



განათლების ხარისხის განვითარების
ერთვნილი ცენტრი



მეან-ექთანი



პროფესიულ კვალიფიკაციათა
განვითარების ხელშეწყობის
პროგრამა

წინასიტყვაობა

სტუდენტის სახელმძღვანელო „მეან-ექთანი“, მომზადებულია „პროფესიულ კვალიფიკაციათა განვითარების ხელშეწყობის პროგრამის“ ფარგლებში.

„მეან-ექთნის“ პროფესიული საგანმანათლებლო პროგრამა შედგება 13 სავალდებულო პროფესიული მოდულისაგან. შექმნილი საგანმანათლებლო რესურსით დაიფარება „მეან-ექთნის“ პროფესიული საგანმანათლებლო პროგრამის 6 (ექვსი) მოდული. თითო მოდული სახელმძღვანელოში შესაბამისად იმავე სახელწოდების თითო თავია. ეს მოდულებია: ქალთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, ანტენატალური მოვლა, მშობიარობის მართვა პერიოდების მიხედვით, პათოლოგიურად მიმდინარე ორსულობისა და მშობიარობის მართვა, ადრეული ლოგინობისა და ლოგინობის ხანის მართვა. ავტორთა ჯგუფის გადაწყვეტილებით 2 (ორი) მოდულის: ადრეული ლოგინობის ხანის მართვისა და ლოგინობის ხანის მართვის თემატიკები გაერთიანდა და დაიწერა ერთი თავი დასახელებით - ლოგინობის ხანის მართვა. შესაბამისად წინამდებარე ელექტრონულ სახელმძღვანელოში ვიხილავთ 5 (ხუთ) თავს ზემოთხსენებული სათაურებით

ხოლო დარჩენილი 8(რვა) მოდული დაიფარება „პრაქტიკოსი ექთნის“ პროფესიული საგანმანათლებლო პროგრამის შესაბამისი მოდულების საფუძველზე ამავე „მეან-ექთნის“ რესურსის, ავტორების მიერ შექმნილი ელექტრონული სახელმძღვანელოს „საექთნო საქმის“, შესაბამისი თავებით. ეს მოდულებია: ნეონატალური მოვლა, პაციენტის მოვლის სპეციფიური ღონისძიებების ჩატარება, პაციენტის საექთნო შეფასება, პაციენტის საექთნო მართვა ქირურგიული ჩარევებისას, საექთნო პროცედურა/მანიპულაციები, საექთნო პროცესის მართვა, ფარმაკოლოგიის საფუძველები და გინეკოლოგიური პაციენტის მოვლა.

სახელმძღვანელოს თავებში მოცემული მასალა მოდულებში მითითებული თემატიკის შესატყვისია, დაწერილია პროფესიული სტუდენტებისთვის გასაგებ ენაზე, ილუსტრირებულია სურათებით, ნახატებით და სქემებით, თითოეული თავის ბოლოს მოცემულია კითხვები თვითშემოწმებისათვის.

სახელმძღვანელო განკუთვნილია მეხუთე საფეხურის „მეან-ექთნის“ (პრაქტიკოსი ბებიაქალის) პროფესიული პროგრამის შესწავლით დაინტერესებული პროფესიული სტუდენტებისთვის, ასევე „პრაქტიკოსი ექთნისა“ და „ექთნის თანაშემწის“ პროფესიული სტუდენტებისთვის, კურსდამთავრებულთათვისა და ნებისმიერი დაინტერესებული პირთათვის.

სახელმძღვანელო შემუშავებულია ჯანდაცვის პროგრამების განმახორციელებელი კოლეჯების პროფესიული მასწავლებლებისა და შესაბამის სფეროში დასაქმებული პროფესიონალების პრაქტიკულ გამოცდილებაზე დაყრდნობით.

ავტორები იმედოვნებენ, რომ სახელმძღვანელო მნიშვნელოვან დახმარებას გაუწევს

პროფესიული პროგრამის სტუდენტებსა და პროფესიულ მასწავლებლებს, და მზად არიან მიიღონ ნებისმიერი შენიშვნები წიგნის შინაარსთან დაკავშირებით.

სახელმძღვანელოს ავტორები:

- მაია ჩიხლაძე-საზოგადოებრივი კოლეჯი „პანაცეა“, დირექტორის მოადგილე, მედიცინის დოქტორი
- დალი კალაძე-საზოგადოებრივი კოლეჯი „პანაცეა“, სასწავლო პროცესის მართვის სამსახურის უფროსი, ექიმი-თერაპევტი
- ირმა მოდებაძე-„პინეო“ სამედიცინო ეკოსისტემა, საექთნი დეპარტამენტის უფროსი, ბებიაქალი
- სალომე სიორდია-საზოგადოებრივი კოლეჯი „სიო“, დირექტორი, მეან-გინეკოლოგი
- ელისო ფარულავა-საზოგადოებრივი კოლეჯი „პანაცეა“, პროფესიული მასწავლებელი, მეან-გინეკოლოგი
- მარინე კიკაჩიშვილი-საზოგადოებრივი კოლეჯი „პანაცეა“, პროფესიული მასწავლებელი, მეან-გინეკოლოგი

რეცენზენტები:

- ნატალია ხაჩიძე- „საქართველოს ბებიაქალთა ასოციაციის პრეზიდენტი“, ბებიაქალი
- თამარ მაჩიტაძე-„პინეო“ სამედიცინო ეკოსისტემა, სამეანო დეპარტამენტის უფროსი, მეან-გინეკოლოგი

სარჩევი	
შესავალი.....	5
თავი I. ქალთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა.....	6
ქალის სასქესო ორგანოების ანატომია და ფიზიოლოგია.....	6
ქალის შიგნითა სასქესო ორგანოები	7
მენსტრუალური ციკლის ფიზიოლოგია.....	10
ციკლური ცვლილებები საშვილოსნოში.....	11
სქესობრივი გზით გადამდები ანთებითი დაავადებები.....	13
ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (შიდსი)	20
ოჯახის დაგეგმვა და კონტრაცეფციის თანამედროვე საშუალებები.....	24
თავი II. ანტენატალური მოვლა.....	28
ორსულობის ანატომია და ფიზიოლოგია.....	29
ანტენატალური ვიზიტების სქემა:	31
ანტენატალური მოვლის სტრუქტურა:	31
მშობელთა სკოლა	46
თავი III. მშობიარობის მართვა პერიოდების მიხედვით	49
საშვილოსნოს აგ ზნებადობის მომატება.....	49
ლეოპოლდის ოთხი წესი:.....	50
მშობიარობის ბიომექანიზმი	52
მშობიარობის კლინიკური მიმდინარეობა.....	55
მშობიარის ოპტიმალური პოზა მშობიარობის პირველ პერიოდში.....	56
ეპიზოტომია/პერინეოტომია.....	60
თავი VI. პათოლოგიურად მიმდინარე ორსულობისა და მშობიარობის მართვა	70
პრეეკლამფსია/ეკლამფსია	71
ნაყოფის არასწორი მდებარეობის დადგენა.....	75
სამეანო სისხლდენა.....	83
სისხლის დანაკარგის შეფასება და კლასიფიცირება.....	85
მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის პრევენცია:.....	87
თავი V. მოვლა ლოგინობის ხანაში.....	89
ფიზიოლოგიური ლოგინობის ხანა	89
ადრეული ლოგინობის ხანა.....	89
სამშობიარო გზების ცვლილებები ლოგინობის ხანაში.....	89
საშვილოსნოს მდგომარეობა ლოგინობის ხანაში.....	90

საშვილოსნოს ინვოლუციის შენელების მიზეზები.....	92
ლოხიები.....	92
ლოგინობის ხანის კლინიკური მიმდინარეობა.....	93
ჯანმრთელი დროული ახალშობილის მოვლა.....	94
სარძევე ჯირკვლის პათოლოგიები.....	104
მელოგინის მოვლა პალატაში.....	107
გართულებები შორისის დაზიანების შემდეგ.....	109
შარდის ბუშტის ფუნქცია.....	109
კუჭ-ნაწლავის ფუნქცია.....	110
მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა.....	110
მშობიარობის შემდგომი გვიანი სისხლდენა.....	110
სამშობიარო გზების ჰემატომა.....	111
სამეანო დამბლა.....	111
ბოქვენის შესახსრების დაცილება.....	111
თრომბოემბოლიები.....	111
მელოგინეთა ცხელება.....	112
გამოყენებული ლიტერატურა.....	115

შესავალი

„მეან-ექთანს“ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ერთ–ერთი მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს. იგი უზრუნველყოფს ორსული ქალის შესაბამის ზედამხედველობას, მოვლასა და მართვას ანტენატალურ, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდებში, ნორმალური მშობიარობის წარმართვისა და დედისა და ახალშობილის მოვლას. მისი საქმიანობა ასევე მოიცავს პრევენციულ ღონისძიებებს, დედისა და ბავშვის პათოლოგიური მდგომარეობების დროულ აღმოჩენასა და სამედიცინო დახმარების გაწევას კომპეტენციის ფარგლებში.

„მეან-ექთანის“ მოცემული სახელმძღვანელო სწავლის მსურველებს დაგეხმარებათ, კარგად დაეუფლოთ თქვენს მიერ არჩეულ პროფესიას.

გისურვებთ წარმატებებს!



თავი I. ქალთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

ქალის სასქესო ორგანოების ანატომია და ფიზიოლოგია.

ქალის რეპროდუქციული სისტემა შედგება გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოებისაგან.

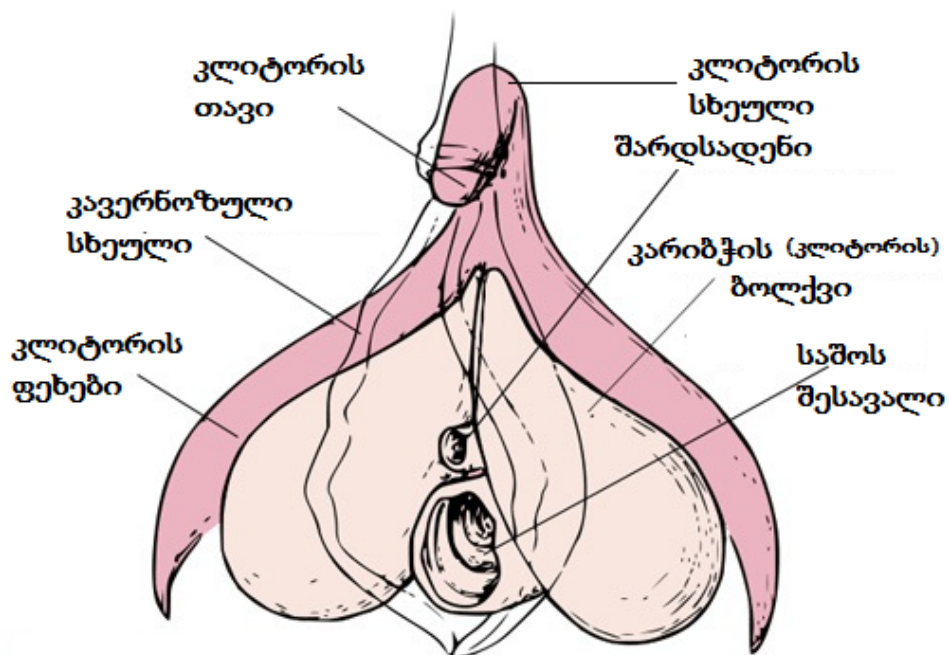
გარეთა ორგანოებს მიეკუთვნება : დიდი სასირცხო ბაგეები, მცირე სასირცხო ბაგეები , ბოქვენი, ბართოლინის ჯირკვლები, სავენებო ანუ კლიტორი, კარიბჭის ბოლქვი.

სასირცხო დიდი ბაგე- წარმოადგენს კანის ნაოჭს, რომელიც შეიცავს ცხიმით მდიდარ შემადგენელ ქსოვილს. მისი სიგრძე საშუალოდ 10სმ უდრის, სიგანე 2-3 სმ. დიდი ბაგეები ბოქვენის მაღლობთან ერთიმეორესთანაა დაკავშირებული და ქმნის ბაგეების წინა და უკანა შესართავს. ბაგეებით შემოსაზღვრულ ნაპრალოვან სივრცეს სასირცხო ნაპრალი ეწოდება.კანქვეშა ცხიმი კარგადაა განვითარებული რის გამოც აქ იქმნება შემადღებ-ბოქვენი,ანუ ვენერის მაღლობი.

დიდი ბაგეების კანის გასრეთა ზედაპირი პიგმენტირებულია,დიდი რაოდენობით შეიცავს ცხიმს და საოფლე ჯირკვლებს,დაფარულია თმით.თმიანობა სქესობრივი მომწიფების ასაკში ვითარდება და ვრცელდება სამკუთხედად,რომლის ფუძე ბოქვენის დასაწყისშია. დიდი ბაგეების მედიალურ ზედაპირზე კანი შედარებით თხელია, ვარდისფერი და ლორწოვან გარსს ჰგავს.

სასირცხო მცირე ბაგეები-მოთავსებულია დიდი ბაგეების შიგნით,წარმოადგენს კანის ნაოჭს,დაფარულია ლორწოვანი გარსით.მცირე ბაგეებზე თმა არ იზრდება,ისინი შეიცავენ ცხიმის ჯირკვლებს.

მცირე ბაგეების უკანა ბოლოები შეერთებულია განივი ნაოჭებით,რომლებსაც სასირცხო ბაგეების ლაგამს უწოდებენ.მცირე ბაგეებს შორის ნაპრალს საშოს კარიბჭე ეწოდება.

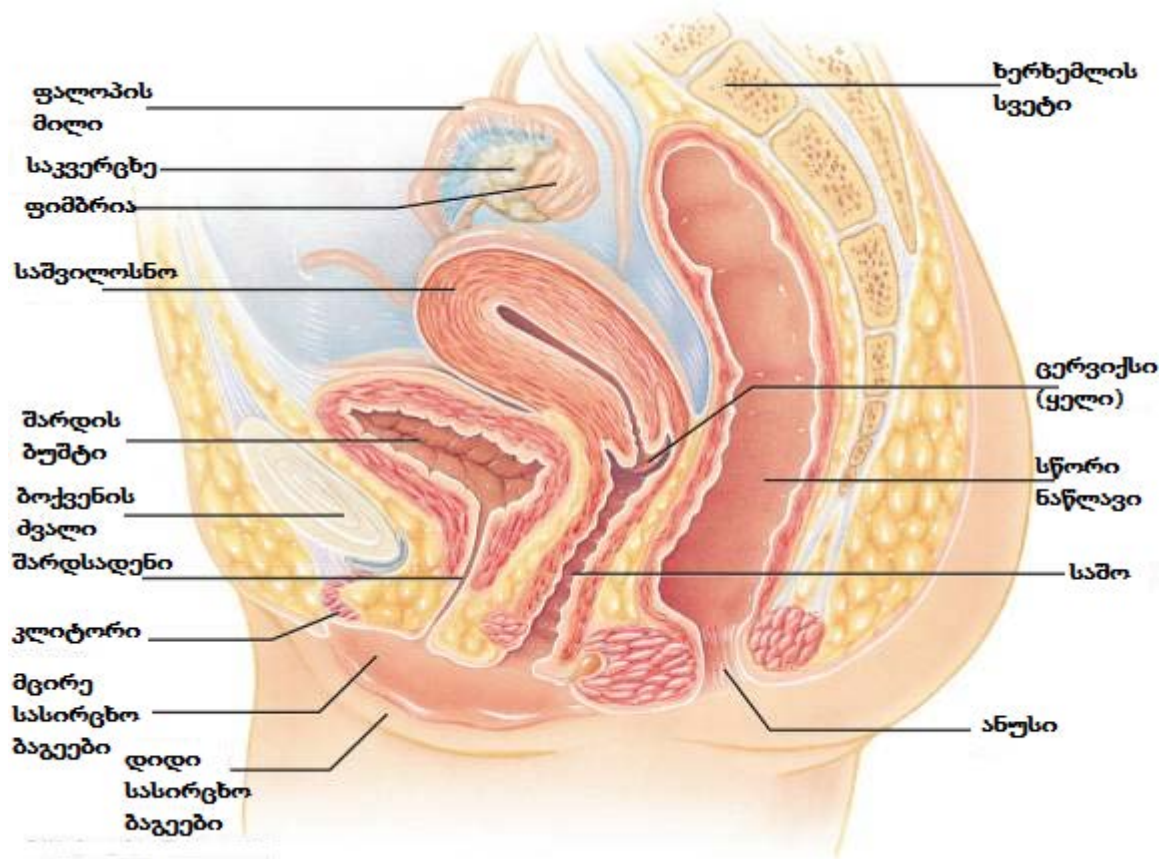


ბართოლინის ჯირკვლები- მოთავსებულია დიდი ბაგეების ქვედა მესამედში, საშოს შესავლის გვერდებზე დაახლოებით 1 სმ ის სიღრმეზე.ოვალური ფორმის ,მოყვითალო ფერის,თხილისოდენაა დიამეტრით 10-12 მმ. მათი სადინრები იხსნება ზედაპირზე და გამოყოფენ სეკრეტს. სეკრეტი გამოიყოფა სქესობრივი აგზების დროს მცირე ბაგეებსა და საქსლწულე აპკს შორის, რაც აადვილებს სქესობრივ აქტს და ხელს უწყობს სპერმატოზოიდის გადაადგილებას. სადინრის დახშობის შემთხვევაში იწყება ანთება-ბართოლინიტი.

კარიბჭის ბოლქვი-წააგავს მღვიმოვან ქსოვილს, ვენური წნულია,ის შედგება მარჯვენა და მარცხენა ნაწილებისგან.შარდსადინრის წინ ისინი ერთმანეთს უკავშირდებიან და ქმნიან ბოლქვის შუამდებარე ნაწილს.

სავენბო ანუ კლიტორი - მასში არჩევენ სამ ნაწილს: თავს, სხეულსა და ფეხებს. იგი შედგება ორი სიმეტრიული მღვიმოვანი სხეულისაგან. შარდსადინრის გარეთა ხვრელი მდებარეობს კლიტორის ქვევით, ორი სანტიმეტრის დაშორებით. შარდსადინრის ქვევით კი, მდებარეობს საშოს შესავალი, რომელიც ქალწულებს დაფარული აქვთ საქალწულე აპკით. აპკი შედგება შემაერთებული ქსოვილისაგან და ყოფს ორგანოებს ორ ნაწილად: გარეთა და შიგნითა ორგანოებად.

ქალის შიგნითა სასქესო ორგანოები



ქალის შიგნითა სასქესო ორგანოებს მიეკუთვნება:

- საშო
- საშვილოსნო
- კვერცხსავალი ანუ ფალოპიუსის მილები
- საკვერცხეები

საშო ლულოვანი ღრუ ორგანოა, რომელთანაც შიგნითა სასქესო ორგანოები იწყება. თვით საშო საქალწულე აპკიდან იწყება და საშოს თალებით ბოლოვდება. საშო უერთდება საშვილოსნოს ყელს და უკანასკნელს ორ ნაწილად ჰყოფს: ყელის საშოსმხრივ ნაწილად და საშოს ზედა ნაწილად. ყელის გარშემო საშო თალებს ქმნის. არჩევენ ოთხ თაღს - წინა, უკანა და გვერდით თალებს. წინა თაღი უფრო მოკლე და ბრტყელია, უკანა - უფრო ღრმა და ფართო.

საშოს სეკრეტის რეაქცია მჟავა და გამომუშავდება საშოს ეპითელიუმის გლიკოგენისაგან დიდერლანის ჩხირების მოქმედებით, საშო შედგება სამი გარსისგან, შიგნიდან იგი დაფარულია ლორწოვანი გარსით, რომელიც თავის მხრივ ამოფენილია მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმით. მეორე გარსი კუნთოვანია. კუნთოვან გარსში განარჩევენ ორ შრეს: შიგნითა ირგვლივსა და გარეთა გასწვრივს. საშოს III ანუ გარეთა გარსი შემაერთებელქსოვილიანია. იგი საშოს წინა კედელს აკავშირებს შარდის ბუსტთან, უკანა კედელს კი - სწორ ნაწლავთან.

საშვილოსნო - ღრუ კუნთოვანი ორგანოა, რომელიც მოთავსებულია მცირე მენჯის ღრუში, შარდის ბუშტსა და სწორ ნაწლავს შორის. საშვილოსნოს აქვს მსხლის ფორმა, მასში განარჩევენ ფუძეს, სხეულსა და ყელს.

არანამშობიარები ქალის საშვილოსნოს სიგრძე 6-7,5 სმ-ია, ნამშობიარევის კი 9-11 სმ. ყელის სიგრძე 1-2 სმ-ია. საშვილოსნოს ყელსა და ტანს შორის მდებარეობს ვიწრო ნაწილი, რომელიც სიგრძით 1სმ-ს უდრის და ისთმური ნაწილი ეწოდება.

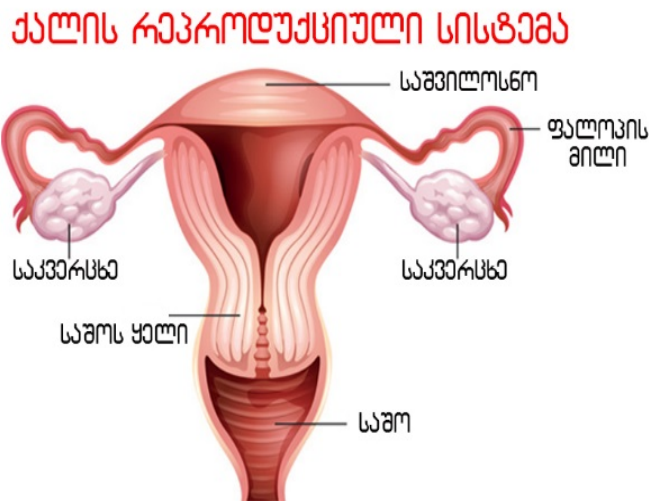
საშვილოსნოს კედელი სამი გარსისგან შედგება: შიგნითა - ლორწოვანი, შუა კუნთოვანი და სეროზული გარსისგან. ლორწოვანი გარსის სისქე 3-5 მმ-ს უდრის, ამოფენილია ცილინდრული მოციმციმე ეპითელიუმით.

კუნთოვანი გარსის სისქე 1,5 სმ-ია. მასში არჩევენ სამ შრეს: შიგნითა-გასწვრივს, შუა-ირგვლივს და გარეთა-გასწვრივს.

სეროზული გარსი პერიტონიუმის ნაწილია, რომელიც საშვილოსნოს გარედან ფარავს: წინიდან - საშვილოსნოს ყელამდე, საიდანაც ის შარდის ბუშტის უკანა ზედაპირზე გადადის. გადასვლის არეში იქმნება ჩაღრმავება, რომელსაც შარდ-ბუშტ-საშვილოსნოს ჩაღრმავება ეწოდება. უკან საშვილოსნო დაფარულია პერიტონეუმით მთლიანად, რომელიც აქედან ჯერ საშოს უკანა კედელზე გადადის, ხოლო იქიდან კი სწორ ნაწლავზე, სადაც იქმნება სწორ ნაწლავ-საშვილოსნოს ჩაღრმავება, ანუ დუგლასის ფოსო.

საშვილოსნოს ლორწოვან გარსს - ენდომეტრიუმი, კუნთოვანს - მიომეტრიუმი, სეროზულ გარსს კი პერიმეტრიუმი ეწოდება.

საშვილოსნოს გვერდით კედლებზე სეროზული გარსის წინა და უკანა ფურცლები მცირე მენჯის გვერდით კედლებზე გადადის და საშვილოსნოს განიერ იოგებს ქმნის.



განიერი იოგის გარდა საშვილოსნო დამაგრებულია აგრეთვე გავა-საშვილოსნოს იოგებით, რომელიც საშვილოსნოს უკანა კედლიდან სწორი ნაწლავის ორივე მხარეს გავის ძვლისკენ მიემართება.

კვერცხსავალი ანუ ფალოპიუსის მილი წყვლია: მარჯვენა და მარცხენა. მილის ერთი ბოლო საშვილოსნოს ერთვის ზევითა კუთხეში, ხოლო მეორე-ძაბრივით გაგანიერებული - ღიაა და მუცლის ღრუში იხსნება. ფალოპიუსის მილში ოთხ ნაწილს არჩევენ: საშვილოსნოს კედელში მოთავსებულ ნაწილს, მას მოსდევს ვიწრო ანუ ისთმური ნაწილი, შემდეგ ფართო ანუ ამპულარული ნაწილი, ბოლოს კი იგი ბოლოვდება ფოჩებით, რომელთაგან ერთი უფრო განვითარებულია და საკვერცხეს აღწევს.

საკვერცხე ოვალური ფორმის წყვილი ორგანოა. ისინი მოთავსებულია განიერი იოგების უკანა ზედაპირზე სათანადო ფოსოში. საკვერცხეში განარჩევენ ორ ბოლოს: ერთი მიმართულია საშვილოსნოსკენ, მეორე კი კვერცხსავალი მილისკენ. პირველი ბოლოთი საკვერცხე საშვილოსნოსთან დაკავშირებულია საკუთარი იოგით, მეორე ბოლოთი კი საკიდი იოგის საშუალებით მენჯის გვერდით ზედაპირებს უკავშირდება.

საკვერცხე დაახლოებით ქლიავისოდენაა. მისი საშუალო ზომებია: სიგრძე - 3-4 სმ, სიგანე - 2-3 სმ, სისქე - 1-2 სმ, წონა 8 გრამი.

საკვერცხეში განარჩევენ ორ ნივთიერებას: შიგნითა ტვინოვანსა და გარეთა ქერქოვანს. ქერქოვანი ნივთიერება შედგება საკვერცხის პარენქიმისგან, რომელიც შეიცავს ფოლიკულებს. ტვინოვანი ნივთიერება შეიცავს სისხლძარღვებს, ლიმფურ ძარღვებსა და ნერვებს.

მენსტრუალური ციკლის ფიზიოლოგია

მენსტრუალური ციკლი - ეს არის ქალის ორგანიზმში რითმულად მიმდინარე ნერვულ-ენდოკრინული და ჰისტო-ვასკულარული ცვლილებები სქსობრივი მომწიფებიდან მენოპაუზამდე.

მენსტრუაცია - ეს არის ძემოთ აღნიშნული ცვლილებების შედეგად გამოწვეული პერიოდული სისხლიანი გამონადენი საშვილოსნოდა თვეში ერთხელ, რეგულარულად.

მენსტრუალურ ციკლს აწესრიგებს თავის ტვინი და შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლები. მენსტრუალური ციკლის ცვლილებები მიმდინარეობს მთელს ორგანიზმში, განსაკუთრებით საკვერცხეებსა და სასქესო ორგანოებში. ამასთან, მნიშვნელოვანი ცვლილებები არის საშვილოსნოში, საშოში და ა.შ.

განვილხილოთ ციკლთან დაკავშირებული ცვლილებები საკვერცხეებსა და საშვილოსნოში.

საკვერცხეებში მენსტრუალურ ციკლთან დაკავშირებით განასხვავებენ ორ ფაზას - ფოლიკულის მომწიფების, ანუ პოსტმენსტრუალურ ფაზას და ყვითელი სხეულის განვითარების, ანუ პრემენსტრუალურ ფაზას.

ფოლიკულის მომწიფების, ანუ პოსტმენსტრუალურ ფაზაში იწყება ფოლიკულისა და მასში არსებული კვერცხუჯრედის მომწიფება. ერთი ციკლის დროს მწიფდება ერთი ფოლიკული და ერთი კვერცხუჯრედი. მთელი ცხოვრების განმავლობაში - სქსობრივი მომწიფების დაწყებიდან კლიმაქსის ჩათვლით, ქალის ორგანიზმში მწიფდება დაახლოებით 400-მდე ფოლიკული, დანარჩენი კი უკუგანვითრდება.

28 დღიანი ციკლის დროს ფოლიკულის მომწიფების ფაზა გრძელდება 14-16 დღე. ამ ხნის განმავლობაში ფოლიკულის კედელში არსებული მარცვლოვანი, ანუ გრანულოვანი უჯრედები იწყებენ გამრავლებას - პროლიფერაციას. შესაბამისად, ერთი შრის მაგივრად მივიღებთ 10-15 შრედ გამრავლებულ გრანულაციურ უჯრედს. გამრავლების პროცესში გრანულაციური უჯრედები გამოყოფენ ე.წ ფოლიკულურ სითხეს, რომელიც გროვდება ფოლიკულის ღრუში. ამის გამო ფოლიკული იმატებს ზომაში და ამოიწვეს საკვერცხის ზედაპირიდან და 14-16-ე დღს მივიღებთ მომწიფებულ ფოლიკულს, ანუ გრააფის ბუშტუკს, რომელიც სავსეა ფოლიკულური სითხით. ამ სითხეში მარცვლოვანი უჯრედები გამოიმუშავებენ ქალის სექსუალურ ჰორმონებს - ესტროგენებს.

მომწიფებული ფოლიკულის სითხეში მოთავსებულია მომწიფებული კვერცხუჯრედი, ანუ გამეტა. როდესაც სასქესო ჰორმონების კონცენტრაცია მიაღწევს კრიტიკულ დონეს, მაშინ გრააფის ბუშტუკი სკდება - იწყება სპონტანური, ანუ თვითნებური ოვულაცია. ეს არის ერთმომენტის აქტი, რომლის დროსაც გამსკდარი ფოლიკულიდან განსაზღვრული წნევით გადმოიღვრება ფოლიკულური სითხე და თან წარიტაცებს კვერცხუჯრედს. შედეგად, გამეტა მოხვდება დუგლასის ორმოში. კვერცხსავალის ფოჩების დახმარებით აქედან მომწიფებული კვერცხუჯრედი მოთავსდება საშვილოსნოს მილის ამპულარულ ნაწილში.

მომწიფებული კვერცხუჯრედის დიამეტრი არის 250-300 მიკრონი. მას გარედან აკრავს ე.წ. სხივოსანი გვირგვინი - corona radiata, რომელიც შედგება მარცვლოვანი უჯრედებისაგან. უშუალოდ უჯრედს გარს აკრავს გარსი - zona pellicida. შემდეგ არის **პროტოპლაზმა, ბირთვი და ბირთვაკი**, რომელიც შეიცავს 23 ქრომოსომას. თუ ოვულაციის პერიოდში ქალის ორგანიზმში მოხვდება მამაკაცის სასქესო უჯრედები - სპერმატოზოიდები, მხოლოდ მაშინ მოხდება განაყოფიერება. კვერცხუჯრედის სიცოცხლისუნარიანობა შეადგენს 24-36 საათს. კვერცხუჯრედის ფოლიკულიდან გათავისუფლებით მთავრდება მენსტრუალური ციკლის I ფაზა.

ყვითელი სხეულის წარმოქმნა იწყება გამსკდარი ფოლიკულიდან. იგი გამოყოფს პროჟესტერონს, ანუ ლუთეოჰორმონს. ყვითელი სხეულის ფაზა 28 დღიანი ციკლის დროს გრძელდება 12-14 დღემდე. ამ ხნის განმავლობაში ყვითელი სხეული გაივლის გამრავლების, აყვავებისა და უკუგანვითარების ფაზებს.

გამოარჩევენ მენსტრუალურ და ორსულობის ყვითელ სხეულს. მენსტრუალური ანუ ცრუ ყვითელი სხეული ვითარდება მაშინ, როდესაც განაყოფიერება არ ხდება და იგი არსებობს 12-14 დღე, ციკლის დასრულებამდე.

ორსულობის, ანუ ნამდვილი ყვითელი სხეული ვითარდება მაშინ, როდესაც ორგანიზმში ხდება განაყოფიერება. იგი არსებობს ორსულობის 12-14 კვირამდე, ანუ პლაცენტის წარმოქმნამდე.

ციკლური ცვლილებები საშვილოსნოში

გამოარჩევენ ციკლური ცვლილებების ოთხ ფაზას, ესენია:

1. აღდგენის ანუ რეგენერაციის ფაზა.
2. გამრავლების ანუ პროლიფერაციის ფაზა.
3. სეკრეციის ფაზა.
4. ჩამოფრცქვნის ანუ დესქვამაციის.

რეგენერაციის ფაზა გულისხმობს ფუნქციურ შრეში მიმდინარე აღდგენით პროცესს, რომელიც 28 დღიანი ციკლის დროს გრძელდება დაახლოებით 7-8 დღის განმავლობაში. **პროლიფერაციის ფაზისათვის** დამახასიათებელია არა მარტო ფუნქციური შრის აღდგენის დასრულება, არამედ მისი ჰიპერპლაზიაც. ამ დროს ფუნქციური შრის სისქე იზრდება 3-4 ჯერ, უჯრედები მსხვილდება და ლულოვანი უჯრედები იკლავება ბურღივით. ეს ფაზა გრძელდება 7-8 დღე და მენსტრუაციული ციკლის 14-16-ე დღეს აღწევს განვითარების უმაღლეს საფეხურს, რაც შეესაბამება საკვერცხეში მიმდინარე ფოლიკულის მომწიფების ფაზას. **სეკრეციის ფაზა** იწყება მენსტრუალური ციკლის 14-16-ე დღიდან და გრძელდება ორ კვირამდე (14 დღის განმავლობაში). მის დასრულებას მოწმობს მენსტრუაციის დაწყება. სეკრეციის ფაზაში პროცესები შემდგომში ინტენსიურად ძლიერდება, ჯირკვლების ეპითელიუმი იწყებს სეკრეციას - მუცინისა და გლიკოგენის გამოყოფას, რის შედეგადაც

ჯირკვლების სანათურები ივსება სეკრეტით, ხოლო სტრომის უჯრედები ლორწოვან გარსში გარდაიქმნებიან პრედეციდუალურ უჯრედებად. საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ამგვარ მდგომარეობას ეწოდება ორსულობის წინა, ანუ პრეგრავიდარული მდგომარეობა. აღნიშნული ცვლილებები უზრუნველყოფს განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის ჩანერგვას საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში. რაც შეეხება **დესქვამაციის ფაზას**, ორი კვირის შემდეგ საშვილოსნოს ფუნქციური შრე, რომელიც იმყოფება სეკრეციის ფაზაში, იწყებს მორფოლოგიურად ჩამოფრცქვნას, რაც გამოიხატება მენსტრუალური სისხლის გამოდინებით. ეს ნიშნავს, რომ ოვულაციის შემდეგ ქალის ორგანიზმში არ მოხდა განაყოფიერება და საკვერცხეში განვითარდა მენსტრუალური, ანუ ცრუ ყვითელი სხეული.

საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ფუნქციურ შრეში ერთდროულად მიმდინარეობს როგორც ჩამოფრცქვნის, ისე აღდგენის პროცესები - ახალი მენსტრუალური ციკლი. დესქვამაციის ფაზა გრძელდება საშუალოდ 4-5 დღე, ხოლო მენსტრუაცია არის მისი გარეგანი გამოხატულება.

პირველი მენსტრუაცია (menarche) მიუთითებს ქალის სქესობრივი მომწიფების პროცესის დაწყებას. ფიზიოლოგიურად მენსტრუაცია ნიშნავს, რომ საკვერცხეებმა ენდოკრინულ ფუნქციასთან ერთად დაიწყო გენერაციული ფუნქციის შესრულება.

საკვერცხეებში და საშვილოსნოში ყოველთვიურად მიმდინარე ციკლურ პროცესებს თან სდევს ცვლილებები ქალის საშოშიც - ამას ეწოდება „საშოს ციკლი“, რაც გამოიხატება საშოს ლორწოვანი გარსის უჯრედების ცვლილებებით და დასტურდება საშოს ნაცხის მიკროსკოპული სურათით ანუ ციტოლოგიით. ეს საშუალებას გვაძლევს შევისწავლოთ საკვერცხის ფუნქციური მდგომარეობა.

ამრიგად, მენსტრუალურ ციკლში უნდა ვიგულისხმოთ ქალის ორგანიზმში მიმდინარე ყოველთვიური რითმული ცვლილებები, კერძოდ მის სასქესო ორგანოებში, რომლის ყველაზე თალსაჩინო გარეგანი გამოხატულებაც არის მენსტრუაცია.

მენსტრუაციული ციკლის ხანგრძლივობად მიჩნეულია ვადა ერთი მენსტრუაციის პირველი დღიდან შემდგომი მენსტრუაციის პირველ დღემდე.

ნორმალური (ფიზიოლოგიური) მენსტრუაციული ციკლი უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ პირობებს:

1. **მენსტრუაციის რითმი** - საშუალოდ გრძელდება 26-28 დღე. ეს არის განმეორებადობა, რეგულარობა, არანაკლებ 21-ისა და არაუმეტეს 35 დღისა.
2. **მენსტრუაციის ხანგრძლივობა** - მენსტრუაცია გრძელდება საშუალოდ 3-5 დღე. არანაკლებ 2-ისა და არაუმეტეს 7 დღისა.
3. **მენსტრუაციის დროს დაკარგული სისხლის რაოდენობა** - საშუალოდ იკარგება 100 მგ. არანაკლებ 50 მგ-სა და არაუმეტეს 150 მგ-ისა.
4. **მენსტრუაციული ციკლის უმტკივნეულობა** - მენსტრუაცია ჩვეულებრივ უმტკივნეულოა. აღინიშნება უმნიშვნელო ტკივილები მუცლის ქვედა მხარესა და გავაწილის მიდამოში, რაც არ საჭიროებს ტკივილგამაყუჩებელი საშუალების მიღებას.

ცენტრალური ნერვული სისტემა - ჰიპოთალამუსი არეგულირებს ჰიპოფიზის წინა ნაწილის ჰონადოტროპულ ფუნქციას. ჰიპოფიზი განიცდის ჰიპოთალამუსის უშუალო ზემოქმედებას.

თავისმხრივ, ჰიპოფიზი პირდაპირ გავლენას ახდენს ჰონადებზე - ჰონადოტროპული ჰორმონების საშუალებით, ხოლო თავად განიცდის არაპირდაპირ გავლენას შინაგანი სეკრეციის სხვა ჯირკვალთა ჰორმონებისაგან. გარდა ამისა, ჰიპოფიზი არეგულირებს საკვერცხის ჰორმონებსაც.

საკვერცხის ციკლი იწყება ჰიპოთალამუსის ფუნქციით, რელიზინგ ფაქტორის(RF) გადასვლით სისხლში, საიდანაც ისინი ხვდებიან ჰიპოფიზში და იწვევენ ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის გამოყოფას, რომელიც ხელს უწყობს საკვერცხეში პირველადი ფოლიკულის მომწიფებას. თავისმხრივ, ფოლიკულები მომწიფების პერიოდში იწყებენ მზარდი დოზით ესტროგენების - ქალის სექსუალური ჰორმონის სეკრეციას. როდესაც ესტროგენების კონცენტრაცია მიაღწევს განსაზღვრულ დონეს, მაშინ რელიზინგ ფაქტორის გამოყოფა მცირდება, რაც თავის მხრივ იწვევს ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონების გამოყოფის შემცირებას ჰიპოფიზში და ამავდროულად იწვევს მალუთეინიზირებული ჰორმონის გამოყოფის გარდას. მაშინ, როდესაც ამ ჰორმონის გამოყოფა მიაღწევს უმაღლეს ნიშნულს, მომწიფებული ფოლიკული სკდება - ე.ი. ხდება ოვულაცია.

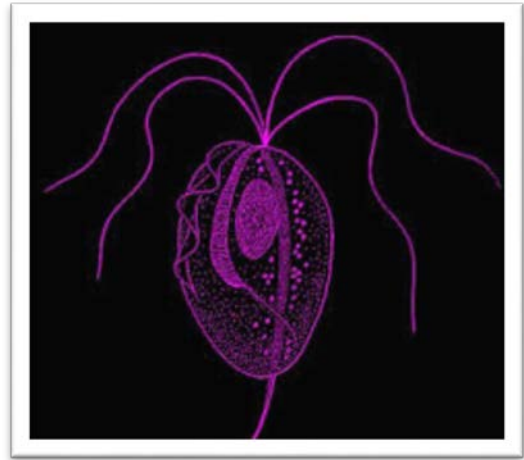
ციკლის მეორე ფაზაში, ჰიპოფიზი გამოყოფს მალუთეინიზებულ და ლუთეოტროპულ ჰორმონებს და როდესაც მათი კონცენტრაცია მიაღწევს კრიტიკულ დონეს, მათი გამოყოფა მცირდება, რაც იწვევს საკვერცხეში პროჟესტერონის(ყვითელი სხეულის) ჰორმონის გამოყოფას. როდესაც პროჟესტერონის დონე დაქვეითდება, მაშინ ჰიპოთალამუსში იწყება რელიზინგ ფაქტორის წარმოშობა-განახლება, შესაბამისად ქალის ორგანიზმშიც იწყება ახალი ციკლი.

სქესობრივი გზით გადამდები ანთებითი დაავადებები



ქალის სასქესო ორგანოების სპეციფიკურ ანთებით დაავადებებს მიეკუთვნება ტრიქომონიაზი, გონორეა, ციტომეგალოვირუსი, პაპილომა ვირუსი და სხვ..

ტრიქომონიაზი



ტრიქომონიაზი ფართოდ გავრცელებული დაავადებაა, რომელიც აზიანებს შარდ-სასქესო ორგანოებს და გამოწვეულია უროგენიტალური ტრიქომონადით. ტრიქომონადებ იწარმოადგენს ერთუჯრედიან მიკროორგანიზმებს, რომლებიც მიეკუთვნებიან უმარტივესებს; მათ აქვთ უნარი მკაცრად მხოლოდ ადამიანის ორგანიზმში შარდსასქესო სისტემაში პარაზიტობისა. შოლტისა და მემბრანის მოძრაობის საშუალებით ისინი აქტიურად გადაადგილდებიან და ავითარებენ ფსევდოპოდიებს, რომლითაც შეუძლიათ შეაღწიონ უჯრედშორის სივრცეში.

ტრიქომონადებით დასნებოვნება უპირატესად სქესობრივი გზით ხდება. ჰიგიენისა და თავის მოვლის საშუალებებით დაავადების გადაცემის იშვიათი შემთხვევები აღინიშნება პატარა ასაკის გოგონებში დაავადებული პირებისგან. დაავადების საერთო გზის არსებობის გამოუროგენიტალური ტრიქომონადები ხშირად გვხვდება გონოკოკურ ინფექციებთან ერთად.

ტრიქომონადების მიმართ დაავადების თანდაყოლილი მიუღებლობა არარსებობს. მამაკაცებში ტრიქომონადები პარაზიტობენ ურეთრაში, პარაურეთრალურ მილებში, სათესლეების დანამატებში, ხოლო ქალებში – შარდსაწვეთში, საშოს ლორწოვანში, საშვილოსნოს ყელში.

მიმდინარეობის მიხედვით განარჩევენ ახალ (მწვავე, ქვემწვავე, ტორპიდული), ქრონიკულ (2 თვეზე მეტი ხნის მიმდინარეობისას) ტრიქომონიაზს და ტრიქომო ნადმტარებლობას. ინკუბაციური პერიოდი საშუალოდ მოიცავს 7-10 დღეს, თუმცა შესაძლოა იყოს უფრო ხანმოკლე (3 დღე) და უფრო ხანგრძლივიც (თვემდე და მეტიც).

დიაგნოსტიკა - დაფუძნებულია გრამის წესით შეღებილ ნაცხში გამომწვევის უშუალო გამოვლენაზე.

კლინიკა - ტრიქომონადა, ძირითადად, აზიანებს საშოს, იშვიათად შარდგამომყოფ არხს, შარდის ბუშტს, საშოს კარიბჭის დიდი ჯირკვლის სადინრებს, საშვილოსნოს ყელის არხის

ლორწოვან გარსს. ტრიქომონიაზისთვის დამახასიათებელია მრავალკეროანი დაზიანება. დაავადების ძირითადი ნიშნებია უხვი ქაფიანი, თხევადი გამონადენი მოყვითალო შეფერილობით, რომელიც იწვევს ქავილსა და წვას გარეთა სასქესო ორგანოების მიდამოებში. საშოს კედლების და საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიულია, დაფარულია უსიამოვნო სუნის მქონე ჩირქოვანი გამონადენით, რაც განპირობებულია მასში განსაკუთრებული გაზის წარმომქმნელი მიკრობების არსებობით.

ქრონიკული ფორმის დროს საშოსა და საშვილოსნოს ყელის ანთებითი ცვლილებები ნაკლებადაა გამოხატული.

მკურნალობა - საჭიროა ორივე მეუღლის ერთდროული მკურნალობა.

ციტომეგალოვირუსი

CMV - ორსულობის „შავი ჭირი“

გამომწვევი - ციტომეგალოვირუსი - ჰერპესის ჯგუფის ვირუსულ სასქესო ინფექციებს განეკუთვნება. **ციტო** - უჯრედს და **მეგალო** - გიგანტურს ნიშნავს, რადგან უჯრედი დაზიანებისას გიგანტურ, ფუნქციადაკარგულ უჯრედად გადაიქცევა. ციტომეგალოვირუსი არასდროს ტოვებს ორგანიზმს, ცირკულირებს სისხლში და გარკვეულ ქსოვილებში მუდმივად არსებობს. მაგალითად CMV სანერწყვე ჯირკვლებში დეპონირდება.

გადაცემის გზები: გადაეცემა ყველა გზით რაც კი არსებობს, ძირითადად:

- კონტაქტური
- სქესობრივი
- ორსულობის დროს დედიდან შვილზე პლაცენტის გავლით
- მშობიარობის დროს, ძუძუთი კვებისას

კლინიკა

დიდი მნიშვნელობა აქვს პროცესი ქრონიკულია თუ მწვავე. **ორსულობის** დროს პირველად ინფიცირებას ბევრი არასასურველი გამოსავალი ახლავს თან:

- თვითნებური აბორტი
- განვითარების მანკები
- ნაადრევი მშობიარობა
- მკვრად შობადობა
- სიყრუე და სიბრმავე

ახალშობილებში:

- ჰეპატოსპლენომეგალია (ღვიძლის და ელენთის გადიდება),

- მიკროცეფალია
- გონებრივ განვითარებაში ჩამორჩენა
- ცნს-ის სხვა დაავადებები



მოზრდილებში

- კრუნჩხვები
- სისხლჩაქცევები

კლინიკური სიმპტომები არაორსულებში - მას პრაქტიკულად არ ახასიათებს თუკი ინფექცია უკვე გადატანილია, ეს ნიშნავს, რომ ანტისხეულები მის მიმართ არსებობს და საშიშროებას ნაყოფისთვის აღარ წარმოადგენს.

დიაგნოსტიკა:

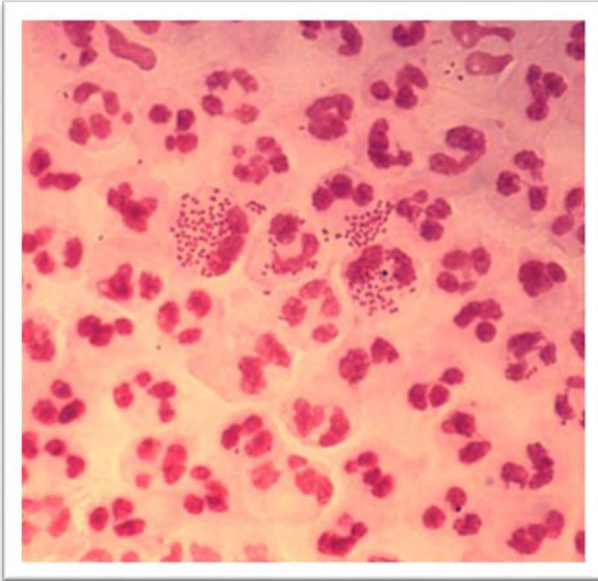
მხოლოდ ლაბორატორიული დიაგნოსტიკაა შესაძლებელი, სასურველია ორსულობამდე.

მკურნალობა: მაშინ არის საჭირო როდესაც ადამიანს იმუნოდეფიციტი აქვს. სხვა შემთხვევაში ჯანმრთელი ორგანიზმი თავად უმკლავდება ინფექციას. ის მკურნალობას არ ემორჩილება მაგრამ იკურნება ის დაავადება, რომელსაც იგი იწვევს.

პრევენცია: დაცული სქესობრივი კავშირი



გონორეა ანუ ტრიპერი



ინფექციური ანთებითი დაავადებაა, რომელიც აგრეთვე მიეკუთვნება ვენერიულ და სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებს. სახელწოდება „ვენერიული დაავადებები“ მომდინარეობს რომაელთა ქალღმერთის „ვენერას“ სახელიდან.

გონორეის გამომწვევია: გონოკოკი, რომელიც მიეკუთვნება გრამუარყოფით წყვილ კოკებს, ანუ დიპლოკოკებს. თავისი ფორმით გავს ყავის მარცვლებს, რომლებიც მოხრილი ზედაპირით მიმართულნი არიან ერთმანეთისკენ. მიკრობები ლაგდება ჯგუფებად, უპირატესად ლეიკოციტის უჯრედის შიგნით, იშვიათად უჯრედის გარეთ, ქსოვილის სიღრმეში. გონოკოკის

გამრავლება ხდება შუაზე გაყოფით, იშვიათად დაკვირტვით. გონოკოკი ეგზოტოქსინს არ წარმოქმნის, მისი დაღუპვის შედეგად გამოიყოფა ენდოტოქსინი, რომელიც იწვევს ქსოვილების დეგენერაციულ ცვლილებებს. თანდაყოლილი ან შეძენილი იმუნიტეტი გონორეის მიმართ არ არსებობს.

გადაცემის გზები:

1. ძირითადად სქესობრივი გზით;
2. იშვიათად არასქესობრივი, საყოფაცხოვრებო გზით
3. მშობიარობის დროს დედიდან ნაყოფზე, რაც იწვევს ახალშობილთა კონიუქტივიტს(ბლენორეას).



კლასიფიკაცია:

1. აღმავალი გონორეა;
2. შარდდგამომყოფი სისტემის გონორეა;
3. რექტალური გონორეა;
4. მეტასტაზური გონორეა.

კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით განასხვავებენ: ახალ და ქრონიკულ ფორმებს. ახალი ფორმა იყოფა: მწვავე (არაუმეტესი 2 კვირის ხანგრძლივობით), ქვემწვავე (ხანგრძლივობით 2-8 კვირა), ტორპიდული (2 კვირაზე მეტი) ასიმპტომური ფორმა. ქრონიკული გონორეის ხანგრძლივობა 2 თვეზე მეტია.

დიაგნოსტიკა:

- ხდება ანამნეზის საფუძველზე: შემთხვევითი სქესობრივი კავშირები, ურეთრითის ნიშნები და სხვა.
- ნაცხები და ნათესები ურეთრიდან, ცერვიკალური არხიდან, საშოდან, ბაქტერიოლოგიური და ბაქტერიოსკოპული გამოკვლევისთვის. გონოკოკის აღმოჩენის შემთხვევაში, გონორეის დიაგნოზი უტყუარია.



გონორეული ურეთრიტი

გონოკოკი ძირითადად აზიანებს შარდსასქესო ორგანოების ლორწოვან გარსს. გონორეული ურეთრიტი აღენიშნება უფრო ხშირად უმშობიარებელ ქალებში. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 3-5 დღიდან 3-4 კვირამდე. მწვავე სტადიაში ავადმყოფები უჩივიან ტკივილს, ხშირ შარდვას, წვას, ჩხვლეტის და ჭრის შეგრძნებას შარდვის დროს. ქრონიკულ სტადიაში ჩივილები არ აღენიშნება. გინეკოლოგიური გამოკვლევით ვლინდება ურეთრის გარეთა ხვრელის გაწითლება და შეშუპება, ურეთრიდან ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი.

გონორეული ენდომეტრიტი

ინფექციის აღმავალი გზით გავრცელებას ხელს უწყობს მენსტრუაცია, აბორტები, მშობიარობა და საშვილოსნოს დიაგნოსტიკური გამოფხეკა. ამ დროს ანთებით პროცესში ჩართულია, როგორც ბაზალური, ასევე ფუნქციური შრეები. მწვავე სტადიის დროს აღინიშნება ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში, სუფებრილური ტემპერატურა, სეროზულ-ჩირქოვანი გამონადენი; საშოსმხრივი გამოკვლევის დროს ისინჯება მცირედ გადიდებული საშვილოსნო, რომელიც პალპაციით მტკივნეულია. ქრონიკული გონორეული ენდომეტრიტისთვის დამახასიათებელია მხოლოდ მენორაგიის სიმპტომი -

დარღვევის გამო მომდევნო მენსტრუაცია იგვიანებს, იძენს ხანგრძლივ, უხვ, ზოგჯერ კი აციკლურ ხასიათს.

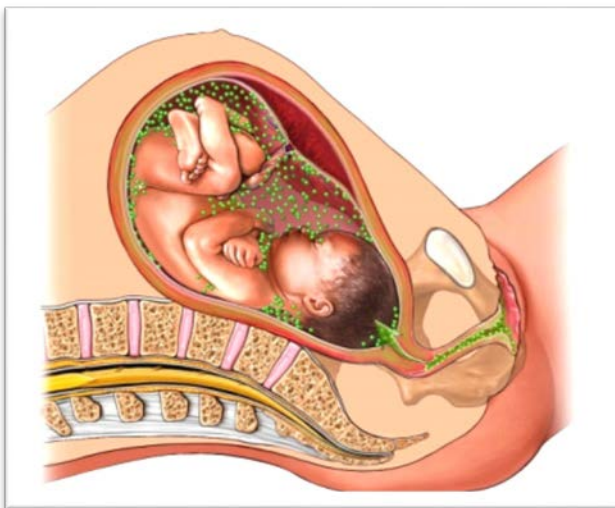
გონორეული ბართოლინიტი

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

კლინიკა: აღინიშნება ჰიპერემია, სადინრის შეშუპება გარეთა ხვრელის მიდამოში, რომელიც დიდი სასქესო ბაგის შუა და ქვედა მესამედის საზღვარზე მდებარეობს. გამომტანი სადინრის დახშობა იწვევს მის გაფართოებას და სადინარი ოვალურ ფორმას იღებს, ხოლო არასპეციფიკური ინფექციის თანდართვა საშოს კარიბჭის დიდი ჯირკვლის ფსევდოაბსცესს. **მკურნალობა:** გონორეის დროს მკურნალობა უნდა იყოს კომპლექსური. იგი მოიცავს ანტიბაქტერიულ, იმუნომასტიმულირებელ და ანთებითსაწინააღმდეგო თერაპიას.

გართულებები: კანზე გამონაყარი (პუსტულები ან პეტექია), სეპტიური ართრიტი, პირველადი უნაყოფობა, საშვილოსნოს მიღების ანთება და მათი დახშობა. **განკურნების კრიტერიუმები:** თუ ჩატარებული მკურნალობის შედეგად ნაცხში, რომელსაც იღებენ მენსტრუაციის მეორე-მეოთხე დღეს მომდევნო სამი მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში, გონოკოკი არ აღმოჩნდა, ქალი აღარ არის დაავადების წყარო.

უროგენიტალური ქლამიდიოზი



უროგენიტალური ქლამიდიოზი - გავრცელებული ინფექციური პათოლოგიაა.

გამომწვევი: ქლამიდია - უჯრედშიდა პარაზიტი, გარდამავალი ფორმა ვირუსებსა და ბაქტერიებს შორის. მომრგვალო ფორმის 1-1,5 ნანომეტრის დიამეტრის წარმონაქმნი, აქვთ უჯრედული კედელი ციტოპლაზმური მემბრანით, უჯრედის შიგნით ლაგდებიან გროვის სახით ან დიფუზურად. ბინადრობენ პარაურეტრულ

სადინრებში.

გავრცელების გზები: სქესობრივი გზით; მშობიარობის დროს, დედიდან - ნაყოფზე; წყლით - საცურაო აუზებში.

დიაგნოსტიკა:

- ანამნეზი;
- საშოდან ან ურეთრიდან ნაცხი და გამონაყოფის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა;
- სისხლის იმუნოლოგიური ანალიზი: სპეციფიური ანტისხეულების და ანტიგენის განსაზღვრა.

კლინიკა:

- მცირე გამჭვირვალე, წებოვანი გამონადენი საშოდან;
- წვა და ქავილი შარდვისას, შარდვის გახშირება(დიზურია);
- ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში, საზარდულის, წელის არეში;
- ცხელება და შემცივნება;
- მცირე სისხლიანი გამონადენი სქესობრივი აქტის შემდეგ და მენსტრუაციებს შორის.

ფორმები:

- შარდ-სასქესო ორგანოების უროგენიტალური ქლამიდიოზი;
- ქლამიდიური კონიუქტივტი(ახალშობილებში, საცურაო აუზებში)
- რეიტერის დაავადება ანუ ქლამიდიური ტრეადა: სახსრების, თვალის ლორწოვანის და შარდსადენის ანთება- გვხვდება ახალგაზრდა მამაკაცებში, უმკურნალეული შორსწასული ინფექციის დროს.

გართულება: იწვევს პირველად და მეორად უნაყოფობას.

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (შიდსი)

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსული ინფექცია, აივ ინფექცია, პირველად დარეგისტრირდა აშშ-ში 1981 წელს, რომელსაც ხალხმა მე-20 საუკუნის შავი ჭირი უწოდა. ეს არის ინფექციური დაავადება, რომელსაც იწვევს ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი. იგი უშუალოდ აზიანებს ადამიანის დამცველ ე.წ იმუნურ სისტემას და მწყობრიდან გამოყავს იგი, რის შედეგადაც ინფიცირებულ პირს ადვილად უჩნდება სხვადასხვა ინფექციური ან სიმსივნური დაავადებები.



თანამედროვე კლასიფიკაციით დაავადებას ეწოდება ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსული ინფექცია (აივ ინფექცია), ხოლო საკუთრივ ტერმინით „შიდსი“ აღინიშნება დაავადების მხოლოდ ბოლო სტადია, როდესაც გამოიხატება დაავადების ძირითადი კლინიკური ნიშნები.

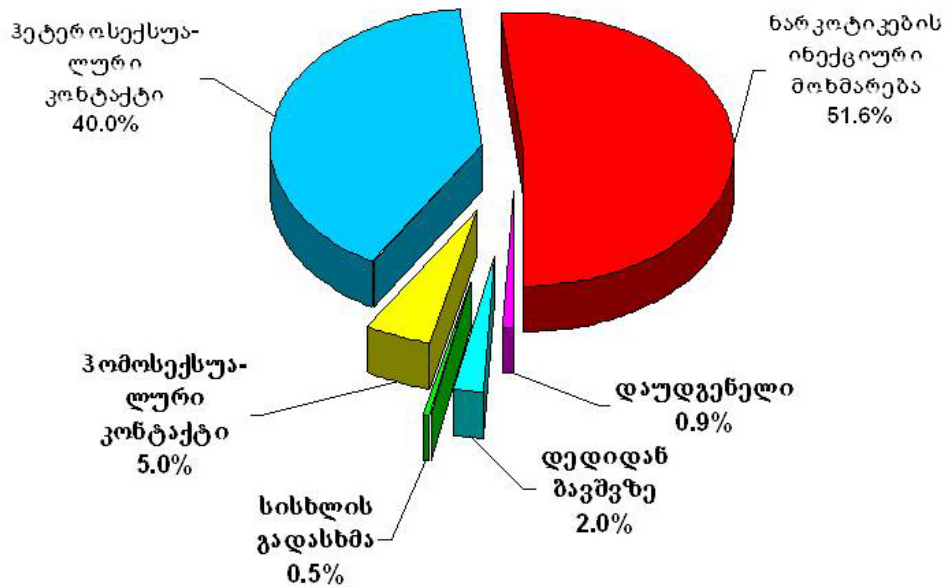
შიდსი რეგისტრირებულია მსოფლიოს ხუთივე კონტინენტის 206 ქვეყანაში. ოფიციალური მონაცემებით, სადღეისოდ მსოფლიოში შიდსის ვირუსით ინფიცირებულია 20 მილიონამდე ადამიანი, მათგან 80% სქესობრივი გზით დაავადდა. აივ-ით ინფიცირებულია მსოფლიოში აღრიცხულ ნარკომანთა 80%.

1-ლი დეკემბერი არის შიდსთან ბრძოლის საერთაშორისო დღე.

გადაცემის გზები:

ცნობილია შიდსის ვირუსის გადაცემის სამი გზა:

- სქესობრივი კონტაქტით (ვაგინალური, ანალური და ორალური)
- ინფიცირებული სისხლის ან მისი ცალკეული კომპონენტების გადასხმით (აივ ინფიცირებულის სისხლით დაბინძურებული შპრიცის, ნემსის და სხვა სამედიცინო ინსტრუმენტების გამოყენებისას)
- ინფიცირებული დედიდან ნაყოფზე ან ახალშობილზე გადაცემის გზით (მუცლადყოფნის, მშობიარობის ან ძუძუთ კვების დროს)



შიდსის ვირუსი არ გადაეცემა:

- ჰაერ-წვეთოვანი გზით, ხველით, ცხვირის დაცემინებით ან კოცნით. შესაბამისად, არ არის საშიში ინფიცირებულთან საუბარი.
- საყოფაცხოვრებო და სოციალური კონტაქტებით. არ არის საშიში ხელის ჩამორთმევა, მოხვევა, ალერსი, დაავადებულის მიერ გამოყენებული ჭურჭლით, თეთრეულით, საერთო საპირფარეშოთი და აბაზანით სარგებლობა.
- ვირუსი არ გადადის მწერებისა და ცხოველების მეშვეობით.

ვინ მიეკუთვნება შიდსის მაღალი რისკის ჯგუფებს?

აივ ინფექციის მაღალი რისკის ჯგუფებს მიეკუთვნებიან:

- ნარკომანები;
- ჰომოსექსუალები;
- მეძავეები და მათი პარტნიორები;
- ვენერიული სნეულებებით დაავადებულნი;
- ტუბერკულოზით დაავადებულნი;
- ჰემოფილით დაავადებულნი და სისხლის რეციპიენტები;
- მოგზაურები და სხვა.

როგორ ხდება ადამიანის ინფიცირების დადგენა?

შიდსის ვირუსით ინფიცირების დიაგნოზის დასმა სპეციფიკური ლაბორატორიული გამოკვლევის გარეშე შეუძლებელია. აივ ინფექციის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა ემყარება სისხლში საკუთრივ ვირუსის, მისი ცალკეული ცილების (ანტიგენები) ან ვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულების გამოვლენას. შიდსის ვირუსის საწინააღმდეგო

ანტისხეულები სისხლში ჩნდება შესაძლო ინფიცირების მომენტიდან სულ ცოტა თვენახევრის შემდეგ.

რა სიმპტომები ახასიათებს შიდსს?

ინკუბაციური პერიოდის განმავლობაში, რომელიც საშუალოდ 3-10 წელს გრძელდება, ინფიცირებული ადამიანი თავს პრაქტიკულად ჯანმრთელად გრძნობს. შიდსი კლინიკურად გამოვლინდება იმუნური სისტემის ღრმა დაზიანების შემდეგ და ხასიათდება მრავალფეროვანი სიმპტომატიკით. ყველაზე ხშირად მას ახასიათებს:

- ტემპერატურის უმიზეზო მომატება 1 თვეზე მეტი ხნის მანძილზე;
- ლიმფური კვანძების გადიდება;
- ძლიერი საერთო სისუსტე;
- მუქი წითელი ფერის ლაქები კანსა და ლორწოვან გარსებზე;
- გახანგრძლივებული პნევმონია (ფილტვების ანთება), რომელიც არ ექვემდებარება ჩვეულებრივ მკურნალობას;
- ძლიერი ოფლიანობა, განსაკუთრებით ღამით;
- თეთრი ფერის ნადები პირის ღრუს ლორწოვანზე;
- პათოლოგიური მოვლენები ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ;
- ფაღარათი;
- წონაში კლება სხეულის მასის 10%-ით და მეტით.

შიდსის კლინიკა ზედმიწევნით მრავალფეროვანია. კლინიკური პოლიმორფიზმი იმითაა განპირობებული, რომ იმუნიტეტის დაკარგვის გამო ორგანიზმი მგრძობიარე ხდება სხვადასხვა იმფექციისადმი. ძირითადად არჩევენ ოთხ სტადიას: ინკუბაციურს, დაავადების დასაწყისს, ანუ პრეშიტს, დაავადების განვითარების სტადიასა და შიდსს.

თანამედროვე კლასიფიკაციით აივ ინფექცია ეწოდება დაავადებას ვირუსით ინფიცირების მომენტიდან სიცოცხლის ბოლომდე. ხოლო, ტერმინი შიდსით აღინიშნება დაავადების ბოლოს სტადია, როდესაც ავადმყოფს უვითარდება დაავადების გარკვეული კლინიკური ნიშნები.



ოჯახის დაგეგმვა და 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).

ოჯახის დაგეგმვა ხორციელდება ჩასახვის საწინააღმდეგო(კონტრაცეფტიული) საშუალებების, სტერილიზაციისა და ხელოვნური აბორტის დახმარებით. კონტრაცეფციულ საშუალებებს ნიშნავენ სამედიცინო ჩვენებით, რომლითაც შეიძლება ისარგებლონ როგორც მამაკაცებმა, ისევე ქალებმა არასასურველი ორსულობისა და ჯანმრთელობისათვის საშიში აბორტების რიცხვის შესამცირებლად. კონტრაცეფციის მეთოდები და საშუალებები იყოფა შემდეგ ძირითად ჯგუფებად:

1. რითმ-მეთოდი.
2. მექანიკური და ქიმიური ხასაითის მეთოდები
3. საშვილოსნოსშიდა ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებები
4. ჰორმონული კონტრაცეფტივები.

რიტმმეთოდი კონტრაცეფციის ფიზიოლოგიური მეთოდია. მენსტრუალური ციკლის მიმდინარეობისას არის მხოლოდ რამდენიმე დღე(ოვულაციამდე და მის შემდეგ), როცა ქალს შეუძლია დაფხმძიმდეს. 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 ხანგრძლიობას(48 საათი და მეტი) და კვერცხუჯრედის განაყოფიერების უნარის ხანგრძლიობას(რამდენიმე საათი). 28 დღიანი მენსტრუაციული ციკლისას ოვულაცია დგება საშუალოდ 12-ე 14-ე დღეს, თუმცა შეიძლება ფიზიოლოგიური მერყეობა ორი დღის ფარგლებში. თუ გავითვალისწინებთ ამ მონაცემებს, მაშინ განაყოფიერება რეგულარული 28 დღიანი ციკლის პირობებში შეიძლება ციკლის მხოლოდ მეათე და მეჩვიდმეტე დღეებს შორის(საშიში დღეები). შესაბამისად, ციკლის სხვა დღეები უსაფრთხოა.

საშვილოსნოსშიდა ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებები შეყავთ საშვილოსნოს ღრუში ცერვიკალური არხიდან. ისინი დამზადებულია ინერტული პლასტიკური მასალებისგან. ამ საშუალებების გამოყენება არ შეიძლება საშვილოსნოსა და დანამატების მწვავე და ქვემწვავე ანთებითი დაავადებების, საშოს მესამე და მეოთხე ხარისხის სისუფთვის, ორსულობის ან მასზე ეჭვის, ქალის სასქესო ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეებისა და საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლდენების დროს.

ამ საშუალებების დანიშვნამდე ქალს იკვლევენ(ზოგადი გამოკვლევა, სისხლის, შარდის, საშოს, საშვილოსნოს ყელის ნაცხის ანალიზები, ბიომანუალური გამოკვლევა). კონტრაცეფტივი ძირითადად შეყავთ მაშინვე მენსტრუაციის დამთავრებისას. ამ საშუალების შეყვანა შესაძლებელია აგრეთვე ხოლოვნური აბორტის ოპერაციის დასრულების შემდეგ. ყოველ ნახევარ წელიწადში ერთხელ სავალდებულოა შემოწმების გავლა გინეკოლოგთან. კონტრაცეფტივი საშვილოსნოში შეიძლება იმყოფებოდეს ორი-სამი წლის განმავლობაში, თუ არ არის რაიმე სახის გართულება. ამ ვადის შემდეგ იგი გამოაქვთ დროის მცირე შუალედის შემდეგ მის შესაცვლელად.

საშვილოსნოს შიდა კონტრაცეფციის გართულებებია საშვილოსნოსა და დანამატების ანთებითი დაავადებები, ტკივილი, სისხლდენა, ხოლო ძალიან იშვიათად შესაძლოა საშვილოსნოს პერფორაცია. საშვილოსნოშიდა კონტრაცეფციის საშუალებების ეფექტურობა შეადგენს დაახლოებით 98%-ს.

გარდა ამისა, აბორტი არის ოჯახის დაგეგმვის ერთ-ერთი, მაგრამ არა ერთადერთი საშუალება. მას გააჩნია ეფექტური ალტერნატივა, რომლის გამოყენებაც არის არასასურველი ორსულობის, აბორტისა და მისგან მოსალოდენი გართულებების პრევენციის საშუალება.

აბორტი ეწოდება ორსულობის ნაადრევ შეწყვეტას და საშვილოსნოდან ნაყოფის გამოძევებას ორსულობის 20 კვირის შესრულებამდე. ამ ვადამდე გამოძევებული ნაყოფი სიცოცხლისუნარმოკლებულია, ვინაიდან მისი სიგრძე 35სმ-ზე ნაკლებია, ხოლო წონა - 1000გრ-ზე ნაკლები. 12-14-ე კვირამდე ორსულობის შეწყვეტას ეწოდება ნაადრევი აბორტი, ხოლო 14 კვირის შემდეგ - გვიანი. აბორტი შეიძლება იყოს თვითნებური და ხელოვნური.

ხელოვნური(სამედიცინო) აბორტი კეთდება ნებაყოფლობით ორსულობის 12-ე კვირამდე. 12 კვირაზე მეტი ხნის ორსულობის შეწყვეტა დასაშვებია მხოლოდ და მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში, როდესაც ეს გამოწვეულია დედის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის დაცვის ინტერესებით, ანუ სამედიცინო ჩვენებების თანახმად. მოცემული ოპერაცია უნდა გაკეთდეს ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში(ქალთა კონსულტაცია, სამშპბიარო სახლი, გინეკოლოგიური განყოფილება) ლიცენზირებული ექიმის, მეან-გინეკოლოგის მიერ.

აბორტის მსვლელობისას და მის შემდეგ მოსალოდნელი გართულებებია: სისხლდენა, ნაყოფის არასრული ევაკუაცია, ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში, საშვილოსნოს პერფორაცია და ინფექცია. ამ პროცესის შემდგომ ორგანიზმი განიცდის შოკს, რაც განსაკუთრებით მტკივნეულად აისახება ქალის ნერვულ და ენდოკრინულ სისტემის ფუნქციონირებაზე. ამასთმ, შეიძლება მოხდეს ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა, რაც წონის მატებას უწყობს ხელს, თირკმელზედა და სხვა ენდოკრინული ჯირკვლების ფუნქციის მოშლა, რაც ვლინდება ხშირად სხეულზე თმის ჭარბი ზრდით, გამონაყარით, სექსუალური დარღვევებითა და ფსიქიკური მდგომარეობის ცვლილებით. აბორტის გართულების ალბათობა პირდაპირპროპორციულია აბორტების რაოდენობის ზრდისა.

კომბინირებული ორალური კონტრაცეფტივები (კომბინირებული აბები)	99% ეფექტურობა
პროგესტაგენული აბები (მინიპილი)	98% ეფექტურობა
კალენდარული მეთოდი	75-80% ეფექტურობა
ლაქტაციური მეთოდი	98% ეფექტურობა

კითხვები თვითშემოწმებისთვის:



1. რა მიეკუთვნება ქალის გარეთა სასქესო ორგანოებს?
2. რა მიეკუთვნება ქალის შიგნითა სასქესო ორგანოებს?
3. რამდენი გარისისაგან შედგება საშვილოსნოს კედელი?
4. რა ნაწილებისგან შედგება ფალოპიუსის მილი?
5. სად არის განლაგებული საშვილოსნო?
6. სად მდებარეობს დუგლასის ფოსო?
7. რა ახასიათებს ნორმალურ მენსტრუალურ ციკლს?
8. რა ფაზებისგან შედგება საშვილოსნოს ციკლი ?
9. სად სეკრეტირდება ესტროგენი ?
10. რა უწყობს ხელს კვერცხუჯრედის გადაადგილებას ფალოპიუსის მილში?
11. რა იწვევს ტრიქომონიასს ?
12. რატომ ეწოდება ციტომეგალოვირუსს „ორსულობის შავი ჭირი“?
13. გონორეის გადაცემის გზებია ?
14. როგორი იმუნიტეტი ყალიბდება ვენერიული დაავადებების დროს ?
15. რა გართულებას იწვევს უროგენიტალური ქლამიდიოზი ?
16. რა სიმპტომები ახასიათებს შიდსს ?
17. როგორ ხდება აივ ინფექციის დადგენა ?
18. რა განსხვავებაა შიდსსა და აივ ინფექციას შორის ?
19. კონტრაცეფციის რა მეთოდები არსებობს ?
20. რა გართულებებია მოსალოდნელი გვიანი აბორტის შემთხვევაში ?

თავი II. ანტენატალური მოვლა

პერინატალური დახმარება წარმოადგენს ოჯახზე ორიენტირებულ მრავალმხრივ დინამიურ პროცესს, რომელიც უზრუნველყოფს მაღალი ხარისხის სამეანო და ნეონატალურ დახმარებას, ქალების და ბავშვების ფიზიოლოგიური, ემოციური და ფსიქოლოგიური თავისებურებების გათვალისწინებით. ასეთი დახმარების კონტექსტში, ორსულობა და მშობიარობა განიხილება, როგორც ნორმალური ფიზიოლოგიური პროცესი, რომლისთვისაც საზოგადოებისა თუ ოჯახის მხარდაჭერა და მონაწილეობა უაღრესად მნიშვნელოვანია, ფიზიოლოგიური ორსულობა განსაკუთრებულ მართვასა და ჩარევებს არ საჭიროებს, მაქსიმალურად უნდა დავიცვათ დემედიკალიზაციის პრინციპი, რომ ორსულობის დროს ყველა ჩარევას უნდა ჰქონდეს არამარტო მკაცრი ჩვენება არამედ საფუძვლიანად დასაბუთებული დადებითი გავლენაც ორსულობის გამოსავალზე.



ანტენატალური მოვლის მიზანია დაეხმაროს დედას შეინარჩუნოს ჯანმრთელობა, ასევე შეინარჩუნოს მომავალი ბავშვის ჯანმრთელობა და მხარდაჭერა გაუწიოს დედას, მის პარტნიორს და ოჯახს. ანტენატალური დახმარების მიზანია შესაძლო პათოლოგიური დარღვევების დროულად გამოვლენა და აღმოფხვრა, რაც ხელს შეუწყობს ორსულთა ჯანმრთელობის შენარჩუნებას და მუცლადმყოფი ნაყოფის სრულფასოვან განვითარებას.

I დონის ჯანმრთელი დედის და ნაყოფის დახმარება. ეს არის ნორმალური, დაბალი რისკის მქონე ორსულები და მათი ნაყოფიც. დაბალი რისკის ორსული ნიშნავს ქალს, ნორმალური სამედიცინო, ქირურგიული და სამეანო ანამნეზით, რომელიც იღებს ადეკვატურ პრენატალურ მოვლას და რომელმაც სავარაუდოდ ნორმალურად და გართულების გარეშე უნდა იმშობიაროს.

დღეისათვის მსიფლიოში მიჩნეულია, რომ ფიზიოლოგიური ორსულობის დროს სავსებით საკმარისია სათანადოდ მომზადებული ბებიაქალის ან ოჯახის ექიმის მეთვალყურეობა. მხოლოდ გართულებული ორსულობის შემთხვევაში ხდება მეთვალყურეობის პროცესში მენ-გინეკოლოგის რუტინული ჩართვა.

საქართველოში დაბალი რისკის ჯგუფის ორსულებს სთავაზობენ მინიმუმ ოთხ ანტენატალური ვიზიტის სქემას, რომელსაც სახელმწიფო აფინანსებს. უფრო ხშირი ვიზიტები შესაძლოა გართულებით მიმდინარე ორსულობის მონიტორინგის სახით.

ორსულობის ანატომია და ფიზიოლოგია

ემბრიონის და ნაყოფის განვითარებას თან სდევს ცვლილებები ორსულობის მთელ ორგანიზმში, მის ყველა ორგანოსა და ქსოვილში: სასქესო ორგანოებში, საშარდე გზებში, საჭმლის მომნელებელ ტრაქტში, სასუნთქ ორგანოებში, კარდიოვასკულარულ სისტემაში, სისხლში, ნერვულ სისტემაში, კანში, ძვლოვან სისტემაში, შიგნითა სეკრეციის ჯირკვლებში, ღვიძლში.

განაყოფიერების მომენტიდან კვერცხი იზრდება სწრაფად. იგი დედის ორგანიზმიდან ლებულობს ზრდისათვის საჭირო ყველა საკვებს, რაც გადადის ნაყოფში ბუსუსებისა და პლაცენტის მეშვეობით. ნაყოფი პლაცენტის საშუალებით დედის ორგანიზმში გამოყოფს ცვლის საბოლოო პროდუქტებს. ორსულობის დროს დედის ორგანიზმში დროებით წარმოიშვება შინაგანი სეკრეციის ორი ახალი ორგანო: ორსულობის ყვითელი სხეული და პლაცენტა.

ორსულობის დროს ჰორმონული ცვლილებები შესამჩნევ ზეგავლენას ახდენს სასქესო ორგანოებზე. ესტრადიოლის, პროგესტერონის მაღალი დონე იწვევს საშვილოსნოს მიომეტრიუმის უჯრედების ჰიპერპლაზიას და ჰიპერტროფიას, ზრდის რა საშვილოსნოს მასას ორსულობამდელი 50-60 გრამიდან დროული ორსულობის დროს 1000 გრამამდე, სიგრძე არის 35 სმ. საშვილოსნო დიდდება 5-6 ჯერ, ხოლო მისი ტევადობა მატულობს 50-ჯერ. საშვილოსნოს ღრუს ფართობი უდრის 940 კვ/მ. საშვილოსნოს მაქსიმალური გარშემოწერილობაა 50სმ. ორსულ საშვილოსნოში მატულობს ვენების და არტერიების რიცხვი, იქმნება ძლიერი ანასტომოზები. საშვილოსნოს ვენებს აქვს სარქველები, რომლებიც ამ ორგანოში სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებას უწყობს ხელს. საშვილოსნოს შეკუმშვის დროს იზრდება საშვილოსნოს შიგა წნევა, რაც მიომეტრიუმის ვენური სისტემის დაცლისას ნაკადის უკან დაბრუნებას უწყობს ხელს. ორსულობის პერიოდში საშვილოსნოს კუნთოვან გარსში- მიომეტრიუმში იმატებს ფოსფორის ნაერთები და 4-6-ჯერ იმატებს გლიკოგენის რაოდენობა. საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი- ენდომეტრიუმი ორსულობის დროს გადაიქცევა მოსავარდნ-დეციდუალურ გარსად, რომლის სისქე შესამჩნევად იმატებს. აღინიშნება საშვილოსნოს კუნთების ჰიპერტროფია და ჰიპერპლაზია- ე.ი იმატებს კუნთოვანი ბოჭკოების მოცულობა, ამავე დროს წარმოიქმნება ახალი კუნთოვანი ბოჭკოები. ორსულობის დროს კუნთოვანი ბოჭკოების სიგრძე იმატებს 50-ჯერ. საშვილოსნოს ღრუ

ფართოვდება მასში მდებარე ნაყოფის ზეგავლენით. საშვილოსნოს კედელი თხელდება და ორსულობის ბოლოს მისი სისქე უდრის 0,5-1 სმ-ს.

პირველი ორსულობის დროს საშვილოსნოს ყელი დახურულია, ხოლო განმეორებით მშობიარეებში საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირი ღიაა და ატარებს 1-2 თითს.

ორსულობის დროს დასაწყისში იცვლება საშვილოსნოს ფორმა. ის ხდება ასიმეტრიული. კვერცხის მიმაგრების ადგილი უფრო გამოზურცულია. ორსულობის მე-4 თვიდან კი საშვილოსნო მრგვალდება, შემდეგ იღებს კვერცხის ფორმას. საშვილოსნოსკენ სისხლის მიმოქცევა ძლიერდება 5-ჯერ მაინც, წარმოიქმნება სისხლის მიმოქცევის ახალი ფეტო-პლაცენტარული წრე.

კალციუმის მარილები ნაყოფის ჩონჩხის აგებისათვის აუცილებელია და ნაყოფი კალციუმს იღებს დედის ძვლებისაგან. ორსული განიცდის კალციუმის ნაკლებობას, რაც გამოიხატება კბილების კარიესით, ფრჩხილების მტვრევით. უფრო მძიმე შემთხვევაში ვლინდება ძვლების სიმეგრის დაკარგვა და ხდება მათი გარბილება-ოსტეომალაცია. ორსულის ორგანიზმში კალციუმის მარილების რაოდენობის შემცირება იწვევს ნერვულ აღზნებადობას-სპაზმოფილიას და წვივის კუნთების კრუნჩხვებს.

რკინის მარილები მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ნაყოფის სისხლის წარმოქმნაში. დედა უნდა იღებდეს სათანადო რაოდენობის რკინას, წინააღმდეგ შემთხვევაში ორსულს უვითარდება ჰიპოქრომიული ანემია, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ორსულობის ნაადრევი შეწყვეტა.

აეროვან ცვლაში ძირითადია ორსულობის დროს ჟანგბადის ცვლა. ნაყოფის მოთხოვნა ჟანგბადისადმი ძალიან დიდია. ამის უზრუნველყოფა ხდება პლაცენტის განსაკუთრებული აგებულებით, მისი დიდი ე.წ. „სასუნთქი ზედაპირის“ მეშვეობით, რაც უზრუნველყოფს ჟანგბადის ცვლას და აკმაყოფილებს ნაყოფის მოთხოვნილებას ჟანგბადისადმი.

ორსულობის ნორმალური მიმდინარეობისა და ნაყოფის სწორად განვითარებისთვის აუცილებელია ვიტამინები: A, B, C, D, E. ვიტამინების ნაკლებობამ შეიძლება გამოიწვიოს ორსულთა პრეეკლამფსია, თვითნებითი აბორტები და ნაადრევი მშობიარობა. სისხლდენა მშობიარობის დროს და სხვა.

ორსულის სისხლში მატულობს ერთროციტების და ჰემოგლობინის რაოდენობა, იგი მდიდრდება ფერმენტებით, ლიპიდური ქოლესტერინით.

ორსულობის დროს ცვლილებები მიმდინარეობს ყველა ორგანოსა და სისტემაში: გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციის ინტერსიფიკაცია გამოწვეულია საშვილოსნოს ჰიპერტროფიის გამო და პლაცენტარული სისხლის მიმოქცევის ახალი წრის შექმნით. გულის კუნთი დიდი დატვირთვის გამო განიცდის ჰიპერტროფიას, პულსი აჩქრებულია, ნორმალური ორსულობის დროს სისხლის არტერიული წნევა არ იცვლება. სასუნთქი სისტემა- იცვლება ორსულობის დროს, რადგან ნაყოფსა და დედას შორის ნივთიერებათა

ცვლის პროცესები საჭიროებს დიდი რაოდენობით ჟანგბადს. ორსულობის ბოლო თვეებში სუნთქვა ძნელდება დიაფრაგმის მაღალი დგომის გამო. ამიტომ ორსულებს ეწყებათ ქოშინი.

ღვიძლის ფუნქცია ძლიერდება ორსულობის დროს ნაყოფის ნივთიერებათა ცვლის შუალედური პროდუქტების ნეიტრალიზაციის აუცილებლობის გამო.

თირკმელებს ორსულობის დროს უხდება გაძლიერებული მუშაობა, რადგან ისინი გამოყოფენ როგორც დედის ისე ნაყოფის ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტებს. შარდვა გახშირებულია შარდის ბუშტუცე ორსული საშვილოსნოს ზეწოლის გამო.



ანტენატალური ვიზიტების სქემა:

1. 13- კვირის ორსულობის ვადამდე
2. 18-20 კვირაზე
3. 30- 32 კვირაზე
4. 34-36-38 კვირაზე.

ანტენატალური მოვლის სტრუქტურა:

- ჩასახვამდელი მეთვალყურეობა.
- ორსულობის დროული დიაგნოსტიკა.
- პირველადი ვიზიტი. (პრევენტაცია)
- შემდგომი პრენატალური ვიზიტები.

ესაა ყოვლის მომცველი მშობიარობამდელი დახმარების პროგრამა, რომელიც მოიცავს სამედიცინო დახმარებისა და ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის კოორდინირებულ მიდგომას.

ჩასახვამდელი მეთვალყურეობა მოიცავს: რისკის შეფასებას, ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობას, ფსიქო-სოციალური ინტერვენციების განხორციელებას და ორსულობისათვის მზადყოფნას. ორსულთა ჯანმრთელობა ქალის ორსულობამდე ჯანმრთელობაზეა დამოკიდებული. რისკის შეფასება გულისხმობს ანამნეზის შეკრებას, საექიმო გასინჯვას, ლაბორატორიული კვლევების ჩატარებას, პოტენციური რისკის გამოვლენას, ქალის სათანადო კონსულტირებას და შესაძლებლობისამებრ მკურნალობასაც, ასეთ რისკს მიეკუთვნება: აივ-ინფექცია, ჰეპატიტის B, TORCH ინფექციები (პერინატალური ინფექციები:

ტოქსოპლაზმოზი, სიფილისი, წითურა ციტომეგალოვირუსი, ჰერპესი და ა.შ.), გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, დიაბეტი, ჰიპერტენზია, მედიკამენტოზური მკურნალობა, კვებითი, წონითი სტატუსი, ეკონომიური მდგომარეობა, თამბაქოს მწვევლობა, ალკოჰოლი, აკრძალული მედიკამენტების გამოყენება და არასახარბიელო გენეტიკური ფაქტორები. (საჭიროების შემთხვევაში გენეტიკოსის კონსულტაცია)

ორსულობის დროულ დიაგნოსტიკებაში შედის სიმპტომები და ნიშნები, ორსულობის დასადგენი ტესტი, კონფირმატორული ტესტი და ულტრაბგერითი ორსულობის დადგენა. ორსულობის დამახასიათებელი ნიშნები იყოფა: საექვო, სავარაუდო და უტყუარი ნიშნები.

ორსულობის საექვო ნიშნებია: ხშირი შარდვა, გულის რევა, პირღებინება, მადის და გემოვნების შეცვლა, სახის, მუცლის, არეოლების პიგმენტაცია, მკერდისა და მუცლის გადიდება.

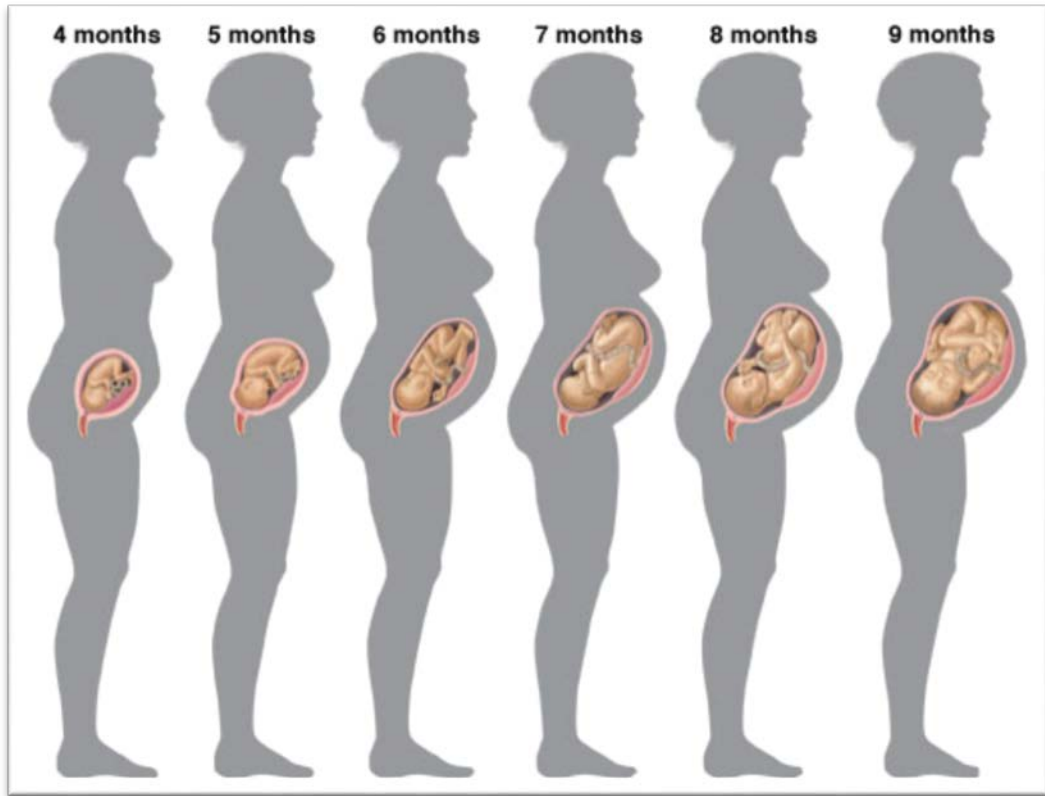
ორსულობის სავარაუდო ნიშნებია: ამენორეა, საშოს და საშვილოსნოს ყელის შეშუპება და ციანოზი, საშვილოსნოს ფორმისა და კონსისტენციის შეცვლა, საშვილოსნოს გადიდება, ჰორვიც-ჰეგარის ნიშანი, სნეგროვის ნიშანი. გამოკვლევა ხდება ორხელშუა ბიმანუალური გასინჯვით. ეს ნიშნები არის ობიექტური ნიშნები, რომელთა დადგენა უკვე შესაძლებელია განაყოფიერებიდან 6-8 კვირის შემდეგ. ორსულობის 5-6 კვირიდან საშვილოსნოს წინა და უკანა ზომები მატულობს და ხდება სფეროსმაგვარი. ორსულობის 12 კვირის ბოლოს საშვილოსნოს ფუძე აღწევს ბოქვენის სიმფიზს, ამ დროს საშვილოსნოს ტანის დიამეტრი უდრის 8 სმ-ს. ბიმანუალური გასინჯვისას ორივე ხელის თითები თითქმის ეხება ერთმანეთს, ეს არის ჰორვიც-ჰეგარის სიმპტომი, რაც გამოვლინდება ორსულობის 6-8 კვირაზე. როცა გასინჯვისას საპასუხოდ გარბილებული საშვილოსნო გამკვრივდება- სნეგროვის სიმპტომი.

მენსტრუაციის შეწყვეტის შემთხვევაში ორსულობის 95%-ში დიაგნოსტიკა შესაძლებელია ორსულობის შარდის ტესტის საშუალებით. ამ ტესტის მგრძობელობა დამოკიდებულია სისხლში ქორიონალური გონადოტროპინის დონეზე და ის ლიმიტირებული მინიმუმი, რომლის დროსაც შესაძლებელია 95%-ში ორსულობის დიაგნოსტიკა მენსტრუაციის გადაცდენის შემთხვევაში, სისხლში 12,5 მმ/მლ HG არსებობას შეესაბამება. ქორიონალური გონადოტროპინი ასეთ დონეს აღწევს სისხლში განაყოფიერებიდან 8-9 დღის შემდეგ.

კონფირმატორული ტესტი ორსულობის ენდოკრინული ტესტირების საფუძველი არის დედის სისხლსა და შარდში ქორიონალური გონადოტროპინის განსაზღვრა. ადამიანის ქორიონალური გონადოტროპინი (hCG) ხელს უშლის ყვითელი სხეულის უკუგანვითარებას (ინვოლუციას), რომელიც პროჟესტერონის სინთეზის ძირითადი ადგილია ორსულობის პირველი ექვსი კვირის განმავლობაში.

ორსულობის უტყუარი ნიშნებია ნაყოფის გულისცემა და ულტრაბგერითი სკანირება. ორსულობის უტყუარი ნიშნები გამოვლინდება ორსულობის მეორე ნახევარში და მიუთითებს საშვილოსნოში ნაყოფის არსებობაზე. სტანდარტული სტეტოსკოპით ნაყოფის გულისცემის მოსმენა უკვე შესაძლებელია ორსულობის 17-19 კვირის ვადაზე. დოპლერით

ნაყოფის გულისცემა გამოვლინდება ორსულობის მე-10 კვირის ვადაზე. ვაგინალური ექოსკანირებით ნაყოფის გულისცემის მოსმენა შეიძლება ამენორეიდან 5 კვირის შემდეგ. ნაყოფის მოძრაობა ასევე აღიქმება ორსულობის II ნახევარში დაახლოებით 18-20 კვირის ვადაზე. ორსულობის უტყუარი დიაგნოსტიკა შესაძლებელია ულტრაბგერითი ექოსკანირებით ორსულობის 7-8 კვირამდე- სანაყოფე კვერცხის ვიზუალიზაციით, ხოლო მოგვიანებით ემბრიონისა და ნაყოფის ვიზუალიზაციით. ორსულობის დიაგნოზი კი დადასტურებულად ითვლება ერთი უტყუარი ნიშნის არსებობის შემთხვევაშიც.

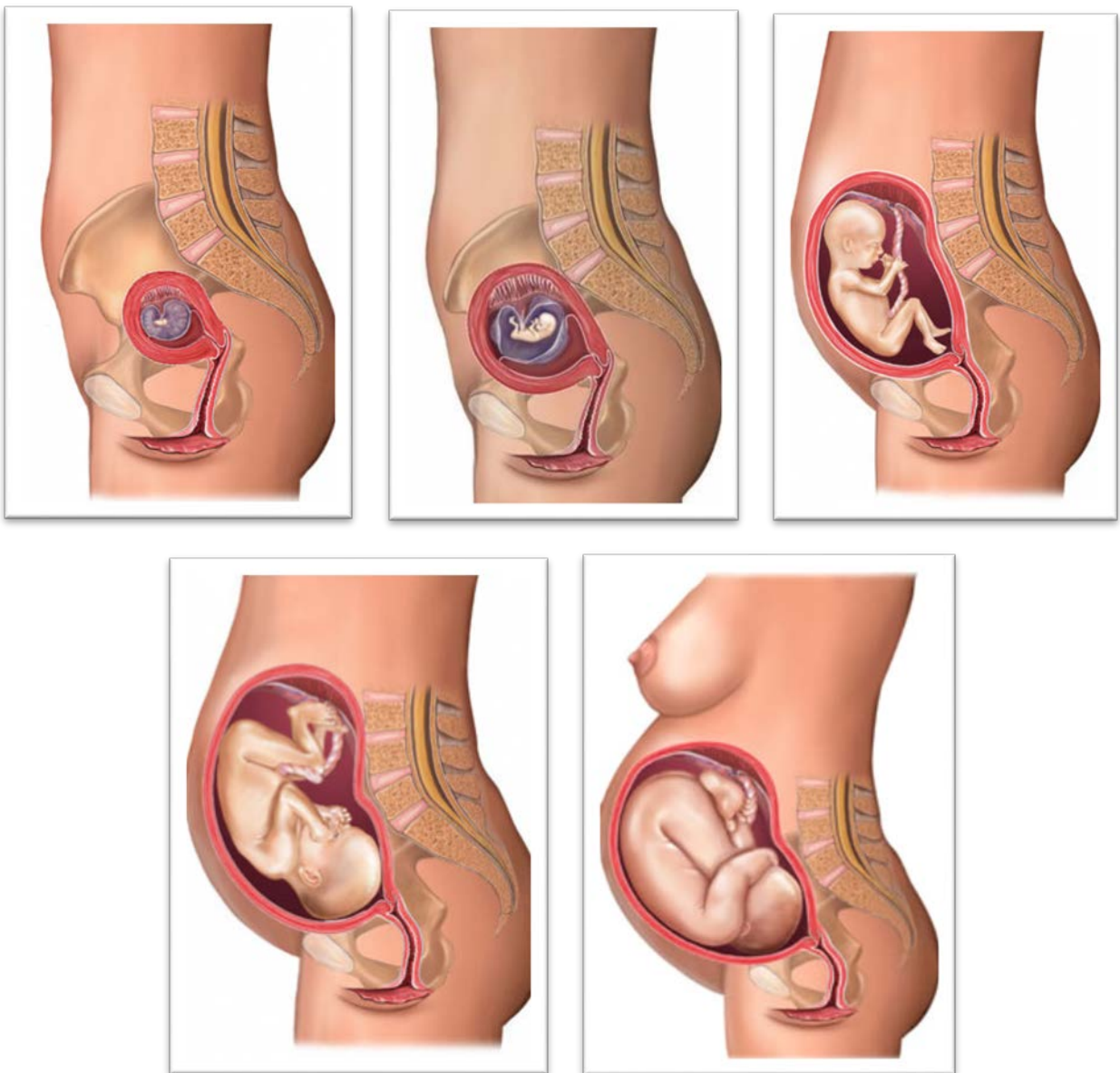


ორსულობის I ტრიმესტრი გადამწყვეტი პერიოდია და ორსულობის შემდგომ მიმდინარეობას განსაზღვრავს, ამიტომ ორსულობის I ტრიმესტრში განხორციელებულ პირველ ვიზიტა რაოდენობის მიხედვით ფასდება ანტენატალური დახმარების ხარისხი. პირველი ვიზიტის დროს ორსული ქალის გასინჯვა მოიცავს ანამნეზის სრულყოფილ შეკრებას, ობიექტურ გამოკვლევას, რუტინული ლაბორატორიული ტესტების ჩაბარებას, ნაყოფის გესტაციური ასაკის შეფასებას, ორსულობის მართვის დაგეგმვას.

მოსალოდნელი მშობიარობის ვადის დასადგენად იყენებენ ნეგელეს წესით გამოთვლილ ე.წ. მენსტრუალურ ასაკს. ამისათვის უკანასკნელი მენსტრუაციის პირველ დღეს უმატებენ 7 დღეს და შემდეგ სამ თვეს აკლებენ. გესტაციური ვადის განსაზღვრის სიზუსტე ამ მეთოდით 11-42 %-ში მერყეობს.

მოსალოდნელი მშობიარობის ვადის განსაზღვრა შესაძლებელია ოვულაციის მიხედვითაც, ე.წ. ოვულაციურ ანუ ფერტილურ ასაკზე, რომელიც ორი კვირით მოკლეა. ამ მეთოდს იყენებენ ძირითადად ემბრიოლოგები. ამ მეთოდით არ შემდგარი მენსტრუაციის პირველ დღეს აკლებენ 14-16 დღეს, ხოლო მიღებულ რიცხვს უმატებენ 273-274 დღეს.

მოსალოდნელი მშობიარობის ვადის დადგენა შესაძლებელია ნაყოფის პირველი მოძრაობის მიხედვითაც. ამისათვის პირველად ორსულობის ნაყოფის პირველადი მოძრაობის თარიღს, 5 თვეს, ხოლო განმეორებითი ორსულობისას 5,5 თვეს უმატებენ. ორსულობის პირველ ტრიმესტრში განხორციელებული ექოსკანირებით შესაძლებელია ნაყოფის განვითარების მანკის ადრეული გამოვლენა, მრავალნაყოფიანი ორსულობის ადრეული დიაგნოსტიკა, მოსალოდნელი მშობიარობის ვადის ყველაზე ზუსტად განსაზღვრა რუტინული ულტრაბგერითი გამოკვლევა ორსულობის ადრეულ ვადებზე. 10-13 კვირაზე საშუალებას გვაძლევს შედმიწევნით ზუსტად დავადგინოთ მოსალოდნელი მშობიარობის ვადა, ამ დროს გესტაციური ვადა განისაზღვრება ნაყოფის თხემ-კუდუსუნის ზომის მიხედვით. ასევე იზომება ნაყოფის კისრის ნაოჭის სისქეც. ორსულობის II და III ტრიმესტრში ექოსკანირებით განსაზღვრული ორსულობის ვადა ნაკლებად ზუსტია.



ნორმალური ორსულობის ხანგრძლივობა საშუალოდ შეესაბამება 280 დღეს ან 40 კვირას, ორსულობის ხანგრძლივობა შეადგენს 10 სამეანო (28 დღიანი თვე) ან 9 კალენდარულ თვეს.

ორსულობის დაყოფა ტრიმესტრებად ძალზე მნიშვნელოვანია, რადგან თითოეული ტრიმესტრი არის განსხვავებული სამეანო პრობლემის მატარებელი. მაგალითად: ორსულობის I ტრიმესტრისთვის დამახასიათებელია თვითნებითი აბორტები, ხოლო III ტრიმესტრში ორსულებში იზრდება ჰიპერტენზიული დარღვევები.

I-ტრიმესტრი მოიცავს- ორსულობის 1-14 კვირას.

II -ტრიმესტრი - ორსულობის 15-28 კვირას.

III- ტრიმესტრი - ორსულობის 29-42 კვირას.



შესაძლებელია ორსულობის პერიოდის დაყოფა : I ნახევრად 1-20 კვირამდე და II ნახევრად 20 კვირიდან მშობიარობამდე.

ორსულთა ანამნეზი.

ორსულობის პირველი ვიზიტისას პაციენტმა სრულყოფილად უნდა შეავსოს კითხვარი, სადაც შედის სოციალური, სამედიცინო და ოჯახური ანამნეზი. მნიშვნელოვანია ორსული ქალის ასაკის განსაზღვრა, რომელიც ერთ-ერთი უძველესი სკრინინგ ტესტია. მნიშვნელოვანია აგრეთვე, თანმხლები, სომატური და გინეკოლოგიური დაავადების რისკის დადგენა; განსაკუთრებით დეტალური შესწავლა სჭირდება სამეანო ანამნეზს, რადგან წინა ორსულობის დროს განვითარებულ გართულებათა უმრავლესობას ახასიათებს განმეორების ტენდენცია. ასევე მნიშვნელოვანია აქვს მენსტრუალური ანამნეზის შეკრებას, რაც მშობიარობის ვადის დადგენაში გვეხმარება.

ორსულთა ანამნეზში შედის: პირადი და დემოგრაფიული ინფორმაცია, სამეანო ანამნეზი, ოჯახური და პირადი ავადობის ანამნეზი, ქირურგიული ანამნეზი, გენეტიკური ანამნეზი, მენსტრუალური და გინეკოლოგიური ანამნეზი.

მიმდინარე ორსულობის ანამნეზი და ფსიქო-სოციალური ინფორმაცია- სადაც შედის თამბაქოს წევა, ალკოჰოლი, აკრძალული მედიკამენტები და ოჯახური ძალადობა.

ორსულის ობიექტური გამოკვლევა.

პირველი ვიზიტის დროს უნდა ჩატარდეს სრული ფიზიკალური გამოკვლევა, რომელიც მოიცავს ზოგად ობიექტურ გამოკვლევას და სამეანო გასინჯვას. ზოგადი გამოკვლევის დროს ორსული სრულყოფილად უნდა დაათვალიერონ- აგებულება, კანის საფარი, სარძევე ჯირკვლები, უნდა შეფასდეს შინაგანი ორგანოების მდგომარეობა, განისაზღვროს ქალის წონა და სიმაღლე, უნდა გამოვთვალოთ სხეულის მასის ინდექსი: სხეულის წონის (კგ) შეფარდება სიმაღლის (მ²) კვადრატთან. ნორმაში სხეულის მასის ინდექსი უდრის 19-26 კგ/მ. დასაშვებად ითვლება 18-35 კგ/მ. საჭიროა არტერიული წნევის გაზომვა სტანდარტული წნევის საზომით, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს დიასტოლურ წნევას.

ორსულის სამეანო გამოკვლევა მოიცავს: საშვილოსნოს ყელის სარკეებში დათვალიერებას საშოსმხრივი გასინჯვებით - საშვილოსნოს ყელის პალპირება, საშვილოსნოს ზომის და ფორმის დადგენა, დანამატების მდგომარეობის დადგენა, ვაგინალური და ბიმანუალური გასინჯვით. საშოსმხრივი გასინჯვა უნდა განხორციელდეს ორსულობის პირველი ვიზიტის დროს. აუცილებელია საშვილოსნოს ყელის PAP-ტესტის ჩატარება. მნიშვნელოვანია გარეგანი გასინჯვით სანტიმეტრული ლენტის საშუალებით საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის დინამიკაში განსაზღვრა და მონაცემების შეტანა სპეციალურ გრაფიკზე (გრაფიდოგრამზე). ორსულობის 9-12 კვირის ვადიდან დოპლერის საშუალებით ნაყოფის გულისცემის დაფიქსირება, კისრის ნაკეცის სკრინინგი (დაუნის სინდრომის განსაზღვრის ერთ-ერთი ეფექტური მეთოდი) ხოლო 17-19 კვირიდან კი შესაძლებელია სტანდარტული სტენოკოპიით ნაყოფის გულისცემის მოსმენა.

რუტინული ლაბორატორიული ტესტები: სისხლის რეზუს კუთვნილება, სისხლის ჯგუფის განსაზღვრა, ანტისხეულები, ჰემატოკრიტი და ჰემოგლობინი, საშვილოსნოს ყელის ციტოლოგია, (PAP) ტესტი, წითურაზე იმუნოტეტის ტესტები, უსიმპტომო ბაქტერიურიაზე ტესტები, სიფილისი(ათაშანგი), ჰეპატიტი B- სანტიგენი, ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (შიდსი), ეს არის სტანდარტით გათვალისწინებული ლაბორატორიული კვლევები, რომლებიც უნდა ჩატარდეს ორსულობის I ვიზიტის დროს.

დამატებითი ლაბორატორიული ტესტები: ინფექციები - გონორეა, ტუბერკულოზი, ტოქსოპლაზმოზი, ჰეპატიტი C, ქლამიდიოზი, ბაქტერიული ვაგინოზი, ჰერპესი, ჩუტყვავილა, მემკვიდრული დარღვევები, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია. რისკის არსებობის შემთხვევაში ორსულებს ჩაუტარდეთ ზემოთ ჩამოთვლილი დამატებითი ლაბორატორიული კვლევები.

ანტენატალური მეთვალყურეობის მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილია პაციენტის განათლება და ინფორმირება. ამ ინფორმირებულობის საფუძველზე კი, როგორც ორსულმა, ისე მისმა ოჯახმა უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება თუ ვინ უნდა ჩაიბაროს მისი მეთვალყურეობა, ან რა სიხშირით უნდა დაიგეგმოს მისი ვიზიტები, რა სკრინინგული ტესტები უნდა ჩაუტარდეს, ან სად და ვინ უნდა ამშობიაროს იმისათვის რომ ორსულმა შეძლოს ინფორმირებული არჩევანის გაკეთება. აუცილებელია რომ მისთვის მიწოდებული

ინფორმაცია იყოს სრულყოფილი, კომპეტენტური და რაც მთავარია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული. ინფორმაცია ორსულს უნდა მიეწოდოს აუცილებლად მისთვის გასაგები ენით, მისი ფიზიკური და ფსიქიკური ნაკლოვანებების გათვალისწინებით.

ფიზიოლოგიური ორსულობის დროს ქალებს შეუძლიათ რეგულარული ვარჯიში. ზოგიერთი ტიპის აქტივობა, როგორცაა კონტაქტური და სპორტის მძიმე სახეობები, ყვინთვა და ა.შ. შეიძლება იყოს საზიანო ორსულის მდგომარეობისთვის.

ორსულობის დროს მუშაობა არ იზღუდება და ფიზიოლოგიური ორსულობის დროს ქალებს შეუძლიათ გააგრძელონ მუშაობა მშობიარობამდე.

ორსული ქალისთვის დასაშვებია ფიზიოლოგიურად მიმდინარეობის შემთხვევაში ტრანსპორტით მგზავრობა, მაგრამ მნიშვნელოვანია ღვედების სწორი გამოყენება. აგრეთვე დასაშვებია თვითმფრინავით მგზავრობაც, მაგრამ ხანგრძლივი ფრენა დაკავშირებულია ვენური ტრომბოზების განვითარების რისკთან, ამიტომ სასურველია ფრენის დროს ეცვას ელასტიური წინდები. ორსულობის და ლოგინობის ხანაში წყლის პროცედურების ჩატარება არ იზღუდება. ჩაცმასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები ითვალისწინებს თავისუფალი კომფორტული ტანსაცმლის ტარებას, ასევე უპირატესობა უნდა მიენიჭოს სუპინატორებიან ფეხსაცმელს.

ორსულობის პერიოდში დედის სხეულის მასის ნორმალური ნამატი ინდივიდუალურია. ორსულობის პერიოდში დაშვებულია 11.5-16 კგ-ის წონის ნამატი, მაგრამ უფრო მნიშვნელოვანია სხეულის მასის ინდექსის განსაზღვრა.

კვებისმიერი რეკომენდაციები ორსულობის დროს: ერთადერთი ვიტამინი რომლის მიღება რეკომენდირებულია, როგორც ორსულობამდე რამდენიმე კვირით ადრე, ისე ორსულობის პირველი 12 კვირის განმავლობაში ესაა **ფოლიუმის მჟავა**, რომელიც სარწმუნოდ ამცირებს ნერვული ღეროს დეფექტების განვითარების სიხშირეს ანტენატალურ პერიოდში. დანარჩენი ვიტამინების: A,B,C,D და ა.შ. და აგრეთვე სხვადასხვა მიკროელემენტების (მაგნიუმი, თუთია და ა.შ.) მიღება ორსულებისათვის რეკომენდირებულია მკაცრად განსაზღვრული დასაბუთებული ჩვენებების მიხედვით.

ორსულს დამატებით სჭირდება 8000 კკალ. რომელოც ძირითადად უკანასკნელი 20 კვირის განმავლობაში აკუმულირდება. ამ მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად ყოველდღიურად სჭირდება 100-300 კკალ-მდე საკვები. ორსულობის პერიოდში ქალის მიერ მოხმარებული ცილების რაოდენობას ემატება მზარდი ნაყოფის მოთხოვნილებაც. ორსულობის II ნახევარში პროტეინზე ყოველდღიური მოთხოვნა არის 5-6 გრ, ხოლო ორგანიზმში ამ დროისათვის დეპონირებულია 100 გრ-მდე ცილა. უპირატესობა ენიჭება ცხოველური წარმოშობის ცილას, რომელიც არის: რძის, ხორცის, თევზის, კვერცხის, ხაჭოს პროდუქტებში, რადგან ისინი შეიცავენ ამინომჟავების ოპტიმალურ კომბინაციას. რძე და რძის პროდუქტები ცილების და კალციუმის შემადგენლობით იდეალური საკვებია ორსული და მეძუძური ქალისთვის.

ყოველი შემდგომი ანტენატალური ვიზიტი წინასწარ უნდა იყოს დაგეგმილი და ემსახურებოდეს კონკრეტული მიზნის განხორციელებას. თითოეული ამ ვიზიტის დროს ფასდება დედისა და ნაყოფის მდგომარეობა და წინასწარ შეთანხმებული გრაფიკის მიხედვით ტარდება რუტინული ტესტები.

შემდგომი ანტენატალური მეთვალყურეობა მოიცავს:

ნაყოფის შეფასება:

- გულისცემა;
- საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე;
- ნაწაყოფო სითხის მოცულობა;
- ნაყოფის მდებარეობა, წინმდებარეობა
- მოძრაობა;

დედის შეფასება:

- არტერიული წნევა;
- წონა;
- ჩივილის შემთხვევაში სიმპტომები.

ნაყოფის გულისცემის მოსმენა შესაძლებელია ორსულობის 20 კვირის ვადაზე - 80%-ში, ხოლო 22 კვირის ვადაზე - 100%-ში. ნაყოფის გულისცემის მოსმენა ადასტურებს, რომ მოცემულ მომენტში ნაყოფი ცოცხალია. ნაყოფის წინამდებარეობა უნდა დადგინდეს ორსულობის 36 კვირის ვადაზე. ნაყოფის მდგომარეობის შესაფასებლად საჭიროა დინამიკაში განისაზღვროს საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე, რომელიც გესტაციურ ვადასთან შედარებით დიდი ან მცირე წონის ახალშობილის გამოვლენის საშუალებას იძლევა.



არტერიული ჰიპერტენზიის გამოსავლენად, შესაბამისი წესების დაცვით რუტინულად უნდა გაიზომოს არტერიული წნევა ორივე ზემო კიდურზე და ყურადღება უნდა მიექცეს ორსულის ისეთ სიმპტომებს როგორცაა: თავის ტკივილი, მხედველობის დაბინდვა, მუცლის ტკივილი, სისხლიანი გამონადენი საშოდან.

შემდგომი ლაბორატორიული ტესტები ტარდება:

- ორსულობის 16-18 კვირაზე დედის სისხლის შრატის სკრინინგი, ფეტოპროტეინზე ქრომოსომული ანომალიების და ნერვული მილის ღია დეფექტების გამოსავლენად.
- ორსულობის 28-32 კვირაზე განმეორებით ტარდება ჰემოგლობინის HB და ჰემატოკრიტის HT გამოკვლევა.
- ანტირეზუს ანტისხეულებზე გამოკვლევა.
- რეტესტირება აივ-შიდსის ინფექციაზე და ათაშანგზე, ორსულობის მესამე ტრიმესტრში.
- შარდში ცილის განსაზღვრა ყოველი ვიზიტის დროს.

თუ პირველსაწყისი მონაცემები ნორმის ფარგლებში იყო, ტესტების უმრავლესობა განმეორებით აღარ ტარდება.

გესტაციის 18-20 კვირის ვადაზე ნაყოფის განვითარების ანომალიების დასადგენად უნდა ჩატარდეს ულტრაბგერითი კვლევა. რუტინულად დაბალი რისკის ორსულებში, ექოსკანირების წარმოება 24-ე კვირის ორსულობის შემდეგ არ არის ეფექტური.

ორსულობის განმავლობაში ვლინდება ტიპური პრობლემები როგორცაა:

- გულისრევა, პირღებინება;
- გულმმარვა;
- ფტიალიზმი-ნერწყვის დენა;
- ზურგის ტკივილი;
- თავის ტკივილი;
- ვენების ვარიკოზული გაგანიერება;
- ჰემოროიდალური კვანძები;
- დაღლილობა;
- ლეიკორეა; (გამონადენი საშოდან)

გულისრევა და პირღებინება ორსულობასთან დაკავშირებული ყველაზე ხშირი სიმპტომებია და გხვდება ორსულობის პირველ ტრიმესტრში 80-85%-ში. სიმპტომები სრულად ქრება 16-20 კვირის ვადისთვის. გულისრევის და პირღებინების მიზეზი შეიძლება იყოს სისხლში ქორონალური გონადოტროპინის მაღალი დონე. საჭიროა კვების რეჟიმის დაცვა. მცენარეული პრეპარატის (კოჭას) ტაბლეტები, ვიტამინი B6 და ანტიჰისტამინური პრეპარატების გამოყენება. წელის ტკივილი ორსულთა 47-60%-ს ახასიათებს, განსახკუთრებით III ტრიმესტრში, რაც დაკავშირებულია მუცლის სიმძიმისა და კუნთების გადაწევის გამო, სიმძიმის ცენტრის გადანაცვლებასთან. წყალში ვარჯიში დადებითად მოქმედებს წელის ტკივილზე. ვენების ვარიკოზული გაგანიერება თანდაყოლილი წინასწარგანწყობითაა განპირობებული. მას ხელს უწყობს დიდხანს ფეხზე დგომა და

ხანდაზმული ასაკი. ამ მდგომარეობის გაუმჯობესება შესაძლებელია სპეციალური ელასტიური წინდების ჩაცმით. ორსულობის ბოლოს (8%-ში) აღენიშნება ნაწლავის ვენების ვარიკოზი. ამის მიზეზია ყაბზობა და ვენური სისხლის შეგუბება, რაც განპირობებულია ორსული საშვილოსნოს ზეწოლით. ასევე ტიპური პრობლემაა სისუსტე და ძილიანობა, რომელიც ორსულობის 4 თვის ვადაზე თავისით გაივლის.

ორსულობის საშიში სიმპტომებია:

- ძლიერი თავის ტკივილი;
- დაბინდული მხედველობა;
- ტკივილი ეპიგასტრიუმის ან მარჯვენა ფერდქვეშა არეში;
- გენერალიზებული შეშუპება;
- სუნიანი გამონადენი საშოდან;
- მტკივნეული შარდვა;
- ცხელება;
- სისხლდენა საშოდან;
- სანაყოფო წყლების ნაადრევი დაღვრა;
- ნაყოფის მოძრაობის შეწყვეტა;

ორსულობის საშიში სიმპტომების გამოვლენისთანავე საჭიროა ჩარევა, რადგან მათი არსებობა უკვე თავისთავად ორსულობის სერიოზული გართულების მიმანიშნებელია. ძლიერი თავის ტკივილი ასოცირებულია ჰიპერტენზიასთან და შესაძლებელია პრეეკლამფსიის საწყისი ნიშანიც კი იყოს. ორსულობის III ტრიმესტრში განვითარებული პრეეკლამფსიის სიმპტომებია: თავის ტკივილი, მხედველობის დაბინდვა, ტკივილი მარჯვენა ეპიგასტრალურ არესა და კუჭის მიდამოში. ღრმა ვენების თრომბოზი კლინიკური გამოვლენაა მტკივნეული და შეშუპებული ქვედა კიდურები. გენერალიზებული შეშუპების არსებობა მიუთითებს თირკმლის უკმარისობაზე. საშარდე გზების ინფექციის კლინიკური გამოვლენაა: დიზურია, ტკივილი შარდვის დროს, ცხელება და წელის ტკივილი. სისხლდენის მიზეზი ორსულობის III ტრიმესტრში არის პლაცენტის წინმდებარეობა ან ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლა.

ძალზე საგანგაშო სიმპტომია სანაყოფო გარსების მთლიანობის ნაადრევი დარღვევა, რომელიც თავის მხრივ ნაადრევი მშობიარობისა და სანაყოფო გარსის ანთების - ქორიოამნიონიტის მიზეზი შეიძლება გახდეს. ნაყოფის მოძრაობის შენელების შემთხვევაში, მისი მდგომარეობის მონიტორინგის მიზნით, ორსულმა უნდა ჩაიტაროს სპეციალური გამოკვლევა. ანტენატალური მეთვალყურეობა ეხმარება ქალს და ნაყოფს ჯანმრთელობის შენარჩუნებაში. ანტენატალური მეთვალყურეობის განხორციელება საგრძნობლად შეამცირა ნეონატალური სიკვდილიანობის სიხშირე, ნაადრევი მშობიარობა, ორსულობით განპირობებული დედის სიკვდილიანობა.

ანტენატალური მეთვალყურეობა არ შეიძლება განიხილებოდეს, როგორც იზოლირებული სიახლე, იგი ორსული ქალისთვის განხორციელებული ორგანიზებული პროგრამის შემადგენელი ნაწილია.

ორსულთა პათოლოგიები იყოფა სამ ჯგუფად:

- I. ორსულობიდან გამომდინარე უშუალო დაავადებები.
- II. სანაყოფო კვერცხის ემბრიონის არასწორი განვითარების შედეგად წარმოქმნილი პათოლოგიები.
- III. დაავადებები რომელიც ორსულს ქონდა ორსულობამდე.

ორსულობიდან გამომდინარე უშუალო დაავადებებიდან ყველაზე მძიმეა პრეეკლამფსია და ეკლამფსია.

პრეეკლამფსიისთვის დამახასიათებელია შემდეგი კლინიკური სიმპტომები: თავის ტკივილი, სიმძიმის შეგრძნება, დეპრესია, ალგუნებადობა, ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, ღებინება, მხედველობის დაბინდვა, სახის ციანოზი.

პრეეკლამფსიის დროს არტერიული წნევა იმატებს სწრაფად, პულსური წნევა არის მკვეთრად შემცირებული, თვალის ბადურაში აღინიშნება პათოლოგიური ცვლილებები- სისხლჩაქცევების სახით, შეიძლება განვითარდეს ბადურის აცლა, ჰიპოქსია, აციდოზი. ამის შედეგად ხშირად ვითარდება თვითნებითი აბორტები ან ნაადრევი მშობიარობა.

ეკლამფსია არის ყველაზე მძიმე ფორმა პრეეკლამფსიის. იგი ვლინდება ტონური და კლონური კრუნჩხვების სახით. ეკლამფსიის განვითარებამდე ორსულს აღენიშნება, საერთო სისუსტე, თავის ტკივილი, სხეულის მასის მომატება შემუშუპების ხარჯზე, ქვეითდება ნაყოფის მოძრაობის აქტივობა, აღინიშნება წნევის მატება, დიასტოლური წნევა იზრდება 110-მდე. ორსულს პალპაციის დროს აქვს ტკივილის შეგრძნება ეპიგასტრიუმის არეში. მუცლის გარშემოწერილობა არ შეესაბამება ორსულობის ვადას.

ექტრემალური შემთხვევაში, დროის სიმცირის მიუხედავად რეკომენდირებულია დამატებითი გამოკვლევების ჩატარება: შარდის ანალიზი, სისხლის საერთო ანალიზი, თირკმლის ფუნქციის გამოკვლევა, ღვიძლის ფუნქციის გამოკვლევა.

პრეეკლამფსია არის პოლიორგანული დაავადება, რომელიც მხოლოდ ორსულობის დროს ვითარდება. პრეეკლამფსიის დროს პათოლოგიური ცვლილებები მიმდინარეობს ყველა სისხლძარღვში (არტერიოლაში), ამიტომ დაზიანება შეიძლება მოხდეს ნებისმიერ ორგანოში. კლინიკურად გამოვლინდება დაზიანებები თავის ტვინში, თირკმელებში, ღვიძლში, გულ-სისხლძარღვთა სისტემაში, სასუნთქ და სისხლმზად ორგანოებში, ყალიბდება პოლიორგანული უკმარისობა. ეკლამფსიის მიმდინარეობა და გამოსავალი პროგრესის სიმძიმის მიხედვით სხვადასხვანაირია. იგი დამოკიდებულია შეტევების რაოდენობაზე, ინტენსივობაზე, ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარზე, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაზე და ასევე დამოკიდებულია უბრუნდება მას ცნობიერება თუ არა. ეკლამფსიანი ორსულის სიკვდილის მიზეზებია: გულის გაჩერება, ფილტვების შეშუპება, ასფიქსია, ინსულტი თავის ტვინში, სეფსისი, პარენქიმული ორგანოების დეგენერაცია, სისხლდენა.

მოსალოდნელი ეკლაფსიის დროს სასიგნალო სიმპტომებია: თავის ტკივილი, მხედველობის დაბინდვა, ტკივილი ეპიგასტრიუმში, საერთო სისუსტე და გულისრევა, აღზნებადობა, ფიზიკური ტრთოლვა, გამოხატული შეშუპება, დიურეზის შემცირება.

ეკლაფსიის მკურნალობა: პირველადი დახმარება არის ქალის გვერდზე გადაბრუნება პირით ქვემოთ, უზრუნველყოთ ზედა სასუნთქი გზების გამტარობა, ოქსიგენოთერაპიის დაწყება, ვენაში მაგნიუმის სულფატის 25 გრამის შეყვანა, აუცილებელია ორსულის მდგომარეობის სტაბილიზაცია ანესთეზიოლოგიის დახმარებით, რომ არ განვითარდეს მომდევნო გულყრები, საჭიროა პრევენციისათვის ინტრავენური ინფუზია. ასევე უნდა ჩატარდეს ულტრაბგერითი გამოკვლევა და კარდიოტოპოგრაფია, რის შედეგადაც გადაწყდება ორსულობის ვადა და შემდგომი მკურნალობის მეთოდი.

ძვლოვანი მენჯის ანომალიები არის მენჯის ისეთი ფორმები, რომლებიც არსებითად განსხვავდება ნორმალურისაგან და დროული ნაყოფის ნორმალური ზომების შემთხვევაშიც კი ხდებიან მშობიარობის ფიზიოლოგიური დარღვევის მიზეზები. ვიწრო მენჯიან ქალებს ორსულობის დროს აღენიშნებათ შემდეგი გართულებები:

- მუცლის ზედმეტად დაჭიმულობა, ჩამოკიდებული ან წვეტიანი მუცლის ფორმა;
- ნაყოფის გარდიგარდმო, ირიბი ან მენჯით წინმდებარეობა;
- წინამდებარე თავის მაღალი დგომა
- ნაყოფის თხემით, შუბლითა და პირისახით წინამდებარეობა
- სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრა;
- ნაადრევი მშობიარობის განვითარება;

მშობიარობამდელი მეთვალყურეობის ამოცანებია: დედის რისკ-ფაქტორების გამოვლენა და შესაბამისი ღონისძიებების გატარება. ნაყოფის პერინატალური დიაგნოსტიკა და დაავადებათა მკურნალობა. მშობიარობის ვადისა და მეთოდის დაგეგმვა. მშობლებისათვის ინფორმაციის მიწოდება იმის შესახებ, თუ რა მოეთხოვებათ ორსულობისა და მშობიარობის დროს. მშობლებისათვის ახალშობილის მოვლის სწავლება.

არსებობს რამდენიმე ძირითადი სიმპტომი, რომელიც ორსულობისას გადაუდებელ დახმარებას მოითხოვს. მიუხედავად იმისა, რომ ეს სიმპტომები ორსულობის არაკეთილსაიმედო გამოსავალზე არ მიუთითებენ, იძლევიან მითითებას სერიოზული პერინატალური გართულებების შესაძლებლობების შესახებ. ეს სასიგნალო სიმპტომებია:

- სისხლდენა სასქესო გზებიდან ორსულობის დროს.
- ტკივილი მუცლის არეში სამშობიარო შეტევების ჩათვლით;
- სანაყოფო სითხის ნაადრევი დაღვრა;
- თავის ტკივილი;
- ნაყოფის მოძრაობის აქტივობის შეწყვეტა;
- გონების დაკარგვა და კრუნჩხვები;

სისხლდენა ორსულობის 24 კვირის შემდეგ ყოველთვის მოითხოვს დაუყოვნებლივ გამოკვლევას პლაცენტის ნაადრევი აცლის ან წინმდებარეობის გამოსარიცხად.

ტკივილი მუცლის არეში ორსულობის დროს ახასიათებს: საშარდე გზების ინფექციებს, ყაბზობას, ნორმალურად მდებარე პლაცენტის ნაადრევ აცლას, საშვილოსნოს ჰიპერტონუსს და სხვა.

სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრა ორსულობის 20 კვირამდე იწვევს ნაადრევ მშობიარობას, ფილტვების ჰიპოპლაზიას და კიდურების დეფორმაციის განვითარების რისკს. უფრო გვიან ვადაზე თან დაერთვის ინფექცია - ქორიონამნიონიტი, რაც არაკეთილსაიმედო პროგნოზს იწვევს დედისა და ნაყოფისთვის.

თავის ტკივილი უმრავლეს შემთხვევაში არის დაკავშირებული არტერიულ ჰიპერტენზიასთან და შეიძლება მძიმე ფორმის პრეეკლამსიის სიმპტომი იყოს. განსაკუთრებით საგანგაშოა თავის ტკივილი, მხედველობის დაბინდვასთან ერთად, ცნობიერების დაკარგვით და ტკივილი ეპიგასტრიუმში.

ნაყოფის მოძრაობის მკვეთრი შეწყვეტა საგანგაშო ნიშანია. პერინატარული სიკვდილიანობა ამ დროს აღწევს 50%-ს.

გონების დაკარგვა და კრუნჩხვა საყურადღებოა და ურგენტულ დახმარებას მოითხოვს. მათი მიზეზი შეიძლება იყოს ეკლამსია, ჰემორაგიული შოკი და ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია.

ქვემო კიდურების ტკივილი და შეშუპება ღრმა ვენების თრომბოზის არსებობაზე ეჭვს იწვევს.

ორსულობის დროს ყველაზე ფართოდ გავრცელებულია ე.წ მცირე გართულებები:

- ტკივილი ზურგისა და წელის არესი, რომელიც მოძრაობის დროს ძლიერდება.
- გულმძარვა, რომელიც უფრო გამოხატულია წოლისას, შემსუბუქდება ჯდომის დროს
- ქვემო კიდურების ვენების ვარიკოზული გაგანიერება და ბუასილი.
- მაჯის არხის სინდრომი , ამ დროს ზიანდება შუა ნერვი, რომელიც გაივლის მაჯის ფიბროზულ არხში
- შეშუპება, გამოხატული სიცხის დროს ან დიდხანს ფეხზე დგომის დროს . შეშუპება მცირდება ფეხების აწეულ მდგომარეობაში მოთავსებით.
- კანის ქავილი
- შარდის შეუკავებლობა
- სისხლდენა ცხვირიდან
- კანდიდოზური ვულვოვაგინიტი
- თავის ტკივილი
- სარძევე ჯირკვლების გამკვრივება და ტკივილი
- ძლერი საერთო სისუსტე
- გემოვნების შეცვლა
- უძილობა
- ფეხის კუნთების მტკივნეული შეკუმშვა

- ორსულთა სტრუქტურები და ქლოაზმა.

ქალის სასწესო ორგანოების სეკრეტული ფუნქცია წარმოადგენს ქალის სასქესო ორგანოთა მდგომარეობის მნიშვნელოვან მაჩვენებელს. ჯანმრთელი ქალის სეკრეტი გამოიყოფა სასქესო სისტემის სხვადასხვა ორგანოების მიერ: საშვილოსნოს მილები, საშვილოსნო, საშვილოსნოს ყელი, საშოს კარიბჭე, ისინი ემსახურებიან ლორწოვანი გარსების ფიზიოლოგიურ დანამვას. პათოლოგიურ გამონადენს ეწოდება თეთრად შლა . საშოს სეკრეტის რეაქცია არის ნორმაში მჟავე, ვინაიდან შეიცავს რძემჟავას, რომელიც გამომუშავდება საშოს ეპითელიური უჯრედებიდან გლიკოგენის გამოყენებით საშოს ჩხირების ანუ დოდერლეინის ჩხირების მიერ მათი ცხოველმყოფლობის დროს, საშოს გამონადენის შესასწავლად იყენებენ ბაქტერიოლოგიურ - შეღებილი ნაცხის გამოკვლევას და კულტურალურ- საკვებ ნიადაგზე საშოს მიკროფლორის კულტივირების მეთოდებს.

საშოს ნაცხის ბაქტერიოსკოპიის საფუძველზე განასხვავებენ საშოს შიგთავსის 4 ხარისხს: I ხარისხი- საშოს ნაცხში არის რძემჟავა დუღილის დოდერლეინის ჩხირები, მცირე რაოდენობით ეპითელიური უჯრედები და საშოს შიგთავსის რეაქცია არის მჟავა. ასეთი ნაცხი აქვთ ქალწულებს და არის ფიზიოლოგიური

II ხარისხი- საშოს ნაცხში არია დოდერლეინის ჩხირები ზომიერი რაოდენობით, ბრტყელი ეპითელის უჯრედები , ერთეული ლეიკოციტები, საშოს შიგთავსის რეაქცია არის სუსტი მჟავე . ასეთი ნაცხი აქვთ რეპროდუქციული ასაკის ჯანმრთელ ქალებს.

III ხარისხი- საშოს ნაცხში აღინიშნება კოკური ფლორის მიკრობები, იზრდება ლეიკოციტების რაოდენობა, საშოს ჩხირები თითქმის აღარ გვხვდება. საშოს გარემოს რეაქცია არის სუსტი ტუტე. ასეთი ნაცხი მიუთითებს ანთებით პროცესებზე.

IV ხარისხი- საშოს ნაცხში არის სხვადასხვა სახის მიკრობები: სტრეპტოკოკი, სტაფილოკოკი, ნაწლავის ჩხირი, გონოკოკი, ტრიქომინა, სოკო და აშ. ლეიკოციტები გვხვდება დიდი რაოდენობით. არ არის საშოს ჩხირები. გარემო რეაქცია არის ტუტე. ეს არის უკიდურესად დაზინძურებული სასოს მიკროფლორა და მიუთითებს ანთებით პროცესებზე.

ფიზიკალური გამოკვლევების გეგმა: ექიმთან ყოველი ვიზიტის დროს მშობიარობამდე არის:

- არტერიული წნევის გაზომვა
- შემუშების გამოვლენა ხელის თითებზე, წვივების წინა ზედაპირზე
- საშვილოსნოს ფუძის სიმალლე ბოქვენის ზემოთ
- წინამდებარე ნაწილი და სახე
- ნაყოფის მდებარეობა
- ნაყოფის თავის მდებარეობა მცირე მენჯის შესავალთან მიმართებაში.
- ნაყოფის გულისცემის აუსკულტაცია.

ექიმთან პირველი ვიზიტისას ადგენენ ორსულის სიმალლეს და სხეულის მასას, სასუნთქი და გულსისხლძარღვტა სისტემის პათოლოგიის გამოსარიცხად ატარებენ ორსული ქალის

სხეულის 45კგ-ზე ნაკლები ან 100კგ-ზე მეტი მასის დროს პერინატალური გართულებების რისკი იზრდება. ორსულის სხეულის მასის განსაზღვრა მხოლოდ პირველი ვიზიტისას არის საჭირო, თუკი ორსულს კვების რეჟიმის კონტროლი არ სჭირდება. იქ სადაც დედის სიკვდილიანობა მაღალია, სრულყოფილი ფიზიკალური გამოკვლევა ორსულის ექიმთან I ვიზიტისას მეტად მნიშვნელოვანია.

მშობიარობამდელი მეთვალყურეობის დროს ჩარევის რისკის შეფასება არის საუკეთესო პრაქტიკული მიდგომის ბუნებრივი ევოლუცია. იგი არის მეთვალყურეობის განუყოფელი ნაწილი, განსაკუთრებით მეანობაში. რისკის შეფასების მთავარი მიზნებია:

- სამეანო დახმარების აღმოჩენისას ქალისა და ახალშობილის ზიანის შემცირება
- ზიანის და ხარჯების მინიმუმამდე დაყვანა დამძიმებული ანამნეზის მქონე ქალებში.

შესაძლო გართულებების შესამცირებლად აუცილებელია დედის და ნაყოფის რისკის გამოვლენა და გაანალიზება, გაწეული დახმარების გაუმჯობესება. ამ კატეგორიაში ყველაზე გავრცელებული გართულებებია:

- ანტენატალური, ინტრანატალური და ნეონატალური სიკვდილი
- ნევროლოგიური გართულებები და ინვალიდობა
- განვითარების მანკები.

ფაქტორებს, რომლებზეც რისკის შემცირებაა დამოკიდებული, განეკუთვნება: ურთიერთკავშირის გაუმჯობესება იმ სპეციალისტებს შორის, რომლებს ორსულთა მეთვალყურეობას აწარმოებენ, აგრეთვე სპეციალისტებსა და ორსულებს შორის, დაწესებულებაში კომპეტენტური მომსახურე პერსონალის არსებობა, მათი კვალიფიკაციის მუდმივი ამაღლება. დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ინფრასტრუქტურისა და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის მუდმივ განახლებას.

ორსულთა მშობიარობამდელი მეთვალყურეობა აუმჯობესებს ორსულობის გამოსავალს. არსებობს ამ მეთვალყურეობის სხვადასხვა მოდელი, თითოეული მათგანი თითქმის ერთნაირად ეფექტურია.

ყოველი ორსული ვალდებულია ორსულობის განსაზღვრულ ვადაზე მივიდეს ექიმთან გამოსაკვლევად, მეთვალყურეობისა და მშობიარობის ტაქტიკის საკითხის გადასაწყვეტად.

საჭიროა მეთვალყურეობისა და ორსულთა მშობიარობისათვის მომზადების პროცესების გაერთიანება. მნიშვნელოვანია ორსულის გაფრთხილება იმ ძირითადი სიმპტომების შესახებ, რომლებიც გაჩენისთანავე დაუყოვნებლივ გამოკვლევას მოითხოვს.

საჭიროა ორსულთა მშობიარობამდელი მეთვალყურეობის გაუმჯობესების ახალი მეთოდების შემუშავება.

მშობელთა სკოლა

იმისთვის, რომ ორსულობა სწორად წარიმართოს და ქვეყანას ჯანმრთელი და განვითარებული პატარა მოევლინოს, აუცილებელია ორსულმა და მის ირგვლივ მყოფებმა რაც შეიძლება მეტი იცოდნენ ორსულობის შესახებ.

- თუ რა ცვლილებები მიმდინარეობს ქალის ორგანიზმში ორსულობის პერიოდში
- როგორ იზრდება და ვითარდება ნაყოფი თვეების მიხედვით
- როგორია ორსულის კვების პრინციპები, წონის მატების ნორმები
- ორსულის მოვლა და ჰიგიენა
- ფიზიკური აქტივობა
- მგზავრობა და სქესობრივი ცხოვრება
- ორსულობისათვის დამახასიათებელი დისკომფორტები და მათი თავიდან აცილების მეთოდები
- მშობიარობის შემდგომი მოვლა.



მნიშვნელოვანია ორსულისა და მისი მეუღლის ფსიქოლოგიური მომზადება მშობიარობის პროცესისადმი. მომავალი მშობლები მშობიარობას უნდა ელოდებოდნენ არა შიშით, არამედ მომავალი სიხარულის მოლოდინით. მშობელთა სკოლა ეხმარება მათ, მომზადებული შეხვდნენ ამ საპასუხისმგებლო მომენტს.

მშობიარობის პროცესისადმი შიშის დაძლევაში ქალს ეხმარება ფსიქო-ფიზიკური ტრეინინგი, რომლის დროსაც მსოფლიოში მიღებული სხვადასხვა მეთოდით შეისწავლიან მშობიარობის მართვას (ტკივილდაყუჩება, სხვადასხვა სუნთქვითი ტექნიკა, მშობიარობისთვის აუცილებელი მოდუნების ტრეინინგი, სწორი ჭინთვების სწავლება). „მშობელთა სკოლაში“ ფუნქციონირებს ჯგუფები, სადაც სპეციალურად მომზადებული ინსტრუქტორის მეთვალყურეობის ქვეშ მომავალ დედებს შეუძლიათ უსაფრთხო და სასარგებლო ვარჯიშების შესრულება.

მშობელთა სკოლის კურსის გავლის შემდეგ, ქალები უკეთ და იოლად მშობიარობენ, გართულებები იშვიათად ემართებათ

კითხვები თვითშემოწმებისთვის:



1. როგორ მიმდინარეობს ნორმალური ორსულობის დროს სითხის შეკავება ორგანიზმში?
2. როგორია ჰორმონული ცვლილებები ორსულობის დროს.
3. როგორ ცვლილებებს განიცდის ნორმალური ორსულობის დროს საშვილოსნო, საშვილოსნოს ყელი?
4. როგორია მიკროელემენტების ცვლა: კალციუმის რკინის მარილების ცვლა ნორმალური ორსულობის დროს?
5. რა ძირითადი ცვლილებები ვითარდება ნორმალური ორსულობის დროს აირთა ცვლაში?
6. ძირითადი ცვლილებები ნორმალური ორსულობის დროს სისხლში?
7. როგორი ცვლილებებია ნორმალური ორსულობის დროს სასუნთქ სისტემაში, ღვიძლში და თირკმელებში?
8. რა არის ანტენატალური მოვლის მიზანი?
9. როგორია ანტენატალური ვიზიტის სქემა?
10. რას მოიცავს ჩასახვამდელი მეთვალყურეობა?
11. რა შედის ორსულობის დროულ დიაგნოსტიკაში?
12. როგორია ორსულობის სავარაუდო ნიშნები?
13. რა არის ორსულობის დამადასტურებელი შარდის ტესტი და კონფირმატორული ტესტი?
14. რომელია ორსულობის უტყუარი ნიშნები?
15. როგორია ნორმალური ორსულობის ხანგრძლივობა?
16. როგორ შევკრიბოთ ორსულთა ანამნეზი?
17. რა შედის ორსულის ობიექტურ გამოკვლევაში?
18. რას მოიცავს ორსულის სამეანო გამოკვლევა?
19. როგორ გამოვიანგარიშოთ სხეულის მასის ინდექსი?
20. როგორია კვებისმიერი რეკომენდაციები ორსულობის დროს?
21. როგორია ტიპის აქტივობებია დასაშვები ნორმალური ორსულობის დროს
22. როგორ მოვისმინოთ ნაყოფის გულისცემა?
23. ულტრაბგერითი გამოლვლევა ორსულობის დროს?
24. რა არის ორსულთა პრეეკლამფსია და ეკლამფსია?
25. მოსალოდნელი ეკლაფსიის დროს რომელი სასიგნალო სიმპტომები გვაქვს?

26. რა არის მშობიარობამდელი მეთვალყურეობის ამოცანები?
27. რომელი სასიგნალო სიმპტომები მოითხოვს ორსულობის დროს გადაუდებელ დახმარებას?
28. რომელია ორსულობის დროს ყველაზე გავრცელებული ე.წ მცირე გართულებები?
29. რას ემსახურება მშობელთა სკოლა?

თავი III. მშობიარობის მართვა პერიოდების მიხედვით



მშობიარობა **Partus**-რეპროდუქციული პროცესის ცენტრალური და მეტად მნიშვნელოვანი მოვლენაა. ეს პროცესი დედის ორგანიზმისთვის გამოცდაა, ნაყოფისსათვის კი სახიფათო მოგზაურობა. მშობიარობის პროცესში სამი კომპონენტის საშვილოსნოს შეკუმშვის, სამშობიაროს გზების გამტარობისა და ნაყოფს შორის ურთიერთკავშირის შედეგად ნაყოფი საშვილოსნოდან იბადება ანუ მშობიარობა არის პროცესი, რომლის საშუალებითაც ხდება ნაყოფის საშვილოსნოდან გამოძევება, ნაყოფის სიცოცხლის უნარიანობის მიღწევის შემდეგ ეს განსაზღვრებები სათანადოდ ვერ ხსნის იმ სამედიცინო, სოციალური და ეთიკური ასპექტების რთულ ურთიერთ კავშირს, რომელთა ერთიანობა მშობიარობას საკმაოდ რთულ ამოცანად აქცევს.

მშობიარობის დაწყების მექანიზმი რთულია და დღემდე სრულყოფილად არ არის შესწავლილი. ორსულობის ბოლოს ქალის ორგანიზმში იწყება მრავალგვარი ცვლილებები, რომელთა ერთობლიობა იწვევს სამშობიარო მოქმედების აღძვრას. ფიზიოლოგიური მშობიარობა იწყება ორსულობის 37-42 კვირაზე. სამშობიარო მოქმედების დაწყებას აქვს წინამორბედი ნიშნები:

საშვილოსნოს აგზნებადობის მომატება

უკანასკნელ 2-3 კვირაზე იწყება საშვილოსნოს პერიოდული არარეგულარული შეკუმშვები, რომელსაც თან ახლავს ტკივილის შეგრძნება წელისა და მუცლის ქვედა არეში, რომელიც ატარებს არარეგულარულ ხასიათს. ასეთ შეკუმშვებს უწოდებენ -წინამორბედ მოსამზადებელ, **პრეელიმინარულ** შეტევებს,რასაც არ მოყვება საშვილოსნოს ყელის გახსნა.

მშობიარობის წინა დღეებში ორსულს აქვს **ლორწოვანი გამონადენი** სამშობიარო გზებიდან, ხდება საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი საცობის გამოძევება.

მშობიარობის დაწყებამდე საჭიროა დადგინდეს ნაყოფის პოზიცია, ორსულის გარეგანი სამეანო გამოკვლევით.

ლეობოლდის ოთხი წესი:

- **პირველი წესით** ადგენენ საშვილოსნოს ფუძის მდებარეობას, სიმაღლეს და ფუძეში მდებარე ნაყოფის ნაწილს.

ამ მიზნით ორივე ხელის გულებს ათავსებენ საშვილოსნოს ფუძეზე. ზეწოლას ახდენენ თითებით მასში არსებულ ნაყოფის ნაწილზე.

- **მეორე წესი**-საზღვრავენ ნაყოფის პოზიციას და სახეს, ორივე ხელს ჩამოაცურებენ საშვილოსნოს გვერდებზე და აწარმოებენ ნაყოფის ნაწილების პალპირებას.

სიგრძივი მდებარეობის დროს ზურგი მოქცეულია ოდნავ წინ (წინა სახე), ან უკან ხერხემლისკენ (უკანა სახე).

- **მესამე წესი**- ამ წესით ადგენენ ნაყოფის წინამდებარე ნაწილს. ამისთვის გაშლილ მარჯვენა ხელს ბოქვენის სიმფიზისზემთ ათავსებენ, იჭერენ წინამდებარე ნაწილს. თავი მრგვალი ფორმისაა, მკვრივია, თითებს შორის „ფამფალებს“. ჯდომით წინამდებარეობის დროს, სიმფიზთან ისინჯება რბილი მსხვილი ნაწილი, რომელსაც არ აქვს მრგვალი კონტურები, არ ახასიათებს ფლუქტუაცია.

- **მეოთხე წესი** ავსებს მესამე წესს და ადგენს ნაყოფის

წინამდებარე ნაწილის დამოკიდებულებას (მდებარეობას) მენჯის შესავლის მიმართ. მეანი დგება პირით ორსულის ფეხებისკენ, თითებით ღრმად ჩადის სიმფიზთან, არკვევს წინამდებარე ნაწილის დამოკიდებულებას მცირე მენჯის შესავლის მიმართ: წინამდებარე მენჯის შესავალთანაა, მენჯის შესავალში, მენჯის ღრუში.



იგი საშუალებას იძლევა სწრაფად შეფასდეს საშვილოსნოს ყელის გახსნის სიჩქარე პირველი ან განმეორებითი მშობიარობის დროს. პარტოგრამა საშუალებას იძლევა დროულად იქნეს დიაგნოსტირებული სამშობიარო მოქმედების სისუსტე და დაწყებულ იქნას დროული მკურნალობა.

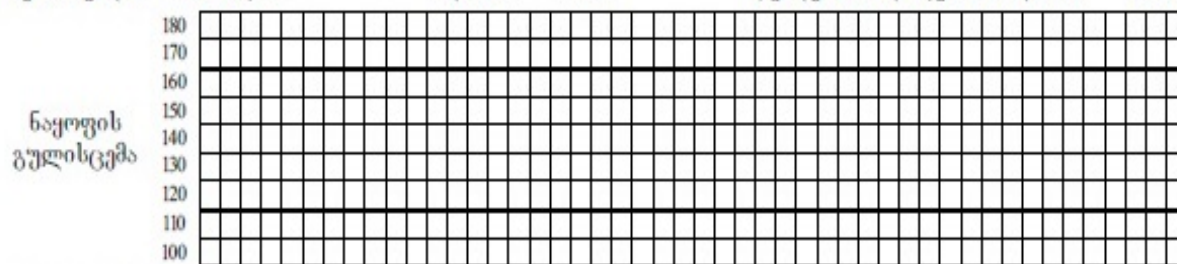
პარტოგრამაში შესატან მნიშვნელოვან მონაცემებს მიეკუთვნება:

- საშვილოსნოს ყელის გახსნა
- ნაყოფის თავის წინმსვლელობა
 - სამშობიარო მოქმედება
 - ნაყოფის მდგომარეობა
- ნაყოფის გულისცემის სიხშირე
- ნაყოფის თავის კონფიგურაცია
- სანაყოფე წყლების მდგომარეობა
 - დედის მდგომარეობა
- პულსი და არტერიული წნევა
- სხეულის ტემპერატურა
- შარდი (მოცულობა, ცილის და აცეტონის არსებობა)

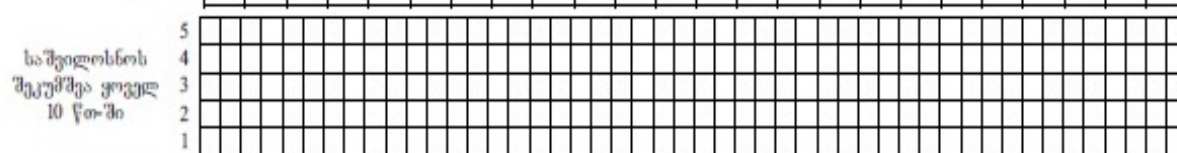
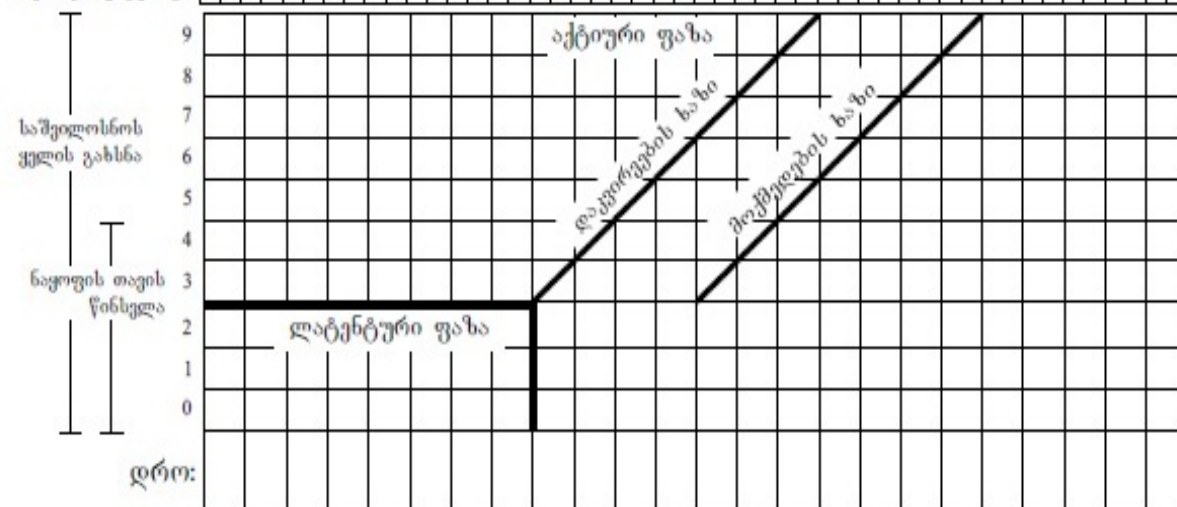
მშობიარობის პროცესის პროგრესის შეფასებისა და მშობიარობის ნორმიდან გადახრის შემთხვევაში მშობიარობის მართვის შემდგომი ტაქტიკის შემუშავებისათვის აღნიშნულ მონაცემებს საბაზისო მნიშვნელობა გააჩნია. პარტოგრამის შევსება ხდება სამშობიარო ბლოკში მშობიარობის პროცესის პარალელურად. პარტოგრამა გამოიყენება ძირითადად მშობიარობის პირველი პერიოდის მართვის მიზნით, მაგრამ, თუ არ არის სპეციალურად შემუშავებული ფორმები, საჭიროა დედის და ნაყოფის მდგომარეობის მაჩვენებლების, აგრეთვე მშობიარობის მეორე პერიოდში საშვილოსნოს შეკუმშვების ინტენსივობის შესახებ ჩანაწერების გაგრძელება

პარტოგრამა

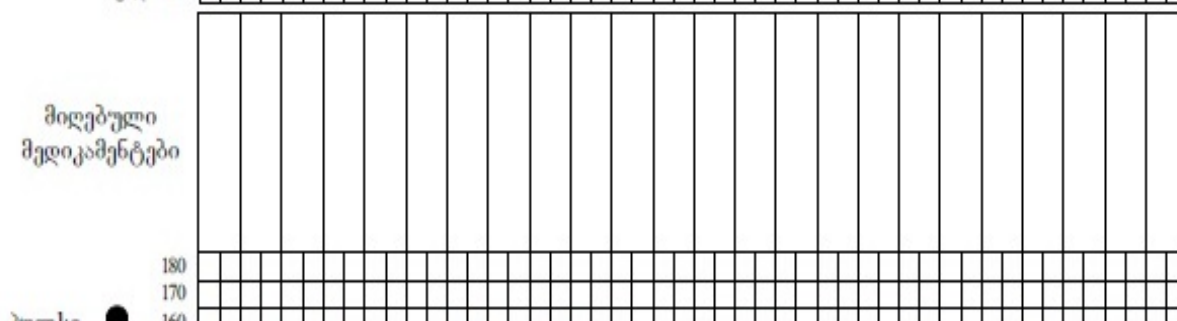
გვარი: _____ ორსულობა: _____ ისტორიის № _____
შემოსვლის თარიღი: _____ დრო: _____ სთ წყლების დაღერის დრო: _____ სთ



სანაყოფე წყლები და თავის კონფიგურაცია



ოქსიტოცინი და ინტრავენური გადასხმა



მშობიარობის ბიომექანიზმი

მოდრობათა ერთობლიობას, რომელსაც ნაყოფი ასრულებს სამშობიარო არხში გავლის დროს ეწოდება მშობიარობის ბიომექანიზმი. უფრო ხშირად გვხვდება მშობიარობა კეფით წინამდებრეობის წინა სახის დროს. მშობიარობის ნორმალური ბიომექანიზმისთვის

დამახასიათებელია თავის მოხრა მცირე მენჯის შესავალთან,რის შედეგადაც შესავალში წინ ჩამოიწევს კეფა.ისრისებური ნაკერი მოთვსდება მენჯის შესავლის გარდიგარდმო ან ერთ-ერთ ირიბ ზომაში.

მშობიარობის მექანიზმს **კეფით წინამდებრობის წინა სახის დროს** არჩევენ მშობიარობის ბიომექანიზმის ოთხ მომენტს.

პირველი მომენტი- ნაყოფის თავის მოხრა მენჯის შესავალთან.თავი აწარმოებს გარდიგარდმო ღერძის ირგვლივ ბრუნვას, რის შედეგადაც ნიკაპი უახლოვდება გულმკერდს. კეფა ეშვება მცირე მენჯის შესავალში. მცირე ყიფლიბანდი თავსდება უფრო ქვემოთ ვიდრე დიდი.სამშობიარო არხში შემდგომი გადაადგილების დროს მცირე ყიფლიბანდი მიჰყვება მენჯის გამტარ ღარს. ეს არის **წამყვანი წერტილი**. ეს არის წერტილი, რომელიც პირველი გამოჩნდება დაბადების დროს.



მეორე მომენტი-ნაყოფის თავის შინაგანი ბრუნვა ნაყოფის თავით წინმსვლელობით მოძრაობასთან ერთად ასრულებს ბრუნვით მოძრაობას სიგრძივი ღერძის გარშემო.



თავის შინაგანი ბრუნვა მთავრდება მენჯის ფსკერზე, როდესაც ნაყოფის თავი დგება ისრისებური ნაკერით მენჯის გამოსავლის პირდაპირ ზომაში.



მესამე მომენტი- თავის გაშლა ხდება მენჯის გამოსავალში, როდესაც მოხრილი თავი მიაღწევს მენჯის ფუძეს კუნთები და ფასციები უწევენ წინააღმდეგობას მის შემდგომ წინმსვლელობას, რის გამო თავი მიემართება ვულვალური რგოლისკენ, ბრუნავს გარდიგარდმო ღერძის გარშემო, გადაიხრება წინისკენ (ზემოთ)-იშლება.



თავის გაშლა ხდება მას შემდეგ, როდესაც კეფქვეშა ფოსო დადგება ბოქვენის სიმფიზის ქვედა კიდესთან, **საყრდენ წერტილს**, რომლის ირგვლივაც ხდება თავის ბრუნვა დაბადების დროს, **საფიქსაციო წერტილს** უწოდებენ.

კეფით წინამდებრეობის წინა სახის დროს საფიქსაციო წერტილს წარმოადგენს **კეფქვეშა ფოსო**.

მეოთხე მომენტი--მხრების შინაგანი და თავის გარეგანი ბრუნვა. მხრები მცირე მენჯის გამოსავალში გარდიგარდმო ზომიდან შემობრუნდება პირდაპირ ზომაში. პირველად ბოქვენის სიმფიზის ქვემოთ ჩამოდის წინამხარი, რომლის დაფიქსირების შემდეგ სხეული მოიხრება გულმკერდის არეში, რის შედეგადაც დაიბადება უკანა მხარი. შემდეგ ადვილად იბადება სხეული და ნაყოფის ფეხები.

მხრების შინაგანი ბრუნვის პარალელურად ხდება ნაყოფის თავის გარეგანი ბრუნვა. ნაყოფის პირისახე პოზიციის საპირისპიროდ მიბრუნდება. კეფა კი პოზიციის შესაბამისად.

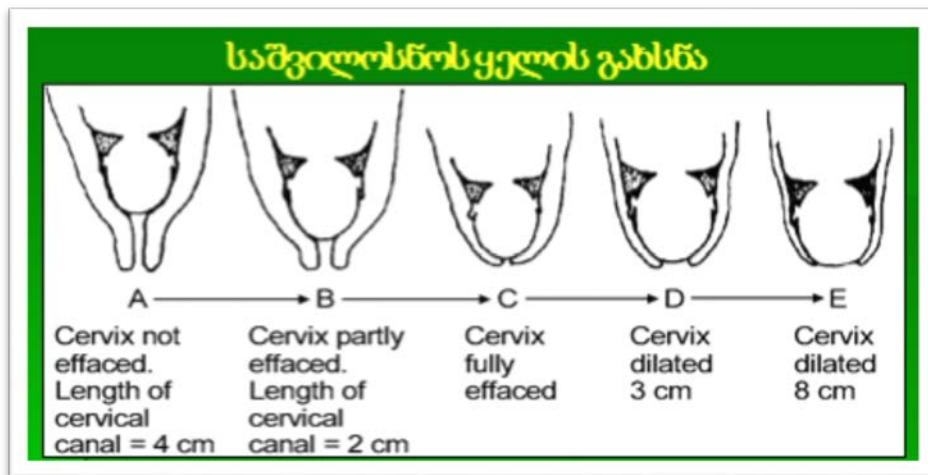
მშობიარობის კლინიკური მიმდინარეობა

მშობიარობის კლინიკურ მიმდინარეობაში არჩევენ სამ პერიოდს:

- პირველი პერიოდი-საშვილოსნოს ყელის გახსნა,
- მეორე პერიოდი ნაყოფის დაბადება
- მესამე პერიოდი მომყოლის გამოძევება

პირველი პერიოდი- საშვილოსნოს ყელის გახსნა, იწყება რეგულარული სამშობიარო მოქმედების დაწყებით, სამშობიარო შეტევებით და მთავრდება ყელის არხის სრული გახსნით. ამ პერიოდში სამშობიარო შეტევების შედეგად საშვილოსნოს ყელი გადასწორდება და იხსნება.ეს პროცესი სხვადასხვაგვარად მიმდინარეობს პირველ და განმეორებით მშობიარე ქალებში. პირველად მშობიარეებში პირველად მიმდინარეობს საშვილოსნოს ყელის გადასწორება, საშვილოსნოს ყელის

შიგნითა პირის გახსნა, ხოლო შემდეგ გარეთ პირის გახსნა.



განმეორებით მშობიარეებში ეს პროცესები მიმდინარეობს თითქმის ერთდროულად. საშვილოსნოს ყელის გახსნა 2 ფაზად მიმდინარეობს 1) **ლატენტური**-სამშობიარო მოქმედების დაწყებიდან ყელის 3 სმ გახსნამდე და 2) **აქტიური**-- 3სმ გახსნიდან სრულ გახსნამდე. სრული გახსნის დროს საშვილოსნოს ყელის გახსნა აღწევს 10-სმ.

სამშობიარო შეტევების გარდა საშვილოსნოს ყელის გახსნის პროცესში მონაწილეობას ლეზულობს **სანაყოფო ბუშტი**. ის წარმოიშვება შემდეგნაირად: წინამდებარე ნაწილი მცირე მენჯის შესავალში ჩაშვების დროს ყველა მხრიდან მჭიდროდ არის გარშემორტყმული საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტით,რაც წარმოშობს შეხების რგოლს. შეხების რგოლი სანაყოფე წყლებს ყოფს ორ არათანაბარ ნაწილად და ქმნის დაბრკოლებას მათ ერთმანეთში გადასასვლელად. წარმოიქმნება წინა წყლები და უკანა წყლები. შეხების რგოლის ზემოთ არის უკანა წყლები- დაახლოვებით 500- მლ. რგოლის ქვემოთ, წინამდებარე ნაწილის წინ , წინა წყლები დაახლოვებით 100-200 მლ.

სანაყოფე გარსების ნაწილი, რომელშიც მოთავსებულია წინა წყლები, წარმოადგენს სანაყოფე ბუმტს.

შეტევის დროს საშვილოსნოს მოცულობა კლებულობს, იზრდება საშვილოსნოს შიდა წნევა, რომელიც გადაეცემა სანაყოფე წყლებს, რის შედეგადაც სანაყოფე ბუმტი აწევა საშვილოსნოს ყელის არხს. ეს თავის მხრივ იწვევს მის თანდათან გადასწორებას და გახსნას. შეტევის დამთავრების შემდეგ (პაუზა) საშვილოსნოს შიდა წნევა და სანაყოფე ბუმტის დაჭიმულობა კლებულობს. განმეორებითი შეტევის დროს იგივე პროცესი მეორდება.

საშვილოსნოს ყელის სრული ან თითქმის სრული გახსნისას ძლიერი შეტევის დროს, მაქსიმალური დაჭიმვისას სანაყოფე ბუმტი სკდება და იღვრება **წინა წყლები**.

უკანა წყლები იღვრება ნაყოფის დაბადებასთან ერთად.

სანაყოფე წყლების დაღვრა საშვილოსნოს ყელის სრული (ან თითქმის სრული) გახსნის დროს ითვლება სანაყოფე წყლების **დროულ** დაღვრად, ნაადრევი დაღვრა არის სამშობიარო მოქმედების დაწყებამდე სანაყოფე სითხის დაღვრა.

პირველ მშობიარეებში პირველი პერიოდის ხანგრძლიობა 10-12 საათია, განმეორებით მშობიარეებში 6-8 საათი (საშუალოდ).

რეგულარული შეტევების დაწყებდან ქალი უკვე **მშობიარედ** იწოდება და არა ორსულად. მშობიარობის პირველ პერიოდში საშვილოსნოს შეკუმშვის გასაუმჯობესებლად მშობიარეს შეუძლია იდგეს ან იაროს, განურჩევლად იმისა დაღვრა თუ არა სანაყოფე წყლები. შეტევები რეგულარულად შეიძლება ჩაითვალოს, თუ მათი ხანგრძლივობა 10-15 წამია. ინტერვალი კი 10-15 წუთი. თუმცა ზოგიერთ ქალს შეკუმშვები და შეკუმშვებს შორის პერიოდიც შესაძლოა უფრო ხანგრძლივი ან ხანმოკლე ჰქონდეს, თანდათანობით შეტევებს შორის ინტერვალი 2-3 წუთამდე მცირდება, თვით შეტევების ხანგრძლივობა კი 1-2 წუთამდე იმატებს. ასე გრძელდება საშვილოსნოს ყელის სრულ გახსნამდე.

მშობიარის ოპტიმალური პოზა მშობიარობის პირველ პერიოდში

კვლევებმა დაადასტურა, რომ ზურგზე წოლა საშვილოსნოს ზეწოლის გამო (ქვედა ღრუ ვენის სინდრომი) აუარესებს საშვილოსნო-პლაცენტარულ სისხლის მიმოქცევას, ამცირებს საშვილოსნოს კუმშვადობას. გამოკვლევები იმასაც მოწმობს, რომ თუ მშობიარეს აქვს საშუალება, თავისუფლად იმოძრაოს და მიიღოს მისთვის სასურველი ნებისმიერი პოზა, საშვილოსნოს შეკუმშვები უფრო ეფექტური ხდება, მშობიარობაც ხანმოკლე და ნაკლებად მტკივნეულია. გვერდზე წოლისა და ჯდომის დროს ოპერაციული ჩარევის აუცილებლობა უფრო ნაკლებია ვიდრე ზურგზე წოლის შემთხვევაში. ორსულს უნდა მიეცეს საშუალება, თავად აირჩიოს სასურველი პოზიცია. ერთადერთი გამონაკლისია სანაყოფე სითხის დაღვრა მოძრავი თავის პირობებში.

ნორმის ფარგლებში ნაყოფის გულისცემა უნდა იყოს 120-160 წთ-ში. რიტმული. მშობიარობის მართვის განუყოფელი კომპონენტია ნაყოფის მდგომარეობის შეფასებანაყოფის დისტრესი-

გულისცემის სიხშირის ცვალებადობა დიდი ამპლიტუდით, წუთში 160-ზე მეტი ან 100-120 ზე ნაკლებ მაჩვენებლამდე, ან გულის რიტმის დარღვევა, რაც უმთავრესად გამოწვეულია ჰიპოქსიით.

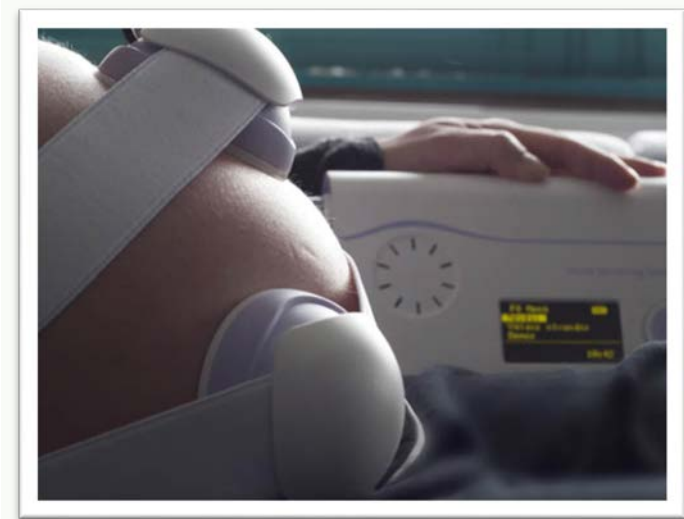
მნიშვნელოვანია სანაყოფე სითხის შეფასება. მასში მეკონიუმის აღმოჩენა შესაძლოა ნაყოფის დისტრესის, მკვდრადშობადობის მაღალ ალბათობაზე მიუთითებდეს. მშობიარობის დაწყებისას სანაყოფე ბუშტის სპონტანური დაღვრის შემთხვევაში სანაყოფე წყლები მაშინვე უნდა შეფასდეს, მასში მეკონიუმის არსებობისას აუცილებელია ნაყოფზე ინტენსიური დაკვირვება.

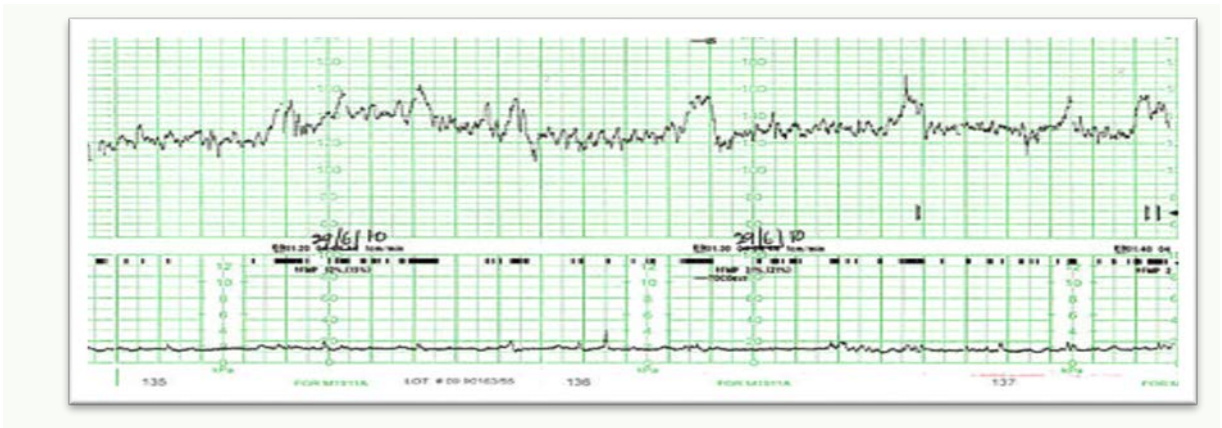
ნაყოფის დისტრესის განვითარებისას სასურველია, მშობიარობა სწრაფად დასრულდეს, მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ნაყოფის გულისცემის საკორექციოდ უბრალო კონსერვატიული ღონისძიებებიც საკმარისია, მაგალითად დედის პოზის შეცვლა. (მარცხენა გვერდზე მოთავსება) მეტად მნიშვნელოვანია ნაყოფის გულისცემაზე დაკვირვება. დამატებით ქალს ეძლევა ჟანგბადი სველი წესით.

არსებობს ნაყოფის გულისცემის გამოკვლევის ორი მეთოდი:

უწყვეტი ელექტრონული მონიტორინგი და გარეგანი აუსკულტაცია სამეანო სტეტოსკოპით.

აუსკულტაცია ტარდება 15-30 წუთში ერთხელ ფიზიოლოგიური მშობიარობის პირველი პერიოდის განმავლობაში და ყოველი ჭინთვის შემდეგ მეორე პერიოდში. ამ მეთოდის უპირატესობა მისი სიმარტივეა. ელექტრონული მონიტორის გამოყენება ნაყოფის გულისცემის შესაფასებლად აუცილებელია მაღალი რისკის მქონე ორსულობისა და მშობიარობის დროს მუდმივი მონიტორინგის სახით.





მშობიარობის დროს, დაცული უნდა იყოს კონფიდენციალობის პრინციპები - უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ინდივიდუალური სამშობიარო ოთახი სადაც მოთავსდება მშობიარე, მისი (სურვილისამებრ) ოჯახის წევრები მშობიარის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერისთვის და სამედიცინო პერსონალი, რომელიც უშუალოდ მართავს მშობიარობის პროცესს მშობიარობის პირველ პერიოდში.

მშობიარობის პირველ პერიოდში მშობიარეს სთავაზობენ გაუტკივარების არაფარმაკოლოგიური მეთოდებს.

- რელაქსაცია, მშობიარის მდგომარეობის ცვლა.
- შეხება ან მასაჟი
- ზეწოლა გავის არეში
- წყლის პროცედურა (აბაზანა, შხაპი)
- ცივი და ცხელი წყლის კომპრესი (კანის გაცივება/ შეთბობა)
- ყურადღების კონცენტრირება/ გადატანა ხმოვან გამაღიზიანებელზე (მუსიკა)



- ინდივიდუალური სამშობიარო ოთახი უნდა იყოს სუფთა თუმცა არა სტერილური.
- დროული მშობიარობის დროს ტემპერატურა უნდა იყოს 25 გრადუსი.
- კარგად განათებული.
- აღჭურვილი თავისუფალი პოზის არჩევისათვის
- გარემო მიახლოებული ოჯახურთან
- სარეანიმაციო აღჭურვილობით დედისა და ბავშვისათვის. (სამკურნალო საბაზისო ნაკრებით)

მეორე პერიოდი-იწყება საშვილოსნოს ყელის სრული გახსნის მომენტიდან და მთავრდება ნაყოფის დაბადებით. მშობიარობის მეორე პერიოდი შესაძლებელია გაგრძელდეს 20-წუთიდან 3 -საათამდე.

მშობიარობის მეორე პერიოდში ნაყოფის წინამდებარე ნაწილი (თავი) გაივლის სამშობიარო არხს, ასრულებს შემდეგ მოძრაობებს:

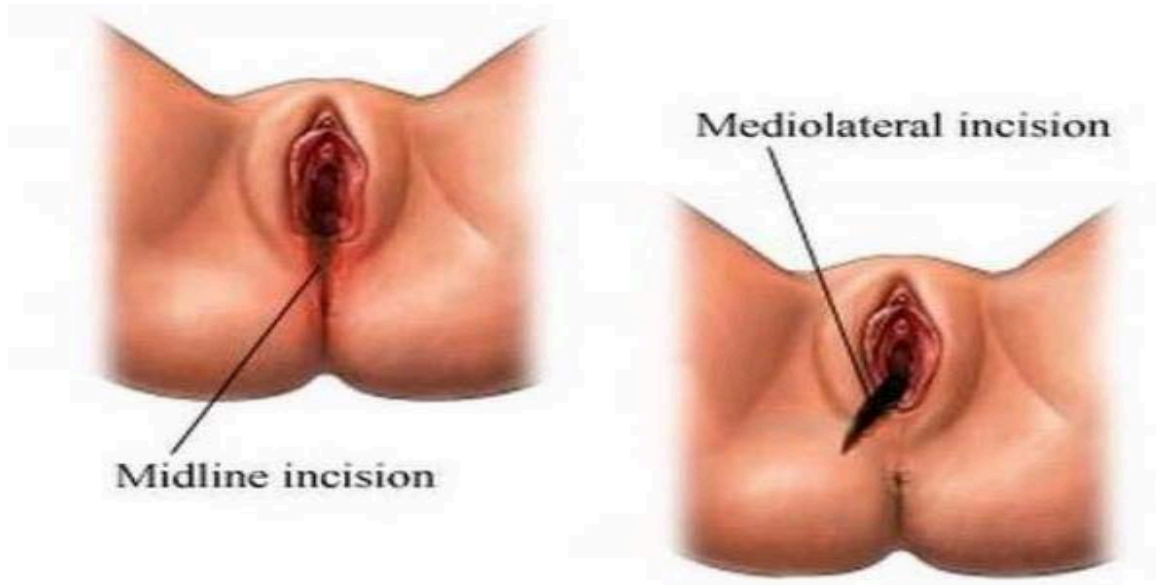
- თავის მოხრა
- თავის შინაგანი ბრუნვა
- თავის გაშლა
- თავის გარეგანი და მხრების შინაგანი ბრუნვა

შეტვები მეორდება 2-3 წუთში ერთხელ და გრძელდება 60-90 წამის ხანგრძლივობით, მოვლითი ტკივილების გაიშვიათება ჭინთვებს შორის მომზადების და დასვენების საშუალებას იძლევა. მშობიარობის მეორე პერიოდის დროს ნაყოფის წინამდებარე ნაწილი ახდენს შინაგან ბრუნს და ჩადის მცირე მენჯის ღრუში, უახლოვდება მცირე მენჯის ფსკერს და მშობიარეს ეწყება ჭინთვა.

ჭინთვები -ეს არის საშვილოსნოს შეკუმშვებთან თანდართული მუცლის პრესის კუნთების, დიაფრაგმისა და ჩონჩხის კუნთების შეკუმშვები, რომლებიც ერთობლივად წარმოადგენს ნაყოფის გამომადეველ ძალას. ჭინთვის დროს მშობიარე ჩაისუნთქავს ჰაერს, იკავებს სუნთქვას, ხრის ფეხებს მენჯბარზაყისა და მუხლის სახსრებში, ჭიმავს მუცლის კუნთებს და ახანგრძლივებს ჭინთვას. ჭინთვის გავლის შემდეგ მშობიარე ისვენებს შემდეგი ჭინთვის დაწყებამდე. ჭინთვის დასრულებისას ისმინება ნაყოფის გულისცემა კარდიოტოკოგრაფიული მონიტორით ან სტეტოსკოპით. აუცილებელია დაკვირვება მშობიარე ჰემოდინამიკურ მონაცემებზე. წინამდებარე თავის გამოჭრის ფაზაში მეანი ექთანს ხელების სათანადო დამუშავებისა და სტერილური ხელტათმანების ჩაცმის შემდეგ იწყებს შორისის დაცვას და თავის სწრაფი გაშლის პროფილაქტიკას. მარცხენა ხელით იგი იცავს თავს სწრაფი გაშლისაგან, ხოლო მარჯვენა ხელით იცავს შორისს და აცილებს მას ნაყოფის თავს. იმ შემთხვევაში თუ აღინიშნა შორისის მოსალოდნელი ჩახვევის ნიშნები, საჭიროა ნაწარმოები იქნას პერინეო ან ეპიზოტიომია.

ეპიზოტომია/პერინეოტომია

ეპიზოტომია ეწოდება ვულვალური რგოლის გაგანიერებას მახვილი წესით. ამ დროს საშოს ლაგამიდან 2-3 სმ-ით ლატერალურად მარჯვნივ ან მარცხნივ განაკვეთი კეთდება.



პერინეოტომია ეწოდება შორისის შუა ხაზზე გაკვეთა საშოს შესავლის გასაფართოებლად. პერინეოტომიის წარმოებისას, არსებობს სერიოზული გართულების ალბათობა, თუ განაკვეთი მშობიარობის პროცესში გაფართოვდა და მას შეუერთდა სწორი ნაწლავის სპინქტერიც.

კლევებმა აჩვენა, რომ ეპიზოტომიის ფართო გამოყენება არ ამცირებს შორისის ტრავმების სიხშირეს და ვერ ჩაითვლება ნაყოფის ტრავმატიზმის პროფილაქტიკად ამიტომ ეპიზოტომია არ ითვლება რუტინულ პროცედურად. ეპიზოტომია კეთდება ადგილობრივი ანალგეზიის ქვეშ, თუ მშობიარობა არ მიმდინარეობს ეპიდურული გაუტკივარების ფონზე, ეპიზოტომიის ჩვენებებია:

- დაბალი რიგიდული შორისი
- ნაყოფის ჰიპოქსია
- მხრების გამოტანის გაძნელება
- მშობიარობა მენჯით წინმდებარეობის ან ოპერაციული მშობიარობა.

ზოგჯერ, როდესაც ნაყოფის თავი გამოსვლას აგვიანებს, შესაძლებელია მხოლოდ ეპიზოტომიამ დააჩქაროს ეს პროცესი და იხსნას ნაყოფი ჟანგბადის ნაკლებობისაგან. აგრეთვე ეპიზოტომია აუცილებელია მაშების გამოყენებისას. საკმაოდ ხშირად ეპიზოტომიას მიმართავენ ნაადრევი მშობიარობის დროს, რადგან ასეთი ნაყოფის თავი უფრო ადვილად ტრავმირდება. ეპიზოტომიას ასევე მიმართავენ, როდესაც მოსალოდნელია დედის შორისის ჩახევა, რადგან ჩახეული შორისი გაცილებით ძნელად ხორცდება. ეპიზოტომიის ან პერინეოტომიის გადაწყვეტილებას იღებს ექიმი.

კვეთა კეთდება ჭინთვის დროს, შორისის ქსოვილები ისე იჭიმება, რომ მასში სისხლის ნაკადი მცირდება და შესაბამისად ტკივილიც არ აღიქმება.

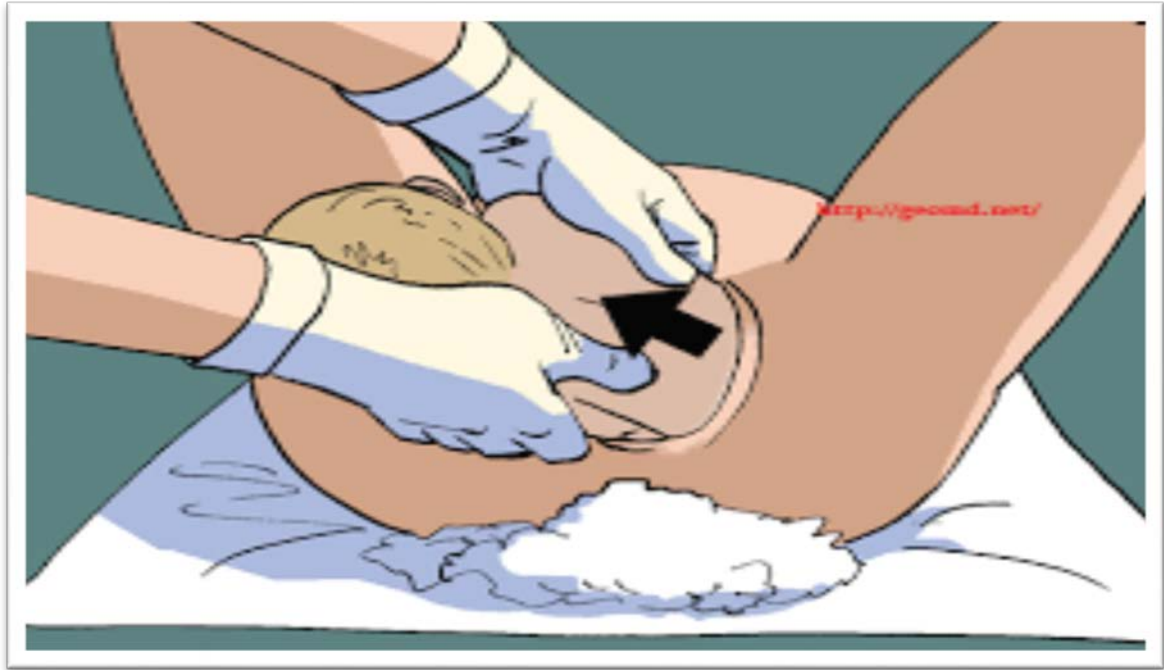


მშობიარობის პერიოდს, როდესაც შეტევის დროს წინამდებარე ნაწილი მოჩანს სასქესო ნაპრალში, და შეტევებს შორის შუალედში იმალება ეწოდება **შეჭრის ფაზა**. ხოლო, პერიოდს როდესაც ნაყოფის წინამდებარე ნაწილი შეტევათა შორის აღარ იმალება სასქესო ნაპრალში ეწოდება **გამოჭრის ფაზა**.



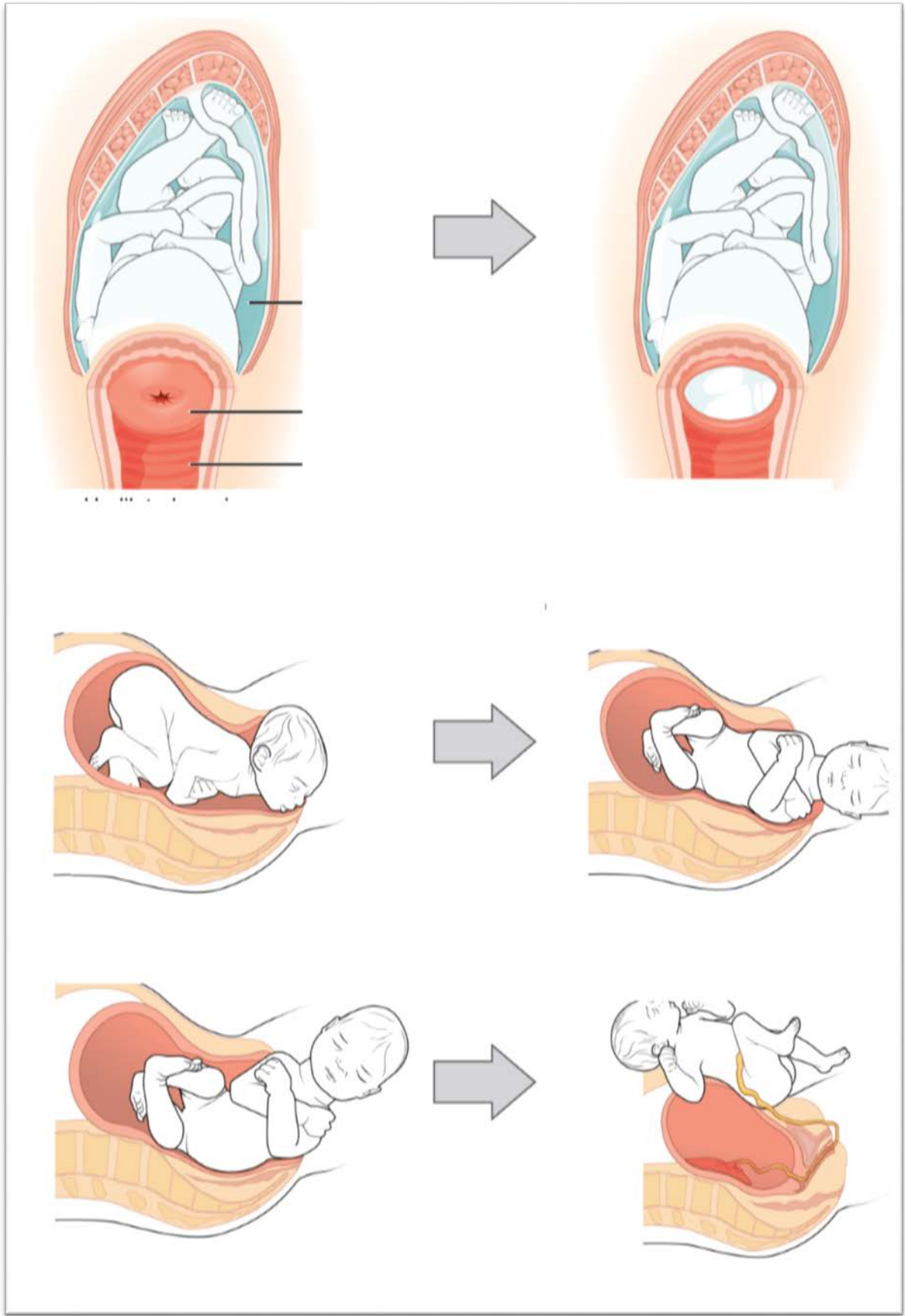
შეჭრისა და გამოჭრის ფაზებს მოსდევს ნაყოფის თავის დაბადება კისრამდე. ნაყოფის თავი დაბადების შემდეგ აწარმოებს გარეგან ბრუნვას, ბრუნვა მოიცავს 90 გრადუსს პოზიციის მიხედვით, პირველი პოზიციის დროს ნაყოფის პირისაზე ბრუნდება დედის მარჯვენა ბარძაყისაკენ, მეორე პოზიციის დროს მარცხენა ბარძაყისაკენ, რასაც თან სდევს მხრების შინაგანი ბრუნვა. ბრუნვის ბოლოს მხრები დგება მცირე მენჯის გამოსავლის სიბრტის პირდაპირ ზომში. ბრუნვის დროს ბეზიაქალს ხელები მოთავსებული აქვს ნაყოფის თავზე, მიყვება მის ბრუნვას და მსუბუქად მიმართავს ქვემოთ შორისისაკენ, ისე რომ წინამხარი

მიეზჯინოს ბოქვენის სიმფიზის ქვედა კიდეს , წინამხრის დაბადების შემდეგ ბებიაქალი მარჯვენა ხელით მიმართავს ნაყოფის თავს ზემოთ, ბოქვენისაკენ, ხოლო მარჯვენა ხელით იწყებს შორისის დაცვას, რათა უკანა მხრის დაბადებამ არ გამოიწვიოს შორისის ჩახევა. მხრების დაბადების შემდეგ ბებიაქალი იჭერს ნაყოფს ილიების მიდამოში, რის შემდეგაც ყოველგვარი სირთულის გარეშე იბადება ნაყოფის ტანი და ფეხები.



ახალშობილის დაბადების შემდეგ ბებიაქალი აფასებს ბავშვის მდგომარეობას თავის ხელშივე. თუ ახალშობილის მდგომარეობა არ არის საგანგაშო ანუ ის სუნთქავს, ყვირის , ტონუსშია, გულისცემა 110-ზე მეტია წუთში, თბილი სუფთა საფენებით უნდა გამშრალდეს და მოთავსდეს დედის შიშველ მუცელზე, თავზე ქუდით, ფეხებზე წინდებით და ტანზე თბილი მშრალი საფენით. ეს არის დედისა და ბავშვის

პირველი კავშირი, რასაც კანით-კანთან კონტაქტი ეწოდება.



კანით-კანთან კონტაქტი სასურველია გაგრძელდეს 2-საათის განმავლობაში თუ დედის და ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობა ამის საშუალებას იძლევა. დედის სხეული ხელს

უწყობს ახალშობილის ტემპერატურის შენარჩუნებას და იცავს მას გადაციებისაგან. კანით-კანთან კონტაქტს თან სდევს ძუძუთი პირველი მოჭიდება, რაც ხელს უწყობს რძის დროულ პროდუქციას და დედის საშვილოსნოს შეკუმშვას. ჭიპლარის უნდა გადაიჭრას ახალშობილის დაბადებიდან 1 წთ-ის შემდეგ. სტერილური ინსტრუმენტით შორისთან ახლოს.

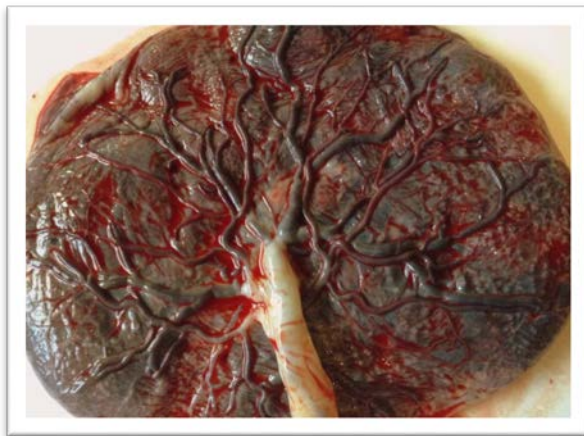


მშობიარობის მესამე პერიოდი იწყება ახალშობილის დაბადებისთანავე და მთავრდება მომყოლის გამოძევებით.

მესამე პერიოდი ყველაზე უმტკივნეული და ხანმოკლეა, იგი მოიცავს ნაყოფის დაბადების შემდეგ საშვილოსნოში დარჩენილი პლაცენტის აშრევებას და სანაყოფე გარსებთან ერთად გამოდევნას. ეს ეტაპი იწყება ნაყოფის დაბადებიდან 10-20 წუთის შემდეგ. ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროსაც შესაძლოა მესამე პერიოდი სისხლდენით გართულდეს. ამ გართულების თავიდან ასაცილებლად ქალს უნდა შევთავაზოთ მესამე პერიოდის **აქტიური მართვა**, რაც გულისხმობს რიგ ჩარევას, რომელთა მიზანია საშვილოსნოს კუმშვადობის გაძლიერება. როდესაც აშრევებული პლაცენტა საშოში ეშვება, მშობიარეს გაჭინთვის სურვილი უჩნდება, იჭერთ კლემირებული ჭიპლარის და მომჭერის ბოლოებს ერთი ხელით, მსუბუქად დაჭიმეთ ჭიპლარი და დაელოდეთ საშვილოსნოს ძლიერ შეკუმშვას, როგორც კი შენიშნავთ საშვილოსნოს შეკუმშვას ან ჭიპლარის დაგრძელებას, სიფრთხილით ქაჩავთ ჭიპლარს თქვენსკენ ქვემოთ, პლაცენტის დაბადებისთვის. მეორე ხელით ანხორციელებს საშვილოსნოს გადაწევას ჭიპლარის დაქაჩვის მიმართულების საპირისპიროდ. აშრევებული

მომყოლი იბადება ჭინთვის დროს, საჭიროა მისი დაჭერა ორი ხელით და ფრთხილად ვაბრუნოთ ისე სანამ გარსები მთლიანად არ გამოძევდება. ვაწარმოებთ მომყოლის დათვალიერებას, (მთლიანობის დადგენას) მომყოლის დაბადების შემდეგ ქალს ეწოდება მელოგინე.

პლაცენტის საშვილოსნოს კედლიდან აშრევების ტიპები:



ადრეული ლოგინობის ხანა ეწოდება ლოგინობის ხანის პირველ 2 საათს. ამ დროის განმავლობაში ბეზიაქალი აწარმოებს რეგულარულ კონტროლს საშვილოსნოს შეკუმშვაზე, დაკარგული სისხლის რაოდენობასა და მელოგინის ჰემოდინამიკურ მაჩვენებელზე. პირველი 2 საათის განმავლობაში საშვილოსნოს მასაჟი კეთდება ყოველ 15 წუთში.

მომყოლის დათვალიერების შემდეგ, მომყოლის ქსოვილის ნაწილების საშვილოსნოს ღრუში ჩარჩენაზე ექვის შემთხვევაში საჭიროა საშვილოსნოს ღრუში ხელით შესვლა და მომყოლის ჩარჩენილი ნაწილების გამოტანა. სამშობიარო გზების დაზიანებათა გამოსარიცხად

აუცილებელია რბილი ქსოვილების დათვალეირება სარკეებში. მსუბუქი ხარისხის ჩახევა , რომელიც სისხლმდენი არაა ნაკერების დადებას არ მოითხოვს, მანიპულაცია წარმოებს ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის დაცვით.

ახალშობილის შეფასება და მოვლა სამშობიარო ბლოკში

ახალშობილობის პერიოდის სწორი წარმართვისათვის მნიშვნელოვანია ახალშობილის სწორი შეფასება და მოვლა სამშობიარო ბლოკში. სადაც უნდა მოხდეს რეანიმაციისა და სპეციალური მოვლის საჭიროების განსაზღვრა. თუ ახალშობილის მდგომარეობა ამის შესაძლებლობას იძლევა რეკომენდებულია მისი დატოვება დედასთან 2 საათის განმავლობაში კანით-კანთან კონტაქტისა და ძუძუზე პირველი მოჭიდებისათვის. ახალშობილის სრული სამედიცინო გასინჯვა სასურველია დაბადებიდან 2 საათის შემდეგ ჩატარდეს. სამშობიარო ბლოკში ფასდება ახალშობილის მასა, სიგრძე, თავისა და გულმკერდის გარშემოწერილობა. ჯანმრთელი ახალშობილის თავის გარშემოწერილობა 2-4 სმ-ით აღემატება გულმკერდის გარშემოწერილობას. პირველი 2 საათის განმავლობაში ყველა ახალშობილი საჭიროებს პერიოდულ მეთვალყურეობას, უნდა შეფასდეს ვიტალური ნიშნები:

- გულისცემა
- სუნთქვა
- რეფლესენი
- კუნთების ტონუსი
- კანის ფერი



აპგარის შკალა მოწოდებულია ამერიკელი ექიმის ვირჯინია აპგარის მიერ 1953 წელს, რომელიც ახალშობილის შეფასების მნიშვნელოვან მეთოდს წარმოადგენს.



APGAR-ი ნიშნავს:

A - activity (აქტიურობა და ახალშობილის ტონუსი);

P – pulse (პულსი, გულის კუმშვების რაოდენობა);

G – grimace (მიმიკური პასუხი და გაღიზიანებადობა);

A – appearance (გარეგნობა - კანის ფერი);

R – respiration (სუნთქვა).

აპგარის შკალის მიხედვით შეფასება 0-დან 3 ქულამდე შეესაბამება მძიმე ასფიქსიას, ბავშვის კრიტიკულ მდგომარეობას და საჭიროებს სასწრაფო რეანიმაციულ ღონისძიებებს. შეფასება 3-4 ნიშნავს ნორმიდან საშუალო გადახრას, შეფასება 5-6 შეესაბამება ნორმიდან ოდნავ გადახრას, შეფასება 7-9 ქულა ითვლება ნორმად. 10 ბალიანი შეფასება, განსაკუთრებით ორმაგი (10-10), გვხვდება იშვიათად.

მაჩვენებელი	0 ბალი (ქულა)	1 ბალი (ქულა)	2 ბალი (ქულა)
კუნთოვანი ტონუსი	არ არსებობს	ნელი და დუნე მოძრაობები	აქტიური მოძრაობები
პულსი/გულისცემა	არ არსებობს	1 100დარტყმაზე	წო-ში ნაკლები დარტყმაზე მეტი
რეფლექსები	არ არსებობს	სუსტად გამოვლენილი	აშკარა, კარგად გამოვლენილი, მოძრაობს, აცემინებს, ახველებს, ყვირის
კანის ფერი	მკრთალი და/ან მოლურჯო (მთლიანი სხეულის)	ვარდისფერი მოლურჯო (კიდურების)	და ვარდისფერი (მთლიანი სხეულის)
სუნთქვა	არ არსებობს	ნელი (არათანაბარი)	40-45სუნთქვითი მოძრაობა წო-ში, თანაბარი სუნთქვა, ყვირილი

ბავშვის სუნთქვისა და კანის ფერის შეფასება ყოველ 15წთ-ში პირველი საათის განმავლობაში და ყოველ 30 წთ-ში შემდეგი 2 საათის განმავლობაში.

ციანოზის ან სუნთქვის გაძნელების დროს (<30 ან >60)

ემლევა ჟანგბადი ნიღბით და გამოძახებული უნდა იყოს ნეონატოლოგი. გაიზომოს ბავშვის სხეულის ტემპერატურა ელექტრონული თერმომეტრით ყოველ 30 წთ-ში პირველი 2 საათის განმავლობაში, თუ ტემპერატურა არის 36,5-ზე ნაკლები, გატარდეს დამატებითი ღონისძიებები ახალშობილის გასათბობად. აუხსენით დედას ძუძუთი კვების უპირატესობის და მისი წესების შესახებ და მოეხმარეთ პირველ ძუძუთი კვებაში. გონობლენორეის პროფილაქტიკა ტეტრაციკლინის 1%-იანიან ერითრომიცინის 0,5%-იანი მალამოთი უნდა ჩატარდეს მშობიარობიდან 1 საათის შემდეგ.

- პლასტიკური მომჭერის დადება ჭიპლარზე კეთდება ბეზიაქალისათვის მოსახერხებელ დროს. ჭიპლარი უნდა გაიწმინდოს სტერილური მარლით, დამატებითი დამუშავება საჭირო არ არის. ამ პროცედურის დროს არ უნდა ხორციელდებოდეს კანთან კონტაქტი.
- არ არის რეკომენდირებული ბავშვის მჭირდოდ გაკოჭვა
- ბავშვის აწონვა და გაზომვა უნდა მოხდეს სითბური ჯაჭვის დაცვის წესებით.
- კანის სპეციალური დამუშავება და ბავშვის დაბანა საჭირო არ არის.
- ახალშობილთა ჰემორაგიული დაავადების პრევენციის მიზნით რეკომენდირებულია K ვიტამინის გამოყენება
- თუ არ აღინიშნება გართულებები, 2 საათში შეიძლება დედისა და ახალშობილის გადაყვანა მელოგინეტა განყოფილებაში.



კითხვები თვითშემოწმებისთვის:



1. მშობიარობის დასაწყისი
2. ახალშობილის შეფასება ბლოკში
3. როდის ისმინება ნაყოფის გულისცემა მშობიარობის I პერიოდში
4. პარტოგრამის გახსნა
5. ნაყოფის გულისცემის ნორმა
6. სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრა
7. ბლოკ პალატაში დასაშვები ტემპერატურის ნორმა
8. მშობიარობის II პერიოდის დაწყების მაჩვენებელი
9. ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს, როდის ვაწარმოებთ ჭიპლარის გადაკვანძას
10. რომელ მედიკამენტს ვიყენებთ ახალშობილის ჰემორაგიული დაავადების პროფილაქტიკისათვის

თავი VI. პათოლოგიურად მიმდინარე ორსულობისა და მშობიარობის მართვა

ანტენატალური მეთვალყურეობის გესტაციის ადრეულ ვადაზე დაწყება მნიშვნელოვანია ანემიის პროფილაქტიკის, სიფილისის სკრინინგისა და სამედიცინო გართულებების მქონე ქალთა გამოსავლენად და სამკურნალოდ. მეთვალყურეობის ადრეული დაწყება პერსონალური ურთიერთობების ჩამოყალიბების საშუალებას იძლევა ორსულსა და ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე პერსონალს შორის. ანტენატალური მეთვალყურეობის ფარგლებში გამოყენებული უნდა იყოს მხოლოდ ის ელემენტები, რომელთა ეფექტურობა დამტკიცებულია ორსულობის ისეთი არასასურველი გართულებების პროფილაქტიკის ან აღმოფხვრის თვალსაზრისით, როგორცაა სისხლდენა, ანემია, პრეეკლამფია, შარდ-სასქესო სისტემის ინფექცია და ა.შ. ანტენატალური მეთვალყურეობის ფარგლებში შეუძლებელია რომელიმე ამ მიზეზთაგანის სრული ელიმინაცია. რისკის ფაქტორების გამოვლენა შესაძლებელია ანამნეზური მონაცემების შეკრების გზით. მსგავსი ფაქტორების არსებობის დროს საუკეთესო ტაქტიკაა ორსულის კონსულტირება და შესაბამისი რჩევა -დარიგების მიცემა.

პრაქტიკაში მიღებულია ორსულობის პერიოდების დაყოფა ტრიმესტრებად:

- პირველი ტრიმესტრი გრძელდება 12-13 კვირამდე
- მეორე ტრიმესტრი 14-27 კვირამდე.
- მესამე ტრიმესტრი 28-40 კვირამდე.



პირველი ტრიმესტრისთვის დამახასიათებელი ნიშნები და სიმპტომებია; გულისრევა/პირღებინება, დაღლილობა, საერთო სისუსტე, სარძევე ჯირჯვლების გაჯირჯვება, ხშირი შარდვა, მუცლის გაზრდა (მცირედ).

გართულებები: სისხლდენა პირველ ტრიმესტრში აღენიშნება ქალების 20-25%-ს, მათგან ნახევარს შესაძლებელია განუვითარდეს სპონტანური აბორტი. სისხლდენის შერწყმა მიომეტრიუმის შეკუმშვებთან საშიშია.

მეორე ტრიმესტრისთვის დამახასიათებელი ნიშნები და სიმპტომებია:

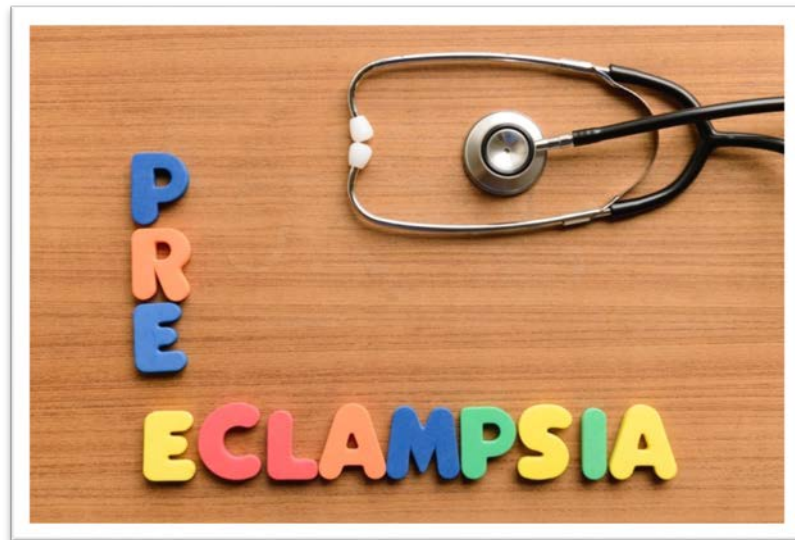
საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესება, ტკივილი რომელიც საშვილოსნოს ზრდით არის განპირობებული და იოგების/მენჯის სხვა სტრუქტურების დაჭიმვას უკავშირდება გაივლის 22 კვირის შემდეგ, შეკუმშვები მეორე ტრიმესტრში შეიძლება წარმოიშვას არარეგულარული, უმტკივნეულო შეკუმშვები მუცლის პალპაციის დროს.

გართულებები: ისთმიკო-ცერვიკალური უკმარისობა, რამაც შეიძლება ნაადრევი მშობიარობა გამოიწვიოს. სანაყოფე წყლების ნაადრევი დაღვრა, რომელიც დედის და ნაყოფის ინფიცირების მიზეზი გახდეს, ნაადრევი სამშობიარო მოქმედების დაწყება მეორე ტრიმესტრის ბოლოს ნაყოფის სიცოცხლის შანსი 70-80%-ია. სიკვდილის ძირითადი მიზეზი სუნთქვის უკმარისობაა ფილტვების უმწიფრობის გამო.

მესამე ტრიმესტრისათვის დამახასიათებელი ნიშნები და სიმპტომებია: შეკუმშვები, ტკივილი წელის არეში და ქვედა კიდურებში (საშვილოსნო ავსებს მენჯის ღრუს და აწვება ნერვებს და კუნთებს). ტრიმესტრის დასასრულს ნაყოფის მასა საშუალოდ აღწევს 3300,0 მდე. ამ პერიოდში ნაყოფის აქტივობა შემცირებულია ზომის გაზრდის და საშვილოსნოში თავისუფალი გადაადგილების გამო.

მოვლითი ხასიათის მზარდი ტკივილები, რომლის შედეგად საშვილოსნოს ყელი გადასწორდება და იხსნება.

პრეეკლამფსია/ეკლამფსია



პრეეკლამფსია წარმოადგენს ორსულობით განპირობებულ გართულებას, რომელიც ვითარდება ორსულობის 20 კვირის ვადის შემდეგ, დამახასიათებელია; არტერიული ჰიპერტენზია, შარდში ცილა, შეშუპება და პოლიორგანული გართულებები. პრეეკლამფსია პირველად არტერიული წნევის გაზომვით ვლინდება, პრეეკლამფსიის დროს არტერიული წნევა 140/90 mmHg-ს აღემატება ან საწყისი სისტოლური წნევა 30 mmHg-ით, ხოლო დიასტოლური წნევა 15 mmHg-ით არის მომატებული. პრეეკლამფსია იწვევს პერიფერიულ სისხლძარღვებში მიკროცირკულაციის დარღვევას და პათოლოგიურ პროცესებს თირკმელებში, რასაც მივყავართ შარდთან ერთად ცილის დაკარგვის პროცესთან. განასხვავებენ **მსუბუქ და მძიმე** ფორმის პრეეკლამფსიას. თუ მძიმე პრეეკლამფსიის დროს ორსულობის ვადა 34 კვირაზე მეტია, მიღებული უნდა იქნას გადაწყვეტილება მშობიარობის შესახებ, ორსულობის მდგომარეონის სტაბილიზაციის შემდეგ. მშობიარობის მეთოდი უნდა განისაზღვროს ინდივიდუალურად, მძიმე პრეეკლამფსია არ წარმოადგენს გადაუდებელი საკეისრო კვეთის წარმოების აბსოლიტურ ჩვენებას. გესტაციური ასაკის, საშვილოსნოს ყელის სიმწიფის ხარისხისა და მდებარეობა/მდგომარეობის მიხედვით, უპირატესობა ენიჭება ვაგინალურ მშობიარობას.



მსუბუქი პრეეკლამფსია შესაძლებელია სწრაფად პროგრესირდეს და გადავიდეს მძიმე პრეეკლამფსიაში, საყოველთაოდ მიღებული რეკომენდაციების მიხედვით მსუბუქი პრეეკლამფსიის შემთხვევაში ჰოსპიტალიზაცია ნაჩვენებია მხოლოდ დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით (24-48 საათი), ორსულის ჰოსპიტალიზაცია და მეთვალყურეობა გულისხმობს: არტერიული წნევის კონტროლს, პროტეინურიის ხარისხის განსაზღვრას, ღვიძლის ფერმენტების კვლევას, ბიოფიზიკური პროფილის დადგენას, პრეეკლამფსიის სიმძიმის კლასიფიკაცია დამოკიდებულია არტერიული წნევის მაჩვენებელზე, პროტეინურიის ხარისხზე და მულტიორგანული დაზიანების სხვა ნიშნების არსებობაზე. დაავადების სიმძიმის დიფერენცირებისათვის აუცილებელია მკაცრი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების გამოყენება და არტერიული წნევის გაზომვის ზუსტი წესის დაცვა.



პრეეკლამფსია/ეკლამფსიის მართვის დროს, დედისა და პერინატალური სიკვდილიანობის შემცირებისათვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დედისა და ნაყოფის მდგომარეობის დაკვირვებას, დედის მხრივ ყურადღება ექცევა:

- არტერიული წნევის მონიტორინგს.

- პროტეინურიის ხარისხი, ცილის განსაზღვრა 24 საათიან შარდში.
- სისხლის საერთო ანალიზი, დადგინდეს თრომბოციტების რაოდენობა.
- კოაგულოგრამა
- ტრანსამინაზები (ALT/AST და LDH).
- შარდმჟავა კრეატინინი

ნაყოფის მხრივ უნდა შეფასდეს:

- ნაყოფის სავარაუდო წონა, სანაყოფო წყლების რაოდენობა. (ულტრასონოგრაფიით).
- კარდიოტოპოგრაფიით ნაყოფის ბიოფიზიკალური მონაცემი.
- ჭიპლარის არტერიაში სისხლისდინების დიასტოლური სიჩქარე დოპლეროგრაფიით.
- დოპლეროგრაფია.

მსუბუქი პრეეკლამსიის შემთხვევაში მშობიარობა რეკომენდებულია 37 კვირის ვადაზე ან დედის და ნაყოფის მდგომარეობის დამძიმების შემთხვევაში.

მძიმე პრეეკლამსიის მართვა მოიცავს არტერიული წნევის კონტროლს, ეკლამსიური გულყრის პრევენციას და მშობიარობას.

პრეეკლამსია/ეკლამსიის კლინიკური გამოვლინებები მრავალფეროვანია:

- თავის ტკივილი (უფრო ხშირად კეფის არეში)
- მხედველობის გაუარესება: დაბინდვა და ლიბრის გადაკვრა, მხედველობის პერიოდული შესუსტება.
- ტკივილი ეპიგასტრიუმში ან მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში.
- გულისრევა, ღებინება.
- ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება, სისუსტე.
- ძილიანობა ან უძილობა
- ზედა და ქვედა კიდურების და ასევე სახის შეშუპება.
- თავბრუსხვევა.



თუ ორსულს დაესვა პრეეკლამფსიის დიაგნოზი საჭიროა მისი ჰოსპიტალიზაცია, რადგანაც იგი უნდა იმყოფებოდეს მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ. ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა უნდა დავიწყოთ იმ შემთხვევაში თუ სისტოლური წნევა 160 მმ. ვწყ.სვ, ან დიასტოლური წნევა 110 მმ. ვწყ.სვ. გამონაკლის წარმოადგენს ის მდგომარეობა, როცა პაციენტს აღენიშნება მძიმე პრეეკლამფსიის სხვა ნიშნები, ამ დროს ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა უნდა დავიწყოთ არტერიული წნევის უფრო დაბალ ნიშნულზე გადაც.

პრეეკლამფსიის მკურნალობაში დიდი როლი ენიჭება მაგნიუმის სულფატის გამოყენებას, ვინაიდან მას გააჩნია ჰიპოტენზიური, დიურეზული, სპაზმოლიზური და ანტიკონვულსიური მოქმედება. მაგნიუმის სულფატის დარტყმითი დოზა შეადგენს 4-6 გრამ მშრალ ნივთიერებას ი/ვ 15-20 წუთის განმავლობაში და შემდეგ შემანარჩუნებელი დოზა 1-2 გ/სთ-ში.

მაგნიზიუმის თერაპიის ჩატარების დროს რეკომენდირებულია შეფასდეს: სუნთქვის სიხშირე, მუხლის რეფლექსი, გამოყოფილი შარდის რაოდენობა, ჟანგბადის სატურაცია, სისხლის შრატში მაგნიუმის რაოდენობის განსაზღვრა თერაპიის დაწყებიდან 6 საათის შემდეგ, შემდგომ ყოველ 8 საათში ერთხელ.

როდესაც პრეეკლამფსია გადადის მძიმე ფორმაში, იწყება დედის სასიცოცხლო ორგანოების დაზიანება -თირკმელები, ღვიძლი, გული, თვალეები, თავის ტვინი. დაავადების უფრო დამძიმების შემთხვევაში ვითარდება გულყრები ამ მდგომარეობას ეკლამფსიას უწოდებენ.

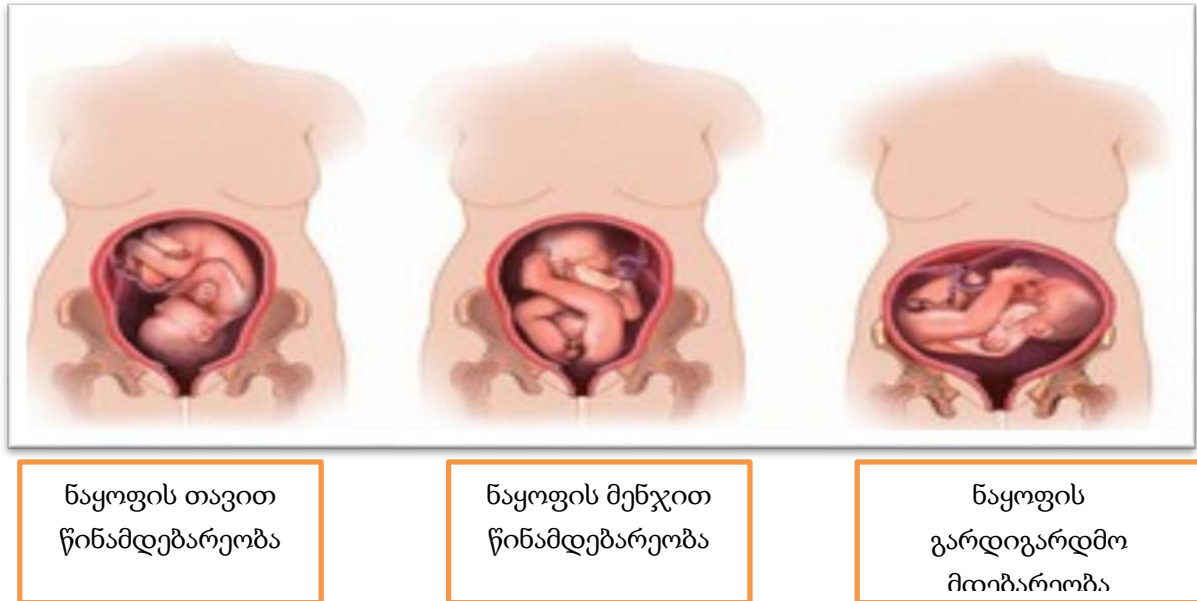
ეკლამფსიური გულყრა 4 პერიოდად იყოფა: **I- წინამორბედი ანუ საწყისი პერიოდი**, რომლის დროსაც თავდაპირველად აღინიშნება მიმიკური, ხოლო შემდეგ ზედა კიდურებისა და სხეულის კუნთების ფიბრილაცია, ადილი აქვს მზერის ფიქსირებას ერთ წერტილში. ამ პერიოდის ხანგრძლივობა 30 წამს შეადგენს. **II- ტონური კრუნჩხვების პერიოდი**, კრუნჩხვები თავის, კისრისა და ზედა კიდურების მიდამოდან ქვედა კიდურებზე ვრცელდება. ამ დროს ხდება თავის უკან გადახრა, წყდება სუნთქვითი მოძრაობები, პულსი არ ისინჯება, გუგები გაფართოებულია, კანი და ხილული ლორწოვანი ციანოზურია, კრიჭა შეკრულია, II პერიოდის ხანგრძლივობა 25-30 წამია. **III- კლონური კრუნჩხვების პერიოდი** მათი გავრცელება ხდება, აგრეთვე ზემოდან ქვემოს მიმართულებით, ამ პერიოდის ხანგრძლივობაა 2 წუთი. **IV- ალაგების პერიოდი** ხასიათდება წყვეტილი ჩასუნთქვებით, სისხლნარევი დუჟის გაჩენით (ენის მოკვნიტის გამო) პულსისა და სუნთქვის აღდგენითა და ციანოზის გაქრობით. ეკლამფიური გულყრის დროს ქალი არ უნდა დავტოვოთ მარტო, დავაწვინოთ მარცხენა გვერდზე, ვაწარმოთ სასუნთქი გზების სანაცია და მივაწოდოთ ჟანგბადი, ვაკონტროლოთ არტერიული წნევა და პულსი. ეკლამფსიის შემთხვევას უნდა მართავდეს ექიმი მეან-გინეკოლოგი და ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი.

ნაყოფის არასწორი მდებარეობის დადგენა

ნაყოფის არასწორი მდებარეობის დიაგნოსტიკა შეიძლება ორსულის გამოკვლევისას პალპაციისა და საშოსმხრივი გამოკვლევის მონაცემების მიხედვით.

თანამეროვე მედიცინაში ექოსკოპია ყველაზე გავრცელებული, უსაფრთხო და მაღალეფექტური მეთოდია ორსულობის მიმდინარეობის შემოწმების მიზნით.

ნაყოფის მდებარეობას უწოდებენ ნაყოფისა და საშვილოსნოს გრძივი ღერძების განლაგებას ერთმანეთის მიმართ, ამის მიხედვით განასხვავებენ ნაყოფის არასწორ მდებარეობას.



მენჯით წინმდებარეობა: მენჯით წინმდებარეობის სამი ვარიანტია; სუფთა ჯდომი, შერეული და ტერფებით წინმდებარეობა.

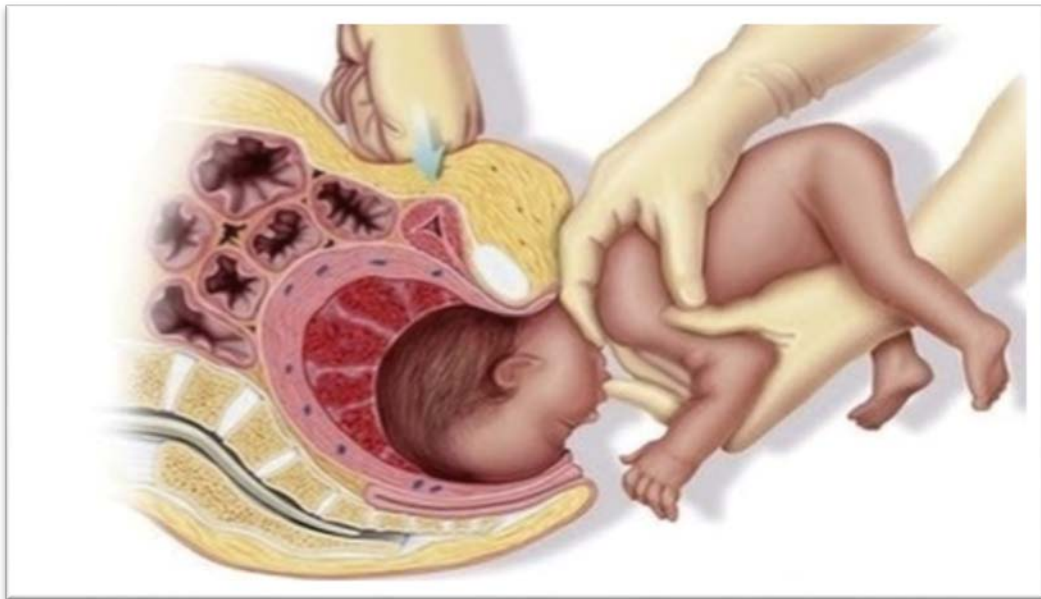
მენჯით წინმდებარეობის დროს მშობიარობის მართვის ცოდნა ნიშნავს „ლოდინის ხელოვნების“ სრულყოფილად ფლობას. გართულებები ყველაზე ხშირად მაშინ ჩნდება, როდესაც მეანი ცდილობს მშობიარობის დაჩქარებას. მშობიარობას მენჯით წინმდებარეობის დროს ისევე მართავენ, როგორც კეფით წინმდებარეობისას. იმ მანიპულაციების გამო, რომლებიც შეიძლება ნაყოფის მისაღებად გახდეს საჭირო რეკომენდირებულია ეპიდურული ანესთეზიის ჩატარება. გახანგრძლივებული მშობარობის მიზეზი შეიძლება იყოს ნაყოფის დიდი წონა, ასეთ სიტუაციაში ნაჩვენებია საკეისრო კვეთის წარმოება. მშობიარობის მეორე პერიოდის დაწყება ყოველთვის უნდა დადასტურდეს საშოსმხრივი გასინჯვით, ვინაიდან ჭინთვის შეგრძნება მშობიარეს ხშირად საშვილოსნოს ყელის სრულ გახსნამდე უჩნდება.

დუნდულოების დაბადება ჩვეულებრივ, საშვილოსნოს ყელის გახსნა და დუნდულოების მცირე მენჯის ღრუში ჩასვლა დამოუკიდებლად მიმდინარეობს. დუნდულოების გამოჭრისა და შორისის გადაჭიმვისას ხდება საბოლოო მომზადება მშობიარობისათვის, დუნდულოები მცირე მენჯის გამოსავლის პირდაპირ ზომაში თავსდება.

ტერფების და ტანის ქვედა ნაწილის დაბადება. მოხრილი ფეხები შერეული ჯდომით წინმდებარეობისას დამოუკიდებლად იბადება. გაშლილი ფეხების დაბადებისთვის

შეიძლება საჭირო გახდეს **პინარის მეთოდის** გამოყენება. იგი გულისხმობს მეანის ხელით ნაყოფის ფეხების მუხლის სახსარში მოხრას მენჯ-ბარძაყის სახსარში გაშლას. თუ ქალს აქვს კარგი ინტენსივობის სამშობიარო მოქმედება და ჭინთვები, იბადება ნაყოფის ქვედა ნაწილი. ამ დროს მეანი ჭიპლარს მოქაჩავს, რათა დარწმუნდეს, რომ ის მეტისმეტად მოკლე არ არის.

მხრების დაბადება: ნაყოფის ტანისა და ქვედა ნაწილის დაბადების შემდეგ მხრები მცირე მენჯის ღრუს გარდიგარდმო ზომაში თავსდება. დედის სამშობიარო გზებით ნაყოფის წინმსვლელობასთან ერთად მხრები მცირე მენჯის გამოსავლის პირდაპირ ზომაში დგება, გამოჩნდება ბეჭის ძვლის ქვედა კუთხე. მეანს ფრთხილად შეაქვს თითი ნაყოფის ზემოთ და წინა ხელის დაბადებას ეხმარება. უკანა მხარი მიაღწევს მენჯის ფუძეს, წინ გადმოინაცვლებს. გამოიჭრება ბეჭის ქვედა კიდე, შემდეგ კი დაიბადება ნაყოფის მხრის სარტყელი.



თავის დაბადება:

თავის გასათავისუფლებლად იყენებენ **მორისო-სმელი-ფაიტის** მეთოდს. ნაყოფი ქალის სამშობიარო გზებში შეტანილი მეანის ხელის წინამხარზე ძევს, რომლის ერთი თითი ნაყოფის პირში შეაქვთ, მეორეს კი ზედა ყბაზე ათავსებენ, თითებით ახორციელებენ თავის მოხრას, ხოლო მეორე ხელით აწარმოებენ ნაყოფის ტრაქციას. ტრაქციები მიმართულია ჯერ უკან შემდეგ წინ. თუ აღწერილი მეთოდის გამოყენებისას სიმძნელები ჩნდება, აუცილებელია სამეანო მამის დადგენა. მასის დადებისას ბებიაქალს ნაყოფის სხეული ჩამოკიდებულ მდგომარეობაში უჭირავს. მენჯით წინმდებარეობის დროს მშობიარობისას ყველაზე საშიშია ის, რომ შეიძლება ნაყოფის თავი მცირე მენჯის შესავლის ზომაზე დიდი აღმოჩნდეს. თავის დაბადების გახანგრძლივება იწვევს ჭიპლარის დიდხანს მიჭყლტვასა და ნაყოფის ასფიქსიას. მენჯით წინმდებარეობისას საკეისრო კვეთა აუცილებელია თუ არის:

- ნაყოფის ტერფებით წინმდებარეობა.
- თუ ნაყოფის სავარაუდო წონა ნაკლებია 1500 კგ-ზე. ან მეტია 3500 კგ-ზე.
- შემცირებულია მენჯის ერთერთი ზომა.
- პირველი ორსულობა
- ანამნეზში საკეისრო კვეთა.
- გართულებული ორსულობა

- ხანგრძლივი სტერილობა /დაორსულება დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიების საშუალებით.
- დედის ასაკი.

ნაყოფის მდებარეობას გარდიგარდმო ეწოდება, როცა ნაყოფის სხეულის სიგრძივი ღერძი საშვილოსნოს სიგრძივი ღერძის პერპენდიკულარულად მდებარეობს. ნაყოფის ირიბი მდებარეობის დროს ნაყოფისა და საშვილოსნოს გრძივი ღერძები ერთმანეთის მიმართ ქმნის მახვილ კუთხეს.



ნაყოფის გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობა პათოლოგიურად მიიჩნევა და მშობიარობათა 0,5%-ში გვხვდება. ამ დროს ჩვეულებრივი გზით ნაყოფის დაბადება დიდ რისკთან არის დაკავშირებული და კვალიფიციური სამედიცინო დახმარების გარეშე, დამოუკიდებლად, მშობიარობა შეუძლებელია – საფრთხე ემუქრება როგორც დედას, ასევე ბავშვსაც. მშობიარობის ოპტიმალური მეთოდია საკეისრო კვეთა. ნაყოფის გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობის მიზეზად შეიძლება იქცეს ყველა ის პირობა, რაც კი საშვილოსნოს ღრუში ნაყოფის მოძრაობას აადვილებს.

ერთ-ერთი მთავარი მიზეზია საშვილოსნოს ტონუსის დაქვეითება – როდესაც საშვილოსნოს კედლები დრეკადობას მოკლებულია, მას არ შეუძლია ნაყოფის სიგრძივი მდებარეობის უზრუნველყოფა, ხოლო თუ ნაყოფი მაინც სწორად მოთავსდა – ამ მდგომარეობაში მისი შეკავება. ეს საშვილოსნოს განუვითარებლობის ან მის კუნთოვან აპარატში მიმდინარე დეგენერაციული ცვლილებების ბრალია. ხელშემწყობი ფაქტორებია გადატანილი მძიმე მშობიარობა, ლოგინობის ხანის თანდართული ინფექციური დაავადებები, საშვილოსნოს მეტისმეტი გაწეღვა მრავალწყლიანობის ან მრავალნაყოფიანობის გამო. არასწორი მდებარეობის მიზეზია მუცლის სუსტი პრესიცი – მას არ ძალუძს, სათანადო წინააღმდეგობა გაუწიოს ორსულ საშვილოსნოს. ამას მუცლის კედლის მოდუნება, კუნთების დაცილება იწვევს, რაც უპირატესად მრავალნაყოფიანობის ქალებისთვის არის დამახასიათებელი. მნიშვნელოვანი ფაქტორია ნაყოფისადმი შეუსაბამო საშვილოსნოს ღრუც: ზოგ შემთხვევაში – მეტისმეტად დიდი, ზოგ შემთხვევაში კი მცირე, ნაყოფისთვის ვიწრო. პირველ შემთხვევაში ნაყოფს თავისუფლად მოძრაობის საშუალება აქვს და სიგრძივ მდებარეობას ვერ ინარჩუნებს, მეორეში კი ადგილის სიმცირის გამო იძულებით – ირიბ ან გარდიგარდმო – პოზას იღებს და ასე რჩება. ასეთი რამ

ყველაზე ხშირად ხდება საშვილოსნოს განვითარების მანკის, ორქიანი ან უნაგირა საშვილოსნოს დროს. მშობიარობა ამ დროს პათოლოგიურად მიმდინარეობს. იშვიათია შემთხვევა, როდესაც ნაყოფი მშობიარობის დასაწყისში თავისთავად იღებს გრძივ მდებარეობას (თვითმობრუნება), უმეტესად კი ირიბ ან გარდიგარდმო მდებარეობას ინარჩუნებს, რის გამოც თავს იჩენს გართულებები როგორც დედის, ისე ნაყოფის მხრივ. ირიბი და გარდიგარდმო მდებარეობისთვის წინამდებარე ნაწილი არ არსებობს. ამ დროს სანაყოფე ბუშტი ნაადრევად სკდება, სანაყოფე წყალი მთლიანად ან თითქმის მთლიანად იღვრება; სანაყოფე სითხესთან ერთად, წესისამებრ, გამოვარდება ხელი ან ჭიპლარის მარყუჟიც. სანაყოფე სითხის დაღვრის შემდეგ საშვილოსნო იკუმშება, ნაყოფს შემოესალტება და ბოჭავს. საშვილოსნოს ძლიერი შეკუმშვის გამო ჭიპლარი შესაძლოა მიიჭყლიტოს, დაირღვეს პლაცენტური სისხლის მიმოქცევა და განვითარდეს ნაყოფის ასფიქსია (მოხრჩობა). გარდიგარდმო მდებარეობისას შესაძლოა განვითარდეს საშვილოსნოს გახეთქვა, ამიტომ თუ მშობიარობის დაწყებისას ნაყოფი არ მობრუნდა და არასწორი მდებარეობა შეინარჩუნა, შესაძლოა, საკეისრო კვეთა გახდეს საჭირო. ნაყოფის გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობა უპირატესად მრავალმშობიარე ქალებში გვხვდება, ამიტომ მათი თავიდან აცილების უმთავრესი გზა წინამორბედ მშობიარობათა და ლოგინობის ხანის სწორად წარმართვაა. ინფექციით გართულებული, ხანგრძლივი და მძიმე მშობიარობა იწვევს საშვილოსნოს მუსკულატურის მნიშვნელოვანი ნაწილის გადაგვარებას და მუცლის მოდუნებას. ამ შემთხვევაში აუცილებელია მუცლის კედლების გამაგრება, რისთვისაც საჭიროა ნორმირებული ფიზიკური ვარჯიში, ორსულობის მეორე ნახევარში და მშობიარობის შემდეგ – კარგად მორგებული სპეციალური ბანდაჟის ტარება.

მშობიარობა პათოლოგიურია გახანგრძლივებული მიმდინარეობის (რაზეც მიუთითებს საშვილოსნოს ყელის გახსნა) ან ნაყოფის ჰიპოქსიის დროს. გარდა ამისა მშობიარობა პათოლოგიურად ითვლება ნაყოფის არასწორი წინმდებარეობის, საშვილოსნოზე ნაწიბურის არსებობის ან მშობიარობის აღძვრის დროსაც. შობიარობის მიმდინარეობაზე გავლენას ახდენს შემდეგი ფაქტორები: 1). სამშობიარო მოქმედება, ანუ შეტევების ეფექტურობა: 2). ნაყოფი, მისი მასა, წინმდებარეობა, სახე: 3). სამშობიარო გზების (საშვილოსნოს ყელის, მენჯის ძვლების) მდგომარეობა: თუკი ამ ფაქტორებიდან ერთ-ერთი ნორმის ფარგლებს სცილდება, შესაძლებელია მშობიარობის გახანგრძლივება.

სამშობიარო მოქმედების სისუსტე მშობიარობის გახანგრძლივებული მიმდინარეობის ყველაზე ხშირი მიზეზია. სამშობიარო მოქმედების სისუსტე ახალგაზრდა და ხანდაზმულ პირველ მშობიარეებში, სამშობიარო მოქმედების სისუსტის განვითარებას განაპირობებს საშვილოსნოს გადაჭიმვა (მრავალნაყოფიანი ორსულობის დროს), კლინიკურად ვიწრო მენჯი და ნაყოფის თავის არასწორი ჩადგმა. წარსულში გამოყოფდნენ სამშობიარო მოქმედების ანომალიის ჰიპო და ჰიპერტონულ ფორმებს, თუმცა კლინიკურ პრაქტიკაში უპირატესი მნიშვნელობა ამ უკანასკნელს აქვს. სამშობიარო მოქმედების ანომალიის ჰიპოტონული ფორმის დროს შეტევები სუსტი და იშვიათია, შეტევებს შორის საშვილოსნოს ტონუსი ნორმალურია, მისი მკურნალობისათვის მიმართავენ ამნიოტომიას, ხოლო არაეფექტურობის შემთხვევაში იყენებენ ოქსიტოცინის ინტრავენუზ ინფუზიას. სამშობიარო მოქმედების ანომალიის ჰიპერტონული ფორმის დროს შეტევები არარეგულარულია, შეტევებს შორის შუალედში საშვილოსნო მთლიანად არ დუნდება. ასეთ შემთხვევაში საშვილოსნოს სისხლის მიმოქცევა შეტევებს შორის არ ნორმალიზირდება და იზრდება ნაყოფის ჰიპოქსიის რისკიც, ადრე მიაჩნდათ, რომ ასეთ შემთხვევაში ოქსიტოცინის გამოყენება სიტუაციას ამძიმებს, ამჟამად ცნობილია, რომ ეპიდურული ანესთეზია ოქსიტოცინის ინფუზიის ფონზე საშვილოსნოს შეკუმშვებს უფრო კოორდინირებულსა და ეფექტურს ხდის. თუ არსებობს ეჭვი ნაყოფის ჰიპოქსიაზე, სამშობიარო სისუსტის ოქსიტოცინით მკურნალობა უკუჩვენება.

პირველმშობიარეებში განმეორებით მშობიარეებთან შედარებით, საშვილოსნოს გახევა ნაკლებად შესაძლებელია. ამიტომ განმეორებითი მშობიარეობისას სამშობიარო მოქმედების ოქსიტოცინით სტიმულაცია ხდება მხოლოდ ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ. თუ განმეორებითი მშობიარეობის შემთხვევაში საკეისრო კვეთა დროულად არ ჩატარდა საშვილოსნოს გახევის მიზეზი შეიძლება გახდეს არა მარტო ოქსიტოცინის გამოყენება, არამედ ნაყოფის წინამდებარე ნაწილის წინმსვლელობის შეფერხებაც.

სამშობიარო მოქმედების სტიმულაციისათვის ოქსიტოცინის გამოყენება რეკომენდირებულია მხოლოდ გაუტკივარების შემდეგ. აუცილებელია ნაყოფის გულისცემის სიხშირის ელექტრონული მონიტორინგი, ვინაიდან ოქსიტოცინი ზრდის შეტევების სიხშირესა და ძალას და ამცირებს ნაყოფის ჟანგბადით მომარაგებას. ამ პროცესს მშობიარეობის სტიმულაცია ეწოდება. შემდეგ ოქსიტოცინის შეყვანის სიჩქარეს ზრდიან მანამდე სანამ 10 წუთის განმავლობაში არ განვითარდება 4-5 შეტევა. ორი საათის შემდეგ საშვილოსნოს ყელის მდგომარეობის შესაფასებლად ატარებენ საშოსმხრივ გასინჯვას. ყელის გახსნისა და დამოკლების გარდა ადგენენ სამშობიარო სიმსივნის არსებობასაც, სამშობიარო სიმსივნე საკმაოდ ხშირია დაწარმოადგენს ნაყოფის წინამდებარე ნაწილზე შეშუპებას, დიდი ზომის სამშობიარო სიმსივნე აფერხებს ნაყოფის წინმსვლელობას. მიუხედავად კარგი სამშობიარო მოქმედებისა, თუ სამეანო სიტუაცია უცვლელია, პირველ რიგში უნდა ვიფიქროთ კლინიკურად ვიწრო მენჯის ჩამოყალიბებაზე. ასეთ შემთხვევაში ნაჩვენებია საკეისრო კვეთა ან დაკვირვება შემდგომი 2 საათის განმავლობაში. დაკვირვების გაგრძელების აუცილებელი პირობაა ნაყოფის გულისცემის ნორმალური სიხშირე.

საშვილოსნოსშიდა ჰიპოქსია -(დისტრესი) მშობიარეობის ისეთი მდგომარეობაა, რომელსაც შეუძლია ნაყოფის დაღუპვა ან მასში მდგრადი პათოლოგიის განვითარება. საშვილოსნოსშიდა ჰიპოქსიის დროს უნდა მივიღოთ სასწრაფო ზომები:

- მშობიარის მარცხენა გვერდზე მდებარეობა;
- ოქსიტოცინის შეყვანის შეწყვეტა;
- ოქსიგენოთერაპია;
- ინტრავენური ინფუზიის დაწყება.

მშობიარობაში საშვილოსნოსშიდა ჰიპოქსიის დიაგნოზი ეფუძვნება კტგ-ზე პათოლოგიურ ცვლილებებს, ჰიპლარის გამოვარდნის გამოსარიცხად და სრული გახსნის სწრაფად მისაღწევად საჭიროა საშოსმხრივი გამოკვლევის ჩატარება.

ჰიპლარის მარყუჟის გამოვარდნა მშობიარეობისას იშვიათი, მაგრამ სერიოზული გართულებაა. მისი მიზეზი სხვადასხვაა: არათანაბრად დავიწროებული მენჯი, მრავალწყლიანობა, მრავალნაყოფიანობა. ნაადრევი მშობიარეობა, ზედმეტად გრძელი ჰიპლარი, ნაყოფის გარდიგარდმო მდებარეობა.

ერთმანეთისაგან განასხვავებენ ჰიპლარის წინმდებარეობას და გამოვარდნას. ჰიპლარი წინმდებარეა, როდესაც იგი მთლიანი სანაყოფე გარსებით, ნაყოფის წინამდებარე დიდი ნაწილის ქვემოთ ისინჯება. ჰიპლარი გამოვარდნილია, როდესაც სანაყოფე სითხის დაღვრის შემდეგ იგი საშვილოსნოს ყელში, საშოში ან შეიძლება სასქესო ნაპრალის გარეთაც კი მდებარეობდეს. გამოვარდნილ ჰიპლარზე შეიძლება ნაყოფის თავით ზეწოლა მოხდეს. რაც ნაყოფის ასფიქსიას და სიკვდილს იწვევს. ნაყოფის მენჯით წინმდებარეობისას ჰიპლარის გამოვარდნა ნაკლებად საშიშია.



Prolapsed Cord

- Segment of cord protrudes through birth canal before childbirth
- Cord will be compressed as infant moves through canal, cutting off blood flow



გამოვარდნილი ჭიპლარის დროს მშობიარობა თავისებურია. თუ საშოსმხრივი გამოკვლევით სანაყოფე სითხის დაღვრამდე ჭიპლარის წინმდებარეობა აღინიშნება, მშობიარეს აწვევენ ამალღებული მენჯით და ნაყოფის გულისცემას მუდმივად აკონტროლებენ. თუ ჭიპლარის გამოვარდნა სანაყოფე სითხის დაღვრის შემდეგ აღინიშნება, მისი თითებით გასწორება დაუშვებელია. სასწრაფო საშოსმხრივი ოპერაციების განუხორციელებლობის შემთხვევაში, ნაყოფის გადარჩენის მიზნით, ახორციელებენ საკეისრო კვეთას. ხოლო საშოსმხრივი ოპერაციების შესაძლებლობების შემთხვევაში ახორციელებენ მამების სასწრაფოდ დადებას.

თავის გაშლითი წინმდებარეობებს მიეკუთვნება : თხემით, შუბლით და სახით წინმდებარეობა. მათი განვითარების მიზეზებია;

- საშვილოსნოს დაქვეითებული ტონუსი და დისკოორდინირებული შეკუმშვა.
- ვიწრო მენჯი (განსაკუთრებით ბრტყელი);
- მენჯის ფუძის კუნთების დაქვეითებული ტონუსი;
- ნაყოფის მცირე ან ზედმეტად დიდი ზომები;
- მოდუნებული მუცლის პრესი;
- საშვილოსნოს და იშვიათად ნაყოფის თავის გვერდზე გადახრა;
- ნაყოფის ფარისებრი ჯირკვლის თანდაყოლილი სიმსივნე;
- ატლანტ-კეფის სახსრის შეზღუდული მოძრაობა.

თხემით წინმდებარეობის განსაზღვრა ხდება საშოსმხრივი გამოკვლევით, ერთდროულად ისინჯება ნაყოფის თავის მცირე და დიდი ყიფლიბანდები, რომლებიც ერთ ღონეზე

მდებარეობენ ან მცირე ყიფლიბანდი დიდთან შედარებით ოდნავ ზემოთაა. თავის ისრისებური ნაკერი მენჯის შესავლის განივ ან ზოგჯერ ოდნავ ირიბ ზომაშია. წინმდებარეობის სახე განისაზღვრება ნაყოფის ზურგის (წინა, უკანა) მუცლის წინა კედელთან დამოკიდებულების მიხედვით.

მშობიარობის მექანიზმი თხემით წინმდებარეობის დროს:

- I. მომენტი ნაყოფის თავი ჩვეულებრივი მოხრის ნაცვლად ოდნავ იშლება.
- II. მომენტში ხდება მენჯის ღრუში ნაყოფის თავის ჩადგმა და შინაგანი ბრუნვა, ამ დროს დიდი ყიფლიბანდი წინა მიმართული, ისრისებური ნაკერი მენჯის გამოსავლის პირდაპირ ზომაშია, შუბლი სიმფიზისკენაა მიმართული, კეფა კი გავისკენ.
- III. მომენტია თავის მოხრა, სასქესო ნაპრალიდან თავის გამოჭრისას პირველად მოსჩანს დიდი ყიფლიბანდის მიდამო და თხემის ძვლის ახლომდებარე ნაწილები. ბოქვენის რკალიდან ნაყოფის შუბლის და შუბლის ბორცვის გამოსვლისას ნაყოფის თავი ბოქვენის რკალის ქვედა ნაწილზე ცხვირის ფუძის ზემო ნაწილით ფიქსირდება და მოიხრება, სასქესო ნაპრალიდან იბადება თხემის ძვლის ბორცვები, შემდეგ ნაყოფის თავი გაიშლება.
- IV. მომენტი, კეფით ფიქსირდება შორისის მიდამო და ბოქვენიდან თავისუფლდება ნაყოფის სახე და ნიკაპი.
- V. ეტაპია ნაყოფის მხრების შინაგანი და თავის გარეგანი ბრუნვა, ნაყოფის ტანი იბადება ისევე როგორც კეფით წინმდებარეობის დროს. თხემით წინმდებარეობის დროს საორიენტაციო წერტილია დიდი ყიფლიბანდი. თავის გამოჭრისას წარმოიქმნება ორი საფიქსაციო წერტილი- ცხვირის ძგიდე და კეფის ბორცვი. ნაყოფის თავი ვულვიდან პირდაპირი ზომის შესაბამისი გარშემოწერილობით გამოიჭრება.

მშობიარობის მიმდინარეობა თავისებურია: მშობიარობის II პერიოდი გახანგრძლივებულია, რაც ნაყოფის ჰიპოქსიისა და ტრავმების საშიშროებას ქმნის, გარდა ამისა ნაყოფის თავის პირდაპირი ზომის შესაბამისი გარშემოწერილობით გამოჭრა ხშირად იწვევს შორისის ზედმეტად გაჭიმვას და ტრავმას.

ნაყოფის შუბლით წინმდებარეობისას ნაყოფის თავი გაშლილია იმაზე ნაკლები ხარისხით ვიდრე პირისახით წინმდებარეობისას, შუბლით წინმდებარეობა წარმოადგენს გარდამავალს თხემსა და პირისახით წინმდებარეობას შორის, ეს არასწორი წინმდებარეობის ყველაზე იშვიათი სახეობაა. შუბლით წინმდებარეობის მიზეზებია;

- ანატომიურადდა კლინიკურად ვიწრო მენჯი.
- საშვილოსნოსა და მუცლის პრესის დაქვეითებული ტონუსი.
- საშვილოსნოს გვერდით გადახრა
- ნაყოფის მცირე ზომები.
- მოკლე ჭიპლარი.

თუმცა ზოგჯერ ის კეფით წინმდებარეობის უკანა სახის დროს თავის მეტისმეტი გაშლის შედეგად ყალიბდება. თავი მენჯის შესავალში დიდი ირიბი ზომით იდგმება (13,5 სმ) რაც შეუთავსებელია ბუნებრივი სამშობიარო გზებით მშობიარობასთან. შუბლით წინმდებარეობის დიაგნოზი დგინდება საშოსმხრივი გასინჯვისას დიდი ყიფლიბანდის, წარბზედა რკალებისა და ცხვირის პალპაციით.

ნაყოფის შუბლით წინმდებარეობის დროს, შემდეგი მომენტისაგან შედგება:

I მომენტი, ნაყოფის თავი მენჯის შესავლის სიბრტყეში, გაშლა და შუბლის ნაკერით განივ ან ოდნავ ირიბ ზომაში ჩადგმა. მენჯის ღრუში ჩაშვებისას ნაყოფის თავი გამოსავალში ბრუნდება.

II მომენტი სახით წინ და კეფით უკან (უკანა სახე) ნაყოფის თავის სასქესო ნაპრალიდან გამოჭრისას მოჩანს შუბლი, ცხვირის ძგიდე, საფეთქველი. მოგვიანებით წარმოიქმნება ორი საფიქსაციო წერტილი, თავდაპირველად ნაყოფის თავი ბოქვენის რკალის ქვეშ ფიქსირდება ზედა ყბის მიდამოთი, ოდნავ იხრება სასქესო ნაპრალიდან იზადება კეფა.

III მომენტი. ამის შემდეგ წარმოიქმნება მეორე საფიქსაციო წერტილი: კეფის მიდამო ფიქსირდება შორისის ზემოთ, თავი ოდნავ იშლება და ბოქვენის რკალის ქვემოდან იზადება ნაყოფის სახის ქვედა ნაწილი და ნიკაპი.

IV მომენტი. ნაყოფის მხრების შინაგანი ბრუნვა

V მომენტი თავის გარეგანი ბრუნვა, ნაყოფის კეფით წინმდებარეობის მსგავსად ვითარდება.

ნაყოფის შუბლით წინმდებარეობის საორიენტაციო წერტილი შუბლის ძვალია, თავის გამოჭრისას წარმოიქმნება ორი საფიქსაციო წერტილი: ზედა ყბა და კეფის ბორცვი. სასქესო ნაპრალიდან ნაყოფის თავი გამოიჭრება ზედა ყბისა და თხემის ბორცვებზე გამავალი ხაზის გარშემოწერილობით, ნაყოფის სამშობიარო სიმსივნე შუბლის არეში ვითარდება.

ნაყოფის შუბლით წინმდებარეობისას მშობიარობის მიმდინარეობა ხანგრძლივია და ძალიან ხშირად აღინიშნება დედისა (შარდსასქესო ხვრელი, შორისის, საშვილოს გახევა). და ნაყოფის (ქალაშიდა ტრავმა) ტრავმები.

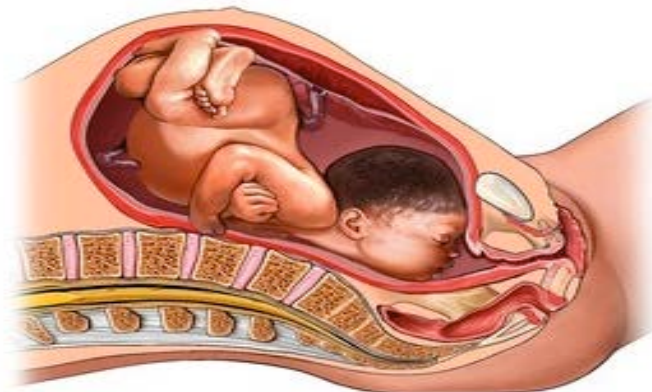
შუბლით წინმდებარეობის შენარჩუნებისას, ტრავმების აცილების მიზნით საჭიროა საკეისრო კვეთა.

სახით წინმდებარეობა ნაყოფის თავის მაქსიმალური გაშლის შედეგად ყალიბდება, ხშირად თავის გაშლის მიზეზებია:

- ვიწრო მენჯი (ძირითადად ბრტყელი).
- საშვილოსნოს მარჯვენა და მარცხენა ნაწილების ასიმეტრიული შეკუმშვა.
- საშვილოსნოს დაქვეითებული ტონუსი

სახითწინმდებარეობა ყალიბდება ნაყოფის ფარისებრი ჯირკვლის სიმსივნის შედეგადაც .

საფიქსაციო წერტილს წარმოადგენს ნიკაპი. ნაყოფის შუბლით წინმდებარეობისას ნაყოფის პოზიციას საზღვრავენ ნიკაპით. ამიტომ, მიზანშეწონილია შემდეგი ნიშნებით ხელმძღვანელობა: თუ ნიკაპი წინ არის მიმართული, მას სახით წინმდებარეობის წინა სახე ეწოდება, ხოლო თუ ნიკაპი უკანაა მიმართული სახით წინმდებარეობის უკანა სახე ეწოდება



მშობიარობის მექანიზმი სახით წინამდებარეობისას შემდგომში მდგომარეობს:

I მომენტი - მშობიარობის II პერიოდში ნაყოფის თავი მენჯის შესავალში გაიშლება სახის ხაზით, (რომელიც შუბლის ნაკერიდან ხვირის ზურგზე და ნიკაპზე გაივლის) მენჯის შესავლის განივ ან ოდნავ ირიბ ზომაში დგას.

II მომენტი- ნაყოფის თავი მენჯის ღრუში ჩაშვებისას ასრულებს შინაგან ბრუნვას და ნიკაპით წინ მხოლოდ მენჯის გამოსვალში ბრუნდება.

III მომენტი- სასქესო ნაპრალიდან ნაყოფის თავის გამოჭრისას, პირველად მოჩანს ნაყოფის შემუშპებული პირი მოლურჯო მსხვილი ტუჩებით. ბოქვენის ქვეშ ფიქსირდება ენისქვეშა ძვლის მიდამო და შორისის ძლიერი გაჭიმვის შედეგად გამოიჭრება ნაყოფის შუბლი, თხემი და კეფა.

IV მომენტი- ნაყოფის თავი მოიხრება, გამოიჭრება ვერტიკალური ზომის (თხემის ძვლის მწვერვლიდან ენისქვეშა ძვლამდე) შესაბამისი გარშემოწერილობით. ნაყოფის მხრების შინაგანი ბრუნვა და თავის გარეგანი ბრუნვა ისევე ვითარდება, როგორც კეფით წინმდებარეობისას.

V მომენტი- აღინშნება ნაყოფის ყელის, ცხვირის, ტუჩების ძლიერი შემუშპება, ზოგჯერ სისხლჩაქცევებიც.

ნაყოფის სახით წინმდებარეობის დიაგნოსტიკა დამყარებულია პალპაციის, აუსკულტაციისა და საშოსმხრივი გამოკვლევის მონაცემებზე. ორსულის გარეგანი გამოკვლევისას, მენჯის შესავალთან ისინჯება ნიკაპის წვეტი და ზურგსა და კეფას შორის არსებული ფოსო. ნაყოფის გულისცემას ისმენენ არა ნაყოფის ზურგის არამედ ნაყოფის გულმკერდის მხრიდან.

ნაყოფის სახის ძლიერი შემუშპების დროს რთულია ნაყოფის მენჯითა და სახით წინმდებარეობებს შორის დიფერენცირება, რაც მცდარ დიაგნოსტიკის საშიშროებას ქმნის. დიფერენცირებული დიაგნოსტიკა, ძირითადად დამყარებულია ძვლოვანი წარმონაქმნების განსაზღვრაზე, ნაყოფის სახით წინმდებარეობის დროს, ისინჯება ნიკაპი, წარბზედა რკალი, თვალბუდის ზედა კიდე. ხოლო ნაყოფის მენჯით წინმდებარეობისას გავისა და კუდუსუნის ძვლები, საჯდომი ბორცვები. გამოკვლევის დროს საჭიროა სიფრთხილე, რათა არ დაზიანდეს თვალის კაკალი, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი, გარეთა სასქესო ორგანოები. გამოკვლევისას ნაყოფის პირის ღრუში თითის მოხვედრა ნაყოფის ნაადრევ სუნთქვას და სუნთქვითი ფუნქციის დარღვევას იწვევს.

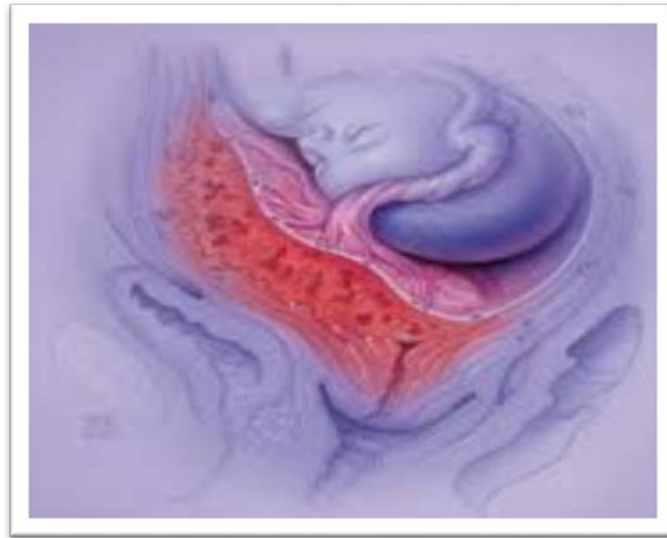
მშობიარობა ნაყოფის სახით წინმდებარეობისას თავისებურად მიმდინარეობს, მშობიარობის ხანგრძლივობა 1,5-ჯერ მეტია, ხოლო სასაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრის შემთხვევა 2-ჯერ იზრდება, ვიდრე კეფით წინმდებარეობის დროს. ამის გამო მნიშვნელოვნად იზრდება სამშობიარო ტრავმების, ნაყოფის ჰიპოქსიის და მკვდრადშობადობის შემთხვევები.

სამეანო სისხლდენა

სამეანო სისხლდენა ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი და სერიოზული გართულებაა. ორსულობისა და მშობიარობის დროს სისხლდენის გამომწვევი მიზეზებია: ნორმალურდ მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლა, პლაცენტის წინმდებარეობა, საშვილოსნოს გახევა, საშვილოსნოს ყელის, საშოსა და ვულვის ტრავმული დაზიანება.

მომყოლისა და მშობიარობის შემდგომ ადრეულ პერიოდში სისხლდენის განვითარების მიზეზებია: პლაცენტის მოცილებისა და გამოძევების პროცესის დარღვევა, საშვილოსნოს

ჰიპოტონია-ატონია. საშვილოსნოსა და რბილი სამშობიარო გზების ტრავმული დაზიანება, ჰემოსტაზის სისტემის თანდაყოლილი ან შეძენილი დარღვევები.



პლაცენტის წინმდებარეობის დროს პლაცენტა საშვილოსნოს ქვემო სეგმენტში მდებარეობს და მთლიანად ან ნაწილობრივ გადადის საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირზე. განასხვავებენ სრულ (ცენტრალურ) და და არასრულ (გვერდით,კიდით) წინამდებარეობას, პლაცენტის წინამდებარეობის გარდა განასხვავებენ, აგრეთვე მის დაბალ მიმდებარებას, რომლის დროსაც პლაცენტის ქვედა კიდე შიგნითა პირიდან 3 სმ. მანძილზე მდებარეობს.

პლაცენტის წინმდებარეობის წამყვან კლინიკურ სიმპტომს ორსულობის სამივე ტრიმესტრში სისხლდენა წარმოადგენს. ორსულობის დასასრულისა და მშობიარობის დროს მისი მიზეზი საშვილოსნოს ქვემო სეგმენტის ფორმირება და ამასთან დაკავშირებით საშვილოსნოს კედლიდან პლაცენტის აშრევაა. ნაკლებად ელასტიურ პლაცენტის ქსოვილს უნარი არ შესწევს მიჰყვეს საშვილოსნოს კედელს, რის გამოც ხდება მისი აშრევა, ირღვევა ხაოთაშორისო სივრცეები და იწყება სისხლდენა. მოცემული პათოლოგიის ობიექტური და უსაფრთხო დიაგნოზი ულტრაბგერული გამოკვლევით არის შესაძლებელი. პლაცენტის წინამდებარეობაზე ექვის დროს ვაგინალური გამოკვლევა ნებადართულია მხოლოდ სტაციონარში გაშლილი საოპერაციოსა და ოპერაციის ჩატარებისათვის მზადყოფნის პირობებში. საშოსმხრივი გასინჯვის წარმოება ამბულატორიის ან სახლის პირობებში უხეში შეცდომაა, რადგან მან შეიძლება გამოიწვიოს სისხლდენის გაძლიერება.

მოცემული პათოლოგიის მართვა პირველ რიგში დამოკიდებულია სისხლდენის სიმძლიერეზე, ავადყოფის სისხლნაკლებობის ხარისხზე, მის ზოგად მდგომარეობაზე, პლაცენტის წინმდებარეობის სახეზე, ორსულობის ვადასა და ნაყოფის მდგომარეობაზე. ორსულობის ადრეულ ვადაზე განვითარებული უმნიშვნელო სისხლდენასა და პაციენტის დამაკმაყოფილებელი ზოგადი მდგომარეობის დროს ორსულს ენიშნება მკაცრი წოლითი რეჟიმი და ტოკოლიზური და სპაზმოლიზური საშუალებები.

ნორმალურდ მიმდებარებული პლაცენტის ნაადრევი აცლა ნიშნავს საშვილოსნოს კედლიდან მის მოცილებას ნაყოფის დაბადებამდე. ნაადრევი აცლის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს საშვილოსნო-პლაცენტალური სისხლის მიმოქცევის ქრონიკული მოშლა: დეციდუარული გარსის ბაზალური ნაწილის არტერიოლებისა და კაპილარების სპაზმი, სისხლის სიბლანრის მომატება, ერითროციტების სტაზი, მათი აგრეგაცია, პლაცენტაში სისხლის

მიკროცირკულაციის მოშლა იწვევს სისხლძარღვოვანი კედლის ელასტიურობის დაქვეითებას და მისი გამავლობის ზრდას, რაც ხელს უწყობს არტერიოლებისა და კაპილარების მთლიანობის დარღვევას და მიკროჰემატომების განვითარებას, ეს მიკროჰემატომები თანდათანობით ერთიანდება, არღვევს დეციდური გარსის ბაზალურ მემბრანას, ვრცელდება ხაოთაშორის სივრცეებზე და ქმნის რეტროპლაცენტურ ჰემატომას.

ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლის წამყვანი სიმპტომია სისხლდება და ტკივილი. სისხლდენა შეიძლება იყოს შინაგანი, გარეგანი ან კომბინირებული. ტკივილი თავდაპირველად პროვოცირდება იმ ადგილზე სადაც პლაცენტაა მიმაგრებული, შემდეგ კი მთელ საშვილოსნოზე ვრცელდება. საშვილოსნო ჰიპერტონუსის მდგომარეობაში იმყოფება, პალპაციისას მტკივნეულია, ზომებში გაზრდილია, ზოგჯერ ასიმეტრიულია, სწრაფად ვითარდება ჰემორაჟიული შოკის სურათი და ნაყოფის საშვილოსნოსშიგა ჰიპოქსიის სიმპტომები. იმისათვის, რომ თავიდან ავიცილოთ ზემოთ აღნიშნული გართულება საჭიროა სასწრაფო საკეისრო კვეთა.

მშობიარობის შემდგომი პერიოდის სისხლდენა იყოფა პირველად და მეორად სისხლდენად, პირველადია სისხლდენა, რომელიც ვითარდება მშობიარობიდან 24 საათის განმავლობაში. იმისათვის, რომ მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის დროული გამოვლენა მოხდეს, ყოველ 15 წუთში უნდა განვახორციელოთ საშვილოსნოს გარეგანი მასაჟი 2 საათის განმავლობაში, ხოლო 2 საათის გასვლის შემდეგ ყოველ 4 საათში ერთხელ ვაწარმოებთ საშვილოსნოს გარეგან მასაჟს. სისხლდენად მიიჩნევა 500მლ-ზე მეტი სისხლის დანაკარგი. სისხლის დანაკარგის ზუსტად შეფასება რთულია ამიტომ განურჩევლად დაკარგული სისხლის მოცულობისა, ყურადღება უნდა მივაქციოთ ჰემორაგიულ შოკის სიმპტომების გაჩენას.

სისხლის დანაკარგის შეფასება და კლასიფიცირება

შოკის ხარისხი	I კლასი კომპენსირებული	II კლასი მსუბუქი	III კლასი საშუალო	IV კლასი მძიმე
სისხლის დანაკარგი პროცენტულად %	10-15%	15-30%	30-40%	> 40%
	500-1000 მლ,	1000-1500 მლ.	1500-2000 მლ.	> 2000 მლ.
პულსი (დარტყმა/წთ)	< 120	>120	>120	სუსტი ძნელად ისინჯება
სისტოლური არტერიული წნევა (მმ.ვრცხ.სვ.)	100/60 მმ. ვრცხ. სვ	<100/60 მაგრამ >80/ 40 მმ. ვრცხ. სვ.	<60/0 ვრცხ.სვ.	მმ. არ ისინჯება
საშუალო არტერიული	80-90	80-90	50-70	50

წნევა

(მმ.ვრცხ.სვ.)

ქსოვილების პერფუზია	ნათელი გონება, შესაძლოპოსტურალ ური ჰიპოტენზია	სისუსტე, წყურვილის გრძნობა პერიფერიული ვაზოკონსტრუქ ცია	სიფერმკრთა ლე, მოუსვენრობა, ოლიგურია, ჰაერის უკმარისობა, კომა.	კოლაფსი, ანურია, ჰაერის უკმარისო ბა, კომა, მომაკვდავ ი.
------------------------	---	--	--	---

მეორადია სისხლდენა, რომელიც ჩნდება მშობიარობის შემდეგ 24 საათიდან 12 კვირამდე პერიოდში.

მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის რისკფაქტორებს წარმოადგენს:

- მრავალწყლიანობა;
- მრავალნაყოფიანი ორსულობა;
- დიდი ნაყოფი;
- მკვდარი ნაყოფი;
- სწრაფი მშობიარობა;
- გახანგრძლივებული მშობიარობა;
- მრავალნამშობიარებელი ქალი;
- საშვილოსნოს განვითარების ანომალიები;
- პლაცენტის წინმდებარეობა;
- ნაადრევი მშობიარობა;
- პრეეკლამფსია/ეკლამფსია;

მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა შეიძლება გამოწვეული იყოს საშვილოსნოს ატონიით ან სამშობიარო გზების ტრავმით. ატონური სისხლდენა უფრო ხშირად ვითარდება მრავალნაყოფიანი ორსულობის, მრავალწყლიანობის ან დიდი ნაყოფის შემთხვევაში, საშვილოსნოს მეტისმეტი გადაჭიმვის გამო. ტრავმული სისხლდენა ვიტარდება რბილი სამშობიარო გზების დაზიანების შედეგად. ატონური სისხლდენის დროს საშვილოსნოს შეკუმშვის სტიმულაციისათვის ტარდება მისი გარეგანი მასაჟი.



მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის პრევენცია:

მშობიარობის მესამე პერიოდის აქტიური მართვა;

- მშობიარობიდან პირველ 1 წუთში 10 ერთ. ოქსიტოცინის შეყვანა კუნთებში ინექცია;
- ჭიპლარის გადაკვეთა მშობიარობიდან 1 წუთის შემდეგ.
- ჭიპლარის კონტროლირებადი ტრაქცია საშვილოსნოს შეკუმშვის შემდეგ.
- საშვილოსნოს გარეგანი მასაჟი.

მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის აღმოფხვრისათვის დიდი როლი ენიჭება გუნდური მუშაობის პრინციპს. მობილიზებულია: მეანი, ბებია-ქალი, ანესთეზიოლოგი, ტრანსფუზიოლოგი, ლაბორანტი და ექთნის თანაშემწე. კუნთში შეყავთ საშვილოსნოს შესაკუმში. აუცილებელია პერიფერიული ვენის კათეტერიზაცია, ორივე იდაყვის ვენაში დგავენ (14G-18G) კათეტრს. მიმდინარეობს ინფუზიური თერაპია, იგი მოიცავს: 1000 მლ (კრისპალოიდები), 500 მლ. ნატრიუმის ქლორიდის იზოტონური ხსნარს, რომელშიც განზავებულია ოქსიტოცინის 10 ერთეული, ინფუზია მიმდინარეობს წუთში 20 წვეთის სიჩქარით. იმ შემთხვევაში, როდესაც სისხლდენა განპირობებულია საშვილოსნოს ატონიით, ჩამოთვლილი ღონისძიებები სისხლდენის შეჩერების საშუალებას იძლევა. თუ სისხლდენა გრძელდება, აუცილებელია გამოირიცხოს რბილი სამშობიარო გზების დაზიანება. გართულების პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა მკურნალობის მეორე ეტაპზე გადასვლა, რაც გულისხმობს შემდეგ ღონისძიებებს: დამატებით ინტრავენურად შეყავთ საშვილოსნოს შესაკუმში. განმეორებით ატარებენ საშვილოსნოს ფუძის მასაჟს. ქალს ათავსებენ გინეკოლოგიურ მდგომარეობაში და ანესთეზიის შემდეგ ათვალიერებენ საშოს და საშვილოსნოს ყელს. ჩახვევის აღმოჩენის შემთხვევაში ხდება მისი აღდგენა.

მძიმე სისხლდენის დროს მკურნალობა მდგომარეობს მოცირკულირე სისხლის მოცულობის შევსებაში ცენტრალური ვენური წნევისა და დიურეზის კონტროლის პირობებში.

თუ ჩატარებული თერაპიის მიუხედავად სისხლდენის შეჩერება ვერ ხერხდება, საჭიროა: საშვილოსნოს ყელისა და საშოს სარკეებში დათვალიერება და შესაბამისი ჩვენებების შემთხვევაში ლაპარატომია. ლაპარატომიის დროს ზოგჯერ შესაძლებელია საშვილოსნოს შენარჩუნება მაგისტრალური სისხლძრღვევის ლიგირებით. თუ სისხლდენის შეჩერება შეუძლებელია, აწარმოებენ საშვილოსნოს სუპრავაგინალურ ამპუტაციას ან ექსტირპაციას.

კითხვები თვითშეფასებისთვის:



1. პრეკლამფსია/ეკლამფსიის ფორმები;
2. პირველადი დახმარება პრეკლამფსიის დროს;
3. ნაყოფის არასწორი მდებარეობის დადგენის მეთოდები;
4. პათოლოგიური მშობიარობის რისკ-ფაქტორები;
5. სამშობიარო მოქმედების ანომალიებს მიეკუთვნება;
6. მშობიარობის აღმზრის ძირითადი ჩვენებებია;
7. პლაცენტის წინდებარეობს რისკ-ფაქტორებია;
8. პლაცენტის ნაადრევი აცლის რისკ-ფაქტორებია;
9. ნაყოფის დისტრესის დამახასიათებელი ნიშნებია;
10. საშვილოსნოს ინვოლუციის შენელების მიზეზები;

თავი V. მოვლა ლოგინობის ხანაში

ფიზიოლოგიური ლოგინობის ხანა

ლოგინობის ანუ პუერპერალური ხანა იწყება მომყოლის დაბადების შემდეგ. ამ მომენტიდან ნამშობიარევე ქალს -მელოგინეს უწოდებენ. მის ორგანიზმში იწყება უკუგანვითარების პროცესი ანუ ინვოლუცია, იმ ორგანოებისა და სისტემებისა, რომლებმაც ცვლილებები განიცადეს ორსულობისა და მშობიარობის დროს.

ლოგინობის ხანა საშუალოდ შეადგენს 6-8 კვირას. ამ ხნის განმავლობაში ხორცდება მშობიარობის შემდგომი ჭრილობები, იარები, მთავრდება სასქესო ორგანოების უკუგანვითარება და მელოგინის ორგანიზმი მთლიანად ან თითქმის უბრუნდება მდგომარეობას, რომელიც მას ქონდა ორსულობამდე. გამონაკლისს წარმოადგენს სარძევე ჯირკვლები რომლის სიდიდე მაქსიმუმს აღწევს ლოგინობის პერიოდში.

ადრეული ლოგინობის ხანა

ადრეული ლოგინობის ხანა ეწოდება ლოგინობის ხანის პირველ 2 საათს.

ამ დროის განმავლობაში მელოგინე რჩება სამშობიარო ბლოკში, ხოლო ექიმი ან მეანი ექთანს აწარმოებს რეგულარულ კონტროლს საშვილოსნოს შეკუმშვაზე დაკარგულ სისხლის რაოდენობასა და მელოგინის ჰემოდინამიკურ მაჩვენებლებზე. ახალშობილის ფიზიკურ მდგომარეობიდან გამომდინარე ახალშობილი იმყოფება დედასთან ან გადაყვანილია ახალშობილთა განყოფილებაში.

მელოგინის შესაბამის პალატაში გადაყვანამდე მეანი ამოწმებს:

- დედის ზოგად მდგომარეობას, მის ჰემოდინამიკურ მაჩვენებლებს.
- საშვილოსნოს შეკუმშვის ხარისხს

სამშობიარო გზების ცვლილებები ლოგინობის ხანაში

საშვილოსნოს ყელი განიცდის ფორმირებას, თავიდან ატარებს ხელის მტევანს (რაც იძლევა საშუალებას საჭიროების დროს იქნას ნაწარმოები საშვილოსნოს ღრუს ხელით რევიზიო) რამდენიმე დღის შემდეგ საშვილოსნოს ყელი თავისუფლად ატარებს ორ თითს, პირველი კვირის ბოლოს ერთ თითს, ხოლო მეორე კვირის ბოლოს შიგნითა პირი მთლიანად იხურება. გარეთა პირი მთლიანად რჩება ღიად რაც მას დამახასიათებელ ფორმას აძლევს.

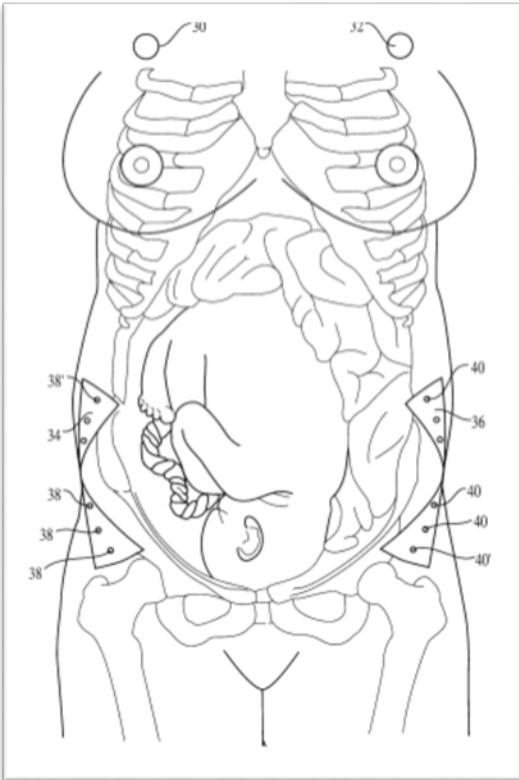
სასქესო ნაპრალი უშუალოდ მშობიარობის შემდეგ ღიაა. მასში ჩანს გაგანიერებული საშოს შემუპებული მოლურჯო მოვარდისფრო კედლები. საშოს კედლებზე შეიმჩნევა ნაჭდევი და ნახეთქები. პირველ ნამშობიარეებში კარგად არის გამოხატული გარდიგარდმო დანაოჭება.

საშვილოსნოს მდგომარეობა ლოგინობის ხანაში

საშვილოსნოს კუმშვადობის ხარისხის მონიტორინგი

მომყოლის დაბადების შემდეგ საშვილოსნოს ძლიერი შეკუმშვის შედეგად იგი საგრძნობლად მცირდება ზომაში. (1 კგ-დან აღწევს 100 გრამამდე) მას აქვს თითქმის სფეროსმაგვარი ფორმა და მკვრივი კონსისტენცია. უმტკივნეულოა. საშვილოსნოს ინვოლუციის ხარისხზე ფუძის სიმაღლის მიხედვით მსჯელობენ. ინვოლუციის პროცესის შესაფასებლად საშვილოსნოს ყოველდღიურად ზომავენ საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლეს. მშობიარობიდან ერთ დღეში საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე ჭიპის რგოლის დონეზე მდებარეობს (ბოქვენიდან 13-15 სმ სიმაღლეზე). ყოველ მომდევნო დღისათვის ის 1-1,5 სმ -ით მცირდება. მშობიარობიდან მე-2 დღეს ბოქვენიდან 12-15 სმ სიმაღლეზე იმყოფება, მე-4 დღეს 9-11 სმ, მე-6 დღეს 9-10სმ, მე 12-14 დღისათვის იგი ბოქვენის უკან გადაინაცვლებს. საშვილოსნოს მოცულობის ინტენსიური შემცირება ხდება კუნთოვანი შრის -მიომეტრიუმის ინტენსიური შეკუმშვების შედეგად რის შემდეგაც სისხლძარღვები მასში მყოფი სისხლძარღვები მკვეთრად ვიწროვდება. ხდება ზოგიერთი მათგანის სრული დახშობაც. საშვილოსნოს წინა და უკანა კედლები მჭიდროდ ეხება ერთმანეთს ღრუ წარმოადგენს ვიწრო ნაპრალს დაზიანებული ზედაპირით რომელიც ამოვსებულია სისხლის კოაგულებით, თხიერი სისხლით. საშვილოსნოს ინვოლუციას ხელს უწყობს ოქსიტოცინის გამოთავისუფლება ძუძუთი წოვების დროს. ცნობილია რომ მეძუძური ქალების საშვილოსნოს ზომები გაცილებით პატარაა ვიდრე იმ ქალებისა რომლებიც ახალშობილს ხელოვნური საკვებით კვებავენ.

ახალშობილის ხელოვნური კვების პირობებში დედის მენსტრუალური ფუნქციის აღდგენა ხდება ჩვეულებრივ მშობიარობის შემდგომი პერიოდის დასასრულს. მეძუძურ დედებში პროლაქტინის მაღალი დონე ამუხრუჭებს ჰიპოფიზის გონადოტროპულ ფუნქციას და იწვევს ფიზიოლოგიურ ლაქტაციურ ამენორეას.



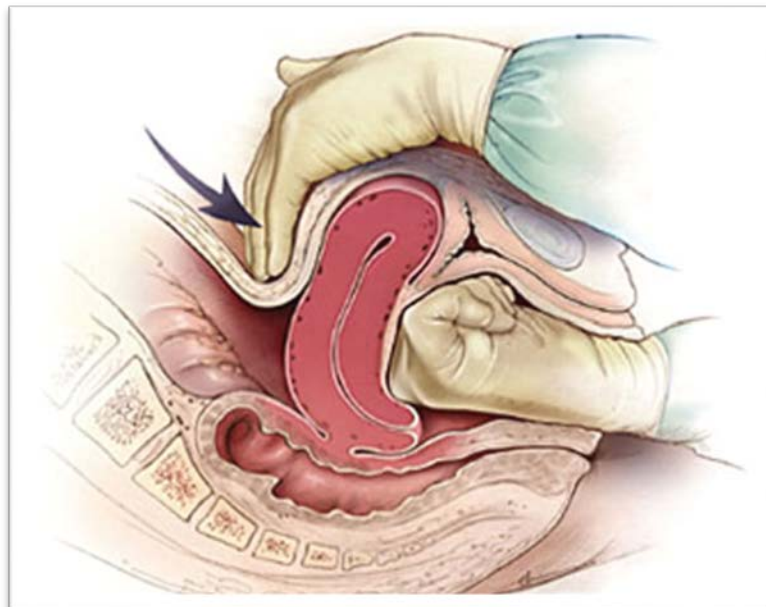
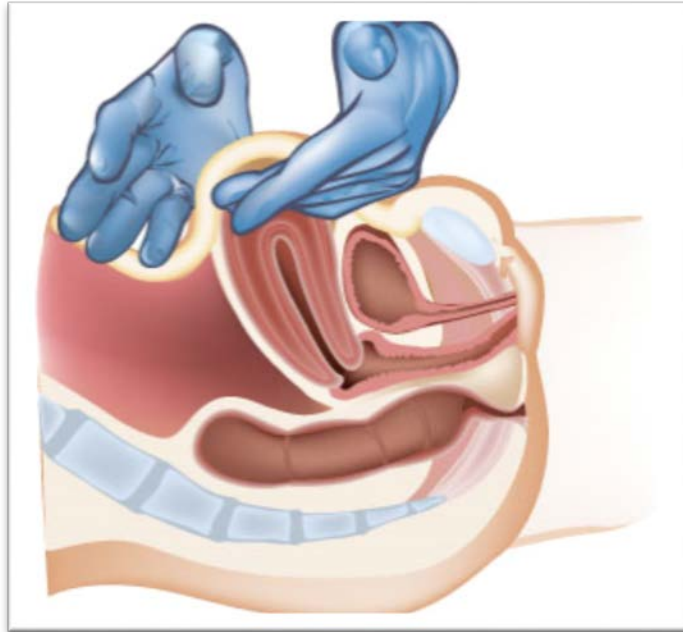
ამჟამად მეძუძურ დედათა უმრავლესობაში მენსტრუაციული ფუნქციის აღდგენა მშობიარობის შემდგომი პერიოდის დასასრულსავე ხდება. ლაქტაციის ფონზე არ არის გამორიცხული ოვულაცია და მშობიარობიდან პირველსავე თვეებში დაორსულება.

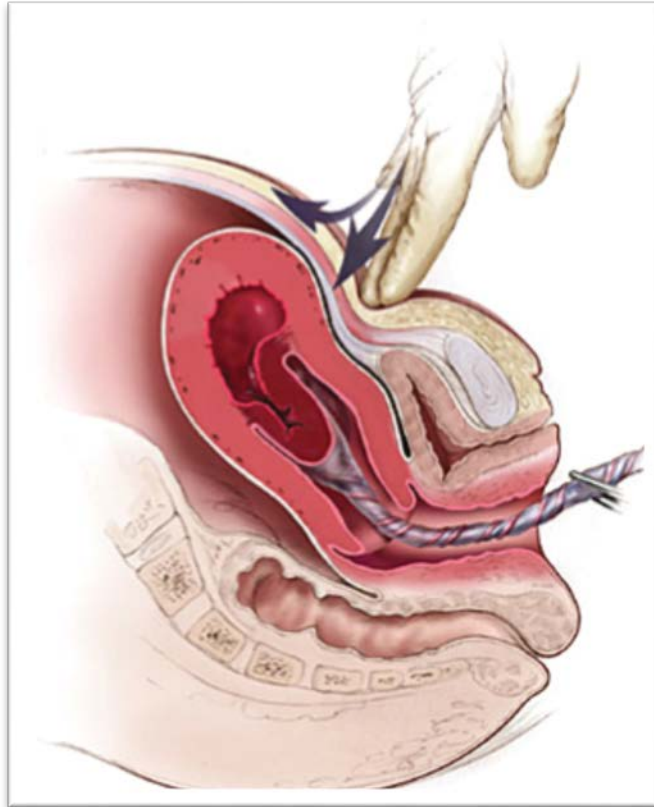
ლოგინობის ხანაში და განსაკუთრებით ადრეული ლოგინობის ხანაში დიდი მნიშვნელობა აქვს სისხლდენის პრევენციის მიზნით საშვილოსნოს მასაჟის ჩატარებას.

საშვილოსნოს მასაჟი

- მოახდინეთ საშვილოსნოს ფუძის მასაჟი - სანამ საშვილოსნო შეიკუმშება.
- განახორციელეთ შეკუმშული საშვილოსნოს პალპაცია და გაიმეორეთ ყოველ 15 წუთში ერთხელ.
- დარწმუნდით რომ საშვილოსნო არ დუნდება მასაჟის დამთავრების შემდეგ.

ყველა ზემოთ აღნიშნული მოქმედების არსი აუხსენით მშობიარეს და მის ახლობლებს. განახორციელეთ მუდმივი მეთვალყურეობა და მხარდაჭერა.





საშვილოსნოს ინვოლუციის შენელების მიზეზები

- სავსე შარდის ბუშტი
- გავსებული სწორი ნაწლავი
- საშვილოსნოს ინფიცირება
- საშვილოსნოს ღრუში მომყოლის ნაწილების ჩარჩენა
- საშვილოსნოს მიომა
- საშვილოსნოს ფართო იოგების ჰემატომა

ლოხიები

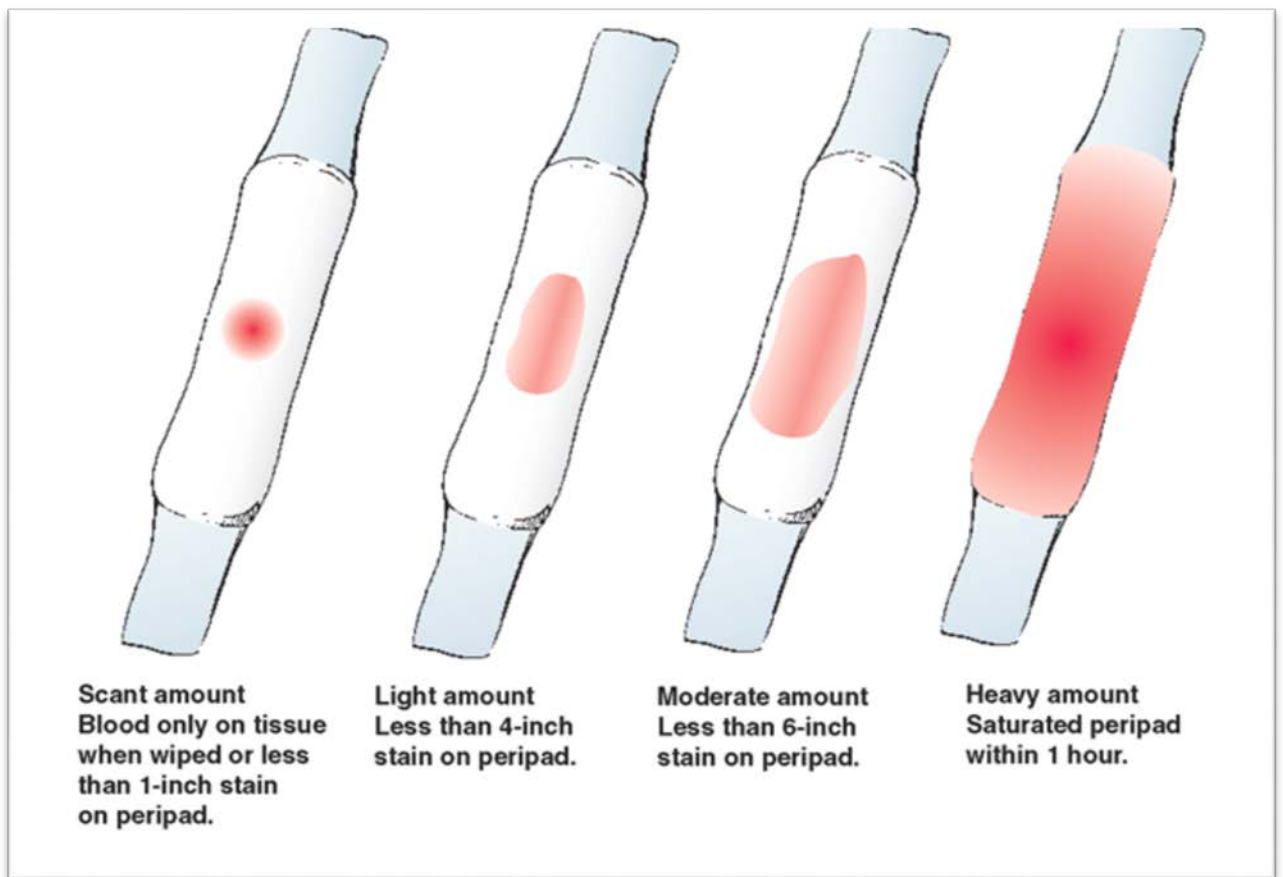
ლოხიები არის გამონადენი ქალის სამშობიარო გზებიდან რომელიც სისხლისა და მოცილებული დეციდუაიური გარსისაგან შედგება.

პირველ დღეებში ლოქიების ფერი წითელია და სისხლიანია, (lochia rubra) მესამე დღიდან იგი სისხლიან-სეროზულია (lochia rubra -serosa), ხოლო მეშვიდე-მეცხრე დღისთვის სეროზულ ხასიათს ღებულობს (lochia serosa) პირველი 8 დღის განმავლობაში ლოქიების საერთო რაოდენობა 500-1500 გრამამდეა. მათ თავისებური არასასიამოვნო სუნი აქვთ. მე-10 დღეს ლოხიები სეროზულ-ლორწოვან (lochia alba) ხასიათს ღებულობს. მათი გამოყოფა სრულიად წყდება მე-5-6 კვირისათვის

ხანგრძლივი დროით შენარჩუნებული სისხლიანი ლოხიები მიუთითებს საშვილოსნოს შენელებულ ინვოლუციაზე, რაც ინფექციურ პროცესს ან საშვილოსნოს ღრუში მომყოლის ნაწილების ჩარჩენას უკავშირდება.

ლოხიების უსიამოვნო სუნი რომელსაც ხშირად შემცივნება ცხელება და პალპაციისას საშვილოსნოს მტკივნეულობა ახლავს თან მიუთითებს ინფექციის განვითარებაზე, რომლის მკურნალობა ტარდება ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით.

მომყოლის ნაწილების საშვილოსნოში ჩარჩენა მჟღავნდება უხვი სისხლიანი გამონადენით. მის არსებობაზე ეჭვი შეიძლება გაჩნდეს პლაცენტის ქსოვილის დეფექტის აღმოჩენისას . მკურნალობა გულისხმობს ადგილობრივი ან ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ საშვილოსნოს ღრუდან მომყოლის ნაწილების მოცილებას და ანტიბიოტიკოთერაპიას.



ლოგინობის ხანის კლინიკური მიმდინარეობა

ადრეული ლოგინობის ხანაში უშუალოდ მშობიარობის შემდგომ მელოგინე თავს დადლილად გრძნობს. მას სიმშვიდე და ძილი ესაჭიროება. პირველი დღეების განმავლობაში გარეთა სასქესო ორგანოებისა და შორისის დაზიანებულ (ჩახევეები, დაჟეჟილობები) შესაძლოა აღინიშნოს მცირე მტკივნეულობა. ძუძუთი კვების დროს ხშირია საშვილოსნოს მტკივნეული შეკუმშვების განვითარება რაც ჰიპოფიზიდან ოქსიტოცინის რეფლექსური

გადმოსროლით არის განპირობებული. დასაშვებია ტემპერატურის ერთჯერადი უმნიშვნელო მომატება, რაც გადატანილ ნერვულ და ფსიქიკურ დაძაბულობას უკავშირდება. ლაქტაციის ფიზიოლოგიური დასაწყისის შემთხვევაში ტემპერატურის მატება არ აღინიშნება.

დიაფრაგმის დაშვების შედეგად იზრდება ფილტვების ტევადობა არტერიული წნევა ნორმის ფარგლებშია, ზოგჯერ დაბალიც. პულსი საშუალოდ 70-80 დარტყმაა წუთში.

მშობიარობიდან პირველი დღეების განმავლობაში ხშირია ლეიკოციტების დონის მცირე მატება. დიურეზი მატულობს. ზოგჯერ ძნელდება შარდის გამოყოფა ასევე სითხის შეკავება, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ქვემო კიდურების შეშუპება, ხშირია ნაწლავთა ტონუსის დაქვეითება და ყაზოზობის მომენტები.

ჯანმრთელი დროული ახალშობილის მოვლა

ახალშობილის მოვლის აუცილებელი პირობები და სტანდარტული პროცედურები

- სითბო და კარგი განათება- სამშობიარო ბლოკში ტემპერატურა არ უნდა იყოს 25 გრადუსზე ნაკლები და არ უნდა იყოს ორპირი ჰაერის ნაკადი.
- სამშობიარო ბლოკი უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ახალშობილის მოვლისა და პირველადი დახმარების საჭირო აღჭურვილობითა და მედიკამენტებით
- მშობიარობამდე აუცილებელია 0,5-1 სთ ადრე სხივური გამათბობლის სამუშაო რეჟიმში მოყვანა.
- საფენი რომელშიც ხდება ახალშობილის მიღება, უნდა იყოს თბილი, სითბოს დაკარგვის პრევენციის მიზნით.
- ახალშობილის მდგომარეობის შეფასება და მოვლის პროცედურები სიცოცხლის პირველ წუთებში უნდა განხორციელდეს დედის სხეულზე (კანი-კანთან კონტაქტი) ან სხივური გამათბობლის ქვეშ. (რეანიმაციის საჭიროების შემთხვევაში)
- სამედიცინო პერსონალს რომელიც მონაწილეობს ახალშობილის მიღების, შეფასების, და მოვლის პროცედურის განხორციელებაში უნდა ეცვათ ხელთათმანები.

ახალშობილის მოვლისათვის აუცილებელი აღჭურვილობა სამშობიარო ბლოკში

- ახალშობილის მაგიდა სხივური გამათბობლით
- თბილი საფენები
- თბილი ქუდი, წინდები და დასაფარებელი
- კედლის საათი წამზომით
- ოთახის თერმომეტრი
- აღჭურვილობა ზედა სასუნთქი გზების სანაციისთვის.

- აღჭურვილობა ახალშობილის რეანიმაციისთვის.
- ელექტროთერმომეტრი რომელზედაც შესაძლებელია დაფიქსირდეს 35 გრადუსზე დაბალი ტემპერატურა
- ძირითადი პრეპარატები(მედიკამენტები რეანიმაციისათვის, ვიტემინი K და თვალის მალამო, ანტისეპტიკური ხსნარი)



ახალშობილის შეფასება

ყველა ახალშობილთან დაბადებისთანავე - ჭიკლარის გადაჭრამდე აუცილებელია რეანიმაციის აუცილებლობის შეფასება. ის განისაზღვრება 4 ძირითად შეკითხვაზე პასუხით:

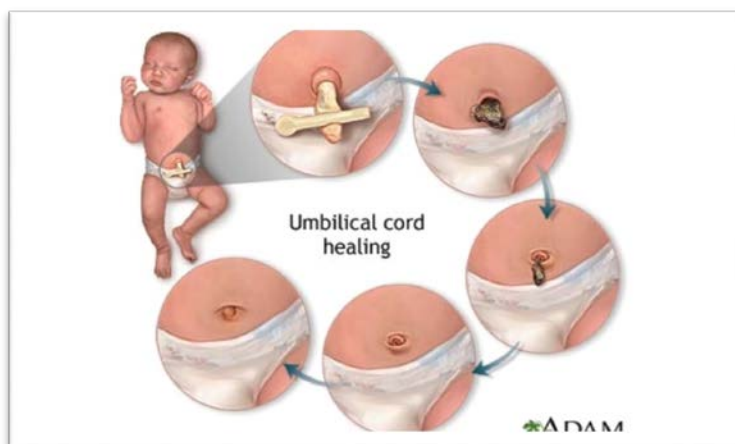
- ახალშობილი დროულია?
- სანაყოფე სითხე სუფთაა?
- სუნთქავს ან ტირის?
- კუნთთა ტონუსი კარგია?



ოთხივე კითხვაზე დადებითი პასუხის შემთხვევაში ახალშობილი არ საჭიროებს რეანიმაციას და ტარდება სტანდარტული მოვლის პროცედურა. 4 კითხვიდან ერთ ერთი კითხვაზე უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში ტარდება დამატებითი რეანიმაციული ღონისძიებები.

მოვლის პროცედურები სამშობიარო ბლოკში

- სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფა
- სითბოს დაკარგვის პრევენცია
- ჭიპლარის გადაჭრა
- აპგარის შვალით შეფასება
- კანი- კანთან კონტაქტი და პირველი მოჭიდება
- კონიუქტივიტის პროფილაქტიკა
- ჰემორაგიული დაავადებების პროფილაქტიკა
- ანთროპომეტრია



სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფა

- ✓ სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფა დამოკიდებულია სეკრეტის რაოდენობაზე. სასუნთქი გზების სანაციის რუტინულად ჩატარება ყველა შემთხვევაში არ არის აუცილებელი.
- ✓ თუ სეკრეტის რაოდენობა უმნიშვნელოა უმჯობესია ბავშვის გვერდით პოზიციაში მოთავსება რამდენიმე წუთით. სეკრეტი გროვდება ლოყის მიდამოში და თავისუფლად გადმოედინება პირის ღრუდან, ასეთ შემთხვევაში არ არის აუცილებელი სანაციის ჩატარება.
- ✓ თუ ბავშვი დაბადებისთანავე თავსდება დედის გულმკერდზე, ბუნებრივად ხდება ლორწოს დრენირება.(სეკრეტი თვითონ გადმოედინება)
- ✓ ჭარბი სეკრეტის შემთხვევაში შესაძლებელია დასჭირდეს ზერელე სანაცია.
- ✓ ზერელე სანაციის დროს ბავშვის თავი თავსდება გვერდზე სანაცია ტარდება ჯერ პირის შემდეგ ცხვირის.
- ✓ სანაცია ტარდება სტერილური რეზინის ბალონით ან მექანიკური ასპირატორის 6-8 Fr კათეტერით. თუ სანაყოფე სითხე სუფთაა უპირატესობა ენიჭება სანაციისათვის სტერილური რეზინის ბალონის გამოყენებას. თუ გამოიყენება კათეტერი სანაციის დრო არ უნდა იყოს 5 წამზე მეტი.

სითბოს დაკარგვის პრევენცია

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით ჰიპოთერმიის რისკის შემცირების მიზნით ყველა ახალშობილთან აუცილებელია „თბილი ჯაჭვის“ 10 საფეხურის დაცვა

1. თბილი სამშობიარო ბლოკი 25-28 გრადუსი. ბავშვის მაგიდა და საწოლი უნდა იყოს ფანჯარას მოცილებული.
2. სწრაფი გამშრალება და სველი საფენის მოშორება, თავზე მიზანშეწონილია ქუდის დაფარება. რადგან სწორედ თავიდან ხდება ყველაზე მეტი სითბოს დაკარგვა.
3. კანი-კანთან კონტაქტი- შეშველი ჯანმრთელი ახალშობილის დედის სხეულზე მოთავსება (ზემოდან საბნის დაფარება) სითბოს დაკარგვის პრევენციის იდეალური მეთოდია.
4. ძუძუთი კვების ადრეული დაწყება და მოთხოვნილებითი კვება და კალორიები უზრუნველყოფს ბავშვის სითბოს წარმოქმნას.
5. აბაზანის გადავადება- ბავშვის დაბანა დაბადებისთანავე იწვევს მისი სხეულის ტემპერატურის მკვეთრ დაქვეითებას. ამიტომ საჭიროა აბაზანისგან თავის შეკავება სანამ არ მოხდება ახალშობილის ტემპერატურის სტაბილიზაცია(მინიმუმ 6 საათი ან ტემპერატურის სტაბილიზაციიდან 2-4 საათი)აწონვის გადავადება - ბავშვის აწონვა მიზანშეწონილია დაბადებიდან 2 საათში. სასწორზე უნდა მოთავსდეს წინასწარ შემთბარი საფენი.
6. სათანადო ტანსაცმლისა და საბნის შერჩევა.
7. დედის და ბავშვის ერთად ყოფნა.

8. თბილი ტრანსპორტი- თუ საჭიროა ტრანსპორტირება აუცილებელია ამ დროს სითბოს უზრუნველყოფა.
9. სითბო რეანიმაციის დროს- ბავშვის მიღება წინასწარ შემთბარ საფენში და მისი მოთავსება 0,5-1 საათით ადრე ჩართული სხივური გამათბობლის ქვეშ. გამშრალეა და სველი საფენის მოშორება, თავზე ქუდის დახურება. რეანიმაციისათვის თბილი ტენიანი ჟანგბადის გამოყენება.
10. მედპერსონალის განათლება.

ჭიპლარის დამუშავება

ჯანმოს მიერ რეკომენდირებულია ჭიპლარის გადაჭრა სიცოცხლის პირველ წუთზე აპგარის შკალით შეფასებამდე.

ჭიპლარის გადაჭრა პირველ წუთზე ხელს უწყობს პლაცენტიდან დამატებითი სისხლის გადასვლას ახალშობილის ორგანიზმში და იცავს მას სიცოცხლის პირველ წელს რკინადეფიციტური ანემიის განვითარებისაგან. თუ ახალშობილს ესაჭიროება პირველადი რეანიმაცია ჭიპლარი იჭრება პირველ 10 წამში.

- ჭიპლარს გადაჭრამდე ედება 2 ქირურგიული მომჭერი. პირველი ჭიპის რგოლიდან 2 თითის (3-4 სმ) ზემოთ უნდა მოთავსდეს ხოლო მეორე ჭიპის რგოლიდან 4 თითის დაშორებით.
- ჭიპლარს ეხვევა მარლის საფენი რომ გადაჭრისას არ მოხდეს სისხლით დასვრა.
- უკანასკნელი მონაცემებით რეკომენდირებულია პლასმასის მომჭერის გამოყენება. ვინაიდან 1 საათის შემდეგ გადაკვანძვიდან ჭიპლარის ქსოვილი მცირდება მოცულობაში ლიგატურა ეშვება და მაღალია სისხლდენის განვითარების და ინფიცირების რისკი.
- გადაჭრა ხდება სტერილური ლანცეტით ან მაკრატლით.
- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით მიზანშეწოლილია ჭიპლარის მშრალად მოვლა - მისი წყლით და საპნით დამუშავება ხდება მხოლოდ მისი შარდითა და განავლით დაბინძურების დროს - თუმცა იმ ქვეყნებში სადაც მაღალია ჭიპლარის ბაქტერიებით კონტამინაციის რისკი დასაშვებია მისი დამუშავება ანტისეპტიკური ხსნარით.
- არ არის რეკომენდირებული ჭიპლარის ტაკვზე ნახვევის დადება. ახალშობილის ინფიცირების რისკის შემცირებისა და ჭიპლარის ტაკვის სწრაფი მუმიფიკაციის ხელშეწყობის მიზნით. ჭიპლარის ტაკვი არ უნდა მოხდეს ბავშვის ერთჯერადი საფენის ქვეშ. ის თავისუფლად უნდა მოთავსდეს ტანსაცმლის ქვეშ.



შეფასება აპგარის შკალით

აპგარის შკალა მრავალი წელის გამოიყენება ახალშობილის ადაპტაციის შესაფასებლად სიცოცხლის პირველ წუთებში. ის ტარდება სიცოცხლის პირველ და მეხუთ ეწუთზე. ნორმის ფარგლებში ის 7-10 ქულის ტოლია.

პირველ წუთზე აპგარის ქულა გვიჩვენებს ახალშობილის საწყის სტატუსს.

აპგარის შკალა არ გამოიყენება რენიმაციის საჭიროების შესახებ გადაწყვეტილების მისაღებად. თუმცა იმ შემთხვევაში თუ ტარდება ახალშობილის პირველადი რენიმაცია აპგარის შკალის შეფასება იწყება 1 წუთზე და მეორდება ყოველ 5 წუთში ერთხელ 20 წთ-ის განმავლობაში.

აპგარის შკალა

ვიტალური ფუნქციები	0	ქულები 1	2
სუნთქვა	არ არის	არარეგულარული იშვიათია	რეგულარული
გულისცემის სიხშირე კუნთთა ტონუსი	არ არის ჰიპოტონია	<100 კიდურების სუსტი ფლექსია(მოხრა)	>100 აქტიური მოძრაობა
კანის ფერი	სიფერმკრთალე ციანოზი	აკროციანოზი	ვარდისფერი
რეაქცია ცხვირში	რეაქცია არ არის	სახის გრიმასი	ძლიერი ტირილი

ახალშობილის მონიტორინგი სამშობიარო ბლოკში

სიცოცხლის პირველი 2 საათის განმავლობაში ყველა ახალშობილი მათ შორის ჯანმრთელიც აუცილებლად საჭიროებს პერიოდულ მეთვალყურეობას 15-30 წთ-ში უნდა შეფასდეს ვიტალური ფუნქციები:

- -სუნთქვის სიხშირე
- -გულისცემის სიხშირე
- -კანის ფერი

სხეულის ტემპერატურა უნდა გაიზომოს დაბადებიდან 30 წთ-ში და 2 საათში თუ პირველი გასინჯვის შემდეგ ფიქსირდება დაბალი ტემპერატურა საჭიროა ბავშვის გათბობა და ტემპერატურის შედარებით ხშირი კონტროლი.

კონიუქტივის პროფილაქტიკა

ახალშობილის ოფთალმიის (გონოკოკური ან ქლამიდიური კონიუქტივიტი) პროფილაქტიკის მიზნით მშობიარობიდან ერთი საათის განმავლობაში ერთჯერადად გამოიყენება ტეტრაციკლინის 1% ან ერითრომიცინის 0,5% მალამო.

მალამოს 0,5 სმ უნდა მოთავსდეს თვალის ქვედა ქუთუთოს კონიუქტივის გარსზე , ქუთუთოზე თითების ნაზი მოძრაობით მალამო ნაწილდება კონიუქტივაზე. 1 წუთის შემდეგ მალამოს ნარჩენი შეიძლება მოიწმინდოს სტერილური ტამპონით.

თვალის დამუშავებამდე უნდა განხორციელდეს კანი-კანთან კონტაქტი რათა ახალშობილმა დაინახოს და აღიქვას დედა.

ჰემორაგიული დაავადებების პროფილაქტიკა

ახალშობილის ჰემორაგიული დაავადებების პრევენციის მიზნით რეკომენდირებულია **K** ვიტამინის გამოყენება. **K** ვიტამინი მაღალი ეფექტურობით ხასიათდება და სარწმუნოდ იცავს ახალშობილს ჰემორაგიული დაავადებისაგან.

K ვიტამინის გამოყენება მიზანშეწოლილია დაბადებიდან 1-2 სთ-ის განმავლობაში. შესაძლებელია **K** ვიტამინის ორალური ფორმის გამოყენება სიცოცხლის პირველსავე დღეებიდან.

ახალშობილის მარკირება

ახალშობილის მარკირება ტარდება სამშობიარო ბლოკში მოვლის პროცედურის მსვლელობისას.

დაბადებისას სამაჯურზე იწერება

- ✓ დედ-მამის გვარი,
- ✓ ისტორიის ნომერი.
- ✓ დაბადების დრო და თარიღი
- ✓ სქესი.
- ✓ წონა
- ✓ სიგრძე

ტყუპების შემთხვევაში სამაჯურზე უნდა დაეწეროს I ტყუპი და II ტყუპი ანთროპომეტრიის შემდეგ სამაჯურზე დამატებით ფიქსირდება შესაბამისი მაჩვენებლები.

ანთროპომეტრია

დაბადებიდან 2 საათში აუცილებელია ახალშობილის ანთროპომეტრიული მონაცემების შემოწმება:

- სხეულის მასა
- სხეულის სიგრძე
- თავის გარშემოწერილობა
- გულმკერდის გარშემოწერილობა

ახალშობილის ჩაცმა

ახალშობილი უნდა იყოს ჩაცმული, რომ მან თავი კონფორტულად იგრძნოს. ტანსაცმელი უნდა იყოს თავისუფალი. თავზე უნდა ეხუროს ქუდი. ახალშობილი არ უნდა იყოს მჭიდროდ შეხვეული

კანი- კანთან კონტაქტი და ძუძუთი კვების ადრეული დაწყება

კანი- კანთან კონტაქტი გულისხმობს შიშველი ახალშობილის მოთავსებას დედის



გულმკერდზე (ახალშობილს თავზე უნდა ეხუროს ქუდი და ეცვას წინდები) .აუცილებელია დედას და ბავშვს ეფაროს საბანი. ჯანმრთელი ახალშობილის კანი-კანთან კონტაქტი უნდა მოხდეს დაბადებისთანავე და გაგრძელდეს მინიმუმ 30 წუთი. ჯანმოს რეკომენდაციით სასურველია ჯანმრთელი ახალშობილი დედის სხეულზე იწვეს 2 სთ-ის განმავლობაში.

კანი- კანთან კონტაქტის დროს არ არის მიზანშეწონილი დედისა და ახალშობილის უყურადღებოდ დატოვება. შესაძლებელია თავმდგმური ოჯახის წევრი იყოს.

საკეისრო კვეთის შემდეგ შესაძლებელია კანი-კანთან

კონტაქტი მამასთან.

კანი-კანთან კონტაქტის პროცესი აუცილებელია ახალშობილის ძუძუზე პირველი მოჭიდების ხელშეწყობა. როცა ბავშვს გამოუვლინდება ძუძუთი კვების შესაბამისი მზაობის ნიშნები

ძუძუთი კვება უნდა დაიწყოს ფიზიოლოგიური მშობიარობიდან 1 საათის განმავლობაში. არ არის რეკომენდირებული ბავშვის იძულებითი ან დაჩქარებული წესით ძუძუზე მოჭიდების განხორციელება.

ზოგადი ნარკოზით საკეისრო კვეთის შემთხვევაში ძუძუთი კვება უნდა მოხდეს დედისა და ბავშვის სრული გამოფხიზლების შემდეგ (დაახლოებით 2-3 საათში).

კანი-კანთან კონტაქტი და ძუძუთი კვების ადრეული დაწყება ხელს უწყობს:

- ეფექტური წოვითი რეფლექსების ჩამოყალიბებას.
- ახალშობილის სხეულის ნორმალური ტემპერატურის შენარჩუნებას.
- დედისა და ახალშობილის მშობიარობის სტრესის მოხსნას
- ბავშვის კანზე დედის მიკრობული ფლორის კოლონიზაციას.
- ლაქტაციის პროცესის სტიმულირებას.
- ოქსიტოცინის გამომუშავებას საშვილოსნოს შეკუმშვას და ქალის დაცვას მშობიარობის შემდგომი სისხლდენისაგან.
- დედისა და ბავშვს შორის მჭიდრო ფსიქოემოციური კავშირის დამყარებას.
- ხსენის მიღებას პირველი ერთი საათის განმავლობაში და ახალშობილის ინფექციებისაგან დაცვას.



ძუძუთი კვება

ქალები რძის პროდუქციის შემცირების, დვრილების მტკივნეულობის, ან ნახეთქების გამო ხშირად უარს ამბობენ ძუძუს წოვებაზე. ამ პრობლემების გადალახვაში მას წოვების სწორად ჩატარებული აქტი ეხმარება.

ახალშობილის პირი იმგვარად უნდა შემოეჭდოს დვრილს და არეოლის ნაწილს რომ წოვისას საწოვარასავით გრძელდებოდეს და მისი ბოლო მაგარი სასიდან რბილში გადასვლის ადგილს ეხებოდეს. ასეთ შემთხვევაში წოვითი მოძრაობისას დვრილის წინ და უკან მოძრაობა გამოირიცხება და იგი ნაკლებად ღიზიანდება.

ასევე მნიშვნელოვანია თუ როგორ გამოვუმუშაოთ ახალშობილს ძებნითი რეფლექსი. - პირის ირგვლივ შეხების ადგილას ახალშობილი ფართოდ აღებს პირს - სწორედ ამ მომენტში უნდა მივცეთ მას ძუძუ ისე რომ ქვედა ტუჩი დვრილზე ოდნავ დაბლა აღმოჩნდეს პირში კი არეოლის ნაწილიც მოხვდეს. ახალშობილის ძუძუს სწორად მიცემა წოვების პროცესს უმტკივნეულოს ხდის. მონაცემები დვრილის ნახეთქებზე კრემებისა და მალამოების წასმის სარგებლობის შესახებ არ არსებობს. დაცვითი ზედაპირების გამოყენება კი მხოლოდ ამცირებს ლაქტაციას.

ძუძუთი კვების დაწყების საუკეთესო დროდ ადრეული მიცემა ითვლება. თუმცა ქალი არ უნდა ავაჩქაროთ - ქალი პირველ კვებას გამოცდილი ბებიაქალის და ქმრის თანდასწრებით მაშინ დაიწყებს როდესაც თავს დასვენებულად იგრძნობს.

ძუძუს წოვება უნდა ხორციელდებოდეს მოთხოვნით და მხოლოდ მაშინ უნდა წყდებოდეს როცა ახალშობილი თვითონ მიატოვებს ძუძუს. წოვების დროს შეზღუდვამ შეიძლება ახალშობილი ენერგეტიკულ შიმშილამდე მიიყვანოს.

ჩვილის აწონა კვებამდე და კვების შემდეგ მიღებული რძის რაოდენობის დასადგენად მოძველებული პროცედურაა. რომელზეც უარი უნდა ვთქვათ.



ძუძუთიკვებაზე უარის თქმის შედეგები

ძუძუთი კვების ხელისშემშლელი მრავალი მიზეზი არსებობს გაეროს მიერ შემუშავებული რეკომენდაციებით აივ-ინფიცირებულმა ქალებმა უმჯობესია უარი თქვან ძუძუთი კვებაზე. იმ მელოგინებს რომლებიც ძუძუთი არ კვებავენ ახალშობილებს შეიძლება სარძევე ჯირკვლების გაჯირჯება და მტკივნეულობა აღენიშნოთ. ასეთ დროს სითხის შეზღუდვა და მჭიდრო ბიუსტჰალტერის ტარება ისევე ეფექტურია როგორც ბრომპრიპტინის მიღება მშობიარობის შემდგომ 2 კვირის განმავლობაში. ლაქტაციის შესაწყვეტად ესტროგენებს არ იყენებენ რადგან ის ზრდის საშვილოსნოდან სისხლდენის და თრომბოემბოლიის განვითარების რისკს.

სარძევე ჯირკვლის პათოლოგიები

სისხლიანი გამონადენი დვრილებიდან

ზოგჯერ სისხლიანი გამონადენი ორსულობის დროს და მშობიარობის შემდგომ 2 თვეზე მეტ ხანს გაგრძელდეს - ასეთ შემთხვევებში დამატებითი გამოკვლევები ტარდება საჭიროების მიხედვით

დვრილების მტკივნეულობა

ეპიდერმისის აქერცვლას და დვრილებზე ნახეთქების გაჩენას თან ახლავს მათი მტკივნეულობა. მისი მიზეზი ძუძუს წოვების არასწორი აქტია. თუმცა ანალოგიური სიმპტომები კანდიდოზსაც (რძიანას) შეუძლია. დვრილებზე ნახეთქების არსებობა სარძევე ჯირკვლების აბსცესის ერთ-ერთი რისკ ფაქტორია.

მკურნალობა- მტკივნეული ძუძუს მიცემის შეწყვეტასა და რძის გამოწურვაში მდგომარეობს. შემდგომში ამ ძუძუთი კვება თანდათან უნდა აღდგეს.

გალაქტოცელე

გალაქტოცელე არის სარძევე ჯირკვლის რეტენციული კისტა რომელიც რძის სადინარის სქელი სეკრეტით დახშობის შემთხვევაში წარმოიქმნება. დაავადება სარძევე ჯირკვალში პრაქტიკულად უმტკივნეულო სიმსივნის მსგავსი წარმონაქმნის არსებობაა ანთების მინიმალური ნიშნებით. რომელსაც ახასიათებს ფლუქტუაცია. გალაქტოცელე თავისთავად ქრება. ზოგჯერ აწარმოებენ კისტის პუნქციას შიგთავსის ასპირაციით, ტკივილის გაძლიერების შემთხვევაში კი საჭიროა კისტექტომიის ჩატარება.

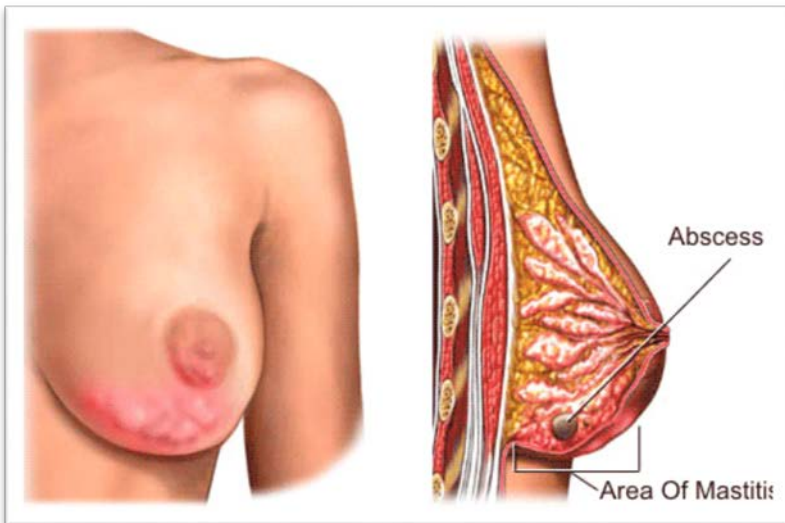
სარძევე ჯირკვლის გაჯირჯება

სარძევე ჯირკვლის გაჯირჯება ჩვეულებრივ მშობიარობის შემდგომ მე-2-3 დღისთვის აღინიშნება. თუ ქალი ბავშვს ძუძუს არ აწოვებს მალე სარძევე ჯირკვლების გაზრდას მათი გაჯირჯებაც ემატება. მელოგინეთა 13% სარძევე ჯირკვლების გაჯირჯებისას აღენიშნება ტემპერატურის მომატება (39 გრადუსამდე) ეს პროცესი იშვიათად გრძელდება 16 საათზე მეტად. მაგრამ ყოველთვის საჭიროა ტემპერატურის მომატების სხვა მიზეზების გამორიცხვა

წარსულში არსებობდა ამ პათოლოგიის სამკურნალო შემდეგი საშუალებები: რძის ხელით ან აპარატით გამოწურვა, სარძევე ჯირკვლების დოლბანდით მჭიდროდ გაკვრა ან ცივი კომპრესების დადება ამჯერად ყველაზე ეფექტური საშუალებაა ძუძუთი კვების სწორად ჩატარების აქტი.

მასტიტი

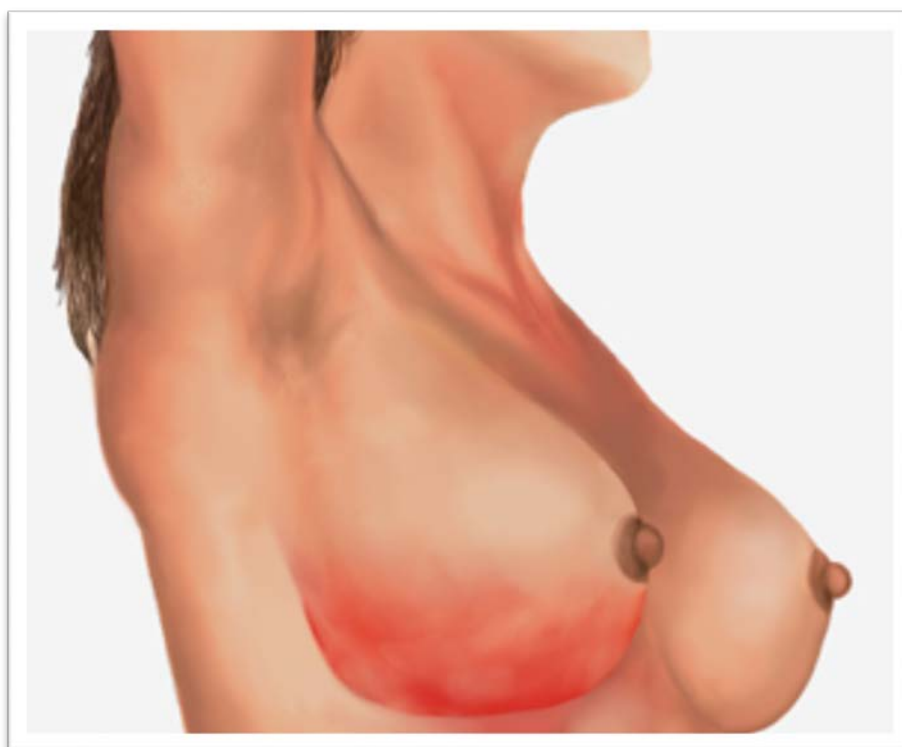
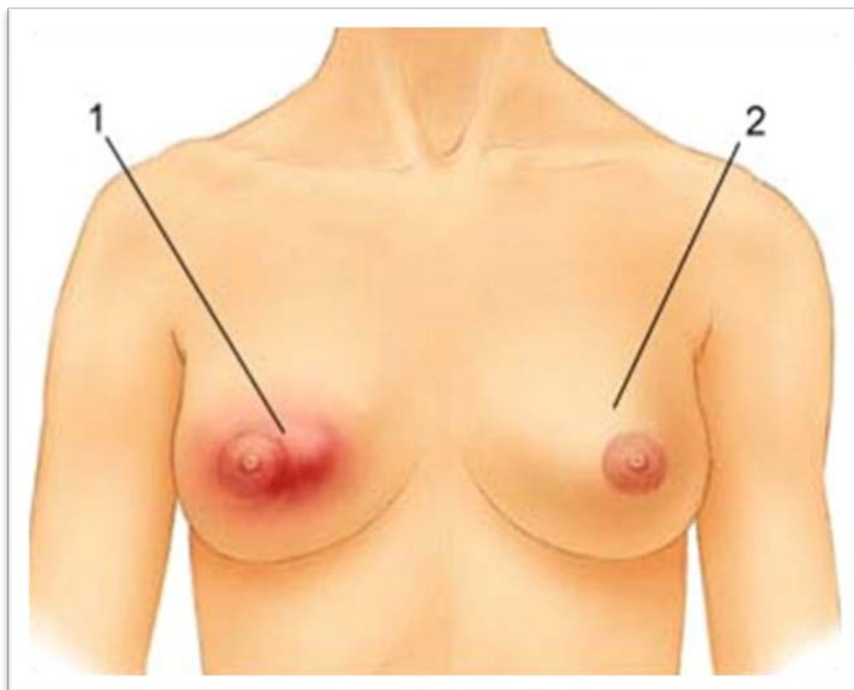
სარძევე ჯირკვლის ანთება ყოველთვის არ არის ინფექციური ხასიათის. მისი მიზეზი შეიძლება გახდეს რძის სადინარების დახშობა, რაც არღვევს რძის ალვეოლებიდან გამოსვლას. ალვეოლებში წნევის მატება იწვევს მათ დაჭიმვას და რძე გაივლის რა მათ კედლებს პერილობულურ ქსოვილში ხვდება სწორედ აქ იწყება ანთებითი პროცესი. სარძევე ჯირკვლის დაზიანებული სეგმენტი მტკივნეულია. ჰიპერემიული და შესიებულია. ჩნდება ინტოქსიკაციის სიმპტომები- ტაქიკარდია და ცხელება მშობიარობიდან პირველ დღეს 15% -ში მატულობს ტემპერატურა (39 გრადუსი) და შენარჩუნდება 24 საათის განმავლობაში, რაც სარძევე ჯირკვლების გაჯირჯებასთან არის დაკავშირებული. ინფექციური მასტიტის დროს კი ტემპერატურის მომატება ხდება უფრო მოგვიანებით და ხანგრძლივად მიმდინარეობს. ჩირქოვანი მასტიტი მშობიარობის შემდგომი პერიოდის I-IV კვირაში ვითარდება და ჩვეულებრივ მხოლოდ ერთ სარძევე ჯირკვალს აზიანებს.



მელოგინე უჩივის ტემპერატურის მატებას შემცივნებას, სარძევე ჯირკვლის ზომამში მომატებას, ჰიპერემიას და მტკივნეულობას. ინფექციის წყაროს ყველაზე ხშირად წარმოადგენს ბავშვის ცხვირის ღრუ ან პირ-ხახა. მკურნალობისათვის აუცილებელია დედა -შვილის იზოლაცია. მტკივნეული ძუძუს რძის წოვის შეწყვეტა და მკერდის ხელით ან აპარატით გამოწურვა. მიღებულ რძეს აგზავნიან

ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევისათვის და მიღებული პასუხის შესაბამისად ინიშნება მკურნალობა.

მასტიტით დაავადებულთა დაახლოებით 10% უვითარდებათ სარძევე ჯირკვლის აბსცესი. ამ გართულების მკურნალობა ქირურგიულია, აბსცესის დაცლა ხდება ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ.



მელოგინის მოვლა პალატაში

მშობიარობიდან 2 საათის შემდეგ მელოგინე სამშობიარო დარბაზიდან გადაჰყავთ მელოგინეთა განყოფილებაში.

აუცილებელია პალატის ხშირი განიავება და დღეში ორჯერ სველი წესით დალაგება. მელოგინეს ყოველდღიურ მეთვალყურეობას უწევს ექიმი და პალატის ბებიაცალი. ფასდება ქალის

- ზოგადი მდგომარეობა,
- თვითშეგრძნება(ძილი, მადა)
- დღეში ორჯერ პულსისა და სხეულის ტემპერატურატურის განსაზღვრა.
- სარძევე ჯირკვლების გამკვრივების ხარისხი.
- კერტების მდგომარეობა.
- დვრილების ნახეთქების მდგომარეობა.(მტკივნეულობა და ა.შ)
- საშვილოსნოს ფუძის დგომის სიმაღლე. კონსისტენცია პალპაციისას -მტკივნეულობა.
- თვალყურდება გარეთა სასქესო ორგანოები.
- ისაზღვრება ლოხიების ხასიათი და რაოდენობა.
- კონტროლდება შარდის ბუშტისა დანაწლავების ფუნქციები.

შორისის I და II ხარისხის ჩახეხები გაკერვის შემთხვევაში არ წარმოადგენს მელოგინის ადრეული წამოყენების უკუჩვენებას ოღონდ უნდა მოერიდოს ფეხების გადაშლას და ჩაჯდომას.

შარდის ბუშტისა და ნაწლავების დროული დაცლა ხელს უწყობს საშვილოსნოს ნორმალურ ინვოლუციას. მწოლიარე მდგომარეობაში მოშარდვის გამწელებისას ზოგჯერ საკმარისია მელოგინის ოდნავ წამოწევა, უფრო იშვიათად საჭირო ხდება კათეტერიზაცია და გლუვი კუნთების მატონიზირებელი მედიკამენტების გამოყენება (პროზერიინი და ა.შ).

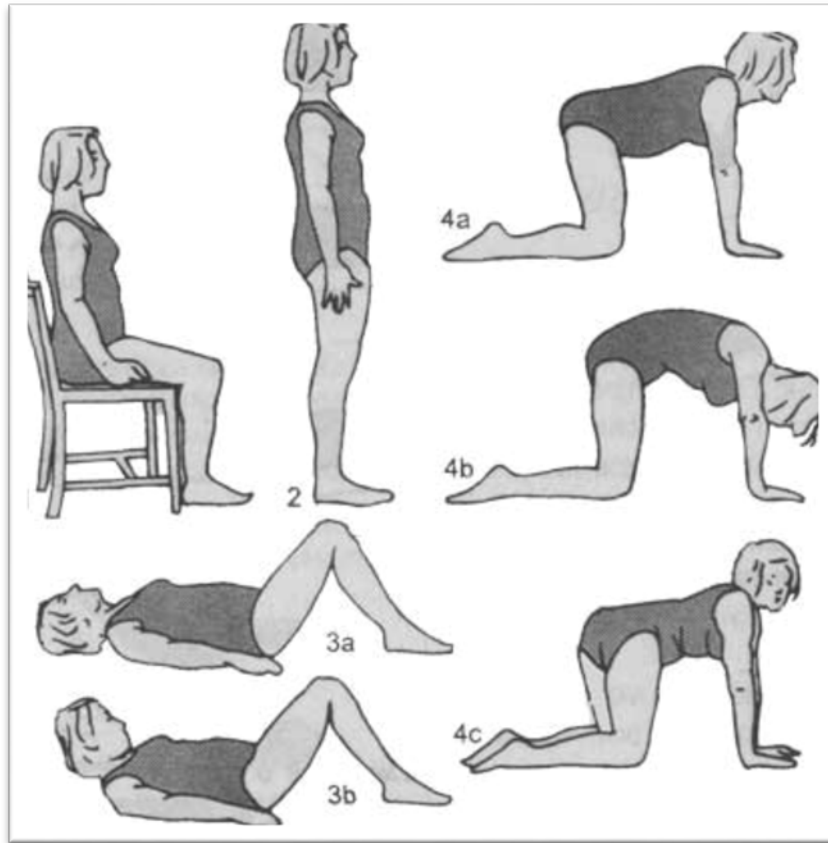
იმ შემთხვევაში თუ კუჭის მოქმედება 2-3 დღის განმავლობაში არ აღენიშნება ნაჩვენებია გამწმენდი ოყნა. შორისის მე-3 ხარისხის დაზიანების დროს (სწორი ნაწლავის გარეთა სფინქტერის დაზიანებისას) დიეტის დანიშვნა, რაც მიზნად ისახავს მშობიარობიდან რამდენიმე დღის განმავლობაში კუჭის მოქმედებიდან თავის შეკავება.

მშობიარობისშემდგომ პერიოდში საშვილოსნოს მტკივნეული შეკუმშვების დროს შესაძლებელია ანალგეტიკების დანიშვნა, ასევე სპაზმოლიტიკური საწარმოები.

ვარჯიშების დაწყება პირველივე დღიდან არის საჭირო. (საკეისრო კვეთის შემთხვევაშიც).

თავიდან ნებადართულია მხოლოდ სუნთქვითი ვარჯიშები და გვერდით გადაბრუნება.

მეორე დღიდან მოძრაობები სახსრებში(მწოლიარე მდგომარეობაში)მე4 დღიდან მენჯის ფსკერის კუნთების მოსამაგრებელი ვარჯიშები. მეხუთე დღიდან- მუცლის წინა კედლისა და ზურგის კუნთებისათვის.



მელოგინის ადრეული წამოყენებისას და ფიზიკური ვარჯიშების დროს საჭიროა მისი თვითმეგრძნების პულსისა და არტერიული წნევის კონტროლი. იგი უკუნაჩვენებია სისხლდენების, სხეულის ტემპერატურის, ($>37,5^{\circ}\text{C}$) მომატებისას, ეკლამფსიისას, შორისის III ხარისხის ჩახვევის და სხვადასხვა პათოლოგიის განსაკუთრებულ სიფრთხილეს მოითხოვს სარძევე ჯირკვლების მოვლა, სარძევე ჯირკვლების ზედმეტი გამკვრივების თავიდან ასაცილებლად რეკომენდირებულია ბიუსტკალტერის ხმარება. საჭიროების შემთხვევაში უნდა შეიზღუდოს სითხის მიღება, იმ შემთხვევაში თუ არ მოხერხდა წოვების დროს ძუძუს სრულიად დაცლა საჭიროა დარჩენილი რძის გამოწველა. ჯირკვლებში გავნითარებული შეგუბებითი მოვლენები ინფიცირების წინაპირობას ქმნის და ლაქტაციის შეწყვეტას იწვევს. ახალშობილის არასწორ პოზიციაში კვება დვრილების ნახეთქების ჩამოყალიბებას უწყობს ხელს. ამ დროს იზრდება ინფიცირებისა და მასტიტის განვითარების საშიშროება. მცირე ზომის ნახეთქების შესახორცებლად საკმარისია ჰიგიენური პირობების ზუსტი დაცვა. შეხორცების პროცესის დაჩქარებისა და ინფიცირების პროფილაქტიკისათვის რეკომენდირებულია სპეციალური მალამოების ხმარება.

დედის ჯანმრთელობაზე ყოველდღიური მეთვალყურეობა გულისხმობს

- სხეულის ტემპერატურის განსაზღვრას
- არტერიული წნევის განსაზღვრას
- მაჯის სიხშირის შეფასებას
- საშარდე სისტემის შეფასებას
- საჭმლის მომნელებელი სისტემის მეთვალყურეობას

- სარმევე ჯირკვლების პალპაციას
- ახალშობილის კვების პროცესის მეთლალყურეობას
- საშვილოსნოს ინვოლუციის ხარისხს
- ლოხიების დათვლიერებას
- შორისის დათვლიერებას

გართულებები შორისის დაზიანების შემდეგ

მელოგინეთა უმრავლესობა უჩივის ტკივის შორისის არეში ტკივილი, რომელიც ყველაზე მეტად შორისის ჩახვეისას ან ეპიზოტომიის დროს აქვთ- მაგრამ განსაკუთრებით ძლიერი ტკივილი აქვთ საშოსმხრივ მოსამშობიარებელ ოპერაციებს.

ტკივილის დროს ხანმოკლე გამაყურებელ ეფექტს იძლევა ადგილობრივი ჰიპოთერმია (ყინულის ნატეხი ან ცივი წყლით ჩაბანა). სხვადასხვა გელის გამოყენება დიკლოფენაკის სანთლების დანიშვნა(არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალება).

მშობიარობის დროს შორისის ჭრილობის ზედაპირის ბაქტერიული დაბინძურების მაღალი რისკის მიუხედავად ჩირქოვანი ანთება საკმაოდ იშვიათად ვითარდება. ანთების პირველსავე ნიშნების დროს როგორცაა -ჰიპერემია, ჰიპერთერმია, ტკივილი, რომელსაც თან ერთვის შემცივნება საწიროა ჭრილობის ზემოდან ნაცხის აღება და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა, რის საფუძველზეც ინიშნება ანტიბიოტიკები.

ჭრილობიდან ჩირქის ნიშნების გამოჩენისას საჭიროა ჭრილობის დრენირება რათა არ მოხდეს ინფიცირების გარმავება.

ნაკერების თვითნებური გახსნა შორისის ჩახვეის ან ეპიზოტომიის შემდეგ როგორც წესი მეორადი ინფექციის შედეგად ხდება.

შარდის ბუშტის ფუნქცია

ხშირად მსობიარობის შემდეგ ან ეპიდურული ან სპინალური ანესთეზიის დროს აღინიშნება მოშარდვის გამწელება და შარდის ბუშტის მეტისმეტი გადავსება. გამოკვლევებმა აჩვენა რომ ეპიდურული ანესთეზიის დროს შარდის ბუშტის ფუნქცია აღდგება 8 საათის შემდეგ ამ დროისათვის საშუალოდ შარდის ბუშტში 1 ლიტრამდე შარდი გროვდება. ამასთან შარდის ბუშტის გადავსებით გამოწვეული შარდის შეუკავებლობა შეიძლება შეცდომით ნორმალურ მოშარდვად იქნეს მიჩნეული.

მეანი განსაკუთრებით ყურადღებით უნდა ადევნებდეს თვალს რათა არ მოხდეს შარდის ბუშტის გადავსება, რომელიც საშვილოსნოს შეკუმშვას უშლის ხელს. ქალს რომელსაც მშობიარობის შემდგომ 4 საათის განმავლობაში არ მოუშარდავს კათეტერის საშუალებით უნდა მოვაშარდვინოთ.

კუჭ-ნაწლავის ფუნქცია

მელოგინე ხშირად უჩივის ყაბზობას. რაც შეიძლება ნორმალური დიეტის დარღვევას და დეჰიდრატაციას უკავშირდებოდეს. ქალს ურჩევენ მიიღოს დიდი რაოდენობით სითხე და უჯრედისის შემცველი პროდუქტები.

ზოგჯერ ყაბზობის მიზეზი შეიძლება იყოს დეფეკაციის აქტით გამოწვეული ტკივილის შიში (შორისის მთლიანობის აღდგენის შემდეგ, უკანა ტანის ნახეთქების, ჰემოროიდული კვანძების გამოვარდნის დროს).

იმ ქალებისათვის რომლებმაც აქვთ მე-3 და მე-4 ხარისხის შორისის დაზიანება უაღრესად მიშვნელოვანია ყაბზობისა და დეფეკაციის დროს გაჭინთვიდან თავის აცილება. ასეთ პაციენტებს უნიშნავენ კუჭ-ნაწლავის გამათხელებელ საშუალებებს.

მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა

მშობიარობის შემდგომი პერიოდის სისხლდენა იყოფა პირველად და მეორად სისხლდენად

პირველადი სისხლდენაა რომელიც ვითარდება მშობიარობის შემდეგ 24 საათის განმავლობაში და და სისხლდენად მიიჩნევა 500 მლ -ზე მეტი სისხლის დანაკარგი. სისხლის დანაკარგის რაოდენობის ზუსტი განსაზღვრა საკმაოდ რთულია ამიტომ ყურადღება უნდა მიექცეს ჰემორაგიული შოკის ძირითად ნიშნებს. ის ძირითადად ვითარდება საშვილოსნოს ჰიპო-ატონიით ან სამშობიარო გზების ტრავმით. მშობიარობის შემდგომი გვიანი სისხლდენა 24 საათიდან 6 კვირის შემდეგაც შეიძლება განვითარდეს.

ჰიპო-ატონური სისხლდენა უფრო ხშირად ვითარდება მრავალნაყოფიანი ორსულობის დროს, მრავალწყლიანობის ან დიდი ნაყოფის დროს საშვილოსნოს გადაჭიმვის გამო.

ტრავმული სისხლდენა ვითარდება რბილი სამშობიარო გზების დაზიანების დროს.

ჰიპო-ატონური სისხლდენის დროს ტარდება საშვილოსნოს შეკუმშვის სტიმულაცია მისი გარეგანი მასაჟის საშუალებით. თან კუნთში შეჰყავთ ერგომეტრინი 0,5 მგ.

აუცილებელია პერიფერიული ვენის კათეტერიზაცია დიდი დიამეტრის კათეტერით (G16) ინფუზიური თერაპია, ჰემოგლობინის განსაზღვრა და შესაბამისი ინფუზიურ-ტრანსფუზიული თერაპია, ამასთანავე სასქესო ორგანოების დათვალიერება, ტრამვების დროს საჭიროა ნახეთქებისა და ტრავმების აღდგენა. და პარალელურად საშვილოსნოს ფუძის მასაჟის გაკეთება.

მშობიარობის შემდგომი გვიანი სისხლდენა

მშობიარობის შემდგომი გვიანი სისხლდენა 24 საათიდან 6 კვირის შემდეგაც ვითარდება. ის ხშირად აღინიშნება 7-14 ე დღეებს შორის. მიზეზი როგორც წესი მომყოლის ნაწილების საშვილოსნოში ჩარჩენაა. ის ჩვეულებრივ მუდავნდება შეტევითი ხასიათის ტკივილით მუცლის არეში. საშვილოსნოს ინვოლუციის შენელებით, საშვილოსნოში ან საშვილოსნოს

ყელის არხში პლაცენტის ქსოვილის პატარა ნაფლეთების არსებობითა და ასევე დაწყებითი ინფექციის ნიშნებით.

სამშობიარო გზების ჰემატომა

ჰემატომის მიზეზი შეიძლება იყოს ეპიზიოტომიის ან შორისის ჩახევის შედეგად მიღებული ტრავმა, ჰემატომა შეიძლება განვითარდეს გარეგანი ნიშნების არარსებობის დროსაც. 5 სმ-ზე ნაკლები ჰემატომის არსებობის დროს მიმართავენ კონსერვატიულ მკურნალობას. მაგრამ მათი ზრდის, დაჩირქების ან ინტენსიური ტკივილის გაჩენისას ნაჩვენებია ჰემატომის დაცლა. უფრო მოზრდილი ჰემატომები ქირურგიულ ჩარევას მოითხოვს.

სამეანო დამბლა

სამეანო დამბლას ანუ ტრამვულ ნევრიტს უწოდებენ ისეთ მდგომარეობას როდესაც მშობიარობის შემდეგ აღინიშნება ერთი ან ორივე ქვედა კიდურის მგრძნობელობითი ან მამოძრავებელი ნერვების ნევროპათიის ნიშნები. ქალი უჩივის ტკივილს ფეხებში, ტერფის გამშლელი კუნთის სისუსტეს, (ე.წ ჩამოკიდებული ტერფი). ნერვული ღეროების დაზიანების მექანიზმი უცნობია.

მკურნალობა მოიცავს წოლით რეჟიმს. (ქალი მაგარ საწოლზე უნდა იწვეს). გაუტკივარებასა და ფიზიოთერაპიას.

ბოქვენის შესახსრების დაცილება

ზოგჯერ ვიწრო მენჯის არსებობის დროს მენჯის გამოსავლის დიამეტრის გადიდების მიზნით მიმართავენ სიმფიზის გაკვეთას (სიმფიზიოტომიას).

ბოქვენის შესახსრების დაცილება მშობიარობისას ჩვეულებრივ სამეანო მაშის ოპერაციასთან, მშობიარობის მეორე პერიოდის სწრაფ მიმდინარეობასთან, ასევე მშობიარობის დროს ბარძაყების მეტისმეტად გადაშლასთანაა დაკავშირებული. ეს გართულებები მჟღავნდება ტკივილით ბოქვენის შესახსრების არეში, რომელიც ძლიერდება სიმძიმის აწევისა და სიარულის დროს, ასევე „იხვისებური“ სიარულით. პალპაციით მტკივნეულობით და შესახსრების ადგილას სიცარიელით.

მკურნალობა გულისხმობს წოლით რეჟიმს, არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენებას, ფიზიოთერაპიას საფიქსაციო ბანდაჟის ტარებას.

თრომბოემბოლიები

თრომბოემბოლიების რისკი ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში

5- ჯერ იზრდება, ლეტალური გამოსავალი ძირითადად მშობიარობის შემდგომ პერიოდში აღინიშნება და განსაკუთრებით საკეისრო კვეთის შემდეგ. დრმა ვენების თრომბოზებზე ან ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიაზე ეჭვის არსებობისას უნდა დაინიშნოს ანტიკოაგულანტიური თერაპია, ფილტვის არტერიის ტოტების თრომბოემბოლიის სასიგნალო სიმპტომებია:

- ჰაერის უკმარისობის შეგრძნება
- ტკივილი მკერდის ძვლის უკან
- სისხლიანი ხველა

ობიექტური ნიშნები- ტაქიკარდია, ციანოზი, არტერიული ჰიპოტონია. საპროფილაქტიკოდ ქვემო კიდურებზე უნდა შემოვახვიოთ ელასტიური ბინტები.

მელოგინეთა ცხელება

მშობიარობის შემდგომი ცხელება ეწოდება ცხელებას, რომელიც ვითარდება მშობიარობიდან 10 დღისგანმავლობაში, პირველი 24 საათის გამოკლებით, და გრძელდება მოცემული პერიოდის ნებისმიერ 2 დღეს და სხეულის ტემპერატურა $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$.

მშობიარობის შემდგომი ცხელების რისკ-ფაქტორებია:

- საკეისრო კვეთა;
- გახანგრძლივებული მშობიარობა;
- ხანგრძლივი უწყლო პერიოდი;
- ხშირი საშოსმხრივიგასინჯვა;
- საშვილოსნოს შიდა მანიპულაციები;
- შაქრიანი დიაბეტი;
- მძიმე ფორმის ანემია;
- ბაქტერიული ვაგინოზი;
- ინსტრუმენტული მშობიარობა;
- აივინფექცია;
- ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის კოლონიზაცია;
- ცხელება მშობიარობის დროს;
- მშობიარობა სტაციონარის გარეთ;

მშობიარობის შემდგომი ინფექციების პრევენციისთვის რეკომენდებულია:

- ხელების დაბანის ტექნიკის დაცვა;
- შორისის ჰიგიენა სათანადო წესების დაცვით;
- ერთჯერადი ანტიბიოტიკო პროფილაქტიკა პირველი თაობის ცეფალოსპორინებით, ან ამპიცილინით საკეისროკვეთის დროს;

- პლაცენტის სპონტანური (და არამანუალური) მოცილება საკეისრო კვეთის წარმოებისას;
- პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპია ამპიცილინით 18 საათიანი უწყლოპერიოდის შემდეგ;

ლოგინობის ხანის ცხელების მართვა

პირველადი შეფასება: ანამნეზი; ფიზიკალურიგასინჯვა; პულსი; არტერიული წნევა; სუნთქვის სიხშირე; ტემპერატურა (4 საათში ერთხელ); კანი, პირის ღრუ, ფილტვები, სარძევე ჯირკვლები, მუცელი, ჭრილობა, საშვილოსნო, შორისი, საშო, საშვილოსნოს ყელი სარკეებში, ქვედა და ზედა კიდურები, თირკმელები; ულტრაბგერითი კვლევა;

ლაბორატორიული კვლევა; სისხლის საერთოანალიზი (Leu>20, 000 მარცხნივ გადახრით); სისხლის კულტურალური გამოკვლევა; შარდის საერთო ანალიზი; შარდის ბაქტერიოლოგიური კვლევა; ჭრილობის ნაცხის ბაქტერიოლოგია; კოაგულოგრამა.

მკურნალობა იწყება ემპირიული (სასტარტო ანტიბიოტიკით), რომელიც იცვლება ანტიბიოტიკოგრამის მგრძობელობის მიხედვით.

კითხვები თვითშემოწმებისთვის:



1. რა პერიოდს მოიცავს ადრეული ლოგინობის ხანა?
2. როდის უწოდებენ ნამშობიარებ ქალს მელოგინეს?
3. ადრეული ლოგინობის ხანაში რაზე ხდება დაკვირვება?
4. ადრეული ლოგინობის ხანაში რა ინტენსივობით ვახდენთ საშვილოსნოს ფუძის სიმძლის კონტროლს?
5. ჩამოთვალეთ საშვილოსნოს შეკუმშვის ხელისშემშლელი მიზეზები.
6. რა არის ლოხიები? როგორ წარმოიქმნება, მისი ცვლილებები ლოგინობის დღეების მიხედვით?
7. რა მოვლენები შეიძლება გამოიწვიოს მომყოლი ნაწილების ჩარჩენამ საჩვილოსნოში?
8. რა არის ყველაზე ხშირი გართულება დროული ლოგინობის ხანაში?
9. რა არის ახალშობილის მოვლის აუცილებელი პირობები და სტანდარტული პროცედურები?
10. ჩამოთვალეთ მოვლის პროცედურები სამშობიარო ბლოკში
11. როგორია ფიზიოლოგიური მელოგინის მოვლის რეჟიმი?
12. აღწერეთ მელოგინის მეთვალყურეობა მელოგინეთა პალატაში
13. ჩამოთვალეთ მელოგინის მოვლის წესები
14. რა გართულებები ვლინდება ლოგინობის ხანაში?
15. როგორ უვლიან შორისზე ნაკერებს
16. როგორ მეთვალყურეობს მედდა პალატებში ნორმალური რეჟიმის შენარჩუნებას?
17. ძუძუს წოვების დროს, როგორ წარმოიქმნება კერტებზე ნახეთქები?
18. როგორ ტარდება ახალშობილის პირველი ტუალეტი?
19. ახალშობილის პირველადი ჭიპლარის დამუშავების წესები
20. ახალშობილის შეხვევის წესები
21. როგორ ვახდენთ ტყუპების შემთხვევაში მარკირებას?
22. რა ღონისძიებებს მოიცავს ძუზუთი კვების ეტაპები?
23. ჩამოთვალეთ მშობიარობის შემდგომი ინფექციების პრევენციის რეკომენდაციები

გამოყენებული ლიტერატურა

სტიუარტ კემპელი, კრისტოფ ლიზი - მეანობა ათი პედაგოგისგან., 2006წ
სეროვი, ზადიაჟინა-მეანობა, 2010 წ
ვასილევსკაია-გინეკოლოგია, 2007 წ
ქ. ნემაძე -ნეონატოლოგია, 2010წ
ცნობარი ბებიაქალებისათვის- (პუბლიკაცია მომზადებულია ჰერა XXI), 2011წ

ინტერნეტ რესურსი:

<http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/protokoli/20.1.pdf>

<http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/protokoli/20.2.pdf>

<http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/protokoli/49.1.pdf>

<http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/protokoli/49.2.pdf>

http://www.moh.gov.ge/files/01_GEO/jann_sistema/gaidlaini/gaidlain-protokol/200.pdf

http://www.moh.gov.ge/files/01_GEO/jann_sistema/gaidlaini/gaidlain-protokol/115.pdf

