლისა, საშვილოსნოს (უპირატესად მისი სხეულის) შედარებით სწრაფი ზრდით, მეორადი სასქესო ნიშნების გამოვლენითა და განვითარებით, ქალური ტიპის ჩონჩხის (განსაკუთრებით მენჯის) ჩამოყალიბებით, ცხიმის განაწილებით, თმის ზრდით ბოქვენზე, ხოლო შემდეგ ილიის ფოსოებში. პუბერტულ პერიოდზე შედარებით აშკარად მიაჩნება პირველი მენსტრუაცია (მენარქე). როგორც აღენიშნეთ, ჩვენს ქვეყანაში მცხოვრებ გოგონებს პირველი მენსტრუაცია, ძირითადად, 12-14 წლის ასაკში უვითარდებათ. შემდგომი 1/2-1 წლის განმავლობაში მენსტრუაციას შეიძლება არარეგულარული ხასიათი ჰქონდეს, ხოლო ზოგიერთი მენსტრუაცია ოვულაციის გარეშე მიმდინარეობს (ანოვულაციური ციკლი). მენსტრუალური ფუნქციის დაწყება და მოწესრიგება ჰიპოთალამუსის რილიზინგ-ფაქტორების, ჰიპოფიზის გონადოტროპული და საკვერცხის სტეროიდული ჰორმონების ციკლური სეკრეციის გავლენით მიმდინარეობს. საკვერცხის ჰორმონების საშვილოსნოს ლორწოვან გარსზე ზემოქმედება ენდომეტრიუმის დამახასიათებელ ციკლურ ცვლილებებს (პროლიფერაცია, სეკრეცია, დესკვამაცია) იწვევს.

მოზარდობის პერიოდი, ასევე ცნობილია, როგორც გარდამავალი, რადგან ამ დროს ხდება გადასვლა სქესობრივი სიმწიფის პერიოდში — ქალის სასქესო სისტემის ორგანოთა ფუნქციის აყვავება.

სქესობრივი სიმწიფის პერიოდი ყველაზე ხანგრძლივია. საკვერცხეებში ფოლიკულის რეგულარული მომწიფებისა და, ოვულაციის შედეგად, შემდგომი ყვითელი სხეულის განვითარებით, ქალის ორგანიზმში იქმნება ორსულობისთვის აუცილებელი ყველა პირობა. სქესობრივი მომწიფების პერიოდში ქალის სასქესო სისტემის ნორმალურად ფუნქციონირების ყველაზე აშკარა მაჩვენებლებია სპეციფიკური ციკლური ცვლილებები ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში, საკვერცხეებსა და საშვილოსნოში, რაც გარეგნულად რეგულარული მენსტრუაციების სახით მჟღავნდება.

პრემენოპაუზის პერიოდი ხასიათდება მენსტრუალური ფუნქციის შეწყვეტით და სქესობრივი სიმწიფის პერიოდიდან სიბერეში გადასვლით. ამ პერიოდში ქალებს ზოგჯერ აღენიშნებათ მენსტრუალური ფუნქციის სხვადასხვა სახის მოშლილობები, რომლებიც გამოწვეულია სასქესო ორგანოების ფუნქციის მარეგულირებელი ცენტრალური მექანიზმების ასაკობრივი დარღვევებით.

დაბერების პერიოდში ხდება მენსტრუაციის სრული შეწყვეტა, სასქესო ორგანოთა ინვოლუცია და ქალის ორგანიზმის საერთო დაბერება.

წყლის მოხვედრის თავიდან აცილების მიზნით მენსტრუაციის დროს ქალმა არ უნდა მიიღოს აბაზანა, დაბანა დასაშვებია მხოლოდ შაპის ქვეშ.

ქალის სასქესო ორგანოთა ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებები სხვადასხვა ასაკობრივ პერიოდში

ქალის სასქესო სისტემის ასაკობრივი ფუნქციური თავისებურებები მჭიდრო კავშირშია მრავალ ფაქტორთან, უპირველეს ყოვლისა, დიდი მნიშვნელობა აქვს ქალის ცხოვრების პერიოდებს. განასხვავებენ შემდეგ პერიოდებს:

- 1) ანტენატალური ანუ მუცლადყოფნის განვითარების;
- 2) ბავშვობის (დაბადებიდან 9-10 წლამდე);
- 3) პუბერტული ანუ სქესობრივი მომწიფების (9-10-დან 15-16 წლამდე);
- 4) მოზარდობის (16-დან 18 წლამდე);
- 5) სქესობრივი სიმწიფის ანუ რეპროდუქციული (18-დან 40 წლამდე);
- 6) პრემენოპაუზის ანუ გარდამავალი (41-დან 50 წლამდე);
- 7) სიბერის ანუ პოსტმენოპაუზის (მენსტრუალური ფუნქციის მყარი შეწყვეტიდან).

მუცლადყოფნის პერიოდში საფუძველი ეყრება ნაყოფის ყველა ორგანოსა და სისტემის, მათ შორის სასქესო სისტემის განვითარებას და მომწიფებას. ანტენატალურ პერიოდში ხდება საკვერცხეების ჩასახვა და ემბრიონული განვითარება, რომლებიც ქალის ორგანიზმის სასქესო ფუნქციის პოსტნატალური ონტოგენეზის რეგულაციის პროცესში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რგოლია.

მედრობითი სქესის ჩანასახის განვითარების ადრეულ ეტაპზე (ორსულობის მე-8 კვირამდე) მომავალი საკვერცხეების ემბრიონულ ჩანასახში ჩნდება პრიმორდიული გერმინაციული უჯრედები, რომელთაც ოვოგონიები ეწოდება. ორსულობის განვითარებასთან ერთად ოვოგონიები დიფერენცირდებიან ოვოციტებად, ხოლო შემდეგ პირველად ანუ პრიმორდიულ ფოლიკულებად. დასაწყისში ნაყოფის საკვერცხეებში რამდენიმე მილიონი პრიმორდიული ფოლიკული წარმოიქმნება, ხოლო დაბადებისათვის მათი რაოდენობა 400000-500000-მდე მცირდება.

ანტენატალური პერიოდის განმავლობაში სხვადასხვა ფაქტორებმა (ინტოქსიკაციები, მწვავე და ქრონიკული ინფექციები, მაიონიზებული რადიაცია, მედიკამენტური საშუალებები და ა.შ.) ემბრიონზე ან ნაყოფზე შეიძლება დამაზიანებლად იმოქმედოს (ემბრიოპათიული, ტერატოგენური) და გამოიწვიოს სხვადასხვა ორგანოთა და სისტემათა (მათ შორის სასქესო ორგანოების) განვითარების მანკები. განვითარების ასეთი თანდაყოლილი ანომალიები შეიძლება გახდეს ქალის ორგანიზმის სპეციფიკურ ფუნქციათა დარღვევების მიზეზი. ემბრიონული განვითარების დარღვევამ, რომელიც შეიძლება მოხდეს ზემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორების ზეგავლენით, შეიძლება გამოიწვიოს მენსტრუალური ციკლის რეგულაციის სხვადასხვა რგოლის დაზიანება. ამის შედეგად გოგონებს სქესობრივი მომწიფების პერიოდში შეიძლება მენსტრუალური, ხოლო შემდგომში კი რეპროდუქციული ფუნქციის სხვადასხვა სახის დარღვევები განუვითარდეთ.

ბავშვობის ასაკში სასქესო სისტემა შედარებით მოსვენებულ მდგომარეობაშია. მხოლოდ გოგონას დაბადებიდან პირველი რამოდენიმე დღის განმავლობაში

პლაცენტის სტეროიდული ჰორმონების (უპირატესად ესტროგენების) გავლენის შეწყვეტის გამო მოსალოდნელია სქესობრივი კრიზის (სისხლიანი გამონადენი საშოდან, ძუძუების გამკვრივება) განვითარება. ბავშვობის ასაკში სასქესო სისტემის ორგანოები თანდათანობით იზრდება, თუმცა ამ ასაკისთვის დამახასიათებელი ტიპური თავისებურებები შენარჩუნებულია: საშვილოსნოს სხეულის ზომებთან შედარებით საშვილოსნოს ყელის ზომის სიჭარბე, საშვილოსნოს ლულების დაკლაკნილობა, საკვერცხეებში მომწიფებული ფოლიკულების არარსებობა და ა.შ. ბავშვობის ასაკში მეორადი სასქესო ნიშნები გამოხატული არ არის.

სქესობრივი მომწიფების პერიოდი ხასიათდება შარდ-სასქესო სისტემის ორგანოთა და, უპირველეს ყოვლისა, საშვილოსნოს (უპირატესად მისი სხეულის) შედარებით სწრაფი ზრდით, მეორადი სასქესო ნიშნების გამოვლენითა და განვითარებით, ქალური ტიპის ჩონჩხის (განსაკუთრებით მენჯის) ჩამოყალიბებით, ცხიმის განაწილებით, თმის ზრდით ბოქვენზე, ხოლო შემდეგ ილიის ფოსოებში. პუბერტულ პერიოდზე შედარებით აშკარად მიაწინებს პირველი მენსტრუაცია (მენარქე). როგორც აღნიშნეთ, ჩვენს ქვეყანაში მცხოვრებ გოგონებს პირველი მენსტრუაცია, ძირითადად, 12-14 წლის ასაკში უვითარდებათ. შემდგომი $\frac{1}{2}$ -1 წლის განმავლობაში მენსტრუაციას შეიძლება არარეგულარული ხასიათი ჰქონდეს, ხოლო ზოგიერთი მენსტრუაცია ოვეულაციის გარეშე მიმდინარეობს (ანოვულაციური ციკლი). მენსტრუალური ფუნქციის დაწყება და მოწესრიგება ჰიპოთალამუსის რილიზინგ-ფაქტორების, ჰიპოფიზის გონადოტროპული და საკვერცხის სტეროიდული ჰორმონების ციკლური სეკრეციის გავლენით მიმდინარეობს. საკვერცხის ჰორმონების საშვილოსნოს ლორწოვან გარსზე ზემოქმედება ენდომეტრიუმის დამახასიათებელ ციკლურ ცვლილებებს (პროლიფერაცია, სეკრეცია, დესკვამაცია) იწვევს.

მოზარდობის პერიოდი ასევე ცნობილია, როგორც გარდამავალი, რადგან ამ დროს ხდება გადასვლა სქესობრივი სიმწიფის პერიოდში — ქალის სასქესო სისტემის ორგანოთა ფუნქციის აყვავება.

სქესობრივი სიმწიფის პერიოდი ყველაზე ხანგრძლივია. საკვერცხეებში ფოლიკულის რეგულარული მომწიფებისა და, ოვეულაციის შედეგად, შემდგომი ყვითელი სხეულის განვითარებით, ქალის ორგანიზმში იქმნება ორსულობისთვის აუცილებელი ყველა პირობა. სქესობრივი მომწიფების პერიოდში ქალის სასქესო სისტემის ნორმალურად ფუნქციონირების ყველაზე აშკარა მაჩვენებლებია სპეციფიკური ციკლური ცვლილებები ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში, საკვერცხეებსა და საშვილოსნოში, რაც გარეგნულად რეგულარული მენსტრუაციების სახით მჟღავნდება.

პრემენოპაუზის პერიოდი ხასიათდება მენსტრუალური ფუნქციის შეწყვეტით და სქესობრივი სიმწიფის პერიოდთან სიბერეში გადასვლით. ამ პერიოდში ქალებს ზოგჯერ აღნიშნებათ მენსტრუალური ფუნქციის სხვადასხვა სახის მოშლილობები, რომლებიც გამოწვეულია სასქესო ორგანოების ფუნქციის მარეგულირებელი ცენტრალური მექანიზმების ასაკობრივი დარღვევებით.

დაბერების პერიოდში ხდება მენსტრუაციის სრული შეწყვეტა, სასქესო ორგანოთა ინვოლუცია და ქალის ორგანიზმის საერთო დაბერება.

გინეკოლოგიურ დაავადებათა სიხშირე მჭიდრო კავშირშია ქალის ცხოვრების ასაკობრივ პერიოდებთან. ასე მაგალითად, ბავშვობის პერიოდში შედარებით ხშირია გარეთა სასქესო ორგანოებისა და საშოს ანთებითი პროცესები. სქესობრივი მომწიფების პერიოდი გამოირჩევა საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენებისა და მენსტრუალური ფუნქციის სხვა დარღვევების გახშირებით. სქესობრივი მომწიფების პერიოდში ხშირია სასქესო ორგანოთა ანთებითი დაავადებები, კისტები, მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა გენეზის დარღვევები, უნაყოფობა. ამ პერიოდის ბოლოს იზრდება სასქესო ორგანოების კეთილთვისებიან და ავთვისებიან სიმსივნეთა სიხშირე. პრემენოპაუზის პერიოდში უფრო იშვიათად გვხვდება ანთებითი პროცესები, მაგრამ მნიშვნელოვნად იზრდება სიმსივნურ პროცესთა და მენსტრუალური ფუნქციის (კლიმაქტერული სისხლდენა) დარღვევათა სიხშირე. პოსტმენოპაუზაში წინა პერიოდებთან შედარებით უფრო ხშირია სასქესო ორგანოთა დაწვევა და გამოვარდნა, სიმსივნური პროცესები, განსაკუთრებით ავთვისებიანი. გინეკოლოგიურ დაავადებათა ასაკობრივი სპეციფიკურობა, ძირითადად, განპირობებულია ქალის ცხოვრების ცალკეულ პერიოდებთან დაკავშირებული ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებებით.

გინეკოლოგიურ დაავადებათა პროექტები. გენერალური ზოგადი პრინციპები და მეთოდები

გინეკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკა და მკურნალობა შეუძლებელია ანამნეზის მონაცემებისა და ქალის სასქესო ორგანოთა დაავადებების ძირითადი კლინიკური გამოვლინებების სწორი შეფასების გარეშე.

გინეკოლოგიურ პაციენტთა გამოკვლევა შედგება გამოკითხვისა (ანამნეზის მონაცემები) და პაციენტის ობიექტური გამოკვლევისგან.

გამოკითხვის სქემა (ანამნეზის შეგროვება)

ანამნეზის შეგროვებისას აუცილებელია შემდეგი მონაცემების გარკვევა:

1) საპასპორტო მონაცემები. თავიდან საჭიროა პაციენტის შესახებ ზოგადი მონაცემების (გვარი, სახელი, მამის სახელი, ასაკი, პროფესია, ოჯახური მდგომარეობა, შრომისა და საყოფაცხოვრებო პირობები) გარკვევა;

2) პაციენტის ჩივილები. უნდა გაირკვეს, თუ რამ აიძულა პაციენტი მიემართა ექიმისთვის;

3) მემკვიდრეობა. ყურადღება უნდა მიექცეს სავარაუდო მემკვიდრეობით დაავადებებს მშობლების, უახლოესი ნათესავების მხრიდან;

4) გადატანილი დაავადებები. გადატანილ ბავშვთა ინფექციებზე, ექსტრაგენიტალურ და გინეკოლოგიურ დაავადებებზე გამოკითხვისას ყურადღება უნდა მივაქციოთ მათი განვითარების დროს, მიმდინარეობის ხანგრძლივობას, დაავადების შესაძლო რეციდივებს, მათ გავლენას სასქესო ორგანოების ფუნქციაზე, სამკურნალო ღონისძიებათა თავისებურებებს სტაციონარისა და პოლიკლინიკის პირობებში. ქირურგიული ჩარევის არსებობის შემთხვევაში უნდა დაზუსტდეს ოპერაციის ხასიათი;

5) სასქესო სისტემის ფუნქციები. საჭიროა დაწვრილებითი მონაცემების შეგროვება ქალის ორგანიზმის სპეციფიკურ – მენსტრუალურ, სასქესო, რეპროდუქციულ და სეკრეციულ ფუნქციებზე;

6) უნდა გაირკვეს იმ ორგანოთა ფუნქციები, რომლებიც ანატომიურად და ფუნქციურად დაკავშირებულია სასქესო ორგანოებთან. დგინდება საშარდე გზებისა და სწორი ნაწლავის ფუნქციები;

7) მიმდინარე დაავადების ისტორია. გამოკითხვა მთავრდება ამ დაავადების ისტორიის დადგენით, რომელიც ქრონოლოგიური თანმიმდევრობით ანალიზდება.

იმის გამო, რომ ანამნეზის ზოგიერთ ნაწილს დიდი მნიშვნელობა აქვს გინეკოლოგიური კლინიკისთვის, ამ მონაცემებზე უფრო დაწვრილებით განვიხილავთ.

ასაკი. გინეკოლოგიური დაავადებების უმრავლესობა დამახასიათებელია გარკვეული ასაკისათვის. ბავშვობაში (8 წლამდე) ხშირია ვულვოვაგინიტები. სქესობრივი მომწიფების პერიოდს შეიძლება თან ახლდეს მენსტრუალური ფუნქციის ჩამოყალიბების დარღვევები, მათ შორის საშვილოსნოს იუვენილური სისხლდენები. სქესობრივი სიმწიფის პერიოდში შედარებით ხშირად აღინიშნება შიგნითა სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები. პრემენოპაუზის პერიოდში

მენსტრუალური ციკლის რეგულაციის უმნიშვნელოვანესი რგოლების დარღვევას ხშირად თან ახლავს საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენები, სასქესო სისტემის კიბოსწინარე დაავადებები და კიბო. სიბერეში ხშირად გვხვდება სასქესო ორგანოების დაწევა და გამოვარდნა.

შრომისა და საყოფაცხოვრებო პირობები. პაციენტის პროფესია, შრომისა და საყოფაცხოვრებო პირობები დეტალურ შესწავლას მოითხოვს, ვინაიდან ისინი ზოგჯერ შეიძლება ამა თუ იმ დაავადების მიზეზი გახდნენ და ხელი შეუწყონ რეციდივის განვითარებას. ზუსტდება პაციენტის სამუშაოს ხასიათი, მოსალოდნელი პროფესიული მავნე ფაქტორები (ვიბრაცია, დამტვერიანება საწარმოში, სიმძიმეების აწევა, სხვადასხვა ქიმიური მავნე ფაქტორები, გადაცივება, გადახურება, მაიონიზებული გამოსხივება და ა.შ.), ღამის სამუშაო, სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები საწარმოში. ცუდმა საყოფაცხოვრებო პირობებმა (სიმძიმეების აწევა, გადაცივება, გადახურება, განსაკუთრებით მშობიარობისა და აბორტის შემდგომ პერიოდში) შეიძლება ხელი შეუწყონ ქალის სასქესო ორგანოთა სხვადასხვა დაავადებების განვითარებას და მათი მიმდინარეობის დამძიმებას.

კვება. ბავშვობაში მიღებული სრულფასოვანი კვება მოზარდი გოგონას სწორი განვითარების საწინდარია, იგი ხელს უწყობს მენსტრუაციის დროულ განვითარებას, ხოლო შემდგომში კი ნორმალურ რეპროდუქციულ ფუნქციას. როგორც გადაჭარბებული კვება, ასევე საკვების მიღების მნიშვნელოვანი შეზღუდვა უარყოფით ზემოქმედებას ახდენს ქალის ორგანიზმის სპეციფიკურ ფუნქციებზე. რეგულარული, მაღალკალორიული კვება, რომელიც ცილების, ცხიმების, ნახშირწყლების, ვიტამინებისა და მიკროელემენტების აუცილებელ რაოდენობას შეიცავს, ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პირობაა ქალის ორგანიზმის მრავალი ორგანოსა და სისტემის ნორმალური ფუნქციონირებისათვის.

გამოკითხვისას აუცილებელია, აგრეთვე, დავაზუსტოთ ცნობები მავნე ჩვევების არსებობაზე (ალკოჰოლიზმი, თამბაქოს წევა, ნარკომანია და ა.შ.), ზოგიერთი მედიკამენტური საშუალებების აუტანლობაზე (ალერგიული რეაქციები).

გინეკოლოგიურ პაციენტთა ძირითადი ჩივილებია სისხლდენა, ტკივილები, თეთრად შლა, რეპროდუქციული ფუნქციის დარღვევა. ამ ჩივილების შესწავლისას მიზანშეწონილია, დასაწყისში მოკლე ცნობებით შემოვიფარგლოთ, ხოლო შემდეგ გადავიდეთ ქალის ორგანიზმის სპეციფიკურ ფუნქციათა თავისებურებების დადგენაზე.

მენსტრუალური ფუნქცია. თავდაპირველად აზუსტებენ პირველი მენსტრუაციის (მენარქეს) დროს, მენსტრუაცია თავიდანვე ჩამოყალიბდა თუ გარკვეული დროის შემდეგ, არკვევენ მენსტრუალური სისხლდენის ხანგრძლივობას; ტკივილების არსებობას, მენსტრუაციის რითმულობას, შეიცვალა თუ არა მენსტრუაციები სქესობრივი ცხოვრების დაწყების, მშობიარობის, აბორტების შემდეგ. როგორია მენსტრუაციის ხასიათი ამჟამად, როდის იყო ბოლო მენსტრუაცია და მისი თავისებურებები (იხ. მეოთხე თავი).

მენსტრუალური ფუნქცია ქალის რეპროდუქციული სისტემის უმნიშვნელოვანესი ფუნქციაა და მიუთითებს, როგორც თვით სისტემის სრულფასოვნებაზე, ისე მთლიანად ქალის ჯანმრთელობაზე. ამიტომ მენსტრუალური ფუნქციის ხასიათს გინეკოლოგიურ პაციენტთა გამოკითხვისას უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება.

მენტრუალური ფუნქციის თავისებურებების დადგენისას აუცილებელია ყურადღება გავამახვილოთ შემდეგ მონაცემებზე:

- ა) რა ასაკში დაიწყო პირველი მენტრუაცია და როგორი იყო მისი ხასიათი;
- ბ) რამდენი ხნის შემდეგ დაჩეულები და მენტრუალური ციკლი;
- გ) როგორია მენტრუალური ციკლის ხანგრძლივობა;
- დ) რამდენი დღე გრძელდება მენტრუაცია და როგორია სისხლის დანაკარგი;
- ე) შეიცვალა თუ არა მენტრუალური ციკლის ხასიათი სქესობრივი ცხოვრების დაწყების, აბორტების, მშობიარობების შემდეგ;
- ვ) როდის იყო ბოლო ნორმალური მენტრუაცია;
- ზ) შეიცვალა თუ არა მენტრუალური ციკლის ხასიათი მიმდინარე გინეკოლოგიური დაავადების გამო.

ამჟამად აქსელერაციასთან (სქესობრივი მომწიფების დაჩქარებასთან) დაკავშირებით პირველი მენტრუაცია ჩვენს ქვეყნაში გოგონებს საშუალოდ 12-14 წლის ასაკში აქვთ. მენტრუაციის უფრო ადრე დაწყება (11 და ნაკლები წელი) ადრეულ სქესობრივ მომწიფებაზე ან საკვერცხის პორმონულად აქტიური სიმსივნის განვითარებაზე მიუთითებს. მენტრუაციის დაწყება 15 წლის და უფრო მოგვიანებით ასაკში შეიძლება გამოწვეული იყოს სასქესო ორგანოების ინფანტილიზმით (განუვითარებლობა).

რითმული მენტრუალური ციკლი, ძირითადად, პირველი მენტრუაციიდან რამდენიმე თვის შემდეგ ყალიბდება. ციკლის ჩამოყალიბების გაჭინურება (6 თვე და მეტი) სისტემის რეგულაციის არასრულფასოვნებაზე მიუთითებს, რაც ხშირია სასქესო ორგანოთა განუვითარებლობის დროს.

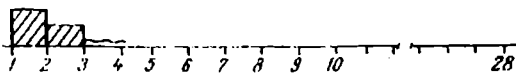
ქალების უმრავლესობაში მენტრუალური ციკლი 28-30 დღიანია. ზოგჯერ ეს ციკლი შემოკლებულია (23-25 დღე), ან პირიქით, გახანგრძლივებული (30 დღეზე მეტი). ამგვარი მენტრუალური ციკლი, თუ იგი რეპროდუქციული სისტემის დარღვევის (უნაყოფობა და ა.შ.) გარეშე მიმდინარეობს, ფიზიოლოგიური ნორმის ვარიანტად ითვლება.

დიდი მნიშვნელობა აქვს მენტრუაციის ხანგრძლივობას და დაკარგული სისხლის რაოდენობას. უფრო ხშირად მენტრუაცია 3-დან 5 დღემდე გრძელდება. ხოლო დაკარგული სისხლის რაოდენობა უმნიშვნელოა (არ არის სისხლის კოლტები). მენტრუალური სისხლდენის შემოკლება ან გახანგრძლივება, ასევე მცირე ან უხვი მენტრუაციის არსებობა ზოგიერთი გინეკოლოგიური და ორგანიზმის ზოგადი დაავადებების სიმპტომებს წარმოადგენს.

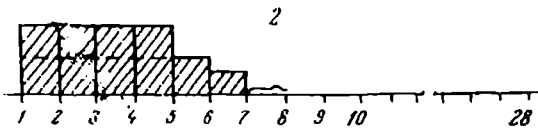
მენტრუალური ციკლის შეცვლა აბორტების ან მშობიარობის შემდეგ, ძირითადად, ანთებითი დაავადებების ან ნეიროენდოკრინული დარღვევების შედეგად ვითარდება. ასეთი პაციენტები საჭიროებენ დეტალურ კლინიკურ და ლაბორატორიულ გამოკვლევებს.

მენტრუალური ციკლის ყველა სხვადასხვა სახის დარღვევა შეიძლება შემდეგ ძირითად სახეობებად დაყვით: ამენორეა და პიპომენტრუალური სინდრომი, მენორაგია, მეტრორაგია და ალგოდისმენორეა.

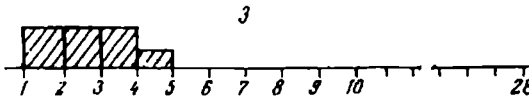
ამენორეა — მენტრუაციის არარსებობა — შეიძლება აღინიშნებოდეს სქესობრივი მომწიფების პერიოდამდე, ორსულობისა და ლაქტაციის დროს. ამენორეის ეს სახეობები ფიზიოლოგიურია, მისი საპირისპიროა ე.წ. პათოლოგიური ამენორეა, რომელიც ქალებში სქესობრივი სიმწიფის პერიოდში ჩნდება და დაკავშირებულია სხვადასხვა გენეზის ზოგად და გინეკოლოგიურ დაავადებასთან.



ციკლის დღეები



ციკლის დღეები



ციკლის დღეები

სურ. 8. მენორაგია. 1) ჰიპომენორეის დროს; 2) ჰიპომენორაგიის დროს; 3) სისხლის ფიზიოლოგიური დანაკარგის დროს.

ჰიპომენსტრუალური სინდრომი მენსტრუალური სისხლდენის შემცირებით (ჰიპომენორეა), შემოკლებით (ოლიგომენორეა) და გაიშვიათებით (ოპსომენორეა) გამოიხატება (სურ. 8). იგი, ძირითადად, იმავე დაავადებების დროს ჩნდება, როგორც პათოლოგიური ამენორეა.

მენორაგია მენსტრუალურ ციკლთან დაკავშირებული სისხლდენაა. მენორაგია ციკლური ხასიათისა და

გამოიხატება მენსტრუაციის დროს სისხლის დანაკარგის მომატებით (ჰიპერმენორეა), მენსტრუალური სისხლდენის გახანგრძლივებით (პოლიმენორეა) და მათი რითმის დარღვევებით — შემოკლებით — (პროიომენორეა). უფრო ხშირად ეს დარღვევები შერწყმულია. მენორაგიის განვითარება შეიძლება დამოკიდებული იყოს, როგორც ანთებითი პროცესებისა (ენდო- და მიომეტრიტები) და სიმსივნეების (საშვილოსნოს მიომა) შედეგად განვითარებულ საშვილოსნოს კუმშვადობის დაქვეითებაზე, ასევე საკვერცხეების ფუნქციის დარღვევაზე, რაც დაკავშირებულია ფოლიკულისა და ყვითელი სხეულის არასწორ მომწიფებასთან ან ოვულაციასთან (იხ. მეოთხე თავი).

მეტრორაგია საშვილოსნოს აციკლური სისხლდენაა, რომელიც არ არის დაკავშირებული მენსტრუალურ ციკლთან და, ძირითადად, საკვერცხის ფუნქციის სხვადასხვა სახის მოშლისას ვითარდება. მაგალითად, ოვულაციის პროცესების დარღვევის (საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენა), საშვილოსნოს ლორწოვან მიომის ან საშვილოსნოს სხეულისა და ყელის კიბოს განვითარების, საკვერცხეების ჰორმონულად აქტიური სიმსივნეებისა და ზოგიერთი სხვა დაავადებების შედეგად.

ალგოდიმენორეა მტკივნეული მენსტრუაციაა. ტკივილი, ძირითადად, მენსტრუალური სისხლდენის დასაწყისში აღინიშნება, იშვიათად კი — მთელი მენსტრუაციის განმავლობაში. მტკივნეული მენსტრუაცია სასქესო ორგანოების განუვითარებლობის (ინფანტილიზმი), საშვილოსნოს არასწორი მდებარეობის, ენდომეტრიოზის, შიგნითა სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებების და ა.შ. შედეგია.

სქესობრივი ფუნქცია. სქესობრივი ფუნქციის გამოკვლევისას უნდა გავარკვიოთ სქესობრივ ცხოვრებასთან დაკავშირებული საკითხები, როგორია სქესობრივი ლტოლვა (ლიბიდო) და დაკმაყოფილების გრძნობა (ორგაზმი). სქესობრივი ლტოლვისა და დაკმაყოფილების არარსებობა ან შესუსტება აღენიშნებათ ინფანტილიზმის, გადატანილი ან თანმხლები მძიმე ექსტრაგენიტალური ან გინეკოლოგიური დაავადებების შემთხვევაში. შემდეგ აზუსტებენ, ხომ არ აღინიშნება სქესობრივი ფუნქციის დარღვევები:

- ა) ტკივილი სქესობრივი აქტის დროს;
- ბ) კონტაქტური სისხლდენები;

გ) სქესობრივი აქტის გაძნელება ან ჩატარების შეუძლებლობა.

მტკივნეული სქესობრივი აქტი აღინიშნება ქრონიკული ანთებითი დაავადებების, სასქესო ორგანოთა ჰიპოპლაზიის, ენდომეტრიოზისა და ვაგინიზმის (ნერვულ-ფსიქიკური ხასიათის დაავადება) დროს.

კონტრაცეპტური სისხლდენა სქესობრივი აქტის შემდეგ შეიძლება განპირობებული იყოს საშვილოსნოს ყელის ქსოვილის დაზიანებით, რაც საშვილოსნოს ყელის კიბოს ახასიათებს. ზოგჯერ ასეთი სისხლიანი გამონადენი აღინიშნება ფსევდოეროზიებისა და კოლპიტების დროს.

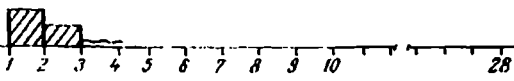
სქესობრივი აქტის გაძნელება ან შეუძლებლობა აღინიშნება საშოს ნაწიბუროვანი შევიწროების ან მისი ანომალიის დროს.

სასქესო ფუნქციის დახასიათებისას აუცილებელია გავარკვეოთ, იღებს თუ არა ქალი ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებებს, იცავს თუ არა თავს ორსულობისაგან. თუ ქალი თავს იცავს ორსულობისაგან, არკვევენ კონტრაცეფციის მეთოდს (მექანიკური, ქიმიური, საშვილოსნოსშიდა საშუალებები, ორალური კონტრაცეპტივები). კონტრაცეფციული საშუალებების ხასიათის მიხედვით, ზოგჯერ შეიძლება მენსტრუალური ციკლის დარღვევის მიზეზის დადგენა. ასევე, ჰორმონული ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებების მიღებისას მენსტრუაციათა შორის სისხლიანი გამონადენის არსებობა უშუალოდ ჰორმონული პრეპარატის სახეს უკავშირდება და არა სხვა მიზეზს. საშვილოსნოსშიდა საშუალებების გამოყენების დროს ზოგჯერ აღინიშნება მენსტრუაციის გაძლიერება, გახანგრძლივება და სხვ.

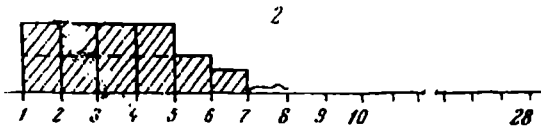
რეპროდუქციული ფუნქცია. ქალის რეპროდუქციული ფუნქციის დახასიათებას დიდი მნიშვნელობა აქვს გინეკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკისათვის. თავიდან არკვევენ, თუ სქესობრივი ცხოვრების დაწყებიდან როდის განვითარდა ორსულობა (სასქესო ორგანოთა განუვითარებლობის შემთხვევაში, პირველი ორსულობა რამდენიმე წლის შემდეგ დგება), ადგენენ შემდეგ ორსულობათა რაოდენობას, მათ მიმდინარეობას და შედეგს. განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა ორსულობის, მშობიარობის, მშობიარობის შემდგომი პერიოდის გართულებებს, ლაქტაციის ხასიათს. აზუსტებენ აბორტების რაოდენობას, ორსულობის რა ვადაზე ხდებოდა მათი შეწყვეტა, იყო თუ არა გართულებები აბორტის დროს და შემდეგ. მშობიარობისა და აბორტის შემდგომი პერიოდის გართულებები სასქესო ორგანოთა ანთებითი დაავადებებისა და უშვილობის ხშირი მიზეზია.

სამშობიარო გზების რბილი ქსოვილების (საშვილოსნოს ყელის, საშოს) ტრავმებმა შემდგომში შეიძლება გამოიწვიოს სხვადასხვა დაავადების განვითარება. მაგ.: ყელის ნახეთქები ხელს უწყობს მის დეფორმაციას, საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის შემდგომი გაღმობრუნებით, რაც ხელსაყრელ ფონს ქმნის საშვილოსნოს ყელის კიბოსწინარე მდგომარეობების განვითარებისთვის. ცუდად აღდგენილი საშოს ნახეთქების შემთხვევაში ხანდაზმულ ასაკში შეიძლება სასქესო ორგანოთა დაწვევა და გამოვარდნა.

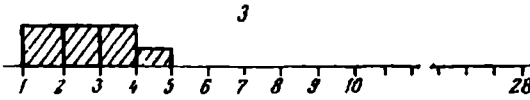
სეკრეტული ფუნქცია ქალის სასქესო ორგანოთა მდგომარეობის მნიშვნელოვან მაჩვენებელს წარმოადგენს. ჯანმრთელ ქალში სეკრეტი სასქესო სისტემის სხვადასხვა ორგანოს მიერ გამოიყოფა (საშვილოსნოს ლულები, საშვილოსნო, საშო, საშოს კარიბჭე) და ლორწოვანი გარსების ფიზიოლოგიურ დანამკვას ემსა-



ციკლის დღეები



ციკლის დღეები



ციკლის დღეები

სურ. 8. მენორაჟა. 1) ჰიპომენორეის დროს; 2) ჰიპომენორაჟის დროს; 3) სისხლის ფიზიოლოგიური დანაკარგის დროს.

ჰიპომენსტრუალური სინდრომი მენსტრუალური სისხლდენის შემცირებით (ჰიპომენორეა), შემოკლებით (ოლიგომენორეა) და გაიშვიათებით (ოპსომენორეა) გამოიხატება (სურ. 8). იგი, ძირითადად, იმავე დაავადებების დროს ჩნდება, როგორც პათოლოგიური ამენორეა.

მენორაჟა მენსტრუალურ ციკლთან დაკავშირებული სისხლდენაა. მენორაჟები ციკლური ხასიათისაა და

გამოიხატება მენსტრუაციის დროს სისხლის დანაკარგის მომატებით (ჰიპერმენორეა), მენსტრუალური სისხლდენის გახანგრძლივებით (პოლიმენორეა) და მათი რითმის დარღვევებით — შემოკლებით — (პროიომენორეა). უფრო ხშირად ეს დარღვევები შერწყმულია. მენორაჟის განვითარება შეიძლება დამოკიდებული იყოს, როგორც ანთებითი პროცესებისა (ენდო- და მიომეტრიტები) და სიმსივნეების (საშვილოსნოს მიომა) შედეგად განვითარებულ საშვილოსნოს კუმშვადობის დაქვეითებაზე, ასევე საკვერცხეების ფუნქციის დარღვევაზე, რაც დაკავშირებულია ფოლიკულისა და ყვითელი სხეულის არასწორ მომწიფებასთან ან ოვულაციასთან (იხ. მეოთხე თავი).

მეტრორაჟა საშვილოსნოს აციკლური სისხლდენაა, რომელიც არ არის დაკავშირებული მენსტრუალურ ციკლთან და, ძირითადად, საკვერცხის ფუნქციის სხვადასხვა სახის მოშლისას ვითარდება. მაგალითად, ოვულაციის პროცესების დარღვევის (საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენა), საშვილოსნოს ლორწოქვეშა მიომის ან საშვილოსნოს სხეულისა და ყელის კიბოს განვითარების, საკვერცხეების ჰორმონულად აქტიური სიმსივნეებისა და ზოგიერთი სხვა დაავადებების შედეგად.

ალგოდიმენორეა მტკივნეული მენსტრუაციაა. ტკივილი, ძირითადად, მენსტრუალური სისხლდენის დასაწყისში აღინიშნება, იშვიათად კი — მთელი მენსტრუაციის განმავლობაში. მტკივნეული მენსტრუაცია სასქესო ორგანოების განუვითარებლობის (ინფანტილიზმი), საშვილოსნოს არასწორი მდებარეობის, ენდომეტრიოზის, შიგნითა სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებების და ა.შ. შედეგია.

სქესობრივი ფუნქცია. სქესობრივი ფუნქციის გამოკვლევისას უნდა გავარკვიოთ სქესობრივ ცხოვრებასთან დაკავშირებული საკითხები, როგორია სქესობრივი ლტოლვა (ლიბიდო) და დაკმაყოფილების გრძნობა (ორგაზმი). სქესობრივი ლტოლვისა და დაკმაყოფილების არარსებობა ან შესუსტება აღინიშნებათ ინფანტილიზმის, გადატანილი ან თანმხლები მძიმე ექსტრაგენიტალური ან გინეკოლოგიური დაავადებების შემთხვევაში. შემდეგ აზუსტებენ, ხომ არ აღინიშნება სქესობრივი ფუნქციის დარღვევები:

- ა) ტკივილი სქესობრივი აქტის დროს;
- ბ) კონტაქტური სისხლდენები;

გ) სქესობრივი აქტის გაძნელება ან ჩატარების შეუძლებლობა.

მტკივნეული სქესობრივი აქტი აღინიშნება ქრონიკული ანთებითი დაავადებების, სასქესო ორგანოთა ჰიპოპლაზიის, ენდომეტრიოზისა და ვაგინიზმის (ნერვულ-ფსიქიკური ხასიათის დაავადება) დროს.

კონტაქტური სისხლდენა სქესობრივი აქტის შემდეგ შეიძლება განპირობებული იყოს საშვილოსნოს ყელის ქსოვილის დაზიანებით, რაც საშვილოსნოს ყელის კიბოს ახასიათებს. ზოგჯერ ასეთი სისხლიანი გამონადენი აღინიშნება ფსევდოეროზიებისა და კოლპიტების დროს.

სქესობრივი აქტის გაძნელება ან შეუძლებლობა აღინიშნება საშოს ნაწიბუროვანი შევიწროების ან მისი ანომალიის დროს.

სასქესო ფუნქციის დახასიათებისას აუცილებელია გავარკვიოთ, იღებს თუ არა ქალი ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებებს, იცავს თუ არა თავს ორსულობისაგან. თუ ქალი თავს იცავს ორსულობისაგან, არკვევენ კონტრაცეფციის მეთოდს (მექანიკური, ქიმიური, საშვილოსნოსშიდა საშუალებები, ორალური კონტრაცეპტივები). კონტრაცეფციული საშუალებების ხასიათის მიხედვით, ზოგჯერ შეიძლება მენსტრუალური ციკლის დარღვევის მიზეზის დადგენა. ასევე, ჰორმონული ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებების მიღებისას მენსტრუაციათა შორის სისხლიანი გამონადენის არსებობა უშუალოდ ჰორმონული პრეპარატის სახეს უკავშირდება და არა სხვა მიზეზს. საშვილოსნოსშიდა საშუალებების გამოყენების დროს ზოგჯერ აღინიშნება მენსტრუაციის გაძლიერება, გახანგრძლივება და სხვ.

რეპროდუქციული ფუნქცია. ქალის რეპროდუქციული ფუნქციის დახასიათებას დიდი მნიშვნელობა აქვს გინეკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკისათვის. თავიდან არკვევენ, თუ სქესობრივი ცხოვრების დაწყებიდან როდის განვითარდა ორსულობა (სასქესო ორგანოთა განუვითარებლობის შემთხვევაში, პირველი ორსულობა რამდენიმე წლის შემდეგ დგება), ადგენენ შემდეგ ორსულობათა რაოდენობას, მათ მიმდინარეობას და შედეგს. განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა ორსულობის, მშობიარობის, მშობიარობის შემდგომი პერიოდის გართულებებს, ლაქტაციის ხასიათს. აზუსტებენ აბორტების რაოდენობას, ორსულობის რა ვადაზე ხდებოდა მათი შეწყვეტა, იყო თუ არა გართულებები აბორტის დროს და შემდეგ. მშობიარობისა და აბორტის შემდგომი პერიოდის გართულებები სასქესო ორგანოთა ანთებითი დაავადებებისა და უშვილობის ხშირი მიზეზია.

სამშობიარო გზების რბილი ქსოვილების (საშვილოსნოს ყელის, საშოს) ტრავმებმა შემდგომში შეიძლება გამოიწვიოს სხვადასხვა დაავადების განვითარება. მაგ.: ყელის ნახეთქები ხელს უწყობს მის დეფორმაციას, საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის შემდგომი გადმობრუნებით, რაც ხელსაყრელ ფონს ქმნის საშვილოსნოს ყელის კიბოსწინარე მდგომარეობების განვითარებისთვის. ცუდად აღდგენილი საშოს ნახეთქების შემთხვევაში ხანდაზმულ ასაკში შეიძლება სასქესო ორგანოთა დაწევა და გამოვარდნა.

სეკრეტული ფუნქცია ქალის სასქესო ორგანოთა მდგომარეობის მნიშვნელოვან მაჩვენებელს წარმოადგენს. ჯანმრთელ ქალში სეკრეტი სასქესო სისტემის სხვადასხვა ორგანოს მიერ გამოიყოფა (საშვილოსნოს ლულები, საშვილოსნო, საშო, საშოს კარიბჭე) და ლორწოვანი გარსების ფიზიოლოგიურ დანამავს ემსა-

ხურება. ხშირად, სეკრეტის შემადგენლობა და რაოდენობა გინეკოლოგიური დაავადებების დროს იცვლება. ქალის სასქესო ორგანოებიდან პათოლოგიურ გამონადენს თეთრად შლა ეწოდება.

თეთრად შლა შეიძლება იყოს, როგორც გინეკოლოგიური დაავადებების სიმპტომი, აგრეთვე, ისეთი პათოლოგიური პროცესის გამოვლენაც, რომელიც უშუალოდ არ არის დაკავშირებული სასქესო სისტემასთან. დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს მომატებული სეკრეციის წყაროს დადგენას, რაც აუცილებელია ტოპიკური დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისთვის. თეთრად შლა შეიძლება დაკავშირებული იყოს სასქესო სისტემის სხვადასხვა ნაწილის (გარეთა სასქესო ორგანოების, საშოს, საშვილოსნოს ყელისა და ტანის, საშვილოსნოს ლულების) პათოლოგიასთან. აქედან გამომდინარე, განასხვავებენ ვესტიბულურ, საშოს, ყელის, საშვილოსნოსა და საშვილოსნოს მილის თეთრად შლას.

ვესტიბულური თეთრად შლა, ძირითადად, განპირობებულია გარეთა სასქესო ორგანოების, საშოს კარბუკის დიდი ჭირკვლების ანთებითი პროცესებით. ხშირად აღინიშნება სასქესო სისტემის ზემდებარე ნაწილების ანთებითი დაავადებების დროს, როდესაც ანთებით პროცესში მეორადად ჩაერთვება ვულვა.

საშოს თეთრად შლა ძალიან გავრცელებულია. საშოს მომატებული სეკრეცია შეიძლება განპირობებული იყოს ადგილობრივი ინფექციით, ჭიების ინვაზიით (ბავშვთა ასაკში), საშოში უცხო სხეულის არსებობით, შარდ-სასქესო ან ნაწლავ-სასქესო ფისტულის არსებობით, ექსტრაგენიტალური დაავადებებით (დიაბეტი, გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგია და სხვ.).

საშოს გამონადენის შესასწავლად იყენებენ ბაქტერიოლოგიურ (შეღებილი ნაცხის გამოკვლევა) და კულტურალურ (საკვებ ნიადაგზე საშოს მიკროფლორის კულტივირების) მეთოდებს. პრაქტიკულად, ძირითადად, საკმარისია საშოს გამონადენის ბაქტერიოსკოპული გამოკვლევა, რომლის საშუალებით შეიძლება დავადგინოთ გამოწვევის სახეობა. საექვო შემთხვევებში მიმართავენ დათესვას.

საშოს ნაცხის ბაქტერიოსკოპიის საფუძველზე განასხვავებენ საშოს შიგთავსის სისუფთავის 4 ხარისხს: **I ხარისხის** დროს საშოს ნაცხში არის რძემჟავა დუღილის ჩხირები (დოდერლეინის ჩხირები), ეპითელური უჯრედები, საშოს შიგთავსის რეაქცია მჟავა. სისუფთავის **II ხარისხის** ახასიათებს საშოს ჩხირების ზომიერი რაოდენობა, ბრტყელი ეპითელური უჯრედების, ერთეული ლეიკოციტების გამოჩენა. საშოს შიგთავსის რეაქცია სუსტი მჟავა. სისუფთავის **III ხარისხის** დროს აღინიშნება კოკური ფლორის არსებობა, იზრდება ლეიკოციტების რიცხვი, საშოს ჩხირები თითქმის არ გვხვდება. საშოს გარემოს რეაქცია სუსტი ტუტეა. სისუფთავის **IV ხარისხისათვის** დამახასიათებელია სხვადასხვაგვარი კოკური ფლორა, ლეიკოციტების დიდი რაოდენობა და საშოს ჩხირების არარსებობა. გარემოს რეაქცია ტუტეა. საშოს სისუფთავის **I** და **II ხარისხი** აღენიშნებათ რეპროდუქციული ასაკის ჩანმრთელ ქალებს, საშოს სისუფთავის **III** და **IV ხარისხი** ანთებითი პროცესის არსებობაზე მიუთითებს.

ყელის თეთრად შლა სიხშირით მეორე ადგილზეა (საშოს თეთრად შლის შემდეგ). ყელის თეთრად შლის განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ანთებით პროცესებს (მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკული ცერვიციტები), საშვილოსნოს ყელის ნახეთქებს, სიმსივნეებს (კიბო), საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის პოლიპებს. ყელის თეთრად შლა ლორწოვან-ჩირქოვანი სახისაა.

საშვილოსნოს თეთრად შლა შეიძლება განპირობებული იყოს:

- 1) მწვავე ენდომეტრიტებით (სპეციფიკური და არასპეციფიკური);
- 2) საშვილოსნოს ლორწვევა მიომით;
- 3) საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის პოლიპებით;

4) ავთვისებიანი სიმსივნეებით (ენდომეტრიუმის კიბო). საშვილოსნოს თეთრად შლა, ძირითადად, თხიერია, შეიძლება იყოს ჩირქის (ენდომეტრიტის დროს) ან სისხლის (კიბოს დროს) მინარევით.

საშვილოსნოს მილების თეთრად შლა შედარებით იშვიათად გვხვდება და საშვილოსნოს ლულებში დაგროვილი სითხის, მისი ხერვლებიდან პერიოდული გამოსვლის შედეგს წარმოადგენს (ზოგჯერ დიდი რაოდენობითაც). მსგავსი გამოდენა შეიძლება დაკავშირებული იყოს საშვილოსნოს მილის პირველადი კიბოს ან ე.წ. პროფლუირებადი ჰიდროსალპინქსის განვითარებასთან.

ზოგჯერ თეთრად შლა (ძირითადად, საშოსმხრივი) შეიძლება გამოწვეული იყოს მძიმე ექსტრაგენიტალური დაავადების განვითარებით. თეთრად შლის პათოგენეზი იმაში მდგომარეობს, რომ მძიმე დაავადების ხანგრძლივი მიმდინარეობისას საშოს ეპითელიუმში მცირდება გლიკოგენის შემცველობა. ამის შედეგად ხდება ლაქტობაქტერიების მასიურად დაღუპვა, რომლებიც რძის მჟავას გამოყოფით უზრუნველყოფენ საშოს თვითგაწმენდას. ეს ქმნის ხელშემწყობ პირობებს პათოგენური და პირობით-პათოგენური მიკრობული ფლორის გამრავლებისა და მყარი ანთებითი პროცესის განვითარებისთვის.

სასქესო სისტემის პათოლოგიური პროცესები ხშირად იწვევს შარდის ბუტისა და სწორი ნაწლავის ფუნქციის ცვლილებებს. ეს განპირობებულია ამ სისტემების ტოპოგრაფიულ-ანატომიური სიახლოვეთ, ვასკულარიზაციის, ლიმფის მიმოქცევისა და ინერვაციის ერთიანობით.

შარდგამომყოფი სისტემა გენეტიკურად მჭიდროდაა დაკავშირებული სასქესო სისტემასთან (ორივე სისტემა შარდსასქესო წიაღიდან ვითარდება). სასქესო სისტემაში არსებული პორმონული ცვლილებები შესაბამის დარღვევებს იწვევს შარდგამომყოფ სისტემაში. სასქესო ორგანოთა ტრავმები, ანთებითი და სიმსივნური პროცესები ხშირად ეხება მცირე მენჯში მდებარე მეზობელ ორგანოებსაც. საშოსა და საშვილოსნოს დაწვევის ან გამოვარდნისას, ხშირად აღინიშნება დიზურიული მოვლენები.

გინეკოლოგიური პაციენტები ხშირად უჩივიან ყაბზობას. მისი მიზეზი სხვადასხვაგვარია. ყაბზობა შეიძლება იყოს ფუნქციური და ორგანული ხასიათის (მაგ. სწორ ნაწლავზე საშვილოსნოს ან საკვერცხის სიმსივნის ზეწოლის შემთხვევაში). თავის მხრივ, ყაბზობის დროს შეიძლება დაირღვეს ნაწლავის კედლის განვლადობა, რის შედეგადაც ნაწლავიდან მიკრობები (ნაწლავის ჩხირი) შიგნითა სასქესო ორგანოებში ხვდება და იწვევს ანთებით პროცესებს.

გინეკოლოგიურ პაციენტთა ძირითადი ჩივილია ტკივილი. ტკივილის შეგრძნებების აღმოცენება და აღქმა მჭიდრო კავშირშია ცენტრალური ნერვული სისტემის მდგომარეობასთან, სასქესო ორგანოთა ინერვაციის თავისებურებებსა და ნერვული რეცეპტორების გაღიზიანების დონესთან. სასქესო ორგანოთა რეცეპტორული აპარატის აგზნებისას აღმოცენებული იმპულსები მიდის ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში (თალამუსში, თავის ტვინის ქერქში), სადაც ტკივილის შეგრძნებად გარდაიქმნება.

ტკივილის სიმპტომს დიდი კლინიკური და დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს და საგულდაგულო შეფასებას მოითხოვს. გინეკოლოგიურ პაციენტთა ტკივილები ძალიან განსხვავებულია თავისი ხარისხით, ლოკალიზაციის ხასიათით, აღმოცენების დროით და ა.შ. გამოკითხვის დროს ზუსტდება ტკივილის ლოკალიზაცია (ჰიპოგასტრიუმის არეში, ბოქვენის ზემოთ, საზარდულისა და წელ-გავის მიდამოში), ხასიათი (ყრუ, შეტევის მაგვარი, მქაჩავი, ზეწოლითი), ინტენსივობა (ძლიერი, ზომიერი, სუსტი), ირადიაცია (წელ-გავის, ჰიპოგასტრიუმის მიდამოში, გარეთა სასქესო ორგანოთა, სწორი ნაწლავის მიდამოში, ქვედა კიდურებში).

ტკივილის შეგრძნების ინტენსივობა დაკავშირებულია ნერვული სისტემის თავისებურებებზე, ქალის ემოციურ მდგომარეობაზე, ნერვული დაბოლოებების პათოლოგიურ პროცესში ჩართვის ხარისხზე, ვისცერული პერიტონეუმის ფურცლის დაჭიმულობაზე, ანთების კერაში ნივთიერებათა ცვლის დარღვევებსა და მრავალ სხვა ფაქტორზე. შედარებით ძლიერი ტკივილები, ძირითადად, იმ გინეკოლოგიური დაავადებების დროს წარმოიშობა, რომლებიც პერიტონეუმის პარიესული ფურცლის ანთებით (მწვავე სალპინგოფორიტები, საკვერცხის კისტის ფეხზე შემობრუნება) ან მცირე მენჯის ნერვულ ღეროებზე კიბოს ინფილტრატის ზეწოლით რთულდება.

ტკივილის ინტენსივობა ნაწილობრივ დამოკიდებულია ანთებითი პროცესის სპეციფიკურობაზე. საშვილოსნოს დანამატების გონორეული ანთების დროს ტკივილები მწვავე სტადიაში ინტენსიური და ხანგრძლივია. საშვილოსნოს დანამატებისა და პერიტონეუმის ტუბერკულოზური ეტიოლოგიის ანთება შედარებით სუსტი ტკივილებით ხასიათდება პათოლოგიური პროცესის ძლიერ გავრცელების შემთხვევაშიც კი.

ტკივილის სიმპტომისა და მისი ირადიაციის ხასიათის მიხედვით შეიძლება ვიმსჯელოთ ურგენტულ დაავადებებზე. მაგალითად, ინტენსიური შეტევითი ტკივილები საზარდულის მიდამოში, რომელიც სწორი ნაწლავის არეში გადაეცემა, ხშირად გვხვდება მილის ორსულობის შეწყვეტის შემთხვევაში. პერიტონეუმის ღრუში დიდი რაოდენობით სისხლის დაგროვებისას ზოგჯერ ხდება დიაფრაგმაში განლაგებული ნერვული დაბოლოებების გაღიზიანება. ასეთ პაციენტებს აღენიშნებათ ფრენიკუს სიმპტომი — ტკივილები მარჯვენა ან მარცხენა მხარში. შეტევითი ტკივილები, ძირითადად, საშვილოსნოს ლორწვევა მიომური კვანძის დაბადებისას აღინიშნება.

გინეკოლოგიური დაავადებებისთვის ტკივილის კონკრეტული ლოკალიზაცია ნაკლებად დამახასიათებელია. იგი, ძირითადად, ვითარდება მუცლის ქვემოთ, წელ-გავისა და საზარდულის არეში. საშვილოსნოს დაავადებების დროს ტკივილი მუცლის ქვემო ნაწილში ჩნდება. საშვილოსნოს დანამატების ქრონიკული ანთებების დროს აღინიშნება მუდმივი ყრუ ხასიათის ტკივილი, რომელიც, ძირითადად, ბოქვენისა და მუცლის ქვემო ნაწილში ლოკალიზდება. საშვილოსნოს უკან გადახრისას (რეტროფლექსია) ტკივილი შეიგრძნობა ზურგის, წელის, გავის არეში. ტკივილები მუცლის ქვემო ნაწილში ქვემოთ ქაჩვის შეგრძნებით აღინიშნება საშვილოსნოსა და საშოს კედლების გამოვარდნის დროს.

გინეკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ტკივილის აღმოცენების დროს: ტკივილი, რომელიც რეგულარულად ჩნდება მენსტრუალური ციკლის შუაში, შეიძლება დაკავშირებული იყოს ოვულაციასთან

(ოვულაციური ტკივილი). მენსტრუალური ციკლის მეორე ნახევარში პროგრესირებადი ტკივილის გაჩენა (რომელიც გრძელდება მენსტრუაციის პირველ, ზოგჯერ კი მეორე დღესაც) დამახასიათებელია ენდომეტრიოზისთვის. ტკივილი, რომელიც სქესობრივი აქტის დროს ჩნდება, ხშირად განპირობებულია საშვილოსნოს დანამატების ქრონიკული ანთებითი პროცესით ან ყულზედა ენდომეტრიოზით. სასქესო სისტემაში განვითარებული ტკივილები ხშირად უარყოფით გავლენას ახდენს მეზობელ, მოსაზღვრე ორგანოთა ფუნქციაზე (შარდის ბუშტი და სწორი ნაწლავი) და აზიანებს მათ.

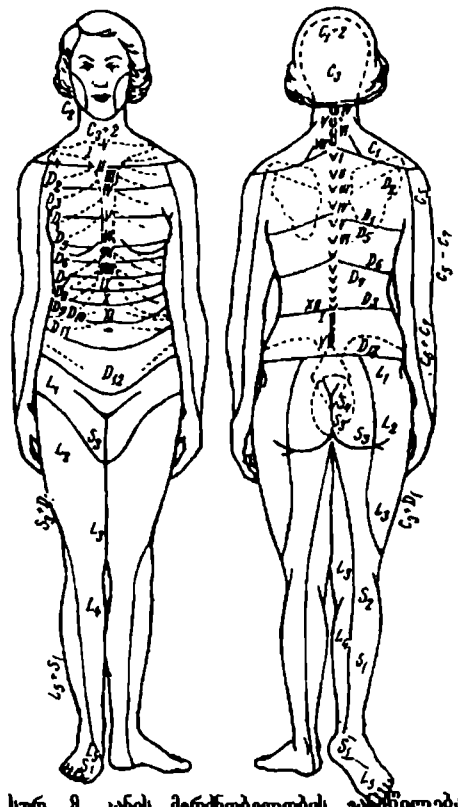
ტკივილის შეგრძნებათა გავრცელებისა და არეკვლის ფორმებიდან ყველაზე დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს ირადიაციას და რეპერკუსიას. ტკივილის ირადიაციაში იგულისხმება მათი გავრცელება ზურგის ტვინის განსაზღვრული სეგმენტიდან მეზობელ სეგმენტებზე, რის შედეგადაც ტკივილის შეგრძნება შედარებით ფართო არეს მოიცავს.

რეპერკუსია არის გაღიზიანების ანარეკლი ნაკლებად აგზნებადი მიდამოდან მეტად აგზნებადში, რის შედეგადაც ტკივილი შეიგრძნობა ჯანმრთელი ორგანოს არეში, რომელიც პათოლოგიის კერასთან დაკავშირებულია საერთო ინერვაციით. ტკივილის წარმოშობისას შეიძლება განვითარდეს ჰიპერალგეზია (ტაქტილური რეცეპტორების მომატებული აგზნება).

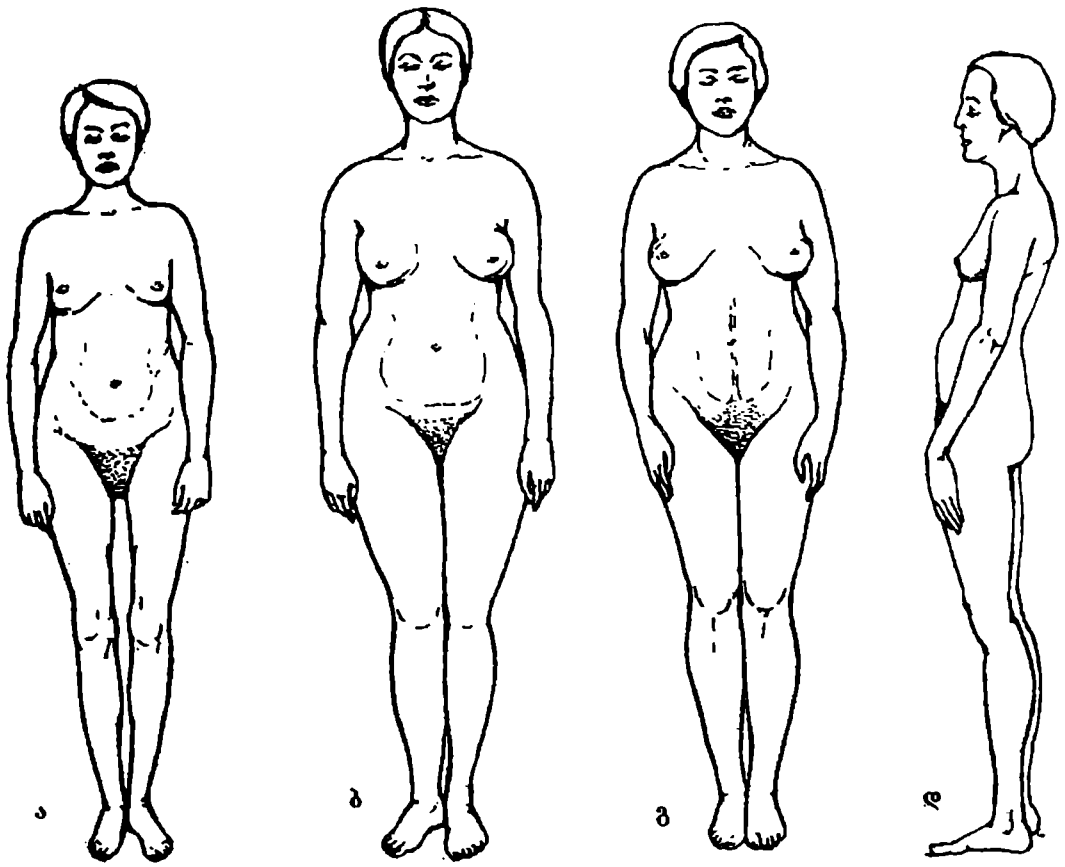
საშვილოსნოს ინერვაცია კავშირშია ხერხემლის სვეტის გულმკერდის XI-XII და გავის III-IV სეგმენტებთან (სურ. 9), ამიტომ არეკლილი ტკივილები ამ ორგანოს პათოლოგიური ცვლილებების დროს ჩნდება ზურგის ქვემო ნაწილში, წელის, ზოგჯერ კი ეპიგასტრიუმის არეში. საკვერცხეებისა და საშვილოსნოს მილების პათოლოგიისას ტკივილი შეიგრძნობა ზურგის ქვემო ნაწილში, წელში, საზარდულის და ეპიგასტრიუმის არეებში.

გინეკოლოგიურ პაციენტთა გამოკითხვის დასასრულს ვაზუსტებთ დაავადების დაწყების დროს, მის კავშირს სხვადასხვა პროცესებთან (გადაციება, გადაღლა, მენსტრუაცია და ა.შ.), შემდეგ არკვევენ დაავადების პათოგენეზს, სხვადასხვა სიმპტომების პროგრესირებას, დამატებითი ნიშნების გაჩენას, სამკურნალო ღონისძიებების თავისებურებებს.

პაციენტის ამგვარი გამოკითხვის შედეგად შეიძლება გაკეთდეს წინასწარი საორიენტაციო დასკვნა დაავადების შესაძლო ხასიათის შესახებ. დიაგნოზის დასაზუსტებლად აწარმოებენ გამოკვლევის ობიექტურ მეთოდებს.



სურ. 9. კანის მგრძობელობის განსწილვა ზურგის ტვინის სეგმენტების მიხედვით (ზაზარდულის ზონები).



სურ. 10. ქალის აღნაგობის ძირითადი ტიპები. ა) ინფანტილური; ბ) ჰიპერსტენიული; გ) ინტერსექსუალური; დ) ასთენიური.

გინეკოლოგიურ პაციენტთა გამოკვლევის ზოგადი და სპეციალური მეთოდები

პაციენტთა ობიექტური გამოკვლევა შედგება მთელი ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობისა და სპეციალური (გინეკოლოგიური) გამოკვლევისაგან.

ზოგადი ობიექტური გამოკვლევა იწყება კონსტიტუციური ტიპის შესწავლით, რომელიც მჭიდრო კავშირშია ნერვული, ენდოკრინული და ორგანიზმის სხვა სისტემების ფუნქციებთან.

სხეულის ნორმალური აგებულების გარდა განასხვავებენ მის შემდეგ ტიპებს: 1) ინფანტილური; 2) ჰიპერსტენიური (ჰიკნიკური); 3) ინტერსექსუალური; 4) ასთენიური (სურ. 10).

ჰიპერსტენიური ტიპისთვის დამახასიათებელია საშუალო სიმაღლე, ქვემო კიდურების სიგრძე ტორსის სიგრძესთან შედარებით მცირეა. ზურგის კიფოზი სუსტადაა გამოხატული, წელის ლორღოზი ზემოთ მდებარეობს, მხრის საარტყელი შედარებით ვიწროა, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი კარგადაა განვითარებული. ქალის ორგანიზმის სპეციფიკური ფუნქციები შემთხვევათა უმეტესობაში უცვლელია.

ინფანტილური ტიპის დროს შეიძლება იყოს, როგორც ზოგადი (უნივერსალური), ასევე სასქესო (გენიტალური) ინფანტილიზმი განუვითარებლობის საერთო ნიშნების გარეშე. ინფანტილური ტიპი ხასიათდება დაბალი სიმაღლით,

სარძვევე ჯირკვლების განუვითარებლობით, თანაბრად დავიწროვებული მენჯით. პირველი მენსტრუაცია ხშირად ვადაზე გვიან იწყება, ხოლო მომდევნო მენსტრუაციები არარეგულარობითა და მტკივნეულობით გამოირჩევა.

ასთენური ტიპისთვის დამახასიათებელია მთელი კუნთოვანი და შემაერთებელ-ქსოვილოვანი სისტემის ანატომიური და ფუნქციური სისუსტე. ასთენიური ტიპის ქალებს აღენიშნებათ მენჯის ფსკერისა და შორისის კუნთოვანი და შემაერთებელ-ქსოვილოვანი აპარატის მოღუნება, ხშირია მენსტრუაციის გაძლიერება, გახანგრძლივება და მტკივნეულობა.

ინტერსექსუალური ტიპი ხასიათდება სქესის, განსაკუთრებით მეორადი სასქესო ნიშნების უკმარისი დიფერენცირებით. ქალის ამ ტიპს ახასიათებს მამაკაცისთვის დამახასიათებელი ფიზიკური და ფსიქიკური ნიშნების არსებობა. ინტერსექსუალური ტიპის ქალს თმის საფარველი ძლიერ განვითარებული აქვს, ხშირად მამაკაცის ტიპის მსგავსად, სახის კონტურები მამაკაცურია. სასქესო ორგანოები ხშირად ჰიპოპლაზიურია.

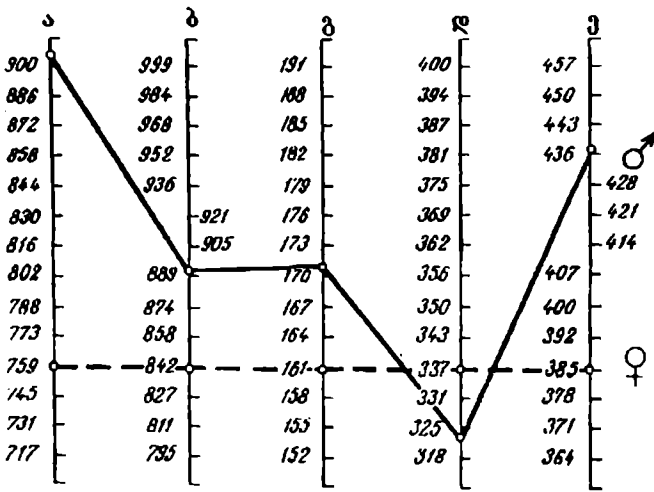
აღნიშნულ ძირითად კონსტიტუციურ ტიპებს შორის არსებობს გარდამავალი ვარიანტები, რომლებიც სხეულის აღნაგობის სხვადასხვა ტიპების ცალკეულ ნიშანთა კომბინაციით ხასიათდება.

გინეკოლოგიურ დაავადებათა კლინიკურ მიმდინარეობას მნიშვნელოვნად განაპირობებს პაციენტის ტიპოლოგიური თავისებურებები, რაც დამოკიდებულია მის უმაღლეს ნერვულ მოქმედებაზე. ეს მნიშვნელოვანია ქალის სასქესო სისტემის ფუნქციის ფსიქოგენური დარღვევის დასადგენად. ძლიერი, გაწონასწორებული ტიპის პაციენტები, ძირითადად, სიტყვაძვირნი არიან ჩვილებზე, არ აზვიადებენ ტკივილის შეგრძნებებს და შედარებით თავშეკავებულად რეაგირებენ გამოვლენილ დაავადებაზე. ძლიერ, მაგრამ გაუწონასწორებული ტიპის ქალებს ჩვილების გადმოცემისა და თავისი მდგომარეობის შეფასებისას ახასიათებთ მომატებული აგზნებადობა, ხშირად ავლენენ გაღიზიანებასა და მოუთმენლობას. სუსტი ტიპის პაციენტები აზვიადებენ თავიანთ განცდებს, აქვთ სხვადასხვა სახის მრავალი ჩვილი, არიან მეტისმეტად გაღიზიანებულები, მიუნდობლები, შეშინებულები, პესიმისტურად განწყობილნი.

ენდოკრინული დარღვევების დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს პაციენტთა **ანთროპომეტრიულ გამოკვლევას**, ასევე სასქესო ნიშნების განვითარების ხასიათისა და ხარისხის შეფასებას. არსებობს ანთროპომეტრიული გაზომვის სპეციალური ტექნიკა, რომელიც დამყარებულია შემდეგი ბიომეტრიული მაჩვენებლების განსაზღვრაზე:

- 1) გულმკერდის გარშემოწერილობა ძუძუებს ქვემოთ (ამოსუნთქვის დროს);
- 2) მანძილი იატაკიდან დიდ ციბრუტამდე;
- 3) სიმაღლე;
- 4) ბარძაყის დიდ ციბრუტებს შორის მანძილი;
- 5) მანძილი მხრის ძვლებს შორის დიდი ბორცვების დონეზე და სხვ.

ამ პარამეტრების განსაზღვრისთვის იყენებენ „სანტიმეტრის“ ლენტას, სიმაღლის საზომსა და მენჯსაზომს. ჯანმრთელი ქალის მორფოგრამა წარმოადგენს ჰორიზონტალურ ხაზს, რომელზეც გადაგვაქვს ანთროპომეტრიული გაზომვების მონაცემები (სურ. 11).



სურ. II. მორფოგრაფია წვეტილი ხაზი — 161 სმ სიმაღლის ქალის „იდეალური“ ზომები. უწვეტი ხაზი — 171 სმ სიმაღლის ჯანმრთელი მამაკაცის საშუალო ზომები.

- ა) გულმკერდის გარშემოწერილობა ამოსუნთქვის დროს;
- ბ) მანძილი დიდ ციბრუტსა და იატაკ შორის (ქვედა ზომა);
- გ) სიმაღლე;
- დ) მანძილი დიდ ციბრუტებს შორის;
- ე) მანძილი მხრების ძელების დიდ ზორცვებს შორის.

მკვეთრი დაქვეითების შედეგად ვითარდება) ხასიათდება ცხიმოვანი ქსოვილის ჩალაგებით მხრებზე, კისრის VII, გულმკერდის I და II მალეების, აგრეთვე, გულმკერდის, მუცლის, თეძოების არეში.

დიდი კლინიკური მნიშვნელობა აქვს სხეულის თმთან საფარველის განაწილების თავისებურებებს. განასხვავებენ თმიანობის შემდეგ სახეობებს: 1) ლანუგო (lanugo); 2) ორივე სქესის პირთათვის დამახასიათებელი თმიანობა; 3) ერთი სქესისათვის დამახასიათებელი თმიანობა.

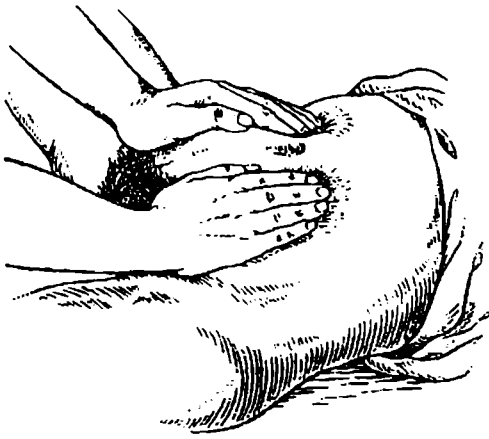
ლანუგო (Lanugo) ნაზი თმიანობაა, რომელიც ღინღს მოგვაგონებს და ფარავს ნაყოფისა და ახალშობილის კანს. იგი, ძირითადად, დაბადებიდან რამდენიმე დღის შემდეგ ქრება.

ქალებს ნორმალური თმიანობა აღენიშნებათ ბოქვენზე და ილღის ფოსოებში. მისი გამონატულების ხარისხი დამოკიდებულია საკვარცხებისა და თირკმელზედა ჯირკვლის ჰორმონულ აქტივობაზე, ასევე თმის ფოლიკულების მგრძობელობაზე ანდროგენების ზემოქმედების მიმართ.

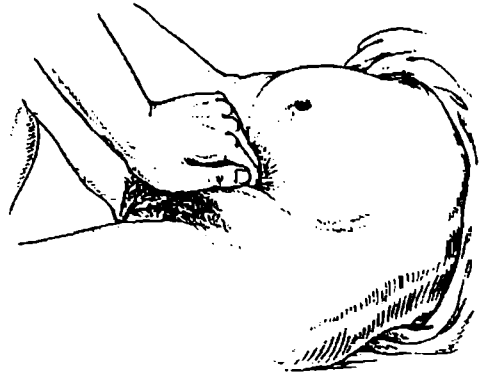
სხეულის გადაჭარბებულ თმიანობას **ჰიპერტრიქოზი (hypertrichosis)** ეწოდება. ამ დროს თმიანობა ქალის ორგანიზმისათვის დამახასიათებელ ადგილებზე (ბოქვენი, დიდი სასირცხო ბაგეები, ილღის ფოსოები) მკვეთრად გამოვლინდება. ჰირსუტიზმის დროს (hirsutismus) გაძლიერებული თმიანობა მამაკაცური ტიპისაა. ქალებს, ჰირსუტიზმისას აღენიშნებათ თმის ზრდა სახეზე, ძუძუთა შორის ღარში, ძუძუსთავების ირგვლივ, მუცლის შუახაზზე. **ვირილიზმი (virilismus)** ანდროგენების მოქმედებით გამოწვეული ნიშანთა ერთობლიობაა, აღინიშნება ქალებში და ახასიათებს მამაკაცური ნაკვთების გაჩენა.

კანის დათვალიერებისას აკვირდებიან მის ფერს, რომელიც უპირატესად დამოკიდებულია სისხლძარღვთა მდგომარეობასა და პიგმენტაციაზე. კანის

ცხიმოვანი ქსოვილის განვითარების ხარისხი და განაწილება ძლიერ არის დამოკიდებული ენდოკრინული ჯირკვლების ფუნქციაზე. ჰიპოთალამური მიდამოს დაზიანებისათვის დამახასიათებელია ე.წ. წინსაფრისმაგვარი გაცხიმოვნება. ცხიმოვანი ქსოვილი ჭარბად ლაგდება მენჯ-ბარძაყის არეში („გალიფე“), მხრის ზემო მესამედში. კუშინგის სინდრომის დროს ცხიმოვანი ქსოვილი განლაგებულია სახეზე, ტანზე, ზურგსა და მუცელზე. კლიმაქტერული გაცხიმოვნება (რომელიც საკვარცხების ფუნქციის



სურ. 12. მუცლის ზედაპირული პალპაცია.



სურ. 13. მუცლის ღრმა პალპაცია.

სიფერმკრთალე, ძირითადად, განპირობებულია სისხლნაკლებობით. კანის დეპიგმენტაცია, ისევე, როგორც ჰიპერპიგმენტაცია, დაკავშირებულია ენდოკრინული ჯირკვლების ფუნქციის დარღვევასთან. მაგალითად, კანის დეპიგმენტაცია შეიძლება განპირობებული იყოს ჰორმონ მელანოსტიმულინის პროდუქციის შემცირებით (ჰიპოფიზის ფუნქციის დარღვევისას). ჰიპერპიგმენტაცია (კანის მუქი შეფერილობა) აღინიშნება თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ფუნქციის უკმარისობის დროს (ადისონის დაავადება).

შინაგანი ორგანოების მდგომარეობას იკვლევენ ზოგადი დათვალეირების შემდეგ. ზომავენ არტერიულ წნევას, საზღვრავენ პულსის ხასიათს, სუნთქვის სიხშირეს წუთში. აწარმოებენ გულისა და ფილტვების პერკუსიასა და აუსკულტაციას.

აუცილებელია სარძევე ჯირკვლების გამოკვლევა. მათი განუვითარებლობა დამახასიათებელია ინფანტილიზმისთვის. პალპაციის დროს ყურადღებას ამახვილებენ მათ კონსისტენციასა და კვანძების არსებობაზე.

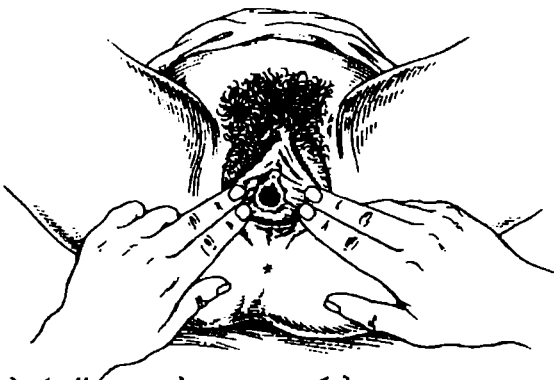
მკვრივი წარმონაქმნების აღმოჩენა (განსაკუთრებით ზედა გარეთა კვადრატში), მოითხოვს დამატებით, უფრო ღრმა გამოკვლევას (მამოგრაფია და სხვ.) და ავთვისებიანი წარმონაქმნების გამორიცხვას.

მუცლის დათვალეირებისას ყურადღება ექცევა მის ზომებს, კონფიგურაციას, შებერილობას, სიმეტრიულობას, სუნთქვის აქტში მონაწილეობას, თავისუფალი სითხის არსებობას მუცლის ღრუში. საჭიროების შემთხვევაში მუცლის გარშემოწერილობას ზომავენ სანტიმეტრიანი ლენტით.

მუცლის კედლის პალპაციას (სურ. 12, 13) დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, განსაკუთრებით სიმსივნეების გამოსავლენად. მუცლის წინა კედლის დაჭიმულობა პერიტონეუმის გაღიზიანების მნიშვნელოვანი სიმპტომია და აღინიშნება საშვილოსნოს დანამატების მწვავე ანთების, მენჯისა და დიფუზური პერიტონიტის დროს.

პერკუსია ავსებს პალპაციას და გვეხმარება ცალკეულ ორგანოთა საზღვრების, სიმსივნის კონტურების, მუცლის ღრუში თავისუფალი სითხის არსებობის დადგენაში.

მუცლის აუსკულტაციას დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს მუცლის კვეთის (ნაწლავთა პარეზის დიაგნოსტიკა) შემდეგ, საშვილოსნოს მილებში ჰაერის ჩაბერვისას (მისი გამტარობის შეფასება).



სურ. 14. ვულვის დათვალიერება.

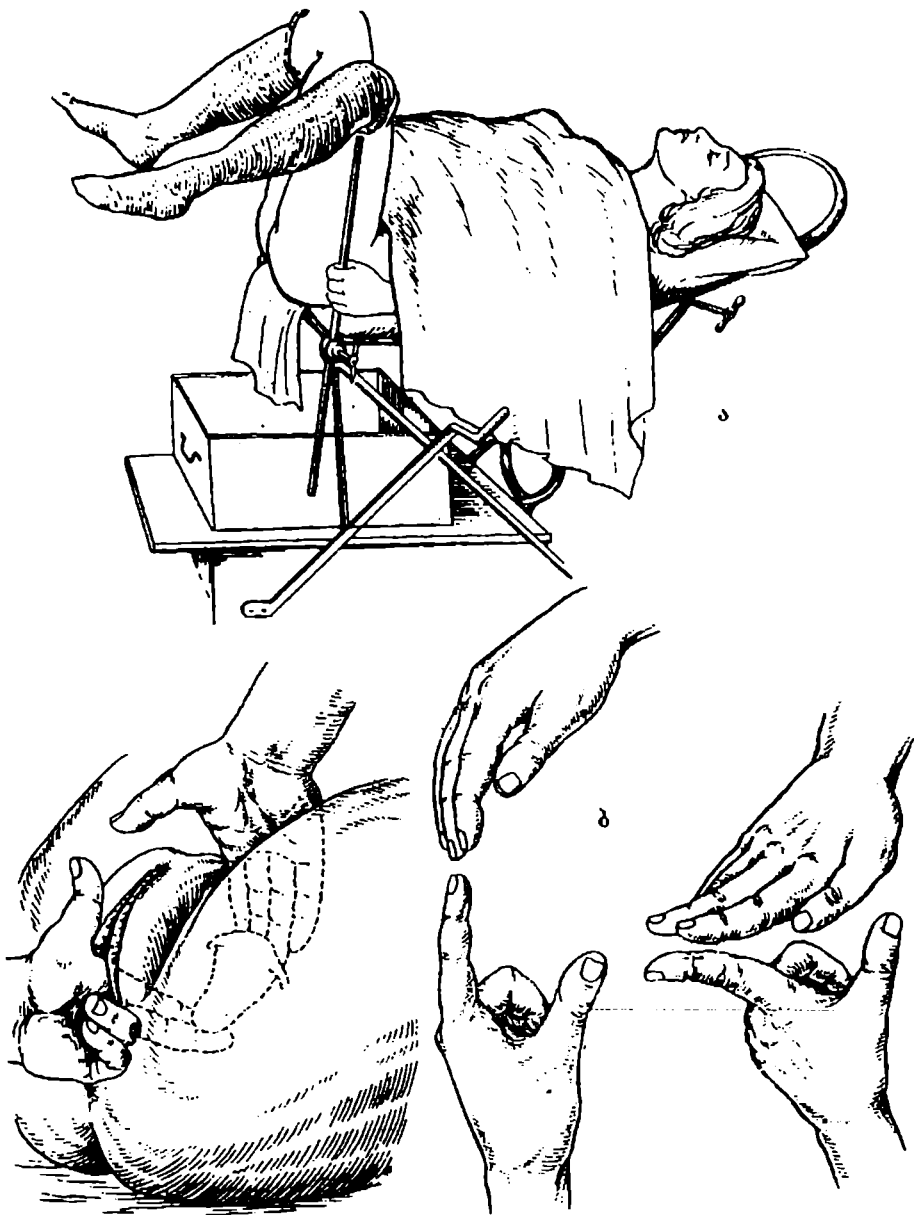
ქებს და მათ ხარისხს, სასქესო ნაპრალის მდგომარეობას (დაზურულია თუ ღია), საშოს კედლების დაშვებას (დამოუკიდებელი და გაჭინთვისას). სასქესო ნაპრალის გადახსნისას აუცილებელია, ყურადღება მივაქციოთ ვულვის ლორწოვანი გარსის შეფერილობას, ურეთრის გარეთა ხვრელის, პარაურეთრული გზების, საშოს კარბიქის დიდი ჭირკვლების გამომტანი სადინარების მდგომარეობას, საშოს გამონადენის ხასიათს (სურ. 14). გარეთა სასქესო ორგანოების დათვალიერების შემდეგ უნდა დავათვალიეროთ ანალური მიდამო (ნახეთქების, ჰემოროიდული კვანძების არსებობა და სხვ.).

გარეთა სასქესო ორგანოების დათვალიერების შემდეგ ახორციელებენ სარკეებით გამოკვლევას, რომელსაც დიდი მნიშვნელობა აქვს გინეკოლოგიაში საშვილოსნოსა და საშოს პათოლოგიური ცვლილებების გამოსავლენად. საშოს სარკეებით დათვალიერება გვეხმარება საშვილოსნოს ყელის კიბოსწინარე დაავადებების, კიბოს დაწყებითი სტადიის დროულად გამოვლენაში, ასევე მრავალი სხვა პათოლოგიის დიაგნოსტიკაში. ამიტომ სარკეებით გამოკვლევა თითოეული გინეკოლოგიური გამოკვლევის აუცილებელ შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს.

საშოსმხრივ გამოკვლევას საშოში მეორე და მესამე თითის შეტანით აწარმოებენ. ამგვარად, შესაძლებელი ხდება საშოს შესავლის სიფართის, შორისის მდგომარეობის, მენჯის ფსკერის კუნთების, საშოს სიგრძის, საშოს თაღების სიღრმის, საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის მდგომარეობისა და სიგრძის, საშვილოსნოს სხეულისა და მისი დანამატების (მდგომარეობა, ზომა, კონსისტენცია, მოძრაობა, მტკივნეულობა და სხვ.) განსაზღვრა. ეს გამოკვლევა, ასევე, წარმოდგენას გვიქმნის მენჯის კედლების მდგომარეობაზე (ძვლოვანი ეგზოსტოზები).

რექტალურ გამოკვლევას აწარმოებენ საჩვენებელი თითით. იგი გვეხმარება დავადებით საშვილოსნოს ყელის, პარავაგინური და პარარექტალური ქსოვილის მდგომარეობა, სწორ ნაწლავში ცვლილებების არსებობა (შევიწროება, სიმისინის ზეწოლა, კედლების ინფილტრაცია და ა.შ.). გამოკვლევის ამ მეთოდს იყენებენ, აგრეთვე, იმ პაციენტებში, რომლებსაც სქესობრივი ცხოვრებით არ უცხოვრიათ (შენარჩუნებული საქალწულე აპკის დროს). რექტოვაგინურ გამოკვლევას აწარმოებენ საჩვენებელი თითის საშოში და მესამე თითის სწორ ნაწლავში შეტანით. ამ კომბინირებული გამოკვლევის გამოყენება მიზანშეწონილია პარამეტრულ ქსოვილსა და სწორნაწლავ-საშვილოსნოს კუნთებში

სპეციალური (გინეკოლოგიური) გამოკვლევები იწყება გარეთა სასქესო ორგანოების დათვალიერებით. ამ დროს ყურადღებას აქცევენ თმისა და ნივთების გავრცელებას ბოქვენისა და დიდი სასირცხო ბაგეების არეში, მოსალოდნელ პათოლოგიურ ცვლილებებს (შეშუპება, ატროფია, პიემენტაცია და სხვ.), შორისის სიმალლესა და ფორმას (მაღალი, დაბალი, ვარცლისმაგვარი), მის ნახეთ-

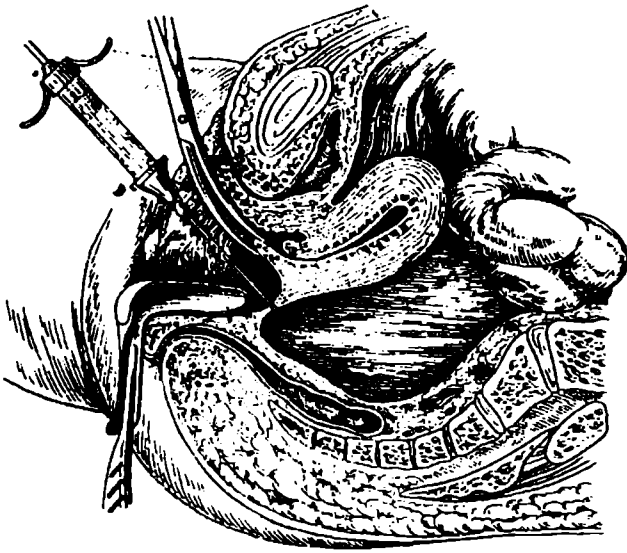


სურ. 15. გინეკოლოგიური გამოკვლევა ა) ქალის მდებარეობა გინეკოლოგიურ სავარძელში; ბ) თითების მდებარეობა ბიბანუალური გამოკვლევის დროს.

პათოლოგიური ცვლილებების არსებობაზე ეჭვის შემთხვევაში. გამოკვლევა ხორციელდება გინეკოლოგიურ სავარძელზე (სურ. 15).

გამოკვლევის ინსტრუმენტული მეთოდები მოიცავს სარკეების მეშვეობით საშოსა და საშვილოსნოს ყელის საშოსმზრივი ნაწილის დათვალიერებას (იხ. ზემოთ), საშვილოსნოს ზონდირებას, მუცლის ღრუს პუნქციას საშოს უკანა თალიდან, ბიოფსიას (ყველაზე ხშირად საშვილოსნოს ყელის), საშვილოსნოს ღრუდან მიღებული შიგთავსის გამოკვლევას.

საშვილოსნოს ზონდირება ხორციელდება საშვილოსნოს ზონდით (20-25 სმ-ის სიგრძის ლითონის ღერო), რომელიც მომრგვალო შემსხვილებით ბოლოვდება. ზონდირება (რომელსაც წინ უძღვის საშვილოსნოს მდებარეობის

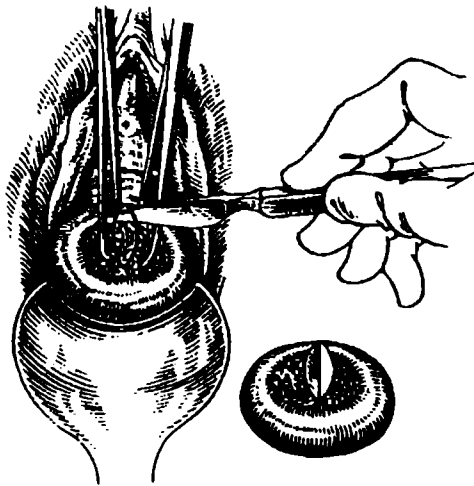


სურ. 16. მუცლის ღრუს პუნქცია საშოს უკანა თალიდან (სქემა).

ძირითადად, იყენებენ საშვილოსნოსგარე ორსულობისა და საშვილოსნოს დანამატების ანთებას შორის დიფერენციული დიაგნოსტიკის გატარების მიზნით.

ბიოფსიის ობიექტი (ცოცხალი ქსოვილის მცირე ნაწილის ამოკვეთა მიკროსკოპული გამოკვლევისათვის) ყველაზე ხშირად საშვილოსნოს ყელია. საშვილოსნოს ბიოფსიის ჩვენებებს წარმოადგენენ სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესები, განსაკუთრებით მათ ავთვისებიანობაზე ეჭვის არსებობისას. გაცილებით იშვიათად იყენებენ ვულვისა და საშოს კედლების ბიოფსიას. საშვილოსნოს ყელის ბიოფსია მდგომარეობს სკალპელით მისი ნაწილის სოლისებრ ამოკვეთაში (ქსოვილის, როგორც დაზიანებული, ისე უცვლელი უბნებიდან) (სურ. 17).

ქრომოდიაგნოსტიკა — მეთოდი, რომელიც მიზანმიმართული ბიოფსიის ჩატარების საშუალებას იძლევა. სარკის საშუალებით აშიშვლებენ საშვილოსნოს ყელს და ასუფთავებენ ლორწოსაგან, შემდეგ საშვილოსნოს ყელთან მიაქვთ ლუგოლის ხსნარში კარგად დასველებული ტამპონი, 1 წთ-ის შემდეგ ტამპონს



სურ. 17. საშვილოსნოს ყელის ბიოფსია (სქემა).

იღებენ და აფასებენ ქსოვილის შეფერილობას. უცვლელი ეპითელიუმში, რომელიც გლიკოგენის საკმარის რაოდენობას შეიცავს, თანაბრად იღებება მუქყავისფრად. პათოლოგიური უბნები გლიკოგენის უკმარისი შემცველობის გამო ლუგოლის ხსნარით არ იღებება და ყავისფერ ფონზე გამოიყოფა სხვადასხვა ელფერის, შედარებით ღია ფერის ლაქების სახით — ღია ყავისფრიდან სრულიად შეუღებავამდე. გლიკოგენის შემცველობა საშოს ეპითელიუმში ფიზიოლოგიურ მერყეობას განიცდის. ამიტომ ამ სინჯის დროს უნდა გავითვალისწინოთ არა იმდენად შეფერილობა,

განსაზღვრა) საშუალებას გვაძლევს, დავადგინოთ საშვილოსნოს ღრუში არსებული დეფორმაციები (პოლიპები, ლორწოქვეშა კვანძები), განვითარების მანკები (ძვიდე, ორრქიანობა და სხვ.), საშვილოსნოს ღრუს სიგრძე, საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის შეზოროება.

მუცლის ღრუს პუნქციას საშოს უკანა თალიდან აწარმოებენ (სურ. 16) მსხვილი, სულ მცირე 12 სმ სიგრძის ირიბად წაკვეთილი თავიანი ნემსით. ასეთ გამოკვლევას,

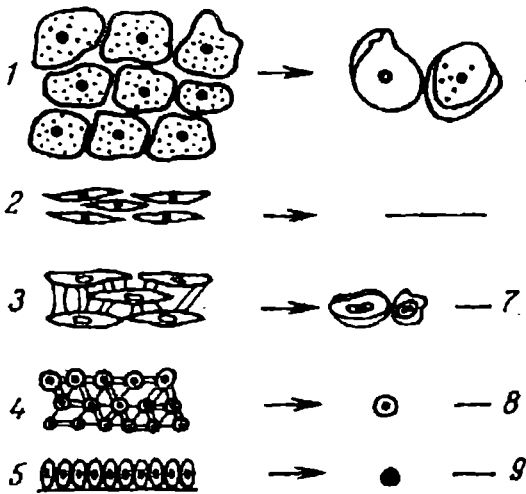
რამდენადაც ქსოვილის არათანაბარი შეღებვა. თანაბრად მუქ ყავისფრად შეღებვისას რეაქცია იოდდადებითად (იოდპოზიტიური) ითვლება, ხოლო ცალკეული, შედარებით ნათელი უბნების არსებობისას იოდნეგატიურად. ეს გამოკვლევა უნდა ჩაუტარდეს ყველა ქალს, რომელმაც პირველად მიმართა ექიმ-გინეკოლოგს.

საშვილოსნოს ყელის არხისა და საშვილოსნოს სხეულის ლორწოვანი გარსის განცალკევებულ გამოფხეკას ახორციელებენ სხვადასხვა კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი პროცესების დროს (ჰიპერპლაზიური პროცესები, კიბოსწინარე ცვლილებები, კიბო და სხვ.) ლორწოვანის მდგომარეობის დასადგენად. განცალკევებული გამოფხეკის შესასრულებლად საშვილოსნოს ყელს სარკეებით აშიშვლებენ და ტყვიის მაშებით აფიქსირებენ, შემდეგ ატარებენ საშვილოსნოს ღრუს ზონდირებას, აზუსტებენ საშვილოსნოს მდებარეობას და მის სიგრძეს, ვიბროგამაფართოებლის ან ჰეგარის გამაგანიერებლების საშუალებით აფართოებენ საშვილოსნოს ყელის არხს. შემდგომ საშვილოსნოს ღრუს სიდრმეში შეაქვთ მცირე ზომის კიურეტი და ნელი მოძრაობით საშვილოსნოს ფსკერიდან მის შიგნითა პირამდე აწარმოებენ საშვილოსნოს ყველა კედლის ლორწოვანი გარსის თანმიმდევრულ გამოფხეკას. შემდეგ იწყებენ საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის გამოფხეკას. მიღებულ გამონაფხეკს ათავსებენ ცალ-ცალკე ფორმალინიან ჰურჭელში და აგზავნიან ჰისტოლოგიურ გამოკვლევაზე. საშვილოსნოს ყელის არხისა და საშვილოსნოს ღრუს ლორწოვანი გარსის განცალკევებულ სადიაგნოსტიკო გამოფხეკის ოპერაციას ახორციელებენ სტაციონარში.

ასპირაციული ბიოფსია ბრაუნის შპრიცის საშუალებით კეთდება, რომელსაც უმაგრდება სპეციალური ბოლო. იგი საშვილოსნოს ღრუში შეყავთ ყელის არხის გაგანიერების გარეშე. საშვილოსნოს ფსკერიდან, კედლებიდან ან სხვა ნაწილებიდან ასპირაციის გზით იღებენ მცირე რაოდენობით თავისუფლად აცილებად ენდომეტრიუმს, რომელიც გადააქვთ სასაგნე მინაზე და მეორე მინის მსუბუქი მოძრაობით აკეთებენ ნაცხს. შემდეგ მას ღებავენ და მიკროსკოპით იკვლევენ.

ასპირაციულ კიურეტაჟს აწარმოებენ საშვილოსნოს ღრუში სპეციალური 3-5 მმ დიამეტრის ლულოვანი კიურეტის შეყვანით, რომელსაც დისტალურ ბოლოზე გვერდით აქვს ნაპრაღისებრი ხვრელი. კიურეტი უმაგრდება ვაკუუმ-ტუმბოს ან სხვა აპარატს, რომელიც უარყოფით წნევას ქმნის. ენდომეტრიუმის მიღების ასპირაციულ მეთოდს დიდი უპირატესობა აქვს საშვილოსნოს ინსტრუმენტულ გამოფხეკასთან შედარებით, რადგან არ აზიანებს ქსოვილებს და შეიძლება მისი განმეორებითი გამოყენება მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში. როგორც ასპირაციული ბიოფსია, ასევე ასპირაციული კიურეტაჟის ჩატარება შესაძლებელია ამბულატორიულ პირობებში.

უკანასკნელ წლებში გამოიყენება **ციტოლოგიური გამოკვლევის სპეციალური მეთოდები** — ფაზურ-კონტრასტული მიკროსკოპია და ლუმინესცენციურ-მიკროსკოპიული მეთოდი. ფაზურ-კონტრასტული მიკროსკოპიის მეშვეობით იკვლევენ ნატიურ (შეუღებავ) პრეპარატებს გინეკოლოგიურ დაავადებათა (საკვერცხის ფუნქციის დარღვევა, კიბო და სხვ.) დიაგნოსტიკის მიზნით. საშვილოსნოს ყელისა და სხეულის კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკის მიზნით გამოიყენება ლუმინესცენციური მიკროსკოპია. ატიპური უჯრედების ამოცნობა ემყარება მათ მორფოლოგიურ თავისებურებებს და ნათების სახეს. მრავალშრიანი



სურ. 18. საშოს ლორწოვანი გარსის შენება (სქემა). 1) რქოვანა შრე; 2) მარცვლოვანი შრე; 3) ზედაპირული წვეტიანი შრე; 4) ღრმა წვეტიანი შრე; 5) ცილინდრულუჯრედოვანი შრე; 6) ზედაპირული უჯრედი; 7) ინტერსტიციული უჯრედი; 8) პარაბაზალური უჯრედი; 9) ბაზალური უჯრედი.

დეგი სახის უჯრედები: ზედაპირული, გარქოვანებადი, შუალედური, პარაბაზალური და ბაზალური. რეპროდუქციული ასაკის ქალებში, ორფაზიანი ოვულაციური მენსტრუალური ციკლის დროს, საშოს ნაცხში გვხვდება ზედაპირული და შუალედური უჯრედები სხვადასხვა შეფარდებით. გამოხატული ესტროგენული უკმარისობისას ნაცხში ჩნდება პარაბაზალური უჯრედები. კარიოპიკნოზული ინდექსის გამოთვლა დაფუძნებულია ზედაპირული გარქოვანებადი უჯრედებისა და ზედაპირული უჯრედების საერთო რიცხვის რაოდენობრივი თანაფარდობის დადგენაზე. კარიოპიკნოზული ინდექსი ასახავს ორგანიზმის ესტროგენებით გაჯერებას. ნორმალური მენსტრუალური ციკლის ფოლიკულური ფაზის განმავლობაში კარიოპიკნოზული ინდექსი 25-30%-ს შეადგენს, ოვულაციის დროს — 60-70%-ს, ყვითელი სხეულის განვითარების ფაზაში — 25-30%-ს. ესტროგენული პრეპარატების შეყვანისას კარიოპიკნოზული ინდექსი იზრდება, ამიტომ მისი გამოთვლა უნდა გამოვიყენოთ პორმონული თერაპიის კონტროლით.

ციტოლოგიური გამოკვლევით განასხვავებენ საშოს ნაცხის შემდეგ ტიპებს: ესტროგენულს, პროგესტერონულს, შერეულს, რეგრესიულს, ანდროგენულსა და ანთებითს. ესტროგენული ტიპის ნაცხისათვის დამახასიათებელია მცირე ზომის პიკნოზურ ბირთვებიანი ზედაპირული უჯრედების სიჭარბე.

პროგესტერონული ტიპის ნაცხში გროვების სახით, ძირითადად, აღინიშნება შუალედური უჯრედები.

ნაცხის შერეული ტიპი ზედაპირული და შუალედური უჯრედების სხვადასხვა შეფარდების არსებობით ხასიათდება. ამგვარი ტიპის ნაცხი გვხვდება პრემენოპაუზაში.

რეგრესიული ტიპის ნაცხში უმთავრესად აღინიშნება პარაბაზალური უჯრედები, რაც, ძირითადად, დამახასიათებელია პოსტმენოპაუზისთვის.

ბრტყელი ეპითელიუმის ნორმალურ უჯრედებს ახასიათებს პროტოპლაზმის მუქი-მწვანე და ბირთვის ლიამწვანე ნათება. ატიპური უჯრედებისთვის დამახასიათებელია პროტოპლაზმის კაშკაშა-წითელი ან ნარინჯისფერი და ბირთვის ლია-ყვითელი ნათება.

ფუნქციური დიაგნოსტიკური სინჯები. საკვერცხის ფუნქციური მდგომარეობის შესაფასებლად ხშირად გამოიყენება საშოს ნაცხის ციტოლოგიური გამოკვლევა, საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოს შესწავლა, ბაზალური ტემპერატურის გაზომვა. საშოს ნაცხის ციტოლოგიური გამოკვლევა დამყარებულია მათში სხვადასხვა სახის ეპითელიური უჯრედების განსაზღვრაზე (სურ. 18). საშოს ლორწოვანი გარსის სტრუქტურის შესაბამისად ნაცხში შეიძლება შეგვხვდეს შემ-

ანდროგენული ტიპის ნაცხში ერთდროულად არის შეაღებური, პარაბაზალური და ბაზალური უჯრედები. ზედაპირული უჯრედები ძალიან მცირე რაოდენობითაა. ნაცხის ეს ტიპი აღინიშნება თირკმელზედა ჯირკვლის ზოგიერთი სიმსივნისა და საკვერცხის ანდროგენპროდუცირებადი სიმსივნის დროს.

ანთებითი ტიპის ნაცხში (კოლპიტებისას) შეიძლება აღმოჩნდეს კოკები, ტრიქომონები, სოკოები, ლეიკოციტები, ზოგჯერ ეპითელიური უჯრედები. უჯრედის ბირთვისა და პროტოპლაზმაში აღინიშნება დისტროფიული ცვლილებები.

საშვილოსნოს ყელის არხის სეკრეტის გამოკვლევას დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს. ამ მიზნით მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში დინამიკაში იკვლევენ „გუგის“ და „გვიმრის ფოთლის“ სიმპტომებს.

„გუგის“ სიმპტომი. ოვულაციური მენსტრუალური ციკლის პირველ ფაზაში ყელის არხის გარეთა პირი გაფართოებას იწყებს და მასში ჩნდება გამჭვირვალე მინისებრი ლორწო. ეს მოვლენა მაქსიმუმ აღწევს ოვულაციის დროს. ციკლის მეორე ფაზაში პირი თანდათან იხურება, ამასთანავე იკლებს ლორწოს პროდუქციაც. „გუგის“ სიმპტომს შემდეგნაირად აფასებენ: უარყოფითი (-), სუსტად დადებითი (+), დადებითი (++), მკვეთრად დადებითი (+++).

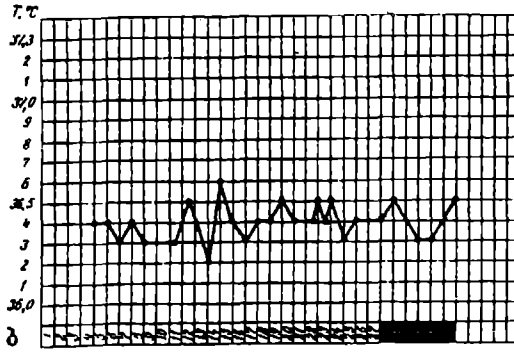
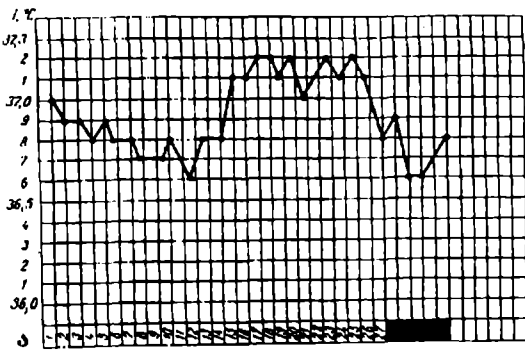
„გუგის“ სიმპტომი საკვერცხეების მიერ ესტროგენების გამომუშავებას ასახავს და ყველაზე აშკარად ოვულაციის პერიოდში ვლინდება (+++). „გუგის“ სიმპტომის არარსებობა მეტყველებს სუსტ ესტროგენულ მოქმედებაზე, ხოლო ხანგრძლივად გამოხატული მკვეთრი სიმპტომი — ჰიპერესტროგენიაზე.

„გვიმრის ფოთლის“ სიმპტომი. ეს სიმპტომი დამყარებულია სასაგნე მინაზე დატანილი ყელის ლორწოს კრისტალიზაციაზე. სარკეების საშუალებით საშვილოსნოს ყელის გაშიშვლების შემდეგ, პინცეტით ან კორნცანგით იღებენ ყელის არხის შიგთავსს და რგოლის სახით გადააქვთ სასაგნე მინაზე. ყელის ლორწოს მარილების კრისტალიზაცია ხდება ესტროგენების ზემოქმედებით (მუცინის არსებობისას). „გვიმრის ფოთლის“ სიმპტომი შეიძლება გამოვლინდეს ნორმალური მენსტრუალური ციკლის დროს მე-7 და 20-21-ე დღეებს შორის. სიმპტომი ყველაზე ძლიერად ოვულაციის დროს ვლინდება (სურ. 19). „გვიმრის ფოთლის“ ისევე, როგორც „გუგის“ სიმპტომის გამოხატულების ხარისხს, „+“ ან „-“ ნიშნით განსაზღვრავენ.

ორგანიზმის ესტროგენებით გაჯერების განსაზღვრის საკმაოდ მარტივი და ინფორმატიული მეთოდია ლორწოს წელვადობის სიმპტომი. ამისათვის კორნცანგით იღებენ ყელის არხის ლორწოს და პირების დაცილებით საზღვრავენ მის ელასტიკურობას (წელვადობას). ლორწოს გაწელვა 6-8 სმ-ზე მეტად ესტროგენებით საკმარის გაჯერებაზე მიუთითებს. ამგვარად, კარიოპიკნოზური ინდექსის



სურ. 19. ხანვადლობის ყელის არხის ლორწოს დარისტალიზების სიმპტომი („გვიმრის ფოთლი“).



სურ. 20. ბაზალური ტემპერატურა ა) ორფაზიანი ციკლი — ტემპერატურის მომატება მეორე ფაზაში; ბ) ანოვულაციური ციკლი — მონოფაზური ტემპერატურა.

ბალ დონეზეა (37-37,1°C) და 8-10-ის ნაცვლად 3-4 დღის განმავლობაში რჩება. ოვულაციის არარსებობის შემთხვევაში ბაზალურ ტემპერატურას მონოფაზური სახე აქვს (სურ. 20).

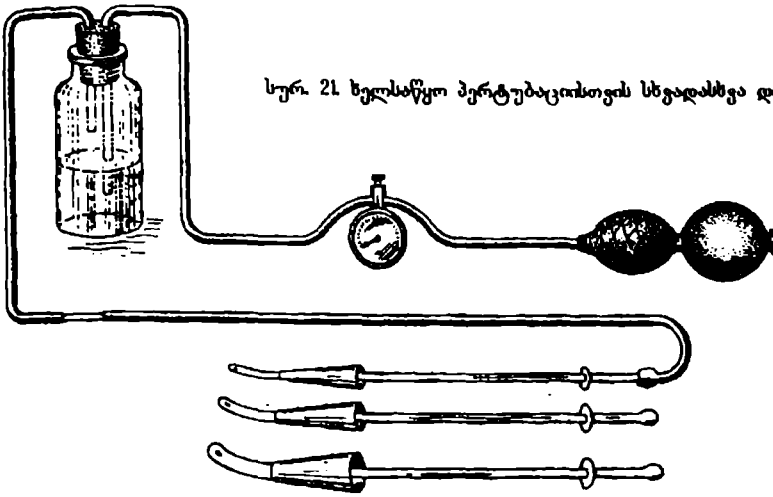
საშვილოსნოს მიღების გამტარობის გამოკვლევის მეთოდები. საშვილოსნოს მიღების გამტარობის განსაზღვრის მიზნით ყველაზე ხშირად იყენებენ პერტუბაციის, ჰიდროტუბაციისა და ჰისტეროსალპინგოგრაფიის მეთოდებს.

საშვილოსნოს მიღებში ჩაბერვა (პერტუბაცია) შემდეგნაირად ხორციელდება. საშვილოსნოს ყელის არხში მანომეტრის კონტროლით, სპეციალური მოწყობილობის საშუალებით, 15-20 წუთიანი შესვენებებით ჩატუმბავენ ჰაერს. სისტემაში წნევას თანდათანობით ზრდიან 20 კპა-მდე (150 მმ ვ.წყ.სვ.). მაქსიმალურად დასაშვებია 24 კპა (180 მმ ვ.წყ.სვ.). თუ 0,5-1 წთ-ის განმავლობაში წნევა არ ეცემა, სინჯი უარყოფითია (მიღები გაუმტარია). 21-ე სურათზე ნაჩვენებია საშვილოსნოს მიღებში ჩასაბერი (პერტუბაციის) აპარატი, 22-ე სურათზე მოყვანილია მიღების კიმოგრამის მაგალითები.

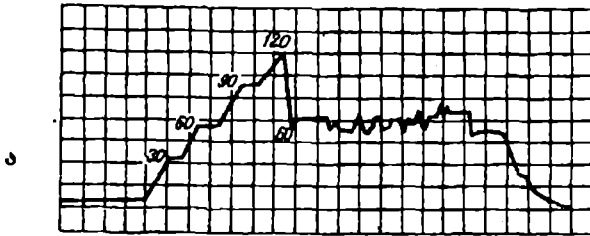
კიმოგრაფიული პერტუბაცია საშუალებას გვაძლევს დავადგინოთ საშვილოსნოს მიღების გამტარობა ან გაუმტარობა, გამოვავლინოთ მათი სპაზმი ან სტენოზი. პნევმოკიმოგრამის მისაღებად სარგებლობენ სპეციალური აპარატით. საუკეთესო დრო საშვილოსნოს მიღების გამტარობის შესამოწმებლად არის მენსტრუალური ციკლის მეორე ფაზის დასაწყისი. პერტუბაციის უკუჩვენებებია სასქესო ორგანოების მწვავე და ქვემწვავე ანთებითი დაავადებები, საშოს

გამოთვლის, „გუგის“ და „გვიმრის ფოთლის“ სიმპტომების, ასევე ყელის არხის ლორწოს წელვადობის მიხედვით, საკმაოდ ზუსტად შეგვიძლია ვიმსჯელოთ საკვერცხეების მიერ ესტროგენების გამომუშავებაზე.

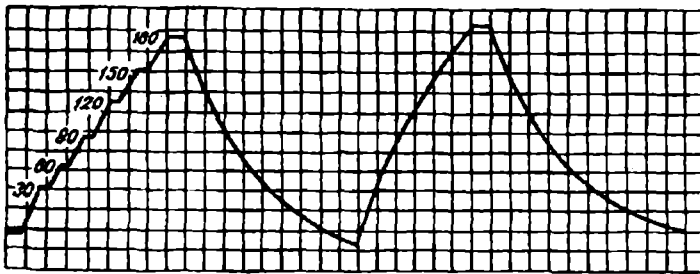
ბაზალური ტემპერატურის ცდის საშუალებით შეიძლება დავადგინოთ, მოხდა თუ არა ოვულაცია. ნორმალური (ოვულაციური) მენსტრუალური ციკლის დროს, მისი პირველი ფაზის განმავლობაში, ბაზალური ტემპერატურა 36,8°C ზევით არ იწევს. ოვულაციის წინ აღინიშნება მისი შემცირება 36,2°C-36,3°C-მდე, ხოლო ოვულაციის შემდეგ ბაზალური ტემპერატურა ციკლის მთელი მეორე ფაზის განმავლობაში 37,1-37,4°C დონეზეა, მენსტრუაციის წინ კი კლებულობს საწყის მაჩვენებელამდე. ციკლის მეორე ფაზის უკმარისობისას (რაც პროგესტერონის დეფიციტით არის განპირობებული) ბაზალური ტემპერატურა უფრო და-



სურ. 21. ხელსაწყო პერტუბაციისთვის სხვადასხვა დიაგნოზის კანულებით.



სურ. 22. მიღების კომოგრამები: ა) გამტარუნარიანი მილების ხანმოკლე სპაზმის შემდეგ; ბ) გამტარუნარი მილების დროს.



ბ

სისუფთავის III-IV ხარისხი, საშვილოსნოსა და მისი დანამატების სიმსივნეები, საერთო ინფექციური და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები.

ჰიდროტუბაცია არის საშვილოსნოს მილებში (საშვილოსნოს ღრუდან) არაუმეტეს 26,7 კპა (200 მმ ვწყ.სვ.) წნევით ნატრიუმის ქლორიდის იზოტონური ხსნარის შეყვანა. გამტარი მილების შემთხვევაში სითხის წნევა, რომელიც მანომეტრის მაჩვენებლით ისაზღვრება, გარკვეული სიდიდის მიღწევის შემდეგ დაქვეითებას იწყებს. გაუმტარი მილების დროს წნევა იზრდება.

მეტროსალპინგოგრაფია (ჰისტეროსალპინგოგრაფია) საშუალებას გვაძლევს, განვსაზღვროთ საშვილოსნოსა და საშვილოსნოს მილების მდგომარეობა. გამოკვლევა წარმოებს რენტგენოკონტრასტული ხსნარებით (იოდლიპოლი, კარდიოტრასტი და სხვ.).

საშვილოსნოს რენტგენოლოგიური სურათის შესწავლისას, ნორმალურ მენსტრუალური ციკლის მქონე პაციენტებში, დადგენილია, რომ იგი დამოკიდებულია ციკლის ფაზაზე. ნორმალური ციკლის ფოლიკულური ფაზის დროს საშვილოსნოს მუსკულატურის ტონუსი მომატებულია. ჰისტეროგრაფიაზე საშვილოსნოს ღრუს აქვს წაგრძელებული სამკუთხედის ფორმა, გამოხატული „წე-



სურ. 23. ცერვიკოსისტროგრამები. ა) ციკლის მე-12 დღეს; ბ) ციკლის 24-ე დღეს.

ასევე, დამოკიდებულია მენსტრუალური ციკლის ფაზაზე. პირველ ფაზაში მილების ტონუსი მომატებულია, მეორეში — დაქვეითებული, ამავდროულად პერისტალტიკა რითმული ხდება. ამიტომ საშვილოსნოს მილების ფუნქციური მდგომარეობის დადგენისათვის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა მენსტრუალური ციკლის მეორე ფაზაში უნდა ჩატარდეს.

მეტროსალპინგოგრაფია ძალიან მნიშვნელოვანი მეთოდია საშვილოსნოს განვითარების მანკების დიაგნოსტიკაში (სურ. 24), საშვილოსნოს მილების გამტარობისა და მისი ანატომიური მდგომარეობის შეფასებაში (სურ. 25), პოლიპების, ენდომეტრიუმის კიბოს, ლორწოქვეშა მიომური კვანძებისა (სურ. 26) და მრავალი სხვა დაავადების დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში.

მეტროსალპინგოგრაფიის უკუჩვენებებია ინფექციური დაავადებები, ზოგადი და ადგილობრივი ანთებითი პროცესები (გრიპი, ანგინა, თრომბოფლებიტი, ფურუნკულოზი და სხვ.), ქალის სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები მწვავე და ქვემწვავე სტადიებში, საშოს სისუფთავის III და IV ხარისხი, სავარაუდო ორსულობა, მომატებული მგრძობელობა იოდის პრეპარატების მიმართ.



სურ. 24. პისტეროსალპინგოგრაფია. საშვილოსნოს განვითარების მანკი.

ლით“ გვერდებზე, რომელიც ჩნდება გვერდითი კონტურების შეწვევის შედეგად. ციკლის პროგესტერონულ ფაზაში გადაღებულ პისტეროგრამაზე, აღინიშნება საშვილოსნოს სხეულის გაფართოებული ღრუ, გადასწორებული „წელი“, რაც საშვილოსნოს სხეულის დაქვეითებულ ტონუსზე მიუთითებს.

დამახასიათებელია, აგრეთვე, საშვილოსნოს ისთმური ნაწილის რენტგენოლოგიური სურათის ცვლილებები მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში. ასე მაგალითად, მენსტრუალური ციკლის ფოლიკულურ ფაზაში საშვილოსნოს ყელის ნაწილი გაფართოებული (4-5 მმ) და დამოკლებულია, პროგესტერონულ ფაზაში კი პირიქით, მკვეთრად შევიწროებული (სურ. 23).

საშვილოსნოს მილების კუმშვალობა,

საშვილოსნოსშიდა ფლებოგრაფია. ვენური ქსელის საკონტრასტო ნივთიერებით ავსების სახის მიხედვით შეიძლება ვიმსჯელოთ მიომური კვანძების განლაგებასა და მათ ზომებზე. სისხლძარღვებით ნაკლებად მარაგებული უბნები დამახასიათებელია კუნთთაშუა ლოკალიზაციის მიომური კვანძებისათვის, რგოლის სიმპტომი კი სუბეროზულ კვანძს ახასიათებს. გამოკვლევის

ეს მეთოდი შეიძლება წარმატებით იქნას გამოყენებული საკვერცხისა და საშვილოსნოს სიმსივნების დიფერენციული დიაგნოსტიკისათვის (სურ. 27).

მცირე მენჯის ღრუ ორგანოების პნევმოპერიტონეოგრაფია საშუალებას იძლევა, განვსაზღვროთ საკვერცხეებისა და საშვილოსნოს კონტურები. გამოკვლევის ამ მეთოდს იყენებენ სუბსეროზული მიომური კვანძების, საკვერცხეების სიმსივნური და სკლეროკისტოზური ცვლილებების სადიაგნოსტიკოდ.

ზოგჯერ, დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით, ატარებენ მეტროსალპინგოგრაფიას პელვიგრაფიასთან ერთად, რაც საშუალებას გვაძლევს უფრო ზუსტად დავადგინოთ სიმსივნის ლოკალიზაცია და მისი კავშირი მიმდებარე ქსოვილებთან.

კოლპოგრაფია ინფორმაციას იძლევა საშოს ზომაზე, ფორმაზე, ტევადობაზე, განვითარების მანკებისა და ატრეზიის არსებობაზე.

მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევის დროს ფასეული სადიაგნოზო მეთოდია კრანოგრაფია. თავის ქალას რენტგენოლოგიური გამოკვლევა საშუალებას იძლევა, ვიმსჯელოთ ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზური სისტემის დარღვევებზე. გინეკოლოგიაში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია თურქული კენის მიდამოს შესწავლა. მისი ზომების სიმცირე ჰიპოფიზის თანდაყოლილ განუვითარებლობას ადასტურებს. ჰიპოფიზის სიმსივნის (ადენომის) დროს აღინიშნება თურქული კენის დესტრუქციის სიმპტომები.

ლიმფოგრაფიის საშუალებით შეიძლება გამოვავლინოთ ლიმფური კვანძების გადიდება, ასევე მოვახდინოთ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზებისა და ანთებითი ცვლილებების დიფერენცირება.

გამოკვლევის ენდოსკოპიური მეთოდები. შიგნითა სასქესო ორგანოების დათვალიერება შეიძლება სპეციალური ოპტიკური ინსტრუმენტებისა და ხელსაწყოების საშუალებით. გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში გამოიყენება შემდეგი ძირითადი ენდოსკოპიური მეთოდები: კოლპოსკოპია, ცერვიკოსკოპია, პერიტონეოსკოპია, კულდოსკოპია და ჰისტეროსკოპია.



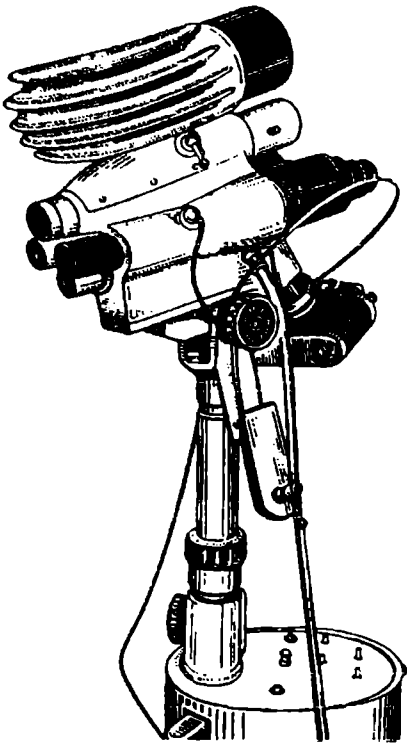
სურ. 25. ჰისტეროსალპინგოგრაფია. გამტარუნარიანი საშვილოსნოს მიღები.



სურ. 26. ჰისტეროგრაფია. საშვილოსნოს მიომის ლორწოვან კვანძი (აგსების დეფექტი).



სურ. 27. საშვილოსნოს შიდა ფლუდოგრაფია. სისხლძირღვევით ღარიბი ზონება შეესაბამება მიომური კვანძების მდებარეობას.



სურ. 28. კოლბოსკოპი ფოტომისაღებად.

კოლბოსკოპია არის საშოსა და საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის დათვალიერება გამანათებელი ხელსაწყოთი აღჭურვილი ბინოკულარული ან მონოკულარული ლუპის საშუალებით, რომელიც გამოსაკვლევ მიდამოს 30-ჯერ და მეტად ადიდებს (სურ. 28). კოლბოსკოპიის საშუალებით შესაძლებელია გამოვავლინოთ სისხლძარღვებისა და საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანის ცვლილებები. ამ მეთოდს დიდი მნიშვნელობა აქვს საშვილოსნოს ყელის კიბოს ადრეულ დიაგნოსტიკაში. ამ გამოკვლევის დიაგნოსტიკური ღირებულება იზრდება გაფართოებული კოლბოსკოპიის ჩატარებისას (საშვილოსნოს ყელის დათვალიერება 3%-იანი ძმრის მჟავით ან ლუგოლის ხსნარით დამუშავების შემდეგ). ამ მეთოდის გამოყენება საშუალებას გვაძლევს, ჩავატაროთ მიზანმიმართული ბიოფსია იოდნეგატიური უბნებიდან.

მიკროსკოპიული კოლბოსკოპია (კოლბომიკროსკოპია) არის კოლბოსკოპია დიდი გადიდებით (80-280-ჯერ) კონტაქტური ობიექტივით გამო-

საკვლევ მიდამოს წინასწარი შეღებვის შემდეგ.

ცერვიკოსკოპია საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის ცერვიკოსკოპის საშუალებით დათვალიერების მეთოდია. მისი საშუალებით შეიძლება ენდოცერვიქსის კიბოსწინარე ცვლილებების გამოვლენა და მიზანმიმართული ბიოფსიის წარმოება.

ჰისტეროსკოპიით ხდება საშვილოსნოსშიდა ზედაპირის გამოკვლევა, ენდომეტრიუმის პათოლოგიური ცვლილებების გამოვლენის მიზნით. ჰისტეროსკოპიის მეშვეობით შეიძლება დავადგინოთ ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია და პოლიპოზი, საშვილოსნოს ლორწვევა მხოლოდ, შიგნითა ენდომეტრიოზი, საშვილოსნოს განვითარების მანკები, ენდომეტრიუმის კიბო. გამოკვლევის აღნიშნული მეთოდი გამოიყენება ჩატარებული მკურნალობის ეფექტურობაზე დასაკვირვებლად, რაც საშუალებას იძლევა ზოგიერთ პაციენტში თავიდან ავიცილოთ საშვილოსნოს განმეორებითი დიაგნოსტიკური გამოფხეკა.

პერიტონეოსკოპია (ლაპაროსკოპია) გამოკვლევის ენდოსკოპიური მეთოდია, რომლის საშუალებით ხდება მცირე მენჯის ღრუსა და მუცლის ღრუს ორგანოების დათვალიერება ოპტიკური ხელსაწყოს მეშვეობით, რომელიც მუცლის ღრუს მიდამოში მუცლის წინა კედლიდან შეჰყავთ. ამ მეთოდის დახმარებით დგინდება სიმსივნის ლოკალიზაცია, ანთებითი პროცესის ხასიათი, შეხორცებითი პროცესის არსებობა, საშვილოსნოსგარე ორსულობის, ენდომეტრიოზის დაწყებითი ფორმები, მილისმიერი უშვილობის ზოგიერთი ფორმა და ა.შ.

კულდოსკოპია არის მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების დათვალიერება ოპტიკური ხელსაწყოს საშუალებით, რომელიც მუცლის ღრუში საშოს უკანა თალიდან შეჰყავთ (სურ. 29).

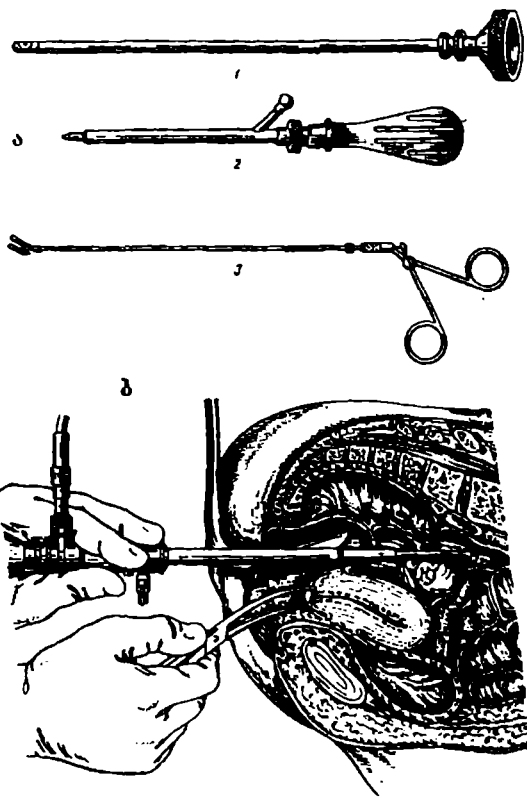
ოპერაციული ჩარევა ხორციელდება ლაპაროსკოპის მეშვეობით:

- 1) სტერილიზაციის (საშვილოსნოს მილების კოაგულაცია, ტანტალის ბრჭყალების ან ნაკერის დადება);
- 2) მცირე მენჯში შეხორცებების გაკვეთისა და კოაგულაციის;
- 3) ენდომეტრიოზული კერების კოაგულაციის;
- 4) საკვერცხეების რეტენციული წარმონაქმნების პუნქციის;
- 5) აპოპლექსიის მქონე პაციენტებში საკვერცხის ქსოვილის კოაგულაციის დროს.

ენდოსკოპიური მეთოდით გამოკვლევის უკუჩვენებებია: პაციენტის მძიმე მდგომარეობა, გულის მანკები დეკომპენსაციის სტადიაში, სტენოკარდია, მიოკარდიუმის ახლადგადატანილი ინფარქტი, გულისა და ტვინის სისხლძარღვების აშკარად გამოხატული სკლეროზული ცვლილებები ხანდაზმული ასაკის, განსაკუთრებით ჰიპერტონიით პაციენტებში, ფილტვების ფუნქციის დარღვევით მიმდინარე მძიმე დაავადებები, საშვილოსნოს ფიქსირებული რეტროფლექსია, მუცლის ღრუს გავრცელებული შეხორცებითი პროცესები, სიმსივნური წარმონაქმნები, რომელიც ავსებს მთელ მცირე მენჯის ღრუს.

ულტრაბგერითი გამოკვლევა (ექოგრაფია) ერთ-ერთი ყველაზე თანამედროვე და გავრცელებული არაინვაზიური დიაგნოსტიკური მეთოდია. ქალის სასქესო სისტემის დაავადებების ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა ფიზიკური ფენომენის გამოყენებას ემყარება, რომლის არსი იმაში მდგომარეობს, რომ გენერატორიდან გამოსხივებული ულტრაბგერების კონა, განსხვავებული სიმკვრივის ქსოვილებიდან არეკვლისას იცვლება. ულტრაბგერითი სხივების არეკლილი ნაწილი ხვდება გარდამქმნელში და გარდაიქმნება ელექტრულ რხევად, რომელიც კარგად ჩანს ელექტრულ-სხივური მილის ეკრანზე. ამგვარად შესაძლებელი ხდება გამოსაკვლევი ორგანოს სტრუქტურული თავისებურებების ასახვა და ზომების განსაზღვრა. სპეციალური ხელსაწყოთა საშუალებით იღებენ ორგანოს სტრუქტურის გაუმჯობესებულ გამოსახულებას.

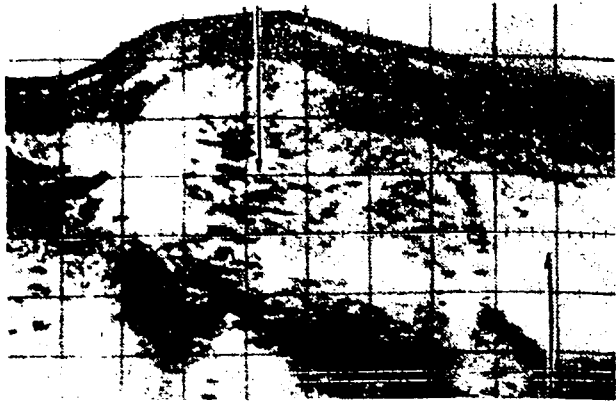
აღნიშნულ მეთოდს უკუჩვენებები არა აქვს. ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა შეუცვლელია გაციმიოვნების, მუცლის კედლის დაჭიმულობის, მისი მტკივნეულობის, მეტეორიზმის, ვიწრო საშოს



სურ. 29. ინსტრუმენტები (ხელსაწყოები) ენდოსკოპიური გამოკვლევისათვის. ა - 1) ოპტიკური სისტემა; 2) ტროაკარი ჰაერის ჩასაბერი გვერდითი არხით; 3) საცდელი ბიოფსიის მკენეტარა მაშა; ბ) კულდო-სკოპია.



სურ. 30. ექოგრაფია. საშვილოსნოს ნორმალური ზომები.
1) შარდის ბუშტი; 2) საშვილოსნო.



სურ. 31. ექოგრაფია.
1) მეორადი ცვლილებები მიომურად შეცვლილ საშვილოსნოში; 2) შარდის ბუშტი.

დროს. ექოგრაფია პაციენტის სპეციალურ მომზადებას არ საჭიროებს. შინაგანი სასქესო ორგანოების უკეთესი ვიზუალიზაციის მიზნით გამოკვლევას აწარმოებენ სავსე შარდის ბუშტის დროს.

გინეკოლოგიაში ულტრაბგერითი გამოკვლევის ძირითადი ჩვენებაა საშვილოსნოსა და საკვერცხეების ზომების დაზუსტება (სურ. 30). ექოგრაფია საშუალებას გვაძლევს, მივიღოთ ინფორმაცია შინაგანი სასქესო ორგანოების განვითარების თანდაყოლილ ანომალიებზე, საშვილოსნოსშიდა პათოლოგიის არსებობისას (შენორცებები, ჰიპერპლაზიური პროცესები, საშვილოსნოს ლორწოქვეშა მიომა, ენდომეტრიუმის კიბო) ექოგრაფიაზე მუდავნდება შესაბამისი ექოსტრუქტურები. ექოგრაფია ადასტურებს საშვილოსნოს დრუში ჩასახვის საწინააღმდეგო საშვილოსნოსშიდა საშუალებების არსებობას, ადგენს მის ლოკალიზაციას.

საშვილოსნოს მიომების ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს იღებენ ექოგრაფების სხვადასხვა ვარიანტებს, რაც დამოკიდებულია კვანძის ზომებზე, ლოკალიზაციასა და სიმსივნეში მორფოლოგიური ცვლილების ხასიათზე (სურ. 31). ექოგრაფია გვებმარება საშვილოსნოს მიომისა და ორსულობის დიფერენცირებაში. დიდი დიაგნოსტიკური ღირებულება აქვს ულტრაბგერით გამოკვლევას საშვილოსნოს დანამატების მოცულობითი პროცესების გამოვლენისას (კისტები, კისტომა, კიბო).

თერმოგრაფია არის ადამიანის სხეულის სხვადასხვა ნაწილებიდან მიღებული ინფრაწითელი გამოსხივების რეგისტრაციის მეთოდი. თერმოგრაფიას, ძირითადად, იყენებენ სარძევე ჯირკვლების დაავადების, სასქესო ორგანოთა ანთებითი და სიმსივნური პროცესების დიაგნოსტიკის მიზნით.

საცდელი მუცელკვთა (ლაპაროტომია), ძირითადად, იმ შემთხვევაში კეთდება, როდესაც გამოყენებული გამოკვლევის მეთოდები ვერ იძლევა ზუსტი დიაგნოსტიკის საშუალებას.

ჰორმონული სინჯები. ამ სინჯებს იყენებენ მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევის მიზეზების გამოვლენისა და ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხე-საშვილოსნოს სისტემის დაზიანების დონის დასადგენად. მათი დახმარებით შესაძლებელია დიფერენციული დიაგნოსტიკის ჩატარება და რაციონალური

მკურნალობის შერჩევა. ამ მიზნით იყენებენ სინჯებს, რომლებიც სტიმულს აძლევს ან თრგუნავს მენსტრუალური ციკლის მარეგულირებელი სისტემის სხვადასხვა რგოლის ფუნქციას. ზოგჯერ აწარმოებენ კომბინირებულ სინჯებს, რომლებიც დამყარებულია ერთი ენდოკრინული ჯირკვლის მოქმედების სტიმულაციაზე და მეორის ფუნქციის დათრგუნვაზე.

სინჯი რილიზინგ-ფაქტორით. გამოიყენება ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუთენინიზებელი ჰორმონების რილიზინგ-ფაქტორები. ამ სინჯის ჩატარების მთავარი ჩვენებაა ჰიპოფიზის დაზიანების დადგენა, ძირითადად, ცენტრალური გენეზის ამენორეის დროს. ჰიპოფიზის პათოლოგიური ცვლილებების დროს (სიმსივნე, ნეკროზი) სინჯები ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუთენინიზებელი ჰორმონის რილიზინგ-ფაქტორებით უარყოფითია, რადგან ჰიპოთალამუსის მასტიმულირებელ ზემოქმედებაზე ჰიპოფიზი არ პასუხობს ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუთენინიზებელი ჰორმონების გამოყოფის გაძლიერებით. თუ სინჯები რილიზინგ-ჰორმონებით ჰიპოფიზის ნორმალურ ფუნქციას ადასტურებს, მაშინ ცენტრალური გენეზის ამენორეა განპირობებულია ჰიპოთალამუსის დაზიანებით.

რილიზინგ-ჰორმონებით სინჯების შეფასება ემყარება სისხლში ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუთენინიზებელი ჰორმონის შემცველობის განსაზღვრას რადიოიმუნოლოგიური მეთოდის საშუალებით.

სინჯი ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონით გამოიყენება საკვერცხის ფუნქციური მდგომარეობის განსაზღვრისათვის (ამენორეის, სქესობრივი განვითარების შეფერხების დროს და სხვ.). ამისათვის, ძირითადად, გამოიყენება პერგონალი (ფოლიკულმასტიმულირებელი უფრო ხშირად და მალუთენინიზებელი ჰორმონების 75-75 ერთეული). პერგონალის შეყვანის შემდეგ (5000 ერთეული 10 დღის განმავლობაში) საზღვრავენ ესტროგენების შემცველობას სისხლში და აკვირდებიან ფუნქციურ მაჩვენებლებს დინამიკაში (კარიოპიკნოზური ინდექსი, „გუგის“, „გვიმრის ფოთლის“ სიმპტომები, ლორწოს წელვადობა). საკვერცხეების ნორმალური ფუნქციის დროს სინჯი დადებითია.

სინჯის ქორიოგონინით აწარმოებენ საკვერცხეების მდგომარეობის დაზუსტების მიზნით. ქორიოგონინს ნიშნავენ 5 დღის განმავლობაში კუნთში დღეში 1500-5000 ერთეულს. შედეგებს აფასებენ სისხლში პროგესტერონის შემცველობისა და ბაზალური ტემპერატურის 37°C-ზე ზემოთ მომატებით.

თუ საკვერცხეებს აქვთ უნარი ფუნქციურად უპასუხოს ქორიოგონინის მასტიმულირებელ ზემოქმედებას, მისი შეყვანის შემდეგ ყვითელი სხეულის ჰორმონის წარმოქმნა ძლიერდება, რაც ცენტრალური გენეზის დარღვევაზე მიუთითებს. სინჯის უარყოფითი შედეგები ადასტურებს საკვერცხის პირველად არასრულფასოვნებას.

სინჯი პროგესტერონით, ძირითადად, გამოიყენება ამენორეის საშვილოსნოსმიერი ფორმის გამოარცხვის მიზნით. სინჯი დადებითად მიიჩნევა, თუ პროგესტერონის 6-8 დღის მანძილზე კუნთში შეყვანიდან (10 მგ დღეში) 2-3 დღის შემდეგ პაციენტს განუვითარდა მენსტრუალურის მსგავსი სისხლდენა. პროგესტერონით დადებითი ცდა საშუალებას გვაძლევს, არა მხოლოდ გამოვრიცხოთ ამენორეის საშვილოსნოსმიერი ფორმა, არამედ ადასტურებს საკვერცხეების საკმარის ესტროგენულ აქტივობას. უარყოფითი ცდა ენდომეტრიუმის ღრმა დაზიანებაზე ან სუსტ ესტროგენულ სტიმულაციაზე მეტყველებს.

სინჯის ესტროგენებითა და პროგესტერონით ახორციელებენ წინა სინჯის უარყოფითი შედეგის შემდეგ. პაციენტს 10-14 დღის განმავლობაში შეუყვანენ ერთ-ერთ ესტროგენულ პრეპარატს, ხოლო შემდეგ უნიშნავენ პროგესტერონს 8 დღის განმავლობაში. დადებითი სინჯი (მენსტრუალურის მსგავსი რეაქციის გაჩენა) ადასტურებს საკვერცხეების ენდოკრინული ფუნქციის უკმარისობას და გამორიცხავს ამენორეის საშვილოსნოსმიერ ფორმას.

ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემის ფუნქციური მდგომარეობისა და მისი სარეზერვო შესაძლებლობების განსაზღვრაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს კომბინირებული ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატებით წარმოებული სინჯი (ბისეკურინი, ნონ-ოვლონი და სხვ.). ამ ჯგუფის პრეპარატებს ნიშნავენ 21 დღიანი სქემით 3 თვის განმავლობაში. პრეპარატების მიღების შეწყვეტის შემდეგ ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემის კარგი მდგომარეობისას ვითარდება უკუცემის ეფექტი, რის შედეგადაც აღინიშნება ოვულაცია. პრეპარატის მოხსნის შემდეგ საპასუხო რეაქციის არარსებობა ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემის დარღვევაზე მიუთითებს.

სინჯი კლომიფენით. კლომიფენი ოვულაციის სტიმულატორს წარმოადგენს. მას ნიშნავენ დღეში 50-100 მგ-ს მენსტრუალური ციკლის მე-5-დან მე-10 დღემდე. დადებითი რეაქციის დროს პრეპარატის მიღებას თან ახლავს ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუთეინიზებელი ჰორმონების სეკრეციის მომატება, რის შედეგადაც ხდება ოვულაცია.

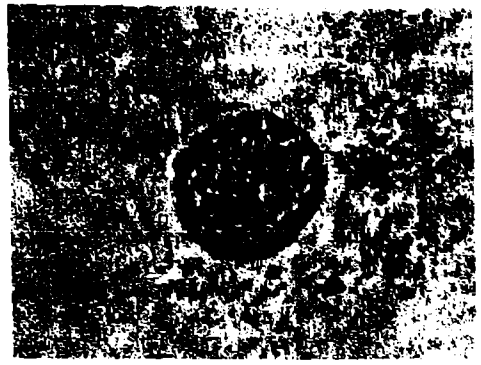
სინჯი კორტიზონით ან დექსამეტაზონით გამოიყენება ანდროგენების მომატებული შემცველობის წყაროს დადგენის მიზნით. სინჯი დამყარებულია ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის სეკრეციის დათრგუნვაზე. დექსამეტაზონს ნიშნავენ 0,5 მგ-ის რაოდენობით დღეში 4-ჯერ, 2 დღის განმავლობაში. 17-კეტოსტეროიდების ექსკრეციის მკვეთრი დაქვეითება ჰიპერანდროგენიის თირკმელზედა ჯირკვლისმიერ გენეზს ადასტურებს.

სინჯი ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონით წარმოებს თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ფუნქციური მდგომარეობის განსაზღვრის მიზნით. ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის შეყვანა (40 ერთეული კუნთში 2 დღის განმავლობაში) შარდში 17-კეტოსტეროიდების მკვეთრ მომატებას იწვევს დაავადების თირკმელზედა ჯირკვლისმიერი გენეზის დროს, ხოლო უმნიშვნელო მომატებას – საკვერცხეების ფორმის შემთხვევაში.

გამოკვლევის სამედიცინო-გენეტიკური მეთოდი. ამჟამად არსებობს სპეციალური სამედიცინო-გენეტიკური კონსულტაციები, სადაც სხვადასხვა სახის მემკვიდრული პათოლოგიის მქონე პაციენტთა გამოკვლევა წარმოებს. კონტიგენტი, რომელიც ამგვარ კონსულტაციებს საჭიროებს, შეირჩევა გინეკოლოგიური სტაციონარებისა და ქალთა კონსულტაციების ექიმების მიერ. სამედიცინო-გენეტიკური გამოკვლევა, უპირველეს ყოვლისა, უნდა ჩაუტარდეს იმ პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ სქესობრივი მომწიფების შეფერხება, ადრენოგენიტალური სინდრომი, პირველადი ამენორეა და სხვ.

სამედიცინო-გენეტიკური გამოკვლევის საშუალებით შეიძლება დავადებით გონადების ანატომიური და ფუნქციური დეფექტი, აგრეთვე მოვანდინოთ ადამიანის ორგანიზმის სქესობრივი და ექსტრაგენიტალური მომწიფების მრავალი დარღვევის დიაგნოსტიკა და კლასიფიკაცია. ამ მიზნით გამოიყენება: ა)

გამოკვლევის კლინიკურ-ციტოგენეტიკური მეთოდი, რომელიც ითვალისწინებს სასქესო ქრომატინის განსაზღვრას (სურ. 32), ქრომოსომული ანალიზის ჩატარებას და კარიოტიპის დადგენას (სურ. 33); ბ) გენეალოგიური მეთოდი, რომელიც მოიცავს განსაზღვრულ ნიშნის (ნიშნების) მემკვიდრული ხასიათის შესწავლას და, შემდგომში, ოჯახის წევრებში მისი გამოვლენის ალბათობის დადგენას, რაც დამყარებულია ნათესაური კავშირების გამოძიებაზე (გენეალოგია) და ნიშნის (ნიშნების) გამოვლენაზე ყველა ნათესავში; გ) ბიოქიმიური მეთოდები, რომლებიც საშუალებას გვაძლევს, ნივთიერებათა ცვლის მემკვიდრული დარღვევების დროს აღმოვაჩინოთ ამა თუ იმ ფერმენტის (ამინომჟავების) უკმარისობა ან მოვახდინოთ ენზიმური ბლოკის დიაგნოსტიკა.



სურ. 32. სასქესო ქრომატინის სხეულაქი ნაყოფის საშოს ეპითელიუმში.

გინეკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობის პრინციპები და მეთოდები

გინეკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობა რთული პროცესია, რომელიც მოიცავს ერთმანეთის თანმიმდევრულ და ურთიერთდაკავშირებულ 3 რგოლს: მეორადი პროფილაქტიკა (დაავადების პროგრესირებისა და რეციდივების თავიდან აცილება), უშუალოდ მკურნალობა (პათოლოგიური პროცესის გამოვლინება ან შესუსტება) და სამედიცინო რეაბილიტაცია (ავადმყოფობის დროს დაზიანებული ორგანიზმის ყველა ფუნქციის სრული აღდგენა). სამკურნალო ღონისძიებათა წარმატების აუცილებელი პირობაა შემდეგი პრინციპების მკაცრი დაცვა:

- 1) დიაგნოზის სისწორე, სრული და ზუსტი ჩამოყალიბება, დაავადების კლინიკური ფორმის, სტადიისა და გართულებათა არსებობისა და ხასიათის მითითებით. დიაგნოზი უნდა ასახავდეს დაავადების ეტიოლოგიას, პათოგენეზსა და კლინიკას.
- 2) პაციენტის პიროვნული ფსიქოლოგიური თავისებურებების გათვალისწინება, დაავადების მიმდინარეობა, პრემორბიდული ფონის ჩათვლით.
- 3) სამკურნალო ღონისძიებათა გეგმიური და ეტაპური თანმიმდევრობა.
- 4) მკურნალობის შედეგების დინამიური შეფასება და მათი წარუმატებლობის ან არასაკმარისი კლინიკური შედეგის მიზეზის აუცილებელი ანალიზი.
- 5) ონკოლოგიური სიტუაციის განვითარება.
- 6) შერჩეულ სამკურნალო საშუალებათა ეტიოლოგიური, პათოგენეზური და სიმპტომური დასაბუთება.
- 7) სამკურნალო ღონისძიებათა კომპლექსურობა.

კომპლექსურ თერაპიაში შედის სხვადასხვა სახის სამკურნალო საშუალებები. ეს უკანასკნელი იყოფა ოპერაციულ (ქირურგიულ) და არაოპერაციულ (კონსერვატიულ) მეთოდებად, რომელიც შეიცავს მედიკამენტურ და არამედიკამენტურ საშუალებებს.



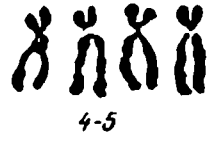
1



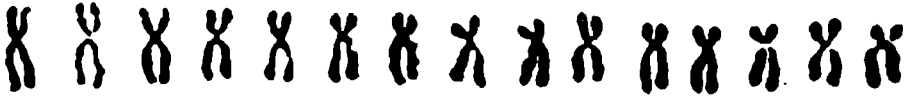
2



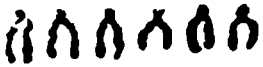
3



4-5



6-12+X



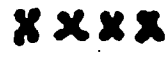
13-15



16



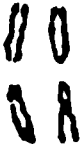
17-18



19-20



y 21-22



1



2



3



4-5



6-12+X



13-14



16



17-18



19-20



21-22

სურ. 33. ადამიანის ქრომოსომები.

ა) მამაკაცური კარიოტიპი;

ბ) ქალური კარიოტიპი.

მედიკამენტური საშუალებები. გინეკოლოგიაში უფრო ხშირად იყენებენ ანტიბაქტერიულ (ანტიბიოტიკები, სულფანილამიდები, ნიტროფურანები), ჰორმონულ, სისხლდენის შემაჩერებელ, ტკივილგამაყუჩებელ, მადესენსიბილიზებელ, ანტიანემიურ, ანტისეპტიკურ პრეპარატებს, პროტეოლიზური და ჰიალურონიდაზული მოქმედების ფერმენტებს, ბიოსტიმულატორებს ბაქტერიული მუკოპოლისაქარიდების ჩათვლით (პიროგენალი, პროდიგიოზანი), ასევე A, B, C,

E, P ჯგუფის ვიტამინებს და ფოლიუმის მჟავას. აგრეთვე, გამოიყენება სედაციური და ტრანკვილიზური პრეპარატები, რომელიც მიზანშეწონილია დაინიშნოს წყვეტილი კურსით 10-12 დღით, 2-3 თვიანი შესვენებებით. სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დროს იყენებენ საყოველთაოდ აღიარებულ ანტიტუბერკულოზურ პრეპარატებს, სასქესო ორგანოთა ავთვისებიანი წარმონაქმნების დროს — ციტოსტატიკურ მედიკამენტურ საშუალებებს.

გინეკოლოგიაში ანტიბაქტერიული მკურნალობის თავისებურებაა მისი განხორციელება მენსტრუაციის პერიოდში (მეორადი პროფილაქტიკის მიზნით). მიკროფლორის სახისა და მისი ანტიბიოტიკისადმი მგრძობელობის შესაბამისად, ამჟამად გაიზარდა ნახევრადსინთეზური პენიცილინების, ცეფალოსპორინებისა და ამინოგლიკოზიდების დანიშვნის ჩვენება დაზიანების კერაში პრეპარატის მაღალი და განხანგრძლივებული კონცენტრაციის აუცილებელი მიღწევით. ანტიბიოტიკების კომბინაციას ახორციელებენ, ძირითადად, დაავადების მძიმე მიმდინარეობისას, როდესაც დიაგნოზი დაუზუსტებელია და გამომწვევი უცნობია, ასევე შერეული ინფექციების დროს.

ამჟამად გინეკოლოგიაში იყენებენ ანტიბიოტიკების შემდეგ მთავარ ჯგუფებს: ნახევრადსინთეზური პენიცილინები (მეტაცილინი, ოქსაცილინი, ამპიცილინი), ცეფალოსპორინები (ცეპორინი და სხვ.), მაკროლიდები (ერითრომიცინი), ლინკომიცინი, ფუზიდინი, რისტომიცინი, რიფამპიცინი, ამინოგლიკოზიდები (კანამიცინი, გენტამიცინი), სოკოს საწინააღმდეგო (ნისტატინი, ლევორინი).

ჰორმონულ მკურნალობას (რომლის ჩვენებები გინეკოლოგიაში მრავალია) პირობითად ყოფენ ჩანაცვლებით, მახლოკირებელ, მასტიმულირებელ და შემანარჩუნებელ თერაპიად.

ჩანაცვლებითი ჰორმონთერაპია გამოიყენება საკვერცხის სხვადასხვა გენეზის ჰიპოფუნქციის დროს. განასხვავებენ ციკლურ ჰორმონთერაპიას, რომელიც დამყარებულია ესტროგენული და გესტაგენური პრეპარატების ციკლურ მიღებაზე მენსტრუალური ციკლის ფაზების შესაბამისად. აშკარა სასქესო ინფანტილიზმისა და ამენორეის დროს ჩანაცვლებითი ჰორმონთერაპია შეიძლება შედგებოდეს ორი ეტაპისგან. პირველი ეტაპი მოსამზადებელია. იგი გულისხმობს თავდაპირველად მხოლოდ ესტროგენული პრეპარატების შეყვანას. ამ მიზნით 20 დღის განმავლობაში 10 დღიანი შესვენებებით ინიშნება სხვადასხვა ესტროგენული პრეპარატები. აწარმოებენ ამგვარი მკურნალობის რამდენიმე კურსს მენსტრუაციის მსგავსი რეაქციის გამოვლენამდე. შემდეგ ხორციელდება ჩანაცვლებითი თერაპიის მეორე ეტაპი, რომელიც ესტროგენების (10-12 დღის განმავლობაში) და გესტაგენების (8 დღის განმავლობაში) ციკლურ მიღებაში მდგომარეობს. ყვითელი სხეულის ფუნქციის უკმარისობისას ჩანაცვლებითი თერაპია მხოლოდ გესტაგენებით ტარდება, რომელთაც მენსტრუაციის დაწყებამდე 8-10 დღით ადრე ნიშნავენ.

ჰორმონთერაპია, რომელიც საკვერცხეების ფუნქციის შეწყვეტას იწვევს, ემყარება მათში ციკლური ცვლილებების დათრგუნვას, რაც ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზურ სისტემაზე ზემოქმედებით მიიღწევა. ამ მიზნით ყველაზე ხშირად იყენებენ ესტროგენ-გესტაგენების კომბინირებულ პრეპარატებს (ნონ-ოვლონი, ბისეკურინი და სხვ.), რომელთაც იღებენ მენსტრუალური ციკლის მე-5-დან 25-ე დღემდე. გამოიყენება, აგრეთვე, „სუფთა“ გესტაგენები (ტურინალი და სხვ.), რომელთაც უწყვეტად ნიშნავენ. ამ პრეპარატებს იყენებენ ენდომეტრიოზის,

საშვილოსნოს მიომის, ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესების, კიბოს-წინარე მდგომარეობების და სხვა პათოლოგიების სამკურნალოდ.

მასტიმულირებელი ჰორმონთერაპია დაფუძნებულია საკვერცხის ფუნქციის პირდაპირ ან ირიბ სტიმულაციაზე. მასტიმულირებელი ეფექტი აქვს გონადოტროპული ჰორმონების პრეპარატებს (პერგონალი, ქორიოგონინი), ასევე კლომიფენს (კლოსტილბეგიდი). ამ მკურნალობის დანიშვნა დიდ სიფრთხილეს მოითხოვს, რადგან მისმა ხანგრძლივმა და უკონტროლო გამოყენებამ შეიძლება საკვერცხეების ჰიპერსტიმულაციის სინდრომი გამოიწვიოს, რომელიც გამოვლინდება ტკივილებით მუცელში, საკვერცხეების ზომების მომატებით მის აპოპლექსიამდე და ნეკროზამდეც კი.

შემანარჩუნებელი თერაპია დამყარებულია სასქესო ჰორმონების მცირე დოზების მიღებაზე ვეგეტაციურ-სისხლძარღვოვანი და ემოციურ-ფსიქიკური დარღვევების მოწესრიგების მიზნით, რომელიც საკვერცხის ფუნქციის დაქვეითების შედეგად ვითარდება, მაგრამ არა რეპროდუქციული ფუნქციის ნორმალისაციისთვის. შემანარჩუნებელი თერაპია საჭიროა უპირატესად კლიმაქტერული და საკვერცხეების გამოფიტვის სინდრომის დროს.

მრავალ პაციენტში ზოგიერთი პრეპარატი იწვევს გვერდით მოვლენებს, რაც ხშირად გვამძულებს, შევზღუდოთ სამკურნალო საშუალებათა მიღება იმ შემთხვევებშიც კი, როდესაც მათი ეფექტურობა გინეკოლოგიური დაავადების მკურნალობისას საკმაოდ მაღალია. გარდა ამისა, ზოგიერთი პათოლოგიური პროცესის დროს (განსაკუთრებით მათი ხანგრძლივი მიმდინარეობისას), მედიკამენტების მოქმედების კლინიკური შედეგი არ არის საკმარისი. სამკურნალო პრეპარატების გონივრული შეზღუდვა და მკურნალობის კომპლექსში არამედიკამენტური საშუალებების ჩართვა არა მხოლოდ აგვააცილებს ფარმაკოლოგიური პრეპარატების უარყოფით გვერდით მოვლენებს და შეამცირებს მისაღები პრეპარატების რაოდენობას, არამედ დადებითად იმოქმედებს პაციენტის ორგანიზმის არასპეციფიკურ რეზისტენტობაზე, რითაც გაიზრდება მკურნალობის კლინიკური შედეგიანობა.

რაციონული სამკურნალო კვება. კვების რაციონულობა, უპირველეს ყოვლისა მის გაწონასწორებაში მდგომარეობს, ანუ საკვების ენერგეტიკული ღირებულება ორგანიზმის მოთხოვნილებების შესაბამისი უნდა იყოს. დაუბალანსებელი კვება შეიძლება ქალის ორგანიზმის მდგომარეობის ისეთი ცვლილებების მიზეზი გახდეს, რომლებიც აპროვოცირებენ, აძლიერებენ ან ამყარებენ პათოლოგიურ პროცესებს (ანთება, საკვერცხის ჰორმონული აქტივობის დაქვეითება და სხვ.), აგრეთვე, ააქტიურებენ თანმწლებ ექსტრაგენიტალურ დაავადებათა კლინიკურ გამოვლინებებს. ამიტომ კვების მოწესრიგება ნებისმიერი გინეკოლოგიური დაავადების მკურნალობის მნიშვნელოვანი კომპონენტია. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს საკვების ენერგეტიკული ღირებულების შემცირებას სხეულის ჭარბი წონის დროს, უპირველეს ყოვლისა, ალიმენტური გაცხიმოვნებისას. მნიშვნელოვანია საკვების ვიტამინიზაცია ზამთარ-გაზაფხულის პერიოდში. რაციონული კვების პრინციპების დარღვევისას აუცილებელი ხდება დიეტოთერაპია — საკვების მიღების განსაზღვრული რეჟიმი და სპეციალური საკვები რაციონი. სამკურნალო კვების თავისებურებები, ძირითადად, თანმწლები ექსტრაგენიტალური დაავადებების ხასიათით არის განპირობებული.

ფსიქოთერაპია აუცილებელი კომპონენტია ყოველი კომპლექსური მკურნალობისას. ფსიქოთერაპიის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ამოცანაა ქალის ცნობიერებაში დაავადების თავისებურებების სწორი აღქმის პირობების შექმნა. ამ მიზნით უნდა გაირკვეს კონკრეტული შეცდომები პაციენტის მსჯელობაში მისი მდგომარეობის შესახებ, რომლებიც შემდგომში ექიმმა ლოგიკური არგუმენტების საშუალებით უნდა გამოასწოროს, ამ დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს პათოლოგიური პროცესის დადებით დინამიკას. ხანგრძლივად მიმდინარე გინეკოლოგიური დაავადებების დროს (რომელთაც ხშირად თან ახლავს პაციენტის ფსიქიური მდგომარეობის, ასევე გულ-სისხლძარღვთა და ვეგეტაციური სისტემების მოქმედების შეცვლა) შეიძლება განვითარდეს ავტოგენური ვარჯიშის აუცილებლობა. რაციონული ფსიქოთერაპიისა და ავტოტრენინგის მცირე შედეგი სუბესტიური ფსიქოთერაპიის ჩვენებას წარმოადგენს.

სამკურნალო მასაჟი ეფექტურ საშუალებას წარმოადგენს სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევის გაუმჯობესების, ჟანგვა-აღდგენითი პროცესებისა და ქსოვილოვანი სუნთქვის აქტივაციისათვის, უფრო სრულყოფილი დაცვითი და კომპენსაციური რეაქციების ჩამოყალიბებისათვის. ნეიროენდოკრინული გინეკოლოგიური სინდრომების, ხანგრძლივი ანთებითი პროცესისა და მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევით გამოწვეული ნერვულ-ემოციური დარღვევების დროს მიზანშეწონილია ხელით მასაჟი (კლასიკური, სეგმენტური, წერტილოვანი და სხვ.). გენიტალური ინფანტილიზმისა და საკვერცხეების ანთებითი გენეზის ჰიპოფუნქციის შემთხვევაში საჭიროა ვიბრაციული მასაჟის წარმოება სპეციალური აპარატით. ხელით მასაჟის სპეციფიკურ სახეს წარმოადგენს გინეკოლოგიური მასაჟი, რომელიც მდგომარეობს საშვილოსნოზე, მის დანამატებზე, პერიტონეუმსა და მცირე მენჯის ფაშარ ქსოვილზე მექანიკურ ზემოქმედებაში. გინეკოლოგიური მასაჟი საჭიროა გენიტალური ინფანტილიზმისა და მცირე მენჯში შეზოგადებითი პროცესების დროს (რომლებიც საშვილოსნოს არასწორ მდებარეობას განაპირობებს).

სამკურნალო ფიზკულტურა. მკურნალობის ამ მეთოდის თავისებურებაა, ზოგად-გამაჯანსაღებელი მოქმედებისა და სასქესო სისტემის დარღვეული ფუნქციის აღდგენის მიზნით, თერაპიული ფაქტორის სახით, ადამიანის ბუნებრივი ფუნქციის — მოძრაობის — გამოყენება. სამკურნალო ფიზკულტურის სახეობებიდან გინეკოლოგიაში ყველაზე ხშირად გამოიყენება ტანვარჯიში, უფრო იშვიათად სეირნობა და დოზირებული სიარული. სამკურნალო ტანვარჯიში სუნთქვით ვარჯიშთან ერთად მოიცავს ზურგის, ტორსისა და მუცლის პრესის, მენჯის ფსკერისა და ქვედა კიდურების კუნთების აქტიურ ვარჯიშებს. ამით უმჯობესდება სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევა, მათ შორის მცირე მენჯის ღრუს ორგანოებში, ნივთიერებათა ცვლის პროცესების სტიმულაცია (ზოგადი და ადგილობრივი — პათოლოგიურ კერაში), ორგანიზმის ტონუსის მომატება და პაციენტის ფსიქოემოციური მდგომარეობის ოპტიმიზაცია. სამკურნალო ფიზკულტურას აწარმოებენ იმავე შემთხვევაში, როდესაც მასაჟს. ხშირად თერაპიის ორივე მეთოდს ერთდროულად იყენებენ. გარდა ამისა, სამკურნალო ფიზკულტურა მნიშვნელოვანია ნეიროენდოკრინული გინეკოლოგიური სინდრომების, მენსტრუალური ფუნქციის ზოგიერთი დარღვევის, სასქესო ორგანოთა დაწვევის, დაძაბვისას შარდის შეუკავებლობის მკურნალობაში, ოპერაციისწინა და შემდგომ პერიოდებში, ალიმენტური გაცხიმოვნების დროს.

ავტოჰემოთერაპია ბიოსტიმულაციის თავისებური მეთოდია, რომელიც აძლიერებს რეტიკულოპისტიოციტური სისტემის ფუნქციას და ზრდის არასპეციფიკურ იმუნიტეტს. პაციენტის საკუთარი, მათ შორის ჰემოლიზური სისხლის კუნთში შეყვანის კლინიკური ეფექტი გამოიხატება ანთების საწინააღმდეგო, გამწოვ, ტკივილგამაყუჩებელ და სისხლის აღმდგენ მოქმედებაში, რასაც საკმაოდ ხშირად იყენებენ სასქესო ორგანოთა ქვემწვავე და გამწვავებული ქრონიკული, განსაკუთრებით საშვილოსნოს სისხლდენით მიმდინარე, ანთებითი დაავადების მკურნალობის პროცესში.

მკურნალობის ფიზიკური მეთოდები. ფიზიკური ფაქტორების სამკურნალო მოქმედების მექანიზმში მათ ადგილობრივ ზემოქმედებასთან ერთად მნიშვნელოვანია ორგანიზმის რეფლექსური რეაქცია, რომელიც ხორციელდება ნეიროჰუმორული გზით ტროფიკული პროცესების სხვადასხვა დონეზე (უჯრედულიდან მთლიან ორგანიზმამდე) აქტიური თვითრეგულაციის სახით. სხვადასხვა სახის ფიზიკურ ფაქტორებს, რომლებიც გინეკოლოგიაში სამკურნალო მიზნით გამოიყენება, ორ მთავარ ჯგუფში აერთიანებენ:

1) ბუნებრივი ფაქტორები: კლიმატოთერაპიული, ჰიდროთერაპიული, ბალნეოთერაპიული (ბუნებრივი და ხელოვნური მინერალური და რადონული წყლები, პელოიდები, პელოიდის მსგავსი ნივთიერებები);

2) ხელოვნური ფაქტორები (პრეფორმირებული), რომლებიც სპეციალური აპარატების დახმარებით ერთი ფორმის ენერჯის მეორეში გარდაქმნის შედეგად მიიღება (აპარატული ფიზიოთერაპია).

კლიმატოთერაპია — კლიმატური ფაქტორების: ჰაერის (აეროთერაპია), მზის რადიაციის (პელიოთერაპია), ზღვის (თალასოთერაპია) სამკურნალოდ გამოყენებაა. მკურნალობის ეს მეთოდი ხელს უწყობს ორგანიზმის მდგრადობის მომატებას გარემო პირობების არასასურველი ზემოქმედების მიმართ და აღმოჩენებს სასქესო სისტემის ფუნქციას. კლიმატოთერაპიას კარგი შედეგი აქვს სასქესო ორგანოთა მორეციდივე ანთებითი დაავადებებისა და ნეიროენდოკრინული დარღვევების მეორადი პროფილაქტიკის მიზნით. იგი, ასევე, სამედიცინო (მათ შორის ქირურგიული) მკურნალობის შემდგომი რეაბილიტაციის ეფექტური მეთოდია.

წყლით მკურნალობა ზოგადმატონიზირებელი და გამაკაჟებელი სამკურნალო ღონისძიებების აუცილებელ კომპონენტს წარმოადგენს, განსაკუთრებით ნეიროენდოკრინული გინეკოლოგიური სინდრომების, ბავშვებსა და მოზარდებში გინეკოლოგიური დაავადებების, მენტრუალური ფუნქციის დარღვევის დროს. გინეკოლოგიაში ხშირად გამოიყენება გადავლება, განბანა, აბაზანები (ზოგადი და ადგილობრივი, „მენჯის“ აბაზანების ჩათვლით) და შხაპი. წყლით მკურნალობის კარგ თავისებურებას წარმოადგენს პროცედურების სახლის პირობებში ჩატარების შესაძლებლობა (ექიმის რეკომენდაციითა და სისტემატური სამედიცინო კონტროლით). სხვა მრავალი სამკურნალო ფიზიკური ფაქტორისგან განსხვავებით, ამგვარი ზემოქმედების უკუჩვენებები ძალიან შეზღუდულია.

მინერალურ და რადონიან წყლებს ხშირად იყენებენ შიგნითა სასქესო ორგანოების ქრონიკული ანთებითი პროცესების, მცირე მენჯში შეხორცებითი პროცესების, საკვერცხეების პორმონული ფუნქციის დარღვევის დროს. გოგირდწყალბადოვანი (სულფიდური), ნატრიუმის, ქლორიდებისანი (რაპა), დარიშხანის შემცველი (დარიშხანიანი) და ნახშირყვანიანი წყლები აძლიერებს საკვერცხეების

ესტროგენულ აქტივობას, ხოლო რადონიანი — აქვეითებს. გინეკოლოგიაში მინერალური და რადონიანი წყლების სამკურნალო გამოყენების სპეციფიკურ თავისებურებას წარმოადგენს საშოს მორწყვის შესაძლებლობა, რომელთა აბაზანებთან შეთავსება მნიშვნელოვნად ზრდის მკურნალობის ეფექტურობას.

ტალახით მკურნალობა (პელოიდოთერაპია) გინეკოლოგიური დაავადებების ბუნებრივი ფაქტორებით მკურნალობის გავრცელებული მეთოდია. ტალახით მკურნალობის ძირითადი ჩვენებებია შიგნითა სასქესო ორგანოების ქრონიკული ანთებითი პროცესები (საკვერცხეების უცვლელი ან დაქვეითებული პორმონული ფუნქციის, მცირე მენჯში შეზოროცებითი პროცესების, გენიტალური ინფანტილიზმის დროს). გინეკოლოგიაში შლამითა და ტორფიანი ტალახით მკურნალობების კლინიკური შედეგები პრაქტიკულად ერთნაირია, რაც ტალახით არაკურორტული მკურნალობის დიდ შესაძლებლობას იძლევა. გინეკოლოგიურ პაციენტთა ტალახით მკურნალობის თავისებურებას წარმოადგენს საშოში ტალახის ტამპონების ხშირი გამოყენება, ხშირად რექტალურ ტამპონებთან ერთად.

პელოიდისმაგვარ ნივთიერებებს (პარაფინი, ოზოკერიტი, თიხა, ნაფტალანი) ისევე, როგორც პელოიდებს, აქვთ ტკივილგამაყუჩებელი, ანთების საწინააღმდეგო, გამწოვი, ანტისპაზმური მოქმედება და მათი გავლენაც საკვერცხეების პორმონულ ფუნქციაზე (ესტროგენების მოქმედების სტიმულირება) სამკურნალო ტალახების მსგავსია, ამიტომ პელოიდებისა და პელოიდისმსგავსი ნივთიერებების დანიშვნის საჭიროება პრაქტიკულად ერთნაირია.

მიუხედავად იმისა, რომ ბუნებრივი ფიზიკური ფაქტორების კომპლექსური გამოყენებისთვის სასურველი პირობები იქმნება კურორტზე (იხ. ქვემოთ), საჭიროა მკურნალობის ამ მეთოდის ხშირი გამოყენება სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებშიც, პაციენტის საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით (მათ შორის სანატორიუმ-პროფილაქტორიუმშიც). ქალები, რომელთაც გინეკოლოგიური დაავადება აწუხებთ, მკურნალობის მიზნით სანატორიუმ-პროფილაქტორიუმში უნდა გაიგზავნონ. ასეთ ჩვენებებს წარმოადგენს შიგნითა სასქესო ორგანოების ქრონიკული ანთებითი დაავადებები პროცესის რემისიის სტადიაში, მენტრუალური ფუნქციის დარღვევები, რომელიც არ საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას, კლიმაქტერული სინდრომი და სხვა. სანატორიუმ-პროფილაქტორიუმებში აგზავნიან, აგრეთვე, ქალებს, რომლებიც მრავალჯერ მკურნალობდნენ გინეკოლოგიური დაავადების გამო.

ბუნებრივისგან განსხვავებით, არსებობს მრავალი თანამედროვე ხელოვნური ფიზიკური სამკურნალო საშუალება. შესაძლებელია მათი მოქმედების მკაცრი დოზირება, რაც მკურნალობის შედეგიანობას ამალღებს.

სინათლით მკურნალობა საჭიროა სითბური მოქმედების მიზნით (ხილული და ინფრაწითელი სხივები), ანალგეზური, დეჰიდრატაციული, მადესენსიბილიზებელი და ანთების საწინააღმდეგო ეფექტის მისაღებად (ულტრაიისფერი სხივები), შიგნითა სასქესო ორგანოების სტაბილური და შემოფარგლული (ქვემწვავე) ანთების დროს. ამ უკანასკნელის დროს სინათლით მკურნალობა მცირე მენჯის ღრუს ორგანოებში შეზოროცებითი პროცესების პროფილაქტიკის კარგ საშუალებას წარმოადგენს.

ვამბროთერაპია გინეკოლოგიური დაავადებების დროს, ძირითადად, ხორციელდება ულტრაბგერით, რომელსაც აქვს ტკივილგამაყუჩებელი, მადესენსიბილიზებელი და კარგად გამოხატული ფიბროლიზური თვისებები.

ულტრაბგერითი თერაპია მეტად ეფექტურია შიგნითა სასქესო ორგანოების ქრონიკული ანთებითი დაავადებებისა და მცირე მენჯში შეზორცებითი პროცესების დროს. საშვილოსნოს მილების გაუვალობით გამოწვეული უნაყოფობის დროს მიზანშეწონილია, ულტრაბგერითი მკურნალობის მედიკამენტურ ჰიდროტუბაციასთან შეთავსება.

ელექტრომკურნალობა გინეკოლოგიაში ე.წ. აპარატული ფიზიოთერაპიის საკმაოდ გავრცელებული სახეა. ელექტრომკურნალობის ნაირსახეობა მკაცრად ინდივიდუალური მოქმედების საშუალებას გვაძლევს, რაც მნიშვნელოვნად ზრდის მის შედეგს. მაღალი ძაბვის მულმივი ელექტრული ველით მოქმედება საჭიროა ნეიროენდოკრინული გინეკოლოგიური სინდრომების მკურნალობისთვის.

ცვლადი მაღალი, ულტრამაღალი (უმს) და ზემაღალი (ზმს) სიხშირის ელექტრომაგნიტური ველით ზემოქმედება (ინდუქტოთერმია), ძირითადად, სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებების დროს გამოიყენება. ინდუქტოთერმია საკმაოდ შედეგიანია გენიტალიების ქრონიკული ანთებითი პროცესების მკურნალობისას, ხოლო უმს და ზმს თერაპია გამოიყენება ქვეშევავე პროცესის ჩამთავრებისა და ქრონიკული ანთებითი დაავადებების გამწვავების შემთხვევაში. ეს ფაქტორები ეფექტურია, ოპერაციის შემდგომი ინფილტრატების პროფილაქტიკისა და მათ აღრეული მკურნალობისთვის.

მაგნიტური ველი (მულმივი და ცვლადი) გამოიყენება იმავე დაავადებებისას, რაც უმს და ზმს თერაპია. გარდა ამისა, მაგნიტური ველის ზემოქმედება შეიძლება გამოყენებულ იქნას ენდომეტრიოზისა და საშვილოსნოს მიომის დროს.

მაღალი ძაბვის დენი უფრო ხშირად გამოიყენება ადგილობრივი დარსონვალიზაციის სახით, რაც მიზანშეწონილია ანთებითი გენეზის მულმივი ტკივილების, გენიტალური ინფანტილიზმისა და მორეციდივე კოლპიტების დროს. გენიტალური ინფანტილიზმის ფონზე მიმდინარე შიგნითა სასქესო ორგანოების ქრონიკული ანთების მქონე პაციენტებში, სასურველია დაინიშნოს ზეტონალური სიხშირის დენი. დიათერმიას, რომელიც აღრე გინეკოლოგიაში გამოიყენებოდა, ამჟამად მხოლოდ ელექტროქირურგიული მანიპულაციების დროს იყენებენ (ქსოვილის ამოკვეთა, კოაგულაცია და სხვ.).

დაბალი ძაბვის დენი გინეკოლოგიაში გალვანიზაციისა და დაბალი სიხშირის იმპულსური ელექტროთერაპიის სახით გამოიყენება. გალვანიზაცია (მულმივი დენის სამკურნალოდ გამოყენება) ყველაზე ხშირად მედიკამენტური ელექტროფორეზის კომპონენტს წარმოადგენს. გალვანიზაცია, როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი, საჭიროა ნეიროენდოკრინული გინეკოლოგიური სინდრომებისა და მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევების დროს; ამ შემთხვევებში ხშირად იყენებენ ენდონაზალურ გალვანიზაციას.

დაბალი სიხშირის იმპულსური დენი (დიადინამიური, სინუსოიდური, მოდულირებული, ფლუქტუირებადი) კარგ შედეგს იძლევა ანთებითი გენეზის მულმივი მტკივნეული სინდრომის დროს. დაბალი სიხშირის მონოპოლარულ სწორკუთხოვანი ფორმის იმპულსურ დენს იყენებენ ელექტროძილისა და ცენტრალური ელექტროანალგეზიის მიზნით ნეიროენდოკრინული გინეკოლოგიური სინდრომებისა და ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ტკივილების კუპირებისათვის. ამ მეთოდს გინეკოლოგიაში დიდი მნიშვნელობა აქვს საშვილოსნოს ყელის

რეცეპტორების სტიმულაციისთვის. ყელ-პიპოთალამუს-პიპოფიზური რეფლექსის აღმავალი გზით აგზნებით საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენების დროს მიიღწევა ჰემოსტაზი.

აეროიონებსა და პილროაეროიონებს (აერო- და პილროაეროიონოთერაპია) იყენებენ ქალის ორგანიზმის დაცვით-შეგუებითი მექანიზმების აქტივაციისათვის წინასაოპერაციოდ მომზადების მიზნით, უფრო იშვიათად კლიმაქტერული სინდრომის დროს.

უკანასკნელ წლებში გინეკოლოგიაში ნეიროენდოკრინული დარღვევების აღმოფხვრის, ტკივილის სინდრომის მკურნალობისა და ზოგიერთი ოპერაციის გაუტკივარების მიზნით წარმატებით იყენებენ ნემსის ჩხვლევით მკურნალობას (აკუპუნქტურა). ეს მეთოდი დამყარებულია სპეციალური ნემსის საშუალებით პაციენტის სხეულის ზედაპირზე განსაზღვრული წერტილოვანი ლოკალიზაციის ადგილების გალიზიანებაზე. ამავე წერტილებზე შეიძლება ვიმოქმედოთ ელექტრული დენით (ელექტროპუნქტურული რეფლექსოთერაპია). პროცედურები უნდა ჩაატაროს ექიმმა, რომელმაც გაიარა სპეციალური მომზადება.

შერწყმული ფიზიოფარმაკოთერაპია. ეს მეთოდი მოიცავს ელექტროფორეზს, სამკურნალო საშუალებათა ფონოფორეზსა და ელექტროაეროზოლოთერაპიას. ელექტროფორეზი მდგომარეობს ორგანიზმზე გაღვანური ან დაბალი სიხშირის იმპულსური მონოპოლარული დენისა და მედიკამენტური საშუალებების ერთდროულ ზემოქმედებაში, რომელიც ქსოვილში იონების სახით შესვლის შედეგად მომატებულ რეაქციულ უნარს იძენს. ასეთი ზეგავლენის ძირითადი კომპონენტია დენი, რომლის მოქმედებით ორგანიზმში ძალიან მცირე რაოდენობით შეყვანილი მედიკამენტი კარგად გამოხატულ და გახანგრძლივებულ თერაპიულ ეფექტს იჩენს. გამონაკლისს წარმოადგენს მხოლოდ ჭიმითერაპიული პრეპარატების (ანტიბიოტიკები და სულფანილამიდები) ელექტროფორეზი, რადგან ამ საშუალებათა მცირე დოზებს რაიმე განსაკუთრებული თვისებები არ აქვს. მედიკამენტური საშუალებებით ელექტროფორეზი საჭიროა შიგნითა სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებების, როგორც ქვეშევრდკ სტადიაში, ასევე პროცესის გამწვავების პერიოდში, მცირე მენჯში შეხორცებითი პროცესების, მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევის დროს და ა.შ. გამოიყენება კანზედა (სარძევე ჯირკვლების არეში, მუცლის წინა კედელზე, რომბისებრ ფოსოზე და სხვ.) და ღრუსშიდა (საშოში, ენდოცერვიკალური ან ენდონაზალური) ზემოქმედება.

ელექტროფორეზისათვის მედიკამენტურ საშუალებას დიფერენციულად ირჩევენ. გავრცელებულია ელექტროფორეზი ბიოტური პრეპარატებით, რომლებიც ორგანიზმში მეტაბოლური პროცესების რეგულაციის მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს და აქტიურად მოქმედებს მის მთავარ ფუნქციებზე. მაგალითად, თუთიის იონებით ელექტროფორეზს აქვს ფიბროლიზური მოქმედება და ამალღებს მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ვეგეტაციურ ტონუსს. იოდის იონები აძლიერებს დისიმილაციურ პროცესებს, არბილებს შეხორცებით სტრიქტურებს. მაგნიუმის იონები ხელს უწყობს გლუვი კუნთების ბოჭკოების რელაქსაციას. კალციუმის იონები აძლიერებს ასიმილაციურ პროცესებს, სისხლძარღვთა კედლის გამავლობას. ხშირად გამოიყენება ამიდოპირინისა და ანალგინის იონების ტკივილგამაყუჩებელი და ანთების საწინააღმდეგო თვისებები.

მედიკამენტური ელექტროფორეზი ენდოკრინული დარღვევების მკურნალობის ეფექტური საშუალებაა, რამდენადაც სპილენძის იონები აძლიერებს ესტროგენების პროდუქციას, ხოლო თუთიისა და იოდის იონები აქვეითებს მას და აძლიერებს ყვითელი სხეულის აქტივობას. ესტროგენებისა და პროგესტერონის პროდუქციაზე მოქმედება ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემის დონეზე ხდება.

მკურნალობის აღწერილი მეთოდები განსაკუთრებით ფასეულია გინეკოლოგიურ პაციენტებში ჰორმონული პრეპარატების დანიშვნის მიზანშეუწონლობის შემთხვევაში.

სამკურნალო ნივთიერებების **ფონოფორეზი** (ულტრაფონოფორეზი) მდგომარეობს კანზე (იშვიათად საშოს ლორწოვანზე) ულტრაბგერითი რხევების და მედიკამენტური საშუალებებით ერთდროულ შემოქმედებაში. პრეპარატები ინარჩუნებენ ყველა სპეციფიკურ ფარმაკოლოგიურ თვისებას. კლინიკური შედეგი განპირობებულია ულტრაბგერის გავლენით, რომელიც ზრდის კანის ადსორბციულ თვისებას, აძლიერებს სამკურნალო ნივთიერების თერაპიულ მოქმედებას და, გარკვეულწილად, პათოლოგიურ კერაზე (საშვილოსნო, დანამატები) ან მის ახლოს მიზანმიმართული შემოქმედების საშუალებას იძლევა.

უფრო ხშირად ახორციელებენ ფონოფორეზს ჰიდროკორტიზონით, კალიუმის იოდიდით, იქტიოლით, ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებებით, რომლებსაც შეიცავს სამკურნალო ტალახი და ნაფტალანი. ფონოფორეზი, ძირითადად, საჭიროა საშვილოსნოს, საშვილოსნოს დანამატების, მენჯის პერიტონეუმისა და ფაშარი ქსოვილების ქრონიკული ანთებითი პროცესების დროს, ასევე ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ პაციენტის რეაბილიტაციის აუცილებლობის, უპირველეს ყოვლისა, საშვილოსნოს გარე ორსულობის გამო ჩატარებული ტუბექტომიის შემთხვევაში.

ამენორეისა და გადაუდებელი მდგომარეობის (საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენა, შიგნითა სასქესო ორგანოების ქვემწვავე და გამწვავებული ქრონიკული ანთებითი პროცესი, მწვავე ტკივილი ნევრალგიისას და ა.შ.) გარდა, ფიზიკური ფაქტორებით მკურნალობა უნდა დავიწყოთ მენტრუაციაიდან მე-5-7 დღეს. სხვა ვადებში ფიზიოთერაპიის დაწყება მნიშვნელოვნად ზრდის, როგორც ზოგადი, ასევე ადგილობრივი ხასიათის უარყოფითი საპასუხო რეაქციის განვითარების რისკს. ზოგადი პათოლოგიური რეაქციისთვის დამახასიათებელია საერთო მდგომარეობის გაუარესება, ვეგეტაციური ენდოკრინულ-სისხლძარღვოვანი დარღვევების (კარდიალგია, ტაქიკარდია, სისუსტე, თავბრუ, მომატებული გალიზიანებადობა, ძილის გაუარესება, არტერიული წნევის ლაბილობა და სხვ.), ასევე ექსტრაგენიტალურ კერებში ინფექციური პროცესის აქტივაციის კლინიკური ნიშნების განვითარება. თავისა და კისრის მიდამოზე შემოქმედებისას (პროცედურის ჩატარების ზონაში) ადგილობრივი პათოლოგიური რეაქცია ვლინდება ტვინის სისხლის მიმოქცევის ტრანზიტორული დარღვევის სიმპტომებით. მუცლის კედლის, გავის, საშოს და რექტალური პროცედურებისას შეიძლება აღინიშნოს აციკლური სისხლიანი გამონადენი სასქესო გზებიდან, ტკივილის გაჩენა ან გაძლიერება მუცლის ქვედა და გავის არეში, უხვი თეთრად შლა, დიზურიული მოვლენები. შიგნითა სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებებისას ჩნდება ან ძლიერდება ტკივილი, ვლინდება ადგი-

ლობრივი ექსუდაციური პროცესი, იცვლება სისხლის ჰემატოლოგიური და ბიოქიმიური მაჩვენებლები, რაც ადასტურებს დაავადების პროგრესირებას. ამიტომ ფიზიოთერაპიაზე ზოგადი ან ადგილობრივი პათოლოგიური რეაქციის განვითარებისას საჭიროა შევამციროთ ზემოქმედების ინტენსივობა, ხოლო დაავადების კლინიკური სიმპტომების გაძლიერებისას შევცვალოთ ან საერთოდ მოვხსნათ გამოყენებული სამკურნალო ფაქტორი ან ფიზიოთერაპია.

ფიზიკური ფაქტორების გამოყენებისას ოპტიმალური სამკურნალო ეფექტის მისაღებად მიზანშეწონილია ფიზიოთერაპიული პროცედურების თანმიმდევრული განხორციელება. ამგვარად მიიღწევა ფიზიკური ფაქტორებით გამოწვეული მეტაბოლური ცვლილებების გახანგრძლივება მისი მოქმედების შეწყვეტის შემდეგაც კი. ასეთი მოქმედების გამო მკურნალობის შორეული შედეგები უფრო გამოხატულია, ვიდრე ახლო. გინეკოლოგიურ პაციენტებში პრეფორმირებული ფიზიკური ფაქტორებით მკურნალობის კურსის მოქმედების პერიოდი 2 თვეს შეადგენს, მინერალური აბაზანებითა და მორწყვით – დაახლოებით 4 თვეს, ტალახით – დაახლოებით 6 თვეს. კურორტული მკურნალობისას შედარებით გამოხატულია ფაქტორების მოქმედების შემდგომი პერიოდი.

სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა მიმართულია ფუნქციური რეზერვების წარმოქმნის, დაცვითი და კომპენსაციური შესაძლებლობების გაზრდის, პაციენტის ორგანიზმის ადაპტაციური შესაძლებლობების დიაპაზონის გაფართოებისკენ. სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა საჭიროა საშვილოსნოს, საშვილოსნოს დანამატების, მენჯის პერიტონეუმისა და ფაშარი ქსოვილის ქრონიკული ანთებითი დაავადებების დროს, გამონაკლისს წარმოადგენს გენიტალური ტუბერკულოზი (ამ შემთხვევაში მკურნალობა უნდა ჩატარდეს მხოლოდ სპეციალიზებულ სანატორიუმებში), აგრეთვე, მცირე მენჯში ოპერაციის შემდგომი შეხორცებითი პროცესების, საშვილოსნოს არასწორი ფიქსირებული მდებარეობის, გენიტალური ინფანტილიზმის, მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევების (მას შემდეგ, რაც გამოირიცხება მისი ორგანული წარმოშობა, გარდა შიგნითა სასქესო ორგანოების ქრონიკული ანთებისა), კლიმაქტერული სინდრომის დროს.

დაუშვებელია იმ ქალთა სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა, რომელთაც აქვთ სიმპტომური დიაგნოზი „უშვილობა“ (მისი კონკრეტული მიზეზის დადგენის გარეშე), „ამენორეა“ (თუ უცნობია მისი წარმოშობა). გინეკოლოგიაში კურორტული მკურნალობა მაქსიმალურად ეფექტურია ახლადგამოვლენილი პათოლოგიის დროს.

სანატორიულ-კურორტულ მკურნალობაზე საჭიროების ან მიზანშეუწონლობის საკითხის გადასაწყვეტად პაციენტთა სამედიცინო შერჩევას თერაპევტის აუცილებელი მონაწილეობით ახორციელებენ.

სანატორიულ-კურორტული მკურნალობის ზოგადი უკუჩვენებების გარდა (ნებისმიერი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეები, სისხლის დაავადებები, ფილტვების, მუცლის ღრუსა და პერიტონეუმის ტუბერკულოზის აქტიური ფორმები, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები დეკომპენსაციის სტადიაში და სხვ.), გინეკოლოგიური პაციენტებისთვის არსებობს განსაკუთრებული უკუჩვენებები; მათ მიეკუთვნება აბორტისა და ავთვისებიანი სიმსივნეების გამოწვეული ოპერაციისა და მისი შემდგომი (პირველ მენსტრუაციამდე) პერიოდი. ბალნეოლოგიურ კურორტებზე ტალახითა და სითბური პროცედურ

რებით მკურნალობა მიზანშეწონილია პოლიპის, საშვილოსნოს ყელის სისხლმდენი ფსევდოეროზიის, საკვერცხეების ნერვული და ენდოკრინული სისტემების ორგანული დაავადებებით გამოწვეული დისფუნქციის დროს.

სანატორიულ-კურორტული მკურნალობის აუცილებლობის დადგენისა და უკუჩვენებების გამორიცხვის შემდეგ, უპირველეს ყოვლისა, სწორად უნდა შეირჩეს კურორტის ტიპი. თუ სხვა ექსტრაგენიტალური დაავადებები არ აღინიშნება, კურორტის ტიპის შერჩევა ხდება სასქესო სისტემის პათოლოგიის გათვალისწინებით.

დიდი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის სახის ამორჩევას (სანატორიული ან ამბულატორიული). შემდეგ უნდა განისაზღვროს წელიწადის ყველაზე ეფექტური დრო კურორტული მკურნალობისთვის. გინეკოლოგიური დაავადებების დროს კურორტული მკურნალობა შეიძლება ჩატარებული იქნას წელიწადის ნებისმიერ დროს, მაგრამ კლიმაქტერიული სინდრომითა და გამონაბოლქვი ემოციურ-ნევროლოგიური დარღვევებიანი ქალების გაგზავნას სამხრეთის კურორტებზე ზაფხულის ცხელ თვეებში უნდა მოვერიდოთ.

დიდი ყურადღება უნდა დაეთმოს მოსამზადებელ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს: სასქესო გზებისა (პოლიპის მოცილება, კოლპიტისა და საშვილოსნოს ყელის ფსევდოეროზიის მკურნალობა) და ქრონიკული ინფექციის ექსტრაგენიტალური კერების სანაციას.

კრიოთერაპია არის სიცივის სამკურნალო მიზნით გამოყენება ქსოვილების ჰიპოთერმიის მისაღწევად, რაც იძლევა ანთების საწინააღმდეგო, ტკივილგამაყუჩებელ და ჰემოსტაზურ ეფექტს. გამოიყენება შიგნითა სასქესო ორგანოების მწვავე და ქვემწვავე ანთებების, საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენებისას.

სხივური თერაპია ქალის სასქესო ორგანოების ავთვისებიანი წარმონაქმნების მკურნალობის საშუალებაა. იგი გამოიყენება, როგორც დამოუკიდებლად, ასევე ოპერაციულ ჩარევასთან ერთად.

ქიმიოთერაპია ახორციელებენ სასქესო ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობის დროს (საკვერცხეების კიბო, ქორიონეპითელიომა და სხვ.). მკურნალობის ეს მეთოდი დაწვრილებით აღწერილია შესაბამის თავებში.

ქალის სასქესო ორგანოების დაავადებების ქირურგიული მკურნალობა აღწერილია მეთექვსმეტე თავში.

უნდა აღინიშნოს, რომ ნებისმიერი პროფილაქტიკური, თერაპიული და სარეაბილიტაციო ღონისძიება გინეკოლოგიაში უშედეგო იქნება სამედიცინო დეონტოლოგიის მოთხოვნების მუდმივი და მკაცრი დაცვის გარეშე.

სამკურნალო ღონისძიებების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი კომპონენტი (მაღალ პროფესიონალიზმთან ერთად) უნდა იყოს ექიმის ისეთი თვისებები, როგორცაა სულიერება, პაციენტთან ურთიერთობაში სიბოძოს, თანაგრძობისა და გულისხმიერების გამომყვანების უნარი. კონსერვატიული და ოპერაციული მკურნალობის შედეგი დიდად არის დამოკიდებული იმაზე, მოახერხებს თუ არა ექიმი პაციენტის შიშისა და ემოციური დაძაბულობის მოხსნას მოსალოდნელი სადიაგნოზო მანიპულაციის, თერაპიული პროცედურის ან ქირურგიული ჩარევის წინ.

ქალის სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები

გინეკოლოგიური დაავადებების 60-65% ანთებითი დაავადებებია (ქალთა კონსულტაციაში მიმართულების მონაცემების მიხედვით). სასქესო სისტემის ანთებითი დაავადებების დროს ხშირად ირღვევა ქალის ორგანიზმის მრავალი ორგანოსა და სისტემის ფუნქციები. ჯერ კიდევ გასული საუკუნის ბოლოს ვ. სნეგირევა გამოთქვა აზრი, რომ სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები პათოლოგიურ პროცესში ითრევს ქალის მთელ ორგანიზმს.

განასხვავებენ არასპეციფიკური და სპეციფიკური ეტიოლოგიის ანთებით პროცესებს. პირველ ჯგუფს მიეკუთვნება ანთებითი პროცესები, რომლებიც გამოწვეულია სტაფილოკოკებით, ნაწლავის ჩხირით, სტრეპტოკოკით, ლურჯ-მწვანე ჩირქის ჩხირით, ხოლო მეორე ჯგუფს — ტრიქომონადებით, გონოკოკებით, კანდიდებით, ვირუსებით, მიკოპლაზმებით, ქლამიდიებით გამოწვეული ანთებითი პროცესი. თუმცა მსგავსი დაყოფა პირობითია, რადგან ხშირად ანთებითი პროცესები გამოწვეულია შერეული ინფექციებით და ამიტომ ამა თუ იმ გამომწვევისათვის დამახასიათებელი დაავადების კლინიკური სურათი, ძირითადად, წაშლილია.

ჯერ კიდევ ცოტა ხნის წინ მიიჩნევდნენ, რომ ქალის სასქესო ორგანოების სეფსისური ეტიოლოგიის დაავადებების გამომწვევი იყო სტრეპტოკოკი, თუმცა დღეს სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებების გამომწვევებს შორის ძალიან გავრცელდა პირობით-პათოგენური სტაფილოკოკები და გრამ-უარყოფითი ბაქტერიები, უპირატესად — ნაწლავის ჩხირი, რომლებიც სწრაფად გამოიმუშავენ ანტიბიოტიკების მიმართ მდგრად შტამებს. უფრო იშვიათად გვხვდება დაავადებები, რომლებიც გამოწვეულია სტრეპტოკოკებით, ანაერობული ბაქტერიებით (მათ შორის ისეთი ანაერობებით (ბაქტერიოდები), რომლებიც სპორას არ წარმოქმნიან) ლურჯ-მწვანე ჩირქის ჩხირებით.

ქალის სასქესო ორგანოების ანთებით დაავადებათა ეტიოლოგიური სტრუქტურის შეცვლის მიზეზები სხვადასხვაა. მკურნალობის დროს ანტიბიოტიკების ხშირმა გამოყენებამ გამოიწვია ანთებითი პროცესების გამომწვევი მიკროფლორის შეცვლა და, შესაბამისად, წარმოიშვნენ ამ პრეპარატების მიმართ რეზისტენტული მიკრობები. მნიშვნელოვნად შეიცვალა მიკროორგანიზმების ბიოლოგიური თვისებები, გაიზარდა მათი ვირულენტობა და უნარი, ხანგრძლივად იარსებონ გარემოში. გარდა ამისა, დიაგნოსტიკური ტექნიკის სრულყოფამ საშუალება მოგვცა, უფრო ხშირად გამოვავლინოთ ანთებითი პროცესების ქვებარიტი მიზეზები (ვირუსები, მიკოპლაზმები, კანდიდები და სხვ.).

ანთება არის ორგანიზმის დამცველობით-შემგუებლობითი რეაქცია პათოგენური გამდიზიანებლის მოქმედების საპასუხოდ და მიმართულია გამომწვევი მიკრობის შებოჭვის, განადგურებისა და ორგანიზმიდან გამოძევებისაკენ.

ანთებითი პროცესების განვითარებაში გამოყოფენ: მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკულ სტადიებს (თუმცა ეს დაყოფა ყოველთვის არაა შესაძლებელი). ქრონიკული ანთებითი პროცესები, თავის მხრივ, შეიძლება მიმდინარეობდეს ხშირი გამწვავეებით ან სასქესო ორგანოებში ნაწიბუროვანი შეხორცებითი პროცესების წარმოშობით.

ანთებითი რეაქციის მნიშვნელოვანი რგოლია შემაერთებელი ქსოვილი. უპირატესად ეს არის პოხიერი უჯრედები, რომლებიც შეიცავენ ჰისტამინს, სეროტონინსა და სხვა ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებებს, რომლებიც ზრდიან სისხლძარღვთა განვლადობას, ცვლიან ტონუსს, არეგულირებენ მიკროცირკულაციას. ანთებით რეაქციებში მონაწილე უჯრედოვან ელემენტებს წარმოადგენს ნეიტროფილები, ჰისტოციტები, ფიბრობლასტები, რომლებიც ქმნიან დამცველ ბარიერს.

ანთებით კერაში მიმდინარეობს რთული ბიოფიზიკური პროცესები: აღინიშნება სისხლის მიმოქცევის მოშლა, ქსოვილოვანი და შლის პროდუქტების დაგროვება, ვითარდება აციდოზი, წარმოიქმნება ნუკლეინის მჟავები, ლეიკოტოქსინები, ჭარბი რაოდენობით გამოიყოფა ჰისტამინი, სეროტონინი, აცეტილქოლინი, ბრადიკინინი და კინინური სისტემის სხვა კომპონენტები, რომლებიც იწვევენ სისხლძარღვთა განვლადობის გაძლიერებას.

ქალის სასქესო ორგანოების ქსოვილებში აღვილობრივი ანთებითი რეაქციის განვითარება განსაზღვრება გამომწვევი მიკრობის თვისებებით, ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობითა და იმუნოლოგიური რეაქტიულობით.

ანთებითი დაავადებები ყველაზე ხშირად ინფექციური წარმოშობისაა. შედარებით იშვიათად ისინი ვითარდება მექანიკური, ქიმიური, თერმული და ენდოკრინული ზემოქმედების შედეგად, რაც შეიძლება დაკავშირებული იყოს საწარმოო ფაქტორებთან. მაგრამ ამ შემთხვევებშიც კი არაინფექციურ კერას ხშირად ემატება მიკრობული ფაქტორი და ანთება ინფექციურ ხასიათს იღებს.

მიუხედავად დამაზიანებელი აგენტისა (ინფექცია, მაიონიზებული რადიაცია, მექანიკური ტრავმა და სხვ.), ანთებითი კერის უჯრედსა და სუბუჯრედულ სტრუქტურაში აღინიშნება ზოგადი ცვლილებები, რომელიც დამახასიათებელია ქსოვილთა დაზიანებისთვის (ალტერაცია).

ნებისმიერი დამაზიანებელი ფაქტორით გამოწვეული ანთებითი რეაქციის განვითარებაში, პირობითად გამოყოფენ ორ ფაზას, რომელიც მიმდინარეობს ჯაჭვური ბიოქიმიური რეაქციით. პირველი ფაზა – სწრაფი (დაუყოვნებელი) – მიმდინარეობს 5-30 წთ-ის განმავლობაში და განპირობებულია ვენულების განვლადობის დარღვევით, სეროტონინის, ჰისტამინის, აცეტილქოლინისა და სხვა ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების ფერმენტული წარმოქმნის შედეგად. მეორე ფაზა – შენელებული – ვითარდება 1-8 სთ-ის, ზოგჯერ 1-7 დღე-ღამის განმავლობაში. იგი განპირობებულია კაპილარების განვლადობის დარღვევით, მათზე კინინების, მაღალმოლეკულური გლობულინებისა და ბრადიკინინის მსგავსი სხვა ნივთიერებების მოქმედების შედეგად. ანთებითი რეაქციების განვითარებაში ზოგიერთი მეცნიერი გამოყოფს მესამე სტადიასაც, რომლის დროსაც ხდება ფიბრინოლიზურ-შემდგენელი სისტემის კომპონენტების აქტივაცია თრომბოციტების აგრეგაციით, ფიბრინის პოლიმერიზაციით, თრომბის წარმოქმნით, მიკროცირკულაციის დარღვევით, შემდგომი ფიბრინოლიზითა და ისეთი ფაქტორების ჩართვით, რომლებიც ხელს უწყობენ ჰომეოსტაზის აღდგენას.

გამომწვევი მიკრობი განსაზღვრავს ანთებითი კერის ჩამოყალიბებას და დაავადების საწყისი პროცესების განვითარებას. ქრონიკულ სტადიაში მიკრობული ფაქტორი კარგავს თავისი მნიშვნელობის ძირითადობას და დაავადების

განვითარებაში ჭარბობს ზოგადი ფუნქციური დარღვევები. ეს ცვლილებები განსაკუთრებით გამოხატულია ორგანიზმის ნერვულ, ენდოკრინულ, სისხლძარღვოვან და ზოგიერთ სხვა სისტემაში, რაც მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს დაავადების კლინიკურ სურათს.

ქალის სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესების მიმდინარეობის თავისებურებების შესწავლის, ასევე რაციონული მკურნალობის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს ანთებითი პროცესების ეტიოლოგიის გარკვევას. პაციენტთა 60-70%-ში ანთებითი პროცესების გამომწვევი მიზეზია სეფსისური მიკრობული ფლორა, 15%-ში გონორეა, 8%-ში ტუბერკულოზი, 5-10%-ში ვირუსული, კანდიდური და მიკოპლაზმური ინფექცია.

უკანასკნელ წლებში გარკვეულწილად შეიცვალა ქალის სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებების ფორმები და მიმდინარეობა. ძალიან იშვიათად გვხვდება ანთების ექსუდაციური ფორმები (პელვიოპერიტონიტი და პარამეტრიტი), რომელთათვისაც დამახასიათებელია ანთებით კერაში ლიმფოიდური ელემენტებისა და პლაზმური უჯრედების დაგროვება. ქალის სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებების ერთ-ერთი ძირითადი თავისებურებაა ქრონიკული მიმდინარეობისკენ მიდრეკილება (მიუხედავად მისი ეტიოლოგიისა). ასე, მაგალითად, საშვილოსნოს დანამატების ანთებითი პროცესის დროს მწვავე დასაწყისი აღინიშნება პაციენტთა მხოლოდ 1/3-ში. სინშირესთან ერთად ანთებითი პროცესისათვის, ძირითადად, დამახასიათებელია ხანგრძლივი მიმდინარეობა. ანთებით დაავადებებს ხშირად თან ახლავს მუდმივი ტკივილის სიმპტომი. ასევე დამახასიათებელია პროცესის განმეორებითი გამწვავება და ქრონიკულ ფორმაში გადასვლა, რასაც, თავის მხრივ, მოჰყვება ქალის სპეციფიკური — მენსტრუალური, სასქესო, რეპროდუქციული და სეკრეციული ფუნქციების დარღვევები. ხშირად სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები იწვევენ შრომისუნარიანობის დროებით, ზოგჯერ კი მუდმივ დაკარგვას.

სასქესო ორგანოებში არის მრავალი ფიზიოლოგიური ბარიერი, რომლებიც ქმნიან ბუნებრივ ზღუდეს დაავადების გამომწვევი მიკრობებისათვის და არღვევენ ქალის ორგანიზმის რეპროდუქციულ ფუნქციას. ამ ფიზიოლოგიური ბარიერების გამო მიკრობები ვერ ხვდებიან ქალის სასქესო სისტემაში ან მათი შეღწევა მკვეთრად შეზღუდულია. დამცველობითი ფიზიოლოგიური ბარიერები ასაკთან ერთად იცვლება მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში, ასევე მშობიარობისა და აბორტების შემდეგ. ინფექციის შეჭრას შინაგან სასქესო ორგანოებში ეწინააღმდეგება მრავალსაფეხურიანი ფიზიოლოგიური ბარიერი, რომელსაც, უპირველეს ყოვლისა, მიეკუთვნება ვულვა. საშო გამოყოფილია გარემოსგან დახურული სასქესო ნაპრალით, მაგრამ ეს ბარიერი არ არის სრულყოფილი, განსაკუთრებით მრავალნაშრობიარებ ქალებში, რომლებსაც აღენიშნებათ სასქესო ნაპრალის ღიაობა.

ინფექციის გავრცელების წინააღმდეგობისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს საშოსაც, რომლის დამცველობით-ბარიერული ფუნქცია მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებულია საკვერცხეების მიერ სასქესო ჰორმონების გამომუშავებაზე. ესტროგენების ზემოქმედებით ძლიერდება ეპითელური უჯრედების ჩამოფცქვნის პროცესები. ეპითელური უჯრედები კი შეიცავენ დიდი რაოდენობით გლიკოგენს, რომელსაც ლოდერლენის ჩხირები ფერმენტული გზით გარდაქმნიან რძემჟავად.

საშოს მჟავა არე კი მიკრობებზე დამლუპველად მოქმედებს, რაც იწვევს ამ ორგანოს თვითგანწმენდას. საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი საცობი და საშვილოსნოს ყელის არხის გამონატული შევიწროება შიგნითა პირისა და ზეყელის არეში მიკრობებს უქმნიან ზღუდეს.

ენდომეტრიუმის ფუნქციური შრის ციკლური ჩამოფცქვნა (რაც ხდება მენსტრუაციის დროს) ხელს უწყობს საშვილოსნოს ღრუში მოხვედრილი მიკრობების მოცილებას. ინფექციის გავრცელებას აადვილებს მიღების პერისტალტიკური შეკუმშვა, ეპითელიური წამწამების მოძრაობა, ლორწოვანის მრავლობითი ნაოჭი, რაც მთლიანობაში იწვევს ანთებითი პროცესების შეზღუდვას. დაბოლოს, საკვერცხის ჩანასახოვანი ეპითელიუმი და შიგნითა შემაერთებელ-ქსოვილოვანი გარსი ეწინააღმდეგება ინფექციის შეჭრას ამ ორგანოში.

შინაგანი სასქესო ორგანოების ინფექციისაგან დაცვაში ასევე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება იმუნოლოგიურ ფაქტორებს, კერძოდ A და G კლასის იმუნოგლობულინებს, რომლებიც შედის ენდომეტრიუმის, საშვილოსნოს ყელის ჯირკვლების სეკრეტის შემადგენლობაში და საშოს ლორწოვან გარსში.

ქალის სასქესო ორგანოების ქვედა ნაწილის არასპეციფიკური ეტიოლოგიის ანთებითი პროცესები და ქრონიკული ნეიროჰორმონული დაავადებები

ვულვის ანთება (vulvitis)

ვულვიტი ქალის გარეთა სასქესო ორგანოების ანთებაა. განასხვავებენ პირველად და მეორად ვულვიტს. პირველადი ვულვიტი ვითარდება ტრავმის შედეგად, რომელსაც მოსდევს დაზიანებული უბნების შემდგომი ინფიცირება. ტრავმის მიზეზი შეიძლება გახდეს გარეთა სასქესო ორგანოების ქავილი, რომელიც აღინიშნება: დიაბეტის, ჰელმინთოზების, შარდის შეუკავებლობის, კანის დაავადებების (პიოდერმია, ფურუნკულოზი) და სხვათა (ვულვიტი, ვულვოვაგინიტი გოგონებში – იხ. მე-4 თავი) დროს.

მეორადი ვულვიტი ქალებში ვითარდება შინაგანი სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესების შედეგად. პათოლოგიური გამონადენი საშოდან ან საშვილოსნოს ყელიდან არღვევს ვულვის ეპითელიურ საფარს და ამით ქმნის ხელსაყრელ პირობებს მიკრობთა შეჭრისთვის (სტაფილოკოკი, ნაწლავის ჩხირი, სტრეპტოკოკი და სხვ.). ვულვიტის განვითარების წინასწარგანმწყობი ფაქტორია საკვერცხეების ჰიპოფუნქცია.

კლინიკა. განასხვავებენ მწვავე და ქრონიკულ ვულვიტს. მწვავე პროცესს თან ახლავს ქსოვილთა შეშუპება, დიფუზური ჰიპერემია, ჩირქოვანი გამონადენი, ზოგჯერ საზარდულის ნაოჭის, ბარძაყის შიგნითა ზედაპირის ჰიპერემია, საზარდულის ლიმფური კვანძების გადიდება, სადაც, ძირითადად, თავს იყრის გარეთა სასქესო ორგანოებიდან წამოსული ლიმფა. ხშირად ვულვიტს თან სდევს მწვავე კონდილომები, რომლებიც ლაგდება სასქესო ნაპრალისა და ყითას მიდამოში.

პაციენტები უჩივიან წვასა და ქავილს გარეთა სასქესო ორგანოების არეში (განსაკუთრებით მოშარდვის შემდეგ), ჩირქოვან გამონადენს, მოძრაობის დროს ტკივილს. ნაწლავის ჩხირით ვულვის დაზიანების დროს გამონადენი არის უსიამოვნო სუნის მქონე მოყვითალო-მომწვანო სითხე, სტაფილოკოკური დაზიანების დროს გამონადენი უფრო სქელი, მოთეთრო-მოყვითალო ფერისაა.

ქრონიკული ვულვიტი ხასიათდება ქავლით, წვით, ჰიპერემიით, მაგრამ დაავადების ეს გამოვლინებები გამოხატულია სუსტად.

დიაგნოსტიკა. დიაგნოზი ემყარება ანამნეზის მონაცემებს (საწარმოო მტვრის მოქმედება, სქესობრივი ჰიგიენის წესების დარღვევა, ქიმიური და ფიზიკური ზემოქმედებები), ჩივილებს, გინეკოლოგიური გამოკვლევების შედეგებს, ვულვის გამონადენის ბაქტერიოსკოპიული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევების შედეგებს. დიაგნოზი დასტურდება კოლპოსკოპიით.

მკურნალობა კომპლექსურია და მოიცავს ადგილობრივი და ზოგადი გამამაგრებელი საშუალებების გამოყენებას. აუცილებელია თანმხლები დაავადებების (დიაბეტი, ჩირქოვანი დაზიანება, პელმინთოზები, ცერვიციტი) მკურნალობა, რომელთა ფონზეც ხშირად ვითარდება ვულვიტი.

მწვავე ვულვიტის დროს დაცული უნდა იქნას წოლითი რეჟიმი, სქესობრივი ცხოვრება დროებით უნდა შეწყდეს, დღეში 2-3-ჯერ საჭიროა გარეთა სასქესო ორგანოების ტუალეტი კალიუმის პერმანგანატის (1:10000) თბილი (36-37°C) ხსნარით, გვირილის ამავე ტემპერატურის ნაყენით (ერთ ჩაის კოვზ გვირილას უნდა დაესხას ერთი ჩაის ჭიქა მღვლარე წყალი და დაყოვნდეს 20 წთ), 2-3%-იანი ბორის მჟავით. შეიძლება გამოვიყენოთ ფურაცლინის ხსნარიანი საფენები (15000) 3-4-ჯერ დღის განმავლობაში; ძლიერი ქავილის დროს ვულვის მიდამოში შეიზილება ანესთეზინის 5%-იანი მალამო. პირობით-პათოგენური მიკრობებით გამოწვეული ვულვიტის დროს ადგილობრივად უნდა დაინიშნოს ფურაზოლიდონი პოლიმიქსინ M სულფატსა და ლაქტოზასთან ერთად (ფხვნილის სახით).

ქვემწვავე მიმდინარეობის დროს მიზანშეწონილია მჯდომარე აბაზანები კალიუმის პერმანგანატით ან გვირილის ნაყენით, 10 წთ-ის ხანგრძლივობით დღეში 2-3-ჯერ.

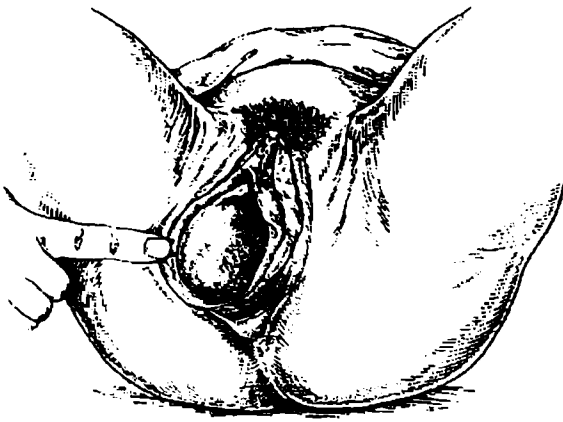
პროფილაქტიკა. საიმედოა.

პროფილაქტიკა. პირადი ჰიგიენის წესების დაცვა, ზოგადი დაავადებების, კოლპიტისა და ცერვიციტის მკურნალობა.

ბართოლინიტი (bartholinitis)

ბართოლინიტი არის საშოს კარიბჭის დიდი ჯირკვლის ანთება. იგი გამოწვეულია სტაფილოკოკით, ნაწლავის ჩხირით, სტრეპტოკოკით, პროტეუსით, უფრო იშვიათად გონოკოკით, ტრიქომონადით, მიკოპლაზმითა და სხვა მიკროორგანიზმებით.

კლინიკა. მიკრობებს შეუძლიათ დააზიანონ, როგორც ჯირკვლის გამომყოფი არხი (კანალიკულიტი), ასევე უშუალოდ ჯირკვალი. კანალიკულიტის (ხშირად გონორეული ეტიოლოგიის) დროს ქალის ზოგადი მდგომარეობა ნაკლებად უარესდება. ჯირკვლის გამომტანი არხის ირგვლივ აღინიშნება მოწითალო ფერის რგოლი, არხზე ხელის დაჭერით გამოიყოფა ჩირქის წვეთი, რომელსაც იღებენ ბაქტერიოსკოპიული გამოკვლევისათვის. გამომტანი არხის დაზიანების დროს ვითარდება ჯირკვლის ფსევდოაბსცესი. ცრუ აბსცესის შემთხვევაში ჩნდება ოვოიდური ფორმის შეშუპება დიდი სასქესო ბაგეების შუა და ქვემო მესამედის საზღვარზე, ჰიპერემია, სილურჩვე, შეშუპების ზემოთ კანი მოძრავია. ცრუ აბსცესი ამობურცავს დიდი სასქესო ბაგის გარეთა, უფრო ხშირად კი შიგნითა ზედაპირს,



სურ. 34. საშოს კარიბჭის დიდი ჯირკვლის აბსცესი.

რაც ვრცელდება ასევე მცირე სასქესო ბაგეზეც და ახშობს საშოს შესასვლელს (სურ. 34). ტემპერატურა, ძირითადად, სუბფებრილურია, აღინიშნება ტკივილი სიარულის დროს.

მკურნალობა. კანალიკულიტის დროს, მწვავე სტადიაზე საჭიროა ანტიბაქტერიული მკურნალობა, ყინულიანი ბუშტი, რომელიც ედება 1 სთ-ის ხანგრძლივობით და 30 წთ-იანი შესვენებებით, დღეში 3-4-ჯერ. მდგომარეობის გაუმჯობესე-

ბის შემთხვევაში მე-3-4 დღეს პათოლოგიური კერის მიდამოში ნიშნავენ ულტრაიისფერ სხივებს, ულტრამალალი სიხშირის ან სანტიმეტრული დიაპაზონის მიკროტალღებს. ფსევდობაბსცესის დროს აწარმოებენ ოპერაციას. ხსნიან საშოს კარიბჭის დიდი ჯირკვლის არხს, გადმოაბრუნებენ ლორწოვან გარსს და მიაკერებენ მას ვულვის ლორწოვანს. ოპერაციის მეორე დღეს მიზანშეწონილია მაგნიტური თერაპიის დანიშვნა, რომელიც ხელს უწყობს ჭრილობის სწრაფ შეხორცებას. ასეთი კომპლექსური მკურნალობა საშუალებას გვაძლევს ოპერაციის შემდგომ პერიოდში არ გამოვიყენოთ ანტიბიოტიკები, შევანარჩუნოთ ორგანოს ფუნქცია და შევამციროთ რეციდივების რიცხვი.

მიკრობის შეჭრა ჯირკვლის პარენქიმასა და მის გარემომცველ ჯირკვლის ქსოვილში იწვევს საშოს კარიბჭის დიდი ჯირკვლის ჭეშმარიტ აბსცესს. აბსცესი ძირითადად გამოწვეულია შერეული მიკრობული ფლორით.

კლინიკა. პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა, ტემპერატურა მომატებულია, აღინიშნება დიდი და მცირე სასქესო ბაგეების შეშუპება, რომელიც თანდათან მატულობს, აღინიშნება მკვეთრი მტკივნეულობა, განსაკუთრებით სიარულის დროს. აბსცესის პალპაცია იწვევს ძლიერ ტკივილს. ჩირქის დიდი რაოდენობით დაგროვების შემთხვევაში აღინიშნება ფლუქტუაცია, შესაძლოა აბსცესის თვითნებური გახსნა. ამ დროს ზოგადი მდგომარეობა უმჯობესდება, ტემპერატურა ეცემა, მაგრამ მალე ვითარდება რეციდივი.

მკურნალობა. საშოს კარიბჭის დიდი ჯირკვლის ჭეშმარიტი აბსცესის განვითარების დროს აუცილებელია სასწრაფო ოპერაციული ჩარევა. დიდი სასქესო ბაგის გარე ზედაპირზე, შეშუპების ზემოთ აწარმოებენ ჯვარედინ კვეთას ჩირქგროვის ქვედა პოლუსამდე, შემდგომი ფაშარი დრენირებით, რომელიც ზღუდავს საშოში მიკრობების შეჭრას. ამავე დროს, ინიშნება ანტიბიოტიკები. „ცივი“ პერიოდში აწარმოებენ ჯირკვლის ამოკაცვლას მის სადინართან ერთად.

კოლპიტი (colpitis)

კოლპიტი საშოს ლორწოვანი გარსის ანთებაა. არასპეციფიკური კოლპიტი შეიძლება გამოწვეული იყოს სტაფილოკოკით, ნაწლავის ჩხირით, სტრეპტოკოკითა და სხვ. ხშირად კოლპიტი გამოწვეულია შერეული ინფექციით, ასევე ტრიქომონადებით (იხ. „ტრიქომონიაზი“).

კოლპიტის განვითარების წინასწარგანმწყობი ფაქტორები შეიძლება იყოს საკვერცხეების ენდოკრინული ფუნქციის დაქვეითება, რომელიც აღინიშნება დანამატის ქრონიკული ანთების დროს, პუბერტულ პერიოდსა და ხანდაზმულ ასაკში, აგრეთვე, ეპითელიური საფარველის მთლიანობის დარღვევა, საშვილოსნოს ყელის არხიდან პათოლოგიური გამონადენი საშოს მეორადი ჩათრევით ანთებით პროცესში და სხვ.

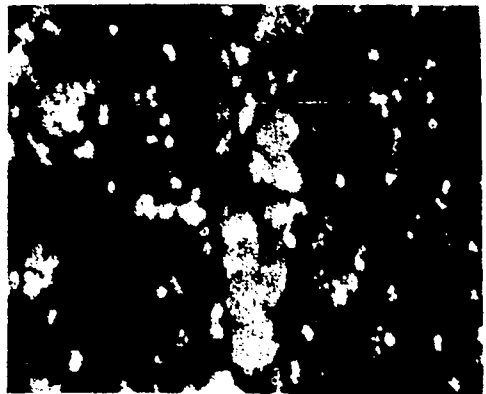
ანთებითი რეაქცია შეიძლება იყოს, როგორც კეროვანი, ისე დიფუზური, რომელიც ხშირად ვრცელდება საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივ ნაწილსა და ვულვაზე.

კლინიკა. კოლპიტის ძირითადი ნიშანია სეროზულ-ჩირქოვანი გამონადენი, რომელიც ახასიათებს დაავადების, როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკულ სტადიას. მწვავე კოლპიტის დროს პაციენტები უჩვიან ქავილს და წვას საშოს მიდამოში, ვულვაში, ტკივილის გაძლიერებას და წვას მოშარდვის დროს. ქრონიკულ სტადიაში ეს მოვლენები ჩამცხრალია.

დიაგნოსტიკა. საშოს კოვზისმაგვარი სარკითა და ამწვეით დათვალიერებისას, დაავადების მწვავე სტადიაში აღინიშნება ლორწოვანი გარსის ჰიპერემია, იგი დაფარულია სეროზული ან ჩირქოვანი ნადებით, შეხებისას სისხლმდენია. დაავადების მძიმე მიმდინარეობის შემთხვევაში აღინიშნება ეპითელიუმის დეფექტი ღია წითელი ფერის უსწორმასწორო უბნების სახით (*colpitis maculosa*) ან აღინიშნება საშოს დვრილისებრი შრის წერტილოვანი ინფილტრაციის უბნები, რომელიც ამოწეულია ზედაპირიდან (*colpitis granulosa*). კოლპიტის ქრონიკულ სტადიაში ლორწოვანი გარსის ჰიპერემია მცირედაა გამოხატული, თეთრად შლის რაოდენობა ხდება უმნიშვნელო.

კოლპოსკოპიური გამოკვლევა საშუალებას იძლევა, უფრო ზუსტად განისაზღვროს საშოს ლორწოვანი გარსის ცვლილების ხასიათი და დადგინდეს დიაგნოზი. საშოს, ურეთრის, საშვილოსნოს ყელის არხის, კარიბჭის დიდი ჯირკვლის გამომტანი სადინრის შიგთავსის ბაქტერიოსკოპიული, ზოგჯერ კი — ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევის საშუალებით შეიძლება გადაიჭრას ანთებითი პროცესის ეტიოლოგიის საკითხი (სურ. 35).

მკურნალობა. არასპეციფიკური კოლპიტის შემთხვევაში აწარმოებენ ზოგად და ადგილობრივ მკურნალობას. ადგილობრივი მკურნალობა მოიცავს გარეთა სასქესო ორგანოების ტუალეტსა და საშოს გამორეცხვას კალიუმის პერმანგანატის ხსნარით, გვირილის ნაყენით, თუთიის სულფატითა და სხვ. საშოში შეაქვთ გალასკორბინით, ქაცვის ზეთით დასველებული ტამპონები. გამოხატული ანთებითი ნიშნების ან მკურნალობის მიმართ რეზისტენტულობის დროს ზოგჯერ ადგილობრივად შეიძლება გამოყენებული იქნას ანტიბიოტიკები (ოლონდ მათ მიმართ მიკრობული ფლორის მგრძობელობის გარკვევის შემ-



სურ. 35. ლუმიანესცენციურ-მიკროსკოპული გამოკვლევა მწვავე კოლპიტის დროს. მოჩანს დიდი რაოდენობით ლეიკოციტები და საშოს ამრეცხული ეპითელიუმის უჯრედები.

დეგ), პორმონები (ესტროგენები, პროგესტერონი) ფიზიოთერაპიასთან ერთად (ულტრაბგერა, დიოდინამიკური, სინუსოიდური, მოდულირებული დენი, ოზოკერიტი, ტალახი) ვიტამინები (A, B, C, და სხვ.), მადენსენსიბილიზებელი პრეპარატები.

აუცილებელ მკურნალობას საჭიროებს თანმხლები გინეკოლოგიური დაავადებები; მათი მკურნალობის შედეგად წესრიგდება საშოს ეპითელიუმში გლიკოგენის შემცველობა და მრავლდება საშოს ნორმალური ფლორა.

ატროფიული კოლპიტი (colpitis atrophica) გვხვდება მენოპაუზის დროს. პაციენტი უჩივის თეთრად შლას სისხლთან ერთად, ზოგჯერ გარეთა სასქესო ორგანოების ქავილს. საჩკეებითა და კოლპოსკოპით დათვალიერებისას ატროფიულ ლორწოვან გარსზე (ძირითადად, თაღებსა და საშოს გვერდით კედლებზე) აღმოაჩენენ ნახეთქებს, უბნებს ეპითელიური საფარის გარეშე, რომლებიც შეხებისას ადვილად სისხლმდენია. საშოს ინფიცირების შემთხვევაში გამოვლინდება დიფუზური ან კეროვანი ჰიპერემია, რუხი ნადები, ჩირქოვანი გამონადენი.

მკურნალობა. საშოს კედლებს ფრთხილად გადაწვევენ მცირე საჩკეების დახმარებით და აწარმოებენ გამორეცხვას გვირილის ნაყენით ან ამუშავებენ წყალბადის ზეჟანგით. ამის შემდეგ საშოში შეყავთ ტამპონები ანტიბაქტერიულ პრეპარატებსა და სინესტროლთან ერთად. მკურნალობა გრძელდება ერთი კვირის და მეტი ხნის განმავლობაში.

სასქესო ორგანოების ქავილი (prunitus genitalis)

ვულვის ქავილი შეიძლება გამოწვეული იყოს სხვადასხვა მიზეზებით და, ძირითადად, არის არა დამოუკიდებელი დაავადება, არამედ სხვა პათოლოგიური პროცესების ერთ-ერთი სიმპტომი. ვულვის ქავილი შეიძლება გამოწვეული იყოს შემდეგი მიზეზებით:

ა) გარეგანი გამლიზიანებლის მოქმედებით: ინფექცია, დაბინძურება (მტვრის ნაწილაკების მოქმედება საწარმოო დაწესებულებებში), თერმული (განსაკუთრებით გადაციება) და მექანიკური ფაქტორები (უხეში საცვალი, ონანიზმი და სხვ.), ქიმიური გამლიზიანებლები (ძლიერმოქმედი სამკურნალო პრეპარატები);

ბ) გამლიზიანებლის მოქმედება შინაგანი სასქესო ორგანოების შრიდან: თეთრად შლა (საშოსმიერი, ყელისმიერი), საშოს ხშირი, უმიზნო გამორეცხვა, გარეთა სასქესო ორგანოების კანის გალიზიანება შარდით შარდ-სასქესო ხვრელმილების შემთხვევაში;

გ) შინაგანი ორგანოების დაავადებებითა და ნივთიერებათა ცვლის პროცესების დარღვევებით: შაქრიანი დიაბეტი, ჰეპატიტი (თანმხლები სიყვითლით), ქრონიკული ნეფრიტი (აზოტემიის მოვლენებით), სისხლმბადი ორგანოების ზოგიერთი დაავადება (პერნიციოზული ანემია, ლეიკემია, ლიმფოგრანულომატოზი), ასევე ენდოკრინული ჭირკვლების ფუნქციის დარღვევა (ჰიპერ- და ჰიპოთირეოზი, ჰიპერპროლაქტინემია, სასქესო ჭირკვლების ჰიპოფუნქცია).

ქავილი შეიძლება იყოს მრავალი ფსიქოგენური ფაქტორის (შიში ოპერაციის წინ, ძლიერი ნერვული აშლილობა და სხვ.) ზემოქმედების შედეგი. ვულვის ფსიქოგენური ხასიათის ქავილი, ძირითადად, უვითარდება ფსიქიურად გაუწონასწორებელ ქალებს.

ვულვის ქავილის მიზეზის გამოკვლევისას დიდი მნიშვნელობა აქვს პაციენტის ასაკს. მოზარდებში ქავილის შემთხვევაში უფრო ხშირად უნდა ვივარაუდოთ ვულვოვანიტი ან სოკოვანი დაავადება. რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ვულვის ქავილი უფრო მაქრიანი დიაბეტის არსებობასა და სხვა ექსტრაგენიტალურ დაავადებაზე გვაფიქრებინებს. ქალებში მენოპაუზის პერიოდში ქავილის მიზეზია ორგანიზმში ესტროგენების შემცველობის მკვეთრი შემცირება, რაც სასქესო ორგანოებში (განსაკუთრებით გარეთა სასქესო ორგანოებში) იწვევს ტროფიკულ ცვლილებებს. პირველად აღმოცენებული ქავილი მენოპაუზის პერიოდში, თითქმის, ყოველთვის ადასტურებს გარეთა სასქესო ორგანოებში ღრმა ნეიროდისტროფიულ ცვლილებებს.

კლინიკა. ვულვის დათვალიერებით აღინიშნება ჰიპერემია და შეშუპება. ქავილის ხანგრძლივი მიმდინარეობისას ვითარდება ნაკაწრები, ნახეთქები და ზოგჯერ წყლულოვანი დაზიანებები ნაკაწრებისა და ანთებითი ნაღების გამო.

დიაგნოსტიკა. დიაგნოზი დაფუძნებულია ანამნეზსა და დაავადების კლინიკურ გამოვლინებაზე. კოლპოსკოპიით ჯერ კიდევ ადრეულ პერიოდში შეიძლება აღმოვაჩინოთ უმნიშვნელო ექსკორიაციები, კანის სიმშრალე, გამონადენის შედეგად ვულვის ზედაპირი ხდება სველი, მოთეთრო ფერის. დიდი და მცირე სასქესო ბაგეების პალპაციით აღინიშნება მათი კონსისტენციის ნორმასთან შედარებით გამკვრივება.

დიაგნოზის დადგენის დროს ყველა შემთხვევაში, უპირველეს ყოვლისა, უნდა გამოირიცხოს ქავილის გამომწვევი და ქავლით მიმდინარე დაავადებები (როგორც ადგილობრივი, ისე ზოგადი).

მკურნალობა. აუცილებელია ძირითადი დაავადებების მკურნალობა. შედარებით რთულია ნევროგენული წარმოშობის ქავილის აღმოფხვრა. ზოგადი ღონისძიებებიდან მიზანშეწონილია: ფსიქოთერაპია, ჰიპნოზი, ბრომიდები, სედაციური და საძილე პრეპარატები. დიდი ყურადღება ენიჭება პირადი ჰიგიენის დაცვას. მიზანშეწონილია სასქესო ორგანოების ტუალეტი გვირილის ნაყენით 2-3-ჯერ დღეში. დაზიანებულ ზედაპირს უსვამენ „ოქსიკორტის, ჰიდროკორტიზონის ან პრედნიზოლონის მალამოს, ზოგჯერ იყენებენ ნოვოკაინით ბლოკადას. განსაკუთრებულ შემთხვევაში ახორციელებენ ქირურგიულ ჩარევას, აწარმოებენ სასქესო ნერვის რეზექციას.

ვაგინიზმი (vaginismus)

ვაგინიზმი ნევროგენული დაავადებაა, რომლის დროსაც სქესობრივი ცხოვრება შეუძლებელია იმის გამო, რომ ხდება *mm. bulbocavernosus, levator ani* და მუცლის წინა კედლის კუნთების კრუნჩხვითი შეკუმშვა. ვაგინიზმი, აგრეთვე, შეიძლება განვითარდეს ვულვის, საშოს ანთებითი დაავადების დროს ან წარმოდგენდეს ნამდვილ ნევროგენულ დაავადებას, რომელიც ვითარდება სქესობრივი აქტის უხეში მცდელობის, ქმრის იმპოტენციის დროს და ა.შ. კუნთების მსგავსი შეკუმშვა შეიძლება მოხდეს გინეკოლოგიური გამოკვლევების დროსაც, განსაკუთრებით ახალგაზრდა ქალებში.

კოლპიტისა და ვულვიტის დროს საჭიროა ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა, ხოლო დაავადების ნევროგენული ფორმის შემთხვევაში კი — ფსიქოთერაპია, ჰიპნოზი და მეუღლის იმპოტენციის მკურნალობა.

ენდოცერვიციტი (endocervicitis)

ენდოცერვიციტი არის საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის ანთება. მისი გამომწვევი შეიძლება იყოს სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი, ნაწლავის ჩხირი, ენტეროკოკი, გონოკოკი, ვირუსი, კანდიდები. ენდოცერვიციტის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს საშვილოსნოს ყელის ჩახვევებს, რომელიც ჩნდება მშობიარობის, აბორტების და სასქესო სისტემის სხვა ნაწილების დაავადებების (კოლპიტები, სალპინგოოფორიტები, საშვილოსნოს ყელის ფსევდოეროზიები და სხვ.) დროს.

კლინიკა. მწვავე სტადიაში პაციენტები უჩივიან ლორწოვან-ჩირქოვან ან ჩირქოვან გამონადენს, ზოგჯერ მქაჩავ ტკივილს მუცლის ქვედა ნახევარსა და წელის არეში. ტემპერატურის მომატება, ძირითადად, არ აღინიშნება. სარკეებით გასინჯვისას ვლინდება ჰიპერემია გარეთა პირის ირგვლივ და მღვრიე გამონადენი (შეიცავს ლეიკოციტების მინარევს) საშვილოსნოს ყელის არხიდან.

ქრონიკულ სტადიაში პაციენტი არაფერს უჩივის. ზოგჯერ აღინიშნება ლორწოვანი ხასიათის გამონადენი სასქესო გზებიდან. დაავადების ხანგრძლივი მიმდინარეობისას საშვილოსნოს ყელი ჰიპერტროფირდება, ხშირად ვითარდება ფსევდოეროზიები.

დიაგნოსტიკა ეფუძნება კლინიკურ მონაცემებსა და კოლპოსკოპიას (სურ. 36 ჩანართზე). იშვიათად ახორციელებენ ბიოპტატის ციტოლოგიურ და მორფოლოგიურ გამოკვლევას. ბიოპტატს იღებენ ყველაზე მეტად შეცვლილი უბნებიდან.

მკურნალობა. მწვავე სტადიაში ნიშნავენ ანტიბიოტიკებს ან სულფანილამიდებს, გამორეცხვას 2%-იანი, ხოლო ქრონიკულ სტადიაში 5%-იანი ნატრიუმის ბიკარბონატით ან ევკალიპტით, პროტარგოლის, კოლარგოლის აბაზანებს, თუთიის ელექტროფორეზს (ენდოცერვიკალურად). ჩახვევების ფონზე განვითარებული ენდოცერვიციტის დროს ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობის შემდეგ საჭიროა საშვილოსნოს ყელის პლასტიკური ოპერაცია. ჩარევის ხასიათი დამოკიდებულია საშვილოსნოს ყელის დაზიანების თავისებურებაზე.

პროგნოზი საიმედოა.

საშვილოსნოს ყელის ჭეშმარიტი ეროზია (erosio vera). არის საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის რომელიმე უბანზე მფარავი ეპითელიუმის არარსებობა, რაც შედარებით იშვიათად გვხვდება და უფრო ხშირია ხანდაზმულ ასაკში. ანთებითმა პროცესებმა, უხეშმა გამოკვლევებმა შეიძლება გამოიწვიოს მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმის დესკვამაცია და საშვილოსნოს ყელის ჭეშმარიტი ეროზიის გაჩენა, რომელიც გამოვლინდება გინეკოლოგიური გამოკვლევის დროს. ეპითელიუმის ეს დეფექტი ხანმოკლეა (10 დღემდე) და სწრაფად იფარება მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმით. ჭეშმარიტ ეროზიას აქვს უსწორმასწორო, მომრგვალო ფორმა, მკვეთრი წითელი ფერი, შეხებისას ადვილად სისხლმდენია, მდებარეობს მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმის დონის ქვემოთ; პერიფერიაზე ზოგჯერ გამოხატულია აშრევებული ეპითელიუმის კიდე; ფსკერი წარმოადგენს შეშუპებულ შემაერთებელ ქსოვილს მრავალრიცხოვანი სუბეპითელური სისხლძარღვებით, გამოხატული ლეიკოციტების წვრილუჯრედოვანი ინფილტრაციით (სურ. 37). შეიძლება მოხდეს ჭეშმარიტი

ეროზიის სრული ეპითელიზაცია ან იგი შეიძლება დაიფაროს ცილინდრული ეპითელიუმით, ფსევდოეროზიის წარმოქმნით.

ღიაგნოსტიკა. ღიაგნოზი ეფუძნება კლინიკური სურათის, კოლპოსკოპიის, ციტოლოგიური გამოკვლევის მონაცემებს. ზოგჯერ ახორციელებენ ბიოპტატის მორფოლოგიურ გამოკვლევას, რომელსაც იღებენ საშვილოსნოს ყელის ყველაზე მეტად შეცვლილი ნაწილიდან. ხანშიშესულ ქალებში, უპირველეს ყოვლისა, უნდა გამოირიცხოს საშვილოსნოს ყელის კიბო.



სურ. 37. ჭეშმარიტი ეროზიის მიკროსკოპული სურათი არ არის ყელის მფარავი ეპითელიუმი. მოჩანს ქვეშეშებარე ქსოვილის ანთებითი ინფილტრაცია.

მკურნალობა. ჭეშმარიტი ეროზიების დროს წარმოებს იმ თანმხლები დაავადებების მკურნალობა, რომლებმაც გამოიწვიეს ეს ეროზია. ადგილობრივად იყენებენ ტამპონებს ქაცვის ზეთით, თევზის ქონით, ნატრიუმის ბიკარბონატის 2%-იანი ხსნარის შემხაპუნებას.

პროგნოზი საიმედოა.

სასქესო ორგანოების ზედა ნაწილის არასპეციფიკური ეტიოლოგიის ანთებითი პროცესები ენდომეტრიტი (endometritis)

ენდომეტრიტის (საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ანთება) ჩამოყალიბებას ხელს უწყობს გართულებული აბორტი, მშობიარობა, საშვილოსნოს საღიაგნოსტიკო გამოფხეკა, ჰისტეროსალპინგოგრაფია და სხვა საშვილოსნოსშიგა ჩარევები. ენდომეტრიტის განვითარების გარკვეულ წინაპირობას წარმოადგენს საშვილოსნოსშიგა კონტრაცეპტივები. ამ დაავადების დროს ზიანდება საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი, ფუნქციური და ბაზალური შრეები. ანთებითი პროცესი შეიძლება გავრცელდეს მთელ ლორწოვანზე ან ჰქონდეს კეროვანი ხასიათი. მძიმედ მიმდინარე ენდომეტრიტის დროს პროცესში ერთვება კუნთოვანი შრეც, რომლის დაზიანებაც, ასევე, შეიძლება იყოს დიფუზური და კეროვანი.



ენდომეტრიუმის მორფოლოგიური გამოკვლევის დროს გამოვლინდება ანთებითი ინფილტრატები, რომლებიც შედგება უპირატესად პლაზმური უჯრედებისა და ლიმფოციტური ელემენტებისაგან, ლეიკოციტებისა

სურ. 38. მიკროსკოპული სურათი მწვავე ენდომეტრიტის დროს. პერიგლანდულური ლეიკოციტური ინფილტრაცია.

და ჰისტოციტების მცირე რაოდენობისაგან (სურ. 38).

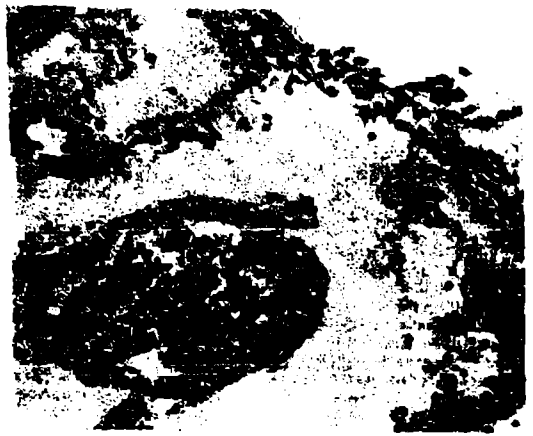
კლინიკა. აღინიშნება ტემპერატურის მომატება, ტკივილები მუცლის ქვედა ნახევარსა და საზარდულის არეში, თხიერი ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი, ზოგჯერ უსიამოვნო სუნით (ნაწლავის ჩხირი); ეპითელური საფარი ენდომეტრიუმის ზოგიერთ უბანზე შეიძლება ჩამოფცქვნილი იყოს, რის გამოც ჩირქოვან გამონადენს შეიძლება თან დაერთოს სისხლიანი გამონადენიც. მენსტრუაციის დროს პათოლოგიურად შეცვლილი ენდომეტრიუმის გამოდევნის პროცესის დარღვევა განაპირობებს ჰიპერპოლიმენორეას. საშოსმხრივი გასინჯვის დროს გამოვლინდება რბილი კონსისტენციის, ოდნავ გადიდებული მტკივნეული საშვილოსნო. ფუნქციური შრის გამოდევნის პროცესში შეიძლება მოხდეს მასში არსებული მიკრობების გამოდევნაც, რასაც ზოგჯერ მოჰყვება თვითგანკურნება. ძალიან ხშირად, ანთებითი პროცესი ლიმფური კაპილარებითა და სისხლძარღვებით ვრცელდება კუნთოვან შრესა (ენდომიომეტრიტი) და გარემომცველ ქსოვილზე.

დიაგნოსტიკა. დაავადების ამოცნობა ძნელი არ არის. ანამნეზის მონაცემები (საშვილოსნოსშიდა ჩარევა, ლორწვევა კვანძის ნეკროზი), ტემპერატურის მომატება, მტკივნეულობა საშვილოსნოს გასინჯვის დროს, ჩირქოვანი გამონადენი საშვილოსნოდან და მენსტრუალური ციკლის ციკლური დარღვევები საშუალებას გვაძლევს დავსვათ სწორი დიაგნოზი. საშვილოსნოს დრუს შიგთავსის ბაქტერიოსკოპიული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევები საშუალებას გვაძლევს განვსაზღვროთ მიკროფლორა (ანტიბიოტიკთერაპიამდე). ჰემატოლოგიური მაჩვენებლების შეცვლა დამახასიათებელია ანთებითი პროცესებისათვის.

მკურნალობა. მწვავე ენდომეტრიტის დროს ინიშნება წოლითი რეჟიმი, ყინული მუცელზე, ანტიბიოტიკები და სულფანილამიდები (დოზები ინდივიდუალურია დაავადების პროცესის სიმძიმის, ხანგრძლივობის, ანტიბიოტიკების მიმართ მისი მგრძობელობის გათვალისწინებით), ტკივილგამაყუჩებლები (ნატრიუმის სალიცილატი, აცეტილსალიცილის მჟავა, ამიდოპირინი, ანალგინი და სხვ.), სედაციური საშუალებები (შავბალახას ნაყენი, ბრომქაფური, ვალერიანის ნაყენი და გამონაწვლილი), მადეენსიბილიზებელი (დიმედროლი 0,05 გ დამით), სისხლძარღვთა კედლის განვლადობის მომაწესრიგებელი საშუალებები (რუტინი 0,02 გ 3-ჯერ დღეში, ასკორბინის მჟავა 0,25 გ 4-ჯერ დღეში, 3-4 კვირის განმავლობაში), ვიტამინები; სისხლიანი გამონადენის შემთხვევაში ნიშნავენ საშვილოსნოს შემკუმშავ საშუალებებს (ერგოტალი 0,001 გ 2-3-ჯერ დღეში, ქინინი 0,15 გ 3-ჯერ დღეში).

ქრონიკული ენდომეტრიტი. ხანგრძლივი მიმდინარეობის შემთხვევაში ანთებითი პროცესი ხშირად გადადის კუნთოვან შრეზე. ამასთან ერთად, კუნთოვანი უჯრედები მუდმივად იცვლება შემაერთებელი ქსოვილით (ენდომიომეტრიტი). საშვილოსნო ხდება უფრო მკვრივი, გადიდებული. გამონადენი არის ლორწოვან-ჩირქოვანი. აღინიშნება ტკივილი მუცლის ქვედა ნახევარში, კუდუსუნისა და წელის არეში, ხშირად აღინიშნება განანგრძლივებული და გაძლიერებული მენსტრუაცია (ჰიპერპოლიმენორეა), იშვიათად — აციკლური სისხლდენები. საშვილოსნოს მოძრაობა შეზღუდულია მფარავ პერიტონეუმთან და ანთებითი პროცესის მიმდებარე ორგანოებთან მისი შეზღუდვის გამო (პერიმეტრიტი).

დიაგნოსტიკა. დამახასიათებელი ანამნეზური მონაცემები, კლინიკური სურათი, საშვილოსნოს შიგთავსისა და ენდომეტრიუმის გამონაფხეკის გამოკვლევის შედეგები საშუალებას გვაძლევს, დავსვათ სწორი დიაგნოზი. ქრონიკულ ენდომეტრიტს, ძირითადად, თან ახლავს ხანგრძლივად მიმდინარე სალპინგოოფორიტები. საშვილოსნოს სადიაგნოსტიკო გამოფხეკის დროს შიგთავსში პოულობენ ლეიკოციტების გროვასა და ანთებითი რეაქციების სხვა ნიშნებს (სურ. 39).



სურ. 39. მიკროსკოპული სურათი ქრონიკული ენდომეტრიტის დროს. ჯორკვლების ირგვლივ ლიმფოციტური და პლაზმური უჯრედების დაგროვება. სტრომის სკლეროზი.

მკურნალობა. ქრონიკული ენდომეტრიტის მთავარი სამკურნალო ფაქტორია ფიზიოთერაპია, რომელიც ინიშნება მცირე მენჯის ორგანოების ჰემოდინამიკის გასაუმჯობესებლად, საკვერცხეებისა და ენდომეტრიუმის დაქვეითებული ფუნქციების სტიმულაციისათვის, ასევე ორგანიზმის იმუნოლოგიური რეაქტიულობის გასაძლიერებლად. განსაკუთრებით ხშირად გამოიყენება პრეფორმირებული ფიზიკური ფაქტორები (სანტიმეტრული დიაპაზონის მიკროტალღები, ულტრამალაი სიხშირის მაგნიტური ველი, იმპულსური რეჟიმის ულტრაბგერა, ელექტროფორეზი სპილენძით, თუთიით). ეფექტურია სამკურნალო ტალახი, ოზოკერიტი, პარაფინი, სულფიდური და რადონული წყლები (აბაზანა, მორწყვა). საკვერცხეების თანხმლები ჰიპოფუნქციის დროს საჭიროა ციკლური ჰორმონთერაპია. გარდა ამისა, ნიშნავენ ასკორუტინს, დიმედროლს, სუპრასტინს, პიპოლფენს, სედუქსენს. მენსტრუაციის დროს ნიშნავენ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებს.

სალპინგოოფორიტი (salpingoophoritis)

სალპინგოოფორიტი არის საშვილოსნოს დანამატების ანთება და მიეკუთვნება სასქესო სისტემის ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ დაავადებას. იგი უფრო ხშირად აღმოცენდება აღმავალი გზით საშოდან, საშვილოსნოს ღრუდან ინფექციის გავრცელების გამო, ხშირად მისი განვითარების მიზეზია გართულებული მშობიარობა და აბორტი; ასევე შეიძლება განვითარდეს დაღმავალი გზით მეზობელი ორგანოებიდან (ჰისებრი დანამატი, სწორი და სიგმოიდური ნაწლავი) ან ჰემატოგენური გზით.

ანთებითი პროცესი იწყება ლორწოვან გარსში და ვრცელდება საშვილოსნოს მილის სხვა შრეებზეც. ანთებითი პროცესის შედეგად განვითარებული ექსუდატი გროვდება მილის ღრუში და ჩაიდვრება მუცლის ღრუში, ხშირად იწვევს შეხორცებით პროცესებს მილის გარშემო, ხურავს ამპულური ნაწილის სანათურს, ხოლო შემდეგში მილის საშვილოსნოსმხრივი ნაწილის ზვრელსაც. მილის გაუვალლობა კი იწვევს პარკისებრი ანთებითი წარმონაქმნის ჩამოყალიბებას. სეროზული სითხის დაგროვებას მილის ღრუში ჰიდროსალპინჯი ეწოდება. ჰიდროსალპინჯი



სურ. 40. პიოსალპინქსი (მაკროპრეპარატი).

შეიძლება იყოს ცალმხრივი და ორ-
მხრივი. სალპინგიტის მძიმე მიმ-
დინარეობისას მიკროორგანიზ-
მების მაღალი ვირულენტობის შემ-
თხვევაში, მილში ვითარდება ჩირ-
ქოვანი შიგთავსი და აღმოცენდება
პიოსალპინქსი (სურ. 40). პიოსალ-
პინქსის დროს მცირე მენჯში ვი-
თარდება შეხორცება ნაწლავთან,
ბადექონთან, შარდის ბუშტთან.
პაციენტთა $\frac{2}{3}$ -ში ანთებითი პრო-
ცესები საშვილოსნოს მილიდან

გადადის საკვერცხეებზე (სალპინგოოფორიტი).

კლინიკა. სალპინგოოფორიტის დასაწყისი შეიძლება იყოს მწვავე, ქვემწვავე
ან ქრონიკული. მწვავე სალპინგოოფორიტისთვის დამახასიათებელია ტკივილი
მუცლის ქვემო ნაწილსა და წელის არეში, ტემპერატურის მომატება, დიზურიული
და დისპეფსიური მოვლენები, ანთებითი პროცესისათვის დამახასიათებელი
ცვლილებები სისხლში, სხვადასხვა ხარისხით გამოხატული ექსუდაციური და
ინფილტრაციული პროცესები საშვილოსნოს დანამატებსა და მიმდებარე
ქსოვილებში.

მწვავე სალპინგოოფორიტის სიმპტომები შეიძლება გამოხატული იყოს სხვა-
დასხვა ხარისხით, რაც განპირობებულია გამომწვევის ვირულენტობითა და
ორგანიზმის რეაქტიულობით.

ტკივილის სიძლიერე დაკავშირებულია პერიტონეუმზე ანთებითი პროცესის
გავრცელებასთან. ანთებით პროცესში, რაც უფრო მეტად არის ჩათრეული
პერიტონეუმი, მით მეტად გამოხატულია ტკივილი. საშვილოსნოს დანამატების
გადიდების ხარისხი დამოკიდებულია ჰიპერემიაზე, ექსუდაციაზე, ქსოვილთა
ლეიკოციტებით ინფილტრაციასა და პათოლოგიურ პროცესში გარემომცველი
ქსოვილების ჩართვაზე.

ზოგჯერ მწვავე სალპინგოოფორიტს აქვს წაშლილი კლინიკური სურათი,
მაშინ, როცა დანამატებში აღინიშნება გამოხატული ცვლილებები (დამირქე-
ბამდეც კი). სხვა შემთხვევებში ანთებითი პროცესი მიმდინარეობს მძიმედ, აშკარად
გამოხატული კლინიკური გამოვლენებით (განსაკუთრებით, პიოსალპინქსის
შემთხვევაში). აღინიშნება მაღალი ტემპერატურა, შემცივნება, ძლიერი ტკივილი
მუცლის ქვემო ნაწილში, პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები, ცვლილებები
სისხლში (ლეიკოციტების რაოდენობის მომატება, ლეიკოციტური ფორმულის
გადახრა მარცხნივ, ედს-ის მომატება).

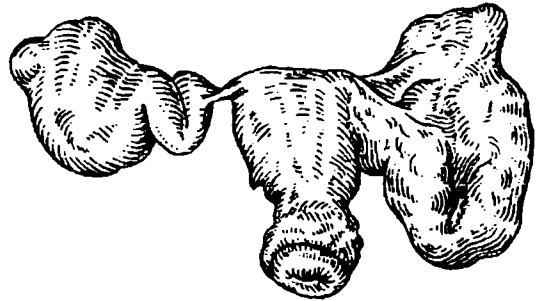
პროცესის ქრონიკული სტადიისთვის დამახასიათებელია დანამატების
გამკვრივება, მოძრაობის შეზღუდვა, სუსტად გამოხატული ტკივილი მათი
გადაადგილებისას (მასში შეხორცებითი პროცესების გამო) (სურ. 41, 42).
საშვილოსნოს დანამატების ქრონიკულ ანთებას, განსაკუთრებით კი მორეცი-
დივს, ძირითადად, თან ახლავს ნერვული, ენდოკრინული, გულ-სისხლძარღვთა,
საჭმლის მომწელებელი და შარდგამომყოფი სისტემების ფუნქციათა დარღვევები.
ქრონიკული სალპინგოოფორიტი მიმდინარეობს ხანგრძლივად, ხშირი

გამწვავებებით. გამწვავება შეიძლება განპირობებული იყოს გამოწვევის პათოგენური თვისების გაძლიერებით, მეორადი ინფიცირებით ან არასპეციფიკური ფაქტორებით, რაც დაკავშირებულია გადაცივებასთან, გადახურებასთან, გადაღლასთან, გადატანილ გრიპთან ან სხვა მიზეზებთან, რომლებიც ასუსტებენ ორგანიზმის დამცველობით ძალებს. ანთებითი პროცესის ხანგრძლივი მიმდინარეობის შემთხვევაში პაციენტს უვითარდება ლულისმიერი უნაყოფობა.



სურ. 41. საშვილოსნოს დანამატების ქრონიკული ანთება (მაკროპრებარატი) (ა. სტაროგოიტოვის მიხედვით).

ღიაგნოსტიკა. საშვილოსნოს დანამატების ანთების ღიაგნოზი ეფუძნება ანამნეზის მონაცემებს, დაავადების კლინიკური გამოვლინების თავისებურებებს, დანამატების ცალმხრივ ან ორმხრივ გადიდებას, ჰემატოლოგიური მაჩვენებლების ცვლილებასა და სხვ. ზოგჯერ ძნელია ანთებითი პროცესების გამწვავების მიზეზის დადგენა. ზოგიერთ პაციენტში გამწვავება განპირობებულია აერობული ინფექციის აქტივაციით ან რეინფექციით, სხვა შემთხვევაში ხშირად დაკავშირებულია არასპეციფიკური ფაქტორების ზემოქმედებასთან (ცხრ. 1).



სურ. 42. ტუბოოვარიული კისტა და პიდროსალპინჯი (ა. სტაროგოიტოვის მიხედვით).

საშვილოსნოს დანამატების ანთება მწვავე სტადიაში ყველაზე ხშირად საჭიროებს აპენდიციტისგან (ცხრ. 2), დაავადების ქრონიკული მიმდინარეობისას კი — ლულოვანი აბორტისაგან განსხვავებას.

ზოგჯერ საშვილოსნოს დანამატის მწვავე ანთების განსხვავება საკვერცხის სიმსივნის ფეხზე შემობრუნებისაგან საკმაოდ რთულია. ამ უკანასკნელისათვის დამახასიათებელია დაავადების უეცარი დასაწყისი, ანამნეზში საშვილოსნოს დანამატის ანთებითი პროცესების არარსებობა, დანამატის არეში მომრგვალო ფორმის სიმსივნური წარმონაქმნის აღმოჩენა, რომელიც მოძრაობის დროს მტკივნეულია.

პარამეტრული ანთებითი ინფილტრატი სალპინგოოფორიტისაგან განსხვავდება უფრო მკვრივი კონსისტენციით, ინფილტრატი გადადის მცირე მენჯის კედელზე, საშოს ლორწოვანი გარსი ინფილტრატის ქვეშ უმოძრაოა.

მკურნალობა. დაავადების მწვავე სტადიაში საჭიროა მწვავე ენდომეტრიტის მსგავსი მკურნალობა. ქვემწვავე პროცესის დროს წარმოებს ულტრამაღალი სინშირის დენის პროცედურები. ხშირად გამოიყენება ელექტროფორეზი კალციუმით, მაგნიუმით, თუთიით. ორგანიზმის დამცავი ძალების გასაძლიერებლად საჭიროა ავტოჰემოთერაპია, ალოეს ინექციები, ფიბსი, პოლივიტამინები. აუცი-

ცხრილი I ქრონიკული სალპინგოფორიტის გამწვავების ფორმების დიფერენციალური დიაგნოსტიკის ზოგიერთი კრიტერიუმი (ვ. ბოდიაფინას და ვ. სტრუგაცკის მიხედვით).

კლინიკურ-ლაბორატორიული მაჩვენებლები	გამწვავების პათოგენეზის ვარიანტები	
	ანთების დამახასიათებელი ნიშნები უპირატესად	ცვლილებები უპირატესად ცნს-ში
დაავადების ხანგრძლივობა	ძირითადად 5 წლამდე	ძირითადად 5 წელზე მეტი
ტკივილის შეგრძნება დაავადების გამწვავებამდე	ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არ არის გამოხატული ან იშვიათად გამოიხატება ხანმოკლე ტკივილების სახით	აღინიშნება რამდენიმე წლის განმავლობაში, არის მყარი და ხშირად ძლიერდება
ანალგეზიური ეფექტი დაავადების წინა გამწვავებისას (ანტიბიოტიკები, მადესენსიბილიზებელი პრეპარატები, სალიცილის მჟავისა და პირაზოლონის ნაწარმები)	გამოხატულია	არ აღინიშნება
გუნება-განწყობა	უარესდება მხოლოდ დაავადების გამწვავების პერიოდში	უარესდება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში
შრომისუნარიანობა	დაქვეითებულია მხოლოდ დაავადების გამწვავების პერიოდში	დაქვეითებულია ხანგრძლივი დროის განმავლობაში
ნერვულ-ემოციური აშლილობა	გამოხატულია დაავადების გამწვავების პერიოდში	გამოხატულია ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. დაავადების გამწვავების პერიოდში შესაძნეველად პროგრესირებს
ტკივილების ირადიაციის ზონა გამწვავების პერიოდში (უფრო ტიპური ვარიანტები)	პიპოვასტრიუმის არე	ხერხეზლის, გავა-წელის, ეპივასტრიუმის, ბარძაყის უკანა ან შიგნითა მიდამო, ანუსი
იღლის ტემპერატურა	სუბფებრილური	ნორმის ფარგლებშია
ბაზალური ტემპერატურა	ნორმის ზემოთ	ნორმის ფარგლებშია
მუცლის ფარის გაღიზიანების სიმპტომები	შეიძლება იყოს გამოხატული	არ აღინიშნება
ტკივილები მუცლის წინა კედლის პალპაციის დროს	გამოხატულია ბოქვენზე და ან საზარდულის მიდამოში	არ აღინიშნება

ლებლობის შემთხვევაში ნიშნავენ დეზინტოქსიკაციურ თერაპიას (პემოდენი, რეოპოლიგლუკინი, 0,85%-იანი ნატრიუმის ქლორიდის ხსნარი, გლუკოზის 5%-იანი ხსნარი, პლაზმა).

მწვავე და ქვემწვავე ანთებითი პროცესების მკურნალობა მიმდინარეობს სტაციონარში.

ტკივილები პალპაციის დროს მსხვილი სისხლძარღვებისა (აორტა, ქვემო ღრუ ვენა) და თანამხლები ნერვული წნულების მომართულებით	არ აღინიშნება ან სუსტად გამოხატულია	მკვეთრად გამოხატულია
ექსუდაციური პროცესი საშვილოსნოს დანამატებში	აღინიშნება	არ აღინიშნება
ტკივილები საშვილოსნოს დანამატების პალპაციის დროს	გამოხატულია	უმნიშვნელოდ გამოხატულია
ტკივილები საშვილოსნოს მოძრაობისას	მკვეთრად გამოხატულია	არ აღინიშნება ან გამოხატულია უმნიშვნელოდ
ტკივილები მენჯის კედლებისა და გავის წინა ზედაპირის პალპაციის დროს (ნერვული ღეროებისა და წნულების პროექციაზე)	ძირითადად არ აღინიშნება	გამოხატულია ავადმყოფების უმრავლესობაში
ტკივილების ირადიაცია ორმხრივი გასინჯვის დროს	არ აღინიშნება	ხშირად ეპი- და პიპოგასტრიულ არეში, გარეთა სასქესო ორგანოების, ბარძაყის მიდამოში, ანუსში
ლეიკოციტების რიცხვი	მომატებულია უმნიშვნელოდ	ნორმის ფარგლებში ან უმნიშვნელოდ დაჭედიებული
ნეიტროფილების ფორმულის გადახრა მარცხნივ	უმნიშვნელოა	არ აღინიშნება
ედს	ზომიერად მომატებულია	ნორმის ფარგლებში
ს-რეაქტიული ცილა	აღინიშნება	არ აღინიშნება

რემისიის სტადიაში ქრონიკული სალპინგოოფორიტის მკურნალობის ძირითადი მიზანია ტკივილგამაყუჩებელი და ფიბრინოლიზური ეფექტის მიღწევა, ასევე ენდოკრინული, სისხლძარღვოვანი, ნერვული და სხვა სისტემების ფუნქციის აღდგენა.

ქრონიკული სალპინგოოფორიტის რემისიის სტადიაში (როცა აღინიშნება გადატანილი ანთების ნარჩენი მოვლენები), ასევე ქრონიკული სალპინგოოფორიტის გამწვავებისას (როდესაც გამოხატულია არ არის ავტონიფექციის აქტივაციის ნიშნები) მკურნალობა მიმდინარეობს ქალთა კონსულტაციაში.

დაავადების კლინიკური გამოვლინებების მიხედვით ინიშნება რომელიმე პრეფორმირებული ფიზიკური ფაქტორი. სანტიმეტრული ან დეციმეტრული მიკროტალღების დანიშვნა უფრო მიზანშეწონილია იმ პაციენტებში, რომლებსაც აღენიშნებათ ხშირი გამწვავებები, დიადინამიური ან სინუსოიდური მიკროტალღოვანი დენები, ელექტროფორეზი ამილოპირინით, ულტრაბგერა ინიშნება ტკივილის მყარი სიმპტომის დროს. გამოხატული შეხორცვებითი პროცესების დროს საჭიროა პროტეოლიზური ფერმენტებითა და სპილენძით ელექტროფორეზი.

ცხრილი 2 საშვილოსნოს დანამატების ანთებისა და აპენდიციტის სადიფერენციაციო-დიაგნოსტიკური ნიშნები (ა.ა. იაკოვლევასა და ა.მ. სტაროვოიტოვის მიხედვით).

ნიშნები	საშვილოსნოს დანამატების ანთება	მწვავე აპენდიციტი
დაავადების დასაწყისი	თანდათანობით, ანაბნეზში, ძირითადად, წინ უსწრებს გინეკოლოგიური დაავადებები, სისუსტე ტკივილები, გამონადენი	ტკივილის მკვეთრი, უეცარი გამოვლენა, ირაღიაციით მარჯვენა ფერდქვეშ და მარჯვენა ნეკნქვეშ არეში. გულისრევა, ხშირად ღებინება
სისხლის კლინიკური ანალიზი	ლეიკოციტების რიცხვის ზომიერი მატება სწრაფი ზრდის ტენდენციის გარეშე, ლეიკოციტური ფორმულის უმნიშვნელო გადახრა მარცხნივ, ელს-ის მნიშვნელოვანი მომატება	ლეიკოციტოზი უკვე დაავადების პირველსავე საათებში, მისი სწრაფი გაზრდა ($12-20 \times 10^9/ლ$) ლეიკოციტარული ფორმულის მნიშვნელოვნად გადახრით მარცხნივ
საშოსმიერი გასინჯვის მონაცემები	მტკივნეული წარმონაქმნების არსებობა საშვილოსნოს ერთ ან ორივე მხარეს. მკვეთრი მტკივნეულობა საშვილოსნოს გადაადგილების ცდისას	მტკივნეული წარმონაქმნები არ აღინიშნება, უკანა თაღის პალპაციისას ტკივილი არ აღინიშნება. საშვილოსნოს ყელის გადაადგილება უმტკივნეულოა.
როვზინგის, შოტკინ-ბლუმბერგის, სიტკოვსკის სიმპტომები მუცლის წინა კედლის დაჭიმულობის დროს	არ აღინიშნება ან სუსტადაა გამოხატული შოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი. შეიძლება აღინიშნოს მუცლის წინა კედლის კუნთების ადგილობრივი დაჭიმულობა	ყველა სიმპტომი მკვეთრად გამოხატულია
პრომპტოვის სიმპტომი (ტკივილის ლოკალიზაცია რექტალური გასინჯვისას)	მგრძობელობა საშვილოსნოს უკანა ფოსოში უმნიშვნელოა, საშვილოსნოს აწვევა მკვეთრად მტკივნეულია	მტკივნეულობა საშვილოსნოს უკანა ფოსოში, საშვილოსნოს აწვევა თითქმის უმტკივნეულოა
ავადმყოფების მდგომარეობის ცვლილებები შემდგომი დაკვირვებისას	მწვავე მოვლენების თანდათანობით შემცირება ანთების საწინააღმდეგო, ზოგადი და ადგილობრივი მკურნალობის გავლენით (ანტიბიოტიკები, ყინული მუცლის ქვედა ნახევარში, ბელადონის სანთლები, სიმშვიდე)	დაავადების ყველა ნიშნები პროგრესირებს. ზოგადი მდგომარეობა უარესდება, მატულობს პერიტონიტის მოვლენები

საკვერცხეების ჰორმონული აქტივობის დარღვევისას რემისიის სტადიაში წარმოებს მკურნალობა ჰორმონული და არაჰორმონული პრეპარატებით. ანტიბაქტერიულ თერაპიას ამ პერიოდში არ ახორციელებენ, რადგან დაავადების ქრონიკულ სტადიაში მიკრობთა გავლენა ძალზე მინიმალურია ან სრულიად უმნიშვნელოა.

პროგნოზი უფრო ხშირად საიმედოა, მაგრამ მოსალოდნელია ანთებითი პროცესის გავრცელება მცირე მენჯის პერიტონეუმზე, რამაც შეიძლება დაამძიმოს დაავადების მიმდინარეობა.

საშვილოსნოს დანამატების პარკისებრი ანთებითი წარმონაქმნები (პიოსალპინქსი, საკვერცხის აბსცესი, ტუბოოვარიული წარმონაქმნები). პაციენტები, რომლებსაც აქვთ საშვილოსნოს დანამატების პარკისებრი წარმონაქმნები, საჭიროებენ ქირურგიულ მკურნალობას. ოპერაციული ჩარევის მოცულობა განისაზღვრება უშუალოდ ოპერაციის მსვლელობის დროს. ჩვეულებისამებრ, მოაცილებენ დაჩირქებულ, პარკისებრ წარმონაქმნებს. ოპერაციისწინა პერიოდში პაციენტი საჭიროებს თავისებურ მომზადებას, რაც 7-10 დღე გრძელდება. ანტიბიოტიკებსა და სულფანილამიდებს ოპერაციის წინ არ იყენებენ, რადგან ზემოაღნიშნული წარმონაქმნების კაფსულა ქმნის დაბრკოლებას სამკურნალო პრეპარატებისთვის. ხშირად გამოიყენება პლაზმის, ალბუმინის, რეოპოლიგლუკინის, გლუკოზის გადასხმები. ინიშნება ანტიბიოტიკების პრეპარატები. ამავდროულად, ხორციელდება სიმპტომური თერაპია, საგულე საშუალებებითა და ვიტამინებით მკურნალობა.

ზოგჯერ ანთებითი პროცესი საშვილოსნოსა და დანამატებიდან გადადის საშვილოსნოს მფარავ პერიტონეუმზე (პერიმეტრიტი). განასხვავებენ პერიმეტრიტის ორ ფორმას: შეწყებებითსა და ექსუდაციურს. დაავადების მწვავე პერიოდში ამ ფორმების კლინიკური სიმპტომები ერთმანეთის მსგავსია. აღინიშნება მომატებული ტემპერატურა, წყურვილის გრძობა და ენის სიმშრალე, საერთო სისუსტე, თავის ტკივილი, პულსის გახშირება, ტკივილები მუცლის ქვედა ნახევარში და მუცლის კუნთების დაჭიმულობა.

საშოსმხრივი გასინჯვის დროს აღმოაჩენენ ინფილტრატს, რომელიც გარს აკრავს საშვილოსნოს. ინფილტრატს აქვს მომკვრივო-ელასტიკური კონსისტენცია, პალპაციით საშვილოსნოც და ინფილტრატიც მტკივნეულია.

პელვიოპერიტონიტი (pelvioperitonitis)

პელვიოპერიტონიტი არის მცირე მენჯის პერიტონეუმის ანთება, რომელიც შეიძლება გამოწვეული იყოს სტაფილოკოკით, ნაწლავის ჩხირით (ეშერიხია, ენტეროკოკი), სტრეპტოკოკით, გონოკოკითა და სხვა აერობული და ანაერობული მიკრობებით ან შერეული ინფექციით. პელვიოპერიტონიტის განვითარებას ხელს უწყობს ორგანიზმის დამცველი ძალების შესუსტება.

მცირე მენჯის პერიტონეუმის ანთება მეორადი ანთებითი პროცესია, რომელიც გართულების სახით ვითარდება საშვილოსნოსა და მისი დანამატების ანთების, პიოსალპინქსის ან პიოოვარის შემდეგ. ექსუდატის ხასიათის მიხედვით განასხვავებენ: მენჯის სეროზულ-ფიბროზულსა და ჩირქოვან პერიტონიტს.

სეროზულ-ფიბრინული ფორმის დროს დამახასიათებელია შეხორცებითი პროცესების განვითარება, ანთების შედარებით სწრაფი შემოფარგვლა. ჩირქოვანი პელვიოპერიტონიტის დროს ჩირქი საშვილოსნოს უკანა ჩაღრმავებაში გროვდება.

კლინიკა. დაავადება იწყება მწვავედ, ტემპერატურის მომატებით 38-39°C-მდე, პულსი ხშირდება, ჩნდება ძლიერი ტკივილები მუცლის ქვედა ნახევარში, შოტკინ-ბლუშბერგის სიმპტომი დადებითია. ხშირად აღინიშნება გულისრევა, ღებინება; ტკივილები შარდვისა და დეფეკაციის დროს. სისხლში ლეიკოციტოზი ლეიკოციტური ფორმულის მარცხნივ გადახრით. ელს მომატებულია.

საშოსმხრივი გასინჯვისას, რომელიც ხშირად გაძნელებულია ტკივილისა და მუცლის წინა კედლის დაჭიმვის გამო, მცირე მენჯში, უშუალოდ საშვილოსნოს უკან, ისინჯება ინფილტრატი, რომელიც საშოს უკანა თალის ამობურცვას იწვევს.

დიაგნოსტიკა დაფუძნებულია დაავადების კლინიკურ გამოვლინებასა და ინფილტრატის აღმოჩენაზე, რომელიც საშვილოსნოს უკან მდებარეობს და საშოს უკანა თალს ამობურცავს. პელვიოპერიტონიტის გამომწვევის დადგენის მიზნით, წარმოებს მუცლის ღრუს პუნქცია საშოს უკანა თალიდან, მიღებული სითხის შემდგომი მიკროსკოპული გამოკვლევით.

მკურნალობა. დროულად და სწორად წარმართული მკურნალობის შედეგად ზემოაღნიშნული სიმპტომები მცირდება და თანდათან ქრება. პროცესის პროგრესული მიმდინარეობის დროს აღინიშნება საერთო მდგომარეობის გაუარესება, პერიტონიტის ნიშნები მატულობს და შეიძლება განვითარდეს გავრცელებული პერიტონიტი.

პროგნოზი. პელვიოპერიტონიტი, ძირითადად, გამოჯანსაღებით მთავრდება. შედარებით იშვიათად, ვირულენტური ინფექციისა და ორგანიზმის დამცველობითი ძალების სისუსტის დროს შეიძლება განვითარდეს დიფუზური პერიტონიტი.

პელვიოპერიტონიტის განსაკუთრებულ ფორმაა პერიტონეუმის სწორ-ნაწლავ-საშვილოსნოს ჯიბის აბსცესი, რომელიც შეიძლება წარმოიქმნას პიოსალპინქსის, პიოოვარის გახეთქვის, საავადმყოფოს გარეთ ჩატარებული აბორტისას საშვილოსნოს პერფორაციის, ჰემატომის დაჩირქებისა და მილის ორსულობისას.

დაავადების დაწყება პელვიოპერიტონიტის დროს ტიპურია (ტკივილი მუცლის ქვედა ნახევარში, ტემპერატურის მომატება, შემცივნება, მუცლის წინა კედლის დაჭიმულობა და სხვ.). პაციენტის მდგომარეობა ხშირად უარესდება, პელვიოპერიტონიტის სიმპტომები მატულობს. რექტოვაგინური გამოკვლევის დროს ისინჯება ნახევარსფეროსმაგვარი ინფილტრატი, რომელიც საშოს უკანა თალს ამობურცავს. ინფილტრატი არ გადადის მცირე მენჯის გვერდით კედლებზე. ინფილტრატის კონსისტენცია დაავადების დასაწყისში მკვრივია, ხოლო ჩირქის დაგროვებისას დამახასიათებელი ფლუქტუაცია აღინიშნება.

ნაწლავის ჩხირით გამოწვეული პელვიოპერიტონიტის დროს ექსუდატს სეროზულ-ჩირქოვანი ხასიათი აქვს განავლის სუნით; სტაფილოკოკური და სტრეპტოკოკური ინფექციებისათვის ტიპურია ჩირქოვანი და სეროზულ-ჩირქოვანი ექსუდატი. საშვილოსნოს უკანა ჰემატომის დაჩირქების დროს ჩირქში აღინიშნება სისხლის მინარევი.

ანამნეზის მონაცემები (ანთებითი პროცესის გახანგრძლივება, საავადმყოფოს გარეთ ჩატარებული აბორტი, საშვილოსნოსგარე ორსულობისათვის დამახასიათებელი ნიშნები), ასევე საშოსმხრივი გამოკვლევისა და უკანა თალის პუნქციის შედეგები საშუალებას გვაძლევს დავსვათ სწორი დიაგნოზი.

პარამეტრიტი (parametritis)

პარამეტრიტი არის საშვილოსნოს მიმდებარე ფაშარი შემაერთებული ქსოვილის ანთება. მისი გამომწვევია სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი, ნაწლავის ჩხირი, ანაერობული ინფექცია.

პარამეტრიტის განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორები (ორსულობის არსებობისას) შეიძლება იყოს საშვილოსნოს ყელის არხის გაფართოება, დიაგნოსტიკური გამოფხვკა, საშვილოსნოს ყელზე ოპერაცია, საშვილოსნოს შიდა საშუალებების შეყვანა (გართულებული საშვილოსნოს ყელის კედლების ტრავმით), ინტრალიგამენტურად მოთავსებული სიმსივნის მოცილება, რაც ქმნის პირობებს პარამეტრულ ქსოვილში ინფექციის შეღწევისათვის. მიკრობები მასში შეიძლება სხვადასხვა გზით მოხვდეს, მაგრამ უფრო ხშირად საშვილოსნოს ლიმფური ძარღვებიდან ხვდება. მცირე მენჯის ქსოვილის ტოპოგრაფიის მიხედვით პარამეტრიტებს ყოფენ წინა, გვერდით და უკანა პარამეტრიტებად. უფრო ხშირად გვხვდება გვერდითი პარამეტრიტები, რომლის დროსაც ანთებითი პროცესი ზევიდან შემოსაზღვრულია განიერი იოგის ზედა ნაწილით, ქვემოდას კი კარდინალური იოგის ქვედა ნაწილით, გვერდიდან მცირე მენჯის კედლით. გვერდითი პარამეტრიტის დროს ინფილტრატი საშვილოსნოს გვერდით ზედაპირთან განლაგდება და მენჯის გვერდით კედელზე გადადის, ამავდროულად ხდება საშოს გვერდითი თალის გადასწორება და ინფილტრატის ქვეშ მოთავსებული ლორწოვანი გარსი სწრაფად კარგავს მოძრაობის უნარს.

წინა პარამეტრიტის დროს, ინფილტრატი საშვილოსნოს წინ თავსდება და წინა თალის გადასწორებას იწვევს, ინფილტრატი შეიძლება გავრცელდეს შარდის ბუშტის წინმდებარე ქსოვილსა და მუცლის ღრუს წინა კედელზე.

საშვილოსნოსა და სწორ ნაწლავს შორის მდებარე ქსოვილის ანთებას უკანა პარამეტრიტს უწოდებენ. ინფილტრატი მჭიდროდ ეკვრის სწორ ნაწლავს და ხშირად მისი სანათურის შევიწროებას იწვევს.

მცირე მენჯის მთელი ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილის ანთებას პელვიო-ცელულიტს (pelvicocellulitis) უწოდებენ.

პარამეტრიტის მიმდინარეობაში განასხვავებენ სამ სტადიას: ინფილტრაციის, ექსუდაციისა და ექსუდატის გამკვრივების. ანთების საწყის სტადიაში აღინიშნება სისხლძარღვების გაფართოება, პერივასკულური შემუშუება და ქსოვილის წვრილმარცვლოვანი ინფილტრაცია. ექსუდაციის სტადიაში ხდება სისხლძარღვთა სანათურიდან ლეიკოციტებისა და სისხლის სხვა ფორმიანი ელემენტების მასიური გამოსვლა, ინფილტრატი აღწევს მენჯის კედლებამდე. თუ ექსუდატი დაჩირქდა, ვითარდება ჩირქოვანი პარამეტრიტი, რომლის დროსაც შეიძლება მოხდეს ჩირქოვანის გასკდომა და ჩაღვრა, უფრო ხშირად სწორ ნაწლავში ან შარდის ბუშტში.

თუ ანთებითმა პროცესმა ჩაითრია შარდის ბუშტი ან სწორი ნაწლავი, შესაბამისად გამოვლინდება ცისტიტის ან პროქტიტის ნიშნები. მომატებულია ედს და ლეიკოციტების რაოდენობა, აღინიშნება ლეიკოციტური ფორმულის მარცხნივ გადახრა.

ანთებითი ექსუდატი მდიდარია ფიბრინოგენით. ფიბრინოგენის ფიბრინად გარდაქმნისას ინფილტრატი გარკვეულ სიმკვრივეს იძენს.

კლინიკა. პარამეტრიტის შედარებით ადრეული ნიშანია ტკივილის გაჩენა მუცლის ქვედა ნახევარში, რომელიც წინ უძღვის ინფილტრატის წარმოქმნას. იგი მუდმივი ხასიათისაა და გადაეცემა გავისა და წელის არეში. სწრაფად მატულობს ტემპერატურა $38-39^{\circ}\text{C}$ -მდე. აღინიშნება პულსის გახშირება, თავის ტკივილი, წყურვილის გრძნობა, პირის სიმშრალე. საშოსმხრივი გასინჯვისას

ცხრილი 3. პელვიოპერიტონიტისა და პარამეტრიტის სადიფერენციაციო-დიაგნოსტიკური ნიშნები (ლ. ბუბლიჩენკოს მიხედვით)

ნიშნები	პელვიოპერიტონიტი	პარამეტრიტი
ექსუდატის თვისებები		
მდებარეობა	მაღალია საშვილოსნოს ტანთან შედარებით	დაბალია საშვილოსნოს ყელთან შედარებით
საზღვრები	შემოსაზღვრულია ქვე-მთ და გვერდებზე, ზემოთ გაურკვეველია	პირიქით
მენჯის ძვლებთან დამოკიდებულება	ვერ აღწევს	უშუალოდ გადადის მენჯის ძვლებზე, ებჯინება მას
საშოს თალებთან მიმართებაში	თაღის ლორწოვანი გარსი თავისუფლად მოძრავია	მოძრაობა შეზღუდულია
კონსისტენცია	თანდათანობით მკვრივდება	სწრაფად მკვრივდება
კლინიკური ნიშნები		
მტკივნეულობა	ძლიერი	მცირე
მუცლის ფარის გაღიზიანების ნიშნები (მეტეორიზმი, გულისრევა, ღებინება)	აღინიშნება	არ აღინიშნება
პულსი	გახშირებული	შეესაბამება ტემპერატურის ცვლილებას
ტემპერატურა	ზომიერი, ცვალებადი	მუდმივი ტიპის

გამოვლინდება მხოლოდ მკვეთრად გამოხატული საშვილოსნოს მტკივნეულობა. მესამე-მეოთხე დღეს აღინიშნება საშვილოსნოს გადახრა ჯანმრთელ მხარეს ან ზემოთ. მისი გამოცალკეება ინფილტრაციიდან შეუძლებელია, იგი ხდება მკვრივი, უმოძრაო, გავა-საშვილოსნოს იოგები ზუსტად არ განისაზღვრება. პროცესის გავრცელებისას პაციენტი იღებს იძულებით მდებარეობას (დაზიანებულ მხარეზე ფეხი მოხრილია მენჯ-ბარძაყის სახსარში).

პარამეტრული ქსოვილის დაჩირქებისას მდგომარეობა მკვეთრად უარესდება. ტემპერატურა იღებს ჰექტიურ ხასიათს, აღინიშნება შემცივნება, გამოხატული ლეიკოციტოზი, მკვეთრად მატულობს ედს, აღინიშნება ნეიტროფილების მარცხნივ გადახრა. პარამეტრული ინფილტრატის დაჩირქება და ჩირქის ჩადგრა შარდის ბუშტში დგინდება შარდის გამოკვლევითა და ცისტოსკოპიით. სწორ ნაწლავში ჩირქის ჩადგრას ავლენენ განავლოვან მასებში ჩირქის არსებობისა და რექტოსკოპიური მონაცემების საფუძველზე. პარამეტრიტის მნიშვნელოვანი სადიფერენციაციო-დიაგნოსტიკური ნიშანია პერკუსიული ხმის მოყრუება თეძოს წინა ზედა წვეტიან ზემოთ დაზიანების მხარეს.

დიაგნოსტიკა ემყარება ანამნეზის მონაცემებს (წარსულში მუცლის მოშლა, მშობიარობა, საშვილოსნოსშიდა ჩარევები, გინეკოლოგიური ოპერაციები) და რექტოვავინური გამოკვლევების მონაცემებს. ხშირად საჭიროა პარამეტრიტის დიფერენცირება ექსუდაციური პელვიოპერიტონიტისგან (ცხრ. 3).

მკურნალობა. ინფილტრატის დაჩირქებისას აწარმოებენ მის პუნქციას საშოს თალიდან, მისი შედარებით დაბალი მდებარეობის ადგილას. ჩირქის მიღების დროს საჭიროა აბსცესის გახსნა და პარამეტრიუმის დრენირება.

პროგნოზი საიმედოა.

ანთებითი დაავადებების მკურნალობა. პელვიოპერიტონიტისა და პარამეტრიტის მკურნალობა უნდა იყოს კომპლექსური და ამავე დროს აუცილებლად ინდივიდუალური. მკურნალობის საფუძველია ზოგადგამაჯანსაღებელი, ანტიბაქტერიული, მადესენსიბილიზებელი, დეზინტოქსიკაციური და სიმპტომური საშუალებები, ასევე ფიზიოთერაპიული პროცედურები. ზოგჯერ საჭირო ხდება ქირურგიული ჩარევაც. მკურნალობა მიმდინარეობს სტაციონარულ პირობებში.

დაავადების დასაწყისში მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს ანთებითი პროცესის სწრაფი სტაბილიზაციის, პულსის, არტერიული წნევის, ასევე, კუჭნაწლავისა და შარდის ბუშტის ფუნქციების მოწესრიგებისაკენ.

ნაწლავების პერისტალტიკის გასაძლიერებლად იყენებენ ჰიპერტონულ ოყენებს, პროზერინსა და სხვა საშუალებებს. ნაწლავის დამბლის ლიკვიდაციის შემდეგ ნიშნავენ მაღალკალორიულ საკვებს ულუფებად (5-6-ჯერ დღეში), მთავე სასმელებს (შტოშის წვენი, ლიმონიანი ჩაი), ღვიძლის ფუნქციის დარღვევისას მიზანშეწონილია ხაჭოს მიღება. წარმოებს პირის ღრუს სანაცია.

ანემიის დროს უნდა დაინიშნოს რკინის პრეპარატები (ფეროკალი 2-6 აბი დღეში, ჭამის შემდეგ; ფეროპლექსი 8-9 აბი დღე-ღამეში, ჰემოსტიმულინი 2 აბი 3-ჯერ დღეში, რკინის ლაქტატი 1 აბი 3-ჯერ დღეში ჭამის შემდეგ).

ანტიბაქტერიული თერაპია. დაავადების გამომწვევებზე ზემოქმედების მიზნით გამოიყენება ანტიბიოტიკები, სულფანილამიდები, ნიტროფურანები. ერთჯერადი, დღეღამური და კურსული დოზა დგინდება პროცესის სიმძიმის, პრეპარატის ამტანობისა და ანტიბიოტიკოგრამის მონაცემების მიხედვით. თავდაპირველად, ძირითადად, იყენებენ ფართო საექტრის ანტიბიოტიკებს, ხოლო ანტიბიოტიკების მიმართ მიკრობული ფლორის მგრძობელობის განსაზღვრის შემდეგ ნიშნავენ უფრო ეფექტურ პრეპარატებს. მკურნალობის არაღამაკმაყოფილებელი შედეგის ან უშედეგობის შემთხვევაში 5-7 დღის შემდეგ ანტიბიოტიკს ცვლიან.

დაავადების მძიმე ფორმის შემთხვევაში მიზანშეწონილია ანტიბაქტერიული პრეპარატების კომბინირებული დანიშვნა, რომლებიც მოქმედებენ აერობულ და ანაერობულ ინფექციებზე (გენტამიცინი პენიცილინსა და მეტრონიდაზოლთან ერთად, მკურნალობის ხანგრძლივობა 15-20 დღე).

დისბაქტერიოზის, კანდიდოზის თავიდან ასაცილებლად ნიშნავენ ნისტატინს (250000 ერთ. 4-ჯერ დღეში) და ლევორინს (200000 ერთ. 4-ჯერ დღეში).

მადესენსიბილიზებელი საშუალებება. ხანგრძლივად მიმდინარე ანთებითი პროცესების დროს ნიშნავენ ანტიჰისტამინურ პრეპარატებს: დიმედროლი (0,05 გ 2-ჯერ დღეში), სუპრასტინი (0,025 გ 2-3-ჯერ დღეში).

დეზინტოქსიკაციური თერაპია. ინტოქსიკაციის მოსახსნელად მიზანშეწონილია შეყვანილ იქნას სითხე 2-3 ლიტრამდე (ჰემოდეზი, რეოპოლიგლუკინი, გლუკოზანოვოკაინის ნარევი, გლუკოზა, ნატრიუმის ქლორიდის იზოტონური ხსნარი) ინტოქსიკაციის, დიურეზის, შეშუპებების გამოხატულების მიხედვით, სისხლში ელექტროლიტების (კალიუმი, ნატრიუმი) შემცველობის კონტროლით.

სიმპტომური მკურნალობა. ტკივილების შემთხვევაში ნიშნავენ ბელადონას სანთლებს, ანალგინს, ანთებითი პროცესის მწვავე სტადიაში პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნების არსებობისას, მუცლის ქვემოთ ადებენ ყინულს სამი დღის განმავლობაში (დღეში 2 სთ, 1 საათიანი შესვენებებით).

ფინოთერაპიული მკურნალობა გამოიყენება ანთებითი პროცესის ქვემწვავე სტადიის დასაწყისშივე (ელექტროფორეზი სპილენძით, თუთიით, კალიუმით და სხვ.). ქრონიკულ სტადიაში ინიშნება პარაფინი, ოზოკერიტი, ტალახით მკურნალობა და ბალნეოთერაპია.

ქირურგიული მკურნალობა. ექსუდატის ხასიათის დადგენისა და შემდგომი ოპერაციული ჩარევის მიზნით, აწარმოებენ საშოს უკანა თალის პუნქციას. ჩირქის მიღების შემთხვევაში იგი გამოაქვთ შპრიცით და შეჰყავთ ანტიბიოტიკი. ასეთი მკურნალობა ხორციელდება საშვილოსნოს უკანა აბსცესისა და დაჩირქებული უკანა პარამეტრიტის დროს.

უკანა თალის, ზოგჯერ კი საშოს უკანა კედლის გამობურცვისას, აუცილებელია თალის სასწრაფო გაკვეთა მასში დრენაჟის ჩადგმით, რაც, ძირითადად, კარგ შედეგს იძლევა. პროცესის ქვემწვავე სტადიაში გადასვლისას მკურნალობის სქემაში თანდათან რთავენ ფიზიკური ფაქტორებით მოქმედებას (ულტრაიისფერი სხივები და ულტრამალალი სიხშირის დენი). ქრონიკულ სტადიაში საჭიროა ელექტროფორეზი სპილენძით, თუთიით, ულტრაბგერა, ტალახით მკურნალობა.

პერიტონიტი, რომელიც ვითარდება პიოსალპინქსის, პიოოვარის განთქვისას, ტუბოოვარიული ჩირქოვანი ანთების, ასევე ხშირი გამწვავებების დროს (რომლებიც კონსერვატიულ მკურნალობას არ ექვემდებარება) აუცილებელია ქირურგიული მკურნალობა. ოპერაციული ჩარევის მოცულობა (დაზიანებული დანამატების მოცილება ან საშვილოსნოს ამოკვეთა დანამატებთან ერთად) დამოკიდებულია დაავადების სტადიაზე. ახალგაზრდა ქალებში ასეთი ჩარევები უნდა ატარებდეს დამზოგველ ხასიათს, უფრო ხანდაზმულ ასაკში აწარმოებენ რადიკალურ ოპერაციას.

ანთებითი დაავადებების პროფილაქტიკა, ძირითადად, მდგომარეობს საავადმყოფოს გარეთ წარმოებულ აბორტებთან ბრძოლაში. მნიშვნელოვანია ქალებისათვის მულმივი სანიტარულ-საგანმანათლებლო ინფორმაციის მიწოდება.

გარეთა სასქესო ორგანოებისა და საშოს მწვავე ანთებითი პროცესის დროს, მიზანშეწონილია სამსახურიდან გათავისუფლება მწვავე სტადიის „ჩათავებაზე“, მაგრამ მკურნალობა უნდა მიმდინარეობდეს ამბულატორიულ პირობებში, სრულ გაჯანსაღებამდე.

საშვილოსნოს, მისი დანამატების, პარამეტრიუმის მწვავე და ქვემწვავე ანთებითი პროცესების, პელვიოპერიტონიტის მკურნალობა ხორციელდება სტაციონარში 2-4 კვირის განმავლობაში, რის შემდეგაც გაიცემა შრომისუუნარობის ფურცელი და ქალი იგზავნება ქალთა კონსულტაციაში, სადაც გადაწყდება მისი შემდგომი მკურნალობისა და შრომისუუნარობის საკითხი (ითვალისწინებენ შრომის პირობებს, მუშაობის ცვალებადობის, ამბულატორიულ პირობებში მკურნალობის გაგრძელების საშუალებას, სანატორიულ-კურორტული მკურნალობის აუცილებლობას).

დაავადების ქრონიკულ სტადიაში (განსაკუთრებით ანთებითი პროცესების ხშირი გამწვავებისას) მიზანშეუწონელია ძლიერი ფიზიკური დატვირთვა, მუშაობა, რომელიც დაკავშირებულია ვიბრაციასთან, გადაცივებასთან, გადახურებასთან. პაციენტების ეს ჯგუფი საჭიროებს ხანგრძლივ რეაბილიტაციას, რომელიც მიმართულია შრომისუუნარიანობისა და რეპროდუქციული ფუნქციის აღდგენისაკენ.

ქალის სასქესო ორგანოების სპეციფიკურ ანთებით დაავადებებს მიეკუთვნება ტრიქომონიაზი, გონორეა, კანდიდოზი, ვირუსული კოლპიტი, მიკოპლაზმოზი და სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი.

ტრიქომონიაზი (trichomoniasis)

ტრიქომონიაზი ინფექციური დაავადებაა, რომელსაც საშოს ტრიქომონადა იწვევს. ადამიანში პარაზიტობს ტრიქომონადის სამი სახეობა: საშოს, ნაწლავისა და პირის (სურ. 43). სასქესო ორგანოები და შარდგამომყოფი გზები მხოლოდ საშოს ტრიქომონადით ზიანდება.

ტრიქომონიაზი არის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული სპეციფიკური ანთებითი დაავადება და ამბულატორიულ გინეკოლოგიურ პაციენტთა 40%-ს შეადგენს. ტრიქომონიაზით ავად არის იმ ქალთა 60-70%, რომელთაც აქვთ თეთრად შლა.

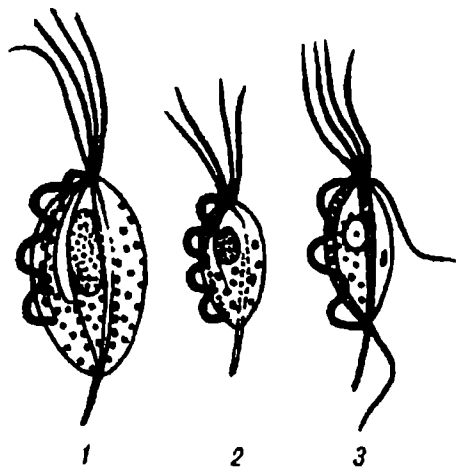
ტრიქომონიაზი გადაეცემა სქესობრივი გზით. გოგონები შეიძლება დაავადდნენ დედის დაინფიცირებულ სამშობიარო გზებში ნაყოფის გავლის დროს, ასევე კონტაქტური გზით — ავადმყოფი დედის სასქესო ორგანოებიდან გამონაყოფის საშუალებით, თუ მას ქალიშვილთან ერთად ერთ საწოლში ძინავს.

ტრიქომონადები არიან უმარტივესები, რომლებიც მიეკუთვნებიან შოლტიანთა კლასს, აქვთ ოვალური ან მსხლისებრი ფორმა, ზომით, საშუალოდ 20-30 მკმ-მდე. პარაზიტის სხეულის წინა ბოლოზე არის ოთხი თავისუფალი შოლტი, ხოლო გვერდზე მოთავსებულია ე.წ. ტალღისებრი მემბრანა, რომლის საშუალებითაც ხორციელდება ტრიქომონადის მოძრაობა. ტრიქომონადა მრავლდება დაყოფის გზით, ორ ან ოთხ უჯრედად.

ანთება, რომელსაც ტრიქომონადა იწვევს, უნდა განვიხილოთ, როგორც პროტოზოულ-ბაქტერიული, რადგანაც ტრიქომონადებთან ერთად მასში მონაწილეობს კოკები, სოკოები, რაც უნდა გავითვალისწინოთ მკურნალობის პროცესში.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი 3-5-დან 20-30 დღემდეა. განასხვავებენ მწვავე მარტივ, გრანულურ და მაკულურ ტრიქომონადულ კოლპიტებს, ქვემწვავე და ქრონიკულ ფორმებს.

ტრიქომონადა, ძირითადად, აზიანებს საშოს, იშვიათად შარდგამომყოფ არხს, შარდის ბუშტს, საშოს კარიბჭის დიდი ჯირკვლის გამომტან სადინრებს, თვით კარიბჭეს, საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვან გარსს, დანამატებს. ტრიქომონიაზისთვის, ისევე, როგორც გონორეასათვის, დამახასიათებელია მრავალკეროვანი დაზიანება.



სურ. 43. ტრიქომონადები (უენ-რაიუს მიხედვით).
1 — საშოს; 2 — ნაწლავის; 3 — პირის.

დაავადების ძირითადი გამოვლინებაა უხვი ქაფიანი, თხევადი გამონადენი მონაცისფრო-მოყვითალო შეფერილობით, რომელიც იწვევს ქავილსა და წვას გარეთა სასქესო ორგანოების მიდამოში.

კლინიკური სურათი მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული საკვერცხეების ფუნქციურ აქტივობაზე. როცა დაავადება მათი ჰიპოფუნქციის ფონზე ვითარდება, აღინიშნება მწვავე პროცესის სურათი, დაზიანების მრავალკეროვნება. საკვერცხეების საკმარისი ჰორმონული ფუნქციის დროს უფრო ხშირია საშოს იზოლირებული დაზიანება, ანთებითი ცვლილებები უფრო ნაკლებადაა გამოხატული. დაავადების სურათი წაშლილია. ხშირად აღინიშნება ტრიქომონადმტარებლობა.

მწვავე მარტივი ტრიქომონადული კოლპიტის დროს აღინიშნება გარეთა სასქესო ორგანოების ქავილი, ვულვისა და საშოს შეშუპება. საშოს კედლების და საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიულია, ადვილად სისხლმდენი, დაფარულია ჩირქოვანი გამონადენით. გამონადენი წარმოადგენს საშოს კედლის სისხლძარღვთა და ლიმფური ძარღვების ექსუდატს. გამონადენი ჩირქოვანია და უსიამოვნო სუნი აქვს. მისი ქაფიანი ხასიათი განპირობებულია მასში განსაკუთრებული გაზის წარმომქმნელი მიკრობების არსებობით.

მწვავე გრანულური კოლპიტის დროს საშოსა და საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსი მარცვლოვანია. გრანულური წერტილები მკვეთრად ჰიპერემიულია, არ ქრება ხელის დაჭერით.

მაკულური კოლპიტისთვის დამახასიათებელია წითელი ლაქების წარმოქმნა, რომლებიც წამოწეულია საშოსა და საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსიდან. ეს უბნები შეიცავს გაფართოებულ სისხლძარღვებს, რომლებიც შეხებისას სისხლმდენია. ქვემწვავე სტადიაში კლინიკური სურათი წაშლილია, აღინიშნება საშოს სუსტად გამოხატული ჰიპერემია და მცირე რაოდენობით გამონადენი.

ქრონიკული ტრიქომონადული კოლპიტის დროს საშოსა და საშვილოსნოს ყელის ანთებითი ცვლილებები ნაკლებადაა გამოხატული.

დაიგნოსტიკა დაფუძნებულია დაავადების კლინიკურ გამოვლინებასა და ტრიქომონის აღმოჩენაზე. ტრიქომონადას, ძირითადად, ნახულობენ გრამის წესით შეღებილი ნაცხის ბაქტერიოსკოპული გამოკვლევისას. განსაკუთრებით ადვილია მათი აღმოჩენა ნატიურ პრეპარატში. ტრიქომონადებს, ძირითადად, აღმოაჩენენ საშოს სისუფთავის III-IV ხარისხის დროს, ბაქტერიოსკოპული გამოკვლევის უარყოფითი შედეგისა და ტრიქომონადულ კოლპიტზე ექვის შემთხვევაში აწარმოებენ ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას. ტრიქომონადების გამოვლენის დამატებითი მეთოდია ლუმინესცენციური მიკროსკოპია. ბოლო წლებში გრანულური და მაკულური კოლპიტის აღმოსაჩენად ხშირად გამოიყენება კოლპოსკოპია.

მრავალკეროვანი დაზიანების შემთხვევაში ზედმიწევნით უნდა მოხდეს პაციენტთა გამოკვლევა (გონორეის გამოარიცხვის მიზნით). ტრიქომონადებითა და გონოკოკებით გამოწვეული დაავადების დროს კლინიკური სურათი იცვლება, მაგრამ ხშირად ქარბობს ტრიქომონიაზის სურათი.

ტრიქომონიაზის დროს იმუნიტეტი დაქვეითებულია, რაც რეციდივებისა და რენფექციების განვითარებას განაპირობებს. მათი წყარო, ძირითადად, არის

უმკურნალებელი მამაკაცი-ტრიქომონადმტარები. ზოგჯერ რეციდივი ვითარდება ლაკუნებში, კრიპტებში და პარაურეთრულ ვზებში ტრიქომონადების არსებობის გამო, სადაც მედიკამენტური საშუალებები ყოველთვის ვერ აღწევს.

მკურნალობა. საჭიროა ორივე მეულლის ერთდროული მკურნალობა. გარდა სპეციფიკური თერაპიისა, ნიშნავენ საშუალებებს, რომლებიც შესაბამის თანმზლებ მიკროფლორაზე მოქმედებენ. ტრიქომონიაზის მკურნალობის ძირითადი საშუალებაა მეტრონიდაზოლი (ტრიქოპოლი, ფლაგილი). პრეპარატს ნიშნავენ შინაგანი წესით მისაღებად; იგი ადვილად იწოვება და დიდი აქტივობით ხასიათდება.

მკურნალობის სქემა: პირველ დღეს – 0,5 გ ტრიქოპოლი 2-ჯერ 12 სთ-იანი ინტერვალებით; მეორე დღეს – 0,25 გ 3-ჯერ დღეში, 8 სთ-იანი ინტერვალით. შემდეგი 4 დღის განმავლობაში ნიშნავენ 0,25 გ 2-ჯერ დღეში (12 სთ-ის ინტერვალით).

მეტრონიდაზოლს სხვა სქემითაც ნიშნავენ: 0,25 გ პრეპარატი დილითა და საღამოს ჭამის დროს ან მის შემდეგ, 10 დღის განმავლობაში. კალიუმის პერმანგანატით საშოს წინასწარი დაბუშავეების შემდეგ, საშოში შეაქვთ სანთელი ან აბი, რომელიც 0,5 გ მეტრონიდაზოლს შეიცავს.

ბოლო წლებში ტრიქომონიაზის მკურნალობაში გამოიყენება ფაზიცინი (იმიდაზოლის ჯგუფი), რომელსაც ნიშნავენ ერთი დღის განმავლობაში თითო აბს (0,5 გ) 4-ჯერ დღეში ჭამის დროს ან შემდეგ.

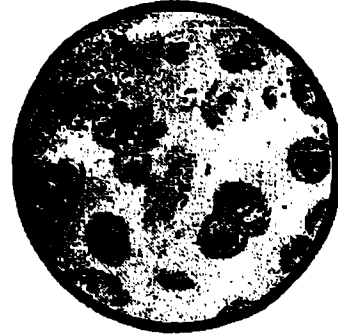
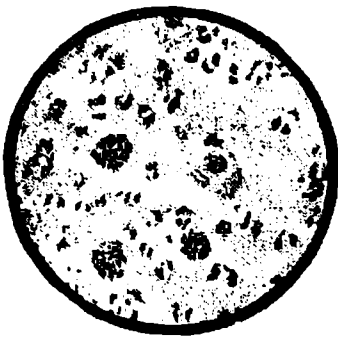
მეტრონიდაზოლის ჯგუფის პრეპარატების დანიშვნა მიზანშეწონილია სისხლისა და ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებების დროს. მათი გამოყენება არ შეიძლება ორსულობის ადრეულ ვადებში (8-10 კვირამდე).

გვერდითი მოვლენები გამოვლინდება გულსირვეით, ლებინებით, გარდამავალი ლეიკოპენიით, თავბრუსხვევით, ზოგჯერ ვითარდება ალერგიული მოვლენები.

ადგილობრივი მკურნალობა განსაკუთრებით ზედმიწევნით ხორციელდება ტრიქომონადის საწინააღმდეგო პრეპარატების აუტანლობისა და დაავადების ხანგრძლივად მიმდინარე, მყარი ფორმების შემთხვევაში. საშოში სარკის შეტანის შემდეგ მშრალი ან 2%-იან ბორის მჟავაში დასველებული ტამპონით აცილებენ პათოლოგიურ სეკრეტს, შემდეგ საშოში შეაქვთ ოსარსოლი ბორის მჟავასთან ერთად (0,25 გ), ნაზად შეაზელენ ფხვნილს კედლებზე. ოსარსოლით ადგილობრივ მკურნალობას იმეორებენ მენსტრუაციის შემდეგ ორი მომდევნო მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში. ოსარსოლით მკურნალობის დროს შეიძლება აღინიშნოს გვერდითი მოვლენები: დერმატიტი, ნევრიტი, გულსირვეა, ლებინება, დისპეფსიური აშლილობა.

ურეთრიტის შემთხვევაში ურეთრას გამოარეცხავენ კალიუმის პერმანგანატის 1:2000 ხსნარით, რის შემდეგაც მასში შეაქვთ 5%-იანი ოსარსოლის ხსნარი ან ალბუციდის 30%-იანი ხსნარი.

თუ ტრიქომონადა სწორ ნაწლავში მოხვდა, ნიშნავენ სანთლებს, რომლებიც 0,3 გ ოსარსოლსა და ბორის მჟავას შეიცავს. სანთელი შეაქვთ ნაწლავის დაცლის შემდეგ (10 დღის განმავლობაში თითო სანთელი). გოგონები, რომლებიც დაავადებულნი არიან ტრიქომონიაზით, გამოჩანმრთელბამდე საბავშვო დაწესებულებებში (საბავშვო ბაღები, ბაგები, ინტერნატები) არ დაიშვებიან.



სურ. 44. გონოკოკები.

საყოფაცხოვრებო საგნები — თეთრეული, ღრუბელი, პირსახოცი). გოგონების დასნებოვნება შესაძლებელია ჩანასახოვან პერიოდში, როდესაც გონოკოკი ორგანიზმში ნაყოფის სამშობიარო გზებში გავლისას ხვდება.

გონოკოკი მიეკუთვნება გრამუარყოფით წყვილ კოკებს, თავისი ფორმით ჰგავს ყავის მარცვლებს, რომლებიც მოხრილი ზედაპირით მიმართულნი არიან ერთმანეთისკენ (სურ. 44). მიკრობები ლაგდება ჭვუფებად, უპირატესად ლეიკოციტების უჯრედის შიგნით, იშვიათად უჯრედის გარეთ ქსოვილის სილრმეში, აგრეთვე, შეიძლება იმყოფებოდეს ეპითელური უჯრედების ზედაპირზე. ელექტრონული მიკროსკოპით დათვალიერებისას გონოკოკებს გამოუვლინდება დაცხრილული უჯრედული გარსი, ორკონტურიანი ციტოპლაზმური მემბრანა, წვრილმარცვლოვანი ციტოპლაზმა, დიდი რაოდენობით რიბოსომების შემცველობით, ნუკლეოტიდები დნმ-ის ძაფებით (სურ. 45).



სურ. 45. გონოკოკის ულტრასტრუქტურა (ვან-მარტენა იხ. ტექსტში).

განკურნების კონტროლი ხორციელდება 2-3 მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში ჩატარებული მკურნალობის შემდეგ. ნაცხს მენსტრუაციიდან იღებენ 1-3 დღის შემდეგ.

ტრიქომონიაზის პროფილაქტიკა უწყესრიგო სქესობრივი ცხოვრების აღკვეთაში მდგომარეობს. აუცილებელია ორივე მეუღლის მკურნალობა.

გონორეა (gonorrhoea)

გონორეა ვენერიული დაავადებაა, რომელიც გამოწვეულია გონოკოკებით. ქალის სასქესო ორგანოების სპეციფიკურ დაავადებათა შორის, გონორეული ინფექცია აღინიშნებაპაციენტთა 5-25%-ში, ამ მონაცემებით იგი მეორე ადგილზეა ტრიქომონიაზის შემდეგ. გონორეით დაავადებულ ქალთა უმრავლესობა 21-40 წლისაა.

გონორეით დაავადების ძირითადი გზა არის სქესობრივი კავშირი, მხოლოდ ძალიან მცირე ნაწილი შეიძლება იყოს არასქესობრივი გზით (სხვადასხვა

ანტიბიოტიკების ხშირმა გამოყენებამ გონოკოკის მორფოლოგიური და ბიოლოგიური თვისებები შეცვალა. არსებობს მდგრადი, გიგანტური L-ფორმები, რომლებიც ძნელად ექვემდებარება პენიცილინის მოქმედებას, ასევე გონოკოკის გრამდადებითი ფორმები. განსაკუთრებული ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა აქვს გონოკოკების ფაგოციტოზს ტრიქომონადების მიერ, რადგან პენიცილინი ტრიქომონადის შიგნით არსებულ გონოკოკებზე ვერ მოქმედებს.

გონოკოკის გამრავლება ხდება შუაზე (დიპლოკოკი) ან ოთხ ნაწილად (ტეტრაკოკი) გაყოფით, იშვიათად დაკვირვებით.

გონოკოკი ეგზოტოქსინს არ წარმოქმნის. მისი დაღუპვის შედეგად გამოიყოფა ენდოტოქსინი, რომელიც იწვევს ქსოვილების დეგენერაციულ-დესტრუქციულ ცვლილებებს, შეზოროვებით პროცესებს და სხვ.

გონორეისთვის, ძირითადად, დამახასიათებელია შარდ-სასქესო ორგანოების ლორწოვანი გარსების დაზიანება.

თანდაყოლილი ან შეძენილი იმუნიტეტი გონორეის მიმართ არ არსებობს. ამიტომ დაავადება გადატანილი შეიძლება განმეორებით დაავადდეს, რეინფექცია ისევე მწვავედ მიმდინარეობს, როგორც პირველადი დაზიანების დროს.

გონორეა მნიშვნელოვნად ცვლის ორგანიზმის რეაქტიულობას. იწვევს არასპეციფიკური დაცვის ზოგიერთი მაჩვენებლის (კომპლემენტი, ლიზოციმი, შრატის ბაქტერიოციდული აქტივობა) და იმუნოლოგიური რეაქტიულობის დათრგუნვას. გონორეით დაავადებულებში იმუნოგლობულინების დონის შემცირება დაკავშირებულია ანთების სპეციფიკურ ეტიოლოგიასთან და ამ ინფექციის დროს იმუნიტეტის არარსებობასთან.

დიდი მნიშვნელობა აქვს გონორეის კლასიფიკაციას, რომელსაც საფუძვლად ტოპოგრაფიულ-ანატომიური და კლინიკური პრინციპები უდევს:

ტოპოგრაფიულ-ანატომიური კლასიფიკაცია:

- 1) აღმავალი გონორეა;
- 2) შარდგამომყოფი სისტემის გონორეა;
- 3) რექტალური გონორეა;
- 4) მეტასტაზური გონორეა.

ქალებში, ძირითადად, აღინიშნება გარეთა სასქესო ორგანოების გონორეა და მხოლოდ 20-25%-ში ვლინდება აღმავალი გონორეა.

გონორეული ეტიოლოგიის ანთებითი პროცესი შარდგამომყოფ სისტემაში, უპირატესად, ურეთრაში ლოკალიზდება. გონოკოკით სწორი ნაწლავის დაზიანება, ძირითადად, მეორად ხასიათს ატარებს. იგი პროქტიტის, პარაპროქტიტის სახით მიმდინარეობს და გონორეით დაავადებულთა 45%-ში აღმოჩნდება. მეტასტაზური ფორმის (იშვიათია) დროს აღინიშნება ართრიტი, პოლინევრიტი, ოსტეომიელიტი, გონოკოკური სეფსისი და სხვ.

კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით განასხვავებენ ახალ და ქრონიკულ ფორმებს. გონორეის ახალი ფორმა, თავის მხრივ იყოფა მწვავე, ქვემწვავე და ტორპიდულ ფორმებად.

ახლად აღმოცენებულ მწვავე გონორეას მიეკუთვნება ანთებითი პროცესები, არა უმეტეს ორი კვირის ხანგრძლივობით. ქვემწვავეს მიეკუთვნება ანთებითი პროცესები, რომელთა ხანგრძლივობა 2-8 კვირაა.

მწვავე ტორპიდული ფორმისთვის დამახასიათებელია ანთებითი პროცესის წაშლილი დასაწყისი და მიმდინარეობა. ამასთანავე, ურეთრიდან და საშვილოსნოს ყელიდან მცირე გამონადენში აღმოჩნდება გონოკოკები.

ქრონიკული გონორეის ხანგრძლივობა 2 თვეზე მეტია, მაგრამ დაავადების ამ ფორმის გამომყოფი საზღვრები პირობით ხასიათს ატარებს.

გონორეისთვის დამახასიათებელია მრავალკეროვანი დაზიანება. უფრო ხშირად (60-90%-ში) გვხვდება ტორპიდული ფორმა. გონორეის მსგავსი დუნე

მიმდინარეობა აღენიშნება მეულელესაც. წაშლილ მიმდინარეობას მნიშვნელოვნად განაპირობებს საკვერცხეების ჰიპოფუნქცია. გონორეის მეორე თავისებურებას წარმოადგენს ის, რომ იგი შერეული ინფექციის სახით მიმდინარეობს, რაც გონოკოკისა და ტრიქომონადის (70-80%), სტრეპტოკოკებისა და სტაფილოკოკების (20-22%), გონოკოკისა და ვირუსის (4-6%) შერწყმით გამოვლინდება.

არსებობს გონორეული ინფექციის გავრცელების ორი გზა: აღმავალი — ურეთრა, საშვილოსნოს ყელი, ენდომეტრიუმი, მილები, მუცლის ფარი და ჰემატოგენური — გონოკოკების შეჭრა სისხლძარღვის სანათურში. უფრო ხშირად ინფექცია პირველი გზით ვრცელდება, განსაკუთრებით მენსტრუაციის დროს.

გონორეული ურეთრიტი გონორეით დაავადებულთა 71-96%-ში აღინიშნება და უფრო ხშირია უმშობიარებელ ქალებში. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 3-5 დღიდან 3-4 კვირამდე.

კლინიკა. პაციენტთა უმრავლესობაში ახალდაწყებული გონორეული ურეთრიტი წაშლილი კლინიკური სურათით მიმდინარეობს: აღინიშნება უსიამო შეგრძნება ურეთრის არეში, წვა, უმნიშვნელო ტკივილი. გონორეული ურეთრის გაშლილი კლინიკური სურათის დროს ძირითადი სიმპტომებია დიზურული მოვლენები. აღინიშნება ხშირი, მტკივნეული შარდვა, შარდვის იმპერატული მოთხოვნილება, მოშარდვისას წვა, რომელიც შარდის ბუშტში ანთებით პროცესებზე მიუთითებს. ურეთრის ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიული და შეშუპებულია, ურეთრის გარეთა ხვრელიდან აღინიშნება ჩირქოვანი გამონადენი. საშოს წინა კედლიდან პალპაციით ურეთრის გასწვრივ აღინიშნება მკვრივი ამობურცულობა, ზოგჯერ მკვეთრი შესქელებებით. თუმცა ანთების მწვავე მოვლენები საშარდე არხის ანატომიური თავისებურებების გამო (ურეთრა მოკლეა, თითქმის მოუხრელი, შედარებით ფართო და კარგი გაწელვის უნარით) შედარებით მალე ჩაცხრება და შემდგომში პაციენტები შარდის გამოყოფის მხრივ ჩივილებს არ გამოთქვამენ.

დიაგნოსტიკა. დიაგნოზის დასადგენად იკვლევენ ურეთრის შიგთავსს. ამისათვის შიგთავსიდან ლარიანი ზონდით იღებენ ჩირქის წვეთს და გადააქვთ სასაგნე მინაზე. ნაცხს აფიქსირებენ სამჯერადი, სწრაფი გატარებით სპირტქურაზე, რის შემდეგაც ღებავენ მეთილის ლურჯით, გრამის წესით. თუ ურეთრიდან გამონაყოფი უმნიშვნელოა, საშოში შეტანილი საჩვენებელი თითით ფრთხილად აკეთებენ ურეთრის მსუბუქ მასაჟს. ბაქტერიოსკოპიულ გამოკვლევასთან ერთად აწარმოებენ ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას.

გონორეული პარაურეთრიტი პარაურეთრული სადინარები განლაგებულია ურეთრის შესასვლელის ქვედა ნახევარწრეზე (სკინის სადინარები). ზოგჯერ პარაურეთრული გზები ურეთრის გვერდით კედლებზე იხსნება. გონორეის დროს სადინარები 3-15%-ში ზიანდება.

კლინიკა. ახალდაწყებული გონორეის დროს პარაურეთრული სადინარის ბაგეები შეშუპებულია, ჰიპერემიულია, მტკივნეულია გამოკვლევის დროს. საშოს მხრიდან ზეწოლის დროს გამოჩნდება ჩირქოვანი გამონადენი, რომელშიც გონოკოკებს ნახულობენ. ბაგეების დახურვის დროს შეიძლება განვითარდეს ცრუ აბსცესი, რომელიც ზოგჯერ იცლება და ისევ რეციდივებს იძლევა.

პარაურეთრული სადინრების მწვავე გონორეული დაზიანების დროს პაციენტები უჩივიან ტკივილებს ურეთრის მიდამოში. დაავადების ქრონიკული მიმდინარეობის დროს ჩივილები არ არის გამოხატული.

გონორეული ბართოლინიტი. გონოკოკი ხშირად აზიანებს საშოს კარიბჭის დიდ ჭირკვალს. თვით ჭირკვლის გონორეული ანთება, ძირითადად, მეორად ხასიათს ატარებს, ვინაიდან პირველად მისი გამომტანი სადინრები ზიანდება (კანალიკულიტი).

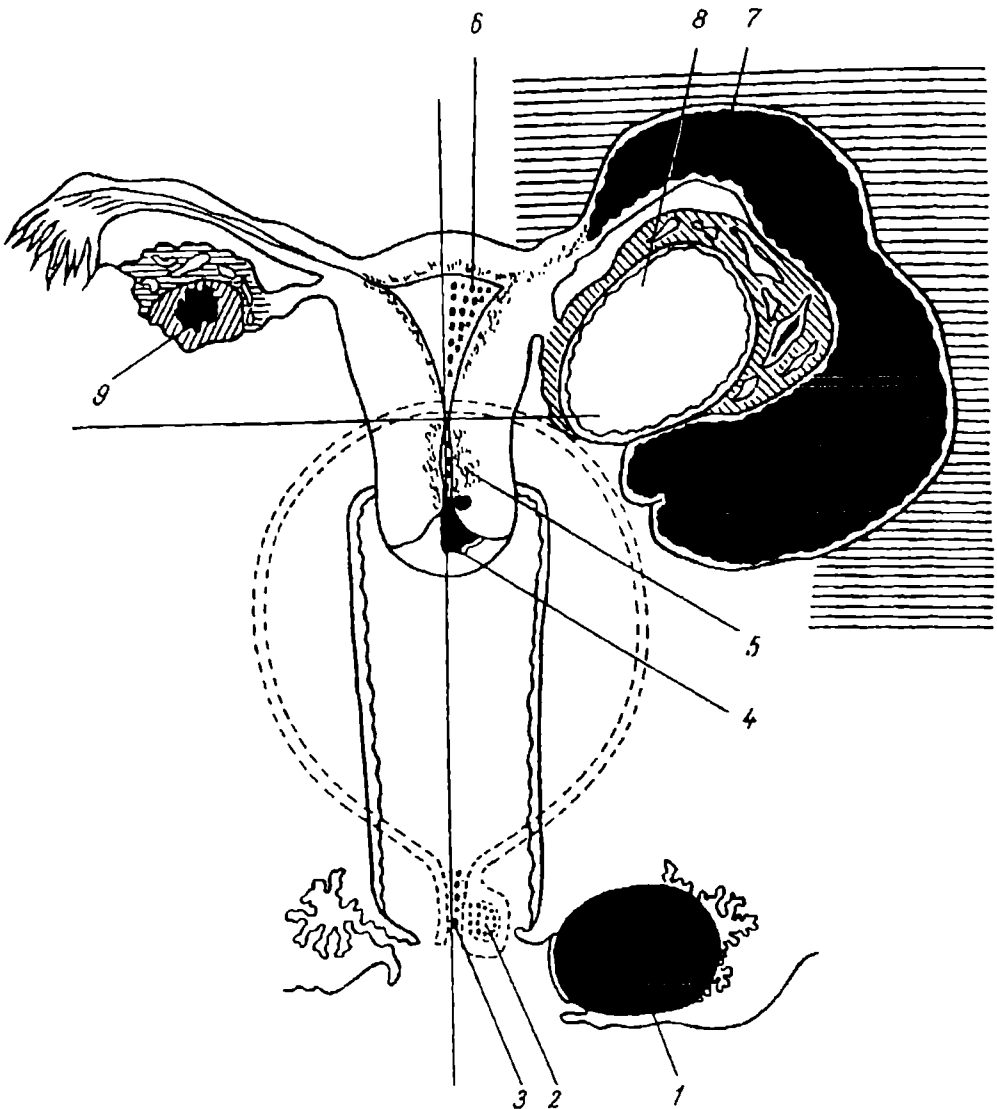
კლინიკა. აღინიშნება ჰიპერემია, სადინრის შეშუპება გარეთა ზვრელის მიდამოში, რომელიც დიდი სასქესო ბაგის შუა და ქვედა მესამედის საზღვარზე მდებარეობს, აღმოაჩენენ მომრგვალო, ჰიპერემიულ უბნებს (გონორეული ლაქები). თუმცა სადინრის ანთებითი პროცესით განპირობებული ბაგეების ჰიპერემია შეიძლება გამოწვეული იყოს სხვა გამომწვევებითაც (ტრიქომონადები, სტაფილოკოკები, სტრეპტოკოკები). გამომტანი სადინრის დაზიანება იწვევს მის გაფართოებას და სადინარი ოვალურ ფორმას იღებს, ხოლო არასპეციფიკური ინფექციის თანდართვა — საშოს კარიბჭის დიდი ჭირკვლის ფსევდობაციუსს.

ჰემმარიტი აბსცესი ანთებითი პროცესის მიმდებარე ქსოვილზე გავრცელებისას იშვიათად ვითარდება.

დიაგნოსტიკა ეფუძნება ავადმყოფობის დამახასიათებელ ჩივილებს, დაავადების კლინიკურ სურათს და ბაქტერიოლოგიური და ბაქტერიოსკოპიული გამოკვლევის შედეგებს. საშვილოსნოს კარიბჭის დიდი ჭირკვლის სადინრიდან ნაცხის ასაღებად მიმართავენ შემდეგ მეთოდს: მეორე თითი შეაქვთ საშოში, ხოლო პირველს ათავსებენ დიდი სასქესო ბაგის ზედაპირზე, მისი შუა და ქვედა მესამედის საზღვარზე და აწარმოებენ ბაგეზე ზეწოლას ორივე თითით. ამ დროს გამოყოფილ სეკრეტს სტერილური გამოსაკვლევი მარყუჟით იღებენ.

გონორეული ენდოცერვიციტი (ცერვიციტი). გონორეული ენდოცერვიციტი გონორეით ახლად დაავადებულ ქალთა 80%-ში გვხვდება და ხშირად შერწყმულია გონორეულ ურეთრიტთან. საშვილოსნოს ყელის არხში ხელსაყრელი პირობებია გონოკოკის ცხოველქმედებისათვის: ყელის სეკრეტის ტუტე არე, ცილინდრული ეპითელიუმი, ლორწქვეშა შრის არარსებობა და ღრმად განლაგებული განტოტვილი ჭირკვლები, რაც ხელს უწყობს გონოკოკის შეღწევას საშვილოსნოს ყელის სიღრმეში, მის გამრავლებას, ასევე მწვავე სტადიის გადასვლას ქრონიკულში. ქრონიკული ცერვიციტი საშვილოსნოს ყელის ჰიპერტროფიის განვითარებას იწვევს.

კლინიკა. ქრონიკული ცერვიციტის კლინიკური სურათი ძალიან მწირია, ძირითადად, აღინიშნება ყრუ ტკივილები წელის არეში, ჩირქოვან-ლორწოვანი გამონადენი საშვილოსნოს ყელის არხიდან, ყელი მნიშვნელოვნად გამკვრივებულია. ხშირად მის ზედაპირზე ვითარდება საშვილოსნოს ყელის ჭირკვლების კისტები (ნაბოთის კისტა). დაავადების მწვავე პერიოდში პაციენტები უჩივიან სიმძიმის შეგრძნებას მუცლის ქვემო ნაწილში, ტკივილებს კუდუხუნის არეში, საშვილოსნოს არხის ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიული, შეშუპებული და გაფხვიერებულია. საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირიდან აღინიშნება ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი. საშვილოსნოს ყელის უკანა ბაგეზე მაცერაციის გამო შეიძლება წარმოიქმნას ჰემმარიტი ეროზია, რომელიც სწრაფად იფარება ცილინდრული ეპითელიუმით და გარდაიქმნება ცრუ ეროზიად.



სურ. 46. ქალებში გონორეის ტიპური ლოკალიზაციის უბნები მარცხნივ ნორმალური სასქესო ორგანოებია, მარჯვნივ — ცვლილებები ორგანოებში გონორეის დროს. 1) საშოს კარიბჭის დიდი ჭირკველის ანთება; 2) პარაურეტრული აბსცესი; 3) ურეტრიტი; 4) საშვილოსნოს ყელის ფსევდო-ეროზია; 5) ენდოცერვიციტი; 6) ენდომეტრიტი; 7) პიოსალპინჯი; 8) პიოოვარი; 9) ყვითელი სხეული.

დიაგნოსტიკა დაფუძნებულია შესაბამის კლინიკურ სურათსა და გამონადენში გამომწვევის აღმოჩენაზე. გონოკოკის გამოსავლენად საშვილოსნოს ყელს უსვამენ ბამბიან ტამპონს, არხში შეაქვთ მოძრავბრანშებიანი პინცეტი (0,5-1 სმ-ით ზემოთ გარეთა პირიდან) და იღებენ გამოსაკვლევად სეკრეტს.

გონორეული პროქტიტი. გარეთა სასქესო ორგანოების გონორეით დაავადებულითა შორის სწორი ნაწლავის გონორეული ანთება აღინიშნება 40-45%-ში. სწორი ნაწლავის ინფიცირება უფრო ხშირად ხდება საშოდან ჩირქოვანი გამონადენის უკანა ტანში მოხვედრის შედეგად. გონოკოკები, ძირითადად, აზიანებს სწორი ნაწლავის ქვედა ნაწილის ლორწოვანს.

კლინიკა. ხშირად დაავადება წაშლილი კლინიკური სურათით მიმდინარეობს, ზოგჯერ პაციენტი უჩივის ტენეზმებს, წვას, ტკივილებს ყითას არეში, გან-

საკუთრებით დეფექციის დროს. მწვავე გონორეული პროქტიტის დროს აღინიშნება ჰიპერემია, ლორწოვანის შეშუპება, წვრილმარცვლოვანი ინფილტრაცია, ვითარდება ეპითელიუმის დესკვამაცია მცირე ზომის ეროზიების წარმოქმნით.

დიაგნოსტიკა. გონორეული პროქტიტის დიაგნოზი შეიძლება დაისვას სეკრეტის ბაქტერიოსკოპიული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე. ამისათვის სწორ ნაწლავს ჩაბანენ 60-80 მლ თბილი (38-39°C) ნატრიუმის ქლორიდის იზოტონური ხსნარით, ესმარხის ჭურჭლით. ჩამონაბან წყალს აგროვებენ ჭიქაში. ჩირქოვან და ლორწოვან ძაფებს პინცეტით თხელ ფენად ალაგებენ სასაგნე მინაზე, პრეპარატს აფიქსირებენ და ღებავენ მეთილის ლურჯით, გრამის წესით. მასალის მეორე ნაწილს აგზავნიან დასათესად.

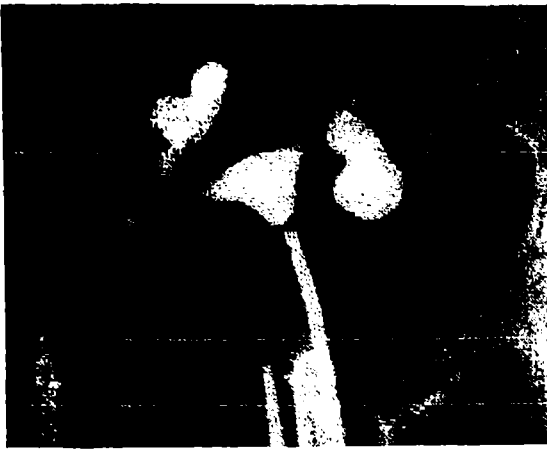
აღმავალი გონორეა კლინიკური სიმპტომებითა და შედეგებით დაავადების შედარებით მძიმე ფორმას წარმოადგენს, თუმცა ბოლო წლებში წაშლილი ფორმა უფრო ხშირად ვითარდება არა მხოლოდ სასქესო სისტემის ქვედა ნაწილის გონორეის დროს, არამედ აღმავალი გონორეის დროსაც. ამ გარემოებამ მნიშვნელოვნად გაართულა დაავადების ადრეული გამოვლინება და მკურნალობის დროული დაწყება. გამოყოფენ აღმავალი გონორეის სამ ფორმას: ენდომეტრიტი, სალპინგოოფორიტი და პელვიოპერიტონიტი.

გონორეული ენდომეტრიტი საშვილოსნოს სხეულის ლორწოვანი გარსის დაზიანებაა. გონოკოკი საშვილოსნოს ყელის არხიდან ენდომეტრიუმში ხვდება და იწვევს მის ანთებას. თავიდან პროცესი მოიცავს ფუნქციურ შრეს, ხოლო შემდეგ ბაზალურ შრეზე გადადის. დაავადების მძიმე მიმდინარეობისას ანთებითი პროცესი ვრცელდება მიომეტრიუმის (ენდომიომეტრიტი) ახლომდებარე შრეებზე.

კლინიკა. პაციენტები უჩივიან თხელ, სეროზულ-ჩირქოვან გამონადენს, ხშირად სისხლის მინარევით, ყრუ ტკივილს. მუცლის ქვედა ნაწილსა და კუდუხუნის არეში, ტემპერატურის მომატებას. გონორეული ენდომეტრიტის განვითარების წინამორბედ ფაქტორს წარმოადგენს მშობიარობა, აბორტები, მენსტრუაცია. დაავადება ხშირად მიმდინარეობს წაშლილი ფორმით, სუსტად გამოხატული ზოგადი რეაქციით, თუმცა საშვილოსნოს ღრუში ჩირქოვანი შიგთავსის შეკავებისას (რაც ხშირად შეიმჩნევა უმშობიარებელ ქალებში) ვითარდება მკვეთრი რეაქცია: სისუსტე, თავის ტკივილი, ტემპერატურის მომატება 38-39°C-მდე, ენდომეტრიუმში პროლიფერაციული და სეკრეციული გარდაქმნების დარღვევის გამო მომდევნო მენსტრუაცია იგვიანებს, იძენს ხანგრძლივ, უხვ, ზოგჯერ კი აციკლურ ხასიათს. საშოსმხრივი გამოკვლევის დროს ისინჯება მცირედ გადიდებული საშვილოსნო, რომელიც პალპაციით მტკივნეულია. ზოგიერთ პაციენტში ანთებითი პროცესი ენდომეტრიუმიდან დანამატებასა და მცირე მენჯის პერიტონეუმზე ვრცელდება.

გონორეული ენდომეტრიტის, ისევე, როგორც აღმავალი გონორეის სხვა ფორმების დროს, ხშირად შეიმჩნევა შეუსაბამობა ედს-ის მომატებასა და ლეიკოციტების რაოდენობას შორის: ედს მომატებულია, ხოლო ლეიკოციტების რაოდენობა უმნიშვნელოა და გაზრდილი. ერთდროულად შეიმჩნევა ეოზინოფილია და ლიმფოციტოზი.

გონორეული სალპინგოოფორიტი. ეს დაავადება დამახასიათებელია ინფექციის გავრცელების მეორე ეტაპისთვის. თანდათან პროცესში ერთვება საშვილოსნოს



სურ. 47. ჰისტეროსალპინგოგრაფია ორმხრივი პიდროსალპინჯის დროს.

ვება. ანთებითი პროცესის საწყის სტადიაზე საშილოსნოს მიღების კედლების კონსისტენცია მცირედ იცვლება. მილის ამბულური და საშილოსნოსმხრივი ბოლოების სანათურის დახურვისას იგი რეტორტისებრ ფორმას იღებს და წარმოიქმნება ჰიდროსალპინჯი (სურ. 47). პროცესის პროგრესირების შესაბამისად მილებში უფრო უხეში ცვლილებები ვითარდება, მიმდინარეობს ეპითელიუმის შეწებება, ზედაპირის დაწყლულება, მილების ნაოჭები შეწებდება. მილები გასქელებულია, დაკლანილი. ანთებით პროცესში ჩაერთვება მისი ყველა შრე, ისინი ხდება მკვრივი, მაგარი. შეიძლება განვითარდეს პიოსალპინჯი.

ქრონიკულ სტადიაში ხშირად გვხვდება კატარული და კვანძოვანი სალპინგიტები. ამ სალპინგიტისათვის დამახასიათებელია მილების ამკარდ გამოხატული ცვლილებები, რაც კარგად ჩანს ჰისტეროსალპინგოგრაფიის დროს.

გონორეული ოოფორიტი. დაავადება, ძირითადად, საშილოსნოს მილების დაზიანებისას ვითარდება. ანთების გადასვლა საკვერცხებზე კონტაქტური ან ლიმფოგენური გზით ხდება. გონოკოკის შეჭრამ ფოლიკულებში ან ყვითელ სხეულში შეიძლება გამოიწვიოს საკვერცხის აბსცესის წარმოქმნა. ანთების გამო შეცვლილი საშილოსნოს მილები და საკვერცხეები, რომლებიც მჭიდროდ ესაზღვრება ერთმანეთს, წარმოქმნის ერთიან ანთებით კონგლომერატს. ამ ორგანოებს შორის არსებული კედელი თუ დაიშლება, წარმოიქმნება მილ-საკვერცხის კისტა, რომლის ზომა, ფორმა და შემცველობა მრავალფეროვანია.



სურ. 48. შეხორცებითი პროცესები მცირე მენჯში.

მილები, შემდგომში კი საკვერცხეებიც. გონორეული სალპინგოოფორიტი ხშირად ორმხრივია.

კლინიკა. დაავადების მწვავე სტადიაში შეიძლება ტყვილი მუცლის ქვედა ნაწილში, შემცივნება, ტემპერატურის მომატება. საშილოსნოს მილებში გონოკოკის მოხვედრისას თავდაპირველად ვითარდება კატარული სალპინგიტი, ჰიპერემია და მილების ლორწოვანი გარსის ნაოჭების შეშუპება, ლეიკოციტების, ლიმფოციტებისა და პლაზმური უჯრედების დაგრო-

ვება. ანთებითი პროცესის საწყის სტადიაზე საშილოსნოს მიღების კედლების კონსისტენცია მცირედ იცვლება. მილის ამბულური და საშილოსნოსმხრივი ბოლოების სანათურის დახურვისას იგი რეტორტისებრ ფორმას იღებს და წარმოიქმნება ჰიდროსალპინჯი (სურ. 47). პროცესის პროგრესირების შესაბამისად მილებში უფრო უხეში ცვლილებები ვითარდება, მიმდინარეობს ეპითელიუმის შეწებება, ზედაპირის დაწყლულება, მილების ნაოჭები შეწებდება. მილები გასქელებულია, დაკლანილი. ანთებით პროცესში ჩაერთვება მისი ყველა შრე, ისინი ხდება მკვრივი, მაგარი. შეიძლება განვითარდეს პიოსალპინჯი.

ქრონიკულ სტადიაში ხშირად გვხვდება კატარული და კვანძოვანი სალპინგიტები. ამ სალპინგიტისათვის დამახასიათებელია მილების ამკარდ გამოხატული ცვლილებები, რაც კარგად ჩანს ჰისტეროსალპინგოგრაფიის დროს.

გონორეული ოოფორიტი. დაავადება, ძირითადად, საშილოსნოს მილების დაზიანებისას ვითარდება. ანთების გადასვლა საკვერცხებზე კონტაქტური ან ლიმფოგენური გზით ხდება. გონოკოკის შეჭრამ ფოლიკულებში ან ყვითელ სხეულში შეიძლება გამოიწვიოს საკვერცხის აბსცესის წარმოქმნა. ანთების გამო შეცვლილი საშილოსნოს მილები და საკვერცხეები, რომლებიც მჭიდროდ ესაზღვრება ერთმანეთს, წარმოქმნის ერთიან ანთებით კონგლომერატს. ამ ორგანოებს შორის არსებული კედელი თუ დაიშლება, წარმოიქმნება მილ-საკვერცხის კისტა, რომლის ზომა, ფორმა და შემცველობა მრავალფეროვანია.

პიოსალპინჯისა და პიოოვარის არსებობისას მცირე მენჯში აღინიშნება გამოხატული შეხორცებითი პროცესი ნაწლავთან, ბადექონთან, შარდის ბუშტთან (სურ. 48).

გონორეული პელვიოპერიტონიტი. დაავადება წარმოადგენს აღმავალი ინფექციის გავრცელების მესამე ეტაპს. მენჯის პერიტონიტის განვითარებას განაპირობებს მენჯის ღრუში ინფექციის გამომწვევის

მოხვედრა, რომელიც აქ საშვილოსნოს მილის შიგთავსთან ერთად ხვდება. ამასთან ერთად შეიძლება ინფექციის ლიმფოგენური გზით გავრცელებაც.

განასხვავებენ ღია და დახურულ პელვიოპერიტონიტს. ღია ფორმის დროს ანთებითაა მცირე მენჯის პერიტონეუმი. დანარჩენ პერიტონეუმზე ვითარდება რეაქტიული ანთება. დახურული ფორმისას მცირე მენჯის ანთებითი პროცესი შეზრდისა და შეხორცებების განვითარების შედეგად იზოლირებულია ჯანმრთელი ორგანოებისაგან.

კლინიკა. გონორეული პელვიოპერიტონიტისათვის დამახასიათებელია დაავადების მოულოდნელი და სწრაფი განვითარება. გამოვლინდება გულისრევა, ღებინება, ძლიერი ტკივილი მუცლის ქვემო არეში, რომელიც მეზო- და ეპიგასტრიუმში გადაეცემა და ძლიერდება სხეულის მდებარეობის შეცვლისას. აღინიშნება კუნთების დაჭიმულობა, შოტკინ-ბლუმბერგის დადებითი ნიშანი მუცლის ქვედა ნაწილში, კუჭის მოქმედებისა და აირების შეკავება, ტემპერატურა მატულობს $38-39^{\circ}\text{C}$, პულსი გახშირებულია. ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელია მრავალრიცხოვანი შეხორცებების განვითარება მცირე მენჯის ორგანოებს შორის, რაც ანთებითი პროცესების შემოფარგვლას იწვევს, ამიტომ გავრცელებული პერიტონიტი იშვიათად ვითარდება.

დიაგნოსტიკა დაფუძნებულია დაავადების კლინიკურ გამოვლინებასა და გონოკოკების აღმოჩენაზე ურეთრიდან, საშვილოსნოს ყელისა და ინფექციის სხვადასხვა კეროდან აღებულ ნაცხში. გონოკოკების აღმოჩენის შემთხვევაში გონორეის დიაგნოზი უტყუარია, ამიტომ გამოკვლევის ლაბორატორიულ მეთოდებს, ამ დაავადების დიაგნოსტიკაში პირველხარისხოვანი მნიშვნელობა ენიჭება.

თანამედროვე პირობებში გონორეის დიაგნოსტიკის სირთულე იმაში მდგომარეობს, რომ გონოკოკმა მნიშვნელოვნად შეიცვალა თავისი მორფოლოგიური თვისებები, გაიზარდა დაავადების წაშლილი ფორმის სიხშირე, მათ შორის აღმავალი პროცესის დროსაც. გარდა ამისა, გონოკოკის თანმზღები მიკრობული ფლორა (სტაფილოკოკი, ტრიქომონადა, ვირუსი) საკმაოდ ართულებს ამ ინფექციის ეტიოლოგიურ და კლინიკურ დიაგნოსტიკას.

გონორეაზე ეჭვის დროს გასათვალისწინებელია:

1) დიზურული მოვლენებისა და თეთრად შლის გამოვლენა სქესობრივი ცხოვრების დაწყებისას, ხელმეორედ ქორწინების, შემთხვევითი სქესობრივი კონტაქტების შემდეგ;

2) მეუღლის გონორეით დაავადება ამჟამად ან წარსულში;

3) ენდოცერვიციტის განვითარება ქალებში პირველადი უნაყოფობით, განსაკუთრებით ურეთრიტის, საშოს, კარიბჭის დიდი ჯირკვლის გამომტანი სადინრების ორმხრივი ანთებისას;

4) ორმხრივი სალპინგოოფორიტის არსებობა ენდოცერვიციტთან ერთად ქალებში, რომლებიც არ ორსულდებიან.

გამოკვლევის ბაქტერიოლოგიური მეთოდი მდგომარეობს ურეთრის, საშვილოსნოს ყელისა და სასქესო სისტემის სხვა ნაწილების, სწორი ნაწლავის სეკრეტის დათესვაში ასციტ-აგარსა და ასციტ-ბულიონზე, რის შედეგადაც შეიძლება მივიღოთ გონოკოკების კულტურა. ამჟამად ხშირად გამოიყენება სატრანსპორტო ნარევი, რომელიც გონოკოკს ინახავს გარკვეული დროის განმავლობაში

მასალის აღების მომენტიდან მის დათესვამდე სელექტიურ ნარევეზე. გამოკვლევის ბაქტერიოლოგიური მეთოდით გონოკოკი უფრო ხშირად აღმოჩნდება, ვიდრე ბაქტერიოსკოპიულით. კულტურალურ მეთოდს უპირატესობა აქვს გონოკოკის L-ფორმების გამოვლინებაშიც, რომლებიც საკვებ გარემოში შეიძლება ისევ საწყის ფორმაში გადავიდეს, ანუ იღებს ამ მიკროორგანიზმის დამახასიათებელ მორფოლოგიურ და ბიოლოგიურ თვისებებს.

გონორეის, განსაკუთრებით კი მისი პირველადი ქრონიკული ფორმების დიაგნოსტიკაში, დიდი მნიშვნელობა აქვს პროვოკაციის მეთოდს, რომელსაც საფუძვლად უდევს სისხლის მიმოქცევის გაძლიერებისათვის ხელოვნური პირობების შექმნა, რის შედეგადაც გონოკოკები შეიძლება აღმოჩნდეს ლორწოვანი გარსის ზედაპირზე ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის ჩვეულებრივი მეთოდებით. პროვოკაციის მეთოდებს ეკუთვნის:

1) ქიმიური – ურეთრის ლორწოვანი გარსის 1-2%-იანი პროტარგოლით და საშვილოსნოს ყელის არხის 5%-იანი პროტარგოლით დამუშავება;

2) მექანიკური – ურეთრის მასაჟი მისი უკანა კედლიდან;

3) ბიოლოგიური – 500 მლნ. მიკრობული სხეულის შემცველი გონოვაქცინის კუნთებში შეყვანა;

4) ალიმენტური – ცხარე და მარილიანი საკვების მიღება;

5) ფიზიოლოგიური – მენსტრუაცია;

6) თერაპიული – მცირე მენჯის ორგანოებზე სამი დღის განმავლობაში ფიზიკური ფაქტორებით ზემოქმედება (ტალახი, ოზოკერიტი, პარაფინი, ცვლადი მაგნიტური ველი, მაღალი სიხშირის ან ულტრამაღალი სიხშირის დენები და სხვ.).

განსაკუთრებით შედეგიანია კომპლექსური პროვოკაცია: ალიმენტური, ქიმიური და ბიოლოგიური. პროვოკაციას, ძირითადად, აწარმოებენ მენსტრუაციის ბოლო დღეებში ან პირველსავე დღეებში მისი ჩათავებიდან. ნაცხსა და დასათეს მასალას დაზიანებული კედლიდან 24, 48, 72 სთ-ის შემდეგ იღებენ. გონორეის დიაგნოზს სვამენ მხოლოდ გონოკოკების აღმოჩენის შემდეგ.

მკურნალობა უნდა იყოს კომპლექსური. იგი მოიცავს ანტიბაქტერიულ, იმუნომასტიმულირებელ და ადგილობრივ ანტიანთებით თერაპიას. მწვავე გონორეის მკურნალობა ყოველთვის სტაციონარში მიმდინარეობს. ნიშნავენ წოლით რეჟიმს ცხელების მთელი პერიოდის განმავლობაში, ყინულებს მუცლის ქვედა ნაწილში პირველი სამი დღის განმავლობაში (შუალედებით), მექანიკურად და ქიმიურად დამზოგველ დიეტას (უნდა გამოირიცხოს ცხარე და მარილიანი საკვები), ჭარბი რაოდენობით სითხეებს, აკონტროლებენ ნაწლავის ფუნქციას (მაწონი, შავი ქლიავი, ჭარხალი, აუცილებლობის შემთხვევაში ვაზელინის ზეთი თითო სუფრის კოვზი 3-ჯერ დღეში), გარეთა სასქესო ორგანოების ტუალეტი (კალიუმის პერმანგანატის სუსტი ხსნარის გამოყენება).

გონორეის მკურნალობა პენიცილინით წარმოებს, მაგრამ პენიცილინური თერაპია პაციენტების 8-10%-ში უშედეგოა. ასეთ შემთხვევაში ნიშნავენ სხვა ანტიბიოტიკებს (ცხრ. 4.). გონოკოკები მგრძობიარენი რჩებიან ნახევრადსინთეზური პენიცილინების მიმართ, რომლებიც ეფექტურია პაციენტების 99%-ში. შერეული ინფექციის დროს ნიშნავენ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებს, ნიტროფურანებს. გონორეის მძიმე ფორმების, აღმავალი გონორეის, ასევე შერეული ინფექციისას შეიძლება ერთდროულად რამდენიმე ანტიბაქტერიული

ცხრილი 4. გონორების ანტიბაქტერიული თერაპია

პრეპარატი	პრეპარატის შეყვანის პერიოდულობა და მისი მეთოდი	პრეპარატის დოზა		
		ერთჯერადი	აბალი მწვავე გონორეის დროს	კურსული აბალი ტორპიდული, აღ-მაგალი და ქრონიკული გონორეის დროს
პენიცილინი	3-4 სთ-ის შემდეგ კურსებში	პირველი ინექცია 600000 ერთ, მოდევნო 3000000 ერთ.	3 მლნ ერთ.	4,2-6 მლნ ერთ.
ამპიცილინი	4 სთ-ის შემდეგ შიგაგანი წესით	0,5 გ	2 გ	3,4-4,5 გ
ლევოფლექსინი	პირველი 2 დღე-ღამის განმავლობაში 6-ჯერ დღეში დროის თანაბარი შუალედებით ღამის 7-8 საათიანი შესვენებით, შემდეგ 4-ჯერ დღეში	0,5 გ	6 გ	7-10 გ
ოლმეტეტრინი, ტეტრაოლგანი	პირველ დღე-ღამეში 5-ჯერ დღეში, შემდეგ 4-ჯერ დღეში ღამის შესვენებით 8 სთ შინაგანი წესით მისაღებად	პირველი მიღება 0,5 გ (500000 ერთ.) მომდევნო 0,25 გ (250000 ერთ)	4 გ (4 მლნ ერთ.)	7 გ (7 მლნ ერთ)
ერითრომიცინი	პირველი 2 დღე 6-ჯერ დღეში, შემდეგ 5-ჯერ დღეში შინაგანი წესით მისაღებად	0,4 გ (400000 ერთ)	8,8 გ (8,8 მლნ ერთ.)	12,8-14 გ (12,8-14 მლნ ერთ)
კანამიცინი	12 სთ-ის შემდეგ კურსებში	0,5 გ (500000 ერთ)	2 გ (2 მლნ ერთ)	3-6 გ (3-6 მლნ ერთ)
სულფადიმეტოქსინი	3-ჯერ დღე-ღამეში თანაბარი შუალედების შემდეგ შინაგანი წესით მისაღებად	პირველ 2 დღეში 1,5 გ, შემდეგ 1 გ	14-15 გ	18-20 გ

პრეპარატის მიღება. ახალი ტორპიდული ფორმისა და ქრონიკული გონორეის შემთხვევაში საჭიროა ანტიბიოტიკთერაპია იმუნოთერაპიასთან ერთად.

მკურნალობის ეფექტურობის ასამაღლებლად აუცილებელია ანტიბიოტიკების შერწყმა სულფანილამიდებთან. გარდა ამისა, ხანგრძლივი მოქმედების სულფანილამიდები მიზანშეწონილია ანტიბიოტიკთერაპიის უშედეგობის და ამ პრეპარატების აუტანლობისას, განსაკუთრებით, შერეული ინფექციის არსებობის დროს.

დეზინტოქსიკაციის მიზნით ინტრავენურად შეყავთ ჰემოდეზი ან რეოპოლი-გლუკინი. მძიმე მდგომარეობისას ხშირად წარმოიქმნება ჰიპოკალემიური მეტაბოლური და სუნთქვითი აციდოზი, რაც რინგერის ხსნარის, კალიუმის პრეპარატების დანიშვნის ჩვენებაა. ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობის კომპლექსში შეყავთ B, C ჯგუფის ვიტამინები, კანდიდოზის საწინააღმდეგო პრეპარატები (ლევორინი, ნისტატინი), მადესენსიბილიზებელი საშუალებები (დიმედროლი, სუპრასტინი).

ანთებითი პროცესის ჩაცხრობის შემდეგ ნიშნავენ ფიზიოთერაპიულ პროცედურებს (ულტრაიისფერი გამოსხივება, ულტრამალალი სინშირის დენი, სპილენძის, თუთიის ელექტროფორეზი).

მძიმე პელვიოპერიტონიტიან პაციენტებში 12-48 სთ-ის განმავლობაში წარმოებული კომპლექსური ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობის უშედეგობის შემთხვევაში აუცილებელია ლაპაროსკოპია მუცლის ღრუს დრენირების მიზნით და პიოსალპინქსის გახეთქვის გამოსარიცხად. მიკროირიგატორით მუცლის ღრუში ყოველდღიურად შეჰყავთ 700 მლ-მდე სითხე (NaCl-ის იზოტონური ხსნარი 0,25% ნოვოკაინის ხსნართან და ანტიბიოტიკებთან ერთად). დრენაჟებს ხსნიან მე-4-5 დღეს. მუცლის ღრუს დრენირება კომპლექსურ ანთების საწინააღმდეგო თერაპიასთან ერთად ამაღლებს მკურნალობის ეფექტურობას. დრენირების შემდეგ 6-12 სთ-ის განმავლობაში დადებითი შედეგის არ არსებობის დროს საჭიროა ლაპაროტომია.

გონორეის მკურნალობის მნიშვნელოვანი მეთოდია იმუნოთერაპია, რომელიც ამაღლებს ორგანიზმის იმუნოლოგიურ რეაქციულობას. ამ მიზნით იყენებენ ავტოჰემოთერაპიას, გონოვაქცინას, პიროგენალს, პროდიგოზანსა და სხვა პრეპარატებს. ავტოჰემოთერაპია გულისხმობს პაციენტში 3-5 მლ საკუთარი ვენური სისხლის შეყვანას, სისხლის მოცულობას თანდათანობით ზრდიან 10 მლ-მდე. ინექციას აკეთებენ 1-2 დღის შუალედით კუნთებში (სულ 5-6 ინექცია).

მწვავე პროცესის ჩაქრობისას ნიშნავენ გონოვაქცინას, რომელიც მიზანშეწონილია, ასევე, აღმავალი გონორეის, დაავადების ტორპიდული და ქრონიკული ფორმების ანტიბიოტიკებით უშედეგო მკურნალობის დროს. პრეპარატის საწყისი დოზა 200 მლნ. მიკრობული სხეულია. ყოველი მომდევნო დოზა შეიძლება გაიზარდოს 250 მლნ-ით. მაქსიმალურმა დოზამ არ უნდა გადააჭარბოს 2 მილიარდ მიკრობულ სხეულს. გონოვაქცინა შეყავთ კუნთებში ყოველი 2-3 დღის შემდეგ (სულ 6-8 ინექცია). გონოვაქცინის მიღება შეიძლება ადგილობრივად: 100 მლნ. მიკრობული სხეული ურეთრის ლორწოვანი გარსის ქვეშ და 200 მლნ. საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის ქვეშ. გონოვაქცინის ადგილობრივი შეყვანა, მასზე ძლიერი რეაქციის განვითარების საშიშროების გამო, ნებადართულია მხოლოდ სტაციონარში.

პიროგენალის შეყვანას იწყებენ 25-50 მკდ-ით (მინიმალური პიროგენული დოზა) კუნთებში, ყოველ მომდევნო დოზას ზრდიან 25-50 მკდ-ით, მაქსიმალური ერთჯერადი დოზაა 1000 მკდ ძირითადად, ნიშნავენ დოზას, რომელიც ტემპერატურას 37,5-38°C-მდე ზრდის. გამოხატული ზოგადი და ადგილობრივი რეაქციისას დოზის გაზრდა მიზანშეწონილი არ არის. პრეპარატი შეყავთ ყოველი 2-3 დღის შემდეგ (მკურნალობის კურსი მოიცავს 12-16 ინექციას).

პროდიგიოზანს ნიშნავენ კუნთში 10-15 მკგ დოზით, დოზას ზრდიან 25-50 მკგ-მდე (ერთჯერადი დოზაა არაუმეტეს 75 მკგ). პროდიგიოზანის კუნთში შეყვანა წარმოებს ყოველი 4-5 დღის შემდეგ (მკურნალობის კურსი 3-4 ინექცია).

ჰიპერტონიული დაავადებისა და დიაბეტის დროს იმუნომასტიმულირებელი პრეპარატები უნდა დაინიშნოს მცირე დოზებით. იმუნოთერაპიის ეფექტურობის მაჩვენებელია სისხლში γ -გლობულინის დოზის მომატება.

ადგილობრივი მკურნალობა. მწვავე გონორეის დროს მკურნალობის ეს სახე მიზანშეუწონელია. მისი წარმოება დამოკიდებულია ანთებითი პროცესის ლოკალიზაციაზე. გონორეული ურეთრიტისას ურეთრას გამორეცხავენ კალიუმის პერმანგანატის ხსნარით, ბოლო მოშარდვიდან არა უგვიანეს 1 სთ-ის შემდეგ. ამის შემდეგ ურეთრაში აკეთებენ 3-5 მლ 1-2%-იანი პროტარგოლის ხსნარის ინსტილაციას (2-3 წთ-ით გაჩერება). 10 წთ-ის შემდეგ პაციენტმა უნდა მოშარდოს. პროცედურას იმეორებენ 2 დღის შემდეგ. ქრონიკული გონორეული ურეთრიტის დროს ურეთრას 1-2% პროტარგოლის ხსნარს უსვამენ.

პარაურეთრულ სადინრებში გონოკოკების აღმოჩენისას ახორციელებენ ელექტროკოაგულაციას.

გონორეული ცერვიციტის ქვემწვავე სტადიაში ახორციელებენ საშოსმიერ აბაზანებს 3-5%-იანი პროტარგოლის ხსნარით. პროცედურებს (5-10 წთ) ატარებენ ყოველდღიურად. ქრონიკული ცერვიციტისას საშვილოსნოს ყელის არხის 10%-იანი ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის ხსნარით დამუშავების შემდეგ მას 3-5%-იანი პროტარგოლის ხსნარს უსვამენ 3 დღეში ერთხელ.

საშოს დიდი კარიბჭის ჭირკვლის ანთებისას მკურნალობა იმავე პრინციპით ტარდება, როგორც სხვა მიკრობებით გამოწვეული ანთების დროს.

გონორეული პროქტიტის დროს (36-37°C ტემპერატურაზე) ნიშნავენ პროტარგოლს სანთლებების (0,02 გ) ან მიკროოყენების (50 მლ 2-3%-იანი ხსნარი) სახით. ქრონიკულ სტადიაში სწორი ნაწლავის ლორწოვან გარსს წააცხებენ პროტარგოლის 2-3%-იან ხსნარს.

შიგნითა სასქესო ორგანოების გონორეის მკურნალობა არ განსხვავდება სეფსისური ანთებითი პროცესების მკურნალობისაგან.

ქირურგიულ ჩარევას ახორციელებენ პიოსალპინქსის, პიოოვარის, ასევე ტუბოოვარიული წარმონაქმნების შემთხვევაში.

უწესო სქესობრივი კავშირებით მცხოვრებ პაციენტებს, რომელთა დაინფიცირების წყარო უცნობია, ურჩევენ ჩაიტარონ პრევენციული ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა სტაციონარის პირობებში.

განკურნების კრიტერიუმში თუ ჩატარებული მკურნალობის შემდეგ ნაცხში, რომელსაც უღებენ მენსტრუაციის მე-2-4 დღეს მომდევნო 3 მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში, გონოკოკი არ აღმოჩნდა, ქალი აღარ არის დაავადების წყარო და შეიძლება მისი მოხსნა აღრიცხვიდან.

ბოლო წლებში სპეციფიკური ეტიოლოგიის ანთებით დაავადებებს მიაკუთვნებენ კანდიდოზს. კანდიდოზი საფუარისმაგვარი სოკოებით გამოწვეული დაავადებაა. მისი განვითარება შეიძლება განპირობებული იყოს:

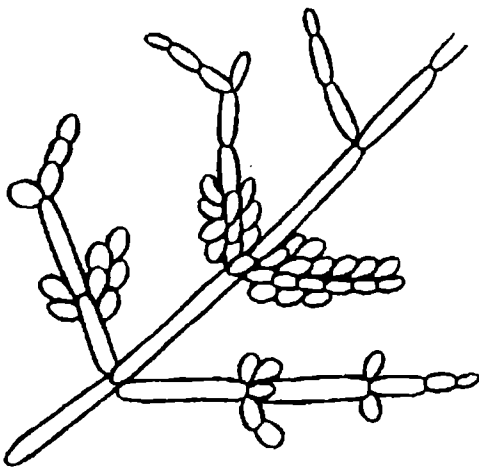
- 1) ეგზოგენური ფაქტორებით, რომლებიც ხელს უწყობს სოკოვანი ფლორის შექრას ორგანიზმში და აქვეითებს ქალის ორგანიზმის საერთო რეაქტიულობას;
- 2) ენდოგენური ფაქტორებით, რომლებიც ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარს აქვეითებს (ხანგრძლივად მიმდინარე დაავადებები);
- 3) სოკოების პათოგენურობით, რომლებიც იწვევს დისბაქტერიოზს, რაც, თავის მხრივ, შეიძლება ხანგრძლივი ანტიბიოტიკოთერაპიის შედეგი იყოს.

ჯანმრთელი ადამიანის ნორმალურ მიკროფლორაში შემავალი მიკრობები მრავალ დადებით ფუნქციას ასრულებენ: მონაწილეობენ B_1, B_2, B_{12}, K ვიტამინების სინთეზში, ზღუდავენ პათოგენური და პირობით-პათოგენური მიკრობების გამრავლებას და როგორც მაკროორგანიზმის არასპეციფიკური დაცვის ერთ-ერთ რგოლი, თრგუნავს იმუნურ რეაქციებს. კანდიდას (*Candida*) გვარის საფუარის მაგვარი სოკოები, იშვიათად და მცირე რაოდენობით გვხვდება პირის ღრუს, შარდ-სასქესო ორგანოების ლორწოვან გარსში და კლინიკურად ჯანმრთელი ადამიანების ფეკალურ მასაში. ორგანიზმის იმუნური რეაქტიულობის დაქვეითების, ან ხანგრძლივი ანტიბიოტიკოთერაპიის გამო, მიკრობ-ასოციანტების დინამიური წონასწორობა ქვეითდება და ვითარდება ჯერ დისბაქტერიოზი, შემდეგ კი — კანდიდოზი.

კანდიდას (*Candida*) გვარის საფუარის მაგვარი სოკოების 80-მდე სახეობა არსებობს, თუმცა სამედიცინო მიკოლოგიისათვის მნიშვნელობა აქვს მხოლოდ ზოგიერთ მათგანს. კანდიდას გვარის სოკოები — ერთუჯრედიანი ორგანიზმებია, შედარებით დიდი ზომის (რამდენიმე მიკრონი), ოვალური, მრგვალი, ზოგჯერ ოვალურგაწეილი ფორმის. წარმოქმნის ფსევდომიცელიუმს (ძაფები დაგრძელებული უჯრედებიდან), ბლასტოსპორებს (უჯრედი — კვირტი, რომელიც მოთავსებულია ფსევდომიცელიუმის ჰიფებზე), ზოგიერთი მათგანი კი — ქლამიდოსპორებს

(სპორები მკვირივ ორმაგი გარსით) (სურ. 49). კანდიდოზით დაავადება შესაძლებელია ყველა ასაკში, მუცლადყოფნის პერიოდის ჩათვლით.

კანდიდოზის განვითარებას ხელს უწყობს ლორწოვანი გარსის დაზიანება, ნახშირწყლოვანი (შაქრიანი დიაბეტი) და ცილოვანი ცვლის დარღვევა, პიპო- და ავიტამინოზები, ანტიბიოტიკების არარაციონალური მიღება (მაგ.: მეტრონიდაზოლისა (ტრიქოპოლი) და მისი ჯგუფის პრეპარატების მიღება, რომლებიც ხშირად გამოიყენება ტრიქომონიაზის სამკურნალოდ, ხელს უწყობს კანდიდოზით დაავადებას). ტრიქომონიაზის საწინა-



სურ. 49. *Candida albicans*-ის ჯაჭვისებრივი ზრდა. ქლამიდოსპორა ძაფების ბოლოებზე (რ. რებროვი, 1879).

აღმდევო პრეპარატების ხანგრძლივმა და არარაციონალურმა გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს კანდიდოზური ვულვოვავიტიზის განვითარება, განსაკუთრებით იმ ქალებში, რომლებსაც აქვთ ნივთიერებათა ცვლის ან ენდოკრინული დარღვევები, ან თანმხლები გინეკოლოგიური დაავადებები.

კანდიდას (*Candida*) გვარის სოკოები უშუალო მასტიმულირებელ ზეგავლენას ახდენს ბაქტერიული ინფექციების გამომწვევებზე, ასევე იწვევს ბაქტერიების მგრძობელობის დაქვეითებას ანტიბიოტიკებისა და სხვა ქიმიო-თერაპიული პრეპარატების მიმართ.

განასხვავებენ ვულვის, საშოს, საშვილოსნოსა და საშვილოსნოს დანამატების კანდიდამიკოზს.

კანდიდოზური ვულვიტი. ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელია ვულვის კანისა და საშოს კარიბჭის ლორწოვანი გარსის ჰიპერემია. ვულვის კანზე წარმოიქმნება ვეზიკულები, შემდეგ ეროზიები, რომლებიც ერთმანეთს უერთდება და იფარება ქერქით, რასაც თან ახლავს ქავილი და წვა.

ღიაგნოსტიკა. წყლულოვანი ზედაპირიდან გამონაყოფში გამომწვევის აღმოჩენა ადასტურებს კანდიდოზურ კოლპიტს.

მკურნალობა. ვულვაზე უსვამენ 1%-იანი გენციანვიოლეტის, 1%-იანი ეოზინის ან 1%-იანი მეთილენის ლურჯის ხსნარს, შეიძლება ლუგოლის 2%-იანი იოდის ხსნარის გამოყენება. დაზიანებულ უბნებს ამუშავებენ 5%-იანი ნისტატინის ან 10-20%-იანი ბურის გლიცერინის ხსნარით. ამასთან ერთად ნიშნავენ ანტიჰისტამინურ პრეპარატებს, პოლივიტამინებს.

კანდიდოზური კოლპიტი. კანდიდოზური კოლპიტი ამჟამად უფრო ხშირად გვხვდება. ახასიათებს წვა, ქავილი, ტკივილი საშოში, თეთრად შლა. საშოს კედლების დათვალეირებისას ნახულობენ ჰიპერემიას, საშოს ლორწოვანი გარსის შეშუპებას, თეთრი ფერის ხაჭოსებრ ნადებს, ნადების მოცილებისას შიშვლდება ეროზიული უბნები.

ღიაგნოსტიკა ეყრდნობა გამომწვევის აღმოჩენას დაზიანებული უბნებიდან აღებულ ნაცხში.

მკურნალობა. წარმოებს ადგილობრივი თერაპია (კანდიდოზური ვულვიტის მკურნალობის ანალოგიურია), ნისტატინისა და ლევორინის შიგნით მისაღებად დანიშვნასთან ერთად (500 000 ერთ. 3-4-ჯერ დღეში 3 კვირის განმავლობაში). დეკამინის მიღება მიზანშეწონილია ქალებში ზედაპირული კანდიდოზების მკურნალობისას (საშოს ლორწოვან გარსზე). პრეპარატს 1%-იანი მალამოს სახით წააცხებენ დაზიანებულ კერას 1-2-ჯერ დღეში 1-3 კვირის განმავლობაში. რძიანას შემთხვევაში დეკამინს იყენებენ კარამელის (0,15 მგ) სახით ენის ქვეშ მის საბოლოო შეწოვამდე. ამასთან ერთად ნიშნავენ ანტიჰისტამინურ პრეპარატებს, პოლივიტამინებს და ზოგად გამაჯანსაღებელ თერაპიას.

კანდიდოზური ენდოცერვიციტი. მწვავე სტადიაზე შეიმჩნევა ჰიპერემია, საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის შეშუპება, ხშირად ვითარდება ნამდვილი ეროზია, მკაჩავი თეთრად შლა. ენდოცერვიციტს, ძირითადად, თან ახლავს კოლპიტი. ქრონიკულ სტადიაში დაავადების ეს ნიშნები წაშლილი სახით გამოვლინდება.

ღიაგნოსტიკა და მკურნალობა იგივეა, რაც კანდიდოზური კოლპიტისას.

კანდიდოზური ენდომეტრიტი იშვიათად აღინიშნება. იგი, ძირითადად, სეფსისური ენდომეტრიტის შემდეგ ვითარდება, რომლის დროსაც პაციენტი ანტიბიოტიკების დიდ დოზებს იღებდა.

კლინიკა. დაავადების გამოვლინება სეფსისური ენდომეტრიტის მსგავსია. მიმდინარეობა ხანგრძლივია.

დიაგნოსტიკა. ეყრდნობა გამომწვევის აღმოჩენას ენდომეტრიუმის ნაფხეკში ან საშვილოსნოს ღრუს გამონაყოფში.

მკურნალობა იგივეა, რაც კანდიდოზური ენდოცერვიციტისა და კოლპიტის დროს.

კანდიდოზური სალპინგოოფორიტი ძალიან იშვიათად გვხვდება. დაავადების კლინიკური სურათი საშვილოსნოს დანამატების სეფსისური ეტიოლოგიის ანთების მსგავსია.

მკურნალობა. კანდიდოზური კოლპიტისა და ენდომეტრიტის მკურნალობის მსგავსია, ტრიქომონიაზისა და კანდიდოზის შერწყმისას მკურნალობა ხორციელდება კომპლექსურად – ტრიქოპოლი ნისტატინთან ერთად. მიზანშეწონილია ასევე ზოგადგამაჯანსაღებელი, მადესენსიბილიზებელი და მასტიმულირებელი საშუალებები.

პროფილაქტიკა. ანტიფუნგიციდური მკურნალობის შემდეგ მიზანშეწონილია აციდოფილური რძის პროდუქტები და რძის შაქარი (5-10 გ დღე-ღამეში). საშოს მიკროფლორის მოწესრიგება საშოში ლაქტობაცილის კულტურის შეყვანით მიიღწევა.

ვირუსული დაავადებები

ბოლო წლებში, ქალის სასქესო ორგანოების ანთებით პროცესებს შორის ვირუსული დაავადებები შედარებით ხშირად გვხვდება. ქალის შარდ-სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები, ძირითადად, გამოწვეულია ვირუსების 2 ჯგუფით. საშვილოსნოს, საშვილოსნოს ყელის არხისა და შარდის ბუშტის დაზიანებას იწვევს ჰერპესის ვირუსი, საშვილოსნოს მიღებისა და ურეთრის დაზიანებას კი – უროგენიტალური ვირუსი.

ვირუსული უროგენიტალური ინფექცია ვენერიული დაავადებაა, რომელიც, ძირითადად, სქესობრივი გზით გადაეცემა. უფრო ხშირად აღინიშნება ვირუსული ეტიოლოგიის ცერვიციტები და ურეთრიტები. ვირუსები წარმოადგენს 0,2-დან 0,5 მკმ-მდე ზომის პატარა მრგვალ წარმონაქმნებს. განლაგებული არიან ცალკეული ან, იშვიათად, მრავლობითი ციტოპლაზმური ჩანარტებისა და ელემენტარული სხეულების სახით, რომანოვსკი-გიმზას წესით შეღებვისას იღებებიან მოწითალო ან მოლურჯო ფერად.

ვირუსული ეტიოლოგიის დაავადებისას, ურეთრასა და საშვილოსნოს ყელის არხის გამონაყოფში მიკრობებს საერთოდ ვერ ნახულობენ ან აღმოაჩენენ მცირე რაოდენობით, ამიტომ ძნელია მათი ანთებითი პროცესების გამომწვევად მიჩნევა. ამ შემთხვევაში უნდა ვივარაუდოთ ანთების ვირუსული ეტიოლოგია.

კლინიკა. დაავადება ხასიათდება ჰიპერემიით, ურეთრისა და საშვილოსნოს ყელის არხის შეშუპებით და სეროზული ან სეროზულ-ჩირქოვანი გამონადენით. ჰერპესის ვირუსით გამოწვეული ვულვოვაგინიტისა და ცერვიციტის დროს,

დაზიანებული ადგილის ლორწოვან გარსსა და კანზე დაავადების დასაწყისში აღინიშნება მრავალრიცხოვანი ვეზიკულები, რომლებიც 2-8 დღის განმავლობაში არსებობენ. შემდეგ ისინი იხსნება და შიშვლდება წყლულოვანი ზედაპირი მონაცრისფრო-ყვითელი ნაღებით. დაავადება საშუალოდ 2-4 კვირის განმავლობაში გრძელდება. პაციენტთა ძირითადი ჩივილებია თეთრად შლა და ტკივილები, რომელთა ინტენსივობა დამოკიდებულია პათოლოგიური პროცესის გავრცელების ხარისხზე.

ვირუსული ინფექციისათვის დამახასიათებელია საშვილოსნოს ყელის, ურეთრის, თვალის კონიუნქტივის, ხშირად სახსრების, საზარდულის მიდამოს კანისა და ვულვის ერთდროული დაზიანება. ჰერპესის ვირუსმა შეიძლება, ასევე, გამოიწვიოს საშვილოსნოს, მილებისა და შარდის ბუშტის ანთება.

დიაგნოსტიკა. დაავადების ამოცნობა ძალიან გაძნელებულია. ჰერპესული ვეზიკულებისა და წყლულების აღმოჩენა ვულვის, საშოს, საშვილოსნოს ყელის მიდამოში, ხელს უწყობს დიაგნოზის დაზუსტებას. ვირუსული ეტიოლოგიის დაავადებისათვის დამახასიათებელია მწირი ბაქტერიული ფლორა ან სასქესო ორგანოებში პათოგენური მიკრობების არარსებობა, ანთებითი პროცესის ნარჩენი მოვლენების ხანგრძლივი არსებობა (ჩატარებული მკურნალობის შემდეგ), ანტიბაქტერიული და ჩვეულებრივი ანთების საწინააღმდეგო თერაპიის უეფექტობა.

დიაგნოსტიკური მიზნით გამოიყენება კომპლემენტების შებოჭვის რეაქცია, ჰემაგლუტინაციის შეჩერების რეაქცია და ფლუორესცირებადი ანტისხეულების მეთოდი. დაზიანებული ადგილების ანაფხეკის მორფოლოგიურ და ვირუსოლოგიურ გამოკვლევას დიდი მნიშვნელობა აქვს დიაგნოსტიკაში.

მკურნალობა. ცერვიციტის, ურეთრიტის, ასევე, ვულვისა და შორისის მიდამოს კანის ვირუსული ეტიოლოგიის გამონაყარის მკურნალობისთვის, სასურველია ინტერფერონის მიღება. ცერვიციტის დროს მალამო შეაქვთ ტამპონების სახით, პროცედურები წარმოებს ყოველდღე 6-ჯერ, 2 კვირის განმავლობაში. შეიძლება ულტრაიისფერი სხივების გამოყენება და დაზიანებულ ადგილებზე მეთილენის ლურჯის წასმა.

მახვილწვერიანი კონდილომები. მახვილწვერიანი კონდილომების გამომწვევია ფილტრში გამავალი ვირუსი. კონდილომები შეიძლება იყოს ერთეული, ნაფლეთისმაგვარი, მახვილწვერიანი წარმონაქმნის სახით, თუმცა, უფრო ხშირად მრავალნაირი ფორმა აქვს და ყვავილოვან კომბოსტოს მოგვაგონებს (სურ. 50). მახვილწვერიანი კონდილომები ლოკალიზებულია ვულვის, საშვილოსნოს ყელის, საშოს ლორწოვანი გარსის, შორისის უკანა გასავლის მიდამოში. კონდილომების ზრდა მკვეთრად მატულობს ფეხმძიმობის დროს. ამ დაავადების დიაგნოსტი-



სურ. 50. ვარეთა სასქესო ორგანოების წვეტიანი კონდილომები.

კისას, უპირველეს ყოვლისა, უნდა გამოირიცხოს ათაშანგოვანი წარმოშობის ფართო კონდილომები, ამიტომ ასეთ პაციენტებს ვასერმანის რეაქცია უნდა ჩაუტარდეთ.

მკურნალობა. მახვილწვერიან კონდილომებს უსვამენ ინტერფერონის 50%-იან მალამოს, რაც მე-5-7 დღეზე იწვევს მათ ჩამოცვენას. პატარა კონდილომებს აყრიან რეზორცინის ბორის მკვავასთან ერთად (თანაბარი რაოდენობით) ან გარშემომყოფი დაუზიანებელი უბნების ვაზელინით დამუშავების შემდეგ წააცხებენ 25%-იანი იოდოფილური სპირტის ხსნარს. მკურნალობის უშედეგობის შემთხვევაში წარმოებს ოპერაციული ჩარევა – დიათერმოკოაგულაცია ან კრიოქირურგია. ხშირად, მშობიარობის შემდეგ კონდილომები მკურნალობის გარეშე ქრება.

მიკოპლაზმოზი (mycoplasmosis)

ბოლო წლებში, ქალის სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებების ეტიოლოგიაში მნიშვნელოვნად გაიზარდა მიკოპლაზმოზის როლი. მიკოპლაზმები საკმაოდ პატარა მიკროორგანიზმებია, ბინადრობენ პირის ღრუს, სასუნთქი გზების, შარდსასქესო გზების ქვედა განყოფილების ლორწოვან გარსზე. ქალის სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებების დროს ეს მიკროორგანიზმები აზიანებს საშოს, საშვილოსნოს ყელს, ენდომეტრიუმს, საშვილოსნოს მილებს. მიკოპლაზმები ვრცელდება სქესობრივი გზით და თანმხლები ფლორის სახით ხშირად აღმოაჩნდებათ გონორეით, ტრიქომონიაზით დაავადებულებს.

კლინიკა. მიკოპლაზმებით გამოწვეული ქალის შარდ-სასქესო ორგანოების დაავადების სურათი, მცირედ განსხვავდება სხვა ეტიოლოგიის სალპინგიტის, კოლპიტის, ცერვიციტის გამოვლინებისაგან. თუმცა, მიკოპლაზმებით განპირობებული ინფექცია, მიმდინარეობს, ძირითადად, ლატენტურად, წაშლილი, კლინიკურად ღარიბი სიმპტომებით.

დიაგნოსტიკა. მიკოპლაზმების ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის ძირითადი მეთოდია მიკოპლაზმის სუფთა კულტურის გამოყოფა საკვებ ნიადაგზე და მათი სახეობის დადგენა. მიკოპლაზმები ხშირად აღმოაჩნდება საშოში, უფრო იშვიათად – საშვილოსნოს ყელის არხში.

მკურნალობა. შედარებით უკეთეს შედეგს იძლევა ანტიბიოტიკები: ტეტრაციკლინი, მონომიცილინი, კანამიცილინი, ლევომიციტინი, ლინკომიცილინი. ანტიბიოტიკები შეყავთ კუნთებში, ადგილობრივად კი – იყენებენ ფუნჯილის სახით (ტეტრაციკლინი). ანტიბაქტერიულ მკურნალობასთან ერთად იყენებენ ულტრაბგერას. საჭიროების შემთხვევაში მკურნალობის კურსს იმეორებენ.

უროგენიტალური ქლამიდიოზი

ბოლო წლებში, კლინიკისტების დიდ ყურადღებას იპყრობს უროგენიტალური ქლამიდიოზი, რომელიც გავრცელებულ ინფექციურ პათოლოგიას წარმოადგენს; იგი სქესობრივი გზით გადაეცემა.

ქლამიდიები მომრგვალო ფორმის 1-1,5 ნმ დიამეტრის წარმონაქმნებია. აქვთ უჯრედული კედელი ციტოპლაზმური მემბრანით, უჯრედის შიგნით ლაგდებიან გროვის სახით ან დიფუზურად. ბინადრობენ პარაუტერულ სადინრებში.

ქლამიდიებით გამოწვეული სასქესო სისტემის დაავადება ხშირად იძლევა რეციდივებს და იღებს ქრონიკულ მიმდინარეობას. ქალებში ეს პათოლოგია ზოგჯერ იწვევს პირველად და მეორად უნაყოფობას.

უროგენიტალური ქლამიდიოზის გავრცელებას ხელს უწყობს უწყესო სქესობრივი ცხოვრება, გინეკოლოგიურ და უროლოგიურ კლინიკებში საჭირო ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის არარსებობა ქლამიდიოზით დაავადებულების მიმართ, ექიმების მცირე ცოდნა აღნიშნული ინფექციის შესახებ და ქლამიდიების ამოსაცნობად ლაბორატორიის სუსტი აღჭურვილობა.

კლინიკა. ძირითადად, შეიმჩნევა მცირე გამონაყოფი ურეთრიდან ან საშოდან, ქავილი შარდგამომყოფ არხში, გარეთა სასქესო ორგანოების მიდამოში, ტკივილები საზარდულის მიდამოში, შორისის, წელის არეში. საჭიროა პარაურეთრული სადინრებიდან გამონაყოფის ბაქტერიოსკოპული გამოკვლევა.

მკურნალობა. ნიშნავენ ტეტრაციკლინს ან ერითრომიცინს დღეღამური დოზით 1-1,2 გ 7-14 დღის განმავლობაში, მადესენსიბილიზებელ და დეზინტოქსიკაციურ საშუალებებთან ერთად.

ქალის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი

ტუბერკულოზი ზოგადი ინფექციური დაავადებაა, რომლის ერთ-ერთი გამოვლინებაა სასქესო ორგანოთა დაზიანება. სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი ჰემატოგენური გზით წარმოიქმნება. სასქესო ორგანოებში მეტასტაზების წყარო შეიძლება იყოს ტუბერკულოზის ნებისმიერი კერა: ყველაზე ხშირად ფილტვები, იშვიათად თირკმლები, სახსრები, კუჭ-ნაწლავი, ლიმფური კვანძები.

ადამიანის ორგანიზმში ინფექციის გამომწვევის მოხვედრა ჯერ კიდევ არ ნიშნავს ტუბერკულოზური პროცესის განვითარებას. ტუბერკულოზის პათოგენეზში მნიშვნელოვანია ორგანიზმის ინდივიდუალური თავისებურებები: ნერვული, ენდოკრინული, გულ-სისხლძარღვთა, რეტიკულურენდოთელური და სხვა სისტემების მდგომარეობა. ორგანიზმის მდგრადობა შეიძლება დაქვეითდეს სხვადასხვა დაავადებების, ორსულობის, მშობიარობის, ლაქტაციის შედეგად. სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი ძირითადად ბავშვობის ასაკში ვითარდება, პირველად კი სქესობრივი მომწიფების პერიოდში ან უფრო გვიან გამოვლინდება. დაავადების დიაგნოზი, ძირითადად, დაისმის რეპროდუქციული ასაკის ქალებში (20-35 წ.).

ტუბერკულოზმა შეიძლება დააზიანოს სასქესო სისტემის ნებისმიერი ნაწილი. თუმცა, პროცესის მდებარეობის სიხშირის მიხედვით პირველ ადგილზეა საშვილოსნოს მილები (80-90%), შემდეგ საშვილოსნო, უპირატესად ენდომეტრიუმი (35-50%), საკვერცხეები (1-12%). შედარებით იშვიათად გვხვდება საშვილოსნოს ყელის, საშოს, ვულვის (0,5-9%) ტუბერკულოზი. საშვილოსნოს მილების ამპულური ნაწილების უფრო ხშირ დაზიანებას განაპირობებს მისი ანატომიური თავისებურებები (დაკლაკნობა, ლორწოვანი გარსის დანაოკება), ასევე მილის სისხლმომარაგების ხასიათი (მდიდარი კაპილარული ქსელი, ანასტომოზი საშვილოსნოსა და საკვერცხეების არტერიებს შორის, რაც ქმნის პირობებს შენელებული სისხლის დინებისა და ტუბერკულოზის მიკობაქტერიების დაღეკვისათვის).

სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის კლასიფიკაცია ხდება პათოლოგიური პროცესების ლოკალიზაციის მიხედვით. განასხვავებენ დანამატების, საშვილოსნოს, საშვილოსნოს ყელის, საშოს, ვულვის ტუბერკულოზს. დაავადების თითოეულ ფორმაში, თავის მხრივ, გამოყოფენ მიმდინარეობის თავისებურებებს: ქრონიკულს, ქვემწვავეს და მწვავეს. დიდი მნიშვნელობა აქვს ტუბერკულოზის მიკობაქტერიების აღმოჩენას მენსტრუალურ სისხლში ან საშვილოსნოს ყელის გამონაყოფში. გენიტალური ტუბერკულოზი შეიძლება შერწყმული იყოს საშვილოსნოს მიომასთან, ადენომასა და ზოგიერთ სხვა გინეკოლოგიურ დაავადებასთან.

კლინიკა. ქალის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი გინეკოლოგიურ პაციენტთა 0,8-2,2 %-ში გვხვდება. იგი ქრონიკული ანთებითი დაავადებების 18-25%-ს შეადგენს.

ტუბერკულოზური პროცესი ხანგრძლივი ქრონიკული მიმდინარეობით ხასიათდება. ხშირად სქესობრივი ცხოვრების დაწყება ლატენტურად მიმდინარე პროცესის გამწვავებას იწვევს. ანთებითი პროცესის გამწვავება და მისი რეციდივები, ასევე, შეიმჩნევა სამუშაო, საყოფაცხოვრებო პირობების გაუარესების გამო, გაზაფხულისა და შემოდგომის პერიოდებში.

დაავადების მწვავე მიმდინარეობა იშვიათად აღინიშნება, მას თან ახლავს მაღალი ტემპერატურა, ტკივილები მუცელში, პელვიოპერიტონიტისა და გავრცელებული პერიტონიტის (იშვიათად) განვითარება. მწვავე და ქვემწვავე პროცესი მიმდინარეობს მაღალი ლეიკოციტოზით, მომატებული ელს-ით, ჩხირბირთვიანი გადახრით მარცხნივ.

სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დროს აღნიშნული ზოგადი სიმპტომები მრავალფეროვანია და ნებისმიერი ლოკალიზაციის ტუბერკულოზის სიმპტომების მსგავსია (ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება, სისუსტე, შეუძლოდ ყოფნა, სუბფებრილური ტემპერატურა, მადის გაუარესება, სწრაფი დაღლა, მომატებული ნერვული აგზნებადობა, ტაქიკარდია, ცუდი ძილი, ღამით ოფლიანობა. პაციენტები უჩივიან ტკივილებს მუცლის ქვედა ნაწილსა და წელის მიდამოში, თეთრად შლა, მენსტრუალური ციკლის დარღვევა). უნაყოფობა, უპირატესად პირველადი, გენიტალური ტუბერკულოზის ერთ-ერთი ყველაზე დამახასიათებელი სიმპტომია.

სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დროს ტკივილის ხასიათი და ლოკალიზაცია შეიძლება იყოს მრავალფეროვანი. შედარებით დამახასიათებელია მუცლის ქვედა ნაწილში მქაჩავი ტკივილი, ზოგჯერ აღინიშნება მორეციდივე, შეტევისმაგვარი ტკივილი. სქესობრივი ურთიერთობის, გადაცივების, ფიზიკური დაძაბულობის და მკურნალობის ფიზიკური ფაქტორების გამოყენების შემდეგ ტკივილები შეიძლება გაძლიერდეს. გოგონებში ტკივილის სიმპტომი ხშირად უმთავრესია.

სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დროს მენსტრუალური ციკლის დარღვევა პაციენტების 25-50%-ში გვხვდება და დამოკიდებულია ენდომეტრიუმის დაზიანებასა და საკვერცხეების ფუნქციის დარღვევაზე. ციკლის დარღვევა შეიძლება გამოვლინდეს ალგოდისმენორიით, ჰიპომენორიით, მენომეტრორაგიით, პირველადი და მეორადი ამენორიით.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის ერთ-ერთი ყველაზე მუდმივი სიმპტომია უნაყოფობა, რომელიც უფრო ხშირად

პირველადია, იშვიათად მეორადი. ზოგჯერ უნაყოფობა პაციენტის გინეკოლოგთან მისვლის ერთადერთი მიზეზია. უნაყოფობა დაკავშირებულია არა მარტო საშვილოსნოს მილებსა და საკვერცხეების ანთებით ცვლილებებთან (ოვულაციის პროცესის დარღვევა), არამედ ორგანიზმის საერთო ინტოქსიკაციასთანაც. ერთ-ერთი მუდმივი სიმპტომია თეთრად შლა, რომელიც ყველაზე ხშირად საშვილოსნოს ყელის, საშოსა და ვულვის დაზიანების დროს ვითარდება.

საშვილოსნოს დანამატების ტუბერკულოზი. განასხვავებენ საშვილოსნოს დანამატების ტუბერკულოზს უმნიშვნელო ანატომიურ-ფუნქციური ცვლილებებით, გამოხატული ანატომიურ-ფუნქციური ცვლილებებით და ტუბერკულოზების არსებობით. საშვილოსნოს დანამატების ტუბერკულოზის ასეთი დაყოფა განპირობებულია პათოლოგიური პროცესის განსხვავებული მორფოლოგიური გამოვლინებებით და, უპირველეს ყოვლისა, დაავადების ამ ფორმების დროს მკურნალობის განსხვავებული ტაქტიკით. საშვილოსნოს დანამატების ტუბერკულოზით დაავადების ჩამოთვლილი ფორმებისას გამოყოფენ ანთების შესაბამის ფაზას (ინფილტრაცია ან დანაწიბურება).

ასევე მნიშვნელოვანია პათოლოგიურ პროცესში პერიტონეუმის ჩართვის ხასიათი, რომელიც შეიძლება გამოვლინდეს ნაწიბუროვან-შებორცებითი ცვლილებების სახით ან ექსუდაციური ანთებითი რეაქციით. ხშირად, დანამატების ტუბერკულოზური დაზიანება შერწყმულია ენდომეტრიუმის ანალოგიურ პროცესთან.

საშვილოსნოს დანამატების ტუბერკულოზის საწყისი ფორმის დროს ბევრ პაციენტს (ბიძანუალური გინეკოლოგიური გამოკვლევით) სასქესო ორგანოების პათოლოგიური ცვლილება არ აღენიშნება ან შეიმჩნევა დანამატების უმნიშვნელო გადიდება და ჰიპოპლაზიური საშვილოსნო. ქსოვილების ანთებითი რეაქცია პროცესის პროგრესირებისას დიდი ანთებითი წარმონაქმნების ჩამოყალიბებას იწვევს. დაავადების ამ ფორმის დროს პაციენტების ზოგადი მდგომარეობა დიდხანს რჩება დამაკმაყოფილებელი, ტემპერატურა ნორმალური ან სუბფებრილურია, სისხლის სურათი კი უცვლელი. აღინიშნება შეუსაბამო საშვილოსნოს დანამატების გამოხატულ ანატომიურ ცვლილებებს, პაციენტის მწირ ჩივილებსა და საერთო დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობას შორის. დამახასიათებელია ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობის უშედეგობა.

შედარებით იშვიათად დაავადება მიმდინარეობს მწვავედ. ამ შემთხვევაში მას თან ახლავს მაღალი ტემპერატურა, შემცივნება, ტკივილები მუცლის ქვედა ნაწილში და პელვიოპერიტონიტის მოვლენები. უფრო მძიმე შემთხვევებში, ანთებით პროცესში მიმდებარე ორგანოების ჩართვის დროს, შეიძლება წარმოიქმნას ნაწლავ-დანამატის, ნაწლავ-საშოსა და დანამატ-ბუშტის ხვრელმილები.

პოსტტუბერკულოზური ფორმებისათვის (საშვილოსნოს დანამატების კლინიკურად განკურნებული ტუბერკულოზი) დამახასიათებელია ჰიპოპლაზიური საშვილოსნო, მილების გამკვრივება, მცირე მენჯში შეხორცებების არსებობა, რაც სასქესო ორგანოების გადაადგილებას, ცდომასა და უშვილობას განაპირობებს.

ტუბერკულოზური ენდომეტრიტი. ანთების პროდუქციულ სტადიაში პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა არ ირღვევა, საშვილოსნოს ზომები შეიძლება ნორმის



სურ. 51. ტუბერკულოზური ენდომეტრიტის მიკროსკოპული სურათი.

ფარგლებში დარჩეს. მენტრუალური ციკლის დარღვევა არ შეიძლება ან ვითარდება მენორაგია. სისხლის სურათი არ იცვლება. ტუბერკულოზური ენდომეტრიტი ხშირად გამოვლინდება საშვილოსნოს სხეულის ლორწოვანი გარსის დიაგნოსტიკური გამოფხეკისას (სურ. 51). დამახასიათებელი მორფოლოგიური ნიშანია ლიმფოციტური და პლაზმური უჯრედების დაგროვება, ასევე განცალკევებულად განლაგებული ტუბერკულოზური ხორკლები.

ენდომეტრიუმის დაზიანების პროდუქციული ფორმა ზოგჯერ შეიძლება გადავიდეს კაზეოზურში და თან ახლდეს ენდომეტრიუმის ყველა შრის დარღვევა, კუნთოვანი შრის ნაწილობრივი დარღვევით, რაც ფართო კაზეოზური კერების წარმოქმნასა და სკლეროზს იწვევს. კლინიკურად ასეთი ფორმა გამოვლინდება ამენორეით. შეინიშნება ჰიპოპლაზია ან საშვილოსნოს ზომების გადიდება, დეფორმაცია ან საშვილოსნოს ღრუს ობლიტერაცია ნაწიბურებისა და შეხორცებების ხარჯზე.

საშვილოსნოს ყელის ტუბერკულოზი. შეიძლება დაზიანდეს, როგორც საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილი, ისე ყელის არხის ლორწოვანი გარსი. პაციენტების უმრავლესობაში ერთდროულად ზიანდება ყელის არხის ლორწოვანი გარსი და ენდომეტრიუმი. ყელის საშოსმხრივ ნაწილში პროცესი ყველაზე ხშირად გარეთა პირის ირგვლივ ლოკალიზდება. სარკეებით დათვალიერებით აღინიშნება ყელის ზომების გადიდება შემუშებისა და შემაერთებული ქსოვილის გაზრდის ხარჯზე. საშვილოსნოს ყელზე აღინიშნება წყლული უსწორმასწორო კიდევებით, რომელზეც განლაგებულია ხორკლოვანი ელემენტები. წყლულის ძირი დაფარულია ნაცრისფერ-ყვითელი ნადებით, რომელიც შენებით სისხლმდენია (კონტაქტური სისხლდენა). საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილიდან ტუბერკულოზური პროცესი ხშირად ვრცელდება თაღების ლორწოვან გარსსა და საშოს კედლებზე.

ყელის ტუბერკულოზი. ეს ფორმა ძალიან იშვიათად აღინიშნება. სპეციფიკური წყლულები ლაგდება მცირე სასქესო ბაგეების შიგნითა ზედაპირზე ან კლიტორის მიდამოში. მათი დამახასიათებელი თვისებაა გამოხატული ტკივილები.

დიაგნოსტიკა. ქალის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დადგენა რთულია. დიაგნოზი ეყრდნობა ანამნეზის მონაცემებს, პაციენტის ობიექტურ გინეკოლოგიურ გამოკვლევასა და გამოკვლევის სპეციალურ დამატებით მეთოდებს (ფილტვებისა და მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია, ბიკონტრასტული გინეკოგრაფია, ჰისტეროსალპინგოგრაფია, ტუბერკულინო-დიაგნოსტიკა, იმუნო-დიაგნოსტიკა, საშვილოსნოს ყელის არხის, საშოს გამოხადენის, მენტრუალური სისხლის სეროლოგიური, ბაქტერიოლოგიური და ბაქტერიოსკოპული

გამოკვლევა, საშვილოსნოს დიაგნოსტიკური გამოფხეკისა და ოპერაციის დროს მიღებული ბიოპტატის ჰისტოლოგიური შესწავლა).

დიაგნოზის დასმისათვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ყურადღებით შეგროვებული ანამნეზი. დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს პაციენტის ასაკს, რადგან გენიტალური ტუბერკულოზი ყველაზე ხშირად 20-30 წლის ასაკის ქალებში ვლინდება. ტუბერკულოზით დაავადებულებთან კონტაქტების გარკვევის გარდა (განსაკუთრებით ბავშვობის ასაკში), აუცილებელია, ყურადღება მიექცეს წარსულში ადრეული ტუბერკულოზური ინტოქსიკაციის სიმპტომების არსებობას და პირველადი ტუბერკულოზის სხვა გამოვლინებებს (სკროფულოდერმა, პლევრიტი, პერიტონიტი, ფლიქტენა, პერიფერიული ლიმფადენიტი), განანგრძლივებულ პნევმონიასა და პლევრიტს, ბრონქადენიტს, ხშირ გაციებით დაავადებებს. პაციენტის გასინჯვისას ყურადღება უნდა მიექცეს კანის საფარის სიმშრალეს, კანზე ნაწიბურების, ხერხეღმილების არსებობას, ჩონჩხის შესაძლო დეფორმაციას.

ტუბერკულოზური ანთების შემთხვევაში გინეკოლოგიური გამოკვლევით შეინიშნება საშვილოსნოს დანამატის მტკივნეული შემკვრივება უსწორმასწორო ზედაპირითა და გამონატული შეხორცებებით მცირე მენჯში. ამ დროს საშვილოსნო შეიძლება იყოს ნორმალური ზომის ან შემცირებული, იშვიათად – გადიდებული. სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დიდი ფორმის დროს რექტოვავინური გამოკვლევით ისინჯება მნიშვნელოვანი ზომის ანთებითი კონგლომერატები, რომლებიც შედგება ერთმანეთთან შეხორცებული დანამატების, საშვილოსნოს სხეულის, ნაწლავის მარყუჟისა და ბადექონისაგან და გასინჯვით ნაკლებმტკივნეულია.

სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზზე ეჭვს იწვევს ანთებითი პროცესები, რომლებიც წლების განმავლობაში მიმდინარეობს და დაკავშირებული არ არის მშობიარობის შემდგომ პერიოდთან, გონორეულ პროცესებთან, არ ხდება მათი ჩაცხრობა ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობით და რომლებიც მწვავედ ფიზიოთერაპიის გავლენით. ზოგადი ტუბერკულოზური დაავადების ან პაციენტებთან კონტაქტის არარსებობა არ გამორიცხავს ანთებითი პროცესის ტუბერკულოზურ ეტიოლოგიას. მუცლის ქვემო ნაწილში ტკივილებისა და გამონატული ანთებითი ხასიათის ანატომიური ცვლილებების შემთხვევაში გოგონებში (რომლებიც არ ცხოვრობენ სქესობრივი ცხოვრებით), უპირველეს ყოვლისა, უნდა გამოირიცხოს ტუბერკულოზი.

სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის განსაკუთრებით დამახასიათებელი ნიშანია მენსტრუაციის გვიანი დაწყება (15 წლის ასაკში და უფრო გვიან), ასევე მენსტრუალური ციკლის დარღვევა (ამენორეა, ჰიპომენორეა, ოპსომენორეა, იშვიათად ჰიპერპოლიმენორეა). ყველაზე ხშირად გვხვდება ამენორეა, რომელიც ზოგჯერ საშვილოსნოს ტუბერკულოზური დაზიანების ერთადერთი სიმპტომაა. ზოგჯერ მძიმედ მიმდინარე ფორმის დროსაც კი (კაზეოზური ფორმა) მენსტრუალური ციკლი შეიძლება უცვლელი დარჩეს.

პათოლოგიური პროცესის ეტიოლოგიის განსაზღვრისათვის მნიშვნელოვანია გამოკვლევის ლაბორატორიული მეთოდები (ენდომეტრიუმის ქსოვილების დათესვა ტუბერკულოზის მიკობაქტერიაზე, ბიოლოგიური მეთოდები – ზღვის გოჭების დაინფიცირება, ენდომეტრიუმის ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური

გამოკვლევა). გამოკვლევისათვის მენსტრუალურ სისხლს მენსტრუაციის I-II დღეს იღებენ. ამისთვის მოსალოდნელი მენსტრუაციის წინ საშვილოსნოს ყელზე აცმევენ ლითონის ჩაჩს „კაფა“, უკუჩვენების არარსებობისა და შენარჩუნებული მენსტრუალური ციკლის დროს პირველ საათებში ან მენსტრუაციამდე 1-2 დღით ადრე, ამენორეის შემთხვევაში კი პრაქტიკულად ნებისმიერ დროს, აწარმოებენ საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის დიაგნოსტიკურ გამოფხეკას და ანაფხეკს ჰისტოლოგიურ გამოკვლევაზე და ტუბერკულოზურ მიკობაქტერიასზე დასათესად აგზავნიან. იმავდროულად იყენებენ დიაგნოსტიკის ბიოლოგიურ მეთოდს (მასალით ზღვის გოჭების აცრა). საშვილოსნოს დიაგნოსტიკური გამოფხეკის დროს შერჩევა ეყრდნობა ენდომეტრიუმში ტუბერკულოზური ხორკლების დინამიურ ცვლილებებს, მენსტრუალური ციკლის ფაზაზე დამოკიდებულებით. დადგენილია, რომ ციკლის პირველ შვიდ დღეში ტუბერკულოზური ხორკლები საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში არ შეიძენევა, მე-7-12 დღიდან ერთეული იზოლირებული ხასიათისაა და მხოლოდ ციკლის მეორე ფაზაში დებულობს მრავლობით ხასიათს, რაც უზრუნველყოფს ჰისტოლოგიური გამოკვლევის სიზუსტეს. იმ შემთხვევაში, როცა დიაგნოსტიკური გამოფხეკა მიზანშეუწონელია, წარმოებს ენდომეტრიუმის ასპირაცია. ასპირატი საჭიროებს ბაქტერიოლოგიურ და ციტოლოგიურ გამოკვლევას.

საშვილოსნოს დანამატების ტუბერკულოზის დროს დიაგნოსტიკის ჰისტოლოგიური, ციტოლოგიური, ბაქტერიოლოგიური და ბიოლოგიური მეთოდები დადებით შედეგს იძლევა საშვილოსნოს მიღების ინტრამეტრული ნაწილების განვლადობის შენარჩუნების შემთხვევაში, როდესაც ტუბერკულოზის მიკობაქტერიებს შეუძლია მოხვდეს საშვილოსნოს ღრუში და გამოიყოს მენსტრუალურ სისხლთან ერთად. დანამატების მიდამოში არსებული წარმონაქმნიბიდან საშოს უკანა თალიდან მუცლის ღრუს პუნქციით შეიძლება გამოკვლევისათვის მივიღოთ სეროზული ან ჩირქოვანი შიგთავსი.

ტუბერკულინოდიანოსტიკა შესაძლებლობას იძლევა, ვიმსჯელოთ პაციენტის ორგანიზმის საერთო რეაქციულობასა და სასქესო ორგანოებში ტუბერკულოზური პროცესის აქტიურობის ხარისხზე (ადგილობრივი რეაქცია). ეს ხორციელდება კუნთქვეშ ტუბერკულინის 20-100 ტე დოზის შეყვანით (კოხის სინჯი). ასევე, შეიძლება ტუბერკულინის შეყვანა საშვილოსნოს ყელის ლორწოვან გარსში, აღნიშნული დოზით. კანქვეშ ტუბერკულინის შეყვანის რეაქცია ფასდება 24 და 48 სთ-ის შემდეგ, კლინიკური სურათით და გამოკვლევის ლაბორატორიული მეთოდების მონაცემების მიხედვით. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება სასქესო ორგანოების კეროვან (ადგილობრივ) რეაქციებს, რომელიც გამოვლინდება მუცელში ტკივილების გაჩენით ან გაძლიერებით, თეთრად შლითა და სისხლიანი გამონადენის განვითარებით მენსტრუაციებს შორის პერიოდში. სინჯის ჩატარების შემდეგ, საშოსა და საშვილოსნოს ყელის არხიდან გამონადენი ბაქტერიოსკოპული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევისათვის იგზავნება.

ქალის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკაში, მნიშვნელოვან როლს თამაშობს, ასევე, კეროვანი რეაქციები. აქტიური ექსტრაგენიტალური ტუბერკულოზის დროს ტუბერკულინის კანქვეშა სინჯები არ წარმოებს.

სურ. 52. პისტეროსალპინგოგრაფია ტუბერკულოზური სალპინგიტის დროს. მარცხენა მილი რიგიდულია, დამოკლებული.



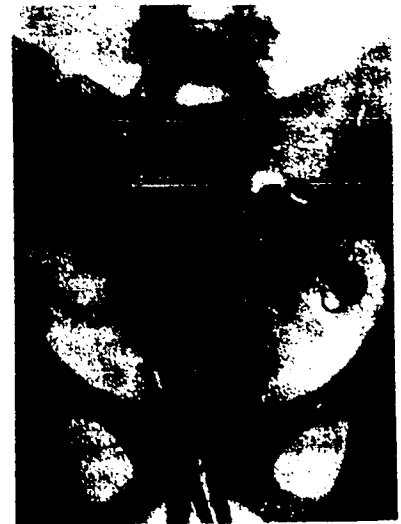
რენტგენოდიაგნოსტიკა ეყრდნობა სპეციფიკური პროცესის ექსტრაგენიტალური კერების აღმოჩენას, რაც ფილტვებისა (პეტრიფიკატების, პლევრის შეხორცებული სინუსების გამოვლინებისათვის) და მუცლის ღრუს (კალციფიკაციის აღმოსაჩენად მილებში, საკვერცხებში, ლიმფურ კვანძებში) რენტგენოგრაფიის აუცილებელ წარმოებას გულისხმობს.

რენტგენოლოგიური მეთოდებიდან მეტნაკლებად ინფორმაციულია მეტროსალპინგოგრაფია, რომელიც ტუბერკულოზისთვის ტიპური საშვილოსნოს ღრუსა და საშვილოსნოს მილების კონტურების ცვლილების აღმოჩენის საშუალებას იძლევა. დამახასიათებელია საშვილოსნოს ღრუს დეფორმაცია, შეხორცებების შედეგად მისი ღრუს ნაწილობრივი ან სრული ობლიტერაცია ტუბერკულოზური ენდომეტრიტის ხანგრძლივი მიმდინარეობისას. ხშირად შეინიშნება საშვილოსნოს ყელის არხის გადიდება, დაგრძელება და კონტურების უთანაბრობა (ტუბერკულოზური ცერვიციტი).



სურ. 53. პისტეროსალპინგოგრაფია ტუბერკულოზური სალპინგიტის დროს. საშვილოსნოს T-ს მაგვარი ფორმა. მილები დამოკლებულია, რიგიდულია. დაბოლოებებს აქვს ბოლქვის სახე.

საშვილოსნოს მილების ტუბერკულოზით ხშირი დაავადების გამო გვხვდება განსხვავებული რენტგენოლოგიური სურათები. პისტეროგრაფებზე გამოისახება დამოკლებული მილები, მხოლოდ ინტერსტიციული და ისთმური ნაწილების შევსების ხარჯზე. მილები კარგავს ელასტიკურობას, ხდება რიგიდული, მათი სანათური ფართოვდება, იშვიათად ვიწროვდება. მილების ტუბერკულოზური დაზიანებისას რენტგენოლოგიური სურათი შეიძლება განსხვავდებოდეს, თუმცა საერთო დამახასიათებელი ნიშანია მილების რიგიდულობა. ტუბერკულოზური სალპინგიტის დროს მრავალფეროვან რენტგენოლოგიურ სურათებში შემდეგი დამახასიათებელი ცვლილებები აღინიშნება (სურ. 52-54):



სურ. 54. პისტეროსალპინგოგრაფია ტუბერკულოზური სალპინგიტის დროს. მილები გაუმტარია. მარცხნივ პიდროსალპინჯი.

1) საშვილოსნოს მიღები გლუვი ან არათანაბარი კონტურებით, ობლიტერაციით ამპულურ და ისთმურ ნაწილებში, ბოლო ნაწილის მცირე შემსხვილებით ბოლქვის ან ქინძისთავის სახით;

2) რიგიდული საშვილოსნოს მიღები („შუშის მაგვარი“) სანათურის გლუვი კონტურებით, გაჭიმული და გასწორებულები;

3) საშვილოსნოს მიღები კრიალონის, მძივის ან სეგმენტის მსგავსი კონტურებით, ანუ მრავლობითი სტრუქტურით ამპულურ და ისთმურ ნაწილში;

4) საშვილოსნოს მიღები ზომიერი საქტოსალპინქითა და დივერტიკულის-მაგვარი ვაფართობით.

იმ შემთხვევაში, როცა გამოკვლევის ზემოაღნიშნული მეთოდები არ იძლევა ზუსტ წარმოდგენას შინაგანი სასქესო ორგანოების მდგომარეობაზე (განსაკუთრებით მილ-საკვერცხის ანთებითი წარმონაქმნების შემთხვევაში, რაც შეხორცებითი პროცესებით გამოვლინდება) საჭიროა ბიკონტრასტული გინეკოგრაფია, რენტგენოპნევმოპელვიგრაფია ან პერიტონეოსკოპია. რენტგენოპნევმოპელვიგრაფიით გამოვლინდება შინაგანი სასქესო ორგანოების ბუნდოვანი კონტურები, ხშირად საკვერცხეები საშვილოსნოს მიღებთან ერთად ერთიან კონგლომერატს ქმნი. სასქესო ორგანოების გადატანილი ტუბერკულოზის დამახასიათებელი ნიშანია საშვილოსნოს მიღების, საკვერცხეებისა და მცირე მენჯის ლიმფური კვანძების კალცინოზი.

სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის გამოვლენის მიზნით გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ლიმფოგრაფიას, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როცა გამოკვლევის კლინიკურ-ლაბორატორიული მეთოდების დახმარებით ვერ ხერხდება სწორი დიაგნოზის დასმა. ლიმფოგრაფია კლინიკურ-ლაბორატორიულ მონაცემებთან ერთად შესაძლებლობას იძლევა, ვიმსჯელოთ პროცესის გავრცელება და ეტიოლოგიაზე. ლიმფური კვანძების ტუბერკულოზური დაზიანების დროს, ლიმფოგრამაზე აღინიშნება:

1) ლიმფური სისხლძარღვებისა და კოლატერალების ხშირი ქსელის განვითარება (შეუვსებელი ლიმფური კვანძების ირგვლივ);

2) ერთმანეთთან გადახლართული შეხორცებული ლიმფური კვანძების კონგლომერატები;

3) ლიმფური კვანძების ცალკეული ჯგუფების კონტრასტული ნივთიერებით შეუვსებლობა.

გაძნელებული დიაგნოსტიკის შემთხვევებში, განსაკუთრებით გოგონებში, არ უნდა დაგვავიწყდეს საცდელი მკურნალობის გამოყენების შესაძლებლობა. ამ მიზნით ნიშნავენ პირველი რიგის პრეპარატებს ჰიდროზინიკოტინის მჟავა + პარაამინოსალიცილის მჟავა ოპტიმალური დოზებით 2-3 კვირის განმავლობაში დადებითი შედეგი, ანუ ინტოქსიკაციის გაქრობა, ანთების კერაში ექსუდაციური და ინფილტრაციული პროცესის შემცირება, გარკვეულწილად პროცესის სპეციფიკურობაზე მოწმობს. საცდელი თერაპია ზოგჯერ სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის ისეთი კლინიკური ფორმების გამოვლენის შესაძლებლობას იძლევა, როცა დაავადების ტუბერკულოზური ეტიოლოგია ვერ დგინდება ბაქტერიოსკოპული, ჰისტოლოგიური და გამოკვლევის სხვა მეთოდების დახმარებით.

სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკის მიზნით ზოგჯერ საჭიროა საცდელი ლაპაროტომია აუცილებელი ბიოფსიით.

მნიშვნელოვანია სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზით დაავადების მაღალი რისკის მქონე ქალების ჯგუფის გამოყოფა. ამ ჯგუფში ერთიანდებიან პაციენტები ხანგრძლივად მიმდინარე და მკურნალობისადმი დაუმორჩილებელი საშვილოსნოსა და მისი დანამატების ანთებითი პროცესებით, მენსტრუალური ციკლის დარღვევით, უნაყოფობით (განსაკუთრებით პირველადი), ქალები ზოგადი და სქესობრივი ინფანტილიზმით, ინტოქსიკაციისა და ზოგადი მდგომარეობის გაუარესების სიმპტომებით, შრომისუნარიანობის დაქვეითებით გაზაფხულსა და შემოდგომაზე, ინფექციის გამომწვევ მატარებლებთან კონტაქტში მყოფნი, ფილტვების ტუბერკულოზით დაავადებულები ან ტუბერკულოზით დაავადებული ცხოველების მომვლელები და ისინი, რომლებიც აღნიშნავენ საშვილოსნოს დანამატების ანთების განვითარებას სქესობრივი ცხოვრების დაწყების შემდეგ. კლინიკური დაკვირვება ადასტურებს, რომ ამ პაციენტებს შორის ხშირია სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზით დაავადების შემთხვევები.

მკურნალობა. ქალების სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის მკურნალობა უნდა იყოს კომპლექსური. მკურნალობის რეჟიმის არჩევას მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს პროცესის ფაზა და ხანგრძლივობა, მისი მიმდინარეობა, პაციენტის ასაკი, თანმხლები ექსტრაგენიტალური და გინეკოლოგიური დაავადებები. მკურნალობის ძირითადი კომპონენტი, შრომისა და დასვენების რაციონალური რეჟიმის, აგრეთვე, სრულფასოვანი საკვების გარდა, არის ქიმიოთერაპია, რომელიც მიმართულია დაზიანებულ ორგანოებში არსებული ტუბერკულოზის მიკობაქტერიების ინტენსიური გამრავლების დასაბრუნად. ერთ-ერთი ძირითადი პირობა, რომელიც მკურნალობის შედეგს უზრუნველყოფს არის ქიმიოთერაპიის სწორად შერჩეული რეჟიმი, რომელიც მოიცავს მკურნალობის დროულად დაწყებას, რამდენიმე ანტიბაქტერიული პრეპარატის რაციონალურ შერწყმას (რაც მაქსიმალურად უზრუნველყოფს თერაპიულ შედეგს), თითოეული პრეპარატის ოპტიმალური დოზით გამოყენება ხელს უშლის მედიკამენტების მიმართ მდგრადობის განვითარებას. მნიშვნელოვანია მკურნალობის რეგულარობა და ხანგრძლივობა, რადგან ხანგრძლივი ქიმიოთერაპიისას მიიღწევა არა მარტო ბაქტერიოსტატიკური, არამედ ბაქტეროციდული მოქმედებაც.

ქალის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზით დაავადებულებში, ძალიან იშვიათად ხერხდება სასქესო გზების გამონადენიდან ტუბერკულოზის მიკობაქტერიების გამოყოფა, ამიტომ წამლის მიმართ მიკრობის მდგრადობის საკითხის გადაწყვეტა უფრო ხშირად შეუძლებელია. ამიტომ პრეპარატების ერთი კომბინაციის მიღების ხანგრძლივობა და მეორით შეცვლა უნდა განისაზღვროს ამტანობისა და კლინიკური შედეგის მიხედვით.

ყველაზე მიზანშეწონილია ორეტაპიანი მკურნალობა. მკურნალობის პირველ ეტაპზე აწარმოებენ ინტენსიურ ქიმიოთერაპიას: ტუბერკულოსტატიკური პრეპარატების დანაწევრებული ან ერთჯერადი სისტემატური, ყოველდღიური ინტრავენური ან პერორალური შეყვანა. მეორე ეტაპი — ქიმიოთერაპიის გამოყენება მხოლოდ შემოდგომა-გაზაფხულის პერიოდში, ამბულატორიულად ან სტაციონარის პირობებში, წყვეტილი მეთოდებით.

ძირითადი ანტიბაქტერიული პრეპარატია იზონიაზიდი, რომელიც შეიძლება ჩაირთოს ანტიბაქტერიული პრეპარატების ყველა კომბინაციაში (ბენემიცინი, ეტამბუტოლი).

სასქესო ორგანოების უმნიშვნელო ანატომიურ-ფუნქციური ცვლილებების დროს (პირველი ეტაპი) უწყვეტი თერაპიის ძირითად კურსს (სამ თვეს) იწყებენ იზონიაზიდის დანიშვნით ბენემიცინთან ან ეტამბუტოლთან ერთად.

პირველად გამოვლენილი პაციენტების მკურნალობა მიმდინარეობს სტაციონარში სამი პრეპარატის დანიშვნით (იზონიაზიდი 0,3 გ 2-ჯერ დღეში, პარაამინოსალიცილის მჟავა 3 გ 4-ჯერ დღეში და სტრეპტომიცინი 500 000 2-ჯერ დღეში კუნთებში) სამი თვის განმავლობაში.

მეორე ეტაპზე გამოიყენება ქიმიოპრეპარატების შეყვანის წყვეტილი მეთოდი დღეგამოშვებით ან 2-ჯერ კვირაში. ანტიბაქტერიული თერაპიის ძირითადი კურსის ხანგრძლივობა 6-დან 12 თვემდეა.

სასქესო სისტემის გამოხატული ანატომიურ-ფუნქციური ცვლილებების დროს ინფილტრაციის ფაზაში ახორციელებენ უწყვეტ ანტიბაქტერიულ თერაპიას 4-6 თვის განმავლობაში პრეპარატების სამმაგი კომბინაციით (იზონიაზიდი, ბენემიცინი, ეტამბუტოლი). შემდგომში (მეორე ეტაპი) მკურნალობას წყვეტილი კურსით აგრძელებენ.

ტუბერკულოზის არსებობისას (კახეოზური პროცესი) ანტიბაქტერიული თერაპია (იზონიაზიდი, ბენემიცინი) განიხილება, როგორც ოპერაციის წინა მოსამზადებელი ეტაპი (არა უმეტეს სამი თვის ვადით). ოპერაციის შემდეგ პაციენტებს უნიშნავენ პრეპარატების ორმაგ კომბინაციას, სამი თვის განმავლობაში უწყვეტად და შემდეგ წყვეტილი კურსით კიდევ სამი თვე.

უნდა გავითვალისწინოთ, რომ სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის ქრონიკული ფორმებით დაავადებულებში, რომლებიც ადრე მკურნალობდნენ ფილტვების ან სხვა სისტემის ტუბერკულოზს, ხშირია წამლის აუტანლობა, ამის გამო მედიკამენტის მიღების დროს ზოგჯერ საჭიროა შეიცვალოს პრეპარატი ან მოხდეს შესვენება. პრეპარატების გამოხატული აუტანლობის, საშვილოსნოს დანამატებში ექსუდაციური პროცესის არსებობის, პერიტონიტიტისა და თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციის უკმარისობის დროს წარმოებს ჰორმონ-თერაპია (ჰიდროკორტიზონი, პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი). მკურნალობის ვადაა 3-4 კვირა. პრეპარატის დოზას თანდათანობით ამცირებენ, შემდეგ კი სრულებით წყვეტენ. თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ფუნქციის სტიმულირების მიზნით შეიძლება ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის შეყვანა (5-10 ერთ. 2-ჯერ დღე-ღამეში კუნთებში).

ანტიბაქტერიული პრეპარატებით გამოწვეული გვერდითი რეაქციების თავიდან აცილების მიზნით ნიშნავენ ვიტამინ B6, მეთიონინს, რუტინს, გლუტამინის, ფოლიუმის და ასკორბინის მჟავებს.

უკვე არსებული შეზოროცებების შემცირებისა და ახლის წარმოქმნის თავიდან ასაცილებლად, ასევე ტკივილების ლიკვიდაციისა და საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით იყენებენ ბიოსტიმულატორებსა და მკურნალობის ფიზიკურ მეთოდებს: ელექტროფორეზი, ულტრაბგერა, სინუსოიდური მოდულირებული ელექტროდენი, ჰიდროკორტიზონის ფონოფორეზი, ტალახით მკურნალობა.

საშვილოსნოს დანამატების ტუბერკულოზების (კაზეოზური კერები), პიოსალპინქსის, ტუბოოვარიული ანთებითი წარმონაქმნების, ხვრელმილების უშედდგო კონსერვატიული მკურნალობის შემთხვევაში, მკვეთრი ტკივილის სიმპტომებისა (რაც განპირობებულია საშვილოსნოს არასწორი მდებარეობითა და შეხორცებითი ცვლილებებით მცირე მენჯში) და სასქესო ორგანოების არასპეციფიკურ დაავადებებთან (რომლებიც ოპერაციულ ჩარევას საჭიროებენ) შერწყმული სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებში მიზანშეწონილია ქირურგიული მკურნალობა.

ხანგრძლივი და უწყვეტი თერაპიის ერთ-ერთი ეტაპია სანატორიული მკურნალობა, იგი მოიცავს ღონისძიებათა კომპლექსს, რომელიც ხელს უწყობს პაციენტის უფრო სწრაფ და სრულ გამოჯანმრთელებას და მათ სოციალურ რეაბილიტაციას. კლიმატური ფაქტორები (პაერი და შზე), ძირითადად, ამდლებენ ორგანიზმის საერთო წინააღმდეგობის უნარიანობას და იმუნოლოგიურ მდგრადობას, აძლიერებენ რეპარაციულ პროცესებს ტუბერკულოზურ კერაში.

შრიოთი ექსპერტიზა. სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზური ეტიოლოგიის მნიშვნელოვანი ანატომიურ-ფუნქციური ცვლილებების მქონე პაციენტებს შრომისუნარობის ფურცელი ეძლევათ 10 თვის ვადით. იმ შემთხვევაში თუ შეინიშნება დაავადების დადებითი დინამიკა, მაგრამ აღნიშნულ ვადაში არ მოხდა ტუბერკულოზური კერის სრული გაწოვა, დასაშვებია დროებითი შრომისუნარობის გაგრძელება 16 თვემდე ან პაციენტის გადაყვანა დროებით ინვალიდობაზე ვადით 6 თვიდან 1 წლამდე. ინვალიდობის ჯგუფის განსაზღვრისას გათვალისწინებული უნდა იყოს ტუბერკულოზური პროცესის აქტივობის ხარისხი, ჩატარებული ანტიბაქტერიული თერაპია, დაზიანებულ ორგანოში განვითარებული ანატომიურ-ფუნქციური ცვლილებები.

სასქესო ორგანოების აქტიური ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებისათვის არ შეიძლება გადაციება, სიმძიმის აწევა, ღამის ცვლასთან დაკავშირებული სამუშაო. პაციენტებს, რომლებიც გამოყოფენ ტუბერკულოზის მიკობაქტერიებს, ეკრძალებათ მუშაობა საბავშვო დაწესებულებებში, საზოგადოებრივი კვების ობიექტებში, აფთიაქებში.

მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევები

ნორმალური მენსტრუალური ფუნქცია ნეიროენდოკრინული რეგულაციის უმნიშვნელოვანესი რგოლების სწორი და სინქრონული ურთიერთქმედების შედეგად ხორციელდება. რეგულაციის ამ სისტემაში გამოყოფენ ხუთ დონეს (იხ. 1 თავი). მენსტრუალური ფუნქციის რეგულაციაში დიდ როლს თამაშობს ფარისებრი და თირკმელზედა ჯირკვლები – ორგანოები, რომლებიც ჰიპოფიზის ტროპული ჰორმონების (თირეოტროპული და ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონები) გავლენის ქვეშ იმყოფებიან, ასევე, ღვიძლი, სადაც სასქესო ჰორმონების მეტაბოლიზმი ხორციელდება. რეგულაციის ეს რთული სისტემა შეიძლება დაირღვეს სხვადასხვა დონეზე. ამის შედეგად სხვადასხვა სახისა და სიმძიმის მენსტრუალური ციკლის დარღვევები ვითარდება საშვილოსნოს მხრივი სისხლდენიდან ამენორეამდე. მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევა ხშირად ქალის რეპროდუქციული ფუნქციისა და შრომისუნარიანობის დაქვეითებას იწვევს. გარდა ამისა, ზოგიერთი ფორმის დარღვევის დროს ჩნდება კიბოს წინა დაავადებისა და ენდომეტრიუმის კიბოს განვითარების რისკი.

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევას მრავალი მიზეზი იწვევს:

- 1) ძლიერი ემოციური განცდები, ფსიქიური და ნერვული დაავადებები (ორგანული და ფუნქციური);
- 2) კვების დარღვევა (რაოდენობრივი და ხარისხობრივი), ავიტამინოზი, სხვადასხვა ეტიოლოგიის ვაცხიმოვნება;
- 3) პროფესიული მავნე ფაქტორები (ზოგიერთი ქიმიური ნივთიერების ზემოქმედება, რადიოაქტიური გამოსხივება);
- 4) ინფექციური და სეფსისური დაავადებები, გონორეა, ტუბერკულოზი, პარაზიტული დაავადებები;
- 5) გულ-სისხლძარღვთა და სისხლმბადი სისტემის, ღვიძლის დაავადებები;
- 6) გინეკოლოგიური ოპერაციები;
- 7) შარდ-სასქესო გზების ტრავმები (ფისტულები);
- 8) სქესობრივი მომწიფების პერიოდში ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზური სისტემის განვითარების ასაკობრივი დარღვევები;
- 9) ჰიპოთალამური ცენტრების ინვოლუციური გარდაქმნა პრემენოპაუზის დროს.

მენსტრუალური ფუნქციის ანომალიებს განვითარების სხვადასხვა მექანიზმი აქვთ, რაც დამოკიდებულია ნეიროჰუმორული რეგულაციის დარღვევის დონესა და სასქესო სისტემის ცალკეული ორგანოს უპირატეს დაზიანებაზე. ერთმა და იმავე ეტიოლოგიურმა ფაქტორმა, დაავადების განვითარების სხვადასხვა პათოგენეზური თავისებურებების გამო, ერთ შემთხვევაში შეიძლება გამოიწვიოს პათოლოგიური სისხლდენა, ხოლო მეორე შემთხვევაში კი – მენსტრუაციის არარსებობა (ამენორეა). ამიტომ სისხლდენა და ამენორეა შეიძლება წარმოადგენდნენ არა სხვადასხვა დაავადების სიმპტომებს, არამედ იგი შეიძლება იყოს ერთიანი პათოლოგიური პროცესის გამოვლინება.

მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევები შეიძლება გაერთიანდეს სხვადასხვა გინეკოლოგიური დაავადებებისათვის დამახასიათებელი სინდრომების სახით. ზოგჯერ ეს დარღვევები იმდენად ჭარბობს დაავადების კლინიკურ სურათში, რომ ფაქტიურად ცალკე გამოკვეთილი ნოზოლოგიური ფორმების სახეს იღებენ (მაგ.: საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენა).

მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევის კლასიფიკაცია

მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევა შეიძლება განვითარდეს ქალის ცხოვრების სხვადასხვა ასაკობრივ პერიოდში: სქესობრივი მომწიფების, სქესობრივი სიმწიფისა და პრემენოპაუზის დროს. ეს დარღვევები კლინიკური გამოვლინების მიხედვით სამ ძირითად ჯგუფად იყოფა:

- 1) ამენორეა და ჰიპომენსტრუალური სინდრომი;
- 2) სისხლდენასთან დაკავშირებული მენსტრუალური ციკლის დარღვევები;
- 3) მტკივნეული მენსტრუაცია.

1) **ამენორეა** – მენსტრუაციის უქონლობა 6 თვის და მეტი ხნის განმავლობაში. ამენორეის დროს რეპროდუქციულ სისტემაში ციკლური ცვლილებები არ არის ან სრულდება დაბალი დონეზე. ზოგჯერ ციკლური ცვლილებები ხორციელდება მხოლოდ ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხეების სისტემაში, საშვილოსნოში კი არა (ამენორეის საშვილოსნოს ფორმა).

ჰიპომენსტრუალური სინდრომის დროს რეპროდუქციული სისტემის ციკლური ცვლილებები შენარჩუნებულია, მაგრამ ხორციელდება დაბალ დონეზე. ამის გამო ვითარდება ისეთი დარღვევები, როგორცაა მენსტრუალური ციკლის დროს გამოყოფილი სისხლის რაოდენობის შემცირება (ჰიპომენორეა), მენსტრუალური სისხლდენის დროის შემცირება (ოლიგომენორეა) და მენსტრუაციის პერიოდულობის გაიშვიათება (ოპსომენორეა). ზოგჯერ მენსტრუალური სისხლდენა აღინიშნება წელიწადში მხოლოდ რამოდენიმეჯერ (სპანიომენორეა).

2) **მენსტრუალური ციკლის დარღვევები რომლებიც გამოვლინდება ციკლური ან აციკლური სისხლდენებით (მენო- და მეტრორაგიები).** პათოგენეზიდან გამომდინარე მენსტრუალური ფუნქციის ციკლური და აციკლური დარღვევები იყოფა ორ დიდ ჯგუფად: ა) ოვულაციური სისხლდენები, რომლებიც დაკავშირებულია ციკლის – ფოლიკულური ფაზის შემცირებასთან ან ლუთეინური ფაზის გახანგრძლივებასთან; ბ) ანოვულაციური სისხლდენები. საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენების უმრავლესობა ანოვულაციური ხასიათისაა. თვით ანოვულაცია (ოვულაციის არარსებობა) გამოვლინდება სამი ძირითადი ფორმით: ფოლიკულის ხანმოკლე რითმული პერსისტენციის სახით (ანოვულატორული ციკლი), გაუმსკდარი ფოლიკულის ხანგრძლივი არსებობით (ფოლიკულის პერსისტენცია) და რამოდენიმე ფოლიკულის ატრეზიით.

სასქესო ორგანოების ანატომიური ცვლილებებით (საშვილოსნოს მიომა, საშვილოსნოსა და საკვერცხეების ენდომეტრიოზი, საშვილოსნოს სხეულისა და ყელის კიბო და სხვ.) განპირობებული ციკლური და აციკლური ხასიათის საშვილოსნოსმხრივი სისხლდენები საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენების ჯგუფში არ ერთიანდება.

3) **მტკივნეული მენსტრუაცია (ალგოდისმენორეა)** შეიძლება იყოს, როგორც ფუნქციური, ასევე, ორგანული ხასიათის.

ამენორეა შეიძლება იყოს ცრუ და ჭეშმარიტი. ცრუ ამენორეა გულისხმობს მდგომარეობას, როდესაც ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხეები-საშვილოსნოს სისტემაში ციკლური პროცესები ნორმალურად ხორციელდება, მაგრამ არ ხდება მენსტრუალური სისხლის გარეთ გამოყოფა. ცრუ ამენორეის ყველაზე ხშირი მიზეზია საშოს, საშვილოსნოს ყელის არხის ან საქალწულე აპკის ატრეზია (შეხორცება). მენსტრუალური სისხლი გროვდება საშოში (ჰემატოკოლპოსი), საშვილოსნოს ღრუში (ჰემატომეტრა), საკმაოდ ხშირად იგი გადადის საშვილოსნოს მილებში (ჰემატოსალპინქსი) და ზოგჯერ შეიძლება მუცლის ღრუშიც მოხვდეს.

ჭეშმარიტი ამენორეის დროს ციკლური ცვლილებები საკვერცხეებში, საშვილოსნოში, ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზის სისტემაში და მთელ ორგანიზმში არ ხორციელდება, მენსტრუაცია არ ვითარდება. გამონაკლისია ის პაციენტები, რომელთაც არ აქვთ საშვილოსნო ან ენდომეტრიუმის გამონატული პათოლოგიური ცვლილებების გამო მასში ციკლური ცვლილებების განვითარება შეუძლებელია. ჭეშმარიტი ამენორეა შეიძლება იყოს ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური.

ფიზიოლოგიური ჭეშმარიტი ამენორეა გვხვდება:

- ა) გოგონებში სქესობრივი მომწიფების პერიოდამდე;
- ბ) ქალებში ორსულობის დროს;
- გ) ლაქტაციის დროს;
- დ) პოსტმენოპაუზის დროს.

ბავშვობის ასაკის ამენორეა (სქესობრივი მომწიფების პერიოდის დადგომამდე) დაკავშირებულია ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხეების სისტემაში ციკლური ცვლილებების არარსებობასთან. პოსტმენოპაუზაში განვითარებული ამენორეა განპირობებულია ფოლიკულების მომწიფების შეწყვეტით და ენდომეტრიუმის ატროფიით, რაც ჰიპოთალამუსში განლაგებული მენსტრუალური ფუნქციის მარეგულირებელი უმაღლესი ცენტრების ფიზიოლოგიური დაბერების შედეგია. ორსულობის და ლაქტაციის პერიოდში განვითარებულ ამენორეას იწვევს ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზის სისტემის მოქმედების შეკავება, ჯერ ყვითელი სხეულის პროგესტერონით, შემდეგ ტროფობლასტის მიერ ქორიონული გონადოტროპინის ინტენსიური პროდუქციით, უფრო მოგვიანებით კი პლაცენტაში წარმოქმნილი სტეროიდული ჰორმონებით. ლაქტაციური ამენორეის განვითარებაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს პროლაქტინის გაძლიერებულ პროდუქციას, რომელიც ასტიმულირებს სარძევე ჯირკვლების მიერ რძის სეკრეციას და თრგუნავს ჰიპოფიზის გონადოტროპულ ფუნქციას. სხვადასხვა ხანგრძლივობის ლაქტაციური ამენორეა მეძუძური დედების უმრავლესობას აღენიშნება.

პათოლოგიური ჭეშმარიტი ამენორეა დაკავშირებულია სხვადასხვა სახის ადგილობრივი ან ზოგადი ხასიათის დარღვევებთან. იგი ვითარდება ორგანიზმის მძიმე ზოგადი დაავადებების, ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვადასხვა ნაწილის, საშვილოსნოსა და საკვერცხეების, პერიფერიული ენდოკრინული ჯირკვლების, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის და სხვა დაავადებების დროს.

გამოყოფენ პათოლოგიური ამენორეის ორ სახეს: პირველადს და მეორადს.

პათოლოგიური პირველადი ამენორეის დროს გოგონებს მენსტრუალური ფუნქცია არ აქვთ 15-16 წლის ასაკში და უფრო გვიან. პირველადი ამენორეა მენსტრუალური ფუნქციის შედარებით იშვიათი, მაგრამ ყველაზე მძიმე დარღვევაა.

პაციენტთა 50-60%-ში პირველადი ამენორეის მიზეზია ქრომოსომული პათოლოგია და სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიები. ძირითადი ეტიოლოგიური ფაქტორის მიხედვით პირველად ამენორეას ყოფენ ორ ჯგუფად: ა) გონადების ფუნქციის დარღვევის შედეგად განვითარებული ამენორეა; ბ) ექსტრაგონადური მიზეზებით განპირობებული ამენორეა.

გონადების ფუნქციის დარღვევის შედეგად განვითარებული ამენორეა (ამენორეის საკვერცხისმიერი ფორმა). საკვერცხეების დაზიანების ხასიათის მიხედვით ერთმანეთისგან განასხვავებენ: 1) გონადების დისგენეზიას; 2) ტესტიკულურ ფემინიზაციას; 3) საკვერცხეების პირველად ჰიპოფუნქციას.

გონადების დისგენეზია. ეს პათოლოგია, ძირითადად, განპირობებულია ქრომოსომული ანომალიებით, თუმცა შეიძლება დაკავშირებული იყოს გენების მუტაციასთანაც. პაციენტის ფენოტიპიდან და კარიოტიპიდან გამომდინარე გამოყოფენ გონადების დისგენეზიის რამდენიმე ფორმას.

გონადების დისგენეზიის ტიპური ფორმა (შერეშეკატერნერის სინდრომი) ხასიათდება გონადების განვითარების ანომალიით, რომლებიც მენჯის ღრუში წარმოდგენილია მცირე ზომის ჭიმების სახით. სასქესო ორგანოები ჰიპოპლასტიურია. საკვერცხეების ნორმალური მდებარეობის ადგილზე განლაგებულია შემაერთებელქსოვილოვანი ჭიმები. აღინიშნება ძვლების, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის და სხვა ორგანოების განვითარების დეფექტები. კარიოტიპი 45X0-ია, ზოგჯერ მოზაიციზმის მოვლენებით. ქალის სიმაღლე, ძირითადად, დაბალია, აღინიშნება რკალისებური სასა, მოკლე კისერი, კისერზე ფრთისებური ნაოჭები, კასრისებური გულმკერდი, ინტელექტი ოდნავ დაქვეითებულია. სასქესო ქრომატინი შემცირებულია 3-10%-მდე. ამ სინდრომის ქვეჯგუფის სახით გამოყოფენ გონადების დისგენეზიის წაშლილ ფორმებს X-ქრომოსომის სტრუქტურული აბერაციებით.

გონადების დისგენეზიის „სუფთა“ ფორმისთვის დამახასიათებელია ქალის ფენოტიპი და კარიოტიპები 46XX და 46XY. გონადური ჭიმი შეიძლება შეიცავდეს არადიფერენცირებულ უჯრედებს. ზოგჯერ ხდება მათი სიმსივნური გადაგვარება. პაციენტი მაღალია, მეორადი სასქესო ნიშნები თითქმის არ აქვს, ბოქვენზე თმისიანობა ოდნავაა გამოხატული (ქალის ტიპის), საშვილოსნო რუდიმენტულია. გონადების დისგენეზიის შერეული ანუ ატიპური ფორმა ინტერსექსუალიზმის განსაკუთრებულ ფორმას მიეკუთვნება. მისთვის დამახასიათებელია ქალის (იშვიათად მამაკაცის) ფენოტიპი გარეთა სასქესო ორგანოების ინტერსექსუალური აგებულებით (ქალის ტიპის სიჭარბით) და ვირილიზაციის სხვადასხვა ხარისხით. ციტოგენეტიკური გამოკვლევებით ვლინდება კარიოტიპი 46XY ან მოზაიციზმი 46XY/45X0. იმის მიხედვით, თუ უჯრედების რომელი კლონი ჰარბობს, საკვერცხეების ადგილზე იქნება ოვოტესტისი, ოვარიული ჭიმი ან დისგენეზური საკვერცხე. ამ ფორმის დროს ხშირია არასრულფასოვანი გონადის ავთვისებიანი გადაგვარება.

ტესტიკულური ფუნქციონირება. დაავადებას ახასიათებს ქალის ფენოტიპი, ნორმალურად განვითარებული ან ჰიპოპლასტიური გარეთა სასქესო ორგანოები, საშვილოსნოსა და საშვილოსნოს მილების არარსებობა. საშო, ძირითადად, ყრულ მთავრდება. გონადური და გენეტიკური სქესი მამრობითია (46XY), თუმცა გონადები დიდი რაოდენობით ქალის სასქესო ჰორმონებს გამოიმუშავებენ. დაავადებისათვის დამახასიათებელი ნიშნები სქესობრივი მომწიფების პერიოდში გამოვლინდება. არსებობს გონადების სიმსივნური გადაგვარების საშიშროება. ხშირად გონადები განლაგებულია სასქესო ბაგეების სისქეში ან საზარდულის არხებში.

საკვერცხეების პირველადი ჰიპოფუნქცია. ფოლიკულური აპარატის დაზიანება შეიძლება მოხდეს ორსულობის სხვადასხვა პათოლოგიის (ტოქსიკოზები, ექსტრაგენიტალური დაავადებები) შედეგად, ბავშვთა ასაკში ტუბერკულოზური ან სიმსივნური პროცესის გამო, რაც იწვევს ზოგად და სქესობრივ ინფანტილიზმს, პაციენტთა გადაჭარბებულ ზრდას. საკვერცხისმიერი ამენორეის ამ ფორმას ევანუქოიდურს უწოდებენ. მეორადი სასქესო ნიშნების განუვითარებლობის ხარისხი დამოკიდებულია ესტროგენული უკმარისობის დონეზე. საშვილოსნოს ყელი ხშირად კონუსურია, დამახასიათებელია საშვილოსნოს ჰიპერანტეფლექსია, მენჯის შევიწროება. ჰიპოფიზის გონადოტროპული ჰორმონების პროდუქცია მომატებულია, რადგან მისი შეკავება არ ხდება საკვერცხეების ჰორმონებით.

ექსტრაგონადური მიზეზებით გამოწვეული ამენორეა. ამ პათოლოგიის განვითარება დაკავშირებულია:

1) ცენტრალური ნერვული სისტემისა და ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზური უბნის დაზიანებასთან;

2) თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრის თანდაყოლილ ჰიპერპლასტიასთან;

3) ჰიპოთირეოზთან;

4) ენდომეტრიუმის დისტრუქციასთან ან მის არარსებობასთან.

ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანების დროს ამენორეა საკმაოდ იშვიათია, თუმცა იგი შეიძლება განვითარდეს ტვინის სიმსივნის, ქრონიკული მენინგოენცეფალიტის, არაქნოიდიტის, ქრონიკული სეროზული მენინგიტისა და ეპიდემიური ენცეფალიტის დროს. აქვე აღსანიშნავია ფსიქოგენური ამენორეაც, რომელიც უარყოფით ემოციებს, გონებრივ და ფიზიკურ გადაძაბვას უკავშირდება.

ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური უბნის პათოლოგიური ცვლილებებით განპირობებული ამენორეა შედარებით იშვიათია. ჰიპოთალამუსის და ჰიპოფიზის ორგანული ცვლილებები ვითარდება ადიპოზოგენიტალური დისტროფიის და ლოუტრენს-მუნერ-ბიდლის სინდრომის დროს. ამ დაავადებების კლინიკური სურათი ერთმანეთის მსგავსია და გამოიხატება გაცხიმოვნებით (ცხიმის მკვეთრად გამოხატული დაგროვებით მენჯისა და თეძოების არეში), ჩონჩხის განვითარების დეფექტებით, სასქესო ორგანოების ჰიპოპლასტიით და ამენორეით. ლოუტრენს-მუნერ-ბიდლის სინდრომი თანდაყოლილი ოჯახური დაავადებაა, რომელიც განპირობებულია გენური დეფექტებით. მას ახასიათებს მკვეთრი გონებრივი ჩამორჩენილობა და განვითარების მრავლობითი მანკები ჰიპოთალამუსისა და ჰიპოფიზის დაზიანების შედეგად. პირველადი ამენორეა შეიძლება განვითარდეს

თანდაყოლილი ჰენდ-შულერ-კრისჩენის დაავადების მქონე ქალებში. მისთვის დამახასიათებელია ჯუჯის სიმაღლე, სქესობრივი ინფანტილიზმი, ქსანთომატოზი, ოსტეოპოროზი, უშაქრო დიაბეტი, ენდოფთალმი. მთლიანი ჰიპოფიზის ჰიპოფუნქციის დროს (ჰიპოფიზური კახექსია, პანჰიპოპიტუიტარიზმი) გამოხატულია ჟონდრისკაცობა (ნანიზმი) სქესობრივი ინფანტილიზმით და ამენორეით.

ადრენოგენიტალური სინდრომის თანდაყოლილი ფორმის დროს თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრის ფერმენტული სისტემის დეფექტის გამო დარღვეულია კორტიზოლის სინთეზი. ამის შედეგად მატულობს ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის პროდუქცია, აღინიშნება ანდროგენების ჰიპერპროდუქცია, რაც მდებრობითი სქესის შემთხვევაში ვირილიზაციას იწვევს. დაავადებას ახასიათებს ქალური ფსევდოჰერმაფროდიტიზმის ნიშნების გამოვლენა ბავშვის დაბადებისთანავე, კლიტორის გადიდება, უროგენიტალური სინუსის ან განუვითარებელი საშოს არსებობა, მაღალი შორისი, განუვითარებელი სასქესო ბაგეები. შიგნითა სასქესო ორგანოების განვითარება (გარეთა სასქესო ორგანოების ვირილიზაციის მიუხედავად) ნორმალურად მიმდინარეობს.

პირველადი ამენორეის საშვილოსნოსშრივი ფორმა. პათოლოგია განპირობებულია ენდომეტრიუმში არსებული ცვლილებებით, რომლებიც სხვადასხვა ხარისხით გამოვლინდება – სასქესო ჰორმონების მიმართ მისი რეცეპტორების მგრძობელობის დაქვეითებიდან მთელი ენდომეტრიუმის სრულ დესტრუქციამდე, რაც ძალიან ხშირად ტუბერკულოზური პროცესის შედეგია.

ამრიგად, პირველადი ამენორეა შეიძლება განვითარდეს მენსტრუალური ფუნქციის რეგულაციის რთული სისტემის დარღვევით ნებისმიერი რგოლის დონეზე. ყველაზე ხშირად ეს დაკავშირებულია გენეტიკურად განპირობებულ პათოლოგიასთან ან ორგანიზმის და სასქესო სისტემის განვითარების შეფერხებასთან გარემოს არადაამაკმაყოფილებელი პირობებისა და მავნე ფაქტორების ზემოქმედების გამო, რომლებიც გავლენას ახდენენ ორგანიზმზე ჭერ კიდევ მენსტრუალური ციკლის ჩამოყალიბებამდე.

მეორადი ამენორეა ხასიათდება მენსტრუაციის შეწყვეტით მისი ერთხელ მაინც მოსვლის შემდეგ. მეორადი ამენორეა ვითარდება მენსტრუალური ციკლის ჩამოყალიბების შემდეგ დამაზიანებელი ფაქტორების ზემოქმედების შედეგად. ამენორეის ეს ფორმა ხშირია სქესობრივი სიმწიფის პერიოდში მყოფ ქალებში, თუმცა შეიძლება განვითარდეს მალევე, მენარქეს შემდეგ.

ამა თუ იმ მავნე აგენტების მოქმედების დროს ამენორეის განვითარებას ხელს უწყობს შემდეგი ფაქტორები:

ა) საერთო და გენიტალური ინფანტილიზმი;

ბ) ორგანიზმში არსებული ცვლილებები, რაც დაკავშირებულია ბავშვობისა და პუბერტულ პერიოდში გადატანილ დაავადებებთან (ტუბერკულოზი, ტონზილიტი, ადენოვირუსული ინფექცია და სხვ);

გ) გადაღლა და სტრესული რეაქციები;

დ) ენდოკრინული და ორგანიზმის სხვა სისტემების გენეტიკურად განპირობებული არასრულფასოვნება.

ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხეები-საშვილოსნოს სისტემის დაზიანების დონის მიხედვით მეორად ამენორეას ყოფენ შემდეგ ფორმებად: 1) ჰიპოთალამური ამენორეა, რომელიც დაკავშირებულია ცენტრალური ნერვული სისტემის

დაზიანებასთან; 2) ჰიპოფიზური; 3) საკვერცხისმიერი; 4) საშვილოსნოსმიერი ამენორეა.

ჰიპოთალამური ამენორეა. იგი ხშირად ფუნქციური, ხოლო იშვიათად, ორგანული ხასიათისაა. მას მიეკუთვნება:

ა) ფსიქოგენური ამენორეა, რომელიც ვითარდება სტრესული მდგომარეობების შედეგად, ასევე ომიანობის პერიოდის ამენორეა;

ბ) ამენორეის შერწყმა გალაქტორეასთან (კიარო-ფრომელის სინდრომი), რომელიც ხშირად ვითარდება ორსულობისა და მშობიარობის პათოლოგიური მიმდინარეობისას, ლოგინობის პერიოდში, ტრანკვილიზატორების დიდი დოზების მიღების შემდეგ. ჰიპოთალამუსის დაზიანების დროს მცირდება პროლაქტინმანიპიბირებელი ფაქტორის პროდუქცია, მცირდება ჰიპოფიზის მიერ გონადოტროპინების სეკრეცია და მატულობს პროლაქტინის პროდუქცია. ჰიპერპროლაქტინემიით მიმდინარე ამენორეას შეიძლება თან არ ახლდეს რძის მომატებული პროდუქცია;

გ) „კრუ ორსულობა“, რომელიც შეიძლება განვითარდეს გამოხატული ნევროზის მქონე ქალებში შვილის ყოლის დაუძლეველი სურვილის შედეგად;

დ) ნერვული ანორექსია, რომელიც, ძირითადად, ვლინდება გოგონებში ფსიქიკური ტრავმის შედეგად და ხასიათდება ზიზლით საკვების მიმართ, სისუსტით, კახექსიით, ძირითადი ცვლის დაქვეითებით, ბრადიკარდიით. ამ პათოლოგიის დროს აღინიშნება ფარისებრი ჯირკვლისა და თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ფუნქციის მეორადი დარღვევა;

ე) ინტოქსიკაციებისა და ორგანიზმის გამომფიტავი დაავადებების ფონზე განვითარებული ამენორეა, რომელიც ძირითადი დაავადებით განპირობებული რილიზინგ-ფაქტორების პროდუქციის დათრგუნვის შედეგია. ამენორეა ხშირად ვითარდება შიზოფრენიის, მანიაკურ-დეპრესიული ფსიქოზის, შაქრიანი დიაბეტის, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის და ღვიძლის მძიმე დაავადებების დროს. ზოგჯერ ჰიპოთალამურ დარღვევებს და ამენორეას თან ახლავს ანორექსია, სხეულის წონის მკვეთრი კლება.

ბოლო წლებში, გოგონებში (განსაკუთრებით 14-16 წლის ასაკში) გაიზარდა ამენორეის სიხშირე ხელოვნურად გამოწვეული გახდომის გამო. საკვების მკვეთრი შეზღუდვა, დიდი ფიზიკური დატვირთვა, საფადართო საშუალებების გამოყენება სხეულის წონის მნიშვნელოვან შემცირებას და მადის სრულ გაქრობას იწვევს; დაავადების პროგრესირებისას სხეულის წონა იკლებს პაციენტის სურვილისგან დამოუკიდებლად და ვითარდება ნერვული ანორექსიის სურათი. განვითარებული დაავადება ხასიათდება მყარი რეციდივიული მიმდინარეობით, ყველა ორგანოში მნიშვნელოვანი ცვლილებების განვითარებით.

ჰიპოთალამური დარღვევების ყველა ზემოაღნიშნული სახის დროს პათოლოგიურ პროცესში მეორადად ერთვება ადენოჰიპოფიზი, ქვეითდება მისი გონადოტროპული ფუნქცია, რაც თავის მხრივ ამცირებს საკვერცხეების ფუნქციას და თრგუნავს ენდომეტრიუმის ციკლურ ცვლილებებს.

ჰიპოფიზური ამენორეა. ამენორეის ამ ფორმას ყველაზე ხშირად საფუძვლად უდევს ადენოჰიპოფიზის ორგანული დაზიანება. ჰიპოფიზური ამენორეა პირობითად შეიძლება დაიყოს ორ ჯგუფად: 1) ადენოჰიპოფიზის ქსოვილში ნეკროზული ცვლილებების შედეგად განვითარებული ამენორეა (შინის

სინდრომი, სიმონდსის დაავადება); 2) ჰიპოფიზის სიმსივნით გამოწვეული ამენორეა (იცენკო-კუშინგის დაავადება, აკრომეგალია).

შიენის სინდრომი (მშობიარობის შემდგომი ჰიპოპიტუიტარიზმი) ვითარდება ადენოჰიპოფიზის ქსოვილის 80-90%-ის სიკვდილის შედეგად, რომელიც ვითარდება მშობიარობის დროს მასიური და არასრულად აღდგენილი სისხლის დანაკარგის შემთხვევაში, რაც თავის მხრივ იწვევს ადენო-ჰიპოფიზის სისხლძარღვების ხანგრძლივ სპაზმს და თრომბოზს იშემიური ნეკროზის შემდგომი განვითარებით. დაავადებას ყველაზე ხშირად თან ახლავს გონადოტროპული ფუნქციის მკვეთრი დაქვეითება, იშვიათად – თირეოტროპული და ადრენოკორტიკოტროპული (აქტ) ჰორმონის სეკრეციის შემცირება.

ჰიპოფიზური ჰორმონების ფუნქციის დაქვეითების ხარისხის მიხედვით ვლინდება შემდეგი სიმპტომები: აგალაქტია ან ჰიპოგალაქტია ბოქვენზე და ილღის ფოსოებში თმის დაცვენა, ჰიპოთირეოზის ნიშნები, ასთენიზაცია, ჰიპოკორტიციზმი, გონადოტროპინებისა და ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის სეკრეციის დაქვეითება.

ჰიპოფიზური კახექსია (სიმონდსის დაავადება) ადენოჰიპოფიზის ნეკროზის ან დესტრუქციის შედეგად ვითარდება, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს სიმსივნის განვითარებით, ტუბერკულოზური, სიფილისური ან სხვა ინფექციური პროცესით. დაავადებას ახასიათებს ძირითადი ცვლის დაქვეითება, მკვეთრი გამოფიტვა, სასქესო ორგანოების ატროფია, ანემია, ჰიპოთირეოზის და ჰიპოკორტიციზმის მოვლენები.

ადენოჰიპოფიზის სიმსივნით განპირობებულ ამენორეას ახასიათებს სხვადასხვა კლინიკური სურათი, იმისდა მიხედვით, თუ რა ტიპის უჯრედებიდან განვითარდა სიმსივნე. ერთმანეთისგან განასხვავებენ:

ა) აციდოფილურ ადენომას, რომელიც ზრდის ჰორმონის ჭარბი გამოყოფით თრგუნავს ჰიპოფიზის გონადოტროპულ ფუნქციას, რაც იწვევს ამენორეის განვითარებას გიგანტიზმის ან აკრომეგალიის ფონზე;

ბ) ბაზოფილურ ადენომას, რომელიც განაპირობებს ამენორეის და იცენკო-კუშინგის დაავადების ერთდროულ განვითარებას.

ბაზოფილური უჯრედები ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის ჭარბ პროდუქციასთან ერთად მცირე რაოდენობის გონადოტროპინების სინთეზს ახდენენ. სისხლში ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის და ოქსიკორტიკოსტეროიდების შემცველობა მნიშვნელოვნად მატულობს, გონადოტროპინების და ესტროგენების ექსკრეცია კი დაბალ დონეზეა. ჰიპოფიზის ქრომოფობული ადენომა ვითარდება ქრომოფობული უჯრედებიდან, რომელთაც სეკრეტორული აქტივობა არ ახასიათებს. ამ დაავადების დროს ადგილი აქვს თურქული კენის კედლების რღვევას და ვლინდება მიმდებარე ქსოვილზე, კერძოდ მხედველობის ნერვებზე ზეწოლის სიმპტომები. სიმსივნის განვითარებას ახლავს გაცხიბოვნება, ამენორეა და უნაყოფობა.

საკვერცხისმიერი ამენორეა. გამოყოფენ შემდეგ ფორმებს:

ა) ადრეული საკვერცხისმიერი უკმარისობა (ადრეული კლიმაქსი), რომლის დროსაც ნაადრევად ხდება არასრულფასოვანი საკვერცხეების ფუნქციის შეწყვეტა, რაც კლინიკურად გამოვლინდება მენსტრუაციის შეწყვეტით 30-35 წლის ასაკში;

ბ) სკლეროკისტოზური საკვერცხეები (შტეინ-ლევენტალის სინდრომი), ამ დაავადების დროს ენზიმური სისტემის არასრულფასოვნების გამო საკვერცხეებში დარღვეულია სტეროიდოგენეზი, რაც ანდროგენების ჰიპერპროდუქციას და ესტროგენების გამომუშავების დათრგუნვას იწვევს. სკლეროკისტოზური საკვერცხეების ქერქოვან და ტვინოვან შრეში ვითარდება შემაერთებელი ქსოვილი, სისხლძარღვთა კედლების სკლეროზი, თეკა-ქსოვილის ელემენტების ჰიპერპლაზია, თეთრი გარსის გასქელება. დაავადების ადრეული განვითარებისას ამენორეა შეიძლება იყოს პირველადი. ვლინდება უნაყოფობა, გაცხიმოვნება, ჰიპერტრიქოზი, საკვერცხეები დიდდება და მკვრივდება;

გ) საკვერცხის ანდროგენმაპროდუცირებელი სიმსივნით გამოწვეული ამენორეა. ამ სიმსივნეების განვითარებისას (ანდრობლასტომა) დიდი რაოდენობით გამომუშავდება ტესტოსტერონი, რომელიც ჰიპოფიზის გონადოტროპული ფუნქციის ბლოკირებას ახდენს. ასეთ შემთხვევებში ამენორეა უვითარდებათ ნორმალური მენსტრუალური ციკლის მქონე ქალებს. დასაწყისში ჩნდება დეფემინიზაციის მოვლენები, შემდეგ კი სწრაფად პროგრესირებს მასკულინიზაცია;

დ) საკვერცხის ქსოვილზე მაიონიზებელი რადიაციის დამაზიანებელი მოქმედების, საკვერცხეების ამოკვეთის (პოსტკასტრაციული სინდრომი) შედეგად განვითარებული ამენორეა.

მეორადი ამენორეის საშვილოსნოსმხრივი ფორმა. მისი განვითარება განპირობებულია ენდომეტრიუმში პირველადად აღმოცენებული პათოლოგიური პროცესით. მეორადი ამენორეის ამ ფორმის გამომწვევ მიზეზებს მიეკუთვნება:

ა) ტუბერკულოზური ენდომეტრიტი, რომელიც ენდომეტრიუმის ბაზალური შრის რღვევას იწვევს;

ბ) ენდომეტრიუმის ტრავმული დაზიანება ხელოვნური აბორტის დროს ან მშობიარობის შემდეგ უხეში გამოფხეკის შედეგად;

გ) საშვილოსნოს ლორწოვან გარსზე იოდის ნაყენის, რადიოაქტიური კობალტის მოქმედება, ასევე ენდომეტრიუმის კრიოდესტრუქცია.

ამ მიზეზების შედეგად ენდომეტრიუმში შეიძლება განვითარდეს გამოხატული ნაწიბუროვანი ცვლილებები სინეჩიების წარმოქმნითა და საშვილოსნოს ღრუს ობლიტერაციით. ამ ფაქტორების შედარებით ზედაპირული მოქმედების დროს, როდესაც ენდომეტრიუმში ნაწილობრივ შენარჩუნებულია, მისი რეცეპტორები კარგავენ სასქესო ჰორმონებზე რეაგირების უნარს ანუ, სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ენდომეტრიუმში უგრძნობი ხდება ჰორმონული სტიმულაციის მიმართ. ამენორეის საშვილოსნოსმხრივი ფორმა ვითარდება, ასევე, მისი ამოკვეთის შემდეგ.

კლინიკა. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ამენორეა არ არის დამოუკიდებელი დაავადება. იგი წარმოადგენს სხვადასხვა დაავადებისა და ფუნქციური დარღვევის სიმპტომურ გამოვლინებას. ამიტომ ამენორეის დროს კლინიკურ სურათს ძირითადი დაავადების ხასიათი განსაზღვრავს. ხანგრძლივად მიმდინარე ამენორეა მეორადი ემოციურ-ფსიქიური და ვეგეტო-სისხლძარღვოვანი დარღვევების მიზეზი ხდება. ასეთი პაციენტები უჩივიან საერთო სისუსტეს, გაღიზიანებას, მტირალობას, მეხსიერებისა და შრომისუნარიანობის დაქვეითებას, გულის არეში უსიამოვნო შეგრძნებას, პათოლოგიურ ოფლიანობას, ალებს, თავის ტკივილებს და სხვ.

დიაგნოსტიკა. ეტიოლოგიური ფაქტორების მრავალგვარობა და ამენორეის რთული პათოგენეზი განაპირობებს პაციენტთა ზედმიწევნითი გამოკვლევის აუცილებლობას, რათა გამოვლენილ იქნას ნერვული და სასქესო სისტემის, შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლები, შინაგანი ორგანოების ორგანული ან ფუნქციური დაავადება, ასევე განისაზღვროს, სად მოხდა ძირითადი დარღვევა — რეგულაციური სისტემის (ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხეების სისტემა) რომელიმე რგოლში თუ საშვილოსნოში.

ანამნეზის შეკრება. ანამნეზის მონაცემებიდან განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მონაცემები მემკვიდრეობის, გადატანილი დაავადებების, მენსტრუალური და რეპროდუქციული ფუნქციის ჩამოყალიბების თავისებურებებისა და ხასიათის შესახებ. დიდი მნიშვნელობა აქვს ინფორმაციას იმ პათოგენური ფაქტორების შესახებ, რომელთა მოქმედება წინ უსწრებდა ამენორეის განვითარებას (თუ მას მეორადი ხასიათი აქვს). ყურადღება უნდა მიექცეს ოჯახურ ანამნეზს. ახლო ნათესავებში მენსტრუაციის არარსებობის შემთხვევაში შეიძლება ვიფიქროთ გონადების დისგენეზიაზე ან ტესტიკულურ ფემინიზაციაზე. გამოკვლეულ უნდა იქნას პრეპუბერტული და პუბერტული პერიოდების მიმდინარეობის თავისებურებები, წარსულში გინეკოლოგიური დაავადებების, ოპერაციების არსებობა.

პაციენტის დათვალიერება. ყურადღება უნდა მიექცეს პაციენტის აღნაგობას, ცხიმის განლაგების ხასიათს, თმისა და სხეულზე, ფარისებრი ჯირკვლის მდგომარეობას. მეორადი სასქესო ნიშნების ნორმალური განვითარება საკვერცხეების მიერ ესტროგენული ჰორმონების საკმარისი რაოდენობით სეკრეციაზე მიუთითებს. ასეთ შემთხვევებში ამენორეა არ არის დაკავშირებული სასქესო ჯირკვლების პათოლოგიასთან. პაციენტის დიდი სიმაღლე, გრძელი ზედა და ქვედა კიდურები, ვიწრო მენჯი, სარძევე ჯირკვლებისა და სასქესო თმის განვითარების შეფერხება სქესობრივი მომწიფების პერიოდის დასაწყისიდან არსებულ ესტროგენული სტიმულაციის უკმარისობაზე მიუთითებს. ცხიმის სიჭარბე მუცელზე, თეძოებზე, წითელი და თეთრი ზოლები (სტრიები), სახისა და სხეულის პიგმენტური ლაქები, ფერიმჰამელები, მშრალი კანი, ჰირსუტიზმის სიმპტომებია, რომლებიც ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზური სისტემის, თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევას ახასიათებს. ამ ნიშნებს ვხვდებით სკლეროკისტოზური საკვერცხეების სინდრომის, გენიტალური ტუბერკულოზის, იცენკო-კუშინგის დაავადების, ადრენოგენიტალური სინდრომის დროს, ამიტომ აღნიშნული სიმპტომების გამოვლენისას, დიფერენციული დიაგნოსტიკის მიზნით, აუცილებელია კვლევის დამატებითი მეთოდების გამოყენება.

გინეკოლოგიური გამოკვლევა. სქესობრივი სიმწიფის დადგომამდე საკვერცხეების ჰიპოფუნქციაზე მიუთითებს ბოქვენის მწირი თმისა, ცუდად გამოხატული საშოს ნაოჭები, განუვითარებელი, კონუსური ფორმის საშვილოსნოს ყელი, საშვილოსნოს მცირე ზომები, მისი ჰიპერანტეფლექსია. ადრენოგენიტალური სინდრომის, თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის სიმსივნისა და საკვერცხის ანდროგენმპაროდუციურებელი სიმსივნისთვის დამახასიათებელია ბოქვენზე მამაკაცის ტიპის თმის განვითარება და კლიტორის ჰიპერტროფია. საშვილოსნოს დანამატების ანთებითი ცვლილებების არარსებობის და საკვერცხეების ორმხრივი გადიდებისას შეიძლება ვივარაუდოთ შტეინ-ლევენტალის

სინდრომის არსებობა. ამგვარად, ანამნეზის მონაცემები, ზოგადი და გინეკოლოგიური გამოკვლევის შედეგები, საშუალებას იძლევა განისაზღვროს ამენორეის სავარაუდო მიზეზი და დაისახოს შესაბამისი დამატებითი კომპლექსური გამოკვლევა.

გამოკვლევის დაწყება მიზანშეწონილია პროგესტერონული სინჯით, რომელიც ამენორეის საშვილოსნოსმხრივი ფორმის უარყოფის (ან დადასტურების) საშუალებას იძლევა. ამ მიზნით პაციენტს კუნთებში უკეთდება 5-20 მგ პროგესტერონი 6 დღის განმავლობაში. 2-3 დღის შემდეგ მენსტრუაციის მსგავსი რეაქციის გამოვლენა ამენორეის საშვილოსნოსმხრივი ფორმისა და მენსტრუალური სისხლის გამოდენისთვის დაბრკოლების არარსებობაზე (ცრუ ამენორეა) მოწმობს.

ამენორეის საშვილოსნოსმხრივი ფორმის არარსებობისას, პროგესტერონული სინჯი დადებითია მხოლოდ ორგანიზმში ესტროგენების საკმარისი პროდუქციის შემთხვევაში. ამ ჰორმონების გამოხატული დეფიციტისას სინჯი უარყოფითი იქნება, რადგან გამოხატული ჰიპოტროფიის მდგომარეობაში მყოფ ენდომეტრიუმს არ შეუძლია ჩამოიფეცქენას ორგანიზმში პროგესტერონის რაოდენობის შემცირების საპასუხოდ. ამიტომ უარყოფითი პროგესტერონული სინჯის დროს მიზანშეწონილია კომბინირებული ესტროგენ-გესტაგენური სინჯის ჩატარება. ამ მიზნით პაციენტს 10-14 დღის განმავლობაში ენიშნება ესტროგენული პრეპარატები (მაგ. მიკროფოლინი 0,05 მგ დღეში), შემდეგ კი იწყებენ პროგესტერონის შეყვანას სქემის მიხედვით. ამენორეის საშვილოსნოსმხრივი ფორმის დროს ეს სინჯი უარყოფითია.

თუ პროგესტერონული სინჯი დადებითია, სასურველია სისხლში პროლაქტინის შემცველობის განსაზღვრა. მისი დონის მატების შემთხვევაში (20 ნგ/მლ-ზე მეტი) ვარაუდობენ ამ ჰორმონის ჰიპერპროდუქციასთან დაკავშირებულ ამენორეას. ასეთ შემთხვევებში აუცილებელია თავის ქალას რენტგენოგრაფია (ჰიპოფიზის ადენომის გამორიცხვის მიზნით). თურქული კეხის ზომების მატება, მისი ზურგის გათხელება და კეხის შესავლის გაფართოება შეიძლება იყოს ჰიპოფიზის სიმპიენის ადრეული ნიშანი. ამ სიმპიენის არსებობას ადასტურებს ცვლილებები თვალის ფსკერზე (მხედველობის ფერადი ველების ცვლილებები).

საკვერცხისმიერი და ცენტრალური გენეზის ამენორეის დიფერენციული დიაგნოსტიკის მიზნით ახორციელებენ სისხლში ფოლიკულომასტიმულირებელი და მალუთეინიზებელი ჰორმონების დონის განსაზღვრას. სისხლში გონადოტროპინების შემცველობის მომატება გონადოტროპული სტიმულაციის მიმართ საკვერცხეების რეაქციის არარსებობაზე და მათ დაზიანებაზე (გონადების დისგენეზია, სკლეროკისტოზური საკვერცხეები, რეზისტენტული საკვერცხეების სინდრომი, პოსტკასტრაციული მდგომარეობა) მიუთითებს. სისხლში გონადოტროპინების კონცენტრაციის დაქვეითება ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემის ფუნქციის უკმარისობაზე მეტყველებს. დიფერენციული დიაგნოსტიკის მიზნით ახორციელებენ სისხლში სასქესო ჰორმონების დონის განსაზღვრას, კოლპოციტოლოგიურ გამოკვლევას.

ჰიპერტრიქოზთან კომბინირებული ამენორეის დროს აუცილებელია დიფერენციული დიაგნოზის წარმოება სკლეროკისტოზულ საკვერცხეებსა და

თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ჰიპერფუნქციას შორის. თუ შარდში 17-კეტოსტეროიდების დონე მომატებულია, ატარებენ დექსამეტაზონის ცდას. ამ მიზნით პაციენტს per os ეძლევა 0,5 მგ დექსამეტაზონი 4-ჯერ დღეში 5 დღის განმავლობაში. თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ჰიპერფუნქციის შემთხვევაში აღრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის პროლუქცია დაითრგუნება და შარდში 17-კეტოსტეროიდების რაოდენობა შემცირდება. შტეინ-ლევენტალის სინდრომის დროს (საკვერცხისმიერი და ცენტრალური გენეზის) 17-კეტოსტეროიდების ექსკრეციის დაქვეითება არ აღინიშნება.

სასქესო ქრომატინის და კარიოტიპის განსაზღვრა გვეხმარება გონადების დისგენეზიის, ტესტიკულური ფემინიზაციის და საკვერცხეების შეცვლილი ფუნქციით მიმდინარე ამენორეის გამოძვვევი სხვა გენური დარღვევების დიაგნოზის დაზუსტებაში. საექვო შემთხვევებში დიაგნოზის დადგენის მიზნით საჭიროა პერიტონეოსკოპია ან ლაპაროტომია, ასევე, გონადების ქსოვილის ბიოფსია.

მკურნალობა. ამენორეის დროს მკურნალობა, უპირველეს ყოვლისა, უნდა იყოს ეტიოლოგიური, ე.ი. მიმართული იმ ძირითადი დაავადების მკურნალობაზე, რამაც გამოიწვია მენსტრუაციის შეწყვეტა. თუ დაავადების მიზეზის გამოვლენა ვერ ხერხდება, მკურნალობა შეძლებისდაგვარად უნდა იყოს პათოგენეზური, მიმართული მენსტრუაციის ფუნქციის მარეგულირებელი სისტემის დარღვეული რგოლის აღდგენაზე. კონსერვატიული მკურნალობა ორგანული დაზიანების, კერძოდ, სიმსუქნის, გამორიცხვის შემდეგ ინიშნება. ამენორეის და ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემის ფუნქციის გამოხატული დარღვევის მქონე პაციენტებისთვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია დასვენების რეჟიმის სწორი ორგანიზება, რაციონალური კვება, ფიზიკური ვარჯიში, კლიმატოთერაპია. გაცხიმოვნების შემთხვევაში ინიშნება მაღალკალორიული კომპონენტების შემზღუდავი დიეტა. კომპლექსური თერაპია უნდა მოიცავდეს იონოგალვანიზაციის სედაციური ნივთიერებებით და ტრანკვილიზატორებით, A, B, C, E ჯგუფის ვიტამინებით მკურნალობასთან ერთად, ფიზიოთერაპიულ მკურნალობას. ჰიპოფიზის გონადოტროპული ფუნქციის სტიმულაციის მიზნით, ინიშნება შჩერბაკის საყელო, ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემის არაპირდაპირი ელექტროსტიმულაცია დაბალი სიხშირის იმპულსური დენით, ენდონაზალური ელექტროფორეზი B₁ ვიტამინით და სხვ.

საკვერცხეების ჰიპოფუნქციის ფონზე სასქესო ორგანოების განუვითარებლობის ნიშნების არსებობისას, ძირითადად, საჭიროა ჰორმონული პრეპარატებით მკურნალობა. თავდაპირველად პაციენტს ენიშნება ესტროგენული პრეპარატები 2-4 თვის განმავლობაში (მაგ.: ესტრადიოლ დიპროპიონატის 0,1%-იანი ხსნარის 1 მლ ან მიკროფოლინის აბები 0,01 მგ 1-2-ჯერ დღეში), 20 დღიანი კურსებით. „გუგის“ ფენომენის გამოჩენა, კარიოპიკნოზული ინდექსის 50-60%-მდე გაზრდა ორგანიზმის ესტროგენებით გაჯერებაზე მიუთითებს. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება ციკლური ჰორმონთერაპიის დაწყება. ესტროგენული პრეპარატების შეყვანის შემდეგ გადადიან 1-2 მლ 0,5%-ანი პროგესტერონის ხსნარის დანიშვნაზე. თუ მენსტრუაციის მსგავსი რეაქციის გამოწვევა მოხერხდა, ამის შემდეგ კვლავ წარმოებს ჩანაცვლებითი ჰორმონული თერაპიის რამდენიმე კურსი, შემდეგ კი პაციენტს ასვენებენ. თუ ჰორმონული თერაპია დადებითად მოქმედებს პაციენტის ზოგად მდგომარეობაზე, ნივთიერებათა ცვლაზე, ახდენს საკვერცხეების

ფუნქციის სტიმულაციას, იგი შეიძლება გაგრძელდეს 1-3 წლის განმავლობაში (შესვენებებით). თუმცა ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური ფუნქციის დარღვევის გამოხატული ნიშნების არსებობისას მენსტრუალური ფუნქციის აღდგენა ასეთი თერაპიის საშუალებით, ძირითადად, ვერ ხერხდება, ამიტომ ამ ჯგუფის პაციენტებში ჰორმონულ მკურნალობას ხშირად სიმპტომური და ჩანაცვლებითი ხასიათი აქვს. ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური გენეზის ხანგრძლივი ამენორეის დროს მიზანშეწონილია ოვულაციის მასტიმულირებელი პრეპარატების (კლომიფენი 50 მგ ერთხელ დღეში 5 დღის განმავლობაში, ქორიონული გონადოტროპინი 1500-3000 ერთ. კუნთებში რამდენიმე დღის განმავლობაში) დანიშვნა. ფუნქციური ხასიათის პროლაქტინის ჰიპერსეკრეციის შემთხვევაში საჭიროა მკურნალობა ბრომკრიპტინით (2,5-7,5 მგ დღეში 6-8 თვის განმავლობაში), რადგან იგი ამუხრუჭებს პროლაქტინის სეკრეციას ჰიპოფიზის წინა წილში. ჰიპოფიზის სიმსივნის აღმოჩენისას პაციენტს უტარდება სპეციალური მკურნალობა.

შიენის სინდრომის და სიმონდსის დაავადების დროს მიზანშეწონილია ჩანაცვლებითი თერაპია სასქესო სტეროიდებით, თირეოიდიტით, გლუკოკორტიკოიდებით, ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონით. ფსიქოგენური ამენორეის, ნერვული ანორექსიის და სხვა ანალოგიური დარღვევების შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს ფსიქოთერაპიული მკურნალობა. ორგანიზმის გამოფიტვით და ინტოქსიკაციით მიმდინარე დაავადების დროს ძირითადი დაავადების მკურნალობასთან ერთად ახორციელებენ ზოგად გამაჯანსაღებელ ღონისძიებებს. თუ ზოგადგამაჯანსაღებელი მკურნალობა დადებით შედეგს არ იძლევა, მიზანშეწონილია მასტიმულირებელი თერაპიის ჩატარება სასქესო სტეროიდებით.

მოზარდებში ხელოვნური გახდომის შედეგად განვითარებული ამენორეის დროს სხეულის წონის აღდგენა ამ დაავადების წარმატებით მკურნალობის აუცილებელი პირობაა. სხეულის წონის აღდგენის შემდეგ მენსტრუაციის არარსებობის შემთხვევაში მკურნალობას ატარებენ ჰორმონული პრეპარატებით.

ძიძე ინფექციური დაავადების შემდეგ განვითარებული ამენორეა, ძირითადად, აღდება გამოჯანმრთელების შემდეგ და სპეციალურ მკურნალობას არ საჭიროებს. თუმცა, თუ ამენორეა დიდხანს გრძელდება და თან ახლავს საკვერცხეების ფუნქციის დარღვევის სიმპტომები, საჭიროა ფიზიოთერაპია (შიერბაკის საყულო), E და C ვიტამინები, ჰორმონები. ჰორმონული თერაპია სასქესო სტეროიდებით ფუნქციური დიაგნოსტიკის ტესტების კონტროლის ქვეშ ხორციელდება, ორგანიზმში ჭარბი რაოდენობით ჰორმონების შეყვანის თავიდან აცილების მიზნით.

საკვერცხეების თანდაყოლილი არასრულფასოვნებით განპირობებული ამენორეის საკვერცხისმიერი ფორმის დროს ხორციელდება ჩანაცვლებითი ციკლური ჰორმონთერაპია, საკვერცხის ქსოვილის ჰომოტრანსპლანტაცია. იმ შემთხვევაში, როდესაც ჩივილები არ აღინიშნება, მკურნალობას არ მიმართავენ. სკლეროკისტოზურ საკვერცხეებთან დაკავშირებული ამენორეის დროს მიმართავენ ოვულაციის სტიმულაციას კლომიფენით ან აკეთებენ საკვერცხეების სოლიდურ რეზექციას. ადრენოგენიტალური სინდრომის მქონე ქალებისთვის მიზანშეწონილია დექსამეტაზონის მცირე დოზებით მკურნალობა.

ტუბერკულოზური ენდომეტრიტით გამოწვეული ამენორეის საშვილოსნოს-შრივი ფორმის დროს ხორციელდება სპეციფიკური თერაპია (იხ. „ქალის სასქესო

ორგანოების ტუბერკულოზი“). საშვილოსნოს ღრუს სინექიებს მკურნალობენ ინსტრუმენტულად (საშვილოსნოს ყელის გამაფართოვებლებით, ზონდით). სინექიების გათიშვის შემდეგ, რეციდივის თავიდან აცილების მიზნით, საშვილოსნოს ღრუში შეაქვთ რეზინის გასაბერი ბალონი.

ამგვარად, კომპლექსური გამოკვლევა, ამენორეის სწორი და დროული დიაგნოსტიკა არის ნოზოლოგიური ფორმის შესაბამისი დიფერენციული მკურნალობის წინაპირობა.

ჰიპომენსტრუალურ სინდრომს, ძირითადად, იგივე მიზეზები იწვევს, რაც ამენორეას და ვლინდება მცირე მენსტრუაციის (ჰიპომენორეა), ხანმოკლე (ოლიგომენორეა) და დაგვიანებული, იშვიათი მენსტრუაციის (ოპსომენორეა) სახით. დიაგნოსტიკის მეთოდები იგივეა, რაც ამენორეის დროს. მკურნალობა გულისხმობს ძირითადი დაავადების თერაპიას და ორგანიზმში მომხდარი იმ ძვრების ნორმალიზებას, რომლებმაც გამოიწვია მენსტრუალური ციკლის დარღვევა. ჰიპომენსტრუალური სინდრომისა და ამენორეის დროს მკურნალობის პრინციპები ერთმანეთის მსგავსია.

საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენები

საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენები ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხეების სისტემაში განვითარებული დარღვევების შედეგია. ამასთან, დარღვევებს, ძირითადად, აქვთ არა სტრუქტურული, არამედ ფუნქციური ხასიათი. საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენები გინეკოლოგიური დაავადებების 14-18%-ში გვხვდება და განსაკუთრებით ხშირია ქალის ცხოვრების ისეთ პერიოდებში, როდესაც ორგანიზმის მდგრადობა მავნე ზემოქმედების მიმართ დაქვეითებულია. ამის გამო გამოყოფენ იუვენილურ და კლიმაქტერულ სისხლდენებს. ეს პათოლოგია შედარებით იშვიათად ვითარდება სქესობრივი სიმწიფის პერიოდში. საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენები – პოლიეტოლოგიური დაავადებებია, რომელთა განვითარებას ხელს უწყობს ნერვული გადაძაბვა, ფსიქიური ტრავმები, ექსტრაგენიტალური დაავადებები, საკვერცხეების ფუნქციის დაქვეითებით მიმდინარე სასქესო ორგანოების ადრე გადატანილი ანთებითი დაავადებები, არარაციონალური კვება, ენდოკრინული ჰირკვლების ფუნქციის დარღვევა, ინტოქსიკაციები და ინფექციები (განსაკუთრებით გრიპი, ქრონიკული ტონზილიტი), მაიონიზებელი რადიაცია, ქალა-ტვინის ტრავმა.

საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენების პათოგენეზი დაკავშირებულია ჰიპოფიზიდან ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუთეინიზებელი ჰორმონების პერიოდული გამოყოფის დარღვევასთან, რაც ჰიპოთალამუსის კონტროლით ხორციელდება. ოვულაციის არარსებობას ძალიან ხშირად გონადოტროპული ჰორმონების პროდუქციის დარღვევა იწვევს. ამ მხრივ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მალუთეინიზებელი ჰორმონის პროდუქციის დარღვევა. საშვილოსნოდან დისფუნქციურ სისხლდენებს ფოლიკულის განვითარების დარღვევის, ოვულაციისა და ყვითელი სხეულის მდგომარეობის მიხედვით ყოფენ ოვულაციურ და ანოვულაციურ სისხლდენებად.

საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენების ამ ფორმის დროს ოვულაცია ხდება, მაგრამ დარღვეულია საკვერცხეების ჰორმონების რითმული სეკრეცია. გამოყოფენ ამ პათოლოგიის სამ ძირითად ვარიანტს:

- 1) ციკლის ფოლიკულური ფაზის შემცირება;
- 2) ლუთეინური ფაზის შემცირება;

3) ციკლის ლუთეინური ფაზის გახანგრძლივება. გარდა ამისა, მენსტრუალური ციკლის დარღვევების ამ ჯგუფს მიეკუთვნება ოვულაციური მენსტრუაციათა-შორისი სისხლდენები.

ფოლიკულური ფაზის შემცირებისას მისი ხანგრძლივობა აღწევს 7-8 დღეს, ხოლო მთელი ციკლი შემცირებულია 14-21 დღემდე. ოვულაციური დისფუნქციური სისხლდენის ამ ვარიანტის დამახასიათებელი ნიშანია ბაზალური ტემპერატურის შედარებით ადრეული მომატება (ციკლის მე-7-9 დღეზე). შენარჩუნებული ლუთეინური ფაზის ფონზე ფოლიკულური ფაზის შემცირება ჰიპოფიზის ფუნქციის დარღვევით და საკვერცხეების არასწორი სტიმულაციით არის გამოწვეული. ამ ჯგუფის ქალებს აქვთ ნორმასთან შედარებით უფრო ხშირი (პროიომენორეა), უფრო ჭარბი და ხანგრძლივი (ჰიპერპოლიმენორეა) მენსტრუაცია, ვიდრე ნორმალური მენსტრუალური ციკლის დროს, რაც ციკლის პირველ ფაზაში ენდომეტრიუმის არასაკმარის პროლიფერაციასთან არის დაკავშირებული. მსგავსი დარღვევები ხშირია სქესობრივი მომწიფების პერიოდში. სომატური და სქესობრივი განვითარება მიმდინარეობს თავისებურებების გარეშე.

დიაგნოსტიკა. დაავადების ამოცნობა ფუნქციური დიაგნოსტიკის ტესტების შესწავლას ეფუძნება. ბაზალური ტემპერატურა მენსტრუალური ციკლის მე-10-12 დღეზე ადრე მატულობს. გამონაფხეკის ჰისტოლოგიური გამოკვლევისას (რომელიც მენსტრუაციის სავარაუდო ვადაზე 2-3 დღით ადრე ხორციელდება), გამოვლინდება სეკრეციის სრულფასოვანი ფაზისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები.

ლუთეინური ფაზის შემცირება, რომელიც ყვითელი სხეულის ატრეზიასთან არის დაკავშირებული, ოვულაციური სისხლდენის ყველაზე ხშირი გამოვლინებაა. მენსტრუალური ციკლი შემცირებულია, მენსტრუალური სისხლის რაოდენობა მომატებულია. ბაზალური ტემპერატურა მატულობს 4-5 დღის განმავლობაში, ამასთან ტემპერატურის ზრდა ვერ აღწევს $0,4^{\circ}\text{C}$. უფრო ხშირად ლუთეინური უკმარისობა ჰიპოფიზის მიერ მალუთეინიზებული და ლუთეოტროპული ჰორმონის უკმარის პროდუქციასთან არის დაკავშირებული. საკვერცხის ყვითელი სხეულის მიერ პროგესტერონის პროდუქციის დაქვეითების გამო სეკრეტორული ფაზა არასრულფასოვანია, რითაც აიხსნება სისხლდენის გახანგრძლივება.

კლინიკურად ლუთეინური ფაზის შემოკლებას ახასიათებს სისხლიანი გამონადენის არსებობა მენსტრუაციამდე და მის შემდეგ. ხშირად ასეთ ქალებს ფუნქციური უნაყოფობა აღენიშნებათ.

დიაგნოსტიკა. ციკლის ლუთეინური ფაზის შემოკლების დადგენა შეიძლება ბაზალური ტემპერატურის ანალიზისა და საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის

გამონათხევის ჰისტოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე (სეკრეციული ფაზა არასრულფასოვანია).

ლუთეინური ფაზის გახანგრძლივება მალუთეინიზებული და, განსაკუთრებით, ლუთეოტროპული ჰორმონის ხანგრძლივი გამოყოფის შედეგად ხდება; ყვითელი სხეულის ჰორმონი ენდომეტრიუმზე ხანგრძლივად მოქმედებს, ხოლო მენსტრუაციის დროს მიომეტრიუმზე პროგესტერონის მომაღლებული მოქმედების გამო საშვილოსნო არასაკმარისად აქტიურად იკუმშება. მენსტრუაცია ვითარდება რამდენადმე მოგვიანებით და არის ჭარბი (ჰიპერპოლიმენორეა). ბაზალური ტემპერატურა მაღალია 12-14 და მეტი დღის განმავლობაში. სისხლდენის დროს აღებულ ენდომეტრიუმის გამონათხევაში მკვეთრად გამოხატული სეკრეტორული გარდაქმნა გამოვლინდება.

ოვულაციური მენსტრუაციათაშორისი სისხლდენები მენსტრუაციის დამთავრებიდან მე-10-12 დღეს გამოვლინდება, რეგულარული ხასიათი აქვს და დროში ოვულაციას თანხვდება. მათი განვითარება დაკავშირებულია ამ დროისათვის ორგანიზმში ესტროგენების დონის მკვეთრ დაქვეითებასთან და მის მიმართ ენდომეტრიუმის რეცეპტორების მგრძობელობის ცვლილებასთან. სისხლიანი გამონადენი, ძირითადად, არ არის ჭარბი, მენსტრუაცია უმტკივნეულოა, გრძელდება 1-2 დღე, თან ახლავს მსუბუქი დისკომფორტის შეგრძნება. ბაზალური ტემპერატურა ორფაზიანია ნორმიდან გადახრის გარეშე.

მკურნალობა. ოვულაციური სისხლდენებისას მკურნალობას აწარმოებენ მხოლოდ სისხლის დიდი დანაკარგის შემთხვევაში. ინიშნება ისეთივე ზოგადი ღონისძიებები, რაც გამოყენებული იყო ანოვულაციური დისფუნქციური საშვილოსნოსმხრივი სისხლდენების დროს. შემცირებული ფოლიკულური ფაზის შემთხვევაში მენსტრუაციის დამთავრებიდან პირველ დღეებში ინიშნება ესტროგენები მცირე დოზით. ლუთეინური ფაზის შემცირებისას საჭიროა პროგესტერონით ან სინთეზური გესტაგენებით მკურნალობა მენსტრუაციამდე 6-8 დღით ადრე. გახანგრძლივებული ლუთეინური ფაზის მქონე ქალების მკურნალობა ტარდება ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატებით, ჩვეულებრივი სქემის მიხედვით. მენსტრუაციათაშორის ოვულაციური სისხლიანი გამონადენის დროს კარგ შედეგს იძლევა კომბინირებული ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატები, რომელიც ჩვეულებრივი სქემით ინიშნება ციკლის მე-5 დღიდან 25-ე დღემდე დოზით 1 აბი დღეში. მკურნალობის კურსი 2-3 თვეა.

საშვილოსნოს ანოვულაციური (ერთფაზიანი) სისხლდენება

საშვილოსნოსმხრივი დისფუნქციური სისხლდენების ეს სახეობა განსაკუთრებით ხშირია და მიმდინარეობს ოვულაციისა და ყვითელი სხეულის წარმოქმნის გარეშე. საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში ვითარდება მხოლოდ პროლიფერაციული ცვლილებები. ანოვულაციური ციკლები პათოლოგიური სისხლდენის გარეშე პერიოდულად შეიძლება აღინიშნოს ჯანმრთელ ქალებშიც, განსაკუთრებით ლაქტაციის პერიოდში, პრემენოპაუზის, ასევე, სქესობრივი მომწიფების პერიოდში.

გამოყოფენ ჰიპერ- და ჰიპოესტროგენულ ანოვულაციურ ციკლებს. ჰიპერესტროგენული ანოვულაციური ციკლის შემთხვევაში ფოლიკული სრულ

სიმწიფეს აღწევს, მაგრამ მისი გასკდომა არ ხდება, იგი ხანგრძლივად არსებობს და შემდეგ იწყებს უკუგანვითარებას (ფოლიკულის პერსისტენცია). ჰიპო-ესტროგენული ანოვულაციური ციკლის დროს საკვერცხეებში ერთდროულად რამდენიმე ფოლიკული მწიფდება, მაგრამ ისინი სიმწიფის სტადიას ვერ აღწევენ და ხდება მათი ატრეზია.

ფოლიკულის პერსისტენციის დროს, ძირითადად, დიდი რაოდენობით გამო-მუშავდება ესტროგენული ჰორმონები, რომელთა გავლენით ენდომეტრიუმის ჯერ პროლიფერაცია, შემდეგ კი ჰიპერპლაზია ვითარდება. საშვილოსნოს ლორ-წოვანი გარსი მკვეთრად სქელდება, დაგრძელებულ ჯირკვლებში იწყება კისტების განვითარება (ჯირკვლოვან-კისტოზური ჰიპერპლაზია), ზოგჯერ ზედაპირზე პოლიპის მაგვარი გამობერილობების ჩამოყალიბებით (ჯირკვლოვან-პოლიპური ჰიპერპლაზია).

ფოლიკულის ატრეზიის დროს საკვერცხეებში ესტროგენები უკმარისი რაო-დენობით გამომუშავდება, მაგრამ ენდომეტრიუმზე მათი ხანგრძლივი ზემოქმედება იგივე შედეგებს იწვევს (ჰიპერპლაზია, პოლიპოზი და სხვ.).

ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიის გამომწვევი მიზეზისაგან დამოუკიდებლად, სისხლძარღვთა ქსელი ვეღარ უზრუნველყოფს გასქელებული ენდომეტრიუმის შრეების სისხლით მომარაგებას. ვითარდება ლორწოვანი გარსის ნეკროზი და სისხლძარღვთა თრომბოზი. ყვითელი სხეულის (ან ოვულაციის) არარსებობის გამო არ ხდება ენდომეტრიუმის ფუნქციური და ბაზალური შრეების გამიჯვნა, ამიტომ სისხლში ჰორმონების (ესტროგენების) კონცენტრაციის დაქვეითების საპასუხოდ ენდომეტრიუმი საშვილოსნოს მთელი შიგნითა ზედაპირიდან ერთ-დროული ჩამოფცქვნის ნაცვლად მხოლოდ ნაწილობრივ დესკვამირდება. ჩამოცლილი ენდოთელიუმის უბნებიდან ვითარდება სისხლდენა. შემდეგ ეს უბანი იწყებს ეპითელიზაციას, სისხლდენა მცირდება, მაგრამ ახალი დესკვამაცია მეზობელ უბნებზე კვლავ სისხლდენის მიზეზი ხდება. ამ მექანიზმით აიხსნება საშვილოსნოსმხრივი დისფუნქციური სისხლდენების ხანგრძლივი არსებობა.

კლინიკურად საშვილოსნოს ანოვულაციური დისფუნქციური სისხლდენე-ბისთვის დამახასიათებელია მენსტრუაციის დაგვიანება (დროებითი ამენორეის ფაზა) რამდენიმე დღიდან 3-4 თვემდე, რის შემდეგაც ვითარდება ხანგრძლივი და უმტკივნეულო სისხლდენა. სისხლის დანაკარგი შეიძლება იყოს ჭარბი ან მცირე. ფოლიკულის პერსისტენციისას სისხლდენა, ძირითადად, უფრო ჭარბია, მაგრამ ნაკლები ხანგრძლივობის, ატრეზიის შემთხვევაში სისხლიანი გამონადენი მცირეა, მაგრამ ხანგრძლივი. სისხლდენები იწვევს ანემიის განვითარებას, რომელიც იუვენილური საშვილოსნოსმხრივი სისხლდენების დროს უფრო მკვეთ-რად გამოვლინდება ამ ასაკისთვის დამახასიათებელი საშვილოსნოს კუმშვითი ფუნქციის უკმარისობის გამო.

პრემენოპაუზაში საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენები ყველაზე ხშირად ჰიპერესტროგენიის ფონზე ვითარდება (ფოლიკულის პერსისტენცია), ამის გამო საშვილოსნოს ზომები ხშირად მომატებულია. იუვენილური სისხლ-დენების დროს ესტროგენების დონე (რომლებიც მონოტონურად მცირე რაო-დენობით გამოიყოფა) ხშირად დაქვეითებულია, საშვილოსნო კი ჰიპოპლას-ტიურია.

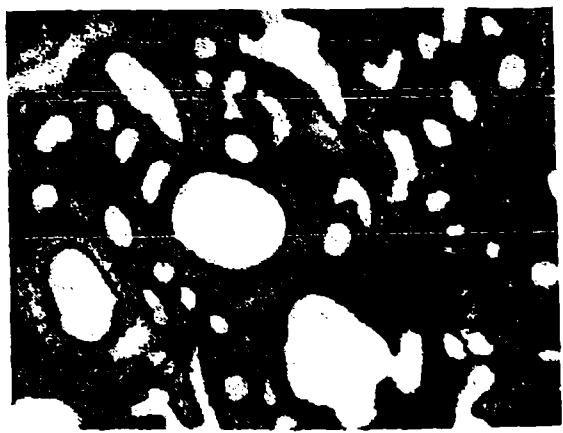
დიაგნოსტიკა ეფუძნება სასქესო ორგანოების ანატომიური ცვლილებებისა და სისხლდენებით მიმდინარე გინეკოლოგიური დაავადებების გამორიცხვას. მენორაგიის განვითარება ახასიათებს საშვილოსნოს მიომას, განსაკუთრებით სიმსივნის ლორწვევა ლოკალიზაციის დროს. ჰიპერ- და, განსაკუთრებით, პოლიმენორეა ხშირად თან ახლავს საშვილოსნოსა და მისი დანამატების ანთებით დაავადებებს. ჰიპერპოლიმენორეა ხშირია ადენომიოზის (საშვილოსნოს ენდომეტრიოზი), ჰიპოპლაზიური საშვილოსნოს მქონე ქალებში. გაძლიერებული და გახანგრძლივებული მენსტრუაცია ვითარდება საშვილოსნოს სისხლძარღვებში შეგუბებითი მოვლენებით გამოწვეული ადგილობრივი ცირკულარული დარღვევების გამო, მაგ: საშვილოსნოს რეტროვერსიის, რეტროფლექსიის, დაწვევის, გამოვარდნის, აგრეთვე, გულის დეკომპენსირებული უკმარისობით გამოწვეული სისხლის მიმოქცევის ზოგადი დარღვევების დროს.

საშვილოსნოში ცვლილებების არარსებობის დროს სისხლდენა შეიძლება გამოწვეული იყოს შედედების სისტემის დარღვევით მიმდინარე სისხლის დაავადებით (თრომბოციტოპენია — ვერლჰოფის დაავადება, ლეიკოზები, ღვიძლის დაზიანება), სისხლძარღვთა კედლის ცვლილებებით, რაც მის მსხვრევადობას იწვევს (რემატიზმი), განსაკუთრებით, მომატებულ არტერიულ წნევასთან (ქრონიკული ნეფრიტი, ჰიპერტონული დაავადება), ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით მიმდინარე დაავადებებთან, ინტოქსიკაციებთან მისი შერწყმის დროს. ზოგიერთ პაციენტში (საშვილოსნოს მიომა, ადენომიოზი, ანთებითი დაავადებები და სხვ.) მენორაგიის დროს შეიძლება გამოვლინდეს საკვერცხეების ფუნქციის ცვლილება.

დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს გამოკვლევის დამატებითი მეთოდების გამოყენებას.

დისფუნქციური საშვილოსნოსმხრივი სისხლდენების ანოვულაციური ხასიათის მაჩვენებელია ყვითელი სხეულის არარსებობა, რაზეც შეიძლება ვიმსჯელოთ ენდომეტრიუმის გამონაფხეკის ჰისტოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე — მასში არ აღმოჩნდება სეკრეციის ფაზისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები. ამის ნაცვლად ნახულობენ გამოხატულ, ზოგჯერ კისტოზური ხასიათის ჰიპერპლაზიას (სურ. 55). ხშირად გვხვდება ენდომეტრიუმის პოლიპოზიც. ხანგრძლივი სისხლდენისას, რასაც თან ახლავს ლორწოვანი გარსის დესქვამაცია, გამონაფხეკი შეიძლება მცირე რაოდენობის იყოს, მაგრამ მასში სეკრეციის ნიშნების არარსებობა მაინც დგინდება.

სისხლსა და შარდში სასქესო ჰორმონების შემცველობის გამოკვლევის დროს ესტროგენების შედარებით მაღალი დონე გამოვლინდება ფოლიკულის პერსისტენციის, ხოლო შედარებით დაბალი — ატრეზიის შემთხვევაში. პირველ შემთხვევაში საშოს ნაცხში კარიოპიკნოზური ინდექსი შეადგენს 60-70%-ს, ხოლო მეორე შემთხვევაში —



სურ. 55. ენდომეტრიუმის კისტური გადაჯარება.

სიმწიფეს აღწევს, მაგრამ მისი გასკდომა არ ხდება, იგი ხანგრძლივად არსებობს და შემდეგ იწყებს უკუგანვითარებას (ფოლიკულის პერსისტენცია). ჰიპო-ესტროგენული ანოვულაციური ციკლის დროს საკვერცხეებში ერთდროულად რამდენიმე ფოლიკული მწიფდება, მაგრამ ისინი სიმწიფის სტადიას ვერ აღწევენ და ხდება მათი ატრეზია.

ფოლიკულის პერსისტენციის დროს, ძირითადად, დიდი რაოდენობით გამო-მუშავდება ესტროგენული ჰორმონები, რომელთა გავლენით ენდომეტრიუმის ჯერ პროლიფერაცია, შემდეგ კი ჰიპერპლაზია ვითარდება. საშვილოსნოს ლორ-წოვანი გარსი მკვეთრად სქელდება, დაგრძელებულ ჯირკვლებში იწყება კისტების განვითარება (ჯირკვლოვან-კისტოზური ჰიპერპლაზია), ზოგჯერ ზედაპირზე პოლიპის მაგვარი გამობერილობების ჩამოყალიბებით (ჯირკვლოვან-პოლიპური ჰიპერპლაზია).

ფოლიკულის ატრეზიის დროს საკვერცხეებში ესტროგენები უკმარისი რაო-დენობით გამოიმუშავდება, მაგრამ ენდომეტრიუმზე მათი ხანგრძლივი ზემოქმედება იგივე შედეგებს იწვევს (ჰიპერპლაზია, პოლიპოზი და სხვ.).

ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიის გამომწვევი მიზეზისაგან დამოუკიდებლად, სისხლძარღვთა ქსელი ვეღარ უზრუნველყოფს გასქელებული ენდომეტრიუმის შრეების სისხლით მომარაგებას. ვითარდება ლორწოვანი გარსის ნეკროზი და სისხლძარღვთა თრომბოზი. ყვითელი სხეულის (ან ოვულაციის) არარსებობის გამო არ ხდება ენდომეტრიუმის ფუნქციური და ბაზალური შრეების გამიჯვნა, ამიტომ სისხლში ჰორმონების (ესტროგენების) კონცენტრაციის დაქვეითების საპასუხოდ ენდომეტრიუმი საშვილოსნოს მთელი შიგნითა ზედაპირიდან ერთ-დროული ჩამოფცქვნის ნაცვლად მხოლოდ ნაწილობრივ დესკვამირდება. ჩამოცლილი ენდოთელიუმის უბნებიდან ვითარდება სისხლდენა. შემდეგ ეს უბანი იწყებს ებითელიზაციას, სისხლდენა მცირდება, მაგრამ ახალი დესკვამაცია მეზობელ უბნებზე კვლავ სისხლდენის მიზეზი ხდება. ამ მექანიზმით აიხსნება საშვილოსნოსმხრივი დისფუნქციური სისხლდენების ხანგრძლივი არსებობა.

კლინიკურად საშვილოსნოს ანოვულაციური დისფუნქციური სისხლდენე-ბისთვის დამახასიათებელია მენსტრუაციის დაგვიანება (დროებითი ამენორეის ფაზა) რამდენიმე დღიდან 3-4 თვემდე, რის შემდეგაც ვითარდება ხანგრძლივი და უმტკივნეულო სისხლდენა. სისხლის დანაკარგი შეიძლება იყოს ჭარბი ან მცირე. ფოლიკულის პერსისტენციისას სისხლდენა, ძირითადად, უფრო ჭარბია, მაგრამ ნაკლები ხანგრძლივობის, ატრეზიის შემთხვევაში სისხლიანი გამონადენი მცირეა, მაგრამ ხანგრძლივი. სისხლდენები იწვევს ანემიის განვითარებას, რომელიც იუვენილური საშვილოსნოსმხრივი სისხლდენების დროს უფრო მკვეთ-რად გამოვლინდება ამ ასაკისთვის დამახასიათებელი საშვილოსნოს კუმშვითი ფუნქციის უკმარისობის გამო.

პრემენოპაუზაში საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენები ყველაზე ხშირად ჰიპერესტროგენიის ფონზე ვითარდება (ფოლიკულის პერსისტენცია), ამის გამო საშვილოსნოს ზომები ხშირად მომატებულია. იუვენილური სისხლ-დენების დროს ესტროგენების დონე (რომლებიც მონოტონურად მცირე რაო-დენობით გამოიყოფა) ხშირად დაქვეითებულია, საშვილოსნო კი ჰიპოპლას-ტიურია.

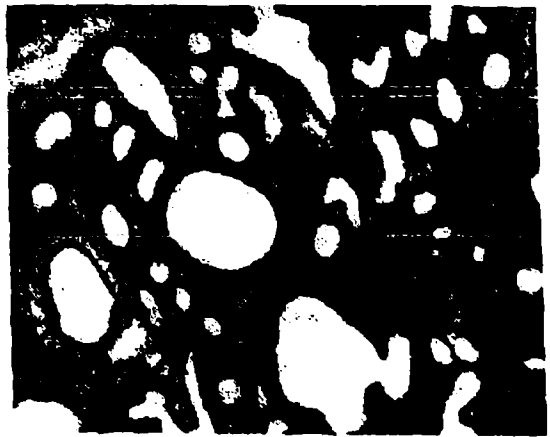
დიაგნოსტიკა ეფუძნება სასქესო ორგანოების ანატომიური ცვლილებებისა და სისხლდენებით მიმდინარე გინეკოლოგიური დაავადებების გამორიცხვას. მენორაგიის განვითარება ახასიათებს საშვილოსნოს მიომას, განსაკუთრებით სიმსივნის ლორწოქვეშა ლოკალიზაციის დროს. ჰიპერ- და, განსაკუთრებით, პოლიმენორეა ხშირად თან ახლავს საშვილოსნოსა და მისი დანამატების ანთებით დაავადებებს. ჰიპერპოლიმენორეა ხშირია ადენომიოზის (საშვილოსნოს ენდომეტრიოზი), ჰიპოპლაზიური საშვილოსნოს მქონე ქალებში. გაძლიერებული და გახანგრძლივებული მენსტრუაცია ვითარდება საშვილოსნოს სისხლძარღვებში შეგუბებითი მოვლენებით გამოწვეული ადგილობრივი ცირკულარული დარღვევების გამო, მაგ: საშვილოსნოს რეტროვერსიის, რეტროფლექსიის, დაწვეის, გამოვარდნის, აგრეთვე, გულის დეკომპენსირებული უკმარისობით გამოწვეული სისხლის მიმოქცევის ზოგადი დარღვევების დროს.

საშვილოსნოში ცვლილებების არარსებობის დროს სისხლდენა შეიძლება გამოწვეული იყოს შედედების სისტემის დარღვევით მიმდინარე სისხლის დაავადებით (თრომბოციტოპენია – ვერლჰოფის დაავადება, ლეიკოზები, ღვიძლის დაზიანება), სისხლძარღვთა კედლის ცვლილებებით, რაც მის მსხვერველბაზას იწვევს (რევმატიზმი), განსაკუთრებით, მომატებულ არტერიულ წნევასთან (ქრონიკული ნეფრიტი, ჰიპერტონული დაავადება), ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით მიმდინარე დაავადებებთან, ინტოქსიკაციებთან მისი შერწყმის დროს. ზოგიერთ პაციენტში (საშვილოსნოს მიომა, ადენომიოზი, ანთებითი დაავადებები და სხვ.) მენორაგიის დროს შეიძლება გამოვლინდეს საკვრცხვების ფუნქციის ცვლილება.

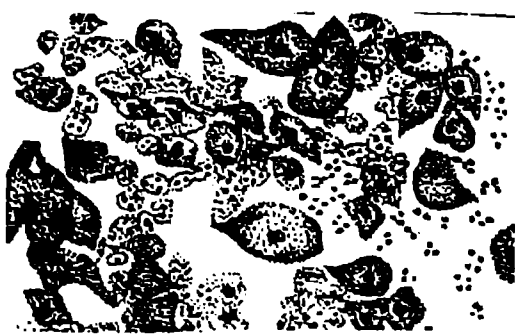
დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს გამოკვლევის დამატებითი მეთოდების გამოყენებას.

ღისფუნქციური საშვილოსნოსმხრივი სისხლდენების ანოვულაციური ხასიათის მაჩვენებელია ყვითელი სხეულის არარსებობა, რაზეც შეიძლება ვიმსჯელოთ ენდომეტრიუმის გამონაფხეკის ჰისტოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე – მასში არ აღმოჩნდება სეკრეციის ფაზისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები. ამის ნაცვლად ნახულობენ გამოხატულ, ზოგჯერ კისტოზური ხასიათის ჰიპერპლაზიას (სურ. 55). ხშირად გვხვდება ენდომეტრიუმის პოლიპოზიც. ხანგრძლივი სისხლდენისას, რასაც თან ახლავს ლორწოვანი გარსის დესქვამაცია, გამონაფხეკი შეიძლება მცირე რაოდენობის იყოს, მაგრამ მასში სეკრეციის ნიშნების არარსებობა მაინც დგინდება.

სისხლსა და შარდში სასქესო ჰორმონების შემცველობის გამოკვლევის დროს ესტროგენების შედარებით მაღალი დონე გამოვლინდება ფოლიკულის პერსისტენციის, ხოლო შედარებით დაბალი – ატრეზიის შემთხვევაში. პირველ შემთხვევაში საშოს ნაცხში კარიოპიკნოზური ინდექსი შეადგენს 60-70%-ს, ხოლო მეორე შემთხვევაში –



სურ. 55. ენდომეტრიუმის კისტური გადაჯარება.



სურ. 56. საშოს ციტოლოგიური რეაქცია.

დაახლოებით 30-40%-ს; სისხლში პროგესტერონის რაოდენობა ყოველთვის დაქვეითებულია (10 ნგ/მლ-ზე ნაკლები), ისევე, როგორც მისი მეტაბოლიტის — პრეგნანდიოლის დღელამური ექსკრეცია (1-1,5 მგ-ზე ნაკლები).

ერთფაზიანი საკვერცხისმიერი ციკლის მთავარი მაჩვენებელია მონოფაზური ბაზალური ტემპერატურა. იგი ყოველთვის 37°C-ზე ნაკლებია. ოვულაციური მენსტრუალური ციკლის დროს, ყვითელი სხეულის ჰორმონის თერმორეგულაციის ცენტრებზე მოქმედების შედეგად, ციკლის მეორე ფაზაში, სწორი ნაწლავიდან გაზომვისას, ტემპერატურა მატულობს 0,4-0,6°C-ით და იგი შენარჩუნებულია 10-13 დღის განმავლობაში. „გუგის“ სიმპტომი ხანგრძლივად, სისხლდენის დაწყებამდე მკვეთრად დადებითი რჩება. ესტროგენებით ორგანიზმის მაღალი გაჯერებისას კარგად არის გამოხატული ყელის ლორწოს კრისტალიზაცია („გვიმრის“ სიმპტომი).

მკურნალობა. აუცილებელია მენსტრუალური ციკლის დარღვევის ხასიათის, პაციენტის ასაკის, დაავადების ხანგრძლივობის, ანემიის გამოვლენის, სისხლდენის ინტენსივობისა და ხანგრძლივობის, გამოკვლევის ლაბორატორიული მეთოდების მონაცემთა გათვალისწინება (სურ. 56). მკურნალობაში გამოყოფენ სამ ეტაპს. პირველ ეტაპზე უზრუნველყოფენ ჰემოსტაზს — სისხლდენის მაქსიმალურად სწრაფ შეჩერებას, რაც, ძირითადად, სტაციონარულ პირობებში ხორციელდება. მეორე ეტაპზე (სტაციონარის ან ქალთა კონსულტაციის პირობებში) ტარდება ჰორმონული დარღვევების კორექცია, მენსტრუალური რითმის აღდგენა, განმეორებითი სისხლდენების პროფილაქტიკა. მესამე ეტაპი არის პაციენტთა რეაბილიტაცია, რომლის ძირითადი მიზანია ახალგაზრდა ქალებში ოვულაციის ინდუქციის გზით რეპროდუქციული ფუნქციის, აგრეთვე, დარღვეული ოვულაციური ციკლის ფაზების აღდგენა; პრემენოპაუზაში — არსებული ჰორმონული დარღვევების კორექცია, სიმსივნური წარმონაქმნების პროფილაქტიკა.

სისხლდენის შეჩერების მიზნით პაციენტს უქმნიან ფიზიკურ და ფსიქიკურ სიმშვიდეს, უზრუნველყოფენ სრულფასოვან, ვიტამინებით მდიდარ კვებას, უნიშნავენ საშვილოსნოს შემკუმშავ საშუალებებს, ჰემოსტაზურ, ანტიანემიურ პრეპარატებს. რეპროდუქციული ასაკის ქალებს, განსაკუთრებით პრენოპაუზის ასაკში, რომელთაც პირველად მიმართეს გინეკოლოგს სისხლდენის შეჩერების მიზნით, უპირველეს ყოვლისა, უნდა ჩაუტარდეთ საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის გამოფხეკა, რომელსაც აქვს არა მხოლოდ თერაპიული (სისხლდენის შეჩერება), არამედ დიაგნოსტიკური მნიშვნელობაც. საშვილოსნოს დიაგნოსტიკური გამოფხეკის შემდეგ მოკლე ხანში სისხლდენის განახლების, ასევე, გამოფხეკის უკუჩვენების არსებობის შემთხვევაში (ანთებითი დაავადებები) ახორციელებენ ჰორმონულ ჰემოსტაზს. იუვენილური სისხლდენების თერაპია ყოველთვის ჰორმონული ჰემოსტაზით იწყება. ამ მიზნით გამოიყენება სხვადასხვა ჰორმონული პრეპარატი: ესტროგენები, გესტაგენები, კომბინირებული ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატები. ამ პრეპარატების დიდი დოზებით შეყვანისას ჰიპოფიზის გონადოტროპული ჰორმონების პროდუქცია შეკავდება, ორგანიზმში ნარჩუნდება სტეროიდების მაღალი კონცენტრაცია, რაც სისხლდენის შეჩერებას იწვევს.

ესტროგენული ჰემოსტაზის არსი შემდეგში მდგომარეობს: მკურნალობის პირველ დღეებში ორგანიზმში ყოველდღე შეყავთ 10000-20000 ერთ. ფოლიკულინი, ან 0,05-0,1 მგ ეთინილესტრადიოლი, ან ესტრონის 0,1%-იანი ხსნარის 1-2 მლ კუნთებში ყოველ 3-4 სთ-ში ერთხელ (სულ 4-5 ინექცია ან 5-6 აბი). სისხლდენა, ძირითადად, 24-48 სთ-ის შემდეგ წყდება. შემდგომი 5-7 დღის განმავლობაში პრეპარატის დოზას თანდათან ამცირებენ, ხოლო მის შეყვანას განაგრძობენ 10-15 დღე, შემდეგი 6-8 დღის განმავლობაში კუნთებში ყოველდღიურად კეთდება 5-15 მგ პროგესტერონი. პროგესტერონის ნაცვლად შეიძლება პრეგნინის ან „სუფთა“ გესტაგენის (ტურინალი) გამოყენება. ჰემოსტაზის მისაღწევად პროგესტერონს იყენებენ არა ჰარბი, მაგრამ განაგრძობივებული სისხლდენის დროს. პროგესტერონი, ძირითადად, შეყავთ 10 მგ ყოველდღე 6-8 დღის განმავლობაში ან 20 მგ ყოველდღე 3 დღის განმავლობაში. აუცილებლად გასათვალისწინებელია, რომ სისხლდენის ფონზე პროგესტერონის შეყვანამ შეიძლება გამოიწვიოს საპასუხო რეაქციის სამი კლინიკური ვარიანტი, მათ შორის ერთ-ერთის დროს თავდაპირველად აღინიშნება სისხლდენის გაძლიერება. ამიტომ ანემიის მჭონე პაციენტებში პროგესტერონული ჰემოსტაზის გამოყენება სახიფათოა.

საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენის დროს ჰემოსტაზის მიზნით ხშირად გამოიყენება სინთეზური პროგესტინები, რომლებიც ესტროგენებთან ერთად გესტაგენურ კომპონენტსაც შეიცავენ (ოვულენი, ბისეკურინი და სხვ.). პრეპარატები ინიშნება პირველ დღეს 5-6 აბი სისხლდენის შემცირებამდე, მე-2 დღეს 1 აბით ნაკლები. შემდგომში დოზას თანდათან ამცირებენ ყოველდღიურად 1 აბის მიღებამდე. მკურნალობის კურსი 21 დღე გრძელდება. პრეპარატის მიღების შეწყვეტიდან 2-3 დღის შემდეგ ვითარდება მენსტრუაციის შესავსი რეაქცია.

მენორაგიების დროს ინიშნება საშვილოსნოს შემკუმშავი ფუნქციის გამაძლიერებელი, ჰემოსტაზური საშუალებები, წარმოებს ანტიანემიური თერაპია.

საშვილოსნოს შემკუმშავი და სისხლდენის შემაჩერებელი ეფექტი აქვს სტიპ-ტიცინს, რომელიც ინიშნება დოზით 1 აბი (0,05 გრ) 3-ჯერ დღეში, ერგოტალს – 1 აბი (1 მგ) 2-3-ჯერ დღეში.

მკურნალობის მეორე ეტაპზე პაციენტები აყავთ დისპანსერულ აღრიცხვაზე, აზუსტებენ მენსტრუალური ციკლის რეგულაციის სისტემაში არსებული დარღვევის დონეს და ხასიათს. ფოლიკულის პერსისტენციის მქონე პაციენტებს საკვერცხეების ფუნქციის რეგულაციისა და საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენის რეციდივის პროფილაქტიკის მიზნით ენიშნება პროგესტერონი კუნთებში 10 მგ ყოველდღე 6-8 დღის განმავლობაში მენსტრუაციამდე 10-12 დღით ადრე. ასეთ მკურნალობას 4-6 თვის მანძილზე ატარებენ. ფოლიკულების ატრეზიასთან დაკავშირებული ანოვულაციის დროს მიზანშეწონილია ციკლური ჰორმონთერაპია, ციკლის პირველი 10-15 დღის განმავლობაში ესტროგენების, შემდეგ კი პროგესტერონის შეყვანით. მკურნალობის კურსი 4-6 თვე გრძელდება. ნორმალური საკვერცხისმიერი ციკლის შესაბამისი ჰორმონული ცვლილებების ხელოვნურად შექმნა ხელს უწყობს დარღვეული ციკლური ცვლილებების აღდგენას ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზის სისტემაში. ზოგჯერ კი, მყარი უნაყოფობის შემთხვევაში, ოვულაციის სტიმულაციის მიზნით დამატებით იყენებენ კლომიფენით, კლომიფენით და ქარიოგონინით, ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობას.

40 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებისათვის, განსაკუთრებით კი გამოხატული ჰიპერესტროგენიის და ენდომეტრიუმში ჰიპერპლასტიური პროცესის არსებობისას, ეფექტურია სინთეზური ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატების დანიშვნა (დღეში 1 აბი მენსტრუალური ციკლის მე-5 დღიდან, 21 დღის განმავლობაში).

ჰორმონულ მკურნალობასთან ერთად ზოგჯერ აწარმოებენ ფიზიოთერაპიასაც. ესტროგენების მომატებული პროდუქციის მქონე პაციენტებს ენიშნება გაღვანური საყელო, სახე-კისრის გაღვანიზაცია ბრომით, მაგნიუმის სულფატით (10-12 პროცედურა ერთ კურსზე). ჰიპოესტროგენიის ფონით მიმდინარე სისხლდენისას მენსტრუალური ციკლის ნორმალიზაციის მიზნით მიკროელემენტებით მკურნალობა ფაზების მიხედვით: ციკლის მე-5-6 დღიდან მე-10-12 დღემდე ელექტროფორეზი სპილენძით (B ჯგუფის ვიტამინებთან კომპლექსში), მე-11-13 დღიდან ელექტროფორეზი თუთიით (C და E ვიტამინებთან ერთად), მენოპაუზაში ენდომეტრიუმის მკვეთრად გამოხატული ჰიპერპლასტიური პროცესების დროს საჭიროა ოქსიპროგესტერონის კაპრონატით მკურნალობა (500 მგ 3-ჯერ კვირაში), მენსტრუაციის ნორმალური რიტმის აღდგენით საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენის თერაპიის მეორე ეტაპი დასრულებულად მიიჩნევა. მესამე ეტაპზე, რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ძირითადი ყურადღება ექცევა დარღვეული რეპროდუქციული ფუნქციის აღდგენას (ოვულაციის სტიმულაცია) და კიბოსწინა მდგომარეობებისა და ენდომეტრიუმის კიბოს პროფილაქტიკას (რაციონალური თერაპია ჰიპერპლასტიური პროცესების დროს). პრემენოპაუზაში სისხლდენის რეციდივისკენ ტენდენციის არსებობისას დგება მენსტრუალური ფუნქციის შეწყვეტის საკითხი. ამ მიზნით ზოგჯერ ინიშნება ანდროგენები, მაგ.: ტესტოსტერონ პროპიონატი (25 მგ კუნთებში კვირაში 2-ჯერ 2 თვის განმავლობაში). ზოგიერთ პაციენტში აწარმოებენ კრიოთერაპიას ან ოპერაციულ მკურნალობას (საშვილოსნოს ამოკვეთა).

მტკივნეული მენსტრუაციები

მენსტრუალური ფუნქციის ამ დარღვევას **ალგოდისმენორეა** ეწოდება. მენსტრუაციას, როგორც ფიზიოლოგიურ პროცესს, შეიძლება თან ახლდეს სხვადასხვა უსიამოვნო შეგრძნება. მრავალ ქალს მენსტრუაციამდე 1-2 დღით ადრე აღენიშნება უგუნებობა, ზოგიერთი სუნისადმი მომატებული მგრძობელობა, ადვილად გაღიზიანება, სარძევე ჯირკვლების გამკვრივება და ჰიპერესთეზია, სიმძიმის შეგრძნება მუცლის ქვედა ნაწილში. ეს მოვლენები ორგანიზმში ჰორმონული ცვლილებებით გამოწვეული ვეგეტაციური რეაქციებისა და მცირე მენჯის ორგანოების ჰიპერემიის შედეგია. ზოგიერთი ქალი მენსტრუაციის დროს აღნიშნავს ტკივილს მუცლის ქვედა ნაწილში. მსგავსი შეგრძნებები ძალიან ხშირად ხანმოკლეა და ზოგად მდგომარეობასა და შრომისუნარიანობაზე მნიშვნელოვან გავლენას არ ახდენს. ალგოდისმენორეით დაავადებულებში მსგავსი მოვლენები (განსაკუთრებით, ტკივილის სინდრომი) მკვეთრად გამოვლინდება.

ერთმანეთისგან განასხვავებენ ალგოდისმენორეის ორ ფორმას – პირველადს და მეორადს. პირველადი ალგოდისმენორეა, ძირითადად, გვხვდება უმშობიარებელ ქალებში, ძირითადად, იწყება მენარქესთან ერთად და სასქესო ორგანოების დაავადებას არ უკავშირდება. მეორადი ალგოდისმენორეით დაავადებულებს პაციენტებს აქვთ სასქესო ორგანოების ესა თუ ის პათოლოგია, რაც მენსტრუაციის დროს გამოხატული ტკივილის სინდრომის მიზეზი ხდება.

ექთოლოგია და პათოგენეზი. პირველადი ალგოდისმენორეა თავისებურ ჰიპოთალამურ სინდრომს წარმოადგენს. ამასთან კლინიკას განსაზღვრავს ჰიპოთალამუსის შესაბამის ნაწილში, ზოგჯერ კი მთელ ლიმფურ-რეტიკულურ კომპლექსში არსებული დარღვევები. ამ მოშლილობებს გარემოს მრავალი მავნე ფაქტორი იწვევს (გადაცივება, გადახურება, ფიზიკური და ფსიქიური ტრავმები, ინფექციური დაავადებები, პათოლოგიური მშობიარობა, აბორტები და სხვ.) და ძალიან ხშირად, ორგანოების ასთენიზაციის ფონზე ვითარდება.

ალგოდისმენორეის გენეზში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს პროსტაგლანდინების პროდუქცია.

მეორადი ალგოდისმენორეის გამომწვევი ფაქტორები მრავალრიცხოვანია. მათ მიეკუთვნება საშვილოსნოს სიმსივნეები (მიომა), სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები და განუვითარებლობა, ენდომეტრიოზი და სხვ. საშვილოსნოს მიომის, განსაკუთრებით, კვანძის კუნთთაშორის ლოკალიზაციის დროს, საშვილოსნოს კედელში არსებული ცვლილებები შეიძლება მექანიკურ დაბრკოლებად იქცეს მენსტრუალური სისხლის გამოდენისთვის; ამ დროს საშვილოსნო უფრო ენერგიულად იკუმშება, რასაც ქალი ტკივილის სახით შეიგრძნობს. შიგნითა სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესები, შეზორცებებისა და ინფილტრატების არსებობა მცირე მენჯის ღრუში, პარამეტრულ ქსოვილში, საშვილოსნოს არასწორი მდებარეობა (ჰიპერანტეფლექსია, რეტროფლექსია) ხშირად ალგოდისმენორეის მიზეზი ხდება. სასქესო სისტემის განუვითარებლობა (ინფანტილიზმი) ხშირად იწვევს ტკივილის შეგრძნებას მენსტრუაციის დროს. ასეთ შემთხვევებში სუსტად განვითარებული კუნთოვანი ელემენტების მქონე ჰიპოპლაზიური საშვილოსნო ვერ იწელება მენსტრუაციისათვის დამახასიათებელი სისხლსავსეობის

გამო. ენდომეტრიოზის დროს მტკივნეული მენსტრუაცია კი იმით აიხსნება, რომ მიომეტრიუმის სისქეში, საკვერცხეებზე და სხვა ადგილებში არსებული ენდომეტრიუმის ქსოვილი ჰორმონების ზემოქმედებით საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ანალოგიურ ციკლურ ცვლილებებს განიცდის – ძლიერდება სეკრეცია და ვითარდება დესკვამაცია სისხლძარღვთა კედლების მთლიანობის დარღვევით. ენდომეტრიუმის ეს ცვლილებები ორგანოებისა და ქსოვილების გაწევის დროს ვითარდება. ამ დროს სისხლი ხშირად პერიტონეუმის ღრუში ხვდება, სადაც დიდი რაოდენობით ინტერორეცეპტორებია. პათოლოგიის თავისებურ ფორმას წარმოადგენს აპკოვანი ალგოდისმენორეა. მისთვის დამახასიათებელია მენსტრუაციის დროს საშვილოსნოს დაუშლელი ლორწოვანი გარსის ცალკეული აპკების ან საშვილოსნოს ღრუს ფორმის მთლიანი ლორწოვანის ჩამოფცქვნა. პათოლოგია დაკავშირებულია ჰორმონულ დარღვევებთან (ჰიპერესტროგენემია), რაც საშვილოსნოს ტონუსის და მისი კუმშვადობის მომატებას იწვევს.

კლინიკა და დიაგნოსტიკა. ალგოდისმენორეის (განსაკუთრებით პირველადის) ტკივილს აქვს პაროქსიზმული, მწვავე, კრუნჩხვითი ხასიათი, რომელიც თვითნებური აბორტის ან მშობიარობის დროს არსებული შეტევითი ტკივილის მსგავსია. ტკივილს ახლავს ემოციურ-ვეგეტაციური (სისუსტე, დებრესია, ძლიანობა, მეხსიერების დაქვეითება, უძილობა), ვეგეტაციური დარღვევები გულ-სისხლძარღვთა სისტემის (თავბრუსხვევა, თავის ტკივილი, გულის წასვლა, ტაქი- და ბრადიკარდია, ექსტრასისტოლა, ტკივილი გულის არეში), კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ (გულისრევა, ღებინება, ნერწყვისდენა, ნაწლავის დისკინეზია) და სხვა დარღვევები (ქავილი, სახსრების ტკივილი, პოლიურია, ქუთუთოების, სახის, ცხვირის ლორწოვანი გარსის შეშუპება). გამოხატული ზოგადი და ადგილობრივი სიმპტომების გამო მენსტრუაციის დროს ქალთა უმრავლესობა შრომისუუნაროა. ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხეების სისტემის ფუნქციის მოშლა შეიძლება გახდეს გონადოტროპული სასქესო ჰორმონების პროდუქციის დარღვევის მიზეზი. მრავალ პაციენტს სასქესო ჰორმონების მიმართ მომატებული მგრძობელობა აღენიშნება.

სწორი დიაგნოსტიკისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ანამნეზის სრულად შეკრებას, ყურადღება უნდა მიექცეს სტრესული ფაქტორების მოქმედებას, შესაძლო ექსტრაგენიტალურ პათოლოგიას, ქალის სასქესო ორგანოების დაავადებებს. მძიმე შემთხვევებში გამოკვლევის წარმოება აუცილებელია სპეციალიზირებული სტაციონარის პირობებში (ძირითადად, გინეკოლოგიური ენდოკრინოლოგიის განყოფილებებში) გამოკვლევის ჰორმონული, ნევროლოგიური, რენტგენოლოგიური, ენდოსკოპიური მეთოდების გამოყენებით.

მკურნალობა. მიზანშეწონილია დაიწყოს სასქესო ჰორმონებისადმი დესენსიბილიზაციით, რომელთა მიმართ მგრძობელობას წინასწარ საზღვრავენ. ამ მიზნით წინამხრის შიდა ზედაპირზე კანში 3 სმ-ის დაშორებით შეყავთ 0,02 მლ ესტრადიოლ-დიპროპიონატის (0,1%), ფოლიკულინის (0,1%) და პროგესტერონის (1%) ზეთოვანი ხსნარი. პრეპარატები შეჰყავთ მენსტრუალური ციკლის მეორე ფაზის დასაწყისში (მე-16-18 დღეს). რეაქცია შესაბამის ჰორმონზე (ესტრადიოლი, ესტრონი, პროგესტერონი) დადებითად ჩაითვლება (მომატებული მგრძობელობა), თუ ინექციის ადგილის გარშემო წარმოიქმნება ბუშტუკი

დიამეტრით 8 მმ-ზე მეტი ზომის ან 20 მმ-ზე დიდი ჰიპერემიული რგოლი. მგრძობელობა ესტროგენის და პროგესტერონის მიმართ შეიძლება თანაბრად იყოს მომატებული. ზოგჯერ კი კანის რეაქცია უფრო მეტად გამოვლინდება ესტროგენზე ან პროგესტერონზე. ასეთ შემთხვევებში კუნთში შეყვანილი ესტროგენების და პროგესტერონის ზეთოვანი ხსნარების რაოდენობას ცვლიან, რაც ამ ჰორმონების მიმართ მგრძობელობის უფრო ზუსტად განსაზღვრის საშუალებას იძლევა.

სასქესო ჰორმონებისადმი დესენსიბილიზაციის უკმარისი თერაპიული ეფექტის დროს მიზანშეწონილია დამატებითი ზოგადგამაჯანსაღებელი, ვიტამინო- და ფსიქოთერაპიის ჩატარება. პროსტაგლანდინების პროდუქციის დაქვეითების მიზნით იყენებენ ინდომეტაცინს (0,025 გ შინაგანი მიღებისთვის 2-3-ჯერ დღეში). ტკივილის დროს მიზანშეწონილია სიმშვიდე, სითბო, სედაციური და სპაზმო-ლიზური საშუალებები. კარგ შედეგს იძლევა ვალერიანისა და ბრომის პრეპარატები, ანალგინი, ნო-შპა, ლუმინალი, ზოგჯერ ატროპინი, ბელადონა, პაპავერინი, პლატიფილინი, კალციუმის ბრომიდით ან გლუკონატით. ზოგჯერ საჭირო ხდება ნარკოტიკების (პრომედოლი, პანტოპონი) დანიშვნა. მიზანშეწონილია ტალახით მკურნალობა, ინდუქტოთერაპია.

მეორადი ალგოდისმენორეის დროს (სასქესო ჰორმონების მიმართ დესენსიბილიზაციასთან ერთად), უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა ძირითადი დაავადების მკურნალობა, რომელიც ტკივილის ნერვული იმპულსების წყაროა და ხელს უწყობს ჰიპოთალამუსის ფუნქციის დარღვევას. ანთებითი პროცესებით გამოწვეული ალგოდისმენორეის დროს აწარმოებენ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობას. საშვილოსნოს არასწორი მდებარეობისას (რეტროდევიაცია) ეფექტურია ფიზიოთერაპია. ენდომეტრიოზის შემთხვევაში გარკვეულ შედეგს იძლევა სინთეზური პროგესტინები, ზოგჯერ კი აწარმოებენ ოპერაციულ მკურნალობას. თუ ალგოდისმენორეის გამომწვევ ფაქტორებს შორის ერთ-ერთია საკვერცხეების უკმარისობა, საჭიროა ჰორმონთერაპია და სასქესო სისტემის ფუნქციის ნორმალიზებისაკენ მიმართული სხვა ღონისძიებები (კერძოდ, ფიზიოთერაპია, კლიმატოთერაპია). თუ ჩვეულებრივი თერაპია უშედეგოა, მიზანშეწონილია ოვულაციის დათრგუნვა პროგესტინებით, რადგან მტკივნეული მენსტრუაცია, ძირითადად, ოვულაციურია.

პროფილაქტიკა. პროფილაქტიკური ღონისძიებებიდან აღსანიშნავია სწორი ფიზიკური აღზრდა, გოგონას ან ქალის სწავლისა და შრომის რეჟიმის შესაბამისი ორგანიზება, ექსტრაგენიტალური პათოლოგიისა და ქალის სასქესო ორგანოების დაავადებათა დროული გამოვლენა და მკურნალობა.

ნეიროენდოკრინული სინდრომები

პრემენსტრუალური სინდრომი

პრემენსტრუალური სინდრომი პათოლოგიური ფსიქონეიროენდოკრინული სიმპტომების ერთობლიობაა, რომელიც მენსტრუალური ციკლის მეორე ფაზაში გამოვლინდება, მცირდება ან ქრება მენსტრუაციის დაწყებისას და შრომის უნარის დაქვეითებას იწვევს.

პრემენსტრუალური სინდრომი მენსტრუაციის მქონე ქალთა 2-30%-ს უვითარდება, ძირითადად, რეპროდუქციულ ასაკში. სინდრომის ყველაზე უფრო მძიმე ფორმა 35 წელზე მეტი ასაკის ქალებში გვხვდება.

პათოგენეზი არ არის საკმარისად შესწავლილი. არსებობს მრავალი მოსაზრება, რომელიც სხვადასხვა სიმპტომის განვითარებას ხსნის, თუმცა ამ დაავადების აღმოცენებისა და განვითარების ზუსტი პათოფიზიოლოგიური დასაბუთება ჯერ კიდევ არ არსებობს. არსებობს პრემენსტრუალური სინდრომის აღმოცენებისა და განვითარების რამდენიმე თეორია: ჰორმონული, წყლით ინტოქსიკაციის, ალერგიული, ვეგეტაციური და სხვ. ყველაზე მეტად გავრცელებულია ჰორმონული თეორია, რომლის მიხედვითაც პრემენსტრუალურ სინდრომს საფუძვლად უდევს მენსტრუალური ციკლის მეორე ფაზაში ესტროგენებსა და პროგესტერონს შორის თანაფარდობის დარღვევა. ესტროგენების სიჭარბე და პროგესტერონის ნაკლებობა განაპირობებს ისეთ სიმპტომებს, როგორიცაა შეშუპება, დიურეზის შემცირება, სარძევე ჯირკვლების პათოლოგიური გამკვრივება, თავის ტკივილი (თავის ტვინის შეშუპების გამო), ადინამია და ადვილად დაღლა. ეს იმით აიხსნება, რომ პროგესტერონი დიურეზის გაძლიერებას უწყობს ხელს, მისი უკმარისობა კი ორგანიზმში სითხის შეკავებას განაპირობებს. ესტროგენების სიჭარბე ჰიპოგლიკემიას იწვევს, რაც დადლილობით და ადინამიით გამოვლინდება.

წყლით ინტოქსიკაციის თეორიის თანახმად პრემენსტრუალური სინდრომის მქონე პაციენტებში წყალ-მარილოვანი ცვლა დარღვეულია. ცნობილია, რომ ნორმალური მენსტრუალური ციკლის მეორე ფაზაში ორგანიზმში ხდება მცირე რაოდენობით სითხის შეკავება. მენსტრუაციისწინა სინდრომის დროს კი ვითარდება სხეულის წონის პათოლოგიური მომატება, რომელმაც შეიძლება 0,6-2,5 კგ-ს მიაღწიოს. ალდოსტერონის ექსკრეციის გაძლიერება, რომელიც ასეთ პაციენტებში აღინიშნება, ორგანიზმში ნატრიუმის შეკავებას იწვევს, ეს კი ხელს უწყობს პრემენსტრუალური სინდრომისთვის დამახასიათებელ ქსოვილთაშორისი შეშუპების განვითარებას.

სინდრომის ზოგიერთი გამოვლინების ახსნაში საკმაოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს ალერგიულ თეორიას. კანზე პერიოდულად გაჩენილი გამონაყარი (რომელსაც ზოგჯერ ჰინჭრის ციების სახე აქვს) კანის ქავილი, ალერგიული ვაზომოტორული სურდო განპირობებულია საკუთარი სტეროიდული ჰორმონებისადმი მომატებული მგრძობელობით.

პრემენსტრუალური სინდრომის პათოგენეზის ვეგეტაციური თეორია ეყრდნობა მონაცემებს მენსტრუალური ციკლის მეორე ნახევარში ვეგეტაციური ნერვული სისტემის სიმპათიკური ნაწილის ტონუსის მომატების შესახებ.

ამგვარად, ყველა ეს თეორია ცხადყოფს პათოგენეზის ცალკეულ მხარეს, მაგრამ მის სრულ ახსნას ვერ იძლევა.

გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება ვიტამინ B₆-ის დეფიციტს, რომელიც დოფამინისა და სეროტონინის ბიოსინთეზის დასკვნით ფაზაში კოფერმენტის (პირიდოქსინის ფოსფატი) სახით მოქმედებს. ამ მონოამინების მეტაბოლიზმის დარღვევა ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ ჰიპოთალამუსისა და ჰიპოთიზის ფუნქციის დაქვეითებით, პაციენტის განწყობისა და ქცევის გაუარესებით გამოვლინდება.

მენსტრუაციისწინა სინდრომის განვითარებაში ძირითადი მნიშვნელობა ჰიპოთალამურ-ჰიპოთიზურ სისტემას ეკუთვნის. ამ სისტემის ფუნქციური მდგომარეობის მოშლა სტეროიდული ჰორმონების, წყალ-მარილოვანი და ნახშირწყლოვანი ცვლის დარღვევას იწვევს, რაც მრავალრიცხოვანი კლინიკური სინდრომით გამოვლინდება.

კლინიკა. პრემენსტრუალური სინდრომის კლინიკური სურათი საკმაოდ მრავალფეროვანია. შედარებით ხშირია ნერვულ-ფსიქიური დარღვევები: გაღიზიანებადობა, არაადექვატური რეაქციები, გარშემომყოფთა მიმართ მომატებული მომთხოვნელობა. იცვლება ქალის არა მარტო ზოგადი მდგომარეობა, არამედ მისი ქცევაც. ვლინდება სისხლძარღვოვან-ვეგეტაციური დარღვევები (თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, ტკივილი გულის არეში, ტაქიკარდია, ჰიპერ- და ჰიპოტონური კრიზები). დამახასიათებელია ენდოკრინული და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევები, რაც შეუშუბებით (ხელებზე, ფეხებზე, სახეზე) გამოწვეული სხეულის მასის პათოლოგიური მომატებით, დიურეზის შემცირებითა და სარძევე ჯირკვლების გამოხატული გამკვრივებით გამოვლინდება. ზოგიერთ პაციენტს უვითარდება ალერგიული რეაქცია გამონაყარისა და კანის ჭავილის სახით. პრემენსტრუალურ სინდრომს ახასიათებს სიმპტომების ერთდროული ან თანმიმდევრული, თანდათანობით მზარდი გამოვლენა. დაავადებას ციკლური ხასიათი აქვს. სინდრომის კლინიკური სურათის ინტენსივობა მენსტრუაციის ვადის მოახლოებისას მატულობს. მისი დაწყების დროს სიმპტომები ქრება და ქალი თავს სრულიად ჯანმრთელად გრძნობს. მიმდინარეობის სიმძიმისა და სიმპტომების გამოვლენის ინტენსივობის მიხედვით გამოყოფენ პრემენსტრუალური სინდრომის მსუბუქ (3-4 სიმპტომი, რომელიც მენსტრუაციამდე 2-10 დღით ადრე გამოვლინდება, მათგან 1-2 გამოხატულია ინტენსიურად) და მძიმე (ახასიათებს 5-12 სიმპტომის გამოვლენა მენსტრუაციამდე 3-14 დღით ადრე, მათგან არანაკლებ 2-5 გამოხატულია მკვეთრად) ფორმებს. დაავადება მიმდინარეობს ხანგრძლივად, ქრონიკულად და ხშირად პროგრესირებს; შედარებით მსუბუქი ფორმები წლების შემდეგ მძიმე ფორმებად გარდაიქმნება. ერთმანეთისგან განასხვავებენ პრემენსტრუალური სინდრომის განვითარების სამ სტადიას: კომპენსირებულს, სუბკომპენსირებულს და დეკომპენსირებულს.

კომპენსირებულ სტადიაში დაავადების სიმპტომების პროგრესი არ აღინიშნება. კლინიკური გამოვლინებები ციკლის მეორე ფაზითა და მენსტრუაციის პირველი დღით შემოიფარგლება. სინდრომის ყველა მსუბუქი ფორმა კომპენსირებულ სტადიას მიეკუთვნება.

სუბკომპენსირებული სტადიისას დაავადების სიმპტომები თანდათან ღრმავდება, მისი სიმძიმე პროგრესირებს, რაც სიმპტომების რაოდენობისა და

ინტენსივობის მატებით გამოვლინდება. კომპენსირებული და სუბკომპენსირებული სტადიის დროს მენსტრუალური ციკლის პირველ ფაზაში ქალი თავს პრაქტიკულად ჯანმრთელად გრძნობს. სინდრომის კლინიკური გამოვლინება, ძირითადად, მენსტრუალური ციკლის შუა პერიოდიდან იწყება და მენსტრუაციის შეწყვეტის შემდეგ მთავრდება.

დეკომპენსირებული სტადია მენსტრუაციისწინა სინდრომის მძიმე ფორმაა. ამ სტადიაში ზოგიერთი სიმპტომი მენსტრუაციის დაწყების შემდეგაც რჩება და ქალი თავს სრულიად ჯანმრთელად არ გრძნობს.

პრემენსტრუალურ სინდრომს, მორიგი მენსტრუაციის წინ ზოგადი მდგომარეობის გაუარესებასთან ერთად, თანმხლები დაავადების (გულ-სისხლძარღვთა, კუჭ-ნაწლავის, ენდოკრინული, ფსიქიური და სხვ.) გამწვავება ახასიათებს. რაც უფრო მძიმედ მიმდინარეობს მენსტრუაციისწინა სინდრომი, მით უფრო გამოხატულია ძირითადი დაავადების გამწვავება, რომლის ფონზეც განვითარდა სინდრომი.

დიაგნოსტიკა ემყარება მენსტრუალური ციკლის მეორე ფაზაში განვითარებულ დამახასიათებელ სიმპტომებს. ფუნქციური დიაგნოსტიკური ტესტებით მრავალ ქალში შეიძლება დადგინდეს ყვითელი სხეულის ფუნქციური უკმარისობა და ციკლის მეორე ფაზაში არსებული შედარებითი ჰიპერესტროგენია. კარდიული სიმპტომების დიფერენციული დიაგნოსტიკა შესაძლებელია ელექტროკარდიოგრაფიით, რომელზეც პარკუტოვანი კომპლექსის ვოლტაჟის მომატებით გამოვლინდება. ყველაზე ხშირად საჭირო ხდება პრემენსტრუალური სინდრომის და ალგოდისმენორეის დიფერენცირება. პრემენსტრუალური სინდრომის დროს სიმპტომები ვითარდება ოვულაციის დროს, ხშირად კი მშობიარობის ან აბორტის შემდეგ. ალგოდისმენორეა კი, ძირითადად, უმშობიარებელ ქალებში გვხვდება. პრემენსტრუალური სინდრომის დროს მენსტრუაციის დაწყებისთანავე, ძირითადად, ყველა სიმპტომი ქრება, ალგოდისმენორეის შემთხვევაში კი ტკივილი ყველაზე ინტენსიურად სწორად ამ დროს გამოვლინდება.

მკურნალობა. პრემენსტრუალური სინდრომის მრავალფეროვანი კლინიკური გამოვლინებისა და არასრულად შესწავლილი პათოგენეზის გამო მიზანშეწონილია კომპლექსური მკურნალობის ჩატარება, რომელიც მოიცავს ფსიქოთერაპიას ტრანჭვილიზატორების (ანდაქსინი, ტრიოქსაზინი, მეპრობამიტი, ელენიუმი, ფრენოლონი, ეტაპერაზინი), A, B₆, E ვიტამინების, დიურეზული საშუალებების (ამონიუმის ქლორიდი, ჰიპოთიაზიდი) და კალიუმის პრეპარატების (კალიუმის ქლორიდი, კალიუმის აცეტატი, კალიუმბანი დიეტა), სასქესო ჰორმონების (ჰიპერესტროგენიის დროს — პროგესტერონი მენსტრუალური ციკლის მეორე ფაზაში, ჰიპოესტროგენიის დროს — ციკლური ჰორმონოთერაპია) გამოყენებით. ალერგიული კომპონენტის არსებობისას მიზანშეწონილია მკურნალობის სქემაში დიმედროლის ან სუპრასტინის ჩართვა.

კარგ შედეგს იძლევა ელექტროანალგეზიის გამოყენება, მძიმე პაციენტებში კი სასურველია მისი კომბინაცია კომპლექსურ მედიკამენტურ თერაპიასთან. ელექტროანალგეზიის გამოყენებით შეიძლება მნიშვნელოვნად შეიზღუდოს მედიკამენტური თერაპია.

პოსტკასტრაციულ სინდრომს იწვევს საკვერცხეების ფუნქციის ერთმომენტური შეწყვეტა (მათი ამოკვეთის, γ ან რენტგენული დასხივების შედეგად ფოლიკულური აპარატის დაღუპვის გამო) და რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ვაზომოტორული, ნერვულ-ფსიქიური და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევებით გამოვლინდება. პოსტკასტრაციული სინდრომი, საკვერცხის ფუნქციის მწვავე შეწყვეტის შემდეგ ქალების 50-85%-ს უვითარდება, ამასთან იგი კასტრაციის შემდეგ პირველად 2-4 კვირიდან 2-3 თვეში გამოვლინდება. უფროსი ასაკის ქალებთან შედარებით ახალგაზრდა ქალებში ეს სინდრომი მნიშვნელოვნად გვიან ვითარდება. პაციენტთა უმრავლესობაში კლინიკური ნიშნები ოპერაციიდან ერთი წლის მანძილზე გაივლის, ქალების 25%-ში კი 2-5 წლის განმავლობაში გრძელდება.

პათოგენეზი. არსებობს პოსტკასტრაციული სინდრომის განვითარების რამდენიმე თეორია. მისი განვითარება შეიძლება დაკავშირებული იყოს სასქესო ჰორმონების ფუნქციის გამოვარდნასთან და, უპირველეს ყოვლისა, ესტროგენების დონის დაქვეითებასთან. ამ მოსაზრებას ადასტურებს ესტროგენებით მკურნალობის შემდეგ ალების შემცირება, თუმცა პოსტკასტრაციული სინდრომის სხვა გამოვლინებები (უმადლესი ნერვული მოქმედების დარღვევა და სხვ.) ესტროგენული პრეპარატების გამოყენებით არ იხსნება.

ზოგიერთი მეცნიერი პოსტკასტრაციული სინდრომის პათოგენეზს ფოლიკულ-მასტიმულირებელი ჰორმონის ექსკრეციის მომატებით ხსნის, სხვები ლუთეოტროპული ჰორმონის ექსკრეციის უკმარისობით. ამასთან, კასტრაციის შემდეგ ესტროგენების დონის შემცირებისა და გონადოტროპინების დონის მომატების ფონზე პოსტკასტრაციული სინდრომი ყველა ქალს არ უვითარდება. მის განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური აქტივობის მომატებას. ეს პროცესი მოიცავს არა მხოლოდ გონადოტროპულ ფუნქციას, არამედ სხვა ტროპული ჰორმონების (თირეოტროპული ჰორმონი, ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონი) პროდუქციასაც. ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზის სისტემის აქტივობის მომატების შედეგად ირღვევა პერიფერიული ენდოკრინული ჰორმონების — თირკმელზედა და ფარისებრი ჰორმონების ფუნქცია, რომლებიც აქტიურად მონაწილეობენ ორგანიზმის ჰომეოსტაზისა და ადაპტაციის უზრუნველყოფაში. ამით აიხსნება პოსტკასტრაციული სინდრომის პოლისიმპტომურობა, მისი გამოვლენა არა საკვერცხეების ფუნქციის შეწყვეტისთანავე, არამედ გარკვეული დროის შემდეგ, რომელიც მეორადი ცვლილებების განვითარებას სჭირდება. ამით აიხსნება ის ფაქტიც, რომ ახალგაზრდებში პოსტკასტრაციული სინდრომი მნიშვნელოვნად გვიან ვითარდება (უფროსი ასაკის ქალებთან შედარებით), რადგან ასაკთან ერთად ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზის ცენტრების მოქმედება რამდენადმე აქტიურდება. ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზის სისტემის როლი პოსტკასტრაციული სინდრომის განვითარებაში დასტურდება ელექტროენცეფალოგრაფიაზე თავის ტვინის ბიოელექტრული აქტივობის დამახასიათებელი ძვრებით და თურქული კენის რენტგენოლოგიური ცვლილებით (ჰიპოფიზის წინა წილის გადიდება).

კლინიკა. სინდრომის კლინიკური გამოვლინებები მრავალფეროვანია და დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე: პაციენტის ასაკი, ორგანიზმის ადაპტაციური შესაძლებლობები, თანმხლები და აღრე გადატანილი დაავადებები, ფსიქოემოციური სფეროს მდგომარეობა და სხვ. პოსტკასტრაციული სინდრომი განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარეობს ახალგაზრდა ასაკში კასტრირებულ ქალებში.

ყველაზე ხშირად ვითარდება სისხლძარღვოვან-ვეგეტაციური დარღვევები, თავის ტკივილების, გულისცემის, გულის არეში ტკივილის, თავბრუსხვევის, გულის წასვლის სახით.

აღები არის პოსტკასტრაციული სინდრომის ყველაზე დამახასიათებელი და მუდმივი სიმპტომი. მისი სინშირე მერყეობს დღე-ღამეში 1-დან 30-მდე. ალებს შეიძლება თან ახლდეს თავის ტკივილის შეტევები და თავბრუსხვევა.

თავის ტკივილიც (მუდმივი ან შეტევისმაგვარი) პოსტკასტრაციული სინდრომის ერთ-ერთი ხშირი სიმპტომია. ტკივილი, ძირითადად, თხემის ან საფეთქლის არეში ლოკალიზდება. სხვა სიმპტომებიდან აღსანიშნავია ჰიპერტონია და ტკივილი გულის არეში, რაც კასტრაციის შემდეგ განვითარებული ათეროსკლეროზით და კორონარული სისხლძარღვების თრომბოზით არის გამოწვეული.

ენდოკრინული და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევები (გაცხიმოვნება, ჰიპერქოლესტერინემია, ჰიპერგლიკემია, ოსტეოფოროზი) — პოსტკასტრაციული სინდრომის ხშირი გამოვლინებაა. შედარებით მნიშვნელოვანი ცვლილებები ვითარდება სასქესო სისტემის მხრივ: სარძევე ჯირკვლების შემცირება, თმის ნაწილობრივი დაცვენა ბოქვენზე და ილღის ფოსოში, მენსტრუაციის შეწყვეტა, საშვილოსნოს ზომების შემცირება, საშოს სიმშრალე, მისი ნაოჭების გადასწორება, სქესობრივი ლტოლვის დაქვეითება და სხვ. ენდოკრინული და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევების კლინიკური ნიშნები უფრო მეტად ვლინდება მკვეთრად გამოხატული სისხლძარღვოვან-ვეგეტაციური დარღვევების მქონე პაციენტებში.

პოსტკასტრაციული სინდრომის ნერვულ-ფსიქიკური დარღვევები ფსიქიკის დარღვევის, გაღიზიანებადობის, უმიზეზო შიშის გრძობისა და მენსიერების დაქვეითების სახით ვლინდება. ეს დარღვევები შეიძლება შერწყმული იყოს, როგორც სისხლძარღვოვან-ვეგეტაციურ, ისე ენდოკრინულ დარღვევებთან ან გამოვლინდება პოსტკასტრაციული სინდრომის დამოუკიდებელი სიმპტომის სახით.

პოსტკასტრაციული სინდრომი განსაკუთრებით მძიმედ და ხანგრძლივად მიმდინარეობს იმ ქალებში, რომელთაც ანამნეზში ფსიქიკური ტრავმა, ქრონიკული ინფექციები და ინტოქსიკაციები აღენიშნებათ.

ბავშვობის ასაკში ჩატარებული კასტრაცია მძიმე პოსტკასტრაციული სინდრომის ჩამოყალიბებას არ იწვევს. მეორადი სასქესო ნიშნები არ ვითარდება (თუ კასტრაცია სქესობრივ მომწიფებამდე ჩატარდა) ან თანდათანობით უკუვითარდება (თუ კასტრაცია სქესობრივი მომწიფების პერიოდში ჩატარდა); ამასთან იცვლება სხეულის ფორმა, არ ვითარდება ქალის მენჯის დამახასიათებელი თავისებურებები, საშვილოსნო ატროფირდება.

დასწივებით გამოწვეული პოსტკასტრაციული სინდრომი ოდნავ განსხვავებულად მიმდინარეობს. კლინიკური სიმპტომკომპლექსი ქალების უმრავლესობას უვითარდება, მაგრამ სიმპტომები თანდათან და, ქირურგიულ კასტრაციასთან შედარებით, უფრო ნაკლები ინტენსიურობით გამოვლინდება.

დიაგნოსტიკა. დიაგნოზის დასმა რთული არ არის. იგი ეყრდნობა ანამნეზში საკვერცხეების ამოკვეთის ან დასხივების და დაავადების დამახასიათებელ კლინიკურ სიმპტომებს.

მკურნალობა კომპლექსურია და მიმართულია კომპენსაციისა და ადაპტაციის რეაქციებზე პასუხისმგებელი თავის ტვინის შესაბამისი ნაწილების ფუნქციური მდგომარეობის ნორმალიზაციის, ასევე, თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის სტეროიდული ფუნქციის აქტივაციისკენ. პოსტკასტრაციული სინდრომის მკურნალობას ზოგადგამაჯანსაღებელი და სედაციური თერაპიით იწყებენ (სამკურნალო ფიზკულტურა წყლის პროცედურებით, ულტრაიისფერი დასხივება, სახისა და კისრის იონოგალვანიზაცია ბრომის ხსნარით). ინიშნება ტრანკვილიზატორები და ნეიროლეპტიკები (მეპროტანი, დიაზეპამი, ქლორდიაზეპოქსიდი, ტრიოქსაზინი და სხვ.), ვიტამინები B₁, B₆, C, PP ნოვოკაინის ხსნართან ერთად. მკურნალობის კურსი 25 დღე გრძელდება.

პოსტკასტრაციული სინდრომის მქონე ახალგაზრდა ქალებში ზემოთ აღნიშნული მკურნალობის გარდა, საჭიროა ციკლური ჩანაცვლებითი ჰორმონთერაპიის (ესტროგენების შემდეგ გესტაგენების შეყვანა) ხანგრძლივი კურსი, ორგანიზმში შეყვანილ ჰორმონებზე სამიზნე ორგანოს (საშვილოსნოს) ადეკვატური საპასუხო რეაქციის არსებობისას, რაც რეგულარული მენსტრუაციის მსგავსი სისხლიანი გამონადენით გამოვლინდება. თუ ეს სისხლიანი გამონადენი არ არის, ჩანაცვლებითი ჰორმონთერაპია უნდა შეწყდეს. შედარებით უფროსი ასაკის ქალებისთვის სასურველია ესტროგენებისა და ანდროგენების ერთდროული გამოყენება თანაფარდობით 1:20; 1:50.

შიდიღება ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატების გამოყენებაც, მაგრამ მკურნალობა უნდა დაიწყოს 1/4 ან 1/2 აბით, რადგან ასეთ პაციენტებს აღნიშნული პრეპარატების მიმართ მომატებული მგრძობელობა აქვთ. მკურნალობა გრძელდება 2 კვირა, შემდგომი ორკვირიანი შესვენების შემდეგ სინთეზური პროგესტერონის დოზას თანდათან ამცირებენ, შესვენებებს კი 3-4 თვემდე ზრდიან.

კლიმაქტერული სინდრომი

კლიმაქტერული პერიოდი არის ქალის ცხოვრების გარდამავალი ასაკობრივი ეტაპი რეპროდუქციულ პერიოდსა და საკვერცხეების ჰორმონული ფუნქციის შეწყვეტას შორის. ქალების უმრავლესობას კლიმაქტერული პერიოდი 45-50 წლის ასაკში აქვს. იგი ორგანიზმის ზოგადი ასაკობრივი ინვოლუციის ფიზიოლოგიურ პროცესს წარმოადგენს და პათოლოგიური გამოვლინების გარეშე მიმდინარეობს. თუმცა ზოგჯერ სხვადასხვა პათოლოგიური სიმპტომი კლიმაქსის მიმდინარეობას ამძიმებს. ეს პათოლოგიური სიმპტომკომპლექსი კლიმაქტერული სინდრომის სახელს ატარებს. სხვა ნეიროენდოკრინული სინდრომების მსგავსად, კლიმაქტერული სინდრომი ენდოკრინული, ნივთიერებათა ცვლის, სისხლძარღვოვან-ვეგეტაციური და ნერვულ-ფსიქიური დარღვევებით გამოვლინდება, უვითარდება ქალების 25-30%-ს და ხშირად ხანგრძლივად მიმდინარეობს (5-6 წელი და მეტი).

პათოგენეზი საკმაოდ რთული და მრავალფეროვანია. კლიმაქტერული სინდრომის განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს თავის ტვინის ქერქი,

ამასთან კლინიკურად მძიმე შემთხვევები, ძირითადად, ემოციური სტრესის შემდეგ ვითარდება. კლიმაქტერული სინდრომის დროს უმაღლესი ნერვული მოქმედების გამოკვლევით ვლინდება აგზნების პროცესების შენელება და შეკავების პროცესების სიჭარბე, რომლებიც ეტაპობრივად აღმოცენდება.

თუ დაავადების მიმდინარეობა 3 წელს არ აღემატება, გამოვლინდება შინაგანი შეკავების პროცესების დარღვევა და ქერქული აქტივობის დაქვეითება, უფრო ხანგრძლივი მიმდინარეობისას კი თავის ტვინის ქერქის ტონუსი ქვეითდება და ხშირია ნერვული მოქმედების ფაზური მოვლენები.

კლიმაქტერული სინდრომის პათოგენეზში დიდი მნიშვნელობა აქვს ჰიპოთალამუსის ასაკობრივ ცვლილებებს, რადგან იგი უზრუნველყოფს ურთიერთკავშირს ვეგეტაციური ფუნქციის მარეგულირებელ და ჰორმონების ციკლურ გამოყოფაზე პასუხისმგებელ ცენტრებს შორის. კლიმაქტერული სინდრომის მქონე პაციენტებს ხშირად აღენიშნებათ ჰიპოთალამური ცენტრების მომატებული აგზნებადობა.

კლიმაქტერული სინდრომის დროს გულისა და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის შრივ განვითარებული ცვლილებების პათოგენეზი შეიძლება განპირობებული იყოს გულის კუნთის ტროფიკის რეფლექსური და ჰუმორული დარღვევებით. გარდა ამისა, ეს სინდრომი (როგორც ორგანიზმის რეაქტიულობის და მისი ადაპტაციური შესაძლებლობების დამაქვეითებელი ფაქტორი) ლატენტურად მიმდინარე დაავადების პროვოცირებას ახდენს.

კლინიკა. კლიმაქტერული სინდრომის განვითარება მჭიდროდ არის დაკავშირებული საკვრცხვების ფუნქციის დარღვევასთან, რასაც თან ახლავს მენსტრუალური ციკლის ცვლილებები: ანოვულაციური ციკლები, იშვიათი და მწირი მენსტრუაცია ან დისფუნქციური ხასიათის ჭარბი აციკლური სისხლდენები. ეს სინდრომი, ძირითადად, მენსტრუალური ფუნქციის კლიმაქტერული ცვლილებების პერიოდში ვითარდება (პრემენოპაუზაში), მაგრამ შეიძლება პოსტმენოპაუზის პირველ 1-2 წელიწადშიც განვითარდეს.

კლიმაქტერული სინდრომის ერთ-ერთი ძირითადი ნიშანია ალები თავის, სახის, სხეულის ზედა ნახევრის არეში. იგი შეიძლება ერთადერთი სიმპტომი იყოს, მაგრამ ხშირად თან ახლავს თავის ტკივილი, გაღიზიანებადობა, მომატებული აგზნებადობა, ოფლიანობა, ძილის დარღვევა, თავბრუსხვევა, გულისრევის, გულისცემის შეგრძნება, ტკივილი გულმკერდის არეში. ალები (იზოლირებული სახით ან სხვა სიმპტომებთან ერთად) ხშირად ღამის საათებში ვითარდება. მათი სიხშირე მერყეობს დღე-ღამეში 1-3-დან 20-მდე და მეტი. თითოეული მათგანი გრძელდება რამდენიმე წამიდან 2-3 წუთამდე ან უფრო ხანგრძლივად. ალების დროს სხვადასხვა განხრებით გადაღებული ელექტროენცეფალოგრამით დადგინდა, რომ ალებს თან ახლავს ქერქული პროცესების აქტივობის დაქვეითება და ჰიპოთალამუსის ფუნქციის ცვლილებები.

თავის ტკივილებს შეტევითი ან მუდმივი ხასიათი აქვს. კლიმაქტერული სინდრომის დროს განვითარებული თავბრუსხვევა მენიერის სინდრომს წააგავს, ე.ი. მიმდინარეობს გულისრევით, ღებინებით, გულისფრიალით, „გულის გამოვარდნის“ შეგრძნებით და ზოგჯერ გონების დაკარგვით.

ვეგეტაციურ დარღვევებთან ერთად თერმორეგულაციის დარღვევებიც გამოვლინდება (შემცივნება, სუბფებრილური ტემპერატურა). ზოგჯერ შემცივნ-

ნება ვითარდება უცებ, შეტევის სახით და თან ახლავს თავის ტკივილი, ოფლიანობა, სახისა და კიდურების შეშუპება, არტერიული წნევის მომატება.

სინდრომის კლინიკურ სურათში ჭარბობს გულ-სისხლძარღვოვანი დარღვევები — ჰიპერტონია და კლიმაქტერული კარდიოპათია (ტკივილი და უსიამოვნო შეგრძნება გულის არეში, გულისცემა), რომელსაც ხშირად თან ახლავს მოუსვენრობა, შიშის შეგრძნება. კლიმაქტერული კარდიოპათიისთვის დამახასიათებელია ნიტროვლიცერინის, სპაზმოლიზური საშუალებების და მკაცრი წოლითი რეჟიმის უშედეგობა. კლიმაქტერული კარდიოპათიის დროს მიოკარდიუმის ბიოელექტრული აქტივობის ტიპური ცვლილებები გამოვლინდება — დაქვეითებული T ან უარყოფითი T კბილი რამდენიმე განხრამი. პაციენტთა ობიექტური გამოკვლევით გულის მარცხენა საზღვარი გაფართოებულია, ტონები მოყრუებულია, რაც მიოკარდიუმში დისტროფიული ცვლილებების არსებობაზე მიუთითებს. ზოგჯერ აღნიშნული ცვლილებები, გულის არეში მკვეთრი ტკივილის შეტევასთან ერთად, შეცდომით შეფასებულია, როგორც სტენოკარდია ან მიოკარდიუმის ინფარქტი.

კლიმაქტერულ ჰიპერტონიას არტერიული წნევის ზომიერი მომატება და ლაბილური მიმდინარეობა ახასიათებს, ზოგჯერ წნევა დღე-ღამის განმავლობაში მკვეთრად მერყეობს (50 მმ. ვწყ. სვ-მდე).

კლიმაქტერული სინდრომის დროს მწვავედება ნევრასთენიული სინდრომები, ზოგიერთ პაციენტში კი პირველად გამოვლინდება ნევროზის მსგავსი მდგომარეობები ასთენიური, დეპრესიული, ჰიპოქინდრიული ან ისტერიული მოვლენების სახით. პაციენტი დათრგუნულია, იწყებს თავისი შეგრძნებების ანალიზს, ჩნდება უმიზეზო შიშის გრძობა. ზოგჯერ, პირიქით, პაციენტი ამაღლებულ განწყობაზეა და ზედმეტად მხიარულია.

კლიმაქტერული სინდრომის დროს ხშირია ენდოკრინული და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევები; ზოგჯერ შეცვლილია ფარისებრი (ჰიპო- ან ჰიპერფუნქცია) და კუჭქვეშა ჯირკვლის ფუნქციები. კლინიკურად ეს ცვლილებები სხეულის წონის მომატებით ან, უფრო იშვიათად, გახდომით, შაქრიანი დიაბეტის განვითარებით ან მისი ლატენტურად მიმდინარე ფორმის პროგრესირებით გამოვლინდება. თირკმელზედა ჯირკვლების ფუნქცია უმნიშვნელოდ იცვლება, თუმცა ექსტრაგენიტალური დაავადებების ფონზე სინდრომის განვითარებისას შეიძლება გამოვლინდეს თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქის გლუკოკორტიკოიდული ფუნქციის დაქვეითება. საკვერცხეების ესტროგენული ფუნქცია მომატებულია ან დაქვეითებული.

გამოყოფენ კლიმაქტერული სინდრომის ე.წ. ტიპურ ფორმას, რომელიც პრაქტიკულად ჯანმრთელ ქალებში ვითარდება და ჩვეულებრივი სიმპტომკომპლექსით ხასიათდება და გართულებულ, ანუ შერწყმულ ფორმას, რომლის კლინიკურ მიმდინარეობას თანხმლები დაავადებები (ქრონიკული ინფექციები, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ნევროლოგიური დარღვევები და სხვ.) განსაზღვრავს. ამ შემთხვევაში სინდრომი უფრო მძიმედ, ხანგრძლივად და ატიპიურად მიმდინარეობს, კლინიკურ სურათში ჭარბობს თანხმლები დაავადების სიმპტომები.

სიმძიმის მიხედვით განასხვავებენ კლიმაქტერული სინდრომის მსუბუქ, საშუალო და მძიმე ფორმებს. მსუბუქი ფორმის დროს ალების სიხშირე დღე-ღამეში არ აღემატება 10-ს, შენარჩუნებულია პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა

და შრომისუნარიანობა. საშუალო სიმძიმის ფორმის დროს ალების გარდა (დღეში 10-20) დამახასიათებელია თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, ძილისა და მესხიერების გაუარესება. მძიმე ფორმის დროს კლინიკური სიმპტომები მკვეთრად გამოხატულია, პაციენტის შრომისუნარიანობა თითქმის მთლიანად დაკარგულია.

მკურნალობა. მკურნალობენ სინდრომის საშუალო და მძიმე ფორმებს. მსუბუქი ფორმის დროს ყველა კლინიკური სიმპტომი, ძირითადად, დამოუკიდებლად უკუვითარდება. მკურნალობის დროს საჭიროა პაციენტისადმი ინდივიდუალური მიდგომა. კომპლექსური მკურნალობა მოიცავს ფსიქოთერაპიას, მედიკამენტურ და ზოგადგამაჯანსაღებელ მკურნალობას (სამკურნალო ფიზკულტურა, კვების, შრომის და დასვენების რაციონალური რეჟიმი, სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა, ვიტამინთერაპია). კლიმაქტერული სინდრომით პაციენტთა მკურნალობას, ძირითადად, ერთდროულად ატარებს თერაპევტი, ნევროპათოლოგი და გინეკოლოგი.

მედიკამენტური საშუალებებიდან იყენებენ სედაციურ პრეპარატებს, ტრანკვილიზატორებს, ნეიროლეპტიკებს, ბრომიდებს, ჰორმონულ პრეპარატებს. ხშირად გამოიყენება ნეიროლეპტიკური პრეპარატები, განსაკუთრებით ფენოთი-აზინის რიგის წარმომებლები — ფრენოლონი, მეტერაზინი, ეტაპერაზინი და ტრიფტაზინი. ეფექტურია ახალი ტრანკვილიზატორი ფენიბუტიცი. მკურნალობის დასაწყისში ინიშნება ნეიროლეპტიკების მინიმალური დოზა (0,5-1-2,5 მლ), 2 კვირის შემდეგ სამკურნალო ეფექტის შეფასების მიხედვით მკურნალობას აგრძელებენ იგივე ან გაორმაგებული (ეფექტის არარსებობისას) დოზით. დოზის გადაჭარბების ნიშნების გამოჩენისას (ძილიანობა, მოდუნება, აპათია) პრეპარატის რაოდენობას ამცირებენ. მკურნალობას აგრძელებენ 4-12 კვირის განმავლობაში თერაპიული ეფექტის მიღებამდე. შემდეგ კი დოზას თანდათან ამცირებენ. ნეიროლეპტიკების გამოყენებით სინდრომის კლინიკური ნიშნები მცირდება, პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა უმჯობესდება, არტერიული წნევისა და პულსის მაჩვენებლები ნორმალიზდება.

ჰორმონული მკურნალობის მეთოდს მკაცრად განსაზღვრავს პაციენტის ასაკი და დაავადების მიმდინარეობის კლინიკური თავისებურებები. ჰორმონული პრეპარატების გამოყენება საჭიროა კლიმაქტერული სინდრომის მძიმე ფორმის დროს, განსაკუთრებით გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ გამოხატული დარღვევების (ჰიპერტონული დაავადება, კლიმაქტერული კარდიოპათია), დეპრესიის დროს და სხვ. სინდრომი შეიძლება განვითარდეს ჰიპოესტროგენიის ფონზე და ორგანიზმში ესტროგენების მაღალი შემცველობის დროსაც, ამიტომ ჰორმონული პრეპარატები მხოლოდ საკვერცხეების მდგომარეობის გამოკვლევის შემდეგ უნდა დაინიშნოს (ფუნქციური დიაგნოსტიკური ტესტები, საკვერცხეების სტეროიდული ჰორმონების განსაზღვრა სისხლში ან შარდში). ჰიპოესტროგენიის დროს ინიშნება კომბინირებული ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატები (ბისეკურინი, ოველენი, ნონ-ოვლონი, ანოვლარი) $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{6}$ აბი 21 დღის განმავლობაში ან მენსტრუალური ციკლის მხოლოდ მეორე ფაზაში.

შეიძლება დაინიშნოს ესტროგენები, გესტაგენების შემდგომი შეყვანით. ესტროგენული ჰორმონების გამოყენება მუდმივ კონტრალს მოითხოვს და აციკლური საშვილოსნოსმხრივი სისხლდენების განვითარების საფრთხის გამო აუცილებლად ინდივიდუალურად ინიშნება.

იმ შემთხვევებში, როცა კლიმაქტერული სინდრომი ჰიპერესტროგენიის ფონით მიმდინარეობს, კარგი ფსიქოტროპული ეფექტი აქვს და ვეგეტო-სისხლძარღვოვანი სიმპტომების მოხსნას იწვევს ერთი ნემსით ესტროგენების და ანდროგენების კომბინირებული გამოყენება (თანაფარდობით 1:10-1:50) ყოველ 5-7 დღეში ერთხელ 5-7 კვირის განმავლობაში, შემდეგ კი თითო ინექცია ყოველ 14-21-28 დღეში 1-1,5 წლის განმავლობაში.

მედიკამენტურ თერაპიასთან ერთად გამოიყენება სამკურნალო ფიზკულტურა, ვიტამინო- და დიეტოთერაპია, კლიმატოთერაპია, წყლით მკურნალობა, მკურნალობის ფიზიკური მეთოდები.

სამკურნალო ფიზკულტურა მიმართულია ნერვული, გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემების მოქმედების გაუმჯობესების, ვეგეტონევროზული რეაქციების განვითარების თავიდან აცილების, მცირე მენჯის ორგანოებში სისხლის მიმოქცევის მოშლისა და შეგუბებითი მოვლენების პროფილაქტიკისკენ. წარმატებით გამოიყენება დოზირებული სიარული, სპორტული თამაშები სუფთა ჰაერზე, ცურვა.

მნიშვნელოვანია დიეტოთერაპია. კლიმაქტერულ პერიოდში გამოხატულია მიდრეკილება გაცხიმოვნებისა და ჟანგვა-აღდგენითი პროცესების დარღვევისკენ, ამიტომ აუცილებელია დაბალკალორიული დიეტის დანიშვნა, ნახშირწყლების, ცხოველური წარმოშობის ცხიმების, ცხარე სანელებლების, მარილის (1,5 გ-მდე), სითხის (1-1,5 ლ-მდე) შეზღუდვა და ხშირი კვება (5-6-ჯერ დღეში). ვიტამინთერაპია ვიტამინებისადმი მოთხოვნილების გათვალისწინებით ტარდება, რომელიც ამ პერიოდში მომატებულია. ხშირად გამოიყენება C და P ვიტამინები, რომლებიც ხელს უწყობს ნივთიერებათა ცვლის პროცესების ნორმალიზებას, ვიტამინი E, რომელიც ქოლესტერინის და სასქესო ჰორმონების სინთეზს აძლიერებს, B ჯგუფის ვიტამინები, რომლებიც ნერვული ქსოვილის ტროფიკისა და სასქესო ჰორმონების მეტაბოლიზმის ნორმალიზებას ახდენს.

წყლით მკურნალობა აბაზანების (რადონის, ნახშირმჟავას, გოგირდწყალბადიანი, იოდბრომიანი), შხაპების (ციკულააციური, მარაოსებური, შარკოს, კონტრასტული, წყალქვეშა შხაპ-მასაჟი) სახით ტარდება. კლიმაქტერული სინდრომის დროს გამოყენებული მკურნალობის ფიზიკური მეთოდები დაწვრილებითაა აღწერილი მე-2 თავში.

სკლეროკისტოზური საკვერცხეების სინდრომი

სკლეროკისტოზური საკვერცხეების კლინიკური სურათი პირველად აღწერა კ. სლავიანსკიმ (1893). 1935 წ. შტეინმა და ლევენტალმა აღწერეს სინდრომი (შემდგომში სინდრომს მათი სახელი ეწოდა), რომელიც შემდეგ სიმპტომებს მოიცავს: ამენორეა, ჰირსუტიზმი, უნაყოფობა და საკვერცხეების ორმხრივი გადიდება (სურ. 57 და 58). ეს დაავა-



სურ. 57. საკვერცხეების სკლეროკისტოზური ცვლილებები.



სურ. 58. სკლეროკისტოზური საკვერცხეები განაკვეთზე.

დება ლიტერატურაში სხვა სახელითაც გვხვდება: პოლიკისტოზური საკვერცხეები, სკლეროპოლიკისტოზური საკვერცხეები და სხვ. სკლეროკისტოზული საკვერცხეების სინდრომი გინეკოლოგიური პაციენტების 1,4-2,8%-ში გვხვდება.

პათოგენეზი. სკლეროკისტოზული საკვერცხეების სინდრომის განვითარებაში ძირითად როლს ასრულებს საკვერცხეების მიერ ანდროგენების ნორმაზე მეტი რაოდენობით გამოყოფა. ამ ჰიპერანდროგენიის მიზეზია ზოგიერთი ფერმენტული სისტემის, კერძოდ, 19-ჰიდროქსილაზური და 3-ალდეჰიდოგენაზული სისტემების თანდაყოლილი ან შეძენილი უკმარისობა, რომელიც ესტროგენების სინთეზის პროცესში ანდროგენების ესტროგენებად გარდაქმნას განაპირობებს. ამის შედეგად ორგანიზმში

გროვდება ანდროგენული აქტივობის მქონე სტეროიდული შენაერთები. ისინი ამცირებენ ესტროგენულ მოქმედებას ჰიპოთალამუსის იმ სტრუქტურებზე, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან ჰიპოფიზის გონადოტროპულ აქტივობაზე. ამ ცვლილებების შედეგად გონადოტროპინები მუდმივად (არა ციკლურად) გამოიყოფა, ფოლიკულომასტიმულირებელი და ლუთეოტროპული ჰორმონების ოვულაციისწინა პიკის გარეშე და ხანგრძლივი ანოვულაციური მდგომარეობა იქმნება. გონადოტროპინებით საკვერცხეების ასეთი მუდმივი სტიმულაცია მის ფუნქციურ და მორფოლოგიურ ცვლილებებს იწვევს. ზოგჯერ დარღვეულია სხვა ფერმენტული სისტემებიც — შეცვლილია ლიპოლიზური ფერმენტების აქტივობა (ესთერაზები და ლიპაზები), მატულობს ცხიმოვანი ქსოვილის შემცველობა, რაც ხელს უწყობს ანდროსტენდიონის ესტრონად არომატიზაციის პროცესს და ჰიპერესტროგენიის განვითარებას.

პათოგენეზში გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემის ცენტრალური რეგულაციის პირველად დაზიანებას, რაც რილიზინგ-ფაქტორების ციკლური გამოყოფის ცვლილებას და ამის შედეგად გონადოტროპული ჰორმონების სეკრეციის დარღვევას იწვევს. ამას თან ახლავს საკვერცხეების მორფოლოგიური და ფუნქციური ცვლილებები.

სკლეროკისტოზული საკვერცხეების სინდრომის დროს პათოლოგიურ პროცესში შეიძლება ჩაერთოს თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქი. დაავადების გენეზში ზოგჯერ გენეტიკური ფაქტორების მოქმედებასაც აღნიშნავენ, რაც ამ სინდრომის მქონე პაციენტებში გამოვლენილი დერმატოგლიფიური ცვლილებებით დასტურდება.

სინდრომის განვითარებას ხელს უწყობს ორსულობის დროს განვითარებული სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობა (ორსულობის შეწყვეტის საშიშროება, ტოქსიკოზები, ექსტრაგენიტალური დაავადებები), ორსულობის პერიოდში გამოყენებული სამკურნალო პრეპარატები (განსაკუთრებით

ჰორმონული), ბავშვობის და სქესობრივი მომწიფების პერიოდში განვითარებული დაავადებები და პათოლოგიური მდგომარეობები (ქრონიკული ინფექციები, ინტოქსიკაციები, გადაჭარბებული გონებრივი და ფიზიკური დატვირთვა, უკმარისი კვება და სხვ.), მემკვიდრული ფაქტორები, მშობელთა ხანდაზმული ასაკი. დაავადება შეიძლება განვითარდეს სტრესული სიტუაციების მოქმედებითაც (ფსიქიური ტრავმები, სქესობრივი ცხოვრების დაწყება, აბორტები და სხვ.).

კლინიკა. დაავადება სქესობრივი მომწიფებისა და რეპროდუქციულ ასაკში გვხვდება. მრავალფეროვანი კლინიკური სურათი მისი რთული პათოგენეზით არის განპირობებული. გამოყოფენ სკლეროკისტოზური საკვერცხეების სინდრომის სამ ძირითად კლინიკურ და პათოგენეზურ ფორმას: პირველადი — საკვერცხისმიერი და ორი მეორადი (შერწყმული) — თირკმელზედა ჯირკვლისმიერი და ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური.

საკვერცხისმიერი ფორმა. სკლეროკისტოზული საკვერცხეების სინდრომი მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა სახის დარღვევებით ხასიათდება: ამენორეა (პირველადი და მეორადი), ჰიპომენსტრუალური სინდრომი, აციკლური სისხლდენები საშვილოსნოდან. ეს ცვლილებები მენარქეს პერიოდიდან ან რამდენიმე წლის ნორმალური მენსტრუალური ციკლის შემდეგ ვითარდება. დაავადების ამ ფორმის დროს პირველი მენსტრუაცია, ძირითადად, დროულად ვითარდება 12-14 წლის ასაკში.

დაავადების მეორე მუდმივი სიმპტომია უნაყოფობა, რომელიც ხშირად პირველადია, იშვიათად — მეორადი. უნაყოფობას განპირობებს მყარი ანოვულაცია. უნაყოფოთა 60-70%-ში ზომიერად ან სუსტად გამოხატული ჰირსუტიზმი აღინიშნება, რომელიც მენსტრუალური ციკლის დარღვევასთან შედარებით რამდენადმე გვიან გამოვლინდება (1-2 წლის შემდეგ). დამახასიათებელია ჰირსუტიზმის არაპროგრესული ან მცირედ პროგრესირებადი მიმდინარეობა. ვირილიზაციის ნიშნები არ არის. სხეულის აღნაგობა ნორმალურია, ქალური ტიპის, მეორადი სასქესო ნიშნები განვითარებულია ნორმალურად. გაცხიმოვნების შემთხვევები იშვიათია. ძირითადი სიმპტომია საკვერცხეების ორმხრივი გადიდება (2-ნჯერ), რაც გინეკოლოგიური, რენტგენოლოგიური და ულტრაბგერითი გამოკვლევებით გამოვლინდება (სურ. 59). პნევმოპერიტონეუმის პირობებში ჩატარებული რენტგენოლოგიური გამოკვლევით აღინიშნება ნორმალური ზომის (ზოგჯერ ნორმალურზე ოდნავ პატარა) საშვილოსნოს სხეული (სურ. 56) და ორმხრივად გადიდებული მკვრივი და უმტკივნეულო გლუვი ზედაპირის მქონე საკვერცხეები. საკვერცხეების ორმხრივი გადიდება კარგად გამოვლინდება ულტრაბგერითი გამოკვლევების დროსაც. გამოკვლევის დამატებითი მეთოდებიდან აღსანიშნავია კულდოსკოპია და ლაპაროსკოპია.



სურ. 58. სანოგრამა სკლეროკისტოზური საკვერცხეების დროს.

1) გადიდებული საკვერცხეები; 2) შარდის ბუშტი; 3) საშვილოსნო;



სურ. 58. სკლეროკისტოზური საკვერცხეები განაკვეთზე.

დება ლიტერატურაში სხვა სახელითაც გვხვდება: პოლიკისტოზური საკვერცხეები, სკლეროპოლიკისტოზური საკვერცხეები და სხვ. სკლეროკისტოზული საკვერცხეების სინდრომი გინეკოლოგიური პაციენტების 1,4-2,8%-ში გვხვდება.

პათოგენეზი. სკლეროკისტოზული საკვერცხეების სინდრომის განვითარებაში ძირითად როლს ასრულებს საკვერცხეების მიერ ანდროგენების ნორმაზე მეტი რაოდენობით გამოყოფა. ამ ჰიპერანდროგენიის მიზეზია ზოგიერთი ფერმენტული სისტემის, კერძოდ, 19-ჰიდროქსილაზური და 3-ალდეჰიდროგენაზული სისტემების თანდაყოლილი ან შეძენილი უკმარისობა, რომელიც ესტროგენების სინთეზის პროცესში ანდროგენების ესტროგენებად გარდაქმნას განაპირობებს. ამის შედეგად ორგანიზმში

გროვდება ანდროგენული აქტივობის მქონე სტეროიდული შენაერთები. ისინი ამცირებენ ესტროგენულ მოქმედებას ჰიპოთალამუსის იმ სტრუქტურებზე, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან ჰიპოფიზის გონადოტროპულ აქტივობაზე. ამ ცვლილებების შედეგად გონადოტროპინები მუდმივად (არა ციკლურად) გამოიყოფა, ფოლიკულომასტიმულირებელი და ლუთეოტროპული ჰორმონების ოვულაციისწინა პიკის გარეშე და ხანგრძლივი ანოვულაციური მდგომარეობა იქმნება. გონადოტროპინებით საკვერცხეების ასეთი მუდმივი სტიმულაცია მის ფუნქციურ და მორფოლოგიურ ცვლილებებს იწვევს. ზოგჯერ დარღვეულია სხვა ფერმენტული სისტემებიც — შეცვლილია ლიპოლიზური ფერმენტების აქტივობა (ესთერაზები და ლიპაზები), მატულობს ცხიმოვანი ქსოვილის შემცველობა, რაც ხელს უწყობს ანდროსტენდიონის ესტრონად არომატიზაციის პროცესს და ჰიპერესტროგენიის განვითარებას.

პათოგენეზში გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემის ცენტრალური რეგულაციის პირველად დაზიანებას, რაც რილიზინგ-ფაქტორების ციკლური გამოყოფის ცვლილებას და ამის შედეგად გონადოტროპული ჰორმონების სეკრეციის დარღვევას იწვევს. ამას თან ახლავს საკვერცხეების მორფოლოგიური და ფუნქციური ცვლილებები.

სკლეროკისტოზული საკვერცხეების სინდრომის დროს პათოლოგიურ პროცესში შეიძლება ჩაერთოს თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქი. დაავადების გენეზში ზოგჯერ გენეტიკური ფაქტორების მოქმედებასაც აღნიშნავენ, რაც ამ სინდრომის მქონე პაციენტებში გამოვლენილი დერმატოგლიფიური ცვლილებებით დასტურდება.

სინდრომის განვითარებას ხელს უწყობს ორსულობის დროს განვითარებული სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობა (ორსულობის შეწყვეტის საშიშროება, ტოქსიკოზები, ექსტრაგენიტალური დაავადებები), ორსულობის პერიოდში გამოყენებული სამკურნალო პრეპარატები (განსაკუთრებით

ჰორმონული), ბავშვობის და სქესობრივი მომწიფების პერიოდში განვითარებული დაავადებები და პათოლოგიური მდგომარეობები (ქრონიკული ინფექციები, ინტოქსიკაციები, გადაჭარბებული გონებრივი და ფიზიკური დატვირთვა, უკმარისი კვება და სხვ.), მემკვიდრული ფაქტორები, მშობელთა ხანდაზმული ასაკი. დაავადება შეიძლება განვითარდეს სტრესული სიტუაციების მოქმედებითაც (ფსიქიური ტრავმები, სქესობრივი ცხოვრების დაწყება, აბორტები და სხვ.).

კლინიკა. დაავადება სქესობრივი მომწიფებისა და რეპროდუქციულ ასაკში გვხვდება. მრავალფეროვანი კლინიკური სურათი მისი რთული პათოგენეზით არის განპირობებული. გამოყოფენ სკლეროკისტოზური საკვერცხეების სინდრომის სამ ძირითად კლინიკურ და პათოგენეზურ ფორმას: პირველადი — საკვერცხისმიერი და ორი მეორადი (შერწყმული) — თირკმელზედა ჯირკვლისმიერი და ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური.

საკვერცხისმიერი ფორმა. სკლეროკისტოზული საკვერცხეების სინდრომი მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა სახის დარღვევებით ხასიათდება: ამენორეა (პირველადი და მეორადი), ჰიპომენსტრუალური სინდრომი, აციკლური სისხლდენები საშვილოსნოდან. ეს ცვლილებები მენარქეს პერიოდიდან ან რამდენიმე წლის ნორმალური მენსტრუალური ციკლის შემდეგ ვითარდება. დაავადების ამ ფორმის დროს პირველი მენსტრუაცია, ძირითადად, დროულად ვითარდება 12-14 წლის ასაკში.

დაავადების მეორე მუდმივი სიმპტომია უნაყოფობა, რომელიც ხშირად პირველადია, იშვიათად — მეორადი. უნაყოფობას განაპირობებს მყარი ანოვულაცია. უნაყოფობა 60-70%-ში ზომიერად ან სუსტად გამოხატული ჰირსუტიზმი აღინიშნება, რომელიც მენსტრუალური ციკლის დარღვევასთან შედარებით რამდენადმე გვიან გამოვლინდება (1-2 წლის შემდეგ). დამახასიათებელია ჰირსუტიზმის არაპროგრესული ან მცირედ პროგრესირებადი მიმდინარეობა. ვირილიზაციის ნიშნები არ არის. სხეულის აღნაგობა ნორმალურია, ქალური ტიპის, მეორადი სასქესო ნიშნები განვითარებულია ნორმალურად. გაცხიმოვნების შემთხვევები იშვიათია. ძირითადი სიმპტომია საკვერცხეების ორმხრივი გადიდება (2-ნ-ჯერ), რაც გინეკოლოგიური, რენტგენოლოგიური და ულტრაბგერითი გამოკვლევებით გამოვლინდება (სურ. 59). პნევმოპერიტონეუმის პირობებში ჩატარებული რენტგენოლოგიური გამოკვლევით აღინიშნება ნორმალური ზომის (ზოგჯერ ნორმალურზე ოდნავ პატარა) საშვილოსნოს სხეული (სურ. 56) და ორმხრივად გადიდებული მკვრივი და უმტკივნეულო გლუვი ზედაპირის მქონე საკვერცხეები. საკვერცხეების ორმხრივი გადიდება კარგად გამოვლინდება ულტრაბგერითი გამოკვლევების დროსაც. გამოკვლევის დამატებითი მეთოდებიდან აღსანიშნავია კულდოსკოპია და ლაპაროსკოპია.



სურ. 59. სანოგრამა სკლეროკისტოზური საკვერცხეების დროს.

1) გადიდებული საკვერცხეები; 2) შარდის ბუშტი; 3) საშვილოსნო;

ფუნქციური დიაგნოსტიკური ტესტებით პაციენტების გამოკვლევით შეიძლება ანოვულაციის და სხვადასხვა ხარისხის ჰიპოესტროგენიის დადგენა. ჰიპოესტროგენიასთან შედარებით, მნიშვნელოვნად იშვიათია ჰიპერესტროგენიის შემთხვევები. ენდომეტრიუმის გამონაფხევის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით ყველაზე ხშირად ჰიპერპლასტიური პროცესები გამოვლინდება (ჯირკვლოვანი ან ჯირკვლოვან-კისტოზური ჰიპერპლაზია, პოლიპოზი, ადენომატოზი), იშვიათად – ლორწოვანი გარსის ჰიპოპლაზია. ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია შეიძლება ესტროგენების პროდუქციის უკმარისობის დროსაც განვითარდეს, საშვილოსნოს ლორწოვან გარსზე მათი ხანგრძლივი ზემოქმედების შედეგად. 17-კეტოსტეროიდების ექსკრეცია, ძირითადად, ნორმის ფარგლებშია ან მის ზედა ზღვარზე. ფუნქციური ცდა პროგესტერონით დადებითია, დექსამეტაზონით – უარყოფითი. რენტგენოგრაფიაზე თავის ქალას და თურქული კენის პათოლოგიური ცვლილებები არ ვლინდება.

თირკმელზედა ჯირკვლისმიერი ფორმა. მუდმივი სიმპტომებია მენსტრუალური ციკლის დარღვევა, რომელიც, ძირითადად, ოპსოლიგომენორეის ან ამენორეის ტიპით მიმდინარეობს (პირველი მენსტრუაცია ვითარდება დროულად ან მოგვიანებით, 16-18 წლის ასაკში) და უნაყოფობა (პირველადი ან მეორადი). გამოვლინდება თმის ზომიერი ან მკვეთრად გამოხატული პათოლოგიური ზრდა სახეზე, თქოებზე, დუნდულოებზე, დვრილის გარშემო, მუცლის წინა კედელზე, მამაკაცის ტიპის თმიანობა ბოქვენზე. შეინიშნება მიდრეკილება ჰირსუტიზმის პროგრესირებისკენ, რომელიც მენსტრუალური ციკლის დარღვევამდე 1-3 წლით ადრე გამოვლინდება. არის ვირილიზაციის ნიშნები, სხეულის აღნაგობა უახლოვდება მამაკაცის ტიპს. შეიძლება აღინიშნოს კლიტორის ჰიპერტროფია, სარძევე ჯირკვლების არასრული განვითარება.

გინეკოლოგიური და ინსტრუმენტული გამოკვლევის მონაცემებით საკვრეცხები ორმხრივად გადიდებულია. ფუნქციური დიაგნოსტიკური ტესტებით გამოვლინდება ანოვულაცია ჰიპოესტროგენიის ფონზე. ენდომეტრიუმის გამონაფხევის ჰისტოლოგიური შესწავლისას ხშირია მისი ჰიპოპლაზია, იშვიათად – ჰიპერპლასტიური პროცესები. 17-კეტოსტეროიდების ექსკრეცია, ძირითადად, მომატებულია, პროგესტერონული ცდა, ასევე, ძირითადად, უარყოფითია. დექსამეტაზონით ჩატარებული ცდა კი დადებითია. რენტგენოგრაფიაზე თავის ქალას და თურქული კენის პათოლოგიური ცვლილებები არ გამოვლინდება. გართულებული დიაგნოსტიკის შემთხვევებში საჭიროა თირკმელზედა ჯირკვლების რენტგენოგრაფია რეტროპნევმოპერიტონეუმის პირობებში; რენტგენოგრაფიაზე აღინიშნება ცალმხრივად ან ორმხრივად გადიდებული თირკმელზედა ჯირკვლები.

ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური ფორმა. ყველა პაციენტში ძირითადი სიმპტომია მენსტრუალური ციკლის დარღვევა ოპსო-, ოლიგო- ან ამენორეის ტიპით; იშვიათია აციკლური სისხლდენები, რომელიც თანდათან ოპსომენორეაში გადადის. უნაყოფობა უფრო ხშირად მეორადია, ვიდრე პირველადი. ხშირად დაავადება მშობიარობის, აბორტის ან სქესობრივი ცხოვრების დაწყების შემდეგ ვითარდება. 16-20 წლის ასაკში ახასიათებს მენსტრუაციის დაგვიანებული განვითარება. ყურადღებას იქცევს გაცხიმოვნება მუცელზე (ზოგჯერ „წინსაფრის“ სახით), თქოებზე, გულმკერდზე ცხიმის ტიპური განლაგებით. მუცლის და

თემების კანზე აღინიშნება მოლურჯო-მეწამული ფერის ზოლები (სტრიები). პირსუტიზმი გამოხატულია უმნიშვნელოდ.

საკვერცხეები ამ შემთხვევაშიც ორმხრივად დიდდება, მაგრამ გინეკოლოგიური გამოკვლევის დროს მათი პალპირება ხშირად ვერ ხერხდება მუცლის წინა კედელზე ცხიმოვანი ქსოვილის ჭარბი განვითარების გამო. საკვერცხეების გადიდებას ადასტურებს კულდოსკოპიის, ლაპაროსკოპიის, პნევმოპელვიგრაფიის ან ულტრაბგერითი გამოკვლევის მონაცემები. ფუნქციური დიაგნოსტიკური ტესტებით საკვერცხეების ფუნქციის გამოკვლევისას: დგინდება ანოვულაცია ჰიპო- ან ჰიპერესტოგენიის ფონზე. ენდომეტრიუმის გამონაფხეკის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით ვლინდება ჰიპო- ან ჰიპერპლაზიური ლორწოვანი გარსი. დამახასიათებელია თავის ქალას ძვლების რენტგენოლოგიური ცვლილებები — ოსტეოპოროზი, თალის გასქელება, თითის ჩანაჭდევიები, თურქული კეხის ზომების შემცირება. 17-კეტოსტეროიდების ექსკრეცია ნორმის შუალედურ მაჩვენებლებს შეესაბამება. პროგესტერონული ცდა ხშირად უარყოფითია.

დიაგნოსტიკა. ეყრდნობა ანამნეზით, კლინიკური სურათით, გინეკოლოგიური გამოკვლევებით, საკვერცხეების ფუნქციური მდგომარეობის შესწავლით, პროგესტერონით და დექსამეტაზონით ჩატარებული ფუნქციური ცდებით მიღებულ მონაცემებს. დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს პნევმოპელვიგრაფიის მონაცემებს, რომლის დროსაც რენტგენოგრაფიაზე მცირე მენჯში არსებული სამი, თითქმის ერთნაირი, წარმონაქმნი გამოვლინდება — საშვილოსნო და ორი საკვერცხე. რენტგენოგრაფიის შეფასებისას აუცილებელია იმის გათვალისწინება, რომ საკვერცხეების ჩრდილის ფართობი საშვილოსნოს ჩრდილის დაახლოებით $\frac{1}{3}$ -ს შეადგენს.

თანამედროვე აპარატურით აღჭურვილ სამკურნალო დაწესებულებებში, სკლეროკისტოზური საკვერცხეების სინდრომის დიაგნოსტიკის მიზნით, სისხლში საზღვრავენ ლუთეოტროპული ჰორმონის და ფოლიკულომასტიმულირებელი ჰორმონის კონცენტრაციას. ყველაზე ხშირად გამოვლინდება ჰიპოფიზის მიერ ლუთეოტროპული ჰორმონის ჭარბი გამოყოფა.

დიაგნოზის დასაზუსტებლად იყენებენ გამოკვლევის ენდოსკოპიურ მეთოდებს (კულდოსკოპია, ლაპაროსკოპია), რომლის დროსაც ყურადღება ექცევა საკვერცხეების დამახასიათებელ ზომას და შესახედაობას: მათი ზომა რამდენჯერმე მომატებულია, ზედაპირი გლუვია, პრიალა, სადაფისებური, კარგად გამოხატული სისხლძარღვოვანი ქსელით („მარმარილოსებრი საკვერცხეები“). საკვერცხეების ოვოიდური ფორმა შენარჩუნებულია, მათ ზედაპირზე არ ჩანს ახლად გამსკდარი ფოლიკულები და ყვითელი სხეულები. გასქელებული ცილოვანი გარსის ქვეშ განლაგებულია წერილი კისტოზური წარმონაქმნები (კისტოზურ-ატრეზიული ფოლიკულები).

რთულ შემთხვევებში საბოლოო დიაგნოზის დადგენის მიზნით მიზანშეწონილია ოპერაციამდელი ჰისტოლოგიური გამოკვლევა — ლაპაროსკოპიული ბიოფსიის ჩატარება. პრეპარატის პათომორფოლოგიური შესწავლისას გამოვლინდება ცილოვანი გარსის გასქელება (რომლის სისქე ცალკეულ ადგილებში 500-600 ნმ-ს აღწევს), აგრეთვე სკლეროზულად შეცვლილი კედლების მქონე სისხლძარღვების ერთეული, მცირე ზომის დაჯგუფებები. აღინიშნება შემაერთებელი ქსოვილის ელემენტების ჩაზრდა, პირველადი და მომწიფების პროცესში

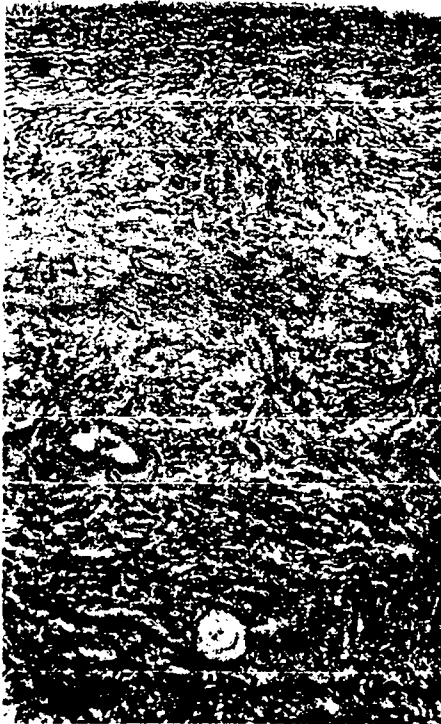
მყოფი ფოლიკულების რიცხვის შემცირება, მათი კისტოზური ატრეზია. ატრეზიულ ფოლიკულებს გარს აკრავს ჰიპერპლაზირებული შიგნითა გარსი, რაც სკლეროკისტოზური საკვერცხეების სინდრომის დამახასიათებელი ნიშანია.

მკურნალობა დამოკიდებულია დაავადების ფორმაზე. მკურნალობის მიზანია ოვულაციური მენსტრუალური ციკლის და ქალის დარღვეული რეპროდუქციული ფუნქციის აღდგენა. სინდრომის ყველა კლინიკური ვარიანტის დროს მკურნალობა იწყება კონსერვატიული თერაპიით — კლოსტილბეგიტის (კლომიფენის) დანიშვნით, რომელიც ჰიპოთალამუსში რილიზინგ-ჰორმონების გამოყოფაზე მოქმედების გზით ოვულაციის განვითარებას იწვევს. პრეპარატს ნიშნავენ მენსტრუაციის მსგავსი რეაქციის დაწყების მე-5 დღიდან ან დიაგნოსტიკური გამოფხეკის შემდეგ და შეყავთ ყოველდღე 5 დღის განმავლობაში 50-100 მგ რაოდენობით. საკვერცხეების ჰიპერსტიმულაციის სინდრომის განვითარების თავიდან აცილების მიზნით მკურნალობა აუცილებლად კოლპოციტოლოგიური კონტროლით უნდა ჩატარდეს. დადებითი შედეგის არარსებობისას (თუ ოვულაცია არ ვითარდება 2-3 ციკლის განმავლობაში) მკურნალობას წყვეტენ და პაციენტს უტარებენ ქირურგიულ მკურნალობას — საკვერცხეების ორმხრივ სოლისებრ რეზექციას.

ოპერაციის დღეს ახორციელებენ საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის გამოფხეკას და მის პათომორფოლოგიურ შესწავლას, პათოლოგიურად შეცვლილი ლორწოვანი გარსის მოცილებისა და ენდომეტრიუმის კიბოსწინარე ცვლილებების გამორიცხვის მიზნით. ქირურგიული მკურნალობის შედეგად მენსტრუალური ციკლი ნორმალიზდება, ჰირსუტიზმი თანდათან მცირდება. რეპრო-

დუქციული ფუნქციის აღდგენა უფრო იშვიათია, ვიდრე მენსტრუალური ფუნქციის ნორმალიზება. თირკმელზედა ჯირკვლისმიერი ფორმის დროს მკურნალობენ პრედნიზოლონით ან დექსამეტაზონით, რასაც უნდა მოყვეს ოპერაცია. დექსამეტაზონის დანიშვნა საჭიროა პოსტოპერაციულ პერიოდშიც.

სკლეროკისტოზური საკვერცხეების სინდრომის ნებისმიერი ფორმის გამოვლინება უნდა შეფასდეს, როგორც ენდომეტრიუმის ავთვისებიანი წარმონაქმნის განვითარების რისკ-ფაქტორი, რადგან ამ დაავადების თითოეულ ფორმას შეიძლება თან ახლდეს ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია, რომელიც შემდგომში შეიძლება კიბოდ გადაგვარდეს, ამიტომ, სინდრომის ნებისმიერი ფორმის დროს, ენდომეტრიუმის ატიპიური ჰიპერპლაზიის გამოვლენისას მიზანშეწონილია 17-ოქსიპროგესტერონის კაპრონატის გამოყენება. თუ ამ პრეპარატის გამოყენების და საკვერცხეების სოლისებური რეზექციის



სურ. 60. სკლეროკისტოზური საკვერცხეების მიკროსკოპული სურათი. კარგად ჩანს მკვრივი გარსის გამსვილება.

შემდეგ არ მოხდება ენდომეტრიუმის ნორმალიზაცია, აუცილებელია რადიკალური ოპერაციის (საშვილოსნოს ექსტირპაცია დანამატებთან ერთად) საკითხის გადაწყვეტა.

კიარი-ფრომელის სინდრომი

დაახლოებით ასი წლის წინ კიარმა პირველად აღწერა პათოლოგიური სიმპტომკომპლექსი, რომელიც მშობიარობის შემდეგ ვითარდებოდა. სინდრომის სიმპტომატიკა მოიცავს ამენორეას, გალაქტორეას და სასქესო ორგანოების ატროფიას. შემდგომში, ნაშობიარევი ქალების გამოკვლევის დროს, ანალოგიური სინდრომი გამოავლინა ფრომელმაც, რის გამოც ამ დაავადებას კიარი-ფრომელის სინდრომის სახელი ეწოდა. ამჟამად აღწერილია ანალოგიური დაავადების სხვადასხვა ფორმა, რომელიც ორსულობასა და მშობიარობას არ უკავშირდება.

პათოგენეზი. დაავადებას საფუძვლად უდევს პროლაქტინის სეკრეციის მომატება, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს პროლაქტინის სეკრეციაზე პასუხისმგებელი ჰიპოფიზის წინა წილის აციდოფილური უჯრედების ფუნქციის დარღვევით, ფოლიკულომასტიმულირებელი ჰორმონის წარმოქმნელი ბაზოფილური უჯრედების ფუნქციის დათრგუნვით, ან ჰიპოთალამუსის ცენტრების ფუნქციის დარღვევით, რომელიც, ნორმის ფარგლებში, პროლაქტინმაინჰიბირებელი ფაქტორის გავლენით პროლაქტინის სეკრეციის შეფერხებას იწვევს.

დაავადება შეიძლება დაკავშირებული იყოს ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზის სისტემის ფუნქციურ დარღვევებთან, რომლებიც ორსულობის დროს, მშობიარობის შემდეგ (განსაკუთრებით პათოლოგიურის), ძუძუთი ხანგრძლივი კვების შედეგად, აგრეთვე ორსულობასთან კავშირის გარეშე – სტრესის ან სამკურნალო ნივთიერებების: ჰორმონული პრეპარატების (ესტროგენები, პროგესტერონი), რეზერპინის, ამინაზინის და სხვა პრეპარატების ხანგრძლივი მიღების შემდეგ ვითარდება. ზოგჯერ ეს დაავადება რევმატიულ ინფექციას უკავშირდება.

კიარი-ფრომელის სინდრომის აღმოცენების ერთ-ერთი მიზეზია ჰიპოფიზის ქრომოფობური აღენომის განვითარება. ეს ჰორმონულად აქტიური სიმსივნე ძალიან ხშირად კეთილთვისებიანია, შედარებით იშვიათად – ავთვისებიანი.

სინდრომის პათოგენეზში დიდი მნიშვნელობა აქვს ესტროგენების, პროგესტერონის და პროლაქტინის პროდუქციას შორის რაოდენობრივი თანაფარდობის დარღვევას.

კლინიკა. დაავადება ყველაზე ხშირად 17-დან 35 წლის ასაკში ვითარდება. ახსიათებს ხანგრძლივი ლაქტაცია არაფიზიოლოგიურ პერიოდში (ორსულობას ან ძუძუთი კვებას არ უკავშირდება), მენსტრუალური ციკლის დარღვევა ამენორეის სახით. პაციენტი შეიძლება უჩიოდეს თავის ტკივილს, სხეულის წონის ცვლილებას (ხშირად მომატება, იშვიათად გახდომა), მხედველობის დაქვეითებას. დაავადების ხანგრძლივი მიმდინარეობისას ვითარდება სასქესო ორგანოების ატროფიული ცვლილებები. ზოგჯერ დაავადება მხოლოდ ამენორეით და გალაქტორეით გამოვლინდება.

დიაგნოსტიკა ეყრდნობა ანამნეზის მონაცემებს (კავშირს ორსულობასა და მშობიარობასთან), დამახასიათებელ კლინიკურ სიმპტომებს, რენტგენოლოგიური

გამოკვლევის შედეგებს (ჰიპოფიზის სიმსივნის არსებობისას – თურქული კეხის გაზრდა ან ფორმის შეცვლა), ელექტროენცეფალოგრაფიას, მხედველობის ფერადი ველების გამოკვლევას, სისხლში ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის, პროლაქტინის, ესტროგენების და პროგესტერონის კონცენტრაციის განსაზღვრას.

მკურნალობა. მშობიარობის შემდეგ განვითარებული კიარი-ფრომელის სინდრომის დროს (რომელიც ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზის სისტემის ფუნქციის დარღვევასთან არის დაკავშირებული) ახორციელებენ ჰიპოთალამუსის მიდამოსა და საკვერცხეების სტიმულაციას. ამ მიზნით გამოიყენება ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური მიდამოს არაპირდაპირი ელექტროსტიმულაცია, ესტროგენების შეყვანა, ფიზიოთერაპია (ენდონაზალური ელექტროფორეზი B₁₂ ვიტამინით), საშვილოსნოს ყელის ელექტროსტიმულაცია.

კარგ შედეგს იძლევა კლომიფენი, L-დოფა, რომელიც ხელს უწყობს ჰიპოთალამუსში პროლაქტინმაინჰიბირებელი ფაქტორის გამოთავისუფლებას. საუკეთესო შედეგი მიიღწევა პარლოდელის (ბრომერგოკრიპტინის) გამოყენებით, რომელიც თრგუნავს პროლაქტინის პროდუქციას.

დაავადების სიმსივნური გენეზისას (განსაკუთრებით მხედველობის ნერვის ჯვარედინზე ზეწოლისას) საჭიროა სხივური თერაპია – რენტგენო- ან ტელეგამათერაპია რადიოაქტიური კობალტით, აგრეთვე სიმსივნეში რადიოაქტიური ოქროს იმპლანტაცია. ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური მიდამოს სხივური თერაპიის დროს ერთი კურსის ჯამური დოზა 5000-6000 რადია. სხივური თერაპიის 1-2 კურსის უშედეგობის შემთხვევაში აუცილებელია ოპერაციული მკურნალობა. თირკმელზედა ჯირკვლის მწვავე უკმარისობის განვითარების თავიდან აცილების მიზნით, აწარმოებენ ქირურგიულ ჩარევას თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის პრეპარატების შეყვანის ფონზე.

იმ შემთხვევებში, როდესაც კიარი-ფრომელის სინდრომი განპირობებულია ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური მიდამოს ინფექციური დაზიანებით, ეფექტურია ანტიბიოტიკთერაპიის განმეორებითი კურსის ჩატარება, მადენსიბილიზებელი და გამწოვი საშუალებების გამოყენება ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური მიდამოს ფუნქციის რეგულაციისკენ მიმართულ თერაპიასთან ერთად.

შიენის სინდრომი

შიენის სინდრომი ჰიპოფიზის ნეკროზისა და მისი ტროპული ჰორმონების მოჭმელების ქვეშ მყოფი ენდოკრინული ჯირკვლების ჰიპოფუნქციის შედეგად ვითარდება და კლინიკურად ამ ჯირკვლების ფუნქციის დაქვეითების სიმპტომკომპლექსით ვლინდება. სინდრომი ვითარდება იმ ქალებში, რომელთაც ორსულობის ან მშობიარობის დროს ჰქონდათ სისხლის დიდი დანაკარგი და მისი აღექვატური აღდგენა არ ჩაუტარდათ.

პათოგენეზი. არსებობს შიენის სინდრომის განვითარების მრავალი თეორია. შიენის აზრით, ყველა მშობიარე ქალის ჰიპოფიზის წინა წილისკენ სისხლის მიდინება მცირდება, რაც შეიძლება იყოს გაურთულებელი მშობიარობების დროსაც კი. ძლიერი სისხლდენის დროს მისი კვება კიდევ უფრო ირღვევა, რაც მის იშემიას და ნეკროზს იწვევს. თუმცა სინდრომი არ უვითარდება ყველა

ქალს, რომელთაც მშობიარობის დროს მასიური სისხლდენა აღენიშნებოდათ. შიენის სინდრომის განვითარებასა და მისი სიმძიმის ხარისხს რამდენიმე ფაქტორი განაპირობებს, მათ შორის ერთ-ერთია ჰიპოფიზის დაზიანების მოცულობა. ჰიპოფიზის უმნიშვნელო უბნების ნეკროზი (ამ ორგანოს დიდი კომპენსაციური შესაძლებლობის გამო) სინდრომის განვითარებას არ იწვევს ან დაავადება წაშლილი ფორმით გამოვლინდება. შიენის სინდრომის ტიპური კლინიკური სურათი მხოლოდ ჰიპოფიზის ქსოვილის 80-90%-ის დაზიანების შედეგად ყალიბდება. ჰიპოფიზის უფრო მასიური დაზიანება სიცოცხლესთან შეუთავსებელია.

შიენის სინდრომის განვითარებისას დიდი მნიშვნელობა აქვს დაკარგული სისხლის მოცულობას. სინდრომის მძიმე ფორმების დროს სისხლის დანაკარგი, კლინიკურად წაშლილ ფორმებთან შედარებით (1000 მლ), საშუალოდ 2-ჯერ მეტია (2000 მლ). მნიშვნელოვანია პრემორბიდული ფონი: ქრონიკული ინფექციები და ინტოქსიკაციები, წინა ორსულობებისა და მშობიარობების გართულებები, საკვერცხეების, თირკმელზედა ჯირკვლების, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევა, უკანასკნელი ორსულობის გართულებები. განსაკუთრებით დიდი ყურადღება ექცევა ორსულობის გვიან ტოქსიკოზებს, რომელიც არტერიოლებისა და კაპილარების გავრცელებული სპაზმით მიმდინარეობს. ამის გამო მშობიარობის დროს განვითარებული შედარებით მცირე სისხლდენაც კი შეიძლება ჰიპოფიზის ნეკროზის მიზეზი გახდეს. შიენის სინდრომის განვითარებაში გარკვეულ როლს ასრულებს ჰიპოფიზის სისხლით მომარაგების თავისებურებები. დადგენილია, რომ ადენოჰიპოფიზის მკვებავ ცენტრალურ არტერიასა და სპირალურ არტერიოლას აქვს სფინქტერები, რომლებიც სისხლდენის დროს ვიწროვდებიან, ეს კი ჰიპოფიზის იშემიას და ნეკროზს იწვევს. ქალები, რომლებიც სამშობიარო მოქმედების სტიმულაციისთვის ან სისხლდენის დროს, საშვილოსნოს შეკუმშვის მიზნით, მშობიარობის პერიოდში პიტუიტრინს და სპორინების პრეპარატებს იღებდნენ, ჰიპოფიზის სისხლძარღვების სპაზმი უფრო ხშირად უვითარდებოდათ. ჰიპოფიზის ნეკროზი ზოგჯერ სისხლის მასიური სისხლძარღვ შიდა შედედების (დისემინირებული სისხლძარღვ შიდა შედედების სინდრომი) შედეგია, რომელიც შინაგანი ორგანოების (მათ შორის ჰიპოფიზის) სისხლძარღვშიც ვითარდება, მასიური სისხლის დანაკარგის ან პლაცენტის აცლის დროს გამოყოფილი თრომბოპლასტინის დედის სისხლში მოხვედრის შედეგად. არსებობს მოსაზრება, რომ ჰიპოფიზის ნეკროზს ხელს უწყობს ორსულობის დროს განვითარებული მისი წინა წილის ფიზიოლოგიური ჰიპერტროფია.

კლინიკა. ძალიან ხშირად შიენის სინდრომი სისხლდენით გართულებული ორსულობის ან მშობიარობის შემდეგ 3 თვიდან 10 წლამდე პერიოდში ვითარდება. დაავადება, ძირითადად, თანდათან იწყება, ხანგრძლივად მიმდინარეობს და ხშირად შრომისუნარიანობის სრულ დაკარგვას იწვევს.

შიენის სინდრომი კლინიკური სურათის დიდი ვარიაბელობით და სიმპტომების თანდათანობითი პროგრესით ხასიათდება, რაც პათოლოგიურ პროცესში შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების თანდათანობითი ჩართვით აიხსნება. დაავადების ადრეული და შედარებით მუდმივი სიმპტომია ლაქტაციის შეწყვეტა ან მისი არარსებობა (პროლაქტინის პროდუქციის დაქვეითება). მოგვიანებით გამოვლინდება საკვერცხეების ჰიპოფუნქციის ნიშნები ჰიპომენსტრუალური სინდრომის

ან ამენორეაში გარდამავალი სინდრომის (ამენორეის) სახით. შემდეგ იწყება დეფენინიზაციის პროცესი, ქრება მეორადი სასქესო ნიშნები, ვითარდება უნაყოფობა, პროგრესირებს სასქესო ორგანოების ატროფია.

დაავადების ასევე ყველაზე ხშირი სიმპტომებია: საერთო სისუსტე, სწრაფი დაღლა, ძილიანობა, მენსიერების დაქვეითება, თავის ტკივილი, მადის დაქვეითება, კანის სიმშრალე, თავზე თმების ცვენა, სქესობრივი ლტოლვის დაქვეითება ან გაქრობა, ჰიპოტონია, ხმის ტემბრის შეცვლა, შეკრულობა. კლინიკური სურათისათვის დამახასიათებელი მოგვიანებითი სიმპტომებია: პროგრესირებადი ასთენიური სინდრომი, აღინამია, წარბების, ბოქვენის და ილიის არეში თმების დაცვენა, სხეულის ქვედა ნახევრის შეშუპება, მდგრადი არტერიული ჰიპოტონია, სარძევე ჯირკვლების ატროფია. გამოყოფენ შიენის სინდრომის განვითარების გარკვეულ ფაზებს: ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური დარღვევების სიმპტომებს მოგვიანებით ემატება ჰიპოკორტიციზმის, ჰიპოთირეოზის მოვლენები და სასქესო ჯირკვლების ატროფია. კლინიკური სიმპტომატიკის განვითარების თანმიმდევრობა განსხვავებულია. ზოგჯერ დაავადება ნელა ვითარდება და სპონტანურ რემისიებს იძლევა. თუ მკურნალობა არ ტარდება, პათოლოგიური ფაქტორების (გადაღლა, ინფექციები, ინტოქსიკაციები და სხვ.) მოქმედებით განვითარებულმა ჰიპოპიტუიტარულმა კომამ შეიძლება გამოიწვიოს პაციენტის სიკვდილი. ზოგჯერ, შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების უკმარისობის სიმპტომები ერთდროულად ვითარდება.

დამახასიათებელია კლინიკური გამოვლინებები გულის მხრივ. პაციენტები ხშირად უჩივიან ქოშინს, ტკივილს გულის არეში. ელექტროკარდიოგრამაზე ხშირად რეგისტრირდება T კბილის დისკორდანტული დაქვეითება ან ინვერსია, ვოლტაჟის დაქვეითება, ბრადიკარდია. ეს ცვლილებები შიენის სინდრომის მძიმე მიმდინარეობის დროს აღინიშნება. გულ-სისხლძარღვოვან მოშლილობებს ქრონიკული ხასიათი აქვს. პროგნოზი დამოკიდებულია დაავადების მიმდინარეობის თავისებურებაზე და ძირითადი დაავადების მკურნალობის ეფექტურობაზე. ძალიან ხშირად შიენის სინდრომის წარმატებით მკურნალობისას გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ გამოხატული დარღვევები სრულიად წესრიგდება. უმკურნალებ პაციენტებს შეიძლება განუვითარდეთ ჰიპოპიტუიტარული კომა, რომელიც არტერიული წნევის მკვეთრი დაქვეითებით, ცნობიერების დაკარგვით, ანურიით და სხვა ნიშნებით ხასიათდება.

დიაგნოსტიკა. დამახასიათებელი ნიშნების მიუხედავად შიენის სინდრომის ამოცნობა ზოგჯერ რთულია. დიაგნოზი ეფუძნება ანამნეზურ მონაცემებს, კლინიკურ სიმპტომებს და ლაბორატორიული გამოკვლევის შედეგებს. ანამნეზით შეიძლება გამოვლინდეს პრემორბიდული ფონი და დაავადების კავშირი მასიური სისხლდენით გართულებულ ორსულობასთან ან მშობიარობასთან. გასათვალისწინებელია ის ფაქტიც, რომ დაავადების კლინიკური ნიშნების გამოვლენა შეიძლება დროში მნიშვნელოვნად ჩამორჩეს გართულებული მშობიარობის ვადას. დროული დიაგნოსტიკისათვის ყურადღება უნდა მიექცეს შედარებით ადრეულ კლინიკურ სიმპტომს — ჰიპო- ან აგალაქტიას.

შიენის სინდრომის დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს დაავადების პოლიგლანდულური ხასიათის, ორგანიზმის ასთენიზაციისა და სიმპტომების თანდათანობით პროგრესირებას, აგრეთვე, სარძევე ჯირკვლების ატროფიას,

დვრილის ირგვლივი რგოლების დეპიგმენტაციას, ბოქვენზე და ილიაში თმების არარსებობას, გარეთა სასქესო ორგანოების ატროფიასა და დეპიგმენტაციას. გინეკოლოგიური გამოკვლევისას ყურადღებას აქცევენ ვიწრო საშოს (სუსტად გამოხატული დანაოჭებით), თალების გადასწორებას, საშვილოსნოს კონუსისებრ ყელს. ზონდირებისას საშვილოსნოს ღრუს სიგრძე 3-4 სმ-ია.

დიაგნოზის დადგენაში ძალიან მნიშვნელოვანია ის გამოკვლევები, რომლებიც პერიფერიული ჯირკვლების ფუნქციის დაქვეითებას გამოავლენს. ეს ჯირკვლებია: საკვერცხეები (დაბალი კარიოპიკნოზური ინდექსი, ენდომეტრიუმის ატროფია, სასქესო ჰორმონების დონის დაქვეითება), თირკმელზედა ჯირკვლები (17-კეტოსტეროიდებისა და 17-ოქსიკორტიკოსტეროიდების ექსკრეციის დაქვეითება), ფარისებრი ჯირკვალი (ძირითადი ცვლისა და I³⁴-ის შთანთქმის დაქვეითება) და კუჭქვეშა ჯირკვალი (ჰიპოგლიკემია, შაქრის მრუდის ჰიპოგლიკემიური ტიპი). სინდრომის სწორ დიაგნოსტიკაში გვეხმარება ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონით ჩატარებული ფუნქციური ცდა, რომელზე დაყრდნობითაც შეიძლება გამოირიცხოს თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის პირველადი ჰიპოფუნქცია და კრანιοგრაფია, რომელიც ჰიპოფიზის სიმსივნის უარყოფის საშუალებას იძლევა. ელექტროენცეფალოგრაფიით გამოვლინდება თავის ტვინის ბიოელექტრული აქტივობის დაქვეითება. სისხლში გონადოტროპული ჰორმონების გამოკვლევისას ჰიპოფიზის ტროპული ჰორმონების სეკრეცია დაქვეითებულია.

მკურნალობა, ძირითადად, სიმპტომურია, მიმართულია შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების ფუნქციის ჩანაცვლებაზე, აგრეთვე დაზიანებული ჰიპოფიზის სარეზერვო შესაძლებლობების სტიმულაციაზე. აუცილებელია სრულფასოვანი კვება, პაციენტის დაცვა ემოციური და ფიზიკური გადაძაბვისაგან. პაციენტის ასთენიზაციისა (ჰიპოტონია, შრომისუნარიანობის დაქვეითება, მოთენთილობა) და თირკმელზედა ჯირკვლების ფუნქციის დაქვეითების დროს მიზანშეწონილია გლუკოკორტიკოიდებით (კორტიზონი, ჰიდროკორტიზონი) წყვეტილი მკურნალობის ჩატარება. აშკარად გამოხატული ასთენიის და შრომისუნარიანობის სრული დაკარგვის დროს, კორტიკოიდულ თერაპიასთან ერთად, მიზანშეწონილია ნერობოლის (ანაბოლური სტეროიდული ჰორმონი) გამოყენებაც (5 მგ დღეში 2-ჯერ 40-60 დღის განმავლობაში).

სასქესო ჰორმონებით ჩანაცვლებითი თერაპია მდგომარეობს ჰორმონებით (ესტროგენებით და პროგესტერონით) ციკლურ-მკურნალობაში. ჰორმონების დოზების დადგენა და რეგულირება ფუნქციური დიაგნოსტიკური ტესტებით კონტროლდება. კურსი გრძელდება 3-4 თვე 2 თვიანი შესვენებებით. ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპოფუნქციის დროს ინიშნება თირეოიდინი 0,1 მგ 1-2-ჯერ დღეში.

ჰიპოპიტუიტარული კომის განვითარებისას ვენაში შეყავთ 200-250 მგ პრედნიზოლონი და 800-1000 მლ პოლიგლუკინი, შემდეგ კი ატარებენ ჩანაცვლებით ჰორმონთერაპიას.

ადრენოგენიტალური სინდრომი

ადრენოგენიტალური სინდრომი თირკმელზედა ჯირკვლების პათოლოგიით განპირობებული ვირილიზაციის განვითარებით ხასიათდება. გამოყოფენ ამ

სინდრომის სამ კლინიკურ ფორმას: თანდაყოლილს, პოსტნატალურს (პრეპუბერტულს) და პოსტპუბერტულს.

პათოგენეზი. თანდაყოლილი ადრენოგენიტალური სინდრომი მემკვიდრული დაავადებაა. მას საფუძვლად უდევს თირკმელზედა ჯირკვლების ქერქში გლუკოკორტიკოიდების სინთეზის მარეგულირებელი ფერმენტული სისტემის (კერძოდ, 21-ჰიდროქსილაზის) თანდაყოლილი უკმარისობა. ზოგჯერ რამდენიმე ფერმენტული სისტემის თანდაყოლილი დეფექტი ერთდროულად აღინიშნება. გლუკოკორტიკოიდების უკმარისობას ჰიპოფიზი ადრენოკორტიკოტროპული პასუხობს ჰორმონის გაძლიერებული გამომუშავებით, რაზეც თირკმელზედა ჯირკვლები ანდროგენების პროდუქციის მომატებით რეაგირებენ. ანდროგენების ჰარბი რაოდენობა არსებით გავლენას ახდენს გარეთა სასქესო ორგანოების ფორმირებაზე; გოგონებს უვითარდებათ ცრუ მამრობითი ჰერმაფროდიტიზმი. თანდაყოლილი ადრენოგენიტალური სინდრომის ერთ-ერთი ადრეული გამოვლინებაა ჩონჩხის არასწორი ფორმირება მამრობითი სქესის ნიშნების სიჭარბით.

პოსტნატალური და პოსტპუბერტული ადრენოგენიტალური სინდრომის განვითარება დაკავშირებულია თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ჰიპერპლაზიასთან, შედარებით იშვიათად — მისი სიმსივნის განვითარებასთან. სინდრომის ამ ვარიანტებს შეიძლება ჰქონდეს მემკვიდრული ხასიათი. საუბარია პაციენტებზე, რომელთაც თავიდანვე აქვთ 21-ჰიდროქსილაზის უმნიშვნელო დეფექტი, რომელიც კლინიკურად არ გამოვლინდება. ასაკთან ერთად პროგრესირების ან პათოლოგიური ფაქტორების (ინფექციები, ორსულობისა და მშობიარობის პათოლოგია და სხვ.) მოქმედების გამო ეს თანდაყოლილი დეფექტი ხელს უწყობს მომავალში თანდაყოლილი სინდრომის მსგავსი თირკმელზედა ჯირკვლების ფუნქციური და მორფოლოგიური ცვლილებების განვითარებას.

კლინიკა. თანდაყოლილი ადრენოგენიტალური სინდრომი, ძირითადად, სხვადასხვა ხარისხის ფსევდოჰერმაფროდიტიზმით გამოვლინდება. გოგონას გარეთა სასქესო ორგანოები გარეგნულად მამრობითს მოგვაგონებს, გადიდებული კლიტორი კი სასქესო ასოს ემსგავსება. ზოგჯერ მუცლადყოფნის პერიოდში განვითარებული ვირილიზაცია იმდენად მკვეთრად გამოვლინდება, რომ გოგონას შეცდომით ბიჭად მიიჩნევენ და მშობელი ექიმს მიმართავს მხოლოდ 3-4 წლის ასაკში ან უფრო გვიან, ნაადრევი სქესობრივი განვითარების ნიშნების გამოვლენის ან სათესლე ჯირკვლების არარსებობის გამო. სქესის გართულებული იდენტიფიკაციის შემთხვევაში უნდა გვახსოვდეს, რომ მისი დადგენა სასქესო ქრომატინის და ქრომოსომების ნაკრების შეფასების საფუძველზე ხდება და არა სასქესო ორგანოების გარეგნული ნიშნების მიხედვით.

ადრენოგენიტალური სინდრომის პოსტნატალური (პრეპუბერტული) ფორმა, ძირითადად, ნაადრევი სქესობრივი მომწიფებითა და ვირილიზაციის ნიშნების (პირსუტიზმი, ხმის გაუხეშება, კლიტორის გადიდება) განვითარებით ხასიათდება. ზურგზე, გულმკერდსა და სახეზე ჩნდება ვარდისფერი შეფერილობა. აღინიშნება ძვლების გაძლიერებული ზრდა, ამის გამო სინდრომის პრეპუბერტული ფორმის დროს გოგონები მენარქეს პერიოდამდე თავის თანატოლებთან შედარებით მნიშვნელოვნად მაღლები არიან. შემდეგ კი, ეპიფიზური ჩრტილების ნაადრევი გაძვალეების გამო, ზრდა წყდება და ასეთი ბავშვები დაბალტანიანი რჩებიან, აქვთ მოკლე კიდურები.

ადრენოგენიტალური სინდრომის პოსტპუბერტული ფორმა კლინიკურად ვირილიზაციის სინდრომით და დეფენიზაციის ნიშნებით (სარძევე ჭირკვლების შემცირება, ჰიპო- ან ამენორეა) გამოვლინდება. დაავადება, ძირითადად, პირსუტიზმის გამოვლენით იწყება, შემდეგ თანდათან ვითარდება სხვა სიმპტომებიც (ხმის გაუხშევა, კლიტორის გადიდება).

დიაგნოსტიკა. დიაგნოზი ისმება კლინიკური სიმპტომების, პაციენტის დათვალიერების, გინეკოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე. დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება ჰორმონული გამოკვლევის მონაცემები (დღე-ღამის შარდში 17-კეტოსტეროიდებისა და 17-ოქსიკორტიკოსტეროიდების შემცველობის მომატება). ფუნქციური დიაგნოსტიკის ტესტებით პაციენტის გამოკვლევისას ჰიპოესტროგენიის ნიშნები გამოვლინდება (დაბალი კარიოპიკნოზული ინდექსი, სუსტად გამოხატული „გუვის“ სიმპტომი და სხვ.).

საჭიროა ადრენოგენიტალური სინდრომის დიფერენცირება ვირილიზაციით მიმდინარე სხვა ეტიოლოგიის სინდრომებისგან: იცენკო-კუშინგის დაავადება (ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური უბნის პათოლოგია), თირკმელზედა ჭირკვლის ქერქის სიმსივნეები, შტეინ-ლევენტალის სინდრომი და კონსტიტუციური პირსუტიზმი. ასეთ შემთხვევებში აწარმოებენ დამატებით გამოკვლევებს: პნევმოპელვიგრაფიას, რეტროპნევმოპერიტონეუმს, ფუნქციურ სინჯებს პრედნიზოლონით (დექსამეტაზონით), პროგესტერონით, ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონით.

მკურნალობა. ადრენოგენიტალური სინდრომის თანდაყოლილი ფორმის დროს მკურნალობა რაც შეიძლება ადრე უნდა დაიწყოს, რადგან ავადმყოფობის პერიოდში განვითარებული ჩონჩხის აგებულების მასკულინიზაციის ნიშნების უკუგანვითარება აღარ ხდება. მკურნალობის ადრეული დაწყება აუცილებელია სწორი სექსუალური ორიენტაციის ჩამოყალიბებისთვის, რადგან მომავალში „საპასპორტო“ (სამოქალაქო) სქესის შეცვლა პაციენტისთვის ძნელი გადასატანი ხდება. მკურნალობა ხორციელდება ხანგრძლივად, რამდენიმე წლის განმავლობაში (1-დან 15-მდე), პრედნიზოლონით ან დექსამეტაზონით, პრაქტიკულად პარათის დოზების ინდივიდუალური შერჩევით (საშუალოდ 5-6 მგ პრედნიზოლონი ან 0,5 მგ დექსამეტაზონი დღე-ღამეში), დღე-ღამის შარდში 17-კეტოსტეროიდების შემცველობის კონტროლით. პრედნიზოლონის (დექსამეტაზონის) მიღება აკომპენსირებს თირკმელზედა ჭირკვლის ქერქის ფუნქციის უკმარისობას, აფერხებს ჰიპოფიზის მიერ ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონისა და თირკმელზედა ჭირკვლების მიერ ადრენოგენების გამომუშავებას. ჰორმონთერაპიასთან ერთად ახორციელებენ გარეთა სასქესო ორგანოების ქირურგიულ მკურნალობასაც (გადიდებული კლიტორის მოკვეთა და შარდსასქესო წიაღის ქვედა კედლის ჩაჭრა).

თანდაყოლილი ადრენოგენიტალური სინდრომის დროული და სისტემატური მკურნალობა ხელს უწყობს ჰიპერანდროგენიის შედეგად დარღვეული ორგანოებისა და სისტემების განვითარებას, მათი ფუნქციის მოწესრიგებას. თანდაყოლილი სინდრომის მქონე მღერობით ინდივიდებს, რომლებიც დაბადებისას შეცდომით ბიჭებად იყვნენ რეგისტრირებულნი, აუცილებელია შეეცვალოთ „საპასპორტო“ სქესი ადრეულ ასაკში.

ადრენოგენიტალური სინდრომის პრე- და პოსტპუბერტული ფორმით დაავადებულებს უტარდებათ ჩანაცვლებითი გლუკოკორტიკოიდული თერაპია დღე-ღამის შარდში 17-კეტოსტეროიდების შემცველობის კონტროლით. მკურნალობა მიზანშეწონილია დაიწყოს დიდი დოზებით (15-20 მგ პრედნიზოლონი ან 2 მგ დექსამეტაზონი) 7 დღის განმავლობაში დოზის თანდათანობითი შემცირებით შემანარჩუნებელ დოზამდე. 17-კეტოსტეროიდების მაჩვენებლების მოწესრიგებისა და ნორმალური მენსტრუალური ციკლის განვითარების შემდეგ პრედნიზოლონით მკურნალობა საჭიროა მხოლოდ მენსტრუალური ციკლის პირველ ფაზაში.

სასქესო ორგანოების კისტები

ქალის სასქესო ორგანოების კისტები ჰემმარიტ სიმსივნეს არ წარმოადგენს, რადგან მათში ბლასტომური ზრდა არ მიმდინარეობს. ასეთი კისტების უმრავლესობა რეტენციულ წარმონაქმნთა ჯგუფს მიეკუთვნება. ისინი პრეფორმირებულ ღრუში სხვადასხვა სახის შიგთავსის, ძირითადად, ჯირკვლების სეკრეტის შეფერხების ან დაგროვების შედეგად წარმოიქმნება. ამ სახის კისტა თანდათან მატულობს ზომაში. კისტა, შეიძლება წარმოიქმნას, აგრეთვე, ადრე განვითარებული სისხლჩაქცევის ან ნეკროზის ადგილზე ქსოვილის დარბილების, რუდიმენტულ ჩანასახებში დაგროვების შედეგად.

გარეთა სასქესო ორგანოების კისტა. ცნობისა და საოფლე ჯირკვლებში, შეიძლება წარმოიქმნას 3-4 სმ-მდე დიამეტრის კისტა. ცნობის ჯირკვლებიდან განვითარებულ კისტას ათეორომებს უწოდებენ. მცირე ზომის კისტა შეიძლება, აგრეთვე, ურეთრის გვერდებზე განლაგებული პარაურეთრული სადინარებიდანაც განვითარდეს. ძალიან იშვიათად კისტა ვითარდება პერიტონეუმის ბუდისებრი მორჩიდანაც. ემბრიონულ პერიოდში ეს წანაზარდი მრგვალი იოგის გასწვრივ მდებარეობს და თანდათან ობლიტერაციას განიცდის. თუ რაიმე მიზეზის გამო მისი უკუგანვითარება არ მოხდა, წარმოიქმნება ღრუ, ე.წ. ნუკას დივერტიკული, რომლისგანაც ვითარდება კისტა *hydrocele muliebris*. მას წაგრძელებული ფორმა აქვს, მოთავსებულია დიდი სასირცხო ბაგეების ზედა მესამედში და საზარდულის არხს აღწევს. მისი დიამეტრი ზოგჯერ 7-8 სმ-ია. ამ კისტას ოპერაციულად მკურნალობენ.

ვულვის მიდამოში ყველაზე ხშირია საშოს კარიბჭის დიდი ჯირკვლების კისტები. ეს რეტენციული წარმონაქმნები ჯირკვლის გამომტანი სადინარის დახშობის, სტენოზის ან შენორცების შედეგად ვითარდება. ეს კისტები დიდი სასირცხო ბაგეების შუა და ქვედა მესამედის საზღვარზე ლოკალიზდება და, ძირითადად, 6-7 სმ-ის დიამეტრის უმტკივნეულო, ელასტიკურ, მრგვალი ან ოვალური ფორმის წარმონაქმნს წარმოადგენს. კისტის მცირე ზომის შემთხვევაში პაციენტს ჩივილები არ აქვს და ექიმს არ მიმართავს. დიდი ზომის კისტის შემთხვევაში გარეთა სასქესო ორგანოების არეში აღინიშნება სიმძიმისა და ზეწოლის შეგრძნება. კისტის შიგთავსი შეიძლება დაინფიცირდეს, განსაკუთრებით კაფსულის მთლიანობის დარღვევის დროს. ზოგჯერ ემბრიონული განვითარების პროცესში მეზონეფრული სადინარების სრული ობლიტერაცია არ ხდება. ამ შემთხვევაში მის ნებისმიერ მონაკვეთზე, ძალიან ხშირად საშოს დონეზე, შეიძლება განვითარდეს კისტა. რეტენციული წარმონაქმნების განვითარების მიზეზი შეიძლება გახდეს ოპერაციული ჩარევის დროს საშოს კედლის სისქეში იმპლანტირებული ეპითელური უჯრედების გროვები. ასეთ კისტებს იმპლანტაციური ეწოდება და, ძირითადად, საშოს კედლის სისქეში ვითარდება.

საშოს რეტენციული კისტების ზომა 1-დან 9-10 სმ დიამეტრამდე (ზოგჯერ უფრო მეტად) მერყეობს. კისტები, ძირითადად, საშოს გვერდით კედლებზე, მის ზედა მესამედში მდებარეობს, ზოგჯერ კი შესავალთან ახლოს ლოკალიზდება. საკვერცხეების დანამატის გასწვრივი სადინარიდან განვითარებულ კისტას მოგრძო ფორმა აქვს, ზოგჯერ დიდ ზომას აღწევს და პარამეტრულ ქსოვილში

ღრმად მდებარეობს. საშოს კისტები ერთსაკნინანია, იშვიათად მრავალსაკნინანი. შიგთავსი გამჭვირვალე ლორწოვანი სითხეა, რომელიც სისხლჩაქცევის გამო შეიძლება მოყავისფრო გახდეს. საკვერცხის დანამატის გასწვრივი სადინრების მცირე ზომის კისტები უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. დიდი ზომის კისტების არსებობის შემთხვევაში სქესობრივი კავშირი გართულებული და მტკივნეულია.

ღიაგნოსტიკა. საშოს კისტების ამოცნობა რთული არ არის. ღიაგნოზი საშოს-მხრივი და ბიმანუალური გამოკვლევის მონაცემებისა და საარკვევით დათვალიერების საფუძველზე დაისმის. კისტის დიფერენცირება საჭიროა საშოს კედლების დაწვევისა და საშარდე სისტემის დაავადებებისაგან. ურეთრის დივერტიკულმა შეიძლება საკვერცხის დანამატის გასწვრივი სადინრის კისტის სიმულაცია გამოიწვიოს.

მკურნალობა ქირურგიულია — კისტის ამოკველა. დიდი ზომის კისტის ან მისი პარამეტრული ქსოვილის სიღრმეში მდებარეობის დროს ოპერაცია მნიშვნელოვნად რთულდება. ოპერაციის დროს შეიძლება დაზიანდეს საშარდე გზები, სწორი ნაწლავი. ასეთ შემთხვევაში კისტის საშოსმხრივი ამოკვეთა შეუძლებელია და აწარმოებენ ლაპაროტომიას.

საკვერცხის კისტა. საკვერცხის რეტენციული კისტა შესაბამის ღრუში სითხის დაგროვების შედეგად წარმოიქმნება. კისტის ზომაში მომატება ხდება არა უჩრედული ელემენტების გამრავლების, არამედ სითხის — სისხლის პლაზმის ტრანსუდატის დაგროვების ხარჯზე. ამით ისინი განსხვავდებიან ნამდვილი სიმსივნისაგან — საკვერცხეების კისტომისაგან. საკვერცხის კისტა ნებისმიერ ასაკში, უფრო ხშირად კი ახალგაზრდა ასაკის ქალებში ვითარდება.

ყველაზე ხშირად გვხვდება საკვერცხის ფოლიკულური კისტა. მისი განვითარება საკვერცხის ესტროგენული ფუნქციის დაქვეითებას უკავშირდება, რაც სისხლში გონადოტროპული ჰორმონების დონის მომატებას იწვევს, ამ დროს ირდევია თანაფარდობა ლუთეოტროპულ და ფოლიკულმასტიმულირებელ ჰორმონებს შორის ამ უკანასკნელის დონის მომატებით. საკვერცხის ფოლიკულური კისტების განვითარებაში გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ანთებით პროცესებსაც.

ფოლიკულური კისტა განვითარების რამდენიმე სტადიას გადის. ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის ზეგავლენით საკვერცხეებში არსებული, მომწიფების სხვადასხვა სტადიაზე მყოფი ფოლიკულები ზომაში იზრდება. ერთერთი ფოლიკული განსაკუთრებით მატულობს ზომაში. წარმოქმნილი კისტა ფოლიკულის ღრუს ხარჯზე იზრდება. კისტა შეიძლება წარმოიქმნას ატრეზიული და პერსისტული ფოლიკულებისაგან. კისტის ღრუს ღია ფერის ჰომოგენური შიგთავსი ნორმალური ფოლიკულის სეკრეტისაგან მცირედ განსხვავდება. განვითარების ამ სტადიაში კისტის შიგნითა ზედაპირი შეუცვლელი მარცვლოვანი უჩრედებით არის ამოფენილი. კისტის შიგნითა გარსი გასქელებულია, ბირთვები ზომაში მატულობს, პროტოპლაზმა ვაკუოლიზებულია. გარეთა გარსი უმნიშვნელოდ იცვლება. კისტის განვითარების შემდგომი სტადია მარცვლოვანი უჩრედების სხვადასხვა დისტროფიული და ატროფიული ცვლილებებით ხასიათდება. გამოხატულია პროტოპლაზმის ვაკუოლიზაცია, ბირთვების პიკნოზი და დაშლა ქრომატინის შემცველ წვრილ ნაწილებად. ანალოგიური ცვლილებები ვითარდება შიგნითა გარსში, ამის შედეგად კისტა თხიერი სეკრეტის შემცველ თხელ-

კედლიან ღრუდ გარდაიქმნება. ფოლიკულური კისტები ჰორმონების (ესტროგენების) პროდუქციის მხრივ არააქტიურია. ხშირად ერთ საკვერცხეში განვითარების სხვადასხვა სტადიაზე მყოფ რამდენიმე კისტას ნახულობენ.

კლინიკა და დიაგნოსტიკა. მცირე ზომის გაურთულებელი კისტა ძირითადად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს და გინეკოლოგიური გამოკვლევის დროს შემთხვევით გამოვლინდება. ბიმანუალური გამოკვლევის დროს ნახულობენ საშვილოსნოს დანამატების არეში მარჯვნივ ან მარცხნივ ელასტიკური კონსისტენციის, გლუვი ზედაპირის მქონე, შედარებით მცირე ზომის, პალპაციის დროს და გადაადგილებისას უმტკივნეულო წარმონაქმს. ჩივილები კისტის ფეხზე შემოგრების ან მეზობელ ორგანოებზე ზეწოლის შემთხვევაში ჩნდება. ამ დროს აღინიშნება ტკივილი წელის არეში, სიმძიმის გრძობა მუცლის ქვედა ნაწილში, დიზურიული მოვლენები.

დიაგნოზის დასმა რთული არ არის და ბიმანუალური გამოკვლევის მონაცემებს ეყრდნობა. ზოგჯერ დიაგნოზის დაზუსტებისა და საშვილოსნოს სუბსეროზული მიომისგან დიფერენცირების მიზნით ახორციელებენ ლაპაროსკოპიას, პნევმოპელვიგრაფიას და ექოგრაფიას. საჭიროა ფოლიკულური კისტის დიფერენცირება საკვერცხის ნამდვილი ეპითელური სიმსივნის — კისტომისაგან. კისტის დიაგნოზის სასარგებლოდ, ძირითადად, მისი შედარებით მცირე ზომები და პაციენტის ახალგაზრდა ასაკი მეტყველებს.

მკურნალობა ქირურგიულია. ოპერაცია მდგომარეობს კისტის ამოკველაში საკვერცხის ჯანმრთელი ქსოვილის ფარგლებში, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია რეპროდუქციული ასაკის ქალებისათვის.

ყვითელი სხეულის კისტები ფოლიკულურ კისტებთან შედარებით იშვიათად გვხვდება. ამ დროს ოვულაციის შემდეგ ფოლიკულის ღრუ არ იხურება და სრულად არ ამოივსება ლუთეინური უჯრედებით, როგორც ეს ნორმის ფარგლებშია, რაც კისტის განვითარების მიზეზი ხდება. ღრუ რჩება და სეროზული სითხით ივსება. კისტის კედელი ლუთეინური და თეკალუთეინური უჯრედების რამდენიმე შრისგან შედგება. თავისი აგებულებით ეს უჯრედები არაფრით განსხვავდება ყვითელი სხეულის ლუთეინური უჯრედებისაგან. კისტის ზრდასთან ერთად შიგნითა გარსის კისტოზური ელემენტები და ლუთეინური უჯრედები თანდათან ატროფირდება. ყვითელი სხეულის კისტა ჰორმონულად არ არის აქტიური.

კლინიკა და დიაგნოსტიკა. ყვითელი სხეულის კისტა იშვიათად აღემატება 3-4 სმ დიამეტრს. მას გლუვი ზედაპირი და ელასტიკური კონსისტენცია აქვს. ჩივილები პაციენტს, ძირითადად, არ აქვს და კისტას გინეკოლოგიური გამოკვლევის დროს აღმოაჩენენ. დიაგნოზის დასადგენად, ძირითადად, საკმარისია ბიმანუალური გამოკვლევის მონაცემები. ყვითელი სხეულის კისტის დიფერენცირება საჭიროა საკვერცხეების ნამდვილი სიმსივნის — კისტომისაგან. დიფერენციული დიაგნოზის დროს კისტის სასარგებლოდ მიუთითებს კისტის შედარებით მცირე ზომები, კისტის გაჩენა ან მისი გადიდება მენსტრუალური ციკლის მეორე ფაზაში.

მკურნალობა. ყვითელი სხეულის კისტაზე ექვის შემთხვევაში ოპერაციული ჩარევა არ უნდა ვიჩქაროთ. ასეთი პაციენტები დისპანსერული მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იყვნენ; დათვალეირება განმეორებით ტარდება ყოველ 1½ თვეში. თუ კისტა არ უკუვითარდება ან შეინიშნება მისი ზომაში მომატების ტენდენცია,

საჭიროა ოპერაციული მკურნალობა, რადგან კლინიკური ნიშნებით საკვერცხის ნამდვილი სიმსივნის გამოარჩევა ძალიან რთულია. ოპერაციის დროს აწარმოებენ საკვერცხის რეზექციას კისტასთან ერთად. ყვითელი სხეულის კისტები, ფოლიკულური კისტების მსგავსად, რეციდივს იძლევა.

პროფილაქსი ფოლიკულური და ყვითელი სხეულის კისტების დროს საიმედოა.

თეკალუთინური კისტა ახასიათებს ტროფობლასტურ დაავადებებს — ბუშტნამქერს და ქორიონეპითელიომას. კისტოზური წარმონაქმნები ორივე საკვერცხეში ყალიბდება ფოლიკულების თეკა ქსოვილზე ქორიონული გონადოტროპინის მასტიმულირებელი მოქმედების შედეგად, რომელიც დიდი რაოდენობით მალუთეინიზებულ ჰორმონს შეიცავს. ბუშტნამქერის მოცილების და ქორიონეპითელიომის ქიმიოთერაპიით მკურნალობის შედეგად თეკალუთინური კისტები გაიწოვება, ამიტომ ქირურგიული მკურნალობა საჭირო არ არის.

საკვერცხისზედა დანამატის კისტები (პაროვარიული კისტები) საკვერცხის ახლო ნარჩენებიდან (ვოლფის სხეულიდან) წარმოიქმნება, რომელიც თავის მხრივ საშვილოსნოს მილსა და საკვერცხეს შორის, მეზოსალპინქსის ფურცლებში მოთავსებულ ბრმად დაბოლოებულ მილაკებს წარმოადგენს. ეს მილაკები, ძირითადად, ობლიტერაციას განიცდის და რუდიმენტული წარმონაქმნის სახე აქვს. თუმცა, ზოგჯერ სეკრეტის პროდუქციის გამო შეიძლება კისტოზურად გაფართოვდეს. პაროვარიული კისტების კედელი შემაერთებული ქსოვილისგან შედგება. კისტის შიგნითა ზედაპირი გლუვია, ამოფენილია ერთშირიანი ცილინდრული ან ბრტყელი ეპითელიუმით. კისტები ძალიან ხშირად ერთკამერიაა, ძალიან თხელი კედელი აქვს და იოგებს შორის განლაგდება. პაროვარიული კისტის შიგთავსი გამჭვირვალეა, თხელი, ცილებით ღარიბი, ბუცინს არ შეიცავს. კისტების მოცულობა მერყეობს რამდენიმე სანტიმეტრიდან ახალშობილის თავის ზომამდე. პაროვარიული კისტები მრგვალი ან ოვალური ფორმისაა. პათოლოგიურ პროცესში საკვერცხე, ძირითადად, არ ერთვება და კისტის ქვევით და გვერდზე მდებარეობს. საშვილოსნოს მილი ხშირად კისტის ზედაპირზეა გადაჭიმული.

კლინა და დიაგნოსტიკა. მცირე ზომის პაროვარიული კისტები პრაქტიკულად არაფრით გამოვლინდება. პაციენტს ჩვილები არა აქვს, მენსტრუალური ფუნქცია არ იცვლება. კისტის დიდი ზომის შემთხვევაში ჩნდება მეზობელ ორგანოებზე ზეწოლით განპირობებული სიმპტომები, განსაკუთრებით ხშირია დიზურიული მოვლენები. ბიძანუალური გამოკვლევით კისტოზურ წარმონაქმნს ნახულობენ, რომლის მოძრაობა ინტრალიგამენტური მდებარეობის გამო შეზღუდულია. ზოგჯერ კისტის ქვედა პოლუსთან შეიძლება მკვრივი წარმონაქმნის (საკვერცხის) პალპირება.

მკურნალობა ქირურგიულია. ოპერაცია კისტის ამოკაკვლაში მდგომარეობს. ქირურგიული ჩარევისას შეძლებისდაგვარად ცდილობენ ფალოპის მილისა და საკვერცხის შენარჩუნებას. აუცილებელია გვახსოვდეს, რომ პაროვარიულმა კისტამ შეიძლება შარდსაწვეთის ტოპოგრაფიის ცვლილება გამოიწვიოს, ამიტომ ოპერაციის დროს დიდი ყურადღებაა საჭირო, განსაკუთრებით კისტის მკვებავი სისხლძარღვების გადაკვეთის დროს. პაროვარიული კისტის ამოკვეთის შემდეგ რეციდივი, ძირითადად, არ ვითარდება.

პროფილაქსი საიმედოა. კისტის მალიგნიზაციის შემთხვევები უკიდურესად იშვიათად გვხვდება.

საშვილოსნოს მიომა

საშვილოსნოს მიომა (ლეიომიომა) — კუნთოვანი ქსოვილიდან განვითარებული კეთილთვისებიანი, ჰორმონდამოკიდებული სიმსივნეა. საშვილოსნოს მიომა ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა. იგი გინეკოლოგიურ დაავადებათა 10-27%-ია, პროფილაქტიკური შემოწმებების დროს ეს სიმსივნე ქალების 1-2,5%-ს აღმოაჩნდა.

საშვილოსნოს მიომა მიომეტრიუმის ყველა შრეში განლაგებული სხვადასხვა ზომის მიომური კვანძებისაგან შედგება. მიომური კვანძი განვითარების რამდენიმე თანმიმდევრულ ეტაპს გაივლის: პირველი სტადია — აქტიურად მზარდი ჩანასახის წარმოქმნა (სურ. 61), მეორე სტადია — სიმსივნის სწრაფი ზრდა ლიფერენცირების ნიშნების გარეშე (მცირე ზომის კვანძი, რომელიც ვლინდება მიკროსკოპულად) (სურ. 62), მესამე სტადია — სიმსივნის ექსპანსიური ზრდა, მისი ლიფერენცირებით და მომწიფებით (კვანძი მაკროსკოპულად ვლინდება).

აქტიური ზრდის უბნები თხელკედლიანი სისხლძარღვების ირგვლივ განლაგდება, ხასიათდება ნივთიერებათა ცვლის მაღალი დონითა და სისხლძარღვო-



სურ. 61. საშვილოსნოს მიომის აქტიური ჩანასახის ზრდის მიკროსკოპული სურათი. შედგება პემატოქსოლით და ეოზინით.



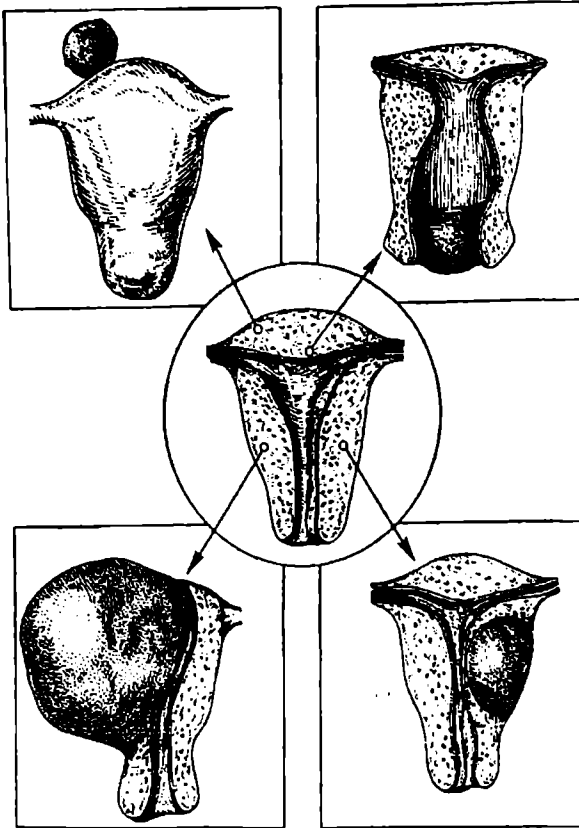
სურ. 62. ჩამოყალიბებული მიკროსკოპულად განსაზღვრებადი მიომის კვანძი.



სურ. 63. საშვილოსნოს მრავლობითი მიომა.



სურ. 64. საშვილოსნოს მიომის ღორწევა კვანძი.



სურ. 65. საშვილოსნოს ტანის მიომური კვანძების ზრდა (სქემა).

ვან-ქსოვილოვანი გამავლობის გაზრდით, რაც ხელს უწყობს საშვილოსნოს მიომის განვითარებას.

მიკროსკოპულად კვანძის პერიფერიაზე აქტიური ზრდის უბნებისათვის დამახასიათებელი მორფო-ჰისტოქიმიური ცვლილებები ვლინდება.

საშვილოსნოს ყველა მიომა მრავლობითია (სურ. 63). მიომური კვანძები, ძირითადად (95%), საშვილოსნოს სხეულში და შედარებით იშვიათად (5%) საშვილოსნოს ყელში მდებარეობს. საშვილოსნოს სხეულის კუნთოვან შრესთან დამოკიდებულების მიხედვით მიომური კვანძების სამ ფორმას გამოყოფენ: სუბსეროზულს,

ინტერსტიციულს და სუბმუკოზურს. სუბსეროზული კვანძი მიომეტრიუმის სუბსეროზული შრიდან ვითარდება, ინტერსტიციული — შუადან, ხოლო სუბმუკოზური — მიომეტრიუმის ღრმა შრიდან (სურ. 64). მიომური კვანძები მუცლის ღრუს ან საშვილოსნოს ღრუს მიმართულებით იზრდება (სურ. 65). საშვილოსნოს შიგნითა პირის ახლოს მდებარე მიომური კვანძები შეიძლება განიერი იოგის ფურცლებს შორის მოთავსდეს (ინტრალიგამენტურად) და მცირე მენჯის გვერდითი კედლის მიმართულებით გაიზარდოს.

შედარებით სწრაფი ზრდა ახასიათებს ინტრამურულ (ინტერსტიციულ) და სუბმუკოზურ მიომურ კვანძებს. ინტერსტიციული კვანძები ხშირად დიდ ზომას აღწევს.

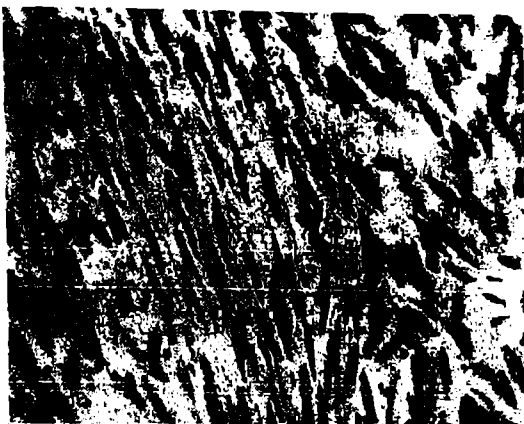


სურ. 66. მიომის მიკროსკოპული სურათი.

მორფოლოგიური ნიშნების მიხედვით განასხვავებენ კეთილთვისებიან, კუნთოვანი ჰიპერპლაზიით მიმდინარე საშვილოსნოს მარტივ მიომას (სურ. 66), პროლიფერირებად ფორმას და ჭეშმარიტ კეთილთვისებიან მიომას (სურ. 67).

პათოგენეზი. საშვილოსნოს მიომის განვითარების გამომწვევი მიზეზები საბოლოოდ დადგენილი არ არის. დღემდე მიაჩნდათ, რომ საშვილოსნოს მიომის განვითარება უი

დიდ როლს თამაშობდა ჰიპერესტროგენია. უახლესი გამოკვლევებით დადგენილია, რომ ესტროგენების შემცველობის მომატება ყველა პაციენტს არ აღენიშნება, ხოლო საშვილოსნოს მიომის განვითარებაში ძირითადი ფაქტორი ესტროგენების მეტაბოლიზმის (ციკლის ფოლიკულურ ფაზაში ესტრონის და ესტრადიოლის, ლუთეინურ ფაზაში კი ესტრიოლის სიჭარბე) და ყვითელი სხეულის ფუნქციის დარღვევაა. მიომის, როგორც ჰორმონდამოკიდებული წარმონაქმნის განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხე-საშვილოსნოს სისტემაში არსებული დარღვევები. მსგავსი დარღვევები თავისი ხასიათით ან პირველადია ან ეს ორგანოები უკუკავშირის პრინციპით პათოლოგიურ პროცესში მეორადად ჩაერთვება.



სურ. ნ7. საშვილოსნოს მიომა გამოხატული უჯრედული ელემენტების პროლიფერაციით. მიკროსკოპული სურათი.

მიომის ზრდას და განვითარებას მნიშვნელოვნად განაპირობებს საშვილოსნოს რეცეპტორული აპარატის მდგომარეობა. სპეციფიკური ცილები (რეცეპტორები) ჰორმონებთან კავშირში ესტროგენ-რეცეპტორის ან გესტაგენ-რეცეპტორის კომპლექსებს წარმოქმნიან. რეცეპტორული აპარატის ცვლილებამ შეიძლება შეცვალოს სიმსივნის ზრდის ხასიათი (სწრაფი, ნელი). როგორც ყველა პათოლოგიური პროცესის დროს, ამ შემთხვევაშიც, სისხლით მომარაგების ცვლილება ორგანოს ფუნქციური მდგომარეობის მნიშვნელოვან დარღვევებს იწვევს. საშვილოსნოს მიომის მქონე პაციენტთა უმრავლესობას მცირე მენჯის ჰემორინამიკის გამოხატული ცვლილებები აღენიშნება, რაც სიმსივნის განვითარების ერთ-ერთი ხელშემწყობი პირობაა.

საშვილოსნოს მიომის გენეზში გარკვეულ როლს თამაშობს ორგანიზმის იმუნოლოგიური რეაქტიულობის ცვლილება, განსაკუთრებით ქრონიკული ინფექციური კერების არსებობა (საშვილოსნოს დანამატების ქრონიკული ანთებითი პროცესები, ტონზილოგენური ინტოქსიკაცია, რევმატიზმი და სხვ.), ასევე მემკვიდრული წინასწარგანწყობა.

ამგვარად, საშვილოსნოს მიომის პათოგენეზი ძალიან რთულია. დაავადების განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემის, საკვერცხეების, თირკმელზედა ჯირკვლების, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევები. ორგანიზმის ადაპტაციური შესაძლებლობების გამო, სიმსივნის განვითარების ადრეულ სტადიაზე ჰორმონული ცვლილებები მკვეთრად არ არის გამოხატული. საშვილოსნოს მიომის შემდგომ განვითარებასთან ერთად, კომპენსატორული მექანიზმები ქვეითდება და მიომის პათოგენეზთან დაკავშირებული მრავალი ენდოკრინული ჯირკვლის ფუნქციის უფრო ღრმა დარღვევები ვლინდება.

საშვილოსნოს მიომით ავადმყოფებისთვის დამახასიათებელია სიმპათიკური-ადრენალური სისტემის აქტიურობისა და კომპენსაციური შესაძლებლობების

დაქვეითება, რაც პათოლოგიური პროცესის განვითარებისას ორგანიზმის კომპენსაციურ-შემგუებლობით შესაძლებლობებს ასახავს.

საშვილოსნოს მიომის განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორებია ანემიისწინა მდგომარეობა და რკინადეფიციტური ანემია. ამ სახის პემატოლოგიური ძვრები საშვილოსნოს მიომით დაავადებულთა ორგანიზმში უანგვა-აღდგენითი პროცესების დარღვევას იწვევს და ამით მიომის ზრდისათვის უფრო ხელსაყრელ პირობებს ქმნის.

ამგვარად, საშვილოსნოს მიომა პოლიგლანდულური დაავადებაა, რომლის დროსაც პათოლოგიურ პროცესში ჩართულია ქალის ორგანიზმის მრავალი ორგანო და სისტემა.

პათოლოგიურ პროცესში ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემის ჩართვაზე მიუთითებს ფარისებრი, სარძევე, თირკმელზედა ჯირკვლების ფუნქციური დარღვევები. მაგ: საშვილოსნოს მიომის მქონე პაციენტთა $\frac{2}{3}$ -ს აღენიშნება ფიბროზულ-კისტოზური მასტოპათია, იშვიათად კისტები, ფიბროადენომები. საშვილოსნოს მიომით პაციენტთა ნახევარში დარღვეულია ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია, რაც ხშირად ჰიპერფუნქციით გამოვლინდება.

საშვილოსნოს მიომის პათოგენეზში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს საკვერცხეების ფუნქციის დარღვევა. ამას ადასტურებს მიომის მქონე ქალების 50-60%-ში გამოვლენილი საკვერცხეების წვრილკისტოზური ცვლილებები.

კლინიკა. საშვილოსნოს მიომის კლინიკურ სურათს მნიშვნელოვნად განაპირობებს პაციენტის ასაკი, დაავადების ხანგრძლივობა, მიომური კვანძების ლოკალიზაცია, თანმხლები გენიტალური და ექსტრაგენიტალური პათოლოგია და სხვა ფაქტორები. საშვილოსნოს მიომის გამოვლენა პირველად, ძირითადად, 30-35 წლის ასაკში ხდება. ასეთი პაციენტებისთვის დამახასიათებელია მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევა მენარქეს პერიოდიდან (ციკლის გვიან ჩამოყალიბება; ხანგრძლივი, ჭარბი, მტკივნეული მენსტრუაცია), ანემიზაცია, სქესობრივი ფუნქციის დარღვევა (რეგულარული სქესობრივი ცხოვრების უქონლობა, შეწყვეტილი სქესობრივი კავშირი), რეპროდუქციული ფუნქციის დაქვეითება (პირველადი, მეორადი უნაყოფობა), შედარებით გვიანი პოსტმენოპაუზა.

საშვილოსნოს მიომის მქონე პაციენტთა პრემორბიდული ფონი ხშირად



სურ. 88. საშვილოსნოს მიომა წვრილკისტოზურად შეცვლილი საკვერცხით. პისტეროტომოგრამა. 1) სიმსივნის კვანძი; 2) საშვილოსნოს მილი; 3) საკვერცხე.

დატვირთულია სხვადასხვა გინეკოლოგიური და ექსტრაგინეკოლოგიური დაავადებებით. გადატანილ გინეკოლოგიურ დაავადებათა შორის ჭარბობს სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესები, დისფუნქციური სისხლდენები საშვილოსნოდან, ენდომეტრიოზი. საშვილოსნოს მიომა ხშირად შერწყმულია საკვერცხეების წვრილკისტოზურ ცვლილებებთან (სურ. 68) და ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიურ პროცესებთან.

თანმზღებელი დაავადებებიდან აღსანიშნავია ჰიპერტონული დაავადება, გულის იშემიური დაავადება, ქრონიკული ინფექციის კერების არსებობა (ტონზილიტი, ჰაიმორიტი, ოტიტი), კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ქრონიკული დაავადებები (გასტრიტი, ქოლეცისტიტი, კოლიტი), თირეოტოქსიკოზი, შაქრიანი დიაბეტი. აღრე გადატანილმა და თანმზღებმა დაავადებებმა შეიძლება ხელი შეუწყოს ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხე-საშვილოსნოს სისტემის ფუნქციურ დარღვევას და ამის შედეგად საშვილოსნოს მიომის განვითარებას.

სიმსივნის განვითარების აღრეულ სტადიაზე (რაც, ძირითადად, ქალის ცხოვრების რეპროდუქციულ ასაკს ემთხვევა) ვითარდება ხანგრძლივი და ჭარბი მენსტრუაცია (მენორაგია). შედარებით უფროს ასაკში შეიძლება აღინიშნოს აციკლური სისხლდენები, რაც კვანძის სუბმუკოზურ მდებარეობას, ცენტრიპეტალურად მზარდ ინტერსტიციულ მიომას, საშვილოსნოს მიომისა და საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენის ერთდროულ არსებობას ახასიათებს.

მიომის მქონე პაციენტებში მენორაგია შეიძლება განპირობებული იყოს მენსტრუაციის დროს ჩამოფცქვნილი ენდომეტრიუმის ზედაპირის გაზრდით, მიომეტრიუმის და კუნთოვანი შრის სისხლძარღვების არასრულფასოვნებით, ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიით და მისი ფიბრინოლიზური აქტივობის მომატებით.

გახანგრძლივებული და ჭარბი მენსტრუაცია ხშირად თანმზღებ ენდომეტრიოზს უკავშირდება. მენსტრუაციის დროს სისხლის დიდი დანაკარგი, ასევე თანდართული აციკლური სისხლდენები რკინადეფიციტური ანემიის განვითარების მიზეზი ხდება.

პაციენტი ხშირად უჩივის ტკივილს, რომელსაც შეიძლება სხვადასხვა მიზეზი ჰქონდეს. მუდმივი ტკივილები მუცლის ქვედა ნაწილში და წელის არეში ხშირად განპირობებულია გაზრდილი სუბსეროზული კვანძებით სეროზული გარსის გაჭიმვით ან მცირე მენჯის ნერვულ წნულებზე მიომური კვანძების ზეწოლით. ზოგჯერ ტკივილებს მიომურად შეცვლილ საშვილოსნოში დისტროფიული, ნეკროზული ცვლილებები იწვევს. მენსტრუაციის დროს შეტევისებური ტკივილი სუბმუკოზური ლოკალიზაციის სიმსივნეს ახასიათებს. ანალოგიური ხასიათის ტკივილი ვითარდება სუბმუკოზური კვანძის დაბადების დროს. ზოგჯერ ტკივილი მუდმივი და ძლიერია, განსაკუთრებით მიომური კვანძის განიერი იოგის ფურცლებს შორის მდებარეობის დროს.

მიომური კვანძის საშვილოსნოს ქვედა მესამედში, მის წინა ან უკანა ზედაპირზე მდებარეობამ შეიძლება გამოიწვიოს შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავის ფუნქციის დარღვევა.

საშვილოსნოს მიომის ყველაზე ხშირი გართულებაა კვანძის ნეკროზი (სურ. 69 ჩანართზე), რასაც მისი კვების დარღვევა იწვევს. მიომური კვანძის კვების მწვავე დარღვევის დროს მუცლის ქვედა ნაწილში ტკივილი და სუბფებრილური ტემპერატურა აღინიშნება. საშოსმხრივი გამოკვლევით საშვილოსნო გადიდებული და მტკივნეულია. სისხლში აღინიშნება ლეიკოციტოზი, ლეიკოციტური ფორმულის მარცხნივ გადახრით, ედს-ის მომატება. ასეთი გართულებები, ძირითადად, მიომური კვანძის დიდი ზომის ან კვანძის ფეხზე არსებობის შემთხვევაში ვითარდება. სუბმუკოზური მიომა შეიძლება გართულდეს კვანძის ფეხზე შემოგრებით. ამ შემთხვევაში ვითარდება მწვავე მუცლის კლინიკა.

ანგიოგრაფიას სიმსივნის სწრაფი ზრდის დროს ახორციელებენ, განსაკუთრებით ხშირად საშვილოსნოს სარკომაზე ექვის დროს.

ენდომეტრიუმის ავთვისებიანი გადაგვარებისა და საშვილოსნოს სარკომის გამორიცხვის მიზნით რადიოიზოტოპურ გამოკვლევას ატარებენ.

გამოხატული დიზურული მოვლენების შემთხვევაში ოპერაციული ჩარევის ხასიათისა და მოცულობის განსაზღვრის მიზნით დიდი მნიშვნელობა აქვს ექსკრეციულ უროგრაფიას და რენოგრაფიას, რომელთა ერთობლივი გამოყენება შარდსაწვეთებსა და თირკმლის ფიალებში არსებული ცვლილებების ხასიათის დადგენის საშუალებას იძლევა. კვანძის იოგთაშორის მდებარეობის ან მისი საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის ახლოს ლოკალიზაციის დროს საშარდე სისტემის ქვედა ნაწილებში ტოპოგრაფიულ-ანატომიური ცვლილებების გამოვლენას განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს.

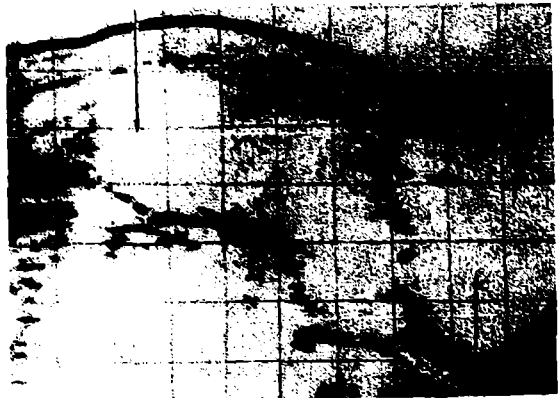
საშვილოსნოს მიომის დიაგნოსტიკის მიზნით გამოიყენება კვლევის ენდოსკოპიური მეთოდები: ჰისტეროსკოპია, ლაპაროსკოპია, კულდოსკოპია. ჰისტეროსკოპიით შეიძლება მიომის სუბმუკოზური ფორმის, ასევე თანმხლები დაავადებების — ენდომეტრიოზის, პოლიპოზის გამოვლენა. დიაგნოზის დაუდგენლობის შემთხვევაში ლაპარო- ან კულდოსკოპიას მიმართავენ. გამოკვლევის ამ მეთოდების საშუალებით შეიძლება საშვილოსნოს მიომის დიაგნოზის დაზუსტება, დანამატებში არსებული ცვლილებების დადგენა, აუცილებლობის შემთხვევაში კი ქსოვილის აღება პათომორფოლოგიური გამოკვლევის მიზნით.

უკანასკნელ წლებში საშვილოსნოს მიომის ზომებისა და კვანძის ლოკალიზაციის დადგენის მიზნით ხშირად გამოიყენება რთული ულტრაბგერითი სკანირების მეთოდი (სურ. 73).

საშვილოსნოს მიომის მქონე პაციენტების გამოკვლევისას აუცილებელია განსაკუთრებული ონკოლოგიური სიფრთხილე — უნდა გამოირიცხოს საკვერცხეების სიმსივნე, კიბოსწინარე პროცესები, ენდომეტრიუმისა და საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის კიბო.

ზოგჯერ რთულია წვრილ ფეხზე განვითარებული საშვილოსნოს სუბსეროზული მიომის დიფერენციული დიაგნოსტიკა საკვერცხის კისტომისგან. მიომატოზურ კვანძს კისტომასთან შედარებით მკვრივი კონსისტენცია და კვანძური ზედაპირი, ხოლო კისტომას — გლუვი ზედაპირი და ელასტიკური კონსისტენცია აქვს. პელვიოგრაფიით, (რომლის საშუალებითაც საშვილოსნოსა და საკვერცხეების კონტურებს აფასებენ) და ულტრაბგერითი გამოკვლევებით შეიძლება დიაგნოზის საბოლოო დაზუსტება.

საშვილოსნოს მიომასა და ორსულობას შორის დიფერენციული დიაგნოზის დროს, უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა ყურადღება მიექცეს საშვილოსნოს მიომის მკვრივ კონსისტენციას,



სურ. 73. ექოგრაფია საშვილოსნოს მიომის დროს. 1) მიომა; 2) შარდის ბუშტი.

სიმსივნის კვანძოვან ზედაპირს, ხანგრძლივი და ჭარბი მენსტრუაციის არსებობას, რაც ორსულობის გამორიცხვის საშუალებას იძლევა. დიფერენციული დიაგნოზის გატარება საშვილოსნოს მიომისა და ორსულობის ერთდროული არსებობისას ზოგჯერ გართულებულია. ორსულობის საექვო და უტყუარი ნიშნების გამოვლენა, ქორიონული გონადოტროპინის შემცველობის განსაზღვრა, ულტრაბგერითი გამოკვლევა საშვილოსნოს მიომის მქონე ქალებში, ორსულობის დადგენის საშუალებას იძლევა.

ინტრალიგამენტურად მოთავსებული მიომური კვანძის დიაგნოსტიკა გართულებულია. საჭიროა დიფერენციული დიაგნოზის გატარება ატიპიური ლოკალიზაციის საშვილოსნოს მიომასა და ქრონიკულ პარამეტრიტს შორის. ანამნეზური მონაცემები (ანთებითი პროცესის არარსებობა, საშოსმხრივი გამოკვლევის დროს მიომური კვანძის განცალკევება საშვილოსნოს კედლიდან) დიაგნოზის დაზუსტების საშუალებას იძლევა.

მკურნალობა. ამჟამად საშვილოსნოს მიომის მკურნალობის ორი მეთოდი არსებობს: კონსერვატიული და ქირურგიული. თითოეულ მათგანს თავისი ჩვენებები და უკუჩვენებები აქვს. მკურნალობის მეთოდის არჩევისას ითვალისწინებენ პაციენტის ასაკს, პრემორბიდულ ფონს, თანმხლებ ექსტრაგენიტალურ და გინეკოლოგიურ დაავადებებს, ჰორმონულ დარღვევებს, სიმსივნის ზრდის ხასიათს, მიომური კვანძების განლაგების თავისებურებებს, მენსტრუალური ციკლის დარღვევას, ანემიზაციის ხარისხს და სხვ.

საშვილოსნოს მიომის პათოგენეზის შესწავლის შედეგად შესაძლებელი გახდა ამ კეთილთვისებიანი სიმსივნის მკურნალობის პრინციპების შემუშავება. მკურნალობის განხორციელების ერთ-ერთი პირობაა სიმსივნის მცირე ზომა (რეპროდუქციულ პერიოდში სიმსივნე 12 კვირის ორსული საშვილოსნოს ზომისაა, პრემენოპაუზაში — 14-15 კვირის).

კონსერვატიული მკურნალობა საჭიროა კვანძის ინტერსტიციული და სუბსეროზული (ფართო ფუძით) ლოკალიზაციის, სიმსივნის სტაბილური ზომის, ზომიერი მენორაგიის დროს. მიომას კონსერვატიულად მკურნალობენ მძიმე ფორმის თანმხლები ექსტრაგენიტალური დაავადების (გულ-სისხლძარღვთა სისტემის, ფილტვების, თირკმლების და სხვ.) მქონე პაციენტებში, როდესაც ოპერაციული ჩარევა დაუშვებელია.

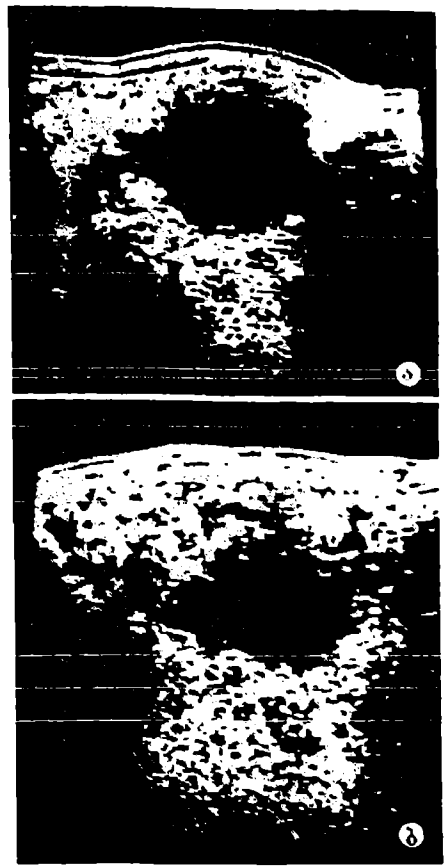
მაკორეგირებელი ღონისძიებები საშვილოსნოს მიომის აღრეულ ეტაპებზე შემდეგი პრინციპით ნორციელდება:

1) პრემორბიდული ფონის ყოველმხრივი შესწავლა, არსებული დარღვევების კორექციის მიზნით;

2) თანმხლები გინეკოლოგიური და ექსტრაგენიტალური დაავადებების მკურნალობა, რომელიც მკურნალობის ძირითადი კურსის წინ ტარდება და მიმართულია სიმსივნის ზრდის შეფერხებისკენ;

3) მკურნალობის ძირითად კურსში ნეიროენდოკრინული, ნივთიერებათა ცვლის, ვოლემიური დარღვევების ნორმალიზებისა და ანემიის მკურნალობისაკენ მიმართული ღონისძიებების ჩართვა. ჰორმონულ თერაპიას წინ უსწრებს დიეტო-თერაპია (სრულფასოვანი ცილოვანი კვება და რკინის შემცველი საკვები პროდუქტების დანიშვნა), ანტიანემიური თერაპია (რკინის პრეპარატები), ვიტამინთერაპია (მენსტრუალური ციკლის პირველ ფაზაში B₁, B₆ ვიტამინები, მეორე

ფაზაში A და E ვიტამინები, ვიტამინი C – მთელი მენსტრუალური ციკლის დროს 2-3 მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში). ინიშნება მიკროცირკულაციის გამაუმჯობესებელი პრეპარატები, ნეიროტროპული, სიმპტომური საშუალებები. საშვილოსნოს მიომასთან ერთად ქრონიკული სალპინგო-ოფორიტის არსებობისას საკვერცხეების ფუნქციის ნორმალიზაციის მიზნით იყენებენ მკურნალობის ფიზიკურ ფაქტორებს (ელექტროფორეზი სპილენძით, თუთიით, კალიუმის იოდით, პროტეოლიზური ფერმენტებით, მაგნიტური ველი, ულტრაბგერა და სხვ.). ასეთი კომპლექსური, წინასწარი მკურნალობის შემდეგ ჰორმონთერაპია უფრო შედეგიანია და მისაღები პრეპარატის რაოდენობის შემცირების საშუალებას იძლევა. ჰორმონთერაპიის დანიშვნა მიზანშეწონილია პრემენოპაუზაში მყოფი პაციენტებისთვის. სუფთა გესტაგენები (ტურენალი, ნორკოლუტი და სხვ.) ინიშნება მაშინ, როდესაც მიომის ხანგრძლივობა არ აღემატება 5 წელს, სამი მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში დაავადების გამოხატული კლინიკური ნიშნების არარსებობისას. სუფთა გესტაგენებს იღებენ მენსტრუალური ციკლის მეორე ნახევარში დოზით 1 აბი 6-8 დღის განმავლობაში. დარღვეული მენსტრუალური ციკლის დროს მკურნალობა ტარდება ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატებით, სამთვიანი წყვეტილი კურსით 21 დღიანი სქემის მიხედვით. ჰორმონულ მკურნალობას ფუნქციური დიაგნოსტიკის ტესტების კონტროლით ატარებენ. უშედეგობის დროს ჰორმონთერაპიას აგრძელებენ 6 თვის და მეტი ხნის განმავლობაში;



სურ. 74. ექოგრაფია საშვილოსნოს მიომის კონსერვატიული მკურნალობამდე (ა) და მის შემდეგ (ბ).

4) რეაბილიტაციური ღონისძიებები მიმართულია ჰომეოსტაზისა და პაციენტთა შრომისუნარიანობის აღდგენისაკენ. კონსერვატიული მკურნალობის დადებითი ეფექტი (სიმსივნის ზრდის სტაბილიზაცია და ზომების შემცირება, მენსტრუალური ფუნქციის ნორმალიზება, ტკივილების კუპირება და სხვ.) აღინიშნება მიომით დაავადებულთა $2/3$ -ზე მეტ შემთხვევაში. სიმსივნის ზომების შემცირებას საშოსმხრივი გასინჯვის, ასევე ულტრაბგერითი გამოკვლევის (სურ. 74) საშუალებით აკონტროლებენ.

საშვილოსნოს მიომის კონსერვატიული მკურნალობის უკუჩვენებებია:

- 1) საშვილოსნოს მიომის სუბმუკოზური ფორმა;
- 2) ინტერსტიციული ლოკალიზაციის კვანძი ცენტრიპეტალური ზრდით და საშვილოსნოს ღრუს მკვეთრი დეფორმაციით;
- 3) მიომური კვანძის ნეკროზი;

4) ეჭვი საშვილოსნოს მიომის ავთვისებიან გადაგვარებაზე;

5) საშვილოსნოს მიომისა და სასქესო ორგანოების სხვა ლოკალიზაციის სიმსივნის არსებობა.

საშვილოსნოს მიომის რადიკალური ქირურგიული მკურნალობის (საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაცია ან ექსტირპაცია) ჩვენებაა: სიმსივნის სწრაფი ზრდა და მისი დიდი ზომები; ჰემოსტატიური თერაპიის უშედეგობის შემთხვევაში პაციენტის გამონატული ანემიზაცია; მიომის სუბმუკოზური ფორმა; საშვილოსნოს ყელის მიომა; კვანძის ნეკროზი; შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავის ფუნქციის დარღვევა.

ქირურგიული ჩარევა, განსაკუთრებით ახალგაზრდა ქალებში, შეძლებისდაგვარად კონსერვატიული უნდა იყოს. თუ ახალგაზრდა, უნაყოფო ქალს, რამდენიმე მიომური კვანძი აქვს, უნდა ჩაუტარდეს კონსერვატიული მიომექტომი, ამით ქალს შეუნარჩუნდება მენსტრუალური და რეპროდუქციული ფუნქციები. თუმცა კონსერვატიული პლასტიკური ოპერაციების შემდეგ რეციდივები შედარებით ხშირია (10-30%).

ახალგაზრდა ქალებში საშვილოსნოს მიომის სუბმუკოზური ფორმის დროს, კვანძს საშვილოსნოს ღრუს გახსნით ამოკვეთენ. 40-45 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებში ახორციელებენ საშვილოსნოს სხეულის ამპუტაციას. მბად სუბმუკოზურ კვანძს საშოს მხრიდან ამოკვეთენ (განაკვეთს ატარებენ ფეხის ძირზე, შემდეგ სიმსივნეს ატრიალებენ).

ქალთა კონსულტაციაში აქტიური დისპანსერული მეთვალყურეობა უნდა გაეწიოს პაციენტებს:

1) საშვილოსნოს მიომის განვითარების მომატებული რისკით (ქრონიკული სალპინგოოფორიტის, ენდომეტრიტის ხშირი რეციდივები, რომელსაც თან ახლავს ნივთიერებათა ცვლის და ენდოკრინული დარღვევები);

2) მენარქეს პერიოდიდან დარღვეული მენსტრუალური ციკლით და გვიანი მენოპაუზით;

3) მრავალჯერადი აბორტით და საშვილოსნოს ყელის დიაგნოსტიკური გამოფხეკით;

4) მენსტრუალური ციკლის დარღვევით ხანგრძლივად მიმდინარე ექსტრაგენიტალური დაავადებების ფონზე;

5) უახლოეს ნათესავებში საშვილოსნოს მიომისა და ონკოლოგიური დაავადებების არსებობის დროს;

6) საშვილოსნოს მიომის განვითარების ადრეულ სტადიაზე;

7) ჩატარებული ოპერაციული და კონსერვატიული მკურნალობის შემდეგ;

8) ოპერაციული ჩარევის დაუშვებლობის დროს.

პროგნოზი საიმედოა.

საშვილოსნოს მიომა და ორსულობა. მიომის ფონზე ორსულობის განვითარება პაციენტთა 3-4%-ში გვხვდება. მიომის მცირე ზომის შემთხვევებში ორსულობა, ძირითადად, ვადამდე მიიტანება და მშობიარობა ფიზიოლოგიურად წარმართება. თუმცა ორსულობის, მშობიარობისა და ლოგინობის პერიოდში მოსალოდნელია გართულებების განვითარება.

ორსულობის დროს მიომურ კვანძებს უპირატესად სუბსეროზული და ინტერსტიციული მდებარეობა აქვს, სუბმუკოზური ლოკალიზაცია შედარებით

იშვიათია (სურ. 75). ორსულობის პირველ და განსაკუთრებით მეორე ტრიმესტრში მიომური კვანძები მნიშვნელოვნად იზრდება (კუნთოვანი უჯრედების ჰიპერპლაზია, ქსოვილების შეშუპება); მესამე ტრიმესტრში ეს პროცესები ნაკლებად გამოხატულია.



სურ. 75. ექოგრაფია საშვილოსნოს მიომის და ორსულობის დროს. 1) პლაცენტა; 2) მიომა; 3) სანაყოფე კვერცხი; 4) შარდის ბუშტი.

ორსულობის ყველაზე ხშირი გართულებაა მისი შეწყვეტის საფრთხე (ქალების 30%-ში). ასეთი ქალები ორსულობის დროს ხშირად უჩივიან ტკივილებს მიომური კვანძების მდებარეობის არეში, რაც სიმსივნის კაფსულის გაჭიმვით და კვანძში განვითარებული დისტროფიული ცვლილებებით აიხსნება.

მიომით მიმდინარე ორსულობისას ხშირია ორსულობის პირველი და მეორე ნახევრის ტოქსიკოზები, სანაყოფე წყლების ნაადრევი დაღვრა, ნაყოფის ჰიპოტროფია და ჰიპოქსია.

მშობიარობის დროს საშვილოსნოს კუმშვითი მოქმედების დარღვევა მიომის მქონე ყოველ მესამე ქალს აღენიშნება.

მიომის დროს ხშირია ნაყოფის არასწორი მდებარეობა და წინმდებარეობა, რასაც მიომის მიერ საშვილოსნოს ღრუს დეფორმაცია განაპირობებს.

მშობიარობისას ზოგჯერ საჭირო ხდება ოპერაციული ჩარევა (საკეისრო კვეთა).

მომყოლის გამოძევებისა და ადრეული ლოგინობის პერიოდში ჰიპოტონური სისხლდენის სიხშირე მნიშვნელოვნად იზრდება.

ლოგინობის ხანაში საშვილოსნოს ინვოლუცია შენელებულია. განსაკუთრებით საშიშია კვანძში განვითარებული ნეკროზული ცვლილებები. მშობიარობის მე-2 დღიდან სპაზმოლიტიკების პროფილაქტიკური დანიშვნით, ძირითადად, შეიძლება ამ გართულების თავიდან აცილება.

საშვილოსნოს სარკომა

საშვილოსნოს სარკომა — საშვილოსნოს შემაერთებელი ქსოვილიდან განვითარებული სიმსივნეა. სარკომა საშვილოსნოს ყველა ავთვისებიან სიმსივნეთა 2%-ს შეადგენს.

საშვილოსნოს სარკომა მიომეტრიუმის კუნთოვანი უჯრედების არადიფერენცირებული შემაერთებელ ქსოვილოვანი ელემენტებისაგან ან ენდომეტრიუმის სტრომისაგან (ლორწვეშა სარკომა) ვითარდება. სარკომას ნახულობენ საშვილოსნოს სხეულშიც და მის ყელშიც, მაგრამ იგი, ძირითადად, საშვილოსნოს სხეულს აზიანებს.

საშვილოსნოს სხეულის სარკომის კლინიკურ-ანატომიური კლასიფიკაცია შემდეგია:

I სტადია — სიმსივნე არ სცილდება საშვილოსნოს სხეულს;

II სტადია — სიმსივნე არ სცილდება ენდო- ან მიომეტრიუმს;

III სტადია — სიმსივნე ვრცელდება ენდო- და მიომეტრიუმზე;

IV სტადია — სიმსივნე მოიცავს საშვილოსნოს სხეულსა და ყელს, მაგრამ საშვილოსნოს ფარგლებს არ სცილდება;

V სტადია — სიმსივნე ვრცელდება საშვილოსნოს გარეთ, მაგრამ მცირე მენჯის ფარგლებს არ სცილდება;

VI სტადია — სიმსივნე ჩაზრდილია სეროზულ გარსში და (ან) აღინიშნება მეტასტაზები საშვილოსნოს დანამატებში;

VII სტადია — აღინიშნება სიმსივნის ინფილტრატები პარამეტრიუმში და (ან) მეტასტაზები საშვილოსნოს გარეთ და (ან) მენჯის ლიმფურ კვანძებში;

VIII სტადია — სიმსივნე ჩაზრდილია მეზობელ ორგანოებში და (ან) ვრცელდება მენჯის ფარგლებს გარეთ;

IX სტადია — სიმსივნე ჩაზრდილია მეზობელ ორგანოებში;

X სტადია — აღინიშნება შორეული მეტასტაზები.

ყველაზე ხშირია სარკომის კვანძური ფორმა. სარკომულ კვანძებს მომრგვალო ფორმა აქვს და სალი ქსოვილებიდან ძნელად გამოიყოფა. განაკვეთზე ღია ნაცრისფერია, რბილი, ტვინის ნივთიერების მსგავსი კონსისტენციის. სისხლჩაქცევებისა და ნეკროზის კერების არსებობისას მას ჭრელი შესახედაობა აქვს.

საშვილოსნოს სხეულის ლორწოვანი გარსის სარკომებს კვანძოვანი წარმონაქმნების სახე ან დიფუზური ხასიათი აქვს.

ანატომიურ-ჰისტოლოგიური შენების მიხედვით შემდეგი სახის სარკომებს გამოყოფენ:

1) ლეიომიოსარკომებს;

2) ლეიომიოსარკომებს მიომაში;

3) ენდომეტრიულ სტრომულ სარკომას;

4) შერეულ მეზოდერმულ სიმსივნეს;

5) კარცინოსარკომას;

6) გაურკვეველი გენეზის დაბალდიფერენცირებულ სარკომას.

სარკომები მეტასტაზებს, ძირითადად, ჰემატოგენური გზით იძლევიან, ყველაზე ხშირია მეტასტაზები — ფილტვებში, ღვიძლში, საკვერცხეებში, ძვლებში.

კლინიკა. საშვილოსნოს სარკომა ნებისმიერ ასაკში გვხვდება, თუმცა იგი უფრო ხშირად 41-50 წლის ასაკში ვითარდება. ადრეულ სტადიაზე დაავადების კლინიკური ნიშნები უმნიშვნელოდ გამოვლინდება. პროცესის პროგრესირებასთან ერთად გამოვლინდება ციკლური და აციკლური სისხლდენები, ტკივილები მუცლის ქვედა ნაწილში, ჩირქოვანი ხასიათის თეთრად შლა, რომლის ინტენსივობა დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციასა და ინფექციური პროცესის განვითარებაზე. ინტერსტიციული და სუბსეროზული ლოკალიზაციის დროს სიმსივნე სწრაფად იზრდება. ენდომეტრიუმის სარკომას, რომელსაც ლორწვევა კვანძების სახე აქვს, საშვილოსნოდან აციკლური სისხლდენების განვითარება და ჰარბი თეთრად შლა ახასიათებს. დაავადების მოგვიანებით სტადიებზე აღინიშნება სისუსტე, მოთენთილობა, მადის დაქვეითება, გამოხატული სიგამბდრე, ანემია, რომელიც არ არის დაკავშირებული სისხლდენასთან. ფილტვებში, ღვიძლში და სხვა ორგანოებში მეტასტაზების განვითარებისას, შესაბამისი ორგანოს დაზიანების სიმპტომები გამოვლინდება.

დიაგნოსტიკა ძალიან რთულია. პაციენტს, ძირითადად, საშვილოსნოს მიომის დიაგნოზს უსვამენ. თუმცა, სიმსივნის სწრაფი ზრდა, აციკლური სისხლდენების გამოვლენა, ანემიის განვითარება სისხლის მნიშვნელოვანი დანაკარგის გარეშე, პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება ბადებს ეჭვს ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობაზე.

ბიმაუნალური გამოკვლევისას მკვრივი კონსისტენციის, ზოგჯერ კი დარბილებული უბნების მქონე საშვილოსნოს სიმსივნეს ნახულობენ. საშვილოსნოს ყელის სარკომისათვის დამახასიათებელია მისი უმნიშვნელო გადიდება. საშვილოსნოს მბადი ლორწვევა სარკომა, ძირითადად, სიმსივნური კვანძის სახით საშვილოსნოს ყელის არეში ან მის გარეთ (საშოში) იხიჩება.

თუ ლორწვევა სარკომა ლოკალიზებულია საშვილოსნოში და არ იბადება, ამ დროს დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ჰისტეროსკოპიას. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს საშვილოსნოს ღრუს ზონდირებას, ჰისტეროცერვიკოგრაფიას შემდგომი დამიზნებითი ბიოფსიით. აგრეთვე იყენებენ ანგიოგრაფიას და ლიმფოგრაფიას. საშვილოსნოს სარკომის მქონე ყველა პაციენტს უტარდება საშარდე გზების გამოკვლევა (ქრომოცისტოსკოპია, ექსკრეტორული უროგრაფია, რადიოიზოტოპური რენოგრაფია), ასევე რექტორომანოსკოპია. ცალკეული მეტასტაზების გამოვლენის მიზნით ახორციელებენ გულმკერდის ორგანოების რენტგენოგრაფიასა და ღვიძლის სკანირებას.

საბოლოო დიაგნოზი დაისმის ენდომეტრიუმის გამონაფხეკის ჰისტოლოგიური გამოკვლევის (ლორწვევა სარკომის დროს) ან ამოკვეთილი სიმსივნის საფუძველზე.

მკურნალობა. საშვილოსნოს სარკომის დროს საჭიროა საშვილოსნოს ექსტირპაცია დანამატებთან, რეგიონულ ლიმფურ კვანძებთან, პარამეტრულ ქსოვილთან ერთად. სხივური და ქიმიოთერაპია, ძირითადად, უშედეგოა.

პროგნოზი ნაკლებად საიმედოა. განსაკუთრებით ეფექტურია მიომატოზურ კვანძში განვითარებული სარკომის მკურნალობა.

ენდომეტრიოზი

ენდომეტრიული ჰეტეროტოპიები ანუ ენდომეტრიოზი არის დაავადება, რომლის დროსაც ენდომეტრიუმის მსგავსი ქსოვილი მისი ნორმალური მდებარეობის გარდა სხვა ადგილებშიც განლაგდება. ენდომეტრიოზი არ არის ქეშმარიტი სიმსივნე, იგი ენდომეტრიუმის ჰორმონდამოკიდებული ჰიპერპლაზიაა. ენდომეტრიოზის დროს, სასქესო ორგანოების გარდა, შეიძლება დაზიანდეს ნებისმიერი ორგანო და სისტემა, ამიტომ მას პოლისისტემურ დაავადებებს მიაკუთვნებენ.

ბოლო წლებში ენდომეტრიოზით დაავადების შემთხვევები განზირდა.

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. ენდომეტრიოზის განვითარების მიზეზები დღემდე არ არის საბოლოოდ დადგენილი. არსებობს ენდომეტრიოზის განვითარების რამდენიმე თეორია, მაგრამ ამ დაავადების პათოგენეზს სრულყოფილად ვერც ერთი მათგანი ვერ ხსნის.

ემბრიონული თეორიის თანახმად, ენდომეტროიდული ჰეტეროტოპიები პირველადი თირკმლის (ვოლფის სხეულის) ნარჩენებიდან ვითარდება. ემბრიონული ნარჩენებიდან ენდომეტროიდული ჰეტეროტოპიების წარმოქმნას ენდომეტრიოზის და სასქესო ორგანოების განვითარების მანკის ზოგიერთი ფორმის ერთდროული არსებობა ადასტურებს. თუმცა ამ პათოლოგიების ასეთი კომბინაცია შედარებით იშვიათია და ენდომეტრიოზის სხვა ფორმების განვითარების ახსნა ამ თეორიით შეუძლებელია.

მეტაპლაზიური თეორიის მიხედვით, ენდომეტრიოზი კუნთოვან ქსოვილში ვითარდება სეროზული გარსის ენდომეტრიუმის თავისებური მეტაპლაზიის შედეგად.

ენდომეტრიოზის განვითარებაში, გარკვეულ როლს თამაშობს სასქესო ორგანოების მექანიკური ტრავმა, მაგალითად, აბორტის, საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის დიაგნოსტიკური გამოფხეკის, საშვილოსნოს ყელის დიათერმოკოაგულაციის, საკეისრო კვეთის, საშვილოსნოს ღრუს გახსნით ჩატარებული მიომექტომიის დროს, რის შედეგადაც სასქესო სისტემის ამ უბნებში ენდომეტრიუმის იმპლანტაციის პირობები იქმნება.

მრავალი მკვლევარი საშვილოსნოს მილებში, საკვერცხეებში, მცირე მენჯის ღრუში ენდომეტრიოზის განვითარებას ამ ორგანოებში ენდომეტრიუმის ელემენტების იმპლანტაციას უკავშირებს, რომელიც აქ მენსტრუაციის დროს საშვილოსნოს მილების გზით ხვდება. ამ მოვლენას ხშირად ადგილი აქვს საშვილოსნოს არასწორი მდებარეობის (ჰიპერანტეფლექსია, რეტროფლექსია), საშვილოსნოს ყელის არჩის შევიწროების დროს.

ზოგიერთი მეცნიერის აზრით, ენდომეტრიუმის მუცლის ღრუს გარეთ ლოკალიზაცია (ჰიპის არეში, შარდის ბუშტში, ფილტვებში და სხვა ორგანოებში) ენდომეტრიუმის ნაწილაკების ლიმფოგენური და ჰემატოგენური გზით მოთესვით არის განპირობებული.

ენდომეტრიოზის პათოგენეზში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხეების სისტემაში არსებული ჰორმონული ცვლილებები.

ჰიპოთალამუსის რილიზინგ-ფაქტორების და ჰიპოფიზის წინა წილის გონადოტროპული ჰორმონების ციკლური პროდუქციის დარღვევა აბსოლუტურ ან შეფარდებით ჰიპერესტროგენიას და საკვერცხის ყვითელი სხეულის მიერ პროგესტერონის პროდუქციის შემცირებას იწვევს. ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხეების სისტემის ფუნქციური არასრულფასოვნება გავლენას ახდენს ცილების, ენზიმების, ნუკლეოპროტეიდების სინთეზსა და მათ აქტივობაზე, სისხლის ანტიგენური თვისებების ცვლილებაზე, რაც თავის მხრივ იმუნოლოგიურ უკმარისობას იწვევს და ხელს უწყობს ძირითადი დაავადების განვითარებას.

კლასიფიკაცია. გამოყოფენ გენიტალურ და ექსტრაგენიტალურ ენდომეტრიოზს. გენიტალური ენდომეტრიოზი ხშირია (95%), ექსტრაგენიტალური ენდომეტრიოზი კი შედარებით იშვიათად (5%) გვხვდება.

გენიტალური ენდომეტრიოზი თავის მხრივ იყოფა შინაგან და გარეგან ენდომეტრიოზად. შინაგან ენდომეტრიოზს საშვილოსნოსა და მილის ფორმა (მილის მხოლოდ ინტერსტიციული ნაწილის დაზიანებისას) მიეკუთვნება, გარეგან ენდომეტრიოზს — საკვერცხეების, საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის, საშვილოსნოს მრგვალი იოგების, გარეთა სასქესო ორგანოების, საშვილოსნოს ყელის უკან განვითარებული რეტროცერვიკალური ენდომეტრიოზი. ხშირად შინაგანი ენდომეტრიოზი შერწყმულია რეტროცერვიკალურ, საკვერცხის და გარეგანი ენდომეტრიოზის სხვა ფორმებთან.

ექსტრაგენიტალური ენდომეტრიოზის დროს შესაძლებელია ქალის ორგანიზმის ნებისმიერი ორგანოსა და სისტემის დაზიანება, ყველაზე ხშირად იგი ლოკალიზდება მსხვილ ნაწლავში, ოპერაციის შემდგომ ნაწიბურში, ჭიპში და სხვ. შესაძლებელია ენდომეტრიოზის რამდენიმე კერის ერთდროული არსებობა, რომლებიც მენსტრუალური ციკლის შესაბამის ციკლურ ცვლილებას განიცდის.

ენდომეტროიდული წარმონაქმნები ხშირად უკონტურო ინფილტრატის ფორმის არის, ზოგჯერ კი კვანძის ან სქელი, ყავისფერი სითხით სავსე კისტური წარმონაქმნის სახე აქვს.

მიკროსკოპულად ერთმხრიანი მოციმციმე ეპითელიუმით დაფარულ, მილაკოვან ან დატოტილ, ზოგჯერ კი კისტოზურად გაფართოებულ ჭირკვლებს ნახულობენ. საშვილოსნოს ენდომეტრიოზის მქონე რეპროდუქციული ასაკის პაციენტთა უმრავლესობაში, რომელთაც მენსტრუალური ციკლის მეორე ნახევარში ჩატარებული ოპერაციის დროს ენდომეტრიუმის სეკრეტორული გარდაქმნა აღენიშნებოდათ, ენდომეტროიდულ უბნებში მსგავსი ცვლილებები არ გამოვლინდა. ენდომეტროიდული უბნების ჭირკვლოვან ეპითელიუმს გლიკოგენის მცირე და რნმ-ს შედარებით მაღალი შემცველობა ახასიათებს, რაც ენდომეტრიოზის უბნებზე პროგესტერონის სუსტ გავლენაზე მოწმობს.

ენდომეტრიოზი, რომელიც ჭირკვლოვანი ქსოვილის მცირე შემცველობით ხასიათდება, სტრომური ენდომეტრიოზის სახელით არის ცნობილი.

ყველაზე ხშირია საშვილოსნოს, საკვერცხეების, რეტროცერვიკალური ქსოვილის ენდომეტრიოზი.

კლინიკა. ენდომეტრიოზი უპირატესად ახალგაზრდა ასაკში გვხვდება. ამ დროს ხშირად ირღვევა ქალის მენსტრუალური, პროდუქციული ფუნქციები და შრომისუნარიანობა.

დაავადების ძირითადი ნიშანია პროგრესირებადი ტკივილი, რომელიც მენსტრუაციის წინა პერიოდში ჩნდება და განსაკუთრებით მწვავედ მენსტრუაციის დროს გამოვლინდება. ტკივილი ლოკალიზდება მუცლის ქვემოთ, გავის არეში, მუდმივი ინტენსიური ხასიათისაა, ზოგჯერ კი მწვავე მუცლის სურათს იძლევა. ენდომეტროიდული წარმონაქმნების შიგთავსის (სისხლი, ჭირკვლების სეკრეტი) გარემომცველ ქსოვილში მოხვედრა ტკივილს, ანთებით რეაქციას, ნაწიბურებისა და შეხორცებების განვითარებას იწვევს.

ენდომეტრიოზის კიდევ ერთი სიმპტომი, რომელიც სიხშირით მეორე ადგილზეა, არის მენსტრუალური ციკლის დარღვევა. მისთვის დამახასიათებელია გახანგრძლივებული და ჭარბი მენსტრუაცია, რომელსაც ხშირად წინ უსწრებს მცირე რაოდენობით მუქსისხლიანი გამონადენი სასქესო გზებიდან. ასეთივე ხასიათის სისხლიანი გამონადენი ზოგჯერ მენსტრუაციის დამთავრების შემდეგაც აღინიშნება. ენდომეტრიოზის მქონე პაციენტებში მენორაგიის განვითარება პიპოთალამუს-პიპოფიზ-საკვერცხეების სისტემის ფუნქციის დარღვევასთან, მიომეტრიუმის კუმშვითი უნარის დაქვეითებასთან, საშვილოსნოს შიგნითა ზედაპირის გაზრდასთან და მიომეტრიუმში არსებული ენდომეტრიოზული წარმონაქმნიდან სისხლის გადმოსვლასთან არის დაკავშირებული.

ენდომეტრიოზის მქონე პაციენტებში უნაყოფობის სიხშირე შედარებით მაღალია. ეს განპირობებულია რამდენიმე ფაქტორით: ანოვულაციით, ყვითელი სხეულის ფუნქციური უკმარისობით, მცირე მენჯის შეხორცებითი პროცესებით, საშვილოსნოს მილების დაზიანებით, ენდომეტრიუმის ფუნქციური უკმარისობით.

ენდომეტრიოზის კლინიკურ სურათს მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ენდომეტრიული ჰეტეროტოპიების უპირატესი ლოკალიზაცია და პათოლოგიური პროცესის გავრცელების ხარისხი.

შინაგანი ენდომეტრიოზი (ადენომიოზი) საშვილოსნოს დაზიანების შემთხვევაში ვითარდება. ენდომეტრიოზის ეს ლოკალიზაცია ყველაზე ხშირია. გამოყოფენ საშვილოსნოს სხეულის და ყელის ენდომეტრიოზს. საშვილოსნოს სხეულის ენდომეტრიოზის დროს ვითარდება ალგოდისმენორეა, გახანგრძლივებული და ჭარბი, ძლიერ მტკივნეული მენსტრუაცია. ხშირად მენსტრუაციის წინ და მის შემდეგ სასქესო გზებიდან მცირე რაოდენობით გამოიყოფა მუქ სისხლიანი გამონადენი. საშვილოსნოდან გამოხატული სისხლდენის შემთხვევაში ვითარდება ანემიზაცია, რომელსაც თან ახლავს სისუსტე, ადვილად დაღლა, ზოგჯერ თავბრუსხვევა, შრომისუნარიანობის დაქვეითება.

დაავადების მნიშვნელოვანი სიმპტომია მტკივნეული მენსტრუაცია, მაგრამ ამ შემთხვევაში ტკივილის სიძლიერე, ენდომეტრიოზის სხვა ფორმებთან შედარებით ნაკლებად გამოხატულია. ენდომეტრიოზის საშვილოსნოს კუთხეებში უპირატესი ლოკალიზაციისას, ტკივილები საზარდულისა და სწორი ნაწლავის მიმართულებით განიცდის ირადიაციას.

გამოყოფენ საშვილოსნოს ენდომეტრიოზის დიფუზურ და კვანძოვან ფორმებს. ამ დროს, საშვილოსნო 7-10 კვირის ვადის ორსულობის ზომამდე იზრდება, რაც ენდომეტრიოზის კერის ირგვლივ განლაგებული კუნთოვანი ქსოვილის პიპერპლაზიით არის განპირობებული. საშვილოსნოს ზომების გაზრდა მენსტრუაციის წინ განსაკუთრებით მკვეთრად გამოვლინდება; მისი ჩათავების შემდეგ საშვილოსნოს ზომები რამდენადმე მცირდება. საშვილოსნოს ზომაში გაზრდა

ენდომეტრიოზის უბნების მიომეტრიუმში მნიშვნელოვნად გამოხატული ჩაზრდის შემთხვევაში აღინიშნება. ენდომეტრიოზის კეროვანი ფორმის დროს საშვილოსნოს ზედაპირი კვანძოვანია.

საშვილოსნოს ენდომეტრიოზი ხშირად შერწყმულია საშვილოსნოს მიომასთან, იშვიათად — საკვერცხეების სიმსივნესთან, საშვილოსნოს დანამატების ანთებასთან.

საშვილოსნოს სხეულის ენდომეტრიოზის დიაგნოსტიკის ყველაზე ეფექტური მეთოდია ჰისტეროსალპინგოგრაფია, რომელსაც მენსტრუალური ციკლის მე-7-8 დღეს ატარებენ. გამოკვლევისათვის იყენებენ წყალში ხსნად კონტრასტულ ნივთიერებას, ამიტომ პროცედურა სისხლდენის დროსაც შეიძლება ჩატარდეს. რენტგენოგრაფიაზე გამოვლინდება ენდომეტრიოზისათვის დამახასიათებელი ე.წ. კონტურისგარე ჩრდილები, რომელიც საშვილოსნოს ღრუსთან დაკავშირებულ, კონტრასტული ნივთიერებით სავსე, ენდომეტრიოზულ წარმონაქმნებს წარმოადგენს. ჩრდილებს ოვალური, მრგვალი ან მოგრძო ფორმა აქვს (სურ. 76). კონტურისგარე ჩრდილებს ხშირად საშვილოსნოს სხეულის ისთმურ ნაწილში ნახულობენ.

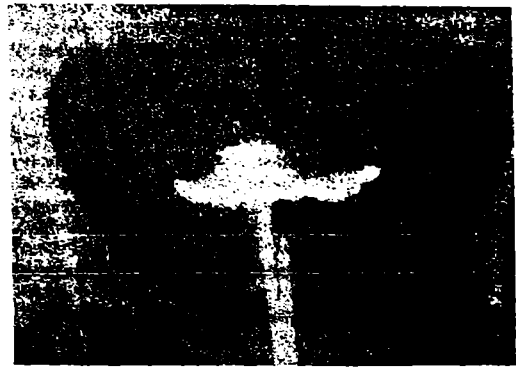
დიდი დიაგნოსტიკური ღირებულება აქვს რენტგენოპელვიმეტრიას, რომელიც წინა-უკანა ზომაში გაზრდილ, მომრგვალო ფორმის საშვილოსნოს გამოავლენს.

ამჟამად საშვილოსნოს ენდომეტრიოზის დროს წარმატებით გამოიყენება ჰისტეროსკოპია. ძირითადად, თხელი ღია ვარდისფერი ენდომეტრიუმის ფონზე კარგად ჩანს მუქი წითელი ფერის, სხვადასხვა ზომის ენდომეტროიდული ჯირკვლების შესავლები, საიდანაც ზოგჯერ მუქი ფერის სისხლი გამოიყოფა.

დიდი მნიშვნელობა აქვს დიაგნოსტიკის მეთოდების კომბინირებულ გამოყენებას (ბიკონტრასტული გენიკოგრაფია), რომელიც ძირითადად სწორი დიაგნოზის დასმის საშუალებას იძლევა.

საშვილოსნოს ყელის ენდომეტრიოზი ხშირია იმ ქალებში, რომელთაც ფსევდოეროზიის გამო ჩატარებული აქვთ დიათერმოკოაგულაცია. ენდომეტრიოზის განვითარება დიათერმოკოაგულაციის შემდეგ აიხსნება მენსტრუაციის დროს საშვილოსნოდან გამოსული ენდომეტრიუმის ელემენტების მიხორციებით საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის ნაჭრილობებზე ზედაპირზე, რომელიც ფუფხის მოცილების შემდეგ რჩება. საშვილოსნოს ყელის საარკეებით დათვალიერებისას, მის ზედაპირზე ვარდისფერ ზოლებს ან მუქი წითელი ფერის წერტილებს ნახულობენ. დამახასიათებელია მცირე რაოდენობით მუქი წითელი ფერის და კონტაქტური გამონადენი. მცირე სისხლიანი გამონადენი ყველაზე ხშირად მენსტრუაციის წინ და მის შემდეგ აღინიშნება და 3-4 დღის განმავლობაში გრძელდება. საშვილოსნოს ყელის ენდომეტრიოზისათვის ტიპილი დამახასიათებელი არ არის.

საშვილოსნოს ყელის ენდომეტრიოზის დიაგნოსტიკის ძირითადი მეთოდია კოლპოსკოპია, რომელსაც მენსტრუალური ციკლის დროს რამდენჯერმე ატა-



სურ. 76. ჰისტეროსალპინგოგრაფია საშვილოსნოს ტანის ენდომეტრიოზის დროს. ნაილად ჩანს კონტურსგარე ჩრდილები (საკონტრასტო ნივთიერებების შეღწევა ენდომეტროიდულ ჯირკვლებში).

რებენ (სურ. 77 ჩანართზე). საბოლოო დიაგნოზი საშვილოსნოს ყელის ბიოპტატის მორფოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე დაისმის.

საშვილოსნოს ყელის ენდომეტრიოზის დიფერენცირება საჭიროა ფსევდო-ეროზიის, ენდოცერვიციტის, ერიოთროპლაკიისა და საშვილოსნოს ყელის კიბოსაგან.

საშვილოსნოს მიღების ენდომეტრიოზი მილის კედლის სისქეში განლაგებული მცირე ზომის (6 მმ-მდე დიამეტრის) კვანძების სახით ვითარდება. მისი კლინიკური დიაგნოსტიკა ძალიან ძნელია. დიაგნოზი, ძირითადად, ოპერაციის დროს ამოკვეთილი საშვილოსნოს მილის პათომორფოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე დაისმის.

საკვერცხეების ენდომეტრიოზი გენიტალური ენდომეტრიოზის საკმაოდ გავრცელებული ფორმაა. პაციენტები, ძირითადად, უჩივიან ტკივილს, რომელიც მენსტრუაციის დროს ძლიერდება. პაციენტთა ნახევარზე მეტს აღენიშნება პროგრესირებადი ალგომენორეა. ზოგჯერ ტკივილის ინტენსივობა ძლიერდება, ჩნდება პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები, რაც ენდომეტრიოიდული კისტების მიკროპერფორაციით და მათი შიგთავსის (სისხლის) მუცლის ღრუში მოხვედრით აიხსნება. მუცლის ღრუში სისხლის და ქსოვილთა ნაწილაკების მოხვედრა მცირე მენჯში გამოხატული შეხორცებითი პროცესის განვითარებას იწვევს. საკვერცხეების ენდომეტრიოზის მქონე პაციენტებში მენსტრუაციის წინ და მის შემდეგ მცირე სისხლიანი გამონადენის არსებობა მასთან ერთად საშვილოსნოს დაზიანებაზე მიუთითებს (შიგნითა ენდომეტრიოზი).

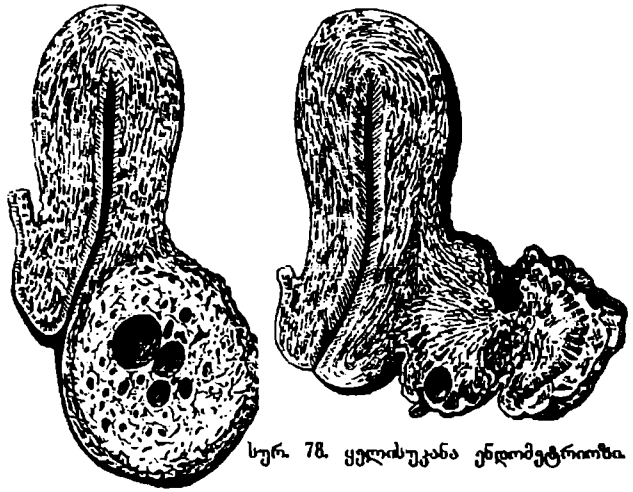
დაავადების დასაწყისში საშვილოსნოს დანამატების არეში ისინჯება ცალმხრივი, მცირე ზომის, გასინჯვისას მტკივნეული, ელასტიკური კონსისტენციის, მრგვალი ფორმის სიმსივნური წარმონაქმნი. პროცესის პროგრესირებასთან ერთად საკვერცხის ენდომეტრიოიდული კისტა ზომებში იზრდება, პროცესი მეორე საკვერცხეზეც ვრცელდება და ვითარდება ძლიერი შეხორცებითი პროცესი ერთიანი კონგლომერატის წარმოქმნით, რომელიც საშვილოსნოს და მის დანამატებს მოიცავს. კონგლომერატს აქვს სქელი კაფსულა და უძრავია. პროცესი შეიძლება გავრცელდეს სიგმოიდურ ნაწლავზე და მისი სტენოზი გამოიწვიოს.

საკვერცხეების ენდომეტრიოზის მქონე პაციენტთა უმრავლესობა ხანგრძლივად, უშედეგოდ იტარებს მკურნალობას ქალთა კონსულტაციებში „ანთებითი პროცესის“ გამო.

დიაგნოსტიკა. დიაგნოსტიკის მაღალინფორმაციული მეთოდი, განსაკუთრებით დაავადების ადრეულ სტადიაში, არის ლაპაროსკოპია, რომელიც საკვერცხის ენდომეტრიოიდული წარმონაქმნების გამოვლენის საშუალებას იძლევა. გართულებული დიაგნოსტიკის შემთხვევებში ახორციელებენ აიროვან პელვიგრაფიას. უკანასკნელ წლებში ხშირად გამოიყენება ულტრაბგერითი გამოკვლევა, რაც ამ დაავადებისთვის დამახასიათებელ სითხის შემცველ სიმსივნურ წარმონაქმნს გამოავლენს.

აუცილებელია ენდომეტრიოიდული კისტების დიფერენცირება საკვერცხეების კიბოს, ასევე, საშვილოსნოს დანამატების არასპეციფიკური და სპეციფიკური ეტიოლოგიის პარკისებრი ანთებითი წარმონაქმნებისგან. ამ დაავადებების დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ლაპაროსკოპიას ან ლაპაროტომიის დროს აღებული ქსოვილის მიკროსკოპულ გამოკვლევას.

ყელისუკანა ენდომეტრიონი სიხშირით მესამე ადგილზეა სხვა ლოკალიზაციის ენდომეტრიოზებს შორის (სურ. 78). პაციენტები, ძირითადად, უჩივიან ტკივილებს გავის, წელის არეში, რომელიც სწორ ნაწლავსა და საშოში გადაეცემა; ტკივილის ინტენსივობა მატულობს მენსტრუაციისწინა პერიოდში და მენსტრუაციის, სქესობრივი კავშირის, დეფეკაციის დროს. ზოგჯერ აღინიშნება მცირე სისხლიანი გამონადენი მენსტრუაციამდე და მის შემდეგ.



სურ. 78. ყელისუკანა ენდომეტრიოზი.

გინეკოლოგიური გამოკვლევისას საშვილოსნოს ყელის უკან პალპაციით ისინჯება ძლიერ მტკივნეული, უსწორმასწორო ზედაპირის მქონე მკვრივი წარმონაქმნი. საშოს კედელში ჩაზრდისას უკანა თალის არეში მუქი მოლურჯო კისტური წარმონაქმნი შეინიშნება (ენდომეტრიოიდული „თვალები“).

დიაგნოსტიკის მიზნით ქორიონეპითელიომის, კიბოსა და ზოგიერთი სხვა დაავადების გამოარიცხვის მიზნით აწარმოებენ ბიოფსიას.

მკურნალობა. თერაპიული ღონისძიებები მოიცავს ენდომეტრიოზის უბნებზე ზემოქმედებას, ნერვული, ენდოკრინული და ორგანიზმის სხვა სისტემების დარღვევის ერთდროულ ან შემდგომ მოწესრიგებასთან ერთად. აწარმოებენ პორმონულ, ქირურგიულ, სიმპტომურ და ფიზიოთერაპიულ მკურნალობას.

ენდომეტრიოზით დაავადებულთა მკურნალობის ძირითადი მეთოდია პორმონთერაპია. გამოიყენება ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატები, წმინდა გესტაგენები, ამჟამად კი — ანტიგონადოტროპინებიც. ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატები გონადოტროპინების გამომუშავებას თრგუნავს, ამის შედეგად აღარ ხდება ფოლიკულის მომწიფება, ოვულაცია, ენდომეტრიოიდულ ჰეტეროტოპიებში წყდება ციკლური პროცესები. გარდა ამისა, ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატების ზემოქმედებით ენდომეტრიუმში ვითარდება ატროფიული პროცესები, რაც ჭირკვლოვანი რეგრესიის სახელით არის ცნობილი.

კომბინირებულ ესტროგენ-გესტაგენურ პრეპარატებს (ანოვლარი, ბისეკურინი, ნონ-ოვლონი და სხვ.) 28 დღიანი მენსტრუალური ციკლის დროს ციკლის მე-5 დღიდან 21 დღის განმავლობაში ნიშნავენ დოზით 1 აბი დღეში. შედარებით მოკლე ან გახანგრძლივებული მენსტრუალური ციკლის დროს მკურნალობის სქემა შესაბამისად იცვლება. ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატების მიღება გრძელდება 6-12 მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში და დამოკიდებულია პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციასა და გავრცელების ხარისხზე, თანაც, ახალგაზრდა ქალებში (40 წლამდე) უმჯობესია მკურნალობის წყვეტილი კურსების წარმოება (3 თვე მკურნალობა, 3 თვე შესვენება).

ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატების დანიშვნამდე აუცილებელია ღვიძლისა და სისხლის შემადგენელი ფუნქციის გამოკვლევა. ღვიძლის ფუნქციის დარღვევისა და ჰიპერკოაგულაციისკენ მიდრეკილების შემთხვევაში სინთეზური პროგესტინების დანიშვნა მიზანშეუწონელია. ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატების დანიშვნა არ შეიძლება, ასევე, თირკმლის დაავადებების, შაქრიანი დიაბეტის, ვენების ვარიკოზული გაგანიერების, მომატებული არტერიული წნევის, ქოლესტისტიტის დროს. ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატების დანიშვნის მიზანშეუწონლობის შემთხვევაში გამოიყენება წმინდა გესტაგენები: ოქსიპროგესტერონის კაპრონატი 125 მგ კვირაში ერთხელ (კურსი მოიცავს 20 ინექციას), ნორკოლუტინი 1 აბი დღეში ციკლის მეორე ნახევარში, 3-6 თვის განმავლობაში.

45 წლის ასაკის ზემოთ ქალებს შეიძლება დაენიშნოთ ანდროგენული პრეპარატები: ტესტოსტერონის პროპიონატი 1 მლ 2,5-5%-იანი ხსნარი კუნთში, დღეგამოშვებით. მკურნალობის ერთ კურსში საჭიროა 6-10 ინექცია. მკურნალობა მოიცავს 2-3 კურსს მათ შორის 1-1,5 თვიანი ინტერვალებით. მეთილანდროსტენდიოლი ინიშნება 0,025 გ (1 აბი) 2-ჯერ დღეში ენის ქვეშ, მეთილტესტოსტერონი — 10 მგ (2 აბი) ენის ქვეშ 3-4-ჯერ დღეში 20 დღის განმავლობაში. ახორციელებენ მკურნალობის 2-3 კურსს. ეს პრეპარატები ინიშნება მენსტრუაციის დამთავრებისთანავე.

მრავალი მეცნიერის აზრით, ენდომეტრიოზის სამკურნალოდ იდეალური პრეპარატებია ანტიგონადოტროპინები. მაგალითად, ენდომეტრიოზის დანაზოლით მკურნალობის დროს შეინიშნება ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის ბაზალური და ციკლური სეკრეციის დათრგუნვა, საკვერცხეების ფუნქციის დაქვეითება, საშვილოსნოს სხეულის ლორწოვანი გარსისა და ექტოპიური ენდომეტრიუმის ატროფია. ენდომეტრიოზის მკურნალობას აწარმოებენ პაციენტის ასაკის, პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციისა და გავრცელების ხარისხის გათვალისწინებით.

საშვილოსნოს სხეულის ენდომეტრიოზის საწყისი სტადიის დროს ნიშნავენ ესტროგენ-გესტაგენურ პრეპარატებს. მკურნალობის შედეგად მცირდება სისხლის დანაკარგი, ქრება ანემია, მცირდება და წყდება ტკივილები. კონსერვატიული მკურნალობის უშედეგობისა და პროცესის ფართოდ გავრცელების შემთხვევაში ოპერაციულ მკურნალობას აწარმოებენ ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატების შემდგომი დანიშვნით. ენდომეტრიოიდული უბნების საშვილოსნოს სხეულსა და ფუძეში ლოკალიზაციის შემთხვევაში ხორციელდება საშვილოსნოს საშოსხედა ამპუტაცია, ყელთან ლოკალიზაციისას კი — საშვილოსნოს ექსტირპაცია.

საშვილოსნოს ყელის ენდომეტრიოზის მკურნალობის ძირითადი მეთოდია სინთეზური ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატების გამოყენება. უშედეგობის ან საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის გამონატული დეფორმაციისას ახორციელებენ დიათერმოკოაგულაციას ან ქირურგიულ მკურნალობას.

საკვერცხეების ენდომეტრიოიდული კისტების მკურნალობა ოპერაციულია. ახალგაზრდა ქალებში საკვერცხის რეზექციას აკეთებენ, შედარებით ხანდაზმულ ასაკში კი საშვილოსნოს დანამატებს ამოკვეთენ. ენდომეტრიოიდული („შოკოლადისებრი“) კისტების ამოკვეთა საჭიროა დიდი სიფრთხილით, რადგან მისი მთლიანობის დარღვევა მუცლის ღრუში მოთესვას და პათოლოგიური პროცესის

შემდგომ გავრცელებას გამოიწვევს. ოპერაციის შემდეგ მკურნალობას აგრძელებენ წმინდა გესტაგენებით ან ესტროგენური პრეპარატებით 6 თვის ან 1 წლის განმავლობაში.

ყვლისუკანა ენდომეტრიოზის დროს ზოგჯერ შეიძლება მთელი ენდომეტრიოიდული უბნის ამოკვეთა. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში აწარმოებენ ჰორმონულ მკურნალობას. თერაპიის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია პროცესის გავრცელებასა და ტკივილის სიმპტომის გაქრობაზე.

ენდომეტრიოზის საშვილოსნოს მიღში ლოკალიზაციის შემთხვევაში საჭიროა მისი ამოკვეთა, რადგან კონსერვატიული მკურნალობა ნაკლებეფექტურია.

ამჟამად სულ უფრო ხშირად ახორციელებენ ლაპარასკოპიული გამოკვლევების დროს სპეციალური ინსტრუმენტების საშუალებით ენდომეტრიოიდული წარმონაქმნების მოცილებას. მკურნალობის ეს მეთოდი გამოიყენება ენდომეტრიოზის განვითარების ადრეულ სტადიებზე ან კონსერვატიული მკურნალობის კურსის ჩატარების შემდეგ.

ენდომეტრიოზის მკურნალობის ფიზიკურ მეთოდებს დამხმარე როლი ეკუთვნით. ნიშნავენ კალიუმის იოდიდის, ამილოპირინის, მაგნიუმის სულფატის ელექტროფორეზს. ფიზიოთერაპია ტარდება ჰორმონულ მკურნალობასთან ერთად.

პიპოთალამური და ლიმბური სტრუქტურების მოქმედების დარღვევებთან დაკავშირებული ნეიროგენული და ვეგეტაციურ-ენდოკრინული დაავადებების არსებობისას თერაპიაში უნდა ჩაირთოს ფსიქოტროპული საშუალებები (ქლორდიაზეპოქსიდი, დიაზეპამი, ტრიოქსაზინი და სხვ.).

სიმპტომური თერაპია გულისხმობს სისხლდენის შემჩჩერებელი საშუალებების (სტიპტინი, ერგოტალი, წალიკა) და ტკივილგამაყუჩებელთა (ბელადონას სანთლები) დანიშვნას.

ანემიის დროს საჭიროა რკინის პრეპარატების დანიშვნა.

ორსულობა ენდომეტრიოზით დაავადებულებში შენარჩუნებული უნდა იქნას, ვინაიდან ამ დროს ციკლური პროცესები ენდომეტრიოზის კერაში წყდება და დგება დროებითი სტაბილიზაცია.

პროფილაქტიკა შედარებით საიმედოა. ავთვისებიანი ენდომეტრიოზის შემთხვევები იშვიათად გვხვდება.

პროფილაქტიკა. ენდომეტრიოზის თავიდან აცილება, უპირველეს ყოვლისა, მოიცავს, საშვილოსნოს ღრუდან ენდომეტრიუმის ნაწილების სასქესო ორგანოების სხვა ნაწილებში მოხვედრის შეფერხებას. ამიტომ ბრძოლა აბორტებთან, საშვილოსნოს ანომალიების დროული მკურნალობა, საშვილოსნოსშიდა ჩარევების მკაცრი ჩვენებებით ჩატარება წარმოადგენს ენდომეტრიოზის პროფილაქტიკის ქმედით ღონისძიებას. საკვერცხეების ენდომეტრიოიდული კისტების ამოკვეთისას მნიშვნელოვანია, რომ მისი შიგთავსი (გასკდომის შემთხვევაში) არ მოხვედეს ბუცლის ღრუში; კისტის მთელი დაღვრილი შიგთავსი საფუძვლიანად უნდა იქნას ამოწმენდილი.

ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატების დანიშვნამდე აუცილებელია ღვიძლისა და სისხლის შემადგენელი ფუნქციის გამოკვლევა. ღვიძლის ფუნქციის დარღვევისა და ჰიპერკოაგულაციისკენ მიდრეკილების შემთხვევაში სინთეზური პროგესტინების დანიშვნა მიზანშეუწონელია. ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატების დანიშვნა არ შეიძლება, ასევე, თირკმლის დაავადებების, შაქრიანი დიაბეტის, ვენების ვარიკოზული გაგანიერების, მომატებული არტერიული წნევის, ქოლესისტიტის დროს. ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატების დანიშვნის მიზანშეუწონლობის შემთხვევაში გამოიყენება წმინდა გესტაგენები: ოქსიპროგესტერონის კაპრონატი 125 მგ კვირაში ერთხელ (კურსი მოიცავს 20 ინექციას), ნორკოლუტინი 1 აბი დღეში ციკლის მეორე ნახევარში, 3-6 თვის განმავლობაში.

45 წლის ასაკის ზემოთ ქალებს შეიძლება დაენიშნოთ ანდროგენული პრეპარატები: ტესტოსტერონის პროპიონატი 1 მლ 2,5-5%-იანი ხსნარი კუნთში, დღეგამოშვებით. მკურნალობის ერთ კურსში საჭიროა 6-10 ინექცია. მკურნალობა მოიცავს 2-3 კურსს მათ შორის 1-1,5 თვიანი ინტერვალებით. მეთილანდროსტენდიოლი ინიშნება 0,025 გ (1 აბი) 2-ჯერ დღეში ენის ქვეშ, მეთილტესტოსტერონი — 10 მგ (2 აბი) ენის ქვეშ 3-4-ჯერ დღეში 20 დღის განმავლობაში. ახორციელებენ მკურნალობის 2-3 კურსს. ეს პრეპარატები ინიშნება მენსტრუაციის დამთავრებისთანავე.

მრავალი მეცნიერის აზრით, ენდომეტრიოზის სამკურნალოდ იდეალური პრეპარატებია ანტიგონადოტროპინები. მაგალითად, ენდომეტრიოზის დანაზოლით მკურნალობის დროს შეინიშნება ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის ბაზალური და ციკლური სეკრეციის დათრგუნვა, საკვერცხეების ფუნქციის დაქვეითება, საშვილოსნოს სხეულის ლორწოვანი გარსისა და ექტოპიური ენდომეტრიუმის ატროფია. ენდომეტრიოზის მკურნალობას აწარმოებენ პაციენტის ასაკის, პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციისა და გავრცელების ხარისხის გათვალისწინებით.

საშვილოსნოს სხეულის ენდომეტრიოზის საწყისი სტადიის დროს ნიშნავენ ესტროგენ-გესტაგენურ პრეპარატებს. მკურნალობის შედეგად მცირდება სისხლის დანაკარგი, ქრება ანემია, მცირდება და წყდება ტკივილები. კონსერვატიული მკურნალობის უშედეგობისა და პროცესის ფართოდ გავრცელების შემთხვევაში ოპერაციულ მკურნალობას აწარმოებენ ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატების შემდგომი დანიშვნით. ენდომეტრიოიდული უბნების საშვილოსნოს სხეულსა და ფუძეში ლოკალიზაციის შემთხვევაში ხორციელდება საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაცია, ყელთან ლოკალიზაციისას კი — საშვილოსნოს ექსტირპაცია.

საშვილოსნოს ყელის ენდომეტრიოზის მკურნალობის ძირითადი მეთოდია სინთეზური ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატების გამოყენება. უშედეგობის ან საშვილოსნოს ყელის საშოსმწარივი ნაწილის გამონატული დეფორმაციისას ახორციელებენ დიათერმოკოაგულაციას ან ქირურგიულ მკურნალობას.

საკვერცხეების ენდომეტრიოიდული კისტების მკურნალობა ოპერაციულია. ახალგაზრდა ქალებში საკვერცხის რეზექციას აკეთებენ, შედარებით ხანდაზმულ ასაკში კი საშვილოსნოს დანამატებს ამოკვეთენ. ენდომეტრიოიდული („შოკოლადისებრი“) კისტების ამოკვეთა საჭიროა დიდი სიფრთხილით, რადგან მისი მთლიანობის დარღვევა მუცლის ღრუში მოთესვას და პათოლოგიური პროცესის

შემდგომ გავრცელებას გამოიწვევს. ოპერაციის შემდეგ მკურნალობას აგრძელებენ წმინდა გესტაგენებით ან ესტროგენური პრეპარატებით 6 თვის ან 1 წლის განმავლობაში.

ყელისუკანა ენდომეტრიოზის დროს ზოგჯერ შეიძლება მთელი ენდომეტრიოიდული უბნის ამოკვეთა. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში აწარმოებენ ჰორმონულ მკურნალობას. თერაპიის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია პროცესის გავრცელებასა და ტკივილის სიმპტომის გაქრობაზე.

ენდომეტრიოზის საშვილოსნოს მიღში ლოკალიზაციის შემთხვევაში საჭიროა მისი ამოკვეთა, რადგან კონსერვატიული მკურნალობა ნაკლებეფექტურია.

ამჟამად სულ უფრო ხშირად ახორციელებენ ლაპარასკოპიული გამოკვლევების დროს სპეციალური ინსტრუმენტების საშუალებით ენდომეტრიოიდული წარმონაქმნების მოცილებას. მკურნალობის ეს მეთოდი გამოიყენება ენდომეტრიოზის განვითარების ადრეულ სტადიებზე ან კონსერვატიული მკურნალობის კურსის ჩატარების შემდეგ.

ენდომეტრიოზის მკურნალობის ფიზიკურ მეთოდებს დამხმარე როლი ეკუთვნით. ნიშნავენ კალიუმის იოდიდის, ამიდოპირინის, მაგნიუმის სულფატის ელექტროფორეზს. ფიზიოთერაპია ტარდება ჰორმონულ მკურნალობასთან ერთად.

ჰიპოთალამური და ლიმბური სტრუქტურების მოქმედების დარღვევებთან დაკავშირებული ნეიროგენული და ვეგეტაციურ-ენდოკრინული დაავადებების არსებობისას თერაპიაში უნდა ჩაირთოს ფსიქოტროპული საშუალებები (ქლორდიაზეპოქსიდი, დიაზეპამი, ტრიოქსაზინი და სხვ.).

სიმპტომური თერაპია გულისხმობს სისხლდენის შემაჩერებელი საშუალებების (სტიპტინი, ერგოტალი, წალიკა) და ტკივილგამაყუჩებელთა (ბელადონას სანთლები) დანიშვნას.

ანემიის დროს საჭიროა რკინის პრეპარატების დანიშვნა.

ორსულობა ენდომეტრიოზით დაავადებულებში შენარჩუნებული უნდა იქნას, ვინაიდან ამ დროს ციკლური პროცესები ენდომეტრიოზის კერაში წყდება და დგება დროებითი სტაბილიზაცია.

პროფილაქტიკა შედარებით საიმედოა. ავთვისებიანი ენდომეტრიოზის შემთხვევები იშვიათად გვხვდება.

პროფილაქტიკა. ენდომეტრიოზის თავიდან აცილება, უპირველეს ყოვლისა, მოიცავს, საშვილოსნოს ღრუდან ენდომეტრიუმის ნაწილების სასქესო ორგანოების სხვა ნაწილებში მოხვედრის შეფერხებას. ამიტომ ბრძოლა აბორტებთან, საშვილოსნოს ანომალიების დროული მკურნალობა, საშვილოსნოსშიდა ჩარევების მკაცრი ჩვენებებით ჩატარება წარმოადგენს ენდომეტრიოზის პროფილაქტიკის ქმედით ღონისძიებას. საკვერცხეების ენდომეტრიოიდული კისტების ამოკვეთისას მნიშვნელოვანია, რომ მისი შიგთავსი (გასკდომის შემთხვევაში) არ მოხვდეს მუცლის ღრუში; კისტის მთელი დაღვრილი შიგთავსი საფუძვლიანად უნდა იქნას ამოწმენდილი.

სარძევე ჯირკვლის დისჰორმონული დაავადებები

სარძევე ჯირკვლის განვითარება და ფუნქცია მჭიდროდ არის დაკავშირებული საკვერცხეების ჰორმონულ აქტივობასა და ჰიპოფიზის გონადოტროპულ ფუნქციასთან. ჰიპოფიზისა და საკვერცხეების ფუნქციის მოშლა ხშირად წარმოადგენს ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მომენტს სარძევე ჯირკვლის დისჰორმონული დაავადებების განვითარებაში. ეს პათოლოგია ხშირად თან სდევს საშვილოსნოს მიომას, ენდომეტრიოზს, საშვილოსნოს ფუნქციურ სისხლდენებს, ენდომეტრიუმის ჰიპერპლასტიურ პროცესებსა და ზოგიერთ სხვა დაავადებას, რომელთა გენეზშიც დიდი მნიშვნელობა აქვს საკვერცხის ფუნქციის მოშლას.

სარძევე ჯირკვლის დაავადებებს შორის დიდი ადგილი უკავიათ დისჰორმონულ ჰიპერპლასტიებს. სარძევე ჯირკვლის დისჰორმონული დაავადებების განვითარება და შემდგომი მიმდინარეობა პირდაპირ უკავშირდება ქალის ცხოვრების პერიოდებს, სარძევე ჯირკვალში ციკლური და ანატომიურ-ფუნქციური ცვლილებების თავისებურებებს.

სარძევე ჯირკვლები წყვილი ორგანოა, რომელსაც მილაკოვან-ალვეოლური შენება აქვს და განლაგებულია გულმკერდის წინა ზედაპირზე. ფასციის ღრმა ფურცელსა (ფარავს სარძევე ჯირკვლის უკანა ზედაპირს) და გულმკერდის დიდი კუნთის აპონევროზს შორის მდებარეობს რეტრომამარული სივრცე, რომელიც ამოვსებულია ფაშარი ქსოვილით, რაც განაპირობებს სარძევე ჯირკვლის მოძრაობას. ქალის სიცოცხლის პერიოდის და ორგანიზმში მიმდინარე ჰორმონული ცვლილებების მიხედვით, სარძევე ჯირკვალი გადის განვითარების რამდენიმე თანმიმდევრულ სტადიას. სარძევე ჯირკვლების განვითარების დონეს მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება ენდოკრინული მდგომარეობის შეფასებაში. ყურადღება უნდა მიექცეს ჯირკვლების ზომას, ფორმას, დვრილებისა და არეოლების ფორმასა და შეფერილობას, ჯირკვლის წილების რაოდენობასა და სიმკვრივეს (ნორმალურად 15-20).

სარძევე ჯირკვლის ჩანასახი ნაყოფს ჯერ კიდევ ანტენატალურ პერიოდში უვითარდება. ბავშვთა ასაკში სარძევე ჯირკვალი გოგონებში არ არის გამოხატული – ძუძუს თავი პატარაა, არაპიგმენტირებული. უმნიშვნელოდ არის წამოწეული არეოლიდან. 9-10 წლის გოგონაში ძუძუს თავს აქვს ყვავილის კვირტის ფორმა, ბაკი მცირედ წამოწეულია, ჩნდება არეოლისა და ძუძუს თავის უმნიშვნელო პიგმენტაცია. კოლაგენური ბოჭკოების ცხიმოვან ჩანართებიან კონებს შორის განლაგებულია სხვადასხვა დიამეტრის მცირერიცხოვანი მილაკები (ჯირკვლოვანი წარმონაქმნები). სარძევე ჯირკვალი „ფუნქციურ სიმშვიდეში“ იმყოფება.

სქესობრივი მომწიფების პერიოდში სარძევე ჯირკვლების მიდამოში ხდება ცხიმის ჩალაგება, აღინიშნება არეოლების მნიშვნელოვანი წამოწევა გულმკერდის ზედაპირიდან, ძუძუს თავისა და არეოლის პიგმენტაცია შესამჩნევად მატულობს; აღინიშნება სარძევე ჯირკვლის სადინრების დაგრძელება, რომელთა ბოლოებზე ყალიბდება აცინუსური შემსხვილებები, რომლებიც წარმოადგენენ მომავალი წილების ჩანასახებს. წილები სარძევე ჯირკვლებში, ძირითადად, მენარქესთან ერთად ყალიბდება.

სქესობრივად მომწიფებულ ასაკში, სარძევე ჯირკვალს აქვს მომრგვალო ფორმა, ძუძუს თავი შესამჩნევად წამოწეულია, ჯირკვლის ცხიმოვან ქსოვილში ისინჯება პარენქიმული წილაკების დიდი რაოდენობა. წილები გარშემორტყმულია მკვრივი შემაერთებელი ქსოვილით, რომელიც ჯირკვლის სტრომას შეადგენს. წილების შიგნით არის ლიმფოციტებით, პლაზმური უჯრედებითა და ახალგაზრდა ფიბრობლასტებით მდიდარი ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილი. თითოეული წილის გამომტანი სადინარი იხსნება ძუძუს თავის გარეთა ზედაპირზე (7-30 სარძევე სადინარი). კერტი და არეოლა იძენს მუქ ყავისფერ შეფერილობას, ხდება სარძევე სადინარების გადიდება და შემაერთებელი ქსოვილის ზრდა.

სარძევე ჯირკვლის ფორმა და ზომა ძალიან მრავალფეროვანია და დამოკიდებულია ქალის ასაკზე, კონსტიტუციაზე, მშობიარობების რაოდენობასა და ძუძუთი კვების ხანგრძლივობაზე. განასხვავებენ სარძევე ჯირკვლის შემდეგ ფორმებს: დისკოსებრს, ნახევრადსფეროსებრს, კონუსისებრსა და დვრილისებურს. სარძევე ჯირკვლის განივი ზომა არის 10-12 სმ, სიგრძივი — 10 სმ, სისქე — 4-6 სმ. მარჯვენა სარძევე ჯირკვალი, ძირითადად, ოდნავ დიდია მარცხენაზე. სარძევე ჯირკვლის კონსისტენცია უმშობიარებელ ქალებში უფრო მკვრივია, ნამშობიარებში — უფრო რბილი.

სარძევე ჯირკვალი იყოფა ოთხ კვადრანტად: ზედა და ქვედა გარეთა, ზედა და ქვედა შიგნითა. ზედა გარეთა კვადრანტში აღინიშნება დიდი რაოდენობით ჯირკვლოვანი ელემენტები (სადინარები და ალვეოლები) და ამ ადგილში განსაკუთრებით ხშირად ჩნდება პათოლოგიური პროცესები.

სარძევე ჯირკვლების სისხლის მიმოქცევა პირდაპირ არის დამოკიდებული ფუნქციურ მდგომარეობაზე და უფრო მეტად გამოხატულია მენსტრუაციის წინა პერიოდში, ორსულობისა და ლაქტაციის დროს.

სარძევე ჯირკვლები საკვერცხეებისა და ჰიპოფიზის ჰორმონების ზეგავლენის ქვეშ იმყოფებიან. ესტროგენების ზემოქმედებით ხდება გამომტანი სადინარების, პროგესტერონის ზემოქმედებით კი — სარძევე წილაკების აცინუსური ნაწილების პროლაქტაცია. რძე გამომუშავდება ჰიპოფიზის პროლაქტინის ზეგავლენით.

ძუძუს თავის ნაცხის ციტოლოგიური გამოკვლევით უჯრედოვანი ელემენტებისა და მათი ბირთვის ფორმის მიხედვით შეიძლება ვიმსჯელოთ მენსტრუალური ციკლის ფაზაზე.

მნიშვნელოვან დიაგნოსტიკურ სინჯს წარმოადგენს არეოლის კანისა და ბაზალური ტემპერატურის განსაზღვრა, რომელთა შორისაც დადგენილია უკუდამოკიდებულება. ბაკზე თერმომეტრიის დროს მასტოპათიით დაავადებულ ქალში ვლინდება მისი აციკლური ხასიათი.

პრე- და შემდეგ პოსტმენოპაუზაში სარძევე ჯირკვლებში ვლინდება რეგრესული ცვლილებები — წილების, წვრილი და საშუალო სადინარების ატროფია, გაქრობა და ჩანაცვლება ფიბროზული და ცხიმოვანი ქსოვილით, მაგრამ ინვოლუციური პროცესები ყოველთვის არ შეესაბამება ქალის ასაკს. ინვოლუციის სტადიაში მამოგრამაზე აღინიშნება მრავალრიცხოვანი ნათელი უბნები, რაც გამოწვეულია სარძევე ჯირკვალში ცხიმოვანი ქსოვილის ჩამოყალიბებით.

დისჰორმონული ტიპის პათოლოგიური პროცესებიდან, უპირველეს ყოვლისა, უნდა აღინიშნოს მასტოპათიის სხვადასხვა ფორმები. განასხვავებენ კვანძოვან და დიფუზურ ფორმებს. კვანძოვანი ტიპის ჰიპერპლაზიებს მიეკუთვნება ფიბრო-

დენომები, კისტები, კვანძოვანი მასტოპათიის ფიბროზული ფორმები. ყველაზე ხშირად აღინიშნება მასტოპათიის დიფუზური ფორმა. ამ დროს ვლინდება წილების სადინრების სკლეროზული ცვლილებები, შემაერთებელი ქსოვილის ზრდა.

მასობრივი კლინიკურ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევების დროს დიფუზური მასტოპათია უვლინდება ყოველ მეხუთე ქალს, კვანძოვანი მასტოპათია, ფიბრაღენომები და კისტები – 25%-ს.

სარძევე ჯირკვლების შემოფარგლული დისპორმონული პროლიფერაციები. მათ მიეკუთვნება ფიბრაღენომები, კვანძოვანი მასტოპათიის კისტოზური და ფიბროზული ფორმები. ფიბრაღენომის სტრუქტურაში ჰარბობს შემაერთებელი ქსოვილი. ფიბრაღენომები უპირატესად სქესობრივი მომწიფების პერიოდში ვითარდება და ლოკალიზდება სარძევე ჯირკვლის ზედა გარეთა კვადრანტში. უფრო ხშირად იგი ცალმხრივი წარმონაქმნია. ფიბრაღენომას აქვს მკვრივი კონსისტენცია, მრგვალი ან ოვალური ფორმა, წილაკოვანი აგებულება. ფიბრაღენომის კონტურები სწორია, მკვეთრი, წარმონაქმნს აქვს კაფსულა და ადვილად იცვლის ადგილმდებარეობას. ფიბრაღენომის ზომა და რიცხვი ცვალებადია. კანი და ძუძუს თავი არ არის შეზოგბებული წარმონაქმნთან.

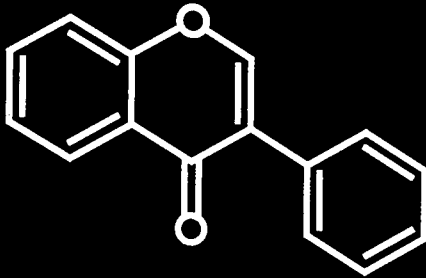
მამოგრამაზე ფიბრაღენომის ჩრდილი მკვეთრია, სწორი, კვანძის გარშემო აღინიშნება არშია (ცხიმოვანი ქსოვილი), ზოგჯერ ვლინდება მარილების ჩალაგება, განსაკუთრებით ფიბრაღენომის ხანგრძლივი არსებობისას ხანშიშესულ ქალებში. რეტრომამარულ სივრცეს ჩვეულებრივი აგებულება აქვს. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით დადგენილი ფიბრაღენომის ზომები, ძირითადად, ემთხვევა პალპაციით განსაზღვრულ ზომებს. პათოლოგიური ცვლილებები კვანძის გარშემო ქსოვილებში, კანქვეშა ვენებსა და სუბარეოლურ ზონაში არ აღინიშნება. კვანძოვანი მასტოპათიის კისტოზური ფორმა, ძირითადად, 35-40 წლის ასაკში გვხვდება. კისტებს აქვთ მრგვალი ან ოვალური ფორმა, სადა ზედაპირი, მათი ზომები მერყეობს 0,5-დან 5 სმ დიამეტრამდე. კისტებს აქვთ რბილელასტიკური კონსისტენცია, მკვეთრი კონტურები, ზოგჯერ აღინიშნება ფლუქტუაცია.

უკონტრასტო მამოგრაფიის საშუალებით განისაზღვრება მომრგვალო ან ოვალური ფორმის სხეული, მკვეთრი, სწორი კონტურებით; კისტის გარშემო არის სინათლის ვიწრო ბალთა. დიაგნოზის დადგენის მიზნით ოპერაციის წინ აწარმოებენ პუნქციურ ბიოფსიას იოდშემცველი კონტრასტული ნივთიერების ან აირის (ჟანგბადი, ნახშირბევა აირი) შეყვანით – კისტის ზომის, ლოკალიზაციის, შიდა კედლის მდგომარეობის დასადგენად.

კვანძოვანი მასტოპათიის ფიბროზული ფორმა ხასიათდება შემაერთებელი ქსოვილის გავრცელებით გარკვეულ უბანზე (სარძევე წილების იმავდროული ატროფიით). აღინიშნება მკვრივი მტკივნეული კვანძების გაჩენა, რომლებიც ისინჯება სარძევე ჯირკვლის ზედა გარეთა კვადრანტში, უფრო ხშირად ორმხრივად. კვანძებს, ძირითადად, აქვთ 0,5-5 სმ დიამეტრი, მკვეთრი საზღვრების გარეშე, ზედაპირი მარცვლოვანია, კანი და ძუძუს თავი პროცესში არ არის ჩართული. მენსტრუაციის დროს აღინიშნება კვანძების გადიდება და მტკივნეულობის მომატება. კვანძოვანი მასტოპათიის ფიბროზული ფორმა, ძირითადად, აღინიშნებათ 30-50 წლის ასაკის პაციენტებს. კვანძოვანი მასტოპათიის ფიბროზული

ბიოსტერონი

Biosteron



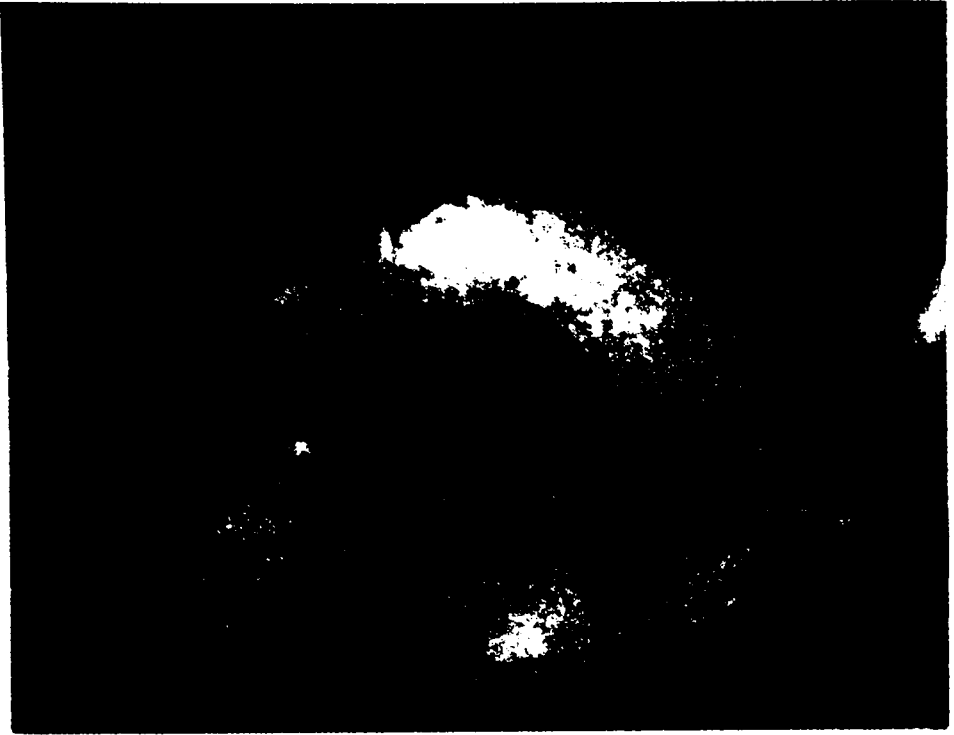
50 მგ. 30 ტაბლეტი



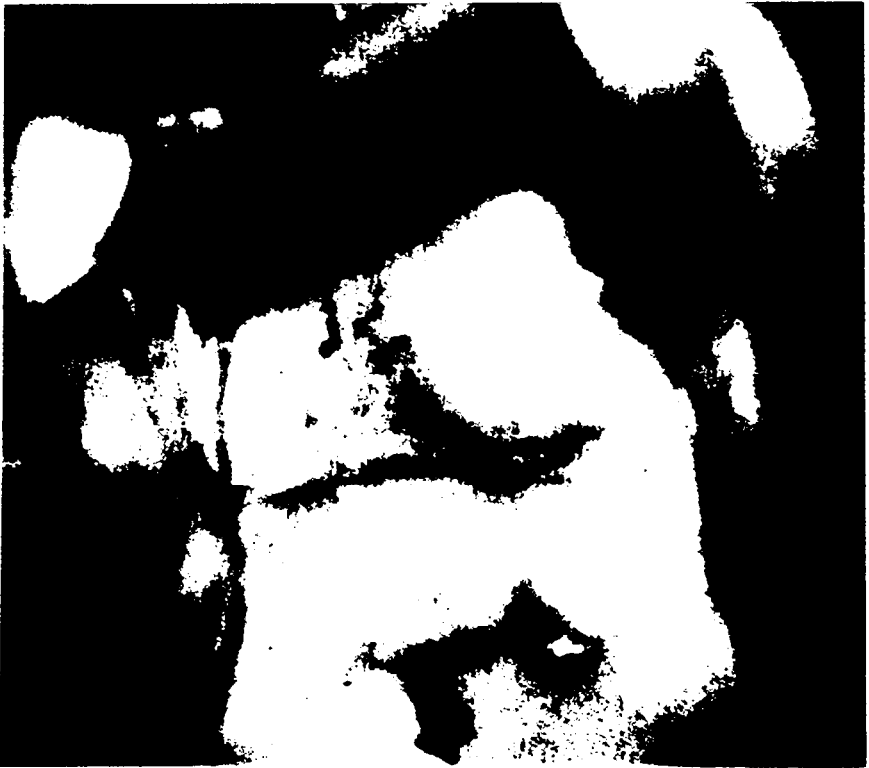
ფარმაკოლოგიური სპექტრი:

- სქამობრივი ფუნქციების მარეგულირებელი მოქმედება,
- ჰიპოპლაზმაროლებიური უფუნქციონირება,
- იმუნოდეპრესიული მოქმედება.

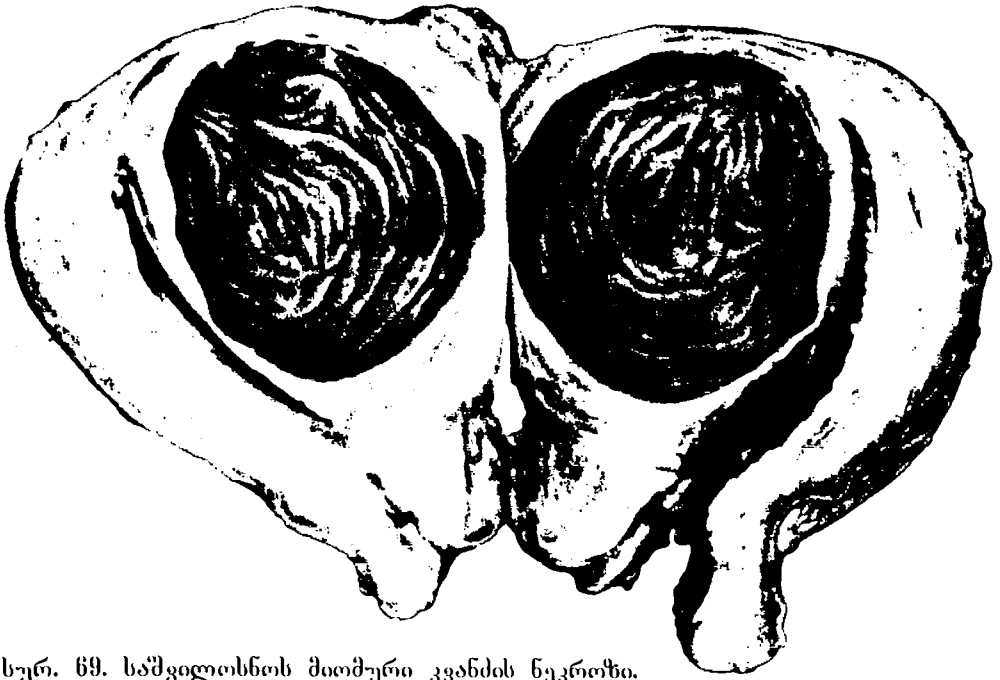
Tablettae 50 mg. № 30



სურ. 36. კოლბოსკობიური სურათი ცერვიციტის დროს.



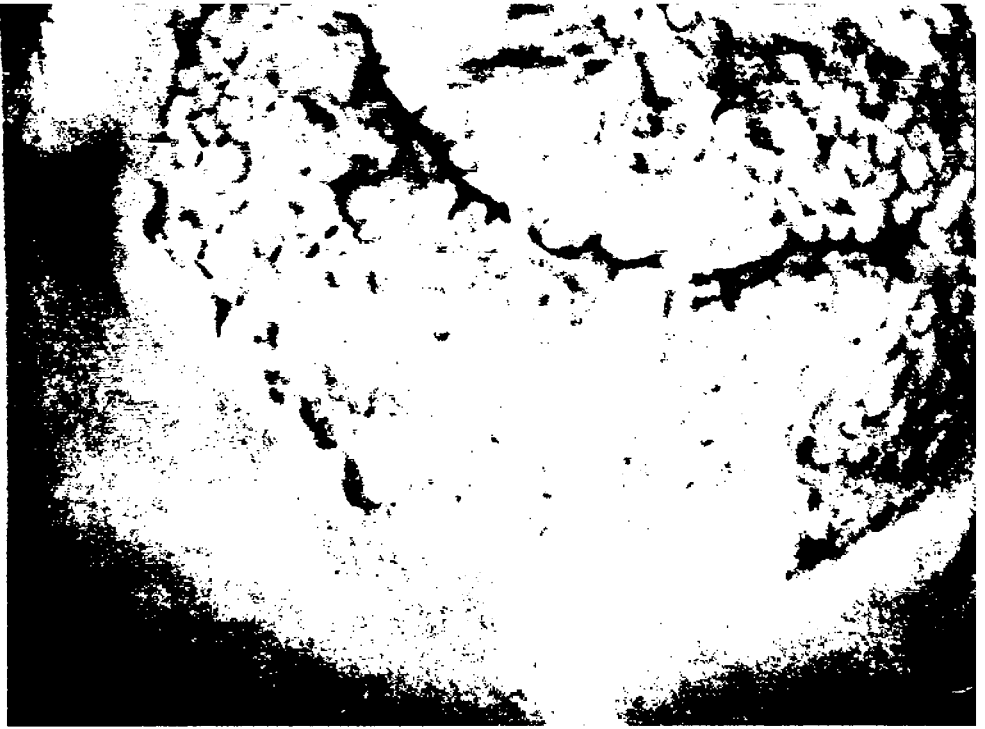
სურ. 77. კოლბოსკობიური სურათი საშვილოსნოს ყელის ენდომეტრიოზის დროს.



სურ. 69. საშვილოსნოს მთხური კვანძის ნეკროზი.



სურ. 81. გუღვის კრაუროზი და ლეიკობლაკია.



სურ. 82. საშვილოსნოს ყელის ფსევდოეოროზის კოლბოსკოპიური სურათი.



სურ. 83. ფსევდოეოროზის კოლბოსკოპიური სურათი საშვილოსნოს ყელის ლუგოლის ხსნარით დამუშავების შემდეგ.



სურ. 84. საშვილოსნოს
ყელის ფსევდოეროზიის
კოლბოსკობიური სურათ-
თი.



სურ. 84. საშვილოსნოს
ყელის პილიპები:

ა) მბადი ფიბროზული
პოლიპი;

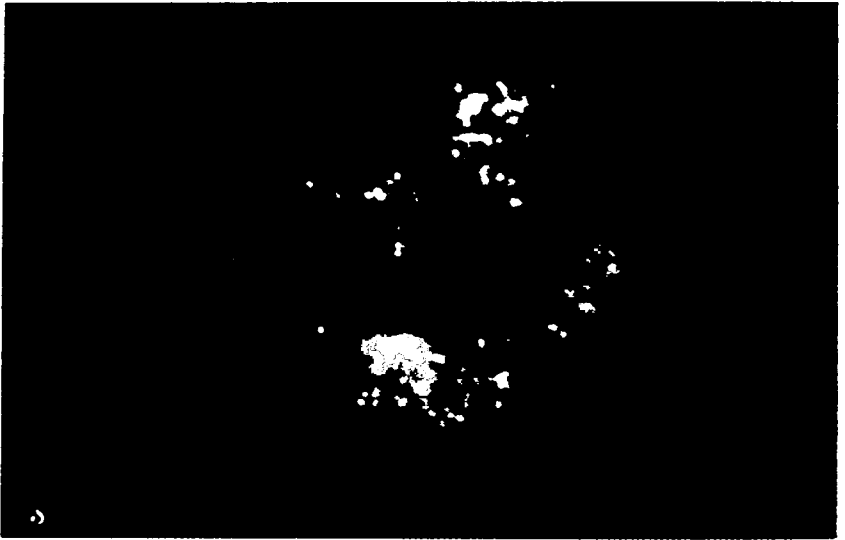
ბ) საშვილოსნოს ყელის
პოლიპი ეპიდერმიზაციით.



ბ



სურ. 88. საშვილოსნოს ყელის ლეიკობლასტის კოლმოსკომიური სურათი.



სურ. 90. საშვილოსნოს ყელის პაპილომა.

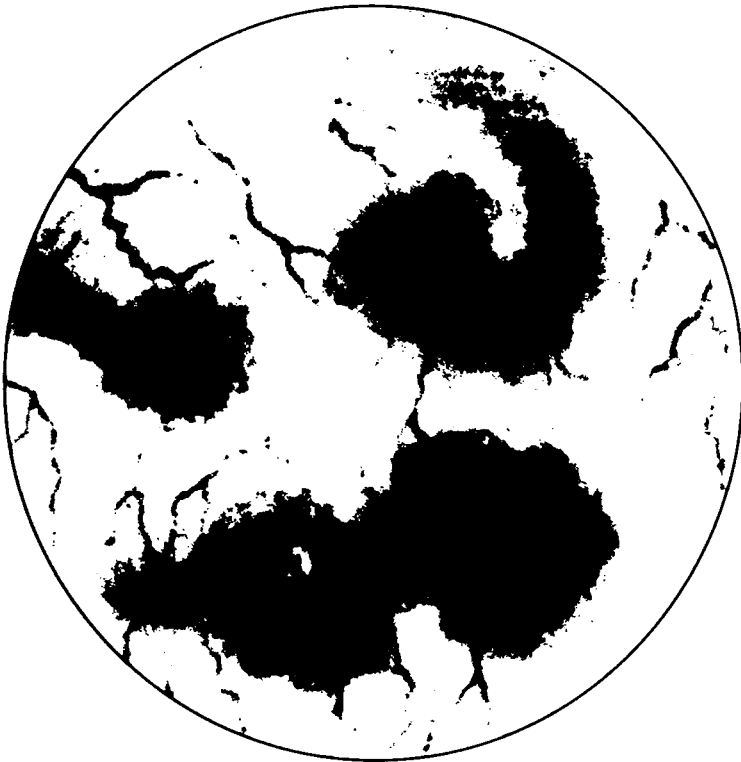
ა - კოლმოსკომიური სურათი;

ბ - მიკროსკოპიული სურათი.

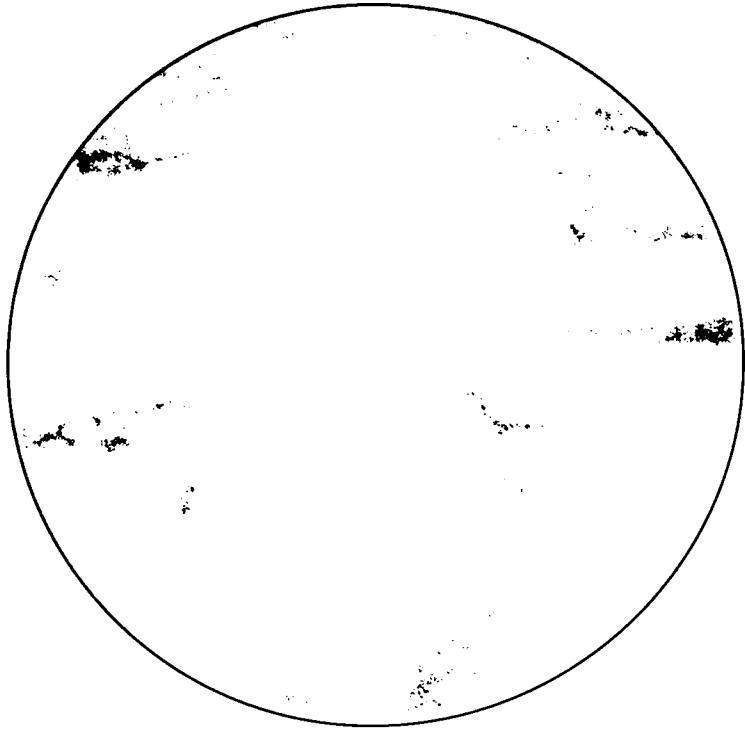




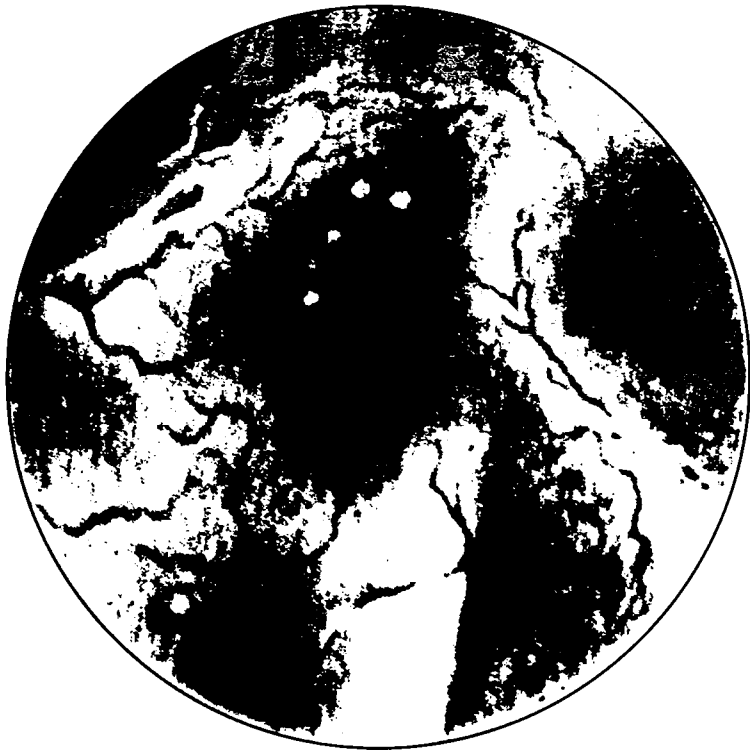
სურ. 93. საშვილოსნოს ყელის კიბოს კოლპოსკოპიური სურათი.



სურ. 157. ქრონიკული ცისტიტის ცისტოსკოპიური სურათი.



სურ. 158. დასხივების შემდგომი ცისტოსკოპიური სურათი.



სურ. 159. ცისტალგიის ცისტოსკოპიური სურათი.

ფორმა ხშირად წარმოადგენს ფონს სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის განვითარებისთვის.

ფიბროზულ-კვანძოვან მასტოპათიას მამოგრამაზე აქვს პომოგენური ჩრდილის სახე, სიმსივნის კონტურები უსწორმასწოროა, სინათლის არეს აქვს დაცხრილული სახე, ხშირად წარმონაქმნის ცენტრი უფრო ინტენსიურად არის დაჩრდილული. რენტგენოლოგიური გამოკვლევით ფიბროზულ-კვანძოვანი მასტოპათიის უფრო მკვეთრი სურათი ვლინდება მენსტრუაციის წინა პერიოდში.

მასტოპათიის დიფუზური ფორმის დროს პათოლოგიურ პროცესში ჩართულია მთელი ჯირკვლოვანი ქსოვილი, მთელი შემაერთებული ქსოვილი ან ყველა სარძევე სავალი.

დიფუზური მასტოპათიის დროს პალპაციით ისინჯება უხეში, მტკივნეული, წვრილი მუხუნოსებრი კვანძების გროვები. მენსტრუალური ციკლის მეორე ფაზაში აღინიშნება სარძევე ჯირკვალში მტკივნეულობის მომატება და კვანძების გაზრდა. ორსულობის დადგომისას და, აგრეთვე, მენოპაუზაში ყველა ეს ნიშანი ქრება. კანი, ძუძუს თავი, რეტრომამარული სივრცე უცვლელია.

რენტგენოგრაფიაზე აღინიშნება სხვადასხვა ზომის ჩრდილებისა და ნათელი უბნების დიდი რაოდენობა. მათ აქვთ უსწორმასწორო ფორმა და კონტურები. კისტოზური წარმონაქმნების სიჭარბის შემთხვევაში მამოგრამაზე აღინიშნება უსწორმასწორო ფორმის ნათელი უბნების სიმრავლე. ისინი გაყოფილია შემაერთებული ქსოვილის ჭიმებით. პარენქიმის ჭარბად განვითარებისას ჩანს მომრგვალო, მრავალკუთხა ფორმის ჩრდილები, რომლებიც ხშირად ერწყმიან ერთმანეთს და ქმნიან ერთიან ჩრდილს (სურ. 79).

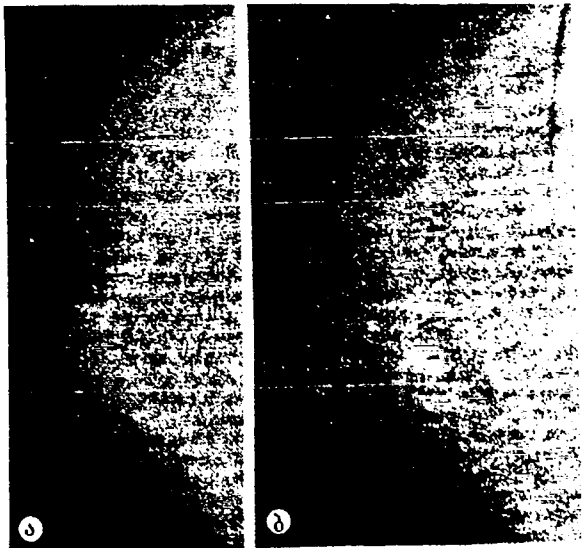
ზოგჯერ აღინიშნება სარძევე სადინარების რომელიმე ნაწილის უპირატესი დაზიანება. დაავადების კლინიკურ გამოვლინებას წარმოადგენს პათოლოგიური სეკრეცია, რომელსაც მუდმივი ან პერიოდული სახე აქვს. ძუძუდან გამონადენი ამ დროს შეიძლება იყოს ხსენის ტიპის, ზოგჯერ სეროზული, უფრო იშვიათად სისხლიანი. სარძევე ჯირკვლის გამონადენი შეიძლება იყოს მოყვითალო, მომწვანო ან მუქი ყავისფერი. დაავადება უფრო ხშირად ორმხრივია.

რენტგენოგრაფიაზე სადინარშიდა ჩაკირვასთან ერთად ვლინდება ფიბროზულ-კისტოზური ცვლილებები.

დიაგნოსტიკის მიზნით იყენებენ დუქტოგრაფიას, რომლის საშუალებითაც ადგენენ სარძევე ჯირკვლების დეფორმაციასა და გაფართოებას.

დიაგნოსტიკა. სარძევე ჯირკვლების დაავადებების ამოცნობა, ძირითადად, რთული არ არის, რადგან კლინიკური გამოკვლევისას (ინსპექცია, პალპაცია)

სურ. 79. მამოგრამა. ა) შეუცვლელი სარძევე ჯირკვალი (კონტროლი); ბ) დიფუზური ფიბროზულ-კისტოზური მასტოპათია.



ეჭვი შეიძლება მივიტანოთ პათოლოგიურ ცვლილებებზე. ანამნეზში ასეთ პაციენტებს აღენიშნებათ ონკოლოგიური დაავადებები ახლო ნათესავებში. სარძევე ჯირკვლების დისპორმონული დაავადებების განვითარებას ძალიან ხშირად წინ უძღვის მენსტრუალური ფუნქციის სხვადასხვა მოშლილობა. ბევრ ქალს აღენიშნება გადატანილი ან თანმხლები გინეკოლოგიური დაავადება (საშვილოსნოს დანამატების ქრონიკული ანთება, მიომები, ენდომეტრიუმის პოლიპოზი, საკვერცხის კისტა და სხვ.).

ობიექტური გამოკვლევისას ადგენენ სარძევე ჯირკვლების განლაგების სიმეტრიულობას, ზომასა და ფორმას, მათი კონტურების სისწორეს, ძუძუს თავების ფორმას, არეოლის თავისებურებებს, კანის შეფერილობასა და მდგომარეობას, გაფართოებული კანქვეშა ვენების არსებობას.

პალპაციას აწარმოებენ ორივე ხელის თითების წვერებით, ძუძუს თავიდან რადიალური მიმართულებით. გამოკვლევას აწარმოებენ პაციენტის ვერტიკალურ და ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში. მკვრივი წარმონაქმნის აღმოჩენის შემთხვევაში ადგენენ მის ზომას, მოძრაობას, კონსისტენციას, საზღვრებს. სარძევე ჯირკვლების გარდა, ორივე მხარეს აწარმოებენ ილღის ფოსოების, ლავიწხედა და ლავიწქედა ფოსოების პალპაციას ლიმფური კვანძების შესაძლო გადიდების გამოვლენისათვის.

სარძევე ჯირკვლების დვრილებიდან გამონადენის ამბულატორიულ პირობებში ჩატარებული ციტოლოგიური გამოკვლევა საშუალებას იძლევა დადგინდეს პათოლოგიური პროცესის სახე, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სარძევე ჯირკვლის კიბოს ადრეული გამოვლენისათვის. სარძევე ჯირკვლის წარმონაქმნის სახეობის დასადგენად პუნქტატის ციტოლოგიური გამოკვლევა ხორციელდება სტაციონარულ პირობებში.

თერმოგრაფია სარძევე ჯირკვლების გამოკვლევის მნიშვნელოვანი მეთოდია, რომელიც ტარდება ამბულატორიულ პირობებში (ძირითადად, ონკოლოგიურ სამკურნალო დაწესებულებებში). მეთოდი დამყარებულია კანის ტემპერატურის განსაზღვრაზე, რომელიც შეიძლება აღიბეჭდოს ფოტოფირზე. სარძევე ჯირკვლის კეთილთვისებიან ან ავთვისებიან წარმონაქმნზე კანის ტემპერატურა უფრო მაღალია, ვიდრე ჩანმრთელი სარძევე ჯირკვლის შესაბამის უბანზე. ტემპერატურის მომატება უფრო გამოხატულია ავთვისებიან პროცესზე. თერმოგრაფია განსაკუთრებით ეფექტურია ზედაპირულად ან არც ისე ღრმად განლაგებული წარმონაქმნების დიაგნოსტიკაში. ეს მეთოდი არ არის მავნე, მარტივია და ეფექტურია შემდგომი გამოკვლევისათვის ქალების გადასარჩევად.

მნიშვნელოვანი დიაგნოსტიკური ღირებულება აქვს სარძევე ჯირკვლების **რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას** პროფილაქტიკური შემოწმებისას (რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია 35 წელზე უფროსი ასაკის ქალებში) გამოიყენება მსხვილკადრიანი ფლუორომამოგრაფია. ანალიზის დროს ფლუოროგრაფებს 3 ჩვუფად ყოფენ:

- 1) ფლუოროგრაფები, რომლებიც შეესაბამება ნორმალურ სარძევე ჯირკვალს;
- 2) ფლუოროგრაფები მკირედ გამოხატული დიფუზური მასტოპათიის ნიშნებით; ეს ქალები საჭიროებენ მუდმივ მეთვალყურეობას;

3) ფლუოროგრამები ცვლილებებით, რომლებიც საჭიროებენ პათოლოგიური პროცესის სახის დაზუსტებას. ამ ქალებს უკეთდებათ მამოგრაფია მენსტრუალური ციკლის პირველ ფაზაში.

უქანასკნელ წლებში სარძევე ჯირკვლების დაავადებების დიაგნოსტიკაში ძალიან გავრცელდა უკონტრასტო მამოგრაფია. იგი ხორციელდება პირდაპირ და გვერდით პროექციებში, ზოგჯერ წარმოებს დამინებითი მამოგრაფია. მამოგრაფიას იყენებენ სარძევე ჯირკვალში პათოლოგიური ცვლილებების აღმოჩენის შემთხვევაში. ეს მეთოდი საჭიროა, აგრეთვე, კისტოზური წარმონაქმნის მდებარეობის დასაზუსტებლად პუნქციური ბიოფსიის, აგრეთვე, სარძევე ჯირკვლის კიბოს ოპერაციისწინა დასხივების დანიშვნის წინ. მამოგრაფია, აგრეთვე, წარმოადგენს მიმდინარე მკურნალობაზე კონტროლის საშუალებას.

ზოგჯერ მამოგრაფიაზე ძნელია აღმოჩენილი ცვლილებების ინტერპრეტაცია. ასეთ პაციენტებში საჭიროა **ჰნეგმომასტოგრაფიის** წარმოება (სარძევე ჯირკვლის სტრომაში ჟანგბადის შეყვანა), რომელიც საშუალებას იძლევა, უფრო გარკვევით გამოვავლინოთ და დავადგინოთ დაზიანების სახე.

კონტრასტული მამოგრაფია (დუქტოგრაფია) საჭიროა სარძევე ჯირკვლის სადინრებიდან პათოლოგიური სეკრეტის გამოყოფის შემთხვევაში. კონტრასტულ ნივთიერებად იყენებენ სერგოზინს, დიოდონს, უროტრასტსა და სხვ. გამოკვლევა ხორციელდება სტაციონარულ პირობებში. კონტრასტული მამოგრაფია საშუალებას იძლევა, დავაზუსტოთ სარძევე სადინარების მდგომარეობა, მოვახდინოთ პათოლოგიური პროცესის უფრო ზუსტი ტოპიკური დიაგნოსტიკა. კონტრასტული მამოგრაფია განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სადინარშიდა პაპილომებისა და სარძევე ჯირკვალში კისტოზური წარმონაქმნების განსაზღვრისთვის.

ექოგრაფია ულტრაბგერითი გამოკვლევაა, რომლის საფუძველზეც შეიძლება ვიმსჯელოთ წარმონაქმნის სიმკვრივეზე, არაერთგვაროვნებასა და განლაგების სიღრმეზე. სარძევე ჯირკვლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დროს ექოგრაფიაზე ვლინდება სხვადასხვა სიკაშკაშის უბნები, კიბოს დროს — თეთრი ლაქების გროვები.

სარძევე ჯირკვლის დაავადებების დიაგნოსტიკაში უქანასკნელ წლებში გავრცელდა **რადიოიზოტოპური მეთოდი**. პათოლოგიურად შეცვლილ ქსოვილებში P^{32} ჭარბად დაგროვების, ასევე მისი გამოყოფის დინამიკის საფუძველზე მსჯელობენ პათოლოგიური პროცესის სახეზე. კიბოდ გადაგვარებულ ქსოვილში ხდება რადიოაქტიური ფოსფორის ჭარბი დაგროვება და უფრო ნელი გამოყოფა.

ექოგრაფია და რადიოიზოტოპური დიაგნოსტიკა ხორციელდება სპეციალიზებული დაწესებულებების ამბულატორიულ პირობებში.

ლიმფოგრაფიას, რომელიც წარმოებს საკონტრასტო ნივთიერებების საშუალებით (სერგოზინი, დიოდონი, და სხვ.) და რადიოიზოტოპურ გამოკვლევას იყენებენ ილიისა და ლავიწქვეშა არეებში სარძევე ჯირკვლის კიბოს მეტასტაზების გამოსავლენად. ლიმფოგრაფიას აწარმოებენ საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანისთანავე და 24-48 საათის შემდეგ. ლიმფურ კვანძში მეტასტაზის არსებობის შემთხვევაში ვლინდება ავსების დეფექტი.

გამოკვლევის რენტგენოლოგიური მეთოდებიდან სარძევე ჯირკვლის დაავადებების დიაგნოსტიკაში გამოიყენება ფლებოგრაფია, რომლის საშუალებითაც

დგინდება სარძევე ჭირკვლის კიბოს მეტასტაზების არსებობა მკერდის ძვლის უკანა სივრცეში.

ექსციზიური და ინციზიური ბიოფსია ხორციელდება გამოკვლევის სხვა მეთოდების გამოყენების შემდეგ. ექსციზიური ბიოფსია — არის მთელი სიმსივნის ამოკვეთა, გარშემო ქსოვილებთან ერთად; ინციზიური — სიმსივნის მცირე ნაწილის ამოკვეთა, ოპერაციულ ჩარევამდე. ბიოფსია წარმოებს სტაციონარულ პირობებში; ჰისტოლოგიური გამოკვლევა ხდება დაუყოვნებლივ.

ამჟამად უფრო გავრცელებულია სარძევე ჭირკვლის პათოლოგიური ქსოვილის ამოკვეთილი ნაწილების ნაცხ-ანაბეჭდების ციტოლოგიური გამოკვლევა. ეს მეთოდი იოლია, სწრაფი და მარტივი, ძლიერ ინფორმაციული. ეპითელიუმის პროლიფერაციის ხარისხისა და სასქესო ქრომატინის დადგენა წარმოადგენს სამკურნალო ჩარევის შერჩევის ერთ-ერთ კრიტერიუმს. სარძევე ჭირკვლის დისპორმონული ჰიპერპლაზიის დროს ეპითელიუმის უფრო ძლიერ გამოხატული პროლიფერაციისას, ძირითადად, აღინიშნება სიმსივნის ბირთვული სქესის „ინტერსექსუალურად“ ან „მამაკაცურად“ გარდაქმნა.

მკურნალობა სარძევე ჭირკვლების დისპორმონული დაავადებების დროს უნდა ხორციელდებოდეს პათოლოგიური პროცესის სახის, საკვერცხის ჰორმონული აქტივობის, პროლიფერაციული პროცესების გამოხატულების ხარისხისა და სიმსივნურ ქსოვილში სასქესო ქრომატინის შემცველობის გათვალისწინებით. მასტოპათიის კეროვანი ფორმები, ძირითადად, საჭიროებს ქირურგიულ მკურნალობას ამოღებული პრეპარატის შემდგომი ჰისტოლოგიური გამოკვლევით, კვანძოვანი მასტოპათიის კისტოზური ფორმის დროს ამოკვეთენ კისტას. უკანასკნელ წლებში ამ ოპერაციის წინ აწარმოებენ კისტის პუნქციას, სასწრაფოდ იკვლევენ მის შიგთავსს, ავსებენ კისტის ღრუს იოდსაკონტრასტო ნივთიერებით ან აირით, გარსის შიგნითა ზედაპირის შესასწავლად, რის შემდეგაც წყვეტენ საკითხს ოპერაციული ჩარევის მოცულობაზე. კვანძოვანი მასტოპათიის დიფუზური ფორმის დროს საჭიროა კონსერვატიული მკურნალობა, რომლის საფუძველშიც არის ჰორმონული მეთოდები, რომლებიც მიმართულია საკვერცხეების ფუნქციის მოწესრიგებისაკენ.

ყვითელი სხეულის უკმარისობის ან ჰიპერესტროგენული ანოვულაციური ციკლის დროს მენსტრუალური ციკლის მეორე ფაზაში პაციენტს უნიშნავენ 10 გ პროგესტერონს კუნთში 6-8 დღის მანძილზე. იმავდროულად მიზანშეწონილია კალიუმის იოდიდის 0,25%-იანი ხსნარი შინაგანი წესით მისაღებად (1 სუფრის კოვზი 2-3-ჯერ დღეში). კალიუმის იოდიდის მიკროდოზებით მასტოპათიის მკურნალობის დადებითი შედეგი დაკავშირებულია ფოლიკულური კისტების ლუთეინიზაციისა და სასქესო და გონადოტროპული ჰორმონების გამოყოფის მოწესრიგებასთან.

ჰიპოესტროგენული ანოვულაციური ციკლის ან მენსტრუალური ციკლის პირველი ან მეორე ფაზის უკმარისობის დროს პირველ ფაზაში აწარმოებენ ჰორმონთერაპიას მიკროფოლინით (0,25 მგ შინაგანი წესით მისაღებად ყოველდღე), მეორე ფაზაში — პროგესტერონით (10 მგ კუნთში ყოველ დღე 6-8 დღის მანძილზე).

ჰორმონული მკურნალობა ხორციელდება სამი მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში ფუნქციური დიაგნოსტიკისა და უკონტრასტო მამოგრაფიის

სინჯების კონტროლქვეშ. დადებითი შედეგის შემთხვევაში მკურნალობას იმეორებენ 3 თვის შემდეგ, მცირე ეფექტის დროს კი – აგრძელებენ 6 თვის განმავლობაში. მკურნალობა სინთეზური ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატებით (ნონ-ოვლონი, ანოვლარი, ბისეკურინი და სხვ.) წარმოებს ციკლის მე-5-25 დღემდე 6-12 თვის მანძილზე.

ჰორმონთერაპია ინიშნება ვიტამინთერაპიასთან ერთად. B₁ ვიტამინს ნიშნავენ მენსტრუალური ციკლის პირველ ფაზაში 100 მკგ ყოველდღიურად. E ვიტამინს – მეორე ფაზაში 50 მგ დღეში შინაგანი წესით მისაღებად კაფსულებში. მთელი მენსტრუალური ციკლის მანძილზე ნიშნავენ C ვიტამინს (ასკორბინის მჟავა) 0,25 გ 2-ჯერ დღეში. ჰორმონებით მკურნალობა ვიტამინთერაპიასთან, ზოგჯერ კი ფიზიკურ ფაქტორებთან (სპილენძის, თუთიის, კალიუმის იოდიდის ელექტროფორეზი, ულტრაბეგრა) ერთად, რომელიც მიმართულია საკვერცხეების ფუნქციის მოწესრიგებისაკენ, უნდა მიმდინარეობდეს ჰორმონული მდგომარეობისა და სარძევე ჯირკვლების (ფლოურომამოგრაფია) მკაცრი კონტროლით. სარძევე ჯირკვლების საკონტროლო გამოკვლევა ხორციელდება 6 თვეში ერთხელ.

ბარბთა სასქესო ორგანოებისა და საშოს კიბოსწინარე და სიმსივნური დაავადებები

გარეთა სასქესო ორგანოების კიბოსწინარე და სიმსივნური დაავადებები

კეთილთვისებიან სიმსივნეებს მიეკუთვნება ფიბრომები; მიომები; გაცილებით უფრო იშვიათად ვლინდება ანგიომები, პაპილომები, ჰიდროადენომები.

ფიბრომა არის შემადგენელ ქსოვილოვანი ტიპის სიმსივნე, მოძრავი, მკვრივი კონსისტენციის, გლუვი ზედაპირით, განლაგებულია დიდი სასირცხო ბაგის სიღრმეში. ფიბრომა ნელა იზრდება, ზოგჯერ აღწევს დიდ ზომებს (სურ. 80).

პროგნოზი საიმედოა. ფიბრომა უნდა განვასხვაოთ საზარდულის ან ბარძაყის თიაქრისაგან.

მეურნალობა ოპერაციულია.

მიომა არის კუნთოვანი უჯრედებისაგან განვითარებული სიმსივნე. უფრო ხშირად გამოდის დიდი სასირცხო ბაგიდან, აქვს მკვრივ-ელასტიკური კონსისტენცია, მოძრავია, იზრდება ნელა.

პროგნოზი საიმედოა.

მეურნალობა ოპერაციულია (მიომური კვანძის ენუკლეაცია — ამოკაკვლა).

ლიბომა ვითარდება ბოჭვენის ან დიდი სასირცხო ბაგის ცხიმოვანი ქსოვილისაგან, აქვს კაფსულა, რბილი კონსისტენციისაა, მოძრავია.

პროგნოზი საიმედოა.

მეურნალობა ოპერაციულია.

გარეთა სასქესო ორგანოების კიბოსწინარე დაავადებებს მიეკუთვნება ლეიკოპლაკია და ვულვის კრაუროზი. ისინი ხანგრძლივად მიმდინარე დაავადებებია, რომლებსაც თან ახლავს ვულვის სკლეროზი, ფიბროზი და ჰიალინიზაცია, ქსოვილების სისხლის მიმოქცევის დარღვევები ნერვული ელემენტების ცვლილებებთან ერთად.



სურ. 80. ვულვის ფიბრომა ფეხზე.

ლეიკოპლაკიისა და ვულვის კრაუროზის განვითარებას იწვევს სხვადასხვა ეტიოლოგიური და პათოგენური ფაქტორი. მათ შორის უნდა აღინიშნოს თირკმელზედა ჯირკვლის, საკვერცხეების, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევა ნახშირწყლოვანი და სხვა სახის ცვლის მოშლასთან ერთად. ვულვის კრაუროზისა და ლეიკოპლაკიის განვითარებას ხშირად თან ახლავს ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური და ტვინის ღეროს რეტოკულური ფორმაციის დარღვევები.

ვულვის ლეიკოპლაკია ვულვის კიბოსწინარე დაავადებებს შორის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა. ლეიკოპლაკიური ნადები ვულვაზე შეიძლება

იყოს თხელი აპკის სახით, რომელიც იოლად სცილდება ტამპონით და შემდეგ კი ისევ ჩნდება (მარტივი ლეიკოპლაკია) ან უხეში ფოლაქების სახით, რომლებიც წამოწეულია ზედაპირიდან (პროლიფერირებადი ლეიკოპლაკიები). ლეიკოპლაკია არის მოთეთრო, მორუხო ან მონაცრისფრო-მოთეთრო ფერის. ზომები მერყეობს მცირე წარმონაქმნებიდან შერწყმულ ლაქებამდე. ლეიკოპლაკიური ნაღებების გავრცელების ხარისხის მიხედვით განასხვავებენ შემოფარგლულ და დიფუზურ ფორმებს. გავრცელებული ფორმის დროს ხდება ლეიკოპლაკიის რამდენიმე კერის შერწყმა; უფრო იშვიათად აღინიშნება კანის ზედაპირიდან წამოწეული და მკვეთრად გამოყოფილი უხეში წარმონაქმნის სახით არსებული ლეიკოპლაკია.

ლეიკოპლაკიის დიფუზური ფორმების დროს ხდება სავენბოს, მცირე და დიდი სასირცხო ბაგეების შიგნითა ზედაპირის დაზიანება. ლეიკოპლაკიის ეს ფორმა უფრო ხშირად განიცდის ავთვისებიან გადაგვარებას (კიბოდ).

ვულვის კრაუროზისთვის დამახასიათებელია გარეთა სასქესო ორგანოების ატროფიული პროცესები და შეჭმუხვნა (სკლეროზი). თავიდან ატროფიული პროცესი ეხება სავენბოს მიდამოს, მცირე და დიდი სასირცხო ბაგეების შიგნითა ზედაპირს. პროცესის პროგრესირებასთან ერთად ქსოვილის ეს უბნები იჭმუხნება, ირღვევა მათი ელასტიკურობა, ისინი რიგიდულნი ხდებიან, საშოს კარიბჭე და შარდსაღენი არხის გარეთა ხერელი ვიწროვდება. ვულვის კრაუროზის დამახასიათებელი ნიშანია ქავილი, რომელიც პროცესის პროგრესირებასთან ერთად უფრო ძლიერდება. კანის საფარველი იღებს სადაფისებრ შეფერილობას. პაციენტებს უვითარდებათ სხვადასხვა ფსიქო-ემოციური დარღვევები.

ხშირად ვულვის კრაუროზი და ლეიკოპლაკია ერთდროულად ვითარდება, რაც ქსოვილების მსუბუქ დაზიანებას იწვევს. კრაუროზი და ლეიკოპლაკია, ძირითადად, პრე- და პოსტმენოპაუზაში ვითარდება (სურ. 81 ჩანართზე).

ვულვის კრაუროზისა და ლეიკოპლაკიის არსებობისას შეიძლება აღინიშნებოდეს საკვერცხის ჰორმონული ფუნქციის დარღვევა, თირკმელზედა და ფარისებრი ჯირკვლების ფუნქციის დაქვეითება ნახშირწყლოვანი და ცილოვანი ცვლის დარღვევასთან ერთად.

ლეიკოპლაკიისა და კრაუროზის კლინიკური მიმდინარეობა შეიძლება გაართულოს ან შეცვალოს ანთებითი ტიპის თანმხლებმა დაავადებებმა (ტრიქომონიაზი, კანდიდოზი, გონორეა), ასევე შაქრიანმა დიაბეტმა, ჭიებით ინვაზიამ.

დიაგნოსტიკა. პაციენტის გამოკვლევა იწყება კოლპოსკოპიით. უბნებს, რომლებიც ეჭვს იწვევს კიბოს განვითარების შესაძლებლობაზე, იკვლევენ ციტოლოგიური (ქსოვილის ნაცხის) ან ჰისტოლოგიური (ბიოფსიური) მეთოდის საშუალებით. ზოგჯერ საჭიროა რადიოიზოტოპური დიაგნოსტიკა.

ვულვის ლეიკოპლაკია უნდა განვასხვაოთ ვიტილიგოზგან (პიგმენტური ცვლის მოშლა), რომელსაც არ აქვს სუბიექტური გამოვლინებები და არ იწვევს ზოგად დარღვევებს.

მკურნალობა. ვულვის კრაუროზისა და ლეიკოპლაკიის პათოგენეზის სირთულისა და მრავალფეროვნების გათვალისწინებით მიზანშეწონილია დაინიშნოს ელექტროფორეზი B₁ ვიტამინით, კრიოთერაპია (აეროზოლური მეთოდი), ულტრაბგერა, ჰიდროკორტიზონის მალამოს ელექტროფორეზი ვულვის მიდამოში. ზოგჯერ კარგი შედეგი აქვს ანდროგენებს ესტროგენებთან ერთად.

პაციენტისთვის აუცილებელია ფსიქოთერაპია, დაავადების კარგი შედეგით დასრულების რწმენის შთანერგვის მიზნით. ინიშნება სედაციური პრეპარატები (ვალერიანის ნაყენი, სედუქსენი, ტრიოქსაზინი, შავბალახა), მუშაობისა და დასვენების რაციონალური რეჟიმი (დილის ვარჯიში, რეგულარული დასვენება მუშაობის შემდეგ, სეირნობა სუფთა ჰაერზე, ღამით ძილის საკმაო ხანგრძლივობა). უნდა მოვარიდოთ გადაღლასა და ფსიქიურ ტრავმებს. საჭიროა სრულფასოვანი, საკმაოდ კალორიული, ვიტამინებით მდიდარი კვება (სასურველია რძის პროდუქტები, მცენარეული საკვები), გამოიყენება წყლის პროცედურები წიწვნარის, მარგალიტის, ჟანგბადისა და ნახშირორჟანგის აბაზანებით.

ადგილობრივად ინიშნება გლუკოკორტიკოიდებისა და საანესთეზიო საშუალებების შემცველი მაღამო (1% ან 2,5% ჰიდროკორტიზონის ან 0,5% პრედნიზოლონის მაღამო, „ლოკაკორტენი“, „სინალარი“ და სხვ.). ადგილობრივად ასევე შეიძლება სინესტროლიანი მაღამოს გამოყენება. პროცესის ავთვისებიანი გადაგვარებისას ოპერაციული მკურნალობა.

ვულვის კიბო აღინიშნება იშვიათად, ხანშიშესულ პაციენტებში (50 წელზე მეტი) და, ძირითადად, ვითარდება კარაუროზისა და ლეიკოპლაკიის ნიადაგზე. განასხვავებენ ვულვის კიბოს კვანძოვან, ეგზოფიტურ, წყლულოვან და ინფილტრაციულ ფორმებს. მიკროსკოპიულად ეს ფორმები მიეკუთვნებიან ბრტყელუჯრედოვან კიბოს გარქოვანებისკენ მიდრეკილებით.

კლინიკა. სიმსივნის განვითარების ადრეულ სტადიაზე პაციენტებს აწუხებთ ქავილი და წვა გარეთა სასქესო ორგანოების არეში, უფრო მოგვიანებით აღინიშნება სეროზულ-ჩირქოვანი გამონადენი და სისხლდენა. შარდის მოხვედრა დაწყებულ შემთხვევაში იწვევს ქსოვილის მაცერაციას.

გარეთა სასქესო ორგანოების კიბოს კლასიფიკაცია (TNM სისტემის მიხედვით). კლასიფიკაცია დაფუძნებულია მენებისა და გინეკოლოგების საერთაშორისო ფედერაციის კიბოს კომიტეტის რეკომენდაციებზე. სიმბოლო T (tumor) – აღნიშნავს პირველად სიმსივნეს და მისი გავრცელების ხარისხს. N (nodulus) – რეგიონული ლიმფური კვანძების მდგომარეობას, M (metastasis) – ცალკეულ მეტასტაზებს. ამ კლასიფიკაციაში გათვალისწინებულია საშვილოსნოს ყელის კიბოს ადგილობრივი და რეგიონული გავრცელების ხარისხი, რასაც დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. განასხვავებენ გარეთა სასქესო ორგანოების კიბოს შემდეგ სახეებს:

T₀ – პრეინვაზიური კიბო, ca in situ;

T₁ – 2 სმ-მდე დიამეტრის სიმსივნე კანის ზედაპირულ შრეებში ან ლორწოვან გარსში;

T₂ – სიმსივნე ქვემდებარე რბილი ქსოვილების ინფილტრაციით ან 2-დან 4 სმ-მდე ზომის ზედაპირული სიმსივნე;

T₃ – 4 სმ-ზე დიდი ზომის სიმსივნე უმოძრაო, ღრმა ინფილტრაციით;

T₄ – სიმსივნე ვრცელდება მეზობელ ორგანოებზე (საშო, ურეთრა, სწორი ნაწლავი);

N_x⁻ – მეტასტაზები ლიმფურ კვანძებში არ ისინჯება;

N₀ – პალპაციით ვლინდება მეტასტაზები ლიმფურ კვანძებში.

N_x⁺ – მეტასტაზები ლიმფურ კვანძებში კლინიკურად არ ვლინდება, მყლავნდება პისტოლოგიური გამოკვლევის დროს.

M_0 — შორეულ ორგანოებში არ არის გამოვლენილი მეტასტაზები;

M_1 — შორეულ ორგანოებში გამოვლენილია მეტასტაზები.

მეტასტაზირება ხდება ლიმფური გზებით, ზიანდება ჯერ საზარდულის, შემდეგ თეძოს გარეთა და ეპიგასტრიუმის კვანძები.

დიაგნოსტიკა. დიაგნოსტიკური მიზნით გამოიყენება ბიოპტატის ციტოლოგიური და მორფოლოგიური გამოკვლევა; რადიოიზოტოპური გამოკვლევა P^{32} -ით, პირდაპირი ლიმფოგრაფია (პროცესის გავრცელების ხარისხის დადგენა). ვულვის კიბო უნდა განვასხვაოთ ტუბერკულოზის, ათაშანგის, რბილი შანკრისაგან.

პროგნოზი შედარებით საიმედოა.

მკურნალობა. ვულვექტომია საზარდულისა და ზოგჯერ მენჯის ლიმფური კვანძების ამოკვეთით (მენჯის ლიმფური კვანძების ამოკვეთა ხანშიშესულ და დასუსტებულ პაციენტებში არ ხორციელდება) შემდგომი სხივური მკურნალობით. პაციენტთა სიცოცხლის ხანგრძლივობა 5 წლის ფარგლებში დაახლოებით 70%-ს შეადგენს.

საშოს სიმსივნეები

საშოს მიომა აღინიშნება იშვიათად, სიმსივნეს აქვს მკვერივი კონსისტენცია, სფეროსებრი ფორმა, ფართო ფუძე, იშვიათად აღწევს დიდ ზომებს, ნაკლებად მოძრავია, პაციენტებს ჩივილები ძირითადად არ აქვთ. დიდი ზომის სიმსივნის დროს შეიძლება იყოს სიმსივნეები სქესობრივი აქტის დროს.

პროგნოზი საიმედოა.

მკურნალობა ოპერაციულია — მიომური კვანძების ენუკლეაცია.

საშოს კიბო შეიძლება იყოს, როგორც პირველადი, ასევე მეტასტაზური. საშოს პირველადი კიბო იშვიათი დაავადებაა და აღინიშნება ქალის სასქესო ორგანოების კიბოთი დაავადებულთა 2-3%-ში. საშოს კიბო ყველაზე ხშირად ვლინდება 40-45 წლის ასაკში.

კლინიკა. დაავადების დასაწყისში კლინიკური სურათი წაშლილია. განვითარების უფრო გვიან სტადიებზე აღინიშნება სისხლიანი გამონადენი სასქესო გზებიდან და თეთრად შლა. საშოს პირველადი კიბო უპირატესად ვლინდება ნაშობობიარებ ქალებში საშოს მშობიარობის შემდგომი ნაწიბუროვანი ცვლილებებით. საშოს კიბოს განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორი შეიძლება იყოს ქრონიკული ცერვიციტი, რომელსაც თან ახლავს საშვილოსნოს ყელიდან ხანგრძლივად არსებული გამონადენი, რაც იწვევს საშოს ეპითელიური საფარის გაღიზიანებას. ყველაზე ხშირად საშოს კიბოს აქვს ბრტყელუჯრედოვანი შენება. საშოს პირველადი კიბო განვითარების ადრეულ სტადიაზე განისაზღვრება კვანძის სახით, უფრო იშვიათად აქვს პაპილარული სახე. იგი შეიძლება განლაგებული იყოს საშოს წინა ან უკანა კედელზე, ასევე თაღების არეში, შუა და ქვედა ნაწილებზე. სიმსივნე უკანა თაღში შედარებით ხშირად აღინიშნება. პროგნოზი ამ უკანასკნელის დროს უფრო საიმედოა, ვინაიდან ჩაზრდა სწორ ნაწლავში უფრო იშვიათად ხდება, ვიდრე შარდის ბუშტუწინა თაღში სიმსივნის არსებობის შემთხვევაში.

საშოს მეორადი კიბო ვითარდება სიმსივნის მეზობელი ორგანოებიდან გავრცელებისას, უფრო ხშირად საშვილოსნოს ყელიდან.

განასხვავებენ საშოს კიბოს ეგზოფიტურ და ენდოფიტურ ფორმებს. ენდოფიტური ფორმა სწრაფად იზრდება ქსოვილის სიღრმეში და უკვე დაავადების დასაწყისში ჩაიზრდება მასში. სიმსივნის ამ ფორმის დროს უფრო სწრაფად ხდება მეტასტაზირება, საშოსმხრივი გამოკვლევით ვლინდება სიმსივნური წარმონაქმნი, რომელიც განლაგებულია საშოში და შენებით ადვილად სისხლმდენია.

დიაგნოსტიკა. სიმსივნის მეტად საეჭვო უბნიდან აღებული ბიოპტატის მორფოლოგიური გამოკვლევა, კლინიკურ გამოკვლევებთან ერთად, საშუალებას იძლევა დავადგინოთ დიაგნოზი. საჭიროა საშოს კიბოს დიფერენცირება კეთილთვისებიანი სიმსივნეების, ენდომეტრიოზისა და ქორიონებიტელიომისაგან.

პროგნოზი არ არის საიმედო.

მკურნალობა მოიცავს რენტგენოთერაპიას ტელეგამათერაპიასთან ერთად.

გეოლოგია თავი

საშვილოსნოს ყელის ფონური, კიბოსწინარი დაავადებები და კიბო

საშვილოსნოს ყელის საშოს ნაწილის პათოლოგიური მდგომარეობები შეიძლება სხვადასხვანაირი იყოს. განასხვავებენ ფონურ პროცესებს, კიბოსწინარე დაავადებებს (დისპლაზიებს), ეპითელიუმში და კარცინომას, საშვილოსნოს ყელის ინვაზიურ კიბოს.

საშვილოსნოს ყელის ფონური დაავადებები

ფონური პროცესები საშვილოსნოს ყელის საშოს ნაწილის კეთილთვისებიანი დაავადებებია, რომლებსაც შეუძლიათ ხელი შეუწყონ კიბოს წარმოქმნასა და განვითარებას. ამ დაავადებებს მიეკუთვნება ფსევდოეოროზიები (ცილინდრული ეპითელიუმის ექტოპია, ენდოცერვიკოზი), ექტოპიონი, პოლიპები, ლეიკო-და ერითროპლაკია, პაპილომა.

საშვილოსნოს ყელის საშოს ნაწილის ყველაზე ხშირ ფონურ პათოლოგიურ მდგომარეობას წარმოადგენს ფსევდოეოროზია. ღრმად, ფსევდოეოროზიის განვითარების ძირითადი კონცეფცია იმაში მდგომარეობდა, რომ ანთებითი პროცესის (ცერვიციტი) ზეგავლენით თავიდან წარმოიქმნება ჭეშმარიტი ეოროზია, რომელიც შემდგომში იცვლება ყელის არხის ცილინდრული ეპითელიუმით, შედეგად კი ვითარდება ფსევდოეოროზია. შემდგომში, პათოლოგიური პროცესის განვითარების შემთხვევაში მრავალშრიანი ეპითელიუმი გამოადევნებს ცილინდრულს (ფსევდოეოროზიის შეხორცება). მაგრამ, უკანასკნელ დროს ეს თეორია ეჭვის ქვეშ იქნა დაყენებული. დიდი კლინიკური გამოცდილება ადასტურებს, რომ ექტოპია (ფსევდოეოროზია) ყოველთვის არ ვითარდება ჭეშმარიტი ეოროზიის ფონზე. ახალგაზრდა ქალებში ჭეშმარიტი ეოროზია შედარებით იშვიათად გვხვდება, ექტოპია კი უფრო ხშირად აღინიშნება. ამავე დროს, ხანშიშესულ ქალებში უფრო ხშირად ჩნდება ჭეშმარიტი ეოროზია, ხოლო ექტოპია ძალიან იშვიათად ვლინდება. ფსევდოეოროზიის ჭეშმარიტი ეოროზიის ფონზე განვითარების თეორია გამოუსადეგარია, აგრეთვე, იმ კლინიკური დაკვირვებებისათვის, როდესაც ეპიდერმიზაციის უბნები ჩნდება ექტოპიის არა პერიფერიაზე, არამედ გარეთა პირის გარშემო, ანუ მრავალშრიანი ეპითელიუმთან კავშირის გარეშე. ამიტომ ჭეშმარიტი და ცრუ ეოროზიები გარკვეულწილად დამოუკიდებელ დაავადებებს წარმოადგენენ და პათოგენეზურად ნაკლებად არიან დაკავშირებული ერთმანეთთან.

არსებობს მოსაზრება, რომლის თანახმადაც ბრტყელი მრავალშრიანი ეპითელიუმი (ისევე, როგორც ცილინდრული), ფსევდოეოროზიებში მექანიკური გადაადგილების გზით კი არა, არამედ სარეზერვო ან ბაზალური უჯრედების ამა თუ იმ მიმართულებით მეტაპლაზიის შედეგად წარმოიქმნება. ამ თეორიის მომხრენი არ უარყოფენ მშობიარობის შემდგომი ჩახეხვისა და საშვილოსნოს ყელის დეფორმაციის, ასევე ჰორმონული ცვლილებების როლს მის ზედაპირზე ცილინდრული ეპითელიუმის კერების განვითარებაში.

ფსევდოფროზია საშვილოსნოს ყელის საშოს ნაწილის ცილინდრული ეპითელიუმით დაფარული უბანია. მისი განლაგება უჩვეულო ადგილზე (საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილი) აღინიშნება პაციენტთა 10-15%-ში, უპირატესად ახალგაზრდა ასაკში (სურ. 82 ჩანართზე).

განასხვავებენ თანდაყოლილ, პოსტტრავმულ და ჰორმონული ცვლილებების შედეგად განვითარებულ ექტოპიას. თანდაყოლილი ექტოპიის დროს ცილინდრული ეპითელიუმი განლაგებულია საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირიდან შიგნიდან და ვლინდება ახალშობილ გოგონებშიც. სქესობრივი მომწიფების პერიოდში საკვერცხეების სასქესო ჰორმონების მოქმედების დონის მომატების ზეგავლენით საშვილოსნოს ყელის არხის ჭირკვლოვანი ეპითელიუმის ზრდა ასწრებს მისი კუნთოვან-შემაერთებელქსოვილოვანი წარმონაქმნების განვითარებას. ამის შედეგად ცილინდრული ეპითელიუმი გადადის საშვილოსნოს ყელზე და ჩნდება ჰორმონული ცვლილებებით გამოწვეული ექტოპია.

საშვილოსნოს ყელის ჩახვევა მშობიარობის ან აბორტის დროს იწვევს ყელის დეფორმაციას, არხის ლორწოვანი გარსის გადმობრუნებას, რის შედეგადაც ვითარდება ცილინდრული ეპითელიუმის პოსტტრავმული ექტოპია (ექტოპიონი).

საშვილოსნოს ყელის ფსევდოფროზია და ექტოპიონი წარმოადგენენ ექტოპიის სხვადასხვა ვარიანტებს. ექტოპიონისათვის (საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსის გადმობრუნება) დამახასიათებელია ირიბი ღარებისა და ბორცვების არსებობა (საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის პალმისებრი ნაოჭების ნარჩენები).

ცილინდრული ეპითელიუმის მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმით შეცვლა ხდება ბაზალური ან სარეზერვო უჯრედებიდან, რომლებიც განლაგებულია ცილინდრული ეპითელიუმის შრის ქვეშ. ეპიდერმიზაციას თან სდევს საშვილოსნოს ყელის საშოს ნაწილის ზედაპირზე ჭირკვლების წარმოქმნა. ფსევდოფროზიის ზედაპირიდან აღებული ნაცხის ციტოლოგიური გამოკვლევით ვლინდება პროლიფერირებადი ცილინდრული და კუბური ეპითელიუმი, რომელიც უჯრედების ციტოპლაზმაში შეიცავს წვრილ და მსხვილ ვაკუოლებს.

თითქმის ყოველთვის ვლინდება ანთებითი ხასიათის წვრილუჯრედოვანი ინფილტრაცია.

კოლპოსკოპიური გამოკვლევა საშუალებას იძლევა, გამოვავლინოთ წვრილი ბურთისებრი ან მოგრძო ლაქლაქა წითელი ფერის (ანათებს“ სისხლძარღვები) დვრილების მტევნისებრი გროვები. ეს მტევნისებრი გროვები აშკარად მოჩანს ძმარმქავას 3%-იანი ხსნარით დამუშავებისას, რაც იწვევს სისხლძარღვთა შევიწროებასა და ეპითელიუმის ხანმოკლე შეშუპებას. საშვილოსნოს ყელის ლუგოლის ხსნარით დამუშავებისას ფსევდოფროზია არ იღებება ყავისფრად (სურ. 83 ჩანართზე).

განასხვავებენ ჭირკვლოვან, პაპილარულ და ეპიდერმიზებულ ფსევდოფროზიებს, რომელთა სახეც ვლინდება მორფოლოგიური გამოკვლევით.

ჭირკვლოვანი ფსევდოფროზისათვის (სურ. 84 ჩანართზე) დამახასიათებელია ჭირკვლების წარმოქმნა საშვილოსნოს ყელის საშოს ნაწილზე, პაპილარული-სათვის — სტრომისა და ეპითელიუმის ერთდროული ზრდა დვრილების სახით (სურ. 85). ეპიდერმიზებადი ფსევდოფროზიის დროს ჭირკვლოვან ეპითელიუმს (ცილინდრული) შორის არის მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმის კუნძულები.

საშვილოსნოს ყელის პოლიპები წარმოადგენენ საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის წანაზარდებს. პოლიპების წარმოქმნა დაკავშირებულია, როგორც პორმონულ, ასევე ანთებით ცვლილებებთან (სურ. 86). პოლიპი შეიძლება იყოს, როგორც ერთეული, ასევე მრავლობითი. მათ აქვთ მომრგვალო ფორმა, უფრო იშვიათად წილაკოვანი შენება და სადა ზედაპირი. პოლიპის ფერი დამოკიდებულია მფარავი ეპითელიუმის ტიპზე. თუ ზედაპირი



სურ. 85. საშვილოსნოს ყელის პაპილარული ფსევდოეროზიის მიკროსკოპული სურათი.

ცილინდრული ეპითელიუმითაა დაფარული, პოლიპი ვარდისფერია, ქვეშმდებარე სისხლძარღვოვანი ქსელის გაღანდვის გამო. თუ პოლიპი დაფარულია ბრტყელი მრავალშრიანი ეპითელიუმით, მაშინ იგი მოთეთრო შეფერილობას იღებს (სურ. 87, ა, ბ ჩანართზე).

საშვილოსნოს ყელის პოლიპები მქონე პაციენტებში აღინიშნება ლორწოვანი თეთრად შლა, ზოგჯერ ვითარდება კონტაქტური სისხლდენები. რეციდივები პოლიპექტომიის შემდეგ ეჭვს ბადებს პროცესის ავთვისებიანობაზე.

ლეიკოპლაკია საშვილოსნოს ყელის მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმის გარქოვანებაა (პიპერკერატოზი). ლეიკოპლაკიას აქვს მოთეთრო ფერი, ზოგჯერ სადაფისებური ელფერით. დაავადება ყველაზე ხშირია 40 წლის ასაკში. ჩვილები პაციენტებს, ძირითადად, არ აქვთ. საშვილოსნოს ყელის საშოს სარკეების საშუალებით დათვალეირებისას ლეიკოპლაკია ვლინდება თეთრი თხელი აპკის სახით, რომელიც სცილდება საშვილოსნოს ყელის ზედაპირს. ასეთი ლეიკოპლაკია, ძირითადად, კეთილთვისებიანია. ლეიკოპლაკია მსხვილი ფოლაქების სახით, რომლებიც შეხორცებულია ქვეშმდებარე ქსოვილებთან და წამოწეულია ყელის ზედაპირიდან, შეიძლება ავთვისებიანი იყოს.

ლეიკოპლაკიის ლოკალიზაცია შეიძლება სხვადასხვანაირი იყოს. გარდა საშვილოსნოს ყელისა იგი ზოგჯერ განლაგებულია საშოს თაღებზე. ლეიკოპლაკიის დაწყლულება ძალიან საშიშია კიბოს განვითარების თვალსაზრისით.

ლეიკოპლაკიის კოლპოსკოპიური გამოკვლევით ვლინდება რქოვანი ნაღებების ხორკლიანი, ნაოჭიანი და ქერცლიანი ზედაპირი. ძალიან ხშირად გვხვდება ლეიკოპლაკია, რომელიც შეუმჩნეველია შეუიარაღებელი თვალით და დგინდება მხოლოდ კოლპოსკოპიის დროს. ნაცხის ციტოლოგიური გამოკვლევისას ვლინდება დიდი რაოდენობით ბრტყელი ეპითელიუმის უბირთვო



სურ. 86. საშვილოსნოს ყელის ჯირკვლოვანი პოლიპის მიკროსკოპული სურათი გამოხატული ანთებითი რეაქციით.



სურ. 88. საშვილოსნოს ყელის ლეიკოპლაკიის მიკროსკოპული სურათი.

უჯრედები. მორფოლოგიური გამოკვლევის დროს, ძირითადად, განასხვავებენ ლეიკოპლაკიის ორ ფორმას: მარტივსა და ატიპიური უჯრედული ელემენტების შემცველს.

ლეიკოპლაკიისათვის დამახასიათებელია გარქოვანების პროცესების დარღვევა (დისკერატოზი), ბაზალური და პარაბაზალური შრეების გასქელება. უჯრედოვანი პოლიმორფიზმი სუსტად არის გამოხატული (სურ. 89). ხშირად ლეიკოპლაკიას თან ერთვის ეპითელიუმში კარცინომა, იშვიათად — საშვილოსნოს ყელის ინვაზიური კიბო.

ერიტროპლაკია პათოლოგიური პროცესია, რომლის დროსაც ხდება საშვილოსნოს ყელის ბრტყელი მრავალშრიანი ეპითელიუმის ზედაპირული შრისა და შუამდებარე შრის დიდი ნაწილის ძლიერ გათხელება, ზოგჯერ ბაზალური და პარაბაზალური შრის ატიპიურ ჰიპერპლაზიასთან ერთად. ერიტროპლაკიას მაკროსკოპულად აქვს ღია წითელი, ზოგჯერ მოლურჯო ფერის, ადვილად სისხლმდენი უსწორმასწორო ფორმის ლაქების სახე. ერიტროპლაკიის ფერი განპირობებულია სისხლძარღვებით, რომლებიც მოჩანს ლორწოქვეშა შრეში. დაავადების მიმდინარეობა ქრონიკულია. კოლპოსკოპიური გამოკვლევით ვლინდება ძლიერ გათხელებული ბრტყელი ეპითელიუმის წითელი უბნები, რომელშიც ილანდება ქვეშემდებარე ქსოვილი.

პაპილომა საშვილოსნოს ყელის დაზიანების შედარებით იშვიათი ფორმაა. საშვილოსნოს ყელის საშოს ზედაპირზე ვლინდება პაპილომური წანაზარდები როზეტის სახით, რომლებიც გარეგნულად ჰგვანან ეგზოფიტური ფორმის კიბოს. პაპილომა ვარდისფერი ან თეთრია, მკვეთრად გამოყოფილია გარშემო ქსოვილებისაგან (სურ. 90 ჩანართზე). კოლპოსკოპიური გამოკვლევით მის ზედაპირზე აღინიშნება ხის ტოტებისმაგვარი სისხლძარღვების დიდი რაოდენობა, პაპილომის ზედაპირზე ლუგოლის ხსნარის წასმისას მის გარშემო ჩნდება იოდდადებითი არშია. პაპილომები შედარებით ხშირად განიცდიან ავთვისებიან გადაგვარებას. მორფოლოგიური გამოკვლევა საშუალებას იძლევა დადგინდეს სწორი დიაგნოზი.

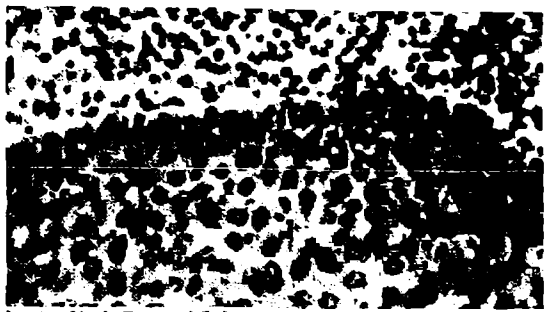
საშვილოსნოს ყელის კიბოსწინარე დაავადებები

საშვილოსნოს ყელის კიბოსწინარე დაავადებებს უწოდებენ დისპლაზიებს. ეს ტერმინი პირველად შემოთავაზებული იქნა 1961 წ. კიბოსწინარე დაავადებები შეადგენენ საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიური პროცესების 15-18%-ს. უფრო ხშირად დისპლაზიები გვხვდება 35 წლის და უფროსი ასაკის ქალებში.

იმ ქალების ანამნეზში, რომლებსაც აქვთ საშვილოსნოს ყელის კიბოსწინარე დაავადებები, ხშირად აღინიშნება მენარქეს დაგვიანება და მშობიარობებისა და საშვილოსნოს ყელის ტრავმატიზაციით მიმდინარე აბორტების დიდი რაოდენობა.

ეპითელური დისპლაზიების-
თვის დამახასიათებელია საშვი-
ლოსნოს ყელის მფარავი ბრტყელი
მრავალშრიანი ეპითელიუმის უჯ-
რედების მომწიფებისა და დიფერ-
ენცირების დარღვევა.

გამოყოფენ დისპლაზიების სამ
ძირითად ფორმას: მსუბუქს ანუ
მარტივს, საშუალო სიმძიმისას და
ძიმეს. მარტივი ფორმის დისპლა-
ზიების დროს აღინიშნება ბაზალური და პარაბაზალური ეპითელური უჯრედების
ზომიერი პროლიფერაცია. ამასთან, უჯრედები ინარჩუნებენ ნორმალურ შენებასა
და განლაგების პოლარობას. ბაზალური და პარაბაზალური შრეების ცალკეულ
უჯრედებში აღინიშნება დისკარიოზი (სურ. 91).



სურ. 91. საშვილოსნოს ყელის მარტივი დისპლაზიის
მიკროსკოპული სურათი.

ზომიერი დისპლაზიის დროს პათოლოგიური პროცესი მოიცავს ეპითელური
შრის დაახლოებით ნახევარს. დისკარიოზის მოვლენები მრავალ უჯრედში აღი-
ნიშნება. პროლიფერირებადი უჯრედები ეპითელური საფარველის ყველა შრეშია.

ძიმე დისპლაზიისათვის დამახასიათებელია ბაზალური და პარაბაზალური
უჯრედების გამონატული პროლიფერაცია; ბირთვების ჰიპერქრომატიზი,
ბირთვები მსხვილია, ხშირად აღინიშნება მიტოზები. უჯრედების ნორმალური
მომწიფება და დიფერენცირება ხდება ეპითელური საფარველის მხოლოდ ყვე-
ლაზე ზედაპირულ შრეში. დისკარიოზის მოვლენები არის ეპითელური საფარ-
ველის თითქმის ყველა შრეში (სურ. 92).

კლინიკა. საშვილოსნოს ყელის საშოს ნაწილში ეპითელური დისპლაზიის
განვითარებას არ ახასიათებს პათოგნომური სიმპტომები. დისპლაზია, ძირითადად,
ვითარდება ხანგრძლივად არსებული მორეციდივე ფსევდოეპროზიის ფონზე,
თუმცა შეიძლება განვითარდეს პათოლოგიურად შეუცვლელ საშვილოსნოს
ყელზეც.

საშვილოსნოს ყელის კიბოსწინარე დაავადებებისათვის დამახასიათებელია
ხანგრძლივი, ქრონიკული მიმდინარეობა, სიმპტომების შედარებით მუდმივობა,
კონსერვატიული თერაპიის მცირე შედეგიანობა, მკურნალობის შემდეგ რეციდი-
ვების განვითარება. დისპლაზიის კოლპოსკოპიური სურათი ხასიათდება ექტო-
პიით, ეპიდერმიზაციითა და დისკერატოზით.

დიაგნოსტიკა. პათოლოგიური პროცესის სახეობის დასადგენად გამოიყენება
კომპლექსური კლინიკურ-ლაბორა-
ტორიული გამოკვლევა, რომელიც
მოიცავს: 1) ჩივილებისა და ანამ-
ნეზური მონაცემების შეფასებას; 2)
ყელის დათვალიერებას სარკეების
საშუალებითა და ლუგოლის ხსნა-
რის გამოყენებით; 3) რექტოვაგი-
ნურ გამოკვლევას; 4) გაფართოე-
ბულ კოლპოსკოპიას; 5) საშვი-
ლოსნოს ყელისა და ყელის არხის



სურ. 92. საშვილოსნოს ყელის ძიმე ხარისხის დისპლაზიის
მიკროსკოპული სურათი.

ციტოლოგიურ გამოკვლევას; 6) დამიზნებით ან კონუსისებრ ბიოფსიას საშვილოსნოს ყელის არხის გამოფხვნივით.

საშვილოსნოს ყელის კიბოსწინარე დაავადებების კლინიკურ გამოვლინებებს მიეკუთვნება: ა) წყალწყალა თეთრად შლა; ბ) მენსტრუალური ციკლის დარღვევა მენო- და მეტრორაგიის სახით, მცირე სისხლიანი გამონადენი მენსტრუაციაში და მის შემდეგ; გ) მცირე, ხანმოკლე კონტაქტური სისხლიანი გამონადენი სქესობრივი აქტის, გინეკოლოგიური გამოკვლევის შემდეგ.

ანამნეზის შეკრებისას აუცილებელია დავადგინოთ:

1) აბორტების, მშობიარობების რაოდენობა, მშობიარობისა და აბორტის შემდგომი პერიოდების მიმდინარეობა. საშვილოსნოს ყელის მშობიარობის და აბორტის შემდგომი ტრავმის არსებობა;

2) გინეკოლოგიური დაავადებები, მათი სახეობა და მკურნალობა. დიდი ყურადღება უნდა დაეთმოს თერაპიის ისეთი მეთოდების შეფასებას, როგორებიცაა მალამოს ტამპონების, დიათერმოკოაგულაციისა და სხვ. გამოყენება.

სარკეებით დათვლიერებისას ყურადღებას ვაქცევთ საშვილოსნოს ყელის ზომას, შეფერილობას, ფორმას, კონსისტენციას. საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიური მდგომარეობების კლინიკურ დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს შილერის ცდას. ამ ცდის არსი შემდეგში მდგომარეობს. რეპროდუქციული ასაკის ჯანმრთელი ქალის საშვილოსნოს ყელის საშოს ნაწილის მფარავი ბრტყელი მრავალშრიანი ეპითელიუმის ზედაპირული და შუამდებარე შრეები შეიცავს დიდი რაოდენობით გლიკოგენს. საშვილოსნოს ყელის ზედაპირზე ლუგოლის ხსნარის წასმისას იგი ერთგვაროვნად იღებება მუქ-ყავისფრად. ბრტყელი მრავალშრიანი ეპითელიუმის დეფექტის განვითარებას მისი ცილინდრული ეპითელიუმით ჩანაცვლებისა (ჰემარიტი ეროზია, წყლული) და დისპლაზიის ან პათოლოგიური ქსოვილის წარმოქმნისას (კიბო) ეს უბნები ლუგოლის ხსნარით არ იღებება და გამოიყოფა თეთრი ლაქების სახით ყავისფერ ფონზე.

ბიბანუალური გამოკვლევით აღგენენ საშვილოსნოს ყელის ფორმას, კონტურებსა და კონსისტენციას, შიგნითა სასქესო ორგანოების მდგომარეობასა და მათ ურთიერთდამოკიდებულებას მეზობელ ორგანოებთან.

შემთხვევათა უმრავლესობაში ჩვეულებრივი გინეკოლოგიური გამოკვლევა დიაგნოსტიკისთვის არ არის საკმარისად ინფორმაციული, ამიტომ საჭირო ხდება დამატებითი მეთოდების გამოყენება. საშვილოსნოს ყელის საშოს ნაწილის კიბოსწინარე და კიბოს პროცესების დროული დადგენისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს გამოკვლევის ციტოლოგიურ და კოლპოსკოპიურ მეთოდებს. ციტოლოგიურად ვიკვლევთ საშვილოსნოს ყელის ზედაპირიდან, საჭიროებისას კი საშვილოსნოს ყელის არხიდან აღებულ ნაცხებს. გამოკვლევის ამ მეთოდს დიდი მნიშვნელობა აქვს მასიური გინეკოლოგიური პროფილაქტიკური გამოკვლევების დროს.

ავთვისებიანობის ციტოლოგიური კრიტერიუმები იყოფა ზოგადად და კერძოდ. ზოგად კრიტერიუმებს მიეკუთვნება უჯრედების რაოდენობის გაზრდა, უჯრედებისა და ბირთვების პოლიმორფიზმი, არაერთგვაროვანი შეღებვა, მიტოზების დიდი რიცხვი და სხვ. ხშირად აღინიშნება ამ ნიშნების ერთდროულად არსებობა.

კერძო კრიტერიუმებს მიეკუთვნება ციტოპლაზმის ვაკუოლიზაცია, მასში კერატოპიალინის დაგროვება, უჯრედების სეკრეციის დამახასიათებელი ტიპი (პოლოკრინული, აპოკრინული, მეროკრინული).

ციტოლოგიური მეთოდი მაღალეფექტურია და მორფოლოგიურ გამოკვლევასთან შეთავსების შემთხვევაში საშუალებას იძლევა პაციენტთა 95-98%-ში დადგინდეს სწორი დიაგნოზი.

კოლპოსკოპიური გამოკვლევა საშუალებას გვაძლევს კეთილთვისებიანი ცვლილებები განვასხვაოთ ავთვისებიან ზრდაზე საექვო პათოლოგიური პროცესებისგან. კოლპოსკოპიით შეიძლება მოენიშნოს ქსოვილის უბნები დამიზნებითი ბიოფსიის ჩასატარებლად, რაც მნიშვნელოვნად ზრდის მეთოდის ღირებულებას.

განასხვავებენ ჩვეულებრივ ანუ მიმოხილვით და გაფართოებულ კოლპოსკოპიას. გაფართოებული კოლპოსკოპია ხორციელდება საშვილოსნოს ყელზე 3%-იანი ძმარმეავას წასმის შემდეგ.

გაფართოებულ კოლპოსკოპიას მიეკუთვნება საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანის შესწავლა ფერადი (მწვანე და ყვითელი) ფილტრებით, ასევე დათვალიერება ულტრაბგერითი ზემოქმედების დროს სისხლმდენი სისხლძარღვების უფრო ზუსტი, მკაფიო კონტურების გამოსავლენად.

კოლპომიკროსკოპული გამოკვლევა წარმოებს 150-ჯერ და მეტად გადიდებისას და გულისხმობს საშვილოსნოს ყელის სიცოცხლის დროინდელ ჰისტოლოგიურ გამოკვლევას, რაც საშუალებას იძლევა შევისწავლოთ ყელის საშოს ნაწილის მთელი ზედაპირი სიგრძეზე და სიღრმეში ლორწოვანი გარსის შედგენის შემდეგ (გამოიყენება ჩვეულებრივი მორფოლოგიური გამოკვლევის დროს). გამოკვლევის ეს მეთოდი განსაკუთრებით ეფექტურია, როდესაც ციტოლოგიური და კოლპოსკოპიური გამოკვლევის შედეგები არ ემთხვევა ერთმანეთს.

დამიზნებითი ანუ კონუსისებრი ბიოფსია, საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის გამოფხეკით — გამოკვლევის ფასეული მეთოდია, რომლითაც მთავრდება საშვილოსნოს ყელის დისპლაზიით დაავადებული ქალის კომპლექსური გამოკვლევა. დამიზნებითი ბიოფსია ხორციელდება საშვილოსნოს ყელის ყველაზე შეცვლილი უბნიდან. ვრცელი დაზიანებისა და დამიზნებითი ბიოფსიისათვის ადგილის შერჩევის გაძნელებისას აწარმოებენ ბიოფსიას კონუსით ელექტროკონიზატორის საშუალებით ან საშვილოსნოს ყელის კონუსისებრ ამპუტაციას. ბიოფსიას წინ უძღვის საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის დიაგნოსტიკური გამოფხეკა. დამიზნებითი ბიოფსიის გამოყენება საშვილოსნოს ყელის არხის გამოფხეკასთან ერთად საშუალებას იძლევა მნიშვნელოვნად შევამციროთ კონუსისებრი ბიოფსიის რაოდენობა.

ფლუორესცენციური კოლპოცერფიოსკოპია არის ქსოვილების სიცოცხლეში ჰისტოქიმიური გამოკვლევის მეთოდი ულტრაიისფერი განათების გამოყენებით. საშვილოსნოს ყელის საშოს ნაწილის ნორმალური ლორწოვანი გარსისათვის დამახასიათებელია მუქი იისფერი, ლურჯი ან იასამნისფერი ნათება. ეპითელიუმში და საწყისი ინვაზიური კიბოს კერები გამოირჩევა ღია ყვითელი ნათებით. შორსწასული კიბოს (ნეკროზითა და სისხლჩაქცევებით) დროს ფლუორესცენცია არ აღინიშნება.

უკანასკნელ წლებში საშვილოსნოს ყელში პათოლოგიური პროცესის ტიპის დადგენის მიზნით განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება საშვილოსნოს ყელის ეპითელიუმში ჟანგვა-აღდგენითი ფერმენტების აქტივობის დადგენას. სუქცინატდეჰიდროგენაზის აქტივობის განსაზღვრის მაკრო- და მიკროსკოპიული მეთოდი შეიძლება გამოყენებული იქნას კიბოს დიაგნოსტიკისათვის.

რეგენერაციული და ნეოპლაზიური პროცესების დიფერენციული დიაგნოსტიკისათვის გამოიყენება გენეტიკური მახასიათებლების სინჯი — სასქესო ქრომატინის დისპლაზიისა და, განსაკუთრებით, ინვაზიური კიბოს დროს აღინიშნება სასქესო ქრომატინის შემცველობის დაქვეითება.

ზოგჯერ საჭირო ხდება ფოსფორის საშუალებით რადიოიზოტოპური გამოკვლევის მეთოდის გამოყენება. პათოპისტოლოგიური გამოკვლევა ასრულებს საშვილოსნოს საშოს ნაწილის პათოლოგიური პროცესების კომპლექსურ დიაგნოსტიკას.

მკურნალობა. საშვილოსნოს ყელის ფონური და კიბოსწინარე დაავადებების დროს მკურნალობა წარმოებს მკაცრად ინდივიდუალურად და დიფერენცირებულად. არსებობს ამ დაავადების მკურნალობის რამდენიმე მეთოდი: მედიკამენტური, კოაგულაციური და ქირურგიული.

მკურნალობის მედიკამენტური მეთოდი საჭიროა თანმხლები ანთებითი დაავადებების, ჰემორაიტი ეროზიის, დეკუბიტალური წყლულების არსებობისა და დიათერმოკოაგულაციისათვის ან ქირურგიული ჩარევისათვის მზადების დროს. მედიკამენტურ მკურნალობას ახორციელებენ მალამოების აპლიკაციების სახით. მალამოს ან ემულსიის შემადგენლობაში, ძირითადად, შედის ანტიმიკრობული საშუალება და ცხიმოვანი საფუძველი (ქაცვის, ასკილის ზეთი, თევზის ქონი და სხვ.). მალამოს ტამპონებით მკურნალობა ხორციელდება 2-3 კვირის განმავლობაში. უშედეგობის შემთხვევაში ახორციელებენ ბიოფსიას და უფრო ეფექტურ თერაპიას. ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობის ჩატარება ბიოფსიისა და დიათერმოკოაგულაციის წინ საშუალებას იძლევა, მნიშვნელოვნად შევამციროთ გართულებების რიცხვი.

საშვილოსნოს ყელზე პათოლოგიური ქსოვილების კოაგულაციის გამოპწვევი საშუალებების სახით გამოიყენება ვაგოტილი, დიათერმოკოაგულაცია, კრიოზემოქმედება, ლაზერი.

ვაგოტილი (ქსოვილის ქიმიური კოაგულაცია) გამოიყენება, ძირითადად, ახალგაზრდა უმშობიარებელ ქალებში ექტოპიის არსებობის შემთხვევაში. კოაგულაციურ მოქმედებასთან ერთად პრეპარატს აქვს ანთების საწინააღმდეგო ეფექტი. საშვილოსნოს ყელისა და მისი არხის პათოლოგიური უბნის ვაგოტილით დამუშავება ხდება 2-3 წუთის განმავლობაში, 2-3 დღის ინტერვალით, ხოლო კურსზე სულ 3-4-ჯერ. ფუფხის მოცილება ხდება მე-6-10 დღეს. ქრონიკული მორეციდივე ფსევდოეროზიების დროს ვაგოტილის გამოყენება მიზანშეუწონელია.

ფსევდოეროზიის მკურნალობის ძირითადი მეთოდია დიათერმოკოაგულაცია. მას მენსტრუაციის წინ აკეთებენ, რათა ავიცილოთ საშვილოსნოს ყელის ენდომეტრიოზის განვითარება. ჩამოყალიბებული ფუფხი მე-10 დღეს ძვრება, ხოლო საშვილოსნოს ყელის სრული ეპითელიზაცია 2 თვის შემდეგ ხდება.

საშვილოსნოს ყელის კეთილთვისებიანი პოლიპები საჭიროებს ამოკვეთას მათი ძირის აუცილებელი მოცილებით ან დიათერმოკოაგულაციით. უკანასკნელ წლებში ფსევდოეროზიების მკურნალობაში უფრო ხშირად გამოიყენება კრიოზემოქმედება. ეს მეთოდი უმტკივნეულო, უსისხლო და ძალიან ეფექტურია. კრიოზონდს 2-2,5 წუთით ადებენ საშვილოსნოს ყელს. კრიოზემოქმედების ზონა 10-15 მმ-ია. ნეკროზული მასის მოცილება და ეპითელიზაცია ხდება 10-14 დღეში, სრული ეპითელიზაცია – 1-1,5 თვის შემდეგ. ეს მეთოდი შეიძლება გამოყენებული იქნას მთელი მენსტრუალური ციკლის მანძილზე, ამბულატორიულ პირობებშიც კი.

ლეიკოპლაკიის (პროლიფერირებადი ფორმა), ერითროპლაკიის, საშვილოსნოს ყელის პაპილომის დროს უპირატესობა ენიჭება ელექტროკონიზაციას მიღებული პრეპარატის შემდგომი სერიული ჰისტოლოგიური გამოკვლევით.

საშვილოსნოს ყელის დისპლაზიის რადიკალური და ნაკლებად ტრავმული მეთოდია ლაზერული ზემოქმედება. იგი შეიძლება გამოყენებულ იქნას ამბულატორიულ პირობებშიც წინასწარი ანესთეზიის გარეშე. საშვილოსნოს ძლიერი ანატომიური ცვლილებების (ძველი ჩახევეები, ექტროპიონი და სხვ.) მქონე პაციენტებს, ძირითადად, უტარდება ქირურგიული მკურნალობა (საშვილოსნოს ყელის სოლისებრი ან მაღალი ამპუტაცია).

პაციენტები საშვილოსნოს ყელის საშოს ნაწილის პათოლოგიის მკურნალობის შემდეგ საჭიროებენ დისპანსერულ მეთვალყურეობას. დისპლაზიის არსებობისას ქალი იმყოფება მკაცრი მეთვალყურეობის ქვეშ აუცილებელი კოლპოსკოპიური და ციტოლოგიური კონტროლით 3 თვეში ერთხელ.

საშვილოსნოს საშოს ნაწილის კეთილთვისებიანი დაავადებების მკურნალობის კარგი შედეგი არ შეიძლება ჩაითვალოს განკურნების საბოლოო კრიტერიუმად. ეს პაციენტები საჭიროებენ ხანგრძლივ და აქტიურ დისპანსერულ მეთვალყურეობას 5 წლის მანძილზე, რაც გამოწვეულია მათში საშვილოსნოს ყელის კიბოს შედარებით ხშირი განვითარებით.

საშვილოსნოს ყელის კიბო

საშვილოსნოს ყელის კიბო შედარებით უფრო ხშირად გვხვდება ქალის სასქესო ორგანოების სხვა ავთვისებიან პროცესთა შორის.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის საკითხები (მრავალრიცხოვანი და ყოველმხრივი კლინიკური და ექსპერიმენტული გამოკვლევების მიუხედავად), უკანასკნელ დრომდე საბოლოოდ არ არის ახსნილი. ჰორმონული თეორიის მიმდევრები საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიაკუთვნებენ ჰორმონდამოკიდებული სიმსივნეების ჯგუფს. ამ თეორიას ადასტურებს სხვადასხვა ჰიპერპლაზიური პროცესების (პოლიპი, ენდომეტრიოზი, მიომა) გამოვლენის ფონზე ავთვისებიანი სიმსივნეების შედარებით ხშირი განვითარება.

დაავადების განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება საშვილოსნოს ყელის ინერვაციისა და ტროფიკის დარღვევებს, რომლებიც ვითარდება მშობიარობისა და აბორტების დროს მისი ტრავმული დაზიანების შედეგად. საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარებაში გარკვეული მნიშვნელობა აქვს კოლპიტებსა და ცერვიციტებს, რომელთა დროსაც ხშირად ვითარდება ფონური

და კიბოსწინარე დაავადებები. საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარებას, ძირითადად, წინ უძღვის ყელის კიბოსწინარე დაავადებები, რომელთა ფონზეც ხშირად ხდება ავთვისებიანი პროცესების განვითარება.

უკანასკნელ წლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარებას უკავშირებენ სქესობრივი გზით გადამდებ ვირუსულ ინფექციას.

საშვილოსნოს ყელის კიბო ყველაზე ხშირად ვითარდება მისი საშოსმხრივი ნაწილის ბრტყელი მრავალშრიანი ეპითელიუმისაგან (90-95%), უფრო იშვიათად — ყელის არხის ჭირკვლოვანი ეპითელიუმისაგან (6-4%).

კლასიფიკაცია. არსებობს საშვილოსნოს ყელის კიბოს საერთაშორისო კლასიფიკაცია გავრცელების სტადიების მიხედვით. იგი მიიღეს 1929 წელს, შემდეგ კი მრავალჯერ იქნა სრულყოფილი (1937, 1950, 1961). ამ კლასიფიკაციის მიხედვით განასხვავებენ საშვილოსნოს ყელის შემდეგ სტადიებს:

0 სტადია — პრენეპლაზიური (ეპითელიუმშიდა კიბო);

I სტადია — კიბო მკაცრად შემოსაზღვრულია საშვილოსნოს ყელით;

II სტადია — მიკროკარცინომა (ინვაზიის საწყისი სტადია);

III სტადია — უფრო გამოხატული ინფილტრაცია საშვილოსნოს ყელის ფარგლებში;

I სტადია T1 T1a — პრეკლინიკური ინვაზიური კარცინომა;

T1b — კლინიკურად გამოხატული ინვაზიური კარცინომა საშვილოსნოს ყელის ფარგლებში;

II სტადია T2 T2a — გადასვლა საშვილოსნოზე, საშოს ზედა 2/3-ზე;

T2b — გადასვლა პარამეტრიუმზე;

III სტადია T3 T3a — გადასვლა საშოს ქვედა მესამედზე;

T3b — გადასვლა მენჯის კედლებზე;

IV სტადია T4 T4a — გადასვლა შარდის ბუშტზე, სწორ ნაწლავზე;

T4b — გამოსვლა მცირე მენჯის ფარგლებიდან;

N — რეგიონული ლიმფური კვანძები;

N_x — არ ისინჯება;

N⁻_x — არ არის დაზიანებული;

ჰისტოლოგიური გამოკვლევით

N⁺_x — დაზიანებულია;

N₀ — არ არის დაზიანებული;

ლიმფოგრაფიით

N₁ — დაზიანებულია;

N₂ — ისინჯება გადიდებული ლიმფური კვანძები;

M — შორეული მეტასტაზები;

M₀ — არ არის აღმოჩენილი;

M₁ — აღმოჩენილია.

ყველა შემთხვევა N⁻_x და N₂ მეკუთვნება III სტადიას, M₁ — IV სტადიას, N₀ და N₁ — კლასიფიკაციაში არ არის გათვალისწინებული.

0 სტადია — საშვილოსნოს ყელის პრენეპლაზიური კიბო;

I სტადია — კიბო მკაცრად არის შემოსაზღვრული საშვილოსნოს ყელით;

II სტადია — ა) საშვილოსნოს ყელის კიბო პარამეტრიუმის ინფილტრაციით ერთ ან ორივე მხარეზე, მცირე მენჯის კედლებზე გადასვლის გარეშე (პარამეტრალური ვარიანტი); ბ) საშვილოსნოს ყელის კიბო საშოს 2/3 ფარგლებში ინფილტრაციით (საშოს ვარიანტი); გ) საშვილოსნოს ყელის კიბო, რომელიც გადადის საშვილოსნოს სხეულზე (საშვილოსნოს ვარიანტი).

III სტადია – ა) საშვილოსნოს ყელის კიბო პარამეტრიუმის ინფილტრაციით ერთ ან ორივე მხარეზე, მცირე მენჯის კედლებზე გადასვლით (პარამეტრალური ვარიანტი); ბ) საშვილოსნოს ყელის კიბო, საშოს ქვედა მესამედზე გავრცელებით (საშოს ვარიანტი); გ) საშვილოსნოს ყელის კიბო იზოლირებული მეტასტაზებით მცირე მენჯის კედელთან (რეგიონული მეტასტაზური ვარიანტი).

IV სტადია – ა) საშვილოსნოს ყელის კიბო შარდის ბუშტზე გადასვლით, რაც მტკიცდება ცისტოსკოპიურად ან ხვრელშილის არსებობით (შარდის ბუშტის ვარიანტი); ბ) საშვილოსნოს ყელის კიბო სწორ ნაწლავზე გადასვლით (რექტალური ვარიანტი); გ) საშვილოსნოს ყელის კიბო შორეული მეტასტაზებით (მეტასტაზური ვარიანტი).

საშვილოსნოს ყელის პრეინვაზიური კიბო. კიბოს პრეინვაზიური (ეპითელიუმშიდა კარცინომა **Ca in situ**, ნული სტადიის კიბო) სტადიისთვის დამახასიათებელია ეპითელიუმის ავთვისებიანი გადაგვარება ინფილტრაციული ზრდისა და მეტასტაზირების გარეშე.

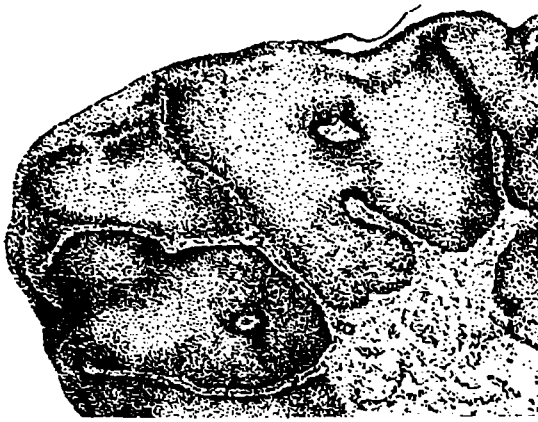
ახალგაზრდა ქალებში პრეინვაზიური კიბო უპირატესად განლაგებულია ბრტყელი მრავალ შრიანი და ცილინდრული ეპითელიუმის (გარეთა პირის მიდამო) საზღვარზე. 45-50 წელზე უფროსი ასაკის პაციენტებში ეს საზღვარი მდებარეობს საშვილოსნოს ყელის არხის ქვედა მესამედში, რაც მნიშვნელოვნად ართულებს სიმსივნის დიაგნოსტიკას.

საშვილოსნოს ყელის პრეინვაზიური კიბოს ღროს აღინიშნება თეთრად შლა და სისხლიანი გამონადენი საშოდან. ეპითელიუმშიდა კარცინომას მკაფიო კლინიკური სურათი არ აქვს. იგი შეიძლება აღმოვუჩინოთ ფსევდოეროზიებით, ლეიკოპლაკიით, ერითროპლაკიით, პაპილომითა და საშვილოსნოს ყელის საშოს ნაწილის სხვა პათოლოგიური მდგომარეობებით ავადმყოფებს. საშვილოსნოს ყელის საარკეების საშუალებით დათვალეურებისას აღინიშნება გარშემო ქსოვილებიდან მცირედ წამოწეული მკრთალი, გლუვი, ზოგჯერ ხორკლიანი ზედაპირი, რომელიც ადვილად სისხლმდენია შეხებისას და გარეგნულად ხშირად ექტოპიას მოგვაგონებს.

პრეინვაზიური კიბოს დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ციტომორფოლოგიურ და კოლპოსკოპიურ გამოკვლევებს. ეპითელიუმშიდა კიბოს ციტოლოგიური დიაგნოსტიკა დამყარებულია აშკარა დისპლაზიისა და ატიპიური ბრტყელეპითელურუჯრედებიანი ლიმფოიდური ინფილტრაციის აღმოჩენაზე. ციტოლოგიური მეთოდი საშუალებას იძლევა საშვილოსნოს ყელის კიბო დადგინდეს პრეკლინიკურ სტადიაში, ამიტომ ნაცხების აღება ციტოლოგიურ გამოკვლევაზე აუცილებელია.

საშვილოსნოს ყელიდან ბიოფსიის ღროს აღებული ქსოვილების ნიმუშების ჰისტოლოგიური გამოკვლევისას აღმოაჩენენ ატიპიურ ეპითელიუმს ბაზალური მემბრანის მთლიანობის დარღვევის გარეშე. საშვილოსნოს ყელის მფარავი ეპითელიუმი მთელ სისქეზე ან მის $\frac{2}{3}$ -ზე ჩანაცვლებულია სხვადასხვა ხარისხით დიფერენცირებული ანაპლაზიური უჯრედებით.

საშვილოსნოს ყელის არხის ავთვისებიან გადაგვარებაზე ექვის შემთხვევაში ახორციელებენ ცერვიკოსკოპიასა და ნაცხის აღებას საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსიდან. აუცილებელია აღინიშნოს, რომ პრეინვაზიური კიბოს დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტია საშვილოსნოს ყელის ბიოპტატის პათოჰისტოლოგიური გამოკვლევა.



სურ. 94. ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს მიკროსკოპიული სურათი.

საბოლოო დიაგნოზი დაისმის საშვილოსნოს ყელის კონიზაციის დროს მიღებული ბიოპტატის მორფოლოგიური გამოკვლევის შემდეგ (სურ. 94). მიკროინვაზიურ კიბოს მიეკუთვნება ის კლინიკური ფორმები, რომელთა დროსაც ინვაზია სტრომაში არ აღემატება 3 მმ-ს.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების დასაწყისი (დაწყებითი ინვაზიის ფაზა) ხშირად მიმდინარეობს დაავადების წაშლილი კლინიკური გამოვლინებით. თავისი განვითარების დასაწყისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს, ძირითადად, აქვს მცირე წყლულის ან სიმსივნური ნაზარდის სახე, რომელიც განლაგებულია შედარებით ზედაპირულად და შემოსაზღვრულია საშვილოსნოს ყელით. აღინიშნება თეთრად შლა მცირე სისხლიანი გამონადენის მინარევით, ყველაზე ხშირად მენსტრუაციათა შორის პერიოდში. განსაკუთრებით დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ასეთი გამონადენის გაჩენას პოსტმენოპაუზაში.

სიმსივნის გავრცელების შემთხვევაში სისხლიანი თეთრად შლის გარდა, ჩნდება სისხლდენები (ზოგჯერ უხვი), უფრო ხშირად სიმძიმის აწევის, სქესობრივი აქტის, საშოს გამორეცხვის და სხვათა შემდგომ.

სიმსივნის განვითარებასთან ერთად მცირე მენჯის არეში ხდება ნერვული დაბოლოებებისა და ღეროების მიჭყლეტა, რასაც თან სდევს მცირე მენჯის მიდამოში ტკივილების გაჩენა. ტკივილი, ასევე, შეიძლება იყოს თანდაროული ანთების სიმპტომი. იგი, ძირითადად, შეიგრძნობა გავის, წელის არეში, მუცლის ქვედა ნაწილებში. სიმსივნური პროცესის გავრცელებისას ტკივილი შეიძლება გადაეცეს ბარძაყში, სწორ ნაწლავში.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს კლინიკურად გამოხატული ფორმებია ეგზოფიტური, ენდოფიტური და შერეული. კიბოს ეგზოფიტური ფორმა ხასიათდება გარეგნულად ყვავილოვანი კომბოსტოს მსგავსი ზრდით. ენდოფიტური ფორმის დროს სიმსივნურ პროცესს აქვს უსწორმასწორო კიდევებიანი წყლულის სახე, რომელსაც შეხებისას ადვილად სდის სისხლი. სიმსივნის შერეულ ტიპს ახასიათებს კიბოს ამ ორი ძირითადი ფორმისათვის დამახასიათებელი ნიშნები. პროცესის ყელის შიგნით ლოკალიზაციის (ყელის არხის ლორწოვანი გარსის კიბო) დროს ხდება საშვილოსნოს ყელის გამკვრივება, ჰიპერტროფია და დეფორმაცია (კასრისებრი ფორმა), ამასთან, საშვილოსნოს ყელის ზედაპირი სარკეებით დათვალიერებისას უცვლელია.

მიკროკარცინომა არის გარდამავალი ფორმა ეპითელიუმში და ინვაზიურ კარცინომას შორის. უფრო ხშირად მიკროკარცინომა გვხვდება 45 წლის და უფროსი ასაკის პაციენტებში. მიკროკარცინომა წარმოადგენს კიბოს პრეკლინიკურ ფორმას, ამიტომ მისი სიმპტომები (თეთრად შლა, სისხლიანი გამონადენი) არ არის სპეციფიკური.

დიაგნოსტიკაში მნიშვნელოვანია ციტოლოგიური და კოლპოსკოპიური გამოკვლევები (სურ. 93 ჩა-

საშვილოსნოს ყელის კიბოს კლინიკურად გამოხატული ყველა ფორმისათვის დამახასიათებელია ქსოვილის ელასტიკურობის დაკარგვა და ადვილად სისხლმდენობა.

დიაგნოსტიკა. გამოკვლევის აუცილებელ მეთოდებს მიეკუთვნება საშვილოსნოსა და საშოს დათვალეირება სარკეების საშუალებით, ლუგოლის ხსნარით ცდის ჩატარება, კოლპოსკოპია, საშოსა და საშო-სწორნაწლავის გამოკვლევა, საშოს და ყელის ნაცხის ციტოლოგიური გამოკვლევა, საშვილოსნოს ყელის ყველაზე მეტად შეცვლილი ნაწილებიდან აღებული ქსოვილის სინჯების სერიული ჰისტოლოგიური გამოკვლევა.

საშვილოსნოს ყელის სარკეების საშუალებით დათვალეირებისას პოულობენ ცვლილებებს, რომლებიც ანახსიათებს სიმსივნის ეგზო- ან ენდოფიტურ ფორმებს. საშვილოსნოს ყელის ლუგოლის ხსნარით დამუშავებისას უცვლელი უბნების მუქ ყავისფერად შეღების ფონზე ვლინდება დებიგმენტირებული უბნები, რაც ეპითელიუმში გლიკოგენის არარსებობაზე მიუთითებს. უნდა აღინიშნოს, რომ დებიგმენტაციის უბნების გაჩენა ჯერ კიდევ არ ადასტურებს კიბოს განვითარებას და შეიძლება აღინიშნებოდეს სხვა პათოლოგიური პროცესების დროსაც (ჰემარიტი ეროზია, ფსევდოეროზია).

კოლპოსკოპიური გამოკვლევით ვლინდება ქსოვილის მინისებრი შეშუპება, ატიპიური სისხლძარღვები, ნეკროზისა და დაწყლულების უბნები. სიმსივნური კერის პერიფერიაზე ვლინდება კიბოსთვის დამახასიათებელი ეპითელური და სისხლძარღვოვანი სხვადასხვა ცვლილებები.

პროცესის საშვილოსნოს ყელის ფარგლებს გარეთ გავრცელების ხარისხის დადგენისთვის აუცილებელია საშო-სწორნაწლავის გამოკვლევა, რომელიც იძლევა უფრო სრულყოფილ ინფორმაციას პარამეტრიუმის, გავა-საშვილოსნოს კუნთებისა და მთლიანად ორგანოს მდგომარეობის შესახებ. გარდა ამისა, კიბოს გამოხატული ფორმების შემთხვევაში აკეთებენ ცისტოსკოპიას, რექტოსკოპიასა და რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას, აიროვანი პელვიგრაფიის, სწორი ნაწლავისა და შარდის ბუშტის კონტრასტული გამოკვლევის ჩათვლით. შარდგამომყოფი სისტემის მდგომარეობის დასაზუსტებლად იყენებენ პიელო- და რენოგრაფიას.

მკურნალობა. საშვილოსნოს ყელის კიბოს დროს გამოიყენება მკურნალობის ქირურგიული, კომბინირებული, შეთავსებითი სხივური, ქიმიოთერაპიული და კომპლექსური მეთოდები. მეთოდი შეირჩევა მკაცრად ინდივიდუალურად, პაციენტის ასაკის, საერთო მდგომარეობის, დაავადების გავრცელების სტადიის, კლინიკური, მორფოლოგიური, რენტგენოლოგიური და გამოკვლევის სხვა მეთოდების მონაცემების საფუძველზე.

კომბინირებული მეთოდის დროს იყენებენ მკურნალობის ორ განსხვავებულ სახეს: სხივურ თერაპიას და ქირურგიულ ჩარევას. შეთავსებითი სხივური თერაპია მდგომარეობს გარეგანი და შინაგანი დასხივების ერთდროულ გამოყენებაში. მკურნალობის კომპლექსური მეთოდი შეიცავს სამ მეთოდს: ქირურგიულს, სხივურსა და მედიკამენტურს.

50 წელზე ახალგაზრდა პაციენტებში საშვილოსნოს ყელის პრეინვაზიური კიბოს დროს მიზანშეწონილია საშვილოსნოს ყელის კონუსისებრი ელექტროექსციზიის წარმოება ამოკვეთილი ქსოვილის შემდგომი სერიული ჰისტოლოგიური

გამოკვლევით. ხანშიშესულ ასაკში მძიმე თანმხლები დაავადების დროს შეიძლება შეირჩეს სხივური მკურნალობა. პაციენტთა ასეთ ჯგუფზე დისპანსერული მეთვალყურეობა მიმდინარეობს მთელი დარჩენილი სიცოცხლის მანძილზე.

მიკროკარცინომის დროს აკეთებენ საშვილოსნოს ექსტირპაციას. საკვერცხეების ამოკვეთის საკითხი წყდება ინდივიდუალურად, ასაკისა და საკვერცხეების მდგომარეობის გათვალისწინებით.

მიკროკარცინომის დროს მეტასტაზები საკვერცხეებში პრაქტიკულად არ არის, ამიტომ საკვერცხეების ამოკვეთა ახალგაზრდა ქალებში არ წარმოადგენს აუცილებლობას.

კლინიკურად გამოხატული პირველი სტადიის (Iგ) კიბოს დროს გამოიყენება კომბინირებული მკურნალობა (გაფართოებული პანპოსტერექტომია) და ოპერაციის შემდგომი დისტანციური γ -თერაპიის კურსი ან დისტანციური, ან ღრუსშიდა დასხივება შემდგომში საშვილოსნოსა და მისი დანამატების გაფართოებული ექსტირპაციით. ოპერაციული ჩარევის მიზანშეუწონლობის დროს კარგია შეთავსებითი სხივური თერაპია. უფრო ხშირად მონაცვლეობით იყენებენ გარეგან დისტანციურ დასხივებას და ღრუსშიდა γ -თერაპიას (შეთავსებითი სხივური თერაპია).

საშვილოსნოს ყელის ფარგლებში ღრმა ინვაზიისა და ქსოვილთა დესტრუქციის (T1b N⁺ M0), საშვილოსნოს ყელთან უშუალოდ მდებარე პარაცერვიკალური ქსოვილის ინფილტრაციისა და საშვილოსნოს სხეულზე ან საშოს თაღების ლორწოვან გარსზე პროცესის გავრცელებისას (T2a N⁺ M0) ახორციელებენ კომბინირებულ მკურნალობას: გაფართოებულ ოპერაციას, ოპერაციის წინ ან შემდგომ სხივური თერაპიის კურსით. ზოგჯერ საჭირო ხდება კომპლექსური მკურნალობის წარმოება (ქირურგიული, სხივური და მედიკამენტური თერაპია).

ოპერაციის შემდგომი დისტანციური დასხივება უნდა ხორციელდებოდეს კლინიკურად გამოხატული კიბოს ყველა შემთხვევაში (თუ არ ჩატარებულა ოპერაციის წინა დასხივება).

საშვილოსნოს ყელის კიბოს მესამე სტადიის დროს დისტანციურ დასხივებას აწარმოებენ ჯერ პირველად კერასა და პარამეტრიუმზე, ხოლო შემდეგ — ღრუს შიგნით. იმავდროულად, გამოიყენება ზოგადგამაჯანსაღებელი და სადენიტოქსიკაციო საშუალებები. მეოთხე სტადიის დროს მიზანშეუწონილია სიმპტომური მკურნალობა.

სხივური თერაპია ზოგჯერ იწვევს გართულებებს (ციტიტი, რექტიტი), რომლებიც, ძირითადად, გარდამავალია. გართულების განვითარების შემთხვევაში 2-3 კვირის მანძილზე იყენებენ მეთილურაცხლის სანთლებს, მიკროოყენებს გვირილის ნაყენით, შარდის ბუშტშიდა ინსტილაციას გალასკორბინის ხსნარით, მეთილურაცხლით, ასკილისა და ქაცვის ზეთით. სხივური თერაპიის პროცესში ჰემოპოეზის დათრგუნვის პროფილაქტიკის მიზნით გამოიყენება ჟანგბადი და ვიტამინთერაპია, ხოლო ლეიკო- და ლიმფოპენიის განვითარების შემთხვევაში საჭიროა ჰემომასტიმულირებელი თერაპია და ჰემოტრანსფუზია.

საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დაავადებულთა მკურნალობის მიმართ ინდივიდუალური მიდგომა უზრუნველყოფს განხორციელებული თერაპიის ეფექტურობის მნიშვნელოვნად გაზრდას. ხუთწლიანი სიცოცხლის ხანგრძლივობა

მიკროკარცინომის დროს აღინიშნება პაციენტთა 80-96%-ში: პირველი სტადიის დროს 75-80%-ში, მეორეს დროს — 60%-ში, მესამეს დროს — 35-40%-ში.

უკანასკნელ წლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დაავადებულთა კომპლექსურ ქირურგიულ და სხივურ მკურნალობაში გამოიყენება სიმსივნის საწინააღმდეგო ანტიბიოტიკები. უზრუნველყოფს ციკლოფოსფამიდისა და ტრეტინომონის მაალკირებელი პრეპარატების უფრო მეტი ეფექტურობა ანტიბიოტიკებთან (მეთილურაცილი, 5-ფტორურაცილი და სხვ.) შედარებით.

ძალზე პერსპექტიულია ლიმფონდუზიის მეთოდი, რომლის საშუალებითაც სიმსივნის საწინააღმდეგო ანტიბიოტიკები შეგვყავს დიდი დოზებით.

თუმცა მკურნალობის ქიმიოთერაპიული მეთოდი პირველადი სიმსივნეების, რეციდივებისა და მეტასტაზების დროს ვერ დამკვიდრდა მცირე ეფექტურობის გამო, ამიტომ მათი გამოყენება ამჟამად საკმაოდ შეზღუდულია.

საშვილოსნოს ყელის კიბო და ორსულობა. საშვილოსნოს ყელის კიბო ორსულობის დროს ვლინდება ქალთა 0,5-6%-ში, უპირატესად 30-40 წლის ასაკში. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სიმპტომებს ორსულობისას არ აქვთ რაიმე განსაკუთრებული თავისებურებები. ზოგჯერ პაციენტები აღნიშნავენ თეთრად შლას, კონტაქტურ ან მცირე სისხლნარევი გამოადენს სასქესო გზებიდან (განსაკუთრებით ორსულობის ადრეულ ვადებში). მეცნიერთა უმრავლესობის აზრით, ორსულობა ხელს უწყობს სიმსივნის ზრდას.

დიაგნოსტიკა. ორსულის საშვილოსნოს ყელში ნებისმიერი პათოლოგიური ცვლილების აღმოჩენა საფუძველს იძლევა ციტოლოგიური, კოლპოსკოპიური გამოკვლევის, საჭიროების შემთხვევაში კი დამიზნებითი ბიოფსიის წარმოებისათვის, შემდგომი პისტოლოგიური ანალიზით.

დაგვიანებული დიაგნოსტიკა ორსულობის პირველ ტრიმესტრში განპირობებულია იმით, რომ ექიმი სისხლდენის სიმპტომს განმარტავს, როგორც არასრული აბორტის გამოვლინებას, ხოლო მეორე და მესამე ტრიმესტრში — როგორც პლაცენტის აშრევებას მისი წინმდებრების ან ნორმალური მდებარეობის გამო.

მკურნალობა. ორსულობის პირველ ტრიმესტრში პრეინვაზიური კიბოს გამოვლინების შემთხვევაში მიზანშეწონილია მისი შეწყვეტა, საშვილოსნოს ყელის არხის შემდგომი გამოფხეკით. ორი კვირის შემდეგ კეთდება დიათერმოკონიზაცია. ორსულობის მეორე და მესამე ტრიმესტრში შეიძლება ორსულობის შენარჩუნება მშობიარობის ვადამდე, მაგრამ აუცილებელია დინამიკაში ციტოლოგიური და კოლპოსკოპიური კონტროლი. პაციენტთა ამ ჯგუფზე ზედამხედველობა ხორციელდება 2 წლის მანძილზე.

ორსულობის ადრეულ ან გვიან ხანაში კიბოს გამოვლინების შემთხვევაში მიზანშეწონილია მისი შეწყვეტა (საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემდგომი მკურნალობით პროცესის გავრცელების, მორფოლოგიური მონაცემების ხასიათის და პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის გათვალისწინებით). უკეთესი შედეგი აღინიშნება ქირურგიული ან კომბინირებული მკურნალობის დროს.

პროფილაქტიკა. ფონური და კიბოსწინარე დაავადების მქონე პაციენტთა დროული გამოვლენა და მკურნალობა საშვილოსნოს ყელის კიბოს თავიდან აცილების ქმედითი ღონისძიებაა. ამ მიზნით ხორციელდება ორეტაპიანი პროფილაქტიკური გინეკოლოგიური გამოკვლევა. 30 წელზე უფროსი ასაკის ქალებში მას მიმართავენ წელიწადში 2-ჯერ, 40 წელზე უფროსი ასაკში წელიწადში 3-ჯერ.

გამოკვლევის პირველ ეტაპზე ხორციელდება პაციენტთა გარჩევა ჯანმრთელთაგან. გამოკვლევის ამ ეტაპზე ხდება ყველა პაციენტის გინეკოლოგიური და ციტოლოგიური გამოკვლევა, საშოსა და საშვილოსნოს ყელის არხიდან ნაცხის აღებით. რაიონის პირობებში მეანი აწარმოებს საშვილოსნოს ყელის დათვალეირებას სარკეების საშუალებით და იღებს ნაცხს საშვილოსნოს ყელის ყველაზე საექვო უბნიდან. მეორე ეტაპზე ხორციელდება იმ პაციენტთა დამატებითი გამოკვლევა, რომელთა საშვილოსნოს ყელი ექვს იწვევს ავთვისებიან პროცესზე.

მსგავსი დაავადებების პროფილაქტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს კოლპიტებისა და ცერვიციტების დროულ მკურნალობას. საშვილოსნოს ყელის კიბოს პროფილაქტიკაში ასევე მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება მშობიარობის დროს განვითარებულ საშვილოსნოს ყელის ჩახვევების დროულ აღდგენას, პორმონული დარღვევების კორექციას.

ამ დაავადების პროფილაქტიკაში ძალზე მნიშვნელოვანია კიბოს საწინააღმდეგო პროპაგანდა, რომელსაც ახორციელებენ, როგორც ქალაქის, ასევე სოფლის მოსახლეობაში. ეს, თავის მხრივ, საშუალებას იძლევა, რეგულარულად ჩატარდეს პროფილაქტიკური შემოწმებები ქალთა კონსულტაციებში, ჯან-პუნქტებში, პოლიკლინიკებში. საშვილოსნოს კიბოს პროფილაქტიკის ძირითადი საკითხები უნდა გაშუქდეს პრესაში, პოპულარულ ბროშურებში, გამოიცეს პლაკატები და ა.შ. სისტემატური ზედამხედველობა ორსულზე, საშვილოსნოს ყელის ფონური და კიბოსწინარე დაავადებების დროული გამოვლენა და მკურნალობა წარმოადგენს ამ ლოკალიზაციის კიბოს პროფილაქტიკის ეფექტურ ღონისძიებას.

ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესები და კიბო

ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესები წარმოადგენს გინეკოლოგიის ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემას. ამ პრობლემის სირთულე, უპირველეს ყოვლისა, იმით არის განპირობებული, რომ საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ჰიპერპლაზია წარმოადგენს ქალის ორგანიზმის მრავალი პათოლოგიური მდგომარეობის გამოვლინებას.

ჰიპერპლაზიური პროცესების მნიშვნელობა ონკოლოგიური თვალსაზრისით იმაში მდგომარეობს, რომ ისინი შეიძლება გადაიზარდოს ენდომეტრიუმის კიბოსწინარე დაავადებებსა და კიბოში.

ჯანდაცვის მსოფლიოს ორგანიზაციის ექსპერტთა კომიტეტის კლასიფიკაციის თანახმად (1975) განასხვავებენ ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესების შემდეგ ძირითად ფორმებს:

I. ჯირკვლოვანი ჰიპერპლაზია (ჯირკვლოვან-კისტოზური და პოლიპური ფორმა ანუ პოლიპოზი);

II. ენდომეტრიული პოლიპი (ჯირკვლოვანი და ჯირკვლოვან-ფიბროზული);

III. ატიპური ჰიპერპლაზია (ადენომატოზი, ადენომატოზური პოლიპები).

ენდომეტრიუმის ჯირკვლოვან-კისტოზური ჰიპერპლაზია და პოლიპები, ძირითადად, კეთილთვისებიანი პროცესებია. ენდომეტრიუმის ატიპური ჰიპერპლაზია განიხილება, როგორც კიბოსწინა დაავადება.

ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესები აღინიშნება ქალის სხვადასხვა ასაკსა და ცხოვრების პერიოდში. ისინი ჩნდებიან ანოვულაციის დროს და თან ახლავს ციკლური და აციკლური სისხლდენები.

ჯირკვლოვანი ჰიპერპლაზიის დროს ლორწოვანი გარსი აღარ იყოფა ბაზალურ და ფუნქციურ შრეებად. ჯირკვლების რაოდენობა მომატებულია, ისინი უთანაბროდ არიან განლაგებულნი, მათი ნაწილი კისტოზურადაა შეცვლილი, ბირთვები ამოწეულია, მათში არის ქრომატინის დიდი რაოდენობა, სტრომაში აღინიშნება არგიროფილური ბოჭკოების ხშირი ქსელი.

ენდომეტრიუმის ჯირკვლოვან-კისტოზური ჰიპერპლაზია და პოლიპები ხშირად თან ერთვის საშვილოსნოს მიომასა და ენდომეტრიოზს.

ენდომეტრიულ პოლიპებს უფრო ხშირად ოვალური ფორმა აქვთ, მათში განასხვავებენ სხეულსა და ფეხს. ყველაზე ხშირად პოლიპები განლაგებულია საშვილოსნოს ფუძისა და სხეულის კუთხეების არეში.

განასხვავებენ ენდომეტრიუმის პოლიპებს, რომელთა სტრუქტურაში ჰარბობს მისი ბაზალური შრის ქსოვილი. გარდა ამისა, პოლიპები შეიძლება განვითარდეს ლორწოვანი გარსის ფუნქციური შრისგან. ჯირკვლოვანი სტრუქტურების ან ფიბროზული ქსოვილის სიჭარბის მიხედვით განასხვავებენ ჯირკვლოვან და ჯირკვლოვან-ფიბროზულ პოლიპებს.

ენდომეტრიუმის ფუნქციური შრის პოლიპები უფრო ხშირად აღინიშნება ახალგაზრდა ასაკში (40 წლამდე) და თან ახლავს ჰიპერპოლიმენორეის სიმპტომები.

ბაზალური ტიპის პოლიპებს ხშირად თან ერთვის საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსის პოლიპებიც, ასევე, თან ახლავს ხანგრძლივი და უხვი მენსტრუაცია, უფრო იშვიათად — აციკლური სისხლდენები.

ფიბროზული ტიპის პოლიპები უპირატესად აღინიშნება მენოპაუზის დროს. ამ პოლიპების შედარებით ხშირი სიმპტომია სისხლდენები.

ადენომატოზური პოლიპები მიეკუთვნება ენდომეტრიუმის კიბოსწინარე დაავადებებს. ამ პოლიპებს ახასიათებთ ჭირკვლების ეპითელიუმის გამოხატული პროლიფერაცია და შედარებით ხშირად გარდაიქმნება კიბოდ. ენდომეტრიუმის სხვადასხვა ჰიპერპლაზიური პროცესებით დაავადებულთა 6-10%-ის უვლინდება კიბოსწინარე დაავადებები.

გინეკოლოგიაში უფრო გავრცელებულია კიბოსწინარე მდგომარეობათა ბ. ჟელეზნიოვის (1977) მიერ შემოთავაზებული კლასიფიკაცია:

1) ფუნქციური და (ან) ბაზალური შრეების ატიპიური ჰიპერპლაზია.

ა) კიბოსწინარე ცვლილებების სუსტად გამოხატული ფორმა;

ბ) კიბოსწინარე ცვლილებების გამოხატული ფორმა.

2) კეროვანი ადენომატოზი ჭირკვლოვან (ჭირკვლოვან-კისტოზური) და ბაზალურ ჰიპერპლაზიაში, პოლიპებში, ენდომეტრიუმის დისპლაზიურ, ატროფიულ და მცირედ შეცვლილ ფუნქციურ და (ან) ბაზალურ შრეებში.

ა) კიბოსწინარე ცვლილებების სუსტად გამოხატული ფორმა;

ბ) კიბოსწინარე ცვლილებების გამოხატული ფორმა.

3) ადენომატოზური პოლიპები.

ა) კიბოსწინარე ცვლილებების სუსტად გამოხატული ფორმა;

ბ) კიბოსწინარე ცვლილებების გამოხატული ფორმა.

ენდომეტრიუმის კიბოსწინარე დაავადებებისთვის დამახასიათებელია ეპითელიური ქსოვილების ატიპიურობა, უჯრედების პოლიმორფიზმი, ბირთვების ჰიპერქრომატიზმი, უჯრედული ელემენტების დაყოფის გაძლიერების ნიშნები.

მკვავის სტრუქტურული ცვლილებები ენდომეტრიუმში დიფუზურად, კერების ან პოლიპური წანაზარდების სახით აღინიშნება. გარდა ამისა, ნაცხის ციტოლოგიური გამოკვლევისას ვლინდება პროლიფერაციული ტიპის სურათი, პათოლოგიური მიტოზების დიდი რაოდენობა, ^{32}P -ის ჭარბად დაგროვება ენდომეტრიუმში, ნუკლეინის მჟავების მაღალი შემცველობა.

მხოლოდ მორფოლოგიურ კრიტერიუმებზე დაყრდნობა ენდომეტრიუმის კიბოს დიაგნოზის დასმისთვის საკმარისი არ არის. კიბოსწინარე დაავადებებს უნდა მივაკუთვნოთ, ასევე, ჭირკვლოვან-კისტოზური ჰიპერპლაზია და პოლიპები პოსტმენოპაუზაში, ჰიპერპლაზიური პროცესები ენდომეტრიუმში ნეიროენდოკრინული ჰიპოთალამური სინდრომით დაავადებულებში, პოლიპოზისა და ჭირკვლოვანი ჰიპერპლაზიის მორეციდივე ფორმები. კიბოსწინარე პროცესებს პოსტმენოპაუზაში მიეკუთვნება ენდომეტრიუმის ატროფია, რომელსაც თან ახლავს სისხლდენა.

უჯრედული ელემენტების სტრუქტურის დარღვევის ხარისხის მიხედვით განასხვავებენ კიბოსწინარე მდგომარეობების შემდეგ ფორმებს: ენდომეტრიუმის ატიპური ჰიპერპლაზია, კეროვანი ადენომატოზი, ადენომატოზური პოლიპები. თუმცა მრავალი მეცნიერი ენდომეტრიუმის კიბოსწინა ცვლილებათა სხვადასხვა ფორმებს აღწერს ერთი სახელწოდებით — „ენდომეტრიუმის ატიპიური ჰიპერპლაზია“.

ექილოგია და პათოგენეზი. ცნობილია, რომ ენდომეტრიუმის კიბოსა და კიბოსწინარე პროცესების განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზურ დარღვევებს. ამ დროს ხდება ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუთენინიზებელი ჰორმონების გამომუშავების გაზრდა, თუმცა ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის კონცენტრაცია სისხლში მატულობს უფრო მეტად, ვიდრე მალუთენინიზებელი ჰორმონი (მალუთენინიზებელი ჰორმონის შედარებითი უკმარისობა). მაშასადამე, ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესების დროს აღინიშნება ამ ჰორმონების შეფარდების დარღვევა, რასაც ხშირად თან სდევს გასუქება და ჰიპერტონია, რაც ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემის აქტივობის მომატებაზე მიუთითებს. ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის გაძლიერებული სეკრეცია იწვევს ოვულაციის დარღვევას (ანოვულაცია). ანოვულაცია შეიძლება მიმდინარეობდეს ჰიპერ- ან ჰიპოესტროგენული ტიპით, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, ენდომეტრიუმი განიცდის ჰიპოთალამურ ცვლილებებს.

პროლიფერაციულ ზეგავლენას ახდენენ არა მარტო კლასიკური ესტროგენები (ესტრადიოლი, ესტრონი, ესტრიოლი), არამედ ფენოლსტეროიდები, რომლებიც წამოიქმნებიან საკვერცხეებსა და თირკმელზედა-ჭირკვლებში, განსაკუთრებით პოსტმენოპაუზაში.

ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესებით დაავადებულთა ანამნეზში ხშირად აღინიშნება საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენები სიცოცხლის სხვადასხვა პერიოდებში, მძიმე სტრესული ვითარებები, რაც, ასევე, მიუთითებს ცენტრალური ნერვული სისტემის ძირითად როლზე ამ პათოლოგიის განვითარებაში.

მიუხედავად ამისა, ჰიპერპლაზიური პროცესების განვითარება ყოველთვის არ არის განპირობებული ჰორმონული დარღვევებით.

კლინიკა. დაავადების სიმპტომები მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული პაციენტის ასაკზე. ყველაზე ხშირად ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესები აღინიშნება 40-50 წლის ასაკის ქალებში. დამახასიათებელია მენსტრუალური ციკლის დარღვევები. შენარჩუნებული მენსტრუალური ციკლის მქონე ქალებში აღინიშნება სისხლდენები, უფრო ხშირად ციკლური, იშვიათად – აციკლური ხასიათის. ზოგჯერ სისხლდენა იწყება მენსტრუალური ციკლის შუაში. ამ პაციენტათვის ასევე დამახასიათებელია პოსტმენოპაუზის შედარებით გვიანი დადგომა.

ამ ჯგუფის პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნება ცხიმოვანი და ნახშირწყლოვანი ცვლის, ღვიძლის ცილაწარმოქმნელი ფუნქციის, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური აქტივობის მოშლა. გასუქება, ძირითადად, ჰიპოთალამური წარმოშობისაა. ნახშირწყლოვანი ცვლის მოშლა აღინიშნება პაციენტთა დაახლოებით ნახევარში (ლატენტური დიაბეტი). ხშირ დარღვევებს მიეკუთვნება ღვიძლის ცილაწარმოქმნელი ფუნქციის მოშლა, რაც ვლინდება დისპროტეინემიით, ალბუმინგლობულინური კოეფიციენტის დაქვეითებითა და გლობულინური ფრაქციის გაზრდით. ბევრ პაციენტს აღენიშნება ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევა (ჰიპოთირეოზი).

გინეკოლოგიური გამოკვლევის დროს დაავადების საწყის სტადიებზე პათოლოგიური ცვლილებები სასქესო ორგანოების მხრივ არ აღინიშნება.

პროცესის პროგრესირებასთან ერთად აღინიშნება საშვილოსნოს ზომების მცირედ მომატება და მისი უფრო მკვერივი კონსისტენცია. შემდგომში ამას ემატება საკვერცხეების გადიდება ორივე მხარეს (მათი კისტოზური გადაგვარება). ზოგჯერ ვითარდება საკვერცხის ჰორმონულად აქტიური სიმსივნეები, განსაკუთრებით მოხუცებულ ქალებში.

დიაგნოსტიკა. ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური დაავადების დადგენა ზოგჯერ დიდ სირთულეს წარმოადგენს. პაციენტებში, რომელთაც აქვთ საშვილოსნოს სისხლდენები ენდომეტრიუმის პათოლოგიის გამო, ანამნეზური მონაცემებისა და ჩივილების შეფასებასთან, გინეკოლოგიურ დათვალერებასთან ერთად (აუცილებელი რექტოვაგინური გამოკვლევით) იყენებენ გამოკვლევის დამატებით მეთოდებს.

ამბულატორიულ პირობებში უნდა გამოვყოთ პაციენტთა ჯგუფი, რომელთაც ემუქრებათ ენდომეტრიუმის კიბოს განვითარების საშიშროება. ამ ჯგუფს უნდა მივაკუთვნოთ ქალები:

- 1) მენოპაუზის გვიანი დადგომით;
- 2) სიმსუქნით;
- 3) შაქრიანი დიაბეტითა და ჰიპერტონული დაავადებით;
- 4) საშვილოსნოს მორეციდივე სისხლდენებით და პოსტმენოპაუზაში ორგანიზმის ესტროგენებით გაჯერების მაღალი მაჩვენებლით;
- 5) ანოვულაციური ციკლებით;
- 6) დიენცეფალური სინდრომით, რომელიც მიმდინარეობს იცენკო-კუშინგის დაავადების მსგავსად;
- 7) საკვერცხეების მათემატიკური სიმსივნეებით;
- 8) სკლეროკისტოზური საკვერცხეებით;
- 9) ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესებით, განსაკუთრებით მორეციდივე და სიმსუქნის, ჰიპერტონიის, ლვიძლის ცილაწარმომქმნელი და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევის ფონზე მიმდინარე შემთხვევებში.

ამბულატორიულ პირობებში უფრო ხშირად იყენებენ საშვილოსნოდან ჩამონარეცხის ან ასპირატის ციტოლოგიურ გამოკვლევას, ორგანიზმის ესტროგენული გაჯერების დადგენას ფუნქციური დიაგნოსტიკური სინჯების საშუალებით, გამოკვლევის რადიოზოტოპურ მეთოდს, ჰისტეროგრაფიას. საშვილოსნოს ღრუდან ასპირატის ციტოლოგიური გამოკვლევა (ასპირაციას აწარმოებენ ბრაუნის შპრიცის საშუალებით), საშუალებას იძლევა პაციენტთა უმრავლესობაში დადგინდეს სწორი დიაგნოზი.

ენდომეტრიუმის კიბოსწინარე პროცესისთვის დამახასიათებელია ბირთვების ჰიპერქრომატიზმი, მათი გადიდება, მრავალბირთვიანობის განვითარება, ატიპიური მიტოზების არსებობა.

კარინოპიკნოზური ინდექსისა და სხვა სინჯების განსაზღვრა, რომლებიც ასახავენ საკვერცხეების ჰორმონულ აქტივობას, ხდება დინამიკაში და შეესაბამება პაციენტის ასაკს. ჰიპერპლაზიური პროცესებით დაავადებულებში ბაზალური ტემპერატურა მონოფაზურია, სხვა სინჯების საშუალებით, ძირითადად, ავლენენ ორგანიზმში ესტროგენების მაღალ დონეს.

ენდომეტრიუმის ჰისტეროსკოპიული გამოკვლევა საშუალებას იძლევა დადგინდეს ჰიპერპლაზია, პოლიპოზი, კიბო და იმავდროულად გამოირიცხოს

მიომის ლორწვევა კვანძები, ენდომეტრიოზი და ზოგიერთი სხვა დაავადება. ჰისტეროსკოპიის საშუალებით, აგრეთვე, შეიძლება დამიზნებითი ბიოფსიის ჩატარება.

ენდომეტრიუმის პათოლოგიის სახის დადგენის მიზნით გამოიყენება რადიომეტრია ^{32}P , რომლის საშუალებითაც შეიძლება გამოვყოთ პათოლოგიური პროცესები ნივთიერებათა ცვლის მაღალი დონით, რაც დამახასიათებელია ქსოვილების ავთვისებიანი გადაგვარებისთვის. იზოტოპის ჭარბად დაგროვების ზონა დამახასიათებელია ენდომეტრიუმის პათოლოგიის კიბოსწინარე ფორმებისა და საშვილოსნოს კიბოსთვის.

ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესებით დაავადებულებში ჰისტეროგრაფიით ნახულობენ საშვილოსნოს კონტურების უსწორმასწორობას, რაც განპირობებულია ლორწოვანი გარსის ჭარბი ზრდით.

ამბულატორიულ პირობებში გამოიყენება შტრიხბიოფსია, რომელიც საშუალებას იძლევა პაციენტთა უმრავლესობაში დადგინდეს სწორი დიაგნოზი.

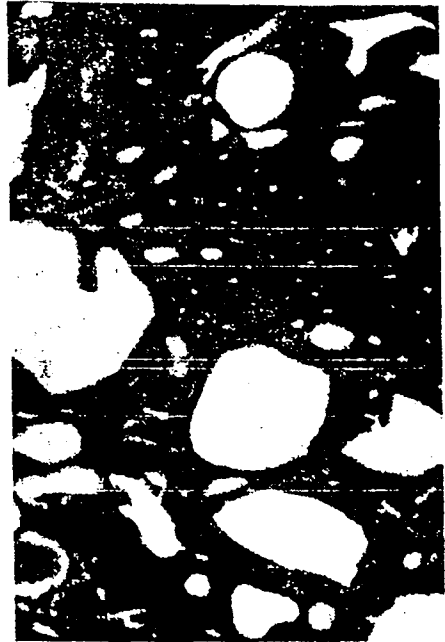
სტაციონარში ხორციელდება საშვილოსნოს (ენდომეტრიუმისა და საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის) გამოფხეკა. დიაგნოსტიკური გამოფხეკა შემდგომი ჰისტოლოგიური ანალიზით წარმოადგენს ენდომეტრიუმის პათოლოგიის განსაზღვრის ერთ-ერთ ყველაზე ზუსტ მეთოდს (სურ. 95).

საკვერცხის თანმხლები სიმსივნის გამოსარიცხად იყენებენ ბიკონტრასტულ პელვიგრაფიას, ლაპაროსკოპიას. საჭიროების შემთხვევაში სისხლში განსაზღვრავენ ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუთენინიზებელი ჰორმონების, ესტრადიოლისა და პროგესტერონის კონცენტრაციას.

პაციენტთა ასეთი კომპლექსური გამოკვლევა საშუალებას იძლევა, დადგინდეს ენდომეტრიუმში ცვლილებების სახე და დაიგეგმოს რაციონალური მკურნალობა.

მკურნალობა. ენდომეტრიუმის სხვადასხვაგვარი ჰიპერპლაზიური პროცესების მკურნალობის ყველაზე ეფექტური მეთოდია ჰორმონული მკურნალობა. რეპროდუქციულ ასაკში განსაკუთრებით ხშირად ნიშნავენ ციკლურ ჰორმონთერაპიას (ჰიპოესტროგენიის დროს), პროგესტერონს ან სუფთა გესტაგენებს ციკლის მეორე ნახევარში ან კომბინირებულ ესტროგენ-გესტაგენურ პრეპარატებს ციკლის მე-5-25 დღის ჩათვლით. პრემენოპაუზაში გამოიყენებენ ესტროგენ-გესტაგენურ პრეპარატებს ან 17-ოქსიპროგესტერონ-კაპრონატს, პოსტმენოპაუზაში — 17-ოქსიპროგესტერონ-კაპრონატს.

ჰორმონთერაპიის დანიშვნამდე აუცილებელია პაციენტის კლინიკური და ენდოკრინოლოგიური გამოკვლევა, ენდომეტრიუმის აუცილებელი ბიოფსიით.



სურ. 95. ენდომეტრიუმის ჯირკვლოვან-კისტოზური ჰიპერპლაზია.

ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატები მაინპიბირებელ ზეგავლენას ახდენენ ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხის სხვადასხვა ღონეზე. ამ პრეპარატების მოხსნის შემდეგ ხდება ამ სისტემის აქტივაცია (უკუცემის ფენომენი). გარდა ამისა, ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატები ადგილობრივ ზემოქმედებასაც ახდენენ სამიზნე ორგანოების უჯრედებზე, რითაც იწვევენ ენდომეტრიუმის ჯირკვლოვან რეგრესიას.

დაავადების რეციდივებისას ან ჩატარებული მკურნალობის უშედეგობისას, უპირველეს ყოვლისა, უნდა გამოირიცხოს საკვერცხეების ჰორმონულად აქტიური სიმსივნე.

ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესების მკურნალობაში ასევე მნიშვნელოვანი პრეპარატია 17-ოქსიპროგესტერონ-კაპრონატი. ეს პრეპარატი გამოხატულ მაინპიბირებელ ზეგავლენას ახდენს გონადოტროპული ჰორმონების გამოთქმაზე, ხოლო ადგილობრივი დამთრგუნველი – ენდომეტრიუმზე.

ენდომეტრიუმის ჯირკვლოვან-კისტოზური ჰიპერპლაზიითა და პოლიპოზით დაავადებულთა მკურნალობა. რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ორგანიზმის ესტროგენებით საკმარისი გაჯერების შემთხვევაში ციკლის მეორე ნახევარში ინიშნება პროგესტერონი 10 მგ კუნთში 6-8 დღის მანძილზე ან პრეგნინი 0,01 გ 3-ჯერ დღეში ენის ქვეშ 18 დღის მანძილზე. სრულდება მსგავსი 4-6 ციკლი.

ჰიპოესტროგენული სახის ანოვულაციის დროს ციკლის პირველ ნახევარში ინიშნავენ მიკროფოლინს (0,05 მგ) 14 დღის განმავლობაში, მე-14-15 დღიდან იყენებენ პროგესტერონს ან პრეგნინს 8 დღის განმავლობაში (სულ 4-6 ციკლი).

პროცესის რეციდივის დროს ხანგრძლივად ავადმყოფობის შემთხვევაში გამოიყენება ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატები ციკლის მე-5-25 დღის ჩათვლით 4-6 თვის მანძილზე.

პრე- და პოსტმენოპაუზაში ინიშნება ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატები (ანოვლარი, ნონ-ოვლარი და სხვ.) ყოველდღიურად 4-6 თვის განმავლობაში ან 17-ოქსიპროგესტერონ-კაპრონატი 250 მგ კუნთებში 2-ჯერ კვირაში 6 თვის განმავლობაში.

ენდომეტრიუმის პოლიპებით დაავადებულთა მკურნალობა. 45 წლამდე ასაკის პაციენტებს უნიშნავენ ესტროგენ-გესტაგენურ პრეპარატებს კონტრაცეპტული სქემით 9-12 თვის მანძილზე. 45 წელზე უფროსი ასაკის პაციენტებში და პოლიპის რეციდივისას გამოიყენება 12,5%-იან 17-ოქსიპროგესტერონ-კაპრონატი 2 მლ 2-ჯერ თვეში მენსტრუალური ციკლის მე-14 და მე-19 დღეს 9 თვის განმავლობაში.

ატოზური ჰიპერპლაზიის მკურნალობა. ამ ჯგუფის პაციენტთა მკურნალობა ხორციელდება ზოგადი მდგომარეობის, ასაკის, დაავადების კლინიკური მიმდინარეობის, თანხლები ექსტრაგენიტალური და გინეკოლოგიური დაავადებების გათვალისწინებით.

ენდომეტრიუმის კიბოსწინარე პროცესის მკურნალობა ხორციელდება ეტაპობრივად. პირველ ეტაპზე ყველა პაციენტი იღებს 17-ოქსიპროგესტერონ-კაპრონატს 6 თვის განმავლობაში, საკურსო დოზაა 24-28 გ. პირველ 2 თვეში 17-ოქსიპროგესტერონ-კაპრონატი შეჰყავთ კუნთში 500 მგ რაოდენობით 3-ჯერ კვირაში. დადებითი შედეგის დროს (კონტროლი – ციტოლოგიური გამოკვლევა) მკურნალობას 17-ოქსიპროგესტერონ-კაპრონატით აგრძელებენ 4

თვის განმავლობაში 500 მგ რაოდენობით 2-ჯერ კვირაში. თუ შედეგი 2 თვიანი მკურნალობის შემდეგ არ გამოჩნდა, ანორციელებენ ქირურგიულ მკურნალობას – საშვილოსნოს და დანამატების ამოკვეთას.

მკურნალობის მეორე ეტაპზე რეპროდუქციული ასაკის პაციენტები იღებენ ესტროგენ-გესტაგენურ პრეპარატებს ციკლური რეჟიმით 6 თვის მანძილზე. 41-49 წლის ასაკის პაციენტებს უნიშნავენ ესტროგენ-გესტაგენურ პრეპარატებს 6-8 თვის განმავლობაში უწყვეტი რეჟიმით. 50 წელზე უფროს ასაკში – ანდროგენებს: მეთილტესტოსტერონი 20 მგ ყოველდღიურად 2 თვის განმავლობაში. პოსტმენოპაუზის დროს ნიშნავენ ანდროგენებს: მეთილტესტოსტერონს 20 მგ ყოველდღიურად 2 თვის მანძილზე ან ტესტენატს 100 მგ კუნთში 2 კვირაში ერთხელ 2 თვის მანძილზე.

მკურნალობის მესამე ეტაპი მიმდინარეობს მხოლოდ რეპროდუქციული ასაკის ქალებში, ოვულაციის სტიმულაციის მიზნით იყენებენ კლომიფენს (კლოსტილბეგიტს) 50 მგ შინაგანი წესით მისაღებად მენსტრუალური ციკლის მე-5-10 დღის ჩათვლით 6 ციკლის განმავლობაში.

ჰორმონული მკურნალობის განმავლობაში ყველა პაციენტისთვის დასაშვებია კალიუმის იოდიდის ელექტროფორეზის გამოყენება (20-30 პროცედურა). იმავდროულად მიმდინარეობს თანმხლები ექსტრაგენიტალური და გინეკოლოგიური დაავადების მკურნალობა.

ყველა პაციენტი ენდომეტრიუმის ატიპიური ჰიპერპლაზიური პროცესებით უნდა იმყოფებოდეს დისპანსერულ აღრიცხვაზე; დაკვირვების ხანგრძლივობა შეადგენს სულ მცირე 5 წელს.

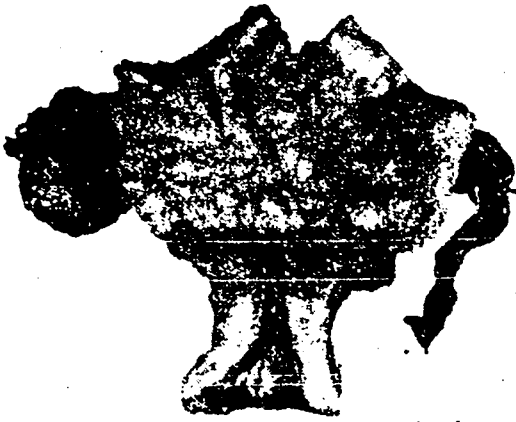
ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესების დროული მკურნალობა წარმოადგენს ენდომეტრიუმის კიბოს საიმედო პროფილაქტიკას.

პროგნოზი ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესების დროული მკურნალობისას საიმედოა.

ენდომეტრიუმის კიბო

ენდომეტრიუმის კიბო აღინიშნება უპირატესად 50-60 წლის ასაკში. გამოყოფენ ენდომეტრიუმის კიბოს ორ ძირითად პათოგენეზურ ვარიანტს. პირველი ვარიანტის დროს (პაციენტთა 60-70%) კიბოსწინარე დაავადებების ფონზე ჰიპერესტროგენული ანოვულაციური ციკლით, უშვილობით, სიმსუქნით, დიაბეტით, მაღალი არტერიული წნევის მქონე პაციენტებში ვითარდება მაღალდიფერენცირებული ჯირკვლოვანი კიბო, რომელიც ხშირად შერწყმულია მიომეტრიუმის ჰიპერპლაზიასთან, საკვერცხეების მაფემინიზებელ სიმსივნესა და სკლეროკისტოზური საკვერცხეების სინდრომთან. ამ პაციენტებს აღენიშნებათ მენოპაუზის გვიანი დადგომა (50 წლის შემდეგ).

მეორე ვარიანტის დროს (პაციენტთა 30-40%) არ აღინიშნება ენდოკრინული და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევები, ხდება ენდომეტრიუმის ატროფია საკვერცხეების ფიბროზთან ერთად, ვითარდება დაბალდიფერენცირებული ჯირკვლოვან-სოლიდური ან სოლიდური კიბო. ეს ვარიანტი, ძირითადად, ყალიბდება პოსტმენოპაუზაში. პროგნოზი უფრო ნაკლებად საიმედოა, ვიდრე პირველი ვარიანტის დროს.



სურ. 96. ენდომეტრიუმის კიბო (მიკროპრეპარატი).

ენდომეტრიუმის კიბოს უფრო ხშირად აქვს ეგზოფიტური სიმსივნის სახე (სურ. 96). ენდოფიტური და წყლულოვან-ინფილტრაციული ფორმები უფრო იშვიათად აღინიშნება. კიბო უპირატესად განლაგებულია საშვილოსნოს ფუძის არეში. სიმსივნის გავრცელებისას ზიანდება მიომეტრიუმი და საშვილოსნოს ყელი.

ენდომეტრიუმის კიბოს მეტასტაზირება, ძირითადად, ლიმფოგენური გზით ხდება, თეძოს გარეთა, თეძოს საერთო და აორტის ჯგუფის ლიმფური კვანძების და ზიანებით. საზარდუ-

ლისა და ლავიწზედა კვანძების და ზიანება აღინიშნება მხოლოდ შორსწასულ შემთხვევებში. საშვილოსნოს ყელის არხთან სიმსივნის უფრო ახლოს მდებარეობისას ზიანდება მცირე მენჯის კედლებთან და ფაშვის ღეროს არეში მდებარე ლიმფური კვანძები. ჰემატოგენური მეტასტაზირება (ფილტვები, ღვიძლი, ტვინი, ძვლები) შედარებით იშვიათად აღინიშნება.

ენდომეტრიუმის კიბოს კლასიფიკაცია. 1950 წელს შემუშავდა და პრაქტიკაში დაინერგა ენდომეტრიუმის კიბოს გავრცელების კლასიფიკაცია, რომელიც გულისხმობს ოთხ სტადიად დაყოფას პროცესის ანატომიური გავრცელების კლინიკურად განსაზღვრის მიხედვით.

I სტადია — სიმსივნე მხოლოდ ენდომეტრიუმის ფარგლებშია.

II სტადია — ა) სიმსივნე მიომეტრიუმში ინფილტრირებული; ბ) სიმსივნე ინფილტრირებულია პარამეტრალურ ფაშარ ქსოვილში ერთ ან ორივე მხარეს, მაგრამ ინფილტრაცია არ აღწევს მენჯის კედლებს; გ) სიმსივნე გავრცელებულია საშვილოსნოს ყელზე.

III სტადია — ა) სიმსივნე ინფილტრირებულია პარამეტრალურ ფაშარ ქსოვილში მენჯის კედლებამდე; ბ) სიმსივნე მეტასტაზებით მენჯის ლიმფურ კვანძებში, დანამატებში, საშოში; გ) სიმსივნე იზრდება პერიტონეუმში, მაგრამ არ ვრცელდება მეზობელ ორგანოებზე.

IV სტადია — ა) სიმსივნე იზრდება პერიტონეუმში და გადადის შარდის ბუშტზე, სწორ ნაწლავზე, ნაწლავებზე; ბ) სიმსივნეს აქვს შორეული მეტასტაზები.

1972 წლიდან გამოიყენება ენდომეტრიუმის კიბოს საერთაშორისო კლასიფიკაცია.

0 სტადია — ჰისტოლოგიური ნიშნები, რომლებიც ეკვს იწვევენ ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესის მალიგნიზაციაზე. ეს შემთხვევები არ შეიძლება ჩართული იყოს კლინიკურ კლასიფიკაციაში.

I სტადია — სიმსივნე შემოსაზღვრულია საშვილოსნოს სხეულით; საჭიროა განსაკუთრებით აღინიშნოს: ა) პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა და ასაკი; ბ) საშვილოსნოს ღრუს ზომები (მისი მომატება წარმოადგენს ცუდ პროგნოზულ ნიშანს); გ) სიმსივნის ჰისტოლოგიური ფორმა.

ენდომეტრიუმის კიბოს I სტადია იყოფა, რაც ეფუძნება ობიექტურ კრიტერიუმს — საშვილოსნოს ღრუს სიგრძეს: Ia სტადია, როცა საშვილოსნოს ღრუს სიგრძე არ აღემატება 8 სმ-ს, Ib სტადია — საშვილოსნოს ღრუს სიგრძე აღემატება 8 სმ-ს.

ენდომეტრიუმის კიბოს I სტადიაში განასხვავებენ შემდეგ ჰისტოლოგიურ ჯგუფებს:

1) მალალიფერენციურებული აღნოკარცინომა;

2) დიფერენციურებული აღნოკარცინომა სოლიდური შენების ზონებით;

3) სოლიდური შენების კარცინომის სტრუქტურის სიჭარბით ან მთლიანად არადიფერენცირებული კარცინომა.

II სტადია – სიმსივნე გავრცელებულია საშვილოსნოს სხეულსა და ყელზე. დიაგნოზი დგინდება იმბიოფსიური მასალის მორფოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე, რომელიც მიღებულია საშვილოსნოს ყელის არხის ან ღრუს გამოფხეკის გზით.

III სტადია – სიმსივნე ვრცელდება მენჯის პარამეტრალურ ფაშარ ქსოვილში ან ალინიშნება მეტასტაზები საშოში.

IV სტადია – პროცესი გავრცელებულია მენჯის ფარგლებს გარეთ, ჩაზრდილია შარდის ბუშტში, სწორ ნაწლავში და გვხვდება შორეული მეტასტაზები.

ეს კლასიფიკაცია სრულად ასახავს ენდომეტრიუმის კიბოს გავრცელების სხვადასხვა ხარისხს. ენდომეტრიუმის კიბოს კლასიფიკაცია TNM სისტემის მიხედვით:

T – პირველადი სიმსივნე;

Tis – პრეინვაზიური კარცინომა;

T₁ – საშვილოსნოს სხეულით შემოსაზღვრული კარცინომა.

I სტადია:

T_{1a} – საშვილოსნოს ღრუ არ არის გაზრდილი;

T_{1b} – საშვილოსნოს ღრუ გაზრდილია (ზონდით 8 სმ-ზე მეტი);

T₂ – გადასულია საშვილოსნოს ყელზე;

T₃ – გადასულია საშოს ქვედა მესამედსა და პარამეტრიუმზე;

T₄ – გადასულია სწორ ნაწლავზე, შარდის ბუშტზე ან გავრცელებულია მცირე მენჯის ფარგლებს გარეთ.

N – რეგიონული ლიმფური კვანძები

N_x⁻ – არ ისინჯება ჰისტოლოგიური გამოკვლევი

N_x⁻ – არ არის დაზიანებული

N_x⁺ – დაზიანებულია ლიმფოგრაფიით

N₀ – არა არის დაზიანებული

N₁ – დაზიანებულია

N₂ – ისინჯება გადიდებული ლიმფური კვანძები;

M – შორეული მეტასტაზები;

M₀ – არ არის აღმოჩენილი;

M₁ – აღმოჩენილია.

კლნიკა. შედარებით ადრეულ სიმპტომს წარმოადგენს თხევადი, თეთრად შლა (ლიმფორეა). ინფექციის თანდართვის შემთხვევაში იგი იძენს მურალ სუნს. ზოგჯერ გამონადენს წინ უსწრებს შეტევითი ტკივილები. შეიძლება გამოიყოფოდეს ერთდროულად დიდი რაოდენობით ჩირქოვანი გამონადენი (პიომეტრა) სისხლის მინარევით.

ენდომეტრიუმის კიბოს კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი სიმპტომია სისხლიანი გამონადენი პოსტმენსტრუალურ პერიოდში ან აციკლური სისხლდენა ახალგაზრდა ასაკში.

ტკივილი დაავადების გვიანი სიმპტომია. სიმსივნის პროცესის განვითარებასთან ერთად იგი იღებს მუდმივ ხასიათს. ტკივილი, ძირითადად, განპირობებულია პათოლოგიურ პროცესში საშვილოსნოს სეროზული გარსის, მეზობელი ორგანოების ჩათრევით ან ნერვული წნულების პარამეტრალური სიმსივნური ინფილტრატის შეწოლით.

დიაგნოსტიკა. ენდომეტრიუმის კიბოს დიაგნოსტიკა ეყრდნობა ანამნეზურ მონაცემებს, რექტოვაგინური და გამოკვლევის დამატებითი მეთოდების შედეგებს. საშვილოსნოს ყელის საშოს სარკეებით დათვალეირების შემდეგ იწყებენ რექტოვაგინურ გამოკვლევას, რომლის დროსაც აღგენენ საშვილოსნოს ზომას, მის მოძრაობას, დანამატების და პარამეტრიუმის მდგომარეობას (ინფილტრატები). ზოგჯერ საშვილოსნოს პალპაციის დროს საშვილოსნოს არხიდან აღინიშნება სისხლიანი გამოწინადენი, რაც ეჭვს ბადებს ენდომეტრიუმის კიბოს არსებობაზე. გამოკვლევის დამატებითი მეთოდები ხორციელდება გარკვეული თანმიმდევრობით: საშვილოსნოს ღრუს ასპირატის ციტოლოგიური გამოკვლევა, ჰისტეროსკოპია, ჰისტეროცერვიკოგრაფია, ბიოფსია, პნევმოპელვიგრაფია, ლიმფოგრაფია, არტერიოგრაფია.

საშვილოსნოს სხეულის ლორწოვანი გარსის ჩამონარეცხის ან ასპირატის ციტოლოგიური გამოკვლევა შემთხვევათა უმრავლესობაში საშუალებას იძლევა განისაზღვროს ატიპიური უჯრედები და დაისვას სწორი დიაგნოზი.

ჰისტეროსკოპიის საშუალებით შესაძლებელი ხდება საშვილოსნოს სხეულის პათოლოგიურად შეცვლილი ლორწოვანი გარსის გარეგნული სახის დადგენა და ყველაზე საეჭვო უბნიდან დამიზნებითი ბიოფსიის განხორციელება.

ჰისტეროცერვიკოგრაფია საშუალებას იძლევა დადგინდეს სიმსივნის ლოკალიზაცია. პნევმოპელვიგრაფიის იმავდროული განხორციელებით შესაძლებელი ხდება მიომეტრიუმში კიბოს ჩაზრდის სიღრმის და ზუსტება და საშვილოსნოს დანამატებში ცვლილებების გამოვლენა.

ენდომეტრიუმის კიბოს დიაგნოსტიკაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს საშვილოსნოს სხეულისა და ყელის არხის ლორწოვანი გარსის სრულ სადიაგნოსტიკო გამოფხეკას.

კიბოს გავრცელების ხარისხის დადგენის მიზნით იყენებენ ლიმფო- და არტერიოგრაფიას. ლიმფოგრაფიის საშუალებით ზუსტდება პროცესის გავრცელება ლიმფური ძარღვების მიხედვით. მაგრამ ყოველთვის არ შეიძლება კიბოს კუნთოვანი კედლის სიღრმესა და პარამეტრიუმში გავრცელების შესახებ მსჯელობა. ამიტომ არტერიოგრაფია არის გამოკვლევის დამატებითი მეთოდი, რომლის საშუალებითაც დგინდება კიბოს გავრცელების ხარისხი. პაციენტთა თანმიმდევრული კომპლექსური გამოკვლევა ენდომეტრიუმის კიბოს დროს საშუალებას იძლევა დავადგინოთ სიმსივნის ლოკალიზაცია, გავრცელება და დავგეგმოთ რაციონალური მკურნალობა.

მკურნალობა. საშვილოსნოს ტანის კიბოს მკურნალობის მეთოდები დამოკიდებულია პაციენტის ასაკზე, მდგომარეობაზე, სიმსივნის სახესა და პათოლოგიური პროცესის გავრცელების ხარისხზე. გამოიყენება მკურნალობის ქირურგიული, კომბინირებული, სხივური და ჰორმონული მეთოდები.

მკურნალობის ქირურგიული მეთოდები საჭიროა უპირატესად კეროვანი, ეგზოფიტური, მაღალდიფერენცირებული სიმსივნის საშვილოსნოს ფუძეში ლოკალიზაციის დროს, მის კედლებში ღრმა ინვაზიის გარეშე (I სტ-მდე). ასეთ შემთხვევაში აწარმოებენ საშვილოსნოს ამოკვეთას დანამატებთან ერთად.

ლორწოვანი გარსის სიმსივნური პროცესით ვრცელი დაზიანებისა და მის კუნთოვან შრეში ჩაზრდის დროს (I სტ-ზე უფრო ღრმად), ძირითადად, აწარმოებენ პანჰისტერექტომიას შემდგომი დისტანციური ორთქრობით (კომბინირებული მკურნალობა).

სიმსივნური პროცესის საშვილოსნოს ყელზე, საშოს ზედა მესამედსა და პარამეტრალურ ფაშარ ქსოვილზე გავრცელების (T2, T3) შემთხვევაში საჭიროა სხივური თერაპია. ამ დროს იყენებენ დისტანციურ γ -თერაპიასა და ღრუსშიდა დასხივების კომბინაციას.

ჰორმონთერაპია შეიძლება გამოვიყენოთ ქირურგიული ან სხივური მკურნალობის მიზანშეუწონლობისას. კუნთში შეყავთ 17-ოქსიპროგესტერონ-კაპრონატის 12,5% ხსნარი 4 მლ (500 მგ) ყოველდღიურად $1\frac{1}{2}$ -2 თვის განმავლობაში, შემდგომში დოზას ამცირებენ 500 მგ-მდე კვირაში. პრეპარატის შეყვანის ხანგრძლივობა ინდივიდუალურად განისაზღვრება. ხშირად გამოიყენება მკურნალობის ჰორმონული და ქირურგიული მეთოდების კომბინაცია. 17-ოქსიპროგესტერონ-კაპრონატის სიმსივნის საწინააღმდეგო ეფექტი დაკავშირებულია პირველად სიმსივნესა და მეტასტაზებზე მის უშუალო ზემოქმედებასთან.

ქირურგიული, კომპლექსური და შეთავსებითი მკურნალობის გამოყენება უზრუნველყოფს პაციენტთა 60%-ის 5 წლით სიცოცხლის გახანგრძლივებას. ენდომეტრიუმის კიბოს T₄ სტადიის დროს მკურნალობა სიმპტომურია.

პროფილაქტიკა. საშვილოსნოს ტანის კიბოს პროფილაქტიკაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესებით დაავადებულთა დროული გამოვლენა და შესაბამისი მკურნალობა. განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებენ პირები კიბოსწინარე დაავადებებისა და საშვილოსნოს ტანის კიბოს განვითარების მაღალი რისკით. მათ მიეკუთვნება პაციენტები სკლეროკისტოზური საკვერცხეების სინდრომით, ენდოკრინული გენეზის უშვილობით, მშობიარობის შემდგომი ნეიროენდოკრინული დარღვევებით, საშვილოსნოდან მორეციდივე აციკლური სისხლდენებით, მენოპაუზის გვიანი დადგომით.

საკვარცხევებისა და სავილონო მიღების სიმსივნეები

საკვარცხევების სიმსივნეები აღინიშნება ქალის ცხოვრების სხვადასხვა ასაკობრივ პერიოდში და შეადგენს ყველა გინეკოლოგიური დაავადებების 6-8%-ს. სიმსივნეების ერთ-ერთ თავისებურებას წარმოადგენს განვითარების ადრეულ ეტაპზე წაშლილი მიმდინარეობა და ავთვისებიანი პროცესის არსებობის დროს მიდრეკილება ადრეული მეტასტაზირებისკენ.

საკვარცხევების სიმსივნეების პათოგენეზი საკმარისად არ არის შესწავლილი. თანამედროვე შეხედულებების თანახმად, საკვარცხევების სიმსივნეების პათოგენეზში დიდი მნიშვნელობა აქვს ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვარცხევების სისტემის დარღვევებს. გარკვეული მნიშვნელობა აქვს უჯრედული და ჰუმორული იმუნიტეტის დარღვევებს. საკვარცხვის კეთილთვისებიანი სიმსივნის დროს აღინიშნება T უჯრედული იმუნიტეტის დათრგუნვა, ავთვისებიანის დროს – უჯრედული იმუნიტეტის დათრგუნვა და ცვლილებები იმუნიტეტის ჰუმორულ რგოლში.

საკვარცხევების სიმსივნეების მქონე ქალებს ხშირად აწუხებთ ხანგრძლივი უშვილობა, ჰორმონული დარღვევები, საშვილოსნოს დანამატების ქრონიკული ანთებითი პროცესები.

საკვარცხევების სიმსივნეების საერთაშორისო კლასიფიკაცია. არსებობს საკვარცხევების და საშვილოსნოს მიღების სიმსივნეების რამდენიმე კლასიფიკაცია.

I. კეთილური სიმსივნეები

ა. სეროზული სიმსივნეები:

1) კეთილთვისებიანი: ა) ცისტადენომა და პაპილარული ცისტადენომა; ბ) ზედაპირული პაპილომა; გ) ადენოფიბრომა და ცისტადენოფიბრომა.

2) მოსაზღვრე (ავთვისებიანობის პოტენციურად დაბალი დონე): ა) ცისტადენომა და პაპილარული ცისტადენომა; ბ) ზედაპირული პაპილომა; გ) ადენოფიბრომა და ცისტადენოფიბრომა.

3) ავთვისებიანი: ა) ადენოკარცინომა, პაპილარული ადენოკარცინომა და პაპილარული ცისტადენოკარცინომა; ბ) ზედაპირული პაპილარული კარცინომა; გ) ავთვისებიანი ადენოფიბრომა და ცისტადენოფიბრომა.

ბ. მუცნური სიმსივნეები:

1) კეთილთვისებიანი: ა) ცისტადენომა; ბ) ადენოფიბრომა და ცისტადენოფიბრომა.

2) მოსაზღვრე (ავთვისებიანობის პოტენციურად დაბალი დონე): ა) ცისტადენომა, ადენოფიბრომა და ცისტადენოფიბრომა.

3) ავთვისებიანი: ა) ადენოკარცინომა და ცისტადენოკარცინომა; ბ) ავთვისებიანი ადენოფიბრომა და ცისტადენოფიბრომა;

გ. ენდომეტრიოიდული სიმსივნეები:

1) კეთილთვისებიანი: ა) ადენომა და ცისტადენომა; ბ) ადენოფიბრომა და ცისტადენოფიბრომა.

2) მოსაზღვრე (ავთვისებიანობის პოტენციურად დაბალი დონე): ა) ადენომა და ცისტადენომა; ბ) ადენოფიბრომა და ცისტადენოფიბრომა.

3) ავთვისებიანი: ა) კარცინომა (ადენოკარცინომა, ადენოაკანთომა, ავთვისებიანი ადენოფიბრომა და ცისტადენოფიბრომა); ბ) ენდომეტრიული სტრომული სარკომა; გ) მეზოდერმული (მიულერის) შერეული სიმსივნეები.

დ. ნათელუჯრედოვანი (მეზონეფროიდული) სიმსივნეები:

- 1) კეთილთვისებიანი: აღნოფიბრომა.
- 2) მოსაზღვრე (ავთვისებიანობის პოტენციურად დაბალი ღონე).
- 3) ავთვისებიანი: კარცინომა და აღნოკარცინომა.

ე. ბრენერის სიმსივნეები:

- 1) კეთილთვისებიანი.
- 2) მოსაზღვრე (მოსაზღვრე ავთვისებიანობის).
- 3) ავთვისებიანი.

ვ. შერეული ეპითელური სიმსივნეები:

- 1) კეთილთვისებიანი.
- 2) მოსაზღვრე (მოსაზღვრე ავთვისებიანობის).
- 3) ავთვისებიანი.

ზ. არადიფერენცირებული კარცინომა.

თ. არაკლასიფიცირებადი ეპითელური სიმსივნეები.

II. სასქესო ზონრის სტრომის სიმსივნეები:

ა. მარცვლოვანსტრომულ-უჯრედოვანი სიმსივნეები:

- 1) მარცვლოვანუჯრედული სიმსივნე.
- 2) თეკო-ფიბრომების ჯგუფი: ა) ლიპომა; ბ) ფიბრომა; გ) არაკლასიფიცირებადი.

ბ. ანდრობლასტომები: სიმსივნე სერტოლისა და ლეიდიგის უჯრედებიდან.

- 1) მალადიფერენცირებული: ა) ტუბულური ანდრობლასტომა, სიმსივნე სერტოლის უჯრედებისგან; ბ) ტუბულური ანდრობლასტომა ლიპიდების დაგროვებით; გ) სიმსივნე სერტოლისა და ლეიდიგის უჯრედებისგან; დ) სიმსივნე ლეიდიგის უჯრედებისგან; ე) სიმსივნე ჰილუსური უჯრედებისგან.

2) შუამდებარე (გარდამავალი) დიფერენცირების სიმსივნეები.

3) დაბალი დიფერენცირების (სარკომული) სიმსივნეები.

4) სიმსივნეები ჰეტეროლოგიური ელემენტებით:

გ. ჰინანდრობლასტომა.

დ. სასქესო ზონრის სტრომის არაკლასიფიცირებული სიმსივნეები.

III. ლიბიდურ-უჯრედოვანი (ლიბიდურ-უჯრედოვანი) სიმსივნეები.

IV. გერმინოგენული სიმსივნეები.

ა. დისგერმინომა.

ბ. ენდოდერმული სინუსის სიმსივნე.

გ. ემბრიონული კარცინომა.

დ. პოლიემბრიომა.

ე. ქორიონეპითელიომა.

ვ. ტერატომა:

1) უმწიფარი.

2) მომწიფებული: ა) სოლიდური; ბ) კისტოზური (დერმოიდული კისტა, დერმოიდული კისტა მალიგნიზაციით).

3) მონოდერმული (მალალსპეციფიური): ა) საკვერცხის სტრუმა; ბ) კარცინოიდი; გ) საკვერცხის სტრუმა და კარცინოიდი.

ზ. შერეული გერმინოგენული სიმსივნეები.

V. გონადობლასტომა.

ა. წმინდა (სხვა ფორმების შერევის გარეშე).

ბ. შერეული დისგერმინომისა და გერმინოგენული სიმსივნის სხვა ფორმებთან.

VI. საკვერცხეებისთვის არასპეციფიკური რბილი ქსოვილების სიმსივნეები.

VII. არაკლასიფიცირებული სიმსივნეები.

VIII. მეორადი (მეტასტაზური) სიმსივნეები.

IX. სიმსივნისმაგვარი პროცესები.

- ა. ორსულობის ლუთეომა.
- ბ. საკვერცხის სტრომის ჰიპერპლაზია და ჰიპერთეკოზი.
- გ. საკვერცხის მასიური შეშუპება.
- დ. ერთეული ფოლიკულური და ყვითელი სხეულის კისტები.
- ე. მრავლობითი ფოლიკულური კისტები (პოლიკისტოზური საკვერცხეები).
- ვ. მრავლობითი ლუთეინიზებული ფოლიკულური კისტები და (ან) ყვითელი სხეულები.
- ზ. ენდომეტრიოზი.
- თ. ზედაპირული ეპითელიური ჩანართი-კისტები (გერმინული ჩანართი-კისტები).
- ი. მარტივი კისტები.
- კ. ანთებითი პროცესები.
- ლ. პაროვარიული კისტები.

ამ ჰისტოლოგიური კლასიფიკაციის საფუძველზე დევს სიმსივნის მიკროსკოპული თავისებურებანი. მაგრამ მასაც აქვს ნაკლოვანებები. კერძოდ, სიმსივნეებს მიკუთვნებულია საკვერცხის კისტები, ანთებითი პროცესები, ენდომეტრიოზი. ყველა ეს დაავადება არ წარმოადგენს სიმსივნეს და ამიტომ ამ წიგნში განხილულია შესაბამის თავში.

სიმსივნური პროცესის გავრცელების სტადიის დასადგენად გამოიყენება გინეკოლოგთა და მეანთა საერთაშორისო ორგანიზაციის კიბოს საწინააღმდეგო კონგრესის კლასიფიკაცია (1964).

I სტადია – სიმსივნე შემოფარგლულია საკვერცხეებით.

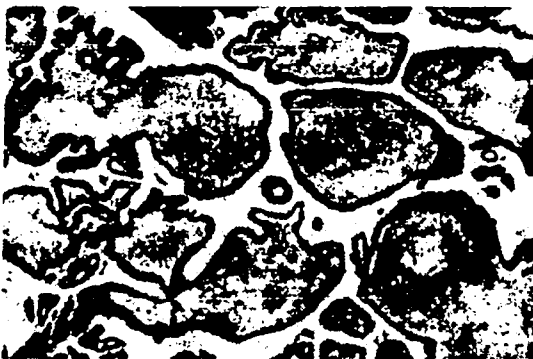
Ia სტადია – სიმსივნე შემოფარგლულია ერთი საკვერცხით, ასციტი არ აღინიშნება.

Ib სტადია – სიმსივნე ორივე საკვერცხეშია.

II სტადია – სიმსივნე აზიანებს ერთ ან ორივე საკვერცხეს მენჯის მიდამოზე გავრცელებით.

IIa სტადია – გავრცელება და (ან) მეტასტაზები საშვილოსნოში და (ან) საშვილოსნოს მილებში და (ან) მეორე საკვერცხეში.

IIb სტადია – მცირე მენჯის სხვა ქსოვილებზე გავრცელება.



სურ. 87. საკვერცხის ცილითეპითელიური კისტომის მიკროსკოპული სურათი.



სურ. 88. საკვერცხის ორმხრივი პაპილარული კისტომა (მიკროპრეპარატი).

III სტადია – სიმსივნე აზიანებს ერთ ან ორივე საკვერცხეს, აღინიშნება გავრცელებული მეტასტაზები.

IIIa სტადია – აბდომინალური გავრცელება და (ან) მეტასტაზების არსებობა.

IIIb სტადია – ცალკეული მეტასტაზები მუცლის ღრუს გარეთ (პერიტონეუმის საზღვრებს გარეთ).

IV სტადია – სიმსივნე, პროცესში ერთი ან ორივე საკვერცხის ჩართვით, შორეული მეტასტაზებით.

საკვერცხეების ავთვისებიანი სიმსივნეების კლასიფიკაციას TNM სისტემის მიხედვით საკვერცხის კიბოს შემთხვევაში ნაკლები პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს.

საკვერცხის კეთილთვისებიანი ეპითელიური სიმსივნეები

საკვერცხის ეპითელიური კეთილთვისებიანი სიმსივნეების ყველაზე დიდი ჯგუფია კისტომები. კისტომა არის საკვერცხის ჰემმარიტი სიმსივნე, რომლის განმასხვავებელი ნიშანია სწრაფი ზრდა.

საკვერცხის კისტომები იყოფა ორ დიდ ჯგუფად: სეროზული და მუცინური.

სეროზული კისტომები (ცილიოეპითელიური კისტომები). სეროზული კისტომების განმასხვავებელ თავისებურებას წარმოადგენს ამომტენი ეპითელიუმი. აგებულების მიხედვით სეროზული კისტომების ეპითელიუმი ჰგავს მილის ან საკვერცხის ზედაპირულ ეპითელიუმს. თითქმის ყოველთვის არის მოციმციმე ეპითელიუმის უჯრედები (სურ. 97). კისტომები უფრო ხშირად ცალმხრივი და ერთკამერიანია. მათი ზომა მერყეობს რამდენიმე სანტიმეტრიდან 30 სმ-მდე და მეტად. კისტომის შიგთავსი არის სეროზული სითხე.

სეკერნირებადი სეროზული კისტომა. უფრო ხშირად ვლინდება 45 წლის ასაკში. ზოგჯერ აღინიშნება ტკივილები მუცლის ქვედა ნაწილსა და წელის



სურ. 98. პაპილარული კისტომის მიკროსკოპიული სურათი.
ა) მრავალი ნათელი ბუმბუკისებური უჯრედი;
ბ) წამწამოვანი ეპითელიუმი.



სურ. 100. ფსევდომუცინური კისტომა (მიკროპრეპარატი).



სურ. 101. საკვერცხის ფსევდომუცინური კისტომა განაკვეთზე.

არეში. სიმსივნე პორმონული აქტივობით არ გამოირჩევა, მენსტრუალური ციკლი დარღვეული არ არის. სიმსივნის შედარებით დიდი ზომებისა და იოგებს შორის განლაგების შემთხვევაში ჩნდება დიზურული მოვლენები, ზოგჯერ ასციტი. სეროზული კისტომის შიგნითა ან გარეთა ზედაპირზე დვრილისებრი წანაზარდების აღმოჩენისას ამ სიმსივნეებს მიაკუთვნებენ პაპილარულ კისტომებს (სურ. 98 და 99). დვრილისებრი წარმონაქმნები შეიძლება ავსებდეს კისტომის მთელ ღრუს, ჩაიზარდოს მის კედლებში პერიტონეუმის მოთესვით, რაც ქმნის საკვერცხის პროგრესირებადი კიბოს სურათს.

პროლიფერირებადი სეროზული კისტომა უფრო ხშირად ვლინდება 48 წლის ასაკში. კისტომა, ძირითადად ორმხრივია და თან ახლავს ასციტი. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კლასიფიკაციით კისტომები მიეკუთვნება მოსაზღვრე ფორმას საკვერცხის კეთილთვისებიანსა და ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის. მიკროსკოპული გამოკვლევებით

ყურადღებას აქცევენ ეპითელიუმის პროლიფერაციის გამოხატულ ნიშნებს, რაც ვლინდება მრავალფაზიანობით. ეს კისტომები, ასევე, მიეკუთვნება საკვერცხის კიბოსწინარე დაავადებებს. პროლიფერირებადი სეროზული კისტომების ავთვისებიანი გადაგვარება აღინიშნება ყოველ მეორე პაციენტში.

მუცნური კისტომები (ფსევდომუცინური კისტომები). მუცნური კისტომა საკვერცხის ეპითელიური კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, რომელიც აღინიშნება სეროზულ კისტომაზე უფრო ხშირად. ამ სახის კისტომა ხასიათდება ამომფენი ეპითელიუმით, რომელიც ჰგავს ყელის არხის მაღალ ცილინდრულ ეპითელიუმს (სურ. 100-102). კისტომის ეს სახე აღინიშნება ქალის ცხოვრების ყველა ასაკობრივ პერიოდში, მაგრამ უპირატესად 50 წლის ასაკში.

ფსევდომუცინური კისტომა მრგვალი ან ოვალური ფორმის მრავალკამერიანი წარმონაქმნია, კვანძოვანი ზედაპირით (შეიღებული კისტოზური ღრუების გამოკვირვის შედეგად), ელასტიკური კონსისტენციის, ძირითადად, ცალმხრივი. ამ სიმსივნის ზრდა ხდება ევერტირებული (ცენტრიფუგური) ტიპით. ეს სიმსივნეები სწრაფად იზრდება და შეიძლება მიაღწიოს დიდ ზომებს. სიმსივნის ღრუში არის ბლანტი ლორწოსმაგვარი შიგთავსი (ფსევდომუცინი), რომლის შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს გლიკოპროტეიდები. პაციენტები ფსევდომუცინური კისტომით, როცა იგი დიდ ზომებს აღწევს, ძირითადად შეიგრძნობენ სიმძიმეს მუცლის ქვემო არეში. დანამატების არეში ბიმანუალური გამოკვლევით პოუ-

სურ. 102. მფარავი ეპიტელოუმი დიდი ზოდებოი.



ლობენ ელასტიკური კონსისტენციის, დიდი ზომების ოვალური ფორმის წარმონაქმნს. ასციტი იშვიათად ვითარდება.

პროლიფერირებადი ფსევდომუცინური კისტომა შეიძლება განიხილებოდეს, როგორც კიბოსწინარე პროცესი. სიმსივნე მრავალკამერიანია, მისი გარეთა ზედაპირი გლუვია, მაგრამ შიგნითას აქვს დვრილისებრი წანაზარდები. დაავადების კლინიკური მიმდინარეობა ამ სახის კისტომების დროს მცირედ განსხვავდება ჩვეულებრივი ფსევდომუცინური კისტომების გამოვლინებებისგან. ფსევდომუცინური კისტომების ავთვისებიანი გადაგვარება აღინიშნება ყოველ მესამე პაციენტში.

საკვერცხეების სიმსივნეს ახასიათებს მრავალი გართულება: სიმსივნის ფეხის შემოგრება, კაფსულის გახეთქვა, დაჩირქება, სიმსივნის შიგთავსის შარდის ბუშტში გახსნა. ყველაზე ხშირად ხდება კისტომის ფეხის შემოგრება მკვეთრი მოძრაობის, სიმძიმის აწვევისა და სხვათა შედეგად. ზოგჯერ ეს გართულება აღინიშნება გოგონებსა და ქალიშვილებში.

საკვერცხის ყოველ სიმსივნეს აქვს ფეხი. განასხვავებენ სიმსივნის ანატომიურ და ქირურგიულ ფეხს. ანატომიური ფეხი შედგება საკვერცხის საკიდი იოგის, საკუთარი იოგის, ფართო იოგის ნაწილისგან, რომელშიც გადიან საკვერცხისა და საშვილოსნოს არტერიები, ლიმფური ძარღვები და ნერვები. ქირურგიულ ფეხში შედის ანატომიური წარმონაქმნები, რომლებსაც ამოკვეთენ ოპერაციის დროს (ანატომიური ფეხი, საშვილოსნოს მილი, ზოგჯერ ბადექონი).

კლინიკური სურათი ძირითადად განპირობებულია სიმსივნის ფეხის ნაწილობრივი და სრული შემოგრებით. კისტომის ფეხის სრული შემოგრების დროს (180°-და მეტი) მკვეთრად ირღვევა სიმსივნის სისხლმომარაგება და კვება. კლინიკურად ეს ვლინდება მწვავე მუცლის სურათით: ძლიერი ტკივილი, გულისრევა, ღებინება, მომატებული ტემპერატურა, აჩქარებული პულსი, მუცლის წინა კედლის კუნთების დაჭიმულობა, შოტკინ-ბლუმბერგის დადებითი სიმპტომი. გინეკოლოგიური გამოკვლევის დროს დანამატების არეში ისინჯება სიმსივნე, რომელიც ძალიან მტკივნეულია მოძრაობისას. საკვერცხის სიმსივნის ფეხის სრული ან ნაწილობრივი შემოგრების დროს აუცილებელია სასწრაფო ქირურგიული მკურნალობა. ოპერაციის დაგვიანების შემთხვევაში შეიძლება

მოხდეს სიმსივნის ნეკროზი, მის კაფსულაში სისხლჩაქცევა, დაჩირქება ან ჩამოყალიბდეს პერიტონიტი.

სახიფათო გართულებას წარმოადგენს კისტომის კაფსულის გახეთქვა, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ტრავმის შედეგად, უხეში გინეკოლოგიური გამოკვლევისას და სხვ. სიმსივნის კაფსულის გახეთქვამ შეიძლება გამოიწვიოს მისი შიგთავსის გავრცელება პერიტონეუმზე და სხვა მრავალი საშიში გართულება.

საკვერცხის ფიბრომა

საკვერცხის ფიბრომა კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, რომელიც ვითარდება მისი სტრომისაგან. ფიბრომების სიხშირე საკვერცხის სხვა სიმსივნეებთან შედარებით დაახლოებით 7%-ს შეადგენს.

სიმსივნე მომრგვალებული ან ოვალური ფორმისაა, ცალმხრივი, მკვრივი, ზოგჯერ კალციუმის მარილებით ინკრუსტირებული, კვანძოვანი ან გლუვი ზედაპირით. სიმსივნე ზომებით შეიძლება იყოს მიკროსკოპულიდან მოზრდილი ადამიანის თავის ზომამდე. სიმსივნე არის თეთრი ფერის, ნეკროზული — მურა წითელი. სიმსივნეს აქვს ფეხი, რაც განაპირობებს მის შემოგრებას.

საკვერცხის ფიბრომა, ძირითადად, აღინიშნება 40-45 წლის ქალებში. სიმსივნეთა ამ ჯგუფისთვის დამახასიათებელია ასციტის განვითარება. ზოგჯერ საკვერცხის ფიბრომის დროს ასციტთან ერთად არის ჰიდროთორაქსი, ანემია (მეიქსის ტრიადა). ასციტისა და ჰიდროთორაქსის განვითარების მიზეზები უცნობია, მაგრამ ვარაუდობენ, რომ ასციტი ვითარდება საკვერცხის ფიბრომის ტრანსულატის გაჟონვის გამო, რადგან სიმსივნეს არ აქვს კაფსულა. ჰიდროთორაქსის ჩამოყალიბება, ალბათ, განპირობებულია ასციტური სითხის გაღწევით დიაფრაგმის უჯრედ შორის ნაპრალებში.

ზოგიერთ პაციენტს საკვერცხის ფიბრომისთან ერთად აღენიშნება საშვილოსნოს მიომა. დიაგნოზი, ძირითადად, ამოკვეთილი სიმსივნის მიკროსკოპული გამოკვლევის შემდეგ დგინდება.

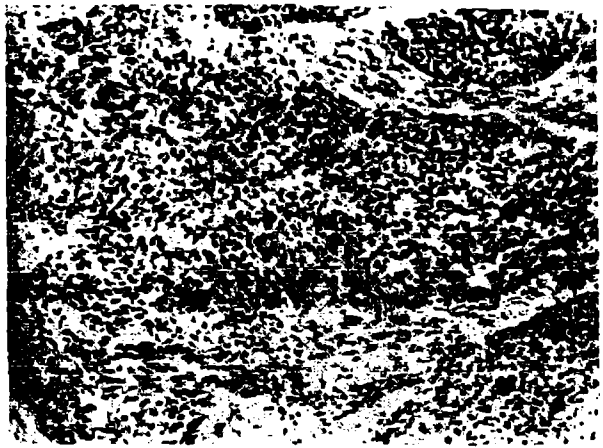
მკურნალობა ოპერაციულია (სიმსივნის ამოკვეთა). ქირურგიული ჩარევის შედეგად შედარებით სწრაფად ლაგდება ასციტი და ჰიდროთორაქსი.

სასქესო ზონრის სტრომის სიმსივნეები. ამ ჯგუფს მიეკუთვნება სასქესო ზონრის ან ემბრიონული გონადების მეზენქიმიდან განვითარებული უჯრედებისაგან შემდგარი სიმსივნეები. ისინი შეიცავენ მარცვლოვან უჯრედებს, თეკა უჯრედებს, სერტოლისა და ლეიდიგის უჯრედებს. სასქესო ზონრის სტრომის სიმსივნეების დროს აღინიშნება დამახასიათებელი კლინიკური სურათი საკვერცხეების სხვა სიმსივნეებთან შედარებით. ამ ჯგუფის პაციენტებს აღენიშნებათ სხვადასხვაგვარი ჰორმონული დარღვევები. საკვერცხის ჰორმონულად აქტიურ სიმსივნეებს მიეკუთვნებიან მარცვლოვანუჯრედული, თეკაუჯრედული სიმსივნეები, ანდრობლასტომები, ბრენერის სიმსივნე.

ჰორმონულად აქტიური სიმსივნეები საშუალოდ შეადგენენ საკვერცხეების ჰემარატი სიმსივნეების საერთო რაოდენობის 8,9%-ს. ჰორმონულად აქტიურ სიმსივნეებს შორის ყველაზე ხშირად ვლინდება თეკა- და მარცვლოვან-უჯრედული სიმსივნეები, იშვიათად ბრენერის სიმსივნე და ანდრობლასტომები.

მარცვლოვანუჯრედული სიმსივნე (ფოლიკულომა) ვითარდება ფოლიკულის მარცვლოვანი უჯრედებისაგან ან სასქესო ზონრის დიფერენცირებადი ნარჩე-

ნებისაგან (სურ. 103). სიმსივნე ჰორმონულად აქტიურია და გამოიმუშავებს ესტროგენებს. იგი ყვითელი ფერისაა, განაკვეთზე აქვს სოლიდური ან უჯრედოვანი აგებულება. სიმსივნის ზომები მერყეობს საკვერცხეში მიკროსკოპული ჩანარებიდან 40 სმ დიამეტრამდე.



სურ. 103. საკვერცხის მრავალუჯრედოვანი სიმსივნის მიკროსკოპული სურათი.

ენდომეტრიუმის მორფოლოგიური გამოკვლევისას ვლინდება ჰიპერპლაზიური პროცესები (პოლიპები, ჯირკვლოვან-კისტოზური ჰიპერპლაზია, ადენომატოზი).

ზოგჯერ საკვერცხეების მარცვლოვანუჯრედული სიმსივნეები ხელს უწყობენ ენდომეტრიუმის კიბოს განვითარებას.

მარცვლოვანუჯრედული სიმსივნეები შეიძლება იყოს, როგორც კეთილთვისებიანი, ისე ავთვისებიანი. მარცვლოვანუჯრედული სიმსივნეების ავთვისებიანი გადაგვარება აღენიშნება პაციენტთა 4-25%-ს. ავთვისებიანი მარცვლოვანუჯრედული სიმსივნე ორმხრივი, მკვრივი კონსისტენციის, კვანძოვანი ზედაპირის, მცირედ მოძრავი დიდი ზომის წარმონაქმნია (12 სმ-ზე მეტი დიამეტრის). მცირე მენჯში აღინიშნება შეხორცებითი პროცესები. ამ დროს ხშირად ვითარდება კაფსულის ჩაზრდა და მეზობელ ორგანოებზე გავრცელება. სიმსივნე მეტასტაზებს უფრო ხშირად ქმნის დიდ ბადექონში, საშვილოსნოში, საშვილოსნოს მილებში, შარდის ბუშტში, ღვიძლში.

ეს სიმსივნეები ვლინდება ქალის ცხოვრების ყველა პერიოდში, მაგრამ ყველაზე ხშირად 40-დან 60 წლის ასაკამდე.

კლინიკა. დაავადების გამოვლინებები დამოკიდებულია ჰიპერესტროგენიის ხარისხსა და ქალის ასაკზე. ძირითადად, აღინიშნება ტკივილი მუცლის ქვემო არეში, მისი მოცულობის გაზრდა. გოგონებს ამ სიმსივნეების დროს ზოგჯერ აღინიშნებათ ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება, საშვილოსნოს სისხლდენები, ადრე უყალიბდებათ მეორადი სასქესო ნიშნები: თმის გაჩენა ბოქვენსა და ილლიებში, სარძევე ჯირკვლების გადიდება, გარეთა სასქესო ორგანოები თავისი განვითარებით შეესაბამებიან უფრო დიდ ასაკს.

ახალგაზრდა ქალებში სიმსივნის განვითარებას თან ახლავს დროებითი ამენორეა, რომელიც იცვლება აციკლური სისხლდენებით.

მარცვლოვანუჯრედული სიმსივნის განვითარების დროს პოსტმენოპაუზაში ვლინდება საშვილოსნოს სისხლდენები. გინეკოლოგიური გამოკვლევის დროს ყურადღებას იქცევს გარეთა სასქესო ორგანოებში ატროფიული ცვლილებების არარსებობა, საშვილოსნოს ოდნავი გადიდება, დანამატების არეში აღინიშნება ცალმხრივი მკვრივ-ელასტიკური მოძრავი წარმონაქმნი.

დიაგნოსტიკა ემყარება ანამნეზის მონაცემებს, ავადმყოფობის კლინიკურ სურათსა და საკვერცხის სიმსივნის დადგენას. დიაგნოსტიკის უმთავრესი დამატებითი მეთოდია ლაპაროსკოპია, რომლის დროსაც კეთდება ბიოფსია. საბოლოო



სურ. 104. საკვერცხის თეკაუჯრედოვანი სიმსივნის მკეროსკოპული სურათი.

დიაგნოზი დგინდება ამოკვეთილი სიმსივნის პათომორფოლოგიური გამოკვლევით.

მკურნალობა. ახალგაზრდა ქალებში კეთილთვისებიანი პროცესის დროს დასაშვებია სიმსივნის ამოკვეთა პაციენტის შემდგომი აქტიური ზედამხედველობით. პრე-ან პოსტმენოპაუზაში მიზანშეწონილია საშვილოსნოსა და მისი დანამატების ამოკვეთა. ავთვისებიანი მარცვლოვან-უჯრედული სიმსივნის დროს, ძირითადად, აწარმოებენ საშვილოსნოსა და მისი დანამატების სრულ ამოკვეთასა და ბადექონის რეზექციას. ქიმიოთერაპიის (თიოფოსფამიდის) დანიშვნა უმჯობესია კიბოს მესამე და მეოთხე სტადიაში.

პროგნოზი უნდა გაკეთდეს დიდი სიფრთხილით შედარებით ხშირი ავთვისებიანი გადაგვარების გამო.

თეკომა (თეკაუჯრედული სიმსივნე) ვითარდება საკვერცხის თეკა-ქსოვილისგან

და მიეკუთვნება ესტროგენების მაპროდუცირებელ ნეოპლაზმებს. თეკომები შეადგენენ საკვერცხის ყველა სიმსივნის 3,8%-ს (სურ. 104).

კლინიკა. დაავადების მიმდინარეობა მცირედ განსხვავდება მარცვლოვან-უჯრედული სიმსივნის გამოვლინებებისაგან. თეკომები ვითარდება მოხუცებულ ასაკში (60 წელი და მეტი). სიმსივნეები ძირითადად ცალმხრივია. მათი ზომები მერყეობს მცირედან ახალშობილის თავის სიდიდემდე. სიმსივნე მომრგვალო ან ოვალური ფორმისაა, მკვრივი კონსისტენციის.

ამ სიმსივნეებისთვის დამახასიათებელია ასციტი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს დაავადების, როგორც კეთილთვისებიანი, ისე ავთვისებიანი ფორმის დროს.

თეკომის ავთვისებიანი მიმდინარეობა უფრო ხშირად აღინიშნება ახალგაზრდა ასაკში.

დიაგნოსტიკა. ოპერაციის დროს სასწრაფო მორფოლოგიური გამოკვლევა საშუალებას გვაძლევს, სწორად განისაზღვროს სიმსივნის სახე პაციენტთა უმრავლესობაში და გადაწყდეს საკითხი ოპერაციის მოცულობის შესახებ.

მკურნალობა. თეკაუჯრედული სიმსივნის კეთილთვისებიანი მიმდინარეობის დროს დაზიანების მზარეს ამოკვეთენ დანამატებს. ავთვისებიანი თეკაუჯრედული სიმსივნის დროს ხორციელდება საშვილოსნოსა და მისი დანამატების სრული ამოკვეთა, ზოგიერთ პაციენტში ოპერაციის შემდგომ პერიოდში სხივური მკურნალობის ჩატარება მნიშვნელოვნად ამცირებს რეციდივების რიცხვს.

ავთვისებიანი თეკაბლასტომა გამოირჩევა სწრაფი ზრდითა და ადრეული გამოხატული ლიმფოგენური და ჰემეტოგენური მეტასტაზირებით.

პროგნოზი პროცესის კეთილთვისებიანი მიმდინარეობის დროს საიმედოა, ავთვისებიანის დროს კი — საეჭვო.

ანდრობლასტომა (ადენობლასტომა) ვითარდება პოტენციურად მამაკაცური განვითარების მიმართულების სასქესო ჯირკვლების ჩანასახისაგან, აქვს მასკულინიზებადი თვისებები (სურ. 105). მასკულინიზებადი სიმსივნეები საკვერცხის ყველა სიმსივნის 0,4%-ს შეადგენენ.

მიღებულია სიმსივნის არადიფერენცირებული, დიფერენცირებული და გარდამავალი ტიპების განსხვავება. არადიფერენცირებული ტიპის სიმსივნისათვის დამახასიათებელია დიდი რაოდენობით ლეიდიგის უჯრედების არსებობა, რაც განაპირობებს ძლიერ მავირილიზებელ ეფექტს. დიფერენცირებული ტიპის სიმსივნეებში ჭარბობს მილაკოვანი წარმონაქმნები, რომლის უჯრედები სერტოლის უჯრედებს წააგავს. სიმსივნის ეს სახე ძალზე იშვიათია. გარდამავალი ტიპის სიმსივნეს აქვს შერეული შენება.



სურ. 105. საკვერცხის ანდრობლასტომის მიკროსკოპული სურათი.

კლინიკა. მასკულინიზებადი სიმსივნეები ნებისმიერ ასაკში აღინიშნება, მაგრამ ყველაზე ხშირად 20-30 და 50-70 წლის ასაკში. მასკულინიზებადი სიმსივნის კლინიკურ მიმდინარეობაში შეიძლება გამოვყოს დეფემინიზაციის პერიოდი ვირილიზაციის მოვლენების შემდგომი განვითარებით.

რეპროდუქციული ასაკის ქალებში მენსტრუაცია ხდება იშვიათი, მცირე, ზოგჯერ შეიძლება გადავიდეს ამენორეაში. ერთდროულად ვითარდება სარძევე ჯირკვლებისა და საშვილოსნოს ატროფია, უნაყოფობა, ტანის აღნაგობა მამაკაცური ხდება, აღინიშნება თმისა და სხეულის, მკერდზე, კიდურებზე, სახის კანზე ჩნდება აქნე, იცვლება ხმის ტემბრი, იგი ხდება უხეში. ვითარდება სავნებოს ჰიპერტროფია, მამაკაცური გამელოტება, ქვეითდება ან ქრება სქესობრივი ლტოლვა. ყველა ეს ნიშანი ვითარდება რამდენიმე წელიწადში, იშვიათად უფრო სწრაფად, რამდენიმე თვეში. დეფემინიზაციის მოვლენები განპირობებულია ანდროგენების (ტესტოსტერონის) ჭარბი წარმოქმნით, რომელიც თრეუნავს ჰიპოფიზის ფოლიკულმასტიმულირებელ ფუნქციას, რის გამოც ქვეითდება ესტროგენების დონე და იქმნება პირობები მასკულინიზაციისთვის.

გინეკოლოგიური გამოკვლევით ისინჯება მკვრივი ცალმხრივი მომრგვალო ან ოვალური ფორმის წარმონაქმნი მიკროსკოპულიდან 30 სმ დიამეტრის ზომამდე. განაკვეთზე სიმსივნე ყვითელი ფერისაა, სხვადასხვა ელფერი.

ანდრობლასტომა კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, მაგრამ შემთხვევათა 20-25%-ში ხდება მისი ავთვისებიანი გადაგვარება, უფრო ხშირად არადიფერენცირებადი ტიპის წარმონაქმნისა და საკვერცხეების ორმხრივი დაზიანების დროს.

დიაგნოსტიკა ემყარება ქალური ნაკვთების გაჭრობას (დეფემინიზაცია) და მამაკაცური ნაკვთების გაჩენას (მასკულინიზაცია). საშვილოსნოს დანამატების

არეში ისინჯება ცალმხრივი სიმსივნისმაგვარი მოძრავი მკვრივი კონსისტენციის წარმონაქმნი. მნიშვნელოვან სადიაგნოსტიკო მეთოდს წარმოადგენს ლაპაროსკოპია, რომლის საშუალებითაც კეთდება ბიოფსია საკვერცხეების ყველაზე მეტად შეცვლილი უბნიდან.

ამჟამად, სიმსივნური პროცესების დიაგნოსტიკაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება ულტრაბგერით გამოკვლევას. ენდომეტრიუმის ანათხევის მორფოლოგიური გამოკვლევის დროს ხშირად აღინიშნება ატროფია, ხოლო ზოგჯერ — ლორწოვანი გარსის ჰიპერპლაზია.

მეურნალობა. ახალგაზრდა ასაკში სიმსივნეს ამოკვეთენ. ქალებში პრე- და პოსტმენოპაუზაში, ძირითადად, ახორციელებენ პანჰისტექტომიას. ავთვისებიან პროცესზე ექვის შემთხვევაში, პანჰისტექტომიას ემატება დიდი ბადექონის რეზექცია. სიმსივნის ამოღების შემდეგ ქალის ორგანიზმის დარღვეული სპეციფიური ფუნქციის აღდგენა იმავე თანმიმდევრობით ხდება, როგორც განვითარდა დაავადების სიმპტომები, თუმცა ხმის დაბოხება, კლიტორის გადიდება და პირსუტიზმი შეიძლება მთელი სიცოცხლის მანძილზე დარჩეს.

პროგნოზი შემთხვევათა უმრავლესობაში საიმედოა.

გერმინოგენური სიმსივნეები

ამ სიმსივნეებს მიეკუთვნება ტერატომები (უმწიფარი და მწიფე ფორმები), დისგერმინომა, ქორიონეპითელიომა და სიმსივნეების ზოგიერთი სხვა იშვიათი ფორმები.

საკვერცხეების ტერატომები. საკვერცხის დერმოიდული კისტა ეკუთვნის მომწიფებულ ტერატომებს და ვლინდება საკვერცხის სიმსივნეებით დაავადებულთა 8%-ში. დერმოიდული კისტების ეტიოლოგია და პათოგენეზი ღრუბლულად უცნობია.

კლინიკა. სიმსივნე ყველაზე ხშირად აღინიშნება 20-40 წლის ასაკში. პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა იშვიათად ირღვევა. ზოგჯერ აღინიშნება ტკივილი ან სიმძიმის შეგრძნება მუცლის ქვედა ნაწილში, რომლებიც ჩნდება სიმსივნის დიდი ზომების დროს.

დერმოიდული კისტა ცალმხრივი, იშვიათად ორმხრივი წარმონაქმნია, ნაცრისფერ-მოთეთრო ფერის გლუვი ზედაპირით, გრძელი ფენის გამო აქვს მოძრაობის დიდი უნარი, რაც ხელშემწყობ პირობებს ქმნის მისი შემოგარენისათვის.

კისტა ნელა იზრდება და იშვიათად არ აღწევს დიდ ზომებს. პალპაციით ისინჯება ელასტიკური კონსისტენციის უბნები, რომლებიც ენაცვლებიან უფრო მკვრივ უბნებს. კისტა ხშირად განლაგებულია წინა თალში. განაკვეთზე დერმოიდული კისტა წარმოადგენს თხელკედლიან წარმონაქმნს, რომელიც შეიცავს ქონს, თმებს, თვალების ჩანასახს. შიგნითა ზედაპირი გლუვია, ერთ-ერთ უბანში არის წანაზარდი — პარენქიმული ბორცვი, რომელშიც ხშირად პოულობენ მომწიფებულ ქსოვილებსა და რუდიმენტულ ორგანოებს (კბილები, ძვლები და სხვ.).

მიკროსკოპულად დერმოიდული კისტის კედელი შედგება მკვრივი, ალაგ-ალაგ ჰიალინიზებული შემაერთებული ქსოვილისაგან. კისტის შიგნითა ზედაპირს არ აქვს ეპითელიუმი ან ამოფენილია ცილინდრული ერთშრიანი მოციმციმე ეპითელიუმით. თავის ბორცვი დაფარულია კანით, თმებითა და ცხიმოვანი ჭირკვე-

ლებით. კანქვეშ არის ცხიმოვანი და მკვრივი შემადგენელი ქსოვილის შრეები სხვადასხვა ჩანართებით.

უმწიფარი ტერატომა ხასიათდება უფრო დაბალი დიფერენციაციის ნაწილაკებით, ვიდრე მომწიფებულნი. ისინი წარმოადგენენ გარდამავალ სტადიას ტერატობლასტომებისაკენ. სიმსივნის ეს ფორმა უფრო ხშირად განიცდის ავთვისებიან გადაგვარებას.

დიაგნოსტიკა. საშვილოსნოს წინმდებარე საკვერცხის მოძრავი კისტის აღმოჩენა, ძირითადად გვაფიქრებინებს დერმოიდული კისტის არსებობაზე. დიაგნოზი ოპერაციის დროს დასტურდება.

მკურნალობა ქირურგიულია. პაციენტის ახალგაზრდა ასაკი, დერმოიდული კისტის იშვიათი რეციდივები და, ზოგჯერ, ავთვისებიანი გადაგვარება საშუალებას იძლევა, გაკეთდეს საკვერცხის რეზექცია მიკროსკოპულად შეუცვლელი ქსოვილის მაქსიმალურად შენარჩუნებით.

პროგნოზი საიმედოა. ავთვისებიანი გადაგვარება აღენიშნება პაციენტთა 0,4-1,7%-ს.

საკვერცხის ტერატობლასტომა ვითარდება ბავშვთა და მოზრდილთა ასაკში, შეადგენს საკვერცხის ავთვისებიან სიმსივნეთა 2-2,5%-ს. ტერატობლასტომები მდიდარია სისხლძარღვებით, რის გამოც ხშირად აღინიშნება სისხლჩაქცევები კაფსულის ქვეშ და სიმსივნის სიღრმეში.

კლინიკა. ტერატობლასტომები ხშირად ვლინდება ასთენიური აღნაგობის გოგონებში. პაციენტები არაფერს უჩვიან. დაავადების ძირითადი ნიშანია მცირე მენჯში სიმსივნისმაგვარი მოძრავი წარმონაქმნების არსებობა. ზოგჯერ ხდება სიმსივნის ფეხზე შემოგრება; შესაძლოა მონდეს კაფსულის გასკდომა. ტერატობლასტომას აქვს მკვრივი, არათანაბარი კონსისტენცია, კვანძოვანი ზედაპირი. ასციტი ვითარდება დაავადების შორსწასულ სტადიაში.

ტერატობლასტომის მეტასტაზირება ხდება მალე და ძირითადად ჰემატოგენური გზით.

მკურნალობა ოპერაციულია — საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაცია დანამატებთან ერთად, დიდი ბადექონის რეზექცია.

პროგნოზი საიმედო არაა.

დისპერმინომა არის ავთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც ვითარდება არადიფერენცირებადი გონადების ნაწილებიდან, რომლებიც საკვერცხის კარში შენარჩუნდა ემბრიონული განვითარების პერიოდიდან. საკვერცხის დისგერმინომა ზოგჯერ წარმოადგენს მოუმწიფებელი ტერატომის შემადგენელ ნაწილს, რომლებსაც თან ახლავს ქორიონეპითელიომისა და ტერატობლასტომის სხვა ავთვისებიანი ელემენტები. სიმსივნეს ჰორმონული აქტივობა არ აქვს. დისგერმინომები შეადგენენ საკვერცხის სიმსივნეების დაახლოებით 1%-ს.



სურ. 116. საკვერცხის კბო მეტასტაზებით დიდ ბადექონში (მაკროპრეპარატი).

კლინიკა. სიმსივნე ვლინდება ახალგაზრდა, 30 წლამდე ასაკის ქალებში, უპირატესად ინფანტილური აღნაგობის მქონე პირებში. პაციენტთა უმრავლესობას აღნიშნებათ მცირე, იშვიათი მენსტრუაციები.

საშოსმხრივი გასინჯვის დროს ისინჯება ცალმხრივი მოძრავი მკერდივ კონსისტენციის სიმსივნე, კვანძოვანი ზედაპირით. დისგერმინომა სწრაფად იზრდება და მეტასტაზებს იძლევა ლიმფური გზებით გულმკერდის ღრუს ორგანოებში, შუასაყარში და სხვ.

დიაგნოსტიკა. დისგერმინომის ამოცნობა რთულია. დაავადების კლინიკურ ნიშნებთან ერთად (ინფანტილიზმის ნიშნები) დიაგნოზის დასმის დროს უნდა გავითვალისწინოთ პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის უჯრედებში სასქესო ქრომატინის არსებობა. თუ ეს უჯრედები 20%-ზე ნაკლებია საკვერცხის სიმსივნე შეიძლება არ იყოს დისგერმინომა. ძირითადად, დიაგნოზი ისმება ამოკვეთილი პრეპარატის მორფოლოგიური გამოკვლევის შემდეგ. ამოკვეთილი სიმსივნის მიკროსკოპული გამოკვლევის დროს პოულობენ მომრგვალო ან პოლიგონალური ფორმის მსხვილ უჯრედებს, ზომიერად ჰიპერქრომული ბირთვებითა და ქაფიანი ნათელი პროტოპლაზმით.

მეურნალობა ქირურგიულია, შემდგომი სხივური მკურნალობით. ახალგაზრდა ქალებში, ცალმხრივი სიმსივნისას (დაზიანებული საკვერცხის ფარგლებს გარეთ გავრცელების გარეშე) შეიძლება შემოვიფარგლოთ სიმსივნის ამოკვეთით. სიმსივნის ერთი საკვერცხის ფარგლებს გარეთ გავრცელების დროს მიზანშეწონილია საშვილოსნოს ამოკვეთა დანამატებთან ერთად შემდგომი რენტგენოთერაპიით. როგორც პირველადი სიმსივნე, ასევე მისი მეტასტაზები კარგად ემორჩილებიან დასხივებას.

პროგნოზი საიმედო არაა.

საკვერცხეების კიბო

ქალის სასქესო ორგანოების ავთვისებიან სიმსივნეთა შორის საკვერცხეების კიბოს მეორე ადგილი უკავია საშვილოსნოს კიბოს შემდეგ და წარმოადგენს სასქესო ორგანოთა ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულთა სიკვდილის ყველაზე ხშირ მიზეზს. ყველაზე ხშირად საკვერცხის კიბო აღინიშნება 40-60 წლის ასაკში. განასხვავებენ საკვერცხის პირველად, მეორად და მეტასტაზურ კიბოს.

საკვერცხის პირველადი კიბო აღინიშნება საკვერცხეების კიბოს 5%-ში და ხასიათდება იმით, რომ სიმსივნე თავიდანვე ავთვისებიანია. ძირითადად უვითარდებათ 60 წელზე უფროსი ასაკის ქალებს. ზოგჯერ საკვერცხის კიბოს წინ უსწრებს საშვილოსნოს დანამატების ანთებითი პროცესები, საკვერცხეების დისფუნქცია. მიკროსკოპული აგებულებით საკვერცხის პირველადი კიბო შეიძლება იყოს სოლიდური ან ჯირკვლოვან-სოლიდური.

კლინიკა. საკვერცხის კიბოს ყველაზე ხშირ სიმპტომს წარმოადგენს ტკივილები მუცელში, ზურგში. ასციტის დროს, რომელიც ადრევე ჩნდება, შეიმჩნევა მუცლის ზომების მატება. შორსწასულ შემთხვევებში აღინიშნება დეფეკაციისა და მოშარდვის აქტის მოშლა. საკვერცხის პირველადი კიბო სწრაფად აზიანებს ორივე საკვერცხეს. სიმსივნის ზომა შეიძლება სხვადასხვა იყოს. გვიან სტადიებ-

ზე სიმსივნე დიდ ზომებს აღწევს, უმოძრაო ხდება მეზობელ ორგანოებში ჩაზრდის გამო. სიმსივნის კონსისტენცია არაერთგვაროვანია. განსაკუთრებით ხშირად სიმსივნე მეტასტაზებს იძლევა ბადექონში.

საკვერცხეების მეორადი კიბო წარმოადგენს მალიგნიზებულ კისტომას (კიბო კისტომაში). საკვერცხის სხვა კიბოსთან შედარებით ვლინდება უფრო ხშირად (10-15%). ყველაზე ხშირად ავთვისებიანი გადაგვარება ხდება პაპილარულ კისტომებში. დაავადების საწყის სტადიებზე სიმსივნე არაფრით განსხვავდება კისტომისაგან, მაგრამ პროცესი სწრაფად გადადის მეორე საკვერცხეზე. ამ დროს ჩნდება ორმხრივი სიმსივნისმაგვარი, ზოგჯერ დიდი ზომის წარმონაქმნი, რომელიც შეზღუდულია ერთმანეთთან, საშვილოსნოსა და მეზობელ ორგანოებთან. ამ წარმონაქმნის პალპაცია მტკივნეულია. დამახასიათებელია ასციტი.

ლიაგნოსტიკა. კისტომის ავთვისებიან გადაგვარებაზე შეიძლება ვიფიქროთ სიმსივნის სწრაფი ზრდის, ასციტის არსებობისა და საკვერცხეების ორმხრივი და ზიანების საფუძველზე.

მნიშვნელოვანია საშოსმხრივი და რექტოვაგინური გამოკვლევები, რომელთა დროსაც საშვილოსნოს უკან და საშვილოსნო-სწორი ნაწლავის სივრცეში ვლინდება ხორკლიანი სიმსივნე, დამახასიათებელი წვეტიანი წანაზარდებით (კიბოს ინფილტრატები ყელისუკანა ქსოვილში). ასევე, ყურადღება უნდა მიექცეს სიმსივნის ძლიერ მტკივნეულობას პალპაციის დროს. თითქმის, მუდმივად აღინიშნება მუცლის წინა კედლის დაცვითი რეფლექსური რეაქცია ბიმანუალური გამოკვლევის ჩატარების შემთხვევაში.

საკვერცხის კიბოზე საექვო ყველა პაციენტში ხორციელდება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, გულმკერდის ყაფაზის, სარძევე ჯირკვლების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა საკვერცხის მეორადი (მეტასტაზური) კიბოს გამორიცხვის მიზნით. კიბოს მეტასტაზური ფორმის დროს კუჭის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა საშუალებას იძლევა გამოვავლინოთ პირველადი სიმსივნე.

ირიგოსკოპია შეიძლება გამოვიყენოთ ნაწლავების სიმსივნური და ზიანების გამორიცხვისა და საკვერცხის კიბოს დროს პათოლოგიურ პროცესში კუჭ-ნაწლავის ჩათრევის შესაძლებლობის განხილვის მიზნით.

სიმსივნური კვანძების დაბალი მდებარეობის დროს სწორი ნაწლავის პირველადი და ზიანების ან მასში ჩაზრდის გამოსარიცხად საჭიროა რექტორომანოსკოპია.

საკვერცხეების სიმსივნის ლიაგნოსტიკაში მნიშვნელოვანია მუცლის ღრუს შიგთავსის ციტოლოგიური გამოკვლევა. მუცლის ღრუს შიგთავსს იღებენ საშოს უკანა თალიდან მუცლის ღრუს პუნქციით ან ლაპაროსკოპიის დროს.

ასევე მნიშვნელოვანია მცირე მენჯის მიმხილვითი რენტგენოგრაფია (მუცლის ღრუში სითხის აღმოსაჩენად).

ლიაგნოსტიკური მიზნით ზოგჯერ იყენებენ პნევმოპელვიგრაფიას. საკვერცხეების ჩრდილის გაზრდა ერთი ან ორივე მხრიდან საშვილოსნოს ტანის უცვლელი ჩრდილის ფონზე, ამ ჩრდილებს შორის აირის შრის არსებობა მიუთითებს საკვერცხეების სიმსივნეზე.

მცირე მენჯის სიმსივნის ლოკალიზაციის დადგენის მიზნით იყენებენ საშვილოსნოსმხრივ ფლებოგრაფიას. საკვერცხის სიმსივნის არსებობის შემთხვევაში ფლებოგრაფიაზე მოჩანს საკვერცხის ვენების რკალები, რომლებიც შეიძლება

ლატერალურად იყოს გადანაცვლებული. კოლატერალური სისხლის მიმოქცევის განვითარება შეიძლება აღმოვაჩინოთ ქვედა ღრუ ვენის სისტემაში გადინების გაძვლებიდან, პარაპორტული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების შედეგად.

ლიმფოგრაფიული მეთოდი შეიძლება გამოყენებულ იქნას კიბოს გავრცელების ხარისხის დადგენისათვის. ლიმფოგრამაზე დგინდება ლიმფური კვანძების გადიდება და ავსების დეფექტები.

საექვო შემთხვევებში საჭირო ხდება დიაგნოსტიკური ლაპაროსკოპია. ოპერაციული ჩარევის წინ ლაპაროსკოპიის განხორციელება საშუალებას იძლევა, დაზუსტდეს სიმსივნური პროცესის გავრცელების ხარისხი, დათვალიერდეს ბადექონი და ღვიძლი, მივიღოთ მასალა ჰისტოლოგიური გამოკვლევისათვის, რაც შესაძლებელს ხდის გადაწყდეს საკითხი მკურნალობის პირველი ეტაპის სახეზე.

საკვერცხის კიბოს ადრეული გამოვლენის მიზნით ქალთა კონსულტაციის პირობებში გამოყოფენ ქალების ჯგუფს ამ დაავადების განვითარების მაღალი რისკით. მათ მიეკუთვნებიან ქალები დამძიმებული ონკოლოგიური მექვიდრობით; ქალები, რომელთაც წარსულში ჩაუტარდათ მკურნალობა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, სარძევე ჯირკვლის სიმსივნეთა გამო; რომელთაც გადატანილი აქვთ ოპერაცია საკვერცხეზე და, აგრეთვე, ქალები ტუბოოვარიული და ანთებითი წარმონაქმნებით, საკვერცხის კეთილთვისებიანი სიმსივნით.

საკვერცხის მეტასტაზური კიბო შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერი ფორმის სიმსივნის დროს, მაგრამ უფრო ხშირად მეტასტაზები საკვერცხეში აღინიშნება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის (კრუკენბერგის სიმსივნე), სარძევე ჯირკვლის, ფილტვის კიბოს დროს. საკვერცხის მეტასტაზური კიბო შეადგენს საკვერცხის სიმსივნეთა 10-30%-ს სიმსივნე მკვრივი, ზოგჯერ ხრტილისებრი კონსისტენციისაა, კვანძოვანი ზედაპირით. განაკვეთზე აქვს ტენიისმაგვარი სახე დიდი რაოდენობით ღრუებით, ძველი და ახალი სისხლჩაქცევებით. მიკროსკოპული გამოკვლევით აღინიშნება ლორწოთი საუსე მსხვილი მრგვალი უჯრედების არსებობა, ნახევარმთვარისებრი ფორმის ბირთვით, რომელიც გადაწყულია პერიფერიისაკენ. აგრეთვე, სტრომის ქარბად ზრდა (სკირი).

კლინიკა. საკვერცხის მეტასტაზური კიბოს გამოვლინებები ატიპიურია. ძირითადად, ზიანდება ორივე საკვერცხე.

მკურნალობა. საკვერცხეების კიბოს დროს იყენებენ მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდებს: ქირურგიულს, ქიმიოთერაპიულს (პორმონთერაპიის ჩათვლით), სხივურსა და სიმპტომურს. ზოგჯერ აწარმოებენ კომბინირებულ მკურნალობას (ოპერაცია და სხივური თერაპია, ოპერაცია და ქიმიოთერაპია).

მკურნალობის ძირითად მეთოდს წარმოადგენს ოპერაცია. უნდა აღინიშნოს, რომ საკვერცხის კიბოს აღმოჩენისას (პროცესის გავრცელების მიუხედავად) ყველა შემთხვევაში აუცილებლად წარმოებს ქირურგიული ჩარევა. ეს გამოწვეულია იმით, რომ საკვერცხის სიმსივნის დროს მოსალოდნელია შეცდომები არა მხოლოდ დიაგნოზში, არამედ სიმსივნური პროცესის გავრცელების დადგენაში. ამიტომ ლაპაროსკოპიას აქვს, როგორც სამკურნალო, ასევე დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა. საკვერცხის ავთვისებიანი სიმსივნის დროს აწარმოებენ საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაციას ან ექსტირპაციას დანამატებსა და

დიდ ბადექონთან ერთად. საშვილოსნოს სრული ამოკვეთა კეთდება საშვილოსნოს ყელის საშოს ნაწილში პათოლოგიური პროცესების არსებობისას (ჰიპერპლაზიური კიბოსწინარე პროცესები). საშვილოსნოს დანამატების ამოკვეთა ორივე მხარეს აუცილებელია, რადგან საკვერცხის ორმხრივი დაზიანება კიბოს დროს აღინიშნება პაციენტთა უმრავლესობაში.

ქირურგიული ჩარევის ერთ-ერთ ძირითად პირობას წარმოადგენს ექსპრეს-ბიოფსია, რაც განსაზღვრავს სიმსივნისა და ოპერაციის ხასიათს.

საკვერცხის სიმსივნე ყველაზე ხშირად დიდ ბადექონში იძლევა მეტასტაზებს, ამიტომ მისი რეზექცია აუცილებელია. სიმსივნური პროცესის ძლიერი გავრცელებისას (III-IV სტადია) მკურნალობა უნდა დავიწყოთ ქიმიოთერაპიით, რის შემდეგაც აკეთებენ ოპერაციას.

მეტასტაზური სიმსივნეების მკურნალობა ქირურგიულია. კრუკენბერგის სიმსივნე არ არის მგრძობიარე არც რენტგენის დასხივების და არც ციტოსტატიკური პრეპარატების მიმართ.

საკვერცხის ავთვისებიანი სიმსივნეები მგრძობიარენი არიან ქიმიოთერაპიის მიმართ. ყველაზე ხშირად იყენებენ შემდეგ პრეპარატებს: თიოტეფი, ბენზოტეფი, ციკლოფოსფანი, ეთიმიდინი, მეთოტრექსატი, ქლორბუთინი, ლოფენალი, 5-ფტორურაცილი და სხვ. ქიმიოთერაპიას ასეთ შემთხვევებში აწარმოებენ რადიკალური ოპერაციის შემდეგ მეტასტაზებისა და რეციდივების პროფილაქტიკის მიზნით, პალიატიური ოპერაციების შემდეგ სიმსივნის დარჩენილი კერებისა და წვრილი დისემინანტების ლიკვიდაციისათვის, პალიატიური ჩარევებისა და საცდელი ლაპაროსკოპიის შემდეგ სიმსივნის ზრდის სტაბილიზაციისა და შემდგომში უფრო რადიკალური ოპერაციის ჩატარების შესაძლებლობის დაზუსტებისათვის. ქიმიოთერაპიას, ასევე იყენებენ ოპერაციის წინ მისი ჩატარებისათვის უფრო ხელსაყრელი პირობების შესაქმნელად.

დაავადების შორსწასულ შემთხვევებში ქიმიოთერაპია ხელს უწყობს სიმსივნური პროცესის დროებით სტაბილიზაციასა და პაციენტის სიცოცხლის გახანგრძლივებას.

ქიმიოთერაპიის წინ პაციენტი გულდასმით უნდა იქნეს გამოკვლეული, დადგინდეს ღვიძლის, თირკმლისა და, განსაკუთრებით, პერიტერიული სისხლის ფუნქციური მდგომარეობა. ქიმიოთერაპიის დაწყება სასურველია, თუ ლეიკოციტების რაოდენობა არ არის 5×10^3 -ზე უფრო დაბალი 1 მკლ-ში და თრომბოციტების, სულ მცირე, 20×10^4 1 მკლ-ში. სისხლის გამოკვლევა უნდა ჩატარდეს კვირაში ერთხელ მაინც.

ქიმიოთერაპიული პრეპარატის შერჩევასა უნდა გავითვალისწინოთ პაციენტის ზოგადი და სისხლმბადი ორგანოების მდგომარეობა, სხეულის წონა, ასციტური სითხის არსებობა, სიმსივნის ჰისტოლოგიური ტიპი, ასევე, მისი მგრძობელობა ამა თუ იმ ქიმიოთერაპიული პრეპარატის მიმართ. იმ შემთხვევებში, როცა ერთი პრეპარატის ეფექტურობა დაბალია, უნდა შეიცვალოს მეორეთი ან მოხდეს 2-3 პრეპარატის კომბინაცია. საუკეთესო შედეგი აქვს თიოტეფს ან ბენზოტეფს, ან თიოტეფისა და ციკლოფოსფანის ერთდროულ დანიშვნას. თიოტეფის ერთჯერადი დოზა არის 20-30 მგ, კურსული დოზა — 300 მგ, ციკლოფოსფანის ერთჯერადი დოზაა 100-200 მგ, საერთო დოზა მკურნალობის კურსზე 5-6 გ.

ქიმიოთერაპიული პრეპარატები შეიძლება შევიყვანოთ ინტრაარტერიულად, ინტრავენურად, კუნთში ან მუცლის ღრუში.

ოპერაციამდე ქიმიოთერაპიის განხორციელებისას პრეპარატების დანიშვნა უმჯობესია ინტრავენურად. ასციტის დროს ინტრავენურ მეთოდებთან ერთად სასურველია მუცლის ღრუში შეყვანა (ასციტური სითხის ევაკუაციის შემდეგ). აღრეულ ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ქიმიოპრეპარატები მუცლის ღრუში შეჰყავთ მიკროირიგატორის საშუალებით ყოველდღიურად ან დღეგამოშვებით, 10-20 დღის მანძილზე, რის შემდეგაც გადადიან ინტრავენურ ან კუნთში ინფუზიაზე. ქიმიოთერაპიის ენდოლიმფური მეთოდიც არ განსხვავდება ლიმფოგრაფიისას საკონტრასტო ნივთიერებების შეყვანისაგან.

რადიკალური ოპერაციის შემდეგ, რეციდივებისა და მეტასტაზების პროფილაქტიკის მიზნით, აწარმოებენ ქიმიოთერაპიის, სულ მცირე, 1-4 კურსს. იმავდროულად ნიშნავენ ჰემომასტიმულირებელ მკურნალობას (სისხლის, ერითრომასის, ლეიკოთრომბოციტური მასის გადასხმას და სხვ.).

ჰემომასტიმულირებელი მკურნალობა უნდა დაინიშნოს სისხლში 4×10^9 /ლ-ზე ნაკლები ლეიკოციტების დროს.

კარგი შედეგი აქვს სეროტონინის ადიპინატს ან სეროტონინის კრეატინინ-სულფატს.

ლეიკოპოეზის სტიმულაციის მიზნით წარმატებით გამოიყენება ლეიკოგენი, ნატრიუმის ნუკლეატი, ბათილოლი და ზოგიერთი სხვა პრეპარატი.

გამოხატული ლეიკოპენიის დროს მიზანშეწონილია ლეიკოსტიმულატორებისა და კორტიკოსტეროიდების (პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი) ერთდროული გამოყენება.

სისხლდენებისკენ მიდრეკილების შემთხვევაში მიზანშეწონილია რუტინის, ვიკასოლის, ამინოკაპრონის მჟავის, კალციუმის ქლორიდის ხსნარის გამოყენება. სხივური მკურნალობა კიბოს დროს ნაკლებად ეფექტურია.

მუცლის ღრუში მეტასტაზების დროს და კიბოს მოთესვისას იყენებენ ^{198}Au .

ჰორმონთერაპიას დამატებითი მკურნალობის სახე აქვს. პოსტმენოპაუზაში მყოფ პაციენტებს უნიშნავენ ტესტოსტერონ-ამინოკაპრონატს 25-50 მგ დღეში კუნთში 1,5-2 თვის მანძილზე, შემდეგ გადადიან მეთილტესტოსტერონის მიღებაზე 30 მგ დღეში ენის ქვეშ, დოზის თანდათანობით შემცირებით 10 მგ-მდე.

საშვილოსნოს მილების სიმსივნეები

საშვილოსნოს მილების სიმსივნეები შეიძლება იყოს, როგორც ავთვისებიანი, ისე კეთილთვისებიანი. მილების კეთილთვისებიან სიმსივნეებს მიეკუთვნება კისტები, ფიბრომები, მიომები, ლიპომები, ქონდრომები, ლიმფანგიომები, პაპილომები.

საშვილოსნოს მილების კისტები ძირითადად ანთებითი პროცესის შედეგს წარმოადგენს, რის გამოც ობლიტირებულია მილის საშვილოსნოსა და ამპულური ნაწილები სანათურში სეკრეტის დაგროვებით. ამ წარმონაქმნს ჰიდროსალპინქსი ეწოდება (იხ. III თავი).

ფიბრომები და მიომები უფრო ხშირად ვლინდება მილის საშვილოსნოს ნაწილში, პაპილომები — ამპულურში. პაპილომებმა შეიძლება მიაღწიონ დიდ ზომებს. დიაგნოზი დგინდება პრეპარატის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით.

საშვილოსნოს მილის კიბო შეიძლება იყოს პირველადი ან მეორადი (პროცესის საშვილოსნოდან საკვერცხეზე გადასვლისას). საშვილოსნოს მილის პირველადი სიმსივნე იშვიათად აღინიშნება (ქალის სასქესო ორგანოების სიმსივნეების 0,5-1%-ში). უფრო ხშირად კიბო ვითარდება საშვილოსნოს მილის ქრონიკული ანთებითი პროცესის ფონზე 40-55 წლის ქალებში. ძირითადად ზიანდება საშვილოსნოს ერთი მილი.

ჰისტოლოგიურად მილის კიბოს აქვს შენების პაპილარული, ჯირკვლოვან-პაპილარული, პაპილარულ-სოლიდური და სოლიდური ფორმები.

პროცესის დისემინაცია იწვევს ასციტს. შეიძლება დაზიანდეს მენჯის, წელისა და ლავიწზედა ლიმფური კვანძები, უფრო იშვიათად ჩნდება მეტასტაზები სხვადასხვა ორგანოებში.

კლინიკა. ყველაზე ადრეული სიმპტომია ტკივილები, რომლებიც გადაეცემა მუცლის ქვედა ნაწილებსა და ქვედა კიდურებში; თავდაპირველად ტკივილებს აქვთ ჭინთვისმაგვარი სახე, შემდეგ ყრუ, მუდმივი.

ასევე მნიშვნელოვანი სიმპტომია სეროზული, ჩირქოვანი ან სეროზულ-ჩირქოვანი უხვი თეთრად შლა. საშვილოსნოს მილის კიბოზე ეჭვს ბადებს ერთბაშად დიდი რაოდენობით თხევადი, ზოგჯერ სისხლიანი გამონადენის გამოყოფა, იმავდროულად სიმსივნის ზომების შემცირებით.

დიაგნოსტიკა. საშვილოსნოს მილის კიბოს განვითარების შესაძლებლობაზე ეჭვი ჩნდება ზომიერი ან უხვი ლიმფორეის არსებობისას (პერიოდულად სისხლის მინარევით), რომელიც ტკივილთან ერთად ძლიერდება, მაგრამ არ ქრება დიაგნოსტიკური გამოფხეკის შემდეგ. რექტოვავაგინური გამოკვლევით ისინჯება ცალმხრივი (უფრო ხშირად) წარმონაქმნი, რომელიც მდებარეობს საშვილოსნოს კიდესთან ან საშვილოსნოს უკანა ფოსოში. სიმსივნეს აქვს არასწორი, რეტორტისებური ფორმა და არაერთგვაროვანი კონსისტენცია.

დიაგნოსტიკის დამხმარე მეთოდი შეიძლება იყოს ყელის არხიდან ან საშვილოსნოს ღრუდან გამონადენის ციტოლოგიური გამოკვლევა. ბიკონტრასტული რენტგენოგრაფიით შეიძლება მივიღოთ საშვილოსნოს მილის დისტალური ბოლოს „ამპუტაციის“ სიმპტომი, მისი კედლების გასქელება, ავსების დეფექტები. საბოლოო დიაგნოზი დგინდება საშვილოსნოს ამოკვეთილი მილის ჰისტოლოგიური გამოკვლევის შემდეგ.

მკურნალობა კომბინირებულია (საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაცია ან ექსტირპაცია დანამატებთან ერთად სხივური და ქიმიოთერაპიის ოპერაციის შემდგომი კურსით).

პროგნოზი საიმედო არაა.

საშვილოსნოს მილების სარკომა იშვიათი დაავადებაა. იგი შეიძლება განვითარდეს მილის ლორწოვანი გარსის ან კუნთოვანი შრის შემაერთებელი ქსოვილისაგან. ლორწოვანი გარსისაგან განვითარების შემთხვევაში სიმსივნეს აქვს პოლიპისმაგვარი ფორმა, მილი იღებს ტოპრაკისებრი წარმონაქმნის სახეს, სეროზული ან ლორწოვან-სისხლიანი შიგთავსით. სარკომა შეიძლება მეტასტაზირდეს საკვერცხეში, დიდ ბადექონში, ღვიძლში, ფილტვებში და შეიძლება იყოს დისემინირებული იმპლანტატების სახით ან გავრცელდეს პერიტონეუმზე.

დიაგნოსტიკა. დიაგნოზი, ძირითადად, დგინდება მხოლოდ ამოკვეთილი პრეპარატის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით.

მკურნალობა გულისხმობს საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაციას ან ექსტირპაციას დანამატებთან ერთად და დიდი ბადექონის რეზექციას. სხივური და ქიმიოთერაპიის ოპერაციის შემდგომი კურსი ნაკლებად შედეგიანია.

ქალის სასქესო ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულთა შრომისუნარიანობა. პაციენტები, რომელთაც გადაიტანეს მკურნალობა გენიტალიების ავთვისებიანი სიმსივნეების გამო ოპერაციიდან ერთი წლის განმავლობაში ძირითადად II ჯგუფის ინვალიდები არიან. შემდგომში მათი შრომისუნარიანობის ხარისხი განისაზღვრება საექიმო შრომითი ექსპერტიზის კომისიაზე ზოგადი მდგომარეობის, სიმსივნის მეტასტაზების, რეციდივების არსებობის ან არარსებობის გათვალისწინებით.

5 წლიანი ვადის გასვლის შემდეგ რეციდივებისა და მეტასტაზების არარსებობის შემთხვევაში პაციენტი მიჩნეულია კლინიკურად გამოჯანმრთელებულად.

ტროფობლასტური დაავადება

ტროფობლასტური დაავადების ცნებაში შედის ტროფობლასტის დაავადებები: ბუშტუკოვანი ნამქერი, მჭამელა ბუშტუკოვანი ნამქერი და ქორიონეპითელიომა.

ბუშტუკოვანი ნამქერი¹ ბუსუსოვანი გარსის თავისებური ცვლილებაა, რომელსაც საფუძვლად უდევს ქორიონის ბუსუსების გადაგვარება. ამ დაავადების დროს ხდება ბუსუსების სტრომის მკვეთრი შესიება, თვით ბუსუსები კი იზრდება და გარდაიქმნება ბუშტუკებად. ბუსუსების ძალიან გაზრდის შემთხვევაში საშვილოსნო მნიშვნელოვნად მატულობს ზომებში (სურ. 107).

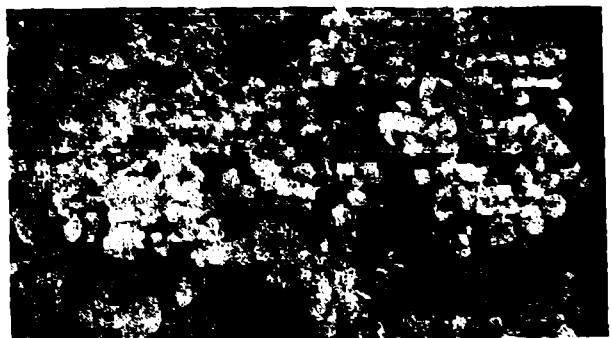
ბუსუსოვანი გარსის დაზიანება შეიძლება იყოს სრული ან ნაწილობრივი. სრული ბუშტუკოვანი ნამქერის დროს დაზიანებულია ყველა ბუსუსი. უფრო ხშირად ეს ხდება ორსულობის ადრეულ სტადიებზე. ემბრიონი ილუპება და გაიწოვება. ნაწილობრივი ბუშტუკოვანი ნამქერი ჩნდება ორსულობის მე-3 თვიდან, მისი გაწოვა კი უფრო ხშირად მე-4-5 თვეზე ხდება.

ბუშტუკოვანი ნამქერის დროს ზოგჯერ აღინიშნება საკვერცხის ორმხრივი ლუთეინური კისტები. ორსულობის მე-2 თვიდან ჩნდება სისხლდენები, ხშირად პროფუზული. სასქესო გზებიდან სისხლის გამონადენში ბუშტუკების აღმოჩენა, სისხლსა და შარდში გონადოტროპინის მკვეთრი მომატება, ულტრაბგერითი გამოკვლევა საშუალებას იძლევა დადგინდეს სწორი დიაგნოზი.

მჭამელა ბუშტუკოვანი ნამქერის დროს ხდება ქორიონის ბუსუსების ღრმა ჩაზრდა საშვილოსნოს კუნთოვან გარსში, ქსოვილების რღვევა. ხშირად აღინიშნება საშვილოსნოს პერფორაცია მის კედლებში ბუსუსების ჩაზრდის გამო უძლიერესი სისხლდენის განვითარებით. ბუშტუკოვანი ნამქერის ასეთი ფორმის დროს აღინიშნება მეტასტაზები საშოსა და პარამეტრიუმში, რაც გვანიშნებს, რომ მჭამელა ბუშტუკოვანი ნამქერი მივაკუთვნოთ ავთვისებიან სიმსივნეებს.

ქორიონეპითელიომა ავთვისებიანი სიმსივნეა, რომელიც ვითარდება ტროფობლასტის ნაწილებიდან, ქორიონის ბუშტუკების სინციტიუმისა და ძალიან იშვიათად — ემბრიონული წარმოშობის შერეული სიმსივნეებიდან (ტერატოგენური ქორიონეპითელიომა). ქორიონეპითელიომა აღენიშნება ქალის სასქესო ორგანოთა ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ პაციენტთა 2,1-2,3%-ს. იგი უპირატესად ვლინდება რეპროდუქციული ასაკის ქალებში.

ქორიონეპითელიომის ეტიოლოგია დღემდე დაუდგენელია. მის განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ტრანსპლაცენტური იმუნიტეტის დათრგუნვასა და ტროფო-



სურ. 107. ბუშტუკოვანი ნამქერი

¹ მონაცემები ბუშტუკოვან ნამქერსა და დესტრუქციულ ბუშტუკოვან ნამქერზე დაწვრილებით მოცემულია მუანობის სახელმძღვანელოში.

ბლასტის მიმართ იმუნობიოლოგიური ტოლერანტობის გაძლიერებას.

განასხვავებენ პირველად და მეორად სიმსივნეებს. პირველადი ქორიონ-ეპითელიომა უფრო ხშირად საკვერცხეების სიმსივნეს წარმოადგენს, აღინიშნება სქესობრივად მოუმწიფებელ გოგონებსა და დაუორსულებელ ქალებში, ძირითადად, როგორც ტერატობლასტომის კომპონენტი.

მეორადი ქორიონეპითელიომა ვითარდება სანაყოფე კვერცხის ტროფობლასტიდან, რომელმაც დაკარგა პირველადი კავშირი სანაყოფე კვერცხთან, გადაიქცა ავტონომიურ წარმონაქმნად და შეიძინა გაძლიერებული ინვაზიური თვისებები.

ქორიონეპითელიომა უფრო ხშირად ვითარდება საშვილოსნოში, გაცილებით იშვიათად — საშოში, მილებში, საკვერცხეებსა და სხვა ორგანოებში.

კლასიფიკაცია. განასხვავებენ ქორიონეპითელიომის შემდეგ სახეობებს:

I. ორთოტოპული ქორიონეპითელიომა

I სტადია — მეტასტაზების გარეშე (სიმსივნე ლოკალიზებულია ორგანოში, რომელშიც მოხდა სანაყოფე კვერცხის იმპლანტაცია):

- ა — საშვილოსნოში მის ღრუსთან კავშირით;
- ბ — საშვილოსნოს კუნთოვან გარსში (ინტრამურულად);
- გ — საშვილოსნოს ყელში;
- დ — საშვილოსნოს მილში;
- ე — საკვერცხეში;
- ვ — მუცლის ღრუში (ექტოპიური ქორიონეპითელიომა).

II სტადია — მეტასტაზებით (საშვილოსნოს პირველადი კერიდან სისხლძარღვოვანი სისტემით სხვა ორგანოებში):

- ა — საშოს კედელში;
- ბ — ფილტვებში;
- გ — ფილტვებსა და საშოში;
- დ — ფილტვებსა და (ან) საშოში, აგრეთვე, სხვა ორგანოებში;
- ე — სხვადასხვა ორგანოებში, ფილტვებისა და საშოს გარდა.

III სტადია — მეტასტაზებითა და სიმსივნის ჩაზრდით მეზობელ ორგანოებში (ღიღი ბადექონი, სწორი და სიგზოიდური ნაწლავი, შარდის ბუშტი, პარამეტრიუმი).

II. ჰეტეროტოპული ქორიონეპითელიომა.

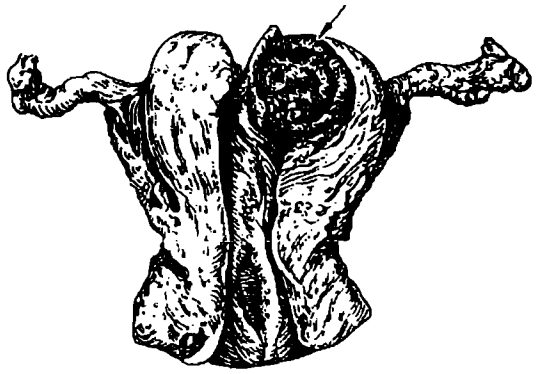
სიმსივნის პირველადი კერები განლაგებულია სხვადასხვა ორგანოებში, მაგრამ არა სანაყოფე კვერცხის იმპლანტაციის არეში, ხშირად ფილტვებში, საშოს კედელსა და თავის ტვინში.

III. ტერატოგენული ქორიონეპითელიომა.

ვითარდება ემბრიონული წარმოშობის შერეული სიმსივნეებიდან, ძალიან იშვიათად აღინიშნება არაორსულ ქალებში.

საშვილოსნოს ქორიონეპითელიომა ვითარდება სანაყოფე კვერცხის ენდომეტრიუმში ჩანერგვის ადგილზე. მიკროსკოპულად სიმსივნეს აქვს მოლურჯო ან მუქი წითელი ფერის რბილი კონსისტენციის კვანძების ან დიფუზური ნაზარდის სახე, რომელიც ინფილტრირებულია მიომეტრიუმის კედელში საშვილოსნოს სეროზულ გარსამდე. საშვილოსნოშიდა კვანძები განლაგებულია ფართო ფენზე, უფრო ხშირად ერთეულია. კვანძი, ძირითადად, მცირე ზომისაა, არა უმეტეს 4-5 სმ. კვანძების საზღვრები ზოგჯერ ბუნდოვანია, რბილი, ნაზი კონსისტენციისაა, ადვილად განიცდის ნეკროზს (სურ. 108). სიმსივნის ზრდა შეიძლება ხდებოდეს საშვილოსნოს ღრუს ან მუცლის ღრუს მიმართულებით.

მიკროსკოპულად ქორიონეპითელიომა შედგება სინციტიუმის ატიპიური უჯრედებისა და ლანგჰანსის უჯრედებისაგან. სიმსივნეს არ აქვს სტრომა და საკუთარი სისხლძარღვები და უპირატესად ვრცელდება ინტრავაზალურად.



სურ. 108. საშვილოსნოს ქორიონეპითელიომა (მთითებულია ისრით, მაკროპრეპარატი).

კლინიკა. ქორიონეპითელიომის ძირითად თავისებურებას წარმოადგენს მისი კავშირი ადრე არსებულ ორსულობასთან, რადგან სიმსივნე ვითარდება სანაყოფე კვერცხის ნაწილებისაგან (გარდა ტერატოგენული ქორიონეპითელიომისა).

ქორიონეპითელიომას, ძირითადად, წინ უძღვის ბუშტუკოვანი ნამჭერი ან აბორტი, უფრო იშვიათად მშობიარობა. ქორიონეპითელიომა შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერ ასაკში, ღრმა მოხუცებულობის ჩათვლით, მაგრამ უფრო ხშირად გვხვდება 26-36 წლის ქალებში. სიმსივნე უპირატესად უჩნდებათ განმეორებით ორსულებს და ვლინდება ორსულობის შეწყვეტიდან ან მშობიარობიდან პირველ სამ თვეში. უნდა აღინიშნოს, რომ პერიოდი ორსულობასა და სიმსივნის განვითარებას შორის შეიძლება იყოს ხანგრძლივი და გაგრძელდეს წლებით.

ქორიონეპითელიომის ძირითადი სიმპტომია სისხლდენა, რომელიც იწყება საშვილოსნოს სიმსივნის ან საშოში მეტასტაზებისაგან. სისხლდენებს შეიძლება ჰქონდეთ პროფუზული სახე. ზოგჯერ ისინი პირველად ჩნდებიან მორიგი მენსტრუაციის დაწყების გამო ან მშობიარობისა და აბორტის შემდეგ. დამახასიათებელია, რომ საშვილოსნოს გამოთხეკა, ხშირად განმეორებითიც კი, არ იძლევა სასურველ შედეგს და სისხლდენა გრძელდება. გარდა ამისა, შეიძლება განვითარდეს შინაგანი სისხლდენა, რაც განპირობებულია სიმსივნის საშვილოსნოს კედელში ჩაზრდით. უხვ სისხლდენას თან ახლავს ანემია და ტაქიკარდია.

ქორიონეპითელიომის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სიმპტომია თეთრად შლა, რომელიც დაავადების დასაწყისში არის სეროზული, შემდეგ კი ხდება ჩირქოვანი, მყრალი სუნით (სიმსივნის დაშლის გამო).

ტკივილები უფრო ხშირად დაავადების გავრცელებული ფორმის დროს აღინიშნება.

ქორიონეპითელიომის დროს მეტასტაზები უფრო ხშირად ჰემატოგენური გზით ვრცელდება. ფილტვებში მეტასტაზები აღენიშნება პაციენტთა 60%-ს, საშოში — 40%-ს, ტვინში — 17%-ს, ღვიძლში — 16%-ს, თირკმლებში — 12%-ს. უნდა გვახსოვდეს, რომ საშვილოსნოს განმეორებითა გამოთხეკებმა შეიძლება უფრო დააჩქაროს მეტასტაზების განვითარება.

დიაგნოსტიკა. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ანამნეზურ მონაცემებს: კავშირი წინა ორსულობასთან, ბუშტუკოვან ნამჭერთან, მყარი აციკლური სისხლდენებისა და თეთრად შლის განვითარება. საშოსმხრივი გამოკვლევით ყურადღებას აქცევენ საშოს კედელში მოლურჯო სიმსივნური კვანძების არსებობასა და საშვილოსნოს გადიდებას.

მნიშვნელოვან დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმს წარმოადგენს ქორიონული გონადოტროპინის შემცველობის მომატება (რეაქცია დადებითია განზავებულ შარდით).

ენდომეტრიუმის გამონაფხეკის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით ვლინდება ციტოტროფობლასტისა და სინციტიოტროფობლასტის ატიპიური უჯრედები.

კვანძების კუნთებს შორის განლაგების შემთხვევაში საშვილოსნოს გამონაფხეკეში სიმსივნური უჯრედები არ განისაზღვრება, რაც მნიშვნელოვნად ართულებს დიაგნოსტიკას. ამიტომ ქორიონეპითელიომის დიაგნოზს ადგენენ ჰორმონული და ჰისტოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე.

ვულვისა და საშოს ქორიონეპითელიომის დიაგნოსტიკაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ამ უბნების ბიოპტატის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა. მეტასტაზები ფილტვებში ვლინდება რენტგენოლოგიური გამოკვლევით.

უკანასკნელ წლებში დიაგნოსტიკის მიზნით გამოიყენება ჰისტეროსალპინგოგრაფია და არტერიოგრაფია. ჰისტეროგრამაზე ყურადღებას აქცევენ საშვილოსნოს ღრუს, რომელსაც უსწორმასწორო ფორმა და მოხაზულობა აქვს. გარკვეული დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ანგიოგრაფიას, რომლის საშუალებითაც შეიძლება დადგინდეს ქორიონეპითელიომის კუნთებს შორის განლაგებული კვანძები და მეტასტაზები. ანგიოგრაფია შეიძლება გამოყენებულ იქნას მკურნალობის ეფექტურობის კონტროლის მიზნით.

საშვილოსნოს მილის ქორიონეპითელიომა, ძირითადად, მეტასტაზური სიმსივნეა. მეტასტაზირება ხშირად საშვილოსნოდან ხდება. კლინიკური სურათი ძალიან ჰგავს ორსული მილის გახეთქვას. დიაგნოსტიკა ოპერაციამდე გაძნელებულია. მხოლოდ ამოკვეთილი მილის მორფოლოგიური გამოკვლევა იძლევა სწორი დიაგნოზის დადგენის საშუალებას.

საშოს პირველადი ქორიონეპითელიომა ძალიან იშვიათად აღინიშნება. უფრო ხშირად სიმსივნე წარმოადგენს მეტასტაზს საშვილოსნოდან. სიმსივნეს აქვს მუქი იისფერი კვანძების სახე, რომელიც მალე განიცდის ნეკროზულ ცვლილებებს და წარმოადგენს პროფუზული სისხლდენის წყაროს.

საკვერცხის ქორიონეპითელიომა შეიძლება იყოს, როგორც პირველადი, ისე მეორადი (მეტასტაზი საშვილოსნოდან). დამახასიათებელი სიმპტომები არა აქვს. დიაგნოზი შეიძლება დაისვას მხოლოდ ამოკვეთილი პრეპარატის პათომორფოლოგიური გამოკვლევით.

მკურნალობა. დღემდე ქორიონეპითელიომის მკურნალობის ძირითადი მეთოდი ქირურგიული იყო, მაგრამ, ამჟამად, ქორიონეპითელიომის წარმატებული ქიმიოთერაპიის გამო ოპერაციულ მკურნალობას სულ უფრო იშვიათად იყენებენ, განსაკუთრებით ახალგაზრდა ქალებში, რაც საშუალებას იძლევა შევინარჩუნოთ მენტრუალური და რეპროდუქციული ფუნქცია.

ოპერაციული მკურნალობა აუცილებელია ქიმიოპრეპარატებისადმი სიმსივნის პირველადი და მეორადი რეზისტენტობის, საშვილოსნოდან პროფუზული სისხლდენების დროს, საშვილოსნოს სიმსივნის კვანძებით პერფორაციის შედეგად გამოწვეული შინაგანი სისხლდენების შემთხვევაში; სიმსივნის დიდი ზომების დროს, რომელიც აჭარბებს 13-14 კვირის ორსული საშვილოსნოს სიდიდეს. ოპერაციის დროს აწარმოებენ საშვილოსნოს სრულ ამოკვეთას

დანამატებსა და საშოს ზედა მესამედთან ერთად. ახალგაზრდა ქალებში ჯანმრთელ საკვერცხეებს ტოვებენ.

ოპერაციის შემდეგ ნიშნავენ ქიმიოთერაპიას. ამჟამად მკურნალობის ეს მეთოდი მთავარია და იძლევა კარგ შედეგებს. ქორიონეპითელიომის დროს, ძირითადად გამოიყენება ისეთი პრეპარატები, როგორცაა მეთოტრექსატი და ქრიზომალინი. მეთოტრექსატს იყენებენ კუნთში და ინტრავენურად შესაყვანად წყვეტილი კურსებით, ერთჯერადი დოზა 50 მგ. პრეპარატი შეჰყავთ 5 დღეში ერთხელ. მკურნალობის კურსია 300-400 მგ. მეთოტრექსატთან ერთად ნიშნავენ 6-მერკაპტოპურინს 50 მგ 3-4-ჯერ დღეში 5 დღის განმავლობაში. ეს ორი პრეპარატი აძლიერებს ერთმანეთის მოქმედებას.

კარგ შედეგს იძლევა ქრიზომალინი, ასევე მეთოტრექსატისა და აქტინომიცინ D-ს ერთდროული გამოყენება.

ქორიონეპითელიომის მკურნალობის წარმატების უფრო მგრძობიარე მაჩვენებელია შარდში ქორიონული გონადოტროპინის შემცირება და შემდეგ სრული გაქრობა. ქორიონეპითელიომის დიაგნოზის დასმის შემდეგ ქორიონულ გონადოტროპინზე უარყოფითი რეაქციის მიღებამდე, ყოველდღე, ორგანიზმის იმუნოლოგიური რეაქციულობის მომატების მიზნით ნიშნავენ γ -გლობულინს.

წარმატებული მკურნალობის შემდეგ ერთი წლის განმავლობაში ახორციელებენ პროფილაქტიკური ქიმიოთერაპიის კიდევ 2-3 კურსს. სხივური თერაპია წარმოებს ქიმიოპრეპარატების ცუდი ამტანობის, ოპერაციისა და ქიმიოთერაპიის შემდეგ არასრული რემისიის შემთხვევაში. ქორიონეპითელიომისგან განკურნებული პაციენტები დაკვირვების ქვეშ უნდა იმყოფებოდნენ 5 წლის განმავლობაში (აუცილებელია კლინიკური და პორმონული კონტროლი).

პროგნოზი. ადრეული დიაგნოსტიკისა და თანამედროვე მკურნალობის პროგნოზი უფრო საიმედოა.

პროფილაქტიკა. საჭიროა დისპანსერული დაკვირვება იმ ქალებზე, რომელთა ორსულობა ბუშტნამქერით, აბორტებით, თვითნებური გამოძევებით დამთავრდა ან მშობიარობით არ დასრულდა (ბუშტნამქერის შემდეგ დაკვირვება წარმოებს 2 წლის მანძილზე შარდში ქორიონული გონადოტროპინის სისტემატური განსაზღვრით).

სასქესო ორგანოების განვითარების დარღვევები

ქალის სასქესო ორგანოების ანომალიებს მიეკუთვნება გენიტალიის ანატომიური აგებულების თანდაყოლილი დარღვევები დაუსრულებელი ორგანოგენეზის, ზომების, ფორმის, პროპორციის, სიმეტრიის, ტოპოგრაფიის გადახრების სახით, ისეთი წარმონაქმნების არსებობით, რომლებიც არ არის დამახასიათებელი ქალის ორგანიზმისათვის პოსტნატალურ პერიოდში. ზოგადად, განვითარების ანომალიებს შეიძლება მივაკუთვნოთ ნორმალურად ჩამოყალიბებული (ანტენატალურ პერიოდში) სასქესო ორგანოების განვითარების შეფერხება, რაც ინფანტილიზმის დროს აღინიშნება.

სასქესო ორგანოების განვითარების მანკები

ქალის სასქესო ორგანოების თანდაყოლილი ანომალიები ქალთა 0,23-0,9%-ში აღინიშნება, ქალის სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიები განვითარების ყველა სხვა მანკის დაახლოებით 4%-ს შეადგენს.

ეტოლოგია. სასქესო სისტემის განვითარების დარღვევას იწვევს მემკვიდრეობითი, ეგზოგენური და მულტიფაქტორული (ყველაზე ხშირად) მიზეზები. სასქესო ორგანოების განვითარების მანკები ონტოგენეზის ადრეულ პერიოდში წარმოიშობა, მაშინ, როცა ხდება პარამეზონფერული (მიულერის) სადინარების და სხვა ემბრიონული წარმონაქმნების დიფერენცირება, რომელთაგან შემდგომში სასქესო ორგანოები ყალიბდება. მანკების განვითარებას საფუძვლად უდევს პარამეზონფერული სადინარების შერწყმის, მათი რეკანალიზაციის დარღვევა, უროგენიტალური სინუსის ფორმირების გადახრები, აგრეთვე, გონადების ფორმირების დარღვევა. ეს უკანასკნელი დამოკიდებულია შუამდებარე თირკმლის (ვოლფის სხეულაკი) განვითარების თავისებურებაზე და გონოციტების დროულ მიგრაციაზე გონადის ემბრიონულ ჩანასახში. გონადებისა (საკვერცხეების) და სასქესო გზების ჩამოყალიბება (რომელიც სხვადასხვა ჩანასახიდან ხდება) არ არის ერთმანეთთან დაკავშირებული, ამიტომ ამ ორგანოებისა და სისტემების განვითარების ანომალიები ხშირად ცალ-ცალკე ჩნდება.

სასქესო ორგანოების მცდარი დიფერენცირება მხოლოდ ნაწილობრივ არის განპირობებული გენეტიკური მიზეზებით, ძირითადად, სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიები უკავშირდება მუცლადყოფნის პირობების დარღვევას, სადაც მიმდინარეობს ემბრიონის და ნაყოფის ჩამოყალიბება. ხშირად, იმ პაციენტების დედებს, რომლებსაც გენიტალიის ანომალიები დაუდგინდათ, აღენიშნებოდათ ორსულობის პათოლოგიური მიმდინარეობა: ადრეული და გვიანი ტოქსიკოზები, არასრულფასოვანი კვება, ინფექცია ორსულობის ადრეულ ვადებში, მოსალოდნელი აბორტები და ა.შ.

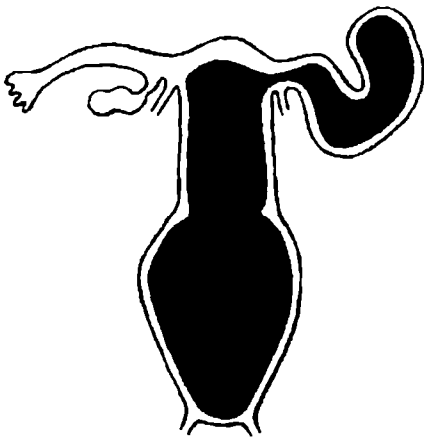
სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიები შეიძლება გამოწვეული იყოს ანტენატალურ პერიოდში მოქმედი სხვა დამაზიანებელი ფაქტორებით: პროფესიული მავნე ფაქტორები, სამკურნალო პრეპარატები, აგრეთვე, დედის ექსტრაგენიტალური დაავადებები. იმის გამო, რომ დამაზიანებელი ფაქტორი

არ მოქმედებს მხოლოდ სასქესო ორგანოების ჩანასახზე, ამიტომ სასქესო ორგანოების მანკის პარალელურად შეიძლება აღინიშნებოდეს ზოგიერთი სხვა ორგანოს განვითარების, უპირველეს ყოვლისა, თირკმლების ანომალიებიც. მაგალითად, საშვილოსნოს განვითარების მანკიან (უნაგირა, ორმაგი, ცალრქიანი, ორრქიანი) ქალებში თირკმელების ანომალიები აღმოაჩნდა ყოველ მეოთხეს.

სასქესო ორგანოების ან მათი ცალკეული ნაწილების განვითარების ანომალიის დახასიათებისას უნდა ვისარგებლოთ საყოველთაოდ მიღებული ტერმინებითა და ცნებებით. **აგენეზია** — ორგანოს არარსებობა. **აპლაზია** — ორგანოს ნაწილის არარსებობა. **ჰიპოპლაზია** — ორგანოს არასრული განვითარება. **დიზარფია** — ორგანოების შეზრდის ან მისი ნაწილების დახურვის არარსებობა. **მულტიპლიკაცია** — ორგანოს ან მისი ნაწილების რაოდენობის გაზრდა. **ჰეტეროტოპია (ექტოპია)** — ორგანოს ან ქსოვილის განვითარება ისეთ ადგილებში, სადაც იგი ნორმის ფარგლებში არ გვხვდება. **ატრეზია** — მეორადი არასრული განვითარება. **გინატრეზია** — ქალის სასქესო აპარატის შეზორცება ქვედა (საქალწულე აპკი, საშო) ან შუა (საშვილოსნოს ყელის არხი, იშვიათად, საშვილოსნოს ღრუ) მესამედის დონეზე. ეს ანომალია უფრო ხშირად ანატომიური შევიწროების ადგილებში (ვულვა, საქალწულე აპკი, საშვილოსნოს გარეთა და შიგნითა პირი, საშვილოსნოს მილების შევიწროების ადგილი) ვითარდება.

საქალწულე აპკისა და ვულვის ანომალიები გარეთა სასქესო ორგანოების აგებულების ერთ-ერთი ხშირი დარღვევაა მთლიანი საქალწულე აპკი. ასეთი პათოლოგია შეიძლება იყოს საშოს შესავლის ატრეზიის ან საშოს აპლაზიის გამოვლინება. ჰიმენის ატრეზია ვლინდება სქესობრივი მომწიფების პერიოდის დადგომისას. პირველი მენსტრუაციის დროს სისხლი ვერ ნახულობს ბუნებრივ სადინარს, რის გამოც თანდათან ავსებს საშოს, საშვილოსნოს და ფალოპიუსის მილებს, ვითარდება ჰემატოკოლპოსი, ჰემატომეტრა, ჰემატოსალპინქსი (სურ. 109, 110).

დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს ჰიპო- და ეპისპადიით (ჰერმაფროდიტიზმისას), აგრეთვე, საშოში ან საშოს შესავალში სწორი ნაწლავის არანორმალური გახსნით გამოწვეულ ვულვის დეფორმაციას.



სურ. 109. ჰემატოკოლპოსი, ჰემატომეტრა, ჰემატოსალპინქსი საქალწულე აპკის ატრეზიის დროს (სქემა).



სურ. 110. ექოგრაფია ჰემოკოლპოსისა და ჰემატომეტრის დროს. 1) შარდის ბუშტი; 2) ჰემატომეტრა; 3) ჰემატოკოლპოსი.

სასქესო ორგანოების განვითარების დარღვევები

ქალის სასქესო ორგანოების ანომალიებს მიეკუთვნება გენიტალიის ანატომიური აგებულების თანდაყოლილი დარღვევები დაუსრულებელი ორგანოგენეზის, ზომების, ფორმის, პროპორციის, სიმეტრიის, ტოპოგრაფიის გადახრების სახით, ისეთი წარმონაქმნების არსებობით, რომლებიც არ არის დამახასიათებელი ქალის ორგანიზმისათვის პოსტნატალურ პერიოდში. ზოგადად, განვითარების ანომალიებს შეიძლება მივაკუთვნოთ ნორმალურად ჩამოყალიბებული (ანტენატალურ პერიოდში) სასქესო ორგანოების განვითარების შეფერხება, რაც ინტენტილიზმის დროს აღინიშნება.

სასქესო ორგანოების განვითარების მანკები

ქალის სასქესო ორგანოების თანდაყოლილი ანომალიები ქალთა 0,23-0,9%-ში აღინიშნება, ქალის სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიები განვითარების ყველა სხვა მანკის დაახლოებით 4%-ის შეადგენს.

ეტიოლოგია. სასქესო სისტემის განვითარების დარღვევას იწვევს მემკვიდრეობითი, ეგზოგენური და მულტიფაქტორული (ყველაზე ხშირად) მიზეზები. სასქესო ორგანოების განვითარების მანკები ონტოგენეზის ადრეულ პერიოდში წარმოიშობა, მაშინ, როცა ხდება პარამეზონეფრული (მიულერის) სადინარების და სხვა ემბრიონული წარმონაქმნების დიფერენცირება, რომელთაგან შემდგომში სასქესო ორგანოები ყალიბდება. მანკების განვითარებას საფუძვლად უდევს პარამეზონეფრული სადინარების შერწყმის, მათი რეკანალიზაციის დარღვევა, უროგენიტალური სინუსის ფორმირების გადახრები, აგრეთვე, გონადების ფორმირების დარღვევა. ეს უკანასკნელი დამოკიდებულია შუამდებარე თირკმლის (ვოლფის სხეულაკი) განვითარების თავისებურებაზე და გონოციტების დროულ მიგრაციაზე გონადის ემბრიონულ ჩანასახში. გონადებისა (საკვერცხეების) და სასქესო გზების ჩამოყალიბება (რომელიც სხვადასხვა ჩანასახიდან ხდება) არ არის ერთმანეთთან დაკავშირებული, ამიტომ ამ ორგანოებისა და სისტემების განვითარების ანომალიები ხშირად ცალ-ცალკე ჩნდება.

სასქესო ორგანოების მცდარი დიფერენცირება მხოლოდ ნაწილობრივ არის განპირობებული გენეტიკური მიზეზებით, ძირითადად, სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიები უკავშირდება მუცლადყოფნის პირობების დარღვევას, სადაც მიმდინარეობს ემბრიონის და ნაყოფის ჩამოყალიბება. ხშირად, იმ პაციენტების დედებს, რომლებსაც გენიტალიის ანომალიები დაუდგინდათ, აღინიშნებოდათ ორსულობის პათოლოგიური მიმდინარეობა: ადრეული და გვიანი ტოქსიკოზები, არასრულფასოვანი კვება, ინფექცია ორსულობის ადრეულ ვადებში, მოსალოდნელი აბორტები და ა.შ.

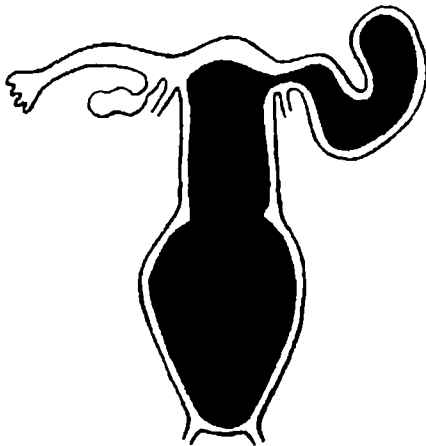
სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიები შეიძლება გამოწვეული იყოს ანტენატალურ პერიოდში მოქმედი სხვა დამაზიანებელი ფაქტორებით: პროფესიული მავნე ფაქტორები, სამკურნალო პრეპარატები, აგრეთვე, დედის ექსტრაგენიტალური დაავადებები. იმის გამო, რომ დამაზიანებელი ფაქტორი

არ მოქმედებს მხოლოდ სასქესო ორგანოების ჩანასახზე, ამიტომ სასქესო ორგანოების მანკის პარალელურად შეიძლება აღინიშნებოდეს ზოგიერთი სხვა ორგანოს განვითარების, უპირველეს ყოვლისა, თირკმლების ანომალიებიც. მაგალითად, საშვილოსნოს განვითარების მანკიან (უნაგირა, ორმაგი, ცალრქიანი, ორრქიანი) ქალებში თირკმელების ანომალიები აღმოაჩნდა ყოველ მეოთხეს.

სასქესო ორგანოების ან მათი ცალკეული ნაწილების განვითარების ანომალიის დახასიათებისას უნდა ვისარგებლოთ საყოველთაოდ მიღებული ტერმინებითა და ცნებებით. **აგენეზია** — ორგანოს არარსებობა. **აპლაზია** — ორგანოს ნაწილის არარსებობა. **ჰიპოპლაზია** — ორგანოს არასრული განვითარება. **დიზრაფია** — ორგანოების შეზრდის ან მისი ნაწილების დახურვის არარსებობა. **მულტიპლიკაცია** — ორგანოს ან მისი ნაწილების რაოდენობის გაზრდა. **ჰეტეროტოპია (ექტოპია)** — ორგანოს ან ქსოვილის განვითარება ისეთ ადგილებში, სადაც იგი ნორმის ფარგლებში არ გვხვდება. **ატრეზია** — მეორადი არასრული განვითარება. **ვინატრეზია** — ქალის სასქესო აპარატის შეზორცება ქვედა (საქალწულე აპკი, საშო) ან შუა (საშვილოსნოს ყელის არხი, იშვიათად, საშვილოსნოს ღრუ) მესამედის დონეზე. ეს ანომალია უფრო ხშირად ანატომიური შევიწროების ადგილებში (ვულვა, საქალწულე აპკი, საშვილოსნოს გარეთა და შიგნითა პირი, საშვილოსნოს მილების შევიწროების ადგილი) ვითარდება.

საქალწულე აპკისა და ვულვის ანომალიები გარეთა სასქესო ორგანოების აგებულების ერთ-ერთი ხშირი დარღვევაა მთლიანი საქალწულე აპკი. ასეთი პათოლოგია შეიძლება იყოს საშოს შესავლის ატრეზიის ან საშოს აპლაზიის გამოვლინება. ჰიმენის ატრეზია ვლინდება სქესობრივი მომწიფების პერიოდის დადგომისას. პირველი მენსტრუაციის დროს სისხლი ვერ ნახულობს ბუნებრივ სადინარს, რის გამოც თანდათან ავსებს საშოს, საშვილოსნოს და ფალოპიუსის მილებს, ვითარდება ჰემატოკოლპოსი, ჰემატომეტრა, ჰემატოსალპინქსი (სურ. 109, 110).

დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს ჰიპო- და ეპისპადიით (ჰერმაფროდიტიზმისას), აგრეთვე, საშოში ან საშოს შესავალში სწორი ნაწლავის არანორმალური გახსნით გამოწვეულ ვულვის დეფორმაციას.



სურ. 109. ჰემატოკოლპოსი, ჰემატომეტრა, ჰემატოსალპინქსი საქალწულე აპკის ატრეზიის დროს (სქემა).



სურ. 110. ექოგრაფია ჰემატოკოლპოსისა და ჰემატომეტრის დროს. 1) შარდის ბუშტი; 2) ჰემატომეტრა; 3) ჰემატოკოლპოსი.

საშოს ანომალიები. საშო ჩამოყალიბებას იწყებს მუცლადყოფნის მე-8 კვირაზე და პარამეზონეფრული არხების კენტ ნაწილს წარმოადგენს, რომელიც მათი კაუდალური ბოლოების ურთიერთშერწყმით წარმოიქმნება.

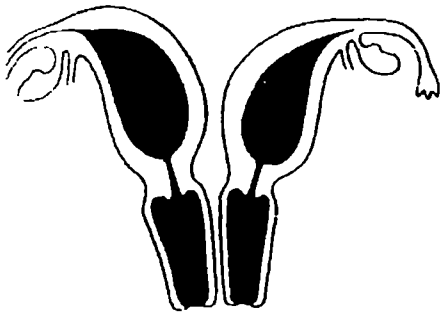
ახალშობილ გოგონებში საშოს სიგრძე 3-5 სმ-ია, 8-9 წლის გოგონებში — 5-8 სმ, ქალებში — 7,5-10 სმ.

ალსანიშნავია ბავშვთა ასაკისათვის დამახასიათებელი საშოს ტოპოგრაფიული თავისებურება. ადრეულ ბავშვობაში შარდის ბუშტი, საშვილოსნო და დანამატები განლაგებულია მცირე მენჯის საზღვრის ზემოთ, რაც ბავშვის საშოს ტოპოგრაფიანატომიურ თავისებურებებს განაპირობებს. პატარა გოგონებში საშვილოსნოს მაღალი მდებარეობის გამო საშოს თითქმის ვერტიკალური მიმართულება აქვს და იგი მხოლოდ 3-5 წლის ასაკში (როცა საშვილოსნო მცირე მენჯში ეშვება) დგება თანდათან ჰორიზონტალური ხაზის მიმართ მანვილი კუთხით (როგორც ზრდასრულ ქალებში). ეს ტოპოგრაფიანატომიური თავისებურებანი აუცილებლად უნდა გავითვალისწინოთ ვაგინოკოპიის დროს.

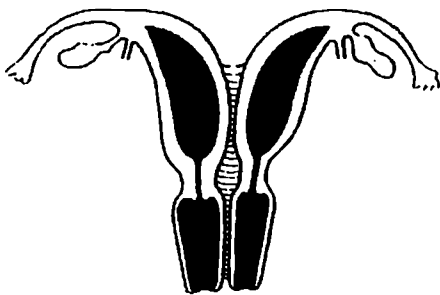
საშოს აგენეზია წარმოადგენს საშოს პირველად სრულ არარსებობას. ასეთ პაციენტებს დიდ სასქესო ბაგეებს შორის შენარჩუნებული აქვთ უმნიშვნელო ჩაღრმავება, რომელიც არ აღემატება 2-3 სმ-ს.

საშოს აპლაზია არის საშოს ნაწილის არარსებობა, რაც განპირობებულია ჩამოყალიბების პროცესში საშოს სანათურის წარმოქმნის შეწყვეტით, რომელიც ნორმის ფარგლებში მუცლადყოფნის პერიოდში განვითარების მე-18 კვირაზე მთავრდება.

საშოს ატრეზია არის საშოს სრული ან ნაწილობრივი შეზოკვა ან ტე- ან პოსტნატალურ პერიოდში გადატანილი ანთებითი პროცესის შედეგად. ზოგჯერ საშოს აქვს ტიხარი, რომელიც შეიძლება თაღებიდან საქალწულე აპკამდე გრძელდებოდეს. ეს ანომალია შეიძლება შერწყმული იყოს ორრქიან საშვილოსნოსთან. გარდა საშოს სიგრძივი ტიხარისა, არსებობს განივიც.



სურ. 111. Uterus didelphys (სქემა).



სურ. 112. Uterus duplex et vagina duplex (სქემა).

საშვილოსნოს განვითარების ანომალიები (Uterus didelphys) წარმოადგენს საშვილოსნოსა და საშოს გაორებას მათი ერთმანეთისგან განცალკევებული განლაგებისას, ამასთანავე ორივე სასქესო აპარატი გაყოფილია პერიტონეუმის განივი ნაკეციით (სურ. 111). ეს პათოლოგია ვითარდება სწორად განვითარებული პარამეზონეფრული სადინრების შერწყმის არარსებობისას, თითოეულ მხარეს კი არის მხოლოდ ერთი საკვერცხე. ორივე საშვილოსნო კარგად ფუნქციონირებს და სქესობრივი მომწიფებისას ორსულობა შეიძლება განვითარდეს რიგრიგობით ხან ერთში, ხან მეორეში.

Uterus duplex et vagina duplex (სურ. 112)

— წინამორბედის მსგავსი განვითარების ანომალია, თუმცა გარკვეულ უბანზე სასქე-

სო სისტემის ორივე ნაწილი უფრო მჭიდროდ ეხება ერთმანეთს, ხშირად ფიბროზულ-კუნთოვანი ტიხრის საშუალებით. ზოგჯერ ერთ-ერთი საშვილოსნო ზომით და ფუნქციური მდგომარეობით მეორეს ჩამორჩება. განუვითარებელ მხარეს შეიძლება აღინიშნებოდეს ჰიმენის ან საშვილოსნოს შიგნითა პირის ატრეზია.

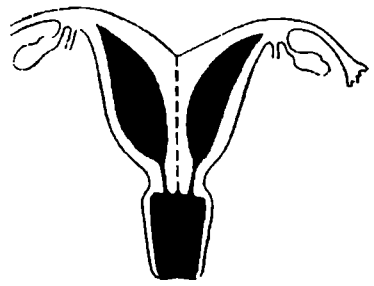
Uterus bicornis bicollis (სურ. 113) წარმოადგენს პარამეზონეფრული სადინრების შერწყმის არარსებობის ნაკლებად გამოხატულ შედეგს. აქ არის საერთო საშო და გაორებული საშვილოსნოს ყელი და სხეული.

Uterus bicornis unicollis (სურ. 114) – განვითარების ანომალია, როცა პარამეზონეფრული სადინრების შერწყმა ვრცელდება შუა განყოფილებების პროქსიმალურ ნაწილებზე.

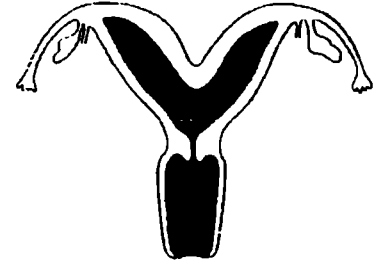
Uterus bicornis რუდიმენტული რქით (სურ. 115) განპირობებულია ერთ-ერთი პარამეზონეფრული სადინრის განვითარების ძლიერი ჩამორჩენით. თუ რუდიმენტულ რქას აქვს ღრუ, პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს უკავშირდება თუ არა იგი საშვილოსნოს ღრუს. ფუნქციონირებადი რუდიმენტული რქის არსებობას თანახლავს ისეთი გართულებები, როგორცაა პოლიმენორეა, ალგოდისმენორეა, ინფიცირება. რუდიმენტულ რქაში შეიძლება განვითარდეს ექტოპიური ორსულობა. ამოკვეთილი რუდიმენტული რქის ჰისტოლოგიური გამოკვლევისას ხშირად ნახულობენ თანდაყოლილი ენდომეტრიოზის კერებს.

Uterus unicomis (სურ. 116) – იშვიათი პათოლოგიაა, რომელიც ერთ-ერთი პარამეზონეფრული სადინრის ღრმა დაზიანებისას ვითარდება. ამ ანომალიის დროს, ძირითადად, არ არსებობს ერთი თირკმელი და საკვერცხე.

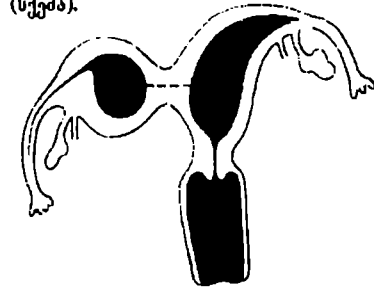
Uterus bicornis rudimentarius solidus (სურ. 117) იგი „მაიერ-როკიტანსკ-კიუსტერ-მიულერ-ჰაუსერის სინდრომის“ სახელითაც არის ცნობილი. განვითარების ანომალიის ამ პათოლოგიის დროს საშო და საშვილოსნო წარმოდგენილია თხელი შემაერთებელქსოვილოვანი ჩანასახებით. ზოგჯერ ამ ჩანასახებში არის სანათური, რომელიც ამოფენილია ერთშრიანი ცოლინდრული ეპითელიუმით, მის ქვეშ გან-



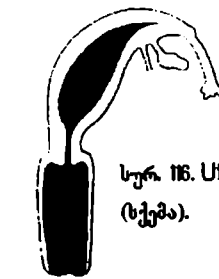
სურ. 113. Uterus bicornis bicollis (სქემა).



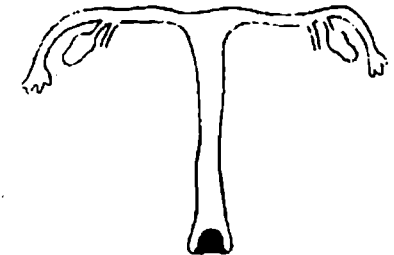
სურ. 114. Uterus bicornis unicollis (სქემა).



სურ. 115. Uterus bicornis რუდიმენტული რქით (სქემა).



სურ. 116. Uterus unicomis (სქემა).



სურ. 117. Uterus bicornis rudimentarius solidus (სქემა).

ლაგებულია ენდომეტრიუმის მსგავსი თხელი შრე ჯირკვლოვანი ელემენტების გარეშე.

საშვილოსნოს მილების განვითარების ანომალიები. ნაყოფის ოპტიმალურთან მიახლოებულ პირობებში განვითარებისას ყალიბდება ფიზიოლოგიური ასიმეტრია. ამ დროს მარჯვენა ფალოპიუსის მილის სიგრძე მეტია მარცხენა ფალოპიუსის მილის სიგრძეზე არაუმეტეს 5 მმ-ით. ორსულობის პათოლოგიური მიმდინარეობისას მარჯვენა და მარცხენა ფალოპიუსის მილის სიგრძეებს შორის სხვაობა შეიძლება იყოს 35-47 მმ. რეპროდუქციული ასაკის ქალებში საშვილოსნოს მილის სიგრძის შესწავლის დროს დადგინდა, რომ კანონზომიერება, რომელიც ყალიბდება ჯერ კიდევ ონტოგენეზის ანტენატალურ პერიოდში (მარჯვენა მილი უფრო გრძელია მარცხენაზე), შენარჩუნებულია შემდეგ შიც. აღნიშნული მონაცემები ნაწილობრივ ხსნის მილის მარჯვენამხრივი ორსულობის განვითარების უფრო მაღალ სიხშირეს.

დედის ორსულობის გართულებულმა მიმდინარეობამ (ინფექცია) ზოგჯერ შეიძლება გამოიწვიოს ფალოპიუსის მილების თანდაყოლილი გაუვალობა, ძირითადად, ისთმურ ნაწილში. მუცლადყოფნის დროს განვითარების დარღვევისას შეიძლება მოხდეს ფალოპიუსის მილების გაორება (ერთ ან ორივე მხარეს). ხშირად აღინიშნება საშვილოსნოს ერთ-ერთი მილის განვითარების შეფერხება ან არარსებობა, რაც ხშირად შერწყმულია საშვილოსნოს განვითარების ანომალიებთან.

საკვერცხეების განვითარების ანომალიები. ანტენატალურ პერიოდში ნაყოფში ხდება საკვერცხეების განვითარების ასიმეტრია, რაც გამოიხატება მარჯვენა საკვერცხის ანატომიური და ფუნქციური უპირატესობით. ეს კანონზომიერება შენარჩუნებულია რეპროდუქციულ ასაკშიც. ამ მოვლენის კლინიკური მნიშვნელობა იმაშია, რომ მარჯვენა საკვერცხის ამოკვეთის შემდეგ ქალებს უფრო ხშირად უვითარდებათ მენსტრუალური ფუნქციის და ნეიროენდოკრინული დარღვევები. განვითარების ანომალიებიდან აღსანიშნავია ცალ მხარეს გონადის არარსებობა, რაც, ძირითადად, შერწყმულია ერთრქიან საშვილოსნოსთან. გონადური ქსოვილის სრული არარსებობა იშვიათად გვხვდება. ასეთ შემთხვევაში გონადების ადგილზე ნახულობენ ფიბროზულ ჰიმებს. ასეთი ანომალია დამახასიათებელია სხვადასხვა სახის საკვერცხეების დისგენეზიისათვის, გენეტიკურის ჩათვლით (შერევესკი-ტერნერის სინდრომი). ბოლო წლებში უფრო ხშირად აღინიშნება საკვერცხეების თანდაყოლილი ან შექმნილი განვითარებლობა (ჰიპოგონადიზმი).

ანომალური საკვერცხეები ხშირად განლაგებულია მათთვის უჩვეულო ადგილებში. მაგალითად, საზარდულის არხში, რაც უნდა გავითვალისწინოთ სადიაგნოსტიკო მანიპულაციებისა და ოპერაციების დროს.

ღიაგნოსტიკა. სასქესო ორგანოების ანომალიის აღმოჩენა ხდება დაბადებისას, სქესობრივი მომწიფების პერიოდში და ქალის რეპროდუქციული ცხოვრების მთელ მანძილზე. სასქესო ორგანოების ანომალიის ძირითადი (და ზოგჯერ ერთადერთი) სიმპტომია მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევა ამენორეის ან პოლიმენორეის სახით.

პარველადი ამენორეა სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიის ყველაზე ხშირი ნიშანია. ხშირად ამენორეას აქვს ცრუ ხასიათი და დაკავშირებულია

მენტრალური სისტემის გამოდენის შეუძლებლობასთან საშვილოსნოს შიგნითა პირის ქვემოთ მდებარე სასქესო სისტემის ნებისმიერ უბანზე არსებული ატრეზიის ან აპლაზიის გამო; მეორადი ამენორეა შედარებით იშვიათად გვხვდება.

მეორე ხშირი სიმპტომია პუბერტულ პერიოდში განვითარებული ტკივილი მუცლის არეში, რომელიც ყოველთვიურად ძლიერდება, მას შეიძლება თან ახლდეს გონების დაკარგვა. ასეთ შემთხვევაში ზოგჯერ მუცელკვეთასაც აწარმოებენ. მუცლის პალპაციის დროს ზოგჯერ აღმოაჩენენ სიმსივნურ წარმონაქმნს, რომელიც მოთავსებულია მის ქვედა ნაწილში (ჰემატომეტრა). ჰემატომეტრის ზომები ზოგჯერ იმდენად დიდია, რომ იგი გვიანი პერიოდის ორსულ საშვილოსნოს მოგვაგონებს. პერიტონეალური მოვლენები ჰემატომეტრის ინფიცირების ან მუცლის ღრუში მენტრალური სისტემის მოხვედრის დროს ვითარდება, რაც დიდხანს არსებული ატრეზიის შემთხვევაში ჰემატოკოლპოსის, ჰემატომეტრის და ჰემატოსალპინქსის განვითარების შემდეგ აღინიშნება.

ჰიმენის ატრეზიის დროს გარეთა სასქესო ორგანოების დათვალიერებას გადამწყვეტი სადიაგნოსტიკო მნიშვნელობა აქვს. ქსოვილების უკან არსებული ციანოზური წარმონაქმნი (ჰემატოკოლპოსი) ჰიმენის, ზოგჯერ კი მთელი შორისის გამობურცვას იწვევს.

საშოსა და საშვილოსნოს განვითარების ზოგიერთი ანომალიის (ტიხარის და სხვ.) გამოსავლენად მიზანშეწონილია ზონდირება.

საშოს ბიძანუალური გამოკვლევა გვეხმარება განვითარების ისეთი ანომალიების აღმოჩენაში, როგორცაა საშვილოსნოს გაორება, რუდიმენტული რქის არსებობა, ჰემატომეტრა.

დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს რექტალურ გამოკვლევას. ჰემატომეტრისა და ჰემატოსალპინქსის შემთხვევაში ისინჯება დიდი, ელასტიკური, უმტკივნეულო „სიმსივნე“. ზოგჯერ მცირე მენჯში არსებული დისტოპიური თირკმელი (ან ორი თირკმელი) შეიძლება შეცდომით სიმსივნურ წარმონაქმნად მივიჩნიოთ.

საშოს სარკეებით დათვალიერება საშუალებას გვაძლევს დავადგინოთ საშვილოსნოს ყელის გაორება, საშოს ტიხარი და ზოგიერთი სხვა ანომალია. ჰისტეროსალპინგოგრაფია საჭიროა, როცა არსებობს ეჭვი ორბიძიანი საშვილოსნოს (ან მასში ძვიდების), აგრეთვე, რუდიმენტული რქის არსებობაზე და მათი სანათურის საშვილოსნოს ღრუსთან კავშირის გამოსავლენად.

აიროვანი პელვიგრაფია გამოიყენება საშვილოსნოს რუდიმენტული რქის არსებობაზე ეჭვის შემთხვევაში.

ბიკონტრასტული ვინეკოგრაფია გამოიყენება შიდა სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიის ყველა სახის დროს.

სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიის დიაგნოსტიკაში გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება კვლევის ენდოსკოპიურ მეთოდებს: კულდოსკოპიას, ლაპაროსკოპიას, ცისტოსკოპიას და რექტორომანოსკოპიას.

მყურნალობა. ზოგიერთი სახის პათოლოგიის შემთხვევაში (უნაგირა ან ცალბიძიანი საშვილოსნო და სხვ.) არავითარი მყურნალობა არ არის საჭირო. მაგრამ, განვითარების ანომალიის სახეობის ცოდნა აუცილებელია შემდგომში ორსულობისა და მშობიარობის სწორად წარმართვისათვის, აგრეთვე სხვადასხვა საშვილოსნოსშიგა მანიპულაციების შესრულებისთვის. ორბიძიანი საშვილოსნოს

არსებობისას ახორციელებენ ქირურგიულ ჩარევას. როკიტანსკი-კიუსტერის სინდრომის მკურნალობა ნაკლებად შედეგიანია. იგი, ძირითადად, სასქესო ფუნქციის უზრუნველყოფას (ხელოვნური საშოს შექმნა ქორწინების წინ) მოიცავს.

მკურნალობის ყველაზე ადვილ მეთოდს იყენებენ საქალწულე აპკის ატრეზიისას: მის ცენტრში აკეთებენ ჯვარედინ განაკვეთს და ჰემატოკოლპოსის დაცლის შემდეგ ცალკეული კეტგუტის ნაკერებით აყალიბებენ ხელოვნურად შექმნილი ჰიმენის ხვრელის კიდევს.

საშოს ატრეზიის ან აგენეზიის შემთხვევაში, როცა შიგნითა გენიტალიები ნორმალურადაა ჩამოყალიბებული, საჭიროა ოპერაცია. ხელოვნურად შექმნილი საშო არა მხოლოდ უზრუნველყოფს სქესობრივ ცნოვრებას, არამედ ასრულებს საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის დამცლელი არხის როლსაც.

საშვილოსნოს რუდიმენტულ ან დამატებით რქას მუცელკვეთის დროს აცილებენ.

ინფანტილიზმი

სქესობრივი ინფანტილიზმი, რომელიც დგინდება 15 წლის ასაკის შემდეგ, ხასიათდება სასქესო ორგანოების არასრული განვითარებითა (ანატომიური და ჰისტოლოგიური) და საკვერცხეების ჰიპოფუნქციით. როდესაც სასქესო ინფანტილიზმი შერწყმულია ზოგადთან, დიაგნოზი შეიძლება დაისვას უფრო ადრეულ ასაკშიც (13-14 წ). ზოგადი ინფანტილიზმი ხასიათდება მეორადი სასქესო ნიშნების უკმარისი განვითარებითა (ასაკობრივი ნორმიდან ჩამორჩენა 1-3 წლით) და ანთროპომეტრული მაჩვენებლების დარღვევით.

სასქესო ინფანტილიზმი გამოკვლეულ გოგონათა 4-16%-ში გვხვდება, მათ ნახევარში იგი შერწყმულია ზოგად ინფანტილიზმთან.

ეტიოლოგია. ინფანტილიზმის მიზეზებს შორის, გენური დარღვევების, მუცლადყოფნის პერიოდში განვითარების გართულებული მიმდინარეობის გარდა, მნიშვნელობა ენიჭება პოსტნატალურ ფაქტორებს: კვების დარღვევა (კერძოდ, ჰიპოვიტამინოზი), ბავშვთა ინფექციები, ტონზილიტი, რევმატიზმი, ოპერაციები საკვერცხეებზე.

კლასიფიკაცია. განასხვავებენ სქესობრივი ინფანტილიზმის 2 ვარიანტს:

ა) ოვარიული უკმარისობით მიმდინარე;

ბ) საკვერცხეების ჰიპოფუნქციის გარეშე მიმდინარე.

პირველი ვარიანტი უფრო ხშირად გვხვდება. იგი ვლინდება საკვერცხეების ჰიპოფუნქციით, ენდომეტრიუმის არასრულფასოვანი ციკლური და სხვა ცვლილებებით. საკმაოდ ხშირად აღინიშნება ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერფუნქცია.

ინფანტილიზმის დროს ხშირად აღინიშნება საკვერცხეების დაქვეითებული მგრძობელობა გონადოტროპული ჰორმონების მიმართ, სამიზნე ორგანოებისა კი (საშვილოსნოს, სარძევე ჯირკვლების) – სტეროიდული ჰორმონების მიმართ. ინფანტილიზმს, ძირითადად, ახასიათებს ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის პროდუქციის სიჭარბე ლუთეოტროპული ჰორმონის უკმარისი გამომუშავების ფონზე.

ინფანტილიზმისათვის დამახასიათებელია საშვილოსნოს კუმშვითი უნარის დაქვეითება, რაც დაკავშირებულია ესტროგენული რეცეპტორების რაოდენობის

ან მათი მგრძობელობის დაქვეითებასთან. ინფანტილიზმის დროს მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ინერვაციის, აგრეთვე, შიდა ორგანული და მენჯის ჰემოდინამიკის დარღვევები.

კლინიკა. ინფანტილური გოგონა, ძირითადად, დაბალია (ან საშუალოზე ოდნავ მაღალი), ძვალწვრილია. მენჯი თანაბრად შევიწროებულია, ძირითადად, აღინიშნება გვიანი მენარქე, ჰიპომენსტრუალური სინდრომი (რომელიც ხშირად შერწყმულია ალგოდისმენორეასთან). გენიტალური ინფანტილიზმის შემთხვევაში აღინიშნება შეუსაბამობა პროპორციულ აღნაგობასა და სასქესო ორგანოების არასრულ (ზოგჯერ გამოხატულ) განვითარებას შორის.

სასქესო ინფანტილიზმის ხარისხის განსაზღვრისათვის მნიშვნელოვანია ჰიპოპლაზიური საშვილოსნოს ზომების დადგენა. განასხვავებენ საშვილოსნოს განუვითარებლობის 3 ხარისხს: რუდიმენტულ (ჩანასახოვან), ინფანტილურ და ჰიპოპლაზიურ საშვილოსნოს.

რუდიმენტული ანუ ჩანასახოვანი საშვილოსნო (uterus fetalis) — საშვილოსნოს სიგრძე 1-3 სმ-ია, დიდი ნაწილი უკავია ყელს. ეს ფორმა ძალიან იშვიათად გვხვდება და უფრო ახლოს დგას სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიებთან, ვიდრე მის არასრულ განვითარებასთან. საშვილოსნოს ზომების მკვეთრ შემცირებასთან ერთად ასეთ პაციენტებს აქვთ ჰიპოესტროგენია და მდგრადი ამენორეა. ზოგჯერ აღინიშნება მკირე მენსტრუაციის მსგავსი გამონადენი. პროგნოზი, ქალის ორგანიზმის სპეციფიკური ფუნქციის აღდგენის თვალსაზრისით, არ არის საიმედო.

ინფანტილური საშვილოსნო (uterus infantilis) — საშვილოსნოს სიგრძე 3 სმ-ზე მეტია. შეფარდება საშვილოსნოს ყელსა და ტანს შორის არის 3:1, ე.ი. ისეთივე, როგორც პრეპუბერტული პერიოდის გოგონას. ბიძანუალური გამოკვლევით დგინდება საშვილოსნოს ჰიპერანტეფლექსია, სუსტად გამოხატული საშოს თაღები, ინფანტილიზმის ამ ფორმის დროს საკვერცხეები ძალიან განლაგებული, ფალოპიუსის მილები გრძელი და დაკლაკნილია. მენსტრუაცია იშვიათია, მტკივნეული. რეპროდუქციული ფუნქციის აღდგენისთვის საჭიროა ხანგრძლივი მკურნალობა. პროგნოზი უფრო საიმედოა, ვიდრე ზემოხსენებული პათოლოგიის დროს.

ჰიპოპლაზიური საშვილოსნო (uterus hypoplastic). საშვილოსნოს სიგრძე 6-7 სმ-ს აღწევს. შეფარდება საშვილოსნოს ყელსა და ტანს შორის არის 1:3. ჰიპოპლაზიური საშვილოსნო ვითარდება არა მხოლოდ ანტენატალურ პერიოდში და ბავშვობის ასაკში მოქმედი უარყოფითი ზეგავლენისას, არამედ პუბერტულ პერიოდში გადატანილი ადგილობრივი ანთებითი პროცესების შედეგადაც. ეს პათოლოგია შეიძლება თავისით გაქრეს სქესობრივი ცხოვრების დაწყებისა და დაორსულების შემდეგ.

დიაგნოსტიკა დამყარებულია ანამნეზისა და ობიექტური გამოკვლევების მონაცემებზე ანთროპომეტრიის, საშვილოსნოს ზონდირების, ჰისტეროსალპინგოგრაფიის გამოყენებით, ძვლოვანი ასაკის განსაზღვრაზე (ბავშვთა პრაქტიკაში), ლაბორატორიულ გამოკვლევებზე და სხვ. ანამნეზში ხშირად აღინიშნება ანტენატალური პერიოდის არასაიმედო მიმდინარეობა, აგრეთვე ბავშვობაში დიდი რაოდენობით ინფექციური და სხვა დაავადებების გადატანა. ძირითადი ჩივილებია — მენსტრუაციის გვიანი გამოჩენა, ჰიპომენსტრუალური სინდრომის

ტიპის მენსტრუალური ციკლის დარღვევა. ხშირია მტკივნეული მენსტრუაციები. პაციენტი არის დაბალი (იშვიათად მაღალი), აქვს არასრულად ჩამოყალიბებული გულმკერდი, განუვითარებელი ძუძუები, შევიწროებული მენჯი, იშვიათი თმისა და ბოქვენზე და ილიებში. მცირე სასირცხო ბაგეები წინაა გამოწეული, სავნებო ოდნავ გადიდებული ჩანს გარეთა სასქესო ორგანოების ჰიპოპლაზიის გამო. ბიმაწულური გამოკვლევით ისინჯება განუვითარებელი საშვილოსნო, რომელიც ჰიპერანტეფლექსიის მდგომარეობაში იმყოფება.

თუ სასქესო ინფანტილიზმი შერწყმულია ზოგად განუვითარებლობასთან, პაციენტის აღნაგობაში შეიძლება აღმოვაჩინოთ ზოგიერთი ინტერსექსუალური ნიშანი: გულმკერდის გარშემოწერილობის მომატება, მენჯის ზომების შემცირება (განსაკუთრებით გარეთა კონიუგატის), ძვლოვანი ასაკის ჩამორჩენა კალენდარულისაგან.

სისხლში გონადოტროპული ჰორმონების (ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუთენინიზებელი) კონცენტრაციის შესწავლისას აღგენენ, რომ მათი გამო-მუშავება აციკლური ხასიათისაა. ამასთან დაკავშირებით, ქვეითდება სტეროი-დული სასქესო ჰორმონების პროდუქცია. 17-კეტოსტეროიდების დონე დღე-ღამურ შარდში შეესაბამება ასაკობრივ ნორმას. სასქესო ქრომატინის შემცვე-ლობა და კარიოტიპი ასეთ პაციენტებში შეცვლილი არ არის.

გამოკვლევის რენტგენოლოგიურ მეთოდებს შორის დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ჰისტეროსალპინგოგრაფიას. მისი საშუალებით შეიძლება განისაზღვროს შიგნითა პირის (გაფართოებული), საშვილოსნოს ყელის არხის (დაგრძელება გამოხატული პალმისმაგვარი ნაკეცებით) და საშვილოსნოს მილე-ბის (გრძელი, დაკლაკნილი) მდგომარეობა. ინფანტილიზმის დროს ძვლოვანი ასაკის ჩამორჩენა, რომელიც მტევნის რენტგენოგრაფიით განისაზღვრება, კალენდარულთან შედარებით 1-4 წელს აღწევს. სასქესო ორგანოების ინფან-ტილიზმის დიფერენცირება აუცილებელია, უპირველეს ყოვლისა, იუვენილური ჰიპოთალამური სინდრომის, შტეინ-ლევენტალის სინდრომის (ადრეული ვარიანტი), გონადების დისგენეზიის (სუფთა ფორმა) და თანდაყოლილი ენდო-მეტრიოზისაგან. მე-5 ცხრილში მოცემულია ამ მდგომარეობების დიფერენციულ-დიაგნოსტიკური ნიშნები.

მკურნალობა. სასქესო ორგანოების ინფანტილიზმის მკურნალობა, აშკარა განუვითარებლობის (ჩანასაზოვანი საშვილოსნო) შემთხვევების გარდა, ძირითა-დად, წარმატებულია. მკურნალობის ჩატარებისას აუცილებელია:

ა) შესაძლებლობის მიხედვით მოვაცილოთ სასქესო ორგანოების განვითარე-ბის ჩამორჩენის მიზეზი;

ბ) შევქმნათ „მზადყოფნის ფონი“, ე.ი. სასქესო ჰორმონების მოქმედებისადმი სამიზნე ორგანოების მომატებული მგრძობელობის მდგომარეობა;

გ) შევარჩიოთ შესაბამისი ჩანაცვლებითი ჰორმონთერაპია.

ჰორმონული სტიმულაციის მიმართ სასქესო ორგანოების მგრძობელობის მომატების მიზნით, ატარებენ მკურნალობის 2-4 თვიან კურსებს ვიტამინებით (E, C, B₆, B₁), იყენებენ ატფ-ს. ჰორმონული თერაპიის დაწყების წინ, აუცილებ-ლად უნდა დავრწმუნდეთ ანომალური გონადების (მამაკაცის ტიპის ცრუ ჰერმაფროდიტიზმი, ტესტიკულური ფემინიზაცია) არსებობაში და გამოვრიცხოთ საკვერცხის ჰორმონულად აქტიური სიმსივნეები. პირველი 2-3 თვის მანძილზე

ცხრილი № სასქესო ინფანტილიზმის სადიფერენციო-დიაგნოსტიკური ნიშნები.

პათოლოგიის სახე	საკვერცხეების მდგომარეობა	მეორედი სასქესო ნიშნების გამოხატულება	ალგომენორეა	ნეიროენდოკრინული დარღვევები
სასქესო ინფანტილიზმი	შემცირებულია	გამოხატული არ არის	დამახასიათებელია	შეიძლება არ იყოს
იუვენილური ჰიპოთალამური სინდრომი	კისტური გადაგვარება	გამოხატულია	შეიძლება არ იყოს	ნევროზული რეაქციები ვეგეტაციურ-სისხლძარღვოვანი დარღვევებით
შტეინ-ლევენტალის სინდრომი	გადიდებულია	ჰირსუტიზმი, კარგად გამოხატული არაა	დამახასიათებელი არ არის	შეიძლება არ იყოს
გონადების დისგენეზია (წმინდა ფორმა)	შემცირებულია	გამოხატულია	არ არის დამახასიათებელი	შეიძლება არ იყოს
თანდაყოლილი ენდომეტრიოზი	ცვლილებების გარეშე	გამოხატულია	მკვეთრადაა გამოხატული, თანახლავს ღებინება, ზოგჯერ მწვავე მუცლის სიმპტომებიც	შეიძლება არ იყოს

მკურნალობენ სიგეტინის მინიმალური დოზებით (0,05 გ ერთხელ დღეში). ერთდროულად ატარებენ მკურნალობის კურსს განგლერონით (0,04 გ ერთხელ დღეში) ასეთივე ხანგრძლივობით. მომდევნო 3-4 თვის განმავლობაში მიზანშეწონილია ესტროგენებისა და პროგესტერონის მინიმალური დოზების ციკლური შეყვანა. ჰორმონული მკურნალობის კურსის შემდეგ აუცილებელია 3 თვიანი შესვენება. მომდევნო კურსს ატარებენ მხოლოდ წინა კურსის არასაკმარისი შედეგის შემთხვევაში.

ჰორმონული მკურნალობის პარალელურად მიზანშეწონილია ფიზიოთერაპიის (პარაფინი, სპილენძის ელექტროფორეზი ციკლის მე-5-დან მე-13 დღის ჩათვლით და თუთიის ელექტროფორეზი მე-14 დღიდან 24-ე დღის ჩათვლით), ელექტრორეფლექსოთერაპიის (აკუპუნქტურა, საშვილოსნოს ყელის ელექტროსტიმულაცია), სამკურნალო ფიზკულტურის, ბალნეოთერაპიის ჩატარება. ინფანტილიზმის მსუბუქი ხარისხისას მიზანშეწონილია პარაფინის, ოზოკერიტის და სულფიდური წყლების გამოყენება. უფრო გამოხატული ფორმებისას ატარებენ ბალნეოთერაპიას (ნახშირმჟავა წყლები და სხვ.). ხშირად გამოიყენება, აგრეთვე, ტალახით მკურნალობა და გინეკოლოგიური მასაჟი.

ზოგადი და გენიტალური ინფანტილიზმით დაავადებულები უნდა იმყოფებოდნენ დისპანსერული მეთვალყურეობის ქვეშ და პერიოდულად იტარებდნენ ჩანაცვლებით თერაპიას. ისინი ჩართული უნდა იყვნენ სასქესო ორგანოების სიმსივნური პროცესების განვითარების მომატებულ რისკიანთა ჯგუფში.

პროგნოზი. ქალის ორგანიზმის სპეციფიკური ფუნქციების რეაბილიტაციის გამო, ინფანტილიზმის ზომიერად გამოხატული ხარისხებისას საიმედოა.

სქესობრივი მომწიფების პერიოდში გოგონა ჩამოყალიბებული ქალი ხდება, ამ პერიოდს პუბერტული ეწოდება. ამ დროს ხდება სასქესო ჭირკვლების ფუნქციის გააქტივება, რომელიც განაპირობებს გოგონას სწრაფ სომატურ და სქესობრივ განვითარებას. სქესობრივი მომწიფების პერიოდის ბოლოს გოგონას ორგანიზმი ანატომიურად და ფუნქციურად მზადაა თაობის გასაგრძელებლად.

განასხვავებენ სქესობრივი მომწიფების პერიოდის ორ ფაზას. პირველი ფაზა — პრეპუბერტული, ხასიათდება სიმაღლეში ზრდის „ნახტომით“, მეორადი სასქესო ნიშნების გამოვლენით, სასქესო ორგანოების შემდგომი განვითარებით. ფაზა მთავრდება პირველი მენსტრუაციით (მენარქე). მეორე ფაზა იწყება პირველი მენსტრუაციიდან და მთავრდება სქესობრივი და სომატური განვითარების დასრულებით. ეს ფაზა ხასიათდება მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარების დამთავრებით, ზრდის შენელებით, მდგრადი ოვულაციური ციკლების მიმდინარეობით.

სქესობრივი სიმწიფის დადგომამდე ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხეებისა შვილონოსის სისტემა სხვადასხვა სახის თავისებურებებით გამოირჩევა. ენდომეტრიუმი ხასიათდება სასქესო ჰორმონებისადმი დროებითი უგრძობელობით. საკვერცხეები გამოიმუშავებენ სასქესო ჰორმონების შედარებით მცირე რაოდენობას. ამ დროს ესტროგენებში ჭარბობს „არაკლასიკური“ ჰორმონები (ფენოლსტეროიდები), ხოლო ოვულაციისა და ყვითელი სხეულის შემდგომი განვითარების არარსებობას თან ახლავს პროგესტერონის ძალიან მცირე რაოდენობით გამოყოფა (იგი, ძირითადად, თირკმელზედა ჭირკვლებით გამოიყოფა). გოგონების საკვერცხეების დაბალი ჰორმონული აქტივობა არ ასტიმულირებს ჰიპოფიზისა და ჰიპოთალამუსის ფუნქციას. ფიზიოლოგიურ პირობებში ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხეების სისტემის მექანიზმების ჩართვა, რაც სქესობრივი მომწიფების დაწყებას განაპირობებს, იწყება არა პერიფერიული რგოლიდან (საკვერცხეები), არამედ ცენტრალურიდან (ჰიპოთალამუსი-ჰიპოფიზი). რილიზინგ-ფაქტორების პროდუქციის აქტივაციის შედეგად ჰიპოფიზის გონადოტროპული ჰორმონების ბაზალური სეკრეცია ციკლური ხდება, რაც, თავის მხრივ, საკვერცხეებში ფოლიკულების მომწიფებას, ოვულაციას და ყვითელი სხეულის განვითარებას იწვევს. სასქესო ჰორმონები მოქმედებენ ენდომეტრიუმზე, იწვევენ რა მასში ციკლურ ცვლილებებს. სქესობრივი მომწიფების პერიოდში ბევრი ციკლი თავდაპირველად ანოვულაციურია.

სქესობრივი განვითარების შეფასებისას საზღვრავენ მორფოტიპს. სქესობრივი განვითარების შეფერხებისათვის დამახასიათებელია ინტერსექსუალური და ინფანტილური მორფოტიპები.

გოგონაში მეორადი სასქესო ნიშნების (თუნდაც ერთ-ერთი მათგანის) გამოვლენას 8 წლის ასაკამდე, ადრეული სქესობრივი მომწიფება ეწოდება. ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება არის ჭეშმარიტი ანუ კონსტიტუციური (როცა არ აღინიშნება პათოლოგიური ორგანული ან ფუნქციური ცვლილებები) და ცრუ, რომელიც გამოწვეულია ანატომიური და ფუნქციური ცვლილებებით მენსტრუალური ციკლის მარეგულირებელი სისტემის ერთ ან რამდენიმე რგოლში.

სქესობრივი მომწიფების პერიოდი შეიძლება იყოს იზოსექსუალური (როცა ფენოტიპი ტრანსფორმირდება ქალური ტიპით) და ჰეტეროსექსუალური (როცა განვითარება ხდება მამაკაცური ტიპით).

იზოსექსუალური ტიპის ნაადრევი სქესობრივი განვითარება

ეტოლოგია და პათოგენეზი. ცენტრალური წარმოშობის ადრეული სქესობრივი მომწიფების განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს პერინატალური პათოლოგია – ასფიქსია, სამშობიარო ტრავმა, აგრეთვე ინფექციურ-ტოქსიკური დაავადებები ადრეული ბავშვობის ასაკში. ამ ფაქტორებმა დიენცეფალურ ნაწილზე უშუალო ზემოქმედების გარდა, შეიძლება გამოიწვიოს ქრონიკული ქალასშიდა ჰიპერტენზიის სინდრომი. ამის შედეგად ჰიპოთალამუსის მიდამოში ხდება იმ ცენტრების ნაადრევი და ჰეტეროქრონული მომწიფება, რომლებიც არეგულირებენ მენსტრუალური ციკლის ნეიროენდოკრინული რეგულაციის რთულ სისტემას.

უფრო ხშირად გვხვდება ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება, რომლის განვითარებაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება გენეტიკურ ფაქტორებს. ზოგჯერ პათოლოგიის ეს ფორმა დაკავშირებულია ანთებით პროცესებთან ან სიმსივნესთან.

ოვარიული წარმოშობის ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება დაკავშირებულია ან ფოლიკულური კისტის განვითარებასთან (ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების ტრანზიტორული ფორმა) ან საკვერცხის ჰორმონმაპროდუცირებელ სიმსივნის არსებობასთან. ფოლიკულური კისტის ფონზე ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება ტრანზიტორულია და მისი ნიშნები 2-3 თვის განმავლობაში უკუგანვითარებას განიცდის.

საკვერცხეების ჰორმონულად აქტიური სიმსივნეები შეიძლება იყოს ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების ერთ-ერთი მიზეზი. მათ მიეკუთვნება გრანულოვან-უჯრედოვანი სიმსივნეები, რომლებიც უფრო ხშირად გვხვდება, აგრეთვე ტერატომები. ჰორმონული პრეპარატების ხანგრძლივი ეგზოგენური შეყვანა ზოგჯერ შეიძლება ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების ერთ-ერთი მიზეზი იყოს. თუმცა, ეს სიმპტომები, ძირითადად, პრეპარატების მოხსნის შემდეგ სწრაფად ქრება.

კლინიკა. ჰიპოთალამუსში სიმსივნის განვითარებით გამოწვეული ცენტრალური წარმოშობის ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება შერწყმულია გამონატულ ნევროლოგიურ სიმპტომატიკასთან (ინტელექტის ჩამორჩენა, ემოციური ცვალებადობა, დიენცეფალური სტრუქტურების ფუნქციის დარღვევის ნიშნები). ასეთი პათოლოგიის დამახასიათებელი სიმპტომია ცერებრული ჰიპერტენზია, რაც დასტურდება ქალას თალის ძვლებისა და ქალას ფუძის რენტგენოგრაფებზე თითის ჩანაჭდეების გაძლიერებული სურათით.

ცენტრალური გენეზის ფუნქციური ხასიათის ნაადრევი სქესობრივი განვითარებისათვის დამახასიათებელია ნივთიერებათა ცვლისა და ვეგეტაციური ცვლილებები, რასაც ადგილი აქვს დიენცეფალური მიდამოს ფუნქციური დარღვევებისას: ჰიპერპიდროზი, აკროციანოზი, სუბფებრილიტეტი, ზომიერი გაცხობოვნება. ასეთ ბავშვებში უხეში ნევროლოგიური სიმპტომები, ისევე, როგორც ინტელექტის განვითარების დარღვევა, არ აღინიშნება.

კლინიკური სურათი საკვერცხეების ჰორმონაქტიური სიმსივნეებით გამოწვეული ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების დროს ცერებრული ფორმისაგან იმით

განსხვავდება, რომ სუსტად გამოხატული მეორადი სასქესო ნიშნების ფონზე, დასაწყისში ჩნდება სასქესო გზებიდან არარეგულარული სისხლიანი გამონადენი. შიგნითა და გარეთა სასქესო ორგანოებზე არის ესტროგენული გავლენის ნიშნები: ვულვის ციანოზურობა, გამოხატული „გუგის“ სიმპტომი, საშვილოსნოს ზომების გადიდება. გონადოტროპინების პროდუქცია მომატებულია, ხოლო სისხლსა და შარდში ესტროგენების კონცენტრაცია მაღალ დონეზეა. საკვერცხეების ჰორმონულად აქტიური სიმსივნეებით განპირობებული ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების შემთხვევაში, არ აღინიშნება სომატური განვითარების ისეთი დაჩქარება, როგორც ცენტრალური გენეზის დაავადებას ახასიათებს. გოგონების ძვლოვანი ასაკი, სიმაღლე და სხეულის წონა, კალენდარულ ასაკს შეესაბამება, რაც განპირობებულია ხანმოკლე ესტროგენული მოქმედებისას სიმსივნის განვითარებით.

დიაგნოსტიკა. ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების გენეზის გამოვლენისას უნდა განვსაზღვროთ, უდევს თუ არა ამ პათოლოგიას საფუძვლად ფუნქციური ან ორგანული დარღვევები. ამის შემდეგ უნდა დავადგინოთ პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაცია.

სინდრომის ცენტრალური გენეზისას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ანამნეზში დედის მიერ ორსულობის დროს გადატანილ ვირუსულ ინფექციებზე, ტოქსოპლაზმოზზე და ზოგიერთ სხვა ინფექციურ დაავადებაზე მითითებას. დიდი მნიშვნელობა უნდა მივანიჭოთ მშობიარობის პათოლოგიური მიმდინარეობის შედეგად მიღებულ ნაყოფის ქლასშიდა ტრავმას. ახალშობილობისა და ბავშვობის პერიოდების დახასიათებისას ყურადღება უნდა მიექცეს გადატანილ მძიმე დაავადებებს. ცენტრალური გენეზის ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების დიაგნოსტიკაში დიდ დახმარებას გვიწევს ნევროლოგიური გამოკვლევა, ქლასშიდა ჰიპერტენზიის აღმოჩენა, პათოლოგიური ელექტროენცეფალოგრაფია (დიზრიტმია, ნახევარსფეროებს შორის ასიმეტრია სიხშირისა და ამპლიტუდის მიხედვით და სხვ.).

საკვერცხეების ფორმის ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების დროს გოგონებში გინეკოლოგიური გამოკვლევით აღინიშნება ვულვის ასაკთან შეუსაბამო სინოტივე, საშოს ნაოჭიანობა, ჰიპერესტროგენიის მდგომარეობა ფუნქციური დიაგნოსტიკის ტესტებით, საშვილოსნოს ზომების გადიდება. დამახასიათებელია ესტროგენების მაღალი დონე სისხლის პლაზმაში ან შარდში გონადოტროპინების შედარებით მცირე შემცველობის ფონზე.

მკურნალობა დამყარებულია პათოლოგიის აღკვეთაზე, რომელმაც გამოიწვია ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება და ამ უკანასკნელის დამუხრუჭებაზე. ამ მიზნით იყენებენ ვიტამინებს, დეჰიდრატაციულ თერაპიას, B₁ ვიტამინისა და ნოვოკაინის ენდონაზალურ ელექტროფორეზს, აწარმოებენ ლოკალური ინფექციის კერების სანაციას.

ცენტრალური წარმოშობის ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების პროფილაქტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ანტი- და ინტრანატალური პათოლოგიის წინააღმდეგ ბრძოლას.

სქესობრივი განვითარების პროცესის შეფერხებისათვის გამოიყენება პრეპარატები, რომლებიც თრგუნავენ ჰიპოფიზის გონადოტროპულ ფუნქციას (კომბინირებული ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატები, ეპიფიზის პრეპარატები).

ამ პრეპარატების მოქმედება დამყარებულია ჰიპოთალამუსის მიმართ უარყოფითი უკუკავშირის მექანიზმებზე. მაგრამ სინთეზური ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატები სპეციფიკურად მოქმედებენ ჰორმონდამოკიდებულ ორგანოებზე და ქსოვილებზე, ამიტომ მათი მიღება ზუსტად უნდა იქნას განსაზღვრული.

საკვერცხეების ჰორმონულად აქტიური სიმსივნეების დროს აწარმოებენ ოპერაციას. მისი მოცულობა განისაზღვრება სიმსივნის ხასიათით. მცირე ზომის ფოლიკულური კისტების არსებობისას ქირურგიული ჩარევა მიზანშეუწონელია. ასეთი პაციენტი იმყოფება სპეციალისტის სისტემატური დაკვირვების ქვეშ. ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების სიმპტომები, ძირითადად, 2-3 თვეში ქრება.

პეტეროსექსუალური ტიპის ნაადრევი სქესობრივი განვითარება. ამ პათოლოგიას საფუძვლად უდევს თანდაყოლილი ადრენოგენიტალური სინდრომის მარტივი ვირილიზებული ფორმა, რომელიც თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქში 21-ჰიდროქსილაზის ფერმენტული სისტემის უკმარისობით განპირობებულ გენეტიკურ დაავადებას წარმოადგენს (ენზიმოპათია). ეს დეფექტი იწვევს კორტიზოლის წარმოქმნის უკმარისობას და ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის პროდუქციის მომატებას, ხოლო ამ ჰორმონის გაზრდილი სტიმულაცია კი თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ორმხრივ ჰიპერტროფიას და ჰორმონების სინთეზის გაძლიერებას. მნიშვნელოვნად მატულობს კორტიზოლის წინამორბედების, მათ შორის ანდროგენების პროდუქცია. ანდროგენების სიჭარბე იწვევს სასქესო ორგანოების ვირილიზაციას: სავნებოს გაზრდას და უროგენიტალური სინუსის გაჩენას. უფრო ხშირად აღგილი აქვს ფერმენტ 21-ჰიდროქსილაზის დეფექტს მარილების დაკარგვის გარეშე (გაუროთულეებელი ადრენოგენიტალური სინდრომი), იშვიათად — მარილების დაკარგვით (გართულეებული სინდრომი).

დაავადება გვხვდება 5000 ახალშობილიდან 1-ზე და ავტოსომურ-რეცესიული ტიპით გადაეცემა.

კლინიკა. თანდაყოლილი ადრენოგენიტალური სინდრომის დიაგნოზი შეიძლება დაისვას უკვე ახალშობილ გოგონაში. აღინიშნება სავნებოს ჰიპერტროფია, სასქესო ბაგეების ჰიპოპლაზია, მაღალი შორისი, უროგენიტალური სინუსის არსებობა. ადრენოგენიტალური სინდრომის მქონე ბავშვებში სომატური განვითარება ხასიათდება ცხოვრების პირველ ათწლეულში ზრდის ტემპის მნიშვნელოვანი მომატებით. 12 წლის ასაკში ზრდის სისწრაფე მკვეთრად მცირდება და სხეულის ზრდის ნამატი 12-15 წლისთვის 5-ჯერ ნაკლებია, ვიდრე ანალოგიური ასაკის ჯანმრთელ გოგონებში.

ადრენოგენიტალური სინდრომის მქონე გოგონების აღნაგობა დისპლაზიურია: ვიწრო მენჯი, ფართო მხრები, მოკლე კიდურები, ლულოვანი ძვლები უფრო მასიურია, ვიდრე ჯანმრთელ გოგონებში და ზრდასრულ ქალებშიც კი. სქესობრივი მომწიფების პერიოდი ადრე იწყება (6-7 წლიდან) და პეტეროსექსუალური ტიპით მიმდინარეობს: ჩნდება მამაკაცური მეორადი სასქესო ნიშნები (მამაკაცური ტიპის თმინაობა, სავნებოს გადიდება, ხმის ტემბრის დაქვეითება, ბეჭდისებრი ხრტილის გადიდება, კუნთოვანი ძალის მომატება). სარძევე ჯირკვლები და მენსტრუალური ფუნქცია არ ვითარდება. საშვილოსნოს ზრდა ადრენოგენიტალური სინდრომის დროს, ბავშვობისა და სქესობრივი მომწიფების პერიოდში უფრო ნელა მიმდინარეობს, ვიდრე ჯანმრთელ გოგონებში. ეს იმას მოწმობს, რომ გამოხატული ჰიპერანდროგენიის მიუხედავად, ადრენო-

გენიტალური სინდრომის დროს მაინც ხდება შიგნითა სასქესო ორგანოების ზრდა-განვითარება თირკმელზედა ჯირკვლების ესტროგენების ხარჯზე. თანდაყოლილი ადრენოგენიტალური სინდრომის დროს საერთო გონადოტროპინებისა და მალუთენინიზებული ჰორმონის გამოყოფა სიცოცხლის პირველ ათწლეულში ნორმასთან შედარებით მაღალია.

ადრენოგენიტალური სინდრომის მქონე გოგონებში სომატური განვითარების დაჩქარება ცერებრული სტრუქტურების ფუნქციების უფრო ადრეული აქტივაციის ფონზე მიმდინარეობს, რაც შეიძლება ავხსნათ ანდროგენების მოქმედებით, რომელთა დონე ორგანიზმში ამ სინდრომის დროს მკვეთრად მომატებულია. აღსანიშნავია გონადოტროპული ფუნქციის აციკლური ხასიათი, რაც ჰიპოთალამუსის სქესობრივი დიფერენცირების მამაკაცურ ტიპს ახასიათებს. ასეთი დარღვეული გონადოტროპული ფუნქცია შეუძლებელს ხდის ფოლიკულების ციკლურ მომწიფებას და ოვულაციას.

ადრენოგენიტალური სინდრომით დაავადებულებს მკვეთრად აქვთ მომატებული 17-კეტოსტეროიდების ექსკრეცია. პრედნიზოლონით ან დექსამეტაზონით სინჯის ჩატარებისას, მათი ექსკრეცია ქვეითდება 2-ჯერ და მეტად (სინჯი დადებითია).

ადრენოგენიტალური სინდრომის მარტივი ვირილიზებადი ფორმა უნდა განვასხვაოთ სხვა ფორმის ჰერმაფროდიტიზმისა და თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ვირილიზებადი სიმსივნისგან. ამ სინდრომის განმასხვავებელი თავისებურებაა დადებითი სასქესო ქრომატინის, ქალის კარიოტიპის (46XX), პრედნიზოლონის დადებითი სინჯის არსებობა.

მკურნალობა. ადრენოგენიტალური სინდრომის მარტივი ვირილიზებადი ფორმის მკურნალობა დამყარებულია გარედან შეყვანილი გლუკოკორტიკოიდების უნარზე — მოაწესრიგონ ადენოკორტიკოტროპული ჰორმონის ექსკრეცია და თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ჰორმონების სინთეზი, ანდროგენების პროდუქციის შემცირებით. ნიშნავენ თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ჰორმონების ერთ-ერთ პრეპარატს: ჰიდროკორტიზონს, პრედნიზოლონს ან დექსამეტაზონს. უფრო ეფექტურია 7-10 წლის ასაკამდე დაწყებული მკურნალობა.

გლუკოკორტიკოიდებით მკურნალობის შედეგად ვირილიზაცია ფემინიზაციით იცვლება. ამ დროს შესამჩნევად ნელდება ზრდა. აღინიშნება სარძევე ჯირკვლებისა და მენსტრუაციის ნაადრევი განვითარება. ამ მკურნალობით გამოწვეული სწრაფი ფემინიზაცია აიხსნება საკუთარი საკვერცხეების ფუნქციური აქტივობის მომატებით. დადგენილია, რომ მკურნალობის დაწყებისას იზრდება საკვერცხეების მიერ სტეროიდული ჰორმონების პროდუქცია, ნორმალიზდება ჰიპოფიზის გონადოტროპული ფუნქცია და იწყება ოვულაცია.

ხშირად, თანდაყოლილი ადრენოგენიტალური სინდრომისას, ჰორმონულ მკურნალობას ათავსებენ ოპერაციასთან: აწარმოებენ ჰიპერტროფირებული სავენოზსა და სასქესო ბაგეების ამპუტაციას და სხვ.

სავნებოს ამპუტაცია უნდა ჩატარდეს უშუალოდ დიაგნოზის დასმის შემდეგ პაციენტის ასაკის მიუხედავად, ვინაიდან ეს ოპერაცია დადებითად მოქმედებს მის ფსიქიკაზე. ხოლო საშოს შესავლის ფორმირება არ არის მიზანშეწონილი გაკეთდეს 10-11 წელზე უფრო ადრე.

ვირილიზაცია, ადრენოგენიტალური სინდრომის თანდაყოლილი ფორმის დროს, ვითარდება თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევის შედეგად. იგი, აგრეთვე, შეიძლება იყოს მასკულინიზებული საკვერცხეებისა და თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის სიმსივნეების განვითარების შედეგი.

სიმსივნეების კლინიკური გამოვლინებები დამოკიდებულია მათ ტიპზე და პროდუცირებული ანდროგენების რაოდენობაზე. უფრო ხშირად გვხვდება ვირილიზაციის ე.წ. წაშლილი ფორმა, როცა პაციენტებს კლინიკური სიმპტომები მენარქეს შემდეგ გამოუვლინდებათ. ეს დაკავშირებულია ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხეები-თირკმელზედა ჯირკვლების სისტემის ჰორმონული აქტივობის გაძლიერებასთან.

დიდი ხნის განმავლობაში შტეინ-ლევენტალის სინდრომს „წაშლილი“ ვირილიზაციის განვითარების ერთადერთ მიზეზად თვლიდნენ. ამჟამად დადგენილია, რომ „წაშლილი“ ვირილიზაციის მიზეზი შეიძლება იყოს არა მხოლოდ საკვერცხის ფერმენტული სისტემების უკმარისობა (შტეინ-ლევენტალის სინდრომი), არამედ ადრენოგენიტალური სინდრომის პოსტნატალური ფორმაც, აგრეთვე, საკვერცხეებისა და თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ფუნქციის ცენტრალური რეგულაციის დარღვევა.

თირკმელზედა ჯირკვლისმიერი გენეზის ჰიპერანდროგენია. ეს დაავადება შეიძლება განვითარდეს ადრენოგენიტალური სინდრომის თანდაყოლილი ფორმის დროს თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევის შედეგად, აგრეთვე პოსტნატალურ პერიოდში მეორადად, იმ მავნე ფაქტორების მოქმედების შედეგად, რომლებიც არღვევენ თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ფუნქციას (ინტოქსიკაცია, ინფექცია, ეგზოგენური ჰორმონების შეყვანა). ამ მდგომარეობების პათოგენეზი ადრენოგენიტალური სინდრომის თანდაყოლილი ფორმის პათოგენეზის მსგავსია.

კლინიკა. თირკმელზედა ჯირკვლისმიერი გენეზის ჰიპერანდროგენიისათვის დამახასიათებელია ვირილური სიმპტომების ადრეული გამოვლინება. ჰირსუტიზმი ვლინდება მენარქემდე ან მაშინვე მის შემდეგ. მასკულინიზაცია თანდაყოლილ ადრენოგენიტალურ სინდრომთან შედარებით უფრო სუსტადაა გამოხატული. პირველი მენსტრუაცია შეიძლება გვიან განვითარდეს. შემდგომ მენსტრუაციები იშვიათდება (ჰიპომენსტრუალური სინდრომი). თითქმის ყველა პაციენტს აღენიშნება *acne vulgaris* ზურგზე, მკერდზე და სახეზე. ზოგიერთ პაციენტს შეიძლება ჰქონდეს ბუჭი კანი ან კანის პიგმენტირებული უბნები. აღინიშნება სარძევე ჯირკვლების ჰიპოპლაზია. დამახასიათებელია სხეულის მამაკაცური ტიპის აღნაგობა: ფართო ბეჭები, ვიწრო მენჯი, მოკლე კიდურები. სისხლში ანდროგენების მომატებული კონცენტრაცია ძვლების ზრდის ზონის დახურვის დაჩქარებას იწვევს, რის გამოც ნაადრევად წყდება ზრდა. სასქესო ორგანოები განვითარებულია ქალური ტიპით. შეიძლება აღინიშნებოდეს კლიტორის ზომიერი ჰიპერტროფია და საშვილოსნოს ზომების შემცირება საკვერცხეების ნორმალური ზომების ფონზე. შარდთან ერთად 17-კეტოსტეროიდების, ტესტოსტერონის, დეჰიდროეპიანდროსტერონის გამოყოფილი რაოდენობა ნორმას

1,5-2-ჯერ აჭარბებს. ფუნქციური დიაგნოსტიკური ტესტები საშუალებას გვაძლევს დავადგინოთ ანოვულაცია და საშოს ნაცხის ანდროგენული ტიპი.

დიაგნოსტიკა. დიდი მნიშვნელობა აქვს სინჯებს პრედნიზოლონით (ან დექსამეტაზონით) და ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონით. სინჯი დადებითია, თუ გლუკოკორტიკოიდების შეყვანის შემდეგ 17-კეტოსტეროიდების ექსკრეცია მცირდება 50%-ით და მეტად.

სინჯი ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონით, ეყარება თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ჰორმონების სინთეზის სტიმულაციას. ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონი არ მოქმედებს საკვერცხის სიმსივნეში და თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქში ჰორმონწარმოქმნაზე. 21-ჰიდროქსილაზის სინთეზის დეფექტისას სინჯის შემდეგ მკვეთრად იზრდება 17-კეტოსტეროიდების გამოყოფა, ხოლო 17-ოქსიკორტიკოსტეროიდების — პრაქტიკულად არ იცვლება.

მკურნალობა. თანდაყოლილი ადრენოგენიტალური სინდრომის მსგავსად ამ შემთხვევაშიც მიზანშეწონილია ჩანაცვლებითი მკურნალობის განხორციელება გლუკოკორტიკოიდების შემანარჩუნებელი დოზებით. ძირითადად, ნიშნავენ პრედნიზოლონს 5 მგ ან დექსამეტაზონს 0,5 მგ დღე-ღამეში, 17-კეტოსტეროიდების ექსკრეციის კონტროლის ქვეშ.

ჰიპერანდროგენის საკვერცხის ფორმა (შტეინ-ლევენტალის სინდრომი). დაავადება ვითარდება საკვერცხეებში ანდროგენების ჭარბი პროდუქციის შედეგად. ჰიპერანდროგენის საკვერცხისმიერი ფორმა შეიძლება იყოს საკვერცხეებში ჰორმონის სინთეზის თანდაყოლილი ან შეძენილი ენზიმური დეფექტის შედეგი, რომელიც ინფექციის ან ინტოქსიკაციის შედეგად ვითარდება სქესობრივი მომწიფების პერიოდში ან უფრო მოზრდილ ასაკში.

კლინიკა. დაავადების პირველი ნიშნები მენარქესთან ერთად ჩნდება, მენსტრუაციები დასაწყისში იშვიათია (1-3-ჯერ წელიწადში), 1-1,5 წლის შემდეგ ვლინდება პირსუტიზმი. ანთროპომეტრიული მონაცემებით ადასტურებენ ინფანტილიზმის ნიშნების შერწყმას ვირილიზაციასთან (ფართო გულმკერდი, მენჯის ზომების შემცირება, კიდურების სიგრძის მომატება), გინეკოლოგიური გამოკვლევით აღინიშნება მამაკაცური ტიპის თმიანობა, საშვილოსნოს ნორმალური ზომები, საკვერცხეების გადიდება. საკვერცხის გადიდების ხარისხი დაავადების ხანგრძლივობის პროპორციულია. ფუნქციური დიაგნოსტიკური ტესტებით მტკიცდება ანოვულაცია ჰიპოესტროგენიის ფონზე, 17-კეტოსტეროიდების ექსკრეცია ზომიერად მომატებულია, ესტროგენებისა — დაქვეითებული.

მაღლეთინიზებული ჰორმონის ექსკრეცია მომატებულია, მისი ოვულაციისწინა პიკები არაა გამოხატული. სინჯი გლუკოკორტიკოიდებით უარყოფითია. უფრო ინფორმაციულია სინჯი სინთეზური ესტროგენ-გესტაგენური პრეპერატებით, რომლებიც თრგუნავენ ჰიპოფიზის გონადოტროპულ ფუნქციას. გონადოტროპული ჰორმონების ექსკრეციის დათრგუნვა იწვევს საკვერცხეებში ჰორმონების სინთეზის დამუხრუჭებასა და 17-კეტოსტეროიდების ექსკრეციის შემცირებას. ეს სინჯი გამოიყენება თირკმელზედა ჯირკვლისმიერი და საკვერცხისმიერი ჰიპერანდროგენიის დიფერენციული დიაგნოსტიკისთვის.

მკურნალობა. შტეინ-ლევენტალის სინდრომის მკურნალობის ძირითადი მეთოდია ქირურგიული ჩარევა საკვერცხეების სოლისებური რეზექციის სახით (გოგონას ასაკის მიუხედავად). თუმცა სინდრომის სუსტად გამოხატული

კლინიკური მიმდინარეობის დროს მიზანშეწონილია მკურნალობა დავიწყოთ კლომიფენის დანიშვნით — პრეპარატით, რომელიც ასტიმულირებს ოვულაციას. კონსერვატიული მკურნალობის (კლომიფენი) უშედეგობის შემთხვევაში (რომელსაც 6 თვის მანძილზე აწარმოებენ) საჭიროა საკვერცხეების სოლისებური რეზექცია.

დიენცეფალური გენეზის ჰიპერანდროგენია. ეს დაავადება ხშირად ნეიროტროპული ინფექციების შედეგია (ქრონიკული ტონზილიტი, რევმოკარდიტი, გრიპი და სხვ.).

დიენცეფალური გენეზის ჰიპერანდროგენიის დროს ჰიპოთალამუსის ბირთვების კანონზომიერი, სინქრონული მომწიფების პროცესი ირღვევა, რაც რილიზინგ-ჰორმონებით ჰიპოფიზის წინა წილის ხანგრძლივ და არითმულ სტიმულაციას იწვევს, მალუთენინიზებული და ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონების გამოყოფის მყარი მომატებით. ლუთეოტროპული და ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონების ხანგრძლივი მოქმედება საკვერცხეებისა და თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ჰიპერსტიმულაციას იწვევს, რაც აძლიერებს საკვერცხეებისა და თირკმელზედა ჯირკვლის მიერ ანდროგენების გამოყოფას.

კლინიკა. დაავადებულ გოგონებში, მენარქემდე აღინიშნება სქესობრივი მომწიფების დაჩქარება. მენარქე შეიძლება დადგეს ვადეზე ადრე (11 წლის ასაკში), თუმცა რეგულარული მენსტრუალური ფუნქცია არ არის. მენსტრუაციებთან ერთად იშვიათად შეიძლება აღინიშნოს იუვენილური სისხლდენებიც. ხშირად აღინიშნება გაცხიმოვნება და სარძევე ჯირკვლების ჰიპერტროფია. ჰირსუტიზმი სუსტადაა გამოხატული. ანთროპომეტრიული მონაცემები გულმკერდისა და მენჯის გარშემოწერილობის გაზრდაზე მიუთითებს. აღინიშნება მრავლობითი ვეგეტოსისხლძარღვოვანი დარღვევები: ხელის მტევნების აკროციანოზი, მარმარილოსებრი კანი, ტაქიკარდია, თერმორეგულაციის დარღვევა, კიდურების შეშუპება.

გარეგანი და შინაგანი სასქესო ორგანოების პათოლოგიური ცვლილებები არ აღინიშნება. ფუნქციური დიაგნოსტიკური ტესტებით დასტურდება ანოვულაცია ესტროგენების პროდუქციის დეფიციტის ფონზე (ჰიპოესტროგენემია).

დიფერენციული დიაგნოსტიკა. ცენტრალური გენეზის ჰიპერანდროგენიის დიფერენციული დიაგნოსტიკა წარმოებს კომბინირებული სინჯის დახმარებით, ერთ-ერთი ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატისა და პრედნიზოლონის (ან დექსამეტაზონის) გამოყენებით.

მკურნალობა. ინიშნება დეჰიდრატაციული თერაპია (ჰიპოთიაზიდი), ანტიჰისტამინური პრეპარატები (დიმედროლი, სუპრასტინი), სისხლძარღვოვანი კედლის გამავლობის დამაქვეითებელი პრეპარატები (რუტინი, კალციუმის გლუკონატი). მიზანშეწონილია ენდონაზალური იონოფორეზი B₁ ვიტამინით და დიმედროლით, ცილოვანი დიეტა, სამკურნალო ფიზკულტურა. ჰიპერესტროგენიის შემთხვევაში მენსტრუალური ციკლის მეორე ფაზაში (სავარაუდო მენსტრუაციამდე 8 დღით ადრე 6 დღის მანძილზე) მიზანშეწონილია პროგესტრონის ან ტურინალის მიღება.

სქესობრივი განვითარების შეფერხება

13-14 წლის ასაკის პოპულაციისთვის დამახასიათებელი მეორადი სასქესო ნიშნების ჩამორჩენას ორი და მეტი წლით ან მეორადი სასქესო ნიშნების არასაკმარის გამოხატვას ეწოდება სქესობრივი განვითარების შეფერხება. ექიმთან გვიანი მისვლისას მეორადი სასქესო ნიშნების გამოვლენის დინამიკა დაუზუსტებელი რჩება. ამიტომ სქესობრივი მომწიფების შეფერხებას მიაკუთვნებენ ყველა შემთხვევას, როდესაც 15 წლამდე არ არის მენსტრუალური ფუნქცია და განუვითარებელია მეორადი სასქესო ნიშნები. ამგვარად, 15 წლამდე შეიძლება ვისაუბროთ სქესობრივი განვითარების შეფერხებაზე, ამ ასაკის შემდეგ კი სქესობრივ ინფანტილიზმზე.

ეტიოლოგიურ ფაქტორებს შორის მნიშვნელოვანია გენური დარღვევები, მუცლადყოფნის პერიოდის გართულებული მიმდინარეობა, სხვადასხვა ფაქტორების უარყოფითი მოქმედება (არარაციონალური კვება, ნივთიერებათა ცვლის მოშლა, ჰიპოთირეოზი, ქრონიკული ტონზილიტი, ბავშვთა ინფექციები, ოპერაციები საკვერცხეებზე, კორტიკოსტეროიდებით ხანგრძლივი მკურნალობა და სხვ.) ცხოვრების პოსტნატალურ პერიოდში.

განასხვავებენ სქესობრივი განვითარების შეფერხების 2 ძირითად – ცენტრალური და ოვარიული გენეზის – ფორმას.

ცენტრალური გენეზის სქესობრივი განვითარების შეფერხება. ცენტრალური გენეზის სქესობრივი განვითარების შეფერხების მიზეზია ჰიპოთალამური სტრუქტურების მარეგულირებელი ფუნქციის დარღვევა. ამ პათოლოგიის განვითარებაში გარკვეულ როლს თამაშობს მემკვიდრეობითი ფაქტორი. სქესობრივი განვითარების შეფერხება შეიძლება განპირობებული იყოს ხშირი ინფექციურ-ტოქსიკური დაავადებებით (ყველაზე დიდ საშიშროებას წარმოადგენს რევმატიული ინფექცია).

კლინიკა. 14-16 წლის გოგონებში მენსტრუალური ფუნქცია არ აღინიშნება ან იშვიათია; არის მცირე მენსტრუაციები წელიწადში 1-2-ჯერ. ანთროპომეტრიული გამოკვლევებით ვლინდება საჭურისული აღნაგობა: დიდი სიმაღლე შეუსაბამოდ გრძელი ფეხების გამო, სხეულის განივი ზომების შემცირება, ძვლოვანი ასაკი შეესაბამება კალენდარულს. მეორადი სასქესო ნიშნები არ არის საკმარისად განვითარებული, აღინიშნება გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოების ჰიპოპლაზია. ფუნქციური დიაგნოსტიკური ტესტების მონაცემები ადასტურებენ ჰიპოესტროგენიას, ფოლიკულმასტიმულირებელი და ლუთეოტროპული ჰორმონების პროდუქცია ჯანმრთელ გოგონებთან შედარებით მნიშვნელოვნადაა დაქვეითებული.

დიაგნოსტიკა. საკვერცხეების ფუნქციური მდგომარეობისა და ჰიპოფიზის გონადოტროპული ფუნქციის გამოსავლენად გამოიყენება სინჯი ქორიოგონინით, რომელსაც აქვს მალუთენინიზებული აქტივობა და ასტიმულირებს საკვერცხეების ფუნქციას. სქესობრივი განვითარების შეფერხების ცენტრალური ფორმისას სინჯი ქორიოგონინით დადებითია.

სქესობრივი განვითარების შეფერხების ცენტრალური გენეზის დასადასტურებლად აწარმოებენ სინჯს რილიზინგ-ჰორმონით, რომელიც შეყავთ ერთჯერადად ვენაში 100 მკგ, 3 სთ-ის განმავლობაში სისხლის შრატში ფოლიკულ-

მასტიმულირებელი და მალუთეინიზებელი ჰორმონების კონცენტრაციის შემდგომი განსაზღვრით. პრეპარატის შეყვანიდან 30-120 წთ-ის შემდეგ გონადოტროპინების კონცენტრაციის მომატება დაავადების ცენტრალურ გენეზზე მიუთითებს. ელექტროენცეფალოგრამა დიენცეფალური სტრუქტურების ფუნქციურ დარღვევებზე მიუთითებს.

მკურნალობა. მკურნალობის გეგმა მუშავდება ნევროპათოლოგთან ერთად. დიენცეფალური მიდამოს ფუნქციის ნორმალიზაციისაკენ მიმართული ზემოქმედების გარდა, საჭიროა სპეციფიკური ჰორმონული თერაპია რილიზინგ-ჰორმონით, გონადოტროპინებით, ესტროგენებით. ესტროგენების შეყვანას მასტიმულირებელი გავლენა აქვს არა მარტო სასქესო ორგანოებისა და სარძევე ჯირკვლების განვითარებაზე, არამედ ჰიპოთალამუსზეც. ხანგრძლივი მკურნალობისათვის მიზანშეწონილია კონიუგირებული ესტროგენების გამოყენება.

საკვერცხისმიერი გენეზის სქესობრივი განვითარების შეფერხება

დაავადება განპირობებულია ჰიპოფიზის ჰიპერგონადოტროპული აქტივობის ფონზე საკვერცხეების ჰორმონული ფუნქციის მკვეთრად გამოხატული დაქვეითებით. სქესობრივი განვითარების შეფერხების ეს ფორმა დაკავშირებული არ არის ქრომოსომულ პათოლოგიასთან და შეიძლება განვიხილოთ, როგორც საკვერცხეების ფუნქციური უკმარისობა.

საკვერცხეების ფუნქციური არასრულფასოვნება შეიძლება განაპირობოს ფოლიკულური აპარატის ინფექციურმა დაზიანებამ, გონადოტროპინების ზეგავლენის მიმართ საკვერცხეების რეცეპტორების მგრძობელობის შეცვლამ მათი ინერვაციის დარღვევის, ესტროგენების სინთეზში მონაწილე ფერმენტული სისტემების დეფიციტის გამო.

კლინიკა. მენსტრუალური ფუნქცია არ აღინიშნება. აღნაგობა ინტერსექსუალური ტიპისაა (გულმკერდის გარშემოწერილობის გადიდება, მენჯის ზომების შემცირება, ძვლოვანი ასაკის ჩამორჩენა კალენდარულთან შედარებით. მეორადი სასქესო ნიშნები საკმაოდ განუვითარებელია (განსაკუთრებით სარძევე ჯირკვლები)). აღინიშნება საშვილოსნოს ჰიპოპლაზია და საკვერცხეების ზომების შემცირება.

ფუნქციური დიაგნოსტიკური ტესტების ანალიზის დროს ყურადღებას იქცევს ჰიპოესტროგენიის გამოხატული ხარისხი. ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუთეინიზებელი ჰორმონების გამოყოფა ასაკობრივ ნორმას 2-2,5-ჯერ აჭარბებს. გონადოტროპინების გამოყოფას აციკლური ხასიათი აქვს. სინჯი ქორიოგონინით უარყოფითია. ელექტროენცეფალოგრაფიით ტვინის ბიოელექტრული აქტივობის ცვლილებები არ ვლინდება.

მენ-ცხრილში მოცემულია ცენტრალური და საკვერცხისმიერი გენეზის სქესობრივი განვითარების შეფერხების უმნიშვნელოვანესი დიფერენციული დიაგნოსტიკური ნიშნები.

თუ გამოკვლევის შედეგად სქესობრივი განვითარების შეფერხების ოვარიული ფორმა დგინდება, მაშინ, უპირველეს ყოვლისა, უნდა გამოვრიცხოთ გონადების დისგენეზია (გენეტიკური გამოკვლევა).

ცხრილი ნ. სქესობრივი განვითარების ცენტრალური და საკვერცხისმიერი შეფერხების სადიფერენციო-დიაგნოსტიკური ნიშნები.

დიაგნოსტიკური ნიშნები	სქესობრივი განვითარების შეფერხების ფორმა	
	ცენტრალური	საკვერცხისმიერი
მენსტრუაციები	მცირე, იშვიათი	არ აღინიშნება
სარძევე ჯირკვლების მდებარეობა	ზომიერი ჰიპოპლაზია	მნიშვნელოვანი ჰიპოპლაზია
ანთროპომეტრიული მონაცემები		
ფეხის სიგრძე	ნორმაზე მეტი	ნორმაზე ნაკლები
მენჯის ზომები	ნორმაზე ნაკლები	ნორმაზე ნაკლები
გენიტალიების მდგომარეობა		
საშვილოსნო	ნორმაზე ნაკლები	ნორმაზე ნაკლები
საკვერცხეები	ნორმალური ზომისა ან ნორმაზე ნაკლები	ნორმაზე ნაკლები
ელექტროენცეფალოგრამის მონაცემები	დიენცეფალური სტრუქტურების ფუნქციური დარღვევები	დარღვევები არ არის
ესტროგენების დონე	დაქვეითებულია	მნიშვნელოვნად დაქვეითებულია
მალუთინიზებული ჰორმონის დონე	მნიშვნელოვნად დაქვეითებულია	ასაკობრივ ნორმას აჭარბებს 2-2,5-ჯერ
ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის დონე	მნიშვნელოვნად დაქვეითებულია	ასაკობრივ ნორმას აჭარბებს 2-2,5-ჯერ
სინჯი ქორიოგონინით	დადებითია	უარყოფითია

მკურნალობა. სქესობრივი განვითარების შეფერხების საკვერცხისმიერი ფორმის დროს მიზანშეწონილია ჩანაცვლებითი ჰორმონული მკურნალობა (ესტროგენები და გესტაგენები) ციკლური რეჟიმით.

გონადების დისგენეზია

გონადების დისგენეზია არის სასქესო ჯირკვლების განვითარების დეფექტი, რომელიც, ძირითადად, განპირობებულია ქრომოსომული დარღვევებით.

გონადების დისგენეზიის განვითარება შეიძლება დაკავშირებული იყოს თანდაყოლილ ქრომოსომულ დეფექტებთან, აგრეთვე, ნაყოფის ორგანიზმზე მავნე ფაქტორების ზემოქმედებასთან (ინფექცია, ინტოქსიკაცია და სხვ.) სასქესო ჯირკვლების ჩამოყალიბების კრიტიკულ პერიოდში.

როგორც ცნობილია, მდებარეობითი სქესისათვის დამახასიათებელია 2 სასქესო XX ქრომოსომის არსებობა, მამრობითისათვის — XY. გონადების დისგენეზიით დაავადებულებში შეიძლება იყოს ქრომოსომების არასრული რაოდენობა — 45, X0 ან მოზაიციზმი.

განასხვავებენ გონადების დისგენეზიის სამ ფორმას — ტიპიურს, „წმინდას“ და შერეულს.

გონადების დისგენეზიის ტიპური ფორმა (შერეუხევი-ტერნერის სინდრომი). ამ დაავადების მქონე პაციენტებს ქრომოსომული ანალიზისას აღმოაჩნდებათ

კარიოტიპი 45, X0. ქრომოსომული ანომალიების დიაპაზონი ძალიან ფართოა: X0/XX, X0/XY, X0/XXY, X0/XXX და სხვ. ქრომოსომული აბერაციების ნაირფეროვნება არ მოქმედებს სინდრომის კლინიკურ სურათზე. ერთადერთი კლინიკური ფორმა, რომელიც დაკავშირებულია განსაზღვრულ ქრომოსომულ ნაკრებთან არის მასკულინიზაციით მიმდინარე სინდრომი (X0/XY).

კლინიკა. დაბადებისას ახალშობილებს აღინიშნებათ მოკლე კისერი ძალიან ფართო კანის ნაკეცებით (ფრთისებრი კისერი), კეფაზე თმების დაბალი საზღვარი. ეს ნიშნები ადრეული ბავშვობის ასაკშიც აღინიშნება.

სკოლის ასაკში (ან უფრო ადრე) აღინიშნება შენელებული ზრდა, ხშირია გონებრივი განვითარების ჩამორჩენა, არ აღინიშნება სქესობრივი მომწიფება (პირველადი ამენორეა და მეორადი სასქესო ნიშნების განუვითარებლობა). ხშირად ვლინდება ჩონჩხის განვითარების მანკები; დამახასიათებელია მრავლობითი და გავრცელებული ცვლილებები, რაც ვლინდება ძვლების სტრუქტურის დარღვევითა და განვითარების მრავლობითი ანომალიებით.

რენტგენოლოგიურად აღინიშნება ღრუბლოვანი ძვლების, მენჯის, ხერხემლის, ქალას, ლულოვანი ძვლების ეპიფიზებისა და მეტაფიზების ოსტეოპოროზი, მალეების სხეულების ფორმის შეცვლა, რაც ზრდის არათანაბარი შეფერხების მიზეზია. შერეშევსკი-ტერნერის სინდრომის დროს აღინიშნება შინაგანი ორგანოების განვითარების მძიმე მანკები: თირკმლების, შარდსაწვეთების, შარდის ბუშტის, აორტის ყელის სტენოზი და სხვ.

პუბერტულ პერიოდში პაციენტებს მეორადი სასქესო ნიშნები არ უვითარდებათ, სარძევე ჯირკვლები ფაქტიურად არ აღინიშნება, კერტები ერთმანეთისაგან შორსაა განლაგებული. სასქესო მიდამოს და ილიის თმისაგან მცირეა. დიდი და მცირე სასირცხო ბაგეები, საშო და საშვილოსნო განუვითარებელია. საშოს ლორწოვანი გარსი თხელია, მბრწყინავი, ვაგინალური ნაცხების სურათი ატროფიულია. საშვილოსნოს ტანის ლორწოვანი გარსი ატროფიულ მდგომარეობაშია. პაციენტების უმრავლესობაში სინჯი ქრომატინზე უარყოფითია.

შერეშევსკი-ტერნერის სინდრომს შეიძლება თან ახლდეს მასკულინიზაცია — სავნებოს პიპერტროფია და თმების ზრდა მამაკაცური ტიპით. გონადების დისგენეზიის კარდინალური სიმპტომია პირველადი ამენორეა. აღინიშნება გონადოტროპინების, ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის, უპირატესად ამ უკანასკნელის შემცველობის მომატება, რაც დაკავშირებულია იმასთან, რომ გონადების დისგენეზიის დროს, გონადოტროპინებზე „საკვერცხეების“ რეაქციის არარსებობის გამო ვითარდება გონადოტროპინების სეკრეციის კომპენსატორული მომატება. 17-კეტოსტეროიდების რაოდენობა დღე-ღამეურ შარდში ნორმაზე ნაკლებია (5-6 მკ).

ლაპაროტომიის დროს სხვადასხვა ანატომიური სურათი ვლინდება. გენეტიკურად მამრობით ადამიანში ნახულობენ შესაბამისად კარგად ჩამოყალიბებულ საშვილოსნოს და მილებს, საკვერცხეების ადგილზე — რუდიმენტულ მამრობით გონადებს.

მასკულინიზაციის სინდრომისას ლაპაროტომიით ნახულობენ, როგორც რუდიმენტულ საშვილოსნოს, ისე — რუდიმენტულ მამრობით გონადებს.

გონადების დისგენეზიის წმინდა ფორმა. ქრომოსომული ანალიზისას ვლინდება კარიოტიპები 46XX ან 46XY, თუმცა კლინიკური სურათი კარიოტიპზე არაა დამოკიდებული.

კლინიკა. გონადების დისგენეზიის წმინდა ფორმის ყველაზე დამახასიათებელი კლინიკური გამოვლინებაა აშკარად გამოხატული სქესობრივი ინფანტილიზმი განვითარების სომატური ანომალიების არარსებობის ფონზე.

პაციენტები ნორმალური სიმაღლის ან მაღლები არიან. ახასიათებთ ქალური ფენოტიპი და აშკარად გამოხატული სქესობრივი ინფანტილიზმი. აღნაგობა დისპლაზიურია: ზოგიერთ პაციენტს აქვს ინტერსექსუალური აღნაგობა გულ-მკერდის გარშემოწერილობის გაზრდით და მენჯის განივი ზომების თანაბარი დავიწროებით, ზოგიერთს — საჭურისული, მენჯის განივი ზომების მკვეთრი შემცირებით და ქვედა კიდურების სიგრძის გაზრდით. ყველა პაციენტს ახასიათებს სარძევე ჯირკვლების უქონლობა ან აშკარა განუვითარებლობა, მწირი თმისა და ილიებში და გარეთა სასქესო ორგანოების არეში, გარეთა სასქესო ორგანოებისა და საშვილოსნოს მკვეთრად გამოხატული არასრული ჩამოყალიბება.

საშოს ნაცხი ატროფიული ტიპისაა. ლაპაროტომიით ვლინდება ქალური ტიპის შიგნითა სასქესო ორგანოები (არის საშვილოსნო და ფალოპიუსის მილები), თუმცა საკვერცხეების მაგივრად ნახულობენ გრძელ, თხელ მოთეთრო წარმონაქმნებს, რომლებიც ჰისტოლოგიური აგებულებით შერეშეგსკი-ტერნერის სინდრომისთვის დამახასიათებელი წარმონაქმნების მსგავსია. ამ რუდიმენტულ გონადებში ფოლიკულები არ აღინიშნება.

ჰორმონული გამოკვლევისას გონადოტროპინების საერთო რაოდენობა გაზრდილია, ესტროგენები კი პრაქტიკულად არ არის.

გონადების დისგენეზიის შერეული ფორმა. ამ ფორმისთვის დამახასიათებელია ქრომოსომული მოზაიკა 45,X0,46,XY. აღწერილია შემთხვევები კარიოტიპით X0,X0XY,XX.

განვითარების ამ დარღვევის პათოგენეზი ბოლომდე გარკვეული არ არის. გონადების დისგენეზიის ამ ფორმისას მუცლის ღრუში ერთ მხარეს გონადის შემაერთებელქსოვილოვან რუდიმენტს ნახულობენ, ხოლო მეორე მხარეს — დისგენეზურ კვერცხს.

კლინიკა. დაბადებისას ან უფროს ასაკში ვლინდება სასქესო ორგანოების უჩვეულო აღნაგობა: სავენბოს გადიდება და ფართო ძაბრისმაგვარი შარდ-სასქესო წიაღი ღრმად განლაგებული საშოსა და ურეთრის ნაპარალებით.

გონადების დისგენეზიის შერეული ფორმის დროს მოზრდილი ასაკის პაციენტები შედარებით მაღლები არიან, სარძევე ჯირკვლები აშკარად განუვითარებელია, სავენბო ჰიპერტროფირებული, აღინიშნება გარეთა სასქესო ორგანოების გამოხატული თმისა (ხშირად ჰიპერტრიქოზი), ხმის დაბალი ტემბრი. სომატური ანომალიები არ აღინიშნება. ლაპაროტომიისას ნახულობენ განუვითარებელ საშვილოსნოსა და ფალოპიუსის მილებს (ზოგჯერ ერთ მხარეს). ერთ-ერთი გონადა რუდიმენტულია და მოთეთრო შემაერთებელქსოვილოვან ჰიმს წარმოადგენს, მეორეს აქვს სხვადასხვა ხარისხის ჰორმონული აქტივობა. დისგენეზური კვერცხი შეიძლება იყოს საკვერცხის ადგილას, საზარდულის არხში ან რუდიმენტულ სათესლე პარკში.

მკურნალობა. გონადების დისგენეზიის მკურნალობის დაწყება მიზანშეწონილია 10-12 წლის ასაკში. იგი მიმართული უნდა იყოს დისპროპორციული სო-

მატური განვითარების, სასქესო ინფანტილიზმის, პაციენტის ნეირო-ფსიქიკური სტატუსის აღდგენისკენ.

შერეშევესკი-ტერნერის სინდრომით დაავადებულებში ზრდის გამოხატული შეფერხებისას, აუცილებელია მისი აღრეული სტიმულაცია. ამ მიზნით მიზანშეწონილია ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების (თირეოიდინი) და ანაბოლური სტეროიდების (მეთილანდროსტენდიოლი ან ნერობოლი) დანიშვნა. ამ პრეპარატებით მკურნალობა (2-3 თვის ინტერვალებით), ძირითადად, 13-14 წლის ასაკამდე გრძელდება შემდეგ ნიშნავენ ჩანაცვლებით თერაპიას სასქესო ჰორმონებით. ესტროგენებით მკურნალობა მიზანშეწონილია დავიწყით 16-17 წლის ასაკში, რადგან ესტროგენების ნაადრევმა მიღებამ დაბალი სიმაღლის პაციენტებში შეიძლება ეპიფიზური ხრტილების ნაადრევი გაძვალევა გამოიწვიოს, რასაც ზრდის საბოლოო შეჩერება მოჰყვება.

ჰორმონებით ჩანაცვლებითი თერაპია გონადების დისგენეზიის ყველა ფორმის დროს ერთი პრინციპით ხორციელდება. ნიშნავენ ესტროგენული ჰორმონების პრეპარატებს (დიმესტროლი, ესტრადიოლ დიპროპიონატი, ეთინილ ესტრადიოლი). ეს პრეპარატები იწვევს პირველადი და მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარებას. ესტროგენების გამოყენება, ასევე შედეგანია დაქვეითებული ინტელექტის დროსაც, რადგან ისინი საკუთარი ბიოლოგიური არასრულფასოვნების შეგრძნებით გამოწვეულ ფსიქიკურ დათრგუნვას ამცირებენ. ესტროგენების მიღების ფონზე სასქესო ორგანოებისა და სარძევე ჯირკვლების რეცეპციის გასაუმჯობესებლად მიზანშეწონილია თირეოიდინისა და ფოლიუმის მკვავას მიღება. იმავდროულად მიზანშეწონილია ფიზიოთერაპიული პროცედურების ჩატარება, რაც აძლიერებს მცირე მენჯის ორგანოების სისხლმომარაგებას, აგრეთვე სრულფასოვანი ვიტამინიზირებული კვება, ფიზიკური და გონებრივი დატვირთვის სწორი მონაცვლეობა, რაციონალური დასვენება.

სქესობრივი მომწიფების მიღწევის ან მენსტრუაციის მგავსი რეაქციის გამოვლენის შემდეგ უნდა გადავიდეთ ციკლურ ჰორმონთერაპიაზე (ესტროგენები 12-14 დღის მანძილზე, შემდეგ გესტაგენები 8 დღის განმავლობაში).

გონადების დისგენეზია ესტროგენების ხანგრძლივი მიღების ჩვენებაა. მან, თავის მხრივ, შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპერპლაზიური პროცესების განვითარება ჰორმონდამოკიდებულ ორგანოებში — სარძევე ჯირკვლებში, საშვილოსნოში. ამიტომ ესტროგენები უნდა შევიყვანოთ არაუმეტეს 5 წლის განმავლობაში. შემდეგ ჰორმონებით მკურნალობის მიზანშეწონილობისა და მისი ხანგრძლივობის საკითხი წყდება ინდივიდუალურად სამიზნე ორგანოების რეაქციისა და პაციენტის ნერვულ-ფსიქიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით.

გონადების დისგენეზიის შერეული ფორმის დროს ისინი უნდა ამოიკვეთოს სიმსივნის განვითარების პროფილაქტიკის, აგრეთვე, ვირილური სინდრომის ლიკვიდაციის მიზნით. თუ ლაპაროტომიისას გონადის ადგილზე უსწორმასწორო ფორმისა და არაერთგვაროვანი კონსისტენციის წარმონაქმნი აღმოჩნდება, აუცილებლად უნდა ამოიკვეთოს სიმსივნეც და საშვილოსნოც.

სასქესო ორგანოების არასწორი მდებარეობები

ქალის სასქესო ორგანოების ნორმალური განლაგების დარღვევები ხშირად გვხვდება და ისინი შეიძლება იყოს სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესის გამოვლინება.

ქალის სასქესო ორგანოების სწორი თუ არასწორი მდებარეობის განსაზღვრისას ძირითადი ყურადღება ექცევა საშვილოსნოს მდებარეობას და შედარებით ნაკლებად — საშოს. საშვილოსნოს დანამატები ძალიან მოძრავია და გადაადგილდებიან, ძირითადად, საშვილოსნოსთან ერთად, ადვილად გადაადგილდებიან მუცლის ღრუს შიგა წნევის მოქმედებით, შარდის ბუშტისა და ნაწლავის ავსებით ან დაკლით. საშვილოსნოს მნიშვნელოვანი გადაადგილება ხდება ორსულობისას. დამახასიათებელია ის, რომ ამ ფაქტორების მოქმედების შეწყვეტის შემდეგ საშვილოსნო შედარებით სწრაფად უბრუნდება თავის საწყის მდებარეობას. ბავშვთა ასაკში საშვილოსნო მდებარეობს მნიშვნელოვნად ზევით, სიბერეში (მენჯის ფსკერის კუნთებისა და იოგების განვითარებადი ატროფიის გამო) — ქვევით, ვიდრე ქალის რეპროდუქციული ცხოვრების პერიოდში.

ნორმალურ მდგომარეობაში საშვილოსნოს ამაგრებს საკიდი აპარატი (იოგები), საყრდენი აპარატი (იოგები, რომლებიც აფიქსირებენ დაკიდებულ საშვილოსნოს), დამჭერი აპარატი-მენჯის ფსკერი.

საკიდი აპარატი მოიცავს:

- 1) მრგვალ იოგებს (*Ligg. rotundum, s. teres*);
- 2) განიერ იოგებს (*Ligg. latum*);
- 3) სწორნაწლავ-საშვილოსნოს კუნთებს (*mm. rectouterini*);
- 4) საკვერცხის საკუთარ იოგებს (*Ligg. ovarii proprium*);
- 5) მენჯ-ძაბრისებრ იოგებს (*Ligg. infundibulopelvicum*).

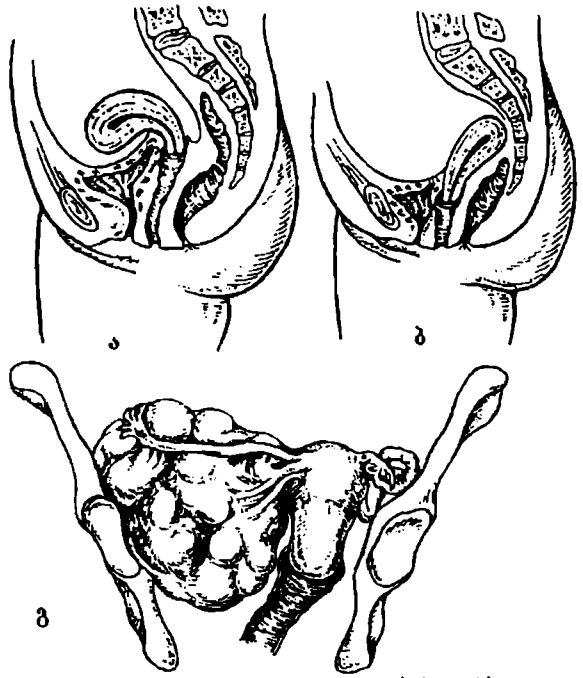
მრგვალი იოგები საშვილოსნოს იკავებენ *anteversio*-ს მდგომარეობაში, განიერი იოგები საშვილოსნოს გადაადგილებისას იჭიმებიან და ამით აკავებენ საშვილოსნოს ფიზიოლოგიურ მდგომარეობაში, საკვერცხის საკუთარი და მენჯ-ძაბრისებრი იოგები საშვილოსნოს შუა მდგომარეობაში აკავებენ, გავა-საშვილოსნოს იოგები საშვილოსნოს უკან გადაწევენ.

გამამაგრებელი საშვილოსნოს აპარატი (*retinaculum uteri*) შედგება შემაერთებულქსოვილოვანი ჭიმებისაგან (კუნთოვანი უჯრედების მცირე რაოდენობით), რომლებიც მიდიან საშვილოსნოს ქვედა ნაწილიდან (უჯრედისის გამკვრივების ზონები): ა) წინ შარდის ბუშტთან და შემდეგ სიმფიზთან; ბ) მენჯის გვერდით კედლებთან — ძირითადი იოგები (*Ligg. cardinale*); გ) უკან, ქმნიან შემაერთებულქსოვილოვან საყრდენს გავა-საშვილოსნოს იოგებისათვის.

დამხმარე აპარატს ქმნის მენჯის ფსკერის კუნთები და ფასციები, რომლებიც ხელს უშლიან სასქესო ორგანოებისა და შიგნეულობის ძირს დაწევას.

ქალის სასქესო ორგანოების ნორმალურ მდებარეობას საზღვრავენ სხეულის ვერტიკალური მდებარეობიდან გამომდინარე, დაკლილი შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავისას. ფიზიოლოგიურ პირობებში საშვილოსნოს განივი ღერძი ემთხვევა მენჯზე გამავალ ღერძს. საშვილოსნოს ძირი არ გამოდის მცირე მენჯის

შესავლის სივრციდან, გარეთა პირი არის ხაზზე, რომელიც ერთმანეთთან აერთებს საჯდომ წვეტებს (ინტერსპინალური სივრცე). საშვილოსნო დახრილია რამდენამდე წინ, რის გამოც მისი ფსკერი მიმართულია მუცლის წინა კედლისკენ (*anteversio*) და მოხრილია ყელსა და ტანს შორის, ქნის რა წინისაკენ გახსნილ ბლაგვ კუთხეს (*anteflexio*). საშო განლაგებულია მცირე მენჯის ღრუში, მიემართება გარედან და წინიდან ირიბად ზემოთ და უკან საშვილოსნოს ყელისაკენ. დანამატები საშვილოსნოდან გვერდით და რამდენადმე უკანაა.



სურ. 118. საშვილოსნოს გადაადგილება. ა) წინ; ბ) უკან; გ) მარცხნივ (საკვერცხის სიმსივნის განვითარების გამო).

კლასიფიკაცია. საშვილოსნოს გადაადგილებას ჰორიზონტალურ სივრცეში, როცა შენარჩუნებულია ნორმალური ბლაგვი კუთხე ყელსა და ტანს შორის, უწოდებენ პოზიციის შეცვლას (*positio*).

განასხვავებენ საშვილოსნოს გადაადგილებას წინ — *antepositio*, უკან — *retropositio*, გვერდზე — *lateropositio*, მარჯვნივ — *dextropositio* და მარცხნივ — *sinistropositio*. საშვილოსნოს ეს გადაადგილებები უფრო ხშირად განპირობებულია საკვერცხეების, ფალოპიუსის მილების სიმსივნეებით (სურ. 118). საშვილოსნოს მდებარეობაზე ანალოგიური გავლენა შეიძლება ჰქონდეს საშვილოსნოს მიმდებარე შემაერთებელ ქსოვილში არსებულ ინფილტრატებს. საშვილოსნოს პათოლოგიური გადაადგილება შეიძლება დაკავშირებული იყოს გადატანილი ანთებითი პროცესის შედეგად მუცლის ღრუში შეხორცებით პროცესებთან.

იმის გამო, რომ საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის დონეზე, ძირითადად, გავა-საშვილოსნოს და ძირითადი იოგები აფიქსირებენ, წნევის განვითარებისას ან საშვილოსნოს ტანის დაჭიმვისას ჰორიზონტალურ სივრცეში, საშვილოსნო ხშირად გადაადგილდება ამ მოქმედების შესაბამისად, ხოლო ყელი, პირიქით, გადაადგილდება საპირისპირო მიმართულებით. საშვილოსნოს ნორმალური მდებარეობისას იგი ყოველთვის ოდნავ დახრილია წინისკენ, ამ დროს საშვილოსნოს გარეთა პირი მიმართულია საშოს უკანა თალის მხარეზე — *anteversio*. საშვილოსნოს ტანის უფრო მკვეთრი გადახრა წინისკენ, როცა ყელი გარეთა პირით მიმართულია უკან და ზევით, ამტკიცებს პათოლოგიურ *anteversio*-ს. საშვილოსნოს ტანის გადახრას მარჯვნივ (ამ დროს ყელი იხრება მარცხნივ) ეწოდება — *dextroversio*, მარცხნივ გადახრას — *sinistroversio*, საშვილოსნოს ტანის გადახრას უკან — *retroversio*. საშვილოსნოს უკან გადახრის შემთხვევაში მისი ფსკერი მიმართულია მენჯის უკანა კედლისკენ, ხოლო საშვილოსნოს ყელი თავისი გარეთა პირით — წინისაკენ.

სასქესო ორგანოების არასწორი მდებარეობები

ქალის სასქესო ორგანოების ნორმალური განლაგების დარღვევები ხშირად გვხვდება და ისინი შეიძლება იყოს სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესის გამოვლინება.

ქალის სასქესო ორგანოების სწორი თუ არასწორი მდებარეობის განსაზღვრისას ძირითადი ყურადღება ექცევა საშვილოსნოს მდებარეობას და შედარებით ნაკლებად — საშოს. საშვილოსნოს დანამატები ძალიან მოძრავია და გადაადგილდებიან, ძირითადად, საშვილოსნოსთან ერთად, ადვილად გადაადგილდებიან მუცლის ღრუს შიგა წნევის მოქმედებით, შარდის ბუშტისა და ნაწლავის ავსებით ან დაკლით. საშვილოსნოს მნიშვნელოვანი გადაადგილება ხდება ორსულობისას. დამახასიათებელია ის, რომ ამ ფაქტორების მოქმედების შეწყვეტის შემდეგ საშვილოსნო შედარებით სწრაფად უბრუნდება თავის საწყის მდებარეობას. ბავშვთა ასაკში საშვილოსნო მდებარეობს მნიშვნელოვნად ზევით, სიბერეში (მენჯის ფსკერის კუნთებისა და იოგების განვითარებადი ატროფიის გამო) — ქვევით, ვიდრე ქალის რეპროდუქციული ცხოვრების პერიოდში.

ნორმალურ მდგომარეობაში საშვილოსნოს ამარებს საკიდი აპარატი (იოგები), საყრდენი აპარატი (იოგები, რომლებიც აფიქსირებენ დაკიდებულ საშვილოსნოს), დამჭერი აპარატი-მენჯის ფსკერი.

საკიდი აპარატი მოიცავს:

- 1) მრგვალ იოგებს (Ligg. rotundum, s. teres);
- 2) განიერ იოგებს (Ligg. latum);
- 3) სწორნაწლავ-საშვილოსნოს კუნთებს (mm. rectouterini);
- 4) საკვერცხის საკუთარ იოგებს (Ligg. ovarii proprium);
- 5) მენჯ-ძაბრისებრ იოგებს (Ligg. infundibulopelvicum).

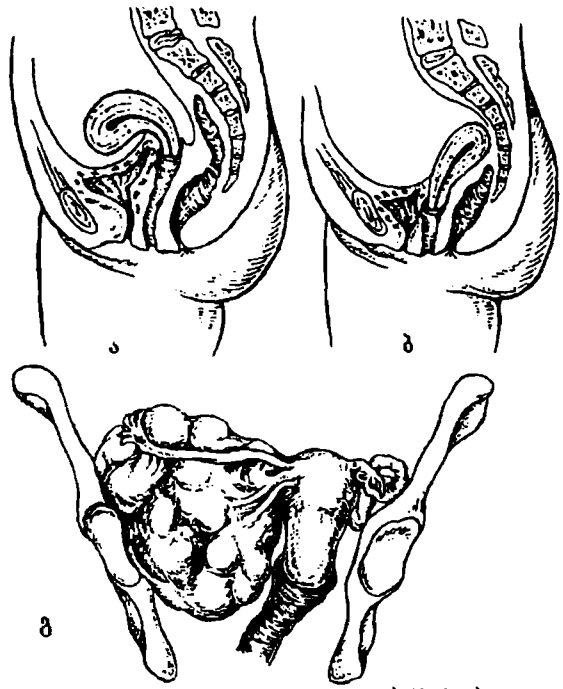
მრგვალი იოგები საშვილოსნის იკავებენ anteversio-ს მდგომარეობაში, განიერი იოგები საშვილოსნოს გადაადგილებისას იჭიმებიან და ამით აკავებენ საშვილოსნოს ფიზიოლოგიურ მდგომარეობაში, საკვერცხის საკუთარი და მენჯ-ძაბრისებრი იოგები საშვილოსნოს შუა მდგომარეობაში აკავებენ, გავა-საშვილოსნოს იოგები საშვილოსნოს უკან გადაწევენ.

გამამაგრებელი საშვილოსნოს აპარატი (retinaculum uteri) შედგება შემაერთებულქსოვილოვანი ჭიმებისაგან (კუნთოვანი უჯრედების მცირე რაოდენობით), რომლებიც მიდიან საშვილოსნოს ქვედა ნაწილიდან (უჯრედისის გამკვრივების ზონები): ა) წინ შარდის ბუშტთან და შემდეგ სიმფიზთან; ბ) მენჯის გვერდით კედლებთან — ძირითადი იოგები (Ligg. cardinale); გ) უკან, ქმნიან შემაერთებულქსოვილოვან საყრდენს გავა-საშვილოსნოს იოგებისათვის.

დამხმარე აპარატს ქმნის მენჯის ფსკერის კუნთები და ფასციები, რომლებიც ხელს უშლიან სასქესო ორგანოებისა და შიგნეულობის ძირს დაწევას.

ქალის სასქესო ორგანოების ნორმალურ მდებარეობას საზღვრავენ სხეულის ვერტიკალური მდებარეობიდან გამომდინარე, დაკლილი შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავისას. ფიზიოლოგიურ პირობებში საშვილოსნოს განივი ღერძი ემთხვევა მენჯზე გამავალ ღერძს. საშვილოსნოს ძირი არ გამოდის მცირე მენჯის

შესავლის სივრციდან, გარეთა პირი არის ხაზზე, რომელიც ერთმანეთთან აერთებს საჯდომ წვეტებს (ინტერსპინალური სივრცე). საშვილოსნო დახრილია რამდენამდე წინ, რის გამოც მისი ფსკერი მიმართულია მუცლის წინა კედლისკენ (*anteversio*) და მოხრილია ყელსა და ტანს შორის, ქმნის რა წინისაკენ გახსნილ ბლაგვ კუთხეს (*anteflexio*). საშო განლაგებულია მცირე მენჯის ღრუში, მიმართება გარედან და წინიდან ირიბად ზემოთ და უკან საშვილოსნოს ყელისაკენ. დანამატები საშვილოსნოდან გვერდით და რამდენადმე უკანაა.

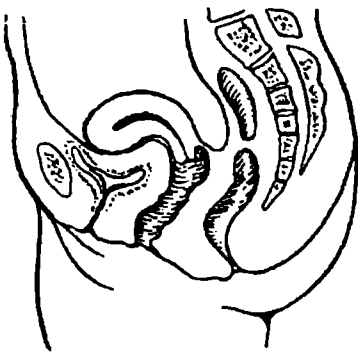


კლასიფიკაცია. საშვილოსნოს გადაადგილებას ჰორიზონტალურ სივრცეში, როცა შენარჩუნებულია ნორმალური ბლაგვი კუთხე ყელსა და ტანს შორის, უწოდებენ პოზიციის შეცვლას (*positio*).

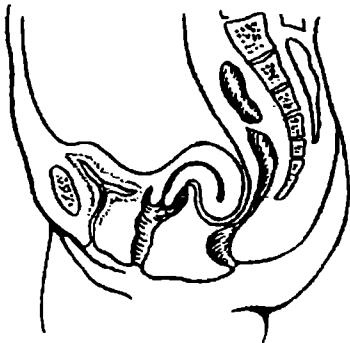
სურ. 118. საშვილოსნოს გადაადგილება. ა) წინ; ბ) უკან; გ) მარცხნივ (საკვერცხის სიმსივნის განვითარების გამო).

განასხვავებენ საშვილოსნოს გადაადგილებას წინ — *antepositio*, უკან — *retropositio*, გვერდზე — *lateropositio*, მარჯვნივ — *dextropositio* და მარცხნივ — *sinistropositio*. საშვილოსნოს ეს გადაადგილებები უფრო ხშირად განპირობებულია საკვერცხეების, ფალოპიუსის მილების სიმსივნეებით (სურ. 118). საშვილოსნოს მდებარეობაზე ანალოგიური გავლენა შეიძლება ჰქონდეს საშვილოსნოს მიმდებარე შემაერთებელ ქსოვილში არსებულ ინფილტრატებს. საშვილოსნოს პათოლოგიური გადაადგილება შეიძლება დაკავშირებული იყოს გადატანილი ანთებითი პროცესის შედეგად მუცლის ღრუში შეხორცებით პროცესებთან.

იმის გამო, რომ საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის ღონეზე, ძირითადად, გავა-საშვილოსნოს და ძირითადი იოგები აფიქსირებენ, წნევის განვითარებისას ან საშვილოსნოს ტანის დაჭიმვისას ჰორიზონტალურ სივრცეში, საშვილოსნო ხშირად გადაადგილდება ამ მოქმედების შესაბამისად, ხოლო ყელი, პირიქით, გადაადგილდება საპირისპირო მიმართულებით. საშვილოსნოს ნორმალური მდებარეობისას იგი ყოველთვის ოდნავ დახრილია წინისკენ, ამ დროს საშვილოსნოს გარეთა პირი მიმართულია საშოს უკანა თალის მხარეზე — *anteversio*. საშვილოსნოს ტანის უფრო მკვეთრი გადახრა წინისკენ, როცა ყელი გარეთა პირით მიმართულია უკან და ზევით, ამტკიცებს პათოლოგიურ *anteversio*-ს. საშვილოსნოს ტანის გადახრას მარჯვნივ (ამ დროს ყელი იხრება მარცხნივ) ეწოდება — *dextroversio*, მარცხნივ გადახრას — *sinistroversio*, საშვილოსნოს ტანის გადახრას უკან — *retroversio*. საშვილოსნოს უკან გადახრის შემთხვევაში მისი ფსკერი მიმართულია მენჯის უკანა კედლისკენ, ხოლო საშვილოსნოს ყელი თავისი გარეთა პირით — წინისაკენ.



სურ. 119. საშვილოსნოს პიპერანტეფლექსია.



სურ. 120. საშვილოსნოს რეტროვერზია და რეტროფლექსია.

საშვილოსნოს გადახრა (*flexio*) შეიძლება მნიშვნელოვნად გაძლიერდეს. ამ შემთხვევებში ყელსა და ტანს შორის კუთხე მახვილი ხდება (*hyperanteflexio*) (სურ. 119). ეს პათოლოგია ხშირია ქალის სასქესო ორგანოების განუვითარებლობისას და შერწყმულია ყელის კონუსურ ფორმასთან, საშვილოსნოს ტანის ზომების შემცირებასთან, მენსტრუალური ციკლის დარღვევასთან, უნაყოფობასთან და გენიტალური ინფანტილიზმის სხვა გამოვლინებებთან. როცა სხეულის ტანი უკანაა მიმართული, ხოლო ყელი მასთან უკან გახსნილ კუთხეს ქმნის, ექვი აქვთ *retroflexio uteri*-ზე (სურ. 120). თუ კუთხე წარმოიქმნება საშვილოსნოს ყელსა და ტანს შორის, გახსნილია გვერდზე, მაშინ საშვილოსნოს ფსკერის მიმართულების შესაბამისად, განასხვავებენ *dextroflexio* და *sinistreflexio uteri*.

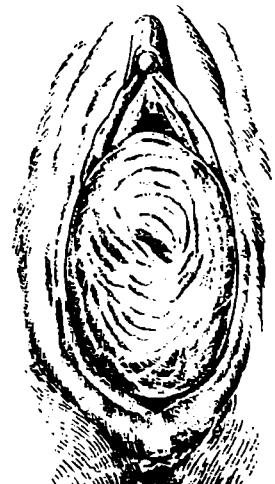
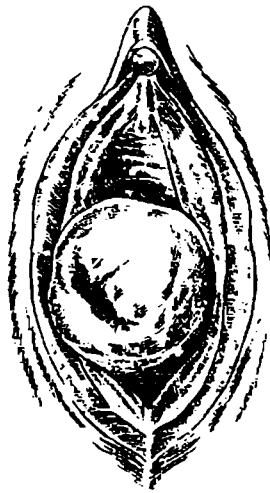
ვერტიკალურ ღერძზე საშვილოსნოს გადაადგილების მიხედვით განასხვავებენ გადაადგილებას ზევით (*elevatio*) და გადაადგილებას ქვევით (*descensus uteri*). საშვილოსნოს აწევა ხასიათდება იმით, რომ ყელის გარეთა პირი აღმოჩნდება ინტერსპინალური ხაზის ზემოთ, საშვილოსნოს ფსკერი — მცირე მენჯში შესავლის ზემოთ. საშვილოსნოს

მდებარეობის ცვლილების ეს სახე, ძირითადად, დაკავშირებულია მცირე მენჯის არეში დიდი სიმსივნის არსებობასთან, რომელიც მდებარეობს საშვილოსნოს ქვემოთ.

საშვილოსნოსა და საშოს ქვემოთ გადაადგილება მიეკუთვნება სასქესო ორგანოების მდებარეობის შედარებით ხშირ ანომალიებს და მენჯის ფსკერის კუნთების (რომლებიც აკავებენ საშვილოსნოს აპარატს) ფუნქციური მდგომარეობის დარღვევის შედეგია. დაწევა, შემდგომში კი საშვილოსნოს გამოვარდნა დინამიური პროცესია და თანდათან ვითარდება. საშვილოსნოს ქვემოთ გადაადგილების I ხარისხისას ექვი აქვთ მის დაწევაზე (*descensus uteri*). ასეთ შემთხვევებში საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირი განისაზღვრება ინტერსპინალური ხაზის ქვემოთ, მაგრამ საშვილოსნოს ყელი არ გამოდის სასქესო ნაპრალის საზღვრებს გარეთ, გაჭინთვის დროსაც კი.

თუ საშვილოსნოს ყელი და, მითუმეტეს, საშვილოსნოს ტანის ნაწილი აღმოჩნდება სასქესო ნაპრალის გარეთ, საუბარია საშვილოსნოს ნაწილობრივ გამოვარდნაზე (*prolapsus uteri partialis*). საშვილოსნოს ყელი ამ პირობებში ხშირად ჰიპერტროფირდება, და დაგრძელდება (*elongatio colli uteri*) (სურ. 121). სრულად საშვილოსნოს გამოვარდნა (*prolapsus uteri totalis*), როცა იგი მთლიანად სასქესო ნაპრალის გარეთაა. ამ დროს ხდება საშოს კედლების გამოვარდნა შარდის ბუშტისა (*cystocele*) და სწორი ნაწლავის კედლების (*rectocele*) ჩართვით (სურ. 122).

ლორწოვანის ქვეშ განვითარებადი მიომის კვანძისას შესაძლებელია საშვილოსნოს ამობრუნება (*inversio uteri*), რაც ხასიათდება საშვილოსნოს ტანის ლორწოვანი გარსის გარეთ ამობრუნებით. საშვილოსნო (ტანი და ყელი) შეიძლება გადაადგილდეს ვერტიკალური ღერძის ირგვლივ (*rotatio uteri*), რაც აღინიშნება საშვილოსნოს ცალ მხარეს მზარდი სიმსივნის, საკვერცხის სიმსივნის და ა.შ.



სურ. 121. საშვილოსნოს არასრული გამოვარდნა ყელის დაფიქსირებული ყელი უძრავად

სურ. 122. საშვილოსნოს სრული გამოვარდნა.

დროს. თუ საშვილოსნოს ტანის ამობრუნებისას იოგებით ფიქსირებული ყელი უძრავად რჩება, ეჭვი აქვთ საშვილოსნოს შემოგრებაზე (*torsio uteri*).

საშვილოსნოს პათოლოგიური მდგომარეობებიდან კლინიკურ პრაქტიკაში უფრო ხშირად გვხვდება გადაადგილება ქვევით, რეტროვერსიო, რეტროფლექსია და პიპერანტეფლექსია. მდებარეობის ანომალიის ყველაზე იშვიათი ვარიანტებია საშვილოსნოს მობრუნება, გადაგრება და გადმობრუნება. პაციენტს შეიძლება შერწყმული ჰქონდეს საშვილოსნოს მდებარეობის სხვადასხვა ცვლილებები. მაგალითად, რეტროვერსია და საშვილოსნოს დაშვება, რეტროვერსია და რეტროფლექსია, რეტროვერსია და ლატეროპოზიცია ელევაციით და ა.შ.

სასქესო ორგანოების არასწორი მდებარეობის განვითარების ძირითადი მიზეზებია:

1) სასქესო ორგანოებში (საშვილოსნოს მიომა, საკვერცხეების კისტომები, ზოგჯერ საშოს სიმსივნეები) ან მათ გარეთ (ახალწარმონაქმნები მცირე მენჯის კედლებზე — სწორი ნაწლავის, შარდის ბუშტის სიმსივნეები) ლოკალიზებული სიმსივნეები;

2) ანთებითი პროცესები პარამეტრულ შემაერთებელ ქსოვილში, შეზღუდული პროცესები მცირე მენჯში, რომლებიც იწვევენ საშვილოსნოს ფიქსაციას მუცლის პარიეტალურ ფურცელზე;

3) ქალის შინაგანი სასქესო ორგანოების თანდაყოლილი ანატომიური თავისებურებანი;

4) სასქესო ორგანოების განუვითარებლობა (პიპერანტეფლექსია);

5) მენჯის ფსკერის კუნთების არასრულფასოვნება, საშვილოსნოს იოგოვანი აპარატის გადაჭიმვა და ატროფია.

სასქესო ორგანოების არასწორი მდებარეობის მქონე პაციენტების კლინიკური გამოვლინებები განისაზღვრება ძირითადი პათოლოგიური პროცესით, რომელმაც გამოიწვია მდებარეობის ესა თუ ის ანომალია.

ამიტომ, სასქესო ორგანოების მდებარეობის ყველა ანომალიის მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს ძირითადი დაავადების კორექციისაკენ. სასქესო ორგანო-

ების მდებარეობის მრავალრიცხოვან ანომალიებს შორის უფრო მეტი კლინიკური მნიშვნელობა ენიჭება საშვილოსნოს რეტროვერსიასა და რეტროფლექსიას, ასევე საშვილოსნოსა და საშოს დაწვევასა და გამოვარდნას.

საშვილოსნოს რეტროვერსია და რეტროფლექსია

რეტროვერსია არის საშვილოსნოს ტანის უკან და ყელის საშოსმხრივი ნაწილის წინ გადახრა. საშვილოსნოს ამ მდებარეობის პროგრესის შემთხვევაში თავდაპირველად ვითარდება მისი წინ დახრილობა (*anteflexio*), შემდეგ იწყებს გადახრას უკან (*retroflexio*).

საშვილოსნოს ყელსა და ტანს შორის კუთხე (რომელიც გახსნილია უკან) თავ-დაპირველად ბლაგვი ხდება, ხოლო შემდეგ შეიძლება გამახვილდეს, რომლის დროსაც საშვილოსნოს ფუძე მიმართული აღმოჩნდება სწორნაწლავ-საშვილოსნოს ჩაღრმავებისაკენ. თუ ბიმანუალური გამოკვლევისას რეტროფლექსიულ საშვილოსნოს სწორი მდებარეობა უბრუნდება, საუბარია მოძრავ რეტროფლექსიაზე (*retroflexio uteri mobilis*). პარიეტულ ფურცელთან შეზრდისას, რეტროფლექსიაში მყოფი საშვილოსნო კარგავს მოძრაობის უნარს და ხელის დახმარებით სწორი მდებარეობა არ უბრუნდება (*retroflexio uteri fixata*).

ეტოლოგია. საშვილოსნოს უკან გადახრის (რეტროდევიაციის) წარმოშობაში მნიშვნელოვანია საშვილოსნოს ტონუსის დაკარგვა და იოგოვანი აპარატის მოღუნება, რომელიც ზოგჯერ ქალის ორგანიზმის თანდაყოლილი თავისებურებაა (ასთენიური კონსტიტუცია), მაგრამ იგი, ძირითადად, სასქესო ორგანოების განუვითარებლობის, მრავალჯერადი მშობიარობის შედეგია (განსაკუთრებით მშობიარის ხანგრძლივი წოლისას ზურგზე). ასეთ პირობებში საშვილოსნო ადვილად გადაადგილდება გადავსებული შარდის ბუშტის უკან, ხოლო მისი დაცლის შემდეგ ბუშტ-საშვილოსნოს ჩაღრმავებაში მოხვედრილი ნაწლავის მარყუჟები ხელს უშლიან საშვილოსნოს დაბრუნებას საწყის მდებარეობამდე.

ფიქსირებული რეტროვერსიისა და რეტროფლექსიის განვითარებას უფრო ხშირად იწვევს საშვილოსნოს დანამატების ანთებითი პროცესები. დანამატების საშვილოსნოს განიერი იოგების უკანა ფურცელზე მდებარეობის გამო, ანთების ძირითადი კერა ყალიბდება საშვილოსნოს უკან, წარმოიქმნება მისი შეხორცებები მენჯის უკანა კედლის პარიეტულ ფურცელთან. საშვილოსნოს რეტროდევიაციას ხელს უწყობს საკვერცხის სიმსივნეები (რომელიც მდებარეობს საშვილოსნოს წინ) და საშვილოსნოს მიომის კვანძები (რომლებიც მას უკან გადახრიან).

კლინიკა. საშვილოსნოს რეტროდევიაციის (განსაკუთრებით მოძრავი რეტროდევიაციის) დროს სიმპტომები შეიძლება არ გამოვლინდეს. ზოგჯერ მტკივნეული შეგრძნებები გამოვლინდება მხოლოდ მას შემდეგ, რაც ექიმი შეატყობინებს ქალს საშვილოსნოს არასწორი მდგომარეობის (მოხრის) შესახებ. პაციენტი აფიქსირებს თავის ყურადღებას შეგრძნებებზე, დაკავშირებულს მუცლის ქვედა ნაწილთან. ქვეითდება ნერვული იმპულსების მტკივნეული შეგრძნების ზღურბლი, რომლებიც მომდინარეობენ საშვილოსნოდან და დანამატებიდან და პაციენტი უჩივის ტკივილებს. უფრო ძლიერი ტკივილები აღმოცენდება რეტროფლექსიის ფიქსირებისას მუცლის შეხორცებების დაჭიმვის შედეგად. მუცლის ღრუში შეხორცებითი პროცესის დროს, რომელიც უფრო ხშირია

საშვილოსნოს უკან მდებარე ჩაღრმავებაში, შეიძლება გამოვლინდეს ტკივილები სქესობრივი აქტის დროს.

საშვილოსნოს რეტროვერსიისა და რეტროფლექსიის დროს ორგანოს გვერდით ზედაპირზე განლაგებული მკვებავი სისხლძარღვები განიცდიან გადახრას. პირველად გადაიხრება თხელკედლიანი ვენები და მათში ირღვევა სისხლის დინება, რომელიც წნევით მოედინება არტერიებიდან. ვითარდება ვენური შეგუბება, რაც იწვევს ჰიპერპოლიმენორეას. რეტროფლექსიისას საშვილოსნოს ყელსა და ტანს შორის მახვილი კუთხის წარმოქმნა, იწვევს მენტრუალური სისხლის გადინების დარღვევას და ალგოდისმენორეის განვითარებას.

საშვილოსნოს რეტროდევიაციით პაციენტების სეკრეტორული ფუნქცია, ძირითადად, გაძლიერებულია მცირე მენჯში შეგუბებითი მოვლენების გამო. ამიტომ ასეთი პაციენტები ხშირად უჩივიან თეთრად შლას, ხშირად საშვილოსნოს რეტროდევიაციისას ირღვევა შარდის ბუშტისა (შარდვის გახშირება, მტკივნეულობა) და სწორი ნაწლავის (შეკრულობა) ფუნქცია.

საშვილოსნოს რეტროდევიაციისას ღრმა ცვლილებებს განიცდის რეპროდუქციული ფუნქცია. მრავალი ქალი უჩივის უნაყოფობას. უნაყოფობის ძირითადი მიზეზია ფალოპიუსის მილების გამტარობის დარღვევა დანამატების ანთებითი პროცესის შედეგად, რაც განაპირობებს საშვილოსნოს უკან გადახრას. უნაყოფობის მიზეზი შეიძლება იყოს ქალის სასქესო ორგანოების განუვითარებლობა (ინფანტილიზმი). ორსულობის დროს საშვილოსნოს ფიქსირებული რეტროფლექსია თვითნებური აბორტის ხშირი მიზეზია.

მკურნალობა. საშვილოსნოს რეტროდევიაციისას თერაპია საჭიროა მხოლოდ პაციენტის ჩივილების დროს. სამკურნალო ღონისძიებები მიმართული უნდა იყოს არა იმდენად საშვილოსნოს გასწორებაზე, რამდენადაც იმ პათოლოგიური პროცესების კორექციაზე, რომლებმაც გამოიწვიეს ეს ანომალია. ასთენიის მოვლენებისას ატარებენ ზოგადგამამაგრებელ ღონისძიებებს, ინფანტილიზმისას — შესაბამის პორმონულ და ფიზიოთერაპიას.

ნაწიბურგან-შეხორცებითი ცვლილებები, რომელებიც ვითარდება მცირე მენჯში ანთებითი პროცესების შედეგად და იწვევენ რეტროდევიაციას, საჭიროებენ გამწოვი მკურნალობის (ალოეს, ფიბსის დანიშვნა), ფიზიოთერაპიის (ოზოკერიტი, პარაფინი, დიათერმია), საკურორტო მკურნალობის ჩატარებას. ჩამოთვლილი თერაპევტული მოქმედებების მცირე შედეგისას, მათთან ერთად ნიშნავენ გინეკოლოგიურ მასაჟს. ექიმი ყოველდღე ან დღეგამოშვებით საშვილოსნოზე აწარმოებს ბიმანუალურ მოქმედებას ხელების ერთდროული წრიული მოძრაობებით გარედან — ფრთხილად ცდილობს საშვილოსნო გამოიყვანოს და დააყენოს სწორ მდგომარეობაში. პროცედურა გრძელდება 5-15 წთ. გინეკოლოგიური მასაჟის ჩატარების პირობაა მწვავე და ქვემწვავე ანთებითი პროცესების არარსებობა (ნორმალური ტემპერატურა, ედს, ლეიკოციტების რაოდენობა სისხლში).

ამჟამად საშვილოსნოს რეტროდევიაციის ქირურგიული მკურნალობა ძალიან იშვიათად გამოიყენება. ამ მიზნით ოპერაციები ტარდება, როგორც თანმხლები ჩარევა (სიმსივნეების მოცილების შემდეგ და ა.შ.). საშვილოსნოს რეტროვერსიისა და რეტროფლექსიის ქირურგიული მკურნალობის მრავალრიცხოვანი მეთოდებიდან უფრო ხშირად იყენებენ მრგვალი იოგების დამოკლებას და მათ ფიქსაციას საშვილოსნოს უკანა კედელზე ან გავა-საშვილოსნოს კუნთებზე.

საშვილოსნოსა და საშოს დაწვევა და გამოვარდნა

ქალის სასქესო ორგანოების ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი დაავადებაა საშვილოსნოსა და საშოს დაწვევა და გამოვარდნა. საშვილოსნოს გამოვარდნა ხდება მენჯის ფსკერის თიაქრის დროს. თიაქრის ხვრელი ვითარდება მენჯის დიაფრაგმის ფუნქციის უკმარისობის შედეგად. ქვემოთ ერთდროულად გადაადგილდება საშვილოსნო და საშოს კედლები, რაც საშუალებას გვაძლევს არასწორი მდებარეობის ეს ფორმები გავაერთიანოთ ერთ ჯგუფში და ერთად აღვწეროთ საერთო სახელწოდებით — „შიგნითა სასქესო ორგანოების დაწვევა და გამოვარდნა“.

ეტიოლოგია. მენჯის ფსკერის მთლიანობის დარღვევა და მენჯის დიაფრაგმის კუნთების ტონუსის დაქვეითება — ძირითადი მიზეზია, რომელიც იწვევს სასქესო ორგანოების დაწვევას და გამოვარდნას. უმშობიარებელ ქალებში სასქესო ორგანოების გამოვარდნა ძალიან იშვიათად აღინიშნება.

მენჯის ფსკერის კუნთების დაზიანება, ძირითადად, ხდება სამშობიარო, განსაკუთრებით ოპერაციული (სამეანო მამის დადება, ნაყოფის ამოყვანა მენჯის ბოლოდან, ნაყოფის ვაკუუმ-ექსტრაქცია და სხვ.) ტრავმის შედეგად.

შორისის ღრმა ჩახევიები იწვევენ უკანა გასავლის ამწვევი კუნთების დაზიანებას, ზოგჯერ — შარდ-სასქესო დიაფრაგმის დაზიანებას. ამის შედეგად კუნთები კარგავენ შინაგანი სასქესო ორგანოებისა და შარდის ბუშტის ნორმალური მდებარეობის შეუნარჩუნების უნარს.

საშვილოსნოს დამჭერ, საკიდ და საფიქსაციო აპარატებს შორის კოორდინაციული ურთიერთობის დარღვევა იწვევს შიგნითა სასქესო ორგანოების დაწვევას ან გამოვარდნას. ზოგჯერ იგი საშვილოსნოზე სიმსივნის ზეწოლის შედეგია. უფრო იშვიათად ეს პათოლოგია ვითარდება ისეთი დაავადებების შედეგად, როგორცაა *spina bifida*, როცა ვითარდება III და IV გავის ნერვების დამბლა, რომლებიც აინერვირებენ მენჯის ფუძის კუნთებს. ამ მანკის დროს საშვილოსნოს გამოვარდნა შეიძლება მოხდეს გოგონას ცხოვრების პირველივე დღეებში.

ერთმანეთისგან განასხვავებენ: 1) დაწვევას და გამოვარდნას მშობიარე ქალებში; 2) დაწვევას და გამოვარდნას უმშობიარებლებს შორის; 3) დაწვევას და გამოვარდნას მოხუცებულობის ასაკში.

კლინიკა. დაავადება ვითარდება თანდათან, ნელა პროგრესირებს და უარყოფითად მოქმედებს პაციენტის ზოგად მდგომარეობაზე. ამ დროს ირღვევა არა მარტო სასქესო სისტემის ძირითადი სპეციფიკური ფუნქციები, არამედ ახლომდებარე ორგანოების (საშარდე სისტემა, ნაწლავის ქვედა ნაწილი) ფუნქციებიც, ქვეითდება შრომისუნარიანობა, ზოგჯერ დაავადება იწვევს ინვალიდობას.

საშოსა და საშვილოსნოს დაწვევის საწყის ფორმებს შეიძლება არ ახლდეს რაიმე კლინიკური ნიშნები. მნიშვნელოვნად გამოხატული საშოსა და საშვილოსნოს გამოვარდნისას პაციენტები უჩივიან სასქესო ხვრელში უცხო სხეულის არსებობას, მუცლის ქვემოთ, წელის არეში და გავაში მქაჩავ ტკივილებს, დიზურიულ მოვლენებს, დეფეკაციის აქტის გაძნელებას.

საშვილოსნოს გამოვარდნისას შეიძლება აღინიშნებოდეს საშვილოსნოს ყელის დაგრძელება. ყელის გამოვარდნილი ნაწილი მუდმივად ეხახუნება ტანსაცმელს, განიცდის გამოშრობას, ინფიცირებას, რაც ხშირად იწვევს ტროფიკული წყლულების წარმოქმნას, ხშირად ჩირქოვანი პროცესებით.

საშვილოსნოს გამოვარდნისას მასში (მის ტანში) არსებითი ცვლილებები არ აღინიშნება. საშოს გამოვარდნილი კედლები განიცდიან ცვლილებებს, რომელიც გამოიხატება ქსოვილის დისტროფიაში, სისხლის მიმოქცევის დარღვევასა და ფიბროზულ-კუნთოვანი შრის სკლეროზში.

საშვილოსნოს სრული გამოვარდნისას შეიძლება განვითარდეს გართულება გამოვარდნილი საშვილოსნოს მიჯვლეტისა და შეშუპების, მისი შესწორების შეუძლებლობის სახით, რაც იწვევს შარდვისა და დეფეკაციის შეფერხებას. ასეთ შემთხვევაში გამოვარდნილი ორგანოების შესწორება შეიძლება მხოლოდ ხანგრძლივი წოლითი რეჟიმის დაცვის შემდეგ.

საშვილოსნოს გამოვარდნის მეორე მძიმე გართულებაა — ნაწოლების განვითარება საშოსა და საშვილოსნოს ყელის ლორწოვან გარსზე, რაც საჭიროებს ხანგრძლივ დამკურნალობას, რომელიც, ძირითადად, მდგომარეობს მოსვენებასა და იმ საშუალებების დანიშვნაში, რომლებიც ხელს უწყობენ ეპითელიზაციას (საშოს ტამპონები სინტომიცინის ემულსიით და სხვ.).

საშვილოსნოს გამოვარდნისას რეპროდუქციული ფუნქცია, ხშირად, შენარჩუნებულია.

განასხვავებენ საშოს, საშვილოსნოს კედლების დაწვევისა და მათი გამოვარდნის 5 ხარისხს. მსგავსი დაყოფა მეტად მნიშვნელოვანია და მოხერხებულია პაციენტის მკურნალობის ხასიათის საკითხის გადაწყვეტისას.

I ხარისხი — დაწვევის საწყისი სტადია, დაკავშირებულია მენჯის ფუძის კუნთებისა და შარდ-სასქესო დიაფრაგმის დასუსტებასთან, როცა სასქესო ხვრელი ღიაა, საშოს წინა და უკანა კედლები უმნიშვნელოდ დაშვებულია;

II ხარისხი — მენჯის ფუძის კუნთების უფრო მნიშვნელოვანი შესუსტებაა; საშოს კედლების დაწვევას თან ახლავს შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავის წინა კედლის დაწვევა;

III ხარისხი — საშვილოსნო დაწეულია, ყელი ჩამოდის საშოს შესასვლელამდე;

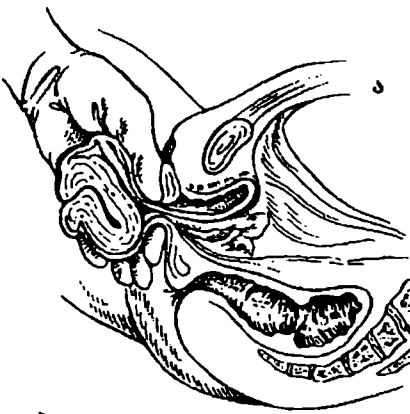
IV ხარისხი — საშვილოსნოს არასრული გამოვარდნა, როცა ყელი გამოდის საშოს შესასვლელის საზღვრებს გარეთ;

V ხარისხი — საშვილოსნოს სრული გამოვარდნა საშოს კედლების გადმობრუნებით.

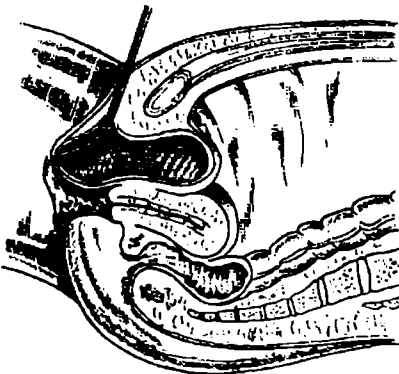
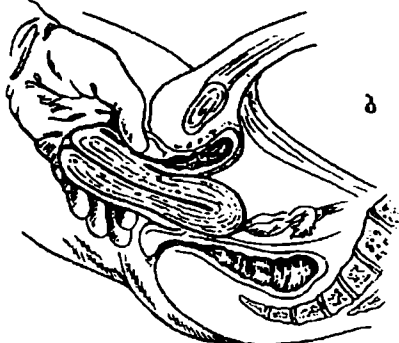
დიაგნოსტიკა. დაავადების დიაგნოზის დასმა რთული არ არის და დგინდება ანამნეზისა და საერთო გინეკოლოგიური მეთოდებით მიღებული ობიექტური გამოკვლევის საფუძველზე.

პაციენტს გინეკოლოგიურ სავარძელზე გასინჯვის წინ თხოვენ გაიჭინთოს ვერტიკალურ მდგომარეობაში, რათა წარმოდგენა გვექონდეს შინაგანი ორგანოების გამოვარდნის ხარისხზე (სურ. 123). დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით შეიძლება საშვილოსნოს ყელი დავიჭიროთ ტყვიის მაშებით და ქვევით დავწიოთ, სარკეებით წინასწარი გაშიშვლების შემდეგ.

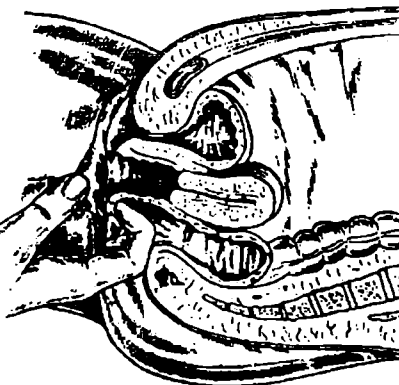
მენჯის ფუძის კუნთების მდგომარეობა განისაზღვრება შემდეგი წესით: საშოში შეყვანილი ორი თითით (საჩვენებლები) იკვლევენ შორისის ბოლქვ-მღვიმეოვანი



სურ. 123. საშვილოსნოს გამოვარდნის ხარისხის დადგენა. ა) არასრული; ბ)



სურ. 124. შარდის ბუმტში შეყვანის კათეტერი.



კუნთის კუმშვით უნარს. ურეთრაში შეყვანილი ლითონის კათეტერით საშოს წინა კედლის გამოზურცვის ხარისხით საზღვრავენ ცისტოცელეს გამოზატულებას (სურ. 124). სწორი ნაწლავიდან თითით გამოკვლევით საზღვრავენ რექტოცელეს გამოზატულებას (სურ. 125). საშოსა და საშვილოსნოს კედლების დაწვეისა და გამოვარდნის დიფერენციული დიაგნოზი ტარდება საშოს კისტასთან, დაბადებულ მიომურ კვანძთან, საშვილოსნოს ამობრუნებასთან.

სასქესო ორგანოების დაწვეის საწყისი ფორმით დაავადებულნი უნდა იქნან აყვანილნი დისპანსერულ აღრიცხვაზე. მათ აუცილებლად უნდა ჩაუტარდეთ გაფართოებული კოლპოსკოპია, უნდა გავვზავნოთ უროლოგთან საშარდე სისტემის მდგომარეობის გამოსაკვლევად.

გამოკვლევის ჩატარებისას საშოს კედლების დაწვეის I ხარისხით და საშვილოსნოს რეტროდევიაციის მქონე პაციენტებს, დაავადების პროგრესირების შეჩერების მიზნით, მიზანშეწონილია დაუწინაოთ კომპლექსური კონსერვატიული მკურნალობა, რომელიც მოიცავს ზოგადგამაჯანსაღებელ ღონისძიებებს, მიმართულს მენჯის ფუძისა და მუცლის წინა კედლის კუნთების ტონუსის მომატებისაკენ. პაციენტის კვება სრულფასოვანი უნდა იყოს, სასარგებლოა წყლის პროცედურები. ზოგად გიმნასტიკურ ვარჯიშებთან ერთად მიზანშეწონილია ვარჯიშები, რომლებიც ხელს უწყობენ:

ა) მენჯის ფუძის (მენჯის აწვევა მუხლების გაწვევა-მოწვევასთან ერთად, ნახევრადმჯდომარე სიარული, ფეხების აწვევა ტანთან სწორი კუთხით, შორისის კუნთებისათვის რითმული ვარჯიშები და სხვ.) და

ბ) მუცლის კუნთების (ფეხების აწვევა ვერტიკალურად წოლისას, ვერტიკალურ მდგომარეობაში ტანის წრიული მოძრაობა და სხვ.) გამაგრებას. თავიდან უნდა ავიცილოთ ზედმეტი ფიზიკური დატვირთვა და სიმძიმის აწვევა. მუცლის წინა კედლის გადაჭიმვისას მიზანშეწონილია სპეციალური ბანდაჟის ტარება. ჩამოთვლილი ზომები მხოლოდ ნაწილობრივ ანელე-

სურ. 125. თითი შეყვანილია სწორ ნაწლავში.

ბენ შინაგანი ორგანოების დაწვევის პროცესის პროგრესირებას.

საშვილოსნოს გამოვარდნის ადრე რეკომენდებული მკურნალობის კონსერვატიული მეთოდი პესარიების დანმარებით, ამჟამად თითქმის აღარ გამოიყენება. მას იყენებენ მხოლოდ ოპერაციული მკურნალობის აბსოლუტური უკუჩვენებისას. შეიძლება გამოვიყენოთ საშვილოსნოს რგოლები.

საშოსა და საშვილოსნოს დაწვევითა და გამოვარდნით დაავადებულები, რომლებიც საჭიროებენ ქირურგიულ მკურნალობას (II-V ხარისხები), აუცილებლად უნდა გამოვიკვლიოთ კომპლექსურად ამბულატორიულ პირობებში (თერაპევტის, ენდოკრინოლოგის, უროლოგის კონსულტაცია, ეკგ-ს რეგისტრაცია, კოლპოსკოპიის ჩატარება, საშვილოსნოს ყელის ზედაპირიდან აღებული ნაცხების ციტოლოგიური გამოკვლევა, საშვილოსნოს ყელიდან, ურეთრიდან და საშოდან აღებული ნაცხების ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა, სისხლისა და შარდის კლინიკური ანალიზი). სტაციონარში შემოსვლისას ტარდება დამატებითი გამოკვლევა.

ოპერაციის სახის განსაზღვრისას აუცილებლად უნდა გავითვალისწინოთ პაციენტის ასაკი, მისი ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობა, მენსტრუალური ფუნქციის თავისებურებანი, შემდეგში ორსულობისა და მშობიარობის განვითარების შესაძლებლობა, საშოს კედლების დაწვევისა და საშვილოსნოს გამოვარდნის ხარისხი, ცისტოცელესა და რექტოცელეს არსებობა, საშვილოსნოს ყელის მდგომარეობა.

ყველა ოპერაცია, რომელსაც ახორციელებენ გინეკოლოგიაში, საშოსა და საშვილოსნოს გამოვარდნისას, იყოფა მუცლის ღრუს მხრივად და საშოს მხრივად.

წიაღკვეთას აწარმოებენ საშვილოსნოს არასწორი მდებარეობის გასწორებისა და მისი ამ მდგომარეობაში დამაგრების მიზნით, საშოსმხრივი ოპერაციები მიმართულია მენჯის ფუძის მთლიანობის აღდგენისკენ.

მუცლის ღრუსმხრივი ოპერაციებიდან ადრე ხშირად იყენებდნენ ვენტროფიქსაციას და ვენტროსუსპენზიას. ამჟამად, ეს ოპერაციები, თითქმის, აღარ გამოიყენება დაავადების რეციდივის განვითარების გამო. ეს დაკავშირებულია იმასთან, რომ ამ ჩარევებით არ ხდება დაავადების ძირითადი მიზეზის — მენჯის ფუძის კუნთების მთლიანობის დარღვევის მოცილება.

ოპერაციები ალოპლასტიკური საშუალებების (კაპრონი, ლავსანი და სხვ.) გამოყენებით, ქალის სასქესო ორგანოების გამოვარდნისას, ამჟამად პრაქტიკულად აღარ ტარდება, რადგან ეს მასალები ორგანიზმში განიცდიან ფრაგმენტაციას და გაწოვას.

უპირატესობა ენიჭება საშოს გზით შესრულებულ ოპერაციებს, რომელთა მნიშვნელოვანი ელემენტია მენჯის ფუძის კუნთებისა და ფასციების გამაგრება. დღეს მეტ-ნაკლები გავრცელება ჰპოვა ოპერაციის შემდეგმა სახეებმა:

1) **საშოს წინა და უკანა პლასტიკა ლევატოროპლასტიკით.** ეს ოპერაცია საჭიროა საშოსა და საშვილოსნოს დაწვევის II-III ხარისხისას ნებისმიერი ასაკის ქალებში და I ხარისხის დაწვევის კონსერვატიული მკურნალობის უშედეგობის შემთხვევაში (იხ. ოცდამესამე თავი).

2) **მანჩესტრული ოპერაცია** კეთდება საშვილოსნოსა და საშოს კედლების დაწვევის II-IV ხარისხებისას, ახალგაზრდა და საშუალო ასაკის ქალებში საშ-

ვილოსნოს დაგრძელებული ყელის არსებობისას.

3) შუა კოლუმორაფია რეკომენდებულია საშოსა და საშვილოსნოს გამოვარდნის IV-V ხარისხებისას მოხუცი ასაკის პირებში, რომლებიც არ ცხოვრობდნენ სქესობრივი ცხოვრებით, საშვილოსნოს შეუცვლელი ყელისას და თანმხლები მძიმე ექსტრაგენიტალური დაავადებების დროს, როცა ვერ ვაკეთებთ უფრო მძიმე ოპერაციას (საშვილოსნოს საშოსმხრივი ექსტირპაცია).

4) საშვილოსნოს საშოსმხრივი ექსტირპაცია მენჯის ფუძის კუნთების პლასტიკით წარმოებს საშვილოსნოს სრული გამოვარდნისას, განსაკუთრებით ხანდაზმული და მოხუცი ასაკის პაციენტებში.

ანესთეზიის მეთოდის არჩევა განისაზღვრება პაციენტის ასაკითა და მდგომარეობით, ასევე თვით ოპერაციული ჩარევის ხასიათით (ადგილობრივი ანესთეზია, ნიღბოვანი ან ინტუბაციური ნარკოზი).

უნაყოფო ქორწინება

უნაყოფობა (sterilitas) ეწოდება განაყოფიერების უნარის უქონლობას ქალებსა (ქალთა უნაყოფობა) და კაცებში (მამაკაცთა უნაყოფობა). იგი გვხვდება ქორწინებათა 10-20%-ში და წარმოადგენს მნიშვნელოვან არა მარტო სამედიცინო, არამედ სოციალურ პრობლემას, რადგან უნაყოფობა პირდაპირ მოქმედებს შობადობის მაჩვენებელზე.

ქორწინება უნაყოფოდ ითვლება, თუ დაორსულება არ ხდება სქესობრივი ცხოვრების 2 წელზე მეტი ხნის მანძილზე კონტრაცეპტივების მიღების გარეშე. ქალთა უნაყოფობა აღინიშნება შემთხვევათა 50%-ში, მამაკაცთა – 40%-ში, უნაყოფობის შერეული ფორმები – 10%-ში.

ქალთა უნაყოფობა

ქალთა უნაყოფობა შეიძლება იყოს აბსოლუტური და შეფარდებითი. უნაყოფობა ითვლება **აბსოლუტურად** როცა არსებობს მიზეზი, რომელიც სრულიად გამორიცხავს ჩასახვის შესაძლებლობას (საშვილოსნოს, საკვერცხეების არარსებობა). **შეფარდებითი** ეწოდება უნაყოფობას, თუ მისი გამომწვევი მიზეზი შეიძლება აღკვეთილი იქნას. უნაყოფობის დაყოფა აბსოლუტურად და შეფარდებითად გარკვეულწილად პირობითია. მაგალითად, ადრე აბსოლუტურად ითვლებოდა უნაყოფობა ფალოპიუსის მილების არარსებობისას, ამჟამად კი, ექსტრაკორპორული განაყოფიერების შესაძლებლობის გამო, შეფარდებითი გახდა.

განასხვავებენ პირველად და მეორად უნაყოფობას. პირველადია უნაყოფობა, როცა ქალი არ ორსულდება რეგულარული სქესობრივი ცხოვრების 1-2 წლის მანძილზე. მეორადია უნაყოფობა, როდესაც ქალი ერთხელ მაინც ყოფილა ორსულად. პირველადი და მეორადი უნაყოფობის სიხშირე დაახლოებით ერთნაირია.

ქალის უნაყოფობის მიზეზი მრავალია. ისინი დაკავშირებულია, როგორც ქალის რეპროდუქციული სისტემის პათოლოგიასთან, ისე ექსტრაგენიტალურ ფაქტორებთან. მნიშვნელოვან მიზეზებს მიეკუთვნება:

- 1) სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები;
- 2) შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების დაავადებები;
- 3) სასქესო ორგანოების განუვითარებლობა (ინფანტილიზმი და ჰიპოპლაზია);
- 4) სასქესო ორგანოების არასწორი მდებარეობა;
- 5) საშვილოსნოს, მილებისა და საკვერცხეების ენდომეტრიოზი;
- 6) სასქესო ორგანოების სიმსივნეები;
- 7) ექსტრაგენიტალური დაავადებები (რევმატიზმი, ნეფრიტი, ტუბერკულოზი და სხვ.);
- 8) არასრულფასოვანი კვება, რაოდენობრივი და ხარისხობრივი თვალსაზრისით;
- 9) იმუნოლოგიური ფაქტორები.

კლასიფიკაცია. უნაყოფობა წარმოადგენს ერთი ან რამდენიმე დაავადების სიმპტომს. მრავალი პათოლოგიის დროს ეს სიმპტომი ძირითადია და დაავადების დიაგნოსტიკა შეიძლება მხოლოდ უნაყოფობის მიზეზების ყოველმხრივი ანალიზის შემდეგ.

განასხვავებენ ქალთა უნაყოფობის შემდეგ ძირითად ფორმებს:

1) მილოვანი უნაყოფობა, რომელიც განპირობებულია ფალოპიუსის მილების პათოლოგიით;

2) ენდოკრინული უნაყოფობა, რომელიც შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების მოქმედების დარღვევებს უკავშირდება;

3) უნაყოფობა, რომელიც განპირობებულია რეპროდუქციულ სისტემაში უპირატესად ანატომიური დარღვევების არსებობით;

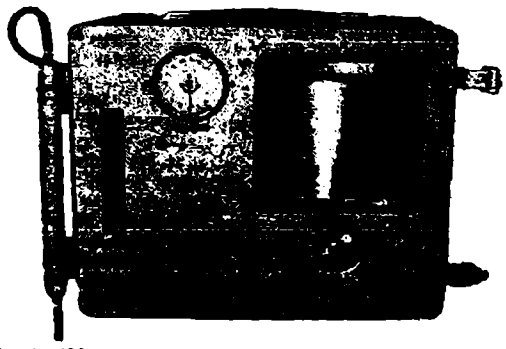
4) იმუნოლოგიური უნაყოფობა.

ამჟამად ყველაზე ხშირია მილოვანი და ენდოკრინული უნაყოფობა.

მილოვანი უნაყოფობა. უნაყოფობის ეს ფორმა, ძირითადად, მეორადია, ვითარდება ანთებითი პროცესის შედეგად და იწვევს მილების სანათურის დახურვას კედლების ინფილტრაციის, მილების ღრუს ობლიტერაციისა და მილის-ირგვლივი შეხორცებებით განპირობებული გადახრების გამო. ფალოპიუსის მილების არეში ანთებით პროცესს, ძირითადად, პათოგენური და პირობით-პათოგენური მიკროორგანიზმები იწვევენ. ყველაზე ხშირად გამოიწვევია გონოკოკი და პათოგენური სტაფილოკოკი, რომელიც პროცესს ზოგჯერ ნაწლავის ჩხირთან და პროტეუსთან ერთად იწვევს. უფრო იშვიათად გვხვდება ტუბერკულოზური ეტიოლოგიის სალპინგიტები, რომელმაც გამოიწვია უნაყოფობა. მილოვანი უნაყოფობის განვითარებაში დიდი როლი ეკუთვნის ფალოპიუსის მილების კინეტიკის ფუნქციურ დარღვევებს. მილების ტრანსპორტული ფუნქციის დარღვევა შეიძლება განპირობებული იყოს ენდოკრინული ფაქტორებით, მილების კედლების ანთებითი ინფილტრაციით, ფალოპიუსის მილების შიგნითა ზედაპირის ამომფენი წამწამოვანი ეპითელიუმის ატროფიით.

დიაგნოსტიკა. მილოვანი უნაყოფობის დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს სასქესო სისტემაში ანთებითი პროცესის გამოვლენას, მისი ეტიოლოგიისა და სტადიის დადგენას. აუცილებელია ფალოპიუსის მილების გამტარობისა და ფუნქციური მდგომარეობის დაზუსტება. ამ მიზნით გამოიყენება შემდეგი მეთოდები: ფალოპიუსის მილების პერტუბაცია (ჩაბერვა), ჰიდროტუბაცია, ქრომოჰიდროტუბაცია, რადიოიზოტოპური სკანირება, ჰისტეროსალპინგოგრაფია, ენდოსკოპია (ლაპაროსკოპია, კულდოსკოპია, ჰისტეროსკოპია). ამჟამად პერტუბაცია ჟანგბადის, ნახშირორჟანგის, ჰაერის გამოყენებით შედარებით იშვიათად გამოიყენება, რადგან ამ დროს არსებობს აიროვანი ემბოლიის განვითარების საშიშროება.

მილოვანი უნაყოფობის დიაგნოსტიკაში ხშირად გამოიყენება ჰიდროტუბაციის მეთოდი. ამ პროცედურის დროს საშვილოსნოში სპეციალური აპარატის (სურ. 126) საშუალებით 180 მმ. ვწყსვ.



სურ. 126. ჰიდროტუბაციის აპარატი.

წნევით შეყავთ სითხე, რომელიც შეიცავს ანტიბიოტიკებს, გლუკოკორტიკოიდულ პრეპარატებს, ანტიჰიალურონიდაზას, სპაზმოლიზურ საშუალებებს. აღნიშნული წნევის მიღწევის შემდეგ სითხის შეყვანას წყვეტენ და აკვირდებიან, როგორ მცირდება წნევა მილების გამტარობის ხარისხის მიხედვით. ჰიდროტუბაციის წარმოებისას შესაძლებელია წნევის ცვლილების გრაფიკული რეგისტრაცია. გამტარი ფალოპიუსის მილების დროს წნევა სისტემაში სწრაფად ქვეითდება 60-80 მმ. ვწყ.სვ-მდე. ჰიდროტუბაცია არ არის საშიში ემბოლიის მხრივ, მას აქვს, როგორც დიაგნოსტიკური, აგრეთვე, სამკურნალო მნიშვნელობა, მაგრამ ეს მეთოდი არ იძლევა მილის გამტარობის დარღვევის ლოკალიზაციის დადგენის საშუალებას. ქრომოჰიდროტუბაცია ჰიდროტუბაციის ვარიანტია. ჰიდროტუბაციის დროს გამოსაყენებელ სითხეს უმატებენ სხვადასხვა საღებავს, კერძოდ მეთილენის ლურჯს.



სურ. 127. მეტროსალპინგოგრაფია საშვილოსნოს გამტარი მილებისას უშუალოდ საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანის შემდეგ.



სურ. 128. პისტეროსალპინგოგრაფია საშვილოსნოს გამტარი მილებისას საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანიდან 24 სთ-ის შემდეგ.

მუცლის ღრუში მოხვედრის შემდეგ (გამტარი მილებისას), საღებავი შეიწოვება სისხლში და გამოიყოფა შარდით, რასაც შარდის ფერის შეცვლით ადგენენ.

მილოვანი უნაყოფობის დიაგნოსტიკაში ხშირად გამოიყენება რენტგენოლოგიური მეთოდი — პისტეროსალპინგოგრაფია (მეტროსალპინგოგრაფია). კონტრასტული წყალში ხსნადი ნივთიერება (დიადონი, კარდიოტრასტი) წნევით შეყავთ საშვილოსნოს ღრუში და იღებენ მცირე მენჯის მიდამოს რამდენიმე რენტგენოლოგიურ სურათს, რომლებზეც ჩანს საშვილოსნოს და მილების კონტურები, კონტრასტული ნივთიერების გადასვლა მუცლის ღრუში (სურ. 127, 128), მილების დახშობის ადგილი (სურ. 129). ამგვარად, დგინდება ფალოპიუსის მილის ან მილების გაუვალობის ლოკალიზაცია, რაც ძალიან მნიშვნელოვანია მკურნალობის მეთოდის შერჩევისათვის.

გამოკვლევის ენდოსკოპიური მეთოდებიდან გამოიყენება ლაპაროსკოპია. მას აწარმოებენ ლაპაროსკოპით, რომელიც მუცლის ღრუში 2000-2500 მლ ნახშირორჟანგის, ჟანგბადის ან ჰაერის შეყვანის შემდეგ შეაქვთ. ლაპაროსკოპის ოპტიკური სისტემა გამანათებელი ხელსაწყოთი არის აღჭურვილი, რაც საშუალებას იძლევა, დათვალიერდეს ფალოპიუსის მილები, საშვილოსნო და საკვერცხეები. ზოგჯერ ლაპაროსკოპიასთან ერთად საშვილოსნოში შეყავთ შეღებილი ხსნარები და აკვირდებიან, გადმოედინება თუ არა ხსნარი ფალოპიუსის მილების ამპულური ბოლოებიდან.



სურ. 129. პისტერიოსლაბინოკრაპია საშვილოსნოს მიღების ამპულური ნაწილების გაუვალობისას. აფსების მცირე დეფექტი საშვილოსნოს ტანის ფუძეში. ა) უშუალოდ საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანის შემდეგ; ბ) 24 სთ-ის შემდეგ.

ენდოკრინული უნაყოფობა. უნაყოფობის ამ ფორმას კრებითი მნიშვნელობა აქვს, რადგან ამ დროს აღინიშნება სხვადასხვა ეტიოლოგიის, პათოგენეზისა და კლინიკური სურათის სხვადასხვა ენდოკრინული დაავადებები. ენდოკრინული უნაყოფობისათვის დამახასიათებელია ენდოკრინული სისტემის ფუნქციის ისეთი ცვლილებები, რომლებიც ოვულაციის პროცესის მოშლას იწვევენ.

ოვულაციის დარღვევა არ შემოიფარგლება მხოლოდ იმით, რომ კვერცხუჯრედი არ გადმოდის ფოლიკულიდან მუცლის ღრუში. თვით კვერცხუჯრედი ხშირად არ არის სრულფასოვნად განვითარებული და არ აქვს განაყოფიერების უნარი, ზოგჯერ, მისი განაყოფიერების შემთხვევაშიც კი ფოლიკულის ადგილზე განვითარებული ყვითელი სხეული ფუნქციურად არასრულყოფილი აღმოჩნდება და იმპლანტაციას ვერ უზრუნველყოფს.

ენდოკრინული დარღვევების ყველა შემთხვევა, რომელიც ოვულაციის მოშლას იწვევს, პირობითად შეიძლება გავაერთიანოთ ცალკეულ კლინიკურ ჯგუფებად, რომელთაც შესაბამისი სიმპტომკომპლექსი ახასიათებს. ასეთი დაყოფა შემოთავაზებული იყო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტების მიერ და მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში გამოიყენება ფუნქციური უნაყოფობის მიზეზების დიაგნოსტიკისა და პათოგენეზური მკურნალობის დანიშვნისათვის.

I ჯგუფი — ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური უკმარისობა. ამ ჯგუფს მიეკუთვნება პათოლოგიური მდგომარეობები, რომლებიც განისაზღვრება, როგორც გენიტალური განუვითარებლობა და ვლინდება ამენორეით, ჰიპომენსტრუალური და, იშვიათად, ჰიპერმენსტრუალური სინდრომით. მონაცემები ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზურ არეში სიმსივნის არსებობის შესახებ არ არის. ასეთ პაციენტებში ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონისა და მალუთენინიზებელი ჰორმონის შემცველობა სისხლში მკვეთრად დაქვეითებულია, პროლაქტინის დონე არ არის მომატებული, ესტროგენების რაოდენობა მკვეთრად შემცირებულია. ამ ქალებში საშვილოსნო დაპატარავებულია, ხშირად ჰიპერანტეფლექსიურ მდებარეობაშია, მილები დაგრძელებული, წვრილი და კლაკნილია, საშვილოსნოს ყელი კონუსისებრია, საშო ვიწრო, არასაკმარისად ტევადია, სათესლე სითხე ადვილად გადმოიღვრება. სასქესო ორგანოების ჩამოთვლილი ანატომიური ცვლილებები გარკვეულ როლს თამაშობენ უნაყოფობის განვითარებაში, თუმცა ძირითადი მნიშვნელობა ოვულაციის არარსებობას ენიჭება.

II ჯგუფი — **ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური დისფუნქცია**. ამ ჯგუფში გაერთიანებულია პაციენტები მენსტრუალური ციკლის დარღვევებით (ლუთეინური ფაზის უკმარისობა, ანოვულაციური ციკლები ან ამენორეა), ესტროგენების მომატებული სეკრეციითა და პროლაქტინისა და გონადოტროპინების შედარებით დაბალი დონით. პაციენტებს, უნაყოფობასა და ამენორეასთან ერთად, აღენიშნებათ საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენები. ამავე ჯგუფში ერთიანდებიან ქალები სკლეროკისტოზური საკვერცხეებით (საკვერცხეებში პროდუცირდება დიდი რაოდენობით ანდროგენები, დათრგუნულია ოვულაცია, ვითარდება ჰიპერტრიქოზი, გაცხიმოვნება).

III ჯგუფი — **საკვერცხეების უკმარისობა**. იგი ვლინდება ამენორეით, რომელსაც თან ახლავს ესტროგენების პროდუქციის მკვეთრი დაქვეითება, ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის კონცენტრაციის მომატება. ხშირად იგი სხვადასხვა ქრომოსომული ანომალიის შედეგია (შერეშევესკი-ტერნერის სინდრომი, გონადების დისგენეზია, ტესტიკულური ფემინიზაცია).

IV ჯგუფი — **სასქესო სისტემის თანდაყოლილი ან შექნილი დარღვევები**. ამ ჯგუფის პაციენტებისათვის დამახასიათებელია მყარი ამენორეა (სინჯი პროგესტერონით უარყოფითია). ამ ჯგუფს ეკუთვნიან პაციენტები, რომლებსაც აღენიშნებათ საშვილოსნოს ღრუს ობლიტერაცია და აბორტების შემდეგ სინექიის განვითარება.

V ჯგუფი — **ჰიპერპროლაქტინემია ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზურ მიდამოში სიმსივნის არსებობისას**. განვითარებადი სიმსივნური წარმონაქმნის გამო ჰიპოთალამუსში ირღვევა პროლაქტინმაინჰიბირებელი ფაქტორის პროდუქცია, მატულობს პროლაქტინის რაოდენობა და ამის შედეგად ითრგუნება ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონისა და მალუთეინიზებელი ჰორმონის პროდუქცია. პაციენტებს აღენიშნებათ მყარი ანოვულაცია ან ყვითელი სხეულის ფუნქციის უკმარისობა.

VI ჯგუფი — **ჰიპერპროლაქტინემია ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური მიდამოს დაზიანების გარეშე**. ეს პათოლოგია ვითარდება ჰიპოთალამურ მიდამოში ფუნქციური დარღვევების გამო. ჰიპოფიზის მიერ პროლაქტინის პროდუქცია მომატებულია, რის შედეგადაც ვითარდება ოვულაციის დათრგუნვა ან ციკლის ლუთეინური ფაზის უკმარისობა. კლინიკურად ეს ამენორეით ვლინდება. ჰიპერპროლაქტინემიას შეიძლება თან ახლდეს გალაქტორეა (კიარი-ფრომელის სინდრომი). თუმცა პაციენტების უმრავლესობაში ჰიპერპროლაქტინემია გალაქტორეის გარეშე მიმდინარეობს.

VII ჯგუფი — **ამენორეა ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური მიდამოს სიმსივნის ფონზე**. ამ ქალებში სიმსივნური წარმონაქმნით გამოწვეული დესტრუქციული პროცესის გამო დაქვეითებულია რილიზინგ-ჰორმონებისა და გონადოტროპინების პროდუქცია. საკვერცხეები ვერ გამოიმუშავენ ესტროგენების საკმარის რაოდენობას, წყდება ოვულაცია, ვითარდება ამენორეა პროლაქტინის ნორმალური დონის ფონზე. მსგავსი სურათი აღინიშნება სიმონდსის დაავადების დროსაც.

უნაყოფობა შეიძლება გამოიწვიოს, აგრეთვე, შინაგანი სეკრეციის სხვა ჯირკვლების (ფარისებრი, თირკმელზედა, კუჭქვეშა) დაზიანების შედეგად ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზურ-საკვერცხეების სისტემაში განვითარებულმა დარღვევებმა.

დიაგნოსტიკა. ჰემარიტი ამენორეის დროს ყოველთვის უნდა ვიფიქროთ ენდოკრინული გენეზის უნაყოფობაზე. თუ აღინიშნება ციკლური სისხლიანი გამონადენი, აუცილებელია დავადგინოთ, მენსტრუალური ციკლი ოვულაციურია თუ ანოვულაციური. ამ მიზნით, ძირითადად, გამოიყენება ბაზალური ტემპერატურის გაზომვა. ციკლის მეორე ფაზაში ბაზალური ტემპერატურის მომატება $37,2-37,4^{\circ}\text{C}$ -მდე 8-10 დღის განმავლობაში ოვულაციური ციკლის არსებობაზე მიუთითებს, ასეთი მომატების არარსებობა კი — ანოვულაციაზე. მომხდარ ოვულაციას ადასტურებს, აგრეთვე, სისხლში პროგესტერონის საკმაო რაოდენობა ან მისი მეტაბოლიტის პრეგნანდიოლის ციკლის მეორე ფაზაში შარდით ექსკრეცია, აგრეთვე, მენსტრუაციამდე 3-4 დღით ადრე ენდომეტრიუმის ჰისტოლოგიური და სეკრეტორული გარდაქმნები. ცალკეულ შემთხვევაში მონაცემებს ოვულაციის შესახებ ლაპაროსკოპია გვაძლევს. მნიშვნელოვანი მაჩვენებელია ორგანიზმის ესტროგენული გაჯერების დონის განსაზღვრა. ამ მიზნით გამოიყენება ფუნქციური დიაგნოსტიკური ტესტები.

არსებითი მნიშვნელობა აქვს ყელის არხის ლორწოს ხარისხის შეფასებას მასში სპერმატოზოიდების შეღწევადობის დასადგენად. ამისათვის გამოიყენება შუვარსკი-ხუნერის პოსტკოიტალური ტესტი და ცერვიკალურ ლორწოსთან კონტაქტის კურცროკ-მილერის ტესტი. პირველი მდგომარეობს ცერვიკალური ლორწოს გამოკვლევაში, რომელიც აღებულია სქესობრივი კავშირის შემდეგ ოვულაციის პერიოდში (მენსტრუალური ციკლის მე-12-14 დღე). მისი მიკროსკოპული გამოკვლევისას, ზედველობის არეში 5-ზე მეტი მოძრავი სპერმატოზოიდი უნდა იყოს.

მეორე ტესტი ცერვიკალური ლორწოს წვეთში სპერმატოზოიდების შეღწევადობის განსაზღვრაში მდგომარეობს. სინჯი მიმდინარეობს 37°C -მდე გამთბარ სასაგნე მინაზე, ცერვიკალური ლორწოსა და სათესლე სითხის შეხებით. დადებითად ითვლება შედეგი, როცა დიდი რაოდენობით სპერმატოზოიდები აღწევენ ლორწოში და მათი მოძრაობის უნარი შენარჩუნდება 6 სთ-ის განმავლობაში.

შარდში 17-კეტოსტეროიდების დონის განსაზღვრა (განსაკუთრებით ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის შეყვანის შემდეგ) საშუალებას იძლევა გამოვყოთ თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევებით გამოწვეული უნაყოფობის შემთხვევები (ადრენოგენიტალური სინდრომი) და მოვახდინოთ მათი დიფერენცირება სკლეროკისტოზური საკვერცხეების სინდრომისგან. დიდი მნიშვნელობა აქვს სისხლში პროლაქტინის დონის გამოკვლევას. პროლაქტინის მომატებული დონის შემთხვევაში აუცილებლად აწარმოებენ ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური არის გამოკვლევას სიმსივნის გამოსარიცხად. ამ მიზნით გამოიყენება ქალას რენტგენოგრაფია, თურქული კენის ტომოგრაფია, მიმართავენ ნევროპათოლოგის კონსულტაციას, ოფთალმოლოგიურ გამოკვლევას.

ენდოკრინული უნაყოფობის დიაგნოსტიკაში მნიშვნელოვანია რეაქცია ესტროგენებზე, გესტაგენებზე, აგრეთვე, სისხლში ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის კონცენტრაციის განსაზღვრა. სისხლში ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის დონის დაქვეითება ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზურ უკმარისობაზე მიუთითებს. ასეთ პაციენტებში გონადოტროპინების შეყვანის დროს იზრდება ესტროგენების დონე სისხლსა და შარდში, ხოლო ესტროგენების შეყვანა მენსტრუაციის მსგავს რეაქციას იწვევს.

პიპოთალამურ-პიპოფიზური დისფუნქციისათვის დამახასიათებელია ამენორეა პიპერესტროგენიის, ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის დაბალი დონის ფონზე, აგრეთვე, მენსტრუაციის მსგავსი რეაქციის გამოვლენა გესტაგენების (პროგესტერონი, ოქსიპროგესტერონის კაპრონატი) შეყვანის საპასუხოდ. საკვერცხისმიერი უკმარისობისათვის დამახასიათებელია სისხლში ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის რაოდენობის მომატება, ესტროგენების დონის დაქვეითება და ესტროგენების შეყვანაზე პაციენტის რეაქცია საშვილოსნოს სისხლდენების სახით. ასეთ ქალებში საჭიროა გამოირიცხოს ქრომოსომულ აბერაციებთან (გონადების დისგენეზია) დაკავშირებული დაავადებები. ამ მიზნით აწარმოებენ სასქესო ქრომატინის გამოკვლევას და კარიოტიპის განსაზღვრას.

რეპროდუქციული სისტემის ანატომიურ დარღვევებთან დაკავშირებული უნაყოფობა (ტრავმები, სიმსივნეები, განვითარების ანომალიები). საშვილოსნოს, ფალოპიუსის მილების, საკვერცხეების ქირურგიული ამოკვეთა ქალის რეპროდუქციული ფუნქციის დაკარგვას იწვევს. უნაყოფობა ხშირად აღინიშნება შარდ-სასქესო ხვრელმილების, საშვილოსნოს ტრავმის ან გამოფხეკის შედეგად შეზოგადებების (სინექიების) განვითარების დროს. საშვილოსნოს მიომის, ენდომეტრიოზის, საკვერცხეების სიმსივნის დროს ორსულობა შესაძლებელია, მაგრამ ჩასახვის უნარი, ხშირად, დაქვეითებულია. ზოგჯერ საშვილოსნოს მიომის არსებობისას ორსულობა შესაძლებელი ხდება მხოლოდ მიომური კვანძების მოცილების შემდეგ. უნაყოფობას სასქესო ორგანოების მრავალი ანომალია იწვევს.

დიაგნოსტიკა. ამ ჯგუფის პაციენტებში უნაყოფობის დადგენა შეიძლება ჩვეულებრივი გინეკოლოგიური გამოკვლევის შედეგად. ბიძანუალური გამოკვლევის დროს ადგენენ სასქესო აპარატის რომელიმე ნაწილის არარსებობას, აღმოაჩენენ სიმსივნეს, ჰემატოკოლპოსს, ჰემატომეტრას. საშვილოსნოს პათოლოგიის მძიმე ფორმებისათვის (სინექიები და სხვ.) დამახასიათებელია მენსტრუაციის მსგავსი სისხლდენების არარსებობა ესტროგენების და პროგესტერონის შეყვანის საპასუხოდ. ზოგჯერ დიაგნოზის დასაზუსტებლად იყენებენ კვლევის რენტგენოლოგიურ, ენდოსკოპიურ, სამედიცინო-გენეტიკურ და სხვა მეთოდებს.

იმუნოლოგიური უნაყოფობა. ეს მდგომარეობა ხასიათდება ცოლში ან ქმარში სპერმული ანტიგენების მიმართ უჯრედოვანი და ჰუმორული იმუნიტეტის რეაქციის განვითარებით. პირველად ი. მეჩნიკოვმა (1900 წ) აღნიშნა, რომ ორგანიზმში სპერმატოზოიდების პარენტერალურმა შეყვანამ შეიძლება სპეციფიკური ანტისპერმული ანტისხეულების წარმოშობა გამოიწვიოს. ამჟამად სპერმის ანტიგენური თვისებები საკმაოდ კარგად არის შესწავლილი. დადგენილია, რომ ანტიგენური აქტივობა აქვთ არა მარტო სპერმატოზოიდებს, არამედ სათესლე პლაზმასაც. ქალის კვერცხუჯრედსაც აქვს ანტიგენური თვისებები, თუმცა მათი მნიშვნელობა უნაყოფობის პათოგენეზში საბოლოოდ დადგენილი არ არის. იმუნური ანტისხეულები სპერმატოზოიდების მიმართ ქალებს შეიძლება გამოუმუშავდეთ სქესობრივი აქტის შემდეგ. სპერმა საშოდან, საშვილოსნოდან, მუცლის ღრუდან მაკროფაგებით წარიტაცება და ანტისხეულწარმომშობ ორგანოებს აღწევს. ამასთან, ანტისხეულები შეიძლება გამოუმუშავდეს სპერმის მრავალი კომპონენტის მიმართ. ქალის ორგანიზმში გამოუმუშავდება შემდეგი



სურ. 130. სპერმატოზოიდების მიკროაგლუტინაცია.

ანტისპერმული ანტისხეულები: 1) სპერმოაგლუტინირებადი; 2) სპერმოიმობილიზებადი; 3) სპერმოციტოტოქსიკური.

იმუნოლოგიური უნაყოფობის მექანიზმები განსხვავებულია იმუნური რეაქციების განვითარების ადგილის მიხედვით. შესაძლებელია სპერმატოზოიდების იმობილიზაცია საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანში არსებულ ანტისხეულებთან შეხვედრის

დროს ან კვერცხუჯრედთან კონტაქტისას, ზიგოტის საშვილოსნოში იმპლანტაციის დროს. სპერმატოზოიდებზე, ზიგოტაზე და ნაყოფზე შეიძლება მავნე ზეგავლენა მოახდინოს ქალის სისხლში განვითარებულმა შესაბამისმა იმუნურმა ანტისხეულებმა. ამჟამად ცნობილია, რომ უფრო მნიშვნელოვანია სპერმატოზოიდების იმობილიზაცია, ყელის ლორწოში ანტისხეულებით შებოჭვის შედეგად, რაც უნაყოფობას იწვევს.

დიაგნოსტიკა. იმუნოლოგიური უნაყოფობის დიაგნოსტიკის დროს პოსტკოიტალურ ტესტში ყურადღება უნდა მივაქციოთ ე.წ. სპერმატოზოიდების რხევის ფენომენს, რაც წარმოადგენს ამ უჯრედების რხევით მოძრაობას წინსვლითი მოძრაობის ნაცვლად. ეს ფენომენი აღინიშნება იმ უნაყოფო ქალებში, რომელთა ცერვიკალური ლორწო ანტისპერმულ ანტისხეულებს შეიცავს. ეს ანტისხეულები სპერმატოზოიდების და საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოს გლიკოპროტეინული ბოჭკოების მსგავსია და ფიქსირდებიან ამ ბოჭკოებით, რის შედეგადაც სპერმატოზოიდები კარგავენ საშვილოსნოს ღრუს მიმართულებით მოძრაობის უნარს და აგლუტინაციას განიცდიან (სურ. 130).

მამაკაცთა უნაყოფობა

მამაკაცთა (ისევე, როგორც ქალთა) უნაყოფობა არის არა დამოუკიდებელი ნოზოლოგია, არამედ სხვადასხვა დაავადების სიმპტომი. უნაყოფო ქორწინების მიზეზთა შესწავლის დროს, უპირველეს ყოვლისა, სპერმის გამოკვლევის საფუძველზე უნდა გამოირიცხოს მამაკაცთა უნაყოფობა. ახალ სპერმას მიკროსკოპის ქვეშ იკვლევენ, უჯრედთა დათვლას აწარმოებენ დასათვლელ კამერებში. სპერმის სრულფასოვნებას აფასებენ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული ნორმატივების მიხედვით. ამ ნორმატივების თანახმად, ეაკულატის მოცულობა 2-5 მლ უნდა იყოს, სპერმატოზოიდები 1 მლ სპერმაში — სულ მცირე 20 მლნ, აქედან აქტიურად მოძრავი — 50%, ნორმალური ფორმები — სულ მცირე 60%. ამავდროულად უნდა იქნას გათვალისწინებული ლეიკოციტების არსებობა-არარსებობა. აქტიური სპერმატოზოიდების არასაკმარის რაოდენობას ასთენოსპერმია ეწოდება, ცოცხალი სპერმატოზოიდების

არარსებობას — ნეკროსპერმია, პათოლოგიური ფორმების დიდ რაოდენობას — ტერატოსპერმია, ეაკულატში სპერმატოზოიდების არასაკმარის რაოდენობას — ოლიგოსპერმია. ეაკულატის ღრმა პათოლოგიური მდგომარეობებია აზოსპერმია (სპერმატოზოიდების არარსებობა სპერმატოგენეზის უჯრედების არსებობის ფონზე) და ასპერმია (სპერმატოგენეზის უჯრედების არარსებობა). ეს ბოლო ორი ფორმა, სადინრების, თესლგამომტანი გზების გაუვალობასთან ან სათესლე ჭირკვლის არხების ატროფიასთან არის დაკავშირებული.

უნაყოფობის დიაგნოზირებისთვის მამაკაცების გამოკვლევის დროს ყურადღება ექცევა მათ ზოგად მდგომარეობას, სასქესო ორგანოების განვითარებას, მეორად სასქესო ნიშნებს, გაცხიმოვნებას, ფარისებრი ჭირკვლის მდგომარეობას, შესაძლო ქრომოსომული ანომალიების სიმპტომებს. ყურადღებით აგროვებენ საერთო და სექსუალურ ანამნეზს, აწარმოებენ რამოდენიმე ჰორმონულ გამოკვლევას. სასურველია განისაზღვროს ფოლიკულმასტიმულირებელი და ლუთეოტროპული ჰორმონის დონე სისხლის შრატში. სასქესო ჰორმონების (ესტროგენების და ტესტოსტერონის) გამოკვლევა საჭიროა მკვეთრი ენდოკრინული დარღვევებისას, სქესობრივი ლტოლვისა და პოტენციის დაქვეითებით განპირობებული უნაყოფობის დროს. სათესლეების ბიოფსია განსაკუთრებული ჩვენებებისას (ექვი კლანფელტერის სინდრომზე და სხვ.) კეთდება.

მეუღლეების გამოკვლევის ორგანიზაცია და მეთოდთა უნაყოფობის დროს. უნაყოფობის მკურნალობის წარმატება, ძირითადად, დამოკიდებულია რეპროდუქციული ფუნქციის დარღვევის მიზეზების დადგენაზე. ვინაიდან ქორწინება შეიძლება უნაყოფო იყოს, როგორც ქალის, ასევე, მამაკაცის უნაყოფობის გამო, რის გამოც აუცილებელია ორივე მეუღლის გამოკვლევა.

უნაყოფობის გამო პაციენტის გამოკვლევა ქალთა კონსულტაციებში ჩვეულებრივი გინეკოლოგიური გასინჯვით იწყება. ქორწინების უნაყოფობისას კვალიფიციურ დახმარებას წყვილებს მხოლოდ სპეციალიზებულ კაბინეტებში ან ცენტრებში აღმოუჩინენ, სადაც არიან შესაბამისი სპეციალისტები, გამოიყენება ენდოკრინოლოგიური, იმუნოლოგიური და ინსტრუმენტული კვლევის რთული ლაბორატორიული მეთოდები.

უნაყოფობის მიზეზების დადგენა ხშირად რთული პროცესია, რომელიც ექიმისა და პაციენტისაგან ბევრ დროს მოითხოვს (საშუალოდ 5-6 თვე, ზოგჯერ კი წელი). მეუღლეების გამოკვლევა რამდენიმე საფეხურისაგან შედგება.

პირველი საფეხური ითვალისწინებს ქმრისა და ცოლის ანამნეზის შესწავლას, ზოგადკლინიკურ გამოკვლევას, რის შემდეგაც ისმება წინასწარი დიაგნოზი, ხოლო შემდგომში, გამოკვლევის სპეციალური მეთოდების გამოყენებით ხდება დადასტურება ან უარყოფა.

ანამნეზში უნდა გავარკვიოთ შემდეგი საკითხები:

ა) პაციენტის დედის ორსულობისა და მშობიარობის მიმდინარეობა, რადგან ორსულობისა და მშობიარობის პათოლოგიამ შეიძლება არასასურველი გავლენა მოახდინოს ნაყოფის გონადების ფორმირებასა და ჰიპოთალამური და თავის ტვინის ლიმბურ-რეტიკულური სტრუქტურების ფუნქციურ მდგომარეობაზე;

ბ) ემბრიოპათიისა და განვითარების მანკების არსებობა დებში, ძმებში ან მშობლების ახლო ნათესავებში;

გ) გადატანილი ბავშვთა ინფექციური დაავადებების ხასიათი და ქრონიკული დაავადებების გამწვავების სისწირე;

დ) მენარქეს დადგომის დრო და მენსტრუალური ფუნქციის ხასიათი;

ე) ენდოკრინული ჯირკვლების ფუნქციის დარღვევა (ფარისებრი ჯირკვლის, თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის, კუჭქვეშა ჯირკვლის) და სხვადასხვა ექსტრაგენიტალური დაავადებების არსებობა;

ვ) ანამნეზში ორსულობაზე მითითებისას უნდა დავადგინოთ მისი შედეგი (აბორტი, მშობიარობა) და გართულების ხასიათი;

ზ) აპენდექტომიის ან სხვა ოპერაციული ჩარევის არსებობა;

თ) მონაცემები გინეკოლოგიურ დაავადებებზე;

ი) კონტრაცეფციული საშუალებების გამოყენება;

კ) ნერვული გადაძაბვა, სტრესული სიტუაციები, კლიმატის ცვლილებები, საწარმოო მავნე ფაქტორების გავლენა (განსაკუთრებით ქმარში), ალკოჰოლისა და თამბაქოს გამოყენება;

ლ) სხვა ქორწინებებში ბავშვების შესახებ მონაცემები.

კვლევის პირველ საფეხურზე ყურადღება ექცევა პაციენტის სიმაღლეს, გარეგნობას, გაცხიმოვნებას, ჰირსუტიზმის ნიშნებს, მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარების ხარისხს, სარძევე ჯირკვლების მდგომარეობას, სასქესო ორგანოების თმანობის ტიპს. ბიძანუალური გამოკვლევის დროს ყურადღება ექცევა საშოს ფორმასა და სიგრძეს, საშვილოსნოს ყელის მდგომარეობას, საშვილოსნოს ზომას, კონსისტენციას და მდებარეობას, დანამატებისა და პარამეტრიუმის მდგომარეობას, შეზორცებითი პროცესის გამოხატულებას მცირე მენჯში. გინეკოლოგიური გამოკვლევის პროცესში უნდა გამოირიცხოს სასქესო ორგანოების სერიოზული ანატომიური ცვლილებები, რომლებმაც განაპირობეს უნაყოფობა.

ყველა გამოსაკვლევ პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს გულმკერდის რენტგენოსკოპია, სისხლისა და შარდის კლინიკური ანალიზი, საშოს შიგთავსის ანალიზი სისუფთავის ხარისხზე, ტრიქომონადის, გონოკოკების არსებობაზე, შარდში 17-კეტოსტეროიდების შემცველობის განსაზღვრა.

მამაკაცებში ათვალერებენ სასქესო ორგანოებს, აწარმოებენ სათესლეების პალპაციას, პროსტატის პალპაციას რექტალური გამოკვლევით.

მიღებული მონაცემების მიხედვით, მეუღლეების გამოკვლევის პირველი საფეხურის დასრულების შემდეგ ხშირად დგინდება უნაყოფობის შესაძლო მიზეზი და შემდგომი გამოკვლევები ისეთი მიმართულებით წარიმართება, რომ ნავარაუდვეი დიაგნოზი დადასტურდეს.

იმის გამო, რომ ქალებში მილისა და მამაკაცის უნაყოფობა უფრო ხშირად აღინიშნება, კვლევის მეორე საფეხურზე, უპირველეს ყოვლისა საჭიროა ამ ფაქტორების გამორიცხვა ან დადასტურება. ამ მიზნით ახორციელებენ ქმრის სპერმის მიკროსკოპულ გამოკვლევას. მამაკაცის უნაყოფობის გამორიცხვის შემდეგ ფალოპიუსის მილების გამავლობას ჰიდროტუბაციის ან ჰისტეროსალპინგოგრაფიის მეთოდებით იკვლევენ.

გამოკვლევის მესამე საფეხური ხშირად მეორეს პარალელურად მიმდინარეობს, ხოლო დარღვეული მენსტრუალური ციკლის მქონე ქალებში შეიძლება წინ უსწრებდეს. ამ საფეხურზე ხორციელდება პაციენტის გულდასმით გამოკვ-

ლევა ოვულაციის არსებობის დასადგენად და ცერვიკალური ლორწოსა და სპერმის შეთავსებადობის განსაზღვრა. 2-3 თვის მანძილზე იზომება ბაზალური ტემპერატურა, განისაზღვრება კარიოპიკნოზური ინდექსი, „გუგის“ სიმპტომი დინამიკაში, პრეგნანდიოლის გამოყოფა შარდით, სისხლში პროგესტერონის შემცველობა. გამოკვლევის ბოლოს აწარმოებენ ენდომეტრიუმის ბიოფსიას, რომელსაც იღებენ თანმიმდევრულად 28 დღიანი მენსტრუალური ციკლის 22-24-ე დღეზე. პარალელურად შეისწავლება საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოსა და სპერმის შეთავსებადობა, ტარდება პოსტკოიტალური ტესტი. მისი ღირებულება იმაში მდგომარეობს, რომ საშუალებას იძლევა დადგინდეს ცერვიკალური ლორწოსა და სპერმის ინდივიდუალური შეთავსებადობა კონკრეტული მეუღლეების წყვილში და დანამდვილებით გამოიჩინოს ან დადასტურდეს იმუნოლოგიური უნაყოფობა.

კვლევის მეოთხე საფეხური მოიცავს სპეციალურ მეთოდებს, რომლებსაც ადრე მიღებული მონაცემების მიხედვით იყენებენ. ოვულაციის დარღვევის დადგენისას აწარმოებენ ჰორმონულ გამოკვლევებს შარდით ესტროგენების, პრეგნანდიოლისა და 17-კეტოსტეროიდების გამოყოფის განსაზღვრით. გამოიყენება სხვადასხვა ფუნქციური სინჯი ჰორმონების შეყვანით. ინფორმაციულია დიაგნოსტიკური ტესტები სისხლში ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის, პროლაქტინის, ესტროგენებისა და პროგესტერონის დონის განსაზღვრით. მამაკაცის გამოკვლევის დროს, რთულ სადიაგნოსტიკო შემთხვევებში, საზღვრავენ მის ჰორმონულ სტატუსს. ზოგჯერ აწარმოებენ სათესლის ბიოფსიას, ვაზოგრაფიას. მემკვიდრეობით პათოლოგიაზე ეჭვის შემთხვევაში წარმოებს სამედიცინო-გენეტიკური გამოკვლევა, რომელიც გენეალოგიურ მეთოდს, დერმატოგლიფიკას, სასქესო ქრომატინის განსაზღვრას და კარიოტიპირებას მოიცავს.

უნაყოფობის მკურნალობა

უნაყოფობის მკურნალობა რეპროდუქციული ფუნქციის დარღვევის გამოწვევი ძირითადი მიზეზის და თანმხლები პათოლოგიური პროცესების აღკვეთაში მდგომარეობს. გამოკვლევასთან ერთად აწარმოებენ ზოგადგამაჯანსაღებელ მკურნალობასა და ფსიქოთერაპიას.

მილის უნაყოფობის მკურნალობას კონსერვატიული მეთოდებით იწყებენ. ფალოპიუსის მილების ანთებითი ეტიოლოგიის დაზიანების მაღალი სიხშირის გათვალისწინებით, პაციენტს ენიშნება კომპლექსური ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა. ქრონიკული სალპინგოოფორიტების დროს მკურნალობის კომპლექსში პირველ საფეხურზე ჩართულია გონოვაკცინა, ბიოსტიმულატორები (ალოე, ფიბსი, მინისებრი სხეული), ფერმენტები (ტრიფსინი, ქიმოტრიფსინი), პიროგენალი, პროლიგოზანი, გლუკოკორტიკოიდები, ლიდაზა, რონიდაზა. მეორე საფეხურზე აწარმოებენ ფიზიოთერაპიას (პროტეოლიზური ფერმენტების, კალციუმის იოდიდისა და ლიდაზის ელექტროფორეზი, ულტრაბადალი სიხშირის დენები, ულტრაბგერა). საშვილოსნოს რეტროდევიაციისას ფიზიოთერაპია შერწყმულია გინეკოლოგიურ მასაჟთან. გამწვავების სტადიაში კომპლექსურ მკურნალობას ანტიბაქტერიული მკურნალობით იწყებენ. 6 თვის

შემდეგ მიზანშეწონილია ტალახით მკურნალობის კურსის ჩატარება. ტუბერკულოზური ეტიოლოგიის ანთების დროს ინიშნება ხანგრძლივი სპეციფიკური მკურნალობა. კონსერვატიული მკურნალობის აუცილებელი კომპონენტია სამკურნალო ჰიდროტუბაცია. მას, ძირითადად, ანთების საწინააღმდეგო კომპლექსური მკურნალობის კურსის შემდეგ იწყებენ. სამკურნალო ჰიდროტუბაციისათვის გამოიყენება ხსნარი, რომლის შემადგენლობაში შეიძლება შედიოდეს ნოვოკაინი, ანტიბიოტიკები, ფერმენტები (ქიმოტრიფსინი ან ტრიფსინი), ლიდაზა, ჰიდროკორტიზონი. ჰიდროტუბაციის კურსი 10-15 ყოველდღიური პროცედურისაგან შედგება. მისი განმეორება რამდენიმე თვის შემდეგ შეიძლება. გასათვალისწინებელია ჰიდროტუბაციის გამო გართულების (დანამატების ანთების) განვითარების შესაძლებლობა. უშედეგო კონსერვატიული მკურნალობის შემთხვევაში საჭიროა ქირურგიული მკურნალობა (მიღების პლასტიკური ოპერაციები).

მიღებზე წარმოებული ძირითადი ქირურგიული ოპერაციებია:

1) ფიმბრიოლიზი – ფიმბრიის გათავისუფლება შეხორცებებისაგან;

2) სალპინგოლიზი – მილის გარშემო შეხორცებების გათიშვა, გადახრებისა და გამრუდებების ლიკვიდაცია;

3) სალპინგოსტომატოპლასტიკა – შეხორცებული ამპულური ნაწილის მქონე ფალოპიუსის მილში ახალი ხვრელის შექმნა;

4) სალპინგო-სალპინგოანასტომოზი, მდგომარეობს მილის შევიწროებული ობლიტირებული ნაწილის ამოკვეთაში. ფალოპიუსის მილს აკერებენ თხელ პოლიეთილენის ან კაპრონის მილზე ან ძაფით ბოლო-ბოლოზე. ძაფის ბოლო მუცლის კედლიდან გამოაქვთ და ძაფს ოპერაციიდან რამდენიმე დღის შემდეგ იღებენ;

5) მილის საშვილოსნოში გადანერგვა. ამ ოპერაციას მილის ინტრამურული ნაწილის დახშობისა და შუა და დისტალურ ნაწილების გამტარობის შენარჩუნების დროს ატარებენ. მილის უნაყოფობის გამო ჩატარებული ოპერაციები მილების გამავლობის აღდგენის დროსაც კი ყოველთვის არ იძლევა სასურველ შედეგს (კვერცხსავალების ფუნქციური დარღვევების გამო). ეს ოპერაციები უნდა შეასრულონ მაღალკვალიფიციურმა სპეციალისტებმა, მიკროქირურგიული ტექნიკისა და დიათერმული დენის (ქსოვილების უსისხლო განცალკევებისთვის) გამოყენებით.

მიღებზე ოპერაციის ჩატარების დროს მნიშვნელოვანია, როგორც მისი შესრულების ტექნიკა, ასევე მცირე მენჯში ოპერაციის შემდგომი შეხორცებების პროფილაქტიკა, რომლებმაც შეიძლება კვლავ გამოიწვიოს ფალოპიუსის მილების გაუვალობა. პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს მიეკუთვნება ლაპაროტომიისას მუცლის ღრუში მიკროირიგატორის ჩატოვება, რომლითაც ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ანტიბიოტიკები და ჰიდროკორტიზონი შეყავთ; მცირე მენჯის ღრუში ოპერაციის დამთავრებისთანავე პოლიგლუკინის ტიპის დექსტრანის ხსნარის ჩასხმა; ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ჰიდროტუბაციის ჩატარება. ფალოპიუსის მიღებზე ოპერაციის შემდეგ პაციენტების რეაბილიტაცია მოიცავს დისპანსერულ მეთვალყურეობას კომპლექსური ანთების საწინააღმდეგო და სანატორულ-კურორტული მკურნალობის ჩათვლით.

ენდოკრინული უნაყოფობის მკურნალობა პათოლოგიური პროცესის ხასიათისა და ლოკალიზაციის მიხედვით მიმდინარეობს. ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური უკმარისობისას და ინფანტილიზმის მოვლენების დროს (I ჯგუფი) ჰორმონთერაპიას, ძირითადად, გონადოტროპინების პრეპარატებით ატარებენ. გონადოტროპინების დანიშვნის წინ, აწარმოებენ ჩანაცვლებითი ესტროგენ-გესტაგენური მკურნალობის რამდენიმე კურსს მენსტრუაციის მსგავსი რეაქციის მიღებამდე. შემდეგ ნიშნავენ ადამიანის მენოპაუზური გონადოტროპინის (პერგონალი) პრეპარატებს, რომლებიც ფოლიკულმასტიმულირებელ და მალუთეინიზებელ ჰორმონს შეიცავს (პერგონალი გამოდის ამპულებში, თითოეული მათგანი შეიცავს 75 სე ფოლიკულმასტიმულირებელ და 75 სე მალუთეინიზებელ ჰორმონს) და ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინის პრეპარატებს (ქორიოგონინი). მკურნალობა წარმოებს სტაციონარში სპეციალური სქემების მიხედვით (იხ. მეოთხე თავი), ფუნქციური დიაგნოსტიკური ტესტების, პოსტკოიტალური ტესტის, სისხლში ესტროგენებისა და პროგესტერონის დონის, შარდში პრეგნანდიოლის, ბიმაწალური გამოკვლევის მონაცემების კონტროლით. ასეთი დეტალური კონტროლი აუცილებელია საკვერცხეების შესაძლო ჰიპერსტიმულაციის გამო, რაც მათი მკვეთრი გადიდებას და მტკივნეულობით ვლინდება. ზოგჯერ ვითარდება საკვერცხეების ნეკროზიც.

ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური დისფუნქციის მქონე ქალებს (II ჯგუფი) პროლაქტინის ნორმალური დონით, ოვულაციის სტიმულაციის მიზნით ენიშნებათ კლომიფენი. ამ პრეპარატს პაციენტი იღებს დღეში 50 მგ-ს 5 დღის განმავლობაში, მენსტრუალური სისხლდენის მე-5 დღიდან. თუ ოვულაცია არ მოხდა (ბაზალურმა ტემპერატურამ არ მოიმატა), მომდევნო ციკლში პრეპარატის დოზას ზრდიან დღეში 100 მგ-მდე, შემდეგ ციკლში – 150 მგ-მდე. კლომიფენის მაღალი დოზების ფონზე ოვულაციის არარსებობის შემთხვევაში დამატებით ენიშნება ქორიოგონინის ინექციები ციკლის მეორე ფაზაში. კლომიფენით მკურნალობაც მიმდინარეობს ფუნქციური დიაგნოსტიკური ტესტების კონტროლით და სისხლში ესტროგენებისა და პროგესტერონის დონის განსაზღვრით. კლომიფენის შეყვანის დროს შეიძლება მოხდეს საკვერცხეების ჰიპერსტიმულაცია, ისევე, როგორც პერგონალით მკურნალობის დროს.

კლომიფენის გარდა, ოვულაციის სტიმულაციისათვის ხშირად გამოიყენება ფიზიოთერაპიული მეთოდები: ენდონაზალური ელექტროფორეზი B_1 ვიტამინით, ნოვოკაინით, კისრის და სახის მიდამოს იონოგალვანიზაცია E , B_6 ვიტამინებით, ულტრაბგერის ზემოქმედება, თავის გასწვრივი დიათერმია, საშვილოსნოს ყელის ელექტროსტიმულაცია, საშვილოსნოს ყელზე ჰელიუმ-ნეონის ლაზერით ზემოქმედება.

საკვერცხეების უკმარისობის დროს (III ჯგუფი) საჭიროა ესტროგენებითა და პროგესტერონით ციკლური მკურნალობა, რომელიც მენსტრუაციის მსგავს სისხლდენებს იწვევს; თუ ოვულაცია არ აღინიშნება, ახორციელებენ მის სტიმულაციას (იხ. ზემოთ).

სკლეროკისტოზური საკვერცხეების დროს იწყებენ ოვულაციის სტიმულაციას კლომიფენით. წარუმატებლობის შემთხვევაში აწარმოებენ საკვერცხეების სოლისებრ რეზექციას და შემდგომ, საჭიროების შემთხვევაში, ჰორმონთერაპიას.

საშვილოსნოს ღრუს ობლიტერაციის მქონე ქალებში, აგრეთვე აბორტის შემდეგ ენდომეტრიუმის შემაერთებელი ქსოვილით ჩანაცვლების დროს (IV ჯგუფი), ახორციელებენ ქირურგიულ მკურნალობას — დეციდუალური გარსის, ენდომეტრიუმის და სხვ. ჩანაცვლება.

ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური მიდამოს სიმსივნის მქონე (V ჯგუფი) პაციენტებში ახორციელებენ შესაბამის სხივურ და ქირურგიულ მკურნალობას.

სიმსივნის არარსებობისა და სისხლში პროლაქტინის მომატებული შემცველობის დროს (VI ჯგუფი), ჰიპოფიზით პროლაქტინის სეკრეციის დათრგუნვის მიზნით, ნიშნავენ პრეპარატ ბრომოკრიპტინს (პარლოდელი). პაციენტები წამალს იღებენ პერორალურად, იწყებენ მცირე დოზებით — 1,25 მგ დღეში ერთხელ 1 კვირის განმავლობაში, შემდეგ 2,5 მგ დღეში 2-ჯერ სისხლში პროლაქტინის დონის და ბაზალური ტემპერატურის კონტროლით (ოვულაციის კონტროლი). პროლაქტინის ნორმალურ დონეს, ძირითადად, მკურნალობის დაწყებიდან 2 კვირის შემდეგ აღწევენ, ოვულაციის გამოწვევას კი — 8-10 კვირის შემდეგ. დაორსულების შემთხვევაში პრეპარატის მიღებას წყვეტენ. ქალებში (რომელთაც აღენიშნებათ უნაყოფობა და ამენორეა ჰიპერპროლაქტინემიის ფონზე) კარგი სამკურნალო შედეგი მიიღწევა პარლოდელის მიღებით დღეში 2,5-5 მგ 6 თვის განმავლობაში.

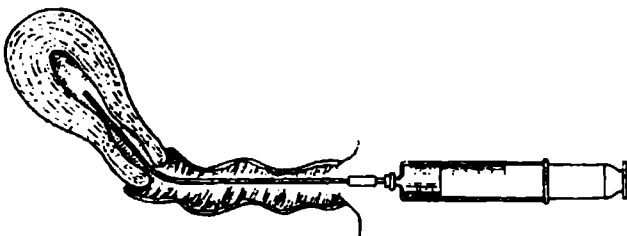
ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემის სიმსივნით გამოწვეული ამენორეის დროს (VII ჯგუფი) საჭიროა ოპერაციული მკურნალობა.

პრაქტიკაში ხშირად აღინიშნება შერეული ხასიათის უნაყოფობის შემთხვევები, ამავე დროს ამ პათოლოგიის მიზეზების მკვეთრი დიფერენცირება ყოველთვის ვერ ხერხდება. მსგავს შემთხვევებში, კლინიკური მონაცემებიდან და დამატებითი გამოკვლევების შედეგებიდან გამომდინარე, მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდის შერწყმას მიმართავენ.

უნაყოფობის დროს, რომლის წარმოშობაშიც განსაზღვრულ როლს თამაშობს შინაგანი სეკრეციის სხვა ჯირკვლების ცვლილებებიც, შესაბამის მკურნალობას ახორციელებენ. მაგ.: ადრენოგენიტალური სინდრომის დროს ნიშნავენ პრედნიზოლონს ან დეკსამეტაზონს (იხ. მე-15 თავი), ჰიპოთირეოიდიზმის დროს მიზანშეწონილია თირეოიდიზმი საშუალო დოზებით.

იმუნოლოგიური უნაყოფობის, კერძოდ ყელის ლორწოში ანტისპერმონანტისხეულების არსებობის შემთხვევაში, რომლებიც სპერმატოზოიდების წინსვლას აფერხებენ, უფრო პერსპექტიულია ხელოვნური საშვილოსნოსშიდა ინსემინაცია (სურ. 131). ამ მეთოდის დროს ქმრის სათესლე სითხე შეჰყავთ საშვილოსნოში, რითაც თავიდან იცილებენ ცერვიკალურ ლორწოსთან არასასურველ კონტაქტს, რომელიც ანტისპერმულ ანტისხეულებს შეიცავს. სპერმის

შეგროვება, ძირითადად, მასტურბაციით ხდება. სათესლე სითხე საშვილოსნოში ოვულაციის პერიოდში 2-3-ჯერ შეყავთ. ინსემინაციას აწარმოებენ საოპერაციოს პირობებში სტერილური პლასტმასის შპრიცით, პოლიეთილენის



სურ. 131. საშვილოსნოსშიდა ინსემინაცია (სქემა).

კათეტერით და კუსკოს სარკის დახმარებით საშვილოსნოს ყელის ფიქსაციის გარეშე. სპერმის შეყვანის შემდეგ (0,4 მლ) ქალი 30 წთ-ის განმავლობაში ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში უნდა იმყოფებოდეს.

სასქესო სისტემის უხეშო ანატომიური ცვლილებების მქონე პაციენტებში შესაბამის კორექციას ახორციელებენ. ოპერაციული მეთოდით მკურნალობენ ჰინატრეზიას, აცილებენ სიმსივნეებს (მიომური კვანძები), კერავენ შარდ-სასქესო და ნაწლავ-სასქესო ზვრელმილებს, არღვევენ სინეჩიებს საშვილოსნოს ღრუში და ა.შ.

მამაკაცთა უნაყოფობის მკურნალობა დამოკიდებულია სტერილობის გამომწვევი ძირითადი პათოლოგიის თავისებურებებზე. ხშირად უნაყოფობის მიზეზია სათესლე არხების ფუნქციის დარღვევები, რაც სპეციფიკური პროცესების ან იდიოპათიური პათოლოგიის შედეგად ვითარდება. სპეციფიკური დარღვევებიდან საკმაოდ ხშირად აღინიშნება ვარიკოცელე. დაავადება ექვემდებარება ოპერაციულ მკურნალობას, რომელიც განაყოფიერების უნარის აღდგენის თვალსაზრისით კარგ შედეგს იძლევა. შარდ-სასქესო სისტემის სპეციფიკური ინფექციური დაავადების (გონოკოკით, ტუბერკულოზის მიკობაქტერიებით გამოწვეული), აგრეთვე, ნაწლავის ჩხირით, პროტეუსით და ა.შ. გამოწვეული ანთებითი პროცესების დროს ახორციელებენ ანტიბაქტერიულ მკურნალობას, შეჰყავთ ჰორმონები (მეთილტესტოსტერონი, ტესტოსტერონის პროპიონატი), ვიტამინები, ქოროგონინი. სათესლე სადინრების ფუნქციის იდიოპათიური დარღვევების მქონე პაციენტებს ენიშნებათ ტესტოსტერონის, პერგონალის, კლომიფენის, პარლოდელის პრეპარატები.

ჰიპოფიზის ფუნქციის უკმარისობის გამო ჰიპოგონადიზმით დაავადებულებს (საჭურისობა, ჰიპოფიზური ნანიზმი) მიზანშეწონილია დაენიშნონ ქორიოგონინი და პერგონალი. ჰიპოსპადის, რეტროგრადული ეაკულაციის, ღიდი ზომის ჰიდროცელეს დროს წარმოებს შესაბამისი ქირურგიული მკურნალობა.

ზოგჯერ, როცა ფერტილურ ქალებში არ ხდება დაორსულება ქმრისაგან, რომელსაც აქვს სპერმო- ან თესლგამომტანი გზების პათოლოგია, შესაბამისი აღჭურვილობისა და გამოცდილების მქონე დაწესებულებებში ხელოვნურ ინსემინაციას მიმართავენ (ორივე მუდღის თანხმობით) ჯანმრთელი ახალგაზრდა დონორი მამაკაცის სპერმით, რომელიც წინასწარ გადის სპეციალურ გამოკვლევას.

უნაყოფობის მკურნალობის შემდეგ, ორსულობისა და მშობიარობის მიმდინარეობას ხშირად თან სდევს პათოლოგია, რის გამოც ჩასახვის პირველი თვეებიდანვე ეს ქალები მომატებული რისკის ჯგუფში არიან და ორსულობის მიმდინარეობისა და მშობიარობის აქტის დროს განსაკუთრებული კონტროლის ქვეშ იმყოფებიან.

პროფილაქტიკა. უნაყოფობის აცილება, როგორც მებნ-გინეკოლოგიის, აგრეთვე, პედიატრიების, სკოლის ექიმების, ვენეროლოგიების, თერაპევტების, ენდოკრინოლოგიების ამოცანაა.

პროფილაქტიკური ღონისძიებები უნდა დავიწყოთ გოგონას დაბადების მომენტიდან, თავიდან უნდა ავიცილოთ ინფექციის გამომწვევების შექრა სასქესო ორგანოებში. ინფექციის პროფილაქტიკა ინტენსიურად უნდა ხორციელდებოდეს ცხოვრების შემდგომ ასაკობრივ პერიოდებშიც. სქესობრივი

მომწიფების პერიოდში სკოლის ექიმი ყურადღებით უნდა აკვირდებოდეს ნებისმიერ შესაძლო გადახრას (ნაადრევი ან გვიანი სქესობრივი მომწიფება). გადახრების არსებობის შემთხვევაში ასეთ გოგონას კონსულტაციისათვის სპეციალიზებულ დაწესებულებაში (ბავშვთა და მოზარდთა გინეკოლოგიური განყოფილება) აგზავნიან.

უნაყოფობის პროფილაქტიკაში მნიშვნელოვანია ინფექციური და სხვა დაავადებების — ენდოკრინული დარღვევების, ინფანტილიზმის, ანთებითი დაავადებების, ტუბერკულოზის პროფილაქტიკა ბავშვთა ასაკში და სქესობრივი მომწიფების პერიოდში; გონორეის პროფილაქტიკის, ღიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მეთოდები, ღონისძიებები აბორტების, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომი გართულებების აღსაკვეთად.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სანიტარულ განათლებას, რომელიც სქესობრივ აღზრდასაც მოიცავს.

კონტრაცეფციის თანამედროვე საშუალებები

ოჯახის დაგეგმვა წარმოადგენს ღონისძიებათა კომპლექსს, რომელიც მიმართულია ბავშვთა რაოდენობის რეგულაციაზე მეუღლეთა წყვილებში. ჩვენს ქვეყანაში თითოეულ ოჯახს საშუალება აქვს დამოუკიდებლად გადაწყვიტოს მომავალი ბავშვების რაოდენობის საკითხი, განსხვავებით სხვა ქვეყნებისაგან, სადაც მოქმედებენ შემზღვეველი კანონები (ინდოეთი, ჩინეთი და სხვ.).

ოჯახის დაგეგმვა ხორციელდება ჩასახვის საწინააღმდეგო (კონტრაცეპტული) საშუალებების დახმარებით, სტერილიზაციით (ქალებში და კაცებში), ასევე ხელოვნური აბორტით არასასურველი ორსულობის შესაწყვეტად (ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა აღწერილია მეანობის წიგნებში).

კონტრაცეფციულ საშუალებებს ნიშნავენ სამედიცინო ჩვენებით, რომლითაც შეიძლება ისარგებლონ კაცებმაც და ქალებმაც არასასურველი ორსულობის ასაცილებლად და აბორტების რიცხვის შესაზღუდავად, რომლებიც არასასურველია, ზოგჯერ კი ძალიან საშიშია ქალის ჯანმრთელობისათვის.

ჩვენს ქვეყანაში სააფთიაქო ქსელში არის სხვადასხვა კონტრაცეპტივები (მამაკაცთა პრეზერვატივები, ვაგინალური დიაფრაგმები, ბურთულები, პასტები და ა.შ.). სხვა პრეპარატები (ჩასახვის საწინააღმდეგო ტაბლეტები) და საშვილოსნოსშიგა საშუალებები რეკომენდებულია მხოლოდ ექიმის დანიშნულებით. კონტრაცეფციის ოპტიმალური მეთოდის შერჩევა ხდება გინეკოლოგის მიერ ქალთა კონსულტაციაში ან სპეციალისტის მიერ კონსულტაციაში „ქორწინება და ოჯახი“.

კონტრაცეფციის მეთოდები და საშუალებები იყოფა შემდეგ ძირითად ჯგუფებად:

- 1) მექანიკური და სპერმიციდული (ქიმიური) ხასიათის საშუალებები და მეთოდები;
- 2) რითმ-მეთოდი;
- 3) საშვილოსნოსშიგა ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებები;
- 4) ჰორმონული კონტრაცეპტივები.

მექანიკური და სპერმიციდული ხასიათის კონტრაცეპტივები. შეწყვეტილი სქესობრივი განაყოფიერების მეთოდი (*coitus interruptus*) – ორსულობის აცილების ძველი მეთოდი და მდგომარეობს მამაკაცის სასქესო ასოს გამოღებაში ქალის სასქესო ორგანოებიდან სათესლე სითხის დაღვრამდე. ზედმიწევნით შესრულებისას მეთოდი შეიძლება უშედეგო იყოს (ორსულობის დადგენა) მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როცა სათესლე სითხე გამოიყოფა ორგანიზმის დადგომამდე ან თუ (განსაკუთრებით ორგანიზმის ფაზის) სპერმა დაიღვრება ქალის გარეთა სასქესო ორგანოების არეში, საშოს შესავალთან ახლოს. სქესობრივი აქტის ფიზიოლოგიის აშკარა დარღვევის გამო, მეთოდი შეიძლება არ იყოს მიზანშეწონილი სისტემატური გამოყენებისათვის ორსულობისაგან დასაცავად. ბევრი გინეკოლოგი მას თვლის საზიანოდ.

მამაკაცის პრეზერვატივები (კონდომები) წარმოადგენს რეზინის ან პლასტიკურ გარსს სასქესო ასოსთვის, რომელიც ხელს უშლის სათესლე სითხის

მოხვედრას საშოში. ამ კონტრაქტების გამოყენების სიადვილისა და ხელ-
მისაწვდომობის მიუხედავად, მათი ძირითადი ნაკლია ის, რომ ისინი არღვევენ
პარტნიორების შეგრძნებებს სქესობრივი აქტის დროს. პრეზერვატივის გამოყე-
ნებისას ორსულობა შეიძლება განვითარდეს ამ უკანასკნელის გასკდომისას.
ეს ხდება საშოს სიმშრალის, კონდომის გამოყენებისას მისი პასტით ან მაღამოთი
გამაზვის გარეშე, ასევე სასქესო ასოს თავის მჭიდრო კონტაქტისას კონდომთან,
როცა არ რჩება სივრცე სათესლე სითხისათვის. მიუხედავად ახალი კონტრა-
ცეფციული საშუალებებისა, პრეზერვატივები ახლაც ხშირად გამოიყენება, მათი
უბრალოების, უვნებლობის და შედარებით მაღალი ეფექტურობის გამო.

საშოს დიაფრაგმა (ხუფები) მოქმედების მექანიზმით ახლოსაა მამაკაცის
პრეზერვატივთან და წარმოადგენს მრგვალი თევზისმაგვარი ფორმის რეზინის
მემბრანას კიდზე დრეკადი რგოლით. დიაფრაგმა საშოში შეაქვს თვითონ ქალს
და ისე ათავსებს მას იქ, რომ იგი მიეყრდნოს უკანა თაღს ერთი მხრივ და სიმ-
ფიზის უკანა ზედაპირს — მეორე მხრივ. სქესობრივი აქტის შემდეგ რეკომენ-
დებულია ჩატარდეს გამორეცხვა, რათა მოშორდეს სათესლე სითხის ძირითადი
მასა, მოგვიანებით კი გამოიტანონ დიაფრაგმას. ამის მაგივრად სქესობრივი აქტის
წინ შეიძლება შეიტანონ ბურთულა ან პასტა რომელიმე სპერმიციდული აგენ-
ტით. ეს გამოწვეულია იმით, რომ ერთი დიაფრაგმა (რომელიც სქესობრივი აქ-
ტის შემდეგ საშოში უნდა იმყოფებოდეს სულ მცირე 6 სთ) არ არის საკმაოდ
საიმედო კონტრაქციტივი. დიაფრაგმის გამოყენება მიზანშეუწონელია მენჯის
ფუძის კუნთების სისუსტის, შორისის დიდი ძველი ნახეთქებისა და საშვილოსნოს
რეტროფლექსიის დროს (დიაფრაგმა ვერ ჩერდება სწორ მდგომარეობაში).

ხუფი „კაფკა“, დამზადებული ალუმინისაგან, ჩამოეცმება საშვილოსნოს ყელს
და უფრო საიმედოა, ვიდრე საშოს დიაფრაგმები. უფრო გამოიყენება ნომრები
8-დან 11-მდე. ხუფს საშვილოსნოს ყელზე ამაგრებს ექიმი (ან მეანი) და იგი
შეიძლება იმყოფებოდეს 3 დღე-ღამე და მეტი. მისი მოძრობა ქალს დამოუკი-
დებლად შეუძლია (წინასწარ ჩატარებული გამორეცხვის შემდეგ). მეთოდი არ
არის მოხერხებული; არ გამოიყენება ეროზიების, ენდოცერვიციტის, კოლპიტის,
საშვილოსნოს ყელის დეფორმაციების დროს.

ქიმიური სპერმიციდული საშუალებები, რომლებიც შეყავთ საშოს ღრუში,
გამოიყენება, ძირითადად, მექანიკური მეთოდების დამატების სახით. გამოყენებულ
საშუალებებში ძირითადი ქიმიური აგენტებია ბორის, რძის, სალიცილის, ღვინის
ქვის მჟავები, კალიუმის პერმანგანატი, ქლორამინი და სხვ. ფორმის სახით გამო-
იყენება კრემები და პასტები (მაგ.: „პრეკონსოლი“), სუპოზიტორიები („კონ-
ტრაქციტინი“), ბოლო დროს — აეროზოლები. სპერმიციდული აგენტებიანი
ხსნარებით ჟღენთენ საშოს ტამპონებს, რომლებიც დამზადებულია ფორებიანი
რეზინის, პენოპლასტისა და სხვა სინთეზური მასალებისაგან.

ერთ-ერთი საშუალებით დასველებული ტამპონი სქესობრივი აქტის წინ ქალს
დამოუკიდებლად შეაქვს საშოში. სუპოზიტორიების და პასტების შეყვანის
შემდეგ აუცილებელია მოცდა, ვიდრე პრეპარატი თანაბრად გავრცელდება
საშოს კედლებზე. კონტრაქციციის ამ საშუალებების გამოყენების უარყოფითი
ფაქტორებია, ასევე, საშოში ჭარბი სისველე, სქესობრივი აქტის დამთავრების
შემდეგ ძალიან მოკლე დროში საჭიროა გამორეცხვა, საშოს ლორწოვანი გარსის
გალიზიანება და არც ისე მაღალი ეფექტურობა.

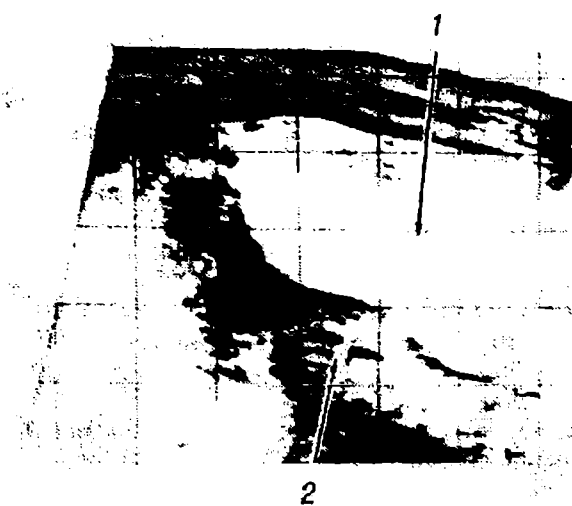
რითმ-მეთოდი ანუ კონტრაცეფციის ფიზიოლოგიური მეთოდი. მენსტრუალური ციკლის მიმდინარეობისას არის მხოლოდ რამდენიმე დღე (ოვულაციამდე და მის შემდეგ), როცა ქალს შეუძლია დაფეხმძიმდეს. სხვა დღეებში ორსულობის განვითარების შესაძლებლობა დაბალია და სქესობრივი ცხოვრება შესაძლებელია დაცვის გარეშე. საშიში და უსაფრთხო დღეების განსაზღვრისათვის ითვალისწინებენ ოვულაციის დადგენის დროს, ქალის სასქესო გზებში სპერმატოზოიდების ნაყოფიერების ხანგრძლივობას (48 სთ და მეტი) და კვერცხუჯრედის განაყოფიერების უნარის ხანგრძლივობას (რამდენიმე საათი). 28 დღიანი მენსტრუალური ციკლისას ოვულაცია დგება საშუალოდ მე-12-14 დღეს, თუმცა შეიძლება ფიზიოლოგიური მერყეობა 2 დღის ფარგლებში. თუ გავითვალისწინებთ ამ მონაცემებს, მაშინ განაყოფიერება რეგულარული 28 დღიანი ციკლის პირობებში შეიძლება ციკლის მხოლოდ მე-10 და მე-17 დღეებს შორის (საშიში დღეები). შესაბამისად, ციკლის სხვა დღეები უსაფრთხოა. უფრო რთულია გამოვთვალოთ უნაყოფობის დრო მენსტრუალური ციკლის სხვანაირი ხანგრძლივობისას, განსაკუთრებით რეგულარული ციკლის არარსებობისას. ოვულაციის დღის დასადგენად შეიძლება გამოვიყენოთ ბაზალური ტემპერატურის გაზომვა. თუ ციკლის შუაში ბაზალური ტემპერატურა იმატებს და არ იკლებს 3 დღის განმავლობაში ე.ი. ოვულაცია მოხდა და კვერცხუჯრედი დაიღუპა. ამ შემთხვევებში სქესობრივი კავშირი შეიძლება დაცვის გარეშე. რითმ-მეთოდის ძირითადი უპირატესობაა მისი ფიზიოლოგიურობა და სრული უვნებლობა. მაგრამ ამავე დროს ახალგაზრდა მეუღლეებისათვის თავის შეკავება სქესობრივი აქტისაგან ციკლის მე-10 და მე-17 დღემდე ძნელია. ამ პერიოდში შეიძლება ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენება.

საშვილოსნოსშიგა ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებები. ეს საშუალებები შეყავთ საშვილოსნოს ღრუში ცერვიკალური არხიდან. ისინი დამზადებულია ინერტული პლასტიკური მასალებიდან. მეტი გავრცელება ჰპოვა ლაპისის პოლიეთილენურმა მარყუჟმა, ასევე საშვილოსნოსშიგა საშუალებებმა ასო T-ს და ციფრ 7-ის ფორმით.

ამ კონტრაცეპტივების ჩასახვის საწინააღმდეგო მოქმედების მექანიზმი სრულად არაა გარკვეული. მას უკავშირებენ რეფლექტორულად გაძლიერებულ ფალოპიუსის მილების შეკუმშვას, რის შედეგადაც განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი საშვილოსნოში ხვდება განვითარების უფრო ადრეულ სტადიაზე და არ შეუძლია ჩანერგვა.

საშვილოსნოსშიდა საშუალებების გამოყენება არ შეიძლება საშვილოსნოსა და დანამატების მწვავე და ქვემწვავე ანთებითი დაავადების, საშოს შიგთავსის III-IV ხარისხის სისუფთავის, ორსულობის ან მასზე ეჭვის, ქალის სასქესო ორგანოების ავთვისებიანი წარმონაქმნების, საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენების დროს.

ამ საშუალებების დანიშვნამდე ქალს იკვლევენ (ზოგადი გამოკვლევა, სისხლის, შარდის, საშოს, ურეთრის და საშვილოსნოს ყელის ნაცხის ანალიზები, ბიმაწუალური გამოკვლევა). კონტრაცეპტივი, ძირითადად, შეყავთ მაშინვე, მენსტრუაციის დამთავრებისას. შეიძლება ასევე ამ საშუალების შეყვანა ხელოვნური აბორტის ოპერაციის დამთავრების შემდეგ. შეყვანის ტექნიკა მდგომარეობს შემდეგში: გარეთა სასქესო ორგანოებისა და საშვილოსნოს ყელისა და საშოს



სურ. 132. ექორამა. საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეპტივი საშვილოსნოს დრუმი.
1) შარდის ბუშტი; 2) კონტრაცეპტივი.

რებიან საშვილოსნოში კონტრაცეპტივის არსებობის კონტროლს და აუცილებლობისას მის გამოღებას. კონტრაცეპტივი შეყავთ ამბულატორიულ პირობებში. საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეპტივის მდებარეობაზე კონტროლი შეიძლება განვანორციელოთ ულტრაბგერითი გამოკვლევის დახმარებით (სურ. 132). საშვილოსნოსშიდა საშუალების შეყვანის შემდეგ 10 დღის განმავლობაში აკრძალულია სქესობრივი კავშირი. მტკივნეული შეგრძნების გამოვლენისას მუცლის, წელის არეში, ნიშნავენ ანალგეზიურ, სპაზმოლიზურ პრეპარატებს. სისხლიანი გამონადენის გამოვლენის შემთხვევაში, განხგრძლივებული, ქარბი მენსტრუაციებისას იყენებენ კალციუმის პრეპარატებს, საშვილოსნოს შემკუმშავ საშუალებებს, ვიკასოლს, ამინოკაპრონის მჟავას. ყოველ ნახევარ წელში ქალი შემოწმებას ვადის გინეკოლოგთან. კონტრაცეპტივი საშვილოსნოში შეიძლება იმყოფებოდეს 2-3 წელი, თუ არაა გართულება. ამ ვადის შემდეგ იგი გამოაქვთ, დროის მცირე შუალედის შემდეგ შესაცვლელად.

ტკივილისა და სისხლდენის გარდა საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეპციის გართულებებია საშვილოსნოსა და დანამატების ანთებითი დაავადებები. ძალიან იშვიათად კონტრაცეპტივი ხვრეტს საშვილოსნოს. ზოგიერთ ქალში აღინიშნება მისი გამოძევება საშვილოსნოდან (ექსპულსია). საშვილოსნოსშიდა თანამედროვე საშუალებების ეფექტურობა (ჩასახვის საწინააღმდეგო ეფექტი) შეადგენს დაახლოებით 98%-ს.

დიდი გავრცელება კპოვა პლასტიკური მასალებისაგან დამზადებულმა საშვილოსნოსშიდა საშუალებებმა ლითონების დამატებით. უფრო ხშირად გამოიყენება სპილენძის ან ვერცხლის თხელი მავთული, სპირალურად დახვეული კონტრაცეპტივი. პოლიეთილენურ საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეპტივებთან შედარებით კონტრაცეპტივები ლითონის ელემენტებით უფრო ეფექტურია, იშვიათად იძლევა გართულებებს და ხანგრძლივად შეიძლება იმყოფებოდეს საშვილოსნოში, არ საჭიროებს გამოცვლას. არის ცდები გააძლიერონ საშვი-

სპირტით დამუშავების შემდეგ საშვილოსნოს ყელს აფიქსირებენ ზედა ტუჩზე ტყვიის მაშებით. შემდეგ სპეციალური გამცილებლის საშუალებით ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალება შეყავთ საშვილოსნოში, სადაც იგი თავის ელასტიკურობის ძალით სწორდება და იკავებს საჭირო მდგომარეობას საშვილოსნოს ღრუს ფორმის შესაბამისად. თხელი პლასტიკური ძაფები, რომლებიც გამოდიან კონტრაცეპტივის ქვედა ბოლოდან, გამცილებლის გამოტანის შემდეგ (რომელიც ემსახურება კონტრაცეპტივის შეტანას) აღმოჩნდებიან დაკიდულნი საშოში. ისინი ემსახუ-

ლოსნოსშიდა საშუალებების კონტრაცეფციული მოქმედება მათში პროგესტინების შეყვანით, რომლებიც ადგილობრივად მოქმედებენ ენდომეტრიუმზე.

ჰორმონული კონტრაცეპტივები. ეს საშუალებები წარმოადგენენ სინთეზურ სტეროიდებს და ქიმიური სტრუქტურით ახლოს არიან ქალის სასქესო ჰორმონებთან. მათი მიღება, ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებების სახით, დაწყებულია სასქესო ჰორმონების თვისებებზე დათრგუნონ ოვულაცია. ესტროგენებიდან კონტრაცეპტივების სახით გამოიყენება ეთილინ-ესტრადიოლი და მენსტრანოლი, რომლებიც უფრო მაღალაქტიური არიან, ვიდრე საკვერცხის ბუნებრივი ჰორმონები, ასევე ჰორმონული კონტრაცეპტივი, რომელიც გამოიყენება მაშინვე, სქესობრივი აქტის შემდეგ. პროგესტერონის წარმოებულები (რომლებიც შედიან ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებებში) უფრო მრავალრიცხოვანია.

ნაკლები გავრცელება ჰპოვა კომბინირებულმა ესტროგენ-გესტაგენურმა პრეპარატებმა (ბისეკურინი, გრავიეტატი, ოვიდონი და სხვ). ამ პრეპარატებს იღებენ მენსტრუალური ციკლის მე-5-დან 25-ე დღემდე. ჩასახვის საწინააღმდეგო ტაბლეტების მიღების შეწყვეტიდან 2-3 დღის შემდეგ ქალებს უვითარდებათ მენსტრუაციის მსგავსი რეაქცია, რომელიც გარეგნულად მცირედ განსხვავდება ჩვეულებრივი მენსტრუაციისაგან.

ამ საშუალებების კონტრაცეფციული მოქმედების ძირითადი მექანიზმი მდგომარეობს ოვულაციის დათრგუნვაში იმის შედეგად, რომ მუდმივად შეყვანილი ესტროგენ-გესტაგენური ნივთიერებების გავლენით, რომლებიც მოქმედებენ ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზის სისტემაზე, ითრგუნება რილიზინგ-ფაქტორებისა და გონადოტროპული ჰიპოფიზური ჰორმონების (ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუთინინიზებელი) ციკლური სეკრეცია. ამის შედეგად კვერცხუჯრედი აღარ განიცდის ოვულაციას, ხოლო ფოლიკული განიცდის უკუგანვითარებას. ჰორმონული ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებები გარკვეულწილად მოქმედებენ (ძირითადად, ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური რეგულაციის ცვლილებების შედეგად), ასევე საკვერცხეებზე (ზომების შემცირება), საშვილოსნოზე (ენდომეტრიუმი ჰიპოპლაზიის მდგომარეობაშია და არ აქვს კვერცხუჯრედის იმპლანტაციის უნარი), ცერვიკალური ლორწო მეტად ბლანტი ხდება საშვილოსნოს ღრუში სპერმატოზოიდების შეღწევისათვის.

ესტროგენ-გესტაგენური კონტრაცეპტივების (როგორც საშვილოსნოსშიდა საშუალებების) ეფექტურობა შეადგენს დაახლოებით 98%-ს. თუმცა, მაღალაქტიური სინთეზური ჰორმონული საშუალებების მნიშვნელოვანი რაოდენობით ხანგრძლივად ორგანიზმში შესვლას შეიძლება თან ახლდეს გვერდითი რეაქციები და გართულებები, განპირობებულნი, ძირითადად, ესტროგენური კომპონენტით. ასეთ პაციენტებში იცვლება ნივთიერებათა ცვლა სხეულის წონის გაზრდისკენ გადახრით. ზოგჯერ ქვეითდება ტოლერანტობა გლუკოზისადმი შაქრის გაჩენამდე შარდში. პიგმენტური ცვლის ცვლილებები გამოვლინდება ქლოაზმებით. სისხლძარღვის მამოძრავებელ ცენტრზე მოქმედების შედეგად შეიძლება მოიმატოს არტერიულმა წნევამ. პაციენტთა მცირე ნაწილში იზრდება სისხლის შედედება, ზოგჯერ თრომბოემბოლური გართულებების განვითარებით. ზოგიერთი ქალი აღნიშნავს გულისრევას და ღებინებას, დისკომფორტის შეგრძნებას, სარძევე ჯირკვლების გაუხეშებას, განსაკუთრებით პრეპარატების მიღებიდან

პირველ დღეებში და კვირაში. შეიძლება განვითარდეს მენტრუაციათა შორის სისხლიანი გამონადენები, მენტრულური სისხლის დაკარგვის შემცირება, თვიურის შემცირება და ამენორეის განვითარებაც კი. ზოგჯერ პაციენტები აღნიშნავენ თავის ტკივილებს, დეპრესიულ მდგომარეობას, ნევროზს, თავბრუსხვევას. არის მონაცემები, რომ ჰორმონულმა კონტრაცეპტივებმა ზოგჯერ შეიძლება ხელი შეუწყოს სარძევე ჯირკვლის კიბოს განვითარებას არსებული ჰიპერპლაზიური პროცესების ფონზე.

როგორც უკვე იყო აღნიშნული, გართულებების უმრავლესობას იწვევს ესტროგენების წარმოებულები, რომლებსაც შეიცავენ ჰორმონული კონტრაცეფციული პრეპარატები. ამიტომ ყოველთვის უნდა გავითვალისწინოთ დანიშნულ ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებებში ესტროგენული და გესტაგენური კომპონენტების ურთიერთშეფარდება.

ჰორმონულ კონტრაცეპტივებს ნიშნავს ექიმი, უპირატესად ნამშობიარე ქალებში, მხოლოდ მათი წინასწარი გამოკვლევის შემდგომ (არტერიული წნევის გაზომვა, შარდისა და სისხლის ანალიზი, სარძევე ჯირკვლების გამოკვლევა, გინეკოლოგიური გამოკვლევა, სისხლის შედედების ძირითადი მაჩვენებლების განსაზღვრა). ჰორმონული კონტრაცეპტივების დანიშვნა არ შეიძლება ახალწარმონაქმნების (ახლანდელი ან ყოფილი), ფლუბიტებისა და თრომბოზებისადმი, ართრიტებისადმი მიდრეკილებისას, დიაბეტის, ღვიძლისა და თირკმელების დაავადების, გამონატული ჰიპერტონიის, გაცხიმოვნების, დეპრესიული მდგომარეობის, გაფანტული სკლეროზის, ჰიპერპიგმენტაციის, ალერგიული მდგომარეობის, ეპილესიის დროს.

ჩვენს ქვეყანაში ქალები, რომლებიც იყენებენ ჰორმონულ კონტრაცეპტივებს, იმყოფებიან ექიმის მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ. ამ პრეპარატების მიღება არ უნდა გაგრძელდეს 1 წელზე მეტ ხანს.

იმის გამო, რომ კონტრაცეფციული საშუალებების ესტროგენული კომპონენტი მრავალი გართულების განვითარების მიზეზია, შეიქმნა ე.წ. „მინი-პილი“, რომელიც შეიცავს მხოლოდ პროგესტინის მცირე დოზებს (კონტინუინი, ფემულგენი და სხვ). ამ პრეპარატებს იღებენ განუწყვეტლივ და არა ციკლურად, როგორც კომბინირებულ პრეპარატებს. „მინი-პილები“ შედარებით ნაკლებეფექტურია, ვიდრე ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატები. თავიანთი მოქმედების მექანიზმით ისინი განსხვავდებიან კომბინირებული ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატებისგან უნარით, არ დათრგუნონ ოვულაცია და უპირატესად ენდომეტრიუმზე მოქმედებენ.

სტერილიზაცია, როგორც ოჯახის დაგეგმვის მეთოდი, რუსეთში არ გამოიყენება. ეს ოპერაცია ხორციელდება მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებით.

სასქესო ორგანოების დაზიანებები

გარეთა სასქესო ორგანოებისა და საშოს დაზიანება შეიძლება მოხდეს მშობიარობის, უხეში სქესობრივი აქტის, განსაკუთრებით, ალკოჰოლური თრობისა და არასრულწლოვანთა გაუპატიურების დროს. წინასწარ განზრახული და საწარმოო ტრავმები ძალიან იშვიათად გვხვდება. იშვიათია, აგრეთვე, თერმული და ქიმიური დამწვრობა. დაზიანებები სამედიცინო მანიპულაციების შედეგად შეიძლება განვითარდეს ავთვისებიანი წარმონაქმნების სხივური თერაპიისა და სარკეებით ხანდაზმული ქალების უხეში გამოკვლევის დროს.

გარეთა სასქესო ორგანოების და საშოს დაზიანების ძირითადი ნიშნებია ტკივილი და სისხლდენა. შარდის ბუშტის, სწორი ნაწლავისა და მისი სფინქტერის ტრავმების დროს აღინიშნება შარდის, აირებისა და განავლის შეუკავებლობა. ვულვის მიდამოს უხვი სისხლმომარაგების გამო, დახურული დაზიანებები, ძირითადად, ვლინდება შეშუპებითა და ჰემატომის განვითარებით, ღია დაზიანებები — სისხლდენით, რომელიც ზოგჯერ ძალიან ძლიერია. ჰემატომის განვითარება სწრაფად მზარდი მოლურჯო-წითელი (მეწამული) წარმონაქმნის სახით, პაციენტებში სასქესო ორგანოების მიდამოში დაჭიმულობის შეგრძნებით, ტკივილით, ტენიანებითა და ხშირად ანემიზაციით ვლინდება. საშოს მასიური დაზიანებისას ხშირად ირღვევა ურეთრის, შარდის ბუშტის, სწორი ნაწლავის და გარშემო ფაშარი ქსოვილების მთლიანობა. შემდგომში ასეთ პაციენტებს შეიძლება განუვითარდეთ სწორ ნაწლავ-საშოსა და შარდ-სასქესო ხვრელმილები.

დიაგნოსტიკა, ძირითადად, მარტივია და დამყარებულია ანამნეზის, დათვალიერების, საშოსმხრივი და სწორი ნაწლავისმხრივი გამოკვლევების მონაცემებზე. როდესაც არსებობს ეჭვი მუცლის ღრუში შემავალ დაზიანებასა და შარდის ბუშტის დაზიანებაზე, აწარმოებენ ცისტოსკოპიას, ლაპაროსკოპიას, დიაგნოსტიკურ ლაპაროტომიას.

მეურნალობა მსუბუქი ტრავმების დროს ანტისეპტიკური ხსნარების ადგილობრივი გამოყენებით შემოიფარგლება; მძიმე ტრავმების დროს იყენებენ სხვადასხვა სახის ოპერაციულ ჩარევას. უხვი სისხლდენის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ უნდა უზრუნველვყოთ ჰემოსტაზი და შევავსოთ სისხლის დანაკარგი, ზოგჯერ კი ჩავატაროთ შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიებები. დაინფიცირების საშიშროების გამო შეყავთ ტეტანუსის, ჭრილობის დაბინძურებისას კი — განგრენის საწინააღმდეგო შრატები. ნიშნავენ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებს. ჭრილობის პირველადი დამუშავება ზოგადქირურგიული პრინციპების შესაბამისად წარმოებს. შორისის არეში, ახალი, სუფთა ჭრილობის არსებობის შემთხვევაში, საშოს ლორწოვან გარსზე ადებენ კეტგუტის ნაკერებს, კანზე კი — აბრეშუმის ნაკერებს. ურეთრის ახლოს ლოკალიზებული ჭრილობის გაკერვას შარდსადენში ლითონის კათეტერის შეყვანის შემდეგ აწარმოებენ, რომელსაც შემდეგ ელასტიურით ცვლიან და შარდის ბუშტში ტოვებენ შარდის რეფლექსური შეკავების შესაძლო განვითარების გამო. საშოს შესავლის ბოლქვის არის ჭრილობიდან სისხლდენისას, ლიგატურებს ძელისა ზრდელამდე ადებენ, რათა

გაკერვისას არ მოხდეს ვენური წნულის ტრავმირება. მცირე პარენქიმული სისხლდენის დროს საკმარისია სისხლმდენი უბნის მკიდრო ტამპონადა და დამწოლი ნახვევის დადება. ჰემატომის განვითარებისას, თუ იგი არ იზრდება, ადებენ დამწოლ ნახვევს, ნიშნავენ კალციუმის ქლორიდს, ვიკასოლს, **K, PP, C** ვიტამინებს. სწრაფად მზარდი ან ინფიცირებული ჰემატომა აუცილებლად უნდა გაიხსნას, ხოლო ჭრილობის დაზიანებულ სისხლძარღვებს ლიგატურა უნდა დაეღოს.

როდესაც შორისის გახვევას თან ახლავს სწორი ნაწლავის ტრავმა და ჭრილობის განავლოვანი მასებით დაბინძურება (განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც დახმარებას აღმოვუჩინებ ტრავმიდან 12 სთ-ის და უფრო მეტი ხნის შემდეგ) ჭრილობას და სწორ ნაწლავს გამორეცხავენ კალიუმის პერმანგანატის 5%-იანი, ფურაცლინის ან რივანოლის ხსნარით, ფაშრად ადებენ ფურაცლინიან ტამპონს. პაციენტს უნიშნავენ თხიერ დიეტას, ანტიბიოტიკებს, სულფანილამიდურ პრეპარატებს, დეზინტოქსიკაციურ საშუალებებს, პირველ დღეებში ოპიუმის პრეპარატებს. ფურაცლინიანი ტამპონებიდან თანდათან გადადიან ვიშნევსკის მალამოიან ტამპონებზე, მე-6-7 დღეს აძლევენ საფლავითო საშუალებებს, მე-10-11 დღეს სიარულის ნებას რთავენ, ხოლო 2,5-3 თვის შემდეგ კეთდება ოპერაცია, რომლის ხასიათიც ტრავმის თავისებურებებით განისაზღვრება.

საშვილოსნოს ყელისა და ტანის დაზიანებები. ტრავმის ეს სახეობა ყველაზე ხშირია სამეანო პრაქტიკაში (მშობიარობის, სამეანო ოპერაციის შესრულების, ხელოვნური აბორტის დროს და ა.შ.). გინეკოლოგიურ პაციენტებში საშვილოსნოს ყელისა და ტანის ტრავმები, ძირითადად, დაკავშირებულია საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის დიაგნოსტიკურ გამოფხეკასთან, პისტეროსკოპიასთან, ვინაიდან ამ ჩარევებს წინ უსწრებს ცერვიკალური არხის გაფართოება. ზოგჯერ დაზიანება ხდება კრიმინალური აბორტის ჩატარების დროს.

საშვილოსნოს პერფორაცია შეიძლება გამოწვეული იყოს საშვილოსნოს ზონდით, ჰეგარის გამაგანიერებელით, კიურეტით, ვაკუუმ-ექსკოხლეატორის ბოლო ნაწილით. პერფორაციას ხელს უწყობს საშვილოსნოს არასწორი მდებარეობა (პიპერანტეფლექსია, რეტროფლექსია), აგრეთვე, საშვილოსნოს კედლის პათოლოგიური ცვლილებები დესტრუქციული პროცესების ხარჯზე, რომლებიც განპირობებულია სიმსივნის ჩაზრდით და მისი დაშლით, მაგალითად კიბოს, ქორიონებიოთელიომის და სხვ. დროს.

საშვილოსნოს დაზიანების ხარისხი მისი პერფორაციისას შეიძლება სხვადასხვა იყოს. კედლის გახვრეტა შეიძლება მოხდეს სეროზული გარსის (პერიმეტრიუმის) დაზიანების გარეშე. უფრო მძიმე შემთხვევებში ვითარდება მუცლის ღრუს დაზიანება სხვა ორგანოების — ნაწლავის, შარდის ბუშტის, ბადექონის ტრავმირების შედეგად. საშვილოსნოს ტანის პერფორაცია შეიძლება მოხდეს მისი ფუძის არეში, წინა, უკანა კედლებზე, ზეყელის არეში, კიდზე, კერძოდ, სისხლძარღვოვანი კონის არეში (საშვილოსნოს არტერია და საშვილოსნოს ვენები).

კლინიკა. საშვილოსნოს პერფორაციის სურათი განისაზღვრება ლოკალიზაციით, დაზიანების ხარისხითა და მეზობელი ორგანოების მთლიანობის დარღვევით. საშვილოსნოს ზონდით გამოწვეული პერფორაცია, პერიტონეუმის

ტრავმისა და სისხლდენის გარეშე, შეიძლება უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს. სისხლძარღვოვანი კონის არეში საშვილოსნოს პერფორაციისათვის დამახასიათებელია მძიმე შინაგანი ან გარეგანი სისხლდენის კლინიკა. პერფორაციას პერიტონეუმის დაზიანებით თან ახლავს ძლიერი ტკივილი შოკის განვითარებამდეც კი.

საშვილოსნოს პერფორაციის მნიშვნელოვანი სიმპტომია ინსტრუმენტის (ზონდი, გამაგანიერებელი, კიურეტი) შეღწევა სიღრმეში, რომელიც მნიშვნელოვნად აღემატება საშვილოსნოს ღრუს სიგრძეს; პერფორაციული ხვრელიდან ბადეჭონის, ნაწლავის მარყუჟის გამოსვლა, პაციენტის მდგომარეობის მკვეთრი ცვლილება (ძლიერი ტკივილები, შოკის და შინაგანი სისხლდენის მოვლენები). სისხლძარღვების დაზიანებისა და პერიტონეუმის მთლიანობის შენარჩუნების დროს შეიძლება განვითარდეს ჰემატომა ფართო იოგის ფურცლებს შორის. ჰემატომა ვლინდება მუცლის პალპაციის, განსაკუთრებით კი ბიმანუალური გამოკვლევის დროს (ელასტიკური კონსისტენციის მტკივნეული წარმონაქმნი არამკვეთრი კონტურებით). მუცლის ღრუში შემავალი პერფორაციის დიაგნოზის დასაზუსტებლად შეიძლება ვისარგებლოთ ლაპაროსკოპიით, კულდოსკოპიით (მუცლის ღრუში სისხლს აღმოაჩენენ).

საშვილოსნოს პერფორაციის ან მასზე ექვსის შემთხვევაში ყველა შემდგომი მანიპულაცია უნდა შეჩერდეს. საშვილოსნოს ზონდით ან პატარა გამაგანიერებლით პერფორაციისას, პაციენტს ათავსებენ საწოლში, ადებენ ყინულს მუცლის ქვედა არეზე და ყურადღებით აკვირდებიან სისხლდენის გაჩენას სასქესო გზებიდან, სისტემატურად ზომავენ არტერიულ წნევას, პულსის სიბშირეს, ტემპერატურას, პერიტონეუმის გაღიზიანების სიმპტომების გამოსავლენად დინამიკაში ატარებენ მუცლის პალპაციას. იკვლევენ სისხლს (კლინიკური ანალიზი, ჰემატოკრიტი), აკვირდებიან დიურეზს. ნარკოტიკული და ანალგეზიური საშუალებების შეყვანა მიზანშეწონილი არ არის, რადგან ამ დროს პერიტონიტის დაწყების სურათი ინიღბება. პერიტონიტისა და შინაგანი სისხლდენის სიმპტომების არარსებობისას აგრძელებენ კონსერვატიულ მკურნალობას, რომელიც დეზინტოქსიკაციურ (ჰემოდეზის, ნეოკომპენსანის, რეოპოლიგლუკინისა და სისხლის სხვა შემცვლელების ინტრავენური წვეთოვნად შეყვანა) და ანტიბაქტერიულ თერაპიას, საშვილოსნოს შემკუმშავი საშუალებების შეყვანას (ოქსიტოცინი, პრეგნანტოლი და სხვ.) მოიცავს. პულსის გაბშირების, ტემპერატურის მომატების ან პელვიოპერიტონიტის მცირე სიმპტომების გამოვლინების შემთხვევაშიც კი საჭიროა უკანა თალის პუნქცია. სისხლის მიღების შემთხვევაში კეთდება სასწრაფო ლაპაროტომია. პერიტონეუმის გაღიზიანების და შინაგანი სისხლდენის სიმპტომების გაძლიერების დროს, პუნქციის უარყოფითი შედეგის შემთხვევაშიც კი აუცილებელია ლაპაროტომია.

თუ საშვილოსნოს პერფორაცია მოხდა დიდი გამაგანიერებლით, კიურეტით ან პერფორაციული ხვრელიდან შინაგანი ორგანოები გამოვიდა (ნაწლავი, ბადეჭონი), საჭიროა სასწრაფო ოპერაცია. ოპერაცია აუცილებლად კეთდება იმ შემთხვევებშიც, როცა საშვილოსნოს ტრავმა მოხდა სამკურნალო დაწესებულების გარეთ (კრიმინალური აბორტი). საკითხი ოპერაციის მოცულობის თაობაზე (დაზიანების გაკერვა, საშვილოსნოს ცალკეული ნაწილების ან მისი

მთლიანად ამოკვეთა) წყდება დაზიანების ლოკალიზაციისა და სიდიდის, პაციენტის ასაკის, ინფექციის არსებობის მიხედვით.

საშვილოსნოს ყელის დაზიანებები, ძირითადად, უხეში ზონდირების და საშვილოსნოს მდებარეობის გათვალისწინების გარეშე ცერვიკალური არხის ფორსირებული გაფართოების შედეგია. საშვილოსნოს ყელის პერფორაციის დროს შესაძლებელია მუცლის ღრუში შემავალი ჰრილობის განვითარება. საშვილოსნოს ყელის პერფორაციის შედეგად შეიძლება წარმოიქმნას არხი, რომელიც საშვილოსნოს ფართო იოგში მიდის. ასეთ შემთხვევებში, ძირითადად, ვითარდება ჰემატომა.

გამაგანიერებლით ან ზონდით საშვილოსნოს ყელის კედლის პერფორაციისას, ექიმი რომელსაც ინსტრუმენტი გარკვეული წინააღმდეგობით შეჭმონდა, უეცარ ჩავარდნას შეიგრძნობს, ხოლო შემდეგ თავისუფლად შედის დიდ სიღრმეზე. პერფორაციის დროს, განსაკუთრებით პერიტონეუმის დაზიანების და ფართო იოგში ჰემატომის განვითარების დროს, ქალი ძლიერ ტკივილებს შეიგრძნობს; შინაგანთან ერთად შესაძლოა საშვილოსნოს ყელის არხიდან გარეგანი სისხლდენის განვითარებაც. საშვილოსნოს ყელის შემავალი ჰრილობის დიაგნოზი ფრთხილი ზონდირებით ზუსტდება. პერფორაციის დიაგნოზის დადასტურებისას ყველა შემდგომი მანიპულაციები უნდა შეეწყვიტოს და პაციენტის მკურნალობა წარემართოს, როგორც საშვილოსნოს ტანის პერფორაციის შემთხვევაში.

მშობიარობისას განვითარებული საშვილოსნოს ყელის ნახეთქები, არასრული ანატომიური აღდგენისას ხშირად მეორადი დაჭიმვით ხორცდება. ასეთ შემთხვევაში გარეთა პირის არეში არსებული რგოლისებრი მუსკულატურა დარღვეულია, გასწვრივი კუნთოვანი ბოჭკოები კი რგოლისებური კუნთების წინააღმდეგობის არარსებობის გამო თავისი ტონუსის ძალით გარეთა პირს ხსნის. საშვილოსნოს ყელის ასეთ მდგომარეობას, საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის ამობრუნებით, ექტროპიონი ეწოდება. ტუტე რეაქციის მქონე ყელის არხში ხვდება საშოს მჟავა რეაქციის შიგთავსი, რაც მუდმივი ქიმიურ გაღიზიანების პირობებს ქმნის. საშვილოსნოს ყელის ანატომიური ცვლილებები და სეკრეტის წარმოქმნის უკმარისობა ხელსაყრელ პირობებს ქმნის საშვილოსნოს ყელის არხში ინფექციის შეჭრისათვის. შედეგად ქრონიკული ანთებითი პროცესი (ენდოცერვიციტი) ვითარდება.

ორმხრივი ნახეთქებისას ყელი უფრო მეტად დეფორმირდება. პაციენტები უჩივიან ლორწოვან-ჩირქოვან თეთრად შლას. ზოგჯერ ვითარდება კონტაქტური სისხლდენები.

მკურნალობა. საშვილოსნოს ყელის ნახეთქების, დეფორმაციების და ექტროპიონის დროს მკურნალობას იწყებენ ანთების საწინააღმდეგო ღონისძიებების ჩატარებით გამორეცხვის (სოდით, კალციუმის პერმანგანატით, ფურაცლინით), საშოს აბაზანების (პროტარგოლით), ტამპონების (სინტომიცინის ემულსიით) სახით. ანთებითი მოვლენების ლიკვიდაციის შემდეგ შედარებით ნაკლებად გამოხატული ყელის დეფორმაციისას ატარებენ დიათერმო- ან კრიოკოაგულაციას. ღრმა ნახეთქები ოპერაციულ მკურნალობას საჭიროებს.

საშვილოსნოს ყელზე ოპერაციულ ჩარევებს წინ უსწრებს ციტოლოგიური გამოკვლევები, კოლპოსკოპია, საჭიროების შემთხვევაში ბიოფსია სიმსივნური პროცესის გამოსარიცხად.

სწორ ნაწლავ-საშოს ხვრელმიღები. სწორ ნაწლავ-საშოს ხვრელმიღები, ძირითადად, ქსოვილის ტრავმული დაზიანების შედეგად ჩნდება. იგი შეიძლება განვითარდეს პათოლოგიური მშობიარობის (დიდი ნაყოფი, ვიწრო მენჯი და სხვ.), მშობიარობის დროს ოპერაციული ჩარევის (მაშების დადება, ნაყოფის დამშლელი ოპერაციები), გინეკოლოგიური ოპერაციების დროს მიღებული ჭრილობებისას. სწორ ნაწლავ-საშოს ხვრელმიღები ზოგჯერ გადატანილი პარაპროქტიტისა და დასხივების შემდეგ ვითარდება.

კლინიკა. სწორ ნაწლავ-საშოს ხვრელმიღების კლინიკა საკმაოდ თავისებურია. პაციენტების ძირითადი ჩივილებია საშოდან გაზების, ჩირქის და ზოგჯერ განავლის გამოყოფა. გინეკოლოგიური დათვალიერებისას აღინიშნება საშოს ლორწოვანი გარსისა და გარეთა სასქესო ორგანოების კანის ჰიპერემია და მაცერაცია. საშოს საკვებით გასინჯვისას მის უკანა კედელზე ნახულობენ სხვადასხვა დიამეტრის (1-2 მმ-დან რამდენიმე სანტიმეტრამდე) ხვრელმილის გარეთა ხვრელს. ხვრელმილის შიგნითა ხვრელის ზომები, რომელიც მოთავსებულია სწორი ნაწლავის წინა კედელზე, შეიძლება განისაზღვროს ღილისებრი ზონდით, რომელიც შეყავთ ხვრელმილის გარეთა ხვრელიდან, იმავდროულად სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევით.

ხვრელმილის ფორმა სხვადასხვაგვარია. უფრო ხშირად გვხვდება ცილინდრული ფორმა (ხვრელმილს მთელ სიგრძეზე დაახლოებით თანაბარი დიამეტრი აქვს). შედარებით იშვიათად აღინიშნება ხვრელმილის ძაბრისებრი ფორმა (ერთი ხვრელის დიამეტრი მეორეზე მეტია). შეიძლება განვითარდეს რთული ფორმის ხვრელმილიც, როცა გარეთა და შიგნითა ხვრელი ერთნაირია, ცენტრალურ ნაწილში კი ხვრელმილი ქმნის უფრო დიდი ზომის ღრუს.

დიაგნოსტიკა. რექტოვაგინალური ხვრელმილების დროს ნორმალურად ფორმირებული უკანა ხვრელის შემთხვევაში სირთულეები არ იქმნება. დიაგნოზი დამყარებულია ანალიზის მონაცემებზე, ჩივილებზე და გინეკოლოგიური შემოწმების შედეგებზე. გართულებული დიაგნოსტიკის შემთხვევებში (ხვრელმილის გარეთა ხვრელის ძალიან მცირე დიამეტრისას) იყენებენ შეღებილ ხსნარს, რომელიც შეყავთ სწორ ნაწლავში და აკვირდებიან მის გამოყოფას საშოში.

მკურნალობა ქირურგიულია.

შარდ-სასქესო ხვრელმილები დაწვრილებით აღწერილია ოცდამეერთე თავში.

**გინეკოლოგიური დაავადებები გავშვებსა და მოზარდებში.
გოგონების გამოკვლევის თავისებურებები**

გოგონების გინეკოლოგიურ გამოკვლევას რამოდენიმე თავისებურება აქვს. შიშის ზეგავლენის, მოსალოდნელი ტკივილის ან უსასიამოვნო შეგრძნების გამო ბავშვები ექიმს ხშირად უწევენ ფიზიკურ წინააღმდეგობას. ამიტომ ექიმი ვალდებულია გამოკვლევის დაწყებამდე დაამშვიდოს პატარა პაციენტი, მოიპოვოს მისი ნდობა და კეთილგანწყობა. გოგონამ არ უნდა დაინახოს გამოკვლევისთვის მომზადებული ინსტრუმენტები, სისხლით დასვრილი შესახვევი მასალა და თეთრეული. სრულიად დაუშვებელია, რომ ოთახში, სადაც გოგონების გამოკვლევა წარმოებს, იმყოფებოდნენ უცხო პირები ან ასეთი გამოკვლევა სხვა პაციენტების თანდასწრებით განხორციელდეს.

გოგონებში შინაგანი სასქესო ორგანოები ხელით და ინსტრუმენტული გამოკვლევისთვის, ზრდასრულ ქალებთან შედარებით, ნაკლებად მისაწვდომია, რის გამოც აუცილებელი ინსტრუმენტების შერჩევის დროს უპირატესობა ნაკლებ ტრავმულს უნდა მივანიჭოთ. ამიტომ სპეციალიზებულ დაწესებულებებში ან ბავშვთა გინეკოლოგიურ კაბინეტებში ექიმები, საშუალო და უმცროსი სამედიცინო პერსონალი სპეციალურად მომზადებული უნდა იყოს.

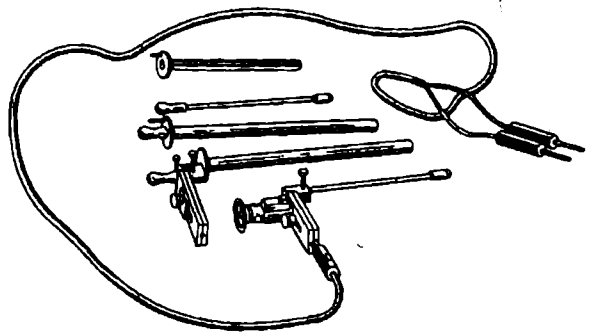
გინეკოლოგიური დაავადებების მქონე ბავშვების გამოკვლევა ზოგად და სპეციალურ გამოკვლევად იყოფა. გოგონების ზოგადი გამოკვლევა უნდა დავიწყოთ ექსტრაგენიტალური დაავადებების გამორიცხვით, რომლებიც შეიძლება სასქესო ორგანოების ამა თუ იმ დაზიანების პირდაპირი მიზეზი იყოს. გოგონების ანამნეზის შეგროვებისას, პაციენტი ბავშვის შესახებ ჭერ უნდა გამოვკითხოთ დედას ან სხვა ახლო ნათესავს და მხოლოდ ამის შემდეგ უნდა მივცეთ დამატებითი შეკითხვები გოგონას. მნიშვნელოვანია ვიცოდეთ, როგორ მიმდინარეობდა პაციენტი გოგონას დედის ორსულობა, ხომ არ აღინიშნებოდა პროფესიული მავნე ან სხვა დამზიანებელი ფაქტორების ზემოქმედება ემბრიოგენეზის პერიოდში. შემდეგ აუცილებელია დადგინდეს, როგორ მიმდინარეობდა მშობიარობა. ექიმმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციოს სქესობრივი მომწიფების პერიოდს.

გოგონას ზოგადი გამოკვლევა დათვალეირებით უნდა დავიწყოთ. ყურადღებას აქცევენ აღნაგობის თავისებურებებს, განვითარების დეფექტების არსებობას, კანის საფარველის მდგომარეობას, მეორადი სასქესო ნიშნების გამოვლენის ხარისხს და მათ შესაბამისობას გამოსაკვლევი პირის ასაკთან.

სქესობრივი განვითარების შეფასების დროს ახორციელებენ მორფოტიპების განსაზღვრას. შემდეგ აწარმოებენ პაციენტის სასიცოცხლო ორგანოებისა და სისტემების გამოკვლევას (სასუნთქი, გულ-სისხლძარღვთა, საჭმლის მომწელებელი და სხვ.).

ზოგადი დათვალეირებისა და ობიექტური გამოკვლევის შემდეგ, გადავდივართ სპეციალურ მეთოდებზე. სპეციალური გამოკვლევა შემდეგი თანმიმდევრობით ხორციელდება: გარეთა სასქესო ორგანოების დათვალეირება; საქალწულე აპკის დათვალეირება; ნაცხების აღება ბაქტერიოსკოპული და ბაქ

ტეროლოგიური გამოკვლევისათვის საშოს შესავლიდან, ურეთრიდან, პარაურეთრული სავალებიდან, დიდი ვესტიბულური ჭირკვლების გამომტანი სადინრებიდან და სწორი ნაწლავიდან. აუცილებლობის შემთხვევაში ნაცხს იღებენ საშოდან, ციტოლოგიური გამოკვლევისათვის. ბიძნულური



სურ. 133. ურეთროსკოპი „ვალენტინა“.

საშო-მუცლისმხრივი გამოკვლევა ბავშვთა გინეკოლოგიაში, არ გამოიყენება, მის ნაცვლად აწარმოებენ სწორ ნაწლავ-მუცლის კედლისმხრივ გამოკვლევას.

სპეციალური გამოკვლევის დამატებით მეთოდებს პათოლოგიური პროცესის ხასიათის მიხედვით იყენებენ.

ვაგინოსკოპია არის საშოსა და საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის დათვალიერება სხვადასხვა გამანათებელი სისტემების საშუალებით. ვაგინოსკოპიისთვის გამოიყენება ურეთროსკოპი „ვალენტინას“ ტიპის მშრალი დასათვალიერებელი ურეთროსკოპი (სურ. 133), აგრეთვე, გამანათებლებით აღჭურვილი სპეციალური საბავშვო სარკეები. ნებისმიერი მოწყობილობა უნდა გამოიყენოთ დიდი სიფრთხილით, რადგან უხეშმა მანიპულირებამ შეიძლება გოგონას გენიტალიების დაზიანება გამოიწვიოს.

ზონდირება გამოიყენება საშოს გამოსაკვლევად. ზოგჯერ საშოს ზონდირებას სწორი ნაწლავიდან გამოკვლევასთან ერთად ახორციელებენ. ასეთ კომბინირებულ გამოკვლევას საშოში უცხო სხეულის აღმოსაჩენად მიმართავენ.

ასპინჯი ჰუნქცია. ბავშვთა გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში სასინჯი ჰუნქციას აწარმოებენ არა საშოს უკანა თალის მიდამოში (როგორც ეს ზრდასრულ ქალებში კეთდება) არამედ სხვა ადგილებში, მაგალითად ჰინატრეზიის მიდამოში (საქალაქულე აპკის ატრეზიის დროს) ან საშოს მიდამოში (ჰემატოკოლპოსის განვითარების დროს).

კოლპოციტოლოგიური გამოკვლევა. ამ მეთოდს ბავშვთა გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში საკმაოდ ხშირად იყენებენ საკვერცხეების ჰორმონული ფუნქციის დადგენის მიზნით. ნაცხს, ძირითადად, საშოს გვერდითი თალებიდან იღებენ.

საშვილოსნოდან ასპირაცია. ამჟამად, ციტოლოგიური გამოკვლევისათვის შედარებით ხშირად გამოიყენება საშვილოსნოდან ასპირატის აღების მეთოდი. გოგონებში ყელის არხის შედარებით ადვილი გამტარებლობის გამო ასპირატს საშვილოსნოდან ბრაუნის შპრიცით ყელის არხის გაფართოების გარეშე იღებენ.

აიროვანი რენტგენოპელვიოგრაფია. ამ მეთოდის საშუალებით შეიძლება საჭირო ინფორმაციის მიღება შინაგანი სასქესო ორგანოებისა და მათი ფორმის, მცირე მენჯის ღრუში სიმსივნის და მისი მდებარეობის შესახებ. ყურადღება ექცევა გოგონას ასაკსა და კომპლექციას. 4 წლამდე ასაკის ბავშვებში, ძირითადად, შეჰყავთ 300-700 მლ აირი, 4-დან 9 წლამდე – 700-1200 მლ, პრეპუბერტულ და პუბერტულ პერიოდებში – 1200-1800 მლ. აიროვანი რენტგენოპელვიოგრაფია



სურ. 134. რეტროპნევმოპერიტონეუმი მარცხენა თირკმელზედა ჯირკვლის ჩრდილი უცვლელაა მარჯვენასი კი — გაზრდილია.

შუალეებით მოწვევენ. საშვილოსნოს ღრუს ზონდირება ხორციელდება პატარა ზონდით, რის შემდეგ ყელის არხში შეაქვთ ბავშვის საშვილოსნოს ბუნიკი. საშვილოსნოს ღრუში შეყავთ 2-5 მლ წყალში ხსნადი საკონტრასტო ნივთიერება, რის შემდეგაც ჰისტეროგრამას იღებენ.

ვაგინოგრაფია არის საშოს რენტგენოგრაფიული გამოკვლევა. საშოს განვითარების მანკზე ან მის ატრეზიაზე ექვის შემთხვევაში ვაგინოგრაფია შეიძლება ჩატარდეს პრეპუბერტულ პერიოდში (მენტრუალური ფუნქციის დაწყებამდე).

თირკმელზედა ჯირკვლის რენტგენოგრაფია პნევმორეტროპერიტონეუმის პირობებში. ეს მეთოდი წარმოადგენს თირკმელზედა ჯირკვლის რენტგენოგრაფიულ გამოკვლევას, თირკმლის მიმდებარე ქსოვილში შეყვანილი აირის ფონზე. გოგონას ასაკისა და აღნაგობის მიხედვით შესაყვანი ჟანგბადის რაოდენობა 500-დან 1800 მლ-მდე მერყეობს.

წელის მიდამოს რენტგენოგრაფიის გადაღებამდე აირი კარგად უნდა განაწილდეს თირკმლის მიმდებარე შემაერთებელ ქსოვილში, რაც აირის შეყვანის შემდეგ სხეულის მდებარეობის ცვლილებით მიიღწევა. რენტგენოგრაფიაზე კარგად ჩანს თირკმელები და თირკმელზედა ჯირკვლები, რაც წარმოადგენს იძლევა მათ ზომასა და ფორმაზე (სურ. 134).

ბავშვთა გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში აღნიშნული რენტგენოლოგიური მეთოდების გამოყენება ხელს უწყობს სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიებისა და სხვა გინეკოლოგიური დაავადებების სწორ და დროულ დიაგნოსტიკას. თუმცა უნდა გვახსოვდეს რენტგენის სხივების არასასურველი გავლენა საკვერცხებზე. ამის გამო რენტგენოლოგიური მეთოდები მკაცრი ჩვენებით უნდა გამოვიყენოთ.

ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში სასქესო ორგანოების ცალკეული დაავადებების ეტიოლოგიის, პათოგენეზისა და კლინიკის თავისებურებები ასეთი პაციენტების გამოკვლევის სპეციფიკურობას განაპირობებს.

სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებების მქონე პაციენტების გამოკვლევისას ყურადღება ექცევა ანამნეზის იმ მონაცემებს, რომლებიც ეხება გოგონას ზოგად დაავადებებს: ინფექციურს, ექსტრაგენიტალურს და სხვ. აუცილებელია, ასევე, გავარკვიოთ ყოფაცხოვრების პირობები, მშობლების

შეიძლება განხორციელდეს 1 წლიდან 16 წლის ასაკამდე გოგონებში. შესაბამისი ინსტრუმენტების არსებობისას (სარკეები, ამწეები, მაშები და სხვ.) ჰისტეროგრაფია ადვილად კეთდება დეფლორაციის გარეშე. საქალწულე აპკის ცუდი ჰიმვადობის შემთხვევაში შეყავთ ნოვოკაინის 0,25%-იანი ხსნარი, რის შემდეგაც ჰიმენის ზვრელიდან საშოში ფრთხილად შეაქვთ ბავშვის სარკე და ამწევი. საშვილოსნოს ყელს საშოს შესასვლელისკენ ტყვიის მაშების სა-

დაავადებები (ტრიქომონიაზი, ვენერიული დაავადებები), ბავშვის კვების პირობები, ექსუდაციური დიათეზის და სხვა ალერგიული დაავადებების არსებობა, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა, ჰელმინთებით ინვაზია და სხვ.

პაციენტების ამ ჯგუფში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს საშოდან, ურეთრიდან, სწორი ნაწლავიდან, აგრეთვე, სახიდან და ცხვირიდან გამონაყოფის ბაქტერიოლოგიურ და ბაქტერიოსკოპიულ გამოკვლევას.

ანთებითი პროცესის წარმატებული მკურნალობის საწინდარია გამომწვევის დადგენა და ანტიბიოტიკების მიმართ მისი მგრძობელობის განსაზღვრა. გაურკვეველი ეტიოლოგიის ვულვოვაგინიტების სიხშირის შესამცირებლად, აუცილებელია გამოკვლევის ვირუსოლოგიური მეთოდების უფრო ხშირად გამოყენება.

ვულვოვაგინიტიანი გოგონების გამოკვლევის მნიშვნელოვანი დამატებითი მეთოდებია საშვილოსნოს ყელის სარკეებით დათვალიერება და ვაგინოსკოპია.

ამ მეთოდების საშუალებით ვლინდება საშოსა და საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსის დაზიანების ხარისხი, პროცესის გავრცელება, საშოს ნაწიბუროვანი ცვლილებები, აგრეთვე, უცხო სხეული ან ჰელმინთები, რომლებმაც შეიძლება მეორადი ვულვოვაგინიტების განვითარება გამოიწვიოს.

იუვენილური სისხლდენების დროს პაციენტების გამოკვლევა უნდა იყოს კომპლექსური — პედიატრის, ჰემატოლოგის, ენდოკრინოლოგის, ოტორინოლარინგოლოგის, ნევროპათოლოგის და სხვა სპეციალისტების მონაწილეობით. ანამნეზის შეგროვებისას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს განვითარების ანტენატალურ პერიოდს (დედის სომატური და სამეანო პათოლოგია, პროფესიული მავნებლობის გავლენა), მშობიარობის მიმდინარეობის თავისებურებებს, აგრეთვე, გოგონას განვითარებას მისი ცხოვრების ყველა პერიოდში და მის მიერ გადატანილ დაავადებებს.

იუვენილური სისხლდენის მქონე გოგონებში ანამნეზის შეგროვების დროს ყურადღებით უნდა იქნას შესწავლილი სქესობრივი მომწიფების პერიოდი, მენარქეს გამოვლენის დრო, მენსტრუაციის ხასიათი და გაირკვეს ცხოვრების ამ პერიოდში მის ორგანიზმზე უარყოფითი ფაქტორების (ფსიქოგენური ტრავმა, გადაღლა, ქრონიკული ინფექციები და სხვ.) შესაძლო მოქმედება.

ზოგადი ობიექტური და სპეციალური გინეკოლოგიური გამოკვლევის გარდა, შეისწავლება სისხლის შედედების სისტემის მაჩვენებლები. კოაგულოგრამის ცვლილება (თრომბოციტოპენია, სისხლის შედედების დროის გახანგრძლივება, სისხლდენის ხანგრძლივობის მომატება და სხვ.) იუვენილური სისხლდენით დაავადებულთა უმრავლესობაში ვლინდება. ყველა პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს სისხლის, შარდის, საშოს ნაცხების მრავალჯერადი გამოკვლევა. საჭიროების მიხედვით მიმართავენ გულმკერდის ორგანოების რენტგენოსკოპიას, თავის ქალას რენტგენოგრაფიას, ელექტროკარდიოგრაფიას, იკვლევენ ღვიძლისა და თირკმლების ფუნქციურ მდგომარეობას.

იუვენილური სისხლდენის მქონე პაციენტების გამოკვლევის დროს განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა საკვერცხეებისა და სხვა ენდოკრინული ჯირკვლების: ჰიპოფიზის, ფარისებრი, თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციურ მდგომარეობას. მენსტრუალური ციკლების ხასიათის დასადგენად ყველაზე მარტივი და ხელმისაწვდომი მეთოდია ბაზალური ტემპერატურის გაზომვა, აგ-

რეთვე, საშოს ნაცხების ციტოლოგიური გამოკვლევა. საკვერცხეების ფუნქციური მდგომარეობის უფრო ზუსტად დადგენის მეთოდია ესტროგენული ჰორმონების ფრაქციული განსაზღვრა სისხლსა და შარდში, აგრეთვე, სისხლში პროგესტერონის, ხოლო შარდში პრეგნანდიოლის შემცველობის განსაზღვრა.

ესტროგენების გამოყოფის მაჩვენებელი იმდენად დამოკიდებულია არა პაციენტის ასაკზე, რამდენადაც მენსტრუალური ფუნქციის ხანგრძლივობაზე.

ესტროგენების სამი ძირითადი ფრაქციის (ესტრადიოლი, ესტრონი და ესტროილი) თანაფარდობა ისეთია, რომ ნახევარზე მეტს ესტროილი შეადგენს. ესტრონის შეფარდება ესტრადიოლთან ციკლის პირველ ნახევარში 3,5-ს უდრის, მეორეში – 2,8-ს.

პაციენტების უმრავლესობაში პრეგნანდიოლის დაბალი დონის დადგენა პირველი მენსტრუალური ციკლების ანოვულაციურ ხასიათზე მიუთითებს. 12-14 წლის ასაკში ისინი შემთხვევათა 60%-ში აღინიშნება, 15 წლის ასაკში – 47%-ში, 16-17 წლის ასაკში – 43%-ში. აქედან გამომდინარე, ანოვულაციური ციკლები სქესობრივი მომწიფების პერიოდში ფიზიოლოგიური მოვლენაა.

საკვერცხის ესტროგენპროდუცირებად სიმსივნეზე ეჭვის შემთხვევაში უნდა გამოვიყენოთ აიროვანი რენტგენოპელვიოგრაფია.

სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიების მქონე პაციენტების ანამნეზის შეკრების დროს ყურადღება უნდა მივაქციოთ, ნაყოფის განვითარების ანტენატალურ პერიოდში მოქმედ არასასურველ ფაქტორებს (თანდაყოლილი ჰინატრეზიები), აგრეთვე, ადრეულ ბავშვობაში გადატანილ ინფექციურ დაავადებებს, რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიოს შეძენილი ჰინატრეზიის განვითარება. კვლევის ძირითადი მეთოდების გარდა, სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიაზე ეჭვის დროს დიაგნოზის დასადგენად გამოიყენება დამატებითი მეთოდები: ბავშვის სარკეების საშუალებით საშოს დათვალეირება, საშოსა და საშვილოსნოს ზონდირება, მცირე მენჯის ორგანოების რენტგენოგრაფია (შეიძლება გამოვიყენოთ აიროვანი რენტგენოპელვიოგრაფია), პიელოგრაფია. საშვილოსნოსა და საშოს განვითარების მანკების დიაგნოსტიკისათვის აწარმოებენ ჰისტეროგრაფიას.

სასქესო ორგანოების, მათ შორის გარეთა სასქესო ორგანოების სიმსივნეების დროული დიაგნოსტიკის მიზნით, დედამ და სამედიცინო პერსონალმა უნდა უზრუნველყოს გოგონების აუცილებელი შემოწმება ცხოვრების სხვადასხვა პერიოდებში.

საშოს სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ვაგინოსკოპიას კვლევის ციტოლოგიურ მეთოდთან ერთად. საეჭვო შემთხვევებში კონხოტომის საშუალებით ხორციელდება პათოლოგიურად შეცვლილი ქსოვილის ბიოფსია.

საშვილოსნოს ყელის დაზიანების დადგენაში გვეხმარება ვაგინოსკოპია და ნაცხების ციტოლოგიური გამოკვლევა. საშვილოსნოს ყელის კიბოზე ეჭვის დროს აუცილებელია ბიოფსია. საშვილოსნოს სიმსივნის დიაგნოზის დასმის მიზნით გამოიყენება ზონდირება, ზოგჯერ დასაშვებია ჰისტეროგრაფიისა და საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის დიაგნოსტიკური გამოფხეკის ჩატარება.

განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს საკვერცხეების სიმსივნის მქონე პაციენტები. საყოველთაოდ აღიარებული მეთოდების გარდა იყენებენ ულტრაბგერით გამოკვლევას, მუცლის ღრუს მიმოხილვით რენტგენოსკოპიას, ნაწლავისა

და კუჭის რენტგენოგრაფიას. ზოგჯერ ახორციელებენ პიელოგრაფიას და ცისტოსკოპიას. დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით, განსაკუთრებით რთულ შემთხვევებში, უნდა აწარმოონ აიროვანი რენტგენოპელვიგრაფია და ზოგჯერ სასინჯი მუცელკვეთაც კი.

გარეთა სასქესო ორგანოების ტრავმის დროს გამოიყენება კვლევის საერთო მეთოდები. დიაგნოზი ადვილად დგინდება დათვალიერების საფუძველზე. საშოს და ზიანებისას აწარმოებენ ვაგინოსკოპიას.

სასქესო ორგანოების ტრავმების მქონე გოგონების დათვალიერება წარმოებს ნარკოზით. აუცილებლობის შემთხვევაში იკვლევენ მიმდებარე ორგანოებსაც: ურეთრას, შარდის ბუშტს, სწორ ნაწლავს. ამ მიზნით იყენებენ ცისტოსკოპიას, ურეთროსკოპიას, სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევას ან რექტოსკოპიას სპეციალური რექტალური სარკის საშუალებით.

გოგონებისა და მოზარდების გამოკვლევაში სულ უფრო დიდი მნიშვნელობა ენიჭება კვლევის გენეტიკურ მეთოდებს. სამედიცინო-გენეტიკური კვლევების განვითარებასთან ერთად გაფართოვდა წარმოდგენები სქესობრივი მომწიფების შეფერხების ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის, აგრეთვე, სქესობრივი დიფერენცირების დარღვევის სხვადასხვა ფორმის შესახებ. ამ სახის პათოლოგიების საფუძველი შეიძლება იყოს მემკვიდრეობითი აპარატის დარღვევები, რაც ხასიათდება ქრომოსომული და გენური მუტაციებით.

საკვერცხეების სწორი ფორმირებისა და ფუნქციონირებისათვის აუცილებელია როგორც სასქესო, აგრეთვე სომატური ქრომოსომების ნორმალური ნაკრების შენარჩუნება. სასქესო ქრომოსომების სისტემაში სტრუქტურული და რიცხობრივი დარღვევები წარმოადგენს გონადების დისგენეზის სხვადასხვა ფორმის საფუძველს:

ა) შერეშეესკი-ტერნერის სინდრომი — პაციენტთა კარიოტიპია **45X0; 46XX/45X0;**

ბ) გონადების დისგენეზის წაშლილი ფორმა — ქრომოსომული ანომალიები მოზაიციზმის სახით: **46XX/45X0** ან ერთ-ერთი **X**-ქრომოსომის სტრუქტურული ანომალია;

გ) გონადების დისგენეზის „წმინდა“ ფორმა — პაციენტთა კარიოტიპი შეიძლება იყოს **46XY** ან **46XX**; იშვიათად აღინიშნება **45X0/46XX; 46XX/47XXX; 45X0/46XY** ტიპის მოზაიციზმი;

დ) გონადების დისგენეზის შერეული ფორმა — პაციენტების კარიოტიპი სხვადასხვაა: **46XY/45X0; 46XY/46XX; 46XX**; სქესობრივი დიფერენცირების ქრომოსომული დარღვევები ადრენოგენიტალური სინდრომისა და მამაკაცური ფსევდოპერმაფროდიტიზმის დროს განვითარებული დარღვევების საფუძველია.

ამჟამად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება იმ მიზეზების გამოვლენას, რომლებიც ქრომოსომულ და გენურ მუტაციებს იწვევს. ამ მიზნით გამოიყენება კვლევის კლინიკურ-ციტოგენეტიკური, გენეალოგიური და ბიოქიმიური მეთოდები.

სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში ყველაზე ხშირი პათოლოგიაა სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები. სკოლის ასაკის გოგონებში და მოზარდებში ანთებითი პროცესები უკანა პლანზე გადადის და პირველ ადგილს პუბერტული პერიოდის მენსტრუალური ფუნქციისა და ნეიროენდოკრინული დარღვევები იკავებენ.

სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები

გოგონებში სასქესო ორგანოების ანატომიური და ფიზიოლოგიური თავისებურებების გამო (საშოს ლორწოვანი გარსის ბრტყელი მრავალშრიანი ეპითელიუმის სუსტად განვითარება, სასქესო ორგანოების ქსოვილების დაქვეითებული რეგენერაციული შესაძლებლობები, ადგილობრივი იმუნიტეტის უკმარისობა, საშოს თვითგაწმენდის მექანიზმის თითქმის სრული არარსებობა) ანთებითი პროცესი გარეთა სასქესო ორგანოებსა და საშოზე (სხვადასხვა ეტიოლოგიის ვულვოვაგინიტები) შედარებით ადვილად ვითარდება.

განასხვავებენ პირველად და მეორად ვულვოვაგინიტებს. პირველადი არასპეციფიკური ვულვოვაგინიტების ჯგუფს მიეკუთვნება დაავადებები, რომლებიც გამოწვეულია სასქესო ორგანოებზე ფიზიკური (მექანიკური, თერმული), ქიმიური ან ინფექციური ფაქტორების უშუალო ზემოქმედებით. მეორადი არასპეციფიკური ანთებების ჯგუფში შედის ისეთი პროცესები, რომლებიც ორგანიზმის პირველადი ზოგადი (წითელა, წითურა, ყვიანახველა, ტონზილიტი, ენტერობიოზი, პნევმონია, ექსუდაციური დიათეზი, შაქრიანი დიაბეტი და სხვ.) ან ადგილობრივი დაავადების (აპენდიციტი, ცისტიტი, პროქტიტი და სხვ.) შედეგია.

ვულვისა და საშოს არასპეციფიკური ანთებები ეტიოლოგია. პათოგენეზი ვულვიტებისა და ვაგინიტების განვითარებას ხელს უწყობს, როგორც გოგონების სასქესო ორგანოების ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებები, აგრეთვე, ეტიოლოგიური ფაქტორის თავისებურებებიც.

ვულვოვაგინიტების განვითარებაში ინფექციურ ფაქტორებს პირველი ადგილი უკავია: ბავშვთა 70%-ში ინფექციურ პროცესს ბაქტერიები და სოკოები იწვევს, 20%-ში — ვირუსები, 10%-ში ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევით რომელიმე ფლორის გამოყოფა არ ხერხდება. შერეული მიკრობული ფლორა (სტაფილოკოკები, სტრეპტოკოკები, ნაწლავის ჩხირი, ენტეროკოკები, სოკოები) პაციენტების თითქმის ნახევარში აღინიშნება. ხშირად ანთების მიზეზი არის საპროფიტული მიკროორგანიზმები; ორგანიზმის დამცავი ძალების დაქვეითების დროს ხშირად აქტივდება მიკოპლაზმები, მარტივი ჰერპესის ვირუსები და სხვა გამომწვევები. სასქესო ორგანოების ინფიცირება სხვადასხვა გზით ხდება: უშუალო კონტაქტით, ინტრაკანალიკულურად, ჰემატოგენურად, ლიმფოგენურად და პერინევრული სივრცეებით (ვირუსული ინფექცია).

გარეთა სასქესო ორგანოების მეორადი ანთებითი პროცესების დროს ინფექცია ორგანიზმის ზოგადი და ადგილობრივი დამცავი რეაქციების დაქვეითების შედეგად ვითარდება, რაც ხელს უწყობს სასქესო ორგანოების ინფიცირებას პათოგენური ფლორით ან იწვევს საპროფიტების აქტივაციას.

ბავშვთა ასაკში სასქესო ორგანოების არასპეციფიკური ანთებითი პროცესების ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის განხილვისას გასათვალისწინებელია იმ ფაქტორების როლი, რომლებსაც შეუძლიათ ხელი შეუწყონ ანთების განვითარებას და შენარჩუნებას:

1) გოგონებში სასქესო ორგანოების ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებები:

ა) საშოს ლორწოვანი გარსის ძლიერი ნაოჭიანობა, ორგანიზმის დაბალი ესტროგენული გავრება, საშოს ეპითელიუმში გლიკოგენის არასაკმარისი შემცველობა, საშოს შიგთავსის ნეიტრალური ან ტუტე არე;

ბ) საშოში კოკური ფლორის სიჭარბე და ადგილობრივი იმუნიტეტის დაქვეითება.

2) ენდოგენური პათოგენური ფაქტორები: ანემია, სისხლის სისტემური დაავადებები, შაქრიანი დიაბეტი, ექსუდაციური დიათეზი, გლომერულონეფრიტი, პიელონეფრიტი, ცისტეტი, ინფანტილიზმი, ექსტრაგენიტალური ინფექციური კერების არსებობა, ენტერობიოზი.

3) ეგზოგენური პათოლოგიური ფაქტორები: სასქესო ორგანოების ტრავმა, საშოში უცხო სხეულების შეტანა, ჰიგიენური რეჟიმის დარღვევა.

4) ალიმენტური დარღვევები, არასასურველი საყოფაცხოვრებო პირობები.

კლინიკა. არასპეციფიკური ვულვიტების და კოლპიტების კლინიკური მიმდინარეობა თანდათანობითი განვითარებით და ხანგრძლივი მიმდინარეობით ხასიათდება. პაციენტები უჩივიან წვას შარდვის შემდეგ, ჭავილს, ტკივილს გარეთა სასქესო ორგანოების მიდამოში. ბავშვის ზოგადი მდგომარეობა ნაკლებად ირღვევა. დათვალეირებისას აღინიშნება გარეთა სასქესო ორგანოების შემოსაზღვრული ჰიპერემია და შეშუპება.

დამახასიათებელია თეთრად შლის არსებობა (თხევადი, ყვითელი ან სეროზულ-ჩირქოვანი, იშვიათად — ჩირქოვანი), რომელსაც ზოგჯერ ჩირქის სუნი აქვს. მწვავე პერიოდში გამონადენი უხვია, ზოგჯერ სისხლის მინარევით. იგი ჭავილს და კანის საფარველის მაცერაციას იწვევს.

დიაგნოსტიკა. დიაგნოზის დადგენაში მნიშვნელოვანია სრულად შეგროვებული ანამნეზი: ექსუდაციური დიათეზი ადრეულ ბავშვობაში, ალერგიული დერმატიტები, ექსტრაგენიტალური ანთებითი პროცესები, ჰიგიენის დარღვევები და ა.შ. დიდი ყურადღება ექცევა ტკივილს გარეთა სასქესო ორგანოების არეში, სასქესო გზებიდან პათოლოგიურ გამონადენსა და დიზურიულ მოვლენებს.

დათვალეირების დროს ნახულობენ ჰიპერემიას, შეშუპებას, საშოს შესავლის მაცერაციას, ზოგჯერ დაჟეჟილობას და ჰიპერპიგმენტაციას. ყურადღებით უნდა დათვალეირდეს მუცლის ქვედა ნაწილი და ბარძაყის შიგნითა ზედაპირები, სადაც, აგრეთვე, შეიძლება გავრცელდეს ჰიპერემია და მაცერაცია. დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ვაგინოსკოპიის მონაცემებს. ამ გამოკვლევის ჩატარება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ანთების რეციდივული მიმდინარეობის დროს, რადგან კოლპიტის რეციდივის განვითარებას შეიძლება ხელს უწყობდეს საშოში შეტანილი უცხო სხეული. როდესაც ვაგინოსკოპიის წარმოება ვერ ხორციელდება, აუცილებელია საშოს ზონდირება.

ვაგინოსკოპით საშოს დათვალეირებისას, შეიძლება გამოვლინდეს სისხლიან-ფიბრინული ნადები, რომელიც უფრო ხშირად თაღებზე აღინიშნება, აგრეთვე, პეტეჩიები და მცირე სისხლჩაქცევები. ეს ნიშნები მით უფრო მკვეთრადაა გამოხატული, რაც უფრო მწვავედ მიმდინარეობს ანთებითი პროცესი.

ვაგინოსკოპიის მონაცემებით ზოგჯერ შეილება დაავადების გამომწვევის სავარაუდო განსაზღვრა. მაგალითად, კუნძულების სახით განლაგებული რუხი ნადები ჰიპერემიული არშიით დამახასიათებელია კანდიდამიკოზისათვის, რუხი ფერის, მჭიდროდ მიხორცებული ნადებები შეიძლება საშოს დიფთერიულ დაზიანებაზე მიუთითებდეს. ჰერპესისათვის დამახასიათებელია საშოს ლორწოვან გარსზე და ვულვის კანზე მცირე ზომის, სითხით სავსე ბუშტუკების და წყლულების წარმოქმნა ინფილტრირებულ არეში. პუსტულების განვითარება

საშოში, შესავლის არეში, თეძოების კანზე და ღუნდულოებზე სტრეპტოკოკულ და სტაფილოკოკურ ინფექციას ახასიათებს.

აუცილებელი დიაგნოსტიკური მეთოდებია კულტურალური და ბაქტერიო-სკოპული გამოკვლევა. თუმცა სასქესო გზებიდან გამოყოფილი მიკროფლორა ყოველთვის არ არის ეტიოტროპული. ვირუსულ ინფექციაზე ექვსის დროს საშოდან გამონაფხეკს იმუნოფლუორესცენციული მეთოდით იკვლევენ. ანთებით პროცესში საშოსა და გარეთა სასქესო ორგანოებთან ერთად შეიძლება ჩართული იყოს ურეთრა, შარდის ბუშტი და სწორი ნაწლავი. ამიტომ, ამ ორგანოებიდან გამონაყოფის ბაქტერიოსკოპიული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა აუცი-ლებელია.

მკურნალობა. ვულვოვაგინიტის დროს აუცილებელია გოგონას პირადი ჰიგიენის მკაცრი დაცვა: სხეულის, გარეთა სასქესო ორგანოების სისუფთავის უზრუნველყოფა, თეთრეულის ხშირი გამოცვლა და სხვ. დიეტა უნდა შეიცავდეს ზომიერი რაოდენობით ნახშირწყლებს. საკვებიდან უნდა გამოირიცხოს გამაღიზიანებელი ნივთიერებები.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ძირითადი დაავადების მკურნალობას და ორგანიზმის დაცვითი უნარის გაძლიერებას: ინიშნება ვიტამინები, მადესენსიბილი-ზებელი საშუალებები, მასტიმულირებელი მკურნალობა. ვულვოვაგინიტების მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ადგილობრივ პროცედურებს. ამ მიზნით მიზანშეწონილია საშოს ფრთხილი გამორეცხვა წვრილი ელასტიური კათეტერის საშუალებით რივანოლის (1:5000), ფურაცლინის (1:10000), წყალბადის ზეჟანგის (3%-იანი ხსნარი) ხსნარებით.

კარგ შედეგს იძლევა მკდომარე აბაზანები (ყოველდღე 15 წთ-ით, 38°C ტემპერატურისას) გვირილას, ევკალიპტის ფოთლის ნახარშებით, სალბის ნაყენით და სხვ. საშოს გამორეცხვა ან მკდომარე აბაზანები 3-5 დღის მანძილზე გრძელდება. უფრო ხანგრძლივი პროცედურები უარყოფითად მოქმედებს ლაქტობაქტერიების ვეგეტაციაზე.

მორეციდივე ვულვოვაგინიტების მძიმე შემთხვევებში, მიკრობული ფლორის დადგენისა და ანტიბიოტიკების მიმართ მისი მგრძობელობის განსაზღვრის შემდეგ, შესაძლებელია ანტიბიოტიკების ადგილობრივი გამოყენება.

ხანგრძლივად არსებულმა ვულვოვაგინიტებმა შეიძლება ხელი შეუწყონ სინექიების გაჩენას (მცირე და დიდი სასირცხო ბაგეების შეზრდა), ნაწიბუროვანი ცვლილებების განვითარებას საშოსა და საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირზე. სინექიების გათიშვა (ბლაგვი ან მახვილი საშუალებით) მათი გამოვლენიდან მოკლე დროში უნდა მოხდეს. ეს არ უნდა გადაიდოს გოგონას სქესობრივ მოშწიფებამდე, რადგან სინექიების დატოვებამ შეიძლება დაბრკოლება შეუქმნას შარდის ბუნებრივ გამოყოფას, შემდეგში კი მენსტრუალური სისხლის გამო-ნადენსაც.

ვულვოვაგინიტების ხანგრძლივი მიმდინარეობის შედეგად შეიძლება განვი-თარდეს საშოსა და ვულვის პოლიპები და კონდილომები. ზოგჯერ აღინიშნება ვულვის ეგზემაც.

პროფილაქტიკა. ვულვოვაგინიტების პროფილაქტიკა გოგონას ორგანიზმის გაჯანსაღებისა და მიმართულ ღონისძიებათა კომპლექსს მოიცავს: პირადი ჰიგიენის წესების დაცვა, ზოგადგამაჯანსაღებელი ღონისძიებები (მეცადინეობისა

და დასვენების რეჟიმის სწორი დაცვა, ვიტამინების დანიშვნა), ქრონიკული ინფექციის კერების სანაცია (ტონზილიტებისა და ზედა სასუნთქი გზების დაავადებების დროული მკურნალობა), ენტერობიოზის მკურნალობა.

იუვენილური სისხლდენები

იუვენილურ სისხლდენებში ივლისსმება სქესობრივი მომწიფების პერიოდში გოგონებში მენსტრუალური ციკლის დარღვევა, რაც საშვილოსნოს აციკლური (ხშირად) ან ციკლური (იშვიათად) ხასიათის სისხლდენებით ვლინდება. იუვენილური სისხლდენები გოგონების 2-3%-ში აღინიშნება, უფრო ხშირად 13-14 წლის ასაკში.

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. ეტიოლოგიური ფაქტორები პირობითად 3 ჯგუფად იყოფა: წინასწარგანმწყობი, განმაპირობებელი და გადამწყვეტი.

წინასწარგანმწყობი ფაქტორები იუვენილური სისხლდენების განვითარებისადმი არის:

ა) დედის ორსულობისა და მშობიარობის გართულებული მიმდინარეობა (ორსულთა გვიანი ტოქსიკოზები, რეზუს-კონფლიქტი, ქრონიკული პიპოქსია და სხვ.), რამაც შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე (კერძოდ, დიენცეფალურ მიდამოზე), აღენოპიპოფიზზე (დიფერენციაციის შეფერხება), საკვერცხებზე (პიპოგონადიზმი და სხვ.) და საშვილოსნოზე (არასრულფასოვანი ფორმირება, განვითარების ანომალიები);

ბ) მენსტრუალური ციკლის მარეგულირებელი ნეიროჰუმორული მექანიზმების არამდგრადობა;

გ) კონსტიტუციური თავისებურებები (აღნაგობის ასთენიური, ინტერსექსუალური ან ინფანტილური ტიპი);

დ) არასასურველი კლიმატურ-გეოგრაფიული და მატერიალურ-საყოფაცხოვრებო პირობები (ვიტამინების, მიკროელემენტების უკმარისობა, დიეტის დარღვევა), ინფექციური დაავადებები (ეპიდემიური ჰეპატიტი, ქრონიკული ტონზილიტი, პნევმონია და სხვ.).

განმაპირობებელი ფაქტორები. იუვენილურ სისხლდენებს შემდეგი მიზეზები განაპირობებს:

ა) ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციის დარღვევა ნევროზის შედეგად, ძილის დარღვევა, აგრეთვე, ქრონიკული ტონზილიტით, ტუბერკულოზით, რევმატიზმით განპირობებული ინტოქსიკაციები, ტვინის შერყევები;

ბ) ენდოკრინული დარღვევები;

გ) ესტროგენების მეტაბოლიზმის დარღვევა ჰეპატიტის, თანდაყოლილი ჰეპატოენზიმოპათიების შედეგად, რასაც თან ახლავს ესტროგენების ინაქტივაციის დარღვევა;

დ) საშვილოსნოს თანდაყოლილი ან შეძენილი არასრულფასოვნება.

გადამწყვეტი ფაქტორები. იუვენილური სისხლდენების განვითარებას უშუალოდ წინ უძღვის ფსიქიკური სტრესები (გამოცდები, ქირურგიული ოპერაცია, შეშინება, ახლობლების სიკვდილი), ფიზიკური გადატვირთვა (ვარჯიში, შეჯიბრებები), თავის ტვინის შერყევა (სატრანსპორტო კატასტროფა, სიმაღლიდან ვარდნა, სპორტული ტრავმა), გაცივებითი დაავადებები (გრიპი, ბრონქიტი,

ანგინა), ქრონიკული ინფექციის კერების გამწვავება. ამგვარად, იუვენილური სისხლდენები პოლიეტიოლოგიურ დაავადებას წარმოადგენს.

პათოგენეზის თვალსაზრისით იუვენილური სისხლდენების განვითარება შეიძლება განვიხილოთ, როგორც მენსტრუალური ფუნქციის არამდგრადობის შედეგი მისი ჩამოყალიბების პერიოდში. იუვენილური სისხლდენების პათოგენეზს საფუძვლად უდევს საკვერცხეების ფუნქციის სხვადასხვაგვარი დარღვევა: ფოლიკულების პერსისტენცია, მათი მრავლობითი ატრეზია ან ყვითელი სხეულის უკმარისობა. უფრო ხშირად იუვენილური სისხლდენები ანოვულაციის ნიადაგზე ვითარდება. დიდი მნიშვნელობა აქვს, აგრეთვე, ენდომეტრიუმის რეცეპტორების მომატებულ მგრძობელობას ესტროგენული ჰორმონების მიმართ.

კლინიკა. აღნიშნული დაავადების განვითარების დროს ხშირად აღინიშნება სისხლდენის უეცარი განვითარება. ამ დროს სისხლის დანაკარგი ღიღია და ანემიის განვითარებას იწვევს.

ზოგიერთ პაციენტში სისხლდენა არ არის უხვი, მაგრამ ხანგრძლივია, გრძელდება რამდენიმე კვირა, ზოგჯერ კი თვეებიც და ხშირად მეორადი ანემიის განვითარებას იწვევს.

იუვენილური სისხლდენები უფრო ხშირად პირველი თვიურის დროს და მენსტრუალური ციკლის ჩამოყალიბების პირველი წლის განმავლობაში აღინიშნება. უფრო იშვიათად დაავადება შეიძლება განვითარდეს დროის უფრო ხანგრძლივი შუალედის შემდეგ.

ხასიათის მიხედვით იუვენილური სისხლდენები შეიძლება იყოს აციკლური (ხშირად) და ციკლური (იშვიათად). ზოგჯერ აღინიშნება საშვილოსნოს ერთეული სისხლდენა.

ციკლური ხასიათის იუვენილური სისხლდენები, მომდევნო მენსტრუაციის პერიოდში ვითარდება და შეიძლება დიდხანს გაგრძელდეს. იშვიათად აღინიშნება რეციდივული ციკლური სისხლდენები, რომლებიც დროის გარკვეული მონაკვეთის შემდეგ მეორდება, ზოგჯერ წლის ერთსა და იმავე დროს.

ციკლური ოვულაციური სისხლდენები პუბერტული და პოსტპუბერტული (მოზარდთა) პერიოდის დასასრულისათვის არის დამახასიათებელი. ოვულაციური იუვენილური სისხლდენების პათოგენეზს საფუძვლად უდევს ყვითელი სხეულის არასრულფასოვანი განვითარება, რაც ხშირად ჰიპოფიზის მიერ მალუთეინიზებელი ჰორმონის პროდუქციის უკმარისობის შედეგია. აღსანიშნავია, რომ გოგონების უმრავლესობას მენსტრუალური ფუნქციის ჩამოყალიბების პერიოდში ანოვულაციური ციკლები აქვს, მაგრამ იუვენილური სისხლდენები მხოლოდ 10-15%-ს უვითარდება. დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარებასა (რომელიც 1-3 წლით იგვიანებს) და მენარქეს გამოვლენას (დროზე ადრე დაახლოებით ასეთივე ვადით) შორის დაშორების ფაქტი.

დიაგნოსტიკა. ხორციელდება ფუნქციური დიაგნოსტიკური ტესტებით, რომლებიც ადასტურებენ ოვულაციის არარსებობას და ფოლიკულის ხანმოკლე, რითმულ პერსისტენციას ან ყვითელი სხეულის არასრულფასოვან განვითარებას.

აციკლური სისხლდენები, ძირითადად, ანოვულაციურია. ისინი შეიძლება განვითარდეს ჰიპო- ან ჰიპერესტროგენიის ფონზე.

ჰიპოესტროგენული გენეზის სისხლდენებს ფოლიკულების ხანგრძლივი ატრეზია (სისხლში ესტროგენების დაბალი შემცველობა, კაროპიკნოზული ინდექსის 10-30%-მდე დაქვეითება) განაპირობებს. ამ პაციენტებში აღინიშნება ადრეული ან გვიანი სქესობრივი მომწიფება.

კლინიკა. ჰიპოესტროგენული აციკლური სისხლდენები საკმაოდ ხანგრძლივია, მაგრამ არ არის უხვი. მას, ძირითადად, წინ უსწრებს მენსტრუაციის ხანგრძლივი შეფერხება (რამდენიმე თვის მანძილზე).

იუვენილური სისხლდენების ჰიპერესტროგენულ ფორმას მწიფე ფოლიკულის პერსისტენცია განაპირობებს. ამ პათოლოგიისათვის დამახასიათებელია სისხლში ესტროგენების მაღალი დონე აქტიური ფრაქციის (ესტრადიოლი) სიჭარბით, კაროპიკნოზული ინდექსი 50%-ს და მეტს აღწევს.

აციკლური ჰიპერესტროგენული სისხლდენები ვლინდება ჰიპერმენორეით, რომელიც თვიურის ხანმოკლე შეკავების (1-3 კვირა) შემდეგ ვითარდება.

პაციენტთა ძირითადი ჩივილებია: სისხლდენა სასქესო გზებიდან, საერთო სისუსტე, შეუძლოდ ყოფნა, თავის ტკივილი, უძილობა, უმადობა, შრომისუნარიანობის დაქვეითება, გაღიზიანებადობა ან პირიქით, აპათია.

ანამნეზის შეგროვების დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ორსულობის პერიოდში დედის დაავადებებს, მშობიარობის მიმდინარეობას, ექსტრაგენიტალური პათოლოგიის არსებობას, შრომის პირობებს. ანემიის ზშირი განვითარების გამო დიდი ყურადღება ექცევა პერიფერიული სისხლის გამოკვლევას. ბავშვებსა და მოზარდებში ანემიად ითვლება, როდესაც სისხლის ფერადობის მაჩვენებელი ქვეითდება 0,8-ს ქვემოთ, ერითროციტების რაოდენობა 1 მლ-ში 4×10^{12} /ლ-ზე ნაკლებია, ჰემოგლობინი ქვეითდება 116 გ/ლ ქვემოთ. იუვენილური სისხლდენის მქონე გოგონებში, ანემიას ძირითადად ნორმოქრომული ხასიათი აქვს. ხანგრძლივი და უხვი სისხლდენებისას პაციენტის გამოხატული ანემიზაცია ვითარდება: ჰემოგლობინის შემცველობა შეიძლება შემცირდეს 20 გ/ლ-მდე, ხოლო ერითროციტების რაოდენობა — 2×10^{12} /ლ-მდე. სისხლის შემდეგბელი სისტემის მაჩვენებლების განსაზღვრის დროს ვლინდება თრომბოციტების რაოდენობის შემცირება, სისხლის შედედების შენელება, პროთრომბინული ინდექსის დაქვეითება, სისხლდენის დროს გახანგრძლივება, სისხლის კოალტის შენელებული რეტრაქცია.

დიაგნოსტიკა. იუვენილური სისხლდენების მქონე გოგონების გამოკვლევა უნდა იყოს კომპლექსური სხვადასხვა პროფილის ბავშვთა ექიმის (პედიატრის, ოტოლარინგოლოგის, ჰემატოლოგის, ენდოკრინოლოგის, ნევრო-პათოლოგის, გენეტიკოსის) მონაწილეობით.

განასხვავებენ პაციენტთა ზოგად და სპეციალურ გამოკვლევას. ზოგადი გამოკვლევით აფასებენ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის, ღვიძლის, თირკმლების, ენდოკრინული ჯირკვლების, ფარისებრი ჯირკვლის, სისხლის მდგომარეობას. სისხლის სისტემის გამოკვლევისას, უპირველეს ყოვლისა, აუცილებელია გამოირიცხოს ესენციური თრომბოციტოპენია — დაავადება, რომელსაც, აგრეთვე, თან ახლავს საშვილოსნოს სისხლდენები.

ანთროპომეტრული მონაცემებით, იუვენილური სისხლდენების მქონე 11-14 წლის ასაკის გოგონებში ჰარბობს მორფოტიპი, რომელიც წინ უსწრებს ნორმას

და სქესობრივ განვითარებას, მოზარდთა ასაკში კი (15-17 წელი) გოგონების უმრავლესობას ინტერსექსუალური და ინფანტილური მორფოტიპი აქვთ.

გამოკვლევის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს საკვერცხეების ფუნქციური მდგომარეობის დადგენას. ჰორმონული გამოკვლევის მონაცემები იუვენილური სისხლდენების დროს განსხვავებულია, მაგრამ საკმაოდ ხშირად აღინიშნება ჰიპოესტროგენია. ესტროგენების ცალკეული ფრაქციების შეფარდების შესწავლა ესტრადიოლისა და ესტრიოლის მომატებულ შემცველობაზე მიუთითებს. სისხლში პროგესტერონის განსაზღვრისას მისი დაბალი მაჩვენებელი აღინიშნება. ფუნქციური დიაგნოსტიკური ტესტებით გამოკვლევის დროს ვლინდება ბაზალური ტემპერატურის მონოფაზური მრუდი, კარიოპიკნოზური ინდექსის დაქვეითება (10-30%); „გუგის“ ფენომენი, რომელიც ვაგინოსკოპიით განისაზღვრება, +-დან ++-მდე მერყეობს.

სპეციალური (გინეკოლოგიური) გამოკვლევის დროს ნახულობენ მცირე და დიდი სასირცხო ბაგეების მცირე ჰიპოპლაზიას. ბიმანუალური სწორ ნაწლავ-მუცლის კედლისმხრივი გამოკვლევისას საშვილოსნოს ყელისა და ტანის ზომებს, მათ მდებარეობას, კონსისტენციასა და მოძრაობას საზღვრავენ. ყურადღებით იკვლევენ საშვილოსნოს დანამატების განლაგების მიდამოს. საკვერცხეების ანატომიურ ცვლილებებზე ეჭვის დროს (კისტა, სიმსივნე) მიზანშეწონილია აიროვანი რენტგენოპელვიგრაფიის წარმოება, აუცილებელია ვაგინოსკოპიით დათვალიერება.

იუვენილური სისხლდენების დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ენდომეტრიუმის ციტოლოგიურ გამოკვლევას. ამ მიზნით იღებენ ასპირატს საშვილოსნოს ღრუდან ბრაუნის შპრიცის საშუალებით.

პაციენტებში, ხანგრძლივი, მორეციდივე სისხლდენებით, რომელიც არ ექვემდებარება მკურნალობას ონკოლოგიური სიფრთხილის გათვალისწინებით, მიზანშეწონილია საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის დიაგნოსტიკური გამოფხეკა, ნაფხეკის შემდგომი ჰისტოლოგიური გამოკვლევით. იუვენილური სისხლდენების დიფერენცირება, უპირველეს ყოვლისა, აუცილებელია ესენციური თრომბოციტოპენიისგან (ვერლჰოფის დაავადება). ვერლჰოფის დაავადებისთვის ანამნეზში დამახასიათებელია სისხლმდენი ღრძილების, ცხვირიდან სისხლდენის, კანქვეშა სისხლჩაქცევების არსებობა. დასახელებული სიმპტომები, ძირითადად, მენარქემდე აღინიშნება და პუბერტული პერიოდის დადგომისას ძლიერდება. გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს სისხლში თრომბოციტების რაოდენობის განსაზღვრას (თრომბოციტების რაოდენობის დაქვეითება დამახასიათებელია ვერლჰოფის დაავადებისთვის).

სხვა დაავადებებიდან, რომლებსაც თან ახლავს სასქესო გზებიდან სისხლიანი გამონადენი, აღსანიშნავია საკვერცხის მარცვლოვანუჯრედოვანი სიმსივნეები, საშოს პოლიპოზი და სარკომა.

საკვერცხის მარცვლოვანუჯრედოვანი სიმსივნის გამოვლენისათვის იყენებენ პნევმოპელვიგრაფიისა და ლაპაროსკოპიის მეთოდებს.

საშოს პოლიპოზს და სარკომას, აგრეთვე, თან ახლავს სისხლდენა სასქესო გზებიდან. ამ შემთხვევაში ვაგინოსკოპია და ქსოვილის ბიოპტატის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა სწორი დიაგნოზის დადგენის საშუალებას იძლევა.

მკურნალობა. იუვენილური სისხლდენების მკურნალობა კომპლექსური, დიფერენცირებული და, შესაძლებლობის მიხედვით, პათოგენური უნდა იყოს. ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში უნდა გამოვავლინოთ და აღვკვეთოთ სისხლდენის გამომწვევი მიზეზი. ზოგჯერ მენტრუალური ციკლის მოწესრიგებისათვის საკმარისია მხოლოდ ქრონიკული ინფექციის კერის (ტონზილიტი, ქოლაციტი, კარიესული კბილები) მოცილება. მკურნალობის დასაწყისში აუცილებელია სისხლდენის სასწრაფოდ შეჩერება, შემდეგ კი მენტრუალური ფუნქციის მოწესრიგება.

ზოგადი ღონისძიებები და სიმპტომური მკურნალობა. მენტრუალური ფუნქციის ჩამოყალიბების პერიოდში ზოგადგამაჯანსაღებელი საშუალებების, ვიტამინების, ანტიანემიური პრეპარატებისა და საშვილოსნოს ტონუსის მოსამატებელი საშუალებების გამოყენებას, აგრეთვე, შრომის, დასვენებისა და რაციონული კვების სწორ ორგანიზაციას უფრო მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება, ვიდრე რეპროდუქციული ასაკის დისფუნქციური სისხლდენების მკურნალობის დროს.

ვიტამინთერაპიის (C, E, B₁, B₁₂) დანიშვნა მიზანშეწონილია იუვენილური სისხლდენების ყველა ფორმის შემთხვევაში. საშვილოსნოს მუსკულატურის მატონიზებელი საშუალებები (პიტუიტრინი, ოქსიტოცინი, ერგოტალი და სხვ.), აგრეთვე, ყველა ფორმის დროს გამოიყენება. ეს პრეპარატები განსაკუთრებით კარგ შედეგს იძლევა გენიტალური ინფანტილიზმისას.

ანემიისა და ორგანიზმის საერთო დასუსტების დროს საჭიროა სისხლწარმოქმნის მასტიმულირებელი და ზოგადგამაჯანსაღებელი საშუალებები: ვიტამინები, რკინის პრეპარატები, ჰემატოგენი, ღვიძლის ექსტრაქტი. ანემიის შემთხვევაში აუცილებელია ჰემოტრანსფუზიის გამოყენება. ინიშნება სისხლდენის შეჩერებელი პრეპარატები (ვიკასოლი, კალციუმის ქლორიდი, მოცვის, წიწმატურას ნაყენი და სხვ.).

სისხლის კოაგულაციური თვისებების მეორადი დარღვევების განვითარებისას ნიშნავენ სისხლის პლაზმას, E-ამინოკაპრონმჟავას ვენაში შესაცვანად.

ჰორმონთერაპია. იუვენილური სისხლდენების ჰორმონული მკურნალობა ორ ძირითად მიზანს ემსახურება: სისხლდენის შეჩერებასა და მენტრუალური ციკლის ნორმალიზებას. იუვენილურ ასაკში საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენის შესაჩერებლად მიმართავენ ჰორმონულ ჰემოსტაზს ესტროგენების ან სინთეზური ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატების მაღალი დოზების გამოყენებით. სისხლდენის გაძლიერების შესაძლებლობის გამო „სუფთა“ გესტაგენები ჰემოსტაზის მიღწევის მიზნით ამ ასაკში იშვიათად გამოიყენება.

ესტროგენული ჰემოსტაზი ესტროგენული პრეპარატების მაღალი დოზის შეყვანით ხორციელდება (სინესტროლის 0,1%-იანი ხსნარი 1 მლ კუნთებში, ყოველ 3-6 სთ-ში ან ფოლიკულინი 10000-20000 სე ყოველ 2-3 სთ-ში). სისხლდენის შეჩერების შემდეგ ესტროგენების შეყვანა გრძელდება მათი დოზის თანდათანობითი შემცირებით, ფუნქციური დიაგნოსტიკური ტესტების კონტროლის ქვეშ. ასეთ მკურნალობას 12-14 დღის განმავლობაში აწარმოებენ, ხოლო შემდეგ გადადიან გესტაგენების შეყვანაზე (პროგესტერონის 1%-იანი ხსნარის 1 მლ კუნთებში 6-8 დღის განმავლობაში).

სინთეზური კომბინირებული ესტროგენ-გესტაგენური პრეპარატები (ბისეკურინი, ნონ-ოვლონი და სხვ.), ჰემოსტაზის მიზნით, სუსტად გამოხატული ანემიის

მქონე გოგონებში გამოიყენება. ჰემოსტაზი მიიღწევა დღეში პრეპარატის 2-3 ტაბლეტის მიღებისას, 1-2 დღის მანძილზე, რის შემდეგაც დოზას თანდათან ამცირებენ დღეში 1 ტაბლეტამდე. პრეპარატის მიღება 15-25 დღე გრძელდება. პრეპარატის მოხსნიდან 2-3 დღის შემდეგ მენსტრუაციის მსგავსი რეაქცია ვითარდება.

ციკლური სისხლდენების დროს, როდესაც ციკლის მეორე ფაზის ხელოვნურად შექმნას ცდილობენ, იყენებენ პროგესტერონს (დღე-ღამური დოზა 10 მგ), პრეგნინს (დღე-ღამური დოზა 15 მგ) ან ქორიოგონინს (დღე-ღამური დოზა 1000-1500 ერთ.).

აციკლური იუვენილური სისხლდენების ჰიპოესტროგენული ფორმისას ყველაზე კარგ შედეგს ციკლური ჰორმონთერაპია იძლევა. პირველი 12 დღის განმავლობაში პაციენტებს უნიშნავენ ესტროგენებს, შემდეგ 3-4 დღის მანძილზე ესტროგენებისა და გესტაგენების ნარევის ნახევარი დოზით და შემდეგ 10 დღეს — მხოლოდ გესტაგენებს სრული დოზით (პროგესტერონი 10 მგ კუნთებში). მკურნალობის კურსი 4-6 თვეა.

აციკლური იუვენილური სისხლდენების ჰიპერესტროგენული ფორმის დროს საჭიროა სხვანაირი მიდგომა. მკურნალობის დაწყებისას ესტროგენების დიდ (დარტყმით) დოზებს ნიშნავენ (ფოლიკულინი კუნთში 40-60 ათასი სე დღე-ღამეში 3-4 დღის მანძილზე) ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის ჰარბი პროდუქციის დათრგუნვის მიზნით და ენდოგენური მალუთენინიზებელი ჰორმონის გამომუშავებისათვის აუცილებელი პირობების შესაქმნელად. ამის შემდეგ გამოიყენება ესტროგენებით და გესტაგენებით ჩანაცვლებითი მკურნალობის საზოგადოდ მიღებული ციკლური სქემა.

რადგან აციკლური სისხლდენების ჰიპერესტროგენული ვარიანტი მკურნალობას ძნელად ემორჩილება, ამიტომ სასურველი შედეგი ხშირად ძლიერმოქმედი საშუალებების — კლომიფენისა და ქორიოგონინის გამოყენებით მიიღწევა.

ჰორმონოთერაპიის გამოყენება პუბერტულ ასაკში განსაკუთრებულ სიფრთხილეს საჭიროებს, რადგან ამ დროს არსებობს ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემის ფუნქციის მკვეთრი დათრგუნვის საშიშროება. ამის გამო, ამჟამად ხშირად გამოიყენება იუვენილური სისხლდენის მკურნალობის არაჰორმონული მეთოდები. არაჰორმონული მკურნალობა შეიძლება იყოს, როგორც პათოგენეზური, ისე სიმპტომური.

პათოგენეზური მკურნალობა მოიცავს ტრანკვილიზატორების, სედაციური, საძილე და მადესენსიბილიზებელი საშუალებების გამოყენებას. აგრეთვე ისეთ ფიზიოთერაპიულ მეთოდებს, როგორცაა ინტრანაზალური ელექტროფორეზი B_1 ვიტამინით ან ნოვოკაინით (10-15 სეანსი), საშვილოსნოს ყელის რეცეპტორების ელექტროსტიმულაცია, ელექტროპუნქტურა და აკუპუნქტურა.

მკურნალობის ამ მეთოდების მოქმედების მექანიზმი საშვილოსნოს ყელსა და ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზის სისტემას შორის რეფლექსური კავშირების გამოყენებას ემყარება. ამის შედეგად წესრიგდება მთელი ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზ-საკვარცხენ-საშვილოსნოს სისტემის ფუნქცია.

საშვილოსნოს ყელის რეცეპტორების ელექტროსტიმულაციისთვის გამოიყენება გინეკოლოგიური ელექტროსტიმულატორი და ორპოლუსიანი ელექტროდი (შეაქვთ ყელის არხში შიგნითა პირამდე), იგი სწორკუთხოვანი ფორმის

ელექტრულ იმპულსებს გადასცემს. იმპულსის ხანგრძლივობაა — 2 მილისეკუნდი, სინშირე — 80 პერცი, ძაბვა — 5 ვოლტი, პროცედურის ხანგრძლივობა — 10 წთ, მკურნალობის კურსი — 10 პროცედურა.

ელექტროპუნქტურის მეთოდი საშუალებას იძლევა ყელ-ჰიპოფიზური რეფლექსის ანალოგიური ეფექტი მივიღოთ გენიტალიებზე ზემოქმედების გარეშე, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია გოგონების მკურნალობისას. ამჟამად გამოვლენილია უშუალო კავშირი კანის ზოგიერთ ბიოლოგიურად აქტიურ წერტილსა და სასქესო ორგანოებს შორის და შესწავლილია ამ წერტილების ზემოქმედების შესაძლებლობა სასქესო ორგანოებზე.

სხეულის ზედაპირზე ბიოლოგიურად აქტიური წერტილების მოძებნისა და მათზე ელექტრული დენით სამკურნალო ზემოქმედებისათვის იყენებენ დანადგარს ელაპ-ბ. მკურნალობის კურსი შედგება 8-10 პროცედურისაგან.

რეფლექსოთერაპიის ორივე მეთოდი (საშვილოსნოს ყელის რეცეპტორების ელექტროსტიმულაცია და ელექტროპუნქტურა) იუვენილური სისხლდენების პათოგენეზური მკურნალობის მეთოდებს მიეკუთვნება, რადგან იგი სისხლდენის შეჩერებას იწვევს და მოქმედებს ორგანიზმის ჰორმონულ სტატუსზე, აწესრიგებს მენსტრუალური ციკლების რითმს და ხელს უწყობს ანოვულაციური მენსტრუალური ციკლების ოვულაციურში გადასვლას. ზოგჯერ, უშედეგო კონსერვატიული მკურნალობისა და პროფუზული სისხლდენის განვითარების შემთხვევაში, როდესაც იუვენილური ასაკის პაციენტის სიცოცხლეს საფრთხე ემუქრება, აუცილებელი ხდება საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის გამოფხეკა. ეს ჩარევა ხორციელდება, როგორც ჰემოსტაზის, აგრეთვე, ენდომეტრიუმის მდგომარეობის დიაგნოსტიკისა და კიბოსწინარე ცვლილებების გამორიცხვის მიზნით.

პროგნოზი. იუვენილური სისხლდენების პროგნოზი მიზანდასახული და პათოგენეზური მკურნალობის შემთხვევაში საიმედოა, მაგრამ პაციენტთა დაახლოებით 30%-ს სისხლდენის რეციდივი უვითარდება. პაციენტთა 5%-ს (რომელსაც ადრე გადატანილი ჰქონდა იუვენილური სისხლდენები) რეპროდუქციულ ასაკში მენსტრუალური და რეპროდუქციული ფუნქციის სხვადასხვა სახის დარღვევები აღენიშნება.

პროფილაქტიკა. იუვენილური სისხლდენის პროფილაქტიკის ღონისძიებები ითვალისწინებს:

ა) ნაყოფის დაცვას განვითარების ანტენატალურ პერიოდში, რადგან მულადყოფნის დროს განვითარების არახელსაყრელი პირობები უარყოფით „პრემორბიდულ“ ფონს ქმნის, რომელიც მენსტრუალური ფუნქციის ჩამოყალიბების პერიოდში ხელს უწყობს სასქესო სისტემის ფუნქციის არასრულფასოვან განვითარებას;

ბ) გოგონების იმ ჯგუფის გამოყოფას, რომელსაც საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენების განვითარების მაღალი რისკი აქვს (ანტენატალურ პერიოდში განვითარების გართულებული მიმდინარეობა, ბავშვობაში ავადობის მაღალი მაჩვენებელი, მორფოგრამების გადახრები და სხვ.), მათზე დისპანსერულ დაკვირვებასა და პროფილაქტიკური ღონისძიებების დროულ ჩატარებას.

გადაუღებელი გზოგარეობები გინეკოლოგიაში

გინეკოლოგიურ პაციენტთა უმრავლესობას მუცლის ღრუს მწვავე დაავადებები უეცრად, თითქმის სრული სიჯანსაღის ფონზე უვითარდებათ. ამ შემთხვევაში, მუცლის ღრუს მწვავე დაავადებების დიაგნოსტიკა სწორი და დროული უნდა იყოს, რადგან ამაზე ქალის არა მხოლოდ ჯანმრთელობა, არამედ სიცოცხლეც არის დამოკიდებული. ყველა მწვავედ განვითარებული დაავადება, რომლის დროსაც მწვავე მუცლის კლინიკური სურათი ვითარდება, გადაუღებელ დახმარებას საჭიროებს.

ამ თავში განხილულია ძირითადი ცნობები გინეკოლოგიაში გავრცელებული ყველა დაავადების შესახებ, რომლებიც აუცილებელ გადაუღებელ დახმარებას საჭიროებენ. ქალის სასქესო ორგანოთა დაავადებები, რომელთა დროს მწვავე მუცლის კლინიკა აღინიშნება, პათოგენეზის მიხედვით იყოფა შემდეგ ძირითად ჯგუფებად:

- 1) მწვავე სისხლდენები შიგნითა სასქესო ორგანოებიდან;
- 2) შიგნითა სასქესო ორგანოების სისხლის მიმოქცევის უეცარი მოშლა;
- 3) პიოსალპინქსის (მილის ჩირქროვია) ან პიოოვარის (საკვერცხის აბსცესი)

გასკდომა შემდგომი პერიტონიტის განვითარებით.

მწვავე შინაგანი სისხლდენა ყველაზე ხშირად ვითარდება მილის ორსულობის დარღვევის დროს, უფრო იშვიათად — საკვერცხიდან სისხლდენის დროს.

შინაგან სასქესო ორგანოებში სისხლის მიმოქცევის უეცარი მოშლა, ძირითადად, განპირობებულია საკვერცხის სიმსივნის ფეხზე შემოგრებით ან მიომური კვანძის კვების დარღვევით. საშვილოსნოს დანამატების ჩირქოვანი პარკისებური წარმონაქმნის პერფორაცია ხდება პიოგენურ კაფსულაზე ჩირქის პროტეოლიზური ფერმენტების ზემოქმედების შედეგად.

საშვილოსნოსგარე ორსულობა

ორსულობას, რომლის დროსაც განაყოფიერებული კვერცხი იმპლანტაციას განიცდის და ვითარდება არა საშვილოსნოს ღრუში, არამედ მის გარეთ, ეწოდება საშვილოსნოსგარე (ექტოპიური) ორსულობა. სანაყოფე კვერცხის მიგრების ადგილის მიხედვით განასხვავებენ მილის, საკვერცხისა და მუცლის ღრუს ორსულობას. ზოგჯერ საშვილოსნოსგარე ორსულობა ლოკალიზებულია საშვილოსნოს რუდიმენტულ რქაში.

ამ პათოლოგიის ყველაზე ხშირი ფორმაა მილის ორსულობა (98-99%). განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის იმპლანტაციის ადგილის მიხედვით მილის ორსულობას ყოფენ: მილის ამბულური, ისთმური და ინტერსტიციული ნაწილების ორსულობად. ორსულობა საშვილოსნოს მარჯვენა მილში უფრო ხშირად აღინიშნება, ვიდრე მარცხენაში.

საკვერცხის ორსულობა საშვილოსნოსგარე ორსულობის ერთ-ერთ იშვიათ ფორმას წარმოადგენს, მისი სიხშირე 0,1-0,7%-ია. ერთმანეთისაგან განასხვავებენ აღნიშნული ორსულობის ორ ფორმას — ინტრაფოლიკულურსა და ეპიოფო-

რულს. პირველ შემთხვევაში განაყოფიერება და იმპლანტაცია ფოლიკულში ხდება, მეორე შემთხვევაში კი – საკვერცხის ზედაპირზე.

აღნიშნული პათოლოგიის იშვიათი ფორმაა მუცლის ღრუს ორსულობა (0,3-0,4%). მუცლის ღრუს ორსულობის მდებარეობა სხვადასხვაა – ბადექონი, ღვიძლი, გავა-საშვილოსნოს იოგები, სწორ ნაწლავ-საშვილოსნოს ფოსო და სხვ. იგი შეიძლება იყოს პირველადი (იმპლანტაცია მუცლის ღრუს ორგანოებში ხორციელდება) და მეორადი (თავდაპირველად იმპლანტაცია მილში ხდება, შემდეგ კი მილის აბორტის გამო განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი მილიდან გამოიდევნება და მეორადად მუცლის ღრუში განიცდის იმპლანტაციას). ეს განსხვავება მხოლოდ თეორიულია, რადგან ოპერაციის დროს მილი მაკროსკოპულად უცვლელია და პირველადი იმპლანტაციის ადგილის დადგენა მხოლოდ ჰისტოლოგიური გამოკვლევით არის შესაძლებელი.

ორსულობა საშვილოსნოს რუდიმენტულ რქაში შემთხვევათა 0,1-0,9%-ში გვხვდება. ანატომიურად ეს ორსულობა შეიძლება საშვილოსნოსშიდას მივაკუთვნოთ, მაგრამ იმის გამო, რომ ხშირად რუდიმენტულ რქას არ აქვს საშოსთან კავშირი, კლინიკურად ასეთი ორსულობა მიმდინარეობს ისევე, როგორც საშვილოსნოსგარე ორსულობა.

საშვილოსნოსგარე ორსულობა სტაციონარულ გინეკოლოგიურ პაციენტთა საერთო რაოდენობის 1,3-6%-ს აღენიშნება. უკანასკნელ წლებში შეიმჩნევა საშვილოსნოსგარე ორსულობის შემთხვევათა სიხშირის მატება, რაც განპირობებულია აბორტებისა და ქალის სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებების გახშირებით, აგრეთვე, დიაგნოსტიკის თანამედროვე მეთოდების უფრო ხშირი გამოყენებით. საშვილოსნოსგარე ორსულობა ყველაზე ხშირად 20-35 წლის ასაკის ქალებში გვხვდება.

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. კვერცხუჯრედის განაყოფიერება, ძირითადად, საშვილოსნოს მილის ამპულურ ნაწილში ხდება, შემდეგ კი განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი მილის გავლით საშვილოსნოში გადაადგილდება. კვერცხუჯრედის ასეთი მოძრაობა განპირობებულია მილის სატრანსპორტო ფუნქციით – პერისტალტიკითა და ლორწოვანი გარსის მოციმციმე ცილინდრული ეპითელიუმის უჯრედების წამწამების მოძრაობით. მილების სატრანსპორტო ფუნქცია დამოკიდებულია საკვერცხის ჰორმონულ ფუნქციასა და ეგზოგენურად შეყვანილ ჰორმონებზე, მილის კედლის ყველა შრის სრულფასოვნებაზე, შიგნითა სასქესო ორგანოების სისხლის მიმოქცევისა და ინერვაციის მდგომარეობაზე. ამრიგად, ყველა ის ფაქტორი, რომელსაც შეუძლია ხელი შეუშალოს განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის ნორმალურ გადაადგილებას, შეიძლება საშვილოსნოსგარე ორსულობის მიზეზი გახდეს. ასეთი მიზეზები ძალზე მრავალფეროვანია. ყველაზე ხშირად (48%) საშვილოსნოსგარე ორსულობას იწვევს საშვილოსნოს მილების ანთებითი პროცესები. ანთებითი პროცესის ეტიოლოგია შეიძლება იყოს სპეციფიკური (გონორეა) ან, უფრო ხშირად, არასპეციფიკური. შესაძლებელია, აგრეთვე, საშვილოსნოს მილების დაინფიცირება ჰიაყელა დანამატიდან. ეს წარმონაქმნი საშვილოსნოს მარჯვენა მილთან ანატომიურად უფრო ახლოს არის, რის გამოც სანაყოფე კვერცხი უფრო ხშირად ლოკალიზდება მარჯვენა მილში. ანთებითი პროცესის გადატანის შედეგად შეიძლება განვითარდეს პერიტუბური შეხორცებები, რაც მილის მიმდებარე თუ მეზობელ ორგან-

ნოებთან შეზრდას, მის ფიქსაციას, ცდომასა და გადაღუნვას იწვევს. ირღვევა საშვილოსნოს მილის ნორმალური ანატომიური მდებარეობა და მისი მოძრაობითი აქტივობა, რაც შეიძლება საშვილოსნოსგარე ორსულობის განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორი გახდეს.

მილის ლორწოვანი გარსი, რომელსაც ძლიერი ნაოჭიანობა ახასიათებს, ანთებაზე პასუხობს ნაოჭების შეხორცებით, მცირე ღრუებისა და ლაკუნების გაჩენით, რის შედეგადაც მისი სანათური მნიშვნელოვნად მცირდება. ირღვევა მოციმციმე ეპითელიუმის უჯრედების ფუნქცია. ანთებითი პროცესის შედეგად იცვლება საშვილოსნოს მილების ინერვაცია. ნერვული ბოჭკოების ცვლილება აღინიშნება საშვილოსნოს მილების ყველა შრის ანთების დროს. ირღვევა საშვილოსნოს მილების მოძრაობითი აქტივობა, ქვეითდება ნერვული რეცეპტორების მგრძობელობა ესტროგენებისა და პროგესტერონის მოქმედების მიმართ.

საშვილოსნოსგარე ორსულობის ერთ-ერთი მიზეზია საკვერცხეების ფუნქციის დარღვევა, რაც შეიძლება იყოს, როგორც ნეიროენდოკრინული დარღვევების, ასევე ანთებითი პროცესის შედეგი. დადგენილია, რომ საშვილოსნოს მილების პერისტალტიკა და სფინქტერის მდგომარეობა (რომელიც მილის ინტერსტიციულ ნაწილში მდებარეობს), მენსტრუალური ციკლის ფაზაზე დამოკიდებული. ციკლის ფოლიკულურ ფაზაში აღინიშნება საშვილოსნოს მილების კუნთების სპაზმური შეკუმშვა. შეკუმშვის ინტენსივობა ოვულაციის დროისთვის მატულობს, რაც ხელს უწყობს მილის ამპულაში კვერცხუჯრედის მოხვედრას. ლუთეინურ ფაზაში საშვილოსნოს მილების ტონუსი და აგზნებადობა მცირდება, ვითარდება საშვილოსნოსაკენ მიმართული პერისტალტიკური შეკუმშვები, რაც საშვილოსნოს ღრუში კვერცხუჯრედის გადაადგილებას განაპირობებს. ციკლურ ცვლილებებს განიცდის, აგრეთვე, მილის ლორწოვანი გარსიც. ციკლის ფოლიკულურ ფაზაში მატულობს მოციმციმე და სეკრეტორული უჯრედების რიცხვი. ლუთეინურ ფაზაში სეკრეტორული უჯრედები გამოიმუშავებენ სეკრეტს, რომელიც კვერცხუჯრედს შემოეხვევა, მისთვის საკვებ გარემოს ქმნის და აადვილებს კვერცხუჯრედის გადაადგილებას მილში. ამიტომ, დარღვევები ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხეების სისტემაში (რაც საკვერცხეებში სასქესო ჰორმონების სეკრეციის ნორმალური ციკლის დარღვევას იწვევს), ჰორმონების მცირე ან ჭარბი რაოდენობით გამოიმუშავება, აუარესებს მილების მოტორულ ფუნქციას – მათ პერისტალტიკას, სფინქტერისა და ლორწოვანი გარსის მდგომარეობას. ყოველივე ამის შედეგად კვერცხუჯრედის გადაადგილება ფერხდება და იგი იმპლანტაციას განიცდის არა საშვილოსნოში, არამედ საშვილოსნოს მილში.

ხშირად საშვილოსნოსგარე ორსულობა ინფანტილურ ქალებში ვითარდება. ინფანტილიზმის დროს, თითქმის ყოველთვის აღინიშნება საკვერცხეების ჰიპოფუნქცია და საშვილოსნოს მილების ანატომიურ-ფიზიოლოგიური ცვლილებები (გრძელი, კლაკნილი, სუსტი პერისტალტიკის მქონე მილები), რაც კვერცხუჯრედის საშვილოსნოს გარეთ იმპლანტაციას აადვილებს.

ხშირად საშვილოსნოსგარე ორსულობის განვითარებას ხელს უწყობს ხელოვნური აბორტი. აბორტის გამო საშვილოსნოს მილებში ხშირად ვითარდება ანთებითი ცვლილებები, ირღვევა საკვერცხეებისა და საშვილოსნოს რეცეპტო-

რული აპარატის ფუნქცია. აგრეთვე, ვითარდება შეხორცებითი პროცესები და მილის ინტერსტიციული ნაწილის სანათურის ნაწილობრივი ობლიტერაცია (საშვილოსნოს კუთხეების ზედმეტი გამოფხვკის შედეგად).

საშვილოსნოს მილების ენდომეტრიოზი არა მარტო მექანიკურ წინააღმდეგობას ქმნის და არღვევს პერისტალტიკას, არამედ დიდ შეხორცებით პროცესს იწვევს, რის გამოც შეიძლება განვითარდეს საშვილოსნოსგარე ორსულობა.

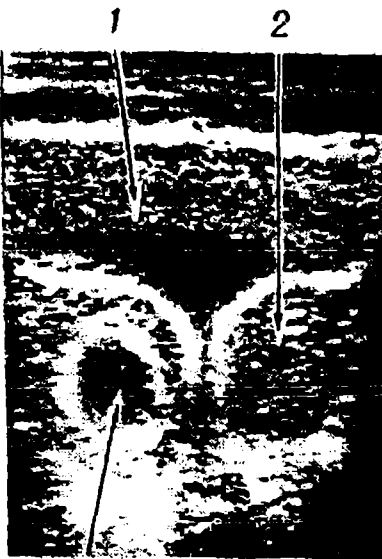
ექტოპიური ორსულობის ეტიოლოგიაში, გარკვეულ როლს ასრულებს საშვილოსნოსა და მისი დანამატების სიმსივნეები (მცირე მენჯის ორგანოების ანატომიური ცვლილება, საშვილოსნოს მილის სანათურის შევიწროება), ოპერაციული ჩარევა (განსაკუთრებით პელვიოპერიტონიტით (შეხორცებები) გართულებულ შემთხვევებში), სტრესული ვითარებები, რომელიც მილის სპაზმს იწვევს.

კლინიკა. საშვილოსნოსგარე ორსულობას იწვევს ორსულობის განვითარებისთვის მილში არსებული არახელსაყრელი პირობები.

საშვილოსნოს ორსულობის დროს განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი ტროფობლასტის საშუალებით არღვევს დეციდუალურ გარსს და ეფლობა მასში. საშვილოსნოს მილის ლორწოვანი გარსი, თითქმის, არ განიცდის დეციდუალურ გარდაქმნებს, ამიტომ ტროფობლასტის ბუსუსები გაივლის რა ლორწოვან გარსს, ჩაიზრდება კუნთოვან გარსში და არღვევს მის მთლიანობას. საშვილოსნოს მილის ლორწოვანი გარსის უმნიშვნელოდ გამოხატული დეციდუალური ცვლილებები განაპირობებს ტროფობლასტის ჩაზრდის ხელშემშლელი ანტიპროტეოლიზური ფერმენტის მცირე რაოდენობით გამომუშავებას. ყოველივე ეს მილის ორსულობის შედეგს განსაზღვრავს, რომელიც იშვიათად აღწევს დიდ ვადას და, ძირითადად, 5-6 კვირაში წყდება.

განასხვავებენ საშვილოსნოს მილის პროგრესირებად და შეწყვეტილ ორსულობას. ორსულობა შეიძლება დასრულდეს მილის აბორტით ან მილის გასკდომით. აღწერილია საშვილოსნოსგარე ორსულობის ბოლომდე მიტანისა და ცოცხალი ბავშვის ოპერაციული გზით ამოყვანის იშვიათი შემთხვევები (უფრო ხშირად ეს მუცლის ღრუს ორსულობას ეკუთვნის).

პროგრესირებადი საშვილოსნოსგარე ორსულობა. საშვილოსნოსგარე ორსულობისას, ქალის ორგანიზმში საშვილოსნოს ორსულობის მსგავსი ცვლილებები ვითარდება: მენსტრუაციის შეკავება, სარძევე ჯირკვლების გამკვრივება, ხსენის გაჩენა, გულისრევის შეგრძნება, გემოს გაუკუღმართება. აღინიშნება საშოს შესავლის, ლორწოვანი გარსისა და საშვილოსნოს ყელის ციანოზი. საშვილოსნო ზომაში მატულობს და რბილდება. საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი დეციდუალურ გარსად გარდაიქმნება. საკვერცხეში ყალიბდება ორსულობის ყვითელი სხეული. იმუნოლოგიური რეაქცია ორსულობაზე დადებითია. პროგრესირებადი საშვილოსნოსგარე ორსულობის დიაგნოსტიკა საწყის პერიოდში ძალზე რთულია. მაგრამ არსებობს ნიშნები, რომლებიც უფრო დამახასიათებელია საშვილოსნოსგარე ორსულობისათვის, ვიდრე საშვილოსნოს ორსულობისათვის. საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს საშვილოსნოს ზომაში მატება, ძირითადად, არ შეესაბამება ორსულობის სავარაუდო ვადას. საშვილოსნოს დანამატების არეში, ცალ მხარეს, პალპაციით ისინჯება სიმსივნის მსგავსი ცომისებური კონსისტენციის მტკივნეული წარმონაქმნი. ქორიონული გონადოტროპინის შემცველობა ოდნავ უფრო დაბალია, ვიდრე იმავე ვადის საშვილოსნოს ორსულობის დროს.



სურ. 135. ექოგრაფა პროგრესირებადი მალის ორსულობის დროს საშვილოსნოს შიომით დაავადებულში.

1) მიომა; 2) საშვილოსნო; 3) სანაყოფე კვერცხი.

დინამიკაში დაკვირვებისა და განმეორებითი გინეკოლოგიური გამოკვლევების (3-4 დღეში ერთხელ მაინც) დროს, საშვილოსნოს დანამატების არეში აღინიშნება ამ წარმონაქმნის ზომაში მომატება საშვილოსნოს ზომებში ჩამორჩენის ფონზე. ზოგჯერ მუცლის ქვემოთ შეიგრძნება შეტევითი ხასიათის ტკივილი. შეიძლება აღინიშნოს სუბფებრილური ტემპერატურა და ელდსის უმნიშვნელო მომატება. დიაგნოზის დასმას ხელს უწყობს ანამნეზის მონაცემები (მენსტრუაციის გვიანი დაწყება, მათი არარეგულარობა, ხანგრძლივი უშვილობა, შიგნითა სასქესო ორგანოების აღრე გადატანილი ანთებითი პროცესები, გართულებული აბორტები და მშობიარობები).

პროგრესირებად საშვილოსნოსგარე ორსულობაზე საექვო პაციენტის დინამიკური მეთვალყურეობა ხდება მხოლოდ სტაციონარში, რომელსაც აქვს ოცდაათხსაათიანი მოქმედი საოპერაციო, რადგან ამ ორსულობის შეწყვეტა ხდება უეცრად და თან ახლავს სისხლდენა მუცლის ღრუში.

პროგრესირებადი საშვილოსნოსგარე ორსულობის განსხვავება საჭიროა საშვილოსნოს დანამატების ანთებითი პროცესებისაგან. პაციენტი სტაციონარში საბოლოო დიაგნოზის დადგენამდე უნდა იმყოფებოდეს. ქორიონულ გონადოტროპინზე უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში რეაქცია რამდენჯერმე უნდა განმეორდეს. ულტრაბგერითი სკანირების საშუალებით შესაძლებელია საშვილოსნოს მილში სანაყოფე კვერცხის დანახვა (სურ. 135). სადიფერენციო-დიაგნოსტიკურ ცდად შეიძლება გამოყენებული იქნას ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა: ანთებითი პროცესის შემთხვევაში იგი უფრო ხშირად დადებით შედეგს იძლევა, ხოლო საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს უშედეგოა. პროგრესირებადი საშვილოსნოსგარე ორსულობისა და საშვილოსნოს დანამატების ანთების დიფერენციული დიაგნოსტიკისათვის, სადღელამისო ოცდაათხსაათიანი საოპერაციო ბლოკის მქონე სტაციონარის პირობებში შეიძლება გამოყენებულ იქნას პროგესტერონის სინჯი. 3-5 დღის განმავლობაში პროგესტერონი (1 მლ 1%-იანი ხსნარი) ყოველდღიურად შეყავთ კუნთებში. სინჯი დადებითად ითვლება, როდესაც პროგესტერონის შეყვანის პროცესში საშვილოსნოსგარე ორსულობის კლინიკური ნიშნები უფრო გამოხატული ხდება. ზოგჯერ, დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით აწარმოებენ რეოგრაფიულ გამოკვლევას. სისხლის მიმოქცევა და სისხლძარღვების ფუნქციური მდგომარეობა ანთებისა და საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს ერთმანეთისაგან განსხვავებულია. თუ ანთების დროს აღინიშნება ინტენსიური სისხლსავსეობა და ვენური სისხლის დინების შედარებით მაღალი სიჩქარე (სისხლძარღვთა დაქვეითებული ტონუსის ფონზე), საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს სისხლსავსეობის ინტენსივობა კლებულობს სისხლძარღვთა მომატებული ტონუსის ფონზე. რთული შემთხვევების

დროს უნდა მივმართოთ გამოკვლევის ენდოსკოპიურ მეთოდს — კულდო- ან ლაპაროსკოპიას.

საშვილოსნოს მილის გასკდომა. საშვილოსნოს მილის ისთმურ ნაწილში ლოკალიზებული ორსულობა, ძირითადად, იწვევს მილის გასკდომას, მუცლის ღრუში მასიურ სისხლდენას, შოკს. სწორედ ეს განაპირობებს ამ დაავადების მწვავე კლინიკურ სურათს.

კლინიკური სურათი. ზოგჯერ, ფიზიკური დატვირთვის ან დეფეკაციის დროს, პაციენტს უეცრად ეწყება ტკივილის მწვავე შეტევა მუცლის ქვემოთ, რომელიც გადაეცემა სწორ ნაწლავში, ასხამს ცივი ოფლი, ფითრდება, მცირე ხნით კარგავს გონებას, აღენიშნება არტერიული წნევის დაქვეითება. პულსი სუსტი და ხშირი ხდება. ფრენიკუს სიმპტომი დადებითია, თუ მუცლის ღრუში არის სულ მცირე 500 მლ სისხლი, ჩნდება პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები. პაციენტის ასეთი მდგომარეობა შეიძლება დაკავშირებული იყოს, როგორც სისხლის დაკარგვასთან, ასევე ტკივილით გამოწვეულ შოკთან.

მუცლის გვერდით ნაწილებში აღინიშნება პერკუსიული ხმიანობის მოყრუება (თავისუფალი სისხლი მუცლის ღრუში). მუცელი ზომიერად შებერილია, აღინიშნება მუცლის წინა კედლის კუნთების მცირე დაჭიმულობა და ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილებში, ძირითადად მილის გასკდომის მხარეს. გინეკოლოგიური გამოკვლევის დროს (ძალზე ფრთხილად უნდა ჩატარდეს განმეორებითი ტკივილისმიერი შოკის, სისხლდენისა და კოლაფსის თავიდან აცილების მიზნით), ძირითადად, ისინჯება 6-8 კვირის ორსულობის ზომამდე გადიდებული საშვილოსნო, მისი პალპაცია და ყელის მოძრაობა (მაღლა აწევა ან გვერდზე გადახრა) ძალზე მტკივნეულია. საშოს გვერდითი თალიდან საშვილოსნოს დანამატების საპროექციო არეში აღინიშნება ცომისებრი კონსისტენციის სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნი მკვეთრი კონტურების გარეშე. საშოს უკანა თალი გადასწორებულია ან გამოდრეკილია საშოში. საშოსმხრივი გამოკვლევის დროს, უკანა თალის პალპაცია მკვეთრად მტკივნეულია. ტკივილის შეტევის დამთავრებისთანავე საშვილოსნოს ყელიდან ჩნდება უმნიშვნელო მუქსისხლიანი გამონადენი (იგი შეიძლება აღინიშნოს პირველ საათებში). ტკივილის შეტევიდან რამდენიმე საათში საშვილოსნოს სცილდება დეციდუალური ქსოვილი, რომელიც საშვილოსნოს ღრუს თითქმის სრულ ასლს წარმოადგენს. პაციენტის მდგომარეობა გარკვეული ხნით შეიძლება სტაბილური გახდეს და გაუმჯობესდეს კიდევ, მაგრამ მუცლის ღრუში სისხლდენის მატებასთან ერთად ვითარდება კოლაფსისა და შოკის მძიმე სურათი. პაციენტის მდგომარეობის სიმძიმე, ძირითადად, დამოკიდებულია სისხლის დანაკარგის რაოდენობაზე, მაგრამ ამავე დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს პაციენტის ადაპტაციის უნარს სისხლის დაკარგვის მიმართ. კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევების მონაცემები შეიძლება არ შეესაბამებოდეს პაციენტის ზოგად მდგომარეობას: ჰემოგლობინის დაბალი შემცველობისა და ერითროციტების მცირე რაოდენობის ფონზე პაციენტი შეიძლება თავს დამაკმაყოფილებლად გრძნობდეს.

ინფორმაციულ-დიაგნოსტიკურ ტესტს წარმოადგენს საშოს უკანა თალის პუნქცია, რომლის საშუალებით შეიძლება დადასტურდეს მუცლის ღრუში თავისუფალი სისხლის არსებობა. პუნქცია მიზანშეწონილია შეწყვეტილი საშვილოსნოსგარე ორსულობის მხოლოდ გართულებული დიაგნოსტიკის

შემთხვევაში. პუნქციით მიღებული სისხლი მუქი ფერისაა, შეიცავს სისხლის რბილ კოაგულტებს და არ დედდება, ამით იგი განსხვავდება სისხლძარღვებისგან მიღებული სისხლისაგან (სისხლი ალისფერია და მალე დედდება). თუ პუნქციის შედეგად სისხლი არ იქნა მიღებული, ეს ჯერ კიდევ არ უარყოფს საშვილოსნოსგარე ორსულობის დიაგნოზს, რადგან შეიძლება პუნქცია სწორად არ იყოს ჩატარებული ან მცირე მენჯში არსებული შეხორცებების გამო საშვილოსნოს უკან, დუგლასის ფოსოში სისხლი ვერ გადავიდა.

მილის აბორტი. საშვილოსნოსგარე ორსულობის შეწყვეტა მილის აბორტის სახით, გაცილებით უფრო ხშირად გვხვდება ვიდრე მილის გასკდომი.

მილის აბორტის (ისევე, როგორც მილის გასკდომის) კლინიკა ზოგადად ორსულობის სუბიექტური და ობიექტური ნიშნებისა და შეწყვეტილი საშვილოსნოსგარე ორსულობის სიმპტომებისაგან შედგება. ძირითადად, მენსტრუაციის მცირე ხნით დაგვიანების შემდეგ, მუცლის ქვემოთ, შეტევითი ხასიათის, პერიოდულად განმეორებადი ტკივილი ვითარდება, რომელიც უფრო ხშირად ცალმხრივია. სასქესო გზებიდან გარკვეული დროის შემდეგ ჩნდება მცირე, მუქსისხლიანი გამონადენი, რომელიც განპირობებულია დეციდუალური გარსის მოცილებით. მილის აბორტი, ძირითადად, ხანგრძლივად მიმდინარეობს, ხშირად მწვავე კლინიკური გამოვლინებების გარეშე. დაავადების დასაწყისში სისხლი (სანაყოფე კვერცხის აცლის შემდეგ) საშვილოსნოს მილიდან მუცლის ღრუში მცირე რაოდენობით ხვდება, რაც პერიტონეუმის გაღიზიანების მკვეთრ სიმპტომებსა და ანემიას არ იწვევს, თუმცა პულსისა და არტერიული წნევის ლაბილობა (განსაკუთრებით სხეულის მდებარეობის შეცვლის დროს) საკმაოდ დამახასიათებელი ნიშანია. მილის აბორტის შემდგომ კლინიკას მუცლის ღრუში განმეორებითი სისხლჩაქცევები და საშვილოსნოს უკანა ჰემატომის ჩამოყალიბება განაპირობებს, რის გამოც ვითარდება ანემია (კანის სიფერმკრთალე, ხელისა და ფეხისგულების სიყვითლე, სისუსტე) და ჩნდება პერიტონეუმის გაღიზიანების სიმპტომები.

დიაგნოსტიკა. მილის აბორტის ამოცნობა ანამნეზისა და დაავადების კლინიკური გამოვლინებების გულდასმით ანალიზს საჭიროებს. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება დინამიკაში კლინიკური სიმპტომების შეფასებას. დამხმარე როლს თამაშობს ორსულობაზე დადებითი იმუნოლოგიური რეაქცია. მილის გასკდომის სიმპტომატიკა საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს საკმაოდ თავისებურია. მაგრამ ანალოგიური პოსტპემორაგიული და პერიტონეული შოკის მიზეზი შეიძლება სხვა დაავადებებიც იყოს (საკვერცხის აპოპლექსია, მწვავე აპენდიციტი და სხვ.). აღნიშნულ დაავადებასა და მილის აბორტს შორის დამახასიათებელი განსხვავებაა ორსულობის ნიშნების არარსებობა. საკვერცხის აპოპლექსია უფრო ხშირად მენსტრუალური ციკლის შუა პერიოდში ხდება. მუცლის ღრუში სისხლჩაქცევის ნიშნების არსებობის გამო საკვერცხის აპოპლექსიის, ისევე, როგორც მილის გასკდომის შემთხვევაში აუცილებელია სასწრაფო ოპერაციული ჩარევა. მწვავე აპენდიციტის დროს პერიტონეუმის გაღიზიანების სიმპტომები უფრო მკვეთრად გამოხატულია, აღინიშნება მაღალი ტემპერატურა, მაღალი ლეიკოციტოზი, ლეიკოციტური ფორმულის მარცხნივ გადახრა, ედს-ის მომატება (დინამიკაში ეს მაჩვენებლები მატულობს). საშვილოსნოს მილის გასკდომის დროს მწვავე ტკივილის ინტენსივობა თანდათან კლებულობს, მწვავე

აპენდიციტის დროს კი ტკივილი ძლიერდება და ეპიგასტრიუმის მიდამოდან მარჯვენა თემოს ფოსოში გადაადგილდება. მწვავე აპენდიციტის დროს მუცლის წინა კედლის პალპაცია მტკივნეულია ჭიანჭლის საპროექციო მიდამოში და თან ახლავს მუცლის წინა კედლის კუნთების ძლიერი დაჭიმულობა. მილის გასკდომის დროს მუცლის პალპაცია ნაკლებად მტკივნეულია, მუცლის წინა კედლის კუნთების დაჭიმულობაც მცირედ გამოხატულია. მწვავე აპენდიციტის დროს ჰემოგლობინის კონცენტრაცია სისხლში არ ქვეითდება, ხოლო დარღვეული საშვილოსნოსგარე ორსულობის შემთხვევაში ეს მაჩვენებელი კლებულობს. დაბოლოს, მწვავე აპენდიციტის დროს, თითქმის ყოველთვის აღინიშნება დამახასიათებელი აპენდიკულური სიმპტომები, რომლებიც საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს არ აღინიშნება. დიაგნოზის დასაზუსტებლად წარმოებს გინეკოლოგიური გამოკვლევა, რომელიც ანაზნეხსა და გამოკვლევის დამატებით მეთოდებთან ერთად (უკანა თალის პუნქცია) გვენმარება სწორი დიაგნოზის დასმაში.

მილის აბორტი, შეწყვეტილი საშვილოსნოსგარე ორსულობა კლინიკური სიმპტომებით (სისხლიანი გამონადენი საშვილოსნოდან, პერიოდული შეტევითი ტკივილი მუცლის ქვემოთ, საშვილოსნოს გადიდება და დარბილება და სხვ.) ძალიან ჰგავს მცირე ვადის შეწყვეტილ საშვილოსნოს ორსულობას. დიფერენციული დიაგნოსტიკა ემყარება ანალიზის მონაცემებს, დაავადების კლინიკურ სურათსა და გამოკვლევის დამატებით მეთოდებს.

მე-7 და მე-8 ცხრილში განხილულია მილის აბორტის, მწვავე აპენდიციტისა და საშვილოსნოს დანამატების ანთების ძირითადი სადიფერენციაციო-დიაგნოსტიკური ნიშნები.

რთულ შემთხვევებში წარმოებს საშვილოსნოს ღრუს დიაგნოსტიკური გამოფხეკა შემდგომი ჰისტოლოგიური გამოკვლევით. საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს, გამონაფხეკში ჰისტოლოგიურად ვლინდება დეციდუალური ქსოვილი ქორიონის ბუსუსების გარეშე, საშვილოსნოს ორსულობის შეწყვეტის დროს — სანაყოფო კვერცხის ნარჩენები ან ნაწილები, ქორიონის ელემენტები. აუცილებელია საშვილოსნოდან თავისთავად გამოძევებული ქსოვილის ნაწილების ჰისტოლოგიური გამოკვლევა. საშვილოსნოს ღრუს კედლების გამოფხეკის შემდეგ აბორტის დამახასიათებელი კლინიკური გამოვლინებები ქრება, საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს კი — იცვლება ან მატულობს.

უკანა თალის პუნქცია მისი გადასწორების ან გამოდრეკისას საშუალებას გვაძლევს, მილის აბორტის დროს მივიღოთ მუქი ფერის სისხლი წვრილი კოლტებით. პუნქციით მიღებული მუქი სისხლი სისხლძარღვებიდან მიღებული ალისფერი სისხლისაგან განსხვავებით არ დედდება. მისთვის დამახასიათებელია „არეოლის“ სიმპტომი, რომელიც სისხლძარღვიდან მიღებული სისხლის დროს აღინიშნება: სისხლის ლაქას ირგვლივ არის ნათელი რგოლი, საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს კი — ლაქა მუქი ჰომოგენურია.

დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში გვენმარება რეოგრაფიაც, რადგან მილის აბორტისა და საშვილოსნოსშიდა ორსულობის შეწყვეტის საფრთხის დროს შინაგანი ორგანოების სისხლის მიმოქცევაში აღინიშნება ცვლილებები.

დიაგნოსტიკაში გვენმარება კულდოსკოპია (ლაპაროსკოპია), რომელიც საშუალებას გვაძლევს ვიზუალურად შევაფასოთ საშვილოსნოს მილების

ცხრილი 7. მილის აბორტისა და საშვილოსნოს არასრული აბორტის სადიფერენციაციო-დიაგნოსტიკური ნიშნები.

მილის აბორტი	საშვილოსნოს არასრული აბორტი
უფრო ხშირად ხდება ორსულობის მე-3-5 კვირას	უფრო ხშირად აღინიშნება ორსულობის მე-6-10 კვირას
ტკივილი იწყება უეცრად და მწვავე შეტევის სახე აქვს, რომელსაც თან სდევს გონების დაკარგვა, კოლაფსი, ღებინება, შოკი	ტკივილები თანდათან მატულობს და აქვთ შეტევითი ხასიათი, მეორდება დროის გარკვეულ მონაკვეთში; ლოკალიზდება ბოქვენის ზემოთ
ფრენიკუს სიმპტომი ძირითადად აღინიშნება	ფრენიკუს სიმპტომი არ აღინიშნება
პერიტონეუმის გაღიზიანების მოვლენები აღინიშნება	პერიტონეუმის გაღიზიანების მოვლენები არ აღინიშნება
მუცლის წინა კედელი მცირედ დაჰქიმულია	მუცლის წინა კედლის კუნთები დაჰქიმული არ არის
საშოსმხრივი გამოკვლევა მკვეთრად მტკივნეულია	საშოსმხრივი გამოკვლევა თითქმის უმტკივნეულოა
საშვილოსნოს ზომები (ბოლო მენსტრუაციის მონაცემებით) არ შეესაბამება ორსულობის ვადას, ყელის არხი დახურულია	საშვილოსნოს ზომები ხშირად შეესაბამება ორსულობის ვადას, ყელის არხი ოდნავ ღიაა
ისინჯება ზომაში გადიდებული მილი	საშვილოსნოს დანამატები გადიდებული არ არის
ხშირად ისინჯება პერიტუბერული კემატომა, კომისებრი კონსისტენციით, პალპაციით მტკივნეული	ზოგჯერ ისინჯება გამსხვილებული, მტკივნეული საშვილოსნოს დანამატები (ანთებითი პროცესის დროს)
საშვილოსნოდან გამონადენი სისხლიანია, ზომიერი. სისხლი ძირითადად მუჭი ფერისაა	ძირითადად არის უხვი სისხლდენა, სისხლი ღია წითელი ფერისაა, კოაგულებით
უკანა თალის პუნქციის დროს ხერხდება თავისუფალი სისხლის აღმოჩენა მუცლის ღრუში	თავისუფალი სისხლი მუცლის ღრუში არ არის
საშვილოსნოს შემკუმშავების შეყვანა აძლიერებს შინაგან სისხლდენასა და ტკივილს	შემკუმშავი ნივთიერებების შეყვანა ამცირებს გარეგან სისხლდენას
ენდომეტრიუმის ჩამონაფხეკში არის დეციდუალური ცვლილებები, ქორიონის ბუსუსები არ აღინიშნება	ჩამონაფხეკში ნახულობენ ენდომეტრიუმს დეციდუალური ცვლილებებით, ქორიონის ბუსუსებს
პელვიოსკოპიით ნახულობენ მილის გამონატულ იისფერ შემსხვილებას	პელვიოსკოპიით ნახულობენ ნორმალურ საშვილოსნოს დანამატებს

მდგომარეობა. საშვილოსნოსგარე ორსულობის შეწყვეტა მილის აბორტის ტიპით, დიფერენცირებას საჭიროებს მწვავე აპენდიციტთან, საკვერცხის აპოპლექსიასთან, საშვილოსნოს დანამატების ანთების გამწვავებასთან. უმთავრესი სადიფერენციაციო-დიაგნოსტიკური ნიშნები, რომლებიც ხელს უწყობს სწორი დიაგნოზის დასმას, განხილულია მე-7-9 ცხრილებში.

მკურნალობა. დადასტურებული საშვილოსნოსგარე ორსულობა (პროგრესირებადი ან შეწყვეტილი) საჭიროებს სასწრაფო ოპერაციულ მკურნალობას.

ცხრილი 8. მილის აბორტისა და საშვილოსნოს დანამატების მწვავე ანთების სადიფერენციაციო-დიაგნოსტიკური ნიშნები

მილის აბორტი	საშვილოსნოს დანამატების ანთება
მენსტრუაციის შეფერხება 3-5 კვირით	მენსტრუაციის შეფერხება ძირითადად არ აღინიშნება
აღინიშნება ორსულობის სუბიექტური ნიშნები	ორსულობის ნიშნები არ აღინიშნება
სხეულის ტემპერატურა ძირითადად ნორმალურია	სხეულის ტემპერატურა შეიძლება მომატებული იყოს
ტკივილი მწვავედ იწყება, შეტვეითი ხასიათისაა, თან ახლავს გონების დაკარგვა	ტკივილები თანდათან ვითარდება. აქვს მუდმივი ხასიათი. გონების დაკარგვა არ არის
ფრენიკუს სიმპტომი დადებითია	ფრენიკუს სიმპტომი უარყოფითია
მუცელი ოდნავ შებერილი და დაჭიმულია. აღინიშნება მტკივნეულობა ღრმა პალპაციის დროს საშვილოსნოსგარე ორსულობის მხარეს	მუცელი დაჭიმული. პალპაციით მუცლის ქვემოთ, ძირითადად, ორივე მხარეს აღინიშნება მტკივნეულობა
საშვილოსნო ოდნავ მომატებულია ზომაში	ნორმალური ზომის საშვილოსნო
საშვილოსნოს გადაადგილება ზომიერად მტკივნეულია	საშვილოსნოს გადაადგილება მკვეთრად მტკივნეულია
აღინიშნება საშვილოსნოს მილის ცომისებრი კონსისტენციის გადიდება	აღინიშნება საშვილოსნოს დანამატების უფრო ხშირად ორმხრივი გადიდება
აღინიშნება მუქი-სისხლიანი გამონადენი	სისხლიანი გამონადენი ძირითადად არ აღინიშნება
უკანა თაღის პუნქციის დროს მიიღება თავისუფალი სისხლი	უკანა თაღის პუნქციის დროს შესაძლებელია მკირე რაოდენობის სეროზული სითხის მიღება
იმუნოლოგიური რეაქციები ორსულობაზე დადებითია	იმუნოლოგიური რეაქციები ორსულობაზე უარყოფითია
სისხლში აღინიშნება ზომიერი ლეიკოციტოზი, ელს-ის მკირედ მომატება	სისხლში არის გამოხატული ლეიკოციტოზი, ელს-ის მნიშვნელოვანი მომატება
ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა უშედეგოა	ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა შედეგიანია
ზოგადი ინტოქსიკაციის ნიშნები არ აღინიშნება	აღინიშნება ზოგადი ინტოქსიკაციის ნიშნები

ძირითადად, აწარმოებენ პათოლოგიურად შეცვლილი საშვილოსნოს მილის ამოკვეთას. ზოგიერთ შემთხვევაში აკეთებენ მილის პლასტიკურ ოპერაციას (სანაყოფე ბუშტის მილის ამპულურ ნაწილში მდებარეობის, პაციენტის ახალგაზრდა ასაკის, მილის განმეორებითი ორსულობის, უშვილობის დროს). პლასტიკური ოპერაცია ექიმის მაღალ ქირურგიულ ტექნიკას მოითხოვს.

შეწყვეტილი საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს, ოპერაცია უნდა გაკეთდეს დიაგნოზის დასმიდან 30-40 წუთის განმავლობაში. ამ დროიდანვე უნდა დაიწყოს სისხლის ან სისხლის შემცვლელების გადასხმა. სისხლის სასწრაფო გადასხმა აუცილებელია, რადგან საშვილოსნოსგარე ორსულობის მქონე პაციენტებს ხშირად უვითარდებათ სისხლის დაკარგვით განპირობებული ჰიპოვოლემიური შოკი.

ცხრილი 9. მილის აბორტისა და მწვავე აპენდიციტის სადიფერენციაციო-დიაგნოსტიკური ნიშნები

მილის აბორტი	მწვავე აპენდიციტი
აღინიშნება ორსულობის ნიშნები (მენსტრუაციის 3-4 კვირით შეფერხება, სუბიექტური ცვლილებები და სხვ.)	ორსულობის ნიშნები არ არის
აღინიშნება შეტევითი ტკივილები მუცლის ქვემოთ, თავბრუსა და გონების დაკარგვის თანხლებით	ტკივილები აღინიშნება ეპიგასტრიუმში, მარჯვენა თემოს ფოსოში შემდგომი გადაადგილებით. ტკივილები თანდათან ძლიერდება, თან ახლავს გულისრევის შეგრძნება, ღებინება
სხეულის ტემპერატურა ძირითადად ნორმალურია	სხეულის ტემპერატურა მომატებულია
ფრენიკუს სიმპტომი ხშირად კარგად გამოხატულია	ფრენიკუს სიმპტომი არ აღინიშნება
მუცლის წინა კედლის დაჭიმულობა ზომიერია ორივე მხარეს	მუცლის სწორი კუნთების გამოხატული დაჭიმულობა (მარჯვნივ)
შოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი უარყოფითია	შოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი დადებითია
საშოსმხრივი გასინჯვა მტკივნეულია	საშოსმხრივი გასინჯვა უმტკივნეულოა
საშვილოსნო ოდნავ გადიდებულია და დარბილებული. თაღები ცომისებრი კონსისტენციისაა	საშვილოსნო ნორმალური ზომისაა, თაღები თავისუფალი
ისინჯება გადიდებული საშვილოსნოს მილი	საშვილოსნოს დანამატები გადიდებული არ არის
სასქესო გზებიდან აღინიშნება მუქი სისხლიანი გამონადენი	სისხლიანი გამონადენი არ აღინიშნება
შეიძლება აღინიშნებოდეს დეციდუალური გარსის გამოდევნა	დეციდუალური გარსი არ გამოიძევნება
უკანა თაღის პუნქციით შეიძლება მიღებულ იქნას თავისუფალი, მუქი ფერის სისხლი პატარა კოლტებით. სისხლი არ დედდება	უკანა თაღის პუნქციით შეიძლება მიღებულ იქნას სეროზული სითხე
სისხლში აღინიშნება ზომიერი ლეიკოციტოზი	სისხლში გამოხატული ლეიკოციტოზია
იმუნოლოგიური რეაქციები ორსულობაზე დადებითია	იმუნოლოგიური რეაქციები ორსულობაზე უარყოფითია
პელვიოსკოპით შეიძლება ინახოს საშვილოსნოს მილის იისფერი გამსხვილება და თავისუფალი მუქი-სისხლი მუცლის ღრუში	პელვიოსკოპით ჩანს საშვილოსნოს უცვლელი დანამატები. სისხლი მუცლის ღრუში არ აღინიშნება

სისხლის დანაკარგის შევსება აუცილებელია ორგანიზმში ჰიპოვოლემიური და ჰემოდინამიკური ძვრების გათვალისწინებით, რაც პაციენტის სწრაფ რეაბილიტაციას უწყობს ხელს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სისხლის დანაკარგის შევსება ისეთ შემთხვევებში, როდესაც საშვილოსნოსგარე ორსულობის შეწყვეტას თან ახლავს კოლაფსის მოვლენები. ასეთ პაციენტებს ოპერაციიდან

3-4 დღის შემდეგაც აქვთ გამოხატული ჰიპოვოლემია, რის გამოც აუცილებელია განმეორებითი ჰემოტრანსფუზია.

ოპერაციის დროს მიზანშეწონილია ავტოსისხლის რეინფუზია (მუცლის ღრუდან ამოღებული საკუთარი სისხლის გადასხმა). ამ მიზნით შეიძლება გამოვიყენოთ სისხლი, რომელიც მუცლის ღრუში იმყოფებოდა 5 საათზე ნაკლები დროის განმავლობაში.

რეინფუზიის ტექნიკა: მუცლის ღრუდან სისხლის ამოღების და მისი შემდგომი გადასხმისათვის აუცილებელია სტერილური, ფართოყელიანი 1 ლიტრიანი ქილა, ძაბრი, უჟანგავი ფოლადის ჩაშა და სისხლის გადასხმის სისტემა. ყველა ზემო-ჩამოთვლილი ნივთი ინახება საოპერაციოში.

ოპერაციის წინ (ასეპტიკის წესების აუცილებელი დაცვით) ქილაში ასხამენ 200-300 მლ ოთახის ტემპერატურის (18-20°C) სტერილურ ფიზიოლოგიურ ხსნარს. ამავე ხსნარში ასველებენ 8 ფენად დაკეცილ სტერილურ დოლბანდს. სისხლს იღებენ მუცლის ღრუდან ჯაფრის საშუალებით და ასხამენ ფიზიოლოგიურ ხსნართან ქილაში, ამავე დროს მას ფილტრავენ 8 ფენად დაკეცილ დოლბანდში. არ შეიძლება სისხლის კოაგულაციის დაშლა, რადგან ეს თრომბოპლასტიური სუბსტანციების გამოთავისუფლებას იწვევს.

ოპერაციის დაწყებამდე პაციენტის მდგომარეობის სიმძიმის გათვალისწინებით ვენაში ასხამენ სისხლის შემცველებს. მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ იღებენ სისხლის პირველ ულუფას, შემდეგ ნახულობენ სისხლდენის წყაროს და მისი შეჩერების შემდეგ წმენდენ მუცელს დარჩენილი სისხლისაგან. მუცლის ღრუში ჩადვრილი სისხლი მაქსიმალურად უნდა ამოიწმინდოს შეხორცებითი პროცესის პროფილაქტიკის მიზნით.

მუცლის ღრუდან ამოღებული სისხლის გამოყენების დროს (მისი ფიზიოლოგიური ხსნარით გაზავების გარდა) მიზანშეწონილია სისხლთან ერთად 2500 ერთ. ჰეპარინის შეყვანა, რაც ხელს უწყობს სისხლის კოაგულაციური თვისებების დაქვეითებასა და შედეგების პროცესის მოწესრიგებას.

უნდა გვახსოვდეს, რომ მუცლის ღრუდან მიღებული სისხლი აძლიერებს ფიბრინოლიზური სისტემის აქტივობას ოპერაციის შემდგომ პირველ საათებში. ამიტომ რეინფუზიის შემდეგ (განსაკუთრებით 500 მლ-ზე მეტი სისხლის გადასხმის დროს) ოპერაციის შემდგომ ადრეულ პერიოდში აუცილებელია გულ-დასმით დაკვირვება პაციენტის მდგომარეობასა და კოაგულოგრამის მაჩვენებლებზე.

ტუბექტომიის ოპერაცია აღწერილია ოცდამესამე თავში.

აღდგენითი მკურნალობა საშვილოსნოსგარე ორსულობის ოპერაციის შემდეგ. ქალების 40-50%-ს, რომლებმაც გადაიტანეს ოპერაცია მილის ორსულობის გამო, შემდგომში უნაყოფობა ან განმეორებითი ექტოპიური ორსულობა უვითარდებათ, რასაც მეორე მილში მიმდინარე ანთებითი პროცესი განაპირობებს. ამიტომ ოპერაციის შემდეგ წარმოებული სარეაბილიტაციო ღონისძიებები პათოგენეზურად არის განპირობებული.

ოპერაციის შემდეგ (ჩვეულებრივი მკურნალობის გარდა, რომელიც ოპერაციის შემდგომ ადრეულ პერიოდში ხორციელდება) პაციენტს უნდა დაენიშნოს ოპერაციის ადგილზე შეხორცებების განვითარების საწინააღმდეგოდ და საშვილოსნოს მიღების ფუნქციური აქტივობის აღდგენისაკენ მიმართული სამკურნალო ღონისძიებების კომპლექსი.

ოპერაციიდან მე-4-5 დღის შემდეგ აწარმოებენ სამკურნალო ჰიდროტუბაციას (ნოვოკაინის 25%-იანი ხსნარი, ჰიდროკორტიზონი, პროტეოლიზური ფერმენტები). ჰიდროტუბაციას ახორციელებენ ყოველდღიურად, 15 პროცედურა კურსზე. ძირითადად, მას ულტრაბგერასთან კომბინაციაში აკეთებენ. ამოკვეთილი მილის მორფოლოგიური გამოკვლევის მონაცემების მიღების შემდეგ ზუსტდება ანთებითი პროცესის ეტიოლოგია და ინიშნება სათანადო მკურნალობა.

ოპერაციიდან 2 თვის შემდეგ ინიშნება ინდუქტოთერმია, ბიოსტიმულატორები, პროტეოლიზური ფერმენტები, განმეორებით კეთდება ჰიდროტუბაციის კურსი.

3-4 თვის შემდეგ იმეორებენ მკურნალობის ანალოგიურ კურსს, რის შემდეგაც უნდა განხორციელდეს ტალახით ან ოზოკერიტით მკურნალობა. ამგვარი თერაპია, რომელიც 6 თვის მანძილზე წარმოებს, პაციენტთა უმრავლესობაში რეპროდუქციული ფუნქციის აღდგენის საშუალებას გვაძლევს.

საკვერცხის აპოპლემია

ეს პათოლოგია განპირობებულია უეცარი სისხლჩაქცევით, რასაც თან ახლავს საკვერცხის ქსოვილის მთლიანობის დარღვევა და მუცლის ღრუში სისხლჩაქცევა. მუცელშიდა სისხლჩაქცევების მიზეზებიდან საკვერცხის აპოპლექსია 0,5-2,5%-ში გვხვდება. დაავადება, ძირითადად, აღინიშნება 20-36 წლის ასაკში და დაკავშირებულია ყვითელი სხეულის ჰემატომის ან იშვიათად — ფოლიკულის ჰემატომის გასკდომასთან.

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. ჰემატომა საკვერცხეში შეიძლება გაჩნდეს საკვერცხის სისხლძარღვებისა და ქსოვილების ცვლილებების შედეგად, რასაც ხელს უწყობს ჰიპერემია, ვარიკოზულად გაგანიერებული, სკლეროზული სისხლძარღვები, ანთებითი პროცესები, საკვერცხეების წვრილი კისტოზური ცვლილებები და სხვ. საკვერცხეების აპოპლექსიის განვითარების მაპროვოცირებელ ფაქტორს წარმოადგენს ტრავმა, ფიზიკური დატვირთვა, სქესობრივი კავშირი და სხვ. ხშირად პაციენტებს საკვერცხისმიერი სისხლდენა შეიძლება მაპროვოცირებელი ფაქტორების ზემოქმედების გარეშეც განუვითარდეს.

კლინიკა. დაავადების კლინიკური სურათი განპირობებულია შინაგანი სისხლდენის ხასიათითა და თანმხლები დაავადებებით. თუ სისხლდენა დაკავშირებულია ფოლიკულის გასკდომასთან, დაავადების სიმპტომები, ძირითადად, მენსტრუალური ციკლის მე-12-16 დღეებს შორის ჩნდება. ამ დროს ხდება ოვულაცია, რომელიც სისხლდენის განვითარების უშუალო მიზეზს წარმოადგენს. ყვითელი სხეულის გასკდომის დროს სიმპტომები მენსტრუალური ციკლის ბოლო კვირაში ან თვით მენსტრუაციის დროს ჩნდება. საკვერცხის აპოპლექსიისათვის ძალზე დამახასიათებელია ტკივილები და შინაგანი სისხლდენის ნიშნები. ამა თუ იმ სიმპტომის უპირატესობის მიხედვით ერთმანეთისაგან პირობითად განასხვავებენ დაავადების ანემიურ და ტკივილით მიმდინარე ფორმებს; ამ სიმპტომების თანაბარი გამოვლენის დროს საუბრობენ საკვერცხის აპოპლექსიის შერეულ ფორმაზე.

დაავადება, ძირითადად, იწყება უეცრად, სრული ჯანმრთელობის ფონზე. მუცლის ქვემო ნაწილში ან თქოს ფოსოში ჩნდება მწვავე ტკივილი, რომელიც

— გადაეცემა ფეხში ან ანუსში. დაავადების ანემიური ფორმა ხშირად ეშლებათ მილის ორსულობაში, ხოლო ტკივილით — მიმდინარე აპენდიციტში. საბოლოო დიაგნოზი, ძირითადად, ოპერაციის დროს დგინდება. ძირითადად, საკვერცხისმიერი სისხლდენის დროს მენსტრუაციის შეფერხება, ორსულობისათვის დამახასიათებელი ნიშნები (გულისრევა, ღებინება, სარძევე ჩირკვლების გამკვრივება, ხსენის გამოყოფა და სხვ.) არ აღინიშნება. თუ სისხლდენა მუცლის ღრუში მასიურია, ვითარდება მეორადი ანემიის, კოლაფსის, შოკის სიმპტომები. კანი და ლორწოვანი გარსები ფერმკრთალდება, პულსი აჩქარებულია, არტერიული წნევა დაქვეითებული. მუცლის პალპაცია მტკივნეულია, ზოგჯერ დაზიანების მხარეზე მუცლის წინა კედელი დაჭიმულია, ვლინდება პერიტონეუმის გაღიზიანების სიმპტომები. გინეკოლოგიური გამოკვლევით, ორსულობისათვის დამახასიათებელი ნიშნები (ლორწოვანი გარსების ციანოზის არარსებობა, საშვილოსნოს ნორმალური ზომები და სხვ.) არ აღინიშნება. საშვილოსნოს დანამატების პალპაცია დაზიანების მხარეს ძალზე მტკივნეულია. თუ პაციენტებს აქვთ შინაგანი სისხლდენის ან შოკის ძლიერად გამოხატული სურათი, მაშინ დიფერენციულ დიაგნოზს საკვერცხისმიერი სისხლდენასა და საშვილოსნოსგარე ორსულობას შორის პრაქტიკული მნიშვნელობა არა აქვს, რადგან ორივე შემთხვევაში საჭიროა სასწრაფო ოპერაცია. თუ საკვერცხის აპოპლექსიის დროს სიმპტომები მწვავედ არის გამოხატული, ამ ორ დაავადებას შორის დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს. ეს გამოწვეულია იმით, რომ საშვილოსნოსგარე ორსულობა მუცელკვეთის აბსოლუტურ ჩვენებას წარმოადგენს. საკვერცხისმიერი სისხლდენის დროს, თუ სიმპტომები სუსტად არის გამოხატული, შეიძლება ხელახლა განხორციელდეს კონსერვატიული თერაპია სტაციონარის პირობებში (პაციენტის მდგომარეობაზე ყურადღებიანი დაკვირვებით). დიაგნოზის დაზუსტებაში გვენდობება ორსულობაზე იმუნოლოგიური და ბიოლოგიური რეაქციების განსაზღვრა. დადებითი რეაქცია მიუთითებს საშვილოსნოსგარე ორსულობაზე და არა საკვერცხისმიერ სისხლდენაზე.

მარჯვენა საკვერცხიდან მცირეოდენი სისხლდენა კლინიკურად შეიძლება წააგავდეს მწვავე აპენდიციტის შეტევას. აპენდიციტის დროს პალპაციით ყველაზე მტკივნეული წერტილი ისინჯება ჭიპისა და მარჯვენა თეძოს ძვლის წინა ზედა წვეტს შორის გატარებული სწორი ხაზის შუა წერტილში. საკვერცხის აპოპლექსიის დროს ყველაზე მტკივნეული ადგილი პალპაციით ამ წერტილის ქვემოთ ისინჯება. აპენდიციტის დროს ირადირებული ტკივილები, ძირითადად, ჭიპსა და ეპიგასტრიუმში ლოკალიზდება, ხოლო მწვავე საკვერცხისმიერი სისხლდენის დროს — ფეხში ან ანუსში. აპენდიციტსა და საკვერცხის სისხლდენას შორის დიფერენციული დიაგნოსტიკისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს პრომპტოვის ნიშანს: აპენდიციტის დროს სწორი ნაწლავისმხრივი გამოკვლევა ძლიერ ტკივილს იწვევს სწორ ნაწლავ-საშვილოსნოს ჩაღრმავების არეში, საშვილოსნოს გადაადგილება მტკივნეულია; აპოპლექსიის დროს სწორ ნაწლავ-საშვილოსნოს ჩაღრმავების ფუძის პალპაცია უმნიშვნელოდ მტკივნეულია, მაშინ, როცა საშვილოსნოს აწევა ძლიერ ტკივილს იწვევს. ზოგჯერ დიაგნოზის დასადგენად საჭირო ხდება ლაპაროსკოპიის გამოყენება. ასევე მნიშვნელოვანია სისხლის გამოკვლევა დინამიკაში: ლეიკოციტების რაოდენობისა და ელს-ის მომატება უფრო დამახასიათებელია აპენდიციტისათვის.

მკურნალობა. მკირე სისხლდენისა და პაციენტის დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის დროს მიმართავენ კონსერვატიულ მკურნალობას (სიმშვიდე, მუცლის ქვედა ნაწილზე ცივი საფენები). საჭიროა პაციენტზე გულდასმითი დაკვირვება სტაციონარის პირობებში. ძლიერი სისხლდენის დროს ახორციელებენ მუცელკვეთას, საკვერცხის რეზექციას ან გაკერვას.

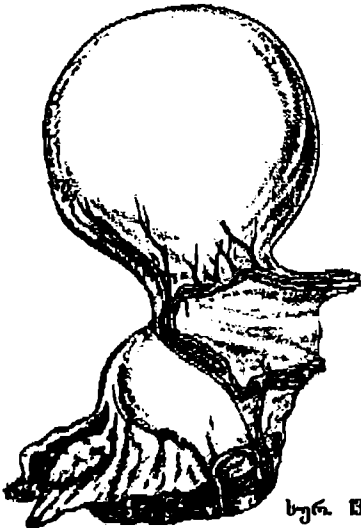
საკვერცხის სიმსივნის ფხზე შემოგრება

„საკვერცხის სიმსივნის (კისტის) ფხის“ მცნებაში იგულისხმება ის ანატომიური წარმონაქმნები, რომლებიც საკვერცხისაკენ მიემართება: საკვერცხის ჯორჯალი, საკვერცხის საკუთარი იოგი, საკვერცხის საკიდი იოგი. ყველა ეს წარმონაქმნი საკვერცხის სიმსივნის ანატომიურ ფხს ქმნის (სურ. 136). საკვერცხის სიმსივნის ფხში გადის სისხლძარღვები (საკვერცხის არტერია, თანამოსახელე ვენები, მისი ანასტომოზები საშვილოსნოს არტერიასთან), ლიმფური სადინრები და ნერვები.

ქირურგიული ფხი, რომელიც გადაგრების შედეგად ვითარდება, შეიძლება სხვა ორგანოებსაც შეიცავდეს: გაჭიმულ კვერცხსავალ მილს, ბადექონს, ნაწლავის მარყუჟებს. ყველაზე ხშირად საკვერცხის სიმსივნის შემოგრების ფხში მხოლოდ საშვილოსნოს მილი ხვდება (სურ. 137).

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. საკვერცხის სიმსივნის ფხზე შემოგრების მიზეზები ყოველთვის არ არის გარკვეული. მრავალნაშობიარებ ქალებში, რომლებსაც მოშვებული მუცლის წინა კედელი აქვთ, შემოგრება უფრო ხშირად გვხვდება. ზოგჯერ სიმსივნის ფხზე შემოგრება ვითარდება ტანის ბრუნვითი მოძრაობის უეცარი შეწყვეტის (ტანვარჯიში, სწრაფი გადაბრუნება საწოლში, ცეკვა), ფიზიკური დაძაბვის დროს.

კლინიკა. სიმსივნის ფხზე შემოგრების შემთხვევაში, უბირველეს ყოვლისა, ირღვევა სიმსივნის კვება და ამის შედეგად ვითარდება შემოგრებისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები. სიმსივნის ფხზე შემოგრება შეიძლება განვითარდეს სწრაფად ან თანდათან. იგი შეიძლება იყოს სრული (შემოგრება 360°-ზე ან მეტად) და ნაწილობრივი (360°-ზე ნაკლები). აქედან გამომდინარე კლინი-



სურ. 137. კისტის ქირურგიული ფხი (შემოგრება).



სურ. 136. კისტის ანატომიური ფხი.

კური სურათიც განსხვავებულია. თუ შემოგრება ნელა ხდება, თავიდან ირღვევა სისხლის მოძრაობა გაცილებით თხელკედლიან და იოლად დახშობად ვენებში, უფრო ელასტიკურ კედლებიანი არტერიებით კი – სისხლი კვლავ მოედინება. სიმსივნეში ვითარდება ვენური შეგუბება, იგი ზომაში მატულობს, ჩნდება სისხლჩაქცევები და შეიძლება მოხდეს სიმსივნის კაფსულის გახეთქვა და მუცლის ღრუში სისხლის ჩაქცევა. სიმსივნე თავიდან მუქი ალუბლისფერია, შემდეგ კი ყავისფერი ხდება. სიმსივნის ფეხზე უფრო ძლიერი შემოგრების დროს სისხლი არტერიებითაც აღარ მიეწოდება, სიმსივნის კვება წყდება და მასში ნეკროზული ცვლილებები ვითარდება. დროული ქირურგიული დახმარების აღმოუჩენლობის შემთხვევაში ზოგჯერ ამან შეიძლება მძიმე სეფსისური გართულებები (პერიტონიტი) გამოიწვიოს.

უფრო ხშირად შემოიგრება მოძრავი დერმოიდული კისტები, რომლებსაც გრძელი ფეხი აქვს, უფრო იშვიათად პაროვარიული კისტები, ფიბრომები და საკვერცხის კისტომები.

დიაგნოსტიკა. სიმსივნის ფეხზე მწვავე შემოგრების დროს დიაგნოსტიკა, ძირითადად, მარტივია. ანამნეზში ასეთ პაციენტებს აღენიშნებათ კისტა ან სიმსივნე. დაავადება იწყება მწვავე, შეტევითი ხასიათის, უცრად განვითარებული ტკივილით, რომელიც ირადიაციას განიცდის ფეხსა და წელის არეში. აღინიშნება გულისრევა, ღებინება, განავლისა და აირების შეკავება. პულსი აჩქარებულია, ზოგჯერ ვითარდება შოკური მდგომარეობა. სხეულის ტემპერატურა ნორმალური ან სუბფებრილურია. მუცელი შებერილია, პალპაციის დროს აღინიშნება მუცლის წინა კედლის კუნთების რიგიდობა და პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები (მწვავე მუცლის სურათი). გინეკოლოგიური გამოკვლევის დროს ისინჯება საშვილოსნოს დანამატების არეში, მკვირვ-ელასტიკური კონსისტენციის სიმსივნისმაგვარი, შეზღუდული მოძრაობისა და მკვეთრად მტკივნეული ოვალური ფორმის წარმონაქმნი. საშვილოსნო და მეორე მხარის დანამატები ძირითადად უცვლელია. ხშირად მუცლის წინა კედლის დაჭიმულობისა და მტკივნეულობის გამო სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნის განსაზღვრა ძნელია. ზოგჯერ, ასეთ შემთხვევაში საჭირო ხდება პაციენტის გასინჯვა ნარკოზის ქვეშ. თუ სიმსივნის ფეხზე შემოგრება თანდათანობით ხდება, სიმპტომები ნაკლებადაა გამოხატული, ტკივილები ლოკალიზებულია სიმსივნის არეში; სიმპტომები ხან ქრება, ხან კვლავ ჩნდება. დიფერენციული დიაგნოზი ყველაზე ხშირად უნდა გატარდეს დარღვეულ საშვილოსნოსგარე ორსულობასა და მწვავე აპენდიციტთან. გულდასმით შეკრებილი ანამნეზი, ორსულობის ნიშნები, შინაგანი სისხლდენის სურათი, სისხლიანი გამონადენი სასქესო გზებიდან, დადებითი რეაქცია ქორიონულ გონადოტროპინზე, საშოს უკანა თალის პუნქცია (სისხლის ნახვა) ხელს უწყობს სწორი დიაგნოზის დასმას. დიაგნოზი რთულდება ჭიაყელა დანამატის მენჯში მდებარეობის შემთხვევაში, ამ დროს შნიშვნელობა აქვს გინეკოლოგიური გამოკვლევის დროს მიღებულ მონაცემებს. საშვილოსნოს დანამატების მიდამოში ლოკალიზებული ცალმხრივი წარმონაქმნის განსაზღვრა და ტკივილები ბოქვენის ზედა არეში დამახასიათებელია ოვარიული წარმონაქმნის ფეხზე შემოგრებისათვის.

მკურნალობა ოპერაციულია. მუცელკვეთის შემდეგ, შემოგრებილ ფეხზე, რომელიც არ უნდა შემოტრიალდეს დათრომბილი სისხლძარღვებიდან ემბოლიის გაჩენის საშიშროების გამო, ედება დამჭერები, რომელთა შორისაც იკვეთება

ფეხი. ტაკვის პერიტონიზაცია წარმოებს განიერი იოგის ფურცლებით. სიმსივნე მოცილებისთანავე უნდა გაიკვეთოს. გლუვი შიგნითა ზედაპირი სიმსივნის კეთილთვისებიან ხასიათზე მეტყველებს. სხვადასხვა გამკვრივების, ნაზი ღვრილების, ტვინოვანი შიგთავსის არსებობის დროს საჭიროა პრეპარატის სასწრაფო ჰისტოლოგიური გამოკვლევა (ოპერაციული ჩარევის მოცულობის საკითხის გადასაწყვეტად).

გადაუდებელი მდგომარეობები საშვილოსნოს მიომის დროს

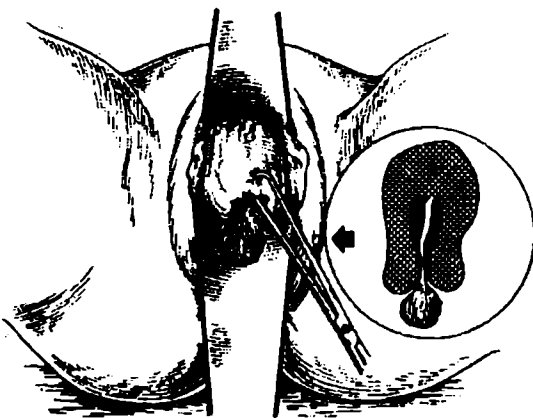
ზოგჯერ მიომურად შეცვლილი საშვილოსნოს შემთხვევაში, საჭიროა სასწრაფო ქირურგიული დახმარება (მაგალითად, მზადი ლორწქვეშა კვანძი, მიომურ კვანძში სისხლის მიმოქცევის მოშლა, დისტროფიული ცვლილებები და სუბსეროზული კვანძის ფეხზე შემოგრება).

მიომის ლორწქვეშა კვანძის დაბადების დროს აუცილებელია გადაუდებელი ქირურგიული ჩარევა, რადგან მას ხშირად თან სდევს საშვილოსნოდან პროფუზული სისხლდენა, შეტევითი ხასიათის ტკივილები და კვანძში სისხლის მიმოქცევის დარღვევა.

ლორწქვეშა მიომური კვანძის დაბადების დროს საშვილოსნოს ყელის არხი გადასწორდება, გაიხსნება და ლორწქვეშა კვანძი შეიძლება საშვილოსნოს ყელის არხში ან საშოში დაიბადოს (სურ. 138). ასეთ შემთხვევაში საჭიროა სასწრაფო ოპერაციული ჩარევა. საოპერაციო მიდამოს სათანადო დამუშავების შემდეგ მიუზოს დამჭერებით იჭერენ კვანძის თავს და ჩამოწვენ მაქსიმალურად ქვემოთ, შემდეგ მაკრატლით ჩაჭრიან კვანძის ფუძეს და აკეთებენ ბრუნვით მოძრაობებს, რის შემდეგაც იგი იოლად ცილდება საშვილოსნოს კედელს.

კვანძის ფეხის მაღალი მდებარეობის დროს თავიდან კვეთენ საშვილოსნოს ყელის წინა ბაგეს, რათა გაიხსნას კვანძის ფეხთან მისადგომი გზა და იგი ამოიკვეთოს. ზოგჯერ სისხლის მიმოქცევის მკვეთრი მოშლის გამო დაბადებული მიომის ლორწქვეშა კვანძი განიცდის ნეკროზს, კვანძი მონაცრისფრო-შავი ხდება, სიმსივნის ქსოვილი ნაზია და იოლად იხევა. კვანძის ნეკროზს, ძირითადად, თან ახლავს ტემპერატურის, ელს-ის, ლეიკოციტების რაოდენობის მომატება.

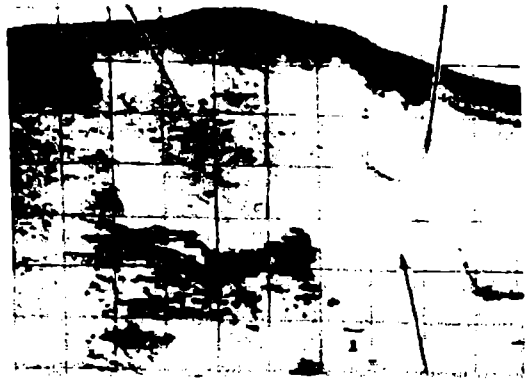
გადაუდებელი დახმარება საჭიროა მიომური კვანძის საპროექციო არეში



სურ. 138. მიომის ლორწქვეშა კვანძის დაბადება.

ტკივილების გაჩენის დროს, რაც კვანძის კვების დარღვევის შედეგად ვითარდება (სურ. 139). თავდაპირველად, ძირითადად, თავდაპირველად კონსერვატიულ მკურნალობას მიმართავენ (სპაზმოლიზური საშუალებები, ანტიბაქტერიული და ინფუზური მკურნალობა). თუ მკურნალობის მიუხედავად ტკივილები ძლიერდება, ტემპერატურა მატულობს, ჩნდება ცვლილებები სისხლში, აუცილებელია ოპერაციული ჩარევა (საშვილოსნოს მოცილება).

მწვავე მუცლის სურათი შეიძლება განვითარდეს სუბსეროზული მიომური კვანძის ფეხზე შემოგრების შემთხვევაში. ასეთ პაციენტებს გინეკოლოგიური გამოკვლევის დროს ისინჯებათ საშვილოსნოსთან დაკავშირებული მტკივნეული მკვრივი წარმონაქმნი. სუბსეროზული კვანძის ფეხის პალპაცია, ძირითადად, გაძნელებულია მტკივნეულობისა და მუცლის წინა კედლის დაჭიმულობის გამო. სუბსეროზული მიომური კვანძის ფეხზე შემოგრების დროს (თუ არის სხვა კვანძებიც) მიმართავენ კონსერვატიულ მიომექტომიას ან საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაციას.



სურ. 138. ექორამა გამოხატული მეორადი ცვლილებები მიომურად შეცვლილ საშვილოსნოში.
1) მიომა; 2) შარდის ბუშტი; 3) საშვილოსნო.

პიოსალპინჯი და პიოვარი

საშვილოსნოს დანამატების ჩირქოვანი პარკისებრი წარმონაქმნები ხშირად გადაუღებელ ქირურგიულ ჩარევას საჭიროებს.

კლინიკა. პიოსალპინჯისა და პიოვარის არსებობისას ანთებით პროცესში ხშირად ერთვება პერიტონეუმი, ბადექონი, ნაწლავების მარყუქები ერთიანი ანთებითი კონგლომერატის ჩამოყალიბებით. ვითარდება მწვავე მუცლის სურათი, მაღალი ტემპერატურა, შემცივნება, გულისრევა, ღებინება, მატულობს ლეიკოციტების რაოდენობა, ედს, აღინიშნება ლეიკოციტური ფორმულის მარცხნივ გადახრა.

გინეკოლოგიური გამოკვლევისას ისინჯება სიმსივნისმაგვარი მტკივნეული წარმონაქმნი მკვრივი კაფსულითა და არამკვეთრი საზღვრით, ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან შეხორცებების გამო. მწვავე მუცლის სიმპტომების მომატების დროს ჩნდება პიოსალპინჯის (პიოვარის) გასკდომის საშიშროება, ჩირქის მუცლის ღრუში ჩაღვრითა და გავრცელებული ჩირქოვანი პერიტონიტის განვითარებით. ჩირქს შეუძლია შეაღწიოს შარდის ბუშტში, სწორ ნაწლავსა და საშოში და ამ ორგანოების ანთებითი პროცესი გამოიწვიოს.

სწორ ნაწლავში ჩირქგროვის გარღვევის დაწყებამდე ჩნდება ტენეზმები, ლორწოს გამოყოფა და ზოგჯერ ფაღარათი, შარდის ბუშტში გაღწევისას — ხშირი და მტკივნეული შარდვა. საშვილოსნოს დანამატების ჩირქგროვის დროს მისი საშოსშირვი დაცლისას ხშირად ხანგრძლივად რჩება ხვრელმილები.

დიაგნოსტიკა. დიაგნოზი შეიძლება დაისვას შემდეგი მონაცემების საფუძველზე:

1) ანაწნეში ხანგრძლივი და ხშირი გამწვავებებით მიმდინარე საშვილოსნოს დანამატების ანთება;

2) უეცარი, მწვავე დასაწყისი, რომელსაც ზოგჯერ თან სდევს შოკის სიმპტომები;

3) გავრცობილი პერიტონიტის ტიპური საწყისი სურათი;

4) გინეკოლოგიური გამოკვლევის მონაცემები, რომლის დროსაც ისინჯება სიმსივნისმაგვარი, მტკივნეული წარმონაქმნი არამკვეთრი კონტურებით.

მკურნალობა. ოპერაციული მკურნალობის მეთოდი პიოსალპინქსისა და პიოოვარის დროს ინდივიდუალურია. ახალგაზრდა ქალებში ცალმხრივი პროცესის დროს, ანთებითად შეცვლილ საშვილოსნოს დანამატებს ამოკვეთენ.

ხანდაზმულ ქალებში ოპერაციული ჩარევის მოცულობა იზრდება, წარმოებს საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაცია ან ექსტირპაცია დანამატებთან ერთად. აუცილებელია აღინიშნოს, რომ ხანგრძლივად მიმდინარე ანთებითი პროცესების დროს, ვითარდება ვრცელი შეხორცებები საშვილოსნოს დაზიანებულ დანამატებსა და ნაწლავებს, ბადექონს, შარდის ბუშტს შორის, ამიტომ ოპერაციული ჩარევა ტექნიკური თვალსაზრისით დიდ სირთულეს წარმოადგენს.

მუცლის ღრუში გამონადენისა და გავრცობილი პერიტონიტის მოვლენების არარსებობის დროს მუცლის ღრუს, ძირითადად, ყრუდ ხურავენ. გავრცობილი პერიტონიტის დროს აწარმოებენ მუცლის ღრუს დრენირებას გვერდით არხებში მიკროირიგატორების დატოვებით, ანტიბიოტიკების შეყვანისა და პერიტონეული დიალიზის ჩასატარებლად.

ტიპური გინეკოლოგიური ოპერაციები

ოპერაციული მკურნალობა უნდა განხორციელდეს იმ შემთხვევაში, როდესაც გამოვლენილი დაავადება (რომელიც პაციენტის ჯანმრთელობას ან სიცოცხლეს ემუქრება) შეიძლება განიკურნოს მხოლოდ ქირურგიული წესით.

ოპერაციის ახლო და შორეული შედეგები ბევრად არის დამოკიდებული ოპერაციის წარმოების აუცილებლობაზე, ოპერაციული ჩარევის მოცულობის საფუძვლიანად შერჩევასა და პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის შეფასებაზე, ამიტომ გეგმიური ოპერაციის საკითხის გადაწყვეტის წინ, პაციენტს უნდა ჩატარდეს ყოველმხრივი კლინიკური გამოკვლევა, შესაძლო თანმხლები დაავადებებისა და გართულებების გამოვლენის მიზნით.

წინასაოპერაციო მომზადება

ოპერაციის წინ პაციენტს გულდასმით იკვლევენ. გამოკვლევას, ძირითადად, პოლიკლინიკის პირობებში აწარმოებენ. თანმხლები დაავადებების მკურნალობა საჭიროა შესაბამის სტაციონარში ან პოლიკლინიკის პირობებში. გეგმიური ოპერაცია ინიშნება მხოლოდ მკურნალობისა და თანმხლები დაავადებების კლინიკური მიმდინარეობის გაუმჯობესების შემდეგ. ქრონიკული ექსტრაგენიტალური დაავადებების დროს (ჰიპერტონული და გულის იშემიური დაავადება, რევმატიზმი, ღვიძლის დაავადებები და სხვ.) ოპერაციის თარიღის საკითხი წყდება ჩატარებული მკურნალობის შემდეგ, შესაბამის სპეციალისტთან ერთად. პაციენტის გამოკვლევის პროცესში დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს იმ ორგანოთა და სისტემების ფუნქციებს, რომლებიც ოპერაციისა და ოპერაციის შემდგომ პერიოდში მაქსიმალურ დატვირთვას განიცდიან (გულ-სისხლძარღვთა, სასუნთქი, გამომყოფი სისტემები). გულდასმით უნდა დადგინდეს ალერგიული ანამნეზი იმ სამკურნალო საშუალებებისა და პროდუქტების დაზუსტებით, რომლებზეც რეაქცია ჰქონდა პაციენტს.

წინასაოპერაციო მომზადების პერიოდში აუცილებელია გამოკვლეულ იქნას გულ-სისხლძარღვთა სისტემისა და ფილტვების ფუნქციური მდგომარეობა (ელექტროკარდიოგრაფია, არტერიული წნევის გაზომვა, ფლუოროგრაფია ან რენტგენოსკოპია). თირკმლების ფუნქციური მდგომარეობის შესაფასებლად იკვლევენ შარდს, საზღვრავენ დღელამურ დიურეზს, თირკმლების კონცენტრაციულ უნარს, პლაზმის კრეატინინისა და შარდოვანას დონეს.

წყლისა და ელექტროლიტურ ბალანსზე მსჯელობენ სისხლის პლაზმაში ნატრიუმის, კალიუმის, ქლორიდების, შარდში ელექტროლიტების კონცენტრაციითა და მჟავა-ტუტოვანი მდგომარეობის მაჩვენებლებით.

ასევე მნიშვნელოვანია სისხლის პლაზმაში საერთო ცილისა და ალბუმინის გამოკვლევა. საზღვრავენ ჰემატოკრიტს, ჰემოგლობინის, ერითროციტების, ლეიკოციტების რაოდენობას, ედს-ს, ითვლიან ლეიკოციტურ ფორმულას, საზღვრავენ სისხლის შემდეგელი სისტემის ძირითად მაჩვენებლებს, სისხლის ჯგუფსა და რეზუს-ფაქტორს.

საჭიროების შემთხვევაში გინეკოლოგიურ განყოფილებაში ხორციელდება სპეციალური ოპერაციამდელი მომზადება.

გასათვალისწინებელია, რომ ოპერაციისა და ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ჰემოდინამიკური დარღვევების მიზეზი შეიძლება იყოს არა მარტო ექსტრაგენიტალური პათოლოგია, არამედ ზოგიერთი გინეკოლოგიური დაავადებაც. სასქესო ორგანოების სიმსივნეებით, საშვილოსნოსგარე ორსულობითა და სხვა პათოლოგიით დაავადებულებს, აღენიშნებათ სისხლის მიმოქცევალი მოცულობის შემცირება და მასთან დაკავშირებული ჰემოსტაზის სხვა დარღვევები. ამ დარღვევების გამო, ქვეითდება პაციენტის ორგანიზმის რეაქტიულობა და უარესდება რეგენერაციის პროცესის მიმდინარეობა. ამიტომ, პაციენტის ოპერაციისათვის მომზადების დროს აუცილებელია დარღვევების კორექცია.

ტუბოოვარიული ანთებითი წარმონაქმნების მქონე პაციენტებს, ოპერაციის წინ მიზანშეწონილია ჩატარდეთ ინფუზიური თერაპია (10-20%-იანი გლუკოზის ხსნარი, ჰემოდეზი და სხვ.).

ყველა ხანდაზმულ პაციენტში ჰემოდინამიკური დარღვევები ძირითადად განპირობებულია გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ასაკობრივი ცვლილებებით. ამიტომ წინასაოპერაციო მომზადება, უპირველეს ყოვლისა, მიმართული უნდა იყოს ამ სისტემის ფუნქციის გაუმჯობესებისაკენ.

საშვილოსნოს მიომის მქონე პაციენტებს ხშირად აღენიშნებათ პოსტჰემორაგიული რკინადეფიციტური ანემია. მაგრამ ასეთ შემთხვევაში ჰემოტრანსფუზია ყოველთვის არ არის საჭირო, რადგან დონორის სისხლში არსებული რკინის უტილიზაცია არ არის საკმარისი და ორგანიზმში რკინის დეფიციტს მთლიანად ვერ ავსებს. ამიტომ რკინადეფიციტური ანემიის მქონე პაციენტების გეგმიური ოპერაციის მოსამზადებელ პერიოდში სისხლის გადასხმა საჭიროა მხოლოდ ჰემოგლობინის 4-5 გ %-მდე დაქვეითების დროს; სხვა შემთხვევაში მიზანშეწონილია რკინის პრეპარატების დანიშვნა. სასწრაფო ოპერაციის საჭიროებისა და გამოხატული ანემიის დროს (ჰემოდინამიკის დარღვევების გარეშეც კი) აუცილებელია ჰემოტრანსფუზია.

წინასაოპერაციო მომზადების დროს გამოვლენილი უნდა იქნას არსებული ფლებიტები და თრომბოფლებიტები. ამ პათოლოგიების დროს ანტიკოაგულანტების (უმჯობესია პირდაპირი მოქმედების) გამოყენება აუცილებლობას წარმოადგენს, რომელსაც ოპერაციამდე 2-3 დღით ადრე ხსნიან. აუცილებელია, აგრეთვე, ფეხების შეხვევა ელასტიკური ბინტით.

ოპერაციის თარიღის საკითხის გადაწყვეტის დროს აუცილებლად უნდა გავითვალისწინოთ მენსტრუაციის ვადა. ოპერაციის დანიშვნა არ შეიძლება მენსტრუაციის დროს და მენსტრუაციამდე 2-3 დღით ადრე (მენჯის ორგანოების ფიზიოლოგიურად მომატებული სისხლსავსეობის გამო). გეგმიური ოპერაციის წარმოება უმჯობესია მენსტრუალური ციკლის პირველ ფაზაში.

გეგმიური ოპერაცია არ შეიძლება გაკეთდეს, ხოლო დანიშნული ოპერაცია უნდა გადაიდოს ზედა სასუნთქი გზების, პირის ღრუს, შინაგანი ორგანოების მწვავე ანთებითი პროცესის განვითარებისას, კანის ჩირქოვანი პროცესის, ტემპერატურის მომატების, სისხლისა და შარდის მაჩვენებლების შეცვლის დროს.

სასუნთქი სისტემის კომპენსაციური შესაძლებლობების გაუმჯობესების მიზნით პაციენტები ოპერაციამდე სისტემატურად (4-5-ჯერ დღეში) უნდა აკეთებდნენ სპეციალურ ვარჯიშებს.

ოპერაციის მოსამზადებელ პერიოდში პაციენტი უნდა ღებულობდეს კალორიულ და ადვილად შესათვისებელ საკვებს უჯრედისის მცირე შემცველობით. ოპერაციამდე 14-16 საათით ადრე კი საკვები საერთოდ არ უნდა მიიღოს. დიდი მნიშვნელობა აქვს ოპერაციამდე ნაწლავების დაკლას, რადგან მათი ცუდად მომზადების დროს პოსტოპერაციულ პერიოდში (მე-2-3 დღეს) შეიძლება განვითარდეს მეტეორიზმი და ნაწლავების დამბლა. ოპერაციის წინა საღამოს და დილით აკეთებენ გამწმენდ ოყნას.

ოპერაციის წინ საჭიროა მედიკამენტური მომზადება ფსიქიკური დაძაბულობის მოსახსნელად და ძილის მოწესრიგების მიზნით. უშუალოდ ოპერაციის წინ შარდი კათეტერით გამოაქვთ ან კათეტერს მთელი ოპერაციის მანძილზე ტოვებენ, რადგან მუცლის ღრუს გახსნის დროს შეიძლება დაზიანდეს სავსე შარდის ბუშტი ან მოხდეს მისი ტრავმირება ბოქვენის სარკით ოპერაციის დროს.

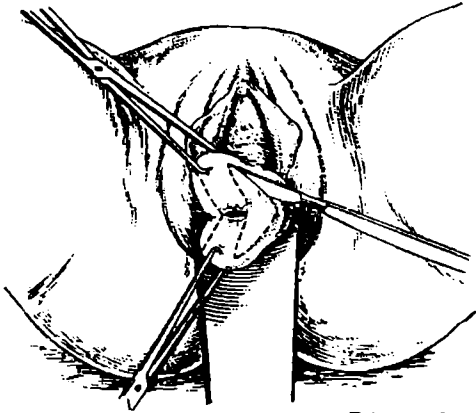
გადაუღებელი ოპერაციისათვის (მუცლის შინაგანი სისხლდენა, კისტის ფეხზე შემოგრება და სხვ.) პაციენტების მომზადება მინიმუმამდე მცირდება. უნდა განისაზღვროს სისხლის ჯგუფი და რეზუსი. მიზანშეწონილია კუჭის ამორეცხვა ან მისი შიგთავსის ზონდის საშუალებით ამოღება და გამწმენდი ოყნის გაკეთება. საშვილოსნოსგარე ორსულობის დარღვევის დროს, თუ მას თან ახლავს ძლიერი სისხლდენა, გამწმენდმა ოყნამ შეიძლება გააძლიეროს იგი, ამიტომ მისი გაკეთება მიზანშეუწონელია.

შინაგანი სისხლდენით (საშვილოსნოსგარე ორსულობა, საკვერცხის აპოპლექსია) გამოწვეული შოკის დროს, საჭიროა გადაუღებელი რეანიმაციული ღონისძიებებისა და სასწრაფო ოპერაციის წარმოება. პაციენტის სტაციონარში მოყვანისა და სისხლის ჯგუფისა და რეზუსის განსაზღვრისთანავე იწყებენ სისხლის ან სისხლის შემცველების გადასხმას და მომზადებას მუცელკვეთისათვის. მუდმივმოქმედი საოპერაციოს არსებობისას, პაციენტი მიიღობი განყოფილებიდან საკაცით გადაჰყავთ საოპერაციოში, სადაც ერთდროულად იწყებენ პემოტრანსფუზიასა და მუცელკვეთას.

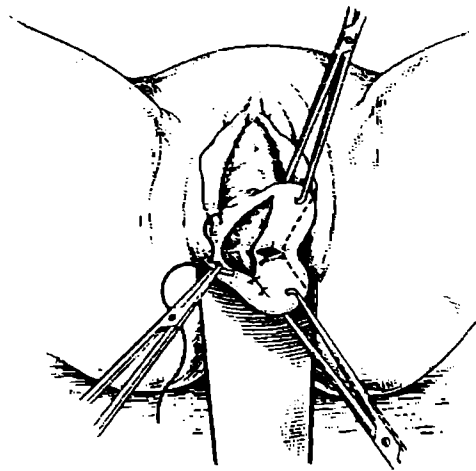
საშოზე ოპერაციების მოსამზადებელ პერიოდში, საშოს სისუფთავის III-IV ხარისხის კოლპიტის მქონე პაციენტებს ენიშნებათ ანთების საწინააღმდეგო თერაპია. საშვილოსნოს გამოვარდნისას საშო გულდასმით მუშავდება წყალბადის ზეჟანგით, შემდეგ საშვილოსნოს ჩაასწორებენ და მასში შეიტანენ სინტომიცინის ემულსიაში დასველებულ ტამპონებს. ასეთ დამუშავებას საშოს მეორე ხარისხის სისუფთავის მიღებამდე ახორციელებენ.

საშვილოსნოს ყელსა და საშოს კედლებზე ტროფიკული წყლულის, ფსევდოფროზიების, ლეიკოპლაკიისა და სხვა პათოლოგიური ცვლილებების დროს აწარმოებენ გაფართოებულ კოლპოსკოპიას დამიზნებითი ბიოფსიითა და შემდგომი პათომორფოლოგიური გამოკვლევით. ოპერაციის მოცულობის საკითხს წყვეტენ მიღებული მონაცემების საფუძველზე.

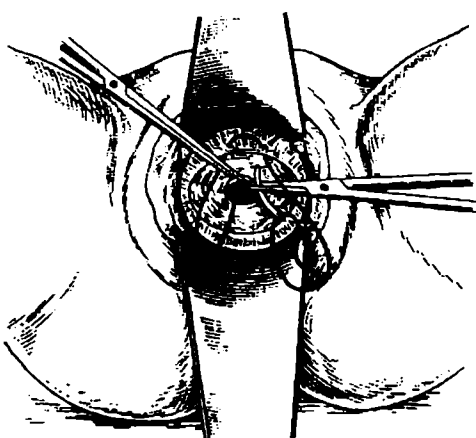
საშოს ყელის პლასტიკა. საშვილოსნოს ყელის ძველი გვერდითი ჩახეხვის დროს და ჰიპერტროფიის არარსებობისას საშვილოსნოს ყელის აღსადგენად



სურ. 140. საშვილოსნოს ყელის ნაწიბუროვნად გადაგვარებული უბნების ამოკვეთა.



სურ. 141. საშვილოსნოს ყელზე ცალკეული კეტუტის ნაკერების დადება.

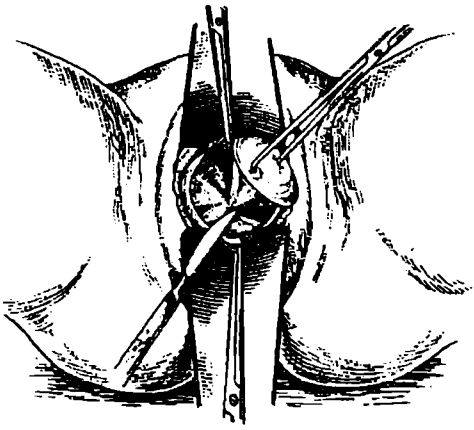


სურ. 142. საშვილოსნოს ყელის კონუსისებრი ამოკვეთა.

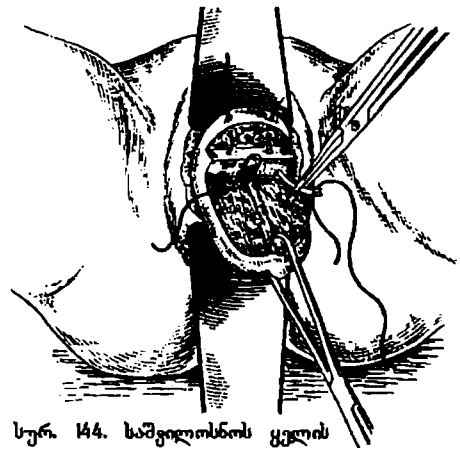
ახორციელებენ პლასტიკურ ოპერაციებს. ოპერაციის ტექნიკა. წინასწარი მომზადების შემდეგ, საშოში ათავსებენ სარკეებს. საშვილოსნოს ყელის ზედა და ქვედა ბაგეზე ცალ-ცალკე ედება ორკბილა, რომელსაც ქვემოთ საშოს შესავლისაკენ ჩამოწვენ. ძველი ჩახეხვის კიდეებს მთელ სიგრძეზე სკალპელით განაახლებენ, ამოკვეთი ქსოვილის წინასწარი მონიშნით (შიგნითა მხრიდან ყელის არხის ლორწოვანი გარსის დონეზე, გარედან ყელის საშოსმხრივი მფარავი ლორწოვანი გარსის დონეზე) (სურ. 140). გულდასმით ამოკვეთენ ნახეთქების კუთხეებს. გაკვეთილ კიდეებს კეტუტის ნაკერებით აერთებენ (ყელის ყველა შრეში გატარებით, ყელის არხის ლორწოვანი გარსის გამოკლებით) (სურ. 141).

საშვილოსნოს ყელის ამპუტაცია. ამ ოპერაციის საშვილოსნოს ყელის ჰიპერტროფიისა და დაგრძელების დროს აკეთებენ.

ოპერაციის ტექნიკა. საშოს ხსნიან სარკეებით, საშვილოსნოს ყელის საშოს ნაწილს იჭერენ ორკბილას საშუალებით და ჩამოწვენ ქვემოთ, საშოს შესავლისკენ. სკალპელით ქსოვილს კონუსისებურად კვეთენ ისე, რომ მწვერვალი ყელის არხისკენ იყოს მიმართული (სურ. 142). ამოკვეთილ კონუსს იღებენ. საშვილოსნოს ყელის დარჩენილ საშოსმხრივ ნაწილს ყელის არხის მხრიდან იჭერენ დამჭერებით. განაკვეთის საზღვრიდან წინა და უკანა მხარეს 2 სმ-ზე საშოს ლორწოვან გარსს ააცლიან და მის ნაპირებს ამოკვეთილ საშვილოსნოს ყელთან აკერებენ სპეციალური ნაკერების საშუალებით. ნაკერი ედება ამოკვეთილი საშოს ლორწოვანი გარსის წინა კიდე (კიდიდან 0,5 სმ-ის მანძილზე). ლორწოვანი გარსის კიდის გაკერვის შემდეგ ლიგატურას ყელის არხის

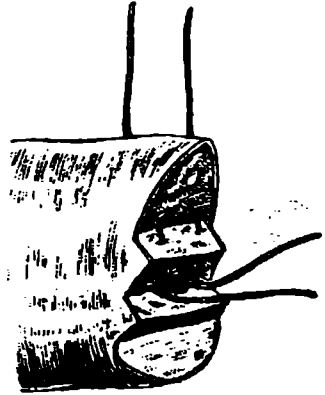


სურ. 143. ლიგატურების დადება.



სურ. 144. საშვილოსნოს ყელის
სოლისებური ამპუტაცია.

მხრიდან, ყელის მთელი სისქის გავლით, საშოს წინა კედელზე 2 სმით ზემოთ ატარებენ. ნაკერის ბოლოზე ედება დამჭერი, ხოლო ნემსის ყუნწში ატარებენ კეტგუტის საპირისპირო ბოლოს და იმეორებენ ნაკერის სვლას წინა ნაკერის გვერდით (სურ. 143). ორივე გამოყვანილ ლიგატურაზე ედება დამჭერი. საშვილოსნოს ყელის უკანა კედელზე ადებენ ანალოგიურ ნაკერს, შემდეგ ზედა და ქვედა ლიგატურებს კვანძავენ, ამ დროს იქმნება ყელის არხი, ხოლო საშოს ლორწოვანი გარსის ამოკვეთილ ნაჭერს მასში ჩააბრუნებენ. მარცხენა და მარჯვენა გვერდებიდან საშვილოსნოს ყელს დამატებით კერავენ.



სურ. 145. ნაკერების დადება.

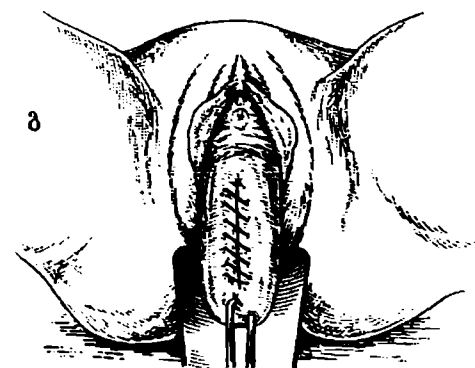
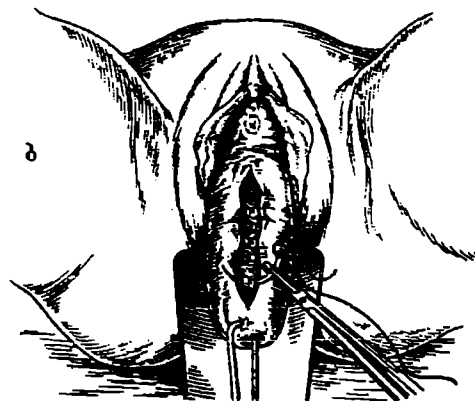
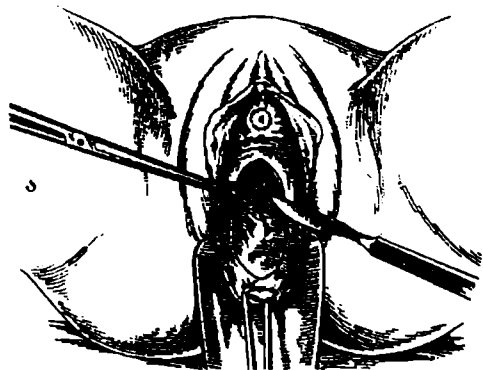
საშვილოსნოს ყელის სოლისებური ამპუტაცია. ყველაზე ხშირად ამ ოპერაციის საშვილოსნოს ყელის ექტროპიონის დროს აკეთებენ.

ოპერაციის ტექნიკა. ყელის არხიდან მარჯვნივ და მარცხნივ მაკრატლით ან სკალპელით კვეთენ ყელის საშოსმხრივ ნაწილს (სურ. 144). განაკვეთის სიღრმე დამოკიდებულია ამპუტაციის სავარაუდო მოცულობაზე. სოლისებურად ამოკვეთენ საშვილოსნოს ყელის წინა ბაგეს, კიდევებს კერავენ ცალკეული (კვანძოვანი) ნაკერებით, ქსოვილის მთელ სისქეში გატარებით. შემდეგ ასეთივე წესით ამოკვეთენ საშვილოსნოს ყელის უკანა ბაგეს, მისი შემდგომი გაკერვით ცალკეული კეტგუტის ნაკერებით. ოპერაცია მთავრდება საშვილოსნოს ყელზე გვერდითი ნაკერების დადებით (სურ. 145). ზონდით ამოწმებენ ყელის არხის გამტარობას.

ოპერაციები სასქესო ორგანოების დაწვევისა და გამოფარდნის დროს

წინა კოლპორაფია და კოლპოპერინეორაფია. საშოს წინა კედლის დაწვევასთან ერთად, ძირითადად, ხდება უკანა კედლის დაწვევა (მენჯის ფსკერის კუნთების უკმარისობის გამო). ამიტომ წინა კოლპორაფია, თითქმის, ყოველთვის კოლპოპერინეორაფიასთან ერთად კეთდება.

წინა კოლპორაფია. ოპერაციის ტექნიკა. საშოს ხსნიან სარკეებით, საშვილოსნოს ყელზე ადებენ ორკბილას და ქვემოთ, საშოს შესავლისკენ ჩამოწვენ. საშოს



სურ. 146. წინა კოლპორაფია.

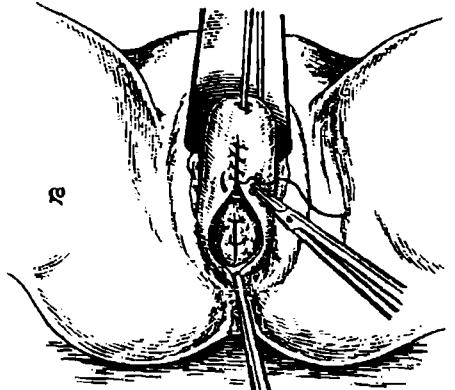
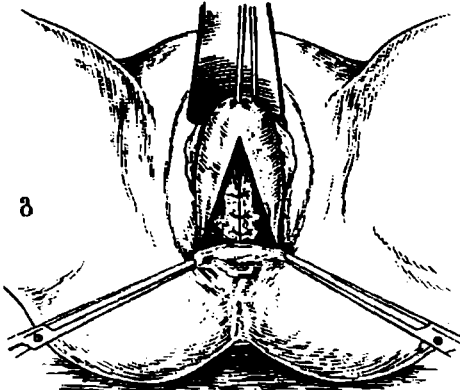
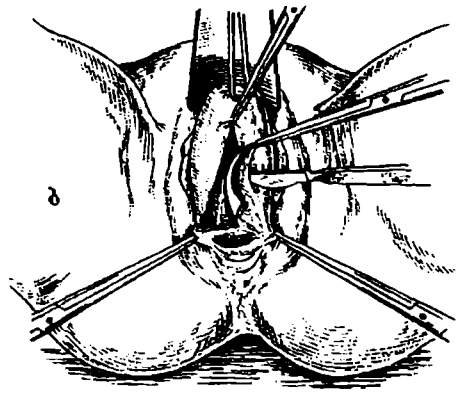
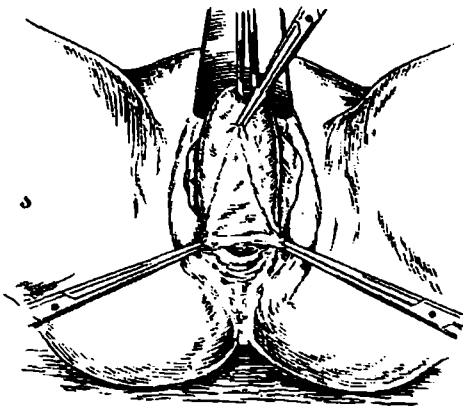
ა) საშოს წინა კედლის ლორწოვანი გარსის ოვალური ნაჭრის ამოკვეთა; ბ) ბუშტის წინა ფასციის გაკერვა; გ) საშოს ლორწოვან გარსზე ცალკეული კეტგუტის ნაკერების დაღება.

ული ნაკერით აერთებენ ქსოვილებს ამწვეი კუნთების ზემოთ, რის შემდეგაც საშოს უკანა კედლის ლორწოვან გარსს კერავენ კეტგუტის უწყვეტი ნაკერით ზევიდან ქვევით.

შუა კოლპორაფია. ხანდა ზმულ ქალებში, რომლებიც სქესობრივი ცხოვრებით არ ცხოვრობენ და არ აქვთ საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიური ცვლილებები, საშვილოსნოს სრული გამოვარდნის დროს შეიძლება გაკეთდეს შუა კოლპორაფიული ოპერაცია.

წინა კედლის ლორწოვან გარსზე სკალპელით მონიშნავენ ოვალური ფორმის ნაწილს. ამ ნაწილის ზედა კიდე უნდა იყოს შარდსადენი მილის გარეთა ზვრელიდან 1,5-2 სმ-ით ქვემოთ, ხოლო ქვედა — საშვილოსნოს გარეთა პირის კიდიდან 1,5-2 სმ-ზე. ნაჭრის ზედა კიდეს იჭერენ დამჭერით და ნაწილობრივ მახვილი, ხოლო ნაწილობრივ ბლაგვი წესით მას თანდათანობით ააშრევენ და ამოკვეთენ. სწორი ანატომიური აშრევების დროს ნაჭერს შედარებით იოლად აცილებენ. შემდეგ უზრუნველყოფენ სრულ ჰემოსტაზს. ადებენ კეტგუტის ცალკეულ დრმა ნაკერებს (სურ. 146), რის შემდეგაც კეტგუტის უწყვეტი ნაკერით კერავენ საშოს ლორწოვანი გარსის კიდეებს მანამდე დაღებული ნაკერების ჩაბრუნებით.

კოლპომიურიორაფია. საშოში შეაქვთ სარკეები. საშვილოსნოს ყელზე ადებენ ორკბილას და ზემოთ სწევენ. სამი დამჭერით საშოს უკანა კედელზე შემოსაზღვრავენ სამკუთხედს, ორ მათგანს ადებენ მარჯვნივ და მარცხნივ საშოს ლორწოვანი გარსისა და შორისის კანის საზღვარზე, ხოლო მესამეს ადებენ საშოს უკანა კედლის შუახაზზე (სურ. 147). მონიშნული სამკუთხედის არეში სკალპელისა და ტუფერის საშუალებით საშოს უკანა კედლის ლორწოვან გარსს აცილებენ. ნაჭრის მოცილების დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ მისი შიგნითა ზედაპირი ძალიან ახლოსაა სწორი ნაწლავის წინა კედელთან. ლორწოვანი გარსის ნაჭრის მოცილების შემდეგ ამწვე კუნთებს აშიშვლებენ და მათ ერთმანეთთან აერთებენ რამდენიმე კეტგუტის ნაკერის საშუალებით. რამდენიმე ცალკე-



სურ. 147. კოლპოპერინოტომია.

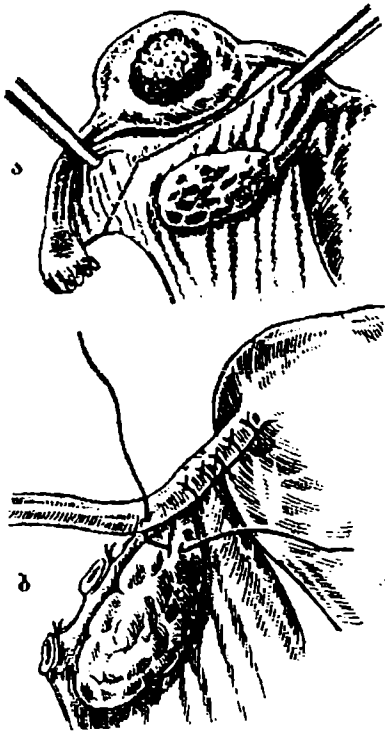
ა) მონიშნულია საშოს უკანა კედლის ამოსაკვეთი ნაჭრის საზღვრები; ბ) ნაჭრის ამოკვეთა და m. levator ani გამოჩენა; გ) m. levator ani გაკერა; დ) საშოს უკანა კედელზე ნაკერების დაღება.

ოპერაციის ტექნიკა. საშვილოსნოს ყელის წინა და უკანა ბაგეზე ადებენ ორკბილას და სასაქესო ნაპრალიდან გამოიტანენ საშვილოსნოს და საშოს. საშოს წინა და უკანა კედლიდან აცილებენ და ამოკვეთენ ლორწოვანი გარსის მართკუთხა ნაჭრებს. მოცილებული ნაჭრები ზომითა და ფორმით ერთმანეთს უნდა ემთხვეოდეს. შემდეგ კერავენ ჯერ ჭრილობის ზედაპირის წინა კიდე, ბოლოს — გვერდითას და უკანას. კერვის პროცესში საშვილოსნოს ყელისა და საშოს კედლებს თანდათანობით ჩააბრუნებენ.

ოპერაციები საშვილოსნოს დანამატებსა და საშვილოსნოზე

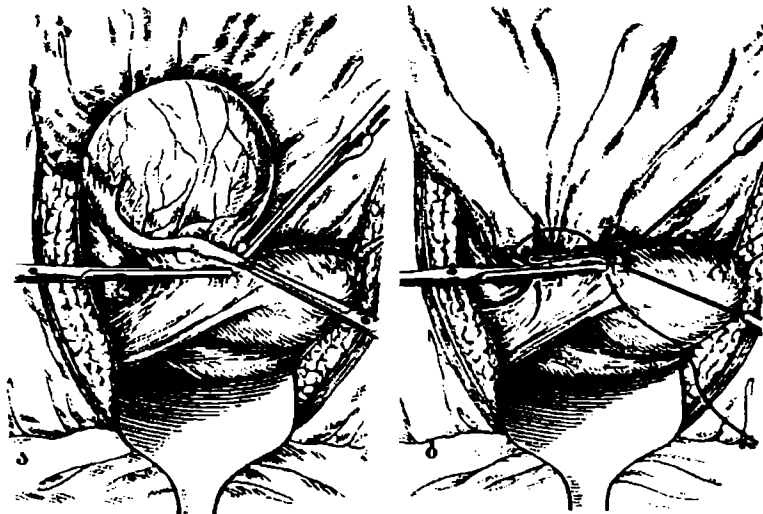
საშვილოსნოს მილის ამოკვეთა. საშვილოსნოს მილის ამოკვეთას აწარმოებენ დარღვეული საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს (ტუბექტომია).

ოპერაციის ტექნიკა. განივი ან გასწვრივი განაკვეთით გახსნილი მუცლის ღრუდან ჭრილობაში ამოაქვთ საშვილოსნო, რომელსაც ხელით იჭერენ, შემდეგ კი ლიგატურებს ადებენ. ამის შემდეგ მოძებნიან პათოლოგიურად შეცვლილ საშვილოსნოს მილს და სწრაფად ადებენ ორ დამჭერს: ერთს — მილზე საშვილოსნოს კუთხესთან, მეორეს მილის ჯორჯალზე (მეზოსალპინქსი) ამპულური ნაწილის მხრიდან (სურ 148). საშვილოსნოს მილის მკვებავი სისხლძარღვების



სურ. 148. მილის ამოკვეთა საშვილოსნოსგარე ორსულობისას. ა) მილის საშვილოსნოსკენა ბოლოსა და მის ჯორჯალზე დამჭერების დადება; ბ) მრგვალი იოგის ტაკვის პერიტონიზაცია.

ადებენ, ხოლო საკვერცხეს ორივე მხარეს კეტუტის ლიგატურებს ადებენ. სკალპელით სოლისებურად ამოკვეთენ საკვერცხის იმ ნაწილს, რომლის ამოკვეთაც შეიძლება, ამ დროს სოლის წვერი ჰილუსური ნაწილისკენ არის მიმართული (სურ. 149). ამის შემდეგ საკვერცხეს კერავენ რამდენიმე ცალკეული კეტუტის ნაკერი (მანძილი ნაკერებს შორის 0,5-0,8 სმ) (სურ. 150). საკვერცხის ქსოვილის გაკერვისათვის იხმარება წვრილი, მრგვალი ნემსები და წვრილი



სურ. 149. საშვილოსნოს მილის და საკვერცხის სიმსივნის ამოკვეთა. ა) სიმსივნის ფეხზე დამჭერის დადება; ბ) კვანძოვანი ნაკერების დადება.

გადაკვანძვის შედეგად სისხლდენა მაშინვე წყდება. ამის შემდეგ მუცლის ღრუში არსებული ახალი სისხლი შეიძლება გამოყენებული იქნას რეინფუზიისთვის.

საშვილოსნოს მილს დადებული დამჭერების ზემოთ კვეთენ; ამ დროს, საშვილოსნოს კუთხეს მილთან ერთად ამოკვეთენ. დამჭერებში მყოფ ქსოვილებს კვანძებს ადებენ, დამჭერებს ხსნიან. პერიტონიზაციას მრგვალი იოგით აკეთებენ, თანდათანობით კერავენ მრგვალ იოგს (საშვილოსნოსგან ოდნავ მოცილებით), მეზოსალპინქსსა და საშვილოსნოს უკანა ზედაპირს.

საკვერცხის რეზექცია. საკვერცხის ან საკვერცხეების რეზექციას, ძირითადად, ახალგაზრდა ქალებში აწარმოებენ სხვადასხვა სახის კისტური წარმონაქმნების (ფოლიკულური კისტა, ყვითელი სხეულის კისტა) არსებობის, საკვერცხის აპოპლექსიისა და სკლეროკისტური საკვერცხეების სინდრომის უშედეგო კონსერვატიული მკურნალობის დროს.

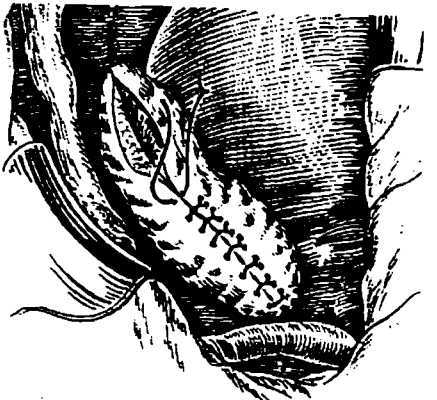
თპერატული ტექნიკა. მუცლის ღრუს ხსნიან განივი ბოქვენზედა განაკვეთით. პათოლოგიურად შეცვლილი საკვერცხე ჭრილობაში ამოაქვთ და დოლბანდის საფენით შემოფარგლავენ, ტრავმირების შემცირების მიზნით დამჭერებს არ

კეტგუტი. კვანძების დადების დროს აუცილებელია ყურადღება მივაქციოთ, რომ საკვერცხის ქსოვილის კიდეები კარგად იყოს მიტანილი ერთმანეთთან.

თუ ოპერაცია ხორციელდება შტეინ-ლევენტალის სინდრომის გამო, სოლისებური რეზექცია ორივე საკვერცხეზე კეთდება.

ოფარიექტომია. ოპერაციას, ძირითადად, აწარმოებენ მთლიანი საკვერცხის პათოლოგიურად შეცვლის (კისტა, ფიბრომა და სხვ.) დროს.

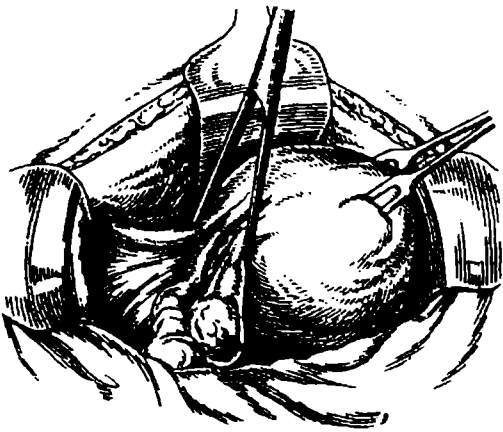
ოპერაციის ტექნიკა. განაკვეთი შეიძლება იყოს, როგორც განივი, ბოქვენზედა, ასევე გასწვრივი. მცირე ზომისა და მოძრავი საკვერცხის სიმსივნე საოპერაციო ჭრილობაში იოლად ამოიტანება. დიდი ზომის სიმსივნის დროს წინა კედლის განაკვეთი მხოლოდ გასწვრივი უნდა იყოს, რომ აუცილებლობის შემთხვევაში მისი ზემოთ გაგრძელება შეიძლებოდეს (მარცხენა მხრიდან ჭიპის შემოვლით). საშვილოსნოსა და ნაწლავებთან შეხორცებების დროს ფაშარი შეხორცებები



სურ. 58. საკვერცხის სოლისებრი ამოკვეთა. საკვერცხის ვაკერვა.

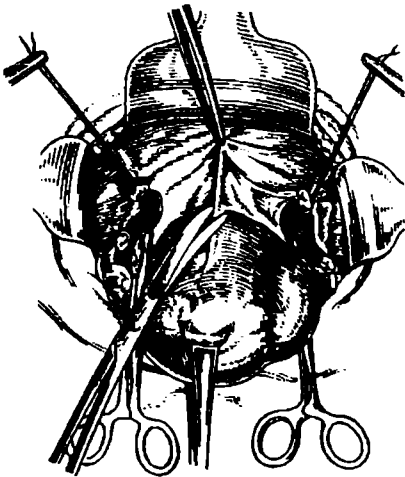
ბლაგვად ითიშება, მკვრივი შეხორცებები კი მაკრატლით იკვეთება სიმსივნის ზედაპირის მახლობლად, რათა არ დაზიანდეს ნაწლავის კედელი. თუ სიმსივნე ძალიან დიდი ზომისაა და სავსეა სითხით, აუცილებელია სითხის გამოშვება პუნქციით ტროაკარის საშუალებით. არ შეიძლება მკვრივი, ხორკლიანი, გარეგნულად ავთვისებიან ხასიათზე საექვო წარმონაქმნების პუნქცია. კისტური წარმონაქმნის დაცლის შემდეგ პუნქციის ადგილი ქისისებრი ნაკერით იკერება. შემდეგ, საოპერაციო ჭრილობაში ამოღებულ კისტას ან სიმსივნეს კვლავ შემოფარგლავენ საფენებით და დამჭერებს ადებენ ფეხზე, რომელიც შეიძლება შედგებოდეს საკვერცხის საკუთარი იოგის, მენჯ-ძაბრისებრი იოგისა და მეზოვაროუმიისაგან (ზოგჯერ ფეხში საშვილოსნოს მილიც შედის). ფეხზე შემოგარების დროს დამჭერები შემოგარების ადგილის ქვემოთ ედება, ამ დროს ფეხს არ ასწორებენ. თუ სიმსივნის ფეხი მსხვილია, შეიძლება მასში შემავალ თითოეულ ანატომიურ წარმონაქმნს ცალ-ცალკე გადავუჭიროთ ლიგატურა, რადგან მსხვილი ტაკვიდან ლიგატურა შეიძლება მოძვრეს.

დადებულ დამჭერებს შორის ქსოვილებს მაკრატლით კვეთენ, სიმსივნეს (კისტას) ამორბენ, ტაკვს კერავენ და გადაკვანძავენ. პერიტონიზაციას აკეთებენ ქისისებრი ნაკერით საშვილოსნოს კუთხიდან განიერი იოგის წინა და უკანა ფურცლების თანმიმდევრობითი გაკერვით. მიღებულ ქისაში ჩააბრუნებენ ტაკვს და მოუჭერენ. მუცლის ღრუს შრეობრივად ყრუდ კერავენ. სიმსივნეში (ან კისტაში) ან მცირე მენჯის არეში (შეხორცებები) ანთებითი ცვლილებების არსებობის დროს მუცლის ღრუ იხურება მასში ანტიბიოტიკების შესაყვანი სადრენაჟო მილის დატოვებით.

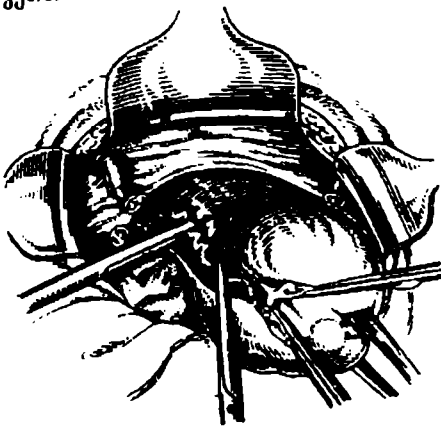


სურ. 51. საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაცია დანამატების გარეშე. დამჭერები დადებულია საშვილოსნოს კედლებზე. იჭერენ მილის საშვილოსნოს ბოლოს, საკუთარ და მრგვალ იოგებს.

შორის 1,5 სმ-მდე), რომელშიც ორივე მხრიდან საშვილოსნოს მილებს, საკვერცხის საკუთარ იოგს და მრგვალ იოგს ჩააყოლებენ (სურ. 151). საშვილოსნოს



სურ. 52. ბუშტ-საშვილოსნოს იოგის გაკვეთა.



სურ. 53. დამჭერების დადება სისხლძარღვოვანი კონაზე.

საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაცია დანამატების გარეშე. ამ ოპერაციას, ძირითადად, საშვილოსნოს მიომის დროს აკეთებენ.

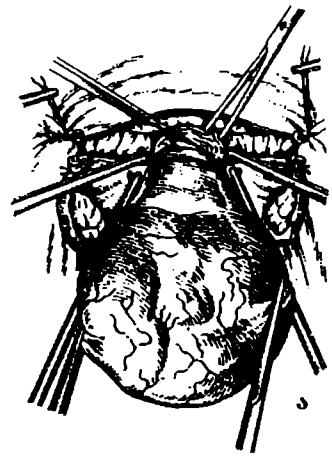
ოპერაციის ტექნიკა. საშვილოსნოს ფუძის არეში ადებენ ორკბილას ან კეტგუთით კერავენ, რის შემდეგაც იგი ამოაქვთ საოპერაციო ჭრილობაში. საშვილოსნოსა და ნაწლავებს ან ბადექონს შორის შეხორცებების არსებობისას მათ თიშავენ, რის შემდეგაც საშვილოსნო ამოაქვთ საოპერაციო ჭრილობაში.

საშვილოსნოს ორივე კიდეზე ერთმანეთის პარალელურად ადებენ ორორ სწორ, გრძელ დამჭერს (მანძილი მათ მაგივრად ლიგატურებს ტოვებენ.

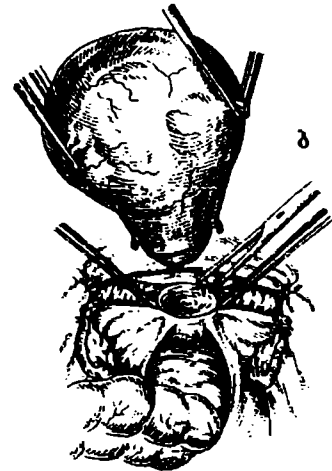
ორივე მხარეს მრგვალი იოგების ტაკვებს ამოწევენ ლიგატურების საშუალებით, ამავე დროს პინცეტით ამოწევენ პერიტონეუმის შარდის ბუშტ-საშვილოსნოს ნაკეცს მის მოძრავე ნაწილში (ფაშარი ქსოვილის ზემოთ) და მას მაკრატლით კვეთენ ერთი მრგვალი იოგიდან მეორემდე (სურ. 152). ბუშტის წინა პერიტონეუმის გადაკვეთილ კიდეს შარდის ბუშტთან ერთად დოლბანდის ტუფერით ფრთხილად წევენ ქვემოთ. ამის შემდეგ განიერი იოგების უკანა ფურცლებს საშვილოსნოს კიდესთან ოდნავ გაკვეთენ, რათა გაათავისუფლონ სისხლძარღვთა კონები.

სისხლძარღვთა კონების გადაკვეთისათვის აუცილებელია ორ-ორი პარალელური დამჭერის დადება საშვილოსნოს კიდის პერპენდიკულარულად, შიგნითა პირის დონეზე (სურ. 153). დამჭერებს შორის სისხლძარღვებს კვეთენ, თითქმის, საშვილოსნოს ყელის კუნთოვან ქსოვილამდე. დამჭერების დადებისა და სისხლძარღვთა კონის გადაკვანძვის დროს საშვილოსნოს საპირისპირო მხარეს გადაწევენ. დამჭერების ქვემოთ სისხლძარღვებზე ადებენ კეტგუთის ნაკერს საშვილოსნოს ყელის ქსო-

ვილის ჩართვით და დამპერის წვერთან გადაკვან-
დავენ, რის შემდეგაც დამპერებს ფრთხილად ხსნიან.
შემდეგ საშვილოსნოს ტანს ყელისაგან სკალპელით
მოკვეთენ სისხლძარღვების გადაკვანძვის ადგილი-
დან 1-2 სმ-ით ზემოთ (სურ. 154). მიზანშეწონილია
საშვილოსნოს კონუსისებურად ამოკვეთა, რისთვისაც
სკალპელი ქვემოთ უნდა იყოს დახრილი (ყელის
არხისკენ). საშვილოსნოს ტანის ამოკვეთის შემდეგ
ყელის არხს იოდის 5%-იანი ნაყენით ამუშავებენ,
ხოლო ყელის ტაკვი, ყელის ლორწოვანი გარსის ჩა-
ყოლების გარეშე კეტგუტის ცალკეული რვიანისე-
ბური ნაკერებით იკერება (სურ. 155).

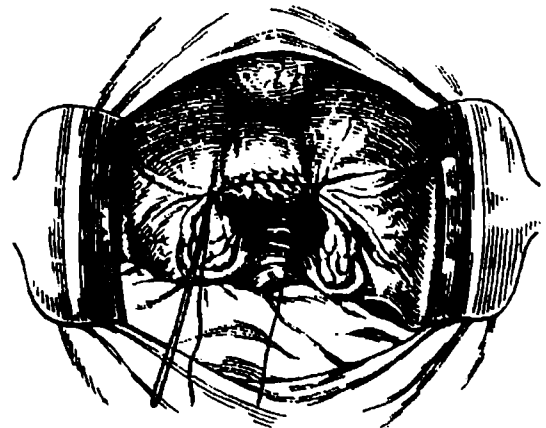
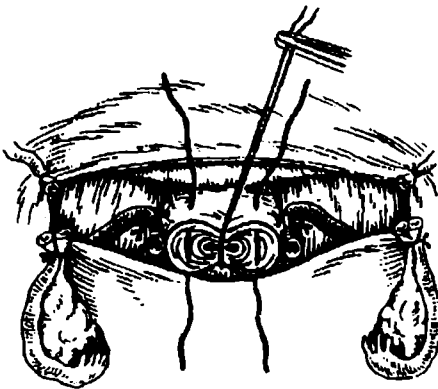


საშვილოსნოს ყელის ტაკვის პერიტონიზაცია
პერიტონეუმის ბუშტ-საშვილოსნოს ნაოჭით ხდება
(სურ. 156). საშვილოსნოს დანამატებისა და მრგვა-
ლი იოგის ტაკვების პერიტონიზაციის მიზნით ყო-
ველი მხრიდან უწყვეტი კეტგუტის ნაკერით თანმიმ-
დევრობით კერავენ განიერი იოგის უკანა ფურცელს
(ყელის ტაკვთან), საშვილოსნოს მისი პერიტო-
ნეუმს, მრგვალი იოგის პერიტონეუმს (მათი გადა-
კვანძვის ადგილის ქვემოთ) და განიერი იოგის წინა
ფურცელს. ძაფს ტაკვის წინასწარი ჩატრიალების
წინ მოჭიმავენ. პერიტონიზაციამდე აუცილებელია
ტაკვის დათვალეირება ლიგატურების საიმედო-
ბასა და სისხლდენის არარსებობაში დარწმუნების
მიზნით.



საშვილოსნოსა და მისი დანამატების საშოსზედა
ამპუტაცია. საშვილოსნოსა და მისი დანამატების სა-
შოსზედა ამპუტაციას ყველაზე ხშირად საკვერცხის
სიმსივნეების, საშვილოსნოსა და მისი დანამატების
ერთდროული დაზიანების დროს (და შეუცვლელი
საშვილოსნოს ყელისას) აკეთებენ.

სურ. 154. საშვილოსნოს ამოკვეთა.
ა) საშვილოსნოს წინა კელ-
ლის გაკვეთა; ბ) საშვილოს-
ნოს უკანა კელლის გაკვეთა
და საშვილოსნოს ამოღება.



სურ. 155. საშვილოსნოს ყელის ტაკვზე ცალ-
კეული კეტგუტის ნაკერების დადება.

სურ. 156. პერიტონიზაცია იოგების ტაკვის ჩაფლობით.

ოპერაციის ტექნიკა. საშვილოსნოს ტანთან ერთად დანამატების ამოკვეთის აუცილებლობისას საშოსზედა ამბუტაციის მეთოდი შენარჩუნებულია ზოგიერთი დამატებებით. საშვილოსნოს საოპერაციო ჭრილობაში ამოტანის შემდეგ მენჯ-დაბრისებრ იოგებზე, საკვერცხესთან ახლოს, ორივე მხარეს ადებენ ორ პარალელურ დამჭერს. მათ შორის არსებულ ქსოვილს კვეთენ, ხოლო ტაკვი იკერება დამჭერს ქვემოთ და ორჯერ გადაიკვანძება. დამჭერებს ხსნიან. თვალის კონტროლით განიერი იოგის უკანა ფურცელს გადაკვეთენ და ტუფერის საშუალებით ქვევით დაწვევენ. შემდგომში ოპერაცია გრძელდება ისე, როგორც ეს აღწერილია საშვილოსნოს საშოსზედა დანამატების გარეშე ამბუტაციის ოპერაციის დროს (მრგვალი იოგების, პერიტონიუმის ბუშტი-საშვილოსნოს ნაოჭის გადაკვეთა, სისხლძარღვების გადაკვანძვა, საშვილოსნოს ტანის დანამატებთან ერთად ამოკვეთა, საშვილოსნოს ყელის ტაკვის გაკერვა და პერიტონიზაცია). მრგვალი და მენჯ-დაბრისებრი იოგების ტაკვების პერიტონიზაციისთვის უწყვეტი ნაკერით თანმიმდევრობით კერავენ პერიტონიუმის უკანა ფურცელს, მრგვალი და მენჯ-დაბრისებრი იოგების პერიტონიუმსა და განიერი იოგის წინა ფურცელს. ტაკვების ქისისებურ ნაკერში ჩაბრუნების შემდეგ ამ უკანასკნელს კვანძავენ.

საშვილოსნოს ექსტირპაცია დანამატებთან ერთად საჭიროა ენდომეტრიუმის კიბოს, აგრეთვე, საშვილოსნოს დანამატების, საშვილოსნოს ტანისა და ყელის მრავალი სხვა დაავადების დროს.

ოპერაციის ტექნიკა. ოპერაციის წინ საშოს გამორეცხავენ, ამუშავებენ სპირტით და იოდის 5%-იანი ნაყენით. საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივ ნაწილს, ასევე, 5%-იანი იოდის ნაყენით ამუშავებენ, საშოს ატამპონებენ სტერილური დოლბანდით, რომლის ბოლო გამოაქვთ სასქესო ნაპრალიდან გარეთ და დამჭერს ადებენ. შარდი გამოაქვთ კათეტერით ან დგამენ მუდმივად ოპერაციის განმავლობაში. ოპერაციის საწყისი მსვლელობა სრულიად ემთხვევა საშვილოსნოს და მისი დანამატების საშოსზედა ამბუტაციას. მაგრამ შარდის ბუშტის გამოყოფის მომენტიდან ოპერაციის მსვლელობა იცვლება. შარდის ბუშტი საშვილოსნოს ყელს უნდა მოცილდეს მთელ მანძილზე საშოს წინა თაღის მიდამომდე. ამისათვის ბუშტი-საშვილოსნოს იოგის გადაკვეთის შემდეგ, ამ უკანასკნელს პინცეტით აწვევენ, მაკრატლით კვეთენ შარდის ბუშტსა და საშვილოსნოს ყელს შორის არსებული შემაერთებელი ქსოვილის ბოჭკოებს. შემდეგ მკვრივი პატარა ტუფერით შარდის ბუშტს, სარკეების დახმარებით ქვევით ბოჭვენისკენ წვევენ. საშვილოსნოს წვევენ წინ, ხოლო გავა-საშვილოსნოს კუნთებს დამჭერით იღებენ (თითოეულს ცალ-ცალკე) მათი საშვილოსნოდან გამოსვლის ადგილზე. დამჭერების ზემოთ ორივე მხარეს ქსოვილებს მაკრატლით კვეთენ, ტაკვს კერავენ და კვანძავენ, დამჭერს კი ხსნიან. გავა-საშვილოსნოს იოგებს შორის კვეთენ სწორ ნაწლავ-საშვილოსნოს სივრცის პერიტონიუმს და მკვრივი ტუფერით გამოყოფენ სწორ ნაწლავს. დანამატების ქვეშ კვეთენ განიერი იოგის ორივე ფურცელს, განაკვეთი უნდა იყოს საკვერცხის საკუთარი იოგის პარალელური. განიერი იოგის უკანა ფურცლის გადაკვეთისას ყურადღება უნდა მიექცეს შარდსაწვეთის ადგილმდებარეობას, მისი დაზიანების თავიდან აცილების მიზნით. ამის შემდეგ სისხლძარღვოვან კონებს ადებენ ორ პარალელურ დამჭერს ორივე მხრიდან. დამჭერებს შორის კვეთენ სისხლძარღვებს, მათი გადაკვანძვის დროს

ტაკვები არ უნდა იყოს ფიქსირებული საშვილოსნოს ყელთან, ისინი მოძრავად უნდა დარჩეს.

საშვილოსნოდან იღებენ ოპერაციამდე წინასწარ შეტანილ ტამპონს. ამას აკეთებს ის ექიმი ან მედლა, რომელსაც უშუალო მონაწილეობა ოპერაციაში არ მიუღია. შემდეგ საშოს წინა კედელზე საშვილოსნოს ყელის ქვემოთ ადებენ ორ გრძელ დამჭერს და მათ შორის ხსნიან საშოს კედელს 2 სმ-ზე. ხვრელში შეყავთ იოდის ხსნარში დასველებული დოლბანდის ნაჭერი, მიღებულ ხვრელს აფართოებენ, საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივ ნაწილს იღებენ ორკბილით და ამოაქვთ ჭრილობაში. თანდათანობით ყელის გარშემო ჭრიან საშოს, ხოლო მის კიდევს იღებენ დამჭერებით. საშვილოსნოსა და მის დანამატებს ამოკვეთენ. საშოს კერავენ ცალკეული კეტგუტის ნაკერებით. პერიტონიზაცია ხდება კეტგუტის უწყვეტი ნაკერით, ამასთან, თანმიმდევრობით კერავენ განიერი იოგის ფურცლებს, ბუშტ-საშვილოსნოს ნაოჭს და საშვილოსნო-სწორ ნაწლავის სივრცის პერიტონეუმს. ოპერაციის შემდეგ საშოდან დოლბანდს იღებენ.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი ოპერაციის შემდგომი პერიოდი არანაკლებ საპასუხისმგებლოა, ვიდრე თვით ოპერაცია, რადგან ამ დროს შეიძლება განვითარდეს პაციენტის ჯამრთელობისა და სიცოცხლისათვის საშიში გართულებები. ამიტომ ოპერაციის შემდგომი ყველა ღონისძიება მიმართული უნდა იყოს შესაძლო გართულებების პროფილაქტიკისა და დროული გამოვლენისაკენ.

ოპერაციის შემდგომ პალატაში (რენიმაციის პალატის ან განყოფილების უქონლობისას), მუდმივად უნდა იყოს სპეციალურად მომზადებული მედლა, რომელიც ფლობს აუცილებელ რენიმაციულ მანიპულაციებს. პალატა აღჭურვილი უნდა იყოს ჟანგბადით, სანარკოზო აპარატურითა და გადაუდებელი დახმარების მედიკამენტებით (სასუნთქი აპარატი, ლარინგოსკოპი, მიორელაქსანტების ანტიდოტები, ერთჯერადი სისტემები, კარდიოსტიმულაციური და სასუნთქი ანალეფსიური საშუალებები და სხვ.). პაციენტზე დაკვირვებას მთელი ოპერაციის შემდგომი პერიოდის განმავლობაში აწარმოებს ქირურგი (რომელმაც ჩაატარა ოპერაცია) და ანესთეზიოლოგი.

ოპერაციის შემდგომ პაციენტის გაწერისას უნდა გავითვალისწინოთ მისი ასაკი, თანშლები დაავადებები, საოპერაციო ჩარევის მოცულობა, გართულებები ოპერაციის დროს და სხვ.

საოპერაციოდან პაციენტის გადაყვანა ხდება წინასწარ გამთბარ (სათბურით) ფუნქციურ საწოლზე, რომელზეც პაციენტი ოპერაციის შემდგომ პალატაშიც განაგრძობს წოლას (საოპერაციო მაგიდიდან საკაცეზე, საკაციდან – საწოლზე დამატებით გადაყვანის თავიდან ასაცილებლად), გადაყვანის დროს პაციენტს კარგად უნდა დავაფაროთ და ფეხებთან სათბური დავადოთ.

პაციენტს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მივაქციოთ ოპერაციიდან პირველი ექვსი საათის განმავლობაში; ყოველ საათში უნდა გაიზომოს არტერიული წნევა, შემოწმდეს პულსი და სუნთქვის სიხშირე. არტერიული წნევის დაქვეითების, პულსის გახშირებისა და სუსტი ავსების, სუნთქვის დარღვევის, სისხლდენის განვითარების შემთხვევაში და სხვა გართულებების გაჩენისას სასწრაფოდ უნდა გამოიძახონ მკურნალი ან მორიგე ექიმი.

მუცელზე ოპერაციის დამთავრების შემდგომ, ჰემოსტაზისა და ლებინების ან ხველების შემთხვევაში, ჭრილობის არეში 3-4 სთ-ით ადებენ სიმძიმეს.

ჰემოსტაზის მიზნით, სასურველია, აგრეთვე, ცივის დადება ოპერაციის შემდგომ ჰრილობის არეზე, რომელსაც ტკივილგამაყუჩებელი მოქმედებაც ახასიათებს. სიცივეს ნიშნავენ 30 წუთით 1-2 საათის შემდეგ და 2-3 დღის შემდეგ ხსნიან.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდის ერთ-ერთი უარყოფითი სიმპტომია ტკივილი. ტკივილების მოხსნის მიზნით ოპერაციიდან 4-6 საათის შემდეგ პაციენტს უნიშნავენ ანალგეზიურ საშუალებებს (პრომედოლი, ბარალგინი და სხვ.); საჭიროების შემთხვევაში ინექციებს იმეორებენ ყოველ 4-6 საათში. მე-2-3 დღეს ანალგეტიკების გამოყენება დღე-ღამეში ერთხელ (ღამით) ხდება.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში მკურნალი ექიმი უნდა აკონტროლებდეს პაციენტის ზოგად მდგომარეობას (ტემპერატურა, პულსი, არტერიული წნევა, სუნთქვა), ოპერაციის შემდგომ ჰრილობას, შარდის ბუშტისა და ნაწლავების დროულ დაცლას. პაციენტის მდგომარეობის შეფასებაში მნიშვნელოვანია მუცლის პალპაცია, პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნების არსებობა ან არარსებობა, ნაწლავების მდგომარეობის დადგენა.

მიუხედავად იმისა, რომ ოპერაციის დამთავრებისთანავე შარდი გამოღებულ იქნა კათეტერით, ოპერაციიდან 8-10 საათის შემდეგ შარდის ბუშტი უნდა დაიცალოს. თუ არ მოხდა შარდის ნებითი გამოყოფა, შარდის შეკავება უნდა მოიხსნას მედიკამენტური და რეფლექსური საშუალებებით (თბილი ღამის ჭოთანის, წყლის ჩხრიალის მოსმენა) ან შარდის ბუშტის სტერილური კათეტერით.

ოპერაციის შემდეგ პირველ საათებში პაციენტს წყურვილის მოსაკლავად ტურებს სველი ტილოთი უსველებენ, 10-12 საათის შემდეგ შეიძლება ანადუღარი წყლის, ასკილის უშაქრო ნაყენის, მინერალური წყლის (მაგალითად „ბორჯომი“) მიცემა. დიდი რაოდენობით სითხის მიღება (1,5-2 ლ-მდე) მიზანშეწონილია ოპერაციიდან მეორე დღეს, განსაკუთრებით იმ პაციენტათვის, რომლებმაც დიდი ოპერაცია გადაიტანეს ან დიდი რაოდენობით დაკარგეს სისხლი.

ოპერაციის დროს სისხლის დანაკარგის გათვალისწინებით, ოპერაციის შემდგომ პერიოდში საჭიროა ინფუზიური თერაპია, წყალ-ელექტროლიტური, ცილოვანი ცვლისა და სისხლის მყავა-ტუტოვანი მდგომარეობის კორექციის მიზნით. ამ დროს ინფუზიური თერაპიის სახე და მოცულობა განისაზღვრება ძირითადი დაავადების, ოპერაციული ჩარევის თავისებურებებისა და პაციენტის ასაკის მიხედვით. ინფუზიურ თერაპიას მიმართავენ ოპერაციიდან რამდენიმე დღის განმავლობაში, შესაყვანი სითხის რაოდენობა საშუალოდ 2-3 ლ შეადგენს. შესაყვანი სითხის ასეთი მოცულობის დროს დღე-ღამის დიურეზი საშუალოდ 1200-1400 მლ შეადგენს. გადასასხმელი სითხის რაოდენობა ორჯერ უნდა შემცირდეს, თუ პაციენტს ოპერაციამდე გულის უკმარისობის მოვლენები ჰქონდა. ინფუზიური თერაპიისათვის იყენებენ გლუკოზის 5%-იან ხსნარს, ნატრიუმის ქლორიდის ხსნარსა და სხვ. დიდი ოპერაციის დროს შეყავთ პოლი-გლუკინი, რეპოლიგლუკინი, ცილოვანი პრეპარატები (ალბუმინი, პროტეინი, სისხლის პლაზმა). ანტიბიოტიკების დანიშვნა მიზანშეწონილია მხოლოდ მცირე მენჯში ანთებითი პროცესების დროს, ტრავმული ოპერაციების შემდეგ, განმეორებითი ოპერაციების ან დაინფიცირების საშიშროების დროს.

ადრეულ ოპერაციის შემდგომ პერიოდში, თრომბოემბოლიური გართულებების პროფილაქტიკის ღონისძიებების კომპლექსში, პაციენტის საკმარის ჰიდრატაციასთან ერთად დიდი მნიშვნელობა აქვს ოპერაციის შემდგომი

პერიოდის აქტიურ მართვას (აქტიური და პასიური ვარჯიშები, ადრე აღდგომა) და პირდაპირი და არაპირდაპირი ანტიკოაგულაციური საშუალებების გამოყენებას (საჭიროების მიხედვით).

ოპერაციის პირველი დღის ბოლოს პაციენტი საწოლში აქტიური უნდა იყოს (ღრმა ჩასუნთქვა, ფეხების მოხრა, სხეულის მდებარეობის შეცვლა), რაც აუცილებელია პნევმონიის პროფილაქტიკისათვის. ნიშნავენ სუნთქვით ვარჯიშებს, მდოგვის საფენებს, ამოსახველებელ პრეპარატებს. მე-2 დღეს პაციენტს შეუძლია საწოლში წამოჯდომა, მესამე დღეს — აღდგომა და სიარული.

კუჭ-ნაწლავის მდგომარეობა, ძირითადად, ოპერაციიდან მე-2-3 დღეს წესრიგდება, როდესაც აღდგება პერისტალტიკა და პაციენტი ნებით გადის გაზებზე; მე-3 დღეს საჭიროა გამწმენდი ან ჰიპერტონული ოყნა.

პაციენტის კვება შეიძლება დავიწყოთ ოპერაციიდან მე-2 დღეს (უცხიმო ბულიონი, მაგრად მოხარშული კვერცხი, ჩაი, ორცხობილა). მესამე დღიდან შეიძლება დაეფუტოთ მაწონი, მოხარშული ქათამი, გახეხილი სუბი. შემდგომში პაციენტები თანდათან გადაჰყავთ ჩვეულებრივ კვებაზე.

ოპერაციიდან 1-5-ე დღეს ცვლიან ნახვევს მუცელზე, ხოლო ნაკერებს ამუშავებენ სპირტითა და იოდით, მე-7-8 დღეს ხსნიან ნაკერებს კანზე და აწარმოებენ გინეკოლოგიურ გამოკვლევას. მე-11-14 დღეს გაურთულებელი ოპერაციის შემდგომი პერიოდის შემთხვევაში პაციენტი შეიძლება გაეწეროს უბნის გინეკოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ.

საშოსმხრივი ოპერაციების ოპერაციის შემდგომ პერიოდში აუცილებელია შემდეგი წესების დაცვა: მკაცრი წოლითი რეჟიმი, ანალგეზური საშუალებებისა და ანტიბიოტიკების დანიშვნა (საჭიროების შემთხვევაში), სუნთქვითი ვარჯიშები, ნაწლავებისა და შარდის ბუშტის ფუნქციის რეგულაცია. მენჯის ფსკერის კუნთებზე ოპერაციების ჩატარების დროს დეფეკაციას აკავებენ 5 დღემდე. დეფეკაციის შეკავებას უზრუნველყოფს ოპერაციის წინ ნაწლავების გულდასმით გაწმენდა და თხიერი დიეტის დანიშვნა ოპერაციის შემდეგ პირველი 5 დღის განმავლობაში. მე-6 დღიდან კვებითი რაციონი თანდათან ფართოვდება, მაგრამ საკვებში უნდა იყოს მცირე რაოდენობით უჯრედისი, რათა განავალი არ იყოს უხვი და მკვრივი.

შარდის ბუშტის პლასტიკასთან დაკავშირებული ოპერაციების დროს 3-4 დღით შეჰყავთ წვრილი ელასტიკური კათეტერი. ამ კათეტერის საშუალებით შარდის ბუშტს დღეში ერთხელ ფურაცლინის ხსნარით რეცხავენ. ეს ამცირებს ოპერაციის შემდგომი ცისტიტის განვითარების სიხშირეს, წარმოადგენს შარდის ბუშტის ოპერაციის შემდგომი ატონიის პროფილაქტიკას და საშუალებას იძლევა თავიდან ავიცილოთ ურეთრის და ზიანება ხშირი კათეტერიზაციის გამო.

შორისის ოპერაციის შემდგომ ჰრილობას ღია წესით უვლიან. საშოს ამუშავებენ კალიუმის პერმანგანატის 0,1%-იანი ხსნარით. მეხუთე დღეს ინიშნება ოყნა. ნაკერებს მე-6 დღეს ხსნიან.

საშოსმხრივი ოპერაციის შემდეგ პაციენტს აღდგომისა და სიარულის ნებართვა მე-5-7 დღეს ეძლევა, დაჯდომის — ოპერაციიდან მე-20 დღეს. გაწერა ხდება მე-12-14 დღეს. 3 თვის განმავლობაში მიზანშეუწონელია სიმძიმის აწევა (არა უმეტეს 3 კგ). პაციენტი უნდა გათავისუფლდეს მძიმე ფიზიკური სამუშაოსგან 6 თვის ვადით.

დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს ოპერაციის შემდგომი პერიოდის შესაძლო გართულებების ცოდნას.

შარდის შეკავებისას საჭიროა მისი მიზეზის დადგენა (რეფლექსური, ფსიქო-გენური და სხვ.). კათეტერიზაციის მიუხედავად შარდის არარსებობა ანურიაზე მიუთითებს, რომლის მიზეზიც სასწრაფოდ უნდა იქნას დადგენილი და მოცი-ლებული. ეს მიზეზი შეიძლება იყოს ოპერაციის დროს შარდის ბუშტის ან შარდსაწვეთების შეუმჩნეველი დაზიანება, თირკმლების ფუნქციის დარღვევა სისხლის აუნაზღაურებელი დანაკარგით (სეფსისის ან შოკის შედეგად).

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ხშირ გართულებას წარმოადგენს გულის-რევა და ლებინება, რომელიც შეიძლება იყოს ცენტრალური გენეზის, აციდოზის, პერიტონიტის დაწყებითი სტადიის, ნაწლავთა ატონიის, კუჭ-ნაწლავის ტრაქ-ტისა და სანაღვლე გზების ქრონიკული დაავადებების გამწვავების შედეგი. ასეთ შემთხვევებში აუცილებელია გულდასმითი დიფერენციული დიაგნოსტიკა და პათოგენეზური თერაპია.

გინეკოლოგიურ პაციენტთა უმრავლესობას მუცლის ღრუზე წარმოებული ოპერაციების შემდეგ აღენიშნება ნაწლავთა პარეზი. ნაწლავების ჰიპოტონია დაკავშირებულია პერისტალტიკის შესუსტებასთან. ასეთ პაციენტებს თანმიმ-დევრობით, კუნთში უკეთებენ პროზერინს (1 მლ 0,05%-იანი ხსნარი), ვენაში — ნატრიუმის ქლორიდის ჰიპერტონულ ხსნარს (10-20 მლ 10%-იანი ხსნარი). კუჭის ჰიპოტონიის დროს მას ზონდის საშუალებით ამორეცხავენ. ხშირად გამოიყენება ჰიპერტონული ოყენები, კრიტიკულ შემთხვევებში გამოიყენება სიფონის ოყენა.

ქალის შარღგამოყოფი სისტემის ღაავადებები

ცისტითი

ცისტითი საშარდე სისტემის ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა. უფრო ხშირად ავადდებიან ქალები 20-30 წლის ასაკში. ცისტითი შეიძლება იყოს პირველადი და მეორადი.

პირველადი ცისტითი ქალებში 5-6-ჯერ უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე მამაკაცებში. ასეთი თანაფარდობა აიხსნება ქალის ურეთრის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებებით (მოკლე და განიერი ურეთრა, მისი სიახლოვე ვაგინალურ და ანალურ ხვრელებთან). თანმხლებ ფაქტორს წარმოადგენს ორსულობა, პრე- და პოსტმენოპაუზური პერიოდები.

მეორადი ცისტითი სხვა დაავადების ფონზე ვითარდება: შარდის ბუშტის კენჭები, უცხო სხეული, შარდის ბუშტის დივერტიკული, ურეთრის სტრიქტურა, შიგნითა სასქესო ორგანოების ავთვისებიანი ან კეთილთვისებიანი დაზიანება.

პათანატომიურად განასხვავებენ ცისტითის კატარულ, ჰემორაგიულ, ფოლიკულურ, წყლულოვან-ნეკროზულ, განგრენულ ფორმებს.

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. შარდის ბუშტის კედელში ანთებითი პროცესი მიკრობული ფლორის აღმავალი, ჰმატოგენური ან ლიმფოგენური გზით მოხვედრის შედეგად ვითარდება. ინფექციის განვითარებისათვის ხელსაყრელ პირობას წარმოადგენს ორგანიზმის რეაქციულობის დარღვევა სხვადასხვა დაავადებების შედეგად, უროდინამიკის ფუნქციური დარღვევები, გაცივებით განპირობებული დაავადებები, ქრონიკული ყაბზობა, შიგნითა სასქესო ორგანოების ქრონიკული დაავადებები.

კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით ერთმანეთისგან განასხვავებენ მწვავე და ქრონიკულ ცისტიტს.

მწვავე ცისტითი ძირითადად გამოწვეულია ნაწლავის ჩხირით. დაავადების ქრონიკული მიმდინარეობისას მიკრობულ ფლორას, ძირითადად, შერეული ხასიათი აქვს. შედარებით იშვიათად გვხვდება ტრიქომონული ცისტითი; საშოს ტრიქომონადა შარდის ბუშტში, ძირითადად, ხვდება სქესობრივი აქტის დროს. ინფექცია შარდის ბუშტში ხშირად ურეთრიდან აღწევს. დაავადება ვითარდება არასაკმარისი ასეპტიკის ან კათეტერიზაციის დროს, მშობიარობის ან ოპერაციის შემდგომ პერიოდში, შარდის შეკავებისა და ტრავმირების შედეგად. ცისტითი ხშირად ვითარდება შიგნითა სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესების დროს.

დაავადების პათოგენეზში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სისხლის ადგილობრივი მიმოქცევის დარღვევას ისეთი ოპერაციების შედეგად, როგორებიცაა საშვილოსნოს ექსტერპაცია მიომის ან კიბოს გამო, ვინაიდან ასეთი ჩარევის დროს აწარმოებენ შარდის ბუშტის აშრევებას.

კლინიკა და დიაგნოსტიკა. მწვავე ცისტითის კლინიკურ სურათს ახასიათებს შარდის გამოყოფის დარღვევა, ტკივილები, შარდის ცვლილებები. დღისა და ღამის დიურეზი განშირებულია, მოშარდვის მოთხოვნილება ყოველ 10-15 წუთში ჩნდება. შარდის ბუშტის ფუნქციაზე გავლენას ახდენს შიგნითა სასქესო ორგა-

ნოების სისხლსავსეობა. დიზურიული მოვლენები თითქმის ყოველთვის მწვავედება თვიურის დროს და მცირდება მისი დამთავრების შემდეგ. გახშირებულ შარდვასთან ერთად პაციენტს აწუხებს ტკივილი, რომელიც ძლიერდება მოშარდვის ბოლოს, რადგან ლორწოვანი გარსი ეხება ბუშტის სამკუთხედს, სადაც დიდი რაოდენობით ნერვული დაბოლოებებია. ტკივილი გადაეცემა საზარდულში, შორისსა და საშოში. შარდი მღვრია, მოშარდვის ბოლოს სისხლის მინარევებით. ტერმინალური ჰემატურია განპირობებულია შარდის ბუშტის ყელისა და ბუშტის სამკუთხედის ტრავმირებით. პაციენტებს უჩნდებათ შარდის შეუტყვევლობის სიმპტომები, რაც დეტრუზორების ტონუსის მომატებითა და სფინქტერების ფუნქციის შესუსტებით აიხსნება. მწვავე ცისტიტისათვის დამახასიათებელია უეცარი დასაწყისი და სიმპტომების სწრაფი მატება. პაციენტთა ზოგადი მდგომარეობა მწვავე ცისტიტის დროს ნაკლებად იცვლება.

ლორწოვანი გარსის დაზიანება შეიძლება იყოს შემოფარგლული ან დიფუზური, მაგრამ იგი არ ცდება ლორწოვანი გარსის სუბეპითელურ შრეს. მწვავე ცისტიტის დამახასიათებელი სიმპტომებია შარდის მიკროსკოპიული გამოკვლევის მონაცემები. შარდი, ძირითადად, მჟავეა და დიდი რაოდენობით შეიცავს ლეიკოციტებს. სხვა ფორმიანი ელემენტებიდან შარდში ნახულობენ ეპითელურ უჯრედებსა და ცილას, თუმცა ცილის რაოდენობა, ძირითადად, 1^o/₁₀₀-ს არ აღემატება. ცისტოსკოპიით ვლინდება ზომიერად გაფართოებული სისხლძარღვები, ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიულია. ცისტიტის დროს ყველაზე მეტად ჰიპერემიულია ბუშტის ყელი და ლეტოს სამკუთხედი. ცისტიტის ეს ფორმა ხშირად გვხვდება საშვილოსნოს ან მისი დანამატების ანთების დროს.

მკურნალობა. მიზანშეწონილია სიწყნარე, მათ შორის სქესობრივი. პაციენტი უნდა იმყოფებოდეს თბილ შენობაში. შარდის ბუშტის შეკუმშვისას ტკივილების შესამცირებლად ნიშნავენ დიდი რაოდენობით სითხეებს, სპაზმოლიზურ და შარდმდენ სამკურნალო საშუალებებს. საკვები არ უნდა იყოს გამაღიზიანებელი. ინიშნება რძისა და მცენარეული დიეტა, რათა მოწესრიგდეს კუჭ-ნაწლავის ფუნქცია. შედეგიანია თბილი მჯდომარე აბაზანები, ბელადონას სანთლები, მიკროოქსენი ანტიპირინით, ასევე, ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატები (ანალგინი, ამიდოპირინი, პაპავერინი და სხვ.). პოლაკიურის შემცირების შემდეგ ნიშნავენ დიდი რაოდენობით სითხეებს: ჩაი, შტოშის წოწოქურა, მინერალური წყლები და სხვ.

თერაპიული საშუალებების არსენალში რთავენ ქიმიოპრეპარატებს (ფურაგინი, ნეგრამი, 5-ნოკი) და ანტიბიოტიკებს (ტეტრაციკლინი, ოქსაციკლინი და სხვ.). მწვავე პროცესის ჩაცხრობის შემდეგ აწარმოებენ შარდის ბუშტის ინსტილაციას ლაპისის ხსნარით, საწყისი კონცენტრაციით 1:5000. მკურნალობა, ძირითადად, 7-10 დღე გრძელდება. მკურნალობის შედეგად მცირდება დიზურიული მოვლენები და შარდის შემაღენლობა ნორმას უბრუნდება.

პროფილაქსია საიმედოა.

ქრონიკული ცისტითი იშვიათად მიმდინარეობს დამოუკიდებელი დაავადების სახით. იგი ძირითადად ვითარდება, როგორც შარდის ბუშტის ან ურეთრის სხვა დაავადებების გართულება ან თან ერთვის საშვილოსნოსა და მისი დანამატების ანთებით პროცესებს. დაავადების სიმპტომები ნაკლებინტენსიურია, ვიდრე მწვავე ცისტიტის დროს, მაგრამ უფრო მყარი ხასიათი აქვს.

ქრონიკული ცისტიტის ძირითადი სიმპტომია პიურია. პიურიასთან ერთად აღინიშნება ჰემატურია, რომელიც მოშარდვის აქტის ბოლოს ჩნდება. პოლაკიურია არ ქრება, ვინაიდან შარდის ბუშტის ფიზიოლოგიური ტევადობა მცირდება პათოლოგიურ პროცესში კუნთოვანი შრის ჩართვის გამო. ცისტიტის გამწვავება ემთხვევა სქესობრივ აქტსა და მენსტრუალური ციკლის პერიოდებს.

დიაგნოსტიკა ეფუძნება დაავადების დამახასიათებელ სიმპტომებს, შარდის ცვლილებებსა და ცისტოსკოპიის მონაცემებს.

ხშირად ცისტოსკოპიის წარმოება საჭიროა ნარკოზით. ცვლილებები შარდის ბუშტში ძალზე მრავალფეროვანია. პრე- და პოსტმენოპაუზურ პერიოდში შარდის ბუშტის ლორწოვანი გარსი მკრთალია. ამ დროს ძალზე გავრცელებული ფორმაა ე.წ. ყელის ცისტიტები, როდესაც ანთებითი პროცესი მხოლოდ შარდის ბუშტის ყელსა და ურეთრის პროქსიმალურ ნაწილს მოიცავს. დიფუზური ანთების დროს ლორწოვანს მოწითალო ფერი აქვს და პრიალა შესახედაობას კარგავს. სისხლძარღვები არ ჩანს, ცალკეულ უბნებზე აღინიშნება ფიბროზული ნაღები და მარილის ნალექი (სურ. 157 ჩანართზე).

მკურნალობა კომპლექსურია. უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესების ჩაქრობა. ნიშნავენ ანტიბიოტიკებს, ნალიდიქსის მეთავის პრეპარატებს (ნეგრამი), სულფანილამიდებს, ეტაზოლს და სხვ.

შარდის ტუტე რეაქციის დროს იყენებენ ამონიუმის ქლორიდს, დიურეზულ საშუალებებს (ლაზიქსი, ჰიპოთიაზიდი, ფუროსემიდი). კარგი შედეგი აქვს მინერალურ წყლებს (ბორჯომი, საირმე და სხვ.). პორმონული უკმარისობის დროს შეჰყავთ ესტროგენები, რომლებიც შეიძლება საშოს სანთლების სახით დაინიშნოს. ტკივილსა და დიზურიულ მოვლენებს ამცირებს სპაზმოლიზური საშუალებები, თბილი აბაზანები, მიკროოყნები ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებებით, შარდის ბუშტის ინსტილაცია თევზის ქონით, სინტომიცინის ემულსიით, კოლარგოლის ხსნართა და ვერცხლის ნიტრატით. შედეგიანია ტალახით მკურნალობა. მკურნალობისადმი მდგრადი ცისტიტის დროს გამოიყენება ანტიჰისტამინური საშუალებები, ნოვოკაინის ბლოკადა, თერმული აბაზანები.

პროფნოზი საიმედოა.

პროფილაქტიკა. შარდის შეკავების შემთხვევაში ოპერაციის დროს და მშობიარობის შემდგომ შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია უმკაცრეს ასექტიკურ პირობებში უნდა ჩატარდეს. საჭიროა იმ გინეკოლოგიური დაავადებების დროული მკურნალობა, რომლებიც ცისტიტის განვითარების ხელისშემწყობი ფაქტორია.

დასხივების შემდგომი ცისტიტები გენიტალიების კიბოს სხივური თერაპიის სერიოზულ გართულებას წარმოადგენს პოსტრადიაციული ცისტიტი. იგი სისხლძარღვთა ცვლილებებისა და ლორწოვანი გარსის ტროფიკის დარღვევის შედეგად ვითარდება.

დაზიანების ხარისხის მიხედვით განასხვავებენ სხივური ცისტიტის სამ ფორმას: კატარულს, ფიბროზულსა და წყლულოვანს. დასხივების შემდგომი რეაქცია შეიძლება იყოს ადრეული (პირველი ნახევარი წლის განმავლობაში) და მოგვიანებითი (1-დან 10 წლამდე და მეტი მკურნალობის დამთავრების შემდეგ).

ცისტიტი, რომელიც უშუალოდ სხივური თერაპიის დამთავრების შემდეგ ვითარდება, ლორწოვანი გარსის მწვავე ანთებით ხასიათდება (სურ. 158

ჩანართზე). პაციენტი უჩივის ხშირ შარდვას (საათში 4-5-ჯერ). უფრო მოგვიანებით განვითარებული შარდის ბუშტის სხივური დაზიანება ვლინდება ტკივილებით შორისის არეში, შარდვის გაძნელებით. ლორწოვანი გარსის დაწყლულებისა და დანეკროზების შემთხვევაში ბუშტიდან იწყება მასიური სისხლდენა. აღრეული სხივური რეაქცია ლორწოვანი გარსის შეშუპებით გამოიხატება. ლორწო, ძირითადად, მუქი ალუბლისფერია, ალაგ-ალაგ ტელეანგიექტაზიების უბნებით. პათოლოგიური პროცესი უპირატესად ლოკალიზებულია შარდის ბუშტის უკანა კედელზე, რაც მაიონიზებელი რადიაციის ყველაზე ინტენსიური ზემოქმედების უბანს შეესაბამება. შემდგომში ჩნდება ლორწოვანი გარსის ნაწიბუროვანი და წყლულოვან-ნეკროზული ცვლილებები და მცირდება მისი მოცულობა. შარდის ბუშტი ბურთისმაგვარ ფორმასღებულობს, ხოლო მისი კედლები რიგიდული ხდება.

მკურნალობა პოსტრადიაციული ცისტიტის დროს რთულია და ხანგრძლივად გრძელდება (3-4 თვე). მიკრობული ფლორის მგრძობელობის გათვალისწინებით ნიშნავენ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებს. შედეგიანია შარდის ბუშტის ინსტილაცია ქაცვის ზეთით, თევზის ქონით, მეტაცინით, მეთილურაცლით, სინტომიცინის ემულსიის საანესთეზიო პრეპარატებთან და B_1 , B_6 და B_{12} ვიტამინებთან კომბინაციით. მკურნალობის შედეგად დიზურიული მოვლენები შედარებით სწრაფად ქრება და პაციენტის საერთო მდგომარეობა უმჯობესდება. კარგ შედეგებს იღებენ გლუკოკორტიკოიდული ჰორმონების ადგილობრივი გამოყენებისას. კონსერვატიული მკურნალობის უშედეგობის შემთხვევაში საჭიროა შარდის ბუშტის რეზექცია.

პროფილაქსი წყლულოვან-ნეკროზული პროცესების დროს ნაკლებად საიმედოა.

ცისტიტის პროფილაქტიკაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება იმ პაციენტთა პერიოდულ ცისტოსკოპიურ გამოკვლევას, რომელთაც სასქესო ორგანოთა ავთვისებიანი წარმონაქმნების გამო ჩაუტარდათ სხივური თერაპია.

ცისტალგია

ცისტალგია შარდის ბუშტის შედარებით გავრცელებული დაავადებაა, რომელიც უპირატესად ახალგაზრდა ასაკის ქალებში გვხვდება.

ეტიოლოგია და პათოგენეზი დაავადება პოლიეტიოლოგიურია. შარდის ბუშტის ნერვ-კუნთოვანი სტრუქტურები ზიანდება ანთებითი ცვლილებების გამო. ცისტალგიის განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს საკვერცხეების დისფუნქციას, რომელიც ბუშტის სამკუთხედში რეაქტიულ ცვლილებებს იწვევს. დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს საშვილოსნოს მიომა, ოპერაციის შემდგომი ფართო ნაწიბუროვანი შეხორცებები, სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები, საშოს კედლების დაწევა. დიდი მნიშვნელობა აქვს ნერვულ-ფსიქიკურ ფაქტორებს — ემოციური კრიზებს, სექსუალურ კონფლიქტებს. დაავადების მიზეზი, აგრეთვე, შეიძლება იყოს ალერგენები: საოჯახო მტვერი, ზოგიერთი საკვები პროდუქტი, მოკოლადი, რძე და სხვ.

კლინიკა. ცისტალგიის დროს დამახასიათებელი ჩივილები შეიძლება დაეყოს ორ ჯგუფად: პირველს მიეკუთვნება გახშირებული, იმპერატიული და მტკივნეული შარდვა. დიზურიული მოვლენები ძლიერდება ყაბზობის, გაციების დროს,

პრემენტრუალურ პერიოდში და ცხარე კერძების მიღების შემდეგ. ჩივილები მეორე ჯგუფს მიეკუთვნება ტკივილი შორისა და ბოქვენზედა არეში. ტკივილი ძირითადად ყრუა, მაგრამ საკმაოდ ხანგრძლივი, მწვავედება მენტრუაციის, ორსულობის, პრე- და პოსტმენოპაუზურ პერიოდებში.

ღიაგნოსტიკა ანამნეზის მონაცემებსა და პაციენტის კლინიკურ გამოკვლევას ეფუძნება. შარდი, ძირითადად, პათოლოგიურ ელემენტებს არ შეიცავს. ენდოსკოპიური გამოკვლევით შარდის ბუშტის ლორწოვანი გარსის სურათი ნორმალურია. სამკუთხედისა და ყელის მიდამოში აღინიშნება მცირე ჰიპერემია და შეშუპება, რომელიც ურეთრის პროქსიმალურ ნაწილზე ვრცელდება, ზოგჯერ კი ჩნდება ლეიკოპლაკიის მსგავსი ცვლილებები (სურ. 159 ჩანართზე).

მკურნალობა შედეგიანია მხოლოდ ეტიოლოგიური ფაქტორის მოცილების შემთხვევაში. ნიშნავენ ლიდაზას, კორტიზონსა და სხვა პრეპარატებს, რომლებიც ხელს უწყობენ ოპერაციის შემდგომ განვითარებული ნაწიბუროვანი ქსოვილის გაწოვას. ფიზიოთერაპიული პროცედურებიდან შედეგიანია ბალნეოთერაპია, ტალახით მკურნალობა, ასევე სინუსოიდური მოდულირებული დენები. კარგი შედეგი აქვს ჰორმონულ მკურნალობას. ჰიპოესტროგენიის დროს ნიშნავენ ესტროგენს, ჰიპერესტროგენიის დროს კი — გესტაგენებსა და, შედარებით იშვიათად, ანდროგენებს. მკურნალობის შედეგად დეტრუზორის ტონუსი იზრდება და შარდის ბუშტის სფინქტერის ტონუსი ქვეითდება.

ანალგეზიური მოქმედება აქვს რეფლექსოთერაპიას. ტკივილის მოხსნის მიზნით ნიშნავენ ტრანკვილიზატორებს: ანდაქსინი, ტრიოქსაზინი და სხვ.

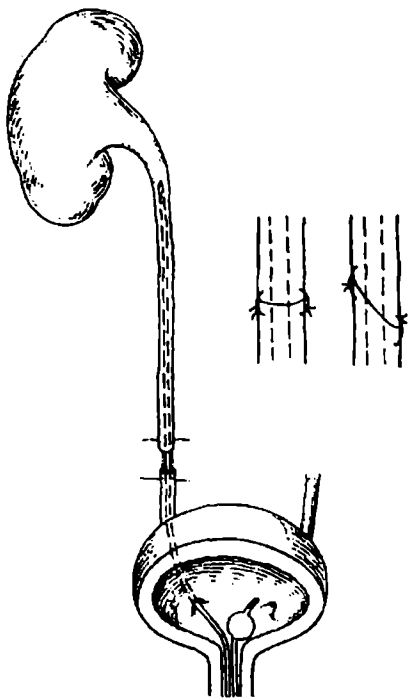
პროგნოზი საიმედოა.

საშარდე გზების ტრავმული დაზიანებები

საშარდე სისტემის ტრავმული დაზიანებები სამეანო და გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში ხშირად გვხვდება.

საშარდე სისტემის დაზიანება განსაკუთრებით ხშირია საშვილოსნოს ყელის კიბოს დროს რადიკალური ოპერაციების ჩატარებისას, ინტრალიგამეტურად არსებული სიმსივნის ამოკვეთისას (მიომური კვანძები, საკვერცხის კისტომები). ოპერაციის დროს საშარდე სისტემის შეუმჩნეველი დაზიანების დროს ჩნდება სხვადასხვა სახის უროლოგიური გართულება: შარდის ჩაქცევა, პერიტონიტი, თირკმლების მწვავე უკმარისობა, შარდ-სასქესო ხვრელმილები, რომლებიც მკურნალობის სპეციალურ მეთოდებს საჭიროებს. თირკმლის დაზიანება შესაძლებელია ორსულობის დროსაც. ძირითადად ზიანდება პათოლოგიურად შეცვლილი თირკმელი (ჰიდრონეფროზი, პოლიკისტოზი და სხვ.). თირკმლის ტრავმა ძირითადად აღინიშნება ელვისებური მშობიარობის დროს, რომელსაც თან ახლავს საშვილოსნოს ძლიერი შეკუმშვა, რაც ზრდის მუცელშიდა და თირკმელშიდა წნევას.

ოპერაციის დროს თირკმლის დაზიანება ძალიან იშვიათია. გარკვეულ საშიშროებას წარმოადგენს დისტოპიური თირკმელი, რომელიც მოთავსებულია მუცლის შუა ხაზზე, შარდის ბუშტის ოდნავ ზემოთ. ასეთი თირკმელი თავისი ფორმით გენიტალის სიმსივნეს წააგავს. დაზიანების ხასიათის მიხედვით თირკმლის ჰრილობას კერავენ ან ამოკვეთენ თირკმლის პოლუსს ან მთლიანად თირკმელს.



სურ. 160. შარდსაწვეთ-შარდსაწვეთის ანასტომოზი.

ახორციელებენ ბილატერულ ნეფროსტომიას. შარდსაწვეთის არასრული გაკვეთისას მას კერავენ წვრილი კეტგუტის ნაკერებით. ამ უბანში შეყავთ რეზინის მილი, რომლითაც გამოაქვთ ჩაღვრილი შარდი.

შარდსაწვეთის სრული გადაკვეთის შემთხვევაში მის ბოლოებს აერთებენ პოლიეთილენის არტაშანზე პირით პირზე წვრილი კეტგუტის ძაფებით (სურ. 160).

ოპერაციას კარგი შედეგი აქვს მაშინ, როცა შარდსაწვეთის ბოლოებს ირიბად ჭრიან, რაც საშუალებას იძლევა გაიზარდოს ანასტომოზის ფართობი. არტაშანი შარდსადენი არხით გამოაქვთ გარეთ და 8-10 დღით ტოვებენ. ანასტომოზის აღვილას შეაქვთ სადრენაჟო მილი. ასეთივე ოპერაცია უნდა ჩატარდეს მაშინაც, როცა შარდსაწვეთი დამჭერით არის მიჭყლებილი.

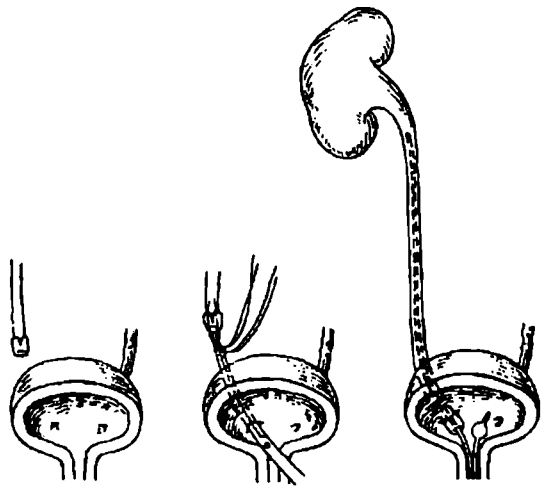
შარდსადენის დისტალური ნაწილის ტრავმის დროს გავრცელებულ ოპერაციას წარმოადგენს ურეთროცისტოანასტომოზის დადება. ცნობილია ამ ოპერაციის რამდენიმე სახეობა, მაგრამ უპირატესობა ენიჭება უფრო მარტივ მეთოდს, როდესაც შარდსაწვეთის თირკმლისკენა ბოლოს შარდის ბუშტში ჩაკერებენ (სურ. 161). უნდა ვეცადოთ, რომ ანასტომოზი ბუშტის სამკუთხედთან ახლოს აღმოჩნდეს. შარდის ბუშტს ყრუდ კერავენ კეტგუტის ორსართულიანი ნაკერით (პირველი — უწყვეტი, მეორე — კვანძოვანი). შარდის ბუშტში ურეთრიდან შეაქვთ კათეტერი და ტოვებენ 8-10 დღით.

შარდსაწვეთის მენჯის ნაწილის ვრცელი და ზიანების დროს საშარდე სისტემის მთლიანობის აღდგენა შეიძლება ბოარის ოპერაციის საშუალებით. ოპერაციის არსი შარდის ბუშტის ღეროსგან ურეთრის მილის ჩამოყალიბებაში მდგომარეობს. შარდსაწვეთის პროქსიმალურ ბოლოში 10-12 სმ სიღრმეზე შეაქვთ პოლიეთილენის წვრილი მილი და შარდსაწვეთის კედელში კეტგუტის ძაფით აფიქსირებენ.

შარდსაწვეთების ტრავმა ყველაზე ხშირად შიგნითა სასქესო ორგანოების ათვისებიანი და კეთილთვისებიანი დაავადებების გამო წარმოებული ოპერაციის დროს ხდება. უფრო ხშირად ზიანდება მარცხენა შარდსაწვეთი, რომელიც სასქესო ორგანოებთან უფრო ახლოს მდებარეობს. ტრავმა შეიძლება სხვადასხვაგვარი იყოს. შარდსაწვეთები შეიძლება შეცდომით გადაიკვანძოს, დამჭერით მიიჭყლიტოს ან გადაიკვეთოს.

შარდსაწვეთს ზოგჯერ სისხლძარღვებსა და იოგებთან ერთად შეცდომით გადაკვანძვენ. რამდენიმე წუთში ობსტრუქციის ზევით არსებული შარდსაწვეთის მონაკვეთი ფართოვდება. ლიგატურის მოხსნის შემდეგ, შარდის ნორმალური პასაჟი სწრაფადვე აღდგება. სამწუხაროდ ასეთი ტრავმა ყოველთვის არ გამოვლინდება ოპერაციის დროს. უფრო საშიში მდგომარეობა იქმნება, როდესაც ხდება ორივე შარდსაწვეთის გადაკვანძვა. ამ გართულების დროს

შემდეგ შარდის ბუშტის წინა გვერდითი კედლიდან ჭრიან 2-2,5 სმ სიგანის ყლორტს. მისი სიგრძე შარდსაწვეთის დეფექტზე ოდნავ მეტი უნდა იყოს. შარდსაწვეთის ორმხრივი ტრავმის დროს ერთდროულად ჭრიან ორ ან ერთ ფართო ყლორტს. გამოჭრილ ყლორტს კათეტერზე მილის სახით აკერებენ, რომელთანაც შარდსაწვეთს აერთებენ ინვაგინაციის გზით ან პირით პირზე. შარდის ბუშტს ყრუდ კერავენ, პოლიეთილენის კათეტერის ბოლოს შარდსადენის მილით გარეთ გამოტანის შედეგად. კათეტერს 8-10 დღის შემდეგ იღებენ. ყველა ზემოთ აღწერილი ოპერაცია თირკმლის და საშარდე გზების ნორმალურ ფუნქციას უზრუნველყოფს.



სურ. 161. ურეთროცისტოანატომოზი.

თუ რაიმე მიზეზით ზედა საშარდე გზების მთლიანობის აღდგენა ვერ ხერხდება, მაშინ ახორციელებენ კანში შარდსაწვეთების დროებით ჩანერგვას, მოგვიანებით კი აკეთებენ პლასტიკურ ოპერაციას.

კლინიკური გამოცდილება ადასტურებს, რომ შარდსაწვეთის ტრავმა ხშირად შეუქმნეველი რჩება ოპერაციის დროს და თავს იჩენს ოპერაციის შემდგომ ადრეულ ან მოგვიანებით პერიოდში, შარდის ფლემონების ან შარდსადენის ხვრელმიღების წარმოქმნის სახით.

შარდის ბუშტის ტრავმის ხელშემწყობი ფაქტორია ანთებითი ცვლილებები სასქესო ორგანოებსა და მიმდებარე ფაშარ ქსოვილში. შარდის ბუშტის წინა კედლის ტრავმა ნაკლებად სახიფათოა. ასეთ შემთხვევაში საკმარისია ტრავმირებული კედლის კეტგუტის ძაფით გაკერვა ორ სართულად და 2-3 დღით მუდმივი კათეტერის ჩადგმა. უფრო სერიოზული გართულებები ვითარდება შარდის ბუშტის უკანა კედლის დაზიანებისას. ასეთი დეფექტის გაკერვა ძნელი არ არის, მაგრამ ამ დროს ყოველთვის არსებობს შარდსაწვეთის ინტრამურული ნაწილის დაზიანების საშიშროება. ამ მძიმე გართულების თავიდან ასაცილებლად, შარდსაწვეთების ჩართვის ადგილს მუდმივად უნდა ადევნებდეს თვალყურს ქირურგი. ამისათვის კვეთენ შარდის ბუშტის წინა კედელს და სარკეების საშუალებით ფართოდ ხსნიან ტრავმის არეს. თუ ჭრილობა შარდსაწვეთების ჩართვის ადგილთან ახლოსაა, მაშინ მათ სანათურში დგამენ კათეტერებს. შემდეგ შარდის ბუშტის ჭრილობას კერავენ. გაკერვა ხდება ყრუდ, კეტგუტით, ორ სართულიანი ნაკერით. ამის შემდეგ 5-6 დღით იდგმება მუდმივი ურეთრული კათეტერი. თუ დაზიანებული იყო სერიოზული საფარველი და კუნთოვანი შრე, მაშინ ტრავმირებულ ადგილს კერავენ. შარდის ბუშტში რამდენიმე დღით დგამენ ურეთრულ კათეტერს, პარავეზიკულურ სივრცეში კი — სადრენაჟო მილს. შარდის ბუშტის გამოუცნობმა ტრავმამ შეიძლება მიმდებარე ქსოვილების შარდით ინფილტრაცია და პერიტონიტი გამოიწვიოს. შარდისმიერი პერიტონიტის სიმპტომები, ძირითადად, შარდის ბუშტის ტრავმიდან 2-3 დღის

შემდეგ ვლინდება. ასეთ შემთხვევაში მიმართავენ ლაპაროტომიას, მუცლის ღრუს გათავისუფლებას დაგროვილი შარდისაგან და შარდის ბუშტის დეფექტის გაკერვას. შარდის ბუშტის მუცლის ღრუშიდა დაზიანებისას შარდი სწრაფად განიცდის ინფილტრაციას მენჯის ფაშარ ქსოვილში და ქსოვილების ნეკროზულ ცვლილებებს იწვევს. ასეთ პაციენტებში შარდის დროული აღმოჩენითა და პარავენიკულური სივრცის დრენირებით შესაძლებელია ხვრელმილებისა და მენჯის შარდისმიერი ფლემონების თავიდან აცილება. დეფექტის გაკერვის შემდეგ აუცილებელია პარავენიკულური სივრცის დრენირება.

შარდსადენი უფრო ხშირად საშოს პლასტიკური ოპერაციების დროს ზიანდება, შედარებით იშვიათად — საშოს კისტების ამოკვეთისას. შარდსადენის დაზიანების ხარისხი შეიძლება სხვადასხვაგვარი იყოს — კედლის ჭრილობიდან დაწყებული დიდ დაზიანებამდე. დაზიანებული უკანა კედლის გაკერვა ძნელი არ არის, მაგრამ ურეთრის მთლიანობის აღდგენა იშვიათად ხერხდება. ამ გართულების მიზეზია შეყვანილი ურეთრული კათეტერი, რომელიც აუცილებელია შარდის გამოსაღებად. კათეტერი, როგორც უცხო სხეული, ხელს უწყობს ინფექციის განვითარებას და ამით ხელს უშლის ჭრილობის შეხორცებას. იმისათვის, რომ დაზიანებული ქსოვილები მათზე შარდის ზემოქმედებისაგან დავიცვათ, უმჯობესია შარდი ცისტოსტომით გამოვიტანოთ.

ურეთრის ვრცელი დაზიანების დროს რეკონსტრუქციული ოპერაციის წარმოებას არ უნდა ვეცადოთ, რადგან ასეთი სასწრაფოდ ჩატარებული ოპერაციები იშვიათად არის წარმატებული. მისი განხორციელება უმჯობესია გეგმიურად.

პროფილაქტიკა. მცირე მენჯში არსებული სიმსივნეების დროს საშარდე სისტემა წინასწარ უნდა გამოიკვლიონ რენტგენოლოგიური და ენდოსკოპიური მეთოდებით. რთული გინეკოლოგიური ოპერაციების დროს უმჯობესია გაკეთდეს შარდსაწვეთების კათეტერიზაცია და ოპერაცია უროლოგის თანდასწრებით ჩატარდეს.

შარდ-სასქესო ხვრელმილები

შარდ-სასქესო ხვრელმილები უროგინეკოლოგიაში შედარებით ხშირი და მძიმე გართულებაა. თუმცა ეს დაავადება უშუალოდ პაციენტის სიცოცხლეს არ ემუქრება, მაგრამ იგი ღრმა ფსიქოლოგიური ტრავმების მიზეზი ხდება.

ეტოლოგია და პათოგენეზი. შარდ-სასქესო ხვრელმილები უპირატესად საშარდე ორგანოების დაზიანების ან ტროფიკული დარღვევების შედეგად ჩნდება პათოლოგიური მშობიარობის, სამეანო ან გინეკოლოგიური ოპერაციების დროს. უფრო იშვიათ მიზეზს წარმოადგენს ქიმიური დამწვრობა, საყოფაცხოვრებო ტრავმა ან ცეცხლნასროლი ჭრილობა.

სამეანო ხვრელმილები, ძირითადად, ნაყოფის თავით სამშობიარო გზების, რბილი ქსოვილებისა და კერძოდ, შარდის ბუშტის ხანგრძლივი მიჭყლეთის გამო ჩნდება. ასეთი მდგომარეობა, ძირითადად, კლინიკურად ვიწრო მენჯის დროს ვითარდება. ქსოვილთა ხანგრძლივი მიჭყლეთის დროს სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევა ირღვევა, რაც სასქესო და საშარდე ორგანოების ქსოვილების ნეკროზსა და ხვრელმილების განვითარებას იწვევს.

ტრავმული ხვრელმილები ვითარდება ნაყოფის დამანაწევრებელი ოპერაციების დროს ან სამეანო მაშების დადებისას. ზოგჯერ ეს გართულება საშვილოს-

ნოს ქვედა სეგმენტში საკეისრო კვეთის შემდეგ (საშვილოსნოს ამოკვეთასთან ერთად) ვითარდება.

გინეკოლოგიაში ხვრელმილები ყველაზე ხშირად საშვილოსნოს ექსტირპაციის შემდეგ ჩნდება. დიდ საშიშროებას წარმოადგენს კრიმინალური აბორტი. ქსოვილების იშემიური ნეკროზი ხვრელმილების შემდგომი წარმოქმნით, მოსალოდნელია სხივური თერაპიის დროსაც. განსაკუთრებით მძიმე ფორმას წარმოადგენს სასქესო ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეების დაშლის შედეგად წარმოქმნილი შარდ-სასქესო ხვრელმილები.

ყველაზე ხშირად გვხვდება ბუშტ-საშოს (სურ. 162), უფრო იშვიათად — ურეთრა-საშოს, შარდსაწვეთ-საშოს და რთული ხვრელმილები.

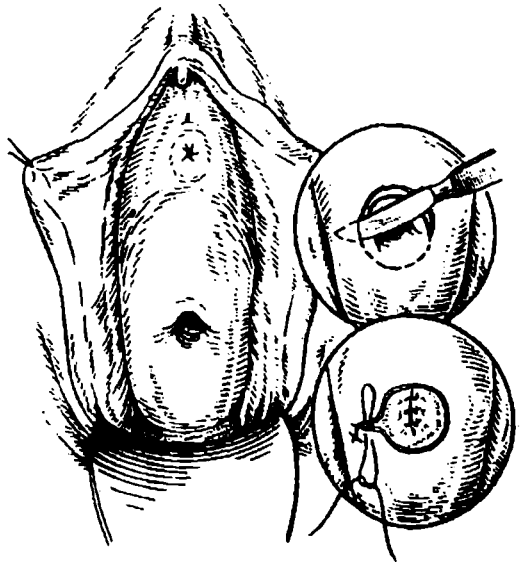
კლინიკა. ყველა ხვრელმილისათვის დამახასიათებელ საერთო სიმპტომს წარმოადგენს შარდის გაჟონვა. ტრავმული ხვრელმილების დროს შარდი ჰრილობის მიყენებიდან დაუყოვნებლივ იწყებს საშოში გამოსვლას. ტროფიკული წყლულები მშობიარობიდან ან ქირურგიული ოპერაციიდან 8-12 დღის შემდეგ ყალიბდება.

ხვრელმილების ზომები ძალიან მერყეობს — წერტილოვანი ხვრელიდან შარდის ბუშტისა და ურეთრის ვრცელ რღვევამდე. მათ ზომაზეა დამოკიდებული გამოყოფილი შარდის რაოდენობა. მცირე ზომის ბუშტ-საშოს და ურეთრა-საშოს ხვრელმილების დროს შარდვა ბუნებრივი გზით შეიძლება შენარჩუნებული იყოს, ხოლო დიდი დეფექტების დროს მთელი შარდი საშოში იღვრება.

შარდსაწვეთ-საშოს ხვრელმილებისათვის ნორმალურ შარდვასთან ერთად დამახასიათებელია შარდის მუდმივი გაჟონვა.

ბუშტ-ყულ-საშვილოსნოს ხვრელმილებს, მათი მაღალი მდებარეობისა და მცირე ზომის გამო, ყოველთვის თან არ ახლავს შარდის შეუკავებლობა, შარდი გაჟონვას იწყებს, როცა ხვრელმილი შარდის ბუშტსა და საშვილოსნოს ყელის არხს შორის მდებარეობს. ამ პაციენტებს მენსტრუაციის დროს შარდში სისხლი ერევათ. სხვა სიმპტომებს შორის აღსანიშნავია ტკივილები შარდის ბუშტსა და საშოში, რაც თანმხლები ანთებითი პროცესითაა გამოწვეული. შარდსაწვეთ-საშოს ხვრელმილების ჩამოყალიბებას წინ უსწრებს ცხელება და დიზურიული მოვლენები.

დიაგნოსტიკა. საშოსმხრივი გამოკვლევით ადგენენ ხვრელმილის ლოკალიზაციასა და ხვრელის ზომებს. დიდი ზომის ბუშტ-საშოს და ურეთრა-საშოს ხვრელმილები აშკარად ჩანს სარკეებით საშოს დათვალიერებისას. გაცილებით უფრო ძნელია იმ მცირე ხვრელმილების გამოვლენა, რომლებიც განლაგებულია საშოს ტაკვის სიღრმეში. ასეთ შემთხვევაში შარდის ბუშტს ავსებენ შეფერილი სითხით, რომელიც ხვრელმილების შემთხვევაში საშოში გადავა. შარდსაწვეთის ხვრელმილები, ძირითადად, განლაგებულია საშოს თალში და მათი



სურ. 162. ბუშტ-საშოს ხვრელმილი.

კათეტერიზაცია შვევიწროებული ნაწიბუროვანი ხვრელიდან ძალიან იშვიათად ხერხდება.

გამოკვლევის მნიშვნელოვანი მეთოდია ცისტოსკოპია, რომლის საშუალებითაც შესაძლებელია შარდის ბუშტში ხვრელმილის მდებარეობის განსაზღვრა და შარდსაწვეთების შესართავისა და ურეთრის შიგნითა ხვრელის მიმართ მისი დამოკიდებულების დადგენა.

შარდსაწვეთ-საშოს ხვრელმილების დიაგნოზს რენტგენო- და რადიოლოგიური გამოკვლევების საშუალებით ადგენენ.

მკურნალობა. შარდ-სასქესო ხვრელმილების მკურნალობის კონსერვატიული მეთოდები ნაკლებად ეფექტურია. მისი წარმოქმნიდან პირველ 2-3 კვირაში ბუშტ-საშოს ხვრელმილს მოწვავენ ვერცხლის ნიტრატის 5%-იანი ხსნარით, ლაპისის კრისტალით, იოდის ნაყენით ან დიათერმული დენის საშუალებით. ასეთი ზემოქმედების შედეგად ყალიბდება ქერქი, რომლის მოცილების შემდეგ ხვრელმილი შეიძლება დანაწიბურდეს. ასეთი მკურნალობა უნდა ჩატარდეს 8-10 დღის განმავლობაში შეყვანილი ურეთრული კათეტერის მეშვეობით. შარდსაწვეთ-საშოს ხვრელმილები წარმატებით იკურნება შარდ-საწვეთის კათეტერიზაციით, კათეტერის 6-8 დღით დატოვებით. ისინი ერთიდან სამ თვემდე პერიოდში შეიძლება დამოუკიდებლად დაიხუროს, მაგრამ შარდის გამოყოფის შეწყვეტას, თითქმის ყოველთვის თან ახლავს თირკმლის პარენქიმის სიკვდილი. მკურნალობის კონსერვატიული მეთოდები უშედეგოა პოსტრადიაციული და გართულეული ხვრელმილების დროს.

პლასტიკური ოპერაციის ძირითადი მიზანია ბუნებრივი გზით ნებითი შარდვის აღდგენა. ამ დროს შარდ-სასქესო ორგანოებს შორის შენარჩუნებული უნდა იყოს აუცილებელი ანატომიური და ფიზიოლოგიური ურთიერთდამოკიდებულება. შარდ-სასქესო ხვრელმილების მკურნალობა ოპტიმალურია მათი წარმოქმნიდან 4-6 თვის შემდეგ. უფრო დიდ ხანს მოცდა საჭიროა მხოლოდ პოსტრადიაციული ხვრელმილების შემთხვევაში, ვინაიდან დასხივებული ქსოვილი ერთ წელიწადზე ადრე ვერ იძენს აუცილებელ პლასტიკურ თვისებებს. გამოწვევის წარმოდგენენ პაციენტები, შარდსაწვეთ-საშოს ხვრელმილებით. ამ დროს ოპერაცია მათი წარმოქმნიდან 5-6 კვირაში კეთდება.

ოპერაციის შედეგი მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული პაციენტის წინასაოპერაციო მომზადებასა და ოპერაციის შემდგომი პერიოდის მართვაზე. პაციენტებს საშოს ლორწოვანი გარსი და გარეთა სასქესო ორგანოების კანი შარდით მულმივი გაღიზიანების გამო ხშირად მაცერირებული აქვთ. ასეთ პაციენტებში ხშირია ცისტითი, გარდა ამისა, ხვრელმილის არეში ჭარბად აქვთ განვითარებული ნაწიბუროვანი ქსოვილი. ყოველივე ეს მნიშვნელოვნად ართულებს ოპერაციის ჩატარებას.

შარდ-სასქესო სისტემის წინასაოპერაციო სანაცია გულისხმობს საშოსა და შარდის ბუშტის სხვადასხვა სადებინფექციო ხსნარებით გამორეცხვას. მაცერირებული კანის უბნებს კასტელანის ხსნარით, ლასარის პასტით, ანტისეპტიკური მალამოთი ამუშავებენ. ადგილობრივ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობასთან ერთად, პაციენტებს უნიშნავენ სულფანილამიდურ პრეპარატებსა და ანტიბიოტიკებს, შარდში ნაწლავური ბაქტერიების სიჭარბის გათვალისწინებით.

ნაწიბურის გაწოვას ხელს უწყობს ალოე, მინისებრი სხეული, რონიდაზები (ფიზიოთერაპიულ პროცედურებთან ერთად). ახორციელებენ ზოგადგამაჯანსაღებელ და სედაციურ თერაპიას.

პაციენტის პლასტიკური ოპერაციისათვის მზადყოფნის კრიტერიუმს წარმოადგენს შარდ-სასქესო სისტემაში ანთებითი პროცესის ჩაცხრობა. ოპერაცია წარმოებს ინტუბაციური ნარკოზით ან პერიდურული ანესთეზიით.

ბუშტ-საშოს ხვრელმილების პლასტიკას სხვადასხვა მიდგომით ახორციელებენ: ტრანსვაგინური, ტრანსვეზიკულური ან ტრანსაბდომინური. საოპერაციო მეთოდის არჩევაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ხვრემილის ლოკალიზაციას, მის ზომებსა და შარდსაწვეთების ჩართვის ადგილთან მის დამოკიდებულებას.

პროგნოზი. პლასტიკური ოპერაციის შემდგომ პაციენტთა უმრავლესობის პროგნოზი საიმედოა. მიმდებარე ქსოვილების გამონატული პათოლოგიური ცვლილებების გამო ნაკლებად საიმედოა პროგნოზი პოსტრადიაციული ხვრელმილების დროს.

თუ ოპერაციის შემდეგ ორსულობა განვითარდა, მიზანშეწონილია მისი შეწყვეტა (ხელოვნური აბორტი). ორსულობის შენარჩუნების შემთხვევაში მშობიარობას ახორციელებენ ექსტრაპერიტონეული საკეისრო კვეთით.

პროფილაქტიკა. საჭიროა მშობიარობის რაციონალური მართვა და დამზოგავი ოპერაციული ტექნიკა გინეკოლოგიური ოპერაციების დროს.

შარდის შეუკავებლობა დაძაბულობისას

ტერმინი „შარდის შეუკავებლობა დაძაბულობისას“ გულისხმობს შარდის უნებლიე გამოყოფას ურეთრიდან ბუშტშიდა წნევის პასიური მომატების დროს (ხველის, ცემინების, მუცლის პრესის კუნთების დაჭიმვის დროს და სხვ.). ეს დაავადება ძირითადად გვხვდება საშუალო და უფროსი ასაკის ქალებში. იგი ვითარდება შარდის ბუშტის სფინქტერების ფუნქციის ანატომიური და ფუნქციური დარღვევის შედეგად.

შარდის შეუკავებლობა დაძაბულობისას შეიძლება დაკავშირებული იყოს სამშობიარო ტრავმასთან, მძიმე ფიზიკურ სამუშაოსა და ჰორმონულ დარღვევებთან. ერთმანეთისაგან განასხვავებენ შარდის შეუკავებლობის სამ ხარისხს: მსუბუქს, საშუალოსა და მძიმეს. მსუბუქი ხარისხის შარდის შეუკავებლობის დროს, მუცლის ღრუშიდა წნევის უეცარი და მკვეთრი მომატებისას (ძლიერი ხველა, სწრაფი სიარული ან სირბილი) პაციენტს უნებლიედ გამოეყოფა რამდენიმე მილილიტრი შარდი. საშუალო ხარისხს ახასიათებს შარდის გამოყოფა სიცილის, სიარულის, მსუბუქი ფიზიკური დატვირთვის დროს. დაავადების მძიმე ხარისხის დროს პაციენტები, თითქმის მთელ შარდს კარგავენ (მენჯის ფსკერის კუნთების მოღუნებისას) მაშინ, როდესაც ჰორიზონტალური მდგომარეობიდან ვერტიკალურში გადადიან. შარდი შეიძლება ჟონავდეს ძილისა და სქესობრივი აქტის დროსაც.

დიაგნოსტიკა ხდება კომპლექსური უროლოგიური, გინეკოლოგიური, ენდოკრინოლოგიური და ნევროლოგიური გამოკვლევების საფუძველზე. უპირველეს ყოვლისა, უნდა გამოირიცხოს საშარდე სისტემის განვითარების მანკები —

შარდსაწვეთის ექტოპია, ჰიპო- ან ეპისპადია. შარდის შეუკავებლობა დაძაბულობისას უნდა განვასხვაოთ შარდის შეუკავებლობისაგან. ეს ტერმინი გულისხმობს შარდის უნებლიე გამოყოფას, რასაც თან ახლავს მოშარდვის იმპერატიული მოთხოვნა. ამ დაავადების ხშირი მეგზურია ურეთრიტი და ცისტიტი. მას, აგრეთვე, თან ახლავს ფსიქოგენური ფაქტორები (ისტერია და დეპრესია).

ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის გამოკვლევისას ყურადღება უნდა მიექცეს კუნთთა ტონუსსა და მამოძრავებელ რეფლექსებს. შემდეგ ათვალთვლებენ გარეთა სასქესო ორგანოებს, შორისსა და შარდსადენს. დაძაბულობისას ზოგჯერ ვლინდება ცისტოცელე. დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ხველთი ბიძვის სიმპტომს. ამისათვის წინასწარ ავსებენ შარდის ბუშტის სითხით და აკვირდებიან მის გამოყოფას ხველის დროს. ასევე, უნდა დავარწმუნდეთ შარდის ბუშტის კედლებისა და შარდსადენი არხის მთლიანობაში. აუცილებელია შარდის გამოკვლევა, ვინაიდან საშარდე სისტემის ორგანოების ანთებითი პროცესები ხელს უწყობს და აძლიერებს შარდის უნებლიე გამოყოფას.

დიაგნოსტიკაში გარკვეული მნიშვნელობა აქვს შარდის ბუშტისა და შარდსადენის ენდოსკოპიურ გამოკვლევას. ხშირად გვხვდება ბუშტის სამკუთხედის ჰიპერემია, შემუშება ყელის არეში და შარდის ბუშტის უკანა კედლის ჩავარდნა. ურეთრის ლორწოვანი გარსი, ძირითადად, ატროფიულია. აზუსტებენ შარდის ბუშტის ადგილმდებარეობას, შარდსადენის სიგრძესა და ფორმას. შარდის შეუკავებლობას ადასტურებს შარდის ბუშტის დაბალი მდებარეობა ბოქვენის სიმფიზთან მიმართებაში.

თუ ურეთრის სიგრძე ჯანმრთელ ქალებში 35-38 მმ-ია, შარდის შეუკავებლობისას იგი 30 მმზე გრძელი არ არის და ჰორიზონტალური ფორმა აქვს. ურეთროცისტოგრაფიით აღგენენ შარდის ბუშტის შიგნითა სფინქტერის მდგომარეობას.

ფუნქციურ მეთოდებს შორის დიდი მნიშვნელობა აქვს ცისტომეტრიას. შარდის შეუკავებლობის ხარისხის მიხედვით აწარმოებენ კონსერვატიულ ან ოპერაციულ მკურნალობას.

მკურნალობის არაოპერაციული მეთოდი საჭიროა შარდის სტრესული ხასიათის შეუკავებლობით პაციენტებისთვის. ასეთ მკურნალობას ანიჭებენ უპირატესობას ხანდაზმულ ქალებში (თანმხლები დაავადებების არსებობისას).

მკურნალობა კომპლექსურია. შედგება დიეტის, სამკურნალო ფიზკულტურის კურსის, მედიკამენტური თერაპიისა და შარდის ბუშტის ელექტროსტიმულაციისაგან. ვინაიდან შარდის შეუკავებლობის მქონე ქალებში სხეულის მასა ნორმაზე მეტია, ნიშნავენ დაბალკალორიულ დიეტას ნახშირწყლების, მარილისა და სითხის შეზღუდვით.

პაციენტების რეაბილიტაციისათვის გამოიყენება სამკურნალო ტანვარჯიშის კომპლექსი, რომელიც მიმართულია მენჯის ფსკერის კუნთ-იოგოვანი აპარატის გაძლიერებისა და სხეულის წონის მოწესრიგებისაკენ (სურ. 163).

კარგი შედეგი აღინიშნება მკურნალობის ფიზიოთერაპიული მეთოდების: ვიბრაციული მასაჟის, გაღვანური და დიადინამიური დენების გამოყენებისას. ელექტრომასტიმულირებელი თერაპია „ამპლიპულს-4“ და „ბიონ-3“ აპარატების საშუალებით შარდის დეტრუსორის რეფლექსურ ზღურბლს და აძლიერებს მენჯის ფსკერის განივზოლიანი კუნთების ტონურ შეკუმშვებს.

ვინაიდან ნერვული დაძაბულობისას დაავადების სიმპტომები ძლიერდება, მკურნალობა მოიცავს ფსიქოთერაპიასაც. ნიშნავენ ბუშტშიდა წნევის შემამკირებელ და ურეთრის წინააღმდეგობის გამზრდელ პრეპარატებს: ატროპინი, ეფედრინი და სხვ. გლუვი კუნთების ტონუსის ასამაღლებლად და შარდის ბუშტის სფინქტერების ფუნქციის მოსაწესრიგებლად გამოიყენება ესტროგენები.

კონსერვატიული მკურნალობის უშედეგობის შემთხვევაში იყენებენ მკურნალობის ოპერაციულ მეთოდებს. არსებობს მრავალი ოპერაცია, რომელიც შარდის ბუშტის სფინქტერების გაძლიერების მიზნით ხორციელდება.

მკურნალობის კონსერვატიული და ოპერაციული მეთოდების საშუალებით შესაძლებელი ხდება დაძაბულობისას შარდის შეუკავებლობით დაავადებულთა უმრავლესობის განკურნება.

საშარდე სისტემის ორგანოთა ანომალიები

უროგინეკოლოგიურ პრაქტიკაში ხშირად გვხვდება პაციენტები თირკმელებისა და საშარდე გზების განვითარების ანომალიებით; ერთმანეთისაგან განასხვავებენ თირკმლების განვითარების შემდეგ ანომალიებს:

1) რაოდენობრივი ანომალიები (აგენეზია, აპლაზია, დამატებითი თირკმელი, გაორება);

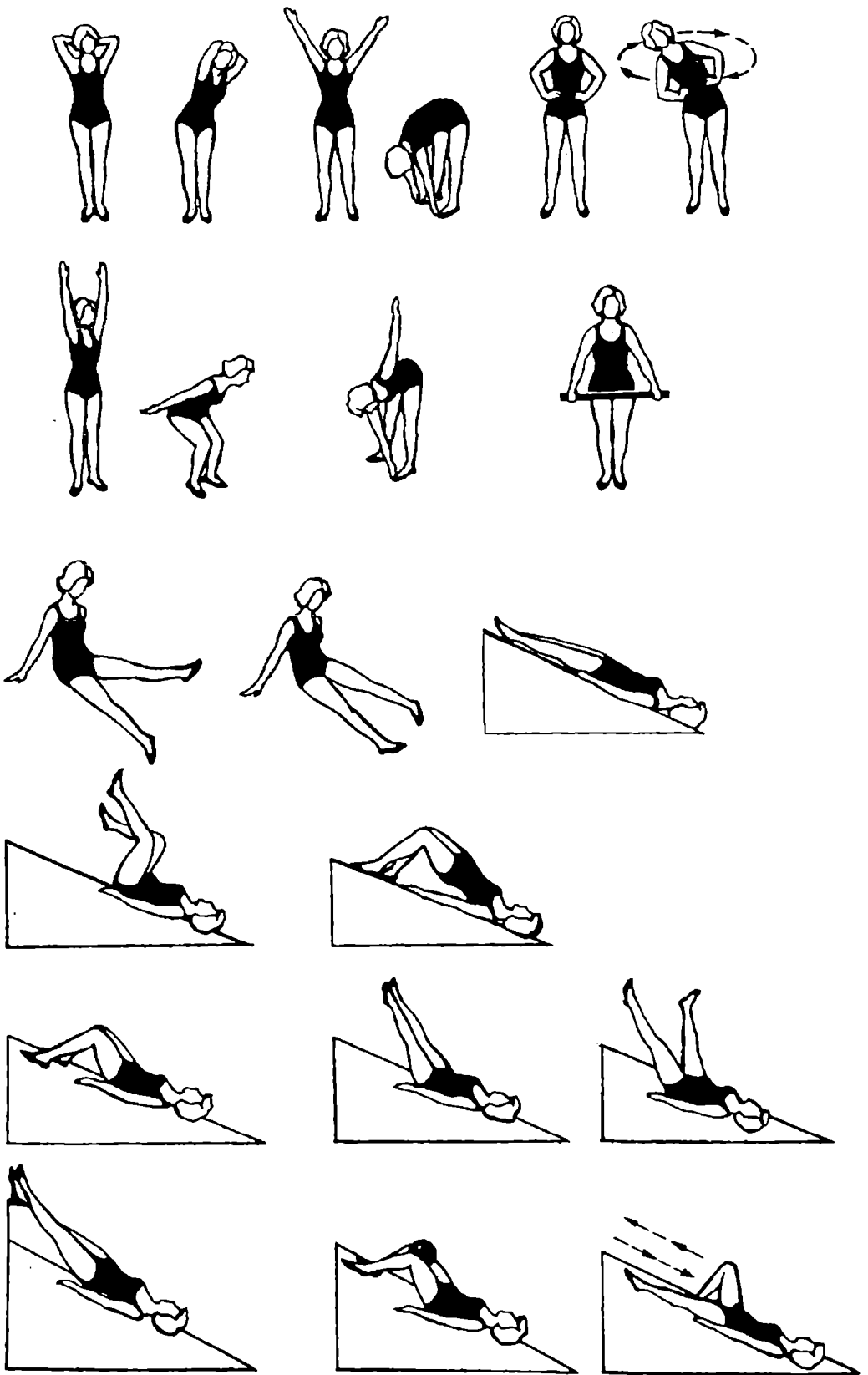
2) მდებარეობის ანომალიები (დისტოპია);

3) სტრუქტურული ანომალიები (ჰიდრონეფროზი, ჰიპოპლაზია, ღრუბლისებრი თირკმელი, თირკმლის ჩვეულებრივი კისტა, პოლიკისტოზი).

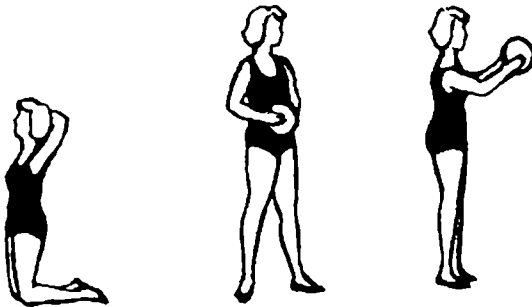
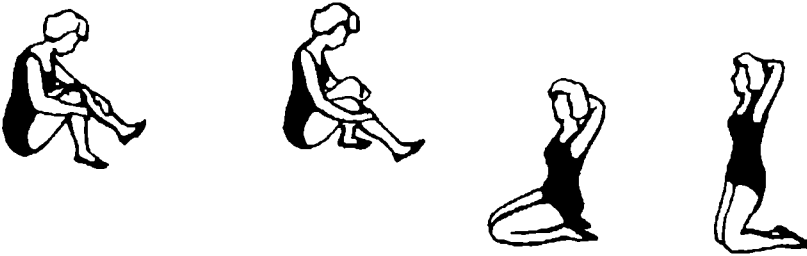
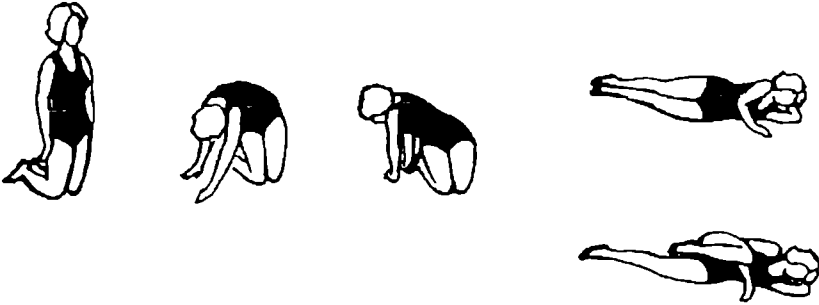
კლინიკურად ძალიან საინტერესოა ნალისებრი თირკმელი. ეს მანკი თირკმელების (უბირატესად ქვედა პოლუსების) შეზრდით გამოიხატება. ნალისებრი თირკმელი დაბალი მდებარეობისა და მოძრაობის შეზღუდვის გამო ადვილად ზიანდება, განიცდის ჰიდრონეფროზულ ცვლილებებს. ამ პათოლოგიის სხვა გართულებაა შარდ-კენჭოვანი დაავადება. მკურნალობა ოპერაციულია. მნიშვნელოვანია, აგრეთვე, თირკმლის დისტოპია. ჯვარედინი დისტოპიის დროს თირკმლები გადანაცვლებულია საწინააღმდეგო მხარეს. გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში ოპერაციის დროს დიდ საშიშროებას წარმოადგენს მცირე მენჯში ღრმად განლაგებული თირკმელები. ზოგჯერ ასეთ თირკმელს სასქესო ორგანოების სიმსივნედ აღიქვამენ. თირკმლის მდებარეობის ანომალიის დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება გამოკვლევის რენტგენოგრაფიული მეთოდებს.

ჰიდრონეფროზი ყველაზე ხშირად შარდსაწვეთის ხანგრძლივი მიჭყლეტის შედეგად ვითარდება. ჰიდრონეფროზისათვის დამახასიათებელი ურო- და ჰემოდინამიკის დარღვევები ხელს უწყობს პიელონეფრიტის განვითარებას.

ერთ-ერთი ყველაზე მძიმე ანომალიაა თირკმლების პოლიკისტოზი, რომელიც ყოველთვის ორმხრივია. დაავადება გადაეცემა დომინანტური ტიპით და ვითარდება თირკმელების ემბრიონულ პერიოდში განვითარების დარღვევების შედეგად. ამ ანომალიის დროს თირკმლის ქსოვილი თანდათანობით ჩანაცვლდება სხვადასხვა ზომის კისტებით, რომლებიც შენარჩუნებული პარენქიმის უმნიშვნელო შრით არის გარშემორტყმული. პაციენტთა უმრავლესობას თირკმლების პოლიკისტოზის დროს პიელონეფრიტიც აღენიშნება.



სურ. 163. სამკურნალო ტანფარჯიშის კომპლექსი.



პაციენტები უჩივიან ყრუ ტკივილებს წელის არეში, ადვილად დაღლას; აღენიშნებათ ჰემატურია და არტერიული ჰიპერტონია. მუცლის ღრმა პალპაციით ზოგჯერ შეიძლება გაისინჯოს გადიდებული, მკვრივი და ხორკლიანი თირკმელი.

თირკმლის კისტურ დაავადებებს მიეკუთვნება ჩვეულებრივი კისტები. ამ პათოლოგიის განვითარება განპირობებულია მუცლადყოფნის პერიოდში განვითარებული შარდგამომყოფი გზების ობსტრუქციით.

თირკმლის პოლიკისტოზისაგან განსხვავებით ამ ანომალიას არა აქვს მემკვიდრეობითი ხასიათი. მისი ძირითადი სიმპტომია ჰემატურია.

დიაგნოსტიკა. თირკმლის სხვადასხვა წარმოშობის კისტური ცვლილებების დიაგნოსტიკა შესაძლებელია რენტგენორადიოლოგიური მეთოდების დახმარებით. გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში გვხვდება შარდსაწვეთების სხვადასხვა პათოლოგია. მათ შორის ყველაზე ხშირია ურეთროცელე. ამ პათოლოგიის ღრუს დამახასიათებელია შარდსაწვეთის დისტალური ბოლოს ქინძისთავისებრი გამსხვილება, რომელიც შარდის ბუშტის სანათურში შედის. ანომალია შეიძლება ორმხრივი იყოს. დაავადება ვითარდება ლორწოქვეშა შრის არასრულყოფილი განვითარების ან შარდსაწვეთის ინტრამურული ნაწილის ფიბროზული ბოჭკოების უკმარისობისას. იგი, ძირითადად, შერწყმულია შარდსაწვეთის ხვრელის სტენოზთან. ხშირად ვითარდება ურეთროჰიდრონეფროზი. პაციენტები უჩივიან ტკივილს წელის არეში და დიზურიულ მოვლენებს. ურეთროცელეს შარდის ბუშტის ყელში გაჭედვისას შეიძლება განვითარდეს შარდის მწვავე შეხუთვა. ცისტოსკოპით შარდსაწვეთის ხვრელის არეში აღინიშნება ბურთისებრი გამოდრეკა, რომელიც დაფარულია შარდის ბუშტის ლორწოვანი გარსით.

მკურნალობა ძირითადად ოპერაციულია.

მეგაურეთრო, ძირითადად, ყალიბდება შარდსაწვეთის კედლის თანდაყოლილი ნეირო-კუნთოვანი სისუსტის შედეგად. დაავადება ყოველთვის შერწყმულია შარდსაწვეთის ინტრამურული ნაწილის სტრუქტურასთან. განვითარების ეს მანკი შემთხვევათა უმრავლესობაში ორმხრივია. შარდის შეგუბება და ხშირი ვეზიკო-ურეთრული რეფლუქსი ქმნის ინფექციის განვითარებისა და თირკმლის უკმარისობის ჩამოყალიბებისათვის ხელსაყრელ ნიადაგს.

საშარდე სისტემის ანომალიებს შორის საინტერესოა შარდსაწვეთის ხვრელის ექტოპია. იგი უპირატესად ცალმხრივია. ექტოპიური შესართავი მდებარეობს ურეთრის უკანა კედელზე ან საშოში, იშვიათად, საშვილოსნოს ყელში.

შარდსაწვეთების სრული გაორება ხდება ან ორი შარდსაწვეთის ჩანასახის განვითარების, ან შარდ-სასქესო წიაღში მათი გამოცალკევების შედეგად. ამ მანკისათვის დამახასიათებელია შარდის მუდმივი ჟონვა, მაგრამ ნებითი შარდვა შენახულია. შარდვის შეუკავებლობასთან ერთად პაციენტს აწუხებს ტკივილი წელის არეში, რასაც თან ახლავს ტემპერატურის მომატება თანდართული ანთებითი პროცესის გამო.

დიაგნოსტიკა ემყარება უროგრაფიის შედეგებს. გარკვეულ სადიაგნოზო დახმარებას გვიწევს ექტოპიური შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია შემდგომი ურეთროპიელოგრაფიით. დიდი მნიშვნელობა აქვს თირკმლის ანგიოგრაფიას, რომლის საშუალებითაც არა მარტო დგინდება ეს მანკი, არამედ ვლინდება

სისხლმომარაგების თავისებურებანი, რასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს სამკურნალო ტაქტიკის განსაზღვრისათვის.

მკურნალობა ოპერაციულია. საშარდე სადინრის შეუხორცებლობისას სანათური შენახულია, ძირითადად, იგი ბავშვის დაბადების დროისთვის ობლიტერაციას განიცდის. ურატუსი გამოდის შარდის ბუშტის წვერიდან და შუა ხაზით მიდის ჭიპამდე.

ურატუსის სანათურის შენახვისას ჭიპიდან გამოდის დაინფიცირებული შარდი. მისი არასრული შეხორცების შემთხვევაში ყალბდება ჭიპის კისტები ან ხვრელმილები. ფისტულოგრაფია დიაგნოზის დაზუსტების საშუალებას იძლევა.

მკურნალობა ოპერაციულია.

შარდის ბუშტის ექსტროფია საშარდე სისტემის განვითარების ყველაზე მძიმე და იშვიათი მანკია. ამ ანომალიის დროს აღსანიშნავია შარდის ბუშტის წინა კედლის დეფექტი, შარდგამომყოფი არხი საერთოდ არ არსებობს. ბოჭვენის ძვალი განუვითარებელია, სიმფიზის ადგილას კი შემაერთებული ქსოვილია განვითარებული.

შარდი მუცლის კედლის მხრიდან და შარდის ბუშტის კედლიდან გამოიყოფა, რის გამოც ხდება შორისისა და ბარძაყის კანის მაცერაცია. ეს ანომალია ზოგჯერ თან ახლავს ზედა საშარდე გზების განვითარების მანკებს. ბევრი პაციენტი იღუპება მოზარდ ასაკში თირკმლის უკმარისობის ან თირკმელში ჩირქოვან-ანთებითი პროცესების გამო.

ოპერაციული ჩარევა მიზანშეწონილია აღრეულ ბავშვთა ასაკში.

შარდგამომყოფი არხის განვითარების მანკები. ურეთრის აპლაზია შედარებით იშვიათია და განვითარების ძალიან მძიმე მანკია. ასეთ პაციენტებში შარდის ბუშტის შესასვლელს აქვს 1,5-2 სმ დიამეტრის ძაბრისებრი არხის სახე.

მკურნალობა ოპერაციულია.

ურეთრის განვითარების სხვა მანკს წარმოადგენს **ჰიპოსპადია**. ამ მანკისათვის დამახასიათებელია შარდგამომყოფი არხის უკანა კედლის სრული გახლეჩა და კლიტორის განუვითარებლობა.

მკურნალობა ოპერაციულია.

შარდგამომყოფი არხის დივერტიკულები უფრო ხშირად ურეთრულია. მათი დიამეტრი, ძირითადად, 2-3 სმ არ აღემატება. ისინი ხშირად განლაგებულია ურეთრის უკანა კედელზე.

ურეთრის დივერტიკულები შეიძლება განვითარდეს ანტენატალურ პერიოდში, შარდგამომყოფი სისტემის ჩანასახების არასწორი განვითარებისას, მაგრამ უფრო ხშირად სამშობიარო ტრავმის შედეგად ვითარდება.

დაავადების სიმპტომები სხვადასხვაგვარია. შედარებით მუდმივია ტკივილი და დიზურული მოვლენები, დაინფიცირებული დივერტიკულის დაცლისას ჩნდება ჰემატურია და პიურია. შეიძლება აღინიშნოს შარდის შეუკავებლობაც.

პირველი თავი

ქალის რეპროდუქციული სისტემის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებები . . . 7
 მენსტრუალური ციკლი და მისი რეგულაცია. 8
 ქალის სასქესო ორგანოთა ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებები სხვადასხვა ასაკობრივ პერიოდში. 24

მეორე თავი

გინეკოლოგიურ დაავადებათა პროპედევტიკა. მკურნალობის ზოგადი პრინციპები და მეთოდები. 27
 გინეკოლოგიურ პაციენტთა საერთო და სპეციალური გამოკვლევის მეთოდები . . . 36
 გინეკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობის პრინციპები და მეთოდები. 55

მესამე თავი

ქალის სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები. 67
 ქალის სასქესო ორგანოების ქვედა ნაწილის არასპეციფიური ეტიოლოგიის ანთებითი პროცესები და ქრონიკული ნეიროპორმონული დაავადებები 70
 ვულვის ანთება (vulvitis) 70
 ბართოლინიტი 71
 კოლპიტი 72
 სასქესო ორგანოების ქავილი (pruritus genitalis) 74
 ვაგინიზმი (vaginismus) 75
 ენდოცერვიციტი (endocervicitis) 76
 სასქესო ორგანოების ზედა ნაწილის არასპეციფიური ეტიოლოგიის ანთებითი პროცესები 77
 ენდომეტრიტი (endometritis) 77
 სალპინგოოფორიტი (salpingoophoritis) 79
 პელვიოპერიტონიტი (pelvioperitonitis) 85
 პარამეტრიტი (parametritis) 86
 ქალის სასქესო ორგანოების სპეციფიური ეტიოლოგიის ანთებითი დაავადებები 91
 ტრიქომონიაზი (trichomoniasis) 91
 გონორეა (gonorrhoea) 94
 კანდიდოზი (candidosis) 106
 ვირუსული დაავადებები 108
 მიკოპლაზმოზი (mycoplasmosis) 110
 უროგენიტალური ქლამიდიოზი 110
 ქალის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი 111

მეოთხე თავი

მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევები 122
 მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევის კლასიფიკაცია 123
 ამენორეა და ჰიპომენსტრუალური სინდრომი 124
 საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენები 135
 საშვილოსნოს ოვულაციური (ორფაზიანი) სისხლდენები 136
 საშვილოსნოს ანოვულაციური (ერთფაზიანი) სისხლდენები 137

მეზუთე თავი

ნეიროენდოკრინული სინდრომები. პრემენსტრუალური სინდრომი 146

პოსტკასტრაციული სინდრომი 149

კლიმაქტერული სინდრომი 151

სკლეროკისტოზული საკვერცხეების სინდრომი 155

კიარო-ფრომელის სინდრომი 161

შიენის სინდრომი 162

ადრენოგენიტალური სინდრომი 165

შექესე თავი

სასქესო ორგანოების კისტები 169

მეშვიდე თავი

საშვილოსნოს მიომა 173

მერვე თავი

საშვილოსნოს სარკომა 184

მეცხრე თავი

ენდომეტრიოზი 186

მეათე თავი

სარძევე ჯირკვლის დისჰორმონული დაავადებები 194

მეთერთმეტე თავი

გარეთა სასქესო ორგანოებისა და საშოს კიბოსწინა და სიმსივნური დაავადებები . . . 202

საშოს სიმსივნეები 205

მეთორმეტე თავი

ფონური კიბოსწინა დაავადებები და საშვილოსნოს ყელის კიბო 207

საშვილოსნოს ყელის ფონური დაავადებები 207

საშვილოსნოს ყელის კიბოსწინარე დაავადებები 210

საშვილოსნოს ყელის კიბო 215

მეცამეტე თავი

ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესები და კიბო 240

ენდომეტრიუმის კიბო 247

მეთოთხმეტე თავი

საკვერცხეებისა და საშვილოსნოს მილეების სიმსივნეები 223

საკვერცხის კეთილთვისებიანი ეპითელიური სიმსივნეები 229

საკვერცხის ფიბრომა 240

გერმინოგენური სიმსივნეები 244

საკვერცხეების კიბო 246

საშვილოსნოს მიღების სიმსივნეები	250
მეთხუთმეტე თავი	
ტროფობლასტური დაავადება	253
მეთექვსმეტე თავი	
სასქესო ორგანოების განვითარების დარღვევა	258
სასქესო ორგანოების განვითარების მანკები	258
ინფანტილიზმი	264
სქესობრივი განვითარების დარღვევა	268
სქესობრივი განვითარების დარღვევა პუბერტულ პერიოდში „წაშლილი“ ვირილიზაციის ტიპით	273
სქესობრივი განვითარების შეფერხება	276
საკვერცხისმიერი გენეზის სქესობრივი განვითარების შეფერხება	277
გონადების დისგენეზია	278
მეჩვიდმეტე თავი	
სასქესო ორგანოების არასწორი მდებარეობები	282
საშვილოსნოს რეტროვერსია (გადახრა) და რეტროფლექსია (გადაღუნვა)	286
საშვილოსნოსა და საშოს დაწვევა და გამოვარდნა	288
მეთვრამეტე თავი	
უნაყოფო ქორწინება	293
ქალთა უნაყოფობა	293
მამაკაცთა უნაყოფობა	300
უნაყოფობის მკურნალობა	303
მეცხრამეტე თავი	
კონტრაცეფციის თანამედროვე საშუალებები	309
მეოცე თავი	
სასქესო ორგანოების დაზიანებები	315
ოცდამეერთე თავი	
გინეკოლოგიური დაავადებები ბავშვებსა და მოზარდებში. გოგონების გამოკვლევის თავისებურებები	320
სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები	326
იუვენილური სისხლდენები	329
ოცდამეორე თავი	
გადაუდებელი მდგომარეობები გინეკოლოგიაში	336
საშვილოსნოსგარე ორსულობა	336
საკვერცხის აპოპლექსია	348
საკვერცხის სიმსივნის ფეხზე შემოგრება	350
გადაუდებელი მდგომარეობები საშვილოსნოს მიომის დროს	352
პიოსალპინჯი და პიოოვარი	353

ოცდამესამე თავი

ტიპური გინეკოლოგიური ოპერაციები 355
წინასაოპერაციო მომზადება 355
ოპერაციები საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივ ნაწილზე 358
ოპერაციები სასქესო ორგანოების დაწვევისა და გამოვარდნის დროს 359
ოპერაციები საშვილოსნოს დანამატებსა და საშვილოსნოზე 361

ოცდამეოთხე თავი

ქალის შარდგამომყოფი სისტემის დაავადებები 371
ცისტიტი 371
ცისტალგია 374
საშარდე გზების ტრავმული დაზიანებები 375
შარდ-სასქესო ხვრელმიღები 378
შარდის შეუკავებლობა დაძაბულობისას 381
საშარდე სისტემის ორგანოთა ანომალიები 383

სარჩევი 388

ბინეკოლოგია

(სახელმძღვანელო)

ლ. ნ. ვასილევსკაია

წიგნი გამოსაცემად მოამზადა	რედაქტორი	გამომცემელი	დავით ეფრემიძე	ნიკოლოზ ისაკაძე	ფილოლოგიურ მეცნიერებათა კანდიდატი
კომპიუტერული უზრუნველყოფა			ირინე გარაყანიძე	მაიკო თულაშვილი	

ბელოწერილია დასაბეჭდად 01.02.2009
ქალაქის ზომა 60X90/16
მოცულობა 24,5 სააღრიცხვო-საგამომცემლო თაბახი
შეკვეთა №21
ტირაჟი 200

ფასი სახელ. შეკრულებო

გამომცემლობა „მთაწმინდელის“ მისამართია:
თბილისი, კ. შვედარდენიძის №7, ბ. №5
ტელ.: 39-10-50; 37-13-53;
8-99 20-55-99; 8-55-10-55-99