მ.ს.ბიბინეიშვილი, მ.მ.ბიბინეიშვილი

მეანობა

მეორე გადამუშავებული და შევსებული გამოცემა
საქართველოს რესპუბლიკის განათლების სამინისტროს მიერ დამტკიცებულია
სახელმძღვანელოდ სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტთათვის.

გამომცემლობა „მედეა"
თბილისი 1996

სახელმძღვანელოში ბიოლოგიისა და მედიცინის თანამედროვე მიღწევათა საფუძველზე გაშუქებულია მეანობაში ეტიოლოგიის, პათოგენეზის, სემიოტიკის, დიაგნოსტიკისა და პროფილაქტიკის საკითხები, აგრეთვე მკურნალობის თანამედროვე კონსერვატიული და ოპერაციული მეთოდები.

წიგნს საფუძვლად უდევს ავტორების ხანგრძლივი სამეცნიერო, კლინიკური, პედაგოგიური მოღვაწეობა და თანამედროვე ლიტერატურის მონაცემები.

სახელმძღვანელო შედგენილია პროგრამის შესაბამისად და განკუთვნილია სამედიცინო უნივერსიტეტისა და ინსტიტუტების სტუდენტებისა და მეან-გინეკოლოგებისათვის.

რედაქტორი: აკადემიკოსი თ.დეკანოზიძე

რეცენზენტები: აკადემიკოსი კ.ვ.ჩაჩავა
აკადემიკოსი ლ.ჩარკვიანი.

ჩგ $\frac{4123000000-203}{მ-602(08)-96}$ 28:

© გამომცემლობა „განათლება“ 1976
გამომცემლობა „განათლება“ 1987
გამომცემლობა „მედეა“ 1996
ცვლილებებით

მ.ს.გიგინეიშვილი

დავიბადე 1910 წელს. 1927 წელს დავამთავრე საშუალო სკოლა და ჩავირიცხე თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტზე.

1933 წლიდან ვეწევი სამკურნალო, პედაგოგიურ, მეცნიერულ და საზოგადოებრივ მუშაობას. მაქვს 135-ზე მეტი მეცნიერული შრომა, მათ შორის 12 მონოგრაფია, 10 გამოგონება და რაციონალური წინადადება, 2 სახელმძღვანელო მეანობა-გინეკოლოგიაში.

1970 წლიდან 1983 წლამდე ვხელმძღვანელობდი თბილისის სამეანო-გინეკოლოგიურ კათედრას.

30 წელი ვიყავი მეან-გინეკოლოგთა სამეცნიერო საზოგადოების პრეზიდიუმის თავმჯდომარე. ვარ საქართველოს რესპუბლიკის სახელმწიფო პრემიის ლაურეატი, ახალგაზრდა მეცნიერთა და მეან-გინეკოლოგთა მრავალი თაობის აღმზრდელი.

მ.მ.გიგინეიშვილი

დაიბადა ქ.თბილისში, ცნობილი მედიკოსის ოჯახში. 1956 წელს დაამთავრა თბილისის I საშუალო სკოლა. 1962 წელს დაამთავრა მოსკოვის I სამედიცინო ინსტიტუტი. 1970 წელს მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატია, 1979 წელს კი დოქტორი და პროფესორი.

1983 წლიდან 1994 წლამდე განაგებდა თბილისის სამედიცინო უნივერსიტეტის მეანობა-გინეკოლოგიის კათედრას. იყო სამედიცინო უნივერსიტეტის მეანობა-გინეკოლოგიის და პედიატრიის დარგში სამეცნიერო ხარისხების მიმნიჭებელი საბჭოს თავმჯდომარე. იყო საქართველოს სახელმწიფო პრემიის ლაურეატი, ავტორია 80-ზე მეტი სამეცნიერო შრომის და მეანობა-გინეკოლოგიის სახელმძღვანელოების.

მ.მ.გიგინეიშვილი იყო ვირტუოზი დასტაქარი. თავისი პედაგოგიური და ორგანიზატორული მოღვაწეობით მას ღირსეული ადგილი უჭირავს მეან-გინეკოლოგთა სამეცნიერო საზოგადოების საგანძურში.

ႼႨႬႠႱႨႲႷႥႠႭႡႠ

კლინიკური სამედიცინო მეცნიერების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი დარგი მეანობა სწავლობს ქალის ორგანიზმში მიმდინარე სპეციფიკურ ფიზიოლოგიურ და პათოლოგიურ პროცესებს, რომლებიც დედობის ფუნქციასთან არის დაკავშირებული.

მსოფლიოს ძველ ხალხებს ჰყავდათ „პროფესიონალი მეანები", „ბებია" და „დედათ მოურავი" ქალები, რომლებიც სამეანო დახმარებას უწევდნენ მშობიარეებს.

მშობიარობა ფიზიოლოგიური პროცესია, მაგრამ არცთუ იშვიათად საჭიროებს ჩარევას ანომალიით მიმდინარეობის შემთხვევაში და მკურნალობას პათოლოგიის, პათოლოგიური მშობიარობის დროს.

ქართული ტერმინი „მეანი", რომელიც წარმოდგენა სიტყვიდან Maiai, რაც ნიშნავს მშობიარის სარეცელთან ახლომდგომ დამხმარე მოხუც ქალს, შემოიღო ცნობილმა ქართველმა მეცნიერმა ივანე თიკანაძემ. რუსული სიტყვა „აკუშერსტვო" კი ფრანგული წარმოშობისაა (accauchemet–მშობიარობა, accoucher–დაბადება, გაჩენა).

საუკუნეების მანძილზე მეანობა და გინეკოლოგია მდიდრდებოდა ახალი მეცნიერული აღმოჩენებით. დააარსეს სპეციალური სამეანო სკოლები, უნივერსიტეტებში კითხულობდნენ მეანობა-გინეკოლოგიას, როგორც ცალკე დისციპლინას.

საქართველოში მეანობისა და გინეკოლოგიის განვითარებამ იგივე ეტაპები გაიარა, როგორც სხვა ცივილიზებულ ქვეყნებში.

მეანობის თეორიასა და პრაქტიკაში უდიდესი აღმოჩენების შედეგად XVII საუკუნის დასასრულს ის გამოეყო გინეკოლოგიას.

მეანობა იყოფა ფიზიოლოგიურ და პათოლოგიურ მეანობად. ფიზიოლოგიური მეანობა შეისწავლის ჩასახვის, ორსულობის, მშობიარობის, ლოგინობის ხანასა და ახალშობილის ფიზიოლოგიას, პათოლოგიური მეანობა კი-ნაყოფის პერინატალოგიის პრობლემებს, ორსულობისა და მშობიარობის გართულებას, პროფილაქტიკას, რაციონალური დახმარების მეთოდებს.

ორსულობა და მშობიარობა ფიზიოლოგიური პროცესებია, მაგრამ შეიძლება ისინი პათოლოგიურად წარიმართოს სხვა და სხვა ფაქტორის, მაგალითად, დედისა და ნაყოფის ორგანიზმის აგებულების ანომალიისა და ფუნქციური თავისებურებების, გარემოს რიტმის, ენდოკრინული და ნერვული სისტემის სტრესული მდგომარეობის ან თანმხლები დაავადებების, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უკმარისობის, ინფექციური დაავადებებისა და სხვ. გამო.

მეან-გინეკოლოგი თეორიულად და პრაქტიკულად ისე უნდა იყოს მომზადებული, რომ ორსულობის, მშობიარობისა და ლოგინობის პათოლოგიური მიმდინარეობის შემთხვევაში დროულად შეძლოს დომინანტური მდგომარეობის შეფასება, დამზოგველი მეთოდების გამოყენება, სამეანო ჩარევის მაქსიმალურად შემცირება, რათა ნაკლები ტრავმა მიაყენოს როგორც მშობიარეს, ისე ნაყოფს. მეანობა მეცნიერებაა, მაგრამ ამავე დროს ხელოვნებაცაა, ამიტომ სამეანო ოპერაციისთვის საჭიროა დახელოვნება, ოპერაციის ჩვენების, პირობებისა და ტექნიკის ზუსტად დაცვა. თანამედროვე მეანობა-გინეკოლოგიის განვითარების საწინდარია მედიცინის, ბიოლოგიის, ფიზიოლოგიის, ფიზიკა-მათემატიკის, კიბერნეტიკისა და მედიცინის ყველა მომიჯნავე დარგის მიღწევათა დროული დანერგვა თეორიასა და პრაქტიკაში.

მეანობა-გინეკოლოგია ქალის სასქესო ორგანოების ფიზიოლოგიისა და პათოლოგიის შესწავლასთან ერთად მიზნად ისახავს პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა გატარებას, რასაც ახორციელებენ დისპანსერები, პოლიკლინიკები, ქალთა კონსულტაციები, სამშობიარო და გინეკოლოგიური სტაციონარები, სამეანო-გინეკოლოგიური კლინიკები და სამეცნიერო ინსტიტუტები.

სამეანო პათოლოგიასა და გინეკოლოგიურ დაავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლასთან დაკავშირებით საგრძნობლად გაიზარდა მოთხოვნა კვალიფიციურ კადრებზე. მათ მომზადებაში დიდ როლს ასრულებენ სამედიცინო და ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტების კათედრები, მეანობა-გინეკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები და საშუალო სამედიცინო სასწავლებლები.

თბილისის სამედიცინო უნივერსიტეტის და სამედიცინო აკადემიის მეანობა-გინეკოლოგიის კათედრების ხელმძღვანელები ყოველთვის დიდი პასუხისმგებლობით ეკიდებოდნენ პედაგოგიურ და სამეცნიერო მუშაობას, მშობლიურ ენაზე სახელმძღვანელოებისა და მონოგრაფიების გამოცემას, ახალგაზრდა კადრების აღზრდასა და დახელოვნებას.

მეანობა-გინეკოლოგიის თანამედროვე დონემ განაპირობა ახალი სახელმძღვანელოს გამოცემის საჭიროება. ავტორებმა გაითვალისწინეს მეანობა-გინეკოლოგიის ახალი მიღწევები, განიხილეს სამეანო-გინეკოლოგიური პათოლოგიის ეტიოპათოგენეზი, სემიოტიკა, ადამიანის გენეტიკა, დიაგნოსტიკა, თანამედროვე პრაქტიკაში პროფილაქტიკისა და მკურნალობის დანერგილი მეთოდები, რომელთა შესაბამისად წიგნის ზოგი თავი ხელახლა დაწერეს, ზოგი კი საფუძვლიანად გადაამუშავეს, შეასწორეს და შეავსეს.

I თავი

მეანობა–გინეკოლოგიის განვითარების მოკლე ისტორია

მეანობა გინეკოლოგიის ნაწილია და შეისწავლის განაყოფიერების, ჩასახვის, ორსულობის, მშობიარობის, ლოგინობის, ახალშობილობის ხანის ფიზიოლოგიასა და პათოლოგიას, აგრეთვე ორსულობასთან დაკავშირებულ დაავადებებს.

კლინიკური მედიცინის უძველესი დარგი გინეკოლოგია (ბერძ. gyne, gynaikos– ქალი, logos–მოძღვრება) ბიოლოგიური მეცნიერებაა. ის შეისწავლის ქალის ორგანიზმში, განსაკუთრებით კი მის სასქესო ორგანოებში ორსულობის გარეშე მიმდინარე ფიზიოლოგიურ და პათოლოგიურ პროცესებს. მეანობა კი გინეკოლოგიის ნაწილია, რომელიც შეისწავლის ქალის ორგანიზმის ფიზიოლოგიას და პათოლოგიას დედობის ფუნქციასთან დაკავშირებით.

მეანობა–გინეკოლოგიის დასაბამი შორეულ წარსულში უნდა ვეძიოთ. ანტიკურმა ხანამ კაცობრიობას შესძინა დიდი მოაზროვნეები და მათი შრომები მედიცინის დარგში, რაც მეანობა–გინეკოლოგიის, როგორც მეცნიერების, შემდგომი განვითარების დაუშრეტელი წყარო იყო.

ჰიპოკრატეს, არისტოტელეს, ცელსიუსის, სორანიზის, ბალიწიდას, ამენოფის, ებერსის, ჰეროფილესა და მათ მოწაფეთა თხზულებებში მოიპოვება ცნობები, რომლებიც ზოგად წარმოდგენას გვაძლევენ იმდროინდელი მეანობა–გინეკოლოგიის განვითარებაზე.

მედიცინის მამამთავარი, ანტიკური მედიცინის რეფორმატორი ჰიპოკრატე (460–370 წწ. ჩ. წ. აღრიცხვამდე) თავის თხზულებათა შეიდტომეულში „ჰიპოკრატეს კრებული" ყურადღებას ამახვილებს მეანობა–გინეკოლოგიურ დაავადებებზე, განსაკუთრებით კი „ქალის ბუნებაზე", „ქალის სასქესო სფეროს ანთებებზე", „ქალის სასქესო ორგანოების კეთილ და ავთვისებიან სიმსივნეებზე", „ქალის უნაყოფობაზე", მშობიარობის ფიზიოლოგიურ და პათოლოგიურ მიმდინარეობაზე.

ჰიპოკრატე მშობიარობის დაწყების მიზეზად ნაყოფის კვების გაუარესებას მიიჩნევდა. მისი აზრით, როცა კვერცხში საკვები გამოილევა, ნაყოფი საზრდოს მოსაპოვებლად ენერგიულ მოძრაობას იწყებს. როცა ნაყოფი იზრდება და დედას საზრდოს საკმაო რაოდენობით მიწოდების უნარი აღარ აქვს, ნაყოფი აიგზნება გარსებს არღვევს, გარეთ გამოდის და თავისუფლდება.

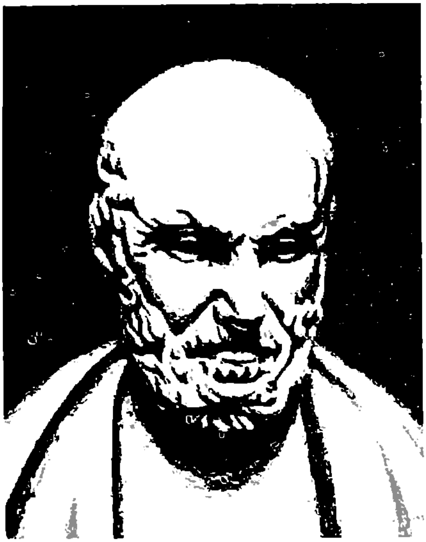
ჰიპოკრატესა და მისი მოწაფეების შემდეგ რამდენიმე საუკუნის განმავლობაში მეანობას და გინეკოლოგიას თვალსაჩინო წარმატება არ დასტყობია.

გინეკოლოგიის განვითარების დასაწყისია XVI საუკუნე, როცა გამოჩენილი ანატომების–ვეზალიუსის, ფალოპიუსის, ევსტაქიუსისა და სხვათა შრომებმა ქალის სასქესო ორგანოების ანატომია და ფიზიოლოგია „დააზუსტეს".

მეანობა–გინეკოლოგიის განვითარებაში დიდი წვლილი მიუძღვის ფრანგ ქირურგს ამბრუაზ პარეს (1510–1590), რომელმაც დააარსა სამშობიარო სახლები, შემოიღო გინეკოლოგიური სარკეები, ნაყოფის ფეხზე მობრუნების ოპერაცია და სხვ.

მეანობა–გინეკოლოგიის განვითარებას დიდად შეუწყვეს ხელი გრააფმა– საკვერცხეში ფოლიკულის (1670 წ.), ჰამიმ–სპერმატოზოიდისა (1677 წ.) და ბერიმ– კვერცხუჯრედის აღმოჩენით (1827 წ.).

XVII საუკუნეში გინეკოლოგიის შემდგომი განვითარება განაპირობა პარიზში სამეანო–გინეკოლოგიური კლინიკის გახსნამ. აქ შეიქმნა მეანთა სკოლა. მისმა წარმომადგენელმა მორისომ (1637–1709) სამეანო ოპერაციების ტექნიკა გააუმჯობესა



ჰიპოკრატე

გალენოსი

და სათანადო სახელმძღვანელოც შეადგინა.

XVIII საუკუნის დასაწყისიდან მეანობა—გინეკოლოგია განვითარებას იწყებს ინგლისში, ჰოლანდიაში, გერმანიაში, რუსეთსა და სხვა ქვეყნებში. ამ დროისათვის გინეკოლოგიის დარგში ნაყოფიერ მოღვაწეობას ეწეოდნენ ჰოლანდიელი დევენტერი (1651—1724), რომელიც კანონიერადაა მიჩნეული ვიწრო მენჯის შესახებ მოძღვრების ფუძემდებლად; ნიდერლანდელი ქირურგი პალფინი (1650—1730), რომელმაც სამეანო მაშა გამოიგონა და პრაქტიკაში დანერგა; ფრანგი მეან—გინეკოლოგი ბოდელოკი (1746—1810), რომელმაც შეიმუშავა და მეანობის პრაქტიკაში დანერგა მენჯის გაზომვა.

ამავე საუკუნეში სტრასბურგში დაარსდა (1729) სამშობიარო სახლი—კლინიკა, გეტინგენის უნივერსიტეტთან კი—პირველი სამეანო კლინიკა.

ამავე პერიოდში მოღვაწეობდა ცნობილი რუსი მეან—გინეკოლოგი ნ.მ. მაქსიმოვიჩი (ამბოდიკი) (1741—1812), რომელიც რუსეთში მეანობის ფუძემდებლადაა მიჩნეული. მან შექმნა მეანობის სახელმძღვანელო „სამეანო ხელოვნება, ანუ საბებიო საქმის მეცნიერება", რომელშიც გინეკოლოგია ცალკე თავად გამოყო. მასში აღწერილია ქალის ორგანიზმის ფიზიოლოგია და პათოლოგია, გინეკოლოგიურ დაავადებათა გამოკვლევის მეთოდები და ქალის ჰიგიენა. ნ.მ. მაქსიმოვიჩმა შემოიღო ფანტომზე მეცადინეობა.

რუსეთის სამეანო—გინეკოლოგიური კადრების აღზრდას დიდად შეუწყო ხელი 1798 წელს პეტერბურგისა და მოსკოვის სამედიცინო—ქირურგიულ აკადემიებთან სამეანო კათედრების დაარსებამ. კათედრებზე მოღვაწეობდნენ გამოჩენილი მეცნიერები: ი. კონრადი, ს.თ. ხოტოვიცკი (პეტერბურგში), გ. ფრეზე, ა.მ. შუმლიანსკი, ვ.მ. რიხტერი (მოსკოვში) და სხვ.

XIX საუკუნეში გინეკოლოგია ცალკე მეცნიერებად ჩამოყალიბდა. 1835 წელს

ნ.ა. მაქსიმოვიჩი (ამბოდიკი)

ა.ი.კრასოვსკი

რუსეთის უნივერსიტეტის საბებიო ხელოვნების კათედრა გადააკეთეს საბებიო ხელოვნების, ქალთა და ახალშობილთა დაავადებების კათედრად.

ამ პერიოდში შეიმუშავეს ბიმანუალური გასინჯვის მეთოდი, გამოიგონეს ზოგიერთი ხელსაწყო: საშვილოსნოს ზონდი, საშვილოსნოს გამოსაფხეკი კოვზი. ფართოდ იყენებდნენ სხვადასხვა თერაპიულ მეთოდს: საშვილოსნოს ყელის სკარიფიკაციას, ეროზიის მკურნალობას ლაპისითა და იოდის ნაყენით, გავარვარებული რკინით საშვილოსნოს ყელის ეროზიის მოწვას, სისხლის დენის შესაჩერებელ საშუალებებს, საშვილოსნოს გამოვარდნის შემთხვევებში—პესარებსა და ნახვევებს. საშარდე—სასქესო ფისტულების მოწვას ლაპისით ან მათ გაკერვას. ქირურგები მიმართავდნენ პოლიპოტომიას, საშვილოსნოს ყელის ამპუტაციას, ცისტების პუნქციას ტროაკარით.

ნ.ი. პიროგოვმა 1842 წლიდან 1853 წლამდე პეტერბურგის სამედიცინო—ქირურგიულ აკადემიაში ჩაატარა 5 გინეკოლოგიური ოპერაცია. მისმა მოწაფემ ა.ა. კიტერმა (1813–1879) 1846 წ. საშვილოსნოს კიბოს გამო გააკეთა საშვილოსნოს ტოტალური ექსტირპაცია. მანვე დაწერა პირველი რუსული სახელმძღვანელო გინეკოლოგიაში (1858 წ.). პროფ. ა.ა. კიტერი 1848 წლიდან 1858 წლამდე განაგებდა პეტერბურგის სამედიცინო ქირურგიულ აკადემიაში მეანობა—გინეკოლოგიის კათედრას, ის სამეანო—გინეკოლოგიური სკოლის ქირურგიული მიმართულების ფუძემდებელია.

რუსეთში ბუნებისმეტყველებისა და მედიცინის პროგრესმა მეანობა—გინეკელოგიაშიც ჰპოვა გამოსატულება. ა.ი.კრასოვსკიმ (1821–1898) პირველმა გააკეთა რუსეთში ოვარიოტომია და კარგი შედეგი მიიღო. ა.ი.კრასოვსკიმ და ვ.თ.სნეგირიოვმა მეანობა—გინეკოლოგიაში დანერგეს ასეპტიკა—ანტისეპტიკა. ა.ი.კრასოვსკი 1858 წლიდან 1875 წლამდე იყო პეტერბურგის სამედიცინო—ქირურგიული აკადემიის პროფესორი, ხოლო 1876 წლიდან 1898 წლამდე—პეტერბურგის სამშობიარო სახლის

ე. ბუმი

დირექტორი. მან დაწერა კლასიკური ნაშრომი „ოპერაციული მეანობა", რომელშიც საფუძვლიანადაა განხილული ქალის მენჯის ანატომია და მშობიარობის მექანიზმი.

მეანობა–გინეკოლოგიის შემდგომი განვითარების საქმეში გარკვეული წვლილი შეიტანეს ცნობილმა საზღვარგარეთელმა მეან–გინეკოლოგებმა: დ. გრააფმა, ვ. ბერმა, ე. ბუმმა, გ. ეერთჰეიმმა, ა. ჰეგარმა, ა. ლეოპოლდმა, ე. ვინტერმა, ი. ლეეერტმა, დ. ჰენკელმა, ე. აშოფმა, ა. დეაინმა, ა. დოდერლეინმა, გ. კელიმ, ე. კუსტომ, ე. ოპიცმა, ო. დიურსენმა, პ. ეაიბელმა, ი. ჰალბანმა, ლ. ზეიცმა, ი. ზემელვეისმა და სხვებმა.

ე. ბუმი (1858–1925) 1910 წლიდან განაგებდა მეანობა–გინეკოლოგიის კათედრას ბერლინში. მისი სამეცნიერო მუშაობის ძირითადი პრობლემა იყო ქალის სასქესო სფეროს ანთებითი პროცესი, განსაკუთრებით გონორეის შედეგად განვითარებული პათოლოგიური ცვლილებები საშვილოსნოსა და მის დანამატებში.

XIX საუკუნის ბოლოს და XX საუკუნის დასაწყისში რუსეთში მოღვაწეობდნენ გამოჩენილი მეან–გინეკოლოგები: ე.თ. სნეგირიოვი (1847–1916), დ.ო. ოტი (1855–1929), ვ.ს. გრუზდევი (1866–1938) და სხვ.

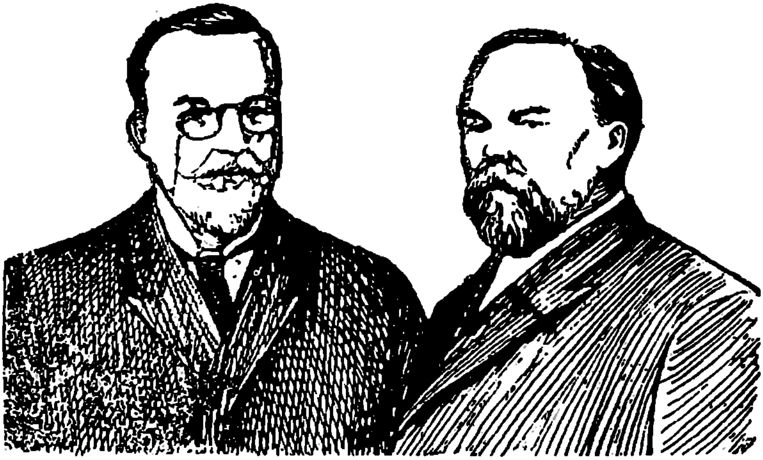
მოსკოვის მეანობა–გინეკოლოგიის სკოლის საუკეთესო წარმომადგენლებად მიჩნეული არიან ა.მ.მაკეევი და მ.ნ.პობედინსკი. ამ უკანასკნელმა მეანობაში შექმნა ორიგინალური სახელმძღვანელო, რომელიც 1937 წელს თარგმნა ი.თიკანაძემ. ეს ნაშრომი წლების მანძილზე ქართველ სტუდენტთა ერთ–ერთი ძირითადი სახელმძღვანელო იყო.

დ.ო. ოტმა (1855–1929) დააარსა პეტერბურგის მეანობა–გინეკოლოგიის ინსტიტუტი. მან დანერგა პრაქტიკაში პერინეოტომია და შორისის აღდგენის ოპერაცია. მისი მოწაფეები იყვნენ შემდგომში ცნობილი მეან–გინეკოლოგები: ლ. ბუბლიჩენკო, რ.ვ.კიპარსკი, ვ.ვ.სტროგანოვი, კ.პ.ულეზკო–სტროგანოვა, ა.ე.მანდელშტამი, ი.ჟორდანია, შ.მიქელაძე და სხვ.

XIX საუკუნის უკანასკნელ წლებში როგორც საზღვარგარეთ, ისე რუსეთში მეან–გინეკოლოგის სპეციალობა შეიქმნა. გინეკოლოგიის კურსს კითხულობდნენ რუსეთის უნივერსიტეტების ყველა სამედიცინო ფაკულტეტზე.

ოპერაციული გინეკოლოგიის ახალი ეპოქა დაიწყო ასეპტიკა–ანტისეპტიკის შემოღების შემდეგ. ასეპტიკა–ანტისეპტიკის შემოღების იდეა ეკუთვნის ცნობილ უნგრელ მეან–გინეკოლოგს ზემელვეისს (1818–1865). მან გამოთქვა აზრი, რომ მშობიარობისშემდგომი ხურვების შემთხვევები მატულობს სამშობიაროში სტუდენტთა მომრავლების შედეგად.

გინეკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობაში განსაკუთრებული როლი შეასრულა 1895 წელს რენტგენის მიერ X სხივების აღმოჩენამ, რომლებიც რენტგენის



ე.ო. სნეგირიოვი და ა.პ. გუბარიოვი

სხივების სახელწოდებითაა ცნობილი. ერთობ მნიშვნელოვანი ფაქტი იყო 1898 წელს სკლადოვსკაიასა და კიურის მიერ რადიაქტიური ელემენტის–რადიუმის აღმოჩენა.

რუსეთში გინეკოლოგიის განვითარებას დიდად შეუწყო ხელი მეან–გინეკოლოგთა საზოგადოებებმა (პეტერბურგის, მოსკოვისა და კიევის), სამეცნიერო–სამედიცინო საზოგადოებასთან არსებულმა სექციებმა („მეანობა და ქალთა დაავადებები") და სხვადასხვა საექიმო ყრილობამ. საზოგადოებათა სხდომებსა და ყრილობებზე არჩევდნენ მოსახლეობის გინეკოლოგიური მომსახურების საკითხებს.

ცნობილ რუს გინეკოლოგთაგან ზოგიერთმა (ი.პ.ლაზარევიჩი, ნ.პ.ფენომენოვი, კ.პ.ულეზკო–სტროგანოვა, გ.რ. გენტერი, ლ.ლ. ოკინჩიცი, გ.თ. პისემსკი, კ.კ. სკრობანსკი და სხვ.) სამეცნიერო–პედაგოგიური მუშაობა განაგრძო საბჭოთა პერიოდშიც.

ა.ე. მანდელშტამმა (1894–1983) 1916 წელს დაამთავრა მოსკოვის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტი, 1924 წელს კი დაიცვა სადოქტორო დისერტაცია. 1929–1935 წლებში იგი ჯერ ოდესაში, შემდეგ კი ხარკოვში ხელმძღვანელობდა მეანობა–გინეკოლოგიის კათედრას. 1935 წელს ა.ე.მანდელშტამი აირჩიეს ლენინგრადის ექიმთა დახელოვნების სახელმწიფო ინსტიტუტის მეანობა–გინეკოლოგიის კათედრის გამგედ, 1942–1945 წლებში იგი მუშაობდა ამიერკავკასიის ფრონტის მთავარ გინეკოლოგად.

ნ.ნ. ფენომენოვმა (1885–1918) გამოაქვეყნა ოპერაციული მეანობის სახელმძღვანელო, შეიმუშავა მრავალი სამეანო ოპერაციის ტექნიკა და ჩვენებები. კ.პ. ულეზკო–სტროგანოვას ეკუთვნის გამოკვლევები ქალის სასქესო აპარატის მორფოლოგიისა და ჰისტოლოგიის საკითხებში.

პეტერბურგის ქალთა სამედიცინო ინსტიტუტის მეანობა–გინეკოლოგიის კათედრის ხელმძღვანელი იყო კ.კ.სკრობანსკი (1874–1946). განსაკუთრებით აღსანიშნავია მისი ექსპერიმენტულ–კლინიკური ნაშრომები საკვერცხის ფიზიოლოგიის შესახებ, მეანობისა და გინეკოლოგიის კაპიტალური სახელმძღვანელოები.

დ.ოტი

ი.ზემელვეისი

გ.პ.გენტერი მოღვაწეობდა ლენინგრადის სამედიცინო ინსტიტუტში. მან გამოაქვეყნა მეანობის სახელმძღვანელო „სამეანო სემინარი" (3 ტომი). იგი იყო ბრწყინვალე პედაგოგი და კარგი კლინიცისტი. მისი მრავალი გამოკვლევა შევიდა მეანობის სახელმძღვანელოებში.

ლ.ლ. ოკინჩიცი (1874—1941) შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების, კერძოდ, კი საკვერცხეების ფუნქციის საკიხის შესწავლის პიონერია. მან შექმნა ოთხტომეული სახელმძღვანელო „გინეკოლოგიური კლინიკა", „ოპერაციული გინეკოლოგია" და სხვ. ლ.ლ. ოკინჩიცი ქალის სასქესო ორგანოების ავთვისებიან სიმსივნეებთან ბრძოლის აქტიური ორგანიზატორი იყო.

XX საუკუნე როგორც თეორიული, ისე პრაქტიკული გინეკოლოგიის დიდი მიღწევებით აღინიშნა. მედიცინის პროგრესმა, რომელიც მოლეკულური ბიოლოგიისა და გენეტიკის სწრაფი განვითარებითაა გაპირობებული, აშკარა გახადა სხვადასხვა დარგის გამოყოფის საჭიროება. გინეკოლოგიას გამოეყო გინეკოლოგიური ენდოკრინოლოგია, უროგინეკოლოგია, ბავშვთა გინეკოლოგია, ონკოგინეკოლოგია და სხვ.

გინეკოლოგიის დარგის ერთ—ერთი მიღწევაა ავსტრალიელი მეცნიერების ჰიჩმანისა და ადლერის (1907) მიერ საკვერცხეში მიმდინარე ციკლური პროცესის შესაბამისად საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში ციკლური პროცესის დადგენა.

ამავე ხანებში გაფართოვდა სასქესო ჰორმონების შესწავლის საკითხი. ალენმა და დოიზიმ 1923 წელს დაამტკიცეს, რომ შესაძლებელია სპეციფიკური ესტროგენული რეაქციის მიღება კასტრირებული თაგვების ლორწოვანი ფოლიკულური ჰორმონის შეყვანის შემდეგ. ამან შესაძლებელი გახადა სხვადასხვა ესტროგენული ჰორმონის აქტივობის შესწავლა.

1927 წელს აშჰეიმმა და ცონდეკმა, მათგან დამოუკიდებლად კი კისმისმა გამოაქვეყნეს ცნობები ჰიპოფიზის წინა წილის გონადოტროპული ჰორმონების მნიშვნელობის შესახებ, რამაც შესაძლებელი გახადა საკვერცხესა და ჰიპოფიზის წინა

გ.პ.ეენტერი

კ.კ.სკრობანსკი

წილს შორის ურთიერთდამოკიდებულების დადგენა, ამან კი ხელი შეუწყო მენსტრუალური ციკლის დროს მიმდინარე პროცესების ახსნას.

1932 წელს ალენმა, სისოუმ და სლოტმა ყვითელი სხეულისაგან გამოყეეს აქტიური ჰორმონი, რითაც დაადასტურეს ე.ა.პოდეისოცკის, კ.კ. სკრობანსკისა და ფრენკელის აზრი იმის შესახებ, რომ ყვითელი სხეული შინაგანი სეკრეციის ორგანოა.

ამ პერიოდს ეკუთვნის სასქესო ორგანოების კიბოს რენტგენის სხივებით მკურნალობის შემოღება. საშვილოსნოს ყელის კიბოს ადრეულ დადგენას ხელი შეუწყო ჰინზელმანის აპარატმა— კოლპოსკოპმა, რომლის ოპტიკური მოწყობილობა ძლიერი გადიდებით ლორწოვანი გარსის დათვალიერების საშუალებას იძლევა. ამჟამად ამ მეთოდს იყენებენ ჰისტოლოგიურ და ციტოლოგიურ გამოკვლევასთან კომპლექსში.

მეანობა—გინეკოლოგიის განვითარებაში განსაკუთრებული ღვაწლი მიუძღვის აკადემიკოს მ.ს.მალინოვსკის. იგი მეანობა—გინეკოლოგიის დარგის თვალსაჩინო წარმომადგენელია. მეანობა—გინეკოლოგიაში თითქმის არ დარჩენილა საკითხი, რომელსაც ეს მეცნიერი არ შეხებოდეს. მ.ს.მალინოვსკის დიდი ღვაწლი მიუძღვის აგრეთვე სამეანო—გინეკოლოგიური დასმარების სისტემის შექმნაში. იგი მრავალი კაპიტალური მეცნიერული ნაშრომის ავტორია. დიდია მ.ს.მალინოვსკის დამსახურება მეან—გინეკოლოგთა კადრების აღზრდის საქმეში. მისი მოწაფეები დღეს წამყვანი მეცნიერები ად კლინიცისტები არიან. საქართველოში მუშაობდა მისი ყოფილი მოწაფე—გამოჩენილი მეცნიერი აკადემიკოსი კ.ჩაჩავა.

მ.ს.მალინოვსკის მოწაფეებიდან აღსანიშნავია გამოჩენილი მეცნიერი, პედაგოგი და კლინიცისტი თ.ა.სიროვატკო (1896—1977). იგი 1952—1971 წლებში ხელმძღვანელობდა ექიმთა დახელოვნების ცენტრალური ინსტიტუტის მეანობა—გინეკოლოგიის კათედრას. თ.ა.სიროვატკომ კლინიკურ პირობებში გამოავლინა ქალის სასქესო სფეროს ინტერორეცეპციის არსებობა—საშვილოსნოს მექანო—ბარო—ქემო და თერმორეცეპტორები, რომელთა მექანიკური გაღიზიანებით ვითარდება ვისცერულ—სენ-

მ.ს.მალინოვსკი

თ.ა.სიროვატკო

სორული რეფლექსი. ეს აღმოჩენა დაედო საფუძვლად მშობიარობის დაწყების ფაქტორების შესწავლას და მშობიარობის ფსიქოპროფილაქტიკურ გაუტკივარებას.
თ.ა.სიროვატკო სახელმძღვანელოს და 172 მეცნიერული შრომის ავტორია. მისი უშუალო ხელმძღვანელობით შესრულებულია 16 სადოქტორო და 45 საკანდიდატო დისერტაცია. თ.ა.სიროვატკოს დიდი მეცნიერული კონტაქტი ჰქონდა გამოჩენილ ქართველ მეან–გინეკოლოგებთან, რამაც მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა ახალგაზრდა ქართველ მეან–გინეკოლოგთა კადრების მეცნიერულ და პრაქტიკულ დახელოვნებაში.

აკადემიკოსი ლ.ს.პერსიანინოვი (1908–1979)–გამოჩენილი მეცნიერი, მეან–გინეკოლოგი, მოსკოვის პირველი სამედიცინო ინსტიტუტის მეან–გინეკოლოგიის კათედრის გამგე, 400–ზე მეტი შრომის, მათ შორის სახელმძღვანელოებისა და მონოგრაფიების ავტორი იყო. მისმა შრომებმა დიდი წვლილი შეიტანა დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში.

მეანობა–გინეკოლოგიის განვითარება საქართველოში

საქართველოს მეანობა–გინეკოლოგიამ განვითარების ისეთივე ეტაპები გაიარა, როგორიც სხვა ქვეყნის მეანობა–გინეკოლოგიამ.

შუა საუკუნეების საქართველოს სამონასტრო–საეკლესიო ცენტრებში: ტაო–კლარჯეთში, ხანძთის მონასტერში, გელათისა და იყალთოს აკადემიებში და სხვ, სამედიცინო აზროვნება და საქმე ვითარდებოდა. ამ ეპოქაში შექმნეს სამედიცინო თხზულებები: „უსწორო კარაბადინი", „წიგნი სააქიმოი", „იადიგარ დაუდი", რომლებშიც სხვა დაავადებებთან ერთად განხილულია სამეანო– გინეკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხები.

საქართველოში სამედიცინო კულტურის მდიდარი ტრადიციები ისტორიულად ანტიკური პერიოდიდან მომდინარეობს.

საქართველოში XI–XIII საუკუნეებში იყვნენ პროფილირებული დარგების ექიმები–თერაპევტები, ქირურგები და მეან–გინეკოლოგები ასეთი წოდებით „ბებია", „დედათ მოურავი". მათი მოღვაწეობის სარბიელი და მკურნალობის ძირითა-

დი მიმართულებანი არაერთგზის არის განხილული მომდევნო პერიოდების სხვადასხვა საისტორიო, სალიტერატურო და სამედიცინო წყაროებში.

XIII–XVIII საუკუნეები ქართველი ერისთვის ულმობელი აღმოჩნდა. სხვადასხვა ჯურის მტერთა განუწყვეტელი შემოსევების გამო ქართველი ხალხის მთავარ ამოცანად იქცა გადარჩენოდა ფიზიკურ განადგურებას და როგორმე შეენარჩუნებინა კულტურული მემკვიდრეობა. ქართველი სწავლულნი უცხოეთში იხიზნებოდნენ და იქ მოღვაწეობდნენ.

თამამად შეიძლება ვთქვათ, რომ ქართველმა სწავლულებმა მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანეს მეანობა–გინეკოლოგიის საწყისთა შექმნაში.

1873 წელს თბილისში დაარსდა კერძო სამშობიარო დახმარების დაწესებულება, რომელიც ამავე წელს გადააკეთეს სამეანო ინსტიტუტად (ე.წ. ოლღას სამეანო ინსტიტუტი). 1875 წელს ამ ინსტიტუტთან გაიხსნა სამეანო სკოლა. 1885 წელს აქვე ჩამოყალიბდა ამიერკავკასიის მეან–გინეკოლოგთა საზოგადოება.

1896 წელს თბილისში მიხეილის საავადმყოფოში (შემდგომ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფო) ექიმ ე.ი.სობესტიანსკის თაოსნობით გაიხსნა 35–საწოლიანი გინეკოლოგიური განყოფილება, რომელიც ამიერკავკასიაში პირველი იყო. 1912 წელს ე.ი. სობესტიანსკი ახლად გახსნილი სამეანო–გინეკოლოგიური ინსტიტუტის დირექტორად დანიშნეს და განაგებდა მას 29 წლის განმავლობაში. მან მეტად მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა საქართველოში ოპერაციული გინეკოლოგიისა და მეანობის განვითარებაში. ამიერკავკასიაში პირველი საკეისრო კვეთაც მან გააკეთა. 1912 წელს გინეკოლოგიური განყოფილების გამგედ დანიშნეს ი.თუმანიშვილი, რომელიც ამ თანამდებობაზე შეუცვლელად მუშაობდა 1950 წლამდე. მან პირველმა გამოსცა ქართულ ენაზე გინეკოლოგიის სახელმძღვანელო საშუალო სამეანო სკოლებისთვის. 1912 წელს ოლღას სამეანო ინსტიტუტის სამეანო განყოფილების გამგედ დანიშნეს ი.მეფისაშვილი, რომელიც 1940 წლამდე მუშაობდა ამ თანამდებობაზე. მან სამეანო სკოლისთვის ქართულ ენაზე გამოსცა მეანობის სახელმძღვანელო.

საქართველოში სამეანო–გინეკოლოგიური დახმარების საქმეს ემსახურებოდა აგრეთვე თბილისის რკინიგზის სამეანო–გინეკოლოგიური განყოფილება, ქალაქის I საავადმყოფოსთან არსებული სამეანო–გინეკოლოგიური განყოფილება. კერძო სამეანო–გინეკოლოგიური სტაციონარები არსებობდა ქუთაისში, ბათუმში, სოხუმში, ჭიათურასა და ფოთში. მიუხედავად ამისა, მოსახლეობის სამეანო– გინეკოლოგიური მომსახურების საქმე მაინც სავალალო მდგომარეობაში იყო. აღნიშნული დაწესებულებები ძლივს წვდებოდა ქალაქის მოსახლეობას, სოფლის მოსახლეობა კი თითქმის სრულიად მოკლებული იყო სამეანო–გინეკოლოგიურ დახმარებას. საქართველოში კლინიკური და მეცნიერული მეანობა–გინეკოლოგიის შექმნა–განვითარების ისტორია განუყრელადაა დაკავშირებული თბილისის უნივერსიტეტში ბუნებისმეტყველებისა და მასთან მედიცინის ფაკულტეტის გახსნასთან. თბილისის უნივერსიტეტი ოფიციალურად გაიხსნა 1918 წლის 26 იანვარს (ძველი სტილით) დავით აღმაშენებლის ხსოვნის დღეს. უნივერსიტეტის გახსნა ქართველი ხალხისთვის უდიდესი ისტორიული მნიშვნელობის მოვლენად იქცა. 1919 წელს თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბუნებისმეტყველების ფაკულტეტს გამოეყო მედიცინის ფაკულტეტი, რომელზეც ცალ– ცალკე ჩამოყალიბდა მეანობისა და გინეკოლოგიის კათედრები. მეანობის კათედრის გამგედ აირჩიეს (1919 წ.) ივანე ელიზბარის ძე თიკანაძე, გინეკოლოგიის კათედრის გამგედ კი (1920 წ.)–პროფესორი გაბრიელ გრიგოლის ძე ღამბარაშვილი.

გ. ღამბარაშვილი

ი. თიკანაძე

ი. თიკანაძე (1864—1943) ამ რჩეულ ქართველ მეცნიერ—მედიკოსთა რიცხვს ეკუთვნის, რომელთაც ახასიათებს მაღალი მოქალაქეობრივი თვისებები, სამშობლოსა და ხალხისუსაზღვრო სიყვარული, ადამიანის ჯანმრთელობაზე დაუცხრომელი ზრუნვა.

ი. თიკანაძე ხელმძღვანელობდა თბილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის სამეანო კათედრას მისი დაარსების დღიდან 1942 წლამდე. მან მოკლე დროში ფართოდ გაშალა მეცნიერული მუშაობა. ი. თიკანაძის შრომები ეხება მეანობა—გინეკოლოგიისა და ენდოკრინოლოგიის აქტუალურ საკითხებს. მან კლინიკაში შემოიღო ორსულთა ტოქსიკოზის, სამეანო ტრავმატიზმის, ლოგინობის ხანის დაავადებებისა და ოპერაციისშემდგომი პათოლოგიის მკურნალობის დამზოგველი წესები, რითაც მინიმუმამდე დაიყვანა გართულებათა რიცხვი. ი. თიკანაძე დიდ ყურადღებას უთმობდა ახალშობილთა ფიზიოლოგიის, რაციონალური კვების, გინეკოლოგიური ოპერაციების წესების გაუმჯობესების, აგრეთვე ორსულთა, მშობიარეთა და ახალშობილთა ორგანიზმში ნივთიერებათა ცვლის საკითხებს. იგი აქტიურად მონაწილეობდა მეან—გინეკოლოგთა საკავშირო და რესპუბლიკური კონფერენციების, საქართველოს ექიმთა კონგრესის მუშაობაში). მისი ინიციატივით დაარსდა საქართველოს ექიმთა საზოგადოება. ი. თიკანაძე ამ საზოგადოების თავმჯდომარე და გამგეობის წევრი იყო. იგი კიევისა და ხარკოვის მეან—გინეკოლოგთა საზოგადოების საპატიო წევრადაც იყო არჩეული. ი. თიკანაძემ დიდი მუშაობა ჩაატარა ქართული სამედიცინო, კერძოდ კი მეანობა—გინეკოლოგიის ტერმინოლოგიის შესამუშავებლად.

ი. თიკანაძის პიროვნებაში ჰარმონიულად იყო შერწყმული მეცნიერის, პედაგოგისა და მოქალაქის შესანიშნავი თვისებები. იგი სამართლიანადაა მიჩნეული საქართველოში მეცნიერული მეანობის ფუძემდებლად. მისი თანამშრომლებიდან განსაკუთრებით უნდა აღვნიშნოთ პროფესორები: ე. შალამბერიძე, ა. ახვლედიანი, ბ. კოპალეიშვილი, ვ. ჩახავა, ე. კუჭაიძე, ი. ეზიაშვილი, გ. ლორთქიფანიძე, მ. გაბრიჩიძე, შ. თარგამაძე, ს. ბერინოვა—კუჭაიძე, გ. კალანდაძე და სხვ. ე. შალამბერიძე (1879—1955) განაგებდა სტომატოლოგიური ინსტიტუტის მეანობა—გინეკოლოგიის კათ-

ედრას. მან გამოსცა მეანობის სახელმძღვანელო სტუდენტთათვის.

მეანობა—გინეკოლოგიის დარგში მეტად ნაყოფიერი მუშაობა ჩაატარა ა. ასლედიანმა (1896–1942). მის კალამს ეკუთვნის მეანობა—გინეკოლოგიის სახელმძღვანელო საშუალო სკოლებისთვის და მეანობის სახელმძღვანელო უმაღლესი სასწავლებლის სტუდენტთათვის. ფასდაუდებელია მისი მეცნიერული მემკვიდრეობა მეანობა—გინეკოლოგიაში.

პ.შუშანია

ბ. კოპალეიშვილმა (1898–1979) სადოქტორო დისერტაცია დაიცვა 1937 წელს თემაზე: „ჟანგვა—აღდგენითი პროცესების მიმდინარეობა მშობიარობისა და ლოგინობის პერიოდში" პროფესორი ბ. კოპალეიშვილი 1953 წლიდან მუშაობდა სამკურნალო ფაკულტეტის მეანობა—გინეკოლოგიის კათედრაზე პროფესორად.

გ. ღამბარაშვილი (1879–1954) სამართლიანადაა მიჩნეული საქართველოში გინეკოლოგიის, ონკოლოგიური გინეკოლოგიის, რენტგენორადიოლოგიისა და ფიზიოთერაპიის ფუძემდებლად. 1924 წელს გ.ღამბარაშვილის თაოსნობით გაიხსნა პირველი რენტგენოლოგიური განყოფილება, თერაპიული და დიაგნოსტიკური აპარატურით, კლინიკაში დაიწყეს ავთვისებიანი და კეთილთვისებიანი სიმსივნეების სხივური მკურნალობა რადიუმით.

გ. ღამბარაშვილი სიმსივნეების სხივური ენერგიით მკურნალობის ერთ— ერთი პიონერია. მისი კაპიტალური შრომა „საშვილოსნოს ფიბრომიომები და მათი მკურნალობა" ეხება ამ დაავადების ეტიოლოგიას, დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას. გ.ღამბარაშვილმა დაადასტურა ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობის დროს რადიუმისა და რენტგენის სხივების გამოყენების უპირატესობა ოპერაციასთან შედარებით. იგი კიბოსთან ბრძოლის საკითხში უდიდეს მნიშვნელობას აძლევდა პროფილაქტიურ და ორგანიზაციულ ღონისძიებებს. გ.ღამბარაშვილის კალამს ეკუთვნის აგრეთვე შრომები მშობიარობის გაუტკივარების, გენიტალური ციკლის ფიზიოლოგიისა და პათოლოგიის შესახებ. იგი იყო დიდი კლინიცისტი და საყოველთაოდ აღიარებული მეცნიერი.

სწორედ გ.ღამბარაშვილის პიროვნებაზეა ნათქვამი—„ჩემი მსაჯული ჩემი ტვინია და ის პატარა ღმერთი, რომელსაც სინდისს ეძახიან"—როგორც ბრძანა დიდმა ილიამ.

ღამბარაშვილის მოწაფეებიდან განსაკუთრებით გამოირჩეოდნენ მ. მგალობლიშვილი, ლ. ელიაშვილი, პ. შუშანია, გ. ნაზარეიშვილი, ა. უსტიაშვილი, ი. კონიაშვილი, შ. ქორიძე, ა. ძნელაძე, ს. ღამბაშიძე, გ. ცაგარელი, მ. გიგინეიშვილი, მ. გიგინეიშვილი, ნ. ტურიაშვილი, ვ. ზაკრჟევსკი, ა. აგარონოვი, გ. ზედგენიძე, ე. ბეთანელი, ლ. გრიგოლია, ე. კანდელაკი, ა. გვერდწითელი, ი. მაისაია, დ. მიქელაძე.

საქართველოში მეანობა—გინეკოლოგიის განვითარების საქმეში დიდი წვლილი მიუძღვის მ.მგალობლიშვილს (1887–1931). მისი მრავალრიცხოვანი შრომებიდან აღსანიშნავია მონოგრაფიები, 50—ე მეტი ექსპერიმენტული და კლინიკური ნაშრომი.

პროფ. პ. შუშანია (1891–1971) 1942 წლიდან 1971 წლამდე განაგებდა სამკურნალო ფაკულტეტის მეანობა—გინეკოლოგიის კათედრას. მას ეკუთვნის 90—ზე მეტი ექსპერიმენტური და კლინიკური გამოკვლევა. აგრეთვე გინეკოლოგიის სახელმძღვანელო. განსაკუთრებით აღსანიშნავია მისი სადოქტორო დისერტაცია „ქალის მენსტრუალური

ბ.ღოღობერიძე

ციკლი და მისი მოშლილობანი" (1937 წ.), რომელიც ეხება ნორმალური მენსტრუალური ციკლის ფიზიოლოგიისა და მისი მოშლილობის მკურნალობის საკითხებს. პ. შუშანიამ შეიმუშავა მენსტრუალური ციკლის მოშლილობის კლასიფიკაცია. დაამუშავა საკითხი საკვერცხეების პოლიკისტოზის მკურნალობის შესახებ.

პ. შუშანია იყო მოსკოვის, ლენინგრადის, კიევისა და ხარკოვის მეან–გინეკოლოგთა სამეცნიერო საზოგადოებების საპატიო წევრი. იგი მეანობა– გინეკოლოგიის სკოლის ერთ–ერთი ფუძემდებელია საქართველოში. მას დიდი ღვაწლი მიუძღვის მეან–გინეკოლოგთა მომზადებისა და დახელოვნების საქმეში. პ.შუშანია საქართველოს მეან–გინეკოლოგთა საზოგადოების თავმჯდომარე იყო დაარსების დღიდან. მან აღზარდა სპეციალისტთა მრავალი თაობა. ბევრი მისი მოწაფე სახელმოხვეჭილი ექიმი და მეცნიერია: ძ. პაპიტაშვილი, ა. ასათიანი, ე. სუთიძე, ს. ფხაკაძე, შ. თარგამაძე, ჯ. ციციშვილი, ლ. სანაძე, დ. კიპლატაძე, ო. ჭანიშვილი, ე. შუშანია, ნ. თუხარელი, ა. ბუაჩიძე და სხვ.

ქართული მეანობა–გინეკოლოგიის განვითარებაში დიდი ღვაწლი მიუძღვის ბ.ღოღობერიძეს (1884–1954). იგი 1921 წლიდან ნაყოფიერ მუშაობას ეწეოდა თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეანობა– გინეკოლოგიის კათედრაზე, კითხულობდა ლექციებს ოპერაციულ მეანობასა და გინეკოლოგიაში. ბ. ღოღობერიძე 1931 წლიდან 1954 წლამდე განაგებდა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის პედიატრიული, სანიტარული და სტომატოლოგიური ფაკულტეტების მეანობა– გინეკოლოგიის კათედრას. მას ეკუთვნის სტუდენტთა და ექიმთათვის განკუთვნილი სახელმძღვანელოები მეანობა–გინეკოლოგიაში. ბ.კ. ღოღობერიძე კვალიფიციური კადრების აღმზრდელი იყო.

პროფ. ლ. ელიაშვილი (1893–1959) დიდ მუშაობას ეწეოდა დედათა და ბავშვთა დაცვის სამეცნიერო–კვლევით ინსტიტუტში, სადაც დროებით განაგებდა სამეანო–გინეკოლოგიურ განყოფილებას და იყო სწავლული მდივანი. 1946 წლიდან იგი განაგებდა ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტის მეანობა–გინეკოლოგიის კათედრას. 1955 წლიდან 1959 წლამდე ლ. ელიაშვილი იყო თბილისის მეანა–გინეკოლოგთა საზოგადოების თავმჯდომარე. ის ავტორია 70–ზე მეტი ექსპერიმენტული და კლინიკური შრომების. ლ. ელიაშვილმა აღზარდა მრავალრიცხოვანი კადრი, მათ შორის აკადემიკოსი კ. ჩაჩავა, ნ. ბოკერია, ე. კურცხალია, პ. ვაშაკიძე, ო. ბუჯიაშვილი და სხვ.

პროფესორი ა. უსტიაშვილი (1896–1978) განაგებდა თბილისის სამედიცინო ინსტიტუტის პედიატრიის, სტომატოლოგიისა და სანიტარია–ჰიგიენის ფაკულტეტების მეანობა–გინეკოლოგიის კათედრას.

ა. უსტიაშვილმა პლაცენტის ქსოვილის კულტურაზე პირველმა დაადგინა, რომ ქორიონს აქვს გონადოტროპული ჰორმონის–პროლანის გამომუშავების უნარი. მან პირველმა შეისწავლა ალერგიის მნიშვნელობა გინეკოლოგიაში, ამ მიმართულებით ჩაატარა ექსპერიმენტები და დაამტკიცა, რომ ქალის შინაგანი სასქესო ორგანოთა

ანთებითი დაავადებების გამწვავების ერთ-ერთი უხშირესი მიზეზია ალერგიული ფაქტორი. ა.უსტიაშვილმა პირველმა მიუთითა ალერგენების როლზე მენსტრუალური ციკლის მოშლილობათა პათოგენეზში, საქართველოში პირველმა გამოიკვლია რეზუსფაქტორის როლი მეანობაში. ა.უსტიაშვილმა ბ.კოპალეიშვილთან ერთად შექმნა მეანობა– გინეკოლოგიის ქართული ტერმინოლოგია. მის მიერ შესრულებულია ასზე მეტი სამეცნიერო ნაშრომი, გამოცემულია რამდენიმე მონოგრაფია და დამხმარე სახელმძღვანელო.

პროფ. ა. უსტიაშვილს დიდი ღვაწლი მიუძღვის აგრეთვე ახალგაზრდა მეცნიერთა აღზრდაში.

1976 წელს თბილისის სამედიცინო ინსტიტუტის პედიატრიის, სტომატოლოგიისა და სანიტარია–ჰიგიენის ფაკულტეტთა მეანობა–გინეკოლოგიის კათედრის გამგედ მუშაობდა ი.[illegible]ქავარიანი (1[illegible]1–1976 წ.წ.), 1977 წლიდან ამავე კათედრას განაგებს რ.ღოღობერიძე.

ს.ჩაჩავა

1935 წელს თბილისის ექიმთა დახელოვნების სახელმწიფო ინსტიტუტში ჩამოყალიბდა მეანობა–გინეკოლოგიის კათედრა, რომლის გამგედ აირჩიეს ი. თიკანაძე, ი. თიკანაძის შემდეგ სამეანო–გინეკოლოგიურ კათედრას სათავეში ედგნენ: ს. სობესტიანსკი, ლ. ელიაშვილი, ი. ჟორდანია, კ. ჩაჩავა. ამჟამად ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტში მეანობა გინეკოლოგიის ორი კათედრაა, რომელსაც განაგებენ აკადემიკოსი პ. კინტრაია და აკადემიკოსი ზ. ჭილაძე.

1958 წელს თბილისში გაიხსნა ქალის ფიზიოლოგიისა და პათოლოგიის ინსტიტუტი (ამჟამად ი.ჟორდანიას სახელობის ადამიანის გენერაციული ფუნქციის სამეცნიერო–კვლევითი ინსტიტუტი), რომელსაც სათავეში ჩაუდგა ი.ჟორდანია (1895–1962), ადრე იგი მოღვაწეობდა მოსკოვში–იყო ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტის მეანობა–გინეკოლოგიის კათედრის გამგე, სსრ კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მთავარი გინეკოლოგი და საკავშირო მეან–გინეკოლოგთა საზოგადოების თავმჯდომარე. 1957–1962 წ.წ. ი.ჟორდანია განაგებდა თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტის მეანობა–გინეკოლოგიის კათედრას.

მეანობა–გინეკოლოგიის განვითარებაში დიდი ღვაწლი მიუძღვის საბჭოთა კავშირის მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსს, მეცნიერების დამსახურებულ მოღვაწეს კ.ჩაჩავას (1919–1979). იგი ხელმძღვანელობდა თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტის მეანობა– გინეკოლოგიის კათედრას და საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს პერინატალური მედიცინისა და მეანობა–გინეკოლოგიის სამეცნიერო– კვლევით ინსტიტუტს. კ.ჩაჩავას ხელმძღვანელობით ინსტიტუტისა და კათედრის ბაზაზე ჩამოყალიბდა ერთ–ერთი პირველი სამეცნიერო–სასწავლო გაერთიანება, რომლის მუშაობის გამოცდილებამ ფართო აღიარება ჰპოვა მთელ მსოფლიოში.

კ. ჩაჩავა სამართლიანადაა მიჩნეული პერინატალოგიის ფუძემდებლად საბჭოთა კავშირში. მან პირველმა ჩაუყარა საფუძველი მეანობაში კლინიკურ–ფიზიკურ და ელექტროფიზიოლოგიურ მიმართულებებს, რომელთა საფუძველზე დამუშავდა ნაყოფისა და ახალშობილის სხვადასხვა პათოლოგიის დიაგნოსტიკისა და მკურნალო-

მ.მ.გიგინეიშვილი

ბის მეტად ეფექტური მეთოდები და საშუალებანი.

კ. ჩაჩავამ პირველმა დანერგა ჩვენში და საზღვარგარეთის ბევრ ქვეყანაში ნაყოფის ვაკუუმ–ექსტრაქციის მეთოდი, რამაც საგრძნობლად შეამცირა საკეისრო გაკვეთის რიცხვი და, რაც მთავარია, ნაყოფისა და ახალშობილის ლეტალობის შემთხვევები. მან პირველმა შეძლო გადაეღო ნაყოფის პირდაპირი კარდიოგრამა. პირველმა დანერგა რეოენცეფალოგრაფია, რაც საშუალებას გვაძლევს გამოვიკვლიოთ ნაყოფის ტვინში სისხლის მიმოქცევა. აღნიშნულ საკითხებზე კ.ჩაჩავას მონოგრაფია ითარგმნა და გამოიცა გერმანიაში. კ.ჩაჩავამ დიდი წვლილი შეიტანა ნაყოფის ტვინის „სუნთქვითი" ფუნქციის შესწავლაში. მან მსოფლიოში პირველმა შეიმუშავა ნაყოფისა და ახალშობილის კრანიოცერებრული ჰიპოთერმიის მეთოდი, რაც ასფიქსიასთან ბრძოლის ერთ– ერთი მძლავრი საშუალებაა. კ.ჩაჩავას ეკუთვნის 160 სამეცნიერო ნაშრომი. მისი ხელმძღვანელობით შესრულებულია 45 საკანდიდატო და 14 სადოქტორო დისერტაცია. დიდი ერუდიციის მეცნიერმა, დახელოვნებულმა კლინიცისტმა და ოპერატორმა კ.ჩაჩავამ წარუშლელი კვალი დატოვა ქართული მედიცინის ისტორიაში.

კ. ჩაჩავა იყო საქართველოს მეან–გინეკოლოგთა სამეცნიერო საზოგადოების თავმჯდომარე, მოსკოვის, კიევის, ლენინგრადის, რუმინეთის, ჩეხოსლოვაკიისა და უნგრეთის სამედიცინო საზოგადოებათა საპატიო წევრი.

მედიკო–ბიოლოგიური აკადემიის საპატიო აკადემიკოსი, პროფესორი მ.ს. გიგინეიშვილი დაიბადა 1910 წელს. იგი 1971 წლიდან 1983 წლამდე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეანობა–გინეკოლოგიის კათედრას განაგებდა. მას ეკუთვნის 150–ზე მეტი როგორც ექსპერიმენტული, ისე კლინიკური სამეცნიერო ნაშრომები, მათ შორის 12 მონოგრაფია, 10–გამოგონება. იგი მეანობისა და გინეკოლოგიის ხუთი ორიგინალური სახელმძღვანელოს ავტორია.

მის სადოქტორო დისერტაციაში „მშობიარობის დაწყების ფაქტორები" ექსპერიმენტული მონაცემების საფუძველზე ჩამოყალიბებულია თეორია მშობიარობის დაწყების შესახებ. მან დაამტკიცა, რომ მშობიარობა რთული ნერვულ–რეფლექსური აქტია, გამოწვეული ნეიროჰუმორული, ჰორმონული, ანატომიური, ფსიქიკური, ბიოფიზიკური, ფიზიოლოგიური და სხვა ფაქტორების ურთიერთქმედებით, რომლებიც აქტიურად მონაწილეობენ სამშობიარო დომინანტის ფორმირებასა და მშობიარობის რეგულაციაში.

საქართველოს მედიკო–ბიოლოგიური აკადემიის საპატიო აკადემიკოსი მ.ს. გიგინეიშვილი 1935 წლიდან მოღვაწეობს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეანობა–გინეკოლოგიის კათედრაზე. მას დიდი ღვაწლი მიუძღვის სტუდენტთა და მეან–გინეკოლოგიის კადრების აღზრდასა და მომზადებაში. მ.ს.გიგინეიშვილის ხელმძღვანელობით შესრულებულია სადოქტორო და საკანდიდატო დისერტაციები. ამჟამად იგი კათედრის პროფესორ–კონსულტანტია.

პროფ. მ.ს. გიგინეიშვილი ბოლო 30 წლის განმავლობაში ხელმძღვანელობდა

თბილისის მეან-გინეკოლოგთა სამეცნიერო საზოგადოებას.

1983–1994 წ.წ. სამედიცინო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეანობა-გინეკოლოგიის კათედრას განაგებდა პროფ. მ.მ. გიგინეიშვილი.

დაიბადა თბილისში სამედიცინო უნივერსიტეტის ცნობილი მედიკოსის, პედაგოგის, სტუდენტებისა და მეან-გინეკოლოგთა მრავალი თაობის აღმზრდელის, მეცნიერების დამსახურებული მოღვაწის, პროფესორ მიხეილ სამსონის ძე გიგინეიშვილის ოჯახში.

1956 წელს დაამთავრა თბილისის I საშუალო სკოლა, 1962 წელს მოსკოვის I სამედიცინო ინსტიტუტი. ექვსი წელი მუშაობდა ქ.მოსკოვში, ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტში. 1970–1983 წლებში იგი ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტის მეანობა-გინეკოლოგიის I კათედრის ასისტენტი, დოცენტი და კათედრის პროფესორია. 1970 წელს მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატია, 1979 წელს მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი. 1983 წლიდან გარდაცვალებამდე ხელმძღვანელობდა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მეანობა-გინეკოლოგიის კათედრას. იგი აგრეთვე იყო სამედიცინო უნივერსიტეტის მეანობა-გინეკოლოგიის და პედიატრიის დარგში სამეცნიერო ხარისხის მიმნიჭებელი საბჭოს თავმჯდომარე.

პროფ. მ.მ. გიგინეიშვილის მიერ შესრულებულია ოთხმოცდაათზე მეტი სამეცნიერო შრომა, მათ შორის რვა მონოგრაფია და ორი სახელმძღვანელო. მისთვის დამახასიათებელია კვლევის ფართო სპექტრი. ის იყო სანიმუშო ექსპერიმენტატორი, მაღალი რანგის მეცნიერი, მკვლევარი.

მის მიერ შესრულებული შრომები ეხება მეანობა-გინეკოლოგიასა და ენდოკრინოლოგიას, საშვილოსნოს კუმშვადობის ფიზიოლოგიას და პათოლოგიას, ქალის სასქესო ორგანოების კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი სიმსივნეების აქტუალურ საკითხებს.

განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს მამისა და შვილის ერთობლივი თანამშრომლობით გამოცემული სახელმძღვანელოები „მეანობა" და „გინეკოლოგია", რომლებიც მომავალ სპეციალისტთა სამაგიდო წიგნად იქცა; ავტორებმა კი საქართველოს სახელმწიფო პრემიის ლაურეატის წოდება დაიმსახურეს.

პროფ. მ.მ. გიგინეიშვილი იყო ბრწყინვალე კლინიცისტი და დასტაქარი, დიდი ერუდიციის მეცნიერი, დახვეწილი გონების ინტელიგენტი, სწავლული პედაგოგი, სტუდენტებისა და მეან-გინეკოლოგების გულისხმიერი აღმზრდელი, იშვიათი სულიერი სიმდიდრის ადამიანი. მას ჰქონდა სილამაზის საკუთარი კატეგორია, დინჯი და ფაქიზი, გონიერი გამომეტყველება, კეთილშობილი, ჭეშმარიტად ნათელი პიროვნება, რომელმაც ღრმა კვალი დატოვა ქართული მეანობა-გინეკოლოგიური მეცნიერების განვითარებაში.

II თავი

ქალის სასქესო ორგანოთა მორფოგენეზი

ორგანიზმის ინდივიდუალური განვითარებისა (ონტოგენეზისა) და ისტორიული განვითარების (ფილოგენეზის) ურთიერთობის საკითხი უშუალოდაა დაკავშირებული ორგანიზმისა და გარემოს ურთიერთობის საკითხთან. აქედან გასაგებია მისი დიდი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა როგორც ცოცხალი სამყაროს ისტორიული განვითარების კანონზომიერებათა გაშუქების, ასევე ორგანიზმის ინდივიდური განვითარების მართვის თვალსაზრისით.

ორგანიზმის ინდივიდურ განვითარებაში (ონტოგენეზში) აისახება ის გზა, რომელიც განვლო სახეობამ თავისი ისტორიული (ფილოგენეზური) განვითარების მანძილზე. უმაღლესი ცხოველების ჩანასახი იმეორებს წინაპართა გარკვეულ ნიშნებს.

ქალის სასქესო ორგანოთა მორფოგენეზი ორგანიზმის მორფოგენეზის რთული ჯაჭვის ერთ–ერთი რგოლია. სასქესო ორგანოთა, ისე როგორც მთლიანი ორგანიზმის, მორფოგენეზი განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის (რომელიც მწიფე სასქესო უჯრედების ქრომოსომათა ჰაპლოიდური რიცხვის შეერთების შედეგია) შემდგომი განვითარების პროდუქტია, კერძოდ კი განაყოფიერებულ კვერცხუჯრედში შექმნილი დნმ–ის მოლეკულის (გენეტიკური მასალის) გენების თანმიმდევრული ფუნქციის–ე.წ. დნმ–ის (დეზოქსირიბონუკლეინმჟავის) მოლეკულის პროგრამის განხორციელების პროდუქტი.

ამ პროგრამის მიხედვით, 13–23 სომიტის არსებობის სტადიაში მეზენქიმაში წარმოიქმნება უჯრედთა პოპულაცია–„სასქესო უჯრედები". ფაქტიურად ისინი სასქესო უჯრედები კი არა, სასქესო ორგანოთა შექმნისათვის განკუთვნილი უჯრედებია. ამ პერიოდისათვის ყალიბდება ცელომი (ღრუ), საიდანაც შემდეგ წარმოიქმნება სეროზული ღრუები. მეზენქიმის ნაწილი, რომელიც „სასქესო უჯრედებს" შეიცავს, თავსდება ცელომის ეპითელიუმის ქვეშ იმ ნაწილში, რომელიც მუცლის ღრუს ქვედა უკანა კედელს შეესაბამება და პირველადი თირკმლის მედიალურ მხარეს ფარავს. ცელომის ეპითელიუმის ეს ნაწილი ჭეშმარიტი სასქესო უჯრედების ჩანასახია. ამრიგად, ერთმანეთის მოსაზღვრედ თავსდება, „ერთმანეთს ხვდება" მეზენქიმა, რომელიც სასქესო ორგანოს შესაქმნელ უჯრედებს შეიცავს, და ეპითელიუმი, რომლისგანაც სასქესო უჯრედები წარმოიქმნება. მაშასადამე, ამ შემთხვევაშიც, ისევე, როგორც სხვა ორგანოთა განვითარების დროს, ერთმანეთს ხვდება პარენქიმისა და სტრომის შემქმნელი ქსოვილები. სტრომა გარს ეხვევა პარენქიმას (ეიხაიდან ნაყოფის განვითარების მე–7 კვირაზე პარენქიმა ოთგონიების სახითაა წარმოდგენილი) იმის მიხედვით, თუ რომელი სქესი შეიქმნა კვერცხუჯრედის განაყოფიერების დროს, ე.ი. რომელი კომპლექსი წარმოიქმნა ქრომოსომათა შეერთების შედეგად–XX თუ X. ნაყოფის განვითარების მე–18 კვირაზე ვითარდება წარმონაქმნები, რომლებსაც პრიმორდული ფოლიკულები ეწოდება. რადგან მეზენქიმაში, სპეციალიზებული სტრომის ამ უჯრედების გარდა, სხვა უჯრედები, სისხლძარღვები, ლიმფური ძარღვები და ნერვებიც არის, ამიტომ მეზენქიმის დანარჩენი ნაწილიდან ვითარდება ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილი ყველა თავისი შემადგენელი ელემენტით. ამრიგად, ყალიბდება ორგანო–საკვერცხე, რომელიც პარენქიმისა და სტრომისგან შედგება. პარენქიმას შეადგენს პრიმორდიული ფოლიკულები (სპეციალიზებული სტრომით გარშემოხვეული კვერცხუჯრედები), რომლებიც მოთავსებული არიან უშუალოდ თეთრი გარსის ქვეშ (ეს უკანასკნელიც ცელომური ეპითელიუმისგანაა წარმოქმნილი), ხოლო სტრომას–ფაშარი შემაერთებელი ქსო-

ვილი სისხლძარღვებით, ლიმფური ძარღვებით, ნერვებითა და უჯრედებით. რომელთა ნაწილი ფიბრობლასტებია, ნაწილი კი–სპეციალიზებული უჯრედები ინტერსტიციული უჯრედების სახით.

საკვერცხის ზედაპირს, რომელშიც პრიმორდიული ფოლიკულებია განლაგებული, ქერქოვან ნივთიერებას უწოდებენ, ცენტრალურ ნაწილს კი, რომელიც ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილისაგან შედგება და საკვერცხის კარიბჭიდან ახლოს–ტვინოვან ნივთიერებას. განვითარების მე–19 კვირიდან საკვერცხის ქერქოვან ნივთიერებაში ვითარდება მზარდი პრიმორდიული ფოლიკულები (400000–500000). 27–ე კვირაზე მზარდი ფოლიკულები უკვე ჩამოყალიბდება, მაგრამ მათ ჯერჯერობით ღრუ არა აქვთ. კვერცხუჯრედების ირგვლივ კი სპეციალიზებული სტრომიდან დიფერენცირდება თითისტარა ფორმის თეკა–უჯრედები, ფოლიკულის გარეთა გარსი და კუბის ფორმის გრანულური უჯრედები–ფოლიკულის შიგა გარსი. 29–ე კვირის შემდეგ ღრუიანი ფოლიკულები წარმოიქმნება. 33–ე კვირაზე აღინიშნება დიდღრუიანი, 5–7 მმ დიამეტრის ფოლიკულები, რომლებიც „ობტურაციული ატრეზიის" პროცესის სხვადასხვა სტადიაში არიან. შემდგომ საკვერცხეებში არსებითი კონსტრუქციული ცვლილებები არ ხდება, საკვერცხეების მოცულობა ასაკთან მატულობს და მე–9 თვისათვის ისინი დეფინიტიური ფორმის ხდებიან.

ვინაიდან ორგანიზმის განვითარების პროცესში ორგანოთა სისტემების შექმნა ურთიერთგანპირობებული მოვლენების ერთიანობის პრინციპით მიმდინარეობს, რაც არსებითად დნმ–ის პროგრამის განხორციელებაა, უნდა წარმოვიდგინოთ, რომ კვერცხსავალების, საშვილოსნოსა და საშოს მორფოგენეზიც დნმ–ის პროგრამის შესრულებითაა განპირობებული.

ამ პროგრამის შესრულების პროცესში ენდოდერმისგან ვითარდება ეპითელიუმი, რომელსაც კვერცხუჯრედის გადაადგილებისათვის წამწამები აქვს (მოციმციმე ეპითელიუმი). როგორც ყველა ორგანოს განვითარების დროს, ამ შემთხვევაშიც ეპითელიუმის მოსაზღვრედაა მეზენქიმა, საიდანაც ყალიბდება ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილი და ამრიგად, ლორწოვან გარსთან ერთად ლორწოვანქვეშა შემაერთებელი ქსოვილიც წარმოიქმნება, ე.ი. ჩნდება ლორწოვანქვეშა ანუ ლორწქვეშა შემაერთებელქსოვილიანი გარსი. პერისტალტიკისა და კვერცხუჯრედის გადაადგილებისთვის იმავე მეზენქიმიდან წარმოიქმნება გლუვკუნთოვანი უჯრედებიც, რომლებიც გარს ეხვევიან ლორწოვანქვეშა გარსს და კუნთოვან გარსს ქმნიან. ამის შედეგად კვერცხუჯრედის მოძრაობისთვის ასეთნაირად შეიქმნება კვერცხსავალი. იმავე კვერცხუჯრედის გადაადგილებისათვის ვითარდება კვერცხსავალების გაგრძელება–საშვილოსნოს რქები. საშვილოსნოს რქებისა და ტანის კედლებიც ქსოვილებისგან შედგებიან, როგორც კვერცხსავალის კედლები. კვერცხსავალები და მათი გაგრძელება–საშვილოსნოს რქები ორივე მხარეს სიმეტრიულად ვითარდება.

სიმეტრიული ნაწილები ზრდის პროცესში ერთმანეთს უერთდება და ქმნის საშვილოსნოს ტანს. ამ ნაწილების ერთმანეთთან შეერთების გამო 12 კვირის ნაყოფის საშვილოსნოს ტანი ორრქიანის შთაბეჭდილებას სტოვებს. 14–15 კვირის ნაყოფის საშვილოსნოს ტანის ლატერალურ მხარეებზე რქის ფორმა ასაკთან ქრება (თუ ორგანიზმის განვითარების მოშლის გამო სიმეტრიული მხარეები ერთმანეთს სრულად არ შეეზარდა, მაშინ ანომალია–ორრქიანი საშვილოსნო ვითარდება). 17–18 კვირის ნაყოფის საშვილოსნოს ტანის ფუძეს უნაგირის ფორმა აქვს, ხოლო ნაყოფის განვითარების მე–16 კვირაზე ფუძის გაგრძელება ცილინდრული ფორმისაა და მას ეწოდება საშვილოსნოს ყელი. ზრდასრული ნაყოფის კი–კონუსის ფორმისაა, რომლის განიერი ბოლოს გაგრძელებასაც წარმოადგენს საშო. საშო სეკრეტს გამოყოფს საშოში. საჭმლის მომნელებელი სისტემისათვის გარეთა გამოსატანი და

გარემოსთან ურთიერთობის დამამყარებელია სწორი ნაწლავი, საშარდე სისტემისთვის—შარდსადინარი, ქალის სასქესო სისტემისთვის კი—საშო. ამრიგად, საკვერცხეები და სხვა შიგა სასქესო ორგანოები ვითარდება ურთიერთკავშირში ერთი საერთო ფუნქციის შესასრულებლად.

გარეთა სასქესო ორგანოები—დიდი და მცირე სასირცხო ბაგეები კანისა და ლორწოვანი გარსისგან წარმოიქმნება.

ამრიგად, ორგანიზმის განვითარების პროცესში ყალიბდება სასქესო ორგანოთა კომპლექსი—სისტემა, რომლის ცალკეული შემადგენელი კონსტრუქცია—ორგანო: საკვერცხეები, კვერცხსავალები, საშვილოსნო, საშო, გარეთა სასქესო ორგანოები (ძუძუ, საქალწულე აპკი) ვითარდება ურთიერთდამოკიდებულებით და ემსახურება სქესობრივ და რეპროდუქციის ფუნქციათა განხორციელებას. ამიტომ არის, რომ ემბრიოგენეზში ერთი რომელიმე ნაწილის განვითარების მოშლას თან სდევს სხვა ნაწილების განვითარების მოშლაც. იგივე ითქმის პათოლოგიურ პროცესთა შესახებაც ამა თუ იმ დაავადების დროს. სასქესო სისტემის ერთი ნაწილის პათოლოგიას აუცილებლად მოსდევს მასთან ანატომიურად და ფუნქციურად დაკავშირებული მეორე ნაწილის ფუნქციის დარღვევა.

სასქესო სისტემის მორფოგენეზის ცოდნის მთელი დინამიკა ექიმს საფუძველს აძლევს ერთი რომელიმე ნაწილის დაზიანების შემთხვევაში ზემოქმედება მოახდინოს მთელი სისტემის ფუნქციის ნორმალიზაციაზე, რადგან ფუნქციურად ამ ნაწილთან დაკავშირებული ორგანოს უგულებელყოფას შეიძლება მოჰყვეს მეორეული მძიმე დაზიანება, რაც აუცილებლად შეუშლის ხელს პირველადად დაზიანებული ორგანოს ეფექტურ მკურნალობას.

სასქესო სისტემის მორფოგენეზის შესწავლის დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ ეს სისტემა ემბრიოგენეზში მარეგულირებელი მექანიზმისგან დამოუკიდებლად არ ვითარდება. პოსტემბრიონული სიცოცხლის პერიოდში ნერვიულ—ენდოკრინული სისტემა იმიტომ არის სასქესო სისტემის მარეგულირებელი, რომ ემბრიოგენეზში მათი განვითარება ურთიერთკავშირში მიმდინარეობს. ამ ორგანოთა გონადოტროპული ფუნქცია ყალიბდება განვითარების პროცესშივე. ნერვულ— ენდოკრინულ—გონადური ურთიერთობა სასქესო სისტემის სწორი მორფოგენეზის საფუძველია, ისევე როგორც სასქესო სისტემის სწორი მორფოგენეზია ე.წ. უკუკავშირების მეშვეობით ნერვულ—ენდოკრინული სისტემის სწორი განვითარების საფუძველი.

ენდოკრინულ სისტემაში ცენტრალური ადგილი უკავია ჰიპოფიზს, რომელიც ჰისტოლოგიურად, სხვა ჯირკვლებთან შედარებით, ყველაზე ადრე დიფერენცირდება. ადენოჰიპოფიზის ჩანასახი შესამჩნევია 17 დღის ემბრიონში. ჰიპოთალამუსი ჰიპოფიზის ფუნქციის რეგულაციას იწყებს ჯერ კიდევ ჩანასახოვანი განვითარების პერიოდში. რაც შეეხება ფარისებრ ჯირკვალს, მისი ჩანასახი აშკარად შესამჩნევია მე—3 კვირაზე, ფარისებრახლო ჯირკვლები ფეტალური განვითარების მეორე თვეზე გამოვლინდება და მათი მორფოგენეზი შემდეგში თითქმის 10 წლამდე გრძელდება. თირკმელზედა ჯირკვლები ჩამოყალიბებულია ნაყოფის განვითარების მე—4 თვეზე.

მკერდუკანა ჯირკვალი ჩნდება ნაყოფის განვითარების მე—2 თვეზე. ფუნქციონირებს ფეტალური განვითარების მთელ პერიოდში. რაც შეეხება საკვერცხეებს, მათი ენდოკრინული სეკრეციის უნარი ვითარდება გონადების ანატომიურ დიფერენცირებასთან ერთად. გონადური განვითარების პერიოდის შემდეგ ეტაპებს არჩევენ: ინდიფერენტული გონადების პერიოდს, რომელიც გრძელდება ემბრიონული განვითარების 5—7 კვირამდე; სქესობრივი დიფერენციაციის პერიოდს, რომელიც მოიცავს ემბრიონული განვითარების მე—7—8 კვირას; ოოგონიების გამრავლების პერიოდს,

რაც ემბრიონული განვითარების მე—8—10 კვირას მიმდინარეობს; განუყოფელი ოოციტების პერიოდს, რომელიც გრძელდება მე—10—20 კვირამდე. ამ პერიოდში ყველა სასქესო უჯრედი ოოციტებად გარდაიქმნება. პირველადი ფოლიკულების პერიოდი გრძელდება 20—დან 38 კვირამდე. იშვიათად 36—ე კვირის შემდეგ გეხვდება მწიფე ფოლიკულებიც.

მემკვიდრეობითი თვისებები

მემკვიდრეობაში იგულისხმება ორგანიზმის უნარი გადასცეს შთამომავლობას მისი დამახასიათებელი ნიშან—თვისებების ფართო სპექტრი, მათ შორის ნივთიერებათა ცვლის (მეტაბოლიზმი) თავისებურებანი. ეს ნიშან—თვისებები ხანგრძლივი დროის განმავლობაში შენარჩუნებულია მომდევნო თაობებში და როცა ევოლუციის პროცესში ახალი სახეობები წარმოიქმნებიან, მათ გადაეცემა.

მემკვიდრეობითობა და მისი ცვალებადობა გენეტიკის ორი უმთავრესი პოსტულატი, რომელიც 1890 წელს ჩეხმა პასტორმა მენდელმა მოგვაწოდა, წარმოადგენს ცოცხალი არსებების ევოლუციის ძირითად ფაქტორებს, რომელიც განაპირობებს ახალახალი ცოცხალი ფორმების წარმოქმნას. ამჟამად არსებული ორგანიზმები ადრეული ფორმების შთამომავალნი არიან და ამასთან ძირეულად განსხვავდებიან მათიგან.

გენი გენეტიკის ქვაკუთხედია, ვინაიდან ის განისაზღვრება, როგორც მემკვიდრეობითობის ელემენტარული ერთეული (ტერმინი „გენი" 80 წლის წინათ შემოიღო იოჰანესმა). თანამედროვე წარმოდგენით გენები განლაგებულია უჯრედის ბირთვის ქრომოსომებში. თვითონ გენი შეიცავს მოლეკულა დეზოქსირიბონუკლეინ—მჟავას (დნმ), რომელიც სპეციფიკურ ცილებთან რთულ ურთიერთკავშირში ქრომოსომას ქმნის. დნმ—ს თავისი ქიმიური შედგენილობის მეოხებით ახასიათებს უნიკალური თვისება—მემკვიდრეობითობა, რომელიც ხორციელდება რედუპლიკაციით (გაორმაგებით), ე.წ. კონსერვატიული რედუპლიკაციაა.

უნატიფესმა ქიმიურმა ანალიზებმა ცხადყო, რომ დნმ—ს ძაფი დიფერენცირებულია მთელ სიგრძეზე. ქრომოსომებისა და გენების რედუპლიკაცია დნმ—ს ფუნდამენტური თვისებაა. უჯრედის სიცოცხლის გარკვეულ სტადიაში დნმ—ის კომპლემენტური ჯაჭვი ორად იყოფა და თითოეული ხდება ახალი ჯაჭვის წარმოქმნისათვის. ეს პროცესი ამჟამად კარგად არის შესწავლილი.

გენეტიკაში დიდ აღმოჩენად არის მიჩნეული „გენეტიკური კოდის" ცნება. აღმოჩნდა, რომ ნუკლეოტიდთა (აზოტფუძოვანი წყვილები) თანამიმდევრული სპეციფიკური განლაგება ახასიათებს თითოეულ გენს და შეიცავს ინფორმაციას ცილების აგებულების შესახებ. ყოველი ამინომჟავა კოდირებულია ჯგუფებით, შედგენილი სამი ნუკლეოტიდისაგან (ტრიპლეტური კოდი).

ბოლო წლებში ცნობილი გახდა, რომ გენი რთული შინაგანი აგებულებისაა, მის ცალკეულ ნაწილს სხვადასხვაგვარი ფუნქცია აკისრია. გენში გამოყოფილია მისი უმთავრესი ნაწილი—ცისტრონი, რომელიც ძირითადად განსაზღვრავს პოლიპეპტიდის აგებულებას. იგი შედგება ათიათასობით წყვილი ნუკლეოტიდისაგან. გენი შეიცავს რამდენიმე ცისტრონს (პოლიცისტრონული გენები). იგი გენის „შინაარსობრივი" ანუ სტრუქტურული ნაწილია.

გენეტიკის გადასვლამ მოლეკულური ანალიზის დონეზე გამოკვეთა გენის რთული შინაგანი აგებულება. გენის უნატიფესი სტრუქტურა განაპირობებს მემკვიდრეობითობის ზუსტ ფუნქციონირებას, რომელიც ჩამოყალიბდა ცოცხალი ორგანიზმების ხანგრძლივი ევოლუციის პროცესში. თვითონ გენები ორგანიზებულ ქრომო-

სომებში ქმნიან რთულ კოორდინირებულ სისტემას, რომელსაც გენომს უწოდებენ.

ამგვარად გენომი ქრომოსომების ჰაპლოიდური ნაკრებია, მასში ლოკალიზირებული გენებით. სასქესო უჯრედებში ერთი გენომია, ხოლო სომატურში—2. არსებობს კიდევ ორი ცნება: გენოტიპი, ანუ ორგანიზმის ყველა გენის ჯამი და ფენოტიპი—ორგანიზმის ნიშან—თვისებების გარეგნული გამოსახულება; ამასთან ფენოტიპი გენოტიპის პირდაპირი და მთლიანი გამოხატულება კი არ არის, არამედ გენოტიპისა და გარემომცველი გარემოს რთული ურთიერთქმედების საბოლოო შედეგია.

განსაკუთრებულია ადამიანის მემკვიდრეობითობის სამი დონე: გენური, ქრომოსომული და გენუმური. შესაბამისად გამოკვეთილია მუტაციების სამი სახეობა. მუტაცია იმ მემკვიდრული ნიშან—თვისებათა ცვალებადობაა, რომლებიც გადაეცემა თაობიდან თაობას. ზოგჯერ მუტაცია შეიძლება არ გადაეცეს მემკვიდრეობით, რაც ხდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა ცვლილება ეხება სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან ნიშანთვისებას. ასეთი მუტაციის მქონე უჯრედი იღუპება ონტოგენეზის სხვადასხვა პერიოდში, შთამომავლობის გარეშე. ასეთი სახის მუტაციები ცნობილია ლეტალურ მუტაციებად.

გენეტიკურ კოდში წარმოქმნილი ცვლილებები გადაეცემა თაობებს რეპლიკაციის მეშვეობით ისევე, როგორც ნორმალური კოდი. ამასთან, მიტოზის (უჯრედის ბირთვის დაყოფა, როცა ქრომოსომული მასალა გაორმაგდება, რაც ორ შეილეულ უჯრედს წარმოქმნის) მექანიზმი მოქმედებს, როგორც „გამაძლიერებელი" და ერთეული მუტაციური ცვლილება სასქესო უჯრედში, რომელმაც წარმოქმნა ახალი ორგანიზმი, შემდგომი თაობების საკუთრება ხდება.

ბიოქიმიური სისტემები ორგანიზმში მოქმედებს ძალზე შეწყობილად, ამიტომ თუნდაც ერთი ცილის თვისებების ცვლილება მკვეთრად არღვევს სხვადასხვა ფუნქციას ადამიანში, ამიტომ გენური მუტაცია პათოლოგიური ნიშან—თვისებაა.

ცილების სინთეზი მიმდინარეობს ძალიან რთულად, მრავალჯერადი ეტაპობრივი გადასვლით, რომელიც ექვემდებარება გენეტიკურ კონტროლს. ამასთან აღსანიშნავია, რომ მემკვიდრეობითი დაავადების წარმოქმნისათვის თავდაპირველად საჭიროა გენის მუტაცია, რომელიც გადაეცემა თაობიდან თაობას. ვინაიდან გენის ფუნქციაა ფერმენტის ან ცილის სინთეზი, გენის ცვლილება იწვევს თვისებრივ—რაოდენობრივ დარღვევას ცილის პროდუქტების სინთეზში, რასაც საბოლოოდ მოჰყვება მემკვიდრეობითი დაავადების კლინიკური მანიფესტაცია.

ადამიანის მემკვიდრეობითი პათოლოგია არ ამოიწურება ცალკეული გენის მუტაციით ინდუცირებული დაავადებით. არსებობს კატეგორია დაავადებებისა, მემკვიდრეობითი სტრუქტურების, კერძოდ, ქრომოსომების რაოდენობრივი ცვლილებებით. ადამიანის ქრომოსომული ნაკრები (ყველა მისი უჯრედის, გარდა სასქესო უჯრედების) დიპლოიდურია (ორმაგი—ერთი მამისეული, მეორე დედისეული) ე.ი. სომატური უჯრედის ყოველი ქრომოსომა ჰომოლოგიური ელემენტია.

კვერცხუჯრედის ან სპერმის წარმოქმნის დროს (გამეტოგენეზი) ხორციელდება სპეციფიური უჯრედული დაყოფა—მეიოზი, რომლის დროს ორმაგი ქრომოსომული ნაკრები ნახევრდება ჰაპლოიდური განაყოფიერებისას (ზიგოტაში) მამრობითი და მდედრობითი სასქესო უჯრედების შერწყმისას უჯრედი კვლავ დიპლოიდური ხდება. ქრომოსომებში გენების შემადგენლობისა და განაწილების მუდმივობა აუცილებელი პირობაა გენეტიკური პროგრამის გადაცემის და მისი რეალიზაციის განაყოფიერებული კვერცხუჯრედიდან ჯანსაღი ორგანიზმის განვითარებისათვის.

პათოლოგია, რომელსაც ქვევით განვიხილავთ, დაკავშირებულია ქრომოსომებ-

ის რიცხობრივ და სტრუქტურულ ცვლილებებთან, ე.ი. გენურ დისბალანსთან ქრომოსომაში. თუ ასეთი ცვლილებები ხდება გამეტებში ან ზიგოტის დაყოფის პირველად ეტაპზე, გენური დისბალანსი გამოვლინდება ორგანიზმის ყველა უჯრედში. განვითარების მრავალგვარი დარღვევა ქმნის ქრომოსომული დაავადების კლინიკურ სურათს.

განვითარების თანდაყოლილი ანომალიის პირველი სინდრომი გამოიკვლიეს 1959 წელს საკმაოდ ცნობილი პათოლოგიის—დაუნის დაავადების შესწავლის დროს. ის გამოწვეულია 21—ე ქრომოსომის ტრისომიით.

თანამედროვე გამოკვლევების საფუძველზე ცნობილია, რომ ქრომოსომული სინდრომებით იბადება ახალშობილთა 0,7 % ემბრიონების უდიდესი ნაწილი ქრომოსომული ანომალიებით იღუპება პრენატალურ პერიოდში (40 % სპონტანური აბორტი, 6 % მკვდრადშობილი).

თანამედროვე გენეტიკას მიტოზში ქრომოსომული ანალიზის ფართო შესაძლებლობა აქვს. ყველაზე მეტად გავრცელებულია ქრომოსომული პრეპარატების შეღებვის მეთოდი, როდესაც ისინი ჰომოგენურად იღებებიან მთელ სიგრძეზე და საკმაოდ მჭიდროდაც, რაც სინათლის მიკროსკოპში მათი ანალიზის საშუალებას იძლევა. ყველა ქრომოსომა დაყოფილია 7 ჯგუფად (A—დან F—მდე) თუ ისინი განლაგებულია სიგრძისა და მოკლე მხრების სიგრძის მიხედვით, ამასთან, ქრომოსომები დანომრილია (1—22) ქრომოსომების ერთადერთი წყვილი, რომლის მიხედვით განისაზღვრება მდედრობითი და მამრობითი უჯრედები X და Y ქრომოსომებია. ქალებს აქვთ XX ქრომოსომა, მამაკაცებს XY.

თანამედროვე გენეტიკის ძირითადი მიმართულებაა ადამიანების ქრომოსომების მარკირება. კონკრეტული ინდივიდუალური გენების ლოკალიზაცია ქრომოსომაში. უკანასკნელ წლებში ამ მეთოდების განვითარება განაპირობა გენების ლოკალიზაციამ მათი პროდუქციის (ფერმენტების, ცილებისა და ანტიგენები) ტესტირების მეშვეობით, რის შედეგადაც ამჟამად ცნობილია დაახლოებით 200 გენის ლოკალიზაცია (რომელ ქრომოსომაშია, მის რომელ ნაწილში). ეს უკანასკნელი პირობაა მემკვიდრული ნოზოლოგიის ეტიოლოგიის შესაბამისად გენომური ან ქრომოსომული მუტაციების შესაცნობად.

განვიხილოთ ქრომოსომული ანომალია, რომელიც დაკავშირებულია რიცხობრივ ცვლილებებთან. მათ განეკუთვნება როგორც ქრომოსომული ნაკრების ჰაპლოიდური რიცხვის ჯერადობის დარღვევა. ასევე რომელიმე წყვილი ქრომოსომიდან ერთ—ერთი ჰომოლოგის დაკარგვა (მონოსომია) ან შეძენა (ტრისომია, ტეტრასომია და ა.შ.), ამ დარღვევის მიზეზია ქრომოსომათა გაუთიშაობა მიტოზში, რაც ხდება მხოლოდ გამეტოგენეზში ან განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის დაყოფის პირველ ეტაპზე.

სტრუქტურული ცვლილებები მდგომარეობს ქრომოსომული მასალის გადანაცვლებაში მის ფარგლებში (ინვერსია) ან ორ და მეტ ქრომოსომას შორის (ტრანსლოკაცია) მაშინ, როცა გენური ნაკრების ბალანსი დაარღვიოს ქრომოსომის ფრაგმენტის დაკარგვით (დელეცია) ან მისი რომელიმე ნაწილის გაორმაგებით (დუპლიკაცია).

ქრომოსომული ანომალიის იდენტიფიცირება შესაბამის ქრომოსომულ სინდრომებთან შესაძლებელი გახდა ბოლო რამდენიმე წელიწადში. ცნობილია ქრომოსომათა აბერაციების (დარღვევები) გამოწვეული ადამიანის განვითარების პათოლოგიის ფართო სპექტრი. დაწყებული ზიგოტის დაღუპვით და შემდგომი ელიმინაციით, პოსტნატალურ არსებობამდე ფიზიკური, ფსიქიური ან სქესობრივი გადა-

ხრებით პაციენტებში.

ქრომოსომული ანომალია ზიგოტისა და, შესაბამისად ემბრიონის განვითარების დარღვევის მძიმე შემთხვევაში ხდება მისი ელიმინირება უკვე ჩანასახში, მაგალითად 44 % სპონტანური აბორტებისა მოდის ქრომოსომული აბერაციების ლეტალურ ქმედებაზე. ორსულობის სხვადასხვა ეტაპზე ლეტალური ეფექტი განსხვავებულია. ორსულობის I ტრიმესტრში აბორტების 52 % ქრომოსომული ეტიოლოგიისა, ეს ციფრი 70 %—ს აღწევს პირველი 3—4 კვირის განმავლობაში. II ტრიმესტრში ქრომოსომული ანომალია სპონტანურად აბორტირებულ 30 % ემბრიონშია, ხოლო მე—20—27 კვირაზე—4 %—ში, მკვდრადშობილებთაგან 6 %—ს აქვს ლეტალური ქრომოსომული აბერაციები.

სპონტანური აბორტი ორსულობის საერთო რიცხვის 15 %—ს შეადგენს, მკვდრადშობადობა კი 2 %—ს. აქედან გამომდინარე ცხადია, რომ ყოველ 1000 მშობიარობიდან 64 მთავრდება ან აბორტით ან მკვდრადშობადობით.

ინდუცირებული ქრომოსომული ანომალიების პერინატალური სიკვდილიანობის 6,2 % განპირობებულია ქრომოსომათა პათოლოგიით. ამასთან, ანტენატალურ პერიოდში ეს რიცხვი 2—ჯერ მეტია, ვიდრე პოსტნატალურში და 3—ჯერ მეტია, ვიდრე ინტრანატალურში. ონტოგენეზში სიკვდილიანობის მიზეზია ქრომოსომათა აბერაცია (ძირითადი ტრისომეტია), რომელსაც განეკუთვნება საკმაოდ ცნობილი სინდრომები: პატაუს (ტრისომია 13), დაუნის (ტრისომია 21), ედვარდსის (ტრისომია 18).

გენეტიკურ დაავადებებს მცირე პროცენტი უჭირავეთ, ვინაიდან მრავალი ახალშობილი ორგანიზმის მძიმე დაზიანების გამო იღუპება დაბადებისთანავე ან შემდგომ წლებში, ისე, რომ ვერ აღწევს რეპროდუქციულ ასაკს, თუმცა ქრომოსომული და გენომური მუტაციების გენეტიკური „ტვირთი" საზოგადოებაში არც ისე მცირეა. თანამედროვე სამედიცინო გენეტიკას შემუშავებული აქვს თეორიული და პრაქტიკული ნაბიჯები ამ „ტვირთის" ხვედრითი წონის შესამცირებლად. ძირითადი ამოცანა მდგომარეობს პრაქტიკოსი ექიმების სწორ ორიენტაციაში.

მიუხედავად გენეტიკის მნიშვნელოვანი წარმატებების, მუტაციებით განპირობებული მემკვიდრეობითი დაავადებების მკურნალობა და პროფილაქტიკა ყოველთვის არ არის რადიკალური. ბევრ შემთხვევაში ექიმი პათოგენეზის არასაკმარისი შემეცნების გამო ხმარობს პალიატიურ საშუალებებს, სინდრომის ამა თუ იმ სიმპტომის კუპირებისათვის, მაშინ, როცა ეტიოლოგიური ფაქტორი—პათოლოგიური გენი შენარჩუნებულია.

მკურნალობის ჭეშმარიტი მეთოდი მდგომარეობს გენური ინჟინერიის გამოყენებაში ადამიანის მიმართ, რაც მომავლის საკითხია, ამიტომ ამჟამად მემკვიდრეობითი დაავადებების თავიდან ასაცილებლად მიზანშეწონილია იმ ოჯახების სამედიცინო—გენეტიკური კონსულტირება, რომლებიც დამძიმებულნი არიან მემკვიდრეობითი პათოლოგიით.

მემკვიდრეობითი დაავადებების და განვითარების მანკის პრენატალური დიაგნოსტიკა

სამედიცინო გენეტიკურ კონსულტაციების პირველადი ამოცანაა შთამომავლობის ჯანმრთელობის პროგნოზირება. აღსანიშნავია, რომ უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში მის გადაჭრაში შეიმჩნევა კარდინალური ძვრები, რაც დაკავშირებულია თანდაყოლილი დეფექტებისა და მემკვიდრეობითი დაავადებების შესასწავლი მეთოდების სწრაფ განვითარებასთან.

პრენატალურ დიაგნოსტიკას აქვს უაღრესად დიდი მნიშვნელობა სამედიცინო

გენეტიკური კონსულტირების დროს, რადგან იგი „დამძიმებული" მემკვიდრეობის ოჯახის ბავშვის ჯანმრთელობის ზუსტი პროგნოზირების საშუალებას იძლევა. თანამედროვე ეტაპზე პრენატალური დიაგნოსტიკა ხორციელდება სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებით ფეხმძიმობის I და II ტრიმესტრში, ე.ი. პერიოდში, როდესაც პათოლოგიის დადგენის შემთხვევაში დაგეგმილი იქნება ფეხმძიმობის შეწყვეტა. ამჟამად შესაძლებელია პრაქტიკულად ყველა ქრომოსომული სინდრომისა და 100—მდე ისეთი მემკვიდრეობითი დაავადების დიაგნოსტიკა, რომელთა დროს დეფექტი დამტკიცებულია.

პრენატალური დიაგნოსტიკის ძირითადი მეთოდებია:

1. ულტრაბგერითი გამოკვლევა (ექოგრაფია) ის დამყარებულია ულტრაბგერითი ტალღის არეკვლაზე ორი არის ზედაპირიდან, რომლებიც განსხვავდებიან სიმკვრივით, რაც საშუალებას იძლევა მივიღოთ მათი გამოსახულება ელექტრონულ— სხივური მილის ეკრანზე. ამ გამოკვლევას ატარებენ ფეხმძიმობის მე—14—20 კვირას, როდესაც ზუსტად განსაზღვრავენ ნაყოფის ზომებს, მის შესაბამისობას ფეხმძიმობის ვადასთან, ანომალიის არსებობას, ნაყოფის—თავის, ხერხემლის, კიდურების, პლაცენტის, აგრეთვე სხვა პათოლოგიური მდგომარეობის (არაგანვითარებადი ფეხმძიმობა), მრავალწყლიანობა და სხვ.

განსაკუთრებით საიმედო შედეგია მიღებული ამ მეთოდით ცენტრალური ნერვული სისტემის განვითარების ისეთი მანკის დადგენისას, როგორიცაა ანენცეფალია, მიკროცეფალია, ჰიდროცეფალია, თავზურგის ტვინის თიაქარი. გარდა ცენტრალური ნერვული სისტემის განვითარების მანკის დიაგნოსტიკისა, ულტრაბგერითი გამოკვლევით შეიძლება ჩონჩხის უხეში ანომალიის, აგრეთვე ნაყოფის გულის, კუჭ—ნაწლავისა და თირკმელების განვითარების ზოგიერთი მანკის დადგენა. პრენატალური დიაგნოსტიკის ეს მეთოდი აბსოლუტურად უსაფრთხოა როგორც დედისათვის, ასევე ნაყოფისათვის;

2. ფეტოსკოპია (ამნიოსკოპია) ნაყოფის ვიზუალური დათვალიერების მეთოდია საშვილოსნოს ღრუში ოპტიკური სისტემით აღჭურვილი ელასტიკური ზონდის შეყვანით. ის გამოყენებულია ვიზუალური მანკის დასადგენად, რაც იძლევა საშუალებას ჰემოგლობინოპათიის, ენზიმოპათიისა და იმუნოდეფიციტური მდგომარეობის დიაგნოსტიკისა, ნაყოფის კანის ბიოფტატის მისაღებად და ჭიპლარის სისხლძარღვებიდან სისხლის ასაღებად. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ფეტოსკოპიის შესაძლებლობები არც ისე დიდია, რადგან შეიძლება დადგინდეს მხოლოდ ის დარღვევა, რომელიც უშუალოდ მოხვდება დამკვირვებლის მხედველობის არეში;

3. ამნიოცენტეზი სითხისა, უჯრედების ციტოგენეტიკური და ბიოქიმიური გამოკვლევა. პრენატალურ დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ამნიოცენტეზს, მისი ოპტიმალური ვადაა მე—15—17 კვირა, რადგან ამ პერიოდში გამოკვლევისათვის ვარგისი უჯრედები საკმაო რაოდენობითაა და საჭიროების შემთხვევაში რჩება დრო განმეორებითი გამოკვლევისათვის.

ამნიოცენტეზს ახორციელებენ წინასწარი ულტრაბგერითი გამოკვლევის შემდეგ, რადგან ზუსტად უნდა იყოს განსაზღვრული პლაცენტის მდებარეობა, გამორიცხული უნდა იყოს მრავალნაყოფიანობა, საშვილოსნოს და ნაყოფის მანკი. როგორც წესი, ამნიოცენეტეზი ტრანსაბდომინურად უნდა ჩაატარონ. კანის ქსოვილების დამუშავების შემდეგ მონდრენით ხვრეტაეენ მუცლის კედელსა და საშვილოსნოს, საიდანაც იღებენ 15 მლ—მდე ამნიონურ სითხეს. მიღებულ მასალას გამოიკვლევენ როგორც ციტოგენეტიკურად, ასევე ბიოქიმიურად. ამნიოცენტური ანალიზის საშუალებით შეიძლება სქესის კარიოტიპის განსაზღვრა და ნივთიერებათა ცვლის ზო-

გიერთი მემკვიდრეობითი დეფექტის დადგენა. ამნიოცენტეზის ჩატარების შემდეგ გართულებები დაკავშირებულია აბორტთან, შეადგენს არაუმეტეს 1 %—ისა, ბოლო წლებში კი—უფრო ნაკლებს. ამნიოცენტეზის გამოყენებისას ძირითადი პრობლემაა პრენატალური დიაგნოსტიკისათვის არა თვით პროცედურის ჩატარების საშიშროება, არამედ დედის ჯანმრთელობისათვის გაუთვალისწინებელი შედეგები, რომელიც დაკავშირებულია ხელოვნურ აბორტთან;

4. ქორიონის ბიოფსიის მეთოდი. პრენატალური დიაგნოსტიკის მნიშვნელოვან მიღწევად მიჩნეულია ბიოლოგიური ნიმუშების გამოკვლევის მეთოდიკის შექმნა ფეხმძიმობის მე—16 კვირამდე. ქორიონის ბუსუსების შესწავლის საფუძველზე შესაძლებელი გახდა სხვადასხვა მემკვიდრეობით დაავადების დადგენა ფეხმძიმობის I ტრიმესტრში. ბუსუსების ასაღებად აუცილებელია ვიზუალური კონტროლი (ულტრაბგერითი გამოსახულება). ბუსუსებს იღებენ პლასტიკური კათეტერის საშუალებით (8—10 კვირა). შემდგომ შეიძლება მათი გამოკვლევა ციტოგენეტიკური და ბიოქიმიური მეთოდებით, როგორც ამნიოცენტეზის დროს.

პრენატალური გამოკვლევის ჩატარება მემკვიდრეობითი დაავადებებისა და თანდაყოლილი მანკის დადგენის მიზნით რეკომენდებულია შემდეგ შემთხვევაში:

1, ქალის 35 წელზე მეტი ასაკი;

2. ერთ—ერთი მშობლის ქრომოსომების სტრუქტურული გარდაქმნა (განსაკუთრებით ტრანსლოკაცია და ინვერსია);

3. აუტოსომურ—რეცესიული დაავადების ჰეტეროზიგოტური მატარებლობა ორივე მშობლის მიერ ან მხოლოდ დედის X— ქრომოსომასთან შეჭიდული გენი;

4. მშობლების დომინირებული დაავადება;

5. ანამნეზში ტერატოგენური გავლენის შესაძლებლობა (რადიაცია, წამლების მიღება ან ინფექცია ფეხმძიმობის პერიოდში და სხვ.).

უნდა აღვნიშნოთ, რომ X— ქრომოსომასთან შეჭიდული დაავადების დროს საკმარისია განსაზღვრონ ნაყოფის სქესი, რათა პრაქტიკულად გამორიცხონ ავადმყოფი ბავშვის დაბადების შესაძლებლობა. მაგალითად რიგ დაავადებებში სახიფათოა მხოლოდ მამრობითი სქესი (ჰემოფილია, ხანტერის სინდრომი, ლეშანსიანის სინდრომი და სხვ.);

პრენატალური დიაგნოსტიკის ფართო გამოყენება ზოგჯერ განსაცვიფრებელ წარმატებას განაპირობებს. მაგალითად, იტალიაში სისხლის ისეთი დაავადების სიხშირე, როგორიცაა ტულარემია, პრენატალური დიაგნოსტიკის მეშვეობით მცირდება 90 %—ზე მეტად. სხვა შემთხვევაში მისი მიღწევები შედარებით ნაკლებია. დაუნის დაავადების სიხშირე აშშ—ში შემცირდა მხოლოდ 30 %—ით, რადგან უმეტესად ავადმყოფები ებადებათ არა გვიანმშობიარეებს, არამედ ახალგაზრდა ქალებს, რომლებიც არ გადიან პრენატალურ დიაგნოსტიკას, აშკარა ჩვენებების არსებობისას.

ამრიგად პრენატალური დიაგნოსტიკის სამომავლო მიღწევები დაკავშირებული იქნება არა მარტო მისი მეთოდიკური საფუძვლების სრულყოფასთან და გამოყენებისათვის აუცილებელი ჩვენებების გაფართოებასთან, არამედ მოსახლეობის ინფორმირებასთან ამ მეთოდის მზარდი შესაძლებლობების შესახებ.

III თავი

ქალის სასქესო ორგანოთა ანატომია, ჰისტოლოგია და ტოპოგრაფია

ქალის სასქესო ორგანოებს ყოფენ ორ ნაწილად: გარეთა და შიგნითა სასქესო ნაწილებად.

ქალის გარეთა სასქესო ნაწილებს—partes genitales femininae externa ეკუთვნის. წყვილი სასირცხო დიდი ბაგე—labium majus pudendi, წყვილი სასირცხო მცირე ბაგე—labium minus pudendi, საენებო—clitoris, წყვილი კარიბჭის ბოლქვი—bulbus vestibuli და წყვილი კარიბჭის დიდი ჯირკვალი—glandulae vestibularis major.

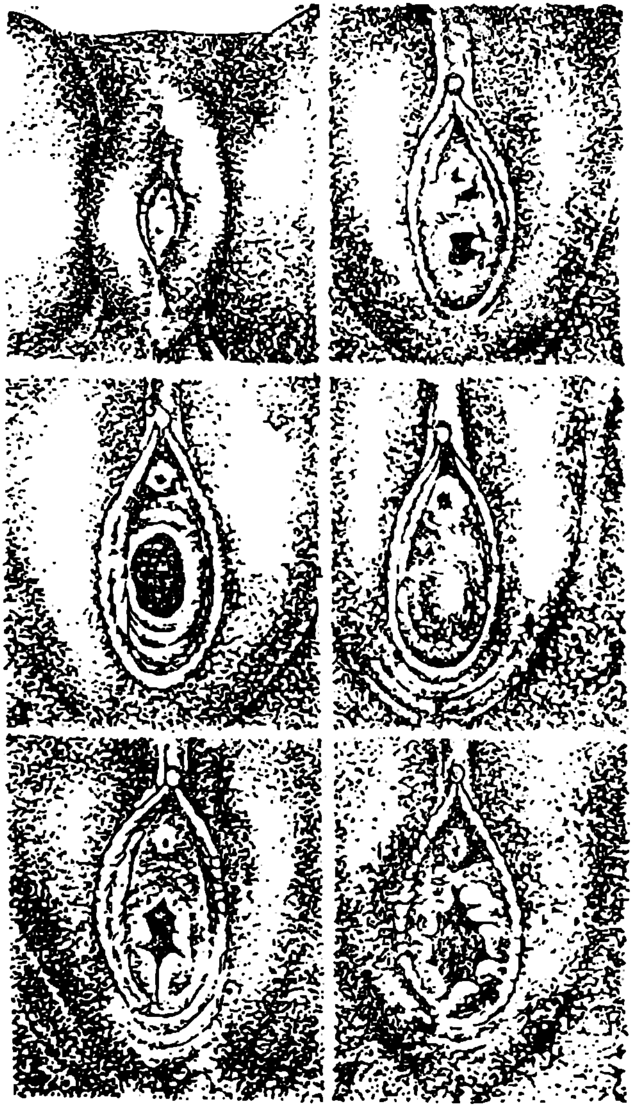
სასირცხო დიდი ბაგე—labium majus pudendi კანის ნაოჭია, რომელიც შეიცავს ცხიმით მდიდარ შემაერთებელ ქსოვილს. მისი სიგრძე საშუალოდ 10 სმ–ს უდრის, სიგანე—2–3 სმ–ს. დიდი ბაგეები ბოქვენის მაღლობიან ერთიმეორესთანაა ლაკავშირებული და ქმნის ბაგეების წინა შესართავს—commissura labiorum anterior და უკანა, შედარებით ვიწრო შესართავს—commissura labiorum posterior. გვერდებიდან დიდი ბაგეებით შემოსაზღვრულ ნაპრალოვან სივრცეს სასირცხო ნაპრალი— rima pudendi ეწოდება. სიმფიზის არეში კანქვეშა ცხიმი კარგადაა განვითარებული, რის გამოც აქ იქმნება ბოქვენის—შემაღლება, ანუ ვენერას მაღლობი—mons pubis.

დიდი ბაგეების კანის გარეთა ზედაპირი დაპიგმენტებულია, დიდი რაოდენობით შეიცავს ცხიმსა და საოფლე ჯირკვლებს, დაფარულია თმით, რომელიც უშუალოდ ბოქვენის მაღლობზეც ვრცელდება. თმიანობა სქესობრივი მომწიფების ასაკში ვითარდება და ვრცელდება სამკუთხედად, რომლის ფუძე ბოქვენის დასაწყისშია, თმიანობის არასაკმაო განვითარება ინფანტილიზმის ერთ–ერთი მაჩვენებელია. დიდი სასირცხო ბაგეების მედიალურ ზედაპირებზე კანი შედარებით თხელია, ვარდისფერი და ლორწოვან გარსს ჰგავს.

სასირცხო მცირე ბაგეები მდებარეობს დიდი ბაგეების შიგნით. მცირე ბაგეები, კანის ნაოჭია და შესახედაობით ლორწოვან გარსს ჰგავს. მცირე ბაგეებზე თმა არ იზრდება. ისინი ცხიმის ჯირკვლებს—glandulae sebacea–ს შეიცავენ. მცირე ბაგეების წინა ზედა ბოლო ორ ლატერალურ და მედიალურ ფეხად იყოფა. ლატელარული ფეხები საენებოს ზემოთ, ერთმანეთს უერთდება და საენებოს ჩუჩას—preputium clitoridis–ს ქმნის, მედიალური ფეხები კი საენებოს უერთდება და საენებოს ლაგამს—frenulum clitoridis ქმნის.

მცირე ბაგეების უკანა ბოლოები შეერთებულია განივი ნაოჭებით, რომელთაც სასირცხო ბაგეების ლაგამს— frenulum labiorum pudendis—ს უწოდებენ. ამ ლაგამსა და დიდი ბაგეების უკანა შესართავს შორის ნავისებრ ფოსოს fossa navicularis ეწოდება. მცირე ბაგეებს შორის ნაპრალს საშოს კარიბჭე—vestibulum vaginae ჰქვია. შარდსადინარის მახლობლად, ქვემოთ ე.წ. პარაურეთრული სადინრებია—ductus paraurethrales, რომლებიც ყრუდ ბოლოვდებიან. შარდსადინარის გარეთა ხვრელი—orifitium urethrae externum მდებარეობს კლიტორის ქვევით, დაახლოებით 2 სმ დაშორებით; ამ ხვრელის უკან და ქვევით საშოს შესავალია—orifitium sintroitus vaginae, რომელიც ქალწულებს მოსაზღვრული აქვთ აპკით—hymen.

საქალწულე აპკი შედგება შემაერთებელი ქსოვილისგან, რომლის გარეთა და შიგნითა ზედაპირი დაფარულია მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმით. ემბრიონული განვითარების დროს ის მთლიანია. მუცლად ყოფნის მეექვსე თვიდან საქალწულე აპკში წარმოიქმნება ხვრელი, რომელიც სასქესო ორგანოებს ყოფს ორ ნაწილად: გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოებად. მისი ერთი მხარე მიმართულია



სურ. 1. საქალწულე აპკის ფორმები:

1. ინფანტილური (infantilitis); 2. რგოლისებრი (annularis); 3. ნახევარმთავრისებრი (semilunaris); 4. მთლიანი (imperforatus); 5. ფანჯრიანი (fenestratus); 6. ორფანჯრიანი (bigenestratus); 7. დეფლორირებული (caruncule hymenales); 8. ნაკუწებიანი (caruncule murtiforinis); 9. წილაკოვანი(lobatus).

საშოსკენ, მეორე კი—საშოს კარიბჭისკენ. საქალწულე აპკის ის მხარე, რომელიც საშოს კარიბჭისკენაა მიმართული, კანის აგებულებისაა, მეორე მხარე კი ლორწოვანი გარსია. საქალწულე აპკის ხვრელის ფორმა სხვადასხვანაირია: ნახევარმთვარისებრი—semilunaris, წილაკოვანი—lobatus, რგოლისებრი—annularis, ორფანჯრიანი—bifenestralis, დაცხრილული—cribrosus, უხვრეტო—მთლიანი—imperforatus და სხვ. ამ შემთხვევაში მენსტრუალური სისხლი გარეთ არ გამოდის და საჭირო ხდება ოპერაციული ჩარევა. სქესობრივი კავშირისა და მშობიარობის შემდეგ საქალწულე აპკი ირღვევა. ის ნაისკდება ერთ ან რამდენიმე ადგილას. წარმოიქმნება carunculae hymenales. მშობიარობის შედეგად საქალწულე აპკი გადაიქცევა პატარა ნაკეწებად—carunculae multiformis.

კარიბჭის დიდი ჯირკვლები—glandulae vestibularis major გარედან დაფარულია კუბური, შიგნიდან კი—ცილინდრული ეპითელიუმით. ბართოლინის ჯირკვლების სადინარი დაფარულია მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმით. სქესობრივი აგზნების დროს ბართოლინის ჯირკვლებიდან სეკრეტი გარეთ გამოდის და ვულვას ასველებს. ეს ჯირკვლები მდებარეობს საშოს შესავლის გვერდებზე—მცირე ბაგეების ქვეშ, დაახლოებით ერთი სმ სიღრმეზე. აღნიშნული ჯირკვლები ოვალური ფორმისაა. თითოეული ჯირკვალი დაახლოებით თხილისოდენაა, 1—1,2 სმ დიამეტრის. მოყვითალო—წითელი ფერისა. მათი სადინრები იხსნება მცირე ბაგეების მედიალურ ზედაპირებზე. ბართოლინის ორი ჯირკვალი არსებობს. თითოეული მათგანი შედგება რამდენიმე ნაწილისგან, რომლებიც შიგნიდან ერთშრიანი ცილინდრული ეპითელიუმით დაფარული მილების სახითაა. მილები თავს იყრიან ერთად სადინარში.

საენები—clitors შეესაბამება მამაკაცის ასოს მღვიმოვან სხეულს. მასში სამ ნაწილს არჩევენ: თავს, სხეულსა და ფეხებს. საენების სხეულის სიგრძე 2,5—3,5 სმ უდრის. მას გარს აკრავს მკვრივი ბოჭკოვანი გარსი—fascia clitoridis. საენების სხეული ძგიდით ორ სიმეტრიულ ნახევრად—საენების მღვიმოვან სხეულებადაა გაყოფილი. საენები წინიდან ბოლოვდება სქელი ნაწილით, რომელსაც საენების თავს—glans clitoridis უწოდებენ. საენები თავისი ფეხებით ბოქვენის ძვლის დასწვრივ ტოტებზეა დამაგრებული.

კარიბჭის ბოლქვი—bulbus vestibuli წააგავს მღვიმოვან ქსოვილს, ვენური წნულია: ის შედგება მარჯვენა და მარცხენა ნაწილებისგან. შარდსადინარის წინ ისინი ერთიმეორეს უკავშირდებიან და ქმნიან ბოლქვის შუამდებარე ნაწილს, რომლებიც მდებარეობს შარდსადინარის გარეთა ხვრელსა და საენების შორის—კანის საფარველის ქვეშ. გვერდითი ნაწილები, რომელთა სიგრძე—3,5 სმ, სიგანე 1,5 სმ, სისქე კი 1 სმ. დიდი ბაგეების ფუძესთანაა.

ქალის შიგნითა სასქესო ორგანოებს ეკუთვნის საშო—vagina, s.colpos, საშვილოსნო—uterus, hystera, s.metra, კვერცხსავალი, ანუ ფალოპიუსის მილი—tuba uterina, s.salpinx და საკვერცხეები—oophoron, s.ovarium.

საშო—vagina, colpos ლულოვანი ღრუ ორგანოა, რომლითაც ქალის შიგნითა სასქესო ორგანოები იწყება. თვით საშო საქალწულე აპკიდან იწყება და საშოს თაღებით ბოლოვდება. ამრიგად, საშო აერთებს გარეთა სასქესო ორგანოებს საშვილოსნოსთან. საშოს საშუალებით საშვილოსნოდან გამოდის მენსტრუალური სისხლი, მშობიარობის დროს კი—ნაყოფი. სქესობრივი კავშირის დროს კვერცხუჯრედის გასანაყოფიერებლად სპერმატოზოიდები საშოდან საშვილოსნოს გავლით გადადის ფალოპიუსის მილის სანათურში. საშო ლულაა, რომელიც უერთდება საშვილოსნოს ყელს და უკანასკნელს ორ ნაწილად ყოფს: საშვილოსნოს საშოს მხრივ ნაწილად და საშოს ზედა ნაწილად. ყელის გარშემო საშო თაღებს ქმნის. არჩევენ ოთხ თაღს:

წინა, უკანა და გვერდითი თაღებს, რომლებშიაც საშო საშვილოსნოს ყელის შუა ნაწილთანაა შეზრდილი. წინა თაღი უფრო მოკლე და ბრტყელია, უკანა—უფრო ღრმა და ფართო. საშოს უკანა კედლის სიგრძე 1,5–2 სმ მეტია, ვიდრე წინა კედლის სიგრძე. საშოს წინა კედელზე შარდის ბუშტი და შარდსადინარი ისე მჭიდროდაა მიმაგრებული, რომ წინა კედლის დაწევის დროს შარდის ბუშტი და შარდსადინარი ქვევით იწევა. სწორი ნაწლავი და საშოს უკანა კედელი ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილითაა ერთმანეთთან დაკავშირებული. საშოს სიგრძე 7—10 სმ უდრის, მაგრამ საშვილოსნოს ზევით აწევით და საშოს კედლის დაწევით მისი სიგრძე გაცილებით მატულობს. საშო შიგნიდან დაფარულია ლორწოვანი გარსით, რომელიც, ჩვეულებრივ, ჯირკვლებს არ შეიცავს. ის საკმაოდ მდიდარია რეცეპტორებით. საშოს ლორწოვანი გარსი ქმნის განივ ნაოჭებს—columna rugarum anterior და posterior, რომლებიც წინა კედელზე უფრო გამოხატულია, ვიდრე უკანაზე. საშოს კედლის სისქე დაახლოებით 0,3 სმ—ს უდრის. საშოს ლორწოვანი გარსი დაფარულია მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმით, რომელიც საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივ ნაწილზეც გადადის (portio vaginalis). საშოს სეკრეტის რეაქცია მჟავეა. შეიცავს რძემჟავას და გამომუშავდება საშოს ეპითელიუმის გლიკოგენისგან დოდერლაინის ჩხირების მოქმედებით. საშოს მეორე გარსი კუნთოვანია (აქ ლორწოვანი გარსის ქვეშ შემაერთებელი ქსოვილი არ არის). კუნთოვან გარსში არჩევენ ორ შრეს: შიგნითა ირგვლივსა და გარეთა გასწვრივს.

საშოს გარეთა გარსი შემაერთებელქსოვილოვანია. იგი საშოს წინა კედელს აკავშირებს შარდის ბუშტთან, უკანა კედელს კი—სწორ ნაწლავთან.

საშვილოსნო—uterus, hystera, metra—ღრუ კუნთოვანი ორგანოა და მდებარეობს მცირე მენჯის ღრუში, შარდის ბუშტსა და სწორ ნაწლავს შორის. საშვილოსნო მსხლისებრი მოყვანილობისაა. მასში არჩევენ ფუძეს—fundus სხეულსა—corpus და ყელს—cervix, collum. საშვილოსნო ასრულებს შემდეგ ფუნქციებს: გენერაციულს, ენდოკრინულს. არანამშობიარევთა საშვილოსნოს სიგრძე 6—7,5 სმ უდრის, ნამშობიარევთა კი—9—11 სმ. ყელის სიგრძე 1–2 სმ. საშვილოსნოს ყელი დაკავშირებულია საშოსთან, რომელიც მას ორ ნაწილად ჰყოფს: საშვილოსნოს საშოსმხრივ ნაწილად—portio vaginalis uteri და საშოს ზედა ნაწილად—portio supravaginalis. საშვილოსნოს ტანსა და ყელს შორის მდებარე ვიწრო ნაწილი, რომლის სიგრძე 1 სმ უდრის, ისთმურ ნაწილადაა—isthmus uteri ცნობილი. საშვილოსნოს ისთმური ნაწილი ანატომიურად აღწერა აშოფმა (Aschoff) 1905 წ. საშვილოსნოს ფუძე ფალოპიუსის მილის ხვრელების ზემოთაა. საშვილოსნოს ორი ზედაპირი აქვს: წინა—შარდის ბუშტისმხრივი და უკანა—სწორი ნაწლავისმხრივი. საშვილოსნოს კედლის სისქე 1,5–2 სმ უდრის, რის გამოც მისი ღრუ—cavum uteri საშვილოსნოს ზომასთან შედარებით მცირეა.

საშვილოსნოს ღრუსაც ჰყოფენ ორ ნაწილად: თვით საშვილოსნოს ღრუდ—cavum uteri proprium და ყელის არხად—canalis cervicalis uteri. საშვილოსნოს ღრუს გასინჯვით ირკვევა, რომ საშვილოსნოს წინა და უკანა კედლები ერთმანეთს ეხება.

საშვილოსნოს ღრუს ფრონტალურ განაკვეთს სამკუთხედის ფორმა აქვს; მის ფუძეში ფალოპიუსის მილები იხსნება, ქვედა ნაწილი კი ყელის არხში გადადის. გადასვლის არე ცნობილია საშვილოსნოს შიგნითა პირად—orifitium internum uteri. ყელის არხის ბოლო, რომელიც საშოს ღრუსკენაა მიმართული, საშვილოსნოს გარეთა პირადაა მიჩნეული. ნამშობიარევი ქალის საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირის წინა ნაწილს წინა ბაგე ეწოდება, უკანას კი—უკანა ბაგე. არანამშობიარევი ქალის საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირი მრგვალია, ნამშობიარევისა კი—ბრტყელი. საშ-

ვილოსნოს ყელში ლორწოვანი საცობია.

საშვილოსნოს კედელი სამი გარსისგან შედგება: შიგნითა ლორწოვანი– tunica mucosa (endometrium), შუა კუნთოვანი– tunica muscularis (myo–metrium) და სეროზული– tunica serosa (perimetrium). თვით საშვილოსნოს ღრუში ლორწოვანი გარსი სადაა, ნაოჭები არა აქვს, ყელის არხი კი დანაოჭებულია და ქმნის ცხოვრების ხეს–plicae palmatae. s. arbor vitac. საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი დაბალი ცილინდრული მოციმციმე ეპითელიუმისგან შედგება. საშვილოსნოს ლორწოვან გარსსა და მის სისხლძარღვებში ბარო–, თერმო–და ჰემორეცეპტორებია. ლორწოვანი გარსის სისქე 3–5 მმ უდრის. საშვილოსნოს ღრუს რეაქცია ტუტეა. საშვილოსნოს ღრუს ნორმალური პირობები სტერილურია. კუნთოვანი გარსის (მიომეტრიუმის) სისქე 1,5 სმ. ის გლუვი კუნთოვანი ქსოვილისგან შედგება. მასში სამ შრეს არჩევენ: შიგნითა გასწვრივს, შუა ირგვლივს–ყველაზე სქელს (მასში გაივლის მსხვილი ვენური წნულები) და გარეთა გასწვრივს–სუბსეროზულს. შიგნითა გასწვრივ და შუა ირგვლივ შრეს კონტრაქციისა და რეტრაქციის უნარი აქვს, მათი მოქმედება სრულყოფს საშვილოსნოს ფიზიოლოგიურ ფუნქციას, ორსულობასა და მშობიარობას. პერიმეტრიუმი სეროზული გარსის პერიტონეუმის ნაწილია, რომელიც საშვილოსნოს გარედან ფარავს: წინიდან საშვილოსნოს ყელამდე, საიდანაც ის საშარდე ბუშტის უკანა ზედაპირზე გადადის; გადასვლის არეში იქმნება ჩაღრმავება, რომელსაც შარდის ბუშტ–საშვილოსნოს ჩაღრმავება–excavatio vesico–uterina ეწოდება. უკან საშვილოსნო დაფარულია მთლიანად პერიტონეუმით, რომელიც ნაწილობრივ საშოს უკანა

სურ. 2. ქალის გარეთა სასქესო ორგანოები **pubendum muliebre vulvae**
1 ბოქვენის მაღლობი **mons pibis; 2 -** საჟენებოს ჩუჩა **preputium clitoridis; 3 -** საჟენებოს თავი - **glans clitoridis; 4 -** შარდსადინარის გარეთა ხვრელი **ostium urethrae externum; 5 -** საშოს ხვრელი - **ostium vaginae; 6 -** საშოს კარიბჭის ფოსო - **fossa vestibule vaginae; 7 -** სასირცხო ბაგეთა ლაგამი **frenulum labiorum pudendi; 8 -** სწორი ნაწლავის ყითა **anus; 9 -** შორისი - **perineum; 10 -** სასირცხო ბაგეთა უკანა შესართავი **commissura labiorum posterion; 11 -** საქალწულო აპკი **hymen; 12** მცირე სასირცხო ბაგეები **labium minorum pudendi; 13 -** დიდი სასირცხო ბაგეები **labium majorum pudendi; 14 -** სასირცხო ბაგეთა წინა შესართავი **commissaura labiorum anterior.**

კედელზე და სწორ ნაწლავზე გადადის და, ამგვარად, სწორ ნაწლავ–საშვილოსნოს ჩაღრმავება—excavatio rectouterina, ანუ დუგლასის ორმო—cavum Douglasi წარმოიქმნება. საშვილოსნოს გვერდითი ნაწილებიდან აღნიშნული სეროზული გარსის წინა და უკანა ფურცლები მცირე მენჯის გვერდით კედლებზე გადადის და საშვილოსნოს განიერ იოგებს—lig. latum uteri–ს ქმნის.

ამ იოგების ზედა ნაპირებში ფალოპიუსის მილებია. საშვილოსნოს განიერი იოგების უკანა ფურცლებთან მოკლე ე.წ. საკვერცხის ჯორჯლით საკვერცხეებია მიმაგრებული. განიერი იოგის ნაწილი, რომელიც ფალოპიუსის მილსა და საკვერცხეს შორისაა, mesosalpinx–ის სახელწოდებითაა ცნობილი.

განიერი იოგის გარდა, საშვილოსნო დამაგრებულია საშვილოსნოს მრგვალი იოგებით—lig. teres uteri. თითოეული იოგი საშვილოსნოს ზედა კუთხიდან იწყება და მიემართება ლატერალურად ზევით და წინ—საზარდულის მილის შიგნითა რგოლისაკენ. შემდეგ საზარდულის მილში გაივლის და, დასასრულ, თავისი ბოჭკოებით ვენერას მაღლობისა და დიდი ბაგეების შემაერთებელ ქსოვილში თავსდება. საშვილოსნო დამაგრებულია აგრეთვე გავა–საშვილოსნოს იოგებით—lig. sacro–uterinum. ეს იოგები, ისევე როგორც მრგვალი იოგი, შემაერთებელი ქსოვილის გარდა, გლუვკუნთოვან ბოჭკოებს შეიცავს და საშვილოსნოს უკანა კედლიდან სწორი ნაწლავის ორივე მხრივ გავის ძვლისკენ მიემართება.

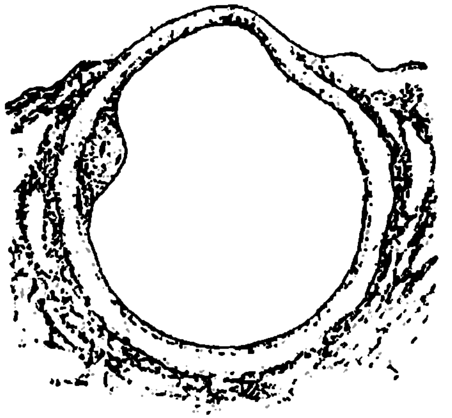
საშვილოსნო მეტად მოძრავი ორგანოა და ისე მდებარეობს, რომ მისი გასწვრივი ღერძი მენჯის ღერძთან პარალელურად დგას.

იმ შემთხვევაში, როდესაც შარდის ბუშტი ცარიელია, საშვილოსნოს ფუძე წინაა მიმართული და საშვილოსნოს წინა ზედაპირი წინ და ქვევითაა მიქცეული. საშვილოსნოს ასეთ წინდახრილობას anteversio ჰქვია. ამავე დროს საშვილოსნოს სხეული ყელთან წინ გახსნილ ბლაგვ კუთხეს ქმნის, რომელიც ზოგჯერ 100 –ს აღწევს. ამას კი anteflexio ეწოდება. იმ შემთხვევაში, როდესაც შარდის ბუშტი შარდითაა სავსე, საშვილოსნო უკან იხრება, რასაც retroversio ეწოდება. ამ დროს მისი გასწვრივი ღერძი ქვევით და წინ მიემართება. საშვილოსნოს უკან გადადუნვა retroflexio–ს სახელწოდებითაა ცნობილი. ამგვარი მდგომარეობა პათოლოგიურია.

კვერცხსავალი, ანუ ფალოპიუსის მილი—salpinx tubae Falopii ლრუ მილია. ეს მილი წყვილია: მარჯვენა და მარცხენა, რომელთა ერთი ბოლო საშვილოსნოს ერთვის ზევითა კუთხეში, ხოლო მეორე—ძაბრივით გაგანიერებული—ღიაა და მუცლის ღრუში იხსნება. კვერცხსავლები განიერი იოგის ორ ფურცელს შორისაა. ფალოპიუსის მილის სიგრძე დაახლოებით 12 სმ უდრის, დიამეტრი—0,5 სმ. ქვევით მდებარე განიერი იოგის ნაწილს mesosalpinx ეწოდება, საკვერცხის ზევით მოთავსებულ ნაწილს კი—mesovarium. ფალოპიუსის მილში ოთხ ნაწილს არჩევენ: საშვილოსნოს კედელში მოთავსებულ ნაწილს pars uterinae tubae ეწოდება, მას მოსდევს მილის ვიწრო ნაწილი—pars isthmica, შემდეგ ფართო და კვერცხსავალის ყველაზე გრძელი ნაწილი pars ampularis, დასასრულ კი infundibulum tubae uterinae ფოჩებით—fimbrae tubae, რომელთაგან ერთი უფრო განვითარებულია და საკვერცხეს აღწევს. საკვერცხის ამ ფოჩს fimbrae ovarica ჰქვია. კვერცხსავალში, ანუ ფალოპიუსის მილში, ისე როგორც საშვილოსნოში, სამ გარსს არჩევენ: ლორწოვანს, კუნთოვანსა და სეროზულს. ლორწოვანი გარსი დაფარულია ერთშრიანი ცილინდრული მოციმციმე ეპითელიუმით. მოციმციმე წამწამების მოძრაობა საშვილოსნოსკენაა მიმართული. კუნთოვანი გარსი შედგება ორი შრისგან: გარეთა გასწვრივისა და შიგნითა ირგვლივისგან, მილში კუნთები სუსტადაა განვითარებული. კვერცხსავალი სეროზული გარსით მხოლოდ ზევიდან და გვერდებზეა დაფარული. ქვედა კიდეს, რომელ-

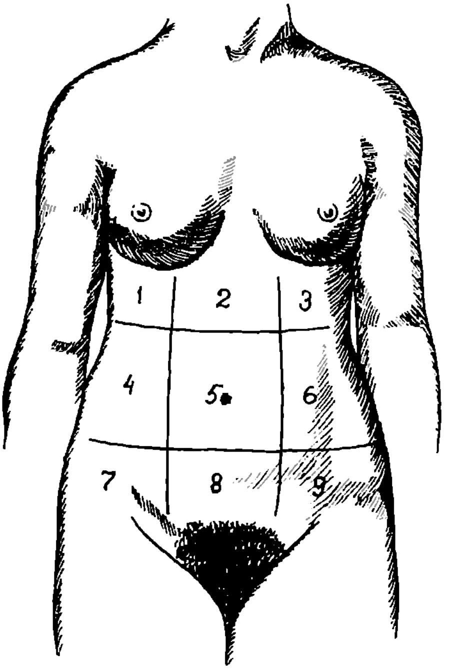
ის მეორე მენჯისკენაა მიქცეული. სეროზული გარსი არა აქვს. მთელ სიგრძეზე, კვერცხსავალის ქვემოთ სეროზული გარსის ფურცლებს კვერცხსავალის ჯორჯალი (mesosalpinx) ეწოდება.

საკვერცხე—ovarium, oophoron ბრტყელი, ოვალური ფორმის ორგანოა. ქალს ორი საკვერცხე აქვს—მარჯვენა და მარცხენა. საკვერცხეები მდებარეობს საშვილოსნოს განიერი იოგების უკანა ზედაპირზე სათანადო ფოსოში. საკვერცხეების მეორე ნაპირი თავისუფალია. საკვერცხეში არჩევენ ორ ბოლოს. ერთი მიმართულია საშვილოსნოსკენ—extremitas uterina, მეორე კი—ფალოპიუსის მილის ფოჩებისკენ—extremitas tibaria. პირველი ბოლოთი საკვერცხე საშვილოსნოსთან დაკავშირებულია საკუთარი იოგით—ligamentum ovarii proprium, მეორე ბოლოთი კი საკიდი იოგის საშუალებით მენჯის გვერდით ზედაპირებს უკავშირდება. საკვერცხე დაახლოებით ქლიავის ოდენაა. საკვერცხის ზომა ქალის ასაკზეა დამოკიდებული. საკვერცხის საშუალო ზომებია: სიგრძე—3–4 სმ, სიგანე—2–3 სმ, სისქე—1–1,5 სმ, წონა—8 გ. სქესობრივ მომწიფებამდე საკვერცხის ზედაპირი სადაა, შემდეგ კი სორკლიანი. ახალგაზრდების საკვერცხის კონსისტენცია მორბილოა, მოხუცებისა—მკვრივი. საკვერცხის ზედაპირი დაფარულია კუბური ეპითელიუმით, რომელსაც ჩანასახოვანი ეპითელიუმი ეწოდება; მის ქვეშ მკვრივი გარსია—tunica albuginea. საკვერცხეში ვარჩევთ ორ ნივთიერებას: გარეთა ქერქოვანსა—substantia corticalis და შიგნითა ტვინოვანს—substantia medularis. ქერქოვანი ნივთიერება შედგება საკვერცხის პარენქიმისგან, რომელიც შეიცავს ფოლიკულებს და საკვერცხის სპეციფიკური ფუნქციის მქონე ნაწილია. ფოლიკულები მათი განვითარების საფეხურის მიხედვით შეიძლება სამ ჯგუფად დაიყოს: 1. პრიმარულ (folliculus ovaricus primarius) ფოლიკულებად, რომელთა რიცხვი ორივე საკვერცხეში საშუალოდ 400–500 ათასს უდრის. პრიმარულ ფოლიკულში მოთავსებულია კვერცხუჯრედი. გარედან მას მარცვლოვანი (stratum granulosum) უჯრედების ერთი შრე აკრავს; 2. მომწიფების პერიოდის ფოლიკულებად. მომწიფების პროცესს ახასიათებს მარცვლოვანი უჯრედების გამრავლება, მათში სითხის—liquor folliculi წარმოქმნა; 3. მომწიფებულ გრააფის ფოლიკულებად—folliculus ovaricus vericulosus.



სურ.3. ადამიანის მწიფე კვერცხუჯრედი:
1. ჩანასახოვანი ბუშტუკი; 2. ჩანასახოვანი სალი; 3. გამჭვირვალე გარსი; 4. სხივური გვირგვინი; 5. კვერცხუჯრედის პროტოპლაზმა; 6. დეიტოპლაზმა; 7-8. სხივური გვირგვინის უჯრედები; 9. მარცვლოვანი შრის უჯრედთაშორისი სივრცეები.

მწიფე ფოლიკულში შემდეგი შრეებია: tunica externa, რომელიც შედგება მკვრივი შემაერთებელი ქსოვილისგან, tunica interna, რომელიც უფრო ნაზი ქსოვილისგან



სურ.4. მუცლის წინა კედლის ტოპოგრაფია

Epigastium: 1 - regio hypochondrica dextra; 2 - regio epigastrica; 3 - regio hypochondrica sinistra; 5 - regio umbilicalis; 6 - regio lateralis sinistra. Hypogastrium; 7 - regio inguimalis dextra; 8 - regio pubica; 9 - regio inguinalis sinistra.

წარმოიქმნება. შეიცავს მრავალკუთხა უჯრედებსა და სისხლის კაპილარებს. შემდეგი შრე გრანულურია, რომელიც შედგება რამდენიმე წყება უჯრედებისაგან. გრანულური უჯრედები ერთ ადგილას ჯგუფდება და ქმნის cumulus oophorus–ს: გრანულური უჯრედების შეჯგუფების ცენტრში კვერცხუჯრედი მდებარეობს. გრანულური უჯრედები კვერცხის ირგვლივ ქმნის სხივურ გვირგვინს–corona radiata. გრანულური უჯრედების შეჯგუფების ცენტრში კვერცხუჯრედი მდებარეობს. გრანულური უჯრედები კვერცხის ირგვლივ ქმნის სხივურ გვირგვინს–სხივური გვირგვინის ქვემოთ კვერცხუჯრედი დაფარულია პრიალა ზონით–zona pellucida კვერცხუჯრები შეიცავს ციტოპლაზმას, რომელშიც ბირთვია, ამ უკანასკნელში კი–ბირთვაკი.

ტვინოვანი ნივთიერება (zona vasculosa) შეიცავს სისხლძარღვებს, ლიმფურ ძარღვებსა და ნერვებს. სისხლძარღვების სიუხვის გამო ტვინოვანი ნივთიერება ქერქოვანი ნივთიერებისგან განსხვავდება მოწითალო ფერითა და ღრუბლისებრი კონსისტენციით.

კვერცხუჯრედი 1827 წელს აღმოაჩინეს. კვერცხუჯრედი მდებარეობს ფოლიკულში. ფოლიკული მწიფდება და გრააფის მწიფე ბუშტუკის სახეს იღებს. მასში მოთავსებული კვერცხუჯრედი იზრდება, ვითარდება და მწიფდება. მომწიფების დროს ფოლიკული თანდათან დიდდება და საკვერცხის ზედაპირისკენ იწევა, ზედმეტი სითხის დაგროვების გამო სკდება და მომწიფებული კვერცხუჯრედი ფალოპიუსის მილში ეარდება. ამ მოვლენას ოვულაცია–ovulatio ეწოდება. გამსკდარი ფოლიკულისგან ყვითელი სხეული–corpus luteum ვითარდება. ყვითელი სხეულის განვითარებაში შემდეგ ფაზებს არჩევენ: პროლიფერაციის, აყვავებისა და უკუგანვითარების ფაზას. პროლიფერაციის ფაზას ახასიათებს გრანულური უჯრედების სწრაფი გამრავლება, რომელთა გრანულური უჯრედები გარდაიქმნება დიდ უჯრედებად, ციტოპლაზმაშიც ნივთიერება ლუთეინი წარმოიქმნება. აყვავების ფაზას ახასიათებს ყვითელი სხეულის მოცულობის გადიდება. ყვითელი სხეული გამოიმუშავებს ლუთეოჰორმონს. ვარჩევთ ორგვარ ყვითელ სხეულს: ნამდვილსა და ცრუს. სხეული ნამდვილია, როცა განაყოფიერება ხდება, ცრუ კი–როდესაც განაყოფიერება არ ხდება.

საკვერცხის ფუნქცია 13–16 წლის ასაკიდან ვლინდება და საშუალოდ 45 წლამდე გრძელდება. კლიმაქტერიული პერიოდის შემდეგ საკვერცხე სეკრეციულ ფუნქციას თანდათან კარგავს, ხოლო ქალი კარგავს განაყოფიერებისა და შეძლოსნობის უნარს.

საკვერცხე (ფოლიკული) გამოყოფს სპეციფიკურ ცილოვან ჰორმონს–ინჰიბინს, რომელიც აწესრიგებს ფოლიკულების რიგრიგობით მომწიფებას და ზრდას.

ქალის ორგანიზმისთვის საკვერცხეს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს, რადგან მასზეა დამოკიდებული ქალის ორგანიზმის განვითარება, სარძევე ჯირკვლებისა და მენჯის თავისებური ჩამოყალიბება, შემაერთებელი ქსოვილის სინაზე, ხმოვანი აპარატის განვითარების თავისებურება, ტანზე ოდნავი ღინღლი, ბოქვენის თმიანობა და სხვ.

ქალის მუცელი, მამაკაცის მუცელთან შედარებით განიერია ქვედა ნაწილში, ზედა ნაწილში კი ვიწროა. მუცლის ტოპოგრაფია შემოისაზღვრება მახვილისებრი მორჩით, ნეკნთა რკალით, მე–12 ნეკნით, მე–12 მალის სხეულით. მენჯისგან მას შემოსაზღვრავს თეძოს ქედი, ბარძაყის არისგან–პუპარტის იოგი. მუცლის ღრუ ზემოდან შემოსაზღვრულია შუასაძგიდით, წინიდან და გვერდებიდან–მუცლის წინა–გვერდითი კედლებით, უკნიდან–მუცლის უკანა კედლით. ქვემოთ ის უშუალოდ მენჯში გრძელდება.

მუცლის ფორმა განპირობებულია კონსტიტუციით. იცვლება სქესობრივი სიმწიფის პერიოდში. ორსულობის დროს მუცლის ფორმა შეიძლება შეიცვალოს ნაწლავთა მეტეორიზმის პირობებში. სიმსუქნის, ბერტონების წრეში სითხის დაგროვების დროს მუცლის ღრუს რომელიმე ორგანოს სიმსივნის დროს და სხვ.

მუცლის წინა კედელს სამ არედ ყოფენ:

1. მუცლის ზედა არე–regio epigastrica, რომელშიც გამოიყოფა:

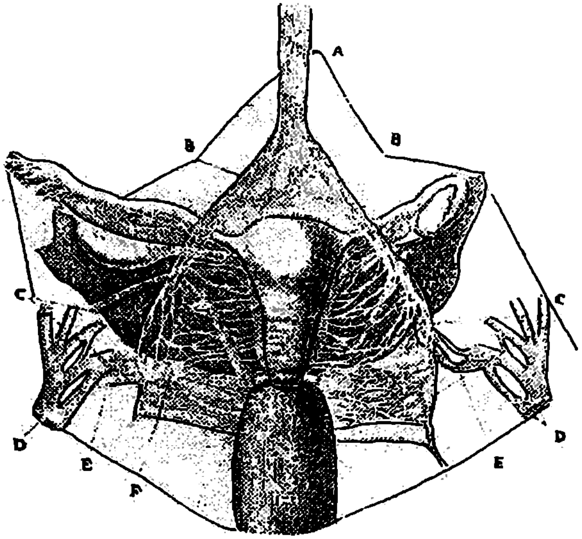
ა) მარჯვენა ფერდქვეშა არე–regio epigastrica dextra, ბ) მუცლის ზედა საკუთარი არე–regio epigstrica propria, გ) მარცხენა ფერდქვეშა არე–regio hypochondrica sinistra.

2. მუცლის შუა არე–regio mesogastrica, რომელშიც არჩევენ: ა) მარჯვენა ლატერალურ არეს–regio lateralis dextra, ბ) ჭიპის არეს–regio umbilicalis და გ) მარცხენა ლატერალურ არეს–regio lateralissinistra.

3. ქვედა არე–regio hypogastrica. მუცლის ქვედა არეში გამოიყოფა: ა) მარჯვენა საზარდულის არე–regio inguinalis dextra, ბ) ბოქვენის არე–regio pubica და მარცხენა საზარდულის არე–regio inguinalis sinistra.

არჩევენ მუცლის ზედა, წინა, გვერდითს და უკანა კედლებს. წინა კედელში სწორი კუნთების მედიალური კიდეები ბუდეებით ერთმანეთს უკავშირდება და თეთრ ხაზს–linea alba–ს ქმნის. თეთრი ხაზი გადაჭიმულია მახვილისებრი მორჩიდან ბოქვენის სიმფიზამდე. თეთრი ხაზი დაფარულია კანით, რომლის პიგმენტაცია კარგადაა გამოხატული ორსულობის ბოლო პერიოდში კანქვეშა ცხიმითა და ფასციით, მათ ქვეშ არის მოთავსებული განივი ფასცია, ლანგენბეკის ცხიმოვანი შრე და პარიეტული პერიტონეუმი. თეთრი ხაზის დეფექტი ჭიპის რგოლი–annulus umbilicalis–ია.

ჩანასახოვანი განვითარების მესამე თვეზე მუცლის წინა კედელი ღიაა და ორგანოების ნაწილი მუცლის ღრუს გარეთაა. მესამე თვის დასასრულს ორგანოები მუცლის ღრუში თავსდება, დეფექტი წინა კედელში თანდათან ვიწროვდება და რჩება ჭიპის რგოლის სახით, რომელშიც ჭიპის სისხლძარღვები და urachus–ი გაივლის. ნაყოფის დაბადების შემდეგ ჭიპლარის ელემენტები ობლიტერაციას განიცდის და გადაიქცევა იოგებად, რომელთა ბოლოები კანზე ე.წ. ჭიპის დერილს ქმნის. ჭიპის



სურ 5. ქალის სასქესო ორგანოების ტოპოგრაფია

A - plexus aorticus; B - plexus hypogastricus; D - plexus pudendus; E - nervus erigens; F - ganglion.

რგოლი მდებარეობს მახვილისებრი მორჩიდან ბოქვენის სიმფიზამდე მანძილის შუა წერტილში წელის მე—4 მალის დონეზე. წინიდან იგი დაფარულია სიღრმეში ჩაწნული თხელი კანით. კანქვეშა ცხიმი, ზერელე ფასცია და ლანგენბეკის შრე ჭიპის რგოლის ფარგლებში განლეულია, რის გამოც განივი ფასცია და პერიტონეუმი უშუალოდ კანს უკავშირდება. ჭიპი ორგანიზმში ერთადერთი ადგილია, სადაც კანი და პერიტონეუმი ასე ახლო ურთიერთობაშია ერთმანეთთან, ჭიპის ამობურცვას დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ორსულობის ვადის დასადგენად.

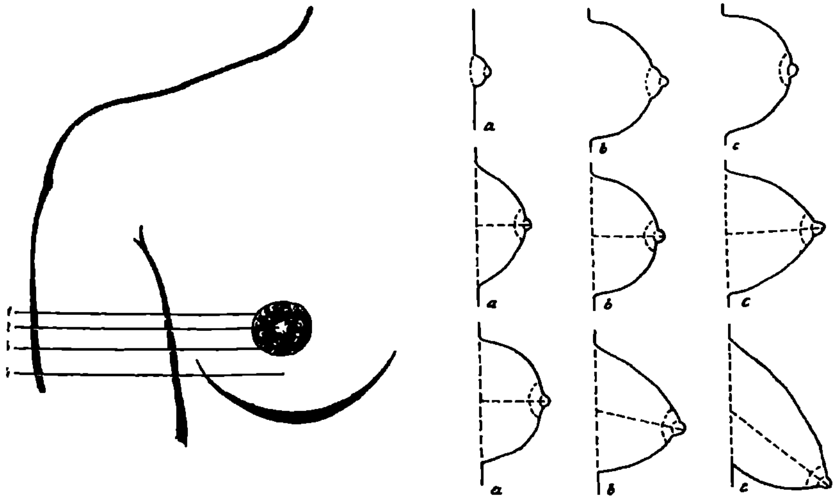
ქალის შიგნითა და გარეთა სასქესო ორგანოების სისხლძარღვები, ლიმფური ძარღვები და ნერვები

საშვილოსნო არტერიულ სისხლს იღებს საშვილოსნოს არტერიიდან და ნაწილობრივ შიგნითა სასირცხო არტერიიდან. საშვილოსნოს არტერია a.uterina მსხვილი სისხლძარღვია (არანამშობიარეებში—3 მმ დიამეტრის), რომელიც მენჯის შიგნითა არტერიიდან გამოდის. საშვილოსნოს არტერია უმთავრესად საშვილოსნოს კვებავს. გარდა ამისა, ის მონაწილეობს საშვილოსნოს განივი და მრგვალი იოგების, ფალოპიუსის მილების, საკვერცხეებისა და საშოს ვასკულარიზაციაში, ქმნის ანასტომოზებს—a.ovarica, a.vesicovaginalis და მიემართება ქვევით და მედიალურად, გადაჯვარედინდება შარდსაწვეთისა და საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის დონეზე და 3 სმ დაშორებით ქმნის a.vaginalis–ს, რომელიც კვებავს საშვილოსნოს ყელს, საშოსა და ნაწილობრივ შარდის ბუშტს. შემდეგ იგი ზემოთ მიემართება და საშვილოსნოს განიერი იოგის ორ ფურცელს შორის თავსდება. საშვილოსნოს ზედა

კუთხემდე საშვილოსნოს არტერია დაკლაკნილია და გზადაგზა ქმნის ტოტებს–rami uteri საშვილოსნოს წინა და უკანა ზედაპირებისთვის. საშვილოსნოს ფუძის არეში ფალოპიუსის მილის შეერთების ადგილას საშვილოსნოს არტერია სამ საბოლოო ტოტად იყოფა: 1. ramus fundi, რომელიც კვებავს ფუძეს. 2. ramus tubarius, რომელიც მიემართება მილის გასწვრივ და ტოტიანდება. 3. ramus ovarii, რომელიც მიემართება საკვერცხის ჯორჯლის კიდის პარალელურად; უკანასკნელის ორი ტოტი a.ovarica–სთან ანასტომოზს ქმნის. a.uterina–სგან მთელ სიგრძეზე მრავალი წვრილი ტოტი გამოდის. ისინი ქმნიან სისხლძარღვთა ქსელს მოპირდაპირე თანამოსახელე არტერიასთან, საშვილოსნოს კუნთოვან და ლორწოვან გარსებში კი–მრავალ ტოტს. განსაკუთრებით ორსულობის დროს.

A.ovarica გამოდის ორივე მხარეზე აორტიდან თირკმლის არტერიების ოდნავ ქვემოთ; ზოგჯერ მარცხენა საკვერცხის არტერია გამოდის არა აორტიდან, არამედ თირკმლის არტერიიდან; ის კვებავს საკვერცხეს და ფალოპიუსის მილს, შემდეგ კი ანასტომოზის სახით საშვილოსნოს არტერიას უერთდება. საშვილოსნოს ვენები აღწევენ კუნთოვანი გარსის გარეთა ზედაპირს, ქმნიან უხვსა და ხშირ ქსელს, ეს უკანასკნელი კი ყოველმხრივ გარს აკრავს საშვილოსნოს არტერიასა და მის ტოტებს. ამ ქსელიდან ვენური სისხლი სამი მიმართულებით მიდის: 1. საშვილოსნოს ზედა ნაწილიდან, მილიდან და საკვერცხიდან–v.ovarica dextra–სა და sinistra–ს საშუალებით; 2. ტანის ქვედა ნახევრიდან და ყელის ზედა ნაწილიდან– v.v.uterinae–ს საშუალებით; 3. ყელის ქვედა ნაწილიდან და საშოდან იმ ვენებით, რომლებიც შარდსაწვეთის უკან მიემართებიან და უერთდებიან ნაწილობრივ v.uterina–ს, ნაწილობრივ კი–v.hypogastrica–ს. საშვილოსნოს ლიმფური ძარღვები მრავალრიცხოვანია და შემდეგნაირად ნაწილდება: ძარღვები, რომლებსაც ლიმფა გამოაქვთ საშვილოსნოს ფუძიდან და სხეულიდან, უერთდებიან ფალოპიუსის მილისა და საკვერცხის ლიმფურ ძარღვებს, მიემართებიან a და v.ovarica–სთან ერთად და იხსნებიან წელის ლიმფურ კვანძებში–nodi limphatici lumbales. ლიმფის ნაწილი საშვილოსნოს ფუძიდან გადადის საზარდულის ლიმფურ კვანძებში–nodi limphatici inguinalis–ში. საშვილოსნოს ყელიდან ლიმფა გამოაქვს იმ ძარღვებს, რომლებიც თან სდევენ საშვილოსნოს არტერიას და ერთ ან ორ ლიმფურ კვანძში იხსნებიან. საშოს ზედა ნაწილისა და საშვილოსნოს ყელის ლიმფა მიდის თეძოს გარეთა და მენჯის არტერიების გასწვრივ კვანძებში, აგრეთვე ფართო იოგების ბალღრაში არსებულ პარამეტრიულ კვანძებში. ლიმფური გზა საშვილოსნოს ტანის ზედა ნაწილთან ფართო იოგების ორი ფურცლის ზედა ნაწილში გაივლის, უერთდება საკვერცხისა და კვერცხსავალის ლიმფურ სადინარებს და მათთან ერთად ჩაერთვის წელის ლიმფურ კვანძებში. საშვილოსნოს ფუძიდან ლიმფა მიდის მრგვალი იოგების გზით საზარდულის ღრმა კვანძებში.

ქალის სასქესო ორგანოების ინერვაცია ხორციელდება: ზურგის ტვინის ნერვული სისტემით და ვეგეტატიური ნერვული სისტემით. პირველი ნებით მოძრაობას არეგულირებს, მეორე კი სასქესო ორგანოების უნებლიე ფუნქციებს განაგებს. ზურგის ტვინის ნერვულ სისტემას დასაბამს აძლევს ზურგის ტვინის გავისა და წელის სეგმენტები. ვეგეტატიური ნერვული სისტემა შედგება: სიმპათიკური და პარასიმპათიკური სისტემის ბოჭკოებისა და ყისცერული წნულების მსხვილი უჯრედებისგან. საშვილოსნოს ის ნერვები, რომლებიც მენჯის წნულიდან გამოდიან, სიმპათიკურია, გავის წილს II, III და IV სეგმენტიდან გამოსული ნერვები კი–პარასიმპათიკური. აქედან გამოსული ნერვული ღეროები საშვილოსნოს ყელის არეში ქმნის წნულს, რომელიც რამდენიმე სიმპათიკურ კვანძს შეიცავს–plexus uterovaginalis, კვანძებიდან

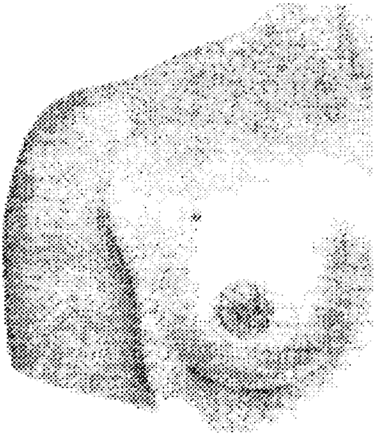


სურ. 6 სარძევე ჯირკვლის სხვადასხვა ფორმა

კი ნერვები საშვილოსნოს ყელსა და სხეულზე ვრცელდება. ზოგიერთი მათგანი აგრეთვე საშოსა და შარდის ბუშტს აღწევს. ნერვების მთავარი მასა საშვილოსნოს კუნთოვან გარსში ტოტიანდება, უმცირესი ნაწილი კი—ლორწოვან გარსში. თვით საშვილოსნოს კედელში განგლიური უჯრედები არ არის. შარდის ბუშტი ნერვულ ბოჭკოებს იღებს plexus hypogastricus–დან, n.erigens, s.splanchnicus– იდან და plexus uterovaginalis–დან.

ქალის სასქესო ორგანოები განსაკუთრებით მდიდარია ბარო–, თერმო–და ჰემორეცეპტორებით.

საშოს სისხლძარღვები და ნერვები მჭიდრო კავშირშია საშვილოსნოს სისხლძარღვებთან და ნერვებთან. არტერიულ სისხლს საშო ღებულობს მენჯის არტერიიდან სხვადასხვა გზით: საშვილოსნოს არტერიიდან—მისი ramus cervicovaginalis seu vaginalis–ის, შარდის ბუშტის ქვედა, სწორი ნაწლავის შუა და შიგნითა სასირცხო არტერიებიდან. ყველა ეს ტოტი ერთიმეორესთან ანასტომოზებითაა შეერთებული. მრავალი ვენა საშოს გვერდებზე ქმნის უხვ ქსელს, რომელიც მცირე მენჯის მეზობელი ორგანოებისა და გარეთა სასქესო ორგანოების ვენურ ქსელს უერთდება. ვენები, რომლებსაც ამ წნულებიდან გამოაქვს სისხლი, არტერიებს თან სდევენ და მენჯის ვენაში იხსნებიან. ლიმფური ძარღვები საშოს კედელში ქმნის ძალიან უხვ ქსელს, საიდანაც ლიმფა სამი გზის მიემართება: 1. საშოს ზედა ნაწილიდან მენჯის ლიმფურ კვანძებში, 2. საშოს ქვედა ნაწილიდან საზარდულის კვანძებში და 3. საშოს უკანა კედლიდან—სწორი ნაწლავის ლიმფურ კვანძებში, რომლებიც სწორი ნაწლავის კუნთოვან გარსში მდებარეობენ. საშო ინერვირდება მენჯის წნულიდან, გავის წილის II და III სეგმენტებიდან გამოსული ნერვებით. ამ ნერვების მიერ შექმნილი წნული საშოს კედელს გარს ეკვრის და ნერვულ კვანძებს შეიცავს. საშოს ქვედა ნაწილში არსებული ნერვული ბოჭკოები სასირცხო ნერვის ტოტებია.



სურ.7 ქალის სარძევე ჯირკვალი

არტერიულ სისხლს დიდი და მცირე სასირცხო ბაგეები იღებს a.labialis anteriori–დან, რომელიც გარეთა სასირცხო არტერიის ტოტია, და a.labialis posterior–დან რომელიც შორისის არტერიის ტოტია. სასირცხო ბაგეებში დამხურავი არტერია ტოტიანდება. სასირცხო ბაგეების ყველა არტერია ანასტომოზებს ქმნის როგორც ერთიმეორესთან, ისე მეზობელი ორგანოების არტერიებთან. ვენები თან სდევს არტერიებს და ბარძაყისა და მენჯის უახლოეს ვენებს უერთდება.

გარეთა სასქესო ორგანოების ლიმფურ ძარღვებს ლიმფა საზარდულის მსხვილ ლიმფურ კვანძებში მიაქვს.

სასირცხო ბაგები ინერვირდება nn.ilioinguanalis hypogastricus–დან, spermaticus externus–დან (nn.lumbales anteriores) და n.perineus–დან (nn.lumbales posteriores).

სასირცხო ნერვი შეჭრილია მენჯის წნულში და ქმნის შემდეგ ნერვულ წარმონაქმნებს: anastomosis plexoidea pudendalis anterior–ს, anastomosis pudendalis posterior–სა და rami ansiformeus pudendi–ს. მაშასადამე სასირცხო ნერვით ინერვირდება არა მარტო გარეთა, არამედ შიგნითა სასქესო ორგანოებიც.

კარიბჭის დიდი ჯირკვლები იკვებება შიგნითა სასირცხო არტერიით, ვენები ნაწილობრივ შიგნითა სასირცხო ვენაში იხსნება, ნაწილობრივ კი კარიბჭის ბოლქვის ვენებთანაა დაკავშირებული.

ბართოლინის ჯირკვლის ლიმფური სისტემა მენჯის ლიმფურ კვანძებთან მიემართება, ნერვებს სასირცხო ნერვიდან ღებულობს.

საენებოს მღვიმოვანი სხეული იკვებება a.clitoridis–ს საშუალებით. საენებოს ვენები საენებოს არტერიის გვერდით მიემართება.

ქალის სარძევე ჯირკვალი (ძუძუ)–MAMMAE, MATOS

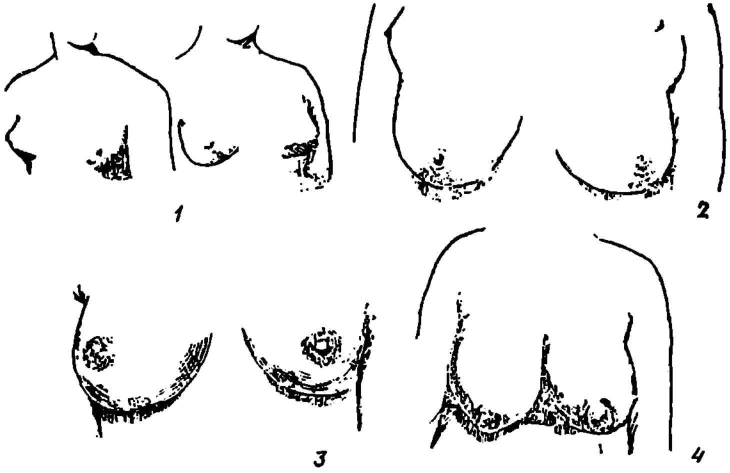
სარძევე ჯირკვალი –ძუძუ სასქესო ორგანოებს განეკუთვნება. ის თავისი ფიზიოლოგიური, ენდოკრინული, ფსიქოლოგიური და რეცეპტორული მექანიზმით იმ ორგანოთა სისტემაში შედის, რომლებიც გამრავლების ბიოლოგიასთან არიან დაკავშირებული.

ქალის სარძევე ჯირკვალი განვითარების სხვადასხვა პერიოდში ცვალებადობს. პუბერტულ პერიოდში ეს ორგანო ძირითადად შედგება ეპითელიუმით ამოფენილი დატოტიანებული სადინარებისა და მცირე რაოდენობის ალვეოლებისგან. რეპროდუქციულ პერიოდში სადინარების წარმოქმნა წყდება და სასქესო სტეროიდების მოქმედებით, რომლებიც ციკლურად გამოიყოფიან მენსტრუაციული ციკლის სხვადასხვა ფაზაში, სარძევე ჯირკვლის მორფოლოგიური სტრუქტურა სახეს იცვლის. ამ პერიოდში ძირითადად ვითარდება ალვეოლური ეპთელიუმი. ეს პროცესი ინტენსიურდება ორსულობის პერიოდში, როდესაც ლობულო–ალვეოლური სტრუქტურების ზრდასთან ერთად ჯირკვლის ეპითელური უჯრედები დიფერენცირდება.

მამოგენეზის ენდოკრინული რეგულაციის მექანიზმში დიდი როლი ენიჭება ოვარიული ჰორმონების (ესტროგენებისა და გესტაგენების), ჰიპოფიზური ჰორმონის (პროლაქტინის), კორტიკოსტეროიდული და თირეოიდული ჰორმონების, კუჭქვეშა ჯირკვლის (ინსულინის), აგრეთვე ეპიდერმული ზრდის ფაქტორის (ეზფ) მოქმედებას.

ესტროგენები in vivo ასტიმულირებს სარძევე ჯირკვლის ეპითელური უჯრედების პროლიფერაციულ პროცესებს.

ესტროგენების მასტიმულირებელი ეფექტი შეიძლება იყოს პირდაპირი და არაპირდაპირი. სარძევე ჯირკვლის ეპითელური უჯრედების ზრდაზე ესტროგენების პირდაპირი მოქმედება შეიძლება დაკავშირებული იყოს პროგესტერონის რეცეპტორების ინდუქ-



სურ.8 1 - სარძევე ჯირკვლები პუბერტულ პერიოდში; 2 - იდლიის ფოსოში განვითარებული დამატებითი ძუძუ; 3 ანიზომასტია; 4 მაკრომასტია, სარძევე ჯირკვლის პათოლოგია ჩამოყალიბებული ორგანოგენეზის პროცესში.

ციამდე, ხოლო არაპირდაპირი—პროლაქტინის სეკრეციის სტიმულაციამდე.

პროგესტერონი in vivo და in vitro ასტიმულირებს სარძევე ჯირკვლის ეპითელური უჯრედების ზრდას. ამ პროცესზე პროგესტერონის გარდა მოქმედებს აგრეთვე ესტრადიოლი, ზრდის ჰორმონი (პროლაქტინი) და თირკმელზედა ჯირკვლების სტეროიდები.

პროლაქტინი მთავარ როლს ასრულებს მამოგენეზის პროცესში. იგი იწვევს სარძევე ჯირკვლის ეპითელური უჯრედების აქტიურ ზრდას დაწყებული პუბერტული პერიოდიდან, ლაქტაციური პერიოდის ჩათვლით.

ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონები (თიროქსინი და ტრიიოდთირონინი) დიდ გავლენას ახდენს ეპითელური უჯრედების ფუნქციურ დიფერენცირებასა და მორფოგენეზზე. სარძევე ჯირკვალზე თირეოიდული ჰორმონების მოქმედება ხორციელდება პროლაქტინური რეცეპტორების და ეზფ რეცეპტორების რეგულაციით.

ამრიგად, სარძევე ჯირკვალში მიმდინარე ძირითადი ბიოლოგიური პროცესები (ზრდა, განვითარება და ეპითელური უჯრედების დიფერენცირება) მიმდინარ-

ეობს სხვადასხვა ჰორმონების და ეგზ როგორც პირდაპირი მოქმედებით, ასევე მათი რთული ურთიერთქმედების შედეგად.

ქალს წყვილი სარძევე ჯირკვალი აქვს. სარძევე ჯირკვლის ფუძე მდებარეობს გულმკერდის წინა კედელზე–მკერდის დიდ კუნთზე–m.pectoralis major III–IV ნეკნების არეში. ძუძუს ფორმა მრგვალი ან კონუსისებრია. გულმკერდის არეში სარძევე ჯირკვალთა შორის ჩაღრმავებას sinus mammarum ეწოდება.

სარძევე ჯირკვლის ჯირკვლოვან ნაწილს ტანი ეწოდება. სარძევე ჯირკვლის ტანი შედგება 15–20 ჯირკვლოვანი წილისგან, რომელთა შორის ფასციის ფირფიტე-ბია ჩართული. ამ ფასციის ყოველი წილის ფირფიტები მეორეული მორჩებით კიდევ მრავალ წილაკად ყოფს. სარძევე ჯირკვლის წინა ზედაპირის შუა ადგილზე წინ წამოწეული, სხვადასხვა სიდიდისა და ფორმის (კონუსისებრი, ცილინდრული, ბრტყელი ან ზოგჯერ სარძევე ჯირკვალში ჩაწეული) კერტია.

ნორმალურად მიჩნეულია ისეთი კერტი, რომელიც სარძევე ჯირკვლის ზედაპირიდან ამოწეულია და მოგრძო მოყვანილობისაა. კერტის ზედაპირი დაფარულია კანის თხელი, ნაზი ფენით და წაბლისფერი პიგმენტური გვირგვინით. კერტის ძირს გარს აკრავს რგოლი, რომელსაც კერტის ბაკი–areola mammae ეწოდება. ის მეტად ნაზი და თხელია, შეიცავს საოფლე და ცხიმის ჯირკვლებს.

კერტის ბაკთან დამატებითი რუდიმენტული სარძევე ჯირკვლებია (მონტგომერის). სარძევე ჯირკვლის ყოველ ნაწილს კერტის მწვერვალზე თავისი საკუთარი სადინარი–ductus lactiferi აქვს, რომელიც თავისებური ხვრელით ბოლოვდება. სარძევე სადინარები (8–დან 15–მდე) სარძევე ჯირკვლის სიღრმიდან კერტის არეში მოემართება, იქ ოდნავ განიერდება და კერტის ზედაპირზე ნაზი და თხელი კანის საფარველში იხსნება. იშვიათია დამატებითი სარძევე ჯირკვლები, რომლებიც ფორმისა და კერტის მოყვანილობით განვითარებულ სარძევე ჯირკვალს ჰგავან. დამატებითი სარძევე ჯირკვლები (polymastia) ნორმალური სარძევე ჯირკვლის შუა ხაზზე და მის ფუძეზე ანდა იღლიის ქვეშ მდებარეობს. ორსულობისა და ლაქტაციის დროს დამატებით სარძევე ჯირკვალში ისეთივე ცვლილებები ხდება, როგორც ნორმალურ ჯირკვალში: მისი მოცულობა მატულობს, ხსენი და რძე გამოიყოფა. დამატებითი სარძევე ჯირკვლების რიცხვი შეიძლება 1–დან 5–მდე იყოს.

სარძევე ჯირკვლები სქესობრივი მომწიფების პერიოდში ჯირკვალთა ალვეოლების რიცხვის მომატების, ცხიმოვანი ქსოვილის გამრავლების ხარჯზე იზრდება (სარძევე ჯირკვლებსა და საკვერცხეებს შორის შინაგანსეკრეციული კავშირია). სარძევე ჯირკვლები განსაკუთრებულ ცვლილებებს განიცდის ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდში. ორსულობასთან დაკავშირებით სარძევე ჯირკვლების სეკრეციას არეგულირებს პლაცენტა ლაქტოგენური ჰორმონით. ამ პერიოდში სარძევე ჯირკვლებში ხსენი გროვდება, რაც განპირობებულია პლაცენტის ლაქტოგენური ჰორმონული მოქმედებით. ხსენის რძედ გარდაქმნა და სარძევე ჯირკვალში რძის გამოყოფა იწყება იმის შემდეგ, როცა პლაცენტის ფუნქცია შეწყდება მისი გამოძევების შემდეგ ან ნაყოფის მუცლად სიკვდილის გამო.

სარძევე ჯირკვლები იკვებება სარძევე ჯირკვლის არტერიებით. არტერიებს თან ერთვის თანამოსახელე ვენები. სარძევე ჯირკვლებში მრავალი ლიმფური ძარღვია, რომლებიც უმთავრესად იღლიის ლიმფურ კვანძებში იყრიან თავს.

სარძევე ჯირკვლები კისრის, მხრის წნულის, ნეკნთაშუა და სიმპათიკური ნერვებით ინერვირდება.

IV თავი
ქალის ძვლოვანი მენჯი

ქალის მენჯს მშობიარობის აქტისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს. ქალის მენჯი შედგება: გავის ძვლის—os sacrum, ორი უსახელო ძვლისა—os innominatum s.coxae და კუდუსუნისგან—os coccygeum. უსახელო ძვალი 16 წლამდე 3 ნაწილისაგან შედგება: ა) თეძოს ძვლის—os ilium, ბ) ბოქვენის ძვლისა—os pubis და გ) საჯდომი ძვლისგან—os ischii. უსახელო ძვლები უერთდება გავის ძვალს და ქმნის გავა—თეძოს სახსარს; ისინი წინიდან შეერთებულია ბოქვენის ძვლებით, რომლებიც ქმნიან ბოქვენის ძვალთა სიმფიზს.

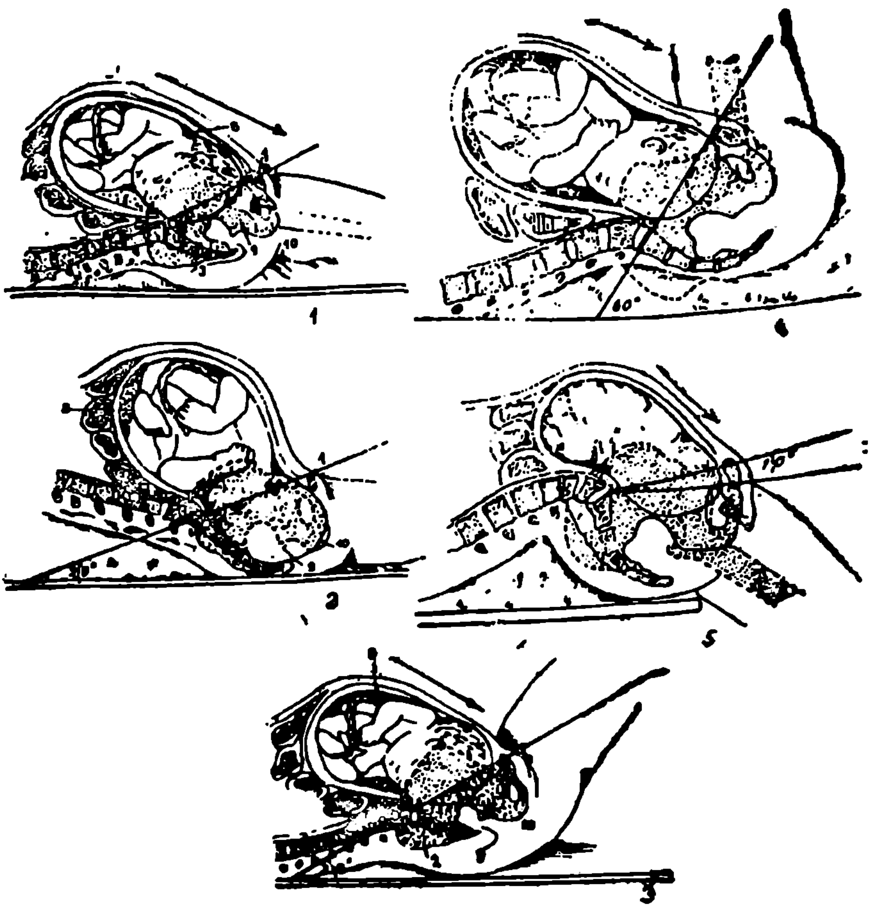
მენჯი დიდი და მცირეა (pelvis major et pelvis minor). დიდ მენჯს წინიდან საზღვრავს მუცლის კედელი, გვერდებიდან—ერთმანეთისგან დაშორებული თეძოს ძვლები, უკნიდან—წელის ორი უკანასკნელი მალა. დიდ მენჯს მშობიარობისათვის ნაკლები მნიშვნელობა აქვს. დიდი მენჯის ზომის მიხედვით არკვევენ მცირე მენჯის ზომებს, რადგან მცირე მენჯის შიგა ზომების უშუალო გაზომვა ცოცხალ ადამიანებზე შეუძლებელია. მცირე მენჯი ძვლებით შემოსაზღვრული არხია. ამ არხის წინა კედლის სიმაღლე 4,5—5 სმ, უკანა კედლის სიმაღლე 12—14 სმ უდრის. მცირე მენჯი დიდისაგან გამოიყოფა გვერდებიდან უსახელო ხაზით. წინიდან ბოქვენის სიმფიზის ზედა კიდით, ხოლო უკნიდან კონცხზე გატარებული ხაზით. მცირე მენჯის მშობიარობისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს.

მცირე მენჯს ყოფენ 4 სიბრტყედ—შესავლად, ფართო ნაწილად, ვიწრო ნაწილად და გამოსავლად.

პირველი სიბრტყე, ანუ მენჯის შესავალი უკნიდან ისაზღვრება კონცხით, წინიდან—სიმფიზის ზედა კიდით, ორივე გვერდიდან (მარცხნივ და მარჯვნივ)— უსახელო ხაზით—linea terminalis seu innominata. შესავლის სიბრტყეში არჩევენ შემდეგ ზომებს: 1. პირდაპირი ზომა—უმოკლესი მანძილი ბოქვენის რკალის შუა ზედა შიგნითა კიდესა და კონცხის ყველაზე გამოშვერილ წერტილს შორის. ამ მანძილს ნამდვილი კონიუგატა—conjugata vera ეწოდება. მისი ზომა 11 სმ—ს უდრის. მეანობაში ანსხვავებენ ანატომიურ კონიუგატასაც—მანძილს ბოქვენის რკალის ზედა კიდის შუა წერტილიდან კონცხის იმავე წერტილამდე, იგი ნამდვილ კონიუგატაზე 0,2—0,3 სანტიმეტრით გრძელია; 2. გარდიგარდმო ზომა მანძილია უსახელო ხაზის მეტად

მცირე მენჯის ზომები (სანტიმეტრებში)

	პირდაპირი ზომა	განივი ზომა	ირიბი ზომა
შესავლის	11	13	12
ფართო ნაწილის	12.5	12.5	12.5
ვიწრო ნაწილის	11.0	10.5	
გამოსავლის	9-11.0	10.5-11	



სურ.9 მენჯის დახრილობის კუთხე

1–მენჯის დახრილობის კუთხე მშობიარობის ჰორიზონტალური მდგომარეობის შემთხვევაში, როდესაც კიდურები გაშლილია მენჯ–ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში; 2–მენჯის დახრილობის კუთხე მშობიარის აწეული წელით მდებარეობის შემთხვევაში; 3–მენჯის დახრილობის კუთხე მშობიარის ჰორიზონტალური მდებარეობის შემთხვევაში, როდესაც კიდურები მოხრილია მუხლის სახსარში; 4–მენჯის დახრილობის კუთხე მშობიარის მენჯით აწეული მდებარეობის შემთხვევაში. კიდურები მოხრილია მუხლის სახსარში; 5–მენჯის დახრილობის კუთხე ვალხერის მდებარეობის შემთხვევაში.

დაშორებულ წერტილებს შორის და 13 სმ–ს უდრის; 3. ირიბი ზომა ორია: მარჯვენა იწყება მარჯვენა თეძო–გავის სახსრიდან და მიემართება მარცხენა თეძო–ბოქვენის მაღლობამდე (ბორცვამდე); მარცხენა იწყება მარცხენა გავა–თეძოს სახსრიდან და მიემართება მარჯვენა თეძო–ბოქვენის ბორცვისაკენ; მისი სიგრძე უდრის 12 სმ.

მცირე მენჯის ღრუს ფართო ნაწილის ზომებია: 1. პირდაპირი ზომა–მანძილი გავა–კუდუსუნის შესახსრებიდან ბოქვენის სიმფიზის ქვედა კიდემდე–11 სმ; 2. განივი ზომა–საჯდომი ძვლების წვეტებშუა მანძილი–10,5 სმ.

მცირე მენჯის გამოსავლის ზომებია: 1. პირდაპირი ზომა–მანძილი კუდუსუნის მწვერვალიდან ბოქვენის სახსრის ქვედა კიდემდე–9,0 სმ, ხოლო (განმეორებით მშობიარეებში–11,0 სმ); 2. განივი ზომა კუკუხოითა შორისი მანძილი 10,5–11 სმ.

უდიდესი ზომა მცირე მენჯის შესავალში განივი ზომაა, ღრუში–ირიბი, ხოლო გამოსავალში–პირდაპირი. მშობიარობის დროს, როცა კუდუსუნი უკანაა გაწეული, ნაყოფი მცირე მენჯში გავლისას თავისი უდიდესი ზომებით უნდა შეეფარდოს მენჯის შესავლის პირდაპირ ზომას, ანუ ნამდვილ კონიუგატას. ერთი და იმავე ქალის ნამდვილი კონიუგატა უცვლელი ზომის არ არის. ფეხების მდებარეობის მიხედვით იგი შეიძლება ცოტა დამოკლდეს ან დაგრძელდეს. კონიუგატის ასეთი ცვალებადობა თეძო–გავის სახსრის მოძრაობის გამო ხდება. თუ ქალს საწოლის ნაპირზე დააწვენს და ფეხებს ძირს ჩამოაშვებინებენ (ვალხერის მდებარეობა) კონიუგატა 1/2 სმ–ით დაგრძელდება.

მენჯის ღერძი, ანუ მენჯის გამტარი ხაზი ეწოდება იმ ხაზს, რომელიც აერთებს მენჯის სიბრტყეების პირდაპირ ზომათა შუა წერტილებს. ამ ხაზს დიდი მნიშვნელობა აქვს მშობიარობის დროს, ვინაიდან ნაყოფის წინსვლითი მოძრაობა ამ მიმართულებით ხდება.

მენჯის გამტარი ხაზი მენჯის შესავალში მიმართულია ირიბად, უკან და ქვემოთ, მენჯის ფართო ნაწილში–ირიბად, უკან და ქვემოთ, მენჯის ვიწრო ნაწილში–ქვემოთ, მენჯის გამოსავალში–წინ.

მენჯის დახრილობის კუთხეს უწოდებენ იმ კუთხეს, რომელსაც მენჯის შესავლის სიბრტყე ქმნის ჰორიზონტთან. იგი დაახლოებით 60°–ს უდრის, მენჯის დახრილობის კუთხე იცვლება მშობიარის მდებარეობის შეცვლასთან დაკავშირებით.

ქალის მენჯი განსხვავდება მამაკაცის მენჯისგან.

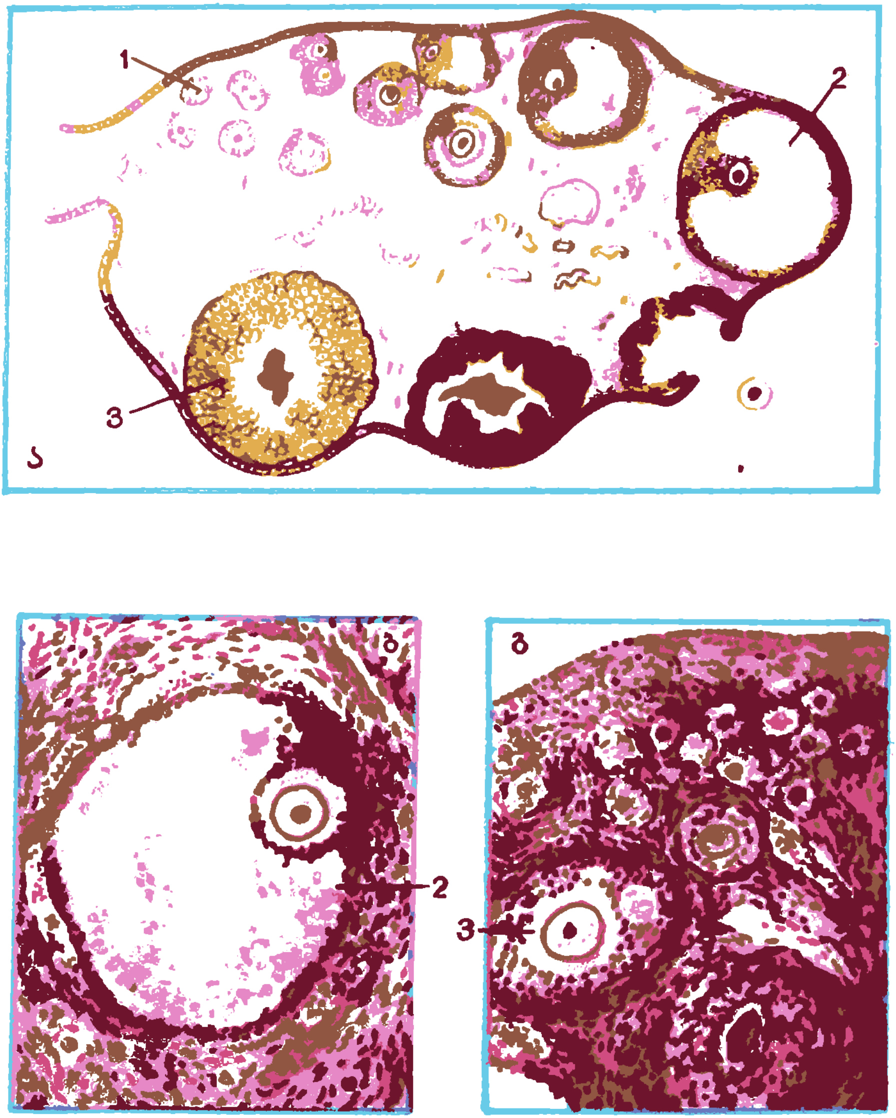
ქალის მენჯს შემდეგი დამახასიათებელი ნიშნები აქვს: იგი დაბალი და განიერია, თეძოს ძვლის ფრთები გარეთაა გადაშლილი; მისი ძვლები, ბორცვები და წვეტები თხელი და სადაა; გავის ძვალი დაბალი, ბრტყელი და განიერია; ბოქვენის ძვლების სიმფიზიც დაბალი და განიერია, მის ქვეშ არსებული კუთხე ბლაგვია; კონცხი ნაკლებადაა წინ წამოწეული; ქალის ნორმალური მენჯის ძვლების გარშემოწერილობა საშუალოდ 85 სმ–ს უდრის; თუ გარშემოწერილობა 70–75 სმ–ია, მაშინ მენჯი ვიწროა.

მენჯის ფუძე

მშობიარობის დროს მენჯის ფუძეს განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს. იგი ფართოვდება, უერთდება სამშობიარო არხს და ხელს უწყობს ნაყოფის დაბადებას. მენჯის ფუძის აგებულებისა და ფუნქციის სხვადასხვა მოშლილობის დროს შეიძლება მშობიარობას გართულება მოჰყვეს. კუნთები და ფასციები, რომლებისგანაც შედგება მენჯის ფუძე, გადაჭიმულია გარდიგარდმოდ, განლაგებულია კრამიტისებურად და წარმოქმნის სამ ფენას, რომლებიც ფარავენ მცირე მენჯის გამოსავალს.

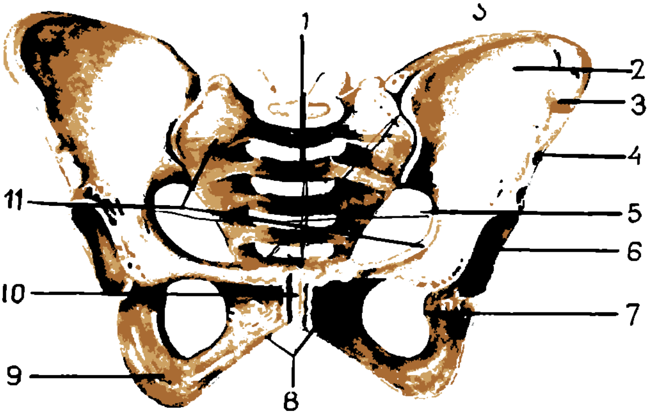
სურ. 6. ფოლიკულის განვითარების სტადიები. ა — საკვერცხის სიგრძივი ჭრილი; ბ—გრააფის ბუშტუკი; გ—საკვერცხის ქერქოვანი შრე;

1—პრიმორდიალური ფოლიკული; 2—მწიფე ფოლიკული (გრააფის ბუშტუკი); 3—ყვითელი სხეული.

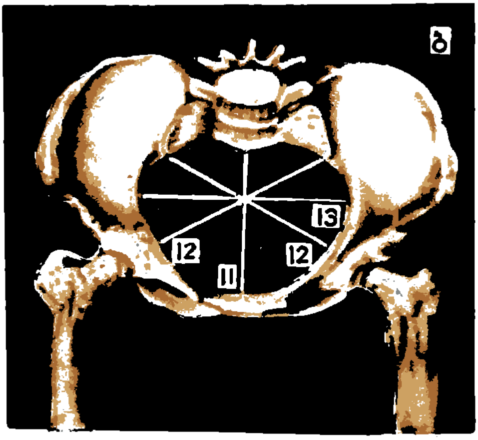


სურ. 18. ა—ქალის მენჯი.

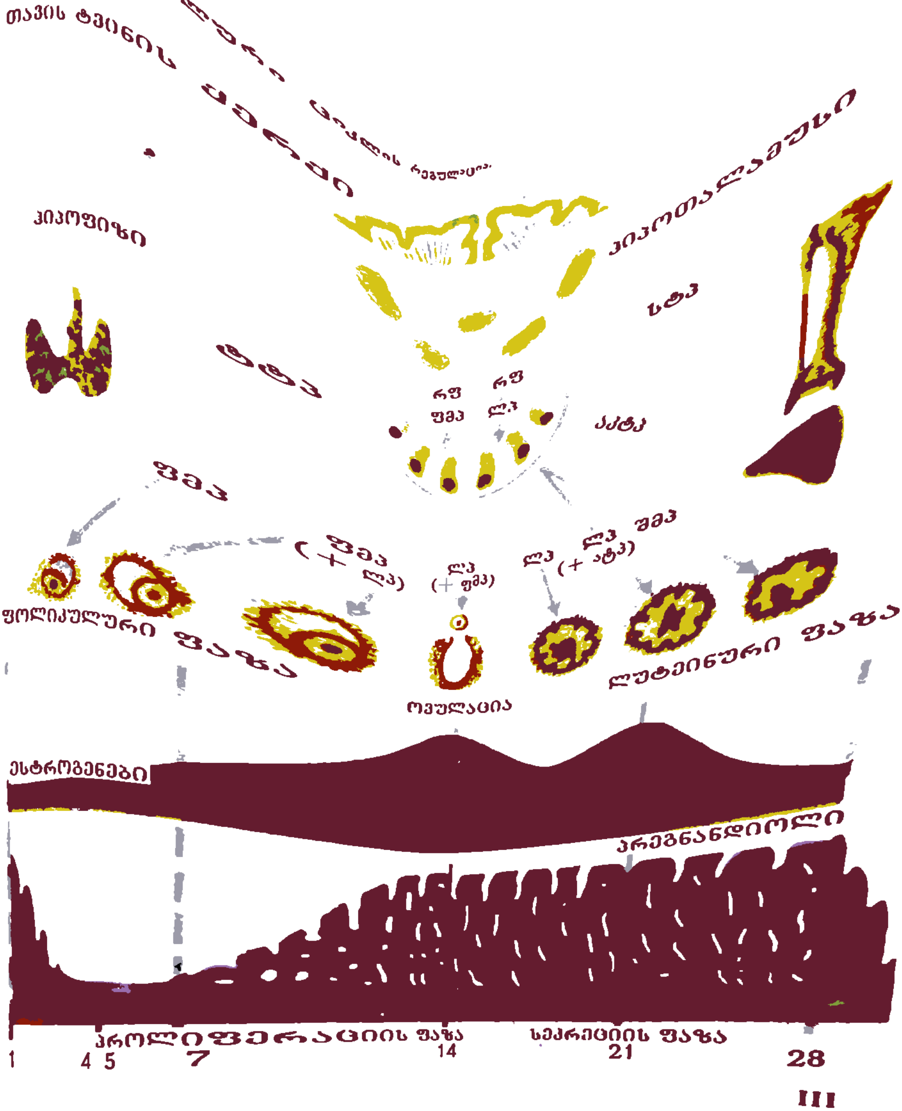
1—გავის ძვალი; 2—თეძოს ძვლის ფრთა; 3—წინა ზედა წვეტი; 4—წინა ქვედა წვეტი; 5—მენჯის შესავალი; 6—ტაბუხის ფოსო; 7—დახურული ხვრელი; 8—ბოქვენის რკალი; 9—საჯდომი ძვალი; 10—სიმფიზი; 11—უსახელო ძვალი.

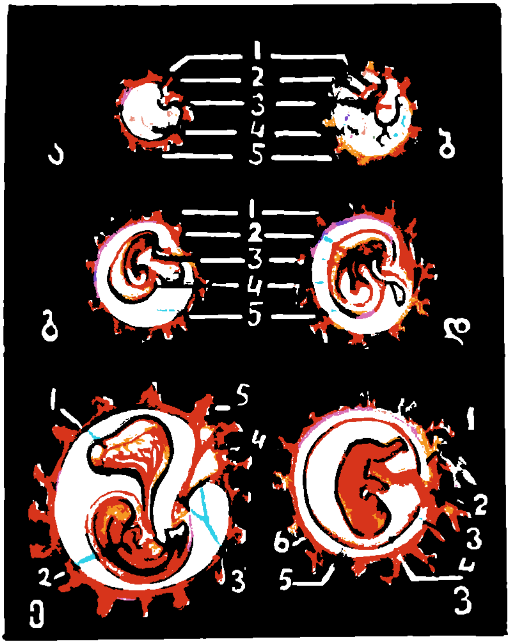


ბ—ქალის ნორმალური მენჯის ზომები.



სურ. 18. მენსტრუალური ციკლის რეგულაცია.





ᲆ — ადამიანის კვერცხის იმპლანტაცია

1 — ტროფობლასტი. 2 — ფიბრინის აპკი
3 — ჩანასახი;
4 — კვერცხის ნიდაციის ადგილი;
5 — ალანტოისის ღერო.

სურ. Ъ4. ემბრიონის განვითარების სტადიები.

1—ემბრიონი და ჩანასახი განვითარების ადრეულ სტადიებში ა და ბ.
1—ამნიონის ღრუ; 2—ემბრიონის სხეული; 3—ყვითრის პარკი; 4—ჩანასახგარე ცელომა; 5—ტროფოდერმა.

გ და დ
1—ქორიონი, 2—ალანტოისი, 3—ყვითრის პარკი; 4—ამნიონი; 5—ჩანასახგარე ცელომა.

ე — 1 — ყვითრის პარკი; 2—ნაყოფის გული; 3 — ჭიპლარის სისხლძარღვები;
4 — ალანტოისი;
5 — ბუსუსოვანი ქორიონი

ვ—1—ჭიპლარის ბაგირაკი; 2—ჭიპლარის სისხლძარღვები; 3 — ყვითრის პარკი;
4 — ამნიონი; 5 — ჩანასახგარე ცელომა;
6 — ქორიონი

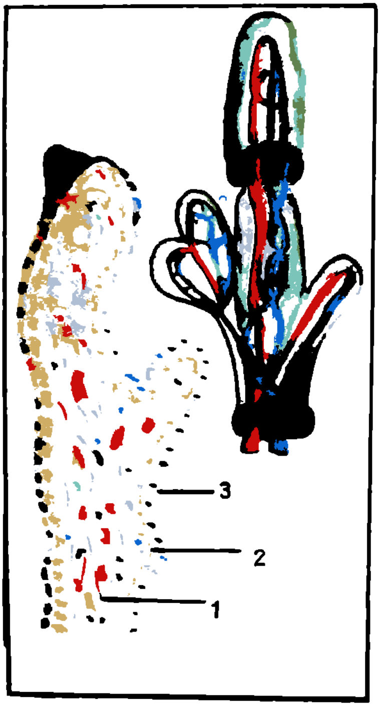
8—ემბრიონი ორსულობის პირველ ტრიმესტრში.

ა—3 კვირის, ბ—5 კვირის, გ—8 კვირის. ა და ბ 1—საშვილოსნოს ფუძე; 2—ემბრიონი; 3—ქორიალური ბუშტუკი, 4—საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი; 5—საშვილოსნოს ყელი.
გ—1—ამნიონი; 2—ქორიონის ბუსუსოვანი ნაწილი; 3—მოსაევარდნი გარსის ძირითადი ნაწილი; 4—ყვითრის პარკი.

სურ. 27. ორსულთა ნაჭდევები — Stria gravidarum.

სურ. 31. ნაყოფისა და პლაცენტის სისხლის მიმოქცევა.

1—სტრომა; 2—ლანგჰანსის შრე; 3 — სინციტიური შრე;



ნაყოფის სისხლის მიმოქცევა.

1 — ქორიონის ბუსუსის სისხლძარღვები; 2 — ლაკუნები.

სურ. VII. ნაყოფის თავის ძირითადი ზომები.

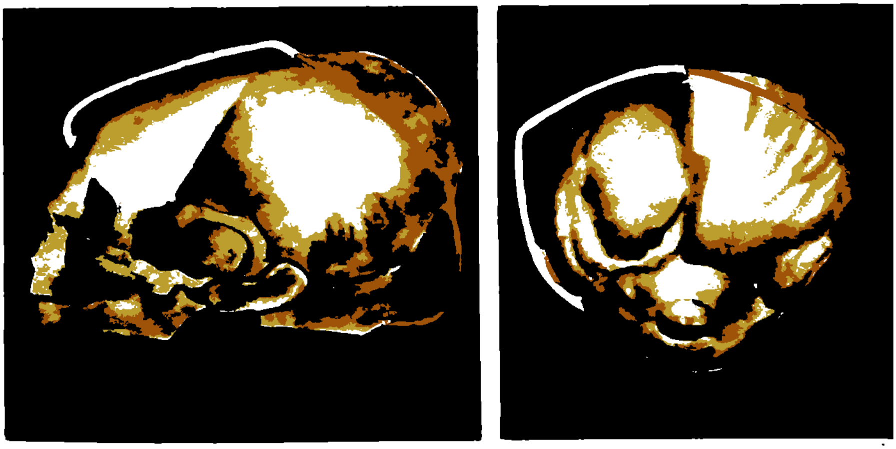
ა

ბ

ა—ნაყოფის თავის, მხრისა და მენჯის ზომები სანტიმეტრობით.

ბ—ნაყოფის თავის დიდი და მცირე გარდიგარდმო ზომები.

გ—მშობიარობის პროცესში ნაყოფის თავის კონფიგურაციის შეცვლა.



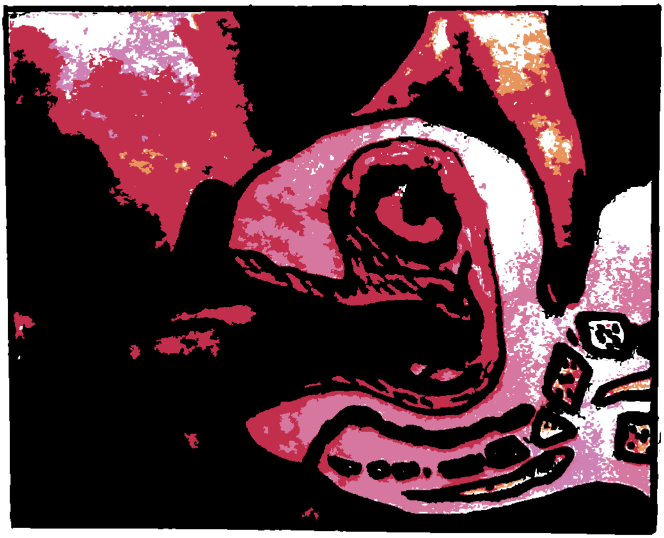
გ

სურ. 87. ორსულობის ადრეული ხანის დიაგნოსტიკა.

გენტერის ნიშანი;

პისკაჩეკის ნიშანი;

ჰორვიც-ჰეგარის ნიშანი.



გარეთა სასქესო ორგანოებისა და შორისის კანისა და კანქვეშა შემაერთებელი ქსოვილის მოცილებისას გადაიხსნება შორისის ზერელე ფასციის—fascia perinei superficialis ზედაპირი. ეს ქმნის მენჯის ფუძის კუნთების ყველაზე გარეთა პირველი შრის ბუდეს; ამ უკანასკნელს მიეკუთვნება ქვემოთ დასახელებული კუნთები, რომელთა მყესები უერთდება ერთმანეთს მყარ ფიბროზულ წარმონაქმნად—შორისის მყესოვან ცენტრში—centrum tendineum perinei. ყითას გარეთა მომჭერი კუნთი (გარეთა მომჭერი)—m.sphincter ani externus კენტი კუნთია, რომლის მასიური კონები ბეჭდისებრად აქვს შემოხვეული სწორი ნაწლავის ბოლოს, ხოლო ზოგიერთი ბოჭკო უერთდება ნაწლავის გასწვრივ კუნთებს და ყითას ამწევი კუნთის ბოჭკოებს. მისი ლატერალური კონები მიემართება სწორი ნაწლავის გასწვრივ. ყითას გარეთა მომჭერის მყესი მყარადაა ჩაქსოვილი შორისის მყესოვან ცენტრში, ხოლო უკნიდან—ყითა—კუდუსუნის იოგში—lig.anococcygeum. ბოლქვ—მღვიმოვანი კუნთი—m.bulbocavernosus s. m.constrictor cuni წყვილია; იგი საშოში შესავალს ორივე მხრიდან გარს ერტყმის, ეფარება კარიბჭის ბოლქვს და კარიბჭის დიდ ჯირკვალს, იწყება შარდ—სასქესო სამკუთხედის უკანა ნაწილში და თავისი ზერელე კონებით მაგრდება კლიტორის ტანზე, ხოლო ღრმა კონებით იმ ადგილზე, სადაც კლიტორის ფეხები ერთდება. მისი ბოჭკოები გადადის ყითას გარეთა მომჭერში, რომელთანაც ქმნის 8—ისებრ ფიგურას. შორისის ზერელე განივი კუნთი—m.transversus perinei superficialis წყვილია. მისი განვითარების დონე ინდივიდურია. ეს კუნთი იწყება საჯდომი ბორცვის შიგა ზედაპირიდან, მიემართება შუა ხაზისკენ და მიმაგრდება შორისის მყესოვან ცენტრში თანამოსახელე მეორე მხრის კუნთში. საჯდომ—მღვიმოვანი კუნთი—m.ishiocavernosus წყვილია, იწყება საჯდომი ძვლის ქვედა შიგა ზედაპირიდან, მიემართება კლიტორის ფეხების მიმართულებით და მაგრდება კლიტორის თეთრ გარსზე.

მენჯის ფუძის კუნთების ზემოხსენებული შრის ქვეშ მენჯის ფუძის კუნთების მეორე შრეა, რომელიც ქმნის შარდ—სასქესო დიაფრაგმას—diaphragma urogenitale. შარდ—სასქესო დიაფრაგმა მკვრივი კუნთოვანი აპკია, რომელიც გარდიგარდმოდ გადაჭიმულია ბოქვენის რკალზე (arcus pubis). იგი შექმნილია ბოქვენის ძვლების დაღმავალი ტოტების კიდეებით და ბოქვენის შესახსრების ქვედა კიდით. შარდ—სასქესო დიაფრაგმას ძირითადად უჭირავს მენჯის—გამოსავლის წინა ნაწილი. შარდ—სასქესო დიაფრაგმის ის ნაწილი, რომელიც უშუალოდ ბოქვენის სახსრის ქვეშაა, კუნთოვან კონებს არ შეიცავს, რის გამოც ფასციის ორივე ფურცელი შეერთებულია ერთმანეთთან. ამასთანავე, წარმოიქმნება შარდსადინარი მილის სამწახნაგოვანი იოგი—lig.trangulare urethrae, რომელსაც სხვაგვარად მენჯის განივი იოგი—lig. transversum pelvis ეწოდება. ფასციის ფურცლები შეერთებულია ერთმანეთთან უკანა კიდეებითაც, სადაც წარმოიქმნება წინიდან ოდნავ ჩაზნექილი ხაზი. ქვემოდან ამ კიდეც ეკერის შორისის ზერელე გარდიგარდმო კუნთი. ფასციის ფურცლებს შორის სივრცეში ორი კუნთის კონებია. ერთი კუნთი მდებარეობს ფასციათაშუა სივრცის ნაწილში და მას ეწოდება შარდ—სასქესო მომჭერი—m.sphincter urogenitalis, მეორე კუნთი ფასციათაშუასივრცის უკანა ნაწილშია და ეწოდება შორისის ღრმა განივი კუნთი—m.transversus peronei profundus. იგი კავშირშია გარეთა შრის კუნთებთან და ყითას ამწევ კუნთთან.

მენჯის ფუძის კუნთების მეორე შრის ამოჭრის შემდეგ იხსნება მესამე, ყველაზე ღრმა კუნთების შრე, რომელიც მენჯის დიაფრაგმას შეადგენს—diaphragmapelvis.

მენჯის დიაფრაგმა თითქმის მთლიანად ყითას ამწევი კუნთისა—m.levator ani და ფასციისაგან წარმოიქმნება. ზემოხსენებულ კუნთთან ცალკეული ბოჭკოებით დაკავ-

შერწყმულია ყითის გარეთა მომჭერი კუნთი—m.sphincter ani externus. ყითის ამწევი კუნთი წყვილია და სამი კარგად განსაზღვრული კუნთის შეერთებაა. ეს კუნთები მიემართება წინიდან უკან, ორივე მხრივ. მათ ეკუთვნის: (1) ბოქვენ-კუდუსუნის კუნთი—m.pubococcygeus, რომლის მედიალური ბოჭკოები სასქესო ნაპრალის გარს შემოეხვევა. ეს კუნთი საკმაოდ ხშირად ზიანდება მშობიარობის დროს; (2) თეძო-კუდუსუნის კუნთი—m. iliococcygeus შეადგენს ყითის ამწევი კუნთის შუა ნაწილს; (3) საჯდომ-კუდუსუნის კუნთი—m.ischiococcygeus, რომელიც ქმნის გუმბათის უკანა ნაწილს და ფარავს გავა-წვეტიან იოგს—lig.sacrospinale. ყველა ამ კუნთის ფუძე მიმაგრებულია წინიდან ბოქვენის სახსრის შიგნითა ზედაპირზე და ბოქვენის ძვლის ჰორიზონტალურ ტოტზე, გვერდიდან—მყესოვან რკალზე—arcus tendineus, უკნიდან—საჯდომ ძვალზე. ამ კუნთების ბოჭკოები მარაოსებრაა განლაგებული; ისინი მენჯის ფუძის შუაში ერთდებიან, ამასთანავე, წინა კონებს უმეტესად სიგრძივი მიმართულება აქვს, ხოლო უკანას—განივი. ამ ბოჭკოების ბოლო მიმაგრებულია ყით-კუდუსუნის მძლავრ იოგთან—lig.anococcygeum, თვით კუდუსუნთან და გავას მწვერვალთან.

ვინაიდან ყითის ამწევი კუნთის ფუძის მიმაგრების ადგილი უფრო ზევითაა, ვიდრე თვით ანუსი და მათი ფიქსაციის სხვა ადგილები, ამიტომ მენჯის დიაფრაგმის კუნთოვან ერთობლიობას აქვს თავისებური ფორმა. ჩაზნექილი ზედაპირი მიმართულია ზევით, ხოლო ამოზნექილი—ქვევით. შუაში, იქ, სადაც ორივე მხრივ კუნთების მედიალური კიდეებია, წარმოიქმნება სიგრძივ მდებარე სასქესო ნაპრალი—hiatus genitalis, რომელშიც გაივლის შარდსადენის მილი, საშო და სწორი ნაწლავი.

ყითის ამწევი კუნთის გუმბათის ჩაზნექილი ზედაპირი მოფენილია მენჯის ფასციით—fascia pelvis, ამოზნექილი ზედაპირი კი დაფარულია შორისის ღრმა ფასციით—fascia perinealis profunda.

V თავი
ქალის ორგანიზმში მიმდინარე ფიზიოლოგიური პროცესები სიცოცხლის სხვადასხვა პერიოდში

ქალის ცხოვრების პერიოდებია:

1. ფეტალური პერიოდი—ინტრაუტერინული ზრდისა და დიფერენცირების ხანა, რომლის დასასრულს სიცოცხლისუნარიანი ორგანიზმი ჩამოყალიბდება;
2. ახალშობილის პერიოდი—neonatoritas, რომელიც გრძელდება ნაყოფის დაბადებიდან სიცოცხლის 6—8 კვირამდე. ამ პერიოდში ახალშობილი ეგუება სუნთქვის, სისხლის მიმოქცევისა და კვების ახალ პირობებს.
3. ბავშვობის ასაკი—infantilitas, რომელიც გრძელდება 2 თვიდან 10 წლამდე.
4. სქესობრივი მომწიფების პერიოდი—virginitas 10—დან 16 წლამდე. ამ ხნის განმავლობაში ქალის გვამი ყალიბდება, მას გარეგანი და შინაგანი სასქესო ორგანოები უვითარდება, სქესის ნიშნები თანდათანობით ვლინდება და იწყება პირველი მენსტრუაცია—menarche;
5. მოწიფულობის პერიოდი—pubertas, muliebritas, მისი ხანგრძლივობა დაახლოებით 30 წელია (16—დან 48 წლამდე). ეტიმოლოგიურად pubere ნიშნავს თმით დაფარვას. სინამდვილეში კი სქესობრივი მოწიფულობის პერიოდში მნიშვნელოვანი სომატური, სექსუალური და ფსიქიკური ცვლილებები ხდება. ენდოკრინული თვალსაზრისით სქესობრივი მომწიფება პოლიგლანდულარული პროცესია, რომელიც

მოიცავს მთელ ორგანიზმს.

6. კლიმაქსის პერიოდი—climacterium, climax შედარებით ხანმოკლეა (მოწიფულობასა და მენოპაუზას შორის) და რამდენიმე თვიდან სამ წლამდე გრძელდება. ამ პერიოდს ახასიათებს მენსტრუაციის თანდათანობით შეწყვეტა, რადგან კვერცხუჯრედის მომწიფება იშვიათად, მაგრამ მაინც ხდება. კლიმაქსის პერიოდი სიმწიფის ასაკიდან მოხუცებულობის ასაკში გარდამავალი საფეხურია.

7. მენოპაუზის პერიოდს—menopausa ახასიათებს მენსტრუაციის სრული შეწყვეტა. საშუალოდ ის გრძელდება 48—დან 55 წლის ასაკამდე. მენოპაუზის პერიოდში საკვერცხეები მცირე ზომისაა, შეჭმუხნილი. მათში შესაძლებელია იყოს ფოლიკულები, რომლებიც ვერ აღწევენ სრულ მომწიფებას და ატრეზირდებიან. გრანულურშრიანი ფოლიკულების გარდა, შეიძლება იყოს ფოლიკულები ამ შრის გარეშე theca interna—ს სუსტი პროლიფერაციით, ასეთი ფოლიკულები ერთეულია და შეიძლება ვნახოთ მენსტრუაციის შეწყვეტიდან პირველი 2—3 წლის განმავლობაში. ამგვარად, მენოპაუზის პირველ ხანებში არცთუ იშვიათია მენსტრუაციის ტიპის სისხლის დენა, აგრეთვე კვერცხუჯრედის მომწიფება. მენოპაუზა ყოველთვის დაკავშირებულია ჰიპოფიზის სეკრეციული მოქმედებისა და ჰიპოთალამუსის ფუნქციის პირველად ცვლილებებთან. მენოპაუზის პერიოდში ენდომეტრიუმი ხშირად ატროფიულია, თუმცა შეიძლება ზოგჯერ მისი ჯირკვლოვანი ჰიპერპლაზიაც აღინიშნებოდეს.

8. მენოპაუზის შემდგომი—senium, ანუ მოხუცებულობის პერიოდი, ჯერ კიდევ გაურკვეველია სადამდე გრძელდება. შესაძლოა, ამ ქალის კრიტერიუმად საშვილოსნოს და საშოს ლორწოვანას ატროფიული ცვლილებები მივიჩნიოთ. როგორც წესი, ამ პერიოდისათვის საკვერცხეებში ვლინდება მხოლოდ corpora fibrosa და corpora albicanta, საკვერცხის სტრომის ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილი გადაქცეულია ფიბროზულ შემაერთებელ ქსოვილად.

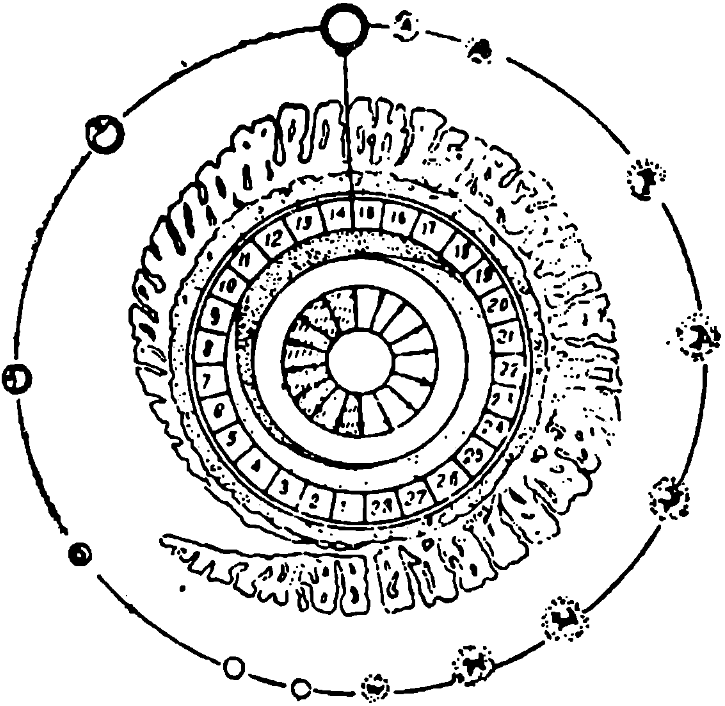
მენსტრუალური ციკლის ფიზიოლოგია

მენსტრუალური ციკლი ქალის ორგანიზმში რიტმულად მიმდინარე ნერვულ—ენდოკრინული და ჰისტოვასკულური ცვლილებებია სქესობრივი მომწიფების პერიოდიდან მენოპაუზამდე. მენსტრუალურ ციკლს აწესრიგებს თავის ტვინი და შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლები.

ცენტრალური ნერვული სისტემა კერძოდ კი ჰიპოთალამუსი, არეგულირებს ჰიპოფიზის წინა წილის გონადოტროპულ ფუნქციას. ჰიპოთალამური ცენტრები დაკავშირებულია თავის ტვინის უმაღლეს განყოფილებებთან ძირითადად rhinencephalon— თან და რეტიკულურ წარმონაქმნებთან. ეს განყოფილებანი მუდმივად მოქმედებს ჰიპოთალამუსზე, მონაწილეობს გონადოტროპული ჰორმონების სეკრეციის რეგულაციაში.

ჰიპოფიზი ცენტრალური ნერვული სისტემის კონტროლსა და ჰიპოთალამუსის უშუალო ზემოქმედებას განიცდის, პირდაპირ გავლენას ახდენს გონადებზე— გონადოტროპული ჰორმონების გზით და არაპირდაპირ გავლენას—შინაგანი სეკრეციის სხვადასხვა ჯირკვლის ჰორმონების საშუალებით. ამავე დროს ჰიპოფიზის ცი-

[1] წარმოიქმნა სიტყვიდან gestatio—შთამომავლობის გაგრძელება; პროგესტერონი—ჰორმონი, რომელიც ამზადებს ორგანიზმს ორსულობისათვის, შთამომავლობის გაგრძელებისათვის.



სურ. 10. ოვარიულ-მენსტრუალური ციკლის სქემა

ლ[illegible]რ მ[illegible]ქმედებას ე.წ. უკუკავშირების პრინციპით არეგულირებს საკვერცხეების ჰორმონები.

მომწიფებული ქალის ჰიპოფიზში არჩევენ ორ ფუნქციურ ფაზას. ფოლიკულურ ფაზაში ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონი ჭარბად გამოიყოფა, პროგესტერონულ ფაზაში კი დომინირებს მალუთეინიზებელი ჰორმონის გამოყოფა. ამ ორ ფაზას შორის საზღვარი ოვულაციაა.

საკვერცხის ციკლი იწყება ჰიპოთალამუსის ფუნქციით, რომელიც განაპირობებს releasing (RF) ფაქტორების გადასვლას სისხლში, საიდანაც ისინი ხვდებიან ჰიპოფიზში და იწვევენ ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონების გამოყოფას, რომელიც ხელს უწყობს საკვერცხეებში პრიმორდიული ფოლიკულის განვითარებას, მომწიფებას. მომწიფებას იწყებს თითო–თითო პირველადი ფოლიკული. ფოლიკულები მომწიფების პერიოდში გარდაიქმნებიან ღრუ წარმონაქმნებად და იწყებენ მზარდი დოზით ესტროგენების სეკრეციას. ესტროგენები გამოიყოფა ესტრადიოლის სახით, რომელიც შემდეგ ესტრონად დაიჟანგება და მეტაბოლიზდება. რეაქცია რევერსიული ხასიათისაა–ესტრადიოლი–ესტრონი. მიღებულ დაჟანგულ ესტროგენებს დაქვეითებული ესტროგენული ეფექტი აქვს. მაგრამ მათ ახასიათებს ჰიპოფიზის მასტიმუ-

ლირებელი მოქმედება, რომლის საპასუხოდ ჰიპოფიზი დიდი რაოდენობით მალუთეინიზებელ ჰორმონს გამოყოფს. მაშასადამე, როდესაც ესტროგენების კონცენტრაცია განსაზღვრულ დონეს მიაღწევს, releasing (RF) ფაქტორის გამოყოფის ინტენსივობა მცირდება, რაც, თავის მხრივ, იწვევს ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის გამოყოფის ინტენსივობის შემცირებას (უარყოფითი რეტროაქტიური ესტროგენული ეფექტი) და მალუთეინიზებელი ჰორმონის გამოყოფის (დადებითი რეტროაქტიული ესტროგენული ეფექტი). როდესაც მალუთეინიზებელი ჰორმონის სეკრეცია მაქსიმალურ დონეს მიაღწევს, ფოლიკული სკდება და ოვულაცია ხდება.

მალუთეინიზებელი ჰორმონის გამოყოფა ხელს უწყობს საკვერცხის ინტერსტიციული ქსოვილის მიერ პროგესტერონის მცირე დოზებით გამოყოფას.

როდესაც მალუთეინიზებელი ჰორმონის და ლუთეოტროპული ჰორმონების კონცენტრაცია მაქსიმალურ დონეს მიაღწევს, მათი გამოყოფა მცირდება, რაც იწვევს საკვერცხის სტეროიდული, ესტროგენული ჰორმონების პროგესტერონის სეკრეციის ინტენსივობის დაქვეითებას. ამ დროს ჰიპოთალამუსში releasing (RF) ფაქტორის სინთეზის განახლება იწყება, და, ამრიგად, შემდგომი ციკლის განვითარებას ეყრება საფუძველი.

საკვერცხეებში არჩევენ ორ ფაზას: ფოლიკულურ, ანუ პოსტმენსტრუალურ და პროგესტერონულ, ანუ პრემენსტრუალურ ფაზას, რომელთა შორის საზღვარი ოვულაციაა.

როგორც ითქვა, ჰიპოფიზური ჰორმონების (ფოლიკულის მასტიმულირებელი ჰორმონის, მალუთეინიზებელი ჰორმონის, ლუთეოტროპული ჰორმონის) და საკვერცხეების ჰორმონების გავლენით ჩამოყალიბდება გრააფის ფოლიკული, რომელიც შეიცავს კვერცხუჯრედს—გამეტას. როდესაც ჰიპოფიზის გონადოტროპული ჰორმონების კონცენტრაცია კრიტიკულ დონეს მიაღწევს, ფოლიკული სკდება და იწყება სპონტანური ოვულაცია.

ოვულაციის—ovulatio დროს ფოლიკულის გასკდომის ადგილიდან—stigma folliculi განსაზღვრული წნევით, ნაკადისებურად გადმოიღვრება ფოლიკულური სითხე და თან კვერცხუჯრედს წარიტაცებს. ფოლიკულიდან განთავისუფლებული კვერცხუჯრედი მოთავსდება დუგლასის ორმოში, აქედან კვერცხსავალის ფოჩებით „მოიტანება" კვერცხსავალში, კვერცხსავალიდან კი იგი „მიემგზავრება" საშვილოსნოს ღრუსკენ.

კვერცხუჯრედის ფოლიკულიდან გამოსვლით მთავრდება მენსტრუაციის ციკლის ფოლიკულური ფაზა, რომელიც საშუალოდ 14—15 დღეს გრძელდება. მალუთეინიზებელი ჰორმონისა და ლუთეოტროპული ჰორმონის გავლენით გასკდარი ფოლიკული ყვითელ სხეულად გარდაიქმნება. ყვითელი სხეული ესტროგენებსა და პროგესტერონს გამოყოფს. პროგესტერონის გავლენით პროდუცირდება დიდი რაოდენობით ესტრიოლი, რომელსაც დაქვეითებული ესტროგენული თვისებები აქვს, მაგრამ დიდი დოზებით ჰიპოფიზის მოქმედების დათრგუნვას იწვევს. ლუთეინური მოქმედების თანდათანობითი გაძლიერების საფუძველზე ჰიპოფიზის მიერ მალუთეინიზებელი და ლუთეოტროპული ჰორმონების გამოყოფა ქვეითდება. ყვითელი სხეული, რომელსაც აღარ აქვს ტროფიკული მხარდაჭერა, წყვეტს ფუნქციას და ესტროგენული და პროგესტერონული სტეროიდების რაოდენობა მკვეთრად მცირდება. ეს ფაზა 12—15 დღეს გრძელდება და მას ეწოდება მენსტრუაციის ციკლის ყვითელი სხეულის უკუგანვითარების ანუ ლუთეინური ფაზა.

ჯანმრთელი ქალის ორგანიზმში ასეთი ციკლური ცვლილებები ყოველ 26—28 დღეში ხდება.

მენსტრუაცია სქესობრივად მომწიფებული ქალის ორგანიზმში რიტმულად მიმდინარე ნეირო–ენდოკრინული და ჰისტო–ფიზიოლოგიური ცვლილებებისა და საშვილოსნის შეკუმშვის შედეგად გამოწვეული პერიოდული, რეგულარული სისხლის დენაა საშვილოსნოდან.

ციკლური ცვლილებები საშვილოსნოშიც მიმდინარეობს. მასში არჩევენ ორ ფაზასა და 4 ქვეფაზას: თითოეული ფაზა მოიცავს ორ ქვეფაზას. პირველი ფაზის პირველი ქვეფაზა არის რეგენერაციის–საშვილოსნოს ფუნქციური შრის აღდგენის პროცესი, რაც გრძელდება ერთი კვირა. შემდგომ იწყება ესტროგენულ– პროლიფერაციული ქვეფაზა, რომლის დამახასიათებელია არა მარტო ფუნქციური შრის აღდგენის დამთავრება, არამედ მისი ჰიპერპლაზიაც. ფუნქციური შრის სისქე მატულობს 3–4–ჯერ, სტრომის უჯრედები მსხვილდება და სითხით მდიდრდება. ფუნქციურ შრეში მდებარე ლულოვანი ჯირკვლები ბურღივით იკლაკნება. ეს ფაზა გრძელდება თითქმის ერთი კვირა და მენსტრუალური ციკლის მე–14–15 დღეზე განვითარების უმაღლეს საფეხურს აღწევს. ეს ფაზა შეესაბამება ფოლიკულურ ფაზას.

პროლიფერაციის ფაზაში დაწყებული ჰიპერპლაზიის პროცესები შემდგომში ინტენსიურად ძლიერდება. ჯირკვლის ეპითელიუმი იწყებს მუცინისა და გლიკოგენის შემცველი სეკრეტის გამოყოფას, რაც ავსებს ჯირკვლის სანათურს. ჯირკვლები იკლაკნება მათი სანათური განიერდება სიგრძივ ჭრილში. მათ ხერხისებრი შესახედაობა აქვს, განივგარდივ ჭრილში კი–ვარსკვლავისებრი. ამასთან, აღინიშნება სტრომის უჯრედების შეშუპება. ისინი გარდაიქმნებიან არამკაფიოკონტურებიან პოლიედრულ უჯრედებად. საშვილოსნოს გარსის ასეთი მდგომარეობას პრეგრავიდარული (ორსულობისწინა) მდგომარეობა ეწოდება. აღნიშნული ცვლილებები მასში განაყოფიერებული კვერცხის ჩანერგვას უზრუნველყოფს. ეს მენსტრუალური ციკლის მე–3 ქვეფაზაა, რომელსაც სეკრეციის ქვეფაზა ეწოდება. სეკრეციის ქვეფაზა იწყება მენსტრუალური ციკლის მე–14–15 დღიდან და ორ კვირამდე გრძელდება. მის დამთავრებას მოწმობს მენსტრუაციის დაწყება. ეს კი მენსტრუაციის ციკლის მეოთხე ქვეფაზა მორფოლოგიურად ჩამოფცქვნის, ანუ დესკვამაციის ქვეფაზაა.

ფუნქციური შრის ჩამოფცქვნის პროცესთან ერთად საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში მიმდინარეობს მისი აღდგენა (რეგენერაცია), რომელიც დესკვამაციის ფაზის დამთავრების მომენტში უკვე საკმაოდ გამოხატულია. დესკვამაციის ფაზა საშუა- [illegible] დღეს გრძელდება. მენსტრუაცია მისი გარეგანი გამოვლინებაა.

[illegible] მენსტრუაციას ეწოდება menarche. ის მიუთითებს გოგონას სქესობრივი მომწიფების დაწყებაზე. ფიზიოლოგიურ პირობებში მენსტრუაციის დაწყება მოწმობს, რომ საკვერცხეებმა, ენდოკრინული ფუნქციის გარდა, გენერაციული ფუნქციის შესრულებაც დაიწყო. პირველი მენსტრუაცია უმეტესად 10–12 წლის ასაკში ეწყება.

თუ პირველი მენსტრუაცია 10 წლის ასაკში დაიწყება, მას ნაადრევ მენსტრუაციას–menstruatio praecox–ს უწოდებენ, ხოლო თუ 15–17 წლის ასაკში დაიწყება, დაგვიანებულ თვიურს–menstruatio tarda–ს უწოდებენ.

საკვერცხეებსა და საშვილოსნოში ყოველთვიურად მიმდინარე ციკლურ პროცესებს თან სდევს ცვლილებები ქალის საშოში (საშოს ციკლი), ეს კი საშოს ნაცხის მიკროსკოპული სურათით (ციტოლოგიური სურათით) საკვერცხის ფუნქციური მდგომარეობის შესწავლის საშუალებას გვაძლევს.

ამრიგად, მენსტრუალურ ციკლში უნდა ვიგულისხმოთ ყოველთვიური რიტმული ცვლილებები ქალის მთელ ორგანიზმში, კერძოდ კი მის სასქესო სფეროში,

რომლის ყველაზე გამოხატული გარეგანი გამოვლინებაა მენსტრუაცია. მენსტრუალური ციკლის ხანგრძლივობად მიჩნეულია ვადა ერთი მენსტრუაციის პირველი დღიდან შემდგომი მენსტრუაციის პირველ დღემდე.

ნორმალური (ფიზიოლოგიური) მენსტრუალური ციკლი ორფაზიანია, ხანგრძლივობა სხვადასხვა აქვს, მაგრამ ერთი და იმავე ქალის მენსტრუალური ციკლის ხანგრძლივობა მუდმივი უნდა იყოს. მენსტრუაციის ხანგრძლივობა არანაკლებ 2 დღეა და არაუმეტეს შვიდი დღე. დაკარგული სისხლის რაოდენობა 50–150 მლ–ის ფარგლებშია. მენსტრუაცია უმტკივნეულო უნდა იყოს.

კლიმაქსი–CLIMAX

კლიმაქსის პერიოდი ქალის ცხოვრების განსაკუთრებული ხანაა (ბერძნული სიტყვიდან climax–კიბე), როდესაც ქალის ორგანიზმი თანდათანობით გამრავლების უნარს კარგავს. კლიმაქსის დაწყების ვადა ინდივიდუალურია. ის შეიძლება დაიწყოს 40 წელზე ადრე და 50 წელზე გვიან, მაგრამ უმეტესად 48-50 წლის ასაკში.

ამ პერიოდში ჰიპოფიზის, თირკმელზედა ჯირკვლებისა და საკვერცხეების ფუნქცია ქვეითდება. საკვერცხეებში თანდათანობით წყდება ფოლიკულების მომწიფება და ყვითელი სხეულის განვითარება.

მენსტრუალური ციკლი შენარჩუნებულია, მაგრამ ერთფაზიანია. საკვერცხეების გენერაციული ფუნქცია წყდება, ენდოკრინული ფუნქცია კი შედარებით დიდხანს გრძელდება. თუ ქალი ჯანმრთელია და ორგანიზმს კარგი ადაპტაციის უნარი აქვს, კლიმაქსის პერიოდი და მენოპაუზა გაურთულებლად მიმდინარეობს. უმრავლეს შემთხვევაში ქალი უჩივის „ალებს", ოფლიანობას, ტაქიკარდიას, თავბრუს და ვეგეტონევროზის სხვა მოვლენებს.

ჩვეულებრივ, ეს მოვლენები თავისთავად გაივლის, ზოგჯერ კი კლიმაქსი პათოლოგიურ ხასიათს იღებს.

ბ.ცონდეკი არჩევს კლიმაქსის პერიოდის სამ ჰორმონულ ფაზას: 1. ჰიპერჰორმონულს (ჰიპერესტროგენულს), 2. ჰიპოჰორმონულს (ჰიპოესტროგენულს) და 3. ჰიპერგონადოტროპულს.

პირველ ფაზას (ჰიპერჰორმონულს) კლინიკურად ახასიათებს ესტროგენული ჰორმონების მნიშვნელოვანი ექსკრეცია და ამენორეა (ჰიპერესტროგენული ამენორეა). ამ ფაზაში ორგანიზმი ესტროგენებით გადატვირთულია. შარდში ესტროგენების რაოდენობა 20-ჯერ მეტია ნორმასთან შედარებით. პირველ ფაზას ნერვული მოვლენები არ ახასიათებს. ჰიპერესტროგენული ამენორეა შეიძლება პათოლოგიური ხასიათის გახდეს.

მეორე ფაზას (ჰიპოჰორმონულს) კლინიკურად ახასიათებს ესტროგენების რაოდენობის მკვეთრი შემცირება სისხლსა და შარდში. ამ ფაზაში კლიმაქსის დამახასიათებელი ნერვული მოვლენები ვითარდება.

მესამე ფაზაში (ჰიპერგონადოტროპული) სისხლსა და შარდში ესტროგენები არ არის; დიდი რაოდენობით გონადოტროპული ჰორმონები გამოვლინდება.

პათოლოგიურ კლიმაქსად ითვლება მისი 40 წლის ასაკზე ადრე დაწყება. ასეთ კლიმაქსს აქვს პათოლოგიური მიმდინარეობა.

პათოლოგიური კლიმაქსის ეტიოლოგია საკმაოდ არ არის შესწავლილი. ვარაუდობენ, რომ მის განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს შემდეგ ფაქტორებს: 1. არახელსაყრელ გარეთა პირობებს (არასრულფასოვან კვებას, ფიზიკურ და ფსიქიკურ გადაღლას, განსაკუთრებით გონებრივ დაძაბვას, უარყოფით ემოციებს და ა.შ.); 2. არახელსაყრელ შიგა პირობებს (გადატანილ დაავადებებს, ინტოქსიკაციებს და სხვა ფაქტორებს, რომლებიც საკვერცხეების ფუნქციას არეგულირებენ). 3.

თირკმელზედა ჯირკვლის (განსაკუთრებით ქერქოვანი შრის) ჰიპოფუნქციას, რომელიც აწესრიგებს საკვერცხეების ენდოკრინულ უკმარისობას; 4. ორგანიზმის ტიპოლოგიურ თავისებურებებს. აღსანიშნავია, რომ უმაღლესი ნერვული მოქმედების მიხედვით გაუწონასწორებელ ტიპებს უფრო ხშირად აქვთ პათოლოგიური კლიმაქსი.

პათოლოგიური ანატომია. საკვერცხეებში წყდება პრიმორდიული ფოლიკულების მომწიფება და შესაბამისად ყვითელი სხეულის განვითარება. მენსტრუაციის სრული შეწყვეტის შემდეგ მდგრადი მენოპაუზაა. საკვერცხეებში აღინიშნება ატროფიული ცვლილებები. პრიმორდიული ფოლიკულების ატრეზია, ფიბროზული შემაერთებელი ქსოვილის გამრავლება. საკვერცხეები იჭმუხნება, მკვრივდება და ხორკლიანი ხდება. საშვილოსნოს ზომა იკლებს მის ყველა შრეში მიმდინარე ატროფიული ცვლილების გამო, ენდომეტრიუმის ჯირკვლები თანდათანობით ქრება, ენდომეტრიუმის მფარავი ეპითელიუმი არცთუ იშვიათად პირდაპირ კუნთოვან გარსზე თავსდება. საშვილოსნოს ყელი მოკლდება, რის გამოც მისი საშოსმხრივი ნაწილი მკვეთრად მცირდება და ზოგჯერ სრულიად ქრება.

საშო თანდათანობით მოკლდება, ვიწროვდება, თაღები ბრტყელდება. ლორწოვანი გარსი თხელდება, ნაოჭები აღარ არის. ატროფიული ცვლილებები ვითარდება აგრეთვე საშოს კარიბჭესა და გარეთა სასქესო ორგანოებში.

კლინიკური სურათი. პათოლოგიური კლიმაქსის პირველი გამოვლინებაა მენსტრუაციის შეცვლა საშვილოსნოდან აციკლური სისხლის დენით. მენსტრუალური ციკლი თანდათანობით ან უეცრად კარგავს ფიზიოლოგიურ ხასიათს და ერთფაზიანი (ფოლიკულური) ხდება, რაც თანდათანობით გადადის ჰემორაგიულ მეტროპათიაში. ამის თანადროულად ან დამოუკიდებლად ითიშება საკვერცხეების ფუნქცია და ვითარდება ვეგეტონევროზის მოვლენები. ეს ცვლილებები შეეფარდება დაავადების პირველ (ჰიპერესტროგენულ) და მეორე (ჰიპოესტროგენულ) ფაზებს. კლინიკურად ამ ფაზების გარჩევა ძნელია. ასეთი დიფერენცირება შეიძლება საშვილოსნოს ყელის დათვალიერებით (პირველ ფაზაში ყელი იქნება ჰიპერემიული, ჰიპერტროფიული. აღინიშნება გუგის ფენომენი, მეორეში კი—პირიქით), საშოს ნაცხის ციტოლოგიური სურათისა და სისხლსა და შარდში ჰორმონების კონცენტრაციის მიხედვით.

კლიმაქტერული ვეგეტონევროზის ხშირი გამოვლინებებია ვაზომოტორული აპარატის მოშლილობები, რომლებიც გაერთიანებული არიან „კლიმაქტერულ სინდრომში". მეტრორაგიული სისხლის დენის გარდა, ავადმყოფი უჩივის ძლიერ ოფლიანობას, „ალებს", თავბრუს, ზოგჯერ გულისრევასა და ღებინებას, ტაქიკარდიას, ცუდ ძილს, ქავილს, განსაკუთრებით გარეთა სასქესო ორგანოების არეში— pruritus vulvae, ზედა და ქვედა კიდურების თითების გაცივებას, ართრალგიას და სხვ.

ზემოაღნიშნული მოვლენები თანდათანობით გაივლის და ჩამოყალიბდება კლიმაქსის მესამე, პათოლოგიური ფაზა—მდგრადი მენოპაუზა.

დიაგნოზს ადგენენ ანამნეზით, კლინიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევებით.

მკურნალობისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს შრომის სწორ რეჟიმს, სათანადო დიეტას (საკვებიდან უნდა გამორიცხონ ამგზნები საშუალებანი, ალკოჰოლი, ყავა, მაგარი ჩაი და სხვ.).

ქალს უნიშნავენ E და C ვიტამინებს, საერთო გამაძლიერებელ თერაპიას, ფსიქოთერაპიას, მსუბუქ საფაღარათო საშუალებებს, სედატიურ საშუალებებს და სხვ.

ჰორმონული მკურნალობისთვის იყენებენ ქალისა და მამაკაცის სასქესო ჰორმონებს დაავადების ფაზისა და კლინიკური გამოვლინების მიხედვით.

საერთოდ პროგნოზი კეთილსაიმედოა, მაგრამ ვეგეტონევროზის მძიმე ფორმების შემთხვევაში მკურნალობა ყოველთვის ეფექტური არ არის.

ფიზიოლოგიური მეანობა
ორსულობის ფიზიოლოგია

პერიოდს, რომლის განმავლობაში ქალის ორგანიზმში ნაყოფი ვითარდება, ორსულობა—graviditas ეწოდება.

ორსულობა ფიზიოლოგიურად გრძელდება 280 დღე, ანუ 10 სამეანო თვე—40 კვირა septimanac. ამჟამად ორსულობის ვადას ადგენენ კვირათა მიხედვით. ორსულობა იწყება განაყოფიერების მომენტიდან და 40 კვირის შემდეგ მთავრდება დროული მშობიარობით.

ორსულობა რთული ბიოლოგიური პროცესია, რომელიც ორგანიზმში მრავალ ცვლილებას იწვევს. ამ ცვლილებებიდან ზოგი დროებითი ხასიათისაა და ორსულობის დამთავრების შემდეგ ქრება, ზოგი კი გარკვეულ კვალს ტოვებს ქალის მთელი სიცოცხლის მანძილზე. ორსულობის ფიზიოლოგიურ მიმდინარეობაში მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმის ფიზიკურ განვითარებას, აგებულებასა და სრულყოფას, ნერვული სისტემის მდგომარეობას, გარემო პირობებს, კვებას.

ადამიანის სხეულის კონსტიტუცია ინდივიდის განსაკუთრებულ თავისებურებათა ერთიანობაა გადმოცემული მშობელთა უჯრედებისაგან, ე.ი. კვერცხუჯრედისა და სპერმატოზოიდისაგან. მაგრამ ყველა ეს თავისებურება ამა თუ იმ პირობების გავლენით ცვალებადობს როგორც ნაყოფის მუცლად ყოფნის დროს, ისე მისი დაბადების შემდეგ, ზრდა—განვითარებისა და მთელი სიცოცხლის განმავლობაში.

ორსულობის ფიზიოლოგიის ცოდნა აუცილებელი პირობაა ყოველგვარი პათოლოგიის პროფილაქტიკისთვის.

VI თავი

განაყოფიერება – IMPREGNATIO

განაყოფიერება ეწოდება ქალისა და მამაკაცის სასქესო უჯრედების—გამეტების (gamos— ქორწინება) შეერთებას.

ქალის სასქესო უჯრედი—კვერცხუჯრედი აღმოაჩინა რუსმა მეცნიერმა კ.ე.ბერმა 1827 წელს.

კვერცხუჯრედი შედგება პროტოპლაზმისა და ექსცენტრულად მდებარე ბირთვისაგან, რომელიც შეიცავს ქრომატინის რთულ ქსელსა და ბირთვაკს. კვერცხუჯრედის დიამეტრი 0,2—0,3 მმ. მწიფე კვერცხუჯრედის ზედაპირი დაფარულია მბრწყინავი გარსით (zona pellucida). ჩვეულებრივ, საკვერცხეში მწიფდება ერთი კვერცხუჯრედი, იშვიათად რამდენიმე (მრავალნაყოფიანი ორსულობის დროს). კვერცხუჯრედი ფოლიკულიდან გამოსვლის შემდეგ იფარება ეპითელიუმით ე.წ. გრანულური უჯრედების რამდენიმე შრით. ეს უკანასკნელნი განლაგდებიან რადიალურად და ქმნიან corona radiata—ს, რომელიც კვერცხუჯრედის განაყოფიერებისა და დაყოფის დროს საკვები მასალაა.

სპერმატოზოიდი 1677 წელს აღმოაჩინა ჰამმა. ის შედგება სამი ნაწილისაგან: თავისაგან, სადაც მოთავსებულია ბირთვი, ყელისა და კუდისაგან. სპერმატოზოიდის სიგრძე 50 მიკრონია. ის მოძრავი უჯრედია. მისი მოძრაობის სისწრაფე წუთში საშუალოდ 3 მმ. წინსვლაში სპერმატოზოიდს ხელს უწყობს საშვილოსნოს ყელი, რომელიც სპერმის ჩაღვრის მომენტში ოდნავ იხსნება. ყელში მოთავსებული კრისტელერის საცობი ყელიდან ნაწილობრივ გამოვა და სპერმატოზოიდებს წინსვლისთვის ხელშემწყობ პირობებს უქმნის. სპერმატოზოიდების აქტიური მოძრაობა

სურ.11 ადამიანის სპერმატოზოიდები

სუსტდება მჟავე, უფრო მეტად კი ტუტე რეაქციის პირობებში. სქესობრივი აქტის დროს საშოში ჩაღვრილ სპერმაში სპერმატოზოიდების რაოდენობა 200–500 მლ–ს აღწევს.

სასქესო უჯრედების წარმოშობა ჩანასახის ემბრიონული განვითარების პერიოდში. სასქესო უჯრედები ემბრიონული უჯრედებისაგან ვითარდება. დაყოფის შედეგად წარმოიქმნება გონოციტები. შემდგომ კი სასქესო უჯრედები: ქალებში–ოოგონიები, მამაკაცებში–სპერმატოგონიები.

ოოგონიებიდან მიტოზების (ბირთვის ორ შვილეულ უჯრედად დაყოფა, mitos_ ძაფი) შედეგად წარმოიშობა ოოციტები, რომლებიც მეიოზს (რედუქციულ დაყოფას, meios_ შემცირება) განიცდიან, რის შედეგადაც მათში ხდება ქრომოსომათა რიცხვის განახევრება (23). ოოციტების მეიოზის. ორი დაყოფის შედეგად წარმოქმნილი 4 უჯრედიდან 3 რედუქციული, ანუ პოლარული სხეულაკის სახელწოდებითაა ცნობილი. მათ პატარა სხეულს ციტოპლაზმის მცირე რაოდენობა აქვთ და მალე იღუპებიან.

მხოლოდ ერთისგან–ოოციტისაგან ვითარდება კვერცხუჯრედი, რომელიც ზომისა და ციტოპლაზმის დიდ რაოდენობას შეიცავს და საკვები ნივთიერებების მარაგია, რის გამო ძალუძს შემდგომი განვითარება.

სპერმატოგონიები განიცდის მრავალჯერად მიტოზს. რის შედეგადაც წარმოიშობა სპერმატოციტები. ისინი შემდგომი მეიოზით (რედუქციული დაყოფა) აძლევენ საწყისს ოთხ უჯრედს, ე.წ. სპერმატიდებს, რომლებიც დაყოფის გარეშე გარდაიქმნებიან სპერმატოზოიდებად.

კვერცხუჯრედისა და სპერმატოზოიდის შეერთება ხდება ფალოპიუსის მილსა ან საშვილოსნოს ღრუში. განაყოფიერებისათვის ყველაზე ხელსაყრელი მომენტია მენსტრუაციის პირველი დღიდან მე–14–18 დღე.

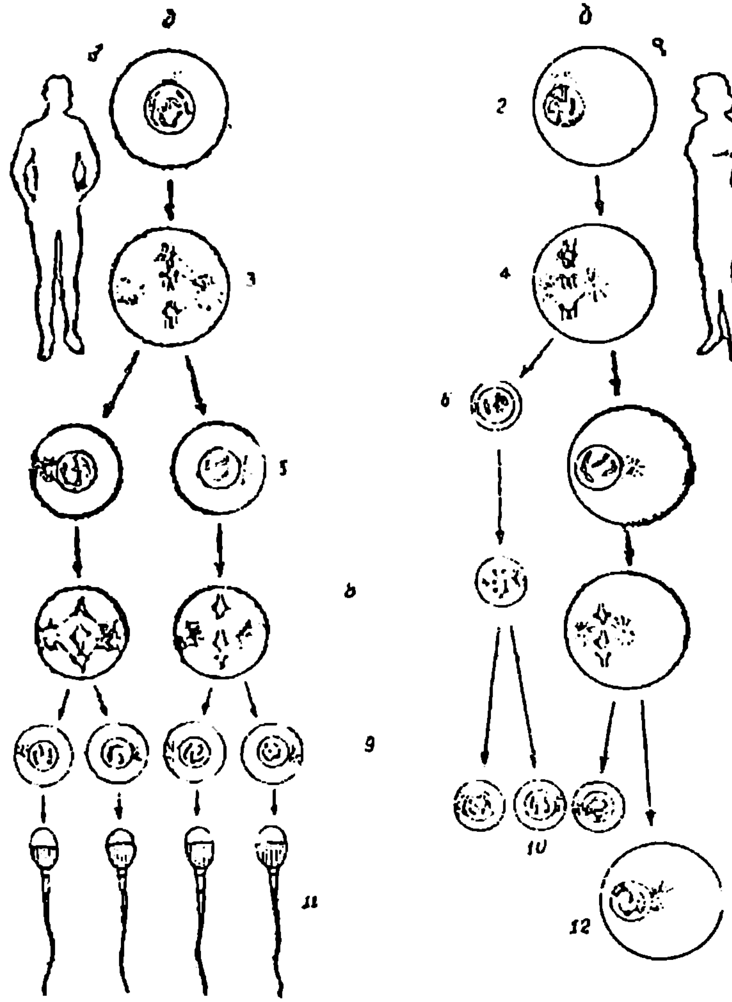
კვერცხუჯრედის ირგვლივ თავს იყრის უამრავი სპერმატოზოიდი. აქედან ერთ–ერთი სპერმატოზოიდი გაარღვევს კვერცხუჯრედის პროტოპლაზმას და თავით, ბირთვისკენ მიემართება, ხდება იმპრეგნაცია. ამ პროცესს ხელს უწყობს სპერმატოზოიდში არსებული ფერმენტი ჰიალურონიდაზა. კვერცხუჯრედის იმ

ადგილზე, სადაც სპერმატოზოიდის ჩანერგვა მოხდება. პროტოპლაზმა ამოიბურცება, გამაგრდება. სხვა სპერმატოზოიდები, ჩვეულებრივ, კვერცხუჯრედში ვერ შეაღწევს. ამის შემდეგ ისინი იღუპებიან. მათ შეიწოვს ორგანიზმი, რაც დადებითად მოქმედებს ამ უკანასკნელზე (ფიზიოლოგიური პოლისპერმია). თუ კვერცხუჯრედში შეაღწია რამდენიმე სპერმატოზოიდმა და შეერწყა კვერცხუჯრედის ბირთვს, მახინჯი ჩანასახი ვითარდება (პათოლოგიური პოლისპერმია).

კვერცხუჯრედისა და სპერმატოზოიდების ბირთვების შერწყმისას (კოპულაცია) განაყოფიერებული უჯრედის (ზიგოტის) ბირთვის ნივთიერება ღებულობს სრული (დიპლოიდური) რაოდენობით (46) ქრომოსომებს და იძენს დაყოფის ძლიერ პოტენციას. ზიგოტა განიცდის მიტოზს.

განაყოფიერებული კვერცხის პირველი დაყოფა ხდება მასში სტრუქტურული ცვლილებების შემდეგ. ერთ პოლუსზე გროვდება ბირთვის ნივთიერება („ანიმალური პოლუსი"), მეორეზე კი—ყვითრის სითხე („ვეგეტატიური პოლუსი"). დაყოფა ხდება ამ პოლუსების შემაერთებელი პირობითი ხაზისადმი სწორი კუთხით. წარმოიშობა ბლასტომერები (blastos— ჩანასახი, meros— ნაწილი), რომლებიც შემდგომ ასევე იყოფიან და მთლიანად ავსებენ ზიგოტას. ვითარდება 128 ბლასტომების გროვა, რომელიც თუთის ნაყოფს წააგავს. განვითარების ამ სტადიას მორულას სტადია ეწოდება. მორულას წარმოშობის შემდეგ დაყოფის პროცესი ისევ გრძელდება, უჯრედთა რიცხვი იმატებს, მორულას ცენტრში ჩნდება ღრუ, რომელიც ივსება სითხით, პერიფერიაზე თავსდებიან გამრავლებული უჯრედები. განვითარების ამ ემბრიონის გამრავლებული უჯრედები სამ ფენად ლაგდებიან და ჩანასახოვან არეს, ანუ უბანს ქმნიან, დანარჩენი ადგილი—ბუშტულა კი კვერცხის გულის სითხის არის ამოვსებული. უჯრედთა შიდა ფენას ეწოდება შიგნითა ჩანასახოვანი ფურცელი—ენდოდერმა, შუა ფენას—მეზოდერმა და გარეთა ფენას—ექტოდერმა.

ჩანასახის შემდგომი განვითარება ასე ხდება: სამი ფურცლისაგან შედგენილი ადგილი თავისი ბოლოებით მოშორდება ჩანასახის ბუშტულას. ბუშტულაში საკვები და გარსების საშენი მასალაა. ჩანასახი ორ გარსში თავსდება. შიგნითა გარსი, ანუ ამნიონი საწყლე გარსია, რომელიც თავდაპირველად მჭიდროდ ეკვრის ჩანასახს ირგვლივ, შემდეგ კი, სითხის დაგროვების (Liquor amnii) გამო, თანდათან შორდება მას. გარეთა გარსში მოთავსებულია როგორც ჩანასახი, ისე კვერცხის გულის პარკი, ანუ ყვითრის სადინარი. მესამე მისავარდნი გარსი საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის წარმონაქმნია. იგი სამგვარია: 1. ძირითადი, სადაც კვერცხის ჩანერგვა მოხდა; 2. კაფსულოვანი, რომელიც კვერცხს ფარავს; 3. ნამდვილი მისავარდნი გარსი. განვითარების პირველ ხანებში ჩანასახის კვება ყვითრის სადინარში (კვერცხის გულის პარკში) დაგროვილი მასალის ხდება, შემდეგ ჩანასახის უკანა ტანის არიდან. იქ, სადაც ბოლოს შარდის ბუშტი უნდა იყოს, ვითარდება ალანტოისი—ძეხვისებრი წარმონაქმნი, რომელიც ჩქარა იზრდება. იგი შეიცავს ადრე განვითარებულ სისხლძარღვებს და მიისწრაფვის სეროზული გარსისკენ, რომელიც ამ დროისათვის პრიმიტიული, ბუსუსოვანი გარსის სახითაა წარმოდგენილი. ალანტოისის სისხლძარღვები და შემაერთებელი ქსოვილი ვრცელდება ამ ბუსუსოვან გარსში და ნამდვილ ბუსუსოვან გარსად გადაიქცევა. ბუსუსოვანი გარსის ის ნაწილი, რომელიც საშვილოსნოს კედლისკენაა მიქცეული, სწრაფად ვითარდება და სქელდება; მას ქორიონი ეწოდება (chorion frondosum). აქედან შემდეგ ვითარდება პლაცენტის ქსოვილი. ქორიონის ის ნაწილი, რომელიც მიქცეულია საშვილოსნოს ღრუსკენ, თანდათანობით თხელდება, კარგავს სისხლძარღვებს და გასლეულ ქორიონად (chorion leve) გარდაიქმნება.



სურ.12 მეიოზის შედეგად კვერცხუჯრედისა და სპერმატოზოიდის წარმოქმნა. 1–პირველი რიგის სპერმატოციტები; 2–პირველი რიგის ოვოციტები; 3–მეიოზის პირველი მეტაფაზა; 4–ჰომოლოგიური ქრომოსომების კონიუგაცია; 5–მეორე რიგის სპერმატოციტი; 6–პირველი პოლარული სხეულაკი; 7–მეორე რიგის ოვიციტი; 8–მეიოზის მეორე მეტაფაზა; 9–სპერმატიდები; 10–მეორადი პოლარული სხეულაკი; 11–სპერმატოზოიდი; 12–კვერცხუჯრედი.

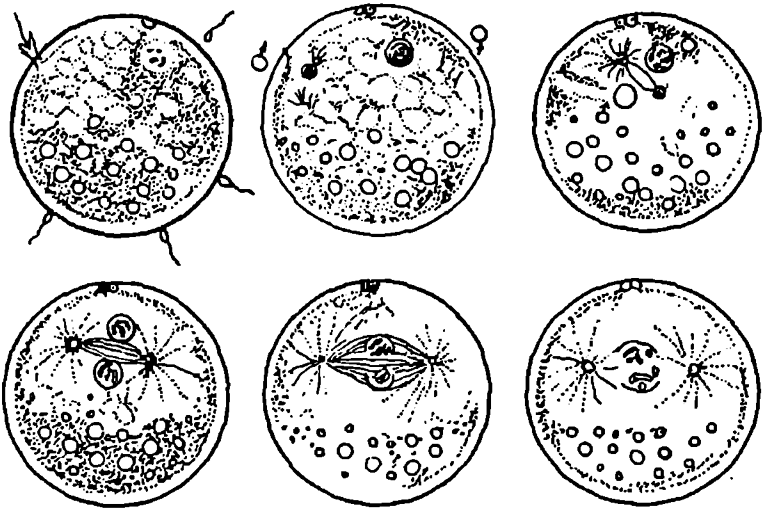
პლაცენტა–placenta ნაყოფის სისხლ მომარაგების და შიგა სეკრეციის ორგანოა, რომელიც წარმოიქმნება მხოლოდ ორსულობის პერიოდში. იგი გამოიმუშავებს პროლანს, ფოლიკულინს, ლუთეოჰორმონს. პლაცენტით ხდება ნაყოფისთვის საჭირო ნივთიერებათა მიწოდება. ერთდროულად პლაცენტით ხდება ნაყოფიდან მეტაბოლიზმის პროდუქტების გამოყოფა.

პლაცენტის წონა ორსულობის დასასრულს შეადგენს 500 გ–ს, ზომა–20x16 სმ–ს, სისქე–3 სმ–ს. პლაცენტის მთავარი მასა თავდაპირველად ბუსუსებისგან შედგება. პლაცენტას აქვს ორი ზედაპირი–ერთი მოქცეულია საშვილოსნოს კედლისკენ, რომელიც დაფარულია ძირითადი მოსაეარლნი გარსით და მას დედისმხრივი ნაწილი ეწოდება. პლაცენტის მეორე ზედაპირი მიქცეულია ნაყოფისკენ, იგი დაფარულია საწყლე გარსით და ნაყოფისმხრივი ნაწილი ეწოდება. ამ ზედაპირს (უფრო ხშირად ცენტრში) უერთდება ჭიპლარი.

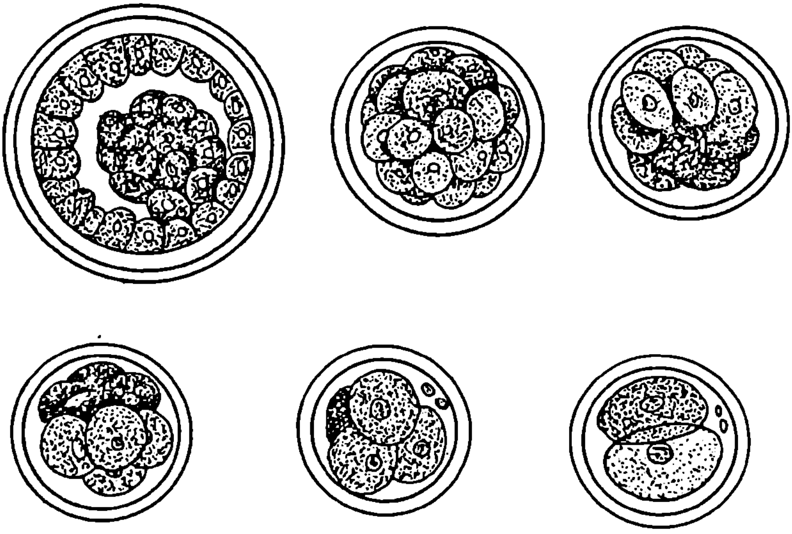
პლაცენტა ვითარდება მოსაეარლნი გარსის იმ უბანზე, სადაც განაყოფიერებული კვერცხი ჩაინერგება. ჩვეულებრივ, ნიდაცია–კვერცხის ჩანერგვა ხდება საშვილოსნოს წინა და უკანა კედელში საშვილოსნოს ტანის ზედა ნაწილში, ზოგჯერ–საშვილოსნოს ფუძეში, იშვიათად კვერცხი ჩაინერგება და პლაცენტა ვითარდება საშვილოსნოს ყელის არეში ან საშვილოსნოს ქვედა მესამედში, რაც პათოლოგიადაა მიჩნეული. ამას ეწოდება პლაცენტის წინამდებარეობა ან პლაცენტის საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში მიმაგრება. პლაცენტა წარმოიშობა ორსულობის მეორე თვიდან. მისი ფუნქციაა მიაწოდოს ნაყოფს საკვები და ჟანგბადი, გამოყოს ნაყოფიდან უვარგისი ნივთიერებანი, დაიცვას იგი მავნე ფაქტორებისგან და შეუქმნას განვითარების კარგი პირობები.

პლაცენტაში აღმოჩენილია ცხიმები, ნუკლეინის მჟავები, ამინომჟავები (ჰისტიდინი, არგინინი) და მუკოპოლისაქარიდები. პლაცენტა შეიცავს გლიკოგენს, რომელიც ორსულობის პირველ სამ თვეს დიდი რაოდენობითაა და ორსულობის ზრდასთან ერთად მცირდება. პლაცენტა შეიცავს ესთერაზებს (ლიპაზას, ქოლინესთერაზას, ფოსფატაზას, ნუკლეოტიდაზებს), გლუკოზიდაზა–გლუკურონიდაზას, ამილაზას, ჰიალურონიდაზას, ინსულინაზას (ამიდაზას, გლუტამიდაზას, არგინაზას). პეპტიდაზებს, კატალაზებს და ა.შ. პლაცენტაში გამომუშავდება შემდეგი ჰორმონები: ლაქტოგენური პლაცენტური ჰორმონი, ესტროგენები (ესტრონი, ესტრიოლი, ესტრადიოლი) როგორც თავისუფალი, ასევე ნაერთი სახით, კორტიკოსტეროიდები, ქორიონული გონადოტროპული ჰორმონი, პროგესტერონი, ანდროგენები, რელაქსინი. ამავე დროს პლაცენტაში გამომუშავდება ზოგიერთი ნივთიერება, რომელიც დახმარებას უწევს ორსულის ღვიძლსაც. პლაცენტა ბარიერია, რომლის მეოხებით დედის სისხლი, მიკრობები და ფორმიანი ელემენტები არ გადადის ნაყოფში. ნაყოფს აქვს საკუთარი სისხლის მიმოქცევა, დედისაგან მიაქვს მხოლოდ საკვები. ნაყოფის დაბადების შემდეგ პლაცენტა სცილდება საშვილოსნოს კედელს გარსებთან და ჭიპლართან ერთად, რომელსაც მომყოლი (secundinae) ეწოდება და გარეთ გამოდის. ამრიგად, მომყოლის შემადგენლობაშია პლაცენტა, ჭიპლარი და გარსები: ამნიონი, ქორიონი და დეციდუა.

ჭიპლარი–funiculus umbilicalis ეწოდება იმ ზონარს, რომელიც აერთებს პლაცენტასა და ნაყოფს. ჭიპლარი პლაცენტას მიემაგრება ცენტრალურად (insertio centralis), უფრო ხშირად გვერდიდან, ექსცენტრულად (insertio lateralis), ზოგჯერ კიდით (insertio marginalis). იშვიათად ჭიპლარი მიემაგრება პლაცენტის გარსებს აპკისებურად (infertio velamentosa), რ[illegible] პათოლოგიაა. ჭიპლარის სისქე 1,5 სმ–ს უდრის, სიგრძე 50 სმ–ს. იგი გარედან დაფარულია საწყლე გარსით. ზონარში ორი



სურ.13 განაყოფიერებისა და პირველადი დაყოფის პროცესი



სურ.14 ემბრიონი მორულისა და ბლასტულის საწყის სტადიაში

არტერია და ერთი ვენაა. არტერიებში მოედინება ვენური სისხლი, ვენაში კი—არტერიული. ჭიპლარის ორი არტერია იწყება ნაყოფის თეძოს არტერიებიდან, რომლებიც ნაყოფიდან მიაქვთ ვენური სისხლი პლაცენტაში დასაჟანგავად და გადასამუშავებლად და, პირიქით, ჭიპლარის ერთი ვენის ჟანგბადით და სხვა პროდუქტებით მდიდარი არტერიული სისხლი პლაცენტიდან მიაქვს ნაყოფისკენ მისი ზრდა—განვითარებისათვის. ვინაიდან ეს სისხლძარღვი ნაყოფის გულისკენ მიემართება, ამიტომ მას ვენა ეწოდება. ეს სისხლძარღვები დაფარულია ნაზასახოვანი ლორწოვანი შემაერთებელი ქსოვილით, რომელსაც ვარტონის თრთვილი ეწოდება. ჭიპლარი სპირალურად დაგრეხილია. სისხლძარღვების დაგრეხა და გაგანიერება, ვარტონის თრთვილის ჭარბი დაგროვება ადგილობრივად ქმნის ცრუ კვანძებს—nodus umbilicalis spurium, რაც ფიზიოლოგიური მოვლენაა.

იშვიათად გვხვდება ჭიპლარის ნამდვილი კვანძი—nodus umbilicalis verus, რომელიც ნაყოფის მარყუჟში გაძრომის შედეგად ვითარდება. ამ შემთხვევაში ჭიპლარი გაიასკვება და წარმოიქმნება ნამდვილი კვანძი. ჭიპლარში, სისხლძარღვების გარდა, არის აგრეთვე ორი ემბრიონული წარმონაქმნის—ყვითრის სადინარისა და მეხვიებრის გარსის—ალანტოისის ნაშთი.

სანაყოფე სითხე ბიოლოგიურად აქტიური არეა დედისა და ნაყოფს შორის ნივთიერებათა ცვლისათვის. მას გამოიმუშავებს სანაყოფე გარსი. სანაყოფე სითხე შეიცავს 200–400 მგ—მლ ცილებს (ალბუმინებისა და გლობულინების თანაფარდობა ისეთივეა, როგორც სისხლში). ჰორმონებს, პროგესტერონს, ესტროგენებს, 17—კეტოსტეროიდებს, ჰიდროკორტიზონსა და კორტიზონს, პროლან A—ს, ოქსიტოცინს, ჰისტამინს, კინინებს, აცეტილქოლინს, მიკროელემენტებს Na, K, Mg, S, P, ch, Fe, Cu და Zn. მათი დონე ისეთივეა, როგორც სისხლში.

სანაყოფე სითხის ხვედრითი წონაა 1,1008–1,0375, ჟანგბადის წნევა სანაყოფე სითხეში უდრის ვ.წყ. 11მმ. სანაყოფე სითხის რეაქცია სუსტად ტუტეა pH–8,15–8,39.

სანაყოფე სითხე შეიცავს აგრეთვე გლიკო—და ლიპოპროტეიდებს, შარდოვანას, მჟავე მუკოპოლისაქარიდებს, კრეატინინს, ქოლინპილრიდს, ბილირუბინს, შაქარს (საშუალოდ 25 მგ), შარდოვანას (33,88 მგ), ნარჩენ აზოტს (31,79 მგ), პიროყურძენმჟავას (1,35–0,51 მგ), C ვიტამინს (0,14–0,8 მგ), ნუკლეინის მჟავას (0,62–2,25 გ 1 მლ—ში), ანტისხეულებს, ფერმენტებს—ალდოლაზას, რძისმჟავას დეჰიდროგენაზას, ფოსფო-ჰექსოიზომერაზას, ფოსფორიბოიზომერაზას, ჰისტამინაზას, ტრანსამინაზას, ამილაზას, ტრიფსინს, ჰიალურონიდაზას. სანაყოფე სითხე შეიცავს თრომბოკინაზას. ეკისტმა 1954 წელს აღმოაჩინა სანაყოფე სითხეში პლაზმოგენი, სხვადასხვა მიკროორგანიზმი, გრიპის ვირუსები ლისტერიები, ტოქსოპლაზმა, ტოქსინები და სხვ.

სანაყოფე სითხეში მკვრივი ნაწილები შეადგენს 1,55 %, წყალი—98,45 %.

სანაყოფე სითხის საშუალო რაოდენობა 500—დან 1500 მლ—მდე (ზოგი ავტორი 600 მლ—საც მრავალწყლიანობად მიიჩნევს). სანაყოფე სითხის ცვლა ხდება ყოველ 45 წუთის—1 საათის განმავლობაში.

სქესის წარმოშობა და გამოცნობა

ძველ დროში სქესის რეგულირებას საყოფაცხოვრებო პირობებსა და კვებას უკავშირებდნენ. ომის დროს შემჩნეული იყო ბიჭების გაჩენის სიჭარბე, რასაც საჭმლის ნაკლებობით ხსნიდნენ.

საზღვარგარეთის მეცნიერთა გამოკვლევების მიხედვით, სქესის წარმოშობაში მნიშვნელობა ენიჭება ქალის საკვერცხეთა ფუნქციას. ამ შეხედულების თანახმად, თითქოსდა მნიშვნელობა აქვს, თუ რომელ საკვერცხეში მოხდა ოვულაცია მარცხენა

საკვერცხიდან გამოსული კვერცხუჯრედი იძლევა მდედრობით სქესს, მარჯვენა საკვერცხიდან გამოსული კი—მამრობითს. ცხოველებზე ჩატარებულმა ცდებმა ეს შეხედულება თითქმის დაადასტურა, მაგრამ ადამიანზე (საშვილოსნოსგარე ორსულობის მქონე ქალებზე) დაკვირვებამ აშკარა გახადა, რომ მარჯვენა მილისა და საკვერცხის ამოკვეთის შემდეგ ქალი მშობიარობდა როგორც მამრობითი, ისე მდედრობითი სქესის ნაყოფით.

სქესის წარმოშობის საკითხში დიდ მნიშვნელობას აკუთვნებენ მამაკაცის სპერმატოზოიდის თავისებურებას, მაგრამ ამ მიმართულებით ჩატარებული კვლევა საკმარისად არ არის მიჩნეული. სქესის წარმოშობაში გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება სქესობრივი უჯრედის ბირთვის ქრომოსომებს. ცნობილია, რომ სპერმატოზოიდისა და კვერცხუჯრედის თითოეული ბირთვი 23 ქრომოსომას შეიცავს. განაყოფიერების შემდეგ კვერცხში 46 ქრომოსომაა. კვერცხუჯრედი შეიცავს ყოველთვის X—სასქესო ქრომოსომას, ხოლო სპერმატოზოიდები ზოგი X—ქრომოსომას, ზოგი კი Y—ქრომოსომას.

ნაყოფის სქესი განისაზღვრება განაყოფიერების მომენტში და დამოკიდებულია იმაზე, თუ რომელ სასქესო ქრომოსომას—X—სა თუ Y—ს შეიცავს სპერმატოზოიდის ბირთვი. თუ სპერმატოზოიდის ბირთვი შეიცავს Y—ქრომოსომას, ნაყოფის სქესი მამრობითია, ხოლო თუ სპერმატოზოიდის ბირთვის X—ქრომოსომას შეიცავს—მდედრობითი. ნაყოფის სქესის დადგენის მეთოდია ორსულობის ადრეულ ვადაში სპერმატოზოიდების ელექტრული მუხტის შესწავლა.

სქესის გამოცნობა შეიძლება სანაყოფე სითხის არაკულტივირებული უჯრედების ციტოგენეტიკური შესწავლით.

ნაყოფის სქესის განსაზღვრა სასქესო ქრომატინით

1954 წელს მიურმა და ბარმა აღწერეს ქალის უჯრედთა ბირთვებში პატარა სხეულაკები, რომელთა მსგავსი მამაკაცის უჯრედში არ იყო აღმოჩენილი. მათ უწოდეს ბარის სხეულაკები, ანუ სასქესო ქრომატინის სხეულაკები. ეს სხეულაკები არააქტიური X—ქრომოსომაა. მათ აქვთ სხვადასხვა ფორმა: სამკუთხა, მრავალკუთხა ან მრგვალი, ისინი განლაგებული არიან ბირთვის მემბრანასთან ახლოს. თუ ბარის ანუ სასქესო ქრომატინის სხეულაკები აღმოჩნდა სანაყოფე სითხის უჯრედების ბირთვებში 9—30%—ის ფარგლებში, ეს ნიშნავს, რომ ნაყოფი მდედრობითი სქესისაა.

რეჩმა (1969) აღმოაჩინა, რომ ქრომოსომის გრძელი მხრები ქლორკვინით შეღებვისას ფლუორესცენციას განიცდის. 1970 წელს კასპარსონმა, რეჩმა, იოჰანსონმა და სხვებმა აღწერეს F სხეულაკი, ანუ შეჭმუხნილი Y—ქრომოსომა (ბირთვის ინტერფაზაში) სანაყოფე სითხის უჯრედების ბირთვებში.

F სხეულაკი სანაყოფე სითხის უჯრედების ბირთვში შეიძლება იყოს სხვადასხვა ადგილას, დამახასიათებელი ლოკალიზაცია არა აქვს, მაგრამ ახასიათებს ფლუორესცენცია, რაც მის აღმოჩენას აადვილებს.

თუ სანაყოფე სითხის უჯრედთა ბირთვებში სხეულაკი აღმოჩნდა 20—დან 70%—მდე (საშუალოდ 50—60%), ეს მიუთითებს, რომ ნაყოფი მამრობითი სქესისაა.

უკანასკნელ ხანებში სქესის გამოსაცნობად იკვლევდნენ ორსულის შარდში ჰორმონებს, ფერმენტებს. შარდში სექსუალური ჰორმონის სიმცირე მიუთითებს მამრობითი, ხოლო სიჭარბე—მდედრობითი სქესის ნაყოფის არსებობაზე. დადგენილია, რომ მშობიარობის წინ მამრობითი სქესით ნაყოფით ორსულის ერთ ლიტრ შარდში 26,2 მგ 17 კეტოსტეროიდია, მდედრობითი სქესის ორსულის ლიტრ შარდში საშუალოდ ამავე ჰორმონის 14,6 მგ—ია.

სქესის გამოცნობაზე უფრო საინტერესოა სქესის წარმოშობის საკითხი. როგორც ცნობილია, სასქესო ჩანასახს გონობლასტი ეწოდება (გონო—სქესი, ბლასტი—ჩანასახი). გონოციტები, ანუ პირველადი სასქესო უჯრედები, დასაწყისში ორივე სქესისათვის ერთნაირია. განვითარების პროცესში ისინი დიფერენცირდებიან. სქესის მიხედვით წარმოიშობა სპერმატოზოიდები და კვერცხუჯრედები. სპერმატოზოიდების ქრომოსომები უცვლელად ინარჩუნებს ზიგოტაში მამის თვისებებს, ხოლო კვერცხუჯრების ქრომოსომები—დედის თვისებებს. განაყოფიერების დროს, როდესაც ერთმანეთს უერთდება ორი, თითქმის ტოლფასოვანი უჯრედი, საბოლოოდ ამ უჯრედიდან არც ერთი აღარ დარჩება, წარმოიქმნება მესამე, ახალი, ერთი უჯრედი ორის ნაცვლად, ამრიგად, სასქესო უჯრედები ახალი ორგანიზმის განვითარების საწყისია. გარემო და ნივთიერებათა ცვლა ორგანიზმში გარკვეულ გავლენას ახდენს სქესის წარმოშობა—განვითარებაზე. სქესის წარმოშობის პროცესში აქტიური როლი ეკუთვნის როგორც დედის, ისე მამის ორგანიზმს. ეს ნიშნავს, რომ სქესის წარმოშობას საფუძვლად უდევს დედ—მამის თვისებების შეხამება.

VII თავი

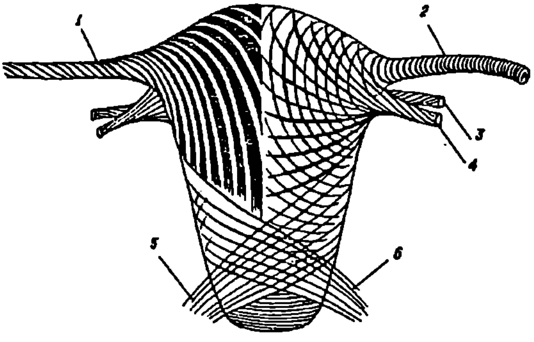
ქალის ორგანიზმში ორსულობასთან დაკავშირებული ფიზიოლოგიური ცვლილებები

ემბრიონისა და ნაყოფის განვითარებას თან სდევს ცვლილებები ორსულის მთელ ორგანიზმში, მის ყველა ორგანოსა და ქსოვილში: სასქესო ორგანოებში, საშარდე ორგანოებში, საჭმლის მომნელებელ ტრაქტში, სასუნთქ ორგანოებში, კარდიოვასკულარულ სისტემაში, სისხლში, ნერვულ სისტემაში, კანში, ძვლოვან სისტემაში, განსაკუთრებით შიგა სეკრეციის ჯირკვლებში. განაყოფიერების მომენტიდან კვერცხი სწრაფად იზრდება. იგი დედის ორგანიზმისგან ღებულობს ზრდისათვის საჭირო ნივთიერებებს, რომლებიც დედისგან ნაყოფში გადადის ბუსუსებისა და პლაცენტის მეშვეობით. ამავე დროს, ნაყოფი პლაცენტის საშუალებით დედის ორგანიზმში გამოყოფს ცვლის საბოლოო პროდუქტებს. ორსულობის დროს დედის ორგანიზმში დროებით წარმოიშობა შიგა სეკრეციის ორი ახალი ორგანო—ყვითელი სხეული და პლაცენტა.

ორსულობის დროს ცვლილებას განიცდის საშვილოსნო. ორსულობის მიწურულს საშვილოსნოს წონა 1 კგ—ს აღწევს, სიგრძე 35 სმ—ს, ე.ი. 5—6—ჯერ დიდდება, საშვილოსნოს ტევადობა 50—ჯერ მატულობს.

საშვილოსნოს ღრუს ფართობი 940 კვ.მ.—ია. საშვილოსნოს მაქსიმალური გარშემოწერილობა—50 სმ. მატულობს ვენებისა და არტერიების რიცხვი, იქმნება ძლიერი ანასტომოზები საშვილოსნოსა და შარდის ბუშტის არტერიებს, სწორი ნაწლავისა და მცირე მენჯის სისხლძარღვთა სისტემას შორის. საშვილოსნოს ვენებს აქვს სარქველები, რომლებიც ამ ორგანოში სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებას უწყობს ხელს. საშვილოსნოს შეკუმშვის დროს იზრდება საშვილოსნოს შიგა წნევა, რაც მიომეტრიუმის ვენური სისტემის დაცლას აჩქარებს, ხოლო სარქველები უქმნის წინააღმდეგობას სისხლის ნაკადის უკან დაბრუნებას. საშვილოსნოს არტერიების დიამეტრიც მომატებულია.

პლაცენტის მიმაგრების ადგილას (ბუსუსთაშორის სივრცეში) არტერიების (რომელთაც სისხლი მიაქვთ პლაცენტაში) ბოლო დაკლაკნილია და მთავრდება კუნთოვანი სფინქტერით, რის შედეგადაც სისხლძარღვის კედელი კუნთოვან ბოჭკოებს



სურ. 15 საშვილოსნოს კუნთოვანი სისტემის სქემა
1—კვერცხსავალის კუნთოვანი გარეთა შრე; 2—კვერცხსავალის შუა კუნთოვანი შრე; 3—საშვილოსნოს მრგვალი იოგი; 4—საკვერცხის საკუთარი იოგი; 5-6—გავა-საშვილოსნოს იოგი.

არ შეიცავს, ფართოვდება ძაბრისებურად და ბუსუსთაშორის სივრცეში გადადის.

პლაცენტის მკვებავი ტერმინალური არტერიების ასეთი ფორმა ქმნის ხელსაყრელ პირობებს სისხლძარღვთა ქსელის სიგრძის მოსამატებლად (გადიდებული საშვილოსნოს კვებით უზრუნველყოფისათვის) და მნიშვნელოვანი ფაქტორია სისხლის დენის შესანელებლად პლაცენტის მოცილების დროს მშობიარობის მესამე პერიოდში.

ორსულობის პერიოდში მიომეტრიუმში იმატებს გლიკოგენის რაოდენობა 4—6—ჯერ და ფოსფორის ნაერთების ყველა ფრაქცია. ორსულობის დასასრულს ადენოზინტრიფოსფორმჟავას შემცველობა იმატებს 38 %—მდე, კრეატინფოსფატისა— 164,7 %—ით. საშვილოსნოს კუნთებში ჟანგვა—აღდგენითი პროცესებიც ძლიერდება (ორსულის ორგანიზმში ჟანგბადისადმი მოთხოვნილება 4—ჯერ იმატებს), რაც გამოხატავს საშვილოსნოში მეტაბოლიზმისა და პლასტიკური პროცესების გაძლიერებას.

საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი გადაიქცევა მოსავარდნ გარსად, რომლის სისქე შესამჩნევად იმატებს. აღინიშნება საშვილოსნოს კუნთების ჰიპერტროფია და ჰიპერპლაზია, ე.ი. კუნთოვანი ბოჭკოების მოცულობა იმატებს. ამავე დროს ახალი კუნთოვანი ბოჭკოები წარმოიქმნება. ორსულობის დროს საშვილოსნოს გლუვკუნთოვანი უჯრედების სიგრძე 50—ჯერ იმატებს. საშვილოსნოს ღრუ მასში მდებარე ნაყოფის ზეგავლენით ფართოვდება, საშვილოსნოს კედელი კი თხელდება. ორსულობის ბოლოს მისი სისქე 0,5—1 სმ უდრის. ქალის პირველი ორსულობის პერიოდში დახურულია საშვილოსნოს ყელი, განმეორებით მშობიარეთა საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირი ზოგ შემთხვევაში ოდნავ ღიაა (1—2 თითს ატარებს), შიგნითა პირი ხშირად დახურულია. ორსულობის დროს საშვილოსნოს ფორმაც იცვლება, ის ასიმეტრიული ხდება. კვერცხის მიმაგრების ადგილი უფრო გამობურცება; ორსულობის მეოთხე თვიდან საშვილოსნო მრგვალდება, შემდეგ კვერცხის ფორმას იღებს. საშვილოსნოსაკენ სისხლის მიმოქცევა ძლიერდება დაახლოებით 5—ჯერ. სისხლის მიმოქცევის ახალი, პლაცენტური წრე წარმოიქმნება. ორსულობის დროს ფალოპიუსის მილიც დიდდება. გარეგნულად საკვერცხეებში დიდი ცვლილებები არ არის. ერთ—ერთ საკვერცხეში მენსტრუაციის ყვითელი სხეულიდან ჩნდება ორსულობის, ანუ ნამდვილი ყვითელი სხეული, რომლის დიამეტრიც 1 სმ უდრის, ყვითელი სხეულის ფუნქცია ორსულობის მე—4—5 თვემდე გრძელდება, შემდეგ მის დანიშნულებას პლაცენტა ასრულებს.

ორსულობის დროს სარძევე ჯირკვლებიც (mammae) ცვალებადობს. კერტების

ირგვლივ წარმოიქმნება მრავლობითი დამატებითი ჯირკვლები, ე.წ. მონტგომერის ჯირკვლები. ორსულობის მე–2 თვიდან სარძევე ჯირკვლებიდან შესაძლებელია ხსენის გამოწურვა. ხსენი დიდი რაოდენობით გროვდება მე–5 თვიდან. ნაყოფის სიკვდილის ერთ–ერთი მაჩვენებელია ხსენის გარდაქმნა რძედ.

ორსულის ნივთიერებათა ცვლას ახასიათებს ასიმილაციური პროცესების გაძლიერება. ამავე დროს დისიმილაციური პროდუქტების: ნახშირმჟავას, აზოტური ნაერთებისა და სხვ. რაოდენობაც მატულობს.

ცილოვანი (აზოტოვანი) ცვლის დამახასიათებელია ორსულის ორგანიზმში აზოტის დაგროვება, რომლის მარაგი აუცილებელია როგორც თვით ორგანიზმისათვის, ისე ნაყოფისათვის. დედისა და ნაყოფისათვის აზოტისადმი მოთხოვნილება დაახლოებით შეიძლება გამოიხატოს 2:1 შეფარდებით. აზოტის შეკავება, რომელიც ორსულობის პირველივე კვირეებში იწყება, განსაკუთრებით შესამჩნევი ხდება მე–17 კვირიდან. ეს პროცესი განმეორებით მშობიარეებში უფრო ინტენსიურად მიმდინარეობს, ვიდრე პირველმშობიარეებში.

ორგანიზმში აზოტის დაგროვებას ხელს უწყობს ცილების შენელებული წვა, ნორმალური ორსულობის დროს ცვლის პროდუქტების შენელებული გამოყოფა შარდითა და განავლით, აგრეთვე სხვა ფაქტორები. მიუხედავად ამისა, ორსულობის ფიზიოლოგიურად მიმდინარეობისას ქალის სისხლში ნარჩენი აზოტის რაოდენობა არ იმატებს, 30—40 მგ–ის ფარგლებში რჩება.

ორსულის ორგანიზმში გაძლიერებულად მიმდინარე ცილოვან ცვლასთან დაკავშირებით მნიშვნელოვანი რაოდენობით წარმოიქმნება შუალედური პროდუქტები „შხამები", რამაც შეიძლება გამოიწვიოს სხვადასხვაგვარი დისპეფსიური მოვლენები ორსულობის ფიზიოლოგიური მიმდინარეობის დროსაც კი.

საკვებთან ერთად მიღებული ცილები ხმარდება ორსულის საკუთარი ცილების აღდგენას. ორსულობის მეორე ნახევარში ცილები ინტენსიურად იხარჯება ნაყოფის ქსოვილების შექმნაზე, შემდეგ კი მშობიარობის პროცესში და ლოგინობის ხანის პირველ დღეებში (ლაქტაცია და სხვ.).

ორსულობის დროს ცხიმის დიდი რაოდენობა გროვდება თირკმელზედა ჯირკვალში, სარძევე ჯირკვლებში, პლაცენტაში. სისხლში ცხიმის რაოდენობა იმატებს. ცხიმის განაწილება ორგანიზმში ძლიერ ნელა, შუალედური საფეხურების გავლით ხდება. ცხიმოვანი ცვლის მოშლისას მისი არასრული წვის პროდუქტები გროვდება და ისინი ვლინდებიან შარდში (აცეტონი).

ნახშირწყლების ცვლა შესამჩნევად მატულობს. ყველა სახის შაქარს ადვილად ითვისებს ორსულის ორგანიზმი. შაქარი გროვდება გლიკოგენის სახით ღვიძლში, კუნთებში, აგრეთვე მოსაყარლე გარსსა და პლაცენტაში, საიდანაც გადადის ნაყოფში. ორსულობის დროს, თირკმლების საშარდე მილაკების გამომფენი ეპითელიუმის განვლადობის გაძლიერების გამო, შარდში გამოიყოფა შაქარი (მცირე რაოდენობით). ეს ფიზიოლოგიური გლიკოზურია ადვილად გაივლის. იგი აღინიშნება ორსულობის შემთხვევათა 10 %—ში.

ორსულობის ორგანიზმში ცილის, ცხიმებისა და ნახშირწყლების არასრული წვის პროდუქტების დაგროვება, აგრეთვე ნახშირმჟავას შეკავება იწვევს მჟავა— ტუტეების წონასწორობის დარღვევას. ამ დროს წარმოქმნილი ე.წ. ქსოვილის ფიზიოლოგიური აციდოზი იწვევს წყლის ცვლის მოშლას, მის გაძლიერებას. ორსულობის დროს წყლის ინტენსიური ცვლა იმის გამოც ხდება, რომ ორსული ქალი შედარებით მეტ სითხეს იღებს ვიდრე არაორსული. ეს აიხსნება წყლისადმი მომატებული მოთხოვნილებით როგორც მზარდი ნაყოფის, ისე დედის ორგანიზმის მხრივ. წყლის ცვლის ზომიერ

ინტენსივობის დროს მეშუპებები ან სრულებით არ არის ან ძლიერ სუსტადაა გამოხატული, უმთავრესად წვივების წინა ზედაპირზე, ტერფისა და მუცლის წინა კედლის ქვედა ნაწილზე.

წყლის ცვლასთან მჭიდრო კავშირშია მინერალური ცვლა—კალციუმის, კალიუმის, ფოსფორის, ნატრიუმის, მაგნიუმის, რკინის მარილების ცვლა. ეს მარილები სჭირდება როგორც დედას, ისე ნაყოფს.

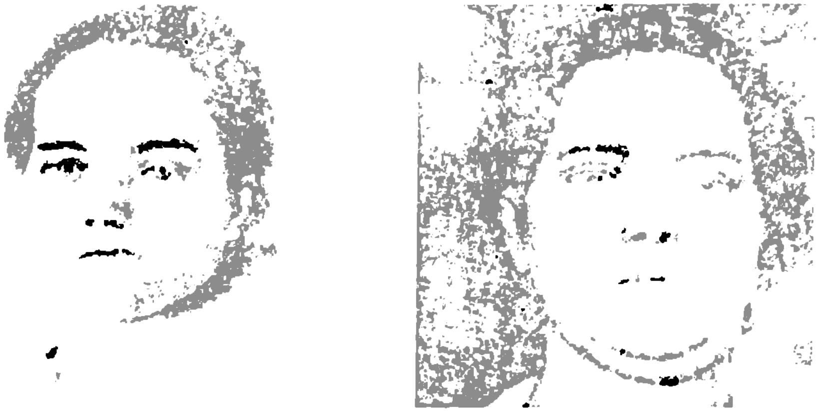
კალციუმის მარილები გროვდება პლაცენტასა და დედის ქსოვილებში, ზოგჯერ მნიშვნელოვანი რაოდენობით ქალას ძვლების შიგნითა ზედაპირზე, სადაც წარმოქმნის ე.წ. პუერპერულ ოსტეოფიტებს. ნაყოფის ჩონჩხის აგებისათვის აუცილებელია კალციუმის მარილები. ნაყოფისთვის იხარჯება დედის ძვლების კალციუმი; ორსული განიცდის კალციუმის ნაკლებობას, რაც გამოიხატება კბილების კარიესით, ფრჩხილების მტვრევით. უფრო მძიმე შემთხვევებში კალციუმის მარილების ნაკლებობამ შეიძლება ძვლებს დაუკარგოს სიმაგრე და გამოიწვიოს მათი დარბილება, ოსტეომალაცია. ორსულის ორგანიზმში კალციუმის მარილების რაოდენობის შემცირება იწვევს ნერვული აგზნებულობის მომატებას—სპაზმოფილიას. წვივის კუნთების კრუნჩხვებს. ფოსფორის, კალიუმის, ნატრიუმის მარილების ცვლა ორსულის ორგანიზმში მიმდინარეობს ისე, რომ ხდება მათი შეკავება. ზოგჯერ ინტენსიურია ნატრიუმის ქლორიდების შეკავება. მაშინ ორსულს უვითარდება შეშუპებები.

რკინის მარილები მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ნაყოფის სისხლის წარმოქმნაში. ნაყოფი ამ მარილებს აგროვებს თავის ორგანიზმში, უმთავრესად ღვიძლსა და ელენთაში ამიტომ დედის საკვებში არ უნდა იყოს რკინის დეფიციტი, წინააღმდეგ შემთხვევაში დედას შეიძლება განუვითარდეს ჰიპოქრომული ანემია. რკინის მარილების ნაკლებობამ შეიძლება გამოიწვიოს ნაყოფის სიკვდილი, ორსულობის ნაადრევი შეწყვეტა.

აიროვან ცვლაში ძირითადია ჟანგბადის ცვლა. განვითარებადი ნაყოფის მოთხოვნილება ჟანგბადისადმი ძლიერ დიდია. ორსულობით გამოწვეული ზემოაღწერილი ცვლილებები ნივთიერებათა ცვლაში იწვევს დედის ორგანიზმის ქსოვილებისა და ორგანოების მხრივ ჟანგბადისადმი მოთხოვნილების მომატებას. ამის უზრუნველყოფა ხდება პლაცენტის განსაკუთრებული აგებულებით, მისი დიდი „სასუნთქი" ზედაპირის მეშვეობით, ნაყოფის სისხლში დიდი რაოდენობით ერითროციტების შემცველობითა და სხვა შემგუებელი მექანიზმებით. ორსულობის მეორე ნახევარში ნაყოფის სისხლსა და დედის სისხლს შორის პლაცენტის მეშვეობით ჩამოყალიბებული კავშირი უზრუნველყოფს ძირითადად ჟანგბადის ცვლას და აკმაყოფილებს მისდამი ნაყოფის მოთხოვნილებას.

სურ. 16 ქალის ძუძუ ორსულობის მეორე ნახევარში

ვიტამინების ცვლა. ორსულობის ნორმალურად მიმდინარეობისა და ნაყოფის სწორად განვითარებისათვის აუცილებელია ვიტამინები, განსაკუთრებით A, B, C, D, E ვიტამინები. ჩვეულე-



სურ. 17 ორსულთა ქლოაზმა—chloasma gravidarum

ბრიე, ორსულის ორგანიზმში ვიტამინების რაოდენობა მცირდება. ვიტამინების ცვლის წონასწორობის დასაცავად აუცილებელია საკვებთან ერთად ან სპეციალური პრეპარატების სახით მათი დიდი რაოდენობით მიწოდება. ვიტამინების ნაკლებობამ (ჰიპოვიტამინოზმა, უფრო მეტად ავიტამინოზმა) შეიძლება გამოიწვიოს ორსულთა ტოქსიკოზი, ორსულობის მიმდინარეობის მოშლა, ორსულობის ნაადრევად შეწყვეტა, მშობიარობის დროს სისხლის დენა და სხვ. გარდა ამისა, შვილები, იმ დედისა, რომელსაც ორსულობის პერიოდში ჰქონდა ჰიპოვიტამინოზი, ნაკლებად უძლებენ გარეგან ზემოქმედებას და ხშირად ავადდებიან რაქიტით.

სისხლი. ორსულის სისხლი განიცდის სხვადასხვაგვარ ცვლილებებს. იგი მდიდრდება ფერმენტებით, ლიპიდური ქოლესტერინით. უმნიშვნელოდ მატულობს ერითროციტებისა და ჰემოგლობინის რაოდენობა. ერითროციტებს შორის გამოვლინდება ახალგაზრდა ფორმები: მიკრო—და მაკროციტები, ჩნდება პოიკილოციტოზი, რაც ნიშნავს სისხლის ენერგიულ წარმოქმნას, მაგრამ ერითროციტების გაძლიერებულ დაშლასაც მიუთითებს.

გულ—სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციის ინტენსიფიკაცია გამოწვეულია საშვილოსნოს ჰიპერტროფიის გამო მასში სისხლძარღვთა რაოდენობის ზრდითა და პლაცენტური სისხლის მიმოქცევის ახალი წრის შექმნით. გულის კუნთი დიდი დატვირთვის გამო ჰიპერტროფიას განიცდის, პულსი აჩქარებულია, ნორმალურად მიმდინარე ორსულობის დროს სისხლის არტერიული წნევა არ იცვლება.

სასუნთქი სისტემის ფუნქციაც გაძლიერებულია, 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.

კუჭ—ნაწლავის სისტემა. არცთუ იშვიათად ორსულობის დასაწყისში მადა, გემოვნება იცვლება. ორსულს აქვს გულისრევა, ორსულობის მესამე თვის ბოლოს ეს მოვლენები თანდათანობით უკუვითარდება.

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

საშარდე სისტემა. ორსული ქალის თირკმელებს უხდება გაძლიერებული

ჭუმაობა. რადგან ისინი გამოყოფენ როგორც დედის, ასევე ნაყოფის ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტებს. შარდვა გახშირებულია შარდის ბუშტზე ორსული საშვილოსნოს ზეწოლის გამო. შარდში ცილის არსებობა მიუთითებს ორსულთა ტოქსიკოზის განვითარებაზე.

ნერვული სისტემა. ორსულობის პირველ თვეებში ქალი ხშირად აგზნებულია, ტირის, დეპრესიულია, აქვს თავბრუ.

კანი. ორსულის სახეზე ხშირია ყავისფერი ლაქები—chloasma uterina მელანინის დაგროვების გამო. ასევე დამახასიათებელია კერტების, არეოლების, თეთრი ხაზის პიგმენტაცია. ორსულობის მეორე ნახევარში ხშირია მუცლის წინა კედელზე, სარძევე ჯირკვლებსა და ზოგჯერ ბარძაყებზე მოლურჯო—მოწითალო ხაზები—Striae gravidatum, რომლებიც მშობიარობის შემდეგ მოთეთრო ხაზების სახით რჩება.

ორსულობის დროს ჰიპოფიზის ჰიპერტროფია ხდება. მასში წარმოიქმნება ე.წ. ორსულობის უჯრედები, რომლებიც სეკრეტს გამოჰყოფენ.

გონადოტროპული ჰორმონები ჰიპოფიზში ორსულობის პირველ სამ თვეს გამოყოფა, შემდეგ კი—აღარ (პლაცენტის მიერ ქორიული გონადოტროპინის დიდი რაოდენობით გამოყოფის გამო, რომელიც ამუხრუჭებს ჰიპოფიზში გონადოტროპინის გამოყოფას). ორსულობის დროს ჰიპოფიზში თირეოტროპული ჰორმონის გამოყოფა ძლიერდება, ის შეაღწევს პლაცენტურ ბარიერში და ასტიმულირებს ნაყოფის ფარისებრ ჯირკვალს, რომლის ჰორმონიც, თირეოტროპული ჰორმონი, გარკვეულ როლს ასრულებს თვით ნაყოფის განვითარების ემბრიოგენეზის რეგულაციაში. ჰიპოფიზი ასევე გამოყოფს დიდი რაოდენობით ზრდის ჰორმონს, რომელიც აღწევს პლაცენტაში და ხელს უწყობს ნაყოფის ზრდას. მოქმედებს სარძევე ჯირკვლების ლაქტოგენურ ფუნქციაზე ძლიერდება ჰიპოფიზური, ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის გამოყოფა, ხშირად ჰიპერკორტიციზმი ვითარდება.

ჰიპოფიზში ძლიერდება ინტერმედინის სეკრეცია, რომელიც პიგმენტ მელანინის ცვლას განაგებს. ასევე ძლიერდება ვაზოპრესინის, ოქსიტოცინის, პიტოცინის სეკრეცია. ორსულობის დროს პროლაქტინის სეკრეცია არ იმატებს, რადგან ესტროგენული და პროგესტერონული სტეროიდები აკნინებს ამ ჰორმონის სეკრეციას ჰიპოფიზურ დონეზე.

ფარისებრი ჯირკვალი დიდდება ორსულობის მე—5, მე—6 თვეზე (ამ დროს ხდება თიროიდული ელემენტების ჰიპერპლაზია და ჰიპერტროფია).

ფარისებრი ჯირკვლის წონაც მატულობს. დედისა და ნაყოფის ფარისებრახლო ჯირკვლებს შორის ფუნქციური და კომპენსაციური კორელაციაა (ამ ჯირკვლის ჰორმონი ვერ აღწევს პლაცენტურ ბარიერს).

კუჭქვეშა ჯირკვალი დიდდება. ლანგერჰანსის კუნძულები განიცდის ჰიპერტროფიასა და ჰიპერპლაზიას. დედისა და ნაყოფის კუჭქვეშა ჯირკვლებს შორის ფუნქციურ—კომპენსაციური წონასწორობაა (მაგალითად, როდესაც დედას დიაბეტი აქვს, ნაყოფს ჰიპოგლიკემია აღენიშნება).

თირკმელზედა ჯირკვლებიც განიცდის ჰიპერტროფირებას (ორსულობის გარეშე 600 მგ, ხოლო ორსულობის პროცესში 900 მგ 100 მლ სისხლზე), კორტიკოსტეროიდების ექსკრეცია დღე—ღამის შარდში მომატებულია. ქალის სისხლში 17—კეტოსტეროიდების რაოდენობა ორსულობის დასაწყისში 5—7—ჯერ იმატებს მშობიარობის შემდეგ კი მკვეთრად იკლებს.

გლიკოკორტიკოიდების ექსკრეციის მრუდი ზემოთ იწევს ორსულობის პირველ მესამედში, შემდგომ თანდათანობით ქვემოთ დაიწევს და აღწევს ისეთ დონეს, როგორიც არაორსულებს აქვთ.

ორსულობის ჰორმონოლოგია

ორსულობის ჰორმონოლოგია შეიძლება დაიყოს ორ ფაზად: საკვერცხის ფაზად (ორსულობის დასაწყისში) და პლაცენტურ ფაზად, როდესაც ჰორმონები ფეტოპლაცენტური წარმოშობისაა.

ორსულობის დასაწყისში ესტროგენებს მზარდი დოზით გამოყოფს ორსულობის ყვითელი სხეული. შემდეგ კი — სინციტიოტროფობლასტი. ესტროგენების ბიოსინთეზი ხდება როგორც საკვერცხეებში (აცეტატიდან), ასევე პლაცენტაში (დედის თირკმელზედა ჯირკვლის მიერ გამოყოფილი დეჰიდროეპიანდროსტერონიდან—ანდროსტენდიონი—ესტრონი—ესტრადიოლი).

ესტროგენების მეორე წყაროა ნაყოფის თირკმელზედა ჯირკვალი (დეჰიდროეპიანდროსტერონის სტეროიდული წინამორბედიდან პლაცენტაში ხდება ესტრიოლის სინთეზი).

პლაცენტა ასევე ახდენს ესტრიოლის სინთეზს პრეგნანოლონიდან. ორსულობის ბოლო თვეზე მატულობს 17 B — ესტრადიოლის რაოდენობა, დანარჩენი კომპონენტები, პიროქსი, ქვეითდება.

პროგესტერონის რაოდენობა ორსულობის პირველი მესამედიდან (ტრიმესტრიდან) იწყებს მატებას (მისი ბიოსინთეზი ხდება ქოლესტეროლიდან— პრეგნანოლონი—პროგესტერონი), ორსულობის მიწურულში კი კლებულობს. პროგესტერონი შარდში გამოიყოფა საბოლოო ცვლის პროდუქტის პრეგნანდიოლის სახით.

პლაცენტა გამოყოფს ქორიონულ გონადოტროპულ ჰორმონს, რომელიც შარდში გამოიყოფა განაყოფიერების შემდეგ (დაახლოებით ციკლის 25-ე დღეზე). მშობიარობიდან მე-11 დღეზე შარდში ქორიონული გონადოტროპინი უკვე არ გამოიყოფა. პლაცენტა მონაწილეობს ანდროგენული ჰორმონების მეტაბოლიზმშიც, რის შედეგადაც წარმოიქმნება ანდროსტენდიონი და ტესტოსტერონი. ორსულობის პროცესში ტესტოსტერონი თანდათანობით მატულობს და მის ბოლოს მაქსიმუმს აღწევს.

პლაცენტა გამოყოფს ასევე ლუთეოჰორმონს, რელაქსინს, ლაქტოგენურ ჰორმონს, რომლითაც სარძევე ჯირკვლების ფუნქციას არეგულირებს. ის ხელს უწყობს ხსენის გამომუშავებას და დაგროვებას სარძევე ჯირკვლებში, ამავე დროს აბრკოლებს მის რძედ გარდაქმნას. მშობიარობის შემდეგ პლაცენტის ფუნქციის შეწყვეტასთან ერთად წყდება ლაქტოგენური ჰორმონის გამოყოფა და ხსენი რძედ გარდაიქმნება.

პლაცენტა ახდენს ვიტამინებისა და ფერმენტების რეტენციას, იგი ზოგიერთ ნივთიერებას გარდაქმნის და ისე აწოდებს ნაყოფს.

ამრიგად, ორსულობის დროს ქალის ორგანიზმში ხდება ფიზიოლოგიური ცვლილებები, რომლებიც ხელს უწყობენ ნაყოფის სწორ განვითარებას, ორსულობის ნორმალურ მიმდინარეობას და ქალის ორგანიზმის მომზადებას მშობიარობისთვის.

VIII თავი

ჩანასახისა და ნაყოფის განვითარება ორსულობის თვეების მიხედვით

ორსულობის მიმდინარეობას განიხილავენ დედისა და ნაყოფის ორგანიზმის ურთიერთობის ასპექტში. ორსულობის მთელი პერიოდის განმავლობაში დედის ორგანიზმსა და ნაყოფს შორის ურთიერთკავშირია. დედის სასქესო აპარატი და მთელი ორგანიზმი ბაზაა, რომელიც განაპირობებს ჩანასახისა და ნაყოფის ფიზიოლოგიურ ზრდა-განვითარებას.

ქალის ორსულობა გრძელდება დაახლოებით 280 დღე, ე.ი. 40 კვირა, ანუ 10 სამეანო თვე.

საშვილოსნოში ორგანიზმის განვითარება იყოფა ოთხ პერიოდად:

1. გერმინალური, რომელიც გრძელდება 10 დღე;
2. ნეოფეტალური–ემბრიოფეტალური 20 დღე;
3. ემბრიონალური 21 დღიდან ოთხი თვის ჩათვლით;
4. ფეტალური პერიოდი 120 დღიდან ორსულობის ბოლომდე.

პირველი თვის ბოლოს ჩანასახის სიგრძე ერთი სანტიმეტრია.

მეორე თვის ბოლოს ემბრიონის სიგრძე 4 სმ, მას ეჩნევა თითები, აგრეთვე სასქესო ორგანოები, მაგრამ სქესის გამოცნობა შეუძლებელია; თავი დიდი აქვს, ნაყოფის სიგრძის ნახევარი.

მესამე თვის ბოლოს ნაყოფის სიგრძე 9 სმ, წონა 20 გ, თითებზე ფრჩხილები აქვს, გარეთა სასქესო ორგანოების მიხედვით შეიძლება სქესის გამოცნობა.

მეოთხე თვეზე ნაყოფის სიგრძე 16 სმ, წონა 120 გ, ტანზე ღინღლი აქვს.

მეხუთე თვეზე ნაყოფის სიგრძე 25 სმ-ია, წონა 270 გ, თავზე თმა აქვს, კანქვეშა ცხიმი გამოხატულია. ცოცხალი, დაბადებული ნაყოფის გულმკერდზე შეიძლება გულისცემის შემჩნევა, ნაყოფის სუნთქავს, მაგრამ მალე კვდება. ნაყოფის თავი ნაყოფის სიგრძის მესამედს შეადგენს.

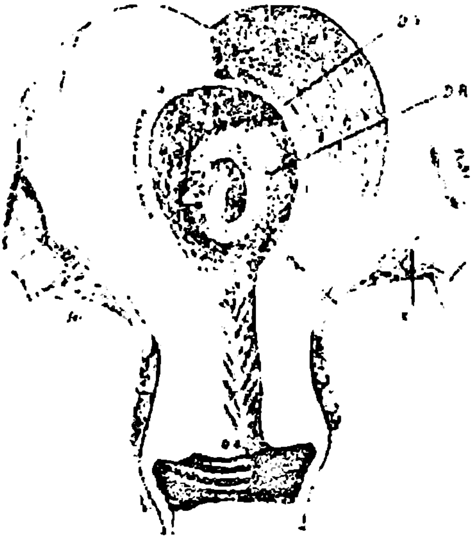
მეექვსე თვეზე ნაყოფის სიგრძე 30 სმ, წონა–700 გ. ნაყოფის კანი საჭოსებრი სახითაა დაფარული. ამ დროს დაბადებული ნაყოფი სუნთქავს, მაგრამ მალე კვდება.

მეშვიდე თვეზე ნაყოფის სიგრძე 35 სმ, წონა 1000 გ. კანი დანაოჭებულია, კანქვეშა ცხიმი კარგადაა გამოხატული. ამ დროს დაბადებული ნაყოფი სიცოცხლისუნარიანად არ არის მიჩნეული, თუმცა კარგი მოვლით და სათანადო პირობების შექმნით შეიძლება გაიზარდოს.

საშვილოსნოს ღრუდან ნაყოფის გამოძევებას ორსულობის დაწყებიდან 7 თვის, 28 კვირის განმავლობაში ორსულობის შეწყვეტა–აბორტი ეწოდება.

მერვე თვეზე ნაყოფის სიგრძე 40 სმ უდრის, წონა–1500 გ. ტანს მომრგვალო ფორმა აქვს; მერვე თვეზე ნაყოფის დაბადება ნაადრევი მშობიარობაა. ჯანმრთელი დედის ასეთი ახალშობილი კარგი მოვლით იცოცხლებს, თუმცა ასეთ ნაადრევ ახალშობილთა სიკვდილიანობა ხშირია.

ნაადრევი და დღესრული



სურ.18 ხუთი კვირის ორსული საშვილოსნო

DR–decidua reflexa; Ds–decidua serotina; Dv–decidua vera; E–embryon; OL–ligamentum ovarii; RL–ligamentum Rotundum.

ნაყოფის განსაზღვრა შეიძლება წონისა და სიგრძის მიხედვით. 47 სმ და მეტი სიგრძის ნაყოფი დღესრულია. დღესრული ნაყოფის წონა 2500 გ ნაკლები არ უნდა იყოს.

მეცხრე თვეში ნაყოფი იწონის 2500 გ-ს მისი სიგრძე 45 სმ-ია. კანი ხადაა, ვარდისფერი. ამ ასაკში დაბადებული ახალშობილი სიცოცხლისუნარიანადაა მიჩნეული.

ათი თვის, ანუ ორმოცი კვირის-graviditas 40 septimanae ნაყოფი დროული, სიცოცხლისუნარიანია. მისი სიგრძე შეადგენს 47-51 სმ. წონა-3200 გ. თავის სიგრძე-საერთო სიგრძის მეოთხედი, თავის გარშემოწერილობა-35 სმ. კანი ვარდისფერია. კანქვეშა ცხიმი კარგადაა განვითარებული. ყურისა და ცხვირის ხრტილები და ფრჩხილები მაგარია. ხელების ფრჩხილები თითების ბალიშს აღემატება. ნაყოფი დაბადებისთანავე ხმამაღლა ყვირის, კიდურებს აქტიურად ამოძრავებს, თვალებს ახელს.

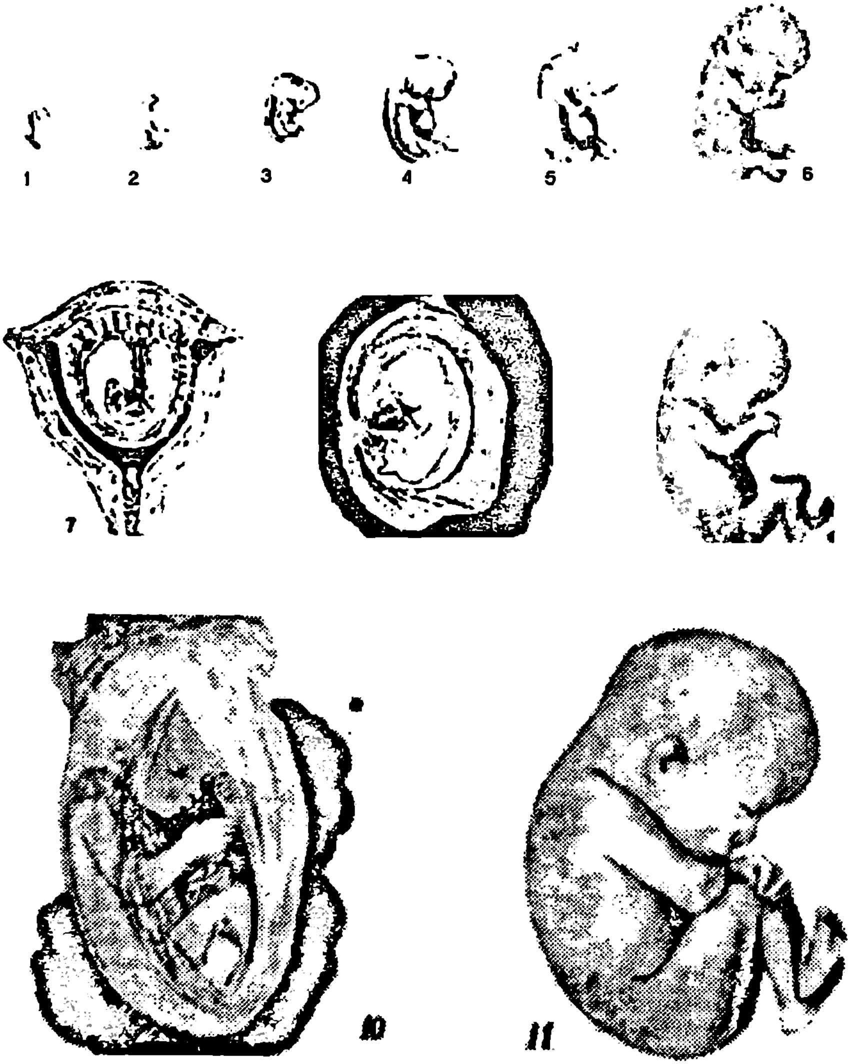
ჩანასახისა და ნაყოფის სიგრძის გამოსაანგარიშებლად იყენებენ ჰააზეს ფორმულას, რომლის მიხედვითაც ექვს თვემდე ორსულობამდე თვეთა რიცხვი აყავთ კვადრატში, ექვსი თვიდან კი თვეთა რიცხვს ამრავლებენ ხუთზე. ქვემოთ მოყვანილია ამ ფორმულის მიხედვით შედგენილი ცხრილი ჩანასახისა და ნაყოფის სიგრძის გამოსაანგარიშებლად.

დღესრული ნაყოფის დამახასიათებელი ნიშნებია: სიგრძე—47 სმ და მეტი, წონა—2500 გ და მეტი, ვარდისფერი კანი, ყურისა და ცხვირის ხრტილები გამაგრებული, ფრჩხილები კარგადაა გამოხატული, თმის სიგრძე 2-3 სმ-ია, მამრობითი სქესის ახალშობილთა სათესლე ჯირკვლები პარკშია ჩასული, მდედრობითი სქესის ახალშობილთა დიდი ბაგეები საჩენებისა და მცირე ბაგეებს ფარავს.

ორსულობის	1	თვის ბოლოს ჩანასახის სიგრძე შეადგენს	1×1–1	სმ-ს
	2		2×2–4	
	3	ნაყოფის	3×3–9	
	4		4×4–16	
	5		5×5–25	
	6		6×5–30	
	7		7×5–35	
	8		8×5–40	
	9		9×5–45	
	10		10×5–50	

მეანობაში უნდა განვასხვავოთ ორი ცნება: ნაყოფის დღესრულობა და ნაყოფის სიმწიფე.

ნაყოფის დღესრულობა განისაზღვრება საშვილოსნოში მისი ყოფნის დროით ჩასახვის მომენტიდან მშობიარობამდე. ნაყოფის სიმწიფეს კი განსაზღვრავს მისი ფიზიკური ნიშნები—სიგრძე, წონა, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის განვითარება, ვარდისფერი კანი, თავზე თმიანობა, ფრჩხილები და სხვ.



სურ. 19 ჩანასახის განვითარება ორსულობის ოთხ თეემდე
1–12 დღის; 2–21 დღის; 3–30 დღის; 4–34 დღის; 5–6,5 კვირის; 6–8კვირის;
7–სამი-ოთხი კვირის; 8-9–12 კვირის; 10-11–16-20 კეირის ორსულობა.

ჩანასახისა და ნაყოფის განვითარება თვეების მიხედვით

ასაკი (თვე)	ჩანასახისა და ნაყოფის წონა გრამობით	პლაცენტის წონა გრამობით	სანაყოფე სითხის წონა
II	4	8	12
III	20	33	45
IV	120	70	82
V	270	120	165
VI	700	195	310
VII	1000	275	510
VIII	1500	365	720
IX	2500	470	950
X	3200	500	1500

ნაყოფის ფიზიოლოგია

ჩანასახისა და ნაყოფის კვების სისტემაში არჩევენ ოთხ პერიოდს.

პირველი პერიოდი კვერცხის ჩასახვის მომენტიდან იწყება და მთავრდება საშვილოსნოს მოსავარდნ გარსში განაყოფიერებული კვერცხის ჩანერგვით. ეს პერიოდი გრძელდება 5-6 დღეს. ამ პერიოდში განაყოფიერებულ კვერცხს არა აქვს დედის ორგანიზმის ქსოვილებთან კავშირი და არ შეუძლია მისგან თავისი განვითარებისთვის აუცილებელი საკვები მასალის მიღება. განაყოფიერებული კვერცხი საკვებ მასალას იღებს მხოლოდ იმ მარაგიდან, რომელიც სხივოსანი გვირგვინის უჯრედებში და კვერცხუჯრედშია დაგროვილი.

მეორე პერიოდი—ყვითროვანი—იწყება განაყოფიერებული კვერცხის საშვილოსნოს მოსავარდნ გარსში ჩანერგვის მომენტიდან და მთავრდება ჩანასახის სიცოცხლის მეორე კვირის ბოლოს. სხივოსანი გვირგვინის უჯრედებსა და თვით კვერცხში არსებული საკვები მასალის მარაგი ჩქარა ამოიწურება. ამ დროისათვის გამოვლინებას იწყებს ტროფობლასტების თვისება: ტროფობლასტი შლის დედის ქსოვილებს, შეიწოვს და ჩანასახს უგზავნის დედის ქსოვილების (მოსავარდნი გარსის) დაშლის დროს გათავისუფლებულ თხიერ და აირისებრ ნივთიერებებს: ცილას, გლუკოზას, ჟანგბადს და სხვ. პირველადი ბუსუსების მიერ შეწოვილი ეს ნივთიერებები ნაწილობრივ უშუალოდ ჩანასახს გადაეცემა, უმეტესი ნაწილი კი ხვდება ამ დროისათვის უკვე შექმნილ ყვითრის პარკში, რომელსაც აქვს თავისი, თუმცა პრიმიტიული, სისხლძარღვოვანი სისტემა (vasa omphalo–mesenterica). საკვები მასალა აქედან პირველადი სისხლძარღვების საშუალებით აღწევს ჩანასახის ყველა ნაწილამდე (ყვითროვანი სისხლის მიმოქცევა).

მესამე პერიოდი ალანტოიდურია, რადგან ჩანასახის სიცოცხლის მეორე კვირიდან ყვითრის პარკიდან მიწოდებული საკვები მასალა ვეღარ დააკმაყოფილებს ჩანასახის სწრაფად მზარდ მოთხოვნილებებს, ამიტომ ამ დროისათვის ქორიონის პირველადი ბუსუსები გარდაიქმნება ქორიონის ნამდვილ ბუსუსებად. ამის შემდეგ ჩანასახი

მარაგდება დედის სისხლიდან ქორიონის ბუსუსებით თავისი განვითარებისთვის აუცილებელი ყველა მასალით. ეს ე.წ. ქორიული სისხლის მიმოქცევაა, რომელიც გრძელდება 8 კვირამდე.

მეორე პერიოდი პლაცენტურია. მესამე თვის ბოლოს ხშირბუსუსებიანი ქორიონი გადაიქცევა პლაცენტად, რომლის საშუალებითაც ხდება ნივთიერებათა ცვლა დედასა და ნაყოფს შორის. ეს პერიოდი გრძელდება ნაყოფის დაბადებამდე.

ფიზიოლოგიურ პირობებში ნაყოფი საკვებ ნივთიერებასა და ჟანგბადს დედის სისხლიდან იღებს. ნაყოფის სისხლი განსხვავდება დედის სისხლისაგან: ნაყოფის სისხლში ერითროციტები 5-7 მილიონამდეა, ლეიკოციტები—10-20 ათასამდე. ჰემოგლობინი შეადგენს 110-145 ერთეულს. შაქარი 120 მგ-ს. დედის სისხლი ჭიპის ვენის საშუალებით მიედინება ნაყოფის ორგანიზმში. მცირე ტოტი გაივლის ღვიძლის მარცხენა სიგრძივ ნაპრალში; მას არანციის სადინარი—ductus venosus Arancii ეწოდება. როგორც არანციის სადინარი, ისე ღვიძლიდან გამოსული სისხლი ღვიძლის ვენების საშუალებით ქვედა ღრუ ვენას უერთდება. ქვედა ღრუ ვენაში გადასული არტერიული სისხლი შეერევა ვენურს—ქვედა კიდურებიდან, მენჯის ორგანოებიდან, ღვიძლიდან და ნაწლავებიდან. ეს შერეული სისხლი შედის მარჯვენა წინაგულში, სადაც ჩადის ზედა ღრუ ვენაც, რომელსაც სხეულის ზედა ნახევრიდან მოაქვს მხოლოდ ვენური სისხლი. მაგრამ მარჯვენა წინაგულში ამ ორი სისხლის შერევა არ ხდება, რადგან ევსტაქის სარქველი სისხლს ქვედა ღრუ ვენიდან აგზავნის მარჯვენა წინაგულში, საიდანაც ოვალური ხვრელის—foramen ovale-ს საშუალებით გადადის მარცხენა წინაგულში, აქედან—მარცხენა პარკუჭში, შემდეგ აორტაში და ორგანიზმს უნაწილდება. ზედა ღრუ ვენით სისხლი ჩადის მარჯვენა წინაგულში, გადადის მარჯვენა პარკუჭში, იქიდან მიდის ფილტვის ღეროში; შემდეგ სისხლის მხოლოდ მცირე ნაწილი შედის ფილტვებში, კვებავს მათ და უფრო ვენური ხდება. ფილტვის ღეროდან სისხლის უმეტესი ნაწილი ბოტალის სადინარის—ductus arteriosus Botalii საშუალებით, რომელიც აორტასა და ფილტვის ღეროს აერთებს, გადადის აორტაში. ნაყოფიდან ვენური სისხლი ჭიპლარის გავლით პლაცენტაში გააქვს ჭიპლარის ორ არტერიას. პლაცენტაში ეს სისხლი ისევ დაიჟანგება, გამდიდრდება საჭირო ნივთიერებებით და არტერიული სისხლის სახით ჭიპის ვენით ნაყოფს უბრუნდება. ამ გზას სისხლი ანდომებს 12 წამს.

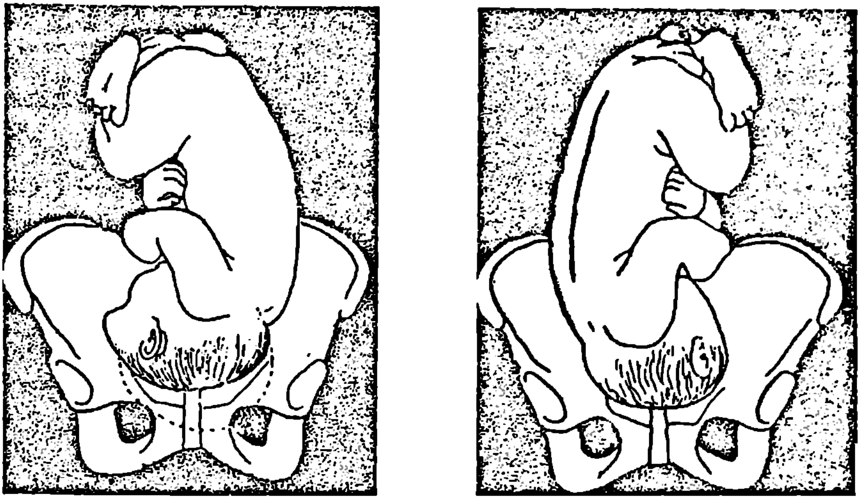
ახალშობილის დაბადების შემდეგ იხურება ოვალური ხვრელი, არანციის ვენური სადინარი, ბოტალის სადინარი და ყალიბდება სისხლის მიმოქცევის დიდი და მცირე წრე. ახალშობილი ჟანგბადს იღებს ფილტვების საშუალებით—სუნთქვით.

დაბადების შემდეგ პლაცენტა ფუნქციას წყვეტს. ჭიპლარი გადაიჭრება, დარჩენილი ტაკვი მშრალ განგრენას განიცდის და 5-7 დღის შემდეგ მოვარდება.

ნაყოფის ნაწევართა განლაგება, მდებარეობა, პოზიცია, სახე და წინმდებარეობა

მშობიარობის მექანიზმის გარკვევისათვის აუცილებელია საშვილოსნოში ნაყოფის სხვადასხვა მდებარეობის ცოდნა. მშობიარობა ბევრადაა დამოკიდებული იმაზე, ნაყოფის მსხვილი ნაწილი—თავი მდებარეობს წინ თუ—მენჯი. ნაყოფი სიგრძითაა მოთავსებული თუ გარდიგარდმოდ, ნაყოფის ზურგი წინ არის მოქცეული თუ უკან. თავით წინმდებარეობისას საჭიროა გამოცნობა, კეფაა წინ თუ სხვა ნაწილი.

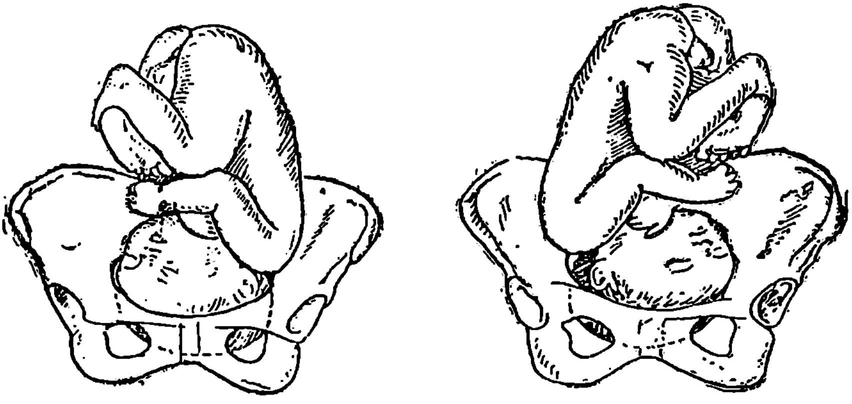
მეანობაში არჩევენ: ნაყოფის ნაწევართა განლაგებას (habitus foetus), ნაყოფის მდებარეობას (situs foetus), წინმდებარეობას (praesentatio foetus), წინმდებარე ნაწილს (pars previa foetus), პოზიციას (positio foetus), სახეს (visus foetus) და ნაყოფის თავის ჩადგმას (insitio capitis).



სურ. 20 ნაყოფის სიგრძივი, თავით წინმდებარეობა
ა–I პოზიცია, წინა სახე; ბ–II პოზიცია, წინა სახე.

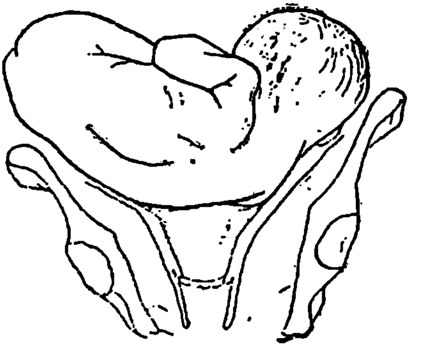
ნაყოფის ნაწევართა განლაგება ნიშნავს საშვილოსნოს ღრუში ნაყოფის შეგუებულ მდგომარეობაში ყოფნას. ნაყოფი მოხრილია, მას საკუთარი სიგრძის ნახევარი უჭირავს, ფეხები მოხრილი აქვს როგორც მენჯ-ბარძაყის, ისე მუხლის სახსრებში, თავიც–მოხრილი, ნიკაპი–გულმკერდთან მიახლოებული. ხელები– გულმკერდზე დაკრეფილი.

ნაყოფის მდებარეობა ნიშნავს, როდესაც ნაყოფისა და საშვილოსნოს სიგრძივი



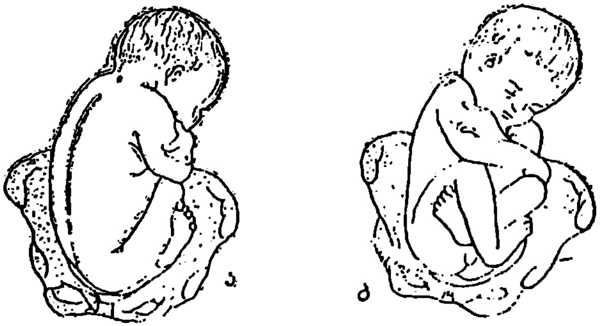
სურ. 21 ნაყოფის სიგრძივი, თავით წინმდებარეობა
ა–I პოზიცია, ბ–II პოზიცია, უკანა სახე.

ღერძები პარალელურადაა ან ერთიმეორეს ემთხვევა; ასეთ მდებარეობას ნაყოფის სწორი, სიგრძივი მდებარეობა ეწოდება. ნაყოფს ასეთი მდებარეობა აქვს შემთხვევათა 99,5 %-ში. ნაყოფის გარდიგარდმო ან ირიბი მდებარეობა გვხვდება შემთხვევათა 0,5 %-ში, როდესაც სიგრძივი ღერძი საშვილოსნოს სიგრძივ ღერძს სწორი ან მახვილი კუთხით გადაჭრის. ნაყოფის გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობა პათოლოგიურია. ნაყოფის სიგრძივი მდებარეობისას ზოგჯერ თავი ქვემოთაა მოთავსებული მენჯთან, რასაც თავით წინმდებარეობას უწოდებენ, ზოგჯერ კი თავი საშვილოსნოს ფუძესთანაა და ქვემოთ ისინჯება ნაყოფის მენჯი; ასეთ შემთხვევას ნაყოფის მენჯით წინმდებარეობას უწოდებენ. თავით წინმდებარეობა გვხვდება შემთხვევათა 96 %-ში, მენჯით წინმდებარეობა—3,5 %-ში. არჩევენ აგრეთვე თავით წინმდებარეობის სხვადასხვა სახეს. წინმდებარედაა მიჩნეული ნაყოფის ის ნაწილი, რომელიც სხვა ნაწილებზე უფრო ქვევითაა მოთავსებული. თავით წინმდებარეობისას ხშირად წინმდებარეა კეფა; ასეთი წინმდებარეობა მოხრით წინმდებარეობადაა მიჩნეული. მშობიარობის კარგად დამთავრებისათვის ეს უფრო ხელსაყრელია. როდესაც თავი ოდნავაა გაშლილი, წინმდებარეა თხემი, თუ მეტადაა გაშლილი—შუბლია წინმდებარე, დაბოლოს, ზედმეტად თავის გაშლისას პირისახით წინმდებარეობაა. თხემით, შუბლითა და პირისახით წინმდებარეობა პათოლოგიურია.



სურ. 22 ნაყოფის გარდიგარდმო მდებარეობა. I პოზიცია, წინა სახე.

პოზიციას არჩევენ ნაყოფის სიგრძივი მდებარეობის დროს ზურგის მდებარეობის მიხედვით, გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობის დროს კი თავის მდებარეობის მიხედვით. ნაყოფის სიგრძივი მდებარეობის დროს პოზიციას განსაზღვრავენ იმის მიხედვით, თუ საით არის მიმართული ნაყოფის ზურგი—საშვილოსნოს მარცხნივ თუ



სურ. 23 ნაყოფის სიგრძივი, მენჯით წინმდებარეობა
ა—I პოზიცია, წინა სახე; ბ—II პოზიცია უკანა სახე.

მარჯვნივ. განირჩევა ორი პოზიცია—პირველი და მეორე. პირველი პოზიციის დროს ნაყოფის ზურგი მარცხნივაა მიმართული; მეორე პოზიციისას ნაყოფის ზურგი მიმართულია მარჯვნივ. ნაყოფის გარდიგარდმო და ირიბ მდებარეობას, როცა ნაყოფის თავი მარცხნივაა, პირველ პოზიციას უწოდებენ და, პირიქით, როდესაც გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობისას ნაყოფის თავი მარჯვნივ არის მიმართული—მეორე პოზიციას. პირველი პოზიცია ხშირია, მეორე კი—იშვიათი. არჩევენ აგრეთვე სიგრძივი მდებარეობის სახეებს: წინა და უკანა სახეს. როდესაც ნაყოფის ზურგი ოდნავ წინაა მიმართული დედის მუცლის კედლისკენ, ეს წინა სახეა, როდესაც ზურგი მიმართულია უკან, ხერხემლისკენ, ეს უკანა სახეა. გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობის დროსაც ნაყოფის ზურგის მიხედვით არჩევენ ორ სახეს: როდესაც ნაყოფის ზურგი წინ არის, ეს წინა სახეა, როდესაც ზურგი უკანაა, ეს უკანა სახეა. წინა სახე ფიზიოლოგიურია. უკანა სახე შედარებით იშვიათია.

ნაყოფის თავი, როგორც მშობიარობის ობიექტი

ნაყოფის თავს, რომელიც მთავარი ობიექტია მშობიარობის მიმდინარეობისას, უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს. დროული ნაყოფის თავის ფორმა და ზომა მშობიარის მენჯის ზომას უნდა შეესაბამებოდეს, წინააღმდეგ შემთხვევაში მშობიარობა ბუნებრივი გზით არ მოხდება. მშობიარობის მართვისას აუცილებელია თავის ზომის, მისი გარშემოწერილობისა და სხვა მონაცემების ცოდნა.

ნაყოფის ქალას ძვლები შეერთების ადგილებში ნაკერებსა და ყიფლიბანდებს ქმნის; ნაკერები და ყიფლიბანდები ხელს უწყობს ნაყოფის თავს, რათა სამშობიარო არხში გავლისას თავის ქალას ძვლები ერთმანეთზე შეცურდეს. ამით ნაყოფის თავი ფორმას იცვლის, გრძელდება, მისი მოცულობა მცირდება და უფრო თავისუფლად გაივლის მენჯს. ნაყოფის თავის ფორმის შეცვლის ამ თვისებას კონფიგურაცია ეწოდება.

მეანობაში მნიშვნელობა აქვს ისრისებრ ნაკერს თხემის ძვლებს შორის—sutura sagitalis. შუბლის ნაკერი—sutura frontalis შუბლის ძვლებს შორისაა, ხოლო გვირგვინოვანი ნაკერი—sutura coronária—შუბლისა და თხემის ძვლებს შორის. საფეთქლის ორი ნაკერი—sutura temporalis—საფეთქლისა და თხემის ძვლებს შორისაა, კეფის, ანუ ლამბდისებრი ნაკერი—sutira lambdoidea კეფისა და თხემის ძვლებს შორის.

ძვლების შეერთება, როგორც ზემოთ ითქვა, თავის ქალაზე წარმოქმნის ყიფლიბანდებს, რომლებიც ფიბროზული გარსით დაფარულ და ძვლებისგან თავისუფალ სივრცეებს ქმნიან. მთავარი ყიფლიბანდი ორია: დიდი და პატარა, დიდი ყიფლიბანდი რომბისებრი მოყვანილობისაა—fonticulus magnus s.bregmaticus და მოთავსებულია წინ შუბლისა და თხემის ძვლებს შორის. მისი გაძვალება დაბადებიდან ერთი წლის შემდეგ ხდება.

პატარა ყიფლიბანდი სამკუთხედის ფორმისაა—fonticulus parvus. იგი მდებარეობს უკან, თხემისა და კეფის ძვლების შეერთების ადგილზე. მისი გაძვალება უფრო ადრე ხდება.

ნაყოფის თავის ზომებს ისეთივე მნიშვნელობა აქვს მეანობაში, როგორც მენჯის ზომებს; არჩევენ თავის შემდეგ ზომებს: 1. პირდაპირ ზომას (diameter fronto-occipitalis)—ცხვირის ფუძიდან კეფის უფრო წამოწეულ წერტილამდე—12 სმ; 2. დიდ ირიბ ზომას (d.mento-occipitalis)—ნიკაპიდან კეფის უფრო დაშორებულ წერტილამდე—13½ სმ; 3. მცირე ირიბ ზომას (d.suboccipito-bregmatica)—დიდი ყიფლიბანდის შუა ნაწილიდან კეფისქვეშა ფოსომდე—9½ სმ; 4. დიდ გარდიგარდმო ზომას (d.biparietalis s.transversa major)—უდიდეს მანძილს თხემის ორივე ბორცვს შორის—9½ სმ; 5. მცირე გარდიგარდმო ზომას (d.bitemporalis s.transversa minor)—

უდიდეს მანძილს გვირგვინოვან ნაკერს შორის—8 სმ; 6. ვერტიკალურ ზომას (d.trachelo-bregmatica)—ენის ძვლიდან დიდი ყიფლიბანდის წინა კუთხემდე—9 სმ.

თავის გარშემოწერილობა ვერტიკალური ზომის დონეზე 32 სმ, თავის გარშემოწერილობა მცირე ირიბი ზომის დონეზე—32 სმ; თავის გარშემოწერილობა დიდი ირიბი ზომის დონეზე—40 სმ; მხარ-ბეჭის ზომა—12 სმ; გარშემოწერილობა—35 სმ; მენჯის გარდიგარდმო ზომა—9 სმ; გარშემოწერილობა—28 სმ.

აღნიშნული ზომების დასადგენად ხმარობენ მენჯსაზომს და სანტიმეტრიან ლენტს.

IX თავი

ორსულობის ნიშნები და მისი განსაზღვრა ორსულობის გამოცნობა-გასინჯვის მეთოდი

ორსულობის გამოსაცნობად იყენებენ გამოკითხვით მიღებულ ცნობებს—ანამნეზს, აგრეთვე ობიექტური გასინჯვით მიღებულ მონაცემებს, ლაბორატორიულ და ბიოლოგიურ რეაქციებს და სხვ., რაც სწორი დიაგნოზის დადგენის საშუალებას იძლევა.

გამოკვლევის დროს ყურადღებას აქცევენ: 1. ორსულის საერთო მდგომარეობას; 2. ორსულის ხანდაზმულობასა და მშობიარობის ვადას; 3. ნაყოფის მდგომარეობას, სიცოცხლეს, ოდენობას და მენჯის მდგომარეობას, მის ზომებს; 4. გადატანილ ორსულობას, მშობიარობის მიმდინარეობასა და დამთავრებას.

ისტორიის შედგენას იწყებენ ანამნეზით: გვარი, სახელი, მამის სახელი, ასაკი, პროფესია და მისამართი. ამავე დროს არკვევენ ორსულის საყოფაცხოვრებო პირობებს. შემდეგ იწყებენ ცნობების შეგროვებას და არკვევენ: ა) მერამდენე ორსულობა და რომელი მშობიარობაა; ბ) როდის ჰქონდა უკანასკნელი მენსტრუაცია და რამდენი დღე გრძელდებოდა, გ) როდის შეიგრძნო პირველად ნაყოფის ძვრა, დ) როგორ მიმდინარეობდა ორსულობა და როგორია მისი მდგომარეობა.

ზოგადი ანამნეზი: ყურადღებას აქცევენ წინაპრების ჯანმრთელობის მდგომარეობას (ტუბერკულოზი, სიფილისი, ალკოჰოლიზმი, ფსიქიკური დაავადებები), ბავშვობის ხანის დაავადებებს (რაქიტი, ინფექციური დაავადებები) და უფროს ასაკში გადატანილ დაავადებებს (მალარია, ანგინა, ხუნაგი, რევმატიზმი, ჰელმინთოზი, ტიფი, ტოქსოპლაზმოზი, RH—ფაქტორი და სხვ.).

სპეციალური ანამნეზი: არკვევენ, როგორ მიმდინარეობდა წინა ორსულობა, ჰქონდა თუ არა გართულებები, როგორი იყო წინა მშობიარობა—დროული თუ ნაადრევი, ხომ არ ჰქონდა ორსულობის ოპერატიული მოშლა, მშობიარობა ბუნებრივად დამთავრდა, თუ ექიმის ჩარევით, როგორი იყო ლოგინობის ხანის მიმდინარეობა და სხვ.

შეკრებილი ანამნეზური ცნობები ექიმს აძლევს წარმოდგენას ორსულის ჯანმრთელობისა და ორსულობის მიმდინარეობის შესახებ, რაც შესაძლებელს ხდის საჭიროების შემთხვევაში დროულად მიიღოს საექიმო-პროფილაქტიკური ღონისძიებები.

არჩევენ ორსულობის საეჭვო და უტყუარ (სარწმუნო) ნიშნებს. საეჭვო ნიშნები სუბიექტური და ობიექტურია. საეჭვო ნიშნებია ორსულობის პირველ ნახევარში, სარწმუნო (უტყუარი) ნიშნები—მეორე ნახევარში. ორსულობის საეჭვო სუბიექტურ ნიშნებს აკუთვნებენ ხასიათის შეცვლას, გულისრევას, გემოს შეცვლას, მჟავე საჭმლის სურვილს და სხვ. ორსულობის საეჭვო ობიექტური ნიშნებია: მენსტრუაციის შეწყვეტა (საეჭვო ნიშნებიდან ეს ნიშანი ყველაზე საიმედოა), ძუძუს დვრილების

შეფერვა, სარძევე ჯირკვლებში სიმძიმის შეგრძნება, ხსენის არსებობა, საშოს შესასვლელის ციანოზი, თეთრი ხაზის პიგმენტაცია, საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილისა და თვით საშვილოსნოს გადიდება, მისი დარბილება, ზედმეტი მოძრაობა და შეკუმშვებისადმი მიდრეკილება, მოცულობის გადიდება. ბიმანუალური გასინჯვის დროს ყურადღებას აქცევენ სნეგირიოვის, ჰორვიც-ჰეგარის, პისკაჩეკისა და გაუსის ნიშნებს.

სნეგირიოვის ნიშანი ორსულობის გამოსაცნობად ასეთია: მექანიკური გაღიზიანების შედეგად (როგორიც არის ბიმანუალური გასინჯვა) საშვილოსნო მკვეთრად იცვლის ფორმას, მკვრივდება; ასე ემართება მხოლოდ ორსულ საშვილოსნოს.

ჰორვიც-ჰეგარის ნიშანი: ისთმური ნაწილის გათხელების გამო ბიმანუალური გასინჯვის დროს გარედან საშოში მოთავსებული თითები ადვილად უახლოვდება ერთმანეთს. საშვილოსნოს ყელი და საშვილოსნოს ტანი ერთიმეორისაგან დაკავშირებული სხეულების შთაბეჭდილებას ტოვებს, რაც ზოგჯერ დიაგნოზურ შეცდომას იწვევს.

პისკაჩეკის ნიშანი: საშვილოსნოს კუთხის ის ადგილი, სადაც კვერცხია მიმაგრებული, უფრო გამობურცულია, მას შეიგრძნობენ ბიმანუალური გასინჯვის დროს.

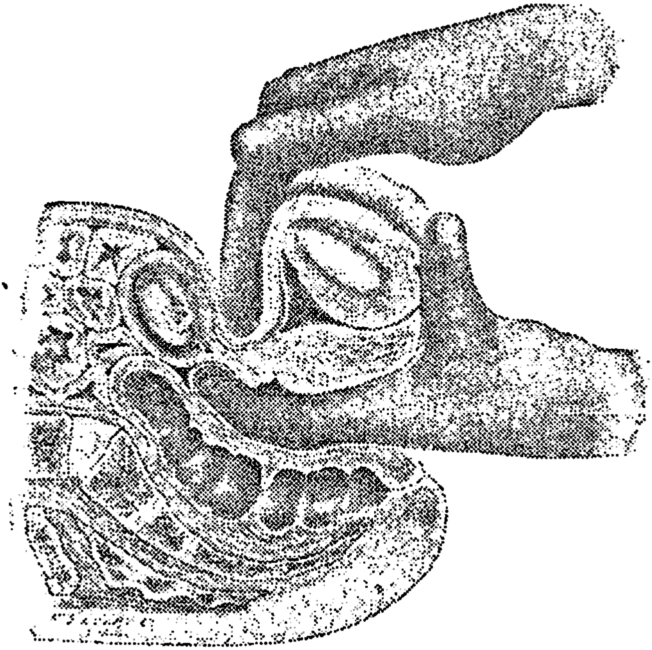
გუბარევ-გაუსის ნიშანი: საშოში შეტანილ ორ თითს შუა მოთავსებული საშვილოსნოს ყელის მოძრაობა მეტად გაადვილებულია.

საშვილოსნოს გადიდება არ არის მხოლოდ ორსულობის უტყუარი ნიშანი. საშვილოსნოს გადიდება შეიძლება იყოს აგრეთვე ქრონიკული ანთების, ფიბრომიომის, ჰემატომეტრის დროს. ქრონიკული ანთების დროს საშვილოსნო მკვრივია, მტკივნეული, მოძრაობა—შეზღუდული. საშვილოსნოს გადიდებას იწვევს ფიბრომიომაც, ამ დროს საშვილოსნოს ზედაპირი უსწორმასწოროა, მკვრივი და არა მოძრავი, ფიბრომული კვანძები ისინჯება; ზოგჯერ საშვილოსნო რბილია, მისი ფორმა ორსულ საშვილოსნოს ჰგავს, მაგრამ გასინჯვაზე რეაქციას არ იძლევა; ნაკლებად მოძრავია, არ იცვლის კონსისტენციას, მენსტრუაცია გაძლიერებულია, გახანგრძლივებული, ორ მენსტრუაციას შორის სისხლის დენაა.

ჰემატომეტრია, ე.ი. საშვილოსნოს ღრუში სისხლის დაგროვება გვხვდება საშოს ან საშვილოსნოს ყელის დახშობის დროს. ასეთ შემთხვევაში ორსულობა გამორიცხულია. საშვილოსნოს გადიდება უკავშირდება მენსტრუაციის მოსვლის დროს. აღინიშნება ტკივილი და სხვ. ზოგიერთ შემთხვევაში ორსულობის გამოცნობა ძნელდება. ამიტომ საჭიროა დამატებითი გასინჯვა 10 დღის შემდეგ.

ორსულობის გამოსაცნობად სხვადასხვა დროს შეიმუშავეს მრავალი რეაქცია. ამჟამად ორსულობის გამოსაცნობად ყველაზე უფრო საიმედო და მარტივი რეაქციაა აშჰეიმ-ცონდეკის (Ascheim-Zondek) ბიოლოგიური რეაქცია, რომელიც დამყარებულია ორსულთა შარდში ჰორმონ გონადოტროპინის არსებობაზე.

რეაქციის ტექნიკა ასეთია: გამოსაკვლევ ქალის შარდს აიღებენ კათეტერით და აგროვებენ სუფთა სინჯარაში. საცდელ ობიექტად გამოიყენებენ სქესობრივად მოუმწიფებელ 5 თეთრ თაგვს; თითოეულის წონა 7-8 გრამი უნდა იყოს, მათგან ოთხი საცდელია, ერთი კი—საკონტროლო. ოთხ თეთრ თაგვს კანქვეშ უშხაპუნებენ აღებულ შარდს 0,2-0,4 მლ რაოდენობით. ექვსჯერ 3 დღის განმავლობაში. თითოეულ თაგვზე შეშხაპუნებული შარდის 1,2–2,4 მლ მოდის. 100 საათის შემდეგ ხუთივე თაგვს აძლევენ ეთერის ნარკოზს, ხოცავენ და შემდეგ მუცელს უკვეთავენ. თუ აღებული შარდი ორსული ქალისაა, საკვერცხეების მხრივ გამოვლინდება ორსულობის მკვეთრად გამოხატული ნიშნები: 1. საკვერცხეში ფოლიკულების მომწიფება, 2. წერტილოვანი ხასიათის სისხლჩაქცევები, 3. ყვითელი სხეულის განვითარება. ყველა ამ ნიშანს საკვერ-



სურ.24 ჰორვიც-ჰეგარის ნიშნის დადგენის მეთოდი

ცხეში ნახულობენ მაკროსკოპით. შემთხვევათა 98 %-ში რეაქცია დადებითია, თუ დაცულია ყველა პირობა.

აშჰეიმ-ცონდეკის ბიოლოგიური რეაქციის მოდიფიკაცია მრავალმა ავტორმა შეიმუშავა. მათ შორის საყურადღებოა და კლინიკაში ყოველდღიურ პირობებში ხელმისაწვდომი ფრიდმანის (Friedemann) რეაქცია, რომელსაც დედა კურდღლებზე ატარებენ. სქესობრივად მომწიფებულ, არანაკლებ ორი თვის კურდღელს განაცალკევებენ სხვა კურდღლებისგან. კურდღელს ყურის ვენაში უშხაპუნებენ ორსულობაზე საეჭვო ქალის შარდს ათი მლ რაოდენობით ერთჯერადად, 48 საათის შემდეგ კურდღელს უკეთებენ ლაპაროტომიას და უთვალიერებენ სასქესო ორგანოებს, განსაკუთრებით საკვერცხეებს.

ორსული ქალის შარდის მოქმედების შედეგად კურდღლის სასქესო ორგანოებზე აღინიშნება ჰიპერემია, საკვერცხეებში კი—წერტილოვანი ხასიათის სისხლჩაქცევები და ყვითელი სხეულის განვითარება. რეაქცია დადებით პასუხს იძლევა ორსულობის ყველა შემთხვევაში.

აშჰეიმ-ცონდეკისა და ფრიდმანის ბიოლოგიურ რეაქციებს იყენებენ არა მარტო ორსულობის გამოსაცნობად, არამედ ორსულობასთან და მის გართულებასთან დაკავშირებული სხვა საკითხების გამოსარკვევადაც (ბუშტნამქერი და ქორიონეპითელიომა). ამჟამად დიდადაა გამოყენებული ბიოლოგიური რეაქციები თაგვებსა და ბაყაყებზე. ეს რეაქცია ემყარება ფაქტს, რომ ორსული ქალის შარდის შეშხაპუნე-

ბა თევზებში 48 საათის შემდეგ იწვევს ქვირითის გაძლიერებულ გამოყოფას, რაც გამოწვეულია ორსული ქალის შარდში გონადოტროპინის არსებობით.

გალი-მაინინის რეაქცია. 3-5 მლ შარდის შეშხაპუნება მამალი ბაყაყების ლიმფურ პარკში ერთი-ორი საათის შემდეგ იწვევს დიდი რაოდენობით სპერმატოზოიდების გამოყოფას კლოაკაში. გამოყოფილ სპერმატოზოიდებს ნახულობენ მიკროსკოპით. რეაქცია მარტივი და ტექნიკურად ადვილია, პასუხს იძლევა ორი საათის განმავლობაში და დიდ დანახარჯებს არ საჭიროებს. იგი კარგისია პათოლოგიური ორსულობის (საშვილოსნოსგარე ორსულობის) შემთხვევაშიც, დადებით პასუხს იძლევა 97 %-ში. ორსულობის გამოსაცნობი სხვა რეაქციები პრაქტიკულად და მეცნიერულად ნაკლებს ღირებულებისაა.

ორსულობის გამოსაცნობად გამოყენებულია იმუნოლოგიური რეაქციები, რომელთა შორის განსაკუთრებით უნდა აღვნიშნოთ ჰემაგლუტინაციის ბლოკირების რეაქცია. იმუნოლოგიური რეაქციები დაფუძნებულია შარდში არსებული გონადოტროპინის ანტიგენურ თვისებებზე. რეაქციის პრინციპი მდგომარეობს ცხვრის ერითროციტების (რომელსაც ზედაპირზე ადსორბირებულია ქორიული გონადოტროპინი—ანტიგენი) იმუნოლოგიური შრატისა (რომელიც შეიცავს ანტისხეულებს) და გამოსაკვლევი ორსულის შარდის ურთიერთქმედებაში.

ერითროციტებს (ანტიგენი) უმატებენ იმუნოლოგიურ შრატს (ანტისხეული), შემდეგ ორსულის გაფილტრულ შარდს, ანტიგენებისა და ანტისხეულის ურთიერთქმედების გამო ხდება აგლუტინაცია. მაგრამ თუ მას დაემატება ორსული ქალის შარდი, რომელიც შეიცავს გონადოტროპინებს, რეაქცია ბლოკირდება, რადგან ორსული ქალის შარდში არსებული გონადოტროპული ჰორმონი ანტიგენს ურთიდება. რეაქცია შეიძლება ჩატარდეს სინჯარაში.

ორსულობის მეორე ნახევარში უტყუარი ნიშნებია: 1. ნაყოფის ნაწილების გასინჯვა; 2. ნაყოფის მოძრაობის შეგრძნება; 3. ნაყოფის გულისცემის მოსმენა; გამოყენებულია ელექტროკარდიოგრაფია, ექოგრაფია, აგრეთვე რენტგენის მონაცემები. მე-4 თვიდან რენტგენის სურათზე გამოისახება ნაყოფის ჩონჩხი—მელოვანი ქსოვილი.

რენტგენოგრამით შეიძლება როგორც ორსულობის გამოცნობა, ისე მრავალნაყოფიანობის, ნაყოფის სიმახინჯის, მდებარეობა-პოზიციის, სახით წინამდებარეობისა და ორსულის მენჯის ზომების დადგენა.

პირველი და განმეორებითი ორსულობის გამოცნობა

პირველად ორსულია საქალწულე აპკი ცალკე ნაფლეთებისგან შედგება (carunculae hymenalis), ისინი ძირში ერთმანეთის ურთიდებიან და აპკის ძირის გაყოლებით არავითარი დანაკლისი არ ემჩნევათ. ნამშობიარევი ქალის საქალწულე აპკი (carunculae mirtiformis) ნაკუწების სახითაა.

ნამშობიარევ ქალს სასქესო ბაგეთა უკანა შესართავი და ზოგჯერ შორისიც ნაწიბუროვანი აქვს, საშოც უფრო ფართოა, მისი ნაოჭები—გადასწორებული. პირველ მშობიარეთა საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირი მრგვალია, ხოლო პირის კიდე—სწორი, სადა და დახურული. ნამშობიარევი ქალის საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირი ოდნავ ღიაა, კიდეებზე, განსაკუთრებით გვერდებზე, ეტყობა მცირე ან დიდი ნახეთქები, რომლებიც წინა და უკანა ბაგეს ორ მკვეთრად განსაზღვრულ ნაწილად ყოფენ. გადატანილი ორსულობის ნიშნები მუცლის ფარზეც რჩება მოთეთრო ნაწიბურების სახით. მუცლის კედელი გათხელებულია, მოდუნებული, ზოგჯერ თეთრი ხაზის გასწვრივ ეტყობა კუნთების დაშორება—დიასტაზი, სარძევე ჯირკვლები დაშვებულია და მათ მფარავ კანს მოთეთრო ნაწიბურები ემჩნევა.

ორსულობის ხანგრძლივობა

ქალის ორსულობის ვადის ზუსტად გამორკვევა ძნელია, რაც დაკავშირებულია ოვულაციის და მშობიარობის დაწყების დროის დადგენის სირთულესთან.

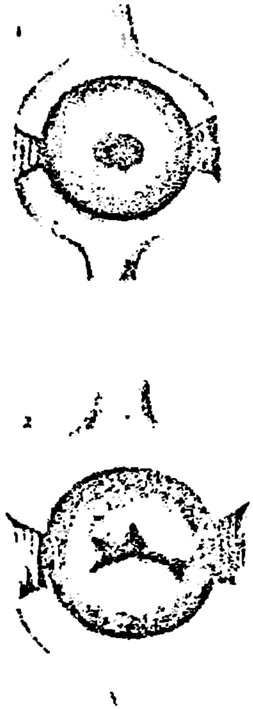
დაკვირვებით დადგენილია, რომ ორსულობის ხანგრძლივობა უკანასკნელი თვიურის პირველი დღიდან შეადგენს 280 დღეს—40 კვირას, ხოლო ერთჯერადი სქესობრივი კავშირის დღიდან—264-276 დღეს. არის იშვიათი შემთხვევები, როდესაც ორსულობა გრძელდება 230-220-210 დღე და ქალი მშობიარობს დროული ნაყოფით. არის დაგვიანებული მშობიარობის შემთხვევები, როდესაც ორსულობა გრძელდება 310-364 დღე უკანასკნელი სქესობრივი კავშირის დღიდან; ასეთი ორსულობა მთავრდება დიდი ნაყოფის დაბადებით და ცნობილია დაგვიანებული მშობიარობის სახელწოდებით.

ამრიგად, ორსულობის ხანგრძლივობის მინიმუმია—210-230 დღე, მაქსიმუმი—310-364 დღე.

სურ. 25 არანამშობიარევ (1) და ნამშობიარევ (2) ქალთა საქალწულე აპკი

ორსულობისა და მშობიარობის ვადის განსაზღვრა

ორსულობის გამოცნობასთან ერთად საჭიროა ორსულობისა და მშობიარობის ვადის განსაზღვრა. კანონმდებლობა ითვალისწინებს ორსულის ჯანმრთელობის დაცვას. ორსული თავისუფლდება სამუშაოდან მშობიარობამდე და მშობიარობის შემდეგ. ამიტომ საჭიროა ორსულობის ვადის ზუსტად განსაზღვრა, რათა ქალს დროულად მისცენ დეკრეტული შვებულება. ამისათვის სარგებლობენ ანამნეზის (გამოკითხვის) მონაცემებით და გასინჯვით. გამოკითხვით არკვევენ: 1. უკანასკნელი თვიურის დროს, რომლის მიხედვით განსაზღვრავენ მშობიარობის ვადას—უკანასკნელი მენსტრუაციის პირველი დღიდან უკან გადაითვლიან 3 თვეს და მიუმატებენ 7 დღეს, ამგვარად მიიღებენ მშობიარობის დაწყების ვადას (ნეგელეს ფორმულა); 2. სქესობრივი კავშირის დროს; 3. ნაყოფის პირველი მოძრაობის დროს; მშობიარობის ვადის დასადგენად აღნიშნულ დღეს 20 კვირას უმატებენ, რადგან ორსული ნაყოფის მოძრაობას



სურ. 26 პირველად (1) და განმეორებით (2) მშობიარეთა საშვილოსნოს ყელი

შუა ორსულობისას იგრძნობს (ნამშობიარევი ქალი ნაყოფის ძვრას 2 კვირით ადრე გრძნობს); 4. საშვილოსნოს ფუძის დაწევის შემთხვევაში მშობიარობის ვადის გამოსაანგარიშებლად აღნიშნულ დღეს 3-4 კვირას უმატებენ. მშობიარობის ვადის სწორად დასადგენად საჭიროა ობიექტური გასინჯვის შედეგების შეჯამება. ამ შემთხვევაში ყურადღებას აქცევენ საშვილოსნოს სიდიდეს.

ორსულობის პირველ თვეს ძნელია საშვილოსნოს გადიდების შემჩნევა: მეორე თვეზე საშვილოსნო ბატის კვერცხისოდენაა; მესამე თვეში ბოქვენის სიმფიზის დონეს არ სცილდება; მეოთხე თვიდან საშვილოსნოს ფუძე მცირე მენჯიდან ამოდის, დგას ჭიპსა და ბოქვენს შუა და შეიძლება გასინჯვა მუცლის კედლის მხრიდან; მეხუთე თვეში საშვილოსნოს ფუძე ისინჯება ჭიპის ქვემოთ; მეექვსე თვის ბოლოს საშვილოსნოს ფუძე ჭიპის ზემოთ, 28 სმ დაშორებით ბოქვენიდან; მერვე თვის ბოლოს—2 თითის სიმაღლეზე ჭიპის ზემოთ, 28 სმ დაშორებით ბოქვენიდან; მერვე თვის ბოლოს საშვილოსნოს ფუძე დგას ჭიპსა და მახვილისებრ მორჩს შორის. მანძილი ბოქვენიდან 32 სმ შეადგენს; მეცხრე თვის ბოლოს საშვილოსნოს ფუძე დგას მახვილისებრ მორჩთან, მანძილი ბოქვენიდან 36 სმ აღწევს; მეათე თვიდან საშვილოსნოს ფუძე ქვევით დაიწევს მე-8 თვის დონემდე, ე.ი. თავსდება ჭიპსა და მახვილისებრ მორჩს შორის, ბოქვენიდან 32 სმ მანძილზე.

8 თვის ორსულობის გარჩევა 10 თვის ორსულობისგან შემდეგი ნიშნებით შეიძლება: 8 თვის ორსულობის მუცლის გარშემოწერილობა ჭიპის დონეზე შეადგენს 80 სმ, 10 თვის ორსულისა—95-100 სმ. 8 თვის ორსულის ჭიპი ჩაწეულია, 10 თვის ორსულისა—გამობურცული.

10 თვის ორსულის ნაყოფის თავი უახლოვდება მცირე მენჯის შესავალს. ნაყოფის სიგრძეს განსაზღვრავენ სანტიმეტრიანი ლენტით ან მენჯსაზომით, რომლის ერთ ბოლოს დაადებენ ნაყოფის თავს, მეორეს—მენჯს. ნაყოფის დაახლოებითი სიგრძის მისაღებად მუცლის მხრიდან მიღებულ მანძილს ორზე ამრავლებენ. 8 თვის ნაყოფის სიგრძე შეადგენს 20x2-40 სმ, 10 თვის ნაყოფისა—25x2-50 სმ.

ორსულობის ვადის დასადგენად მის უკანასკნელ თვეებში საორიენტაციოდ შეიძლება სკულსკის ფორმულის გამოყენება.

$$X=\frac{(L\times 2)-5}{5}$$ სადაც X ორსულობის დასადგენი ვადაა. L—მენჯსაზომით გაზომილი ნაყოფის სიგრძე საშვილოსნოში, 2—გაორკეცების კოეფიციენტი ნაყოფის სიგრძის გასაგებად, 5—მრიცხველში საშვილოსნოს კედლის სისქე, 5—მნიშვნელში ციფრი, რომელზეც ჰააზეს ფორმულის მიხედვით ამრავლებენ თვეების რიცხვს ნაყოფის სიგრძის მისაღებად.

მაგალითად, თუ საშვილოსნოში ნაყოფის სიგრძე (L) 22,5 სმ, ორსულობის დასადგენი ვადაა:

$$X=\frac{(22{,}5\times 2)-5}{5}=\frac{40}{5}=8$$ სამეანო თვეს, ანუ 32 კვირას. ამავე მიზნით შეიძლება გამოიყენონ ჟორდანიას ფორმულა $X=L+C$—ს, სადაც X ორსულობის დასადგენი ვადაა; L—მენჯსაზომით გაზომილი ნაყოფის სიგრძე საშვილოსნოში. C—მენჯსაზომით გაზომილი თავის პირდაპირი ზომა სანტიმეტრებით. მაგალითად, $L=22$ სმ და $C=10$ სმ.

$X=22+10$ სმ =32 სმ, ე.ი. ორსულობის ვადა 32 კვირაა.

ორსულობის ვადის ზუსტად განსაზღვრა ძნელია. მიუხედავად ამისა, თუ ქალთა კონსულტაციის მუშაობა კარგადაა დაყენებული, ექიმები თითქმის ზუსტად ადგენენ მშობიარობის დროს. სადეკრეტო შვებულების მისაცემად ითვალისწინებენ საშვილოსნოს სიდიდეს, მისი ფუძის სიმაღლეს ბოქვენიდან, ნაყოფის თავის ზომას, მის დამოკიდებულებას მენჯის შესავალთან, მუცლის გარშემოწერილობას ჭიპის დონეზე, საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილის ცვლილებებს.

ორსულობის ობიექტური ნიშნები ყოველთვის ერთნაირი არ არის, მნიშვნელობა აქვს ქალის ასაკს, აგებულებას, მისი მენჯის ზომებს, სხეულის სიმაღლეს, განმეორებით ან პირველ ორსულობას.

ზემოაღნიშნული ნიშნების მიხედვით 32 კვირის ორსულობის გამოსაცნობად არჩევენ ორსული ქალების სამ ძირითად ტიპს:

I. ორსული ქალის მუცლის გარშემოწერილობა ჭიპის დონეზე 80 სმ. მანძილი სიმფიზიდან საშვილოსნოს ფუძემდე (სანტიმეტრიანი ლენტით გაზომილი)—23-25 სმ. ნაყოფის თავი (9 სანტიმეტრამდე) მცირე სეგმენტით მენჯის შესავალში დგას, საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილი შესამჩნევად დამოკლებულია;

II. ორსული ქალის მუცლის გარშემოწერილობა 85-90 სმ-ია, ნაყოფის თავის ზომა—10-10,5 სმ. თავი მიბჯენილია მენჯის შესავალთან, მანძილი სიმფიზიდან საშვილოსნოს ფუძემდე 27-28 სმ უდრის, საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილი ოდნავ დამოკლებულია;

III. ორსულის მუცლის გარშემოწერილობა 95-100 სმ-ია. ნაყოფის თავის ზომა—10,5-11 სმ; საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე 30-32 სმ. თავი მდებარეობს მცირე მენჯის შესავლის ზემოთ, მოძრავია (ფამფალებს), საშვილოსნოს ყელი გრძელია.

აღნიშნულ სამ ძირითად სახეობას შორის გარდამავალი ტიპებიც არსებობენ. 34 კვირის ორსულობის დროს თითოეული ტიპისათვის საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე 1-2 სმ-ით მატულობს. ნაყოფის თავი კი, პირიქით, დაბლა იწევს, საშვილოსნოს ყელი მოკლდება.

მშობიარობის ვადის დასადგენად იყენებენ სპეციალურ კალენდარს.

კალენდარით სარგებლობის წესი

1. უნდა განისაზღვროს უკანასკნელი თვიურის პირველი დღე, ამ რიცხვის გასწვრივ იძებნება საჭირო თარიღები: ნაყოფის პირველი მოძრაობა, რომელიც რიცხვიდან უნდა მიეცეს 56-დღიანი შვებულება მშობიარობამდე, როდის მოხდება მშობიარობა, როდის უნდა გამოცხადდეს სამუშაოზე ფიზიოლოგიური ან პათოლოგიური მშობიარობის შემდეგ.

2. ნაკიან წელიწადს შვებულებისა და მშობიარობის თარიღი იანვარსა და თებერვალში უნდა შემცირდეს ერთი დღით.

3. თუ მომდევნო წელიწადი ნაკიანია, მაშინ პირველი მარტიდან დაწყებული ყველა თარიღი ერთი დღით უნდა შემცირდეს

4. კალენდრით სარგებლობის დროს უნდა გაითვალისწინონ საჭირო გამოკვლევის ობიექტური მონაცემები (სიმფიზიდან საშვილოსნოს ფუძის დგომა, ნაყოფის თავის ზომა, მუცლის გარშემოწერილობა და სხვ.).

32 კვირის ორსულობისას საშვილოსნოს ფუძე ჭიპსა და მახვილისებრ მორჩს შორისაა: მენჯსაზომით გაზომილი ნაყოფი 23 სმ-ია. პირველმშობიარეებში ნაყოფის თავი ხშირად მენჯის შესავალშია ჩასული, განმეორებით მშობიარეებში ნაყოფის თავი მენჯის შესავალში ჩასული არ არის და მოძრავია.

მშობიარობამდე და მშობიარობისშემდგომი სადეკრეტო შვებულების ვადის განმსაზღვრელი კალენდარი (ხუთდღიური)

უკანასკნელი მენსტრუაციის პირველი დღე	ნაყოფის განძრევა	32 კვირის ორსულობა სადეკრეტო შვებულება მშობიარობამდე	მშობიარობა	70 დღე მშობიარობის შემდეგ სადეკრეტო შვებულების დამთავრება
1	2	3	4	5
იანვარი 1	მაისი 20	აგვისტო 13	ოქტომბერი 8	დეკემბერი 3
5	24	17	12	7
10	29	22	17	12
15	ივნისი 3	27	22	17
20	9	სექტემბერი 1	27	22
25	13	6	ნოემბერი 1	27
30	18	11	6	იანვარი 1
თებერვალი 1	ივნისი 20	სექტემბერი 13	ნოემბერი 8	იანვარი 3
5	24	17	12	7
10	29 ივლისი	22	17	12
15	4	27	22	17
20	9	ოქტომბერი 2	27	22
25	14	7	დეკემბერი 2	27
30	ივლისი 18	ოქტომბერი 11	დეკემბერი 6	იანვარი 31
მარტი 1	22	15	10	თებერვალი 4
5	27	20	15	14
10	აგვისტო 1	25	20	19
15	6	30	25	24
20	აგვისტო 11	ნოემბერი 4	დეკემბერი 30	29
25	16	9	იანვარი 4	მარტი 3
30	აგვისტო 18	ნოემბერი 11	იანვარი 6	7
აპრილი 1	22	15	10	12
5	27	20	15	17
10	სექტემბერი 1	25	20	22
15	6	30	25	27
20	11	დეკემბერი 5	30	აპრილი 1
25	16	10	თებერვალი 4	აპრილი 2
30	სექტემბერი 17	დეკემბერი 11	თებერვალი 5	6
მაისი 1	21	15	9	11
5	26	20	14	16
10	ოქტომბერი 6	25	19	21
15	11	30	24	26
20	16	იანვარი 4	მარტი 1	მაისი 1
25	ოქტომბერი 18	9	6	მაისი 3
30	22	იანვარი 11	მარტი 8	7
ივნისი 1	27	15	12	12
5	ნოემბერი 1	20	17	17

1	2	3	4	5
10	6	25	22	22
15	11	30	27	27
20	16	თებერვალი 4	აპრილი 1	ივნისი 1
25	ნოემბერი 17	9	6	ივნისი 2
30	21	თებერვალი 10	აპრილი 7	6
ივლისი 1	26	14	11	11
5	დეკემბერი 1	19	16	16
10	6	24	21	21
15	11	29	26	26
20	16	მარტი 6	მაისი 1	ივლისი 1
25	დეკემბერი 18	11	6	ივლისი 3
30	22	მარტი 13	მაისი 8	7
აგვისტო 1	27	17	12	12
5	იანვარი 1	22	17	17
10	6	27	22	22
15	11	აპრილი 1	27	27
20	16	6	ივნისი 1	აგვისტო 1
25	იანვარი 18	11	6	აგვისტო 3
30	22	აპრილი 13	ივნისი 8	7
სექტემბერი 1	27	17	12	12
5	თებერვალი 1	22	17	17
10	6	27	22	22
15	11	მაისი 2	27	27
20	15	7	ივლისი 1	სექტემბერი 1
25	თებერვალი 17	12	7	სექტემბერი 2
30	21	მაისი 13	ივლისი 8	6
ოქტომბერი 1	26	17	12	11
5	მარტი 3	22	17	16
10	8	27	22	21
15	13	ივნისი 1	27	26
20	18	6	აგვისტო 1	ოქტომბერი 1
25	მარტი 20	11	6	ოქტომბერი 3
30	24	ივნისი 13	აგვისტო 8	7
ნოემბერი 1	29	17	12	12
5	აპრილი 3	22	17	17
10	8	27	22	22
15	13	ივლისი 2	27	27
20	18	7	სექტემბერი 1	ნოემბერი 1
25	აპრილი 19	12	6	ნოემბერი 2
30	23	ივლისი 13	სწქტემბერი 7	6
დეკემბერი 1	28	17	11	11
5	მაისი 3	22	16	16
10	8	27	21	21
15	13	აგვისტო 1	26	26
20	18	6	ოქტომბერი 1	დეკემბერი 1
25		11	6	

მენჯსაზომით გაზომილი ნაყოფის შუბლ-კეფის ზომა 10-11,5 სმ-ს უდრის. ერთნაირი ასაკის ორსულობის პირობებში მენჯით წინმდებარეობისას საშვილოსნოს ფუძე 2-3 სმ-ით უფრო მაღლა დგას, ვიდრე თავით მდებარეობის დროს. გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობის დროს არ შეიძლება საშვილოსნოს ფუძის მდებარეობის გაზომვით ხელმძღვანელობა, ამ შემთხვევაში ზომავენ ნაყოფის სიგრძეს, ყურადღებას აქცევენ ჭიპის გადასწორებას და სხვ.

რთულ შემთხვევაში შინაგანი გასინჯვა ხორციელდება. ამ დროს საჭიროა ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის წესთა დაცვა. 32 კვირის ორსულის შინაგანი გასინჯვისას საშვილოსნოს ყელი დამოკლებულია. პირველმშობიარეთა საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირი თითის წვერს ატარებს, განმეორებით მშობიარეებში თითის გატარება შეიძლება ნაყოფის წინმდებარე ნაწილამდე.

სპეციალური სამეანო გასინჯვა. მუცლის დათვალიერებისას ყურადღება ექცევა მის ფორმასა და სიდიდეს: მუცლის ფორმა ნაყოფის სიგრძის ზომას ემთხვევა. დაშვებული მუცელი მიუთითებს მენჯის დავიწროებაზე. მუცლის გაზომვის დროს ყურადღება ექცევა ჭიპის დონეზე მის გარშემოწერილობას, რომელიც ორსულობის დასასრულს დაახლოებით 100 სმ, აგრეთვე მანძილს ბოქვენიდან ჭიპამდე, მახვილისებრ მორჩამდე და საშვილოსნოს ფუძემდე. გაზომვა შეიძლება საზომი ლენტით.

მენჯის გაზომვა. ამ მიზნით იყენებენ მენჯსაზომს. ქალი გულაღმა წევს, ფეხები გამართული და მიახლოებული აქვს ერთმანეთთან. ორივე ხელის თითებით მენჯსაზომის წვერებს ათავსებენ გასაზომის ობიექტის ყველაზე ამაღლებულ წერტილებზე.

1) distantia spinarum — მანძილი თეძოს ძვლის წინა ზედა წვეტებს შორის, როცა მენჯი ნორმალურია, უდრის 25-26 სმ;

2) distantia cristarum — უდიდესი მანძილი თეძოს ძვლების ქედებს შორის, როცა მენჯი ნორმალურია უდრის 28-29 სმ;

3) distantia trochanterica — ციბრუტებს შორის მანძილი, როცა მენჯი ნორმალურია, უდრის 31-32 სმ.

გარდიგარდმო ზომებს გარდა, ზომავენ გარეგან კონიუგატას, ქალის როგორც მწოლიარე მდგომარეობაში (ქალი გვერდზე წევს და ქვემოთ მდებარე მარჯვენა ფეხი მუხლის სახსარში აქვს მოხრილი), ისე ფეხზე დგომისას.

გარეგანი კონიუგატა—conjugata externa მანძილია წელის უკანასკნელი მალის წვეტიანი მორჩის ქვეშ მდებარე ფოსოდან ბოქვენის სახსრის ზედა ნაპირამდე. მის გასაზომად მენჯსაზომის ერთი წვერი უნდა მოთავსდეს ბოქვენის სახსრის ზედა ნაპირზე, ხოლო მეორე—წელის უკანასკნელი მალის ქვემოთ მდებარე ფოსოში. ამ ადგილის საორიენტაციოდ იყენებენ წელის არეში არსებულ მიქაელისის რომბს (წელის V მალის წვეტიანი მორჩის ყველაზე მეტად გამოშვერილი წერტილის, უკანა ზედა წვეტებისა და დუნდულების ნაოჭის დასაწყისში წერტილების შეერთებით მიიღებენ მიქაელისის რომბს), რომელსაც უკავია მენჯის უკანა ნაწილი და აქვს ოთხი ფოსო: ზედა ფოსო—წელის კუნთების მიმაგრების ადგილი, ორი გარეთა ფოსო, რომლებიც შეესაბამებიან თეძოს ძვლის უკანა წვეტებს, ქვედა ფოსო—დუნდულა კუნთების მიმაგრების ადგილი.

აღნიშნული ფორმის ზედა სამკუთხედების შუა ნაწილში თავსდება მენჯსაზომის ერთი წვერი. ამ წერტილის საპოვნელად ასე იქცევიან: შეაერთებენ რომბის გვერდითი კუთხის ფოსოებს, ცენტრიდან ზემოთ ორი თითის ან ოთხი სმ-ის დაშორებით იქნება საძებნელი წერტილი. რომბის სიგრძივი ზომა 11 სმ (distantia litzmani—მანძილი თეძოს უკანა ზედა წვეტებს შორის). ნორმალური გარეგანი კონიუგატა უდრის 20 სმ

და ნამდვილი კონიუგატის, ანუ მენჯის შესავლის პირდაპირი ზომის დადგენის შესაძლებლობას იძლევა. ამ მიზნით მას გამოაკლებენ 9 სმ, რომელიც გავის, ბოქვენის ძვლებისა და ქსოვილების სისქეზე მოდის. მიღებული 11 სმ ნამდვილი კონიუგატის დაახლოებითი ზომა იქნება. გამოსაკლები რიცხვის ზუსტად დასადგენად განსაზღვრავენ მაჯის, ანუ სოლოვიოვის ინდექსს. როცა ძვლები ნორმალური სისქისაა, მაჯის გარშემოწერილობა უდრის 14-16 სმ. ამ შემთხვევაში გარეგან კონიუგატას გამოაკლებენ 9 სმ. რამდენადაც ნაკლებია მაჯის გარშემოწერილობა, მით თხელია მენჯის ძვლები და პირიქით. თუ მაჯის ინდექსი 16 სმ-ზე მეტია, გარეგან კონიუგატას უნდა გამოაკლონ 10 სმ, თუ 14 სმ-ზე ნაკლებია, მაჯის გარშემოწერილობას გამოაკლებენ 8 სმ.

ასეთი შესწორების მიუხედავად, მენჯის შესავლის (პირდაპირი ზომის) ნამდვილი კონიუგატის გაზომვის აღნიშნული წესი ყოველთვის არ არის სწორი. ამიტომ ამ მიზნით ზომავენ დიაგონალურ კონიუგატას. ეს არის ზომა სიმფიზის ქვედა კიდიდან კონცხამდე. მის დასადგენად სასქესო ორგანოებისა და ხელების სათანადო დამუშავების შემდეგ ორი თითი შეაქვს საშოში, მიყვებიან საშოს უკანა კედელს და აღწევენ პრომონტორიუმამდე. მეორე ხელის თითის ბოქვენის ძვალთან, სიმფიზის ქვედა კიდესთან აღნიშნავენ შეტანილი თითების შეხების არეს. მიღებულ მანძილს თითების გამოღების შემდეგ გაზომავენ მენჯსაზომით. დიაგონალური კონიუგატის სიგრძე თუ მენჯი ნორმალურია 12,5—13 სმ უდრის. ამ ზომას გამოაკლებენ ბოქვენის ძვლის სისქეს (1 ½-2 სმ-ს) და მიიღებენ ნამდვილი კონიუგატის ზომას 11-ს.

კონცხამდე თითით მიწვდომა ყოველთვის არ არის შესაძლებელი. მას უფრო იმ შემთხვევაში წვდებიან, როცა მენჯი დავიწროებულია. თუ თითით კონცხს ვერ მიწვდნენ, დიაგონალურ კონიუგატას ვარაუდობენ 12,5 სმ და მენჯის შესავლის პირდაპირ ზომას მიიჩნევენ ნორმალურად. კონცხს ვერ წვდებიან აგრეთვე იმ შემთხვევაში, როდესაც ნაყოფის წინამდებარე ნაწილი მცირე მენჯშია ჩასული.

დიაგონალური კონიუგატის გასაზომად და ამ გზით ნამდვილი კონიუგატის გამოსაანგარიშებლად იხმარება სხვადასხვა იარაღი (ბილიცკის ჩხირები, ჰაუსის საზომი), მაგრამ ხელით გასინჯვა ყველაზე მეტად სანდო მონაცემებს იძლევა.

მენჯის ძვლების გარშემოწერილობა იზომება მიქაელისის რომბის ზედა კუთხის, თეძოს ქედებისა და სიმფიზის ზედა კიდის დონეზე. ნორმალურ პირობებში მისი ზომა უდრის 80 სმ. თუ ეს ზომა 75 სმ-ს მიუახლოვდა, მაშასადამე, მენჯი ვიწროა.

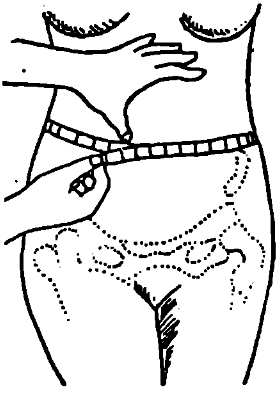
გვერდითი კონიუგატები — conjugata lateralis (მარჯვენა და მარცხენა), ანუ მანძილი თეძოს წინა ზედა და უკანა წვეტებს შორის იზომება მენჯსაზომით. მისი ზომა 14,5 სმ-ია. თუ ეს მანძილი 13 სმ-მდე შემცირდა, მაშასადამე, მენჯი ვიწროა.

მენჯის ირიბ კონიუგატებს, ანუ მანძილს ერთი მხარის თეძოს წინა ზედა წვეტსა და მეორე მხარის თეძოს უკანა ზედა წვეტს შორის მენჯსაზომით ზომავენ. თითოეული ეს ზომა 22,5 სმ. ამ ზომების სიმეტრიული შემცირება მიუთითებს მენჯის თანაბარ დავიწროებაზე.

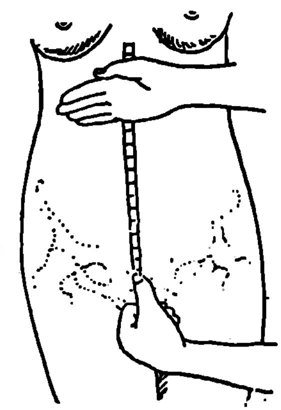
სიმფიზის სიმაღლე იზომება მენჯსაზომით. სიმფიზის ზედა და ქვედა კიდეს შორის მანძილი 4-5 სმ-ია, რაც უფრო მაღალია სიმფიზი, მით უფრო ნაკლებია ნამდვილი კონიუგატა.

გარეგანი გასინჯვა უფრო მნიშვნელოვან მონაცემებს იძლევა. ორსული უნდა დაწვეს ისე, რომ ფეხები თეძო-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში მოხრილი ჰქონდეს. ნაყოფის პოზიციის, სახის წინამდებარეობის დასადგენად მიმართავენ ლეოპოლდის 4 წესს.

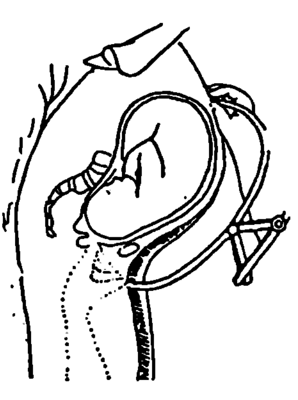
პირველი წესი. ორივე ხელი თავსდება საშვილოსნოს ფუძეზე. ამ წესით ირკვევა საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე და ნაყოფის ის ნაწილი, რომელიც საშვილოსნოს



სურ. 27 მუცლის გარშემოწერილობის გაზომვა



სურ. 28 საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის განსაზღვრა



სურ. 29 საშვილოსნოში ნაყოფის სიგრძის განსაზღვრა

ფუძეშია მოთავსებული.

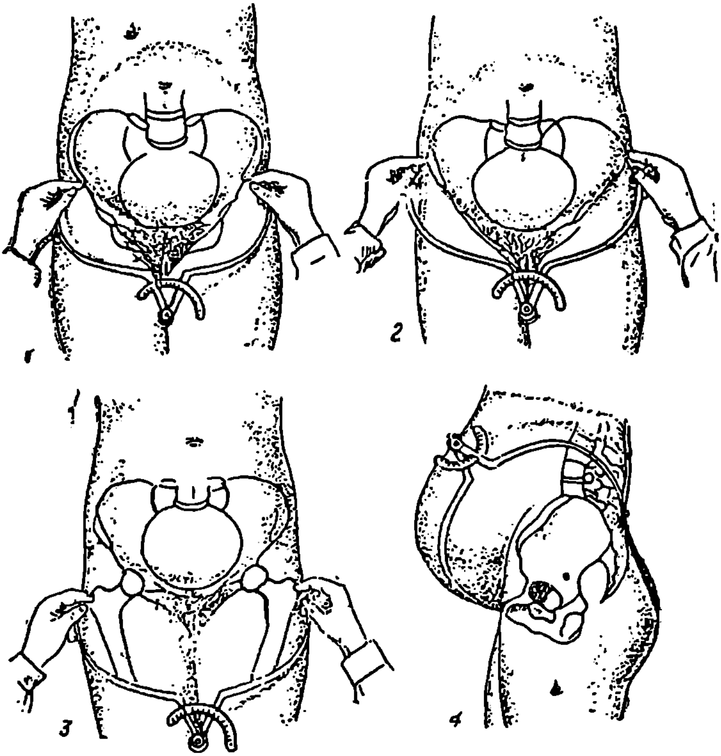
მეორე წესი. ხელები თავსდება საშვილოსნოს ორივე მხარეზე, ირკვევა ზურგი და წვრილი ნაწილები (მუხლი, იდაყვი), აგრეთვე ნაყოფის პოზიცია, სახე და მდებარეობა.

მესამე წესი. ცალი ხელის მოვლებით სინჯავენ ბოქვენის ზედა ნაწილს. ამ წესით არკვევენ ნაყოფის წინმდებარეობას; როდესაც თავია წინმდებარე, ისინჯება მკვრივი, მრგვალი წარმონაქმნი; თუ წინმდებარეა მენჯი, რბილი სხეული ისინჯება. ამ წესით ადგენენ აგრეთვე წინმდებარე ნაწილის მოცულობას და მის დამოკიდებულებას მენჯის შესავალთან.

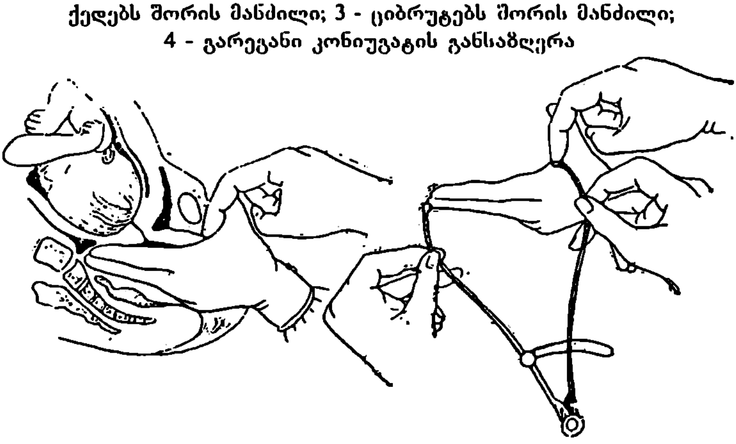
მეოთხე წესს იყენებენ იმ შემთხვევაში, როცა ნაყოფის წინმდებარე ნაწილი მენჯში ჩავა, ან მესამე წესის გამოყენების დროს ვერ შეიქმნება სრული წარმოდგენა ნაყოფის წინმდებარეობის შესახებ. ამ წესით გასინჯვის დროს ორსულისკენ ზურგით დგებიან და ორივე ხელის თითების წვერებით მენჯის შესავლის ორივე მხარეს ფრთხილად აწვებიან. ერთნაირად ადვილად ისინჯება წინმდებარე ნაწილი. ამგვარი გასინჯვით არჩევენ კეფას, ნიკაპს, მენჯს, გებულობენ, სად არის მოთავსებული ნაყოფის წინმდებარე ნაწილი. ერთ შემთხვევაში წინმდებარე ნაწილი იქმნება მენჯის შესავლის ზემოთ ან მენჯის შესავალში, სხვა შემთხვევაში კი—მენჯის ღრუში.

გარედან ხელით გასინჯვის დამატებითი მეხუთე წესით სინჯავენ ნაყოფის მხარს, ე.ი. მხრის მორჩს (procesus acromion). როგორც ცნობილია, ნაყოფის სიგრძივი მდებარეობის დროს მისი ზურგი საშვილოსნოში მეტწილად ირიბად მდებარეობს, ე.ი. ზურგის სიბრტყე შეესაბამება მენჯის შესავლის ირიბ ზომას, რადგან ამ დროს ერთერთი მხარი მუდამ წინ არის ნაყოფის თავის ზემოთ, მარჯვნივ ან მარცხნივ (პოზიციის მიხედვით). შესაძლებელი ხდება პალპაციის წესით მისი პოვნა.

ნაყოფის წინმდებარე მხრის გასინჯვა ძნელი არ არის, ვინაიდან იგი გარკვეულით გამოიყოფა თავისი მომრგვალო ზედაპირით. ამავე დროს საწინააღმდეგო მხარეზე პალპაციით ხელი მიდის ღრმად და ისინჯება ნაყოფის წვრილი ნაწილები. გასინჯვით მიღებული მონაცემები დასტურდება აუსკულტაციით, რადგან ნაყოფის გულის-



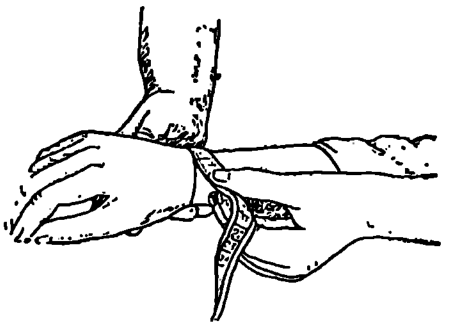
სურ. 30 ქალის მენჯის გარეგანი ზომები
1 - თეძოს წინა ზედა წვეტებს შორის მანძილი; 2 - თეძოს ქედებს შორის მანძილი; 3 - ციბრუტებს შორის მანძილი; 4 - გარეგანი კონიუგატის განსაზღვრა



სურ. 31 დიაგონალური კონიუგატის განსაზღვრა

ცემა უფრო გარკვევით ისმის მხრის მდებარეობის ადგილას.

ზოგ შემთხვევაში მხარი შეიძლება მიიჩნიონ ნაყოფის წვრილნაწილად (მუხლი, იდაყვი), მაგრამ იქ, სადაც ეს ნაწილები მდებარეობს გულისცემა არ ისმის, გარდა ამისა, ეს ნაწილები უფრო მოძრავია. ნაყოფის მხრის გამოცნობას დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს მშობიარობის დროს.

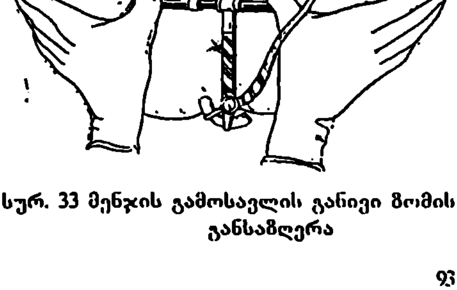


სურ. 32 სოლოვიოვის ინდექსის განსაზღვრა

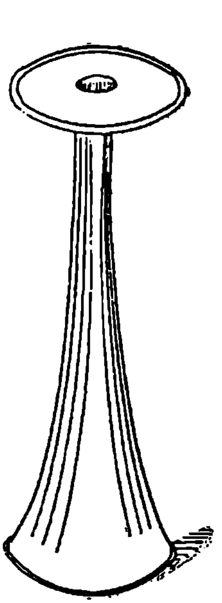
ამ წესის გამოყენებით შესაძლებელია თავისა და მენჯის წინმდებარეობათა დიფერენციაცია. თავის ზემოთ, მენჯის შესავალთან მხრის პოვნა ადასტურებს თავის მდებარეობის დიაგნოზს. მხრის პოვნა დახმარების საშუალებას იძლევა პოზიციის დადგენაში, აგრეთვე წინა და უკანა სახის გამოცნობაში. როდესაც მხარი შუა ხაზიდან ზედმეტადაა დაცილებული, ეს ნაყოფის მდებარეობის უკანა სახეზე მიუთითებს. თუ მხარი შუა ხაზსა და სიმფიზს უახლოვდება, ეს მშობიარობის წესიერად მიმდინარეობის მაჩვენებელია.

აუსკულტაცია—ნაყოფის გულისცემის მოსმენას—ახორციელებენ სამყურა სტეტოსკოპით ორსულობის მეხუთე თვიდან. ნაყოფის გულისცემა წუთში 110-დან 160-მდე ნორმის ფარგლებშია, რიტმული და მკაფიო. გულისცემა ყველაზე უკეთ ისმის იმ მხარეს, სადაც ნაყოფის ზურგია, გამონაკლისს შეადგენს პირისახით მდებარეობა. ამ დროს გულისცემა მკერდის მხრივ უფრო ისმის. თავით მდებარეობის დროს გულისცემა მკაფიოდ ისმის მუცლის ქვედა ნაწილში—ჭიპის ქვემოთ, ნაყოფის მენჯით მდებარეობისას კი—ჭიპის ზემოთ, გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობის შემთხვევაში—ჭიპის დონეზე. როდესაც ნაყოფის მდებარეობის წინა სახეა, გულისცემა უფრო თეთრი ხაზის ახლოს ისმის, უკანა სახის შემთხვევაში—თეთრი ხაზიდან დაცილებულ წერტილებში.

ნაყოფის გულისცემის მოსმენის დროს გასათვალისწინებელია საშვილოსნოს არტერიების შუილი და პულსაცია, რომელიც დედის მაჯასთან სინქრონულია და ადვილად გასარჩევი. ნაწლავების შუილი გამოწვეულია მათში აირის მოძრაობით და ადვილი ამოსაცნობია. მუცლის წყალმანკით, მრავალწყლიანობით ან საკვერცხეთა კისტით ორსულობის გართულებისას მიმართავენ მუცლის პერკუსიას და პალპაციას. ნორმალური ორსულობის დროს პერკუსია ყრუ ხმას იძლევა მუცლის შუა და ქვედა ნაწილებში, ხოლო გვერდზე და ზემოთ მოისმის ტიმპანური ხმა, რაც იმით აიხსნება, რომ ამ ადგილზეა ნაწლავი და კუჭი.



სურ. 33 მენჯის გამოსავლის განივი ზომის განსაზღვრა



სურ. 34 სამეანო სტეტოსკოპი

ბიმანუალური გასინჯვა. ორსულობის პირველ ნახევარში საშოსმხრივი კომბინირებული გასინჯვით განსაზღვრავენ საშვილოსნოს სიდიდეს, ფორმას, კონსისტენციას, საშვილოსნოს მდებარეობას, ორსულობის ნიშნებს (ჰეგარის, პისკაჩეკის, სნეგირიოვის და სხვ.), დანამატების მდგომარეობას.

ორსულობის დროს საშვილოსნოს ყელი დახურულია, რის გამოც სინჯავენ საშოს თაღებიდან.

სწორი ნაწლავიდან გასინჯვა სამეანო პრაქტიკაში შემოღებულია რისის, ვოლჰაარტის და კრენიგის მიერ. ამჟამად სწორი ნაწლავიდან სინჯავენ იმ შემთხვევაში, როდესაც საშოდან გასინჯვა შეუძლებელია (ქალწული, საშოს დავიწროება, დაწყლულებული და ჩირქიანი საშო და სხვ.), ან, როდესაც საშოდან გასინჯვა არ არის სასურველი ინფექციის შეტანის თვალსაზრისით.

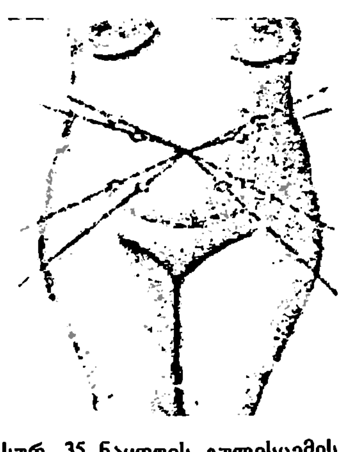
ასეთი გასინჯვა შემოღებულია დამატებითი ცნობების მისაღებად, როდესაც საშოდან გასინჯვა არ არის დამაკმაყოფილებელი.

გასინჯვის ტექნიკა ასეთია. ქალი გულაღმა წევს, ფეხები მოხრილი აქვს. სასქესო ორგანოები დაფარულია სტერილური თეთრეულით, ბოქვენიდან სწორ ნაწლავამდე. გასინჯვის დროს რეზინის ხელთათმანები უკეთიათ. საჩვენებელ თითზე წაისვამენ თხელ ვაზელინს და შეაქვთ სწორ ნაწლავში. თითი იმნაირად შეაქვთ, რომ ხელისგული ზემოთ იყოს მიქცეული. თითი ბოლომდე შეყავთ, შემდეგ შეატრიალებენ ისე, რომ ხელისგული უკან— გავისკენ მოექცეს (სწორი ნაწლავიდან გასინჯვამ არ შეიძლება საშოდან გასინჯვა შეცვალოს, მაგრამ ზოგიერთ ინფორმაციას მაინც იძლევა).

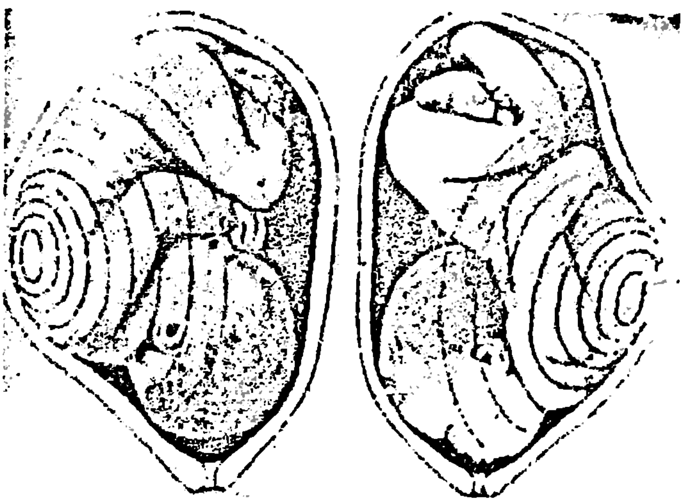
შეუღლებული ანუ კომბინირებული გასინჯვა ეწოდება ისეთ გასინჯვას, როცა ორივე ხელით იკვლევენ შინაგან სასქესო ორგანოებს შიგნიდან (საშოდან) და გარედან (მუცლის კედლიდან). ასეთი გასინჯვა არსებითად შინაგანი გასინჯვაა, მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ საშოში შეტანილ თითებს უფრო ზუსტი გამოკვლევისთვის გარედან ეხმარება მეორე ხელის თითები. შეუღლებული გასინჯვის დროს იმავე წესს მიმართავენ, როგორც წინა შემთხვევაში. საშოში შეტანილ თითებს წინა თაღში მოათავსებენ, მეორე ხელს მუცელზე დაადებენ და ქვემოთ აწვებიან. ორ ხელს შუა მომწყვდეული საშვილოსნო ადვილად გამოიცნობა. შეუღლებული გასინჯვა ფრიად მნიშვნელოვანია ორსულობის პირველ თვეებში.

ამ წესით იკვლევენ საშვილოსნოს სიდიდეს, ფორმას, მდებარეობას, კონსისტენციას, მოძრაობას.

შეუღლებული გასინჯვით იკვლევენ აგრეთვე საკვერცხეებისა და ფალოპიუსის მილების მდგო-



სურ. 35 ნაყოფის გულისცემის მოსმენის წერტილები



სურ. 36 ნაყოფის გულისცემის მოსმენის საპროექციო წერტილები კეფით წინმდებარეობის წინა სახისა და პირისახით წინმდებარეობის დროს

მარეობას. საკვერცხეების გასასინჯად საშოში შეტანილ თითებს შენაცვლებით მოათავსებენ მარჯვენა და მარცხენა თაღებში. მუცლის საფარიდან მეორე ხელის დაწოლით თაღში შეტანილ თითებს საკვერცხეებს უახლოვებენ და შუაში აშწყვდევენ.

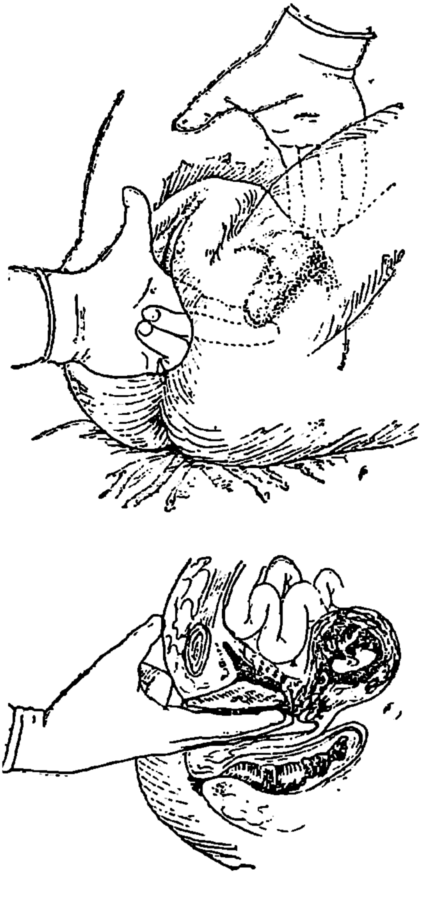
ფალოპიუსის მილების მონახვა უფრო ძნელია, მაგრამ გულდასმით გასინჯვით უფრო ადვილად ვნახავთ, იქ, სადაც ისინი საშვილოსნოში ჩაირთვებიან.

მშობიარობის დროს განსაზღვრავენ: საშვილოსნოს ყელის მდგომარეობას („გადასწორებული", „შენარჩუნებული", „დამოკლებული"), ყელის გახსნას განსაზღვრავენ თითებით (1-2-3-4-5) ან სანტიმეტრობით (სრული გახსნა (10-11 სმ), საშვილოსნოს ყელის კიდეების სისქეს (სქელი, საშუალო სისქის, თხელი), სანაყოფე ბუშტის მდგომარეობას (სანაყოფე ბუშტი მთელი, დაჭიმული, სუსტად აესებული, კარგად ივსება, სუსტად ივსება). წინმდებარე ნაწილს (თავი, ჯდომი, ფეხები, ჭიპლარი), თავზე ყიფლიბანდისა და ნაკერების მდგომარეობას (ისრისებრი ნაკერი ირიბ ზომაში ან გარდიგარდმოდ), ყიფლიბანდებს (მცირე ყიფლიბანდი მარჯვნივ და წინ ან უკან ან მარცხნივ და წინ ან უკან), სამშობიარო სიმსივნე არის თუ არა, წინმდებარე თავი სად არის მოთავსებული.

აუცილებელია აგრეთვე მენჯის კედლების გასინჯვა: განსაზღვრავენ სიმფიზის სიმაღლეს, დასრილობას, ეგზოსტოზების არსებობას, შემდეგ მენჯის კედლების პალპაციას ჩაატარებენ.

ნაყოფის სიცოცხლისა და სიკვდილის დადგენა

ნაყოფის სიცოცხლის გამოცნობა მოსახერხებელია ორსულობის მე-18—მე-20-ე კვირიდან. ამ მიზნით ნაყოფის გულისცემას მოისმენენ და მის მოძრაობას დაადგენენ. ნაყოფის მოძრაობას აღნიშნავს თვით ორსული, მაგრამ დიაგნოზის დადგენისათვის



სურ. 37 ბიმანუალური და რექტული გასინჯვა

უფრო სარწმუნოა ნაყოფის მოძრაობის ობიექტური შეგრძნება, რაც ხორციელდება მუცლის კედლისა და საშვილოსნოს კუნთების ხელით გაღიზიანებით.

ორსულობის პერიოდში შესაძლებელია ნაყოფი მოკვდეს და საშვილოსნოში დარჩეს დიდი ხნის განმავლობაში. ნაყოფის სიცოცხლისა და სიკვდილის დასადგენად ხელმძღვანელობენ შემდეგი მონაცემებით: ნაყოფის სიკვდილის შემთხვევაში საშვილოსნო არ დიდდება, პირიქით, პატარავდება, ქალი გრძნობს დაღლილობას, დროგამოშვების შემცირებას, მადა ეკარგება, დეპრესია ეწყება, მუცელში სიმძიმის შეგრძნება აქვს, სასქესო გზებიდან სუნიანი გამონადენია, რომელიც ნაყოფის ხრწნის მაჩვენებელია. საშვილოსნოს მოძრაობის ინტენსივობა იკლებს. საშვილოსნო უფრო მკვრივია. ცოცხალი ნაყოფის შემთხვევაში საშვილოსნოს ტემპერატურა რამდენიმე დანაყოფის მეტია სხეულის ტემპერატურაზე. ნაყოფის სიკვდილის შემთხვევაში საშვილოსნოს ტემპერატურა სხეულის ტემპერატურის თანაბარია. ორსულს უსინჯავენ ტემპერატურას საშვილოსნოს ყელსა და საშოში. ტემპერატურის ერთნაირი მაჩვენებელი ნაყოფის სიკვდილზე მიუთითებს. ნაყოფის სიკვდილის დამახასიათებელია აგრეთვე ძუძუს ხსენის რძედ გარდაქმნა, სარძევე ჯირკვლების დაშრობა. ნაყოფის სიკვდილის პარალელურად პლაცენტის ბუსუსების ფუნქციაც წყდება. ბუსუსების ცხოველმყოფელობის მოსპობა იწვევს გონადოტროპინის გამოყოფის შემცირებას და მის სრულ გაქრობას შარდსა და სისხლში. ნაყოფის სიკვდილის დასადგენად იყენებენ ორსულობის გამოსაცნობად შემუშავებულ ზემოდასახელებულ ბიოლოგიურ რეაქციებს. ეს რეაქციები უარყოფითია ნაყოფის სიკვდილის მე-7-10 დღიდან. ნაყოფის სიცოცხლისა და სიკვდილის დასადასტურებლად იყენებენ აგრეთვე ელექტროკარდიოგრაფიას, ფონოკარდიოგრაფიას, ულტრაბგერით გამოკვლევას. ნაყოფის სიკვდილთან დაკავშირებით მკვეთრად მცირდება ესტროგენების გამოყოფა, პლაცენტის ფუნქცია თანდათან ქრება.

ნაყოფის ინტრანატალური მდგომარეობის დადგენა

ნაყოფის ინტრანატალური მდგომარეობის დადგენისათვის იყენებენ ნაყოფის ელექტრო—ფონოკარდიოგრაფიას, ულტრაბგერით გამოკვლევას, ამნიოსკოპიას, ამ-

სურ. IX. ორსულობის გამოსაცნობი რეაქციები.

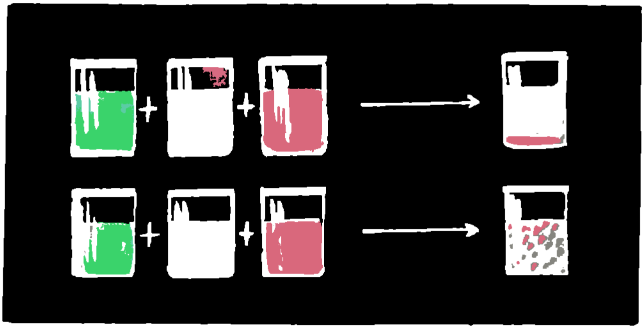
1 დადებითი — უარყოფითი

1

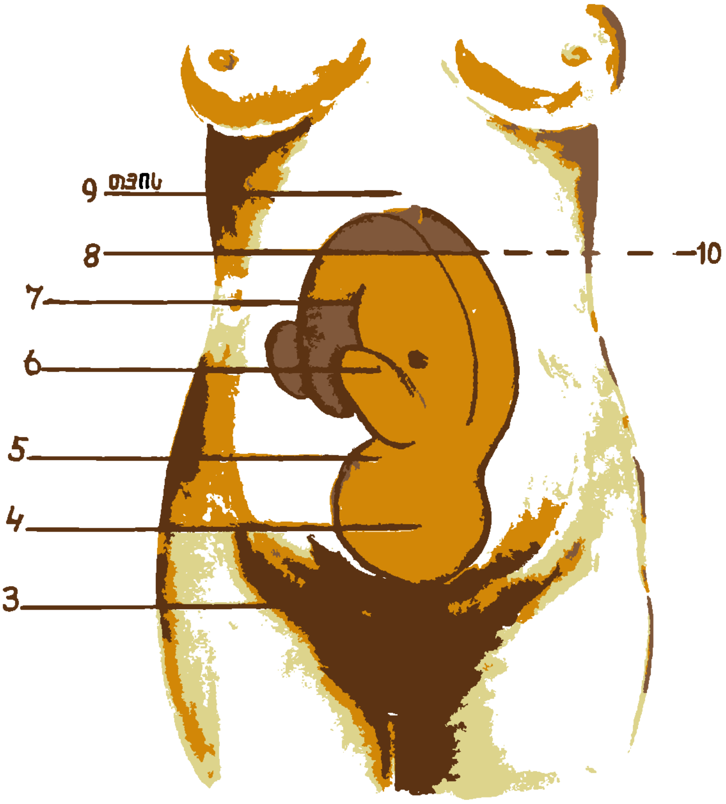
2

აშჰეიმ—ცონდეკის ბიოლოგიური რეაქციები.

3—იმუნოლოგიური რეაქციები.

3


სურ. 41. ორსულობის ვადის განსაზღვრა.



საშვილოსნოს ფუძის მდებარეობა ორსულობის სხვადასხვა პერიოდში.

სურ. 49. ლეოპოლდის ოთხი წესით გასინჯვა.

პირველი წესი.

მეორე წესი.

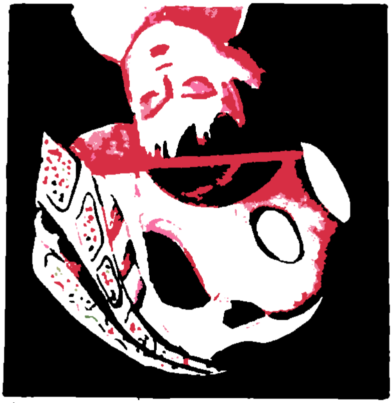
მესამე წესი.

მეოთხე წესი.

სურ. 54. 32 კვირის ორსულობა (საგიტალური ჭრილი).

სურ. ნაყოფის თავის წინსვლის მომენტები.

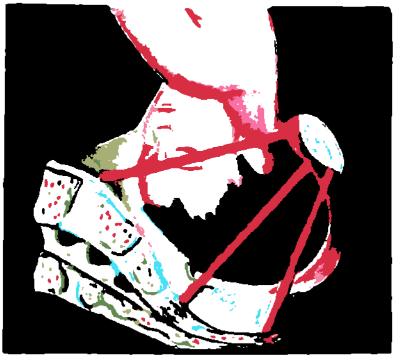
ა — მენჯის შესავლის ზემოთ.



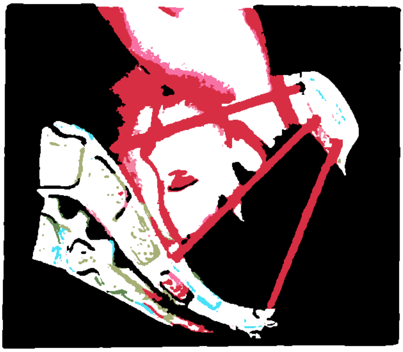
ბ — მენჯის შესავალთან მიბჯენილი.

გ — მენჯის შესავალში მცირე სეგმენტით.

დ — მენჯის შესავალში დიდი სეგმენტით.



ე — მცირე მენჯის ღრუში.

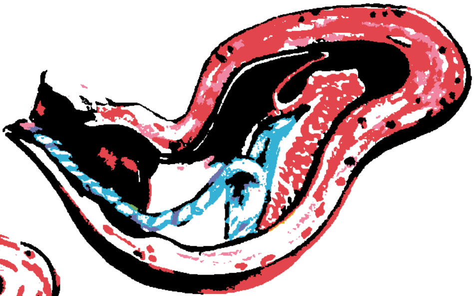


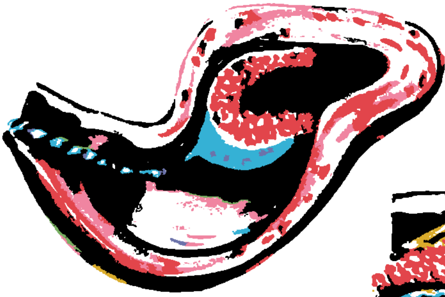
ვ — მცირე მენჯის გამოსავალში.

სურ. 72. მომყოლის მოცილების მექანიზმი.

1—პლაცენტის ცენტრალური მოცილება.

2—პლაცენტის კიდითი მოცილება.





3—პლაცენტის დათვალიერება.

სურ. 74. ხელდახმარება მშობიარობის პროცესში თავით წინმდებარეობის დროს.

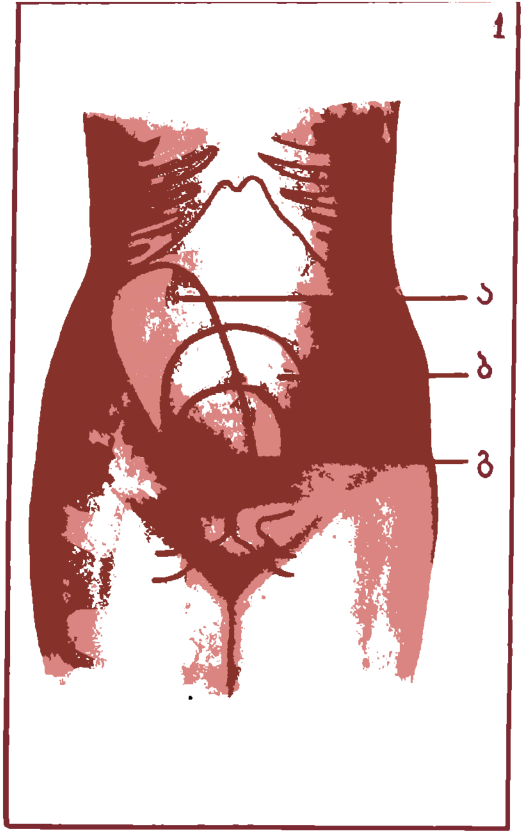
ა—თავის ნაადრევი გაშლის პროფილაქტიკა.

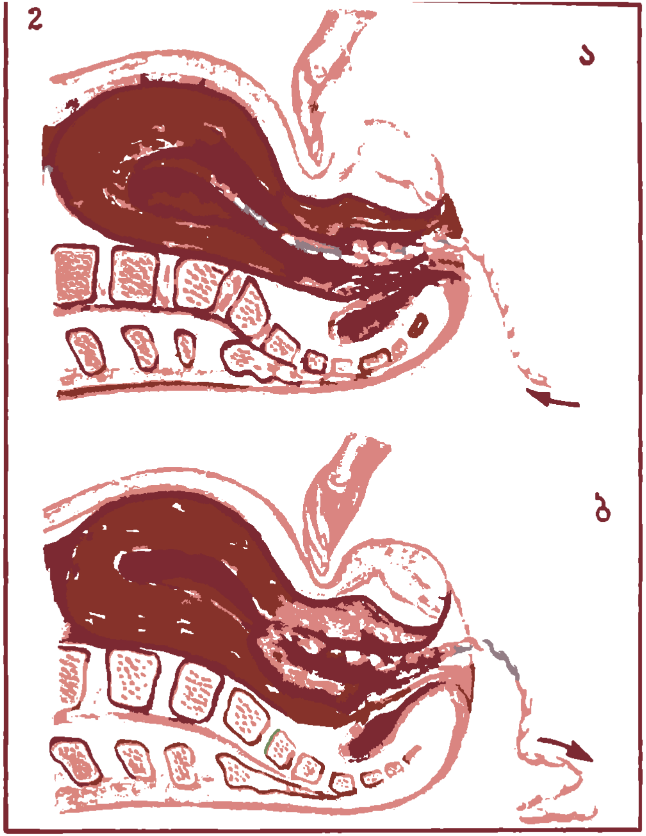
ბ—შორისის დაჭიმულობის შემცირება.

მხრის სარტყელის განთავისუფლება.

ა—წინა მხრის გამოტანა;

ბ—უკანა მხრის გამოტანა.





სურ. 78. მომყოლის მოცილების დიაგნოსტიკა.

1—შრედერის წესი. ა—ნაყოფის დაბადების შემდეგ, ბ—პლაცენტის მოცილების შემდეგ, გ—პლაცენტის გამოძევების შემდეგ.

2—კიუსტნერ-ჩუკალოვის წესი ა—პლაცენტა არ არის მოცილებული; ბ—პლაცენტა მოცილებულია.

ნიოცენტეზს, ნაყოფის სისხლის მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის დადგენას და სხვ.

ნაყოფის ელექტრო—და ფონოკარდიოგრაფია. ასხვავებენ ნაყოფის პირდაპირ და არაპირდაპირ ელექტროკარდიოგრაფიას. არაპირდაპირ ელექტროკარდიოგრაფიას—ორსულობის დროს ორსულის ან მშობიარის მუცლის წინა კედელზე ელექტროდების მოთავსებით, პირდაპირ ელექტროკარდიოგრაფიას მშობიარობის პროცესში საშვილოსნოს ყელის 2 სმ-ზე და მეტად გახსნისას უშუალოდ ნაყოფის თავზე ელექტროდის მოთავსებით. ფონოკარდიოგრაფია ხმოვანი მოვლენების რეგისტრაციაა, რომლებიც წარმოიქმნება გულის შეკუმშვების გამო. ის უმეტესად შედგება ოსცილაციის ორი ჯგუფისგან, რომლებიც შეესაბამებიან I და II ტონს. ნაყოფის ფონოკარდიოგრამის ჩაწერა შესაძლებელია 25 კვირის ორსულობის შემდეგ. ეკგ და ფკგ უნდა იწერებოდეს 3-4 წუთის განმავლობაში, რათა სრული წარმოდგენა შეიქმნას ნაყოფის მდგომარეობაზე.

ნორმალურ მდგომარეობაში გულის შეკუმშვის ძირითადი სიხშირე 110-160-მდეა წუთში. ის ხშირდება ნაყოფის მოძრაობის, ჭიპლარის დაჭიმვის, ქვედა ღრუ ვენაში შეგუბების დროს. გულის შეკუმშვის შენელებას იწვევს ჭიპლარის მიჭყლეტა ან ქვედა ღრუ ვენებზე დაწოლა, რაც ჰემოდინამიკის დარღვევასთანაა შეუღლებული.

ექსტრასისტოლია ნაყოფის გულის რიტმის შედარებით ხშირი დარღვევაა. მისი დამახასიათებელი ნიშანია R-R ინტერვალის შემოკლება ექსტრასისტოლის წინ. QRS კომპლექსის დეფორმაცია მიუთითებს პარკუჭოვან ექსტრასისტოლიაზე. ჩვეულებრივ, ექსტრასისტოლია არ ნიშნავს ნაყოფის მდგომარეობის გაუარესებას, მაგრამ თუ ის წარმოიქმნება ნაყოფის ინტრანატალური მდგომარეობის გაუარესებისთანავე, ამას ცუდი პროგნოზული მნიშვნელობა აქვს.

ექოსკანირება მეანობაში

ულტრაბგერების დანერგვამ კლინიკურ პრაქტიკაში შესაძლებელი გახადა არა მარტო ორგანოებისა და სისტემების, არამედ მათი სტრუქტურული ელემენტების ვიზუალიზაციაც. მაღალმა ინფორმაციულობამ, რომელიც გამოწვეულია ულტრაბგერის უნარით აირეკლოს ორი გარემოს საზღვრიდან (რომელთა აკუსტიკური წინააღმდეგობის სხვაობა 1 %-მდეა), მეთოდის უსაფრთხოებამ და შედარებითმა სიმარტივემ ხელი შეუწყო იმას რომ ექოგრაფია მედიცინის მრავალ დარგში, მათ შორის მეანობა-გინეკოლოგიაში გამოკვლევის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მეთოდი გახდა.

დიაგნოსტიკის მიზნით ულტრაბგერის გამოყენების მეთოდი მედიცინაში პირველად შემოიღო დიუსიკიმ 1942 წელს. მეთოდის იდეა მდგომარეობს შემდეგში: გამოსაკვლევ ორგანოზე ულტრაბგერის სხივები მიმართულად მოქმედებს. ულტრაბგერა გაივლის რა ჯანმრთელ, ერთგვაროვან ქსოვილს და თავის გზაზე ხვდება წინააღმდეგობას დაავადებით დაზიანებული უბნების ან ორგანოების საზღვრების სახით. სწორედ ამ უბნებსა და საზღვრებზე ულტრაბგერა ნაწილობრივ ან სრულად აირეკლება, რასაც ელექტრონული ხელსაწყოები დააფიქსირებს. აღნიშნული მეთოდით შესაძლებელია ქსოვილთა და ორგანოთა საზღვრების კოორდინატების, მათი სიდიდისა და კონფიგურაციის განსაზღვრა.

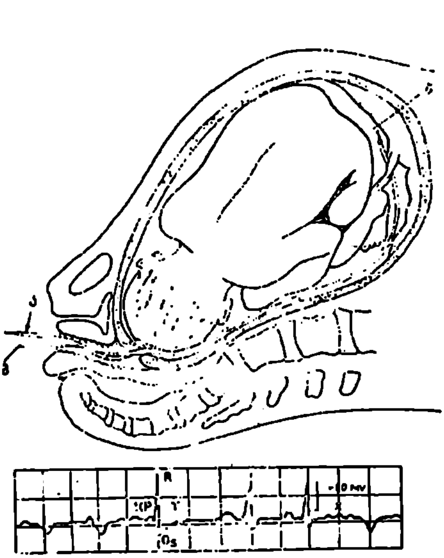
ულტრაბგერის ფართოდ დანერგვას მედიცინაში, კერძოდ მეანობა-გინეკოლოგიაში, ხელი შეუწყო იმ გარემოებამ, რომ იგი უმტკივნეულო და უსაფრთხო მეთოდია. მრავალი გამოკვლევით დადგენილია, რომ ულტრაბგერა, რომლის ინტენსივობაც 100 მვტ/სმ^2-მდეა, არ ახდენს უარყოფით ზეგავლენას ორგანიზმზე. ამასთან დაკავშირებით შეიძლება მივიჩნიოთ, რომ თანამედროვე სტანდარტული სადიაგნოზო

აპარატურა ორგანიზმისთვის არ არის მავნე, რადგანაც მასში გამოყენებულია 1-დან 50 მვტ/სმ²-მდე ინტენსივობის ულტრაბგერა,

მცირე მენჯის ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს ქალი ზურგზე წევს. ზედაპირთან გადამწოდის უკეთესი კონტრაქტისთვის მუცლის წინა კედლის კანს უსვამენ ვაზელინის ზეთს.

გამოკვლევას იწყებენ სიგრძითი სკანირებით, გადამწოდს გადაადგილებენ 1-1,5 სმ-ით ზემოთ ბოქვენიდან საშვილოსნოს ფუძის მიმართულებით. შემდეგ ახორციელებენ განივ სკანირებას, გადამწოდის თანდათანობით გადაადგილებით 1-1,5 სმ-ით მარჯვნივ და მარცხნივ მუცლის შუა ხაზიდან.

ქალის ექოსკოპიური გამოკვლევისთვის რაიმე სპეციალური მომზადება არ არის საჭიროა. მხოლოდ აუცილებელია არაორსულმა და ორსულმა ქალმაც (ორსულობა 10 კვ-მდე) აივსოს შარდის ბუშტი (გამოკვლევამდე 6-7 საათი არ უნდა მოშარდოს). სავსე შარდის ბუშტი სწევს საშვილოსნოს ზემოთ და გამოჰყავს იგი შუალედურ მდგომარეობაში, რითაც აადვილებს მის ვუზალიზაციას.



სურ. 38 ნაყოფის ელექტროკარდიოგრაფია
ა - ნაყოფის ელექტროდი; ბ - საშვილოსნოს შიგა ელექტროდი; გ - კათეტერი

ქალთა კონსულტაციებში აღრიცხვაზე მყოფი ქალები ექოსკოპიურ გამოკვლევას ფიზიოლოგიური ორსულობის დროს გადიან მინიმუმ 2-3-ჯერ, ხოლო სხვადასხვა სახის პათოლოგიური გადახრის შემთხვევაში ისინი იმყოფებიან დინამიკური დაკვირვების ქვეშ, გადაღებას ახორციელებენ რამდენჯერმე საჭიროების მიხედვით.

ექოგრაფიული მეთოდით ადგენენ ორსულობის ვადას, ნაყოფის მდებარეობას, წინამდებარე ნაწილს, პოზიციას და სახეს, პლაცენტის მიმაგრების ადგილს, სანაყოფე სითხის რაოდენობას, იწერენ ნაყოფის გულისცემას, საზღვრავენ ნაყოფის ზომებს. აღნიშნული მეთოდი ფართოდ არის გამოყენებული, როდესაც ვარაუდობენ სხვადასხვა სამეანო პათოლოგიას: მრავალნაყოფიან ორსულობას, სიმახინჯეს (ანენცეფალია, აკრანია, ჰიდროცეფალია და სხვა), პლაცენტის წინამდებარეობას, მკვდარ ნაყოფს და ა.შ.

უმრავლეს შემთხვევაში ორსულობის განსაზღვრა რუხი სკალის მეშვეობით შესაძლებელია 2,5-3,5 კვირიდან. სანაყოფე კვერცხი იმ ვადაში ექოსტრუქტურისგან თავისუფალი, მომრგვალო წარმონაქმნია, რომელიც უფრო ხშირად საშვილოსნოს ღრუს ზედა ან შუა მესამედში მდებარეობს.

ორსულობის მე-4 კვირიდან რუხი სკალის საშუალებით შესაძლებელია ემბრიო-

ნის კონტურის განსაზღვრა. ემბრიონის სიგრძეა 0,55 სმ. ორსულობის მე-5 კვირიდან ემბრიონის გამოსახულების მიღება პრაქტიკულად ყველა შემთხვევაშია შესაძლებელი. ამასთან, სანაყოფე კვერცხს უჭირავს საშვილოსნოს თითქმის 1/3.

ორსულობის მე-6 კვირაზე ექოგრამაზე სანაყოფე კვერცხს უკავია საშვილოსნოს მოცულობის თითქმის ნახევარი.

მე-8 კვირისთვის სანაყოფე კვერცხს უჭირავს საშვილოსნოს მოცულობის ნახევარზე მეტი. ნაყოფის თავის ზომა რამდენადმე აღემატება ტანის დიამეტრს.

მე-10 კვირაზე სანაყოფე კვერცხი ავსებს საშვილოსნოს ღრუს. მე-10-12 კვირაზე ქორიონის მთლიანად გაქრობასთან დაკავშირებით სანაყოფე კვერცხის ექოპოზიციური კონტური ქრება, რის გამოც საშვილოსნო შეიძლება მოგვეჩვენოს ცარიელი. ამ შემთხვევაში ორსულობის დიაგნოსტიკა ემყარება პლაცენტის ვიზუალიზაციას და საშვილოსნოს ზომების განსაზღვრას.

ორსულობის მე-13 კვირიდან შესაძლებელი ხდება ნაყოფის თავის ბიპარიეტული ზომის (თბზ) განსაზღვრა. აღნიშნული პარამეტრი გულ-მკერდის და მუცლის დიამეტრის განსაზღვრასთან ერთად შესაძლებელს ხდის დაადგინონ ორსულობის ზუსტი

ნაყოფის თავის ბპზ-ს ცვლილების დინამიკა ორსულობის დროს

შენიშვნა: ფრჩხილებში მოყვანილი ციფრები აღნიშნავს ინდივიდუალურ ცვალებადობას.

ორსულობა ვადა (კვირა)	თავის ბპზ მმ	ორსულობა ვადა (კვირა)	თავის ბპზ მმ	ორსულობა ვადა (კვირა)	თავის ბპზ მმ
14	24,3 (24-28)	23	56,3 (52-60)	32	79,9 (75-85)
15	28,2 (25-32)	24	59,4 (55-63)	33	82,0 (77-88)
16	32,1 (28-36)	25	62,3 (58-66)	34	84,0 (79-90)
17	35,8 (32-39)	26	65,1 (61-69)	35	85,9 (81-92)
18	39,5 (36-43)	27	67,9 (63-72)	36	87,71 (83-94)
19	43,1 (39-47)	28	70,5 (65-75)	37	89,4 (85-96)
20	46,6 (43-50)	29	73,0 (69-77)	38	91,0 (86-98)
21	49,9 (46-54)	30	75,4 (71-80)	39	92,5 (88-100)
22	53,2 (49-57)	31	77,8 (73-83)	40	93,8 (89-102)

ვადა, იმსჯელონ ნაყოფის მდგომარეობასა და გადახრაზე, მის ნორმალურ განვითარებაზე (ნაყოფის ჰიპოტროფია და სხვ.).

მრავალი გამოკვლევით დადგენილია, რომ თბზ ნაყოფის ზრდა-განვითარების ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი მაჩვენებელია. სამეანო პრაქტიკაში მისი განსაზღვრა ხელს უწყობს: 1) ორსულობის უცნობ ვადაზე ნაყოფის სიმწიფის შეფასებას, 2) ორსულობის ცნობილ ვადაზე განვითარებაში ჩამორჩენის დადგენას, 3) ნაყოფის თავის განვითარების ანომალიის დიაგნოსტიკას (მიკრო—და ჰიდროცეფალია).

ორსულობის ვადასთან ერთად იცვლება თავის ბიპარიეტული ზომაც.

ჩატარებული გამოკვლევებით დადგენილია, რომ თუ ზუსტად განსაზღვრულ ორსულობის ვადაზე თავის ბპზ შემცირებულია 2-2½ კვირით თეორიულ სიდიდესთან შედარებით, ეს შეიძლება მიუთითებდეს ან ზომიერ ჰიპოტროფიაზე ან მცირეწონიანი ნაყოფის დაბადების შესაძლებლობაზე. თავის ბპზ-ის შემცირება 3-4 კვირით მიუთითებს ნაყოფის განვითარების მნიშვნელოვან ჩამორჩენაზე, ხოლო ბპზ-ის შემცირება 5-5½ კვ-ზე მეტად ეჭვს ბადებს სიცოცხლისუნარიანი ნაყოფის დაბადებაზე.

თავის ბპზ-ის მატების შეჩერება დინამიკური დაკვირვების დროს მოწმობს ნაყოფის გამოხატულ ჰიპოქსიას, თუ ამას დაერთო თავის კონტურის დეფორმაციაც (ძვლების დაშორება, გაორება, კონტურის ფორმის შეცვლა), უნდა ივარაუდონ, რომ ნაყოფი მკვდარია.

თავის ბპზ-ის ზრდის სიჩქარის ზომიერი მატება მიანიშნებს დიდი ნაყოფის დაბადების შესაძლებლობაზე, ხოლო გამოხატული მატება—ჰიდროცეფალიაზე. თავის ბპზ-ის განსაზღვრასთან ერთად ნაყოფის განვითარების და მდგომარეობის შესახებ მნიშვნელოვან ინფორმაციას იძლევა გულმკერდისა და მუცლის საშუალო დიამეტრების განსაზღვრა. აღნიშნული პარამეტრების მატების შემცირება 40 %-ით მიუთითებს ნაყოფის მდგომარეობის გაუარესებაზე.

ამრიგად, ექოსკანირების მეთოდი მეანობაში ერთ-ერთი ძირითადი დამატებითი გამოკვლევის მეთოდია, რომელიც თითქმის სრულ ინფორმაციას იძლევა ნაყოფის ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური მდგომარეობის შესახებ.

ამნიოსკოპია ერთერთი ხელმისაწვდომი მეთოდია ნაყოფის მდგომარეობის დასადგენად. მას იყენებენ ასევე სანაყოფე ბუშტის მთლიანობის, წინამდებარე ნაწილის, ნაყოფის ჰიპოქსიისა და ვადაგადაცილებული ორსულობის დასადგენად.

ამნიოსკოპიას ახორციელებენ სპეციალური ხელსაწყოს მეშვეობით, რომელსაც ამნიოსკოპი ეწოდება. ის შედგება გამნათებელი სახელურისგან, რომელსაც უმაგრდება ელექტრონათურა. ამ უკანასკნელს უერთებენ ამნიოსკოპურ მილს (მისი დიამეტრი 12-18 მმ-ის ფარგლებშია), რომელშიც მოთავსებულია შესაბამისი მანდრენი. საშვილოსნოს ყელში მილის შეყვანის შემდეგ მანდრენს აძრობენ და შეუიარაღებელი თვალით ან გამადიდებელი მინით სანაყოფე სითხეს ნახულობენ. ვადაგადაცილებული ორსულობის დროს სანაყოფე სითხე მცირდება. სანაყოფე სითხე უმეტესად მომწვანოა და შესქელებული. ნაყოფის ჰიპოქსიის დროს სანაყოფე სითხის რაოდენობა არ იცვლება, მხოლოდ მომწვანო შეფერილობისაა. ნაყოფის ინტრანატალური სიკვდილის შემთხვევაში სანაყოფე სითხე შემღვრეულია, ხშირად—მოყავისფრო.

ამნიოცენტეზი ოპერაციაა, რომლის მიზანია სანაყოფე სითხის მიღება ბიოქიმიური, ჰორმონული, იმუნოლოგიური, ციტოლოგიური და გენეტიკური გამოკვლევისთვის. ეს ნაყოფის ინტრანატალური მდგომარეობის დადგენის საშუალებას იძლევა.

უფრო ხშირად ატარებენ ტრანსაბდომინულ ამნიოცენტეზს. წინასწარ საჭიროა პლაცენტის ლოკალიზაციის დადგენა, რის შემდეგ მუცლის წინა კედელს დაამუშავებენ სპირტით და ადგილობრივი ინფილტრაციული ანესთეზიის (0,5 % ნოვოკაინის ხსნარით) პირობებში შეყავთ 10-12 სმ სიგრძის ნემსი. ოპერაციის წინ ნაყოფის თავს წინასწარ ზევითკენ გადასწევენ. საშვილოსნოში ნემსის შეყვანის შემდეგ ამოაქვთ 10-15 მლ სანაყოფე სითხე, რომელსაც შემდეგ იკვლევენ. ამნიოცენტეზს ატარებენ ორსულობის 30 კვირის ვადისას.

ნაყოფისა და ახალშობილის სისხლის მჟავე-ტუტოვანი წონასწორობის დადგენა

ნაყოფის მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის დადგენაში იგულისხმება წყალბადისა (H^+) და ჰიდროქსილური (OH) იონების ურთიერთშეფარდების დადგენა. მჟავიანობა გამოიხატება pH ერთეულით. ნორმაში ადამიანის სისხლის pH 7,35-7,43—ის ფარგლებშია (სუსტი ტუტე რეაქცია). ამ მაჩვენებელზე ნაკლები pH აციდოზის მაჩვენებელია, მეტი კი—ალკალოზზე მიუთითებს.

ნორმაში ახალშობილის ვენიდან აღებულ სისხლში pH 7,2—დან 7,35-მდეა, ტუტეთა დეფიციტი (BE) 9—დან 12 მეკვ./ლ. აციდოზის ხარისხი მატულობს ასფიქსიის ხარისხის შესაბამისად. მსუბუქი ასფიქსიის დროს pH 7,19_7,1 ტოლია, BE 13—დან 18 X—მდე მეკვ./ლ. მძიმე ასფიქსიის დროს—pH 7,09-6,85, BE 19—დან 22-მდე მეკვ.-ლ.

ნაყოფის აციდოზის ან ალკალოზის დადგენის დროს, თუ წინმდებარე ნაწილიდან აღებულ სისხლში pH 7,2—ია, ეს მიუთითებს ჰიპოქსიაზე, ხოლო 7,09 ნიშნავს, რომ მშობიარობა სასწრაფოდ უნდა დამთავრდეს. თუ pH ნახევარი საათის განმავლობაში 7,15-7,19-ის ტოლია ან 15 წუთის განმავლობაში 7,14-7,10-ია, საჭიროა მშობიარობის სასწრაფოდ დამთავრება.

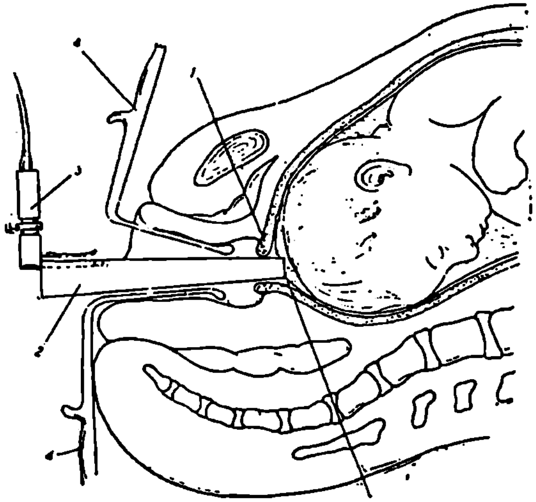
ნაყოფის ინტრანატალური მდგომარეობის დადგენის მიზნით ასევე მიმართავენ ელექტროენცეფალოგრაფიას (ეეგ), რაც ნიშნავს ნაყოფის თავის ტვინის ბიოდენების რეგისტრაციას. საჭიროა აგრეთვე ნაყოფის თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის რეგისტრაციაც (რეოენცეფალოგრამა).

მოჩვენებითი ანუ წარმოსახვითი ორსულობა—CRAVIDITAS SPURIA, GROSSESSE IMAGINAIRE S. NERVEUSE

მოჩვენებითი ორსულობა ნეიროფსიქიკური სინდრომია, რომელსაც ახასიათებს ამენორეა და ორსულობის სხვა სიმპტომები.

ეს სინდრომი უმეტესად უვითარდებათ კლიმაქტერიულ პერიოდს მიახლოებულ უნაყოფო ქალებს, რომლებსაც დედობისა და შვილოსნობის ძლიერი სურვილი აქვთ, იშვიათ შემთხვევაში—ახალგაზრდა ქალებს, რომლებიც მწვავედ განიცდიან შემთხვევით სქესობრივი აქტის შედეგად მოსალოდნელ ორსულობას და ამასთან დაკავშირებულ შედეგებს.

ასეთი მოჩვენებითი მოვლენები უფრო ხშირია ისტერიის შემთხვევაში, თანმიმდევრობით განვითარებული თვითშთაგონების შედეგად. ცნობილია რუმინეთის დედოფლის დრაგას ორსულობის ამბავი. მან გამოჩენილი სპეციალისტების მეთვალყურეობითა და უშუალო კონსულტაციით დეტალური სიზუსტით გამოავლინა ორსულობის ბიოლოგიური და კლინიკური ნიშნები (ამენორეა, მუცლის ზრდა, საშვილოსნოს ცვლილებები და სხვ.), მაგრამ მე-9 თვეზე აღმოჩნდა, რომ



სურ. 39 ამნიოსკოპური გამოკვლევა
1 - საშვილოსნოს ყელი; 2 - ამნიოსკოპის მილი; 3 - გასანათებელი მოწყობილობა; 4 - საშოს სარკეები; 5 - გამოსაკვლევი სანაყოფე სითხე

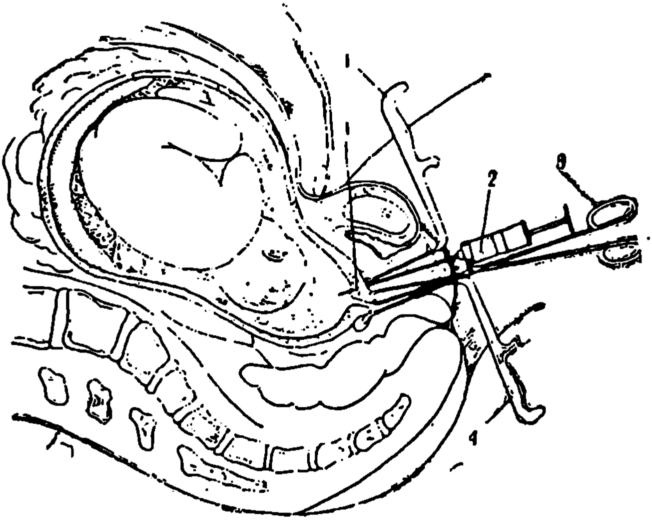
მისი ორსულობა მოჩვენებითი იყო. მოჩვენებითი ორსულობის შემთხვევაში აღინიშნება აგრეთვე ჭკუასუსტობის, ეპილეფსიისა და მანიაკალური დეპრესიული ფსიქოზის შემთხვევაში.

მოჩვენებითი ორსულობის ექსპერიმენტულად გამოწვევა შეიძლება ცხოველებში მექანიკური, ელექტრული, კასტრირებული მამლით სტიმულაციით. ასეთი მეთოდებით სტიმულაცია იწვევს ოვულაციისა და ყვითელი სხეულის ფუნქციის გახანგრძლივებას და მძუნაობის შეფერხებას. ამრიგად, შემდგომი მძუნაობა იწყება 13 დღის შემდეგ. ამ ხნის განმავლობაში ყვითელი სხეული ფუნქციონირებს, რაც იწვევს ორსულობის დამახასიათებელი ცვლილებების განვითარებას (სარძევე ჯირკვლების ჰიპერპლაზიას, რძის სეკრეციას და სხვ.).

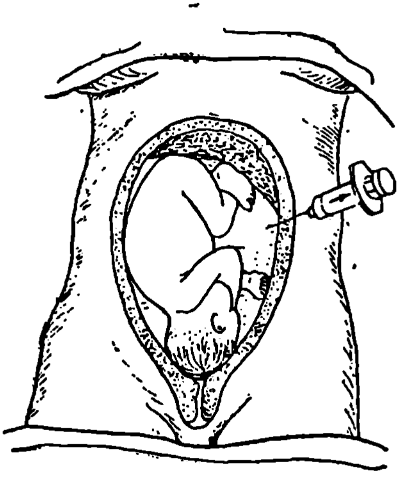
მოჩვენებითი ორსულობის დროს დიფერენციული დიაგნოზით უნდა გამორიცხო ყვითელი სხეულის პერსისტენციით გამოწვეული ჰიპერპროგესტერონული ოვარიპათია, რომლის დიაგნოზს ადგენენ ორსულობის ბიოლოგიური რეაქციების საფუძველზე (გალიმაინინის, აშჰაიმ-ცონდეკის, ფრიდმანის და სხვა რეაქციები უარყოფითია). საშოს ნაცხის ჰორმონული სურათით აღინიშნება ესტროგენების (ლუთეინური მოქმედების) სიჭარბე. ენდომეტრიუმის ბიოპტიური გამოკვლევით ლორწოვანა პროლიფერაციულ-სეკრეციული ტიპისაა. შარდში ესტროგენები ნორმალური რაოდენობითაა ან ზომიერადაა მომატებული, პრეგნანდიოლი დიდი რაოდენობითაა. გონადოტროპული ჰორმონების გამოკვლევა მეტყველებს ფოლიკულის მასტიმულირებელი ჰორმონის არარსებობასა და ლუთეინოტროპული ჰორმონის დიდ რაოდენობას.

ამრიგად, წარმოსახვითი, ანუ მოჩვენებითი ორსულობა დისოცირებული ჰიპერგონადოტროპული სინდრომია ლუთეინოტროპული ჰორმონის სიჭარბით და ყვითელი სხეულის პერსისტენციით. ეს უკანასკნელი გამოწვეულია თავის ტვინის ქერქსა და ქერქქვეშა არეებში ორი განუწყვეტელი ძირითადი პროცესის—აგზნება-შეკავების პათოლოგიური მიმდინარეობით.

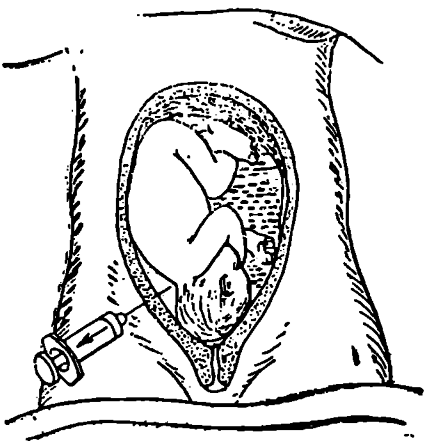
მოჩვენებითი ორსულობის მკურნალობა ძირითადად ფსიქოპროფილაქტიკური და ჰორმონულია. პროგნოზი ცუდი არ არის.



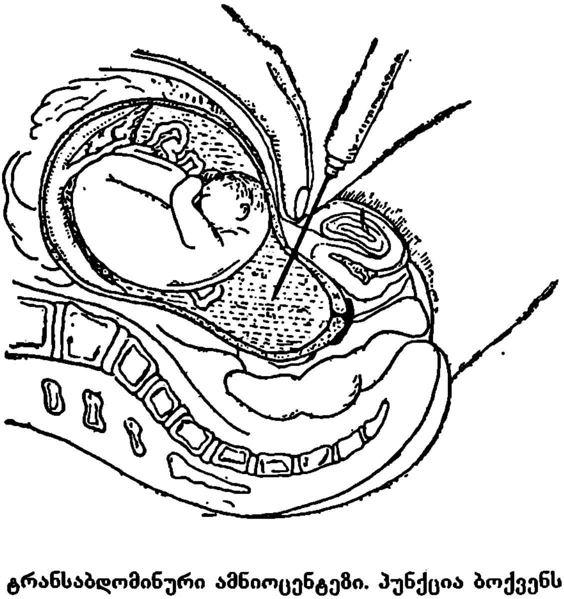
სურ. 40 ტრანსვაგინური ამნიოცენტეზი, პუნქცია საშოს უკანა თაღიდან
1 - საშეილოსნოს ყელი, 2 - შპრიცი, 3 - ტყვიის მაშა, 4 - საშოს სარკეები



სურ. 41 ტრანსაბდომინური ამნიოცენტეზი, პუნქცია ჭიპის ქვემოთ, ნაყოფის წვრილი ნაწილების მხარეს



სურ. 42 ტრანსაბდომინური ამნიოცენტეზი. პუნქცია ჭიპის ქვემოთ, ნაყოფის კეფქვეშა ფოსოს არეში



სურ. 43 ტრანსაბდომინური ამნიოცენტეზი. პუნქცია ბოქვენს ზემოთ

ორსულთა ჰიგიენა

X თავი
მშობიარობის ფიზიოლოგია
მშობიარობა

მშობიარობა ფიზიოლოგიური პროცესია, რომელიც კანონზომიერად იწყება ორსულობის პერიოდის დამთავრების შემდეგ. განაყოფიერებიდან 210-364 დღის შემდეგ. საშვილოსნოდან სიცოცხლისუნარიანი ნაყოფისა და მომყოლის გამოძევების ნერვულ-რეფლექსურ აქტს მშობიარობა ეწოდება.

მშობიარობის დაწყებიდან დამთავრებამდე ქალს მშობიარეს (Parturientia) უწოდებენ, ხოლო მშობიარობის შემდეგ - მელოგინეს, ლოგინობის, ანუ პუერპერალური ხანა (პუერ-ბავშვი, პარიო - ვშობავ). 28 კვირამდე ორსულობის შეწყვეტას აბორტს უწოდებენ (Abortus), 28-დან 38 კვირამდე - ნაადრევ მშობიარობას (Partus praematurus), 39-40 კვირამდე დროულ მშობიარობას (Partus maturus), 41 კვირის შემდეგ კი - დაგვიანებულ მშობიარობას (Partus serotinus).

ძალიან დაგვიანებული მშობიარობა მთავრდება მკვდარი, მაცერირებული ნაყოფით (missed labour).

მშობიარობის დაწყების მიზეზები

ფიზიოლოგიური მშობიარობის დაწყების ფაქტორები ბიოლოგიური და სამედიცინო მეცნიერების განსაკუთრებული კვლევის საგანია.

ცნება „მშობიარობის დაწყება" ნიშნავს ორგანიზმის ბიოლოგიური, ფიზიოლოგიური დატვირთვის ერთი მდგომარეობიდან მეორეში გადასვლას. მშობიარობის, საშვილოსნოს კუმშვადობის დაწყება მთელ ორგანიზმში მიმდინარე კონსტრუქციული გარდაქმნისა და სხვა ფაქტორთა კომპლექსური გავლენის ურთიერთმოქმედების შედეგია.

ფიზიოლოგიური მშობიარობის დაწყების მექანიზმის შესახებ ამჟამად ბევრი რამ არის ცნობილი, მაგრამ ეს საკითხი საბოლოოდ ამოწურული მაინც არ არის და შემდგომი მეცნიერული კვლევის საგანია.

მშობიარობის დაწყებისთვის ორგანიზმის მზადყოფნას განაპირობებს ჰორმონული, ნეიროჰუმორული, ფსიქიკური, ბიოფიზიკური, ბიოქიმიური, ფიზიოლოგიური, ანატომიური და სხვა ფაქტორები.

მშობიარობის დაწყების მიზეზებისა და პირობების შესახებ არსებულ თეორიებს მრავალსაუკუნოვანი ისტორია აქვს. ზოგი შედარებით ახალია, ზოგი ემპირიულ მონაცემებს ემყარება და შეეფარდება განვითარების იმ დონეს, რომელშიც მეცნიერების ევოლუციის იმ ეტაპზე არსებობდა.

მშობიარობის დაწყების მიზეზების თანამედროვე კონცეფციები ასეთია: ორსულობის დაწყებისთანავე საშვილოსნოს კუნთოვანი და ნერვული აპარატის აგზნებადობა მატულობს, რის შედეგადაც იგი ყოველგვარი გამღიზიანებლის მიმართ მალალრეაქტიული ხდება. ამავე დროს ქალის ორგანიზმში პროგესტერონის გამომუშავება, პრეგნანდიოლის ექსკრეცია ქვეითდება და ესტროგენული ჰორმონების, განსაკუთრებით ესტრადიოლის რაოდენობა მატულობს, რაც იწვევს საშვილოსნოს მგრძნობელობის მომატებას ისეთი ნივთიერებების მიმართ, როგორიც არის აცეტილქოლინი, პიტოცინი, ოქსიტოცინი, ადრენალინი, ნორადრენალინი, სიმპათინი და სხვ.

ესტროგენი თრგუნავს პიტოცინაზას და ამით აძლიერებს პიტოცინის მოქმედებას. ქოლინესთერაზა და პიტოცინაზა არეგულირებს აცეტილქოლინისა და პიტუიტრინის მძლავრ ოქსიტოცინურ მოქმედებას და საშვილოსნოს კუმშვადობის უნარს აძლიერებს.

საშვილოსნოზე ჰორმონების მოქმედება ხორციელდება ვიტამინებთან მათი მჭიდრო კავშირით. ვიტამინები, ჰორმონები, ფერმენტები ბიოლოგიური კატალიზატორების ერთიან სისტემას შეადგენს. ვიტამინები ეგზოგენური კატალიზატორია, ჰორმონები კი—ენდოგენური. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ვიტამინებსა და ჰორმონებს შორის, გარკვეული გენეზური მსგავსების გარდა, ანტაგონისტური ან სინერგიული დამოკიდებულებაა.

საშვილოსნოზე სხვადასხვა მექანიკური გამღიზიანებელიც მოქმედებს (ნაყოფი ორსულობის ბოლო თვეებში უფრო მჭიდროდაა საშვილოსნოს კედლებით შემოჭერილი), მაგალითად, ნაყოფის მოძრაობა, წინმდებარე ნაწილის ზეწოლა საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტზე. ჩვენი გამოკვლევის თანახმად, საშვილოსნოს კუნთებში აღინიშნება ინტრამურალური ნერვულ წარმონაქმთა რეაქტიული ცვლილებები, შიშველ ღერძცილინდრთა რიცხვის მომატება, მათი დაკლაკენა ორსულობის ვადის პროპორციულად, სიგრძეზე ვარიკოზული შემსხვილება და ჰიპერიმპრეგნაცია, ფართო რეცეპტორულ-ეფექტორული ველის შექმნა, რაც ხელს უწყობს საშვილოსნოს მაღალ რეაქტიულობას. საშვილოსნოს კუნთებში ასევე მატულობს ისეთი ინგრედიენტები, რომლებიც აუცილებელია მისი ტონუსის მომატებისათვის, მაგალითად, გლიკოგენი, ფოსფორკრეატინი, კალციუმი და სხვ.

ჩვენს მიერ ჩატარებულმა ჰისტომორფოლოგიურმა გამოკვლევებმა (ტრიფტოფანის, თიროზინისა და ჰისტიდინის შემცველი ცილებისა და სულფჰიდრილური ჯგუფების გამოკვლევა) დაადასტურა ამ პლასტიკურ ნივთიერებათა დიფუზიური განაწილება საშვილოსნოს კუნთების ფუნქციურად უფრო აქტიურ შრეში. მათი ოდენობა ინტენსიურად მატულობს ორსულობის ვადის პროპორციულად, და მაქსიმალურ დონეს აღწევს მშობიარობის წინ. ეს მეტყველებს ტრიფტოფანის, თიროზინისა და ჰისტიდინის ცილებისა და სულფჰიდრილური ჯგუფების აქტიურ მონაწილეობაზე სამშობიარო მოქმედების დაწყება-მიმდინარეობაში.

ორსულობის ტერმინალურ პერიოდში წარმოქმნილი ბიოქიმიური ძვრები გარკვეული ადეკვატური გამღიზიანებელია ახალი სტრუქტურის მქონე რეცეპტორული აპარატისათვის, რომელიც ამ პერიოდშია საშვილოსნოში. ამ გამღიზიანებლის აღქმას თან სდევს რეფლექსურად საშვილოსნოში ორსულობასთან დაკავშირებულ მომატებულ ეფექტორითა რეაქცია მათი აგზნების სახით. ამ ეფექტორისა აგზნებას თან ერთვის საშვილოსნოს შეკუმშვა. თვით შეკუმშვის აქტი საშვილოსნოში არსებულ რეცეპტორთა ისეთი გამღიზიანებელია, რომელიც შეიგრძნობა, როგორც ტკივილი.

ამრიგად, მშობიარობის დაწყება და მასთან დაკავშირებული ტკივილის შეგრძნება გამოწვეული უნდა იყოს საშვილოსნოს რეცეპტორების გაღიზიანებით, რის შედეგადაც საშვილოსნო იკუმშება და სამშობიარო აქტი იწყება. ორსულობასთან დაკავშირებით საშვილოსნოს ინტრამურული ნერვული მოწყობილობის შეცვლა, რომელიც ჩვენს მიერაა დადგენილი, განპირობებული უნდა იყოს იმ ახალი იმპულსით, რომელიც საშვილოსნოში წარმოიქმნება ორსულობისა და, ალბათ, კვერცხუჯრედის განაყოფიერების დაწყებისთანავე. ნერვული წარმონაქმნების სტრუქტურისა და ფუნქციის შეცვლის დაწყებას თან ერთვის იმ ქსოვილთა სტრუქტურის, არქიტექტონიკისა და ფუნქციის შეცვლის დასაწყისი, რომელთა ინერვაციასაც ეს ნერ-

ეული სტრუქტურები ახორციელებენ. ამრიგად, ნერვული წარმონაქმნების სტრუქტურის შეცვლასთან ერთად იწყება საშვილოსნოს ყველა გარსისა და მასთ შორის კუნთოვანი გარსის უჯრედების, ე.ი. კუნთოვანი ბოჭკოების არქიტექტონიკისა და სტრუქტურის შეცვლა - ჰიპერპლაზია და ჰიპერტროფია. შემდგომში ამ სტრუქტურისა და ფუნქციის ცვლილება კოორდინირებულად მიმდინარეობს ორსულობის განვითარების მთელ პერიოდში. ორსულობის ბოლოს კი სტრუქტურაშეცვლილი საინერვაციო მექანიზმები „მზად არიან" აღიქვან ის ჰუმორული, ჰორმონული თუ სხვა გამღიზიანებლები, რომლებიც წარმოიქმნებიან ორსულობის ბოლო პერიოდში. ამ გაღიზიანების აღქმას თან სდევს საშვილოსნოს შეკუმშვა - მშობიარობის აქტის დასაწყისი.

მშობიარობის დაწყების მექანიზმში მნიშვნელობა აქვს ნივთიერებათა ცვლის ცვლილებებს. ამ ცვლილებებში მონაწილეობს შინაგანი სეკრეციის ორგანოები, ნერვული სისტემა, განსაკუთრებით კი პლაცენტა. პლაცენტის მიმაგრების ადგილზე დადგენილია ბარო-მექანო-ქემორეცეპტორები და ინტერორეცეპტორული ელემენტები, საშვილოსნოს კედლებში - მექანო- და ბარორეცეპტორები, რომელთა გაღიზიანებისას ირადირებული ვისცეროსენსორული რეფლექსი ვითარდება. ეს აშკარად მოწმობს საშვილოსნოს ნერვულ კონვერგენციას თავის ტვინის ქერქთან, ჰიპოთალამუსთან, მისი მედიალური ბირთვის უკანა ნაწილთან.

ორსულობის დროს მშობიარობის დაწყებას წინ უძღვის პლაცენტის ფუნქციის დაქვეითება, დაბერება, პლაცენტის სისხლში ჟანგბადის ნაკლოვანება, ნახშირმჟავას ჭარბად დაგროვება, ნაყოფის მიერ აცეტილქოლინის გამოყენების შემცირება, რაც განაპირობებს აცეტილქოლინის მომატებას დედის სისხლში და ამ ფონზე ოქსიტოცინის გამოყოფის გაძლიერებას. აცეტილქოლინი და აგრეთვე პროსტაგლანდინი ასრულებს ტონომოტორულ ფუნქციას და ამგზნებ გავლენას ახდენს საშვილოსნოს მოტორულ ფუნქციაზე. ნივთიერებათა ცვლის წონასწორობის შეცვლა იწვევს საშვილოსნოში ნერვულ-კუნთოვანი სისტემის გაღიზიანებას. აქედან იმპულსები გადაეცემა დიდი ტვინის ქერქს მედიატორების საშუალებით. აცეტილქოლინი, პიტუიტრინი, სიმპათინი, ნორადრენალინი ადაპტაციურ ტროფიკულ ფუნქციას ასრულებს, სასქესო ჰორმონები კი მოქმედებენ საშვილოსნოს ეფერენტულ სისტემაზე და განაპირობებენ მისი რეცეპტორებიდან მიმავალი ცენტრისკენული იმპულსების ადაპტაციას.

მშობიარობის დაწყებისათვის მნიშვნელობა აქვს სიმპათიკურ ნერვულ სისტემას და სისხლძარღვთა რეცეპტორებს, თავის ტვინის ქერქსა და ქერქქვეშა კომპონენტებს შორის ნეიროჰუმორულ რეგულაციას.

საშვილოსნოში წარმოქმნილი აგზნება განსაზღვრული დროის განმავლობაში არ მჟღავნდება, თავის ტვინის ქერქის მიერ შეკავებულია, რაც გამოწვეულია მისი აქტიურობით. ორსულობის ტერმინალურ პერიოდში კი თავის ტვინის ქერქის აგზნებულობა ქვეითდება და ქერქქვეშა ეფექტაციური ცენტრების აქტივობა მატულობს, რის შედეგად საშვილოსნოში წარმოქმნილი აგზნება მჟღავნდება, რეფლექსური შეკუმშვები წარმოიქმნება და მშობიარობა იწყება.

საშვილოსნოს ყოველი შეკუმშვა, თავის მხრივ, იწვევს ბიოლოგიურად აქტიურ, საშვილოსნოს შემკუმშავ ნივთიერებათა (აცეტილქოლინის, პიტოცინის, ნორადრენალინის, სიმპათინის, ოქსიტოცინის) გამოყოფას, რაც ახალ შეკუმშვას განაპირობებს. ამრიგად, საკუთარი ექსპერიმენტული მონაცემების საფუძველზე ჩამოყალიბდა სათანადო თეორია მშობიარობის დაწყების მექანიზმის შესახებ. მშობიარობა რთული რეფლექსური აქტია, გამოწვეული ნეიროჰუმორული, ჰორმონული,

ჰისტომორფოლოგიური, ფსიქიკური, ბიოფიზიკური, ფიზიოლოგიური და სხვა ფაქტორების ურთიერთქმედებით, რომლებიც აქტიურად მონაწილეობენ სამშობიარო დომინანტის ფორმირებასა და მშობიარობის რეგულაციაში.

მშობიარობისწინა ნიშნები

მშობიარობამდე ორი-სამი კვირით ადრე საშვილოსნოს ფუძე დაბლა დაიწევს, ჭიპსა და მახვილისებრ მორჩს შუა თავსდება. ორსულის ტანის სიმძიმის ცენტრი გადაადგილდება წინ, რის გამოც მხრები და თავი გადაიხრება უკან („ამაყი სიარული"), სუნთქვა გაადვილდება (საშვილოსნოს ფუძის დაწევისა და ფილტვების თავისუფალი ექსკურსიის გამო), მუცლის გარშემოწერილობა მოიმატებს და ჭიპი ამოიბურცება, ყელის არხიდან კრისტელერის საცობი გამოძევდება.

სამშობიარო შეტევების დაწყებას წინ უძღვის მშობიარობისწინა ნიშნები, არცთუ იშვიათად პრეელიმინალური (წინასწარი) პერიოდი. ორსულობის მიწურულში აღინიშნება „ცრუ" შეტევები - საშვილოსნოს თვითნებური (სპონტანური) შეკუმშვები, რომლებიც იწყება საშვილოსნოს ამა თუ იმ უბანზე და ვრცელდება მთელ საშვილოსნოზე. ცრუ შეტევები იწყება ორსულის ფიზიკური გადაღლისას, თუმცა საშვილოსნოს ტონუსი ამ დროს შესამჩნევად მატულობს.

მრავალჯერ ნამშობიარევ ქალებს მშობიარობამდე ემჩნევათ მშობიარობისწინა praesagientes ნიშნები - საშვილოსნოს სუსტი, არარეგულარული შეკუმშვები. ამ დროს საშვილოსნოს ყელის ანატომიური ცვლილებები არ აღინიშნება. როგორც წესი, მშობიარობისწინა ნიშნები მშობიარობაში გადაიზრდება.

მოსამზადებელი შეტევები - praeparantes შედარებით აქტიური და საკმაოდ რეგულარულია, მიმდინარეობს საშვილოსნოს ყელის გადასწორებით და თანდათანობით გახსნით. სხვანაირად რომ ეთქვათ, ეს მშობიარობის პირველი პერიოდის დასაწყისია და მიმდინარეობს საშვილოსნოს ყელის ნელი, თანდათანობითი ცვლილებებით.

როგორც მრავალჯერ ნამშობიარევ ქალებში, ასევე პირველმშობიარეებში წინასწარი (პრეელიმინური) პერიოდი საშვილოსნოს ტონუსის აწევით ხასიათდება და გრძელდება არანაკლებ ექვსი საათისა. პრეელიმინური პერიოდი უშუალოდ დაკავშირებულია საშვილოსნოს ყელის გახსნის პერიოდთან. ეს პერიოდი სამშობიარო შეტევებისგან განსხვავდება. შეტევები ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ერთნაირი სიძლიერის, სიხშირის, ხანგრძლივობისა, ხოლო რამდენიმე საათის შემდეგ სუსტდება და ცოტა ხნით შეწყდება კიდეც. ბევრ შემთხვევაში პრეელიმინური პერიოდი საკმაოდ სწრაფად გადადის ენერგიულ სამშობიარო შეტევებში და მშობიარობა მთავრდება რამდენიმე (2-3) საათში. როგორც ჩანს, საშვილოსნოს წინასწარი მოსამზადებელი შეკუმშვები საშვილოსნოს ყელს ამზადებს უფრო სწრაფი გადასწორებისა და გახსნისათვის (მიუხედავად იმისა, რომ საშვილოსნოს შეკუმშვა პალპაციით არ განისაზღვრება). პრეელიმინურ პერიოდში ტკივილის შეგრძნება იწყება საშვილოსნოს შეკუმშვების დაწყებიდან უფრო მოგვიანებით. ტკივილი ისე ძლიერი არ არის, როგორც დამახასიათებელია სამშობიარო შეტევების დროს. ყოველითვის ეს პერიოდის დასაწყისია, რომელსაც ახასიათებს საშვილოსნოს ყელის სტრუქტურული ცვლილებები. მშობიარობა, რომელსაც გახანგრძლივებული (6 საათზე მეტი) პრეელიმინური პერიოდი ახასიათებს, ხანგრძლივდება და მრავალ გართულებას იძლევა.

მშობიარობისთვის მზადყოფნის მაჩვენებელი შეიძლება იყოს ასევე სარძევე ჯირკვლის „რეფლექსი" (1 წუთის განმავლობაში მასზე ვაკუუმის ზემოქმედებით

საშვილოსნოს შეკუმშვების დაწყება), აგრეთვე ოქსიტოცინისა და კალციუმის ქლორიდისადმი საშვილოსნოს მგრძნობელობის განსაზღვრა.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება საშვილოსნოს ყელის მდგომარეობას, მის „სიმწიფეს", რაც დამოკიდებულია საშვილოსნოს საშოს ნაწილის სიგრძეზე, ყელის გახსნის დონეზე, საშვილოსნოს ყელის არხის სიგრძესა და ფორმაზე, კონსისტენციაზე, წევადობის სიძლიერესა და მცირე მენჯში ყელის მდებარეობის თავისებურებაზე.

მშობიარობის ფიზიოლოგიური მიმდინარეობის დროს „მწიფე" ყელი პირველმშობიარეებს აღენიშნებათ მშობიარობამდე 1-2 კვირით ადრე, ხოლო განმეორებით მშობიარეებს - 1 კვირით ან რამდენიმე დღით ადრე.

„უმწიფარი" ყელი გარბილებულია, მხოლოდ პერიფერიაზე და ყელის არხის მიმართულებით მკვრივი, ყელის საშოს ნაწილი შენარჩუნებულია (4 სმ და მეტიც) ან ოდნავ დამოკლებულია, ზოგ შემთხვევაში კი ძალიან გრძელია (4 სმ-ზე მეტი) და სქელი. ნაყოფის წინმდებარე ნაწილი თაღებიდან გასინჯვისას გაურკვეველია, ყელის გარეთა პირი დახურულია ან თითის წვერს ატარებს, საშვილოსნოს ყელი მდებარეობს მცირე მენჯის ღრუში და არ ემთხვევა გამტარ ხაზს, ყელის გარეთა პირი ბოქვენის სიმფიზის ზედა და ქვედა კიდეებს შუაშია ან ზედა კიდესთან ახლოს.

„მწიფე" ყელი მთლიანად გარბილებულია და მკვეთრად დამოკლებული (2-2,5 სმ-ზე), ყელის არხი თავისუფლად ატარებს ერთ და მეტ თითს, აქვს ტიპური ფორმა როგორც პირველ, ისევე განმეორებით მშობიარეებში. ქვედა სეგმენტები სადად გადადის საშვილოსნოს ყელის არხზე. თაღებიდან გარკვევით ისინჯება ნაყოფის წინმდებარე ნაწილი. საშვილოსნოს ყელის საშოს ნაწილი საგრძნობლად გათხელებულია (4-5 მმ-მდე) და ზუსტად ემთხვევა მენჯის გამტარ ხაზს, ყელის გარეთა პირი ისინჯება საჯდომი წვეტების დონეზე.

XI თავი

მშობიარობის კლინიკური მიმდინარეობა მშობიარობის პერიოდები

მშობიარობა სამ პერიოდად იყოფა: საშვილოსნოს ყელის გახსნის, ნაყოფის გამოძევებისა და მომყოლის გამოძევების პერიოდებიდან.

საშვილოსნოს ყელის გახსნის პერიოდი (მშობიარობის I პერიოდი) გრძელდება რეგულარული სამშობიარო მოქმედების დაწყებიდან საშვილოსნოს ყელის სრულ (11 სმ-მდე) გახსნამდე.

ნაყოფის გამოძევების პერიოდი (მშობიარობის II პერიოდი) ეწოდება დროის მონაკვეთს ყელის სრული გახსნიდან ნაყოფის დაბადებამდე.

მომყოლის გამოძევების პერიოდი (მშობიარობის III პერიოდი) ეწოდება დროის მონაკვეთს ნაყოფის დაბადებიდან მომყოლის დაბადებამდე.

სამშობიარო აქტი განპირობებულია საშვილოსნოს ენერგიული შეკუმშვით (შეტევები). შემდგომ საშვილოსნოს შეკუმშვას ერთდროულად (სინქრონულად) უერთდება მუცლის პრესის, მენჯის ფუძის კუნთებისა და დიაფრაგმის შეკუმშვა (ჭინთვა). შეტევებს და ჭინთვას გამაძევებელი სამშობიარო ძალა ეწოდება.

შეტევები უნებური, პერიოდული და ხშირად მტკივნეულია. ორ შეტევას შორის შუალედს პაუზა ეწოდება.

ყოველი შეტევის დროს იკუმშება მთელი საშვილოსნოს გლუვი კუნთები, განსაკუთრებით კი მისი ფუძისა და ტანის ნაწილები.

ყელსა და ზეყელში, რომლებიდანაც ქვედა სეგმენტი ფორმირდება, სადა კუნთოვანი ბოჭკოები უფრო ნაკლებია, ვიდრე საშვილოსნოს ტანში. ამიტომ საშვილოსნოს შეკუმშვა გაცილებით უკეთაა გამოხატული საშვილოსნოს ტანში, ვიდრე მის ქვედა სეგმენტში. ამის შესაბამისად შეტევების დროს საშვილოსნოს ტანის კედლები სქელდება, ქვედა სეგმენტი კი ფართოვდება და თხელდება.

ყელის გახსნის პერიოდი

მშობიარობის პირველი პერიოდის დაწყებაზე მსჯელობენ საშვილოსნოს რიტმული, რეგულარული შეკუმშვების დაწყების მიხედვით.

საშვილოსნოს თვითნებური აგზნების ზონა წარმოიქმნება მის მარჯვენა ან მარცხენა მხარეს. იშვიათად აგზნების ზონა შეიძლება იყოს საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში. საშვილოსნოს კუნთების ბიოპოტენციალის შესწავლით დადგინდა, რომ აგზნების ტალღის სიჩქარე 10 მ/წმ-ის ტოლია. საშვილოსნოს კუმშვას სამი პერიოდი აქვს: 1. შეკუმშვის სიძლიერის თანდათანობითი მომატება (stadium incrementi), 2. შეკუმშვის უმაღლესი სიძლიერე (stadium acme), 3. შეკუმშვის თანდათანობითი მოდუნება (stadium decrementi).

საშვილოსნოს შეკუმშვა, თავის მხრივ, იწვევს საშვილოსნოს ღრუსშიგა წნევის მომატებას. საშვილოსნოს ღრუს წნევის მაქსიმალური მომატება არ არის დამოკიდებული იმაზე, თუ ტანის რომელ ადგილზეა ლოკალიზებული აგზნების ტალღა. საშვილოსნოს ღრუსშიგა წნევა კუმშვათა შორის შუალედში არის ვ.წყ.სვ. 5-10 მმ, ხოლო შეკუმშვის უმაღლეს სტადიაში - ვ.წყ.სვ. 50-90 მმ. წნევის ასეთი ცვალებადობა არ არღვევს სისხლის მიმოქცევას საშვილოსნოსა და ბუსუსთა შორის სივრცეში, თუ შეკუმშვის ხანგრძლივობა ნორმალურია.

მიომეტრიუმის სტრუქტურული ერთეული გლუვკუნთოვანი უჯრედია, უჯრედთა სწორხაზოვანი განლაგება ქმნის კუნთოვან ბოჭკოებს, კუნთოვან ბოჭკოთა კონებს. ამ ბოჭკოთა კონების მიმართულების შესახებ ერთიანი აზრი არ არსებობს. ავტორთა უმრავლესობის აზრით, კუნთოვან ბოჭკოთა კონებს სხვადასხვა მიმართულება აქვთ: სიგრძივი, განივი და ირიბი, მიუხედავად ამისა მათი შეკუმშვა სინქრონულად ხდება.

საშვილოსნო ახორციელებს შეკუმშვას - კონტრაქციას. კონტრაქციის დროს მოკლდება კუნთოვან ბოჭკოთა კონები, საშვილოსნოს მოცულობა მცირდება, მისი კედელი სქელდება. ამავე დროს საშვილოსნოს კუნთოვან ბოჭკოთა კონები ზემოხსენებული სხვადასხვა მიმართულების გამო ერთიმეორეზე გადაადგილდება - გადაჯგუფდება; ამ მდგომარეობას რეტრაქციას უწოდებენ. კუნთოვან ბოჭკოთა კონების რეტრაქციის შედეგად საშვილოსნოს ყელი გადასწორდება (ან დამოკლდება) და გაიხსნება შემდეგი მექანიზმით: სიგრძივად და ირიბად განლაგებული კუნთოვან ბოჭკოთა კონების შეკუმშვა იწვევს ცირკულარული (გარდიგარდმოდ განლაგებული) კუნთოვან ბოჭკოთა კონების წარზიდვას, რაც განაპირობებს დისტრაქციას - საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის გაწევას (გახსნას). საშვილოსნოს კუნთოვან ბოჭკოთა კონტრაქცია და რეტრაქცია იწვევს საშვილოსნოს კუნთოვან ბოჭკოთა კონების უდიდესი ნაწილის ყელიდან ტანში გადაადგილებას და ამასთან დაკავშირებით ქვედა სეგმენტის საბოლოოდ ფორმირებასა და გათხელებას.

საშვილოსნოს შეკუმშვის ძალა მისი ტონუსის პირდაპირპროპორციულია. ტონუსში იგულისხმება კუნთოვანი ქსოვილის განსაზღვრული დაძაბულობა სიმშვიდის ფაზაში. მშობიარობის პროცესში ოპტიმალური ურთიერთკავშირი მყარდება საშვილოსნოს ტონუსსა და შეკუმშვას შორის (არჩევენ ნორმო-, ჰიპო- და ჰიპ-

ერტონუსს).

სურ. 44 საშვილოსნოს კუმშვის ძალა, სანაყოფე ბუშტის მოქმედება და წინმდებარე ნაწილის დაწოლა ყელის შიგნითა პირზე

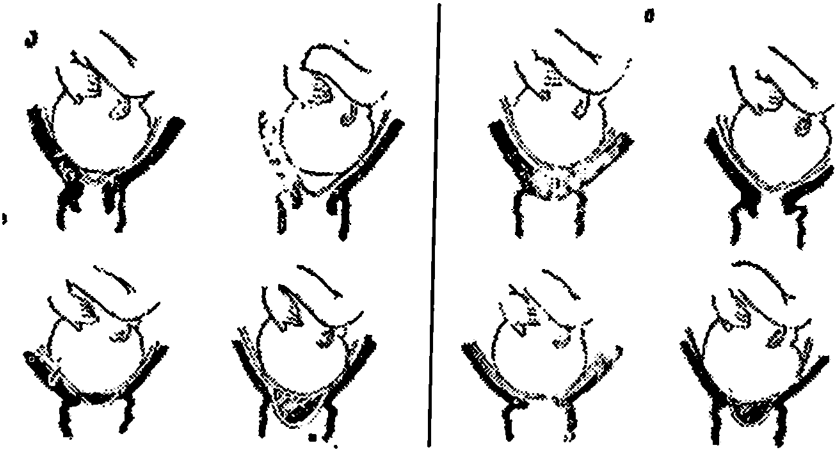
საშვილოსნოს ტონუსი იცვლება მშობიარობის სხვადასხვა პერიოდში. საშვილოსნოს ტონუსის სხვადასხვა მაჩვენებლის შემთხვევაში ვითარდება საშვილოსნოს მაქსიმალური შეკუმშვა (ჰიპო- და ჰიპერტონუსი არ იწვევს შეკუმშვის მაქსიმალურ ამპლიტუდას).

საშვილოსნოს ტონუსის გამოსაცნობად მეანი მუცლის წინა კედელზე ათავსებს ხელს, რათა გამოარკვიოს შეტევების ხანგრძლივობა, შეტევათა შორის პაუზა. უფრო ობიექტურია საშვილოსნოს ტონუსის განსაზღვრა შინაგანი და გარეგანი ჰისტეროგრაფიით, ელექტროჰისტეროგრაფიით ან საშვილოსნოს ბიორადიოტელემეტრიით. შედარებით მარტივი მეთოდია გარეგანი ჰისტეროგრაფია მარეის კაფსულის გამოყენებით, ანუ საშვილოსნოს შეკუმშვის პირდაპირი მექანიკური გადაცემით მიოგრაფზე და მისი ჩაწერით კიმოგრაფზე. გარეგანი ჰისტეროგრაფია დამაკმაყოფილებელ ცნობებს იძლევა საშვილოსნოს მექანიკური აქტივობის, შეკუმშვის ძალისა და რიტმის შესახებ. უფრო სრულყოფილი მეთოდია საშვილოსნოს ბიოპოტენციალების რეგისტრაცია ელექტროჰისტეროგრაფიული მეთოდით.

სამშობიარო მოქმედების რეგულაციისათვის პერსპექტიული და მოსახერხებელი მეთოდია ბიორადიოტელემეტრია, რაც ნიშნავს მინიატურული „რადიოკაფსულის“ მოთავსებას ექსტრაოვულურად საშვილოსნოს შიგნით, სანაყოფე სითხის დაღვრის შემდეგ, ნაყოფის წინმდებარე ნაწილის უკან. ხელსაწყო, რომელიც იღებს, გარდაქმნის და აფიქსირებს რადიოკაფსულიდან მიღებულ სიგნალებს, პაციენტიდან შვიდი მეტრის მანძილზეა მოთავსებული. ნაყოფის თავთან ერთად რადიოკაფსულაც იბადება.

ბიორადიოტელემეტრული მეთოდით შეიძლება განისაზღვროს საშვილოსნოს წნევა, საშვილოსნოს ტონუსი, შეკუმშვის ძალა, მისი ხანგრძლივობა და შეტევებს შორის შუალედები.

ამგვარად, საშვილოსნოს კუნთის როგორც მთლიანის კონტრაქცია, რეტრაქცია და დისტრაქცია იწვევს: საშვილოსნოს კუნთოვან ბოჭკოთა კონების უდიდესი ნაწილის საშვილოსნოს ტანში გადაადგილებას (კუმშვადი, აქტიური ნაწილი) და ქვედა სეგმენტის (პასიური ნაწილი) საბოლოოდ ჩამოყალიბებას, საშვილოსნოს ყელის გადასწორებას ან დამოკლებას, ყელის არხის გაფართოებას (გახსნას), საშვილოსნოს კედლების მიერ სანაყოფე კვერცხის მჭიდროდ შემოფარგვლას და მის გამოძევებას. სამშობიარო მოქმედების დინამიკაზე, სამშობიარო გზების და გამომძევებელი ძალის (I პერიოდში საშვილოსნოს შეკუმშვის სახით) გარდა, დიდ გავლენას ახდენს თვით ნაყოფი - განსაკუთრებით მისი უდიდესი ნაწილი - თავი (მისი კონფიგურაციის უნარი).



სურ. 45 საშვილოსნოს ყელის გახსნა
ა—განმეორებით მშობიარეებში; ბ—პირველმშობიარეებში

ნაყოფის თავის ქალას ძვლები როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული ერთმანეთთან შეერთებულია ნაკერებით და ყიფლიბანდებით, რაც ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილს წარმოადგენს. სამშობიარო არხის მხრივ წინააღმდეგობა, რომელსაც ნაყოფის თავი განიცდის, იწვევს ნაყოფის ქალას ძვლების ერთმანეთზე შეცურებას (თავის კონფიგურაციას). კონფიგურაციის დონე დამოკიდებულია ნაყოფის თავის მოცულობაზე, მის ზომას და მენჯის ზომებს ურთიერთდამოკიდებულებაზე მშობიარობის დასაწყისში საშვილოსნოს შეკუმშვის ხანგრძლივობა რამდენიმე წამი (10 წმ-მდე) გრძელდება, შემდეგ იმატებს 20-30 წამამდე. საშვილოსნოს ყელის გახსნის დასასრულს კუმშვის ხანგრძლივობა 50-60 წამს უდრის. შეკუმშვა, რომლის ხანგრძლივობა 90 წამს აღემატება, პათოლოგიურადაა მიჩნეული.

პირველ- და განმეორებით მშობიარეთა ყელის გახსნის მექანიზმი დიდად განსხვავდება ერთმანეთისგან. პირველმშობიარეთა ყელის გახსნა შემდეგნაირად ხდება: საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირი კუმშვა-შეტევების დაწყებით თანდათან იწყებს გაშლას. მისი საშვილოსნოს ტანის შემადგენლობაში გადასვლის გამო, ყელის არხი მოკლდება, ყელი გადასწორდება, გათხელდება და დარჩება მხოლოდ გარეთა პირი, რომელიც ატარებს თითის წვერს, მასზე სანაყოფე ბუშტის ზეწოლა ყელის გახსნას იწვევს. ყელის გახსნის პროცესში პირველმშობიარეს აქვს სისხლშერეული ლორწოვანი ან სისხლიანი გამონადენი. ასეთი გამონადენი გამოწვეულია იმით, რომ გარეთა პირი ოდნავ ზიანდება, განსაკუთრებით გვერდითი კიდეები - მარჯვენა და მარცხენა. ამგვარად, პირველმშობიარეს საშვილოსნოს ყელი ეხსნება ზევიდან ქვემოთ, შიგნიდან გარეთ. ყელი ჯერ გადასწორდება, გათხელდება და შემდეგ დაიწყებს გარეთა პირის გახსნას.

განმეორებით მშობიარეთა საშვილოსნოს ყელის გახსნა სხვაგვარად მიმდინარეობს. გარეთა პირი ოდნავ ღიაა და ორსულობის დასასრულს ზოგჯერ 1-2 თითს ატარებს (გახსნილია 2-4 სმ-მდე). ამ შემთხვევაში საშვილოსნოს კუმშვის ძალა,

სურ. 46 შეხების რგოლი

სანაყოფე ბუშტის მოქმედება და წინამდებარე ნაწილის დაწოლა მიმართულია ყელის შიგნითა პირზე და ისე იხსნება, რომ განმეორებით მშობიარეებში აღნიშნავენ ყელის გახსნას გარედან შიგნით, ქვევიდან ზევით. ყელის გახსნას ადგენენ შინაგანი გასინჯვით, ყელში თითების გატარებით. თუ ის ერთ თითს ატარებს, ამას უწოდებენ გახსნას ერთი თითის (2 სმ-ის) სიგანეზე, ორი თითის გატარებას უწოდებენ ორ თითზე გახსნას (4 სმ-ზე). სხვა თითები ყელში არ შეაქვთ. ამ ორი თითის გაწევით მსჯელობენ, რომ ყელი გახსნილია სამ, ოთხ და ხუთ თითზე. ხუთ თითზე გახსნა ნიშნავს სრულ გახსნას, ანუ ყელის ისეთ მდგომარეობას, როდესაც ის დაბრკოლებას არ უქმნის ნაყოფს წინსვლისთვის. ამ შემთხვევაში ყელი 11 სმ დიამეტრითაა გახსნილი. ყელის სრული გახსნის დროს გარეთა პირის კიდეები არ ისინჯება.

ყელის გახსნის შეტყობა შეიძლება გარეგანი გასინჯვით. წინასწარ საჭიროა შარდის ბუშტის დაცლა; საშვილოსნოს ტანსა და ყელს. ე.ი. საშვილოსნოს კუმშვად ნაწილებს შორის წარმოიქმნება საზღვარი, რომელიც ისინჯება მუცლის კედლებზე სიმფიზის არეში კონტრაქციული რგოლის სახით ჰორიზონტალური მიმართულებით. ამ რგოლის სიმფიზიდან დაცილების მიხედვით მსჯელობენ ყელის გახსნის შესახებ. მაგალითად, თუ ეს რგოლი ბოქვენიდან ორი თითის დადების მანძილზეა, ყელი გახსნილია ორ თითზე, თუ ბოქვენს სამი თითის დადებით ცილდება, ის გახსნილია სამ თითზე, მისი ხუთი თითის სიმაღლეზე დგომა კი ყელის სრულ გახსნას მოასწავებს. ყელის გახსნას ხელს უწყობს სანაყოფე ბუშტი. რომელიც სანაყოფე გარსებისგან წარმოიქმნება ყელის არეში საშვილოსნოს კუმშვის შედეგად. ე.ი. მშობიარობის დაწყებიდან, იგი სოლისებრ შეიჭრება ყელში. მას ზემოდან აწვება სანაყოფე სითხე, რომელიც სანაყოფე სითხის მოწოლით ყელისკენ. როგორც კი საშვილოსნოს კუმშვა გაივლის, საშვილოსნოსშიგა წნევა კლებულობს, სანაყოფე ბუშტი დუნდება. როდესაც ნაყოფის თავი მენჯში მცირე სეგმენტითაც არ არის ჩასული, სანაყოფე სითხე ადვილად გადაინაცვლებს წინიდან უკან, ე.ი. საშვილოსნოს ქვედა პოლუსიდან ფუძისკენ და, პირიქით, როდესაც ნაყოფის წინმდებარე ნაწილი - თავი მცირე მენჯში ჩადის და მჭიდროდ ეხება მენჯის ძვლებს, წარმოიქმნება შეხების არე, ანუ რგოლი. შეხების არე ეწოდება ნაყოფის თავის იმ ნაწილს, რომლითაც იგი მენჯის ძვლებს ეხება. შეხების არე აბრკოლებს სანაყოფე სითხის თავისუფალ გადანაცვლებას. ეს რგოლი სანაყოფე სითხეს ყოფს ორ ნაწილად: სითხის ის ნაწილი, რომელიც ნაყოფის წინმდებარე ნაწილსა და გარსებს შუაა, მონაწილეობს სანაყოფე ბუშტის შექმნაში და მას ეწოდება წინა სანაყოფე სითხე. შეხები რგოლის უკან მდებარე სითხეს კი, რომელიც ნაყოფის ტანს ფარავს, ეწოდება უკანა სანაყოფე სითხე. თუ წინმდებარე თავი მოძრავია, წინა და უკანა სანაყოფე სითხე არ არის გაყოფილი, რადგან ამ შემთხვევაში თავი მცირე მენჯში ჩამდგარი არ

არის. ასეთ სანაყოფე სითხე არ არის გაყოფილი.

სამშობიარო შეტევის (საშვილოსნოს შეკუმშვის) დროს სანაყოფე ბუშტი ივსე-ბა. სანაყოფე სითხე მიისწრაფვის იქით, სადაც ყველაზე უფრო მცირე წინააღ-მდეგობას ხვდება, ე.ი. ყელის შიგნითა პირისკენ. ამ მიმართულებით გაძლიერებუ-ლი წნევა იწვევს სითხის მოწოლას და სანაყოფე ბუშტის ყელში სოლისებრ შე-ჭრას, რაც აღიზიანებს იქ მდებარე რეცეპტორებს და ამით აძლიერებს საშვილოს-ნოს შეკუმშვას.

ამ დროს ახორციელებენ საშოსმხრივ გასინჯვას ერთი, ორი და იშვიათად ოთხი თითით, რათა დაადგინონ ყელის გახსნის ხარისხი, ნაყოფის წინმდებარე ნაწილი, სახე, მენჯის მიდგომა და სხვ.

ყელის სრული გახსნის შემდეგ სანაყოფე ბუშტი სითხის გაძლიერებული მოწო-ლის გამო ძლიერ იჭიმება. ერთ-ერთი შეტევის დროს სკდება და წინა სანაყოფე სითხე იღვრება. სანაყოფე სითხის რაოდენობა 200 მლ-ს უდრის; ეს სანაყოფე ბუშ-ტის დროულად გახეთქვაზე მიუთითებს.

სანაყოფე ბუშტის გახეთქვა ყელის 3-4 თითამდე გახსნისას, ე.ი. სრულ გახსნამდე, შემთხვევათა 60-70 %-ში გვხვდება. ამ მომენტში სითხის დაღვრა ცნობილია სანაყ-ოფე სითხის ადრეული დაღვრის სახელწოდებით. იშვიათად სანაყოფე სითხე იღვრება ყელის გახსნის დაწყებამდე. ამას სითხის ნაადრევი დაღვრა ეწოდება.

სანაყოფე ბუშტის დაგვიანებით გახეთქვაზე ლაპარაკობენ იმ შემთხვევაში, როდე-საც მისი მთლიანობა შენარჩუნებულია ყელის სრული გახსნის შემდეგ. ამ შემთხ-ვევაში საჭიროა სანაყოფე ბუშტის ხელოვნური გახეთქვა.

ყელის გახსნის დასასრულს ქვედა სეგმენტის კედლის სისქე უდრის 2 მმ-ს, ხოლო საშვილოსნოს ტანის კედლისა - 5-6 მმ-ს. არის შემთხვევა, როდესაც ყელი სრულადაა გახსნილი და ბუშტი არ სკდება, ე.ი. ბუშტის გახეთქვა გვიანდება. ამ შემთხ-ვევაში უნდა ვივარაუდოთ მტკიცე, სქელი ბუშტი, რომელიც გადაკრულია ნაყ-ოფის თავზე და, ძლიერი შეტევის მიუხედავად, არ ჩამოდის ყელში, არ უწყობს ხელს მის გახსნას. ასეთი ბუშტი მშობიარობას აფერხებს და ნაყოფი წინ ვერ მიიწ-ევს. მშობიარობის დაჩქარების მიზნით ასეთ შემთხვევაში საჭიროა ბუშტის ხე-ლოვნური გახეთქვა (diruptio vela mentorum ovi).

სრული გახსნის პირობებში, როდესაც სანაყოფე ბუშტის მთლიანობა თავისით არ ირღვევა და ექიმი გამოუცდელია, ნაყოფი მთლიანად გარსში იბადება. ასეთ მოვლენას „ნაყოფის პერანგში“ ან „ქუდბედით“ დაბადებას უწოდებენ. მართლაც, ამ პირობებში ცოცხალი ნაყოფის დაბადება ბედნიერებაა, ვინაიდან მოსალოდნე-ლია ნაყოფის ასფიქსია და სიკვდილი.

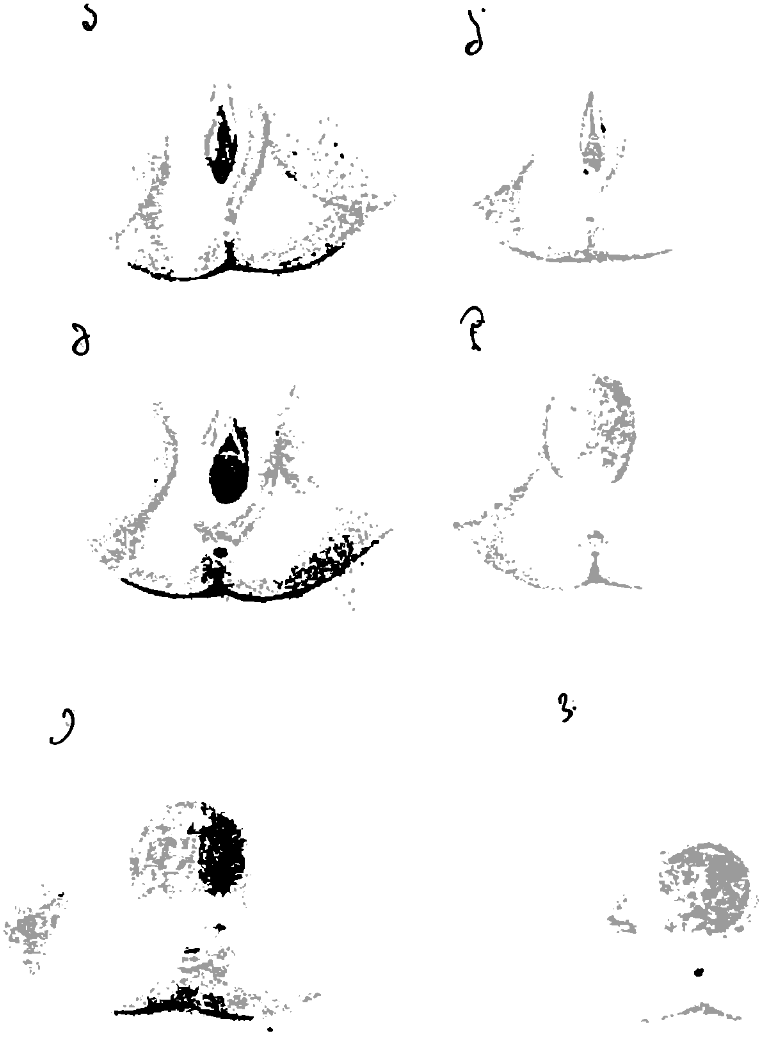
ამგვარად, საშვილოსნოს ყელის გახსნის პერიოდი ეწოდება დროის მონაკვეთს რეგულარული შეტევების დაწყებიდან საშვილოსნოს ყელის სრულ გახსნამდე, რომელიც პირველმშობიარეებში 15-18 საათი, განმეორებით მშობიარეებში კი 10-12 საათი გრძელდება.

საშვილოსნოს ყელის სრული გახსნითა და სანაყოფე ბუშტის მთლიანობის დარ-ღვევით მთავრდება მშობიარობის პირველი პერიოდი.

ნაყოფის გამოძევების პერიოდი

მშობიარობის მეორე პერიოდი ნაკლებად ხანგრძლივია: პირველმშობია-რეებში დაახლოებით 2 საათი, ხოლო განმეორებით მშობიარეებში - 30 წუთიდან ერთ საათამდე, ზოგჯერ უფრო ნაკლებიც.

ყელის გახსნას და სანაყოფე სითხის დაღვრას მოჰყვება შეტევების შეწყვეტა 5-



სურ. 47 ნაყოფის გამოძევების პერიოდი
ა— ჭინთვის დასაწყისი; ბ—თავის შეჭრა; გ—თავის გამოჭრა; დ,ე—თავის დაბადება; ე—თავის გარეგანი ბრუნვა

7 წუთით. შემდეგ უფრო ძლიერი შეტევები იწყება, რასაც თან სდევს ჭინთვა. ჭინთვის გამო ნაყოფის წინმდებარე ნაწილი წინ მიიწევს და სამშობიარო არხს გაივლის. წინმდებარე ნაწილის წინსვლას ხელს უწყობს საშვილოსნოსშიგა წნევა. ჭინთვის ზეგავლენით ნაყოფის ის ნაწილი, რომელიც საშვილოსნოს ფუძეშია (თ. ი. საჯდომი), უშუალოდ განიცდის ზეწოლას და ხერხემლის საშუალებით გადასცემს

სურ. 48 სამშობიარო სიმსივნე ნაყოფის თავზე

მას წინმდებარე ნაწილს.

წინსვლით მოძრაობაში ნაყოფი წინააღმდეგობას ხვდება მენჯისა და რბილი ქსოვილების მხრივ, მაგრამ მაინც წინ მიიწევს და თავისი დიდი ზომებით ზუსტად ეფარდება მენჯის ღრუს თანამოსახელე ზომას.

გამოძევების დასაწყისში ნაყოფის წინსვლითი მოძრაობა უშუალოდ უკავშირდება საშვილოსნოს შეკუმშვას და გლუვი კუნთის რეტრაქცია მაქსიმუმს აღწევს. საშვილოსნოს კუმშვადი ნაწილი, ე.ი. ტანი ნაყოფის ზემოთ მოექცევა. როდესაც მისი მდებარეობა იმ დონემდე მიაღწევს, რომ იოგოვანი აპარატის დაჭიმულობა შესაძლებლობას აღარ მისცემს უფრო მეტად აეიდეს მაღლა. საშვილოსნოსშიგა წნევა მთლიანად ნაყოფის გამოძევებას ხმარდება. წინმდებარე ნაწილის ზეწოლა მენჯის ძირზე რეფლექსურად აძლიერებს და ახშირებს ჭინთვას (ინტერვალი 2-3 წუთია), მშობიარე სუნთქვას აჩერებს, დიაფრაგმა და მუცლის კუნთები იჭიმება, საშვილოსნო მკერივდება. ნაყოფი ეშვება მენჯის ღრუში და მისი გაელის შემდეგ იბადება. სამშობიარო გზების რბილი ნაწილების დაბრკოლებას წინმდებარე ნაწილი - თავი - თანდათან ძლევს.

ნაყოფის თავის წინსვლით მოძრაობაზე შეიძლება მსჯელობა ქვემოაღწერილი მეთოდებით.

1. პისკაჩეკის (Piskachek) მეთოდი: მარჯვენა ხელით მარჯვენა დიდი ბაგის პარალელურად აწვებიან საშოს სიღრმეს, სანამ წინმდებარე ნაწილს მიაწვებიან (თუ თავი მენჯის ღრუშია, ამ მეთოდით შეიძლება თავის მიწვდომა). ამ მეთოდის რამდენჯერმე გამოყენებით შეიძლება თავის წინსვლაზე მსჯელობა.

2. შვარცენბახის (Schwarzenbach) მეთოდი: მშობიარე წევს მარცხენა გვერდზე. ექიმი მშობიარის ზურგს უკან დგას და მარჯვენა ხელისგულს ათავსებს გავის ქვედა ნაწილში ისე, რომ თითების წვერები მოთავსდეს ანუსსა და კუდუსუნს შორის, თან აწვება შორისის სიღრმეში. თუ თავი მენჯის ღრუსა ან გამოსავალშია შეიძლება მისი მიწვდომა.

3. გენტერის მეთოდი: მშობიარე წევს ზურგზე, ფეხები მოხრილი აქვს მენჯბარძაყისა და მუხლის სახსარში, მენჯი კი—ოდნავ აწეული. ექიმი დგას მშობიარისაგან მარჯვნივ, მარჯვენა ხელის თითებს ათავსებს ცირკულარულად ანუსის ირგვლივ და აწვება. თუ თავი მენჯის ღრუს ვიწრო ნაწილსა ან გამოსავალშია, მისი მიწვდომა შეიძლება. ამ მეთოდებს იყენებენ გამოძევების პერიოდში, ზედმეტად საშოსმხრივი გასინჯვის ასაცილებლად.

თავის სეგმენტების გასაზღვრას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს მშობიარობის პროცესში, რამდენადაც იგი საშუალებას იძლევა დადგინდეს ნაყოფის თავი მიიწევს წინ თუ არა, თუ მიიწევს, რამდენად. იგი ძლიერ წნევას განიცდის მენჯის არხის კედლებთან შეხების არეში, რომლის ქვემოთ მის რბილ ქსოვილებში შეშუ-

პება ვითარდება. ამას სამშობიარო სიმსივნე - caput succedaneum ეწოდება.

როდესაც წინმდებარე ნაწილი მიაღწევს საშოს გასასვლელს, შორისი წინ გამოიბურცება, სასქესო ნაპრალი გაიჭიმება, გაიშლება და ჭინთვის დროს მასში წინმდებარე ნაწილი გამოჩნდება, მაგრამ ჭინთვის შეწყვეტისას იგი ისევ დაიმალება. სასქესო ნაპრალი შევიწროვდება. ამ მოვლენას შეჭრას ეწოდება. შეჭრის მომენტში ნაყოფის ხერხემალი თითქმის სწორ ხაზს ქმნის. ნაყოფის ღერძის სიგრძე გამოძევების დაწყებამდე 25-26 სმ-ს არ აღემატება, გამოძევების დასასრულს კი - 30-32 სმ-მდე აღწევს.

რამდენიმე ხნის შემდეგ ჭინთვა მატულობს. ჭინთვის დროს სწორი ნაწლავი გაიშლება და ნაყოფის დაბადებამდე გაშლილი რჩება, ხშირად განავალიც გამოდის. ამ შემთხვევაში სასქესო ნაპრალში ნაყოფის თავის დიდი სეგმენტი მოჩანს და ჭინთვის შეწყვეტისას არ იმალება, რასაც გამოჭრა ეწოდება. ამას მოჰყვება ნაყოფის თავის დაბადება.

ნორმალურ პირობებში ნაყოფის თავი უნდა გამოვიდეს მეორე ორიდე ჭინთვით. მეანი ითვალისწინებს ამას და ცდილობს კეფის შემაღლების გამოსვლამდე შეუნარჩუნოს თავს მოხრილი მდგომარეობა. ნაყოფის დაბადების შემდეგ უკანა სანაყოფე სითხე დაიღვრება და ამით მთავრდება მშობიარობის მეორე პერიოდი.

ნაყოფის დაბადების მომენტიდან იწყება მშობიარობის მესამე, ე.წ. მომყოლის გამოძევების პერიოდი - მომყოლის მოცილება და საშვილოსნოდან გამოძევება.

მშობიარობის მექანიზმი

სამშობიარო არხში ნაყოფის მიერ შესრულებულ მოძრაობათა კომპლექსს მშობიარობის მექანიზმი ეწოდება.

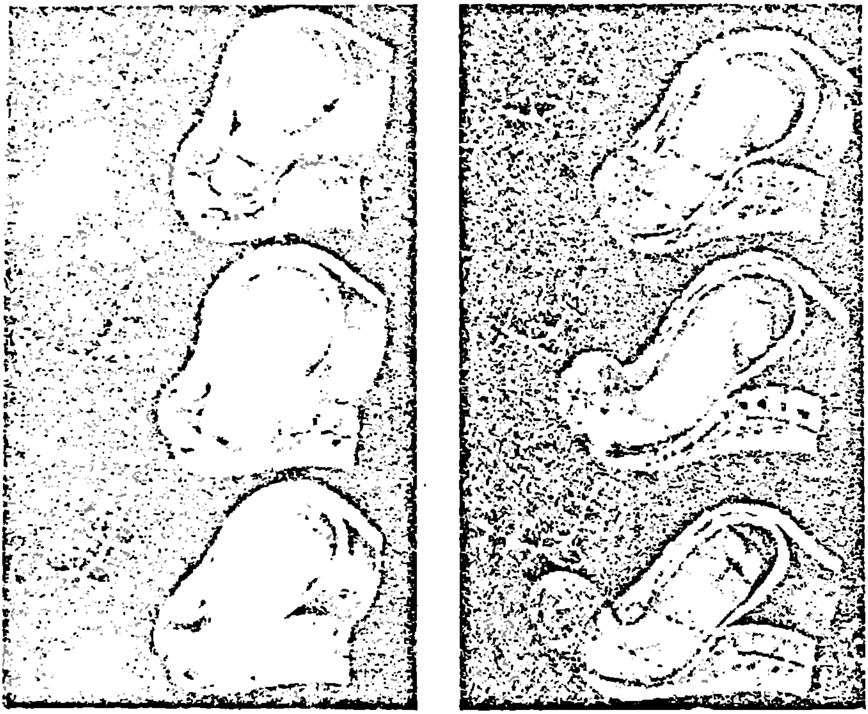
ნაყოფის წინსვლას ძირითად დაბრკოლებად ეღობება მცირე მენჯის არხი, რომლის გადალახვა საჭიროებს წინმდებარე ნაწილის წინსვლასთან ერთად ბრუნვით მოძრაობას, ე.ი. ნაყოფის წინმდებარე ნაწილის ზომის შეფარდებას მენჯის ზომასთან. წინსვლითი მოძრაობის დროს ნაყოფის თავი ან მენჯი თანდათან აგანიერებს სამშობიარო არხს, საშვილოსნოს ყელს, საშოს, მენჯის ფუძესა და გარეთა სასქესო ორგანოებს. ამგვარად მომზადებული სამშობიარო არხი არ აბრკოლებს ნაყოფის გამოსვლას. მშობიარობის ტიპური მექანიზმია კეფით წინმდებარეობა წინა სახის შემთხვევაში. იგი ფიზიოლოგიურია და ხშირიც (შემთხვევათა 95%-ში).

ნაყოფის თავის წინსვლითი მოძრაობა სამშობიარო არხში გავლის მომენტში მენჯის ღერძის მიმართულებას ეფარდება. ეს ღერძი გავის ძვლის ნაღრმავების მიხედვით ჯერ უკან, ხოლო შემდეგ წინ მიემართება. ამის შესაბამისად ნაყოფის თავიც შერჩეულ მოძრაობას (ბრუნვას) ასრულებს.

მშობიარობის ფიზიოლოგიურად მიმდინარეობისას მნიშვნელობა აქვს როგორც გარემოს - მენჯს, რბილ ქსოვილებს, სამშობიარო ძალას, ისე ნაყოფს - მის მოცულობას, სიცოცხლესა და რეფლექსურ გავლენას დედის ორგანიზმზე.

პირველმშობიარეებში ბრუნვა იწყება ყელის სრულ გახსნამდე, განმეორებით მშობიარეებში - ყელის სრული გახსნისა და სანაყოფე სითხის დაღვრის შემდეგ.

პირველი ბრუნვა - თავის მოხრა - უნდა ავხსნათ ორმხრიანი ბერკეტის კანონით. გამომაძევებელი ძალა - საშვილოსნოს შეკუმშვა, მუცლის კედლისა და დიაფრაგმის მოქმედება გადაეცემა ნაყოფის მენჯს, აქედან კი წნევა გადაეცემა ხერხემალზე, კეფის დიდი ხვრელის არეზე და წინმდებარე თავზე. ამ უკანასკნელს ადარებენ არატოლმხრიან ბერკეტს, რადგან იგი ხერხემალთან ისეა შეერთებული,



სურ. 49 სამშობიარო არხში ნაყოფის წინსვლითი მოძრაობა

რომ მისი ერთი მხარე (კეფა) უფრო მოკლეა, მეორე (ნიკაპის მხარე) - უფრო გრძელი. როდესაც წნევა ამ ბერკეტს გადაეცემა, მისი მოკლე მხარე (კეფა) დაიწევს ქვემოთ, უფრო გრძელი მხარე (ნიკაპი) კი ზემოთ აიწევს. ამგვარად, თავი აწარმოებს ბრუნვას გარდიგარდმო ან ფრონტალური ღერძის ირგვლივ და ნიკაპი გულმკერდს მიუახლოვდება, თავი იხრება (flexio).

ნაყოფის თავის შინაგან ბრუნვას ზოგიერთი ავტორი გამომძევებელი ძალის მიმართულებით ხსნის. ამ ძალის ტოლქმედი გადის მენჯის გამტარ ხაზს და თავსდება (ნაყოფის მოხრილი თავის) კეფის არეში, რადგან მენჯის უკანა კედელი შედარებით გრძელია, ხოლო წინა - მოკლე (წინააღმდეგობა ამ მხარეს ნაკლებია). ნაყოფის მობრუნება ბერგით წინისკენ ხდება.

არსებობს აგრეთვე ნაყოფის თავის კონფიგურაციის თეორია. ნაყოფის თავი წინმდებარეობის წინა სახის შემთხვევაში ოვალის ფორმას ღებულობს. ამ დროს „სიმრუდის ხაზს", ემთხვევა სამშობარო არხის „სიმრუდის ხაზს", ასეთ შემთხვევაში შინაგანი ბრუნვა თავისუფალია (უმას ნაკლები წინააღმდეგობა ხვდება). თავის არასწორი როტაციის დროს სიმრუდის ხაზები ერთმანეთს არ ემთხვევა და მშობიარობა ძნელდება. სხვადასხვა ავტორის მიხედვით, ნაყოფის თავის შინაგანი ბრუნვის დროს ასევე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მენჯის მოცულობას, მენჯის ძვლოვანი კედლების, მენჯის ფუძის კუნთების წინააღმდეგობას გაეა-კუდუსუნის

შესასხრების არეში. ნაყოფის როტაციას იმითაც ხსნიან, რომ მასზე მოქმედებს წელის კუნთები (mm. psoates), რომლებიც მენჯის შესავლის მარჯვენა და მარცხენა მხარეზე არიან ტანგენციურად (მხრების სახით). ზოგი ავტორი დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს რეფლექსურ მოძრაობას, რომელიც გამოწვეულია ნაყოფის ცენტრალური ნერვული სისტემის სისხლით მომარაგების შეცვლით მშობიარობის პროცესში.

გამოძევების პერიოდში საშვილოსნო გაბრტყელდება წინა-უკანა ზომაში. ამასთან მიხედვით ნაყოფის ზურგი უფრო მეტად მობრუნდება წინ. ზურგთან ერთად ნაყოფის კეფაც მიემართება.

თავის გაშლა - მესამე ბრუნვა აიხსნება მენჯის გამოსავლის თავისებურებით და მენჯის ღერძის მიმართულებით. მენჯის უკანა კედელი დაფარულია რბილი ქსოვილებით. მენჯის ღერძი წინ იხრება. მისი ფუძე წინააღმდეგობას უწევს თავის წინსვლას და მიმართავს მას წინ, გამოსავლისაკენ. ქალიშვილის შედეგად შორისის კუნთები წინ გამობერილი ნაყოფის პირისახეს აწვება და გაშლის მას.

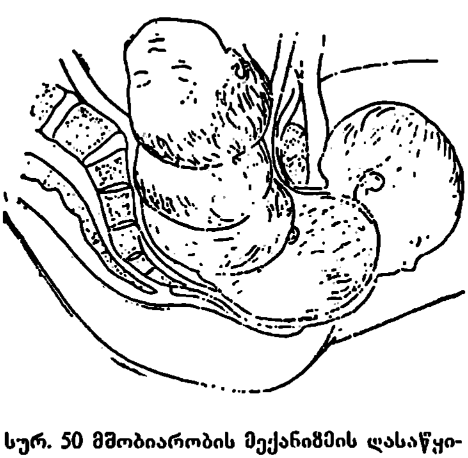
მეოთხე (გარეგანი) ბრუნვა აიხსნება ნაყოფის მხრების შინაგანი ბრუნვით. ამ დროს მხრები მენჯის შესავლის განივ ზომაშია, რადგან ეს ზომა შესავალში ყველაზე დიდია. მენჯის ღრუში კი დიდი ზომაა და მხრებიც სწორედ ამ ზომაში გადაინაცვლებს და შემდეგ მენჯის გამოსავლის პირდაპირ ზომაში მოთავსდება.

ნაყოფის თავის დგომა

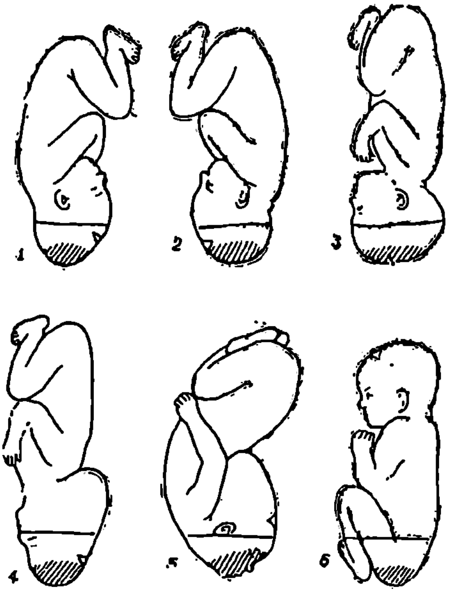
მშობიარობის დროს ნაყოფის თავი შეიძლება მდებარეობდეს მცირე მენჯის შესავლის ზემოთ, მცირე მენჯის შესავალთან მიბჯენილი, მცირე მენჯის შესავალში მცირე და დიდი სეგმენტით, მცირე მენჯის ღრუში, მის ფართო და ვიწრო ნაწილში და მცირე მენჯის გამოსავალში.

თავის დიდი სეგმენტი ეწოდება მის უდიდეს გარშემოწერილობას, რომლითაც იგი გაივლის მენჯს.

ცნება „დიდი სეგმენტი" პირობითი და შეფარდებითია. მისი პირობითობა დამოკიდებულია იმაზე, რომ თავის უდიდესი გარშემოწერილობა არა საკუთრივ სეგმენტია, არამედ სიბრტყის პერიფერიაა, რომელიც წარმოდგენით თავს ორ სეგმენტად ყოფს, ცნების შეფარდებითობა მდგომარეობს იმაში, რომ თავის ამა თუ იმ ჩადგმის დროს მისი უდიდესი გარშემოწერილობა გაივლის მის სხვადასხვა სიბრტყეში. მაგალითად, თავის მოხრილი მდებარეობისას (კეფით წინმდებარეობა) მისი დიდი სეგმენტია გარშემოწერილობა, რომელიც გაივლის თავის მცირე ირიბი ზომის სიბრტყეში, თავის ზომიერ გაშლის დროს (გაშლის პირველი ხარისხი, ანუ თხემით წინმდებარეობა) - მისი პირდაპირი ზომის სი-



სურ. 50 მშობიარობის მექანიზმის დასაწყისი და დასასრული



სურ. 51 მცირე და დიდი სეგმენტების სიბრტყეები სხვადასხვა სახის ჩადგმის დროს
1 და 2 კეფით წინმდებარეობის წინა და უკანა სახის შემთხვევაში; 3—წინათხემით ჩადგმა; 4—შუბლით ჩადგმა; 5—პირისახით ჩადგმა; 6—სუფთა ჯდომი; 7—შერეული ჯდომით ჩადგმა. შტრიხით აღნიშნულია მცირე სეგმენტები.

ბრტყეში, უფრო მეტად გამოხატული გაშლისას (გაშლის მეორე ხარისხი, ანუ შუბლით წინმდებარეობა) - მისი დიდი ირიბი ზომის სიბრტყეში და, ბოლოს, მაქსიმალური გაშლისას (გაშლის მესამე ხარისხის, ანუ პირისახით წინმდებარეობა) - მისი ვერტიკალური ზომის სიბრტყეში.

თავის ყოველი სხვა ნაწილი (სეგმენტი) უფრო ნაკლები მოცულობისაა, ვიდრე მისი დიდი სეგმენტი, ხოლო თავის ნაწილი, რომელიც თავისი გამოზნექილობით მენჯის გამოსავლისკენაა მიმართული, მცირე სეგმენტია.

ნაყოფის თავის დგომას ადგენენ გარეგანი და საშოსმხრივი გასინჯვით.

1. ნაყოფის თავი მდებარეობს მენჯის შესავლის ზემოთ. თავი მოძრავია, შეხებისას თავისუფლად მოძრაობს (ფამფალებს) ან შეიძლება მიბჯენილი იყოს მცირე მენჯის შესავალთან. საშოსმხრივი გასინჯვით მენჯის ღრუ თავისუფალია, ნაყოფის თავი დგას მაღლა. თავი არ ეხება საზღვართოვან ხაზს, სიმფიზის ზედა კიდეს (თავის მიბჯენის შემთხვევაში საზღვრითვანი ხაზი ალაგ-ალაგ დაკავებულია).

2. ნაყოფის თავი მცირე სეგმენტით მცირე მენჯის შესავალშია. გარეგანი გასინჯვით თავი უძრავია. თავის დიდი ნაწილი მენჯის შესავლის ზემოთაა, საშოსმხრივი გასინჯვით კი ირკვევა, რომ გავის ფოსო თავისუფალია და მოხრილი თითით

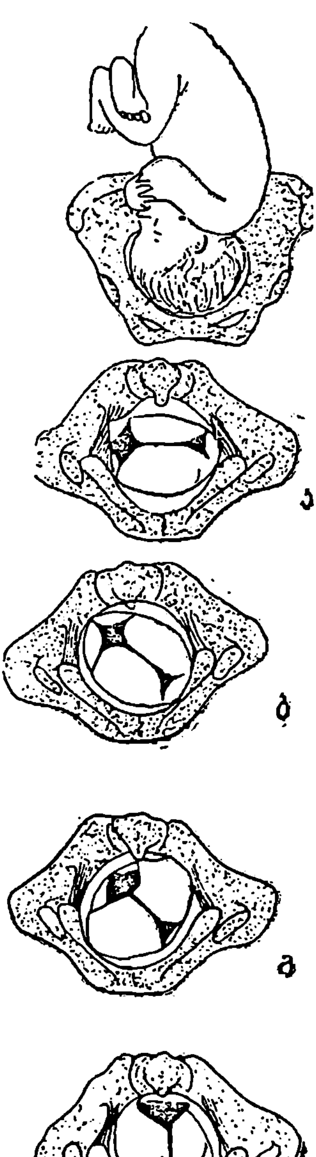
შეიძლება კონცხის მიწვდომა (თუ მას ეწვდებით), საზღვროვანი ხაზი და სიმფიზის ზედა კიდე არ ისინჯება.

3. ნაყოფის თავი დიდი სეგმენტით მცირე მენჯის შესავალშია. გარეგანი გასინჯვით თავი დიდი გარშემოწერილობით მდებარეობს მენჯის შესავლის სიბრტყის ქვემოთ. საშოსმხრივი გასინჯვით ირკვევა, რომ ნაყოფის თავი ფარავს სიმფიზისა და გავის ზედა მესამედს, კონცხი მიუწვდომელია, თავისუფლად ისინჯება გავის ძვლის მეორე და მესამე მალის შესახსრება.

4. ნაყოფის თავი მენჯის ღრუს ფართო ნაწილშია. გარეგანი გასინჯვით ნაყოფის თავის მცირე ნაწილი ისინჯება. საშოსმხრივი გასინჯვით თავმა უდიდესი გარშემოწერილობით გაიარა მენჯის ღრუს ფართო ნაწილის სიბრტყე. უკავია ბოქვენის სიმფიზის ზედა ორი მესამედი და გავის ფოსოს ზედა ნახევარი. თავისუფლად ისინჯება გავის V მალისა და კუდუსუნის შესახსრება, საჯდომი წვეტები.

5. ნაყოფის თავი მცირე მენჯის ღრუს ვიწრო ნაწილშია. გარეგანი გასინჯვით თავი არ ისინჯება. საშოსმხრივი გასინჯვით ბოქვენის სიმფიზის შესახსრების შიგნითა ზედაპირი მთლიანად დაკავებულია ნაყოფის თავით. საჯდომი წვეტები და გავა-კუდუსუნის შესახსრება არ ისინჯება.

6. ნაყოფის თავი მენჯის გამოსავალშია. გარეგანი გასინჯვით თავი არ ისინჯება. საშოსმხრივი გასინჯვით თავი მთლიანად ავსებს გავის ფოსოს, საჯდომი ბორცვები და კუდუსუნის მწვერვალი არ ისინჯება.



სურ. 52 მშობიარობის მექანიზმი კეფით წინმდებარეობის წინა სახის შემთხვევაში: ა—ისრისებრი ნაკერი მენჯის შესავლის გარდიგარდმო ზომაში; ბ—ისრებრი ნაკერი მენჯის ფართო ნაწილის ირებ ზომაში; გ—ისრისებრი ნაკერი მენჯის ვიწრო ნაწილის ირებ ზომაში; დ—ისრისებრი ნაკერი მენჯის გამოსავლის პირდაპირ ზომაში

მშობიარობის მექანიზმი კეფით წინამდებარეობის წინა სახის შემთხვევაში

კეფით წინამდებარეობის წინა სახის შემთხვევაში გარეგანი გასინჯვით ნაყოფის მენჯი ისინჯება საშვილოსნოს ფუძეში. პირველმშობიარეებში უმეტესად თავი ჩასულია მენჯის შესავალში მშობიარობის დაწყებამდე, ზოგჯერ ორსულობის მეათე თვეს. განმეორებით მშობიარეებში ყელის სრულ გახსნამდე თავი მენჯის ზემოთაა. იგი მოძრავია. ზურგი მიქცეულია მარცხნივ (პირველი პოზიცია) და ოდნავ წინ (წინა სახე) ან მარჯვნივ (მეორე პოზიცია). პირველი პოზიციის დროს ნაყოფის გულისცემა ისმის მარცხნივ, ჭიპის ქვემოთ იგივე ხაზის ახლოს, მეორე პოზიციის დროს - მარჯვნივ.

შინაგანი გასინჯვისას პირველი პოზიციის დროს მარცხნივ ისინჯება - მცირე, ხოლო მარჯვნივ-დიდი ყიფლიბანდი, მეორე პოზიციის დროს მარჯვნივ - მცირე, მარცხნივ-დიდი ყიფლიბანდი. ისრისებრი ნაკერი განივ ზომაშია - ემთხვევა მენჯის განივ ზომას.

პირველი ბრუნვა-თავის მოხრა (flexio capitis) ხდება განივი ღერძის გარშემო, თავის მცირე მენჯში ჩასვლისას თავი იხრება. ცნობილია, რომ თავი კეფით წინამდებარეობის დროს მოხრილია. პირველი ბრუნვისას იგი უფრო მეტად იხრება. ნიკაპი გულმკერდს მიუახლოვდება, მცირე ყიფლიბანდი ქვემოთ დაიწევს და ხდება წამყვანი წერტილი, დიდი ყიფლიბანდი მაღლა თავსდება. მას თითით ვერ წვდებიან. ისრისებრი ნაკერი მენჯის შესავლის განივ ზომაშია.

მეორე ბრუნვა-თავის შიგნითა ბრუნვა (rotatio capitis interna) იწყება მენჯის ფართო ნაწილიდან ვიწროში გადასვლისას და მენჯის გამოსავალში მთავრდება. ამ დროს თავი ბრუნავს საკუთარი სიგრძივი ღერძის გარშემო. ისრისებრი ნაკერი შესავლის გარდიგარდმო ზომიდან, მენჯის ღრუს ირიბი ზომის გავლით, თავსდება გამოსავლის პირდაპირ ზომაში.

მესამე ბრუნვა - თავის გაშლა (extensio capitis) იწყება იმის შემდეგ, როცა კეფის შემაღლება მოსცილდება სიმფიზს. კეფის ქვეშა ფოსო საყრდენი (hypomochlion), ანუ საფიქსაციო (punctum fixum) წერტილია. ბოქვენის სახსრის ქვემოთ გამოჩნდება მცირე ყიფლიბანდი, შემდეგ შორისის ზემოდან გამოიჭრება თხემის, შუბლის ძვლები, პირისახე და თავი მთლიანად გამოვა. ამ შემთხვევაში თავი გამოდის მენჯიდან მცირე ირიბი ზომით, მისი გარშემოწერილობაა 32 სმ-ია.

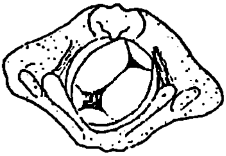
მეოთხე ბრუნვა - თავის გარეგანი ბრუნვა (rotatio capitis extern) მეორე ბრუნვის მსგავსია, ხდება მენჯის სიგრძივი ღერძის გარშემო, იგი საჭიროა მენჯში მხრების გავლისთვის. როდესაც თავი მთლიანად გამოვა, კეფა წინ ბოქვენისკენაა მიქცეული, პირისახე კი - უკან, შორისისკენ. მხრები კეფით მიბრუნდება დედის ბარძაყისკენ (პირველი პოზიციის დროს მარცხენა, მეორე პოზიციის დროს მარჯვენა ბარძაყისკენ). პირისახე მიქცეულია დედის მოპირისპირე ბარძაყისკენ. ამ ბრუნვის დროს მხრები მენჯის შესავალში გაივლის განივ ზომას, მენჯის ღრუში გადაინაცვლებს ირიბ ზომაში და მენჯის გამოსავალში პირდაპირ ზომაში დადგება. ერთი მხარის (პირველი პოზიციის დროს მარჯვენა) ბოქვენის სახსრის ქვედა ნაპირს მიებჯინება, ხოლო შორისის ზემოდან მეორე (ამ შემთხვევაში მარცხენა) მხარი გამოვა და პირიქით.

ამრიგად, კეფით წინამდებარეობის წინა სახის შემთხვევაში საორიენტაციო ხაზი ისრისებრი ნაკერია, წამყვანი წერტილი - მცირე ყიფლიბანდი. თავი მოდის მცირე ირიბი ზომით (diameter suboccipito - bregmaticus - 9,5 სმ) - გარშემოწერილობით (circumferentia suboccipito - bregmatica), საყრდენი წერტილია (punctum fixum seu

hypomochlion) კეფისქვეშა ფოსო.

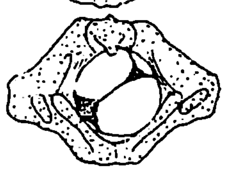
მშობიარობის მექანიზმი კეფით წინმდებარეობის უკანა სახის შემთხვევაში

გარეგანი გასინჯვისას საშვილოსნოს ფსკერზე ისინჯება რბილი კონსისტენციის საკმაო სიდიდის ნაწილი. - მენჯი. პირველი პოზიციის დროს ნაყოფის ზურგი ისინჯება მარცხნივ და უკან, მეორე პოზიციის დროს იგი მიქცეულია მარჯვნივ და უკან. თავი მენჯის შესავლის ზემოთაა და მოძრავია. გულისცემის მოსმენა შეიძლება ჭიპის ქვემოთ, თეთრი ხაზიდან დაცილებულ წერტილში - პირველი პოზიციის დროს მარცხნივ, მეორე პოზიციის დროს - მარჯვნივ.



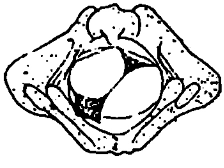
ა

შინაგანი გასინჯვისას პირველი პოზიციის დროს მცირე ყიფლიბანდი მარცხნივ და უკანაა, დიდი ყიფლიბანდი-მარჯვნივ და წინ. მეორე პოზიციის დროს, პირიქით, მცირე-მარჯვნივ და უკან, დიდი-მარცხნივ და წინ. ორივე ყიფლიბანდი მენჯის შესავლის სიბრტყის დონეზეა. ისრისებრი ნაკერი პოზიციის მხრის ირიბ ზომაშია. ამ დროს მოსალოდნელია მშობიარობის ორგვარი მიმდინარეობა.

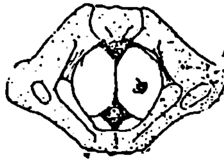


ბ

პირველი მიმდინარეობის დროს, რაც მეტად ხშირია, ისრისებრი ნაკერი განივ ზომაში გადაინაცვლებს და ირიბი ზომის გავლით მენჯის გამოსავლის პირდაპირ ზომაში მოთავსდება, ეს თავის შინაგანი ბრუნვაა. ამგვარად, იგი შემოხაზავს 135-იან წრეს. მცირე ყიფლიბანდი უკან არ მიბრუნდება, წინ წამოვა და ბოქვენის სახსრის ქვემოთ მოთავსდება. დიდი ყიფლიბანდი უკან მიბრუნდება და გავის ძვალს მიუახლოვდება. ასეთ შემთხვევაში მშობიარობის მეორე პერიოდი გახანგრძლივდება.



გ



დ

მშობიარობის შემდეგი მიმდინარეობა ისეთივეა, როგორც კეფის წინა სახის შემთხვევაში. მეორე მიმდინარეობის დროს უკანა სახე რჩება, მცირე ყიფლიბანდი მეორე ბრუნვის დროს წავა ან გააკეთებს ბრუნვას 45°- იანი რკალით და გავის ძვალს მიუახლოვდება. დიდი ყიფლიბანდი წამოვა წინ და ბოქვენის სახსრის ქვემოთ მოთავსდება. წამყვანი წერტილი გადაინაცვლებს დიდ და მცირე ყიფლიბანდს შორის (პირობითად დიდი ყიფლიბანდი). ამ შემთხვევაში თავი გაშლის წინ კიდევ უფრო მოიხრება, საყრდენი წერტილი—შუბლის თმიანი ნაწილი—მიებჯინება ბოქვენის სიმფიზის ქვედა კიდეს.

სასქესო ნაპრალიდან შორისის მხრივ პირველად გამოჩნდება მცირე ყიფლიბანდი და კეფა. ამის შემდეგ იწყება თავის გაშლა (საყრდენი წერტილი კეფის ქვეშა ფოსო), მესამე ბრუნვა, ე.ი. პირველი ბრუნვის საწინააღმდეგო მოძრაობა: ბოქვენის ქვემოთ გამოვა შუბლი და პირისახე, კეფა კი მიქცეულია გავის ძვლისკენ.

მეოთხე ბრუნვის დროს კეფა მობრუნდება დედის მარცხენა ბარძაყისკენ (პირველი პოზიცია), მხრები გაივლის მენჯის არხში მარჯვენა ირიბი ზომით და მენჯის გამოსავლის პირდაპირ ზომაში მოთავსდება: მარცხენა მხარი მოთავსდება შორისის ზემოთ, მარჯვენა გამოვა ბოქვენის სახსრის ქვემოთ. მეორე პოზიციის დროს მხრები გაივლის მარცხენა ირიბ ზომას, მარჯვენა მხარი მოთავსდება შორისის ზემოთ, მარცხენა გამოვა ბოქვენის ქვემოთ.

ამრიგად, კეფით წინმდებარეობის უკანა სახის შემთხვევაში მშობიარობის ბიომექანიზმი შედგება შემდეგი მომენტებისგან: პირველი მომენტი - თავის მოხრა, მეორე მომენტი - თავის შინაგანი ბრუნვა (ამ დროს მცირე ყიფლიბანდი მობრუნდება უკან), მესამე მომენტი - თავის შემდგომი (მაქსიმალური) მოხრა, მეოთხე მომენტი - თავის გაშლა, მეხუთე მომენტი - თავის გარეგანი ბრუნვა (მხრების შიგნითა ბრუნვა).

იმის შედეგად რომ ამ დროს მშობიარობის ბიომექანიზმში ჩართულია დამატებითი, ძლიერ ძნელი მომენტი - თავის მაქსიმალური მოხრა - გამოძევების პერიოდი ხანგრძლივდება. მშობიარობას კეფით წინმდებარეობის უკანა სახის შემთხვევაში ახასიათებს ხანგრძლივობა, თუმცა, ჩვეულებრივ, თვითნებურად მთავრდება. მენჯის ფუძე და შორისი ძლიერ გადაიჭიმება და ხშირად სკდება. გახანგრძლივებული მშობიარობა და სამშობიარო გზების მეტი გაძლიერებული დაწოლა, რომელსაც განიცდის ნაყოფის თავი მისი მაქსიმალური მოხრის დროს, არცთუ იშვიათად იწვევს ნაყოფის ასფიქსიას უმთავრესად ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლის შედეგად.

უკანა სახის წარმოშობის მიზეზები შეიძლება იყოს როგორც თვით ნაყოფში (თავის მცირე ზომები, ზოგიერთ შემთხვევაში ხერხემლის კისრის ნაწილის ძნელად მოხრილობა და სხვ.), ისე მშობიარობის სამშობიარო გზებში (მენჯის ფუძის კუნთების ანომალია და სხვ.).

გამოძევების პერიოდში, როდესაც მშობიარის მენჯის გამოსავალი ნორმალურია, ჭინთვა ინტენსიურია, თავი მენჯის გამოსავალში დგას და მშობიარობა ბრკოლდება, უნდა ვივარაუდოთ უკანა სახით წინმდებარეობა.

კეფით წინმდებარეობის უკანა სახის შემთხვევაში სადიაგნოსტიკო საზი ისრისებრი ნაკერია. წამყვანი წერტილი - შუა წერტილი დიდ და მცირე ყიფლიბანდებს შორის (პირობითად დიდი ყიფლიბანდი), თავი იბადება საშუალო ირიბი ზომით (diameter suboccipito-frontalis - 10 სმ) გარშემოწერილობით (circumferentia suboccipito-frontalis), საყრდენი წერტილები (punctum fixum s.hypomochlion) კეფის ქვემო ფოსო და შუბლის თმიანი ნაწილი.

მომყოლის გამოძევების პერიოდის მიმდინარეობა

მომყოლის გამოძევების პერიოდი ეწოდება დროს ნაყოფის დაბადებიდან მომყოლის დაბადებამდე. ამ პერიოდის განმავლობაში ხდება მომყოლის (პლაცენტა, გარსები და ჭიპლარი) საშვილოსნოს კედლიდან მოცილება და დაბადება.

ნაყოფის დაბადების შემდეგ რამდენიმე წუთის განმავლობაში საშვილოსნო ტონური შეკუმშვის მდგომარეობაშია. ამ დროს მისი ფუძე, ჩვეულებრივ, ჭიპის დონეზეა. საშვილოსნოს შეკუმშვები ისევ ჩქარა განახლდება, რასაც მომყოლის შეტევები ეწოდება. პირველივე შეკუმშვებით იწყება პლაცენტის მოცილება, რაც მიმდინარეობს მისაფარდნი გარსის ღრუბლოვან შრეში პლაცენტის საშვილოსნოს კედელთან მიმაგრების ადგილზე (პლაცენტის ადგილი).

მომყოლს შეკუმშვის უნარი არ შესწევს, პლაცენტის ადგილი შეტევების დროს

საყრდენობლად მცირდება და ამიტომ პლაცენტა იწყება მისი მიმაგრების ადგილიდან ნაოჭისებრად ან ბორცვისებრად, რაც იწვევს მათ შორის კაპილარის დარღვევას. განსაზღვრულ უბანზე საშვილოსნო-პლაცენტის სისხლძარღვთა მთლიანობა ირღვევა. ამ დროს ჩაღვრილი სისხლი წარმოქმნის რეტროპლაცენტურ ჰემატომას. გროვდება პლაცენტასა და საშვილოსნოს კედელს შორის. სისხლის დაგროვება იწვევს პლაცენტის შემდგომ მოცილებას. ის სულ უფრო და უფრო გამოიბურცება საშვილოსნოს ღრუს მხარეზე. საშვილოსნოს შეკუმშვა და რეტროპლაცენტური ჰემატომის ზრდა პლაცენტის სიმძიმის ძალასთან ერთად, რომელიც იწევს მას ქვემოთ, იწვევს პლაცენტის საბოლოოდ მოცილებას. მოცილებული პლაცენტა თავის გარსებთან ერთად ეშვება ქვემოთ და სუსტი ჭინთვით გამოდის სამშობიარო გზებიდან, ნაყოფისმხრივი ზედაპირით გარეთ (შულცეს წესით მოცილება).

მომყოლის მოცილებისა და დაბადების ზემოაღნიშნული უხშირესი ვარიანტის გარდა, გვხვდება სხვა ვარიანტიც. პლაცენტის მოცილება იწყება არა ცენტრიდან, არამედ პერიფერიიდან. ამიტომ გაწყვეტილი სისხლძარღვებიდან გადმოღვრილი სისხლი რეტროპლაცენტურ ჰემატომას არ წარმოქმნის, თავისუფლად ჩამოედინება ქვემოთ და გარსებს მოაცილებს საშვილოსნოს კედლიდან. საშვილოსნოს ყოველი ახალი შეკუმშვისას ხდება პლაცენტის ახალი უბნების მოცილება, სანამ იგი მთლიანად მოცილდება საშვილოსნოს ღრუშია ჩამოკიდებული. მოცილებული პლაცენტა ძირს ეშვება და სუსტი ჭინთვით გამოდის სამშობიარო გზებიდან დედისმხრივი ზედაპირით (დუნკანის წესით მოცილება).

XII თავი

მშობიარობის პირველი, მეორე და მესამე პერიოდის მართვა

ყელის გახსნის პერიოდის მართვა. სამშობიარო სახლში მისვლისას მშობიარეს ხელთ უნდა ჰქონდეს გაცვლა-გამოცვლის ბარათი (ქალთა კონსულტაციაში გაცემული). რომელშიც დაწერილებით იქნება აღწერილი ორსულის საერთო მდგომარეობა ორსულობის პერიოდში, ორსულობის მიმდინარეობა, კლინიკურ-ლაბორატორიული მონაცემები და ა.შ.

მისაღებ განყოფილებაში მშობიარეს უტარებენ სანიტარულ დამუშავებას. მისაღებში ექიმი შეკრებს ანამნეზს, ჩაატარებს ზოგად და სპეციალურ სამეანო გასინჯვას, ლაბორატორიულ გამოკვლევებს (სისხლში ჰემოგლობინის, სისხლის ჯგუფის, რეზუს კუთვნილების, ლი და უაიტის მიხედვით სისხლის შედედების უნარისა და შარდში ცილის განსაზღვრას), ადგენს ზოგად და სამეანო დიაგნოზს და მშობიარობის მართვის გეგმას, რის შემდეგაც მშობიარე წინასამშობიარო პალატასა ან სამშობიარო დარბაზში გადაჰყავთ.

ყელის გახსნის პერიოდში განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ მშობიარის ზოგად მდგომარეობას (კანის ფერს, მაჯას, სისხლის არტერიულ წნევას, ჩივილს), მშობიარობის მიმდინარეობას (მეანი ხელისგულს ათავსებს საშვილოსნოზე და განსაზღვრავს შეტევისა და პაუზის ხანგრძლივობას, ინტენსივობას, რიტმსა და ეფექტურობას), ნაყოფის მდგომარეობას (ნაყოფის გულისცემის სიხშირეს, რიტმსა და სიმკვეთრეს, ნაყოფის მოძრაობის ხასიათს, სანაყოფე სითხის ფერს). სამშობიარო არხიდან გამონადენს (სანაყოფე სითხე, სისხლიანი გამონადენი), შარდის ბუშტისა და ნაწლავების ფუნქციას (მათი სისავსე სამშობიარო მოქმედებას აფერხებს). თავის წინამდებარეობისას ქვედა სეგმენტის მდგომარეობას, მშობიარობის გაუტკივარების ეფექტურობას.

ამ მონაცემების დადგენა და მშობიარობის ისტორიაში ჩაწერა საჭიროა არა უგვიანეს 1 საათის განმავლობაში (ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს).

სანაყოფე სითხის დაღვრის შემდეგ საჭიროა განმეორებითი საშოსმხრივი გასინჯვა, რომლითაც ზუსტად უნდა დაადგინონ: რბილი სამშობიარო გზების მდგომარეობა, საშოს ელასტიკურობა, დავიწროება, ძგიდეები, საშვილოსნოს ყელის კონსისტენცია, „სიმწიფის ნიშნები", ნაწიბურები და დეფორმაცია, ყელის გახსნის დონე, ხასიათი (დამოკლება ან გადასწორება), კიდეების სისქე, სანაყოფე ბუშტის მდგომარეობა (მთლიანობა, აფსების ხასიათი, დაჭიმულობა), წინმდებარე ნაწილის ხასიათი და მასზე მოთავსებული საორიენტაციო ნიშნების (ნაკერებისა და ყიფლიბანდების) დამოკიდებულება მენჯის სიბრტყეებთან; დიაგონალური კონიუგატის სიგრძე (თუ წინმდებარე ნაწილი მისი გაზომვის შესაძლებლობას იძლევა), ძვლოვანი მენჯის თავისებურებები და ა.შ.

საშოსმხრივი გასინჯვა საჭიროა შემდეგ შემთხვევებში: ა) წინმდებარე ნაწილის, ყელის გახსნისა და მენჯის ზომების დაზუსტების მიზნით, როდესაც სამეანო დიაგნოზი სწორად არ არის დადგენილი, ნაყოფის ჰიპოქსიის დაწყების შემთხვევაში (ნაყოფის გულისცემა 110-ზე ნაკლებია ან 160-ზე მეტი ან რიტმი დარღვეულია); ბ) როდესაც სანაყოფე სითხის დაღვრის შემდეგ წინმდებარე ნაწილი მაღლა დგას და მოძრავია; გ) მშობიარობის გაუტკივარების დაწყების (მეთოდის არჩევა დამოკიდებულია ყელის გახსნის დონეზე); დ) როდესაც სანაყოფე ბუშტი მთელია, ჭინთვის დაწყებისას საშვილოსნოს ყელის სრული გახსნის დასადგენად; ე) როდესაც ინტენსიური სამშობიარო მოქმედების, სანაყოფე სითხის დაღვრისა და ყელის სრული გახსნის მიუხედავად, წინმდებარე ნაწილი წინ არ მიდის; ზ) როდესაც მშობიარობის დროს სისხლის დენაა; თ) ეკლამფსიის განვითარების შემთხვევაში (ბანგის ქვეშ); ი) მშობიარობასთან დაკავშირებით ყოველგვარი ოპერაციული ჩარევის წინ.

საშვილოსნოს ყელის გახსნის დონე შეიძლება დაადგინონ გარეგანი გასინჯვით - კონტრაქციული რგოლის მდებარეობის მიხედვით. კონტრაქციულ რგოლსა და ბოქვენის სიმფიზს შორის იმდენი თითი თავსდება, რამდენ თითზეც გახსნილია საშვილოსნოს ყელი (სრული გახსნის შემთხვევაში - 5 თითი, ანუ 11 სმ). ზოგ შემთხვევაში, როდესაც წინმდებარე ნაწილი იმდენად მაღლაა (ან იმდენად შეუცნობელია), რომ ჩვეულებრივი საშოსმხრივი გასინჯვით მისი დადგენა გაძნელებულია, მიმართავენ საშოსმხრივ გასინჯვას ნახევარი ხელით (4 თითით) ან მთელი მტევნით ეთერის საერთო ბანგის ქვეშ.

ზოგჯერ მშობიარობის პირველ პერიოდში საშოსმხრივი გასინჯვის წინ ან შემდეგ გასინჯვას ატარებენ სარკეებით. ამ მეთოდის გამოყენება აუცილებელია სისხლის დენის ან სისხლიანი გამონადენის შემთხვევაში დიაგნოზის დასაზუსტებლად: სისხლის დენა გამოწვეულია პლაცენტის წინმდებარეობით, ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლით თუ საშვილოსნოს ყელზე პათოლოგიური ცვლილებებით (ყელის ვენების ვარიკოზული კვანძის გასკდომა, სისხლმდენი ეროზია, ყელის კიბო და ა.შ.).

სარკეებით გასინჯვა ასევე შეიძლება სანაყოფე ბუშტის მთლიანობისა და საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირის გახსნის ხარისხის დადგენის მიზნით.

იმ შემთხვევაში, როდესაც მშობიარე აღნიშნავს სანაყოფე სითხის სამშობიარო სახლში მისვლამდე დაღვრას და საშოსმხრივი გასინჯვით ყელის არასაკმარისი გახსნის გამო შეუძლებელია ბუშტის მთლიანობის დადგენა, საჭიროა: საკონტროლო საფენის პერიოდული შემოწმება: თუ საფენი სველია, გამონადენი უფერო და უსუნოა, ეს მიუთითებს სანაყოფე სითხის მცირე ულუფების დაღვრაზე. გამონ-

ალენის ხასიათის დასადგენად (შარდია თუ სანაყოფე სითხე) საფენის ხელზე აღებულას უნდა დაადონ ლაკმუსის ლურჯი ქაღალდი, რომელიც შარდით დასველების შემთხვევაში გაწითლდება, სანაყოფე სითხის დასველებისას კი ფერს არ შეიცვლის. გამოიყენება ციტოლოგიური მეთოდიც: სანაყოფე სითხის დაღვრის შემთხვევაში საშოს ნაცხში აღინიშნება გამჭვირვალე - ნაყოფის კანის ეპიდერმისის გარქოვანებული უჯრედების გროვა (ნაცხს იღებენ საშოს ზედა მესამედიდან სტერილური პიპეტით, რომელიც რეზინის ბალონითაა შეერთებული. ნაცხს სასაგნე მინაზე გადაიტანენ და ეთერისა და სპირტის ნარევით აფიქსირებენ 15-20 წუთის განმავლობაში, შემდეგ კი ღებავენ).

სანაყოფე სითხის ადრეული და ნაადრევი დაღვრისას ინფექციის შეჭრის პროფილაქტიკის მიზნის მშობიარეს უნდა გაუზომოს სხეულის ტემპერატურა ყოველ 3 საათში ერთხელ, ნაყოფის გულისცემა უნდა იყოს მოსმენილი 10-15 წუთში ერთხელ. ყოველი მოშარდვის შემდეგ უნდა მოხდეს სასქესო ორგანოების ჩაბანვა სადეზინფექციო ხსნარით (ინფექცია რომ არ შეიჭრას) და ტემპერატურის მომატების შემთხვევაში უნდა დაენიშნოს ანტიბიოტიკები.

თუ სანაყოფე სითხის დაღვრიდან 6-8 საათი გავიდა და ორსულს სამშობიარო მოქმედება არა აქვს ან ეს მოქმედება ძალიან სუსტია, ვიტამინურ-გლუკოზურ-კალციუმ-ჰორმონული ფონის შექმნის შემდეგ სამეანო სიტუაციის მიხედვით იწყება მედიკამენტური სტიმულაცია.

მშობიარობის პირველ პერიოდში საჭიროა გაუტკივარება. მშობიარობის პროცესში საშვილოსნოს ყელის სპაზმის პროფილაქტიკისა და მკურნალობის მიზნით იყენებენ სპაზმოლიზურ საშუალებებს (ატროპინს - 0,1% - 1,0, პაპავერინს - 2% - 1მლ, აპროფენს 1% - 0,5 მლ, ტიფენს 1% - 1,0, ნოშპას - 2 მლ, პრომედოლს - 1% - 1 მლ) ქვემოაღნიშნულ შემთხვევაში: ა) თუ მშობიარობისთვის ფსიქოპროფილაქტიკა არ ჩაუტარებიათ და მას ძლიერი სამშობიარო ტკივილი აქვს (პროფილაქტიკის მიზნით); ბ) ფსიქოპროფილაქტიკური გაუტკივარების ჩატარების მიუხედავად, აქვს მშობიარობის შიში (პროფილაქტიკური მიზნით); გ) თუ ინტენსიური სამშობიარო მოქმედების მიუხედავად, საშვილოსნოს ყელი შესაბამისად არ იხსნება (სამკურნალო მიზნით); დ) თუ სამშობიარო ტკივილი დაწყებისთანავე ძალიან მტკივნეულია და საჭიროა მშობიარობის გაუტკივარება (როგორც გაუტკივარების პირველი აუცილებელი ეტაპი).

მშობიარობის პირველი პერიოდის დასასრულს სანაყოფე ბუშტის მთლიანობა თავისით ირღვევა და სანაყოფე სითხე იღვრება, მაგრამ ზოგჯერ, როგორც აღვნიშნეთ, შეიძლება სითხე არ დაიღვაროს სქელი სანაყოფე გარსის ან ბრტყელი სანაყოფე ბუშტის გამო. ამ დროს სანაყოფე ბუშტის მთლიანობა ირღვევა ხელოვნურად, წინააღმდეგ შემთხვევაში მოსალოდნელია პლაცენტის ნაადრევი მოცილება, ნაყოფის ჰიპოქსია.

მშობიარობის ნორმალური მიმდინარეობისთვის საშვილოსნოს ყელის გახსნისა და ნაყოფის გამოძევების პერიოდში გარკვეული მნიშვნელობა აქვს მშობიარის მდებარეობას. მშობიარის სწორი მდებარეობისას საშვილოსნოს წინა წნევის გამო ნაყოფი მიიწევს ნაკლები წინააღმდეგობის გზით, მენჯის არხის მიმართულებით, მდებარეობის შეცვლა იწვევს მენჯის დახრილობისა და საშვილოსნოს მდებარეობის გადანაცვლებას, გავლენას ახდენს ნაყოფის თავის მენჯში ჩადგმაზე. ნაყოფის პირველი პოზიციის დროს, როდესაც ნაყოფის თავი მარცხნივაა გადახრილი, მშობიარეს აწვენენ მარცხენა გვერდზე, საშვილოსნოს ფუძე და ნაყოფის მენჯი მარცხნივ გადაიწევს, თავი მარჯვნივ, ე.ი. მენჯის შესავალს მიუახ-

ლოდება. კეფით წინმდებარეობის მეორე პოზიციის შემთხვევაში მშობიარეს აწვენენ მარჯვენა გვერდზე, რაც ხელს უწყობს კეფის ჩასვლას მენჯში. საერთოდ, მშობიარეს აწვენენ იმ გვერდზე, სადაც ნაყოფის წინმდებარე ნაწილია, რომლის მენჯში ჩასვლაც სასურველია.

თუ მშობიარობის დროს სანაყოფე სითხე დაღვრილია და თავი ფიქსირებულია, მშობიარის სიარული დასაშვებია, რადგან სიარული სამშობიარო მოქმედებას აძლიერებს. საშვილოსნოს ყელის გახსნისა და თავის მენჯის შესავლის ზემოთ მდებარეობის შემთხვევაში მშობიარის სიარული დაუშვებელია. ეს უკანასკნელი გამოიწვევს სანაყოფე კვერცხის ქვედა პოლუსებზე ძლიერ ზეწოლას, სანაყოფე ბუშტის ადრეულ გახეთქას, წვრილი ნაწილებისა და ჭიპლარის გამოვარდნას.

პირველმშობიარეებში თავი მენჯის შესავალში ჩადის საშვილოსნოს ყელის გახსნამდე, განმეორებით მშობიარეებში კი - ყელის სრული გახსნის, სანაყოფე ბუშტის გახეთქვისა და სანაყოფე სითხის დაღვრის შემდეგ. არის შემთხვევები, როდესაც თავი როგორც პირველად, ისე განმეორებით მშობიარეებში დროულად არ ჩადის მენჯის შესავალში. ასეთ შემთხვევაში სანაყოფე სითხის დაღვრის დროს შეიძლება ჭიპლარი, ხელი გამოვარდეს, ან ხელი ნაყოფის თავის წინ მოექცეს. ყოველივე ეს მშობიარობის მიმდინარეობას ართულებს. საჭიროა მათი დროულად გამოცნობა და სათანადო ზომების მიღება.

სამშობიარო მოქმედების შესუსტება და შეტევების დროს ძლიერი ტკივილი (განსაკუთრებით, როცა ქალს ვიწრო მენჯი აქვს) მიუთითებს საშვილოსნოს ყელის წინა ბაგის ჩაჭყლეტაზე. საჭიროა ამ გართულების დროული დადგენა და საშვილოსნოს ყელის წინა ბაგის ნაყოფის თავს უკან გადატანა.

ნაყოფის დაბადების პერიოდის მართვა

მშობიარობის მეორე, ანუ ნაყოფის დაბადების პერიოდში საჭიროა ყურადღება მიაქციონ მშობიარის საერთო მდგომარეობას (კანის და ხილული ლორწოვან გარსის, მაჯის, სისხლის არტერიულ წნევას). სამშობიარო მოქმედების მიმდინარეობის ადგენენ ჭინთვის ხანგრძლივობას, ინტენსივობას და პაუზებს, არეგულირებენ ჭინთვას, ქვედა სეგმენტის მდგომარეობას (პალპაციით დაჭიმულობას და მტკივნეულობას), ჭინთვის დამთავრებიდან 20 წამის შემდეგ ისმენენ ნაყოფის გულისცემას, რომელიც ნორმის პირობებში 120-160-ია წუთში, მკაფიო, რიტმული. გულისცემას ჭინთვის დამთავრებისთანავე არ ისმენენ, რადგან ჭინთვის პროცესში იქნება ბრადიკარდია ნაყოფის სისხლის მიმოქცევის დროებითი შეფერხების გამო და შეცდომით დაადგენენ ჰიპოქსიის დიაგნოზს, გარეთა სასქესო ორგანოებისა და შორისის მდგომარეობას (შეშუპებას, შორისის ფერს), საშოდან გამონადენის ფერს, წინამდებარე ნაწილის წინსვლას.

მშობიარობის მეორე პერიოდში, როდესაც საშვილოსნოს კუმშვით გამოწვეულ ტკივილს ემატება სწორ ნაწლავსა და მენჯის ფუძეზე წინმდებარე ნაწილის ზეწოლასთან დაკავშირებით ტკივილი, მშობიარეს აქვს ჭინთვის შეგრძნება. იგი გულაღმა წევს რახმანოვის საწოლზე, ხელებით ეჭიდება საწოლის ნაპირს, ფეხები მოხრილი აქვს მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში, ტერფით ინტენსიურად აწვება ლოგინს, თავი დაბლა უდევს, ბალიშზე, მოხრილი აქვს და ნიკაპი გულმკერდს ებჯინება, სუნთქვა აჩქარებული აქვს. მშობიარე იჭინთება, სახე უწითლდება, ტუჩები ციანოზური უხდება, კისრის ვენები უფართოვდება. ამ დროს გამომძევებელი ძალაა - საშვილოსნოს, დიაფრაგმის, მუცლის წინა კედლისა და მენჯის ფუძის კუნთების შეკუმშვა.

ჭინთვის დამთავრებისას მშობიარე დაღლილობას გრძნობს. ჭინთვებს შორის

დასვენება მცირე დროით განისაზღვრება, 1-2 წუთის შემდეგ ჭინთვა მეორდება. ჭინთვის დროს საშვილოსნოს ფორმა იცვლება, მისი ფუძე ნეკნთა რკალს უახლოვდება, ნაყოფის წინმდებარე ნაწილის–თავის ან მენჯის–ზეწოლის გამო შორისი გამოიბურცება. უკანა ტანი იმღვნად იხსნება, რომ მკაფიოდ ჩანს სწორი ნაწლავის წინა კედელი. სასქესო ნაპრალიც ჭინთვის პარალელურად იხსნება და გამოჩნდება ნაყოფის თავი, რომელიც ჭინთვის დამთავრებისას ისევ უკან შეიწევს (ნაყოფის თავის შეჭრის ფაზა). ნაყოფის თავის შეჭრის ფაზაში მშობიარობის მეორე პერიოდის დასასრულს, როდესაც ჭინთვა ძლიერი და ხშირია, ხოლო მენჯის ფუძეზე თავი შორისს აწვება, ექთანი ემზადება ნაყოფის მისაღებად.

როდესაც დაიწყება თავის შეჭრა, საჭიროა ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის წესების ზუსტი დაცვით სამშობიარო არის სტერილური თეთრეულით გამოყოფა, უკანა ტანის დაფარვა სტერილური დოლბანდით, გარეთა სასქესო ორგანოების დამუშავება სპირტითა და იოდით, ხელების სათახადოდ მომზადება და ხელთათმანების გამოყენება.

ყოველი ახალი ჭინთვის შემდეგ თავი უფრო კარგად მოჩანს, შემდეგ ბოქვენის რკალის ქვემოდან მთლიანად გამოდის კეფა, რომელიც ჭინთვის დამთავრების შემდეგ უკან არ შეიწევს (ნაყოფის თავი გამოჭრის ფაზაშია). ამ დროს საჭიროა ხელით დახმარება.

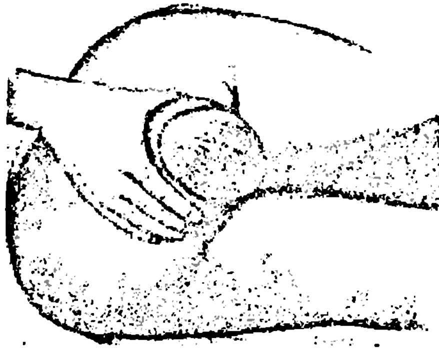
შორისის დაცვა ხუთი მომენტისგან შედგება. პირველი მომენტია თავის ნაადრევი გაშლისთვის ხელის შეშლა, მეორე მომენტი - თავის გამოყვანა სასქესო ნაპრალიდან პაუზის დროს, მესამე მომენტი - შორისის დაჭიმულობის შემცირება, მეოთხე მომენტი - ჭინთვის რეგულირება, მეხუთე მომენტი - მხრის სახსრის გათავისუფლება.

ხელით დახმარება შემდეგნაირად ხდება: მშობიარეს დაუდგებიან მარჯვნიდ, მარცხენა ხელის თითებს ნაყოფის გამოჭრილ ნაწილზე ათავსებენ და აკავებენ მის სწრაფ გამოსვლას, ამავე დროს, თავს საშუალება არ უნდა მიეცეს ნაადრევად გაიშალოს, პირიქით, ხელს უწყობენ მის მოხრას. მეორე ხელის დანიშნულებაა თავის სწრაფად გამოჭრის შენელება ხელისგულით.

შორისის დაცვისას თავს არ უნდა დააწვნენ როდესაც ნაყოფის კეფის შემად-

აპგარის სქემა

ნიშნები	მეფასება		
	0	1	2
1. გულისცემა	არ არის	100-ზე ნაკლები	100-140
2. სუნთქვა	არ არის	იშვიათი, ერთეული სუნთქვითი მოძრაობა	კარგი, ძლიერი, ხმამაღალი ყვირილი
3. კუნთთა ტონუსი	არ არის	დაქვეითებულია (უმნიშვნელო მოხრა)	აქტიური მოძრაობა
4. რეფლექსური აგზნებადობა	არ არის	სუსტად გამოხატული	კარგად გამოხატული
5. კანის ფერი	თეთრი ან ციანოზური	ვარდისფერი, კიდურები ლურჯი	ვარდისფერი



სურ. 54 ხელდახმარება მშობიარის გვერძე წოლისას

ლება ბოქვენის რკალს გამოსცილდება, თავს საშუალებას აძლევენ გაიმალოს, ამ მომენტში მშობიარე არ იჭინთება, პირიქით, სუნთქავს, რათა თავის გაშლა ნელა მოხდეს. მას გავის ქვეშ ამოდებული აქვს სტერილური მეწარგადაფარებული მაგარი ბალიში, რომელიც მენჯს მაღლა სწევს და ხერსემალი სწორდება. თავი აღნიშნულ ბრუნვას მომსახურე პერსონალის ჩაურევლად ახდენს. თუ მისი მობრუნება თავისით არ ხდება, მაშინ მეანმა უნდა გაუწიოს დახმარება, ის თავს ორივე ხელს მოავლებს და ფრთხილად სწევს ქვემოთ. ამ დროს წინმდებარე მხარი მიებჯინება ბოქვენის სახსრის ქვედა კიდეს. შემდეგ გამოვა შორისის ზემოდან, რასაც შემდეგ მთელი ნაყოფის დაბადება მოჰყვება. ახალშობილს ათავსებენ რამდენიმე ფენად დაკეცილ მშრალ სტერილურ ზეწარსა ან საფენზე, სტერილური ხელსახოცით გაუწმენდენ ტანს, სასუნთქ გზებს ათავისუფლებენ ლორწოსა და სითხისგან. ახალშობილის მდგომარეობას დაბადების პირველ წუთს და ხუთი წუთის შემდეგ შეაფასებენ აპგარის სქემით.

ჯანმრთელ ახალშობილს შეაფასებენ 7-10 ბალით. ჭიპლარის სისხლძარღვთა პულსაციის შეწყვეტის შემდეგ მას გადაკვანძავენ და გადაჭრიან, პულსაცია წყდება 2-3 წუთის შემდეგ. ამ მცირე დროის განმავლობაში ახალშობილი იღებს 50-60 მლ სისხლს, რაც მისთვის მეტად სასარგებლოა. ჭიპლარს გადაკვანძავენ სტერილური ზონრით ჭიპიდან 2 თითის დადებაზე, კვანძიდან ოდნავ დაშორებით მას გადაჭრიან სტერილური მაკრატლით, შემდეგ დაამუშავებენ სპირტით და 5%-იანი იოდის ნაყენით, რის მერე ჭიპლარის ტაკვზე ადებენ ასეპტიკურ ნახვევს. საჭიროა ჭიპლარის მაგრად გადაკვანძა, მეტადრე მაშინ, თუ იგი მსხვილია და მდიდარია ვართონის თრთვილით, წინააღმდეგ შემთხვევაში მოსალოდნელია სისხლის დენა, მაგრამ თუ ზონარს ძალიან მაგრად გადაკვანძავენ, შესაძლებელია ძაფმა ჭიპლარი გადაჭრას.

სისხლის დენის აცილების მიზნით რამდენიმე ხნის შემდეგ საჭიროა ჭიპლარის ტაკვის დათვალიერება. ჭიპლარზე სასქესო ორგანოების ახლოს პლაცენტისკენ ადებენ მეორე, საკონტროლო კვანძს, რომლის დანიშნულებაა, ორი ნაყოფის შემთხვევაში ერთის დაბადების შემდეგ მეორე სისხლიდან არ დაიცალოს. საკონტროლო კვანძის ქვემოთ დაწევა 8-10 სმ-ით პლაცენტის მოცილებაზე მიუთითებს, უფრო მეტიც, იგი მომყოლის მოცილების ერთ-ერთი სარწმუნო ნიშანია. დასასრულ, მის ზემოთ დაგროვილი სისხლი ამძიმებს პლაცენტას (აღიზიანებს რეცეპტორებს) და ხელს უწყობს საშვილოსნოს კედლიდან მის მოცილებას. ჭიპლარის გადაკვანძისა

და გადაჭრის შემდეგ მეანი დაიმუშავებს ხელებს და ახალშობილს მაშინვე უტარებს ბლენორეის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკურ ღონისძიებას - სტერილური ლილ-ბანდით ამოწმენდს თვალებს და გასტერილებული პიპეტით აწვეთებს შიგ ლაპისის 2%-იანი ხსნარის 1-2 წვეთს. ზოგიერთი ამ მიზნით ხმარობს ლაპისის 1 %-იანი ხსნარის 2-3 წვეთს. ფართოდ ხმარობენ აგრეთვე ალბუციდის 30%-იან ხსნარს, რომელიც 1 წვეთს ახალშობილს აწვეთებენ თვალებში ჯერ დაბადებისას, მერე კი ბავშვთა განყოფილებაში გადაყვანის წინ, ე.ი. 2 საათის შემდეგ. უკანასკნელ ხანებში ახალშობილებს თვალებში აწვეთებენ პენიცილინის ხსნარს. პენიცილინს აზავებენ შემდეგი პროპორციით - 200000 ერთეულს ხსნიან 10 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში. ახალშობილს უწვეთებენ ხსნარს 2-3 წვეთს. ასეთ მანიპულაციას ორჯერ ატარებენ: პირველად - დაბადებისთანავე, მეორედ - დაბადებიდან 2 საათის შემდეგ.

ახალშობილს ათვალიერებენ, თუ მას სხეულის ამა თუ იმ ნაწილს ანომალია აჩნდება, სავალდებულოა ეს ეცნობოს მშობლებს. ახალშობილს აწონიან, გაზომავენ და თბილად შეახვევენ.

დაბადებისთანავე შეადგენენ ახალშობილის ისტორიას, რომელშიც ჩაწერენ ახალშობილის სქესს, წონას, ზომას, განვითარების ხარისხს, ახალშობილს შეაფასებენ აპგარის სქემით დაბადებისას და 5 წუთის შემდეგ.

მომყოლის გამოძევების პერიოდის მართვა

მომყოლის გამოძევების პერიოდი განსაკუთრებით საპასუხისმგებლოა. იგი საჭიროებს დაცვას, მეთვალყურეობასა და, რამდენადაც შესაძლებელია, ჩაურევლობას. ეს პროცესი ორ ნაწილად იყოფა: მომყოლის მოცილება და მომყოლის გამოძევება.

მშობიარობის მესამე პერიოდში საჭიროა ყურადღება მიექცეს მშობიარის საერთო მდგომარეობას (შესაძლებელია შინაგანი სისხლის დენა გარეგანი სისხლის დენის არარსებობის შემთხვევაში), საშვილოსნოს მდგომარეობას, მის ტონუსს, საშოდან სისხლიანი გამონადენის ინტენსიობას, რაოდენობას.

პლაცენტისა და გარსების მოცილება ხდება საშვილოსნოს შეკუმშვისა და საშვილოსნოს კედელსა და პლაცენტას შორის კავშირის გაწყვეტის შემდეგ. პლაცენტა სცილდება საშვილოსნოს კედლის ბაზალურ შრეს. ცენტრიდან ან ნაპირიდან - კიდედან მომყოლი მოცილდება შულცეს ან დუნკანის მიერ აღწერილი მექანიზმით. პირველ შემთხვევაში მოცილება ხდება პლაცენტის შუა ადგილიდან - სისხლი ჩაიღვრება პლაცენტის ქსოვილსა და საშვილოსნოს შუა, წარმოიქმნება ე.წ. რეტროპლაცენტური ჰემატომა. სისხლის სიმძიმით პლაცენტა ნაყოფისმხრივი ზედაპირით გამოძევდება საშვილოსნოს ღრუდან. ამ შემთხვევაში იგი მთლიანად დაფარულია სადა საწყლე გარსით; გარსების გახევისას აღინიშნება პლაცენტის უკან ჩაღვრილი სისხლის კოლტები. მეორე შემთხვევაში პლაცენტა საშვილოსნოს კედელს სცილდება კიდიდან, ეს უკანასკნელი ეშვება ქვემოთ, შემდეგ სცილდება მისი შუა ნაწილი, დასასრულ კი, პლაცენტა საშვილოსნოს კედელს მთლიანად ჩამოცილდება და საშვილოსნოსმხრივი ზედაპირით გამოძევდება. ასე რომ ამ დროს რეტროპლაცენტური ჰემატომა არ წარმოიქმნება.

მომყოლის მოცილების ხანაში თვალყურს ადევნებენ მშობიარის საერთო მდგომარეობას: ფერს, გამომეტყველებას, ჩივილს, მაჯისცემას, სუნთქვას, საშვილოსნოდან სისხლიან გამონადენს და მის რაოდენობას. სავალდებულოა სისხლის შეგროვება და დაკარგული სისხლის რაოდენობის აღნუსხვა. აკვირდებიან საშვილოსნოს მოცულობას და მისი ფუძის დონეს.

მშობიარე წევს ზურგზე, ფეხები ერთმანეთისგან ოდნავ დაცილებული აქვს, სასქესო ორგანოების ქვეშ შედგმული აქვს ჭურჭელი, რომელშიც საშვილოსნოდან გამოსული სისხლი გროვდება.

მშობიარეს მუხლები გაშლილია, მაჯისცემა ოდნავ აჩქარებული აქვს (წუთში 80-90), ნაყოფის დაბადების შემდეგ კი შენელდება (წუთში 60-70), კარგი ავსებისაა. მომყოლის ხანაში რიტმული და ნელი მაჯა გამორიცხავს როგორც შინაგან, ისე გარეგან სისხლის დენას. სისხლის დაკარგვა 400 მლ-მდე ფიზიოლოგიურია, უფრო მეტის დაკარგვა კი პათოლოგიაა.

მშობიარობის მესამე პერიოდში სასქესო ორგანოებიდან სისხლის გამოყოფა თავისთავად პლაცენტის მოცილების ერთ-ერთი ნიშანია. ამ პერიოდში მშობიარეს ისევ ეწყება ჭინთვა, მაგრამ ბევრად უფრო ნაკლები ინტენსივობის, ვიდრე ნაყოფის დაბადების პერიოდში. ერთი მხრივ, მიმდინარეობს საშვილოსნოდან მომყოლის - პლაცენტის, გარსებისა და ჭიპლარის გამოძევება, მეორე მხრივ კი ხდება საშვილოსნოს კედელში არსებული სისხლძარღვების მექანიკური დახშობა.

მთავარია თვალყურის დევნება საშვილოსნოს ფუძის მდებარეობაზე, რომელიც მომყოლის მოცილებამდე ჭიპის დონეზეა. საჭიროა შარდის ბუშტის დაცლა. იმის შემდეგ, რაც პლაცენტა საშვილოსნოს კედელს მოცილდება და ქვედა სეგმენტში ჩავა, საშვილოსნო აიწევს ჭიპის ქვემოთ და მარჯვნივ მოთავსდება. მომყოლის გამოძევების შემდეგ მისი ფუძე ჭიპის ქვემოთ ისინჯება, დაახლოებით შუა ადგილს უჭირავს ჭიპსა და ბოქვენს შორის.

პლაცენტის მოცილების ნიშნები. ზოგჯერ მოცილებული პლაცენტა დიდი ხნით რჩება საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში და გარეთ არ გამოძევდება.

საშვილოსნოს ფუძის დგომა ჭიპის ზემოთ და მარჯვნივ გადახრა პლაცენტის მოცილების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნიშანია. ამასთან ერთად, ჭიპლარის საკონტროლო კვანძი სასქესო ნაპრალთან ქვემოთ დაიწევს 8-12 სმ-ით (ალფელდის ფენომენი). მიუხედავად იმისა, რომ შარდის ბუშტი დაცლილია, ბოქვენის ზემოთ აღინიშნება ბალიშისებრი შემაღლება.

თუ პლაცენტა მოცილებულია, მაშინ ბოქვენის ზემოთ, მის პარალელურად საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტზე მარჯვენა ხელის მტევნის კიდით დაწოლისას საშვილოსნო მაღლა აიწევს, ხოლო ჭიპლარი ადგილზე რჩება ან ქვემოთ დაიწევს და, პირიქით, თუ პლაცენტა მოცილებული არ არის, ჭიპლარის კვანძი საშოში შეიწევს და პლაცენტა ზემოთ აყვება საშვილოსნოს (კიუსტნერის ფენომენი).

მოცილებული პლაცენტა აწვება სწორ ნაწლავს და მშობიარეს აქვს დეფეკაციის სურვილი, იგი უჩივის უკანა ტანზე ზეწოლას, როდესაც პლაცენტა მოშორებული არ არის, საშვილოსნოს ფუძის პერკუსის დროს მეორე ხელის თითებში დაჭერილი ჭიპლარი კვანძის ზემოთ იწვევს სისხლძარღვთა ტალღისებრ მოძრაობას (შტრასმანის ფენომენი). მშობიარის გაჭინთვისას ჭიპლარი (თუ პლაცენტა მოცილებულია) ჩამოიწევს, ჭინთვის შემდეგ კი ადგილზე რჩება (კლეინის ფენომენი).

პლაცენტის მოცილების ერთ-ერთი ნიშანია საშოდან სისხლის გამოყოფის მომატება. მართალია, მომყოლის გამოძევება უმრავლეს შემთხვევაში ნახევარი საათის განმავლობაში ხდება, მაგრამ თუ მშობიარეს სისხლის დენა არა აქვს, პლაცენტის მოცილებასა და გამოძევებას ორ საათს აცლიან. მეტი ცდა მიზანშეწონილი არ არის, შემდეგ უკვე საჭიროა მეანის ჩარევა და მომყოლის გამოძევების დაჩქარება. როდესაც დარწმუნდებიან მომყოლის მოცილებაში, მშობიარეს მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში მოახრევინებენ ფეხებს, ამასთან, საშვილოსნოს შუა ხაზზე გააწორებენ და მშობიარეს გააჭინთებენ. საშვილოსნო იკუმშება და მოც-

ილებული მომყოლი აწვება საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტს და სწორ ნაწლავს.

თუ დარწმუნდებიან, რომ მომყოლი მოცილებულია და თავისით არ გამოდის, მიმართავენ მის ხელოვნურად გამოძევებას აბულაძის წესით, რომლის ტექნიკა ასეთია: მშობიარეს ფეხები მოხრილი აქვს მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში, საშვილოსნო გასწორებულია შუა ხაზზე, თეთრი ხაზის მიმართულებით მუცლის ფარს სწორ კუნთებთან ერთად ორივე ხელით დაიჭერენ ისე, რომ გასწვრივი ნაოჭი წარმოიქმნას; მშობიარეს თხოვენ გაიჭინთოს. გაჭინთვის ძალა საშვილოსნოს ღრუსა და გამოსავალს გადაეცემა, რის შედეგადაც პლაცენტა გარსებიანად გამოძევდება. ეს წესი ძლიერ მარტივია, ტრავმული არ არის და შედეგიც საიმედოა.

როდესაც აბულაძის წესი შედეგს არ იძლევა, მომყოლის გამოძევებისთვის მიმართავენ უფრო გავრცელებულ Crede-ს წესს - separatio placentae modo Crede. შარდის ბუშტი წინასწარ დაცლილია. მეანი დგება მშობიარის მარცხნივ. საშვილოსნოს ფუძეს ჯერ ასწორებენ მუცლის სწორ ხაზზე და მარჯვენა ხელით უკეთებენ მსუბუქ მასაჟს, რომ საშვილოსნო კარგად შეიკუმშოს. ამის შემდეგ საშვილოსნოს ფუძეს იჭერენ ისე, რომ მარჯვენა ხელის ოთხი თითი მოთავსდეს მის უკანა კედელზე, ცერი კი - წინა კედელზე და საშვილოსნოს აწვებიან ქვემოთ და უკან. მეორე - მარცხენა ხელით ბოქვენის ზემოთ იკავებენ საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტს, რათა საშვილოსნომ არ დაიწიოს, არ გამოვარდეს ან პირუკუ არ გადმობრუნდეს. უმრავლეს შემთხვევაში ამ წესით ხერხდება მომყოლის გამოძევება. თუ კრედეს წესიც უშედეგოა, მაშინ კანქვეშ შეყავთ 1 მლ 1%-იანი Sol. Promedoli; 0,1% - 1,0 Sol. Atropini sulfuricii; ან მშობიარეს აძლევენ ბანგს, რის შედეგადაც საშვილოსნოს ყელის სპაზმი ქრება და ყელი დუნდება. შემდეგ კვლავ იმეორებენ აბულაძისა და კრედე-ლაზარევიჩის წესებს. თუ მომყოლი ისევ არ გამოვიდა, საჭიროა მისი ხელით გამოტანა. გამოძევების შემდეგ მომყოლს აწონიან, პლაცენტასა და ჭიპლარს ზომავენ, დაადგენენ მომყოლის სისქეს, მთლიანობის დადგენის მიზნით მომყოლს გულდასმით ათვალიერებენ. თუ პლაცენტის მთლიანობა საეჭვოა ან მას აშკარად აკლია ნაწილი, პლაცენტის ჩარჩენილ ნაწილებს დაუყოვნებლივ მოაცილებენ საშვილოსნოს ღრუში შეტანილი ხელით.

გარსების დათვალიერებისას უნდა შეამოწმონ, გამოძევდა თუ არა ყველა გარსი, აგრეთვე ყურადღება მიაქციონ პლაცენტის კიდიდან რა მანძილზე მოხდა მათი გახევა, გარსების გახევის ადგილი. ეს საშუალებას იძლევა სავარაუდოდ დაადგინონ საშვილოსნოში პლაცენტური მოედნის ადგილმდებარეობა. რამდენადაც პლაცენტის კიდესთან ახლოს მოხდება გარსების გახევა, იმდენად ქვემოთ იქნება მიმაგრებული საშვილოსნოში პლაცენტა, შემდეგ დაადგენენ, ხომ არ გაივლის სისხლძარღვები სანაყოფე გარსებში ან კიდესთან ხომ არ წყდება, როგორც ეს ხდება პლაცენტის დამატებითი წილის არსებობის შემთხვევაში. თუ გარსებში გაწყვეტილი სისხლძარღვების გზაზე პლაცენტის წილი არ არის, ეს ნიშნავს, რომ იგი დარჩენილია საშვილოსნოს ღრუში და საჭიროა მისი გამოღება ხელით.

თუ საშვილოსნოს ღრუში დარჩენილია მხოლოდ გარსების ნაგლეჯები პლაცენტური ქსოვილის გარეშე და სისხლის დენა არ არის, მისი ხელოვნური გამოტანა აუცილებელი არ არის, რადგან, ჩვეულებრივ, ლოგინობის პერიოდის პირველ დღეებში ეს ნაწილები თავისით გამოდის.

მშობიარობის მესამე პერიოდის დამთავრების შემდეგ საჭიროა რბილი სამშობიარო გზების დათვალიერება, დაზიანების შემთხვევაში მათი აღდგენა.

მელოგინე სამშობიარო ბლოკში ფიზიოლოგიური მშობიარობის შემთხვევაში რჩება ორი საათის, ხოლო პათოლოგიური მშობიარობის შემდეგ - 3-4 საათის განმავლობაში.

XIII თავი

ასეპტიკა და ანტისეპტიკა მეანობაში

მეანობაში ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის სრულ დაცვას.

ასეპტიკა ინფექციის წინააღმდეგ ბრძოლის ისეთი ღონისძიებაა, რომელიც ფიზიკურ და ქიმიურ საშუალებათა წინასწარი გამოყენებით ებრძვის მიკრობებს. ანტისეპტიკა კი მკურნალობის ისეთი წესია, რომელიც მიზნად ისახავს ქიმიურ ნივთიერებათა ორგანიზმზე მოქმედებით ბაქტერიების ვირულენტობის შესუსტებას და ორგანიზმის თავდაცვითი უნარიანობის ამაღლებას.

ასეპტიკა (ბერძ. a - უარყოფითი ნაწილაკი, septicos - ლპობის გამომწვევი) დაჩირქების დაუშვებლობას ნიშნავს.

ასეპტიკა ღონისძიებათა ისეთი კომპლექსური მეთოდია, რომელიც ძირითადად ფიზიკური და ნაწილობრივ ქიმიური საშუალებებით იცავს ოპერაციულ ჭრილობას მიკრობებისგან.

ანტისეპტიკა (anti - წინააღმდეგ, septicos - ლპობითი) ნიშნავს დაჩირქების, ლპობის საწინააღმდეგო ბრძოლას. ის ჭრილობის მკურნალობის ქიმიური, ფიზიკური, მექანიკური და ბიოლოგიური მეთოდია, პათოგენურ ბაქტერიებზე მოქმედებასთან ერთად აძლიერებს უჯრედთა და ქსოვილთა დაცვისა და ბრძოლის უნარს.

მშობიარობისა და ლოგინობის ხანაში ქალის სასქესო ორგანოები ღია ჭრილობაა, ამიტომ უნდა ვეცადოთ მშობიარეს ან მელოგინეს არ მივაყენოთ რაიმე ვნება შეხებით ან სხვა საგნებით.

საერთოდ, ჭრილობის დაცვა-მკურნალობა ორივე წესით მიმდინარეობს; ყველაფერი, რაც ჭრილობას ეხება, ასეპტიკური უნდა იყოს, ამავე დროს საჭიროა ზოგიერთი ანტისეპტიკური ხსნარის გამოყენება. იმისათვის, რომ სამედიცინო პერსონალმა ზუსტად დაიცვას ასეპტიკა და ანტისეპტიკა, საჭიროა დიდი ყურადღება მიექცეს ჰიგიენის წესების დაცვას (სხეულის სისუფთავე, თმის, კბილების, პირის ღრუს მოვლა, თეთრეულის ხშირად გამოცვლა და სხვ.). ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის ზუსტად დაცვა, ხელების მომზადება, მასალის დამზადება, ნივთების ტარება და სხვ. სამედიცინო პერსონალისთვის კანონია, რომლის შეუსრულებლობა დანაშაულადაა მიჩნეული.

საექიმო პერსონალი უნდა ერიდოს მუშაობის დროს ლაპარაკსა და ზედმეტ მოძრაობას. მელოგინის მომსახურებისათვის არ დაიშვება პერსონალი თუ ის დაავადებულია გრიპით, სურდოთი, ანგინით, ფურუნკულოზით, ჩირქოვანი გამონადენით, თუ ის ხელით შეეხო განავალს, მიწას, ჩირქს ან თუ უვლიდა ინფიცირებულ ავადმყოფს და სხვ. ამ მხრივ მცირე შეცდომაც კი შეიძლება საბედისწერო გახდეს მშობიარისა და მელოგინისთვის.

ძველად, ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის შემოღებამდე, დიდ სამშობიარო სახლებსა და კლინიკებში 20 მშობიარიდან ერთი უეჭველად სეფსისით კვდებოდა. ინფექცია ისე სწრაფად ვრცელდებოდა, რომ იძულებული ხდებოდნენ ასეთი სამშობიარო სახლები დროებით დაეხურათ და მშობიარეთა მიღება შეეწყვიტათ.

ინფექციის გავრცელება კლინიკებში დაკავშირებული იყო სტუდენტთა პრაქტიკულ მეცადინეობასთან, რომლებიც ერთდროულად გვამებზე მუშაობდნენ. პირველად ეს შეამჩნია ცნობილმა უნგრელმა მეან-გინეკოლოგმა ზემელვეისმა (1818-1865) და 1861 წელს შემოიღო ხელების გასუფთავება ქლორიანი კირისა და სხვა

სადეზინფექციო ხსნარით. ამ უბრალო წესმა მელოგინეთა სიკვდილიანობა საგრძნობლად შეამცირა. ზემელვეისმა გამოთქვა აზრი, რომ მშობიარობისშემდგომი ხურეების შემთხვევები მატულობს სამშობიაროში სტუდენტთა ყოფნის დროს. მან ამ საკითხზე გამოაქვეყნა მონოგრაფია „მელოგინეთა ხურვების ეტიოლოგიის, კლინიკისა და პროფილაქტიკის შესახებ". ზემელვეისის, როგორც მეცნიერის აღიარებაზე მეტყველებს წარწერა მის ძეგლზე - „დედათა მხსნელი".

ქალის ორგანიზმის ფიზიოლოგიის ღრმა შესწავლამ, აგრეთვე დიდმა მიღწევებმა პათოლოგიური ანატომიისა და ბაქტერიოლოგიის დარგში ხელი შეუწყო მეცნიერული მეანობის ჩამოყალიბებას. სამეანო-გინეკოლოგიურ და ქირურგიულ პრაქტიკაში გავრცელებულია ხელების დამუშავება სპასოკუკოცკისა და კოჩერგინის წესით. ნიშადურის სპირტის (liq. ammonii caustici) 0,5%-იანი ხსნარით ხელებს დაამუშავებენ ორჯერადად 3-3 წუთის განმავლობაში, წინასწარ საპნითა და ჯაგრისით დაბანის შემდეგ, გაამშრალებენ სტერილური დოლბანდით და 3-4 წუთის განმავლობაში დაამუშავებენ დამატებით 96%-იანი სპირტით. ამ წესის გამოყენებისას თითების ბოლოებზე იოდის წასმაა საჭირო.

ხელების მოსამზადებლად არსებობს სხვადასხვა წესი. სამეანო კლინიკაში მიღებულია ფიურბრინგერის წესი. ფრჩხილები ძირში მოჭრილი უნდა იყოს, ხალათის სახელო იდაყვამდე აწეული. ჭუჭყის მოშორების მიზნით 10 წუთის განმავლობაში ხელებს იბანენ გადადუღებული თბილი წყლით, საპნითა და გასტერილებული ჯაგრისით. განსაკუთრებით გულმოდგინეთ იბანენ ფრჩხილების ქვეშ არეს, თითებსა და ხელისგულს. დაბანილ ხელებს დაამუშავებენ 70%-იანი სპირტით და, ბოლოს, სამი წუთის განმავლობაში ხელებს ათავსებენ სულემის 0,001%-ან ხსნარში. ასევე საჭიროა გასინჯვის წინ მშობიარის ჩაბანა სულემის 0,001%-ანი ხსნარით.

ხელების დასამუშავებლად დიოციდს იყენებენ 1956 წლიდან. დიოციდს ხსნიან 40-50°-მდე გამთბარ წყალში 1:8000 განზავებით და ხელებს ამუშავებენ თასში სტერილური ხელსახოცით 2-3 წუთის განმავლობაში. ჩირქში დასვრილი ხელების დასამუშავებლად იყენებენ უფრო კონცენტრირებულ ხსნარს (1:2500). მიუხედავად იმისა, რომ დიოციდის ხსნარი ბაქტერიციდულ მოქმედებას ინარჩუნებს სამ თვეს, მას ახლად ამზადებენ ყოველი ხმარების წინ. გაფუჭების აცილების მიზნით დიოციდის ორივე პრეპარატს ერთმანეთში ურევენ მხოლოდ ხმარების წინ. დიოციდის შემადგენელი №1 პრეპარატია ცეტილპირიდინის ბრომიდი -15 მგ-იანი აბი (ან ფხვნილი) და №2 - ეტანოლმერკურქლორიდი - 12 მგ-იანი აბი (ან ფხვნილი).

დიოციდის ხსნარს ასე ამზადებენ: 1:2000 განზავებისთვის-№1 ორი ნაწილი №2 ერთი ნაწილი 2 ლიტრ წყალზე; 1:3000 განზავებისთვის-№1 ორი ნაწილი და №2 ერთი ნაწილი 3 ლიტრ წყალზე; 1:8000 განზავებისათვის-№1 ორი ნაწილი და №2 ერთი ნაწილი 8 ლიტრ წყალზე.

ოპერაციის მიმდინარეობისას, განსაკუთრებით მისი რომელიმე ეტაპის დამთავრების შემდეგ, ხელებს იბანენ დიოციდით და ამუშავებენ აბსოლუტური სპირტით. ხელთათმანების დაბინძურების შემთხვევაში საჭიროა მათი გამოცვლა.

მეანი ხელთათმანებით მუშაობს ინფიცირებული ავადმყოფის გასინჯვის დროს. ასეთი ავადმყოფის გასინჯვის შემდეგ საჭიროა ხალათის გამოცვლა, აბაზანის მიღება და ხელების დამუშავება. სიცხიანი ავადმყოფის როგორც გასინჯვა, ისე მშობიარობის ჩატარება მიზანშეწონილია გასტერილებული რეზინის ხელთათმანებით. ხელთათმანების ხმარების დროსაც ხელების მომზადება ისევე საჭიროა, როგორც უხელთათმანო ხელების. თუ ექიმს ხელები ჩირქით დაესვარა, მშობიარობის ჩატარებას 2-3 დღით თავი უნდა მოარიდოს.

სამეანო დახმარების დროს ნიღბის ხმარება სავალდებულოა ყველასათვის, ვინც სამშობიარო დარბაზში შედის. ნიღაბი უნდა იყოს სტერილური, ჰაერისმიერი ან წვეთოვანი ინფექციის ასაცილებლად. ნიღბით იფარავენ პირსა და ცხვირს. ტანისამოსი უნდა იყოს სუფთა, ხალათი - სტერილური. თმა უნდა დაიფარონ ჩაჩით ან ხილბანდით. მშობიარის თეთრეული სტერილური უნდა იყოს, საბანი - დეზინფექციაში გატარებული და გასუფთავებული.

ამჟამად ავტოკლავში ხდება თეთრეულისა და შესახვევი მასალის სტერილიზაცია. სტერილიზატორში ხელსაწყო-იარაღსა და ძაფს ასტერილებენ გამოხარშვით. საჭიროა საოპერაციო ბლოკის გულმოდგინე დეზინფექცია.

ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის წესების დაცვა, მუშაობის სწორად წარმართვა, მიღებულ მშობიარეთა და ავადმყოფთა სანიტარული დამუშავება სანგამტარში, დაავადებულთა დროული იზოლირება, თეთრეულის საჭირო რაოდენობა და მარაგის განსაკუთრებული სისუფთავე, მედპერსონალის პერიოდული შემოწმება ინფექციის მინიმუმამდე დაყვანის შესაძლებლობას ქმნის.

XIV თავი

მშობიარობის გაუტკივარება

მშობიარობის გაუტკივარება მეანობის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი პრობლემაა.

მშობიარობის გაუტკივარება უძველესი დროიდანაა ცნობილი. მე-19 საუკუნის მეორე ნახევარში სიმპსონმა შეიმუშავა მშობიარობის გაუტკივარება ქლოროფორმით და ეთერით. ასეთი გაუტკივარება მან პირველად ინგლისის დედოფალს ჩაუტარა. ამიტომაც ასეთ ნარკოზს უწოდებენ - a la reine (დედოფლისეული).

მშობიარობის გაუტკივარების მიზნით იყენებდნენ სხვადასხვა მეთოდს, მაგრამ ამას სისტემატური ხასიათი არ ჰქონდა.

მშობიარეების დაახლოებით 75% საჭიროებს ანალგეზიას, ამჟამად ფართოდ იყენებენ გაუმჯობესებულ და ზუსტად შერჩეულ წესებს, რომლებიც სამშობიარო ტკივილს სრულებით სპობენ ან საკმაოდ ამცირებენ; მშობიარობის ხანგრძლივობას ამცირებენ; დედასა და ნაყოფზე უარყოფით გავლენას არ ახდენენ; მომყოლის პერიოდისა და ლოგინობის ჩვეულებრივ მიმდინარეობას არ არღვევენ.

ამჟამად მშობიარობის გაუტკივარების მრავალ მეთოდს იყენებენ ქალთა კონსულტაციებსა და სამშობიარო სახლებში.

ტკივილის შეგრძნების ინტენსივობაზე გავლენას ახდენს ცენტრალური ნერვული სისტემის მდგომარეობა, თავის ტვინის ქერქის აგზნებისა და შეკავების დონე და აქტიურობა (რამდენადაც მეტია აგზნება, მით უფრო მეტად იქნება გამოხატული ტკივილის შეგრძნება, მშობიარობისა და შვილის მიმართ ემოციური განწყობა, ნერვული სისტემის ტიპოლოგიური თავისებურება, წინა მშობიარობისას მიღებული განცდები, სამშობიარო მოქმედების მიმდინარეობა ნორმალური ან გართულებული).

შიშისა და აღელვების გრძნობა, რომელიც მთელი ორსულობის განმავლობაში თან სდევს ქალს, მომავალი მტკივნეული მშობიარობის მოლოდინში რთულდება მძიმე ფსიქიკურ-ფიზიკური მოშლილობით. გაუტკივარება ეხმარება მშობიარობით დაღლილ ორგანიზმს აღადგინოს ძილი და დაკარგული ენერგია. სამშობიარო ტკივილით დაღლილი დედა გაუტკივარების შედეგად რამდენიმე ხნით ისვენებს და

მეტი ენერგიითა და ძალით შეუდგება „სამშობიარო მუშაობას".

მშობიარობის გაუტკივარებაში ქალი ხედავს მასზე მეტ ზრუნვას, რაც მომავალ დედას საბაბს აძლევს გულდამშვიდებით, დაწყნარებით შეხვდეს მშობიარობას. ეს კი ხელს უწყობს მშობიარობის აქტისადმი სწორ განწყობას, მშობიარობის სიმ-რავლეს და მისახლეობის ფიზიოლოგიურ ზრდას. ღღეეანდელ პირობებში მშობი-არობა წარსულისა და მომავალის მწარე მოგონება კი არ არის, არამედ ქალის ჯანმრთელობისთვის უვნებელი ფიზიოლოგიური პროცესია.

ამ პრინციპს განუხრელად იცავს მაღალი სამეანო კულტურა. მშობიარობის გაუტკივარება მკვეთრად ამცირებს დედისა და ნაყოფის სამშობიარო ტრავმატიზმს, ოპერაციული ჩარევის რიცხვს, ადრეული ლოგინობის ხანაში სისხლის დენასა და მკვდრადშობადობას. ფიზიოლოგიური მშობიარობა შემთხვევათა 11-14%-ში ტკივი-ლის გარეშე მიმდინარეობა (partus indolens - partus insensibilis), მშობიარობის აქტი გაუტკივარებით არ ირღვევა. მშობიარობის გაუტკივარების მეთოდი საზიანო არ არის არც დედისა და არც ნაყოფისთვის. ამავე დროს, მშობიარობა არ უნდა გახანგრძლივდეს, ნორმალურ ფიზიოლოგიურ ფარგლებში უნდა წარიმართოს. გაუტკივარების მეთოდი უნდა იყოს მარტივი, ხელმისაწვდომი მასობრივი გამოყ-ენებისთვის.

გაუტკივარების ამა თუ იმ წესის არჩევისას უნდა გავითვალისწინოთ მშობი-არის როგორც საერთო, ასევე გულ-სისხლძარღვთა, ფილტვების, თირკმლების, ღვიძლისა და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მდგომარეობა -საყურადღებოა დაავადებე-ბი, მაგალითად, გრიპი, ანგინა, ნეფროპათია, ჰიპერტონია და სხვ. აგრეთვე სამშო-ბიარო გზების მდგომარეობა, ნაყოფის დღესრულობა, მოძრაობა, გულისცემა, მდე-ბარეობა, წინმდებარეობა და სხვ. გაუტკივარების დაწყებისას საჭიროა მშობიარ-ობის დინამიკის ცოდნა. პერსონალი ვალდებულია ზუსტი დაკვირვება ჩაატაროს მშობიარის საერთო მდგომარეობაზე, ნაყოფზე და ყველა მონაცემი ისტორიაში შეიტანოს. გაუტკივარების ეფექტი განისაზღვრება ამა თუ იმ ხარისხით: სრული, კარგი, საშუალო და უშედეგო. მშობიარობის გაუტკივარების მიზნით უმარილო, შერჩეული დიეტა და ვიტამინების საკმაოდ მიწოდება დადებით შედეგს იძლევა, რის გამოც იგი ფართოდაა გამოყენებული. ამ საქმის ორგანიზაციას კონსულტა-ციებსა და სამშობიარო სტაციონარში უნდა ატარებდნენ.

უმარილო დიეტა ორსულობის ბოლო თვეში, ხილი, პოლივიტამინიზაცია აყუ-ჩებს სამშობიარო ტკივილს. კარგ გავლენას ახდენს გლუკოზა, ჟანგბადი, ალკო-ჰოლის მცირე დოზები. მათი მოქმედება იწვევს ორგანიზმში ნივთიერებათა ცვლის გაუმჯობესებას, უვარგის ნივთიერებათა გამოყოფის დაჩქარებას, ამით კი ჟანგვა-აღდგენითი პროცესების ფიზიოლოგიური წონასწორობის დაცვას.

სამშობიარო ტკივილის პროფილაქტიკას ატარებენ ფსიქოპროფილაქტიკური მომზადებით ორსულობისა და მშობიარობის დროს. იმ შემთხვევაში, როდესაც ფსიქოპროფილაქტიკური მომზადება უშედეგოა, მიმართავენ მედიკამენტურ საშუ-ალებებს. ადგილობრივ ან ზოგად გაუტკივარებას ანდა ფიზიკურ მეთოდებს.

გაუტკივარების ფსიქოპროფილაქტიკური მეთოდი მშობიარეს უკარგავს შიშის გრძნობას, რაც ამცირებს ტკივილის შეგრძნებას, ის წინასწარ ათავისუფლებს ქალს ტკივილისგან. მეთოდის არსია ის, რომ ქალი თავისუფლდება უსაფუძვლო შიშის-გან. მოყოლილი ამბებით, წაკითხულის შთაბეჭდილებით განპირობებული შიში მშობიარობისადმი ყოველთვის არის ქალის შეგნებაში. ფსიქოპროფილაქტიკის ჩატარებისას ორსული ფსიქიკური ზემოქმედებით უნდა დავარწმუნოთ, რომ ის უზრუნველყოფილი იქნება კვალიფიციური დახმარებით მეცნიერების უახლეს მიღ-

წყვასია შესაბამისად, რაც მას დაიცავს მშობიარობის გართულებისგან. დამშვიდება, დარიგება, გულთბილი მოპყრობა, ახსნა-განმარტება ქალთა კონსულტაციაში ღადებითად მოქმედებს ორსულზე.

ორსულის ფსიქოლოგიური მომზადება იწყება კონსულტაციაში მშობიარობამდე ერთი თვით ადრე. მას უტარებენ 5-6 საუბარს, 3-5 დღის შუალედით. ამ ხნის განმავლობაში ორსულს განუმარტავენ, რა ცვლილებები ხდება ორსულობის დროს ქალის ორგანიზმში, აცნობენ მშობიარობის მექანიზმს, აუხსნიან მშობიარობის მიმდინარეობას, სამშობიარო შეტევებს, განუმარტავენ, როგორ უნდა მოიქცეს შეტევების დროს. ორსულს ასწავლიან სუნთქვის წესს და ხერხებს.

ორსულის მომზადების პერიოდში ჩატარებული დაკვირვება ცხადყოფს, თუ როგორ უმჯობესდება ორსულის ემოციური ფონი, როგორ ქრება შიშის გრძნობა, ჩქარდება მშობიარობა და სხვ.

ფსიქოპროფილაქტიკური მეთოდის ერთ-ერთი უპირატესობაა ის, რომ იგი ქალთა კონსულტაციისა და სამშობიარო სახლის კულტურას ამაღლებს, პერსონალს აჩვევს წესიერებას, უვითარებს ჰუმანიზმსა და გულისხმიერებას მშობიარისადმი. ეს მეთოდი ხელმისაწვდომია ყველა სპეციალისტისა და დამხმარე პერსონალისთვის. მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქოპროფილაქტიკა მშობიარობის გაუტკივარების ძირითადი და აუცილებელი მეთოდია, მაინც საჭიროა მისი შეხამება დედისა და ნაყოფისთვის სრულიად უვნებელ მედიკამენტებთან.

ასევე ფართოდაა დანერგილი მშობიარობის გაუტკივარების ფიზიო-ფსიქოპროფილაქტიკური მეთოდი, რომელიც შედგება სამი კომპონენტისგან: სამკურნალო ფიზკულტურის, ულტრაიისფერი დასხივებისა და სპეციალური მეცადინეობებისგან.

სამკურნალო ფიზკულტურას მიმართავენ ორსულობის პერიოდში, მშობიარობის პროცესში და მშობიარობის შემდეგ ქალის ფიზიკური მომზადების მიზნით.

ულტრაიისფერ დასხივებას ახორციელებენ შემდეგი სქემით: 16 კვირამდე ატარებენ დასხივებას 1- სეანსს 0,25-1,25 ინტენსივობის ბიოდოზით; 17-31 კვირის ორსულობისას - 10 სეანსს 1,25-1,5 ინტენსივობის ბიოდოზით; 32-დან 40 კვირამდე ორსულობისას - დასხივების 20 სეანსს 1,5-2,5 ინტენსივობის ბიოდოზით. ამავე დროს ორსულებს უტარებენ ინდივიდურ საუბრებს (იმავე შინაარსისას, როგორსაც ფსიქოპროფილაქტიკური მომზადების დროს).

მშობიარობის რაციონალური გაუტკივარება ფსიქოპროფილაქტიკური და ფიზიო-ფსიქოპროფილაქტიკური წესით არ იწვევს სამშობიარო აქტის გართულებას, სრულიად უვნებელია ნაყოფისთვის.

მშობიარობის პირველი პერიოდის გაუტკივარება

მშობიარობის პირველი პერიოდის გაუტკივარებისთვის გამოყენებულია ნარკოტიკული, ანალგეზიური, ტრანკვილიზატორული და სპაზმოლიზური საშუალებანი, ცალკეულ შემთხვევაში კი - აბდომინური დეკომპრესია და ელექტროანალგეზია.

ნარკოტიკული პრეპარატები უპირატესად თავის ტვინის ქერქზე მოქმედებს. ინჰალაციური ნარკოტიკული პრეპარატებიდან ხმარობენ აზოტის ქვეჟანგს, ტრილენსა და ეთერს, არაინჰალაციური საშუალებებიდან - ვიადრილსა და ნატრიუმის ოქსიბარბიტურატს.

აზოტის ქვეჟანგი უვნებელია დედისა და ნაყოფისთვის. მისი წყვეტილი გამოყენება სამშობიარო მოქმედებას არ აკნინებს. აზოტის ქვეჟანგს მშობიარეებს აწვდიან ჟანგბადთან ერთად 1:1, 3:1, ზოგჯერ 4:1 შეფარდებით. გაუტკივარება მიმ-

ღინარჩუნებს აუტოანალგეზიური მეთოდით. შეტევების დაწყებისთანავე მშობიარე თვითონ მოირგებს ნიღაბს და სუნთქავს მშობიარობის დამთავრებამდე. ეფექტისთვის საკმარისია ბანგის პირველი სტადია (მშობიარე ცნობიერებას არ კარგავს, ტკივილის შეგრძნება დაქვეითებული აქვს). თუ უფრო ღრმა (II) სტადია განვითარდა, მშობიარემ ცნობიერება დაკარგა, საჭიროა ბანგის მიწოდების შეწყვეტა.

ტრილენი (ტრიქლორეთილენი) თხევადი ინჰალაციური ნარკოტიკული საშუალებაა. ის უვნებელია დედისა და ნაყოფისთვის. სამშობიარო მოქმედებას არ ასუსტებს, ახასიათებს ძლიერი ანალგეზიური ეფექტი. მისი მიწოდება შეიძლება პორტატული აპარატით „ტრილანი" (ჰაერთან ერთად), აუტოანალგეზიური მეთოდით. ეს აპარატი უზრუნველყოფს ტრილენის კონცენტრაციის ზუსტ დაცვას (0.8 მოც. %). თუ მშობიარეს ტრილენს აწვდიან ჩვეულებრივი აპარატით, საჭიროა აბსორბერის გამორთვა იმ მოსაზრებით, რომ ტრილენი ნატრონულ კირთან ურთიერთქმედებისას წარმოქმნის შხამიან აირს (დიქლორეთილს და სხვ.).

სამშობიარო მოქმედების გაუტკივარების მიზნით ეთერს იშვიათად იყენებენ, რადგან მას არასასიამოვნო სუნი აქვს, იწვევს ხველას, ნერწყვის დენას, სამშობიარო მოქმედების შესუსტებას. მშობიარეს ეთერს აძლევენ უპირატესად სამეანო ბანგისთვის.

ვიადრილი (პრედიონი) ინტრავენური სტეროიდულ-ნარკოტიკული საშუალებაა, ქიმიური აგებულებით პროგესტერონის მსგავსია, მაგრამ ჰორმონული ზემოქმედება არ ახასიათებს. ზერელე ბანგის დროს სამშობიარო მოქმედება არ სუსტდება. მხოლოდ ვენაში შეყავთ 300-1000 მგ ვიადრილი. ვიადრილის ხსნარს ამზადებენ უშუალოდ გამოყენების წინ. ერთ ფლაკონს, რომელიც შეიცავს 500 მგ ვიადრილს, უმატებენ 10 მლ 0,25-0,5 % ნოვოკაინის ხსნარს. ფლებიტის პროფილაქტიკის მიზნით ვიადრილის შეყვანის შემდეგ საჭიროა კიდურის მაღლა აწევა და მასაჟი მხრის ძვლის მიმართულებით. იმავე ნემსით შეყავთ 10,0-0,25% ნოვოკაინი, ბანგი მოქმედებს 5-8 წუთის შემდეგ და გრძელდება 1-3 საათი. თუ მშობიარეს დაეწყო კრუნჩხვების მსგავსი მოძრაობა, საჭიროა ვენასა ან კუნთებში 50 მგ პიპოლფენის შეყვანა. ვიადრილი აქვეითებს სისხლის არტერიულ წნევას 10-20%-ზე მეტად, რის გამოც მას იყენებენ ნეფროპათიის დროს.

ნატრიუმის ოქსიბარბიტურატი ინტრავენური ნარკოტიკული საშუალებაა. იგი გამოდის 10 მლ ამპულებით, რომლებიც შეიცავენ პრეპარატის 20%-იან ხსნარს. გაუტკივარებისთვის ვენაში შეყავთ 20%-იანი ხსნარის 10-20 მლ. მიზანშეწონილია 50 მგ პიპოლფენით პრემედიკაცია. პრეპარატი მოქმედებს 5-10 წუთის შემდეგ, მისი მოქმედების ხანგრძლივობა 1-3 საათს გრძელდება. ნატრიუმის ოქსიბარბიტურატი უვნებელია დედისა და ნაყოფისთვის, ზერელე ბანგის შემთხვევაში სამშობიარო მოქმედებას არ ასუსტებს.

ანალგეზიური საშუალებანი მოქმედებს ტკივილის იმპულსების მსვლელ გზაზე პერიფერიიდან ცენტრისკენ.

პრომედოლს ახასიათებს გამოხატული ანალგეზიური და სპაზმოლიზური მოქმედება. საშვილოსნოს ყელის 5-6 სმ სიგანეზე გახსნამდე 20%-იანი პრომედოლი შეყავთ კანქვეშ ან კუნთებში 1 მლ რაოდენობით. აღნიშნული დოზა უვნებელია დედისა და ნაყოფისთვის და სამშობიარო მოქმედებას არ ასუსტებს. პრომედოლის გამოყენება მშობიარობამდე 2 საათზე უფრო ადრე იწვევს ახალშობილის სუნთქვის ცენტრის დაკნინებას. პრომედოლის ანალგეზიური და სპაზმოლიზური ეფექტი ძლიერდება 2,5%-იანი პიპოლფენის 2 მლ-თან ერთად შეყვანისას.

1%-იანი თეკოდინი შეყავთ 1-1,5 მლ-ის რაოდენობით კანქვეშ ან კუნთებში. მისი მოქმედების ხანგრძლივობა 2-3 საათია. პრეპარატს ახასიათებს ანალგეზიური და სპაზმოლიზური თვისებები. სპაზმოლიზური მოქმედება განსაკუთრებით გამოიხატება საშვილოსნოს ყელის 4-5 სმ-ზე მეტად გახსნის დროს. ტრანკვილიზატორები უპირატესად მოქმედებს ტვინის ლურის რეტიკულურ ფორმაციაზე, ამცირებს ტვინის ქერქის არასპეციფიკურ იმპულსაციას და ტკივილის შემცირებას იწვევს. ამ ჯგუფის პრეპარატებიდან უპირატესობა ენიჭება პიპოლფენს, რომელიც შეყავთ კუნთებში - 2,5%-იანი ხსნარის 1-2 მლ. მას ახასიათებს ტკივილგამაყუჩებელი, ანტიჰისტამინური და ძილისმომგვრელი მოქმედება. მოქმედების ხანგრძლივობა 2-3 საათია.

სპაზმოლიზური საშუალებებიდან სამეანო პრაქტიკაში უმეტესად იყენებენ ატროპინს - 0,1% 0,5-1 მლ, ნო-შპას - 2 მლ, რომლებიც შეყავთ კუნთებში ან კანქვეშ ან გამოიყენებენ აბების სახით (0,04), 1 მლ 1%-იან აპროფენს კუნთებში ან აბების სახით (0,025-0,05), სპაზმოვერინს - 1 ამპულას (0,08 გ), ესკორპალს - 2 მლ (0.004 გ). განმეორებით შეიძლება სპაზმოვერინის ან ესკორპალის შეყვანა 1½-2 საათის შემდეგ.

ადგილობრივი ანესთეზია მშობიარობის პირველ პერიოდში გამოყენებულია პარაცერვიკალური ნოვოკაინიანი ბლოკადის სახით (40-60 მლ 0,25 %-იანი). ამ დროს შეიძლება სამშობიარო მოქმედება შესუსტდეს. ანესთეზიის ეს სახე უმეტესად გამოყენებულია სამშობიარო მოქმედების დისკოორდინაციის დროს. ბოლო წლებში იყენებენ პერიდურულ ანესთეზიას.

აბდომინური დეკომპრესია ფიზიკური მეთოდია, რომელსაც ასეთნაირად ახორციელებენ: მშობიარეს დაადებენ მუცელზე ნახევრად სფერული ფორმის საგანს, რომლის ქვეშ ვაკუუმით იქმნება დაბალი წნევა (ე.წყ.სვ. 30-60 მმ-ით ნაკლები ატმოსფერულთან შედარებით). საშვილოსნო ღებულობს სფერულ ფორმას. დეკომპრესიის შედეგად ტკივილი მცირდება და გახსნის პერიოდი ჩქარდება (რადგან საშვილოსნოს ასეთი ფორმა საუკეთესო პირობებს ქმნის კონტრაქციისა და რეტრაქციისათვის). დეკომპრესიას იყენებენ სამშობიარო შეტევების დროს.

ასევე ფართოდ ხმარობენ ფიზიკური მეთოდების სხვა სახეებს, კერძოდ ელექტროანალგეზიას.

ელექტროანალგეზია ელექტროდენის მოქმედებაა ცოცხალ ორგანიზმზე. ელექტროდენი იმპულსური ხასიათისაა, მეტად სუსტი სიძლიერისაა (3A- მლი) და ძაბვის. იმპულსების სიხშირე 160-დან 2000 ჰერცამდეა. სწორკუთხა იმპულსური დენი (პაციენტი მას სრულებით ვერ გრძნობს) სპეციალურ აპარატში - ელექტრონარკოზში იქმნება და 4 ელექტროდის საშუალებით (შუბლისა და კისრის არეში) გადაეცემა პაციენტს. ასეთ იმპულსურ დენს კარგი თვისება აქვს: იგი იწვევს თავის ტვინის ქერქსა და ქერქქვეშ მდებარე კვანძოვან სტრუქტურებს შორის მიმდინარე პროცესების დინამიკურ წონასწორობას, რის შედეგადაც ცენტრალური ნერვული სისტემის მოქმედება ნორმალიზდება.

ელექტროანალგეზია არეგულირებს სამშობიარო მოქმედებას, აძლიერებს საშვილოსნოს კუმშვადობის უნარს, ხელს უშლის საშვილოსნოს შეკუმშვის დისკოორდინაციას.

ელექტროანალგეზია სამშობიარო ტკივილის შეგრძნების ინტენსიურობის შემცირებისა და ერთდროულად ტკივილის პათოლოგიური მეორადი რეაქციის აცილების საშუალებაა.

მშობიარობის მეორე პერიოდის გაუტკივარება

მშობიარობის მეორე პერიოდის გაუტკივარებისათვის იყენებენ აზოტის ქვეჟანგს, ტრილენს, ეფერს ჟანგბადთან ერთად.

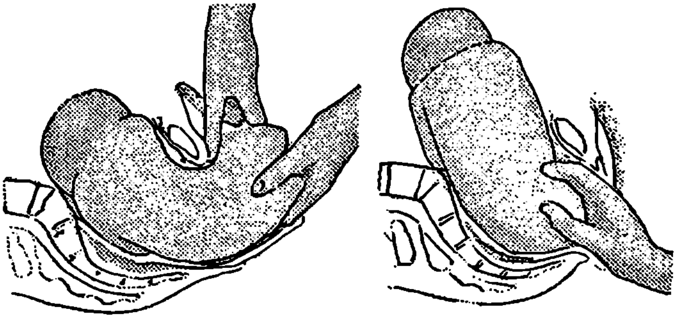
დიდი წარმატებით ხმარობენ პუდენდურ ანესთეზიას, მშობიარე წევს ზურგზე, მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსარში მოხრილი ფეხები მოყრდნობილი აქვს მუცლის წინა კედელზე. გრძელი ნემსით ჩხვლეტენ საჯდომ ბორცვსა და საშოს უკანა ლაგამს შორის და 0,25%-იანი ნოვოკაინის ხსნარი თითოეულ მხარეს 50-60 მლ რაოდენობით შეყავთ 5-7 სმ სიღრმეზე. პუდენდური ანესთეზია ასუსტებს სამშობიარო მოქმედებას. ის გამოყენებულია სამეანო მაშებით ოპერაციის, ვაკუუმექსტრაქციისა და ნაყოფის ექსტრაქციის დროს.

უკანასკნელ ხანებში სამეანო პრაქტიკაში ინერგება ნეიროლეპტანალგეზია (ნეიროლეპტიკებისა და ანალგეტიკების კომბინირებული გამოყენება). ამ დროს აღინიშნება მოტორული სიმშვიდე, მშობიარის ფსიქიკის დაკნინება და სრული ნეიროვეგეტაციის სტაბილიზაცია. ნეიროლეპტანალგეზის გამოყენება შეიძლება იმ ორსულთათვისაც, რომელთაც აქვთ გულის, თირკმლების, ღვიძლის დაავადებანი. ამ მიზნით ხმარობენ დროპერიდოლსა (ნეიროლეპტიკს) და ფენტანილს (ანალგეტიკს).

XV თავი

ნაყოფის მენჯით წინმდებარეობა
FOETUS CLUNIS PRAEVIUS, PRAESENTATIO PELVICA

ნაყოფის მენჯით მდებარეობა გვხვდება შემთხვევათა 3,5 %-ში. იგი იყოფა სამ სახედ - ჯდომით, ფეხით და მუხლით წინმდებარეობად. ჯდომით წინმდებარეობა, თავის მხრივ, იყოფა ორ ქვეჯგუფად - სუფთა ჯდომით წინმდებარეობად (არასრული ჯდომა), როცა ფეხები გაშლილია მუხლის და მოხრილია მენჯ-ბარძაყის სახ-



სურ.55 წამყვანი წერტილები ნაყოფის მენჯით წინმდებარეობის გამოყვანის დროს

სარში, შერეულ ჯდომით წინმდებარეობად (სრული ჯდომა), როცა ფეხები მოხრილია მენჯბარძაყისა და მუხლის სახსრებში. ფეხის წინმდებარეობისას წინმდებარეა ფეხი. როცა ერთი ფეხია წინმდებარე, ამას უწოდებენ ფეხის არასრულ წინმდებარეობას, ხოლო თუ ორივე ფეხია წინმდებარე, ფეხით სრულ წინმდებარეობას. იშვიათ შემთხვევაში მენჯით წინმდებარეობისას ფეხი მოხრილია იმგვარად, რომ მხოლოდ მუხლი ისინჯება. ასეთ მდებარეობას უწოდებენ მუხლით წინმდებარეობას. ორსულობის პერიოდში ნაკლები სივრცის გამო ნაყოფს არა აქვს შესაძლებლობა მოთავსდეს საშვილოსნოში მთელ სიგრძეზე და ფეხები გაშალოს.

მენჯით წინმდებარეობისას არჩევენ აგრეთვე ორ პოზიციას - პირველსა და მეორეს, წინა და უკანა სახეს. ნაყოფის გულისცემის მოსმენა შეიძლება ჭიპის ზემოთ, პირველი პოზიციის დროს - მარცხნივ, მეორე პოზიციის დროს - მარჯვნივ. გულისცემის რიცხვი, თავის მდებარეობასთან შედარებით, 10-15-ით მეტია.

ორსულობის პირველ ნახევარში ნაყოფის მენჯით მდებარეობა უფრო ხშირია, ვიდრე მშობიარობის დაწყების წინ. შეიდი თვის, ე.ი. 28 კვირის ორსულობის დროს აღნიშნულია მენჯით მდებარეობის სიხშირე შემთხვევათა 30%-ში. შემდეგ, რამდენადაც უფრო იზრდება და მწიფდება ნაყოფი, მით უფრო სტაბილურ მდებარეობას იღებს. თავი მენჯის შესავალთან თავსდება, მენჯი - საშვილოსნოს ფუძეში. ნაყოფის მდებარეობის შეცვლა შვიდი თვის შემდეგაც მოსალოდნელია ორსულობის ბოლო კვირამდე, რაც დადასტურებულია როგორც კლინიკურად, ისე რენტგენოლოგიურად. მაგრამ ორსულობის დასასრულისთვის ნაყოფის მდებარეობის შეცვლა იშვიათია. ორსულობის მიწურულში ნაყოფის მდებარეობის შეცვლა დასაშვებია მრავალწყლიანობის, ნაადრევი მშობიარობის, ტყუპით ორსულობის დროს და ვიწრომენჯიანობის შემთხვევაში.

მენჯით მდებარეობის ხელშემწყობი პირობებია: დედის მხრივ - პირველი მშობიარობა ხანშიშესულ ასაკში, მუცლის წინა კედლის მოდუნება, საშვილოსნოს არაწესიერი განვითარება და სიმახინჯე, ვიწრო მენჯი, სიმსივნე მცირე მენჯში; ნაყოფის მხრივ - პატარა ნაყოფი, ტყუპი ნაყოფი, სიმახინჯე, სიკვდილი, მაცერაცია და სხვ.; კვერცხის მხრივ - მრავალწყლიანობა ან, პირიქით, სანაყოფე სითხის უკმარისობა, პლაცენტის წინმდებარეობა და მისი მიმაგრება ქვედა სეგმენტში, მოკლე ან გრძელი ჭიპლარი, ჭიპლარის შემოხვევა და სხვ.

მენჯით წინმდებარეობის დიაგნოსტიკა

საყურადღებოა, ზუსტად დაადგინონ მენჯის რომელი ნაწილია წინმდებარე. ცუდი შედეგით დამთავრდება მშობიარობა როგორც დედის, ისე ნაყოფისთვის, თუ ფეხის მაგივრად ხელს მიიღებენ წინმდებარედ ან ნაყოფის გვერდს მიიჩნევენ მენჯად და მხედველობიდან გამორჩებათ ისეთი მძიმე გართულება, როგორიცაა ნაყოფის გარდიგარდმო მდებარეობა.

გარეგანი გასინჯვა. შემთხვევათა უმრავლესობაში მენჯით მდებარეობის გამოცნობა მარტო გარეგანი გასინჯვითაც მოსახერხებელია. ამ დროს თავი საშვილოსნოს ფსკერზეა მოთავსებული და ეს უკანასკნელი უფრო მაღლა დგას.

როდესაც მუცლის კედელი დაჭიმულია, ხელის მოვლებით ადგენენ საშვილოსნოს ფუძეში თავის არსებობას. საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში ისინჯება რბილი კონსისტენციის; თავთან შედარებით მცირე, გარკვეველი მოცულობის წინმდებარე ნაწილი, რომელსაც არ ახასიათებს სიმკვრივე. მენჯით წინმდებარეობის დადგენა შეიძლება აგრეთვე ნაყოფის პირდაპირი და არაპირდაპირი ელექტროკარდიოგრაფიით (უარყოფითი R კბილი) და ულტრაბგერითი სკანირებით.

შინაგანი გასინჯვა. მენჯით მდებარეობის შემთხვევაში ამომწურავ პასუხს იძლევა საშოსმხრივი გასინჯვა. რადგან საშვილოსნოს ყელი საკმაოდ გახსნილია, შეცდომა ნაკლებად არის მოსალოდნელი. უფრო ზუსტი დიაგნოზის დადგენა შეიძლება მაშინ, როცა სანაყოფე სითხე დაღვრილია. ამ დროს გარკვეულად ისინჯება რბილი ქსოვილი, სასქესო ორგანოები, ანუსი და გავის ძვალი. შეტევებისა და ჭინთვის დროს სფინქტერის მოშვების გამო გამოდის მეკონიუმი, რაც სრულიად ფიზიოლოგიურია და ნაყოფის ასფიქსიის მაჩვენებელი არ არის.

თუ კონსულტაციაში დადგინდა ნაყოფის მენჯით მდებარეობა, აუცილებელია ასეთი ორსულის გაგზავნა სტაციონარში წინასწარ, მშობიარობის დაწყებამდე ერთი-ორი კვირით ადრე.

სურ.56 მენჯით წინმდებარეობის სახეები
ა - სუფთა ჯდომითი წინმდებარეობა;
ბ - შერეული ჯდომითი წინმდებარეობა;
გ - არასრული ფეხით წინმდებარეობა

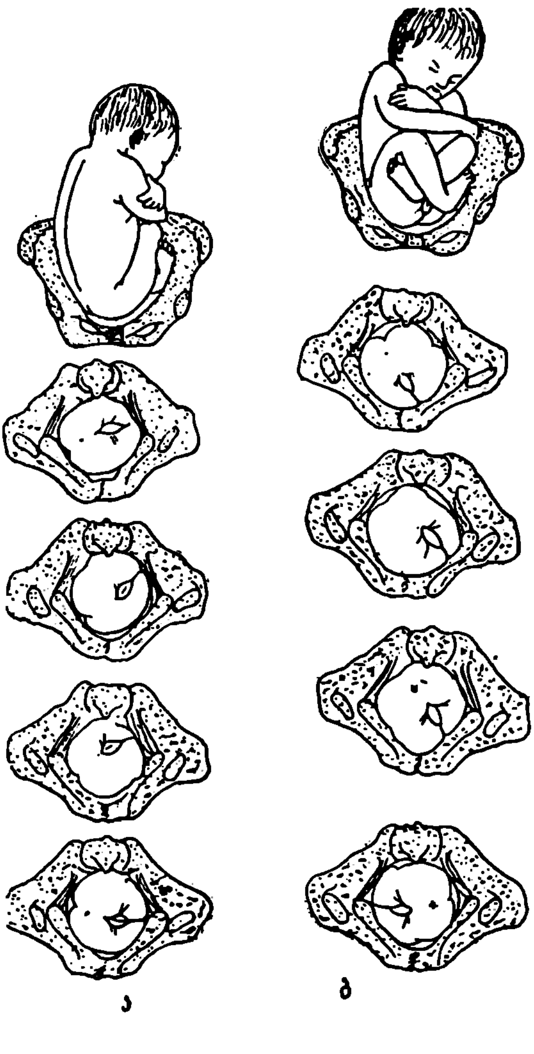
მშობიარობის მიმდინარეობა მენჯით წინმდებარეობის დროს

მენჯით წინმდებარეობის დროს მშობიარობის მიმდინარეობა, თავით წინმდებარეობასთან შედარებით, უფრო ხანგრძლივია. მისი ხანგრძლივობა პირველმშობიარეთათვის 20 საათია, განმეორებით მშობიარეთათვის - 12 საათი.

მენჯით წინმდებარეობისას მშობიარობა განსაზღვრული მექანიზმით მიმდინარეობს. საშვილოსნოს ყელის გახსნის დასაწყისში ნაყოფის მენჯი მენჯის შესავლის ზემოთ დგას ისე, რომ დუნდულების ხაზი, რომელიც აქ ისრისებრი ნაკერის მაგივრობას ასრულებს, პოზიციისა და სახის მიხედვით ისინჯება შესავლის განივ ან ერთ-ერთ ირიბ ზომაში.

მშობიარობის დასაწყისში დუნდულები გარდიგარდმო ზომით - Linea intertrochanterica დგება მენჯის შესავლის ერთ-ერთ ირიბ ზომაში (პირველი პოზიციისა და წინა სახის შემთხვევაში მარცხენა ირიბ ზომაში და პირიქით), შესავლის ირიბი ზომიდან Linea intertrochanterica გადადის მენჯით ფართო ნაწილის ირიბ ზომაში. ამ დროს წინა დუნდული ეშვება უკანა ქვემოთ და წამყვანი წერტილი ხდება.

მშობიარობის მექანიზმის პირველი მომენტი - დუნდულების შინაგანი ბრუნვა იწყება დუნდულების გარდიგარდმო ზომის ფართო ნაწილის ირიბ ზომიდან ვიწრო ნაწილის ირიბ ზომაში გადასვლით და ბრუნვის დასასრულს Linea intertro-



სურ. 57 მშობიარობის მექანიზმი მენჯით წინმდებარეობის წინა (ა) და უკანა (ბ) სახის შემთხვევაში

chanterica დგება გამოსავლის პირდაპირ ზომაში.

მშობიარობის მექანიზმის მეორე მომენტს - ნაყოფის ხერხემლის წელის არეში გვერდით მოხრას განაპირობებს ნაყოფის შემდგომი წინსვლითი მოძრაობა.

ამ დროს ვულვიდან გამოიჭრება წინა დუნდული, რომელიც მიეყრდნობა ბო-

ქვენის რკალს თეძოს ძელის არეში - ციბრუტსა და თეძოს ძვალს შორის მდებარე წერტილში (პირველი საფიქსაციო წერტილი - ჰიპომოხლიონი - punctum fixum). ამ წერტილის ირგვლივ ბრუნვით გამოდის ნაყოფის მენჯი, ნაყოფის ხერხემალი ქალის მენჯის გამტარი ხაზის გასწვრივ წელის არეში ძლიერ გვერდით მოიხრება. ამ დროს ბეჭები გარდიგარდმო ზომით დგება მენჯის შესავლის გარდიგარდმო ზომაში.

მშობიარობის მექანიზმის მესამე მომენტის - ბეჭების შინაგანი მობრუნებისა და ტანის გარეგანი ბრუნვის დასასრულს ბეჭები დგება გამოსავლის პირდაპირ ზომაში.

მშობიარობის მექანიზმის მეოთხე მომენტია ხერხემლის კისერ-გულმკერდის ნაწილის არეში გვერდზე მოხრა. ამ დროს სამშობიარო არხიდან გამოდის მხრის სარტყელი და ზედა კიდურები.

მშობიარობის მექანიზმის მეხუთე მომენტი თავის შინაგანი ბრუნვაა, რის შედეგადაც ისრისებრი ნაკერი მენჯის ფართო ნაწილის ირიბი ზომიდან ვიწრო ნაწილის ირიბ ზომაში გადადის და გამოსავლის პირდაპირ ზომაში დგება.

ბოლოს ხდება თავის მოხრა, რაც მშობიარობის მექანიზმის მეექვსე მომენტია. თავი მიეყრდნობა კეფის ქვეშა ფოსოთი ბოქვენის რკალის ქვედა კიდეს. კეფის ქვეშა ფოსო მეორე საყრდენი წერტილია. ამ ბრუნვის დასასრულს თავი იბადება. სამშობიარო სიმსივნე თავსდება წინა დუნდულზე.

ამრიგად, საორიენტაციო ხაზია Linea intertrochanterica - 9,5 სმ, გარშემოწერილობა - 27-28 სმ.

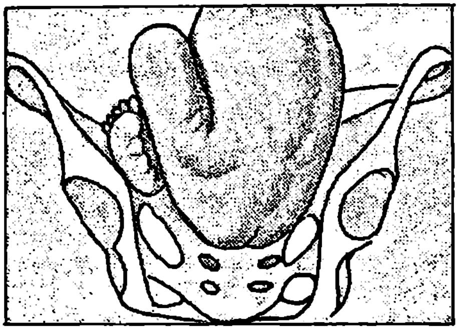
წამყვანი წერტილია დუნდული, საფიქსაციო წერტილები: 1. შუა წერტილი ციბრუტსა და თეძოს ძელის კიდეს შორის; 2. კეფის ქვეშა ფოსო.

მშობიარობის მექანიზმი ფეხებით წინმდებარეობის დროს იგივეა, განსხვავება იმაშია, რომ პირველად სასქესო არხიდან გამოიჭრება ქვედა კიდურები. როგორც კი ფეხი გამოვა მუხლქვეშა ფოსომდე, დუნდულები დგება შესავლის გარდიგარდმო ზომაში. შემდგომ მშობიარობის მექანიზმი მიმდინარეობს ისევე, როგორც დუნდულების წინმდებარეობის დროს.

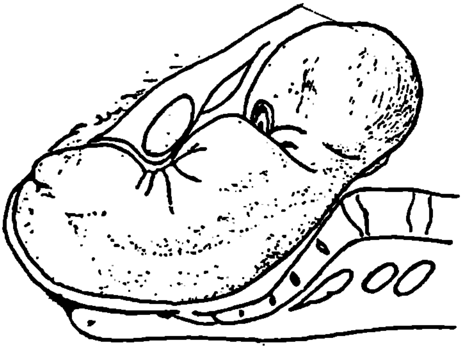
მენჯის წინმდებარეობის დროს მშობიარობის პროცესში მოსალოდნელია შემდეგი გართულებანი: სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრა (მჭიდრო შეხების რგოლის არარსებობის გამო წინმდებარე ნაწილსა და მენჯის შესავალს შორის), წვრილი ნაწილებისა და ჭიპლარის გამოვარდნა, სამშობიარო მოქმედების I და II სისუსტე, ნაყოფის ჰიპოქსია, ენდომეტრიტი მშობიარობის პროცესში, ხელების თავს უკან გადავარდნა (გადავარდნის პირველი ხარისხი, როდესაც ხელი ლოყაზეა მოთავსებული, II ხარისხი - ყურის დონეზე, III ხარისხი - ყურის უკან), თავის გამოტანის გაძნელება საშვილოსნოს ყელის სპაზმის გამო, უკანა სახის ჩამოყალიბება, ახალშობილის ტრავმატიზმი, სისხლის დენა მშობიარობის III პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში.

მშობიარობა უნდა წარიმართოს კონსერვატიულად. მშობიარობის I ხანაში საჭიროა ინტენსიური პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება სანაყოფე სითხის ადრეული დაღვრის საწინააღმდეგოდ (წოლითი რეჟიმი, კოლპეირიზი), სამშობიარო მოქმედების I სისუსტის ჩამოყალიბებისას მედიკამენტური სტიმულაცია, ნაყოფის ჰიპოქსისა და ენდომეტრიტის პროფილაქტიკა.

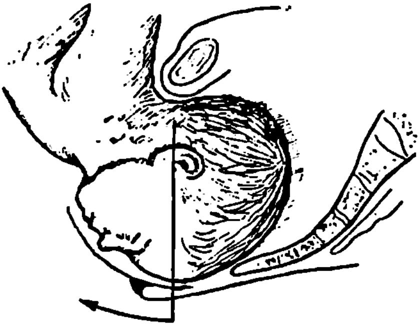
განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს მშობიარობის II პერიოდი: უპირველეს ყოვლისა ყურადღება უნდა მიაქციონ ნაყოფის გულისცემას, დროულად ჩაატარონ დედისა და ნაყოფის ჰიპოქსიის პროფილაქტიკა და მკურნალობა.



სურ. 58 დუნდულების ჩადგმა მენჯის ღრუს ფართო ნაწილში



სურ. 59 დუნდულები შეჭრის ფაზაში



სურ. 60 მომდევნო თავის დაბადება

საშვილოსნოს ყელის სპაზმის პროფილაქტიკის მიზნით კანქვეშ შეყავთ 0.1 %-იანი ატროპინის ხსნარი-1 მლ ან ნო-შპა-2 მლ. ამავე მიზნით ახორციელებენ პუდენდურ ანესთეზიას. ხელების თავს უკან გადავარდნის დროს მათ ათავისუფლებენ არსებული წესების მიხედვით. სისხლის დენის პროფილაქტიკის მიზნით ნაყოფის დაბადების შემდეგ ვენაში შეჰყავთ Sol.Glucosi 40%-20,0+Sol. Methylergometrini 1,0.

მშობიარობის მართვა ცოვიანოვის წესით სუფთა ჯდომითი წინამდებარეობის დროს

სუფთა ჯდომითი წინამდებარეობისას მშობიარობა უნდა წარიმართოს ნ.ა.ცოვიანოვის წესით, რომელიც მან შეიმუშავა 1923 წელს.

როდესაც ნაყოფის დუნდულები სამშობიარო არხში გამოდის, მეანი ორივე ხელის ოთხ თითს ათავსებს ნაყოფის გავის ძვალზე, ხოლო ცერებს მის ბარძაყებზე და ახორციელებს ზეწოლას, ღლის მუცლისკენ გადაწევას. ბარძაყებზე ცერებით ზეწოლა უახლოებს მათ მუცლის კედელს და უნარჩუნებს ფეხებს გასწვრივ მდებარეობას ტანის სიგრძეზე; სასქესო არხიდან ფეხების გამოსვლა არ ხდება მანამ, სანამ მხრების რკალი არ გამოვა. ხელების ამგვარი განლაგების დროს დაცულია ფეხების გასწვრივი მდებარეობა. აცილებულია ხელების გადავარდნა თავს უკან და მომდევნო თავის გამოსვლაც ადვილდება.

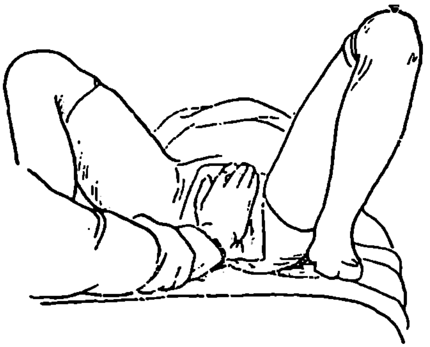
ამ წესის არსია ის, რომ ნაყოფის ნაწევართა განლაგება არ შეიცვალოს. ეს კი ხელს უწყობს სამშობიარო არხის გაფართოებასა და საშვილოსნოს ყელის უკეთ გახსნას.

სურ. 61 მენჯით წინამდებარეობის დროს ხელის გადავარდნის სამი ხარისხი:
ა - პირველი ხარისხის გადავარდნა;
ბ - მეორე ხარისხის გადავარდნა;
გ - მესამე ხარისხის გადავარდნა

ხელდახმარება ნაყოფის ფეხით წინამდებარეობისას ცოვიანოვის წესის მიხედვით

ამჟამად დადგენილია, რომ ფეხის ჩამოტანა საშვილოსნოს ყელის სრულ გახსნამდე ნაყოფის სიკვდილიანობის შემთხვევებს ზრდის. ნ.ა.ცოვიანოვმა გაითვალისწინა მძიმე გართულებები (ხელების გადავარდნა თავს უკან და თავის გამოტანის გაძნელება), რომელიც ვითარდება ნაყოფის ფეხით წინამდებარეობისას მშობიარობის დროს, და მათი გართულებების პროფილაქტიკის მიზნით შემოიღო თავისებური, მეტად რაციონალური წესი: გარეთა სასქესო ორგანოებს აფარებენ სტერილურ ტილოსაფენს და აწვებიან ხელის მტევნით ყოველი შეტევის დროს. ამით ფერხდება საშვილოსნოს ყელის სრულ გახსნამდე ფეხების გამოვარდნა და ხშირად ფეხების წინამდებარეობა გადადის შერეული ჯდომით წინამდებარეობაში. შემდგომ მშობიარობა წარიმართება კლასიკური ხელდახმარების წესით.

კლასიკური ხელდახმარების წესი



სურ. 62 ცოვიანოვის წესი ფეხის წინმდებარეობის დროს

კლასიკური ხელდახმარების წესი გამოყენებულია შერეული ჯდომის დროს. ნაყოფი თავისით იბადება ჭიპის რგოლამდე, შემდეგ ბეჭის ქვედა კუთხემდე (ამ დროის იწყებენ ხელდახმარებას). პირველ რიგში ათავისუფლებენ შორისის მხარეს მდებარე ნაყოფის ხელს (რადგან გავის მხარეს უფრო მეტი სივრცეა, ხელის განთავისუფლება ადვილია და ნაკლებად ტრავმულიც). ამ მიზნით ორი თითი შეაქვთ საშოში ზურგის მხარეს ბეჭის გასწვრივ, მხრის სახსრამდე, შემდეგ ხელის ჩამოცურებით ხელებიან იდაყვის ფოსოს და ფრთხილად წევენ ქვევით. შემდგომ ნაყოფს აბრუნებენ 180°- ით ისე, რომ სახე არ დაირღვეს (ზურგი გაივლის ბოქვენის სიმფიზის ქვეშ). ამის შემდეგ ბოქვენის სიმფიზის ქვეშ მოთავსებული ნაყოფის ხელი თავისდება შორისის მხარეს, სადაც ის თავისუფლდება.

სურ. 63 თავის განთავისუფლება მორისო-ლევრეს და მადამ ლაშაპელის წესით

ხელების განთავისუფლების შემდეგ საჭიროა თავის განთავისუფლება (მორისო-ლევრეს და მადამ ლაშაპელის წესით). ნაყოფი გადაწვენილია მეანის ხელზე (თითქოს უნაგირზე იჯდეს), საჩვენებელ თითს ათავსებენ პირის ღრუში და თავს სწევენ დაბლა (ამ დროს თავი იხრება). მეორე ხელის ორ თითს ორკაპად ათავსებენ კისერზე და ახორციელებენ ტრაქციას ქვევით, სანამ კეფის ქვეშა ფოსო ბოქვენის ქვედა კიდეს მიეყრდნობა. შემდეგ ტრაქცია ხორციელდება ზევით.

ბრახტის წესი: ნაყოფის ტრაქციას ახდენენ ქვევით, სანამ კეფქვეშა ფოსო მიეყრდნობა ბოქვენის სიმფიზის ქვედა კიდეს, შემდგომ საჭიროა ტრაქცია ზევით. იშვიათ შემთხვევაში მომდევნო თავის განთავისუფლების მიზნით იღებენ სამეანო მაშას.

სურ. 64 თავის განთავისუფლება ბრახტის წესით

ხელდახმარება მენჯით წინმდებარეობის უკანა სახის დროს

მენჯით წინმდებარეობის უკანა სახის დროს ცდილობენ ნაყოფი მოაბრუნონ 180°-ით (გადაიყვანონ წინა სახეში), რის შემდეგ მშობიარობას წარმართავენ ჩვეულებრივად. თუ ეს შეუძლებელია, საჭიროა ხელების განთავისუფლება უკანა სახეში: ერთი ხელით ნაყოფის ქვედა კიდურებს სწევენ მაღლა დედის მუცლის წინა კედლისკენ, მეორე ხელი შეაქვთ საშოში ნაყოფის ზურგის გაყოლებით ისე, რომ ხელის მტევნის ზურგი მიმართული იყოს გავისკენ. თითებით წვდებიან მხრის სახსარს, შემდგომ იდაყვის სახსარს და ჩამოსწევენ ხელს ნაყოფის სხეულსა და მენჯის წინა გვერდითი კედელს შორის, შემდგომ ნაყოფის ქვედა კიდურებს სწევენ მაქსიმალურად დაბლა. ამ დროს ბოქვენის სიმფიზის ქვედა კიდიდან გამოდის იდაყვის სახსარი (მიქაელისის წესი). ერთი ხელის გამოტანის შემდეგ ისევ ცდილობენ ნაყოფის მობრუნებას 180°-ით (წინა სახეში გადაყვანას). თუ ეს შეუძლებელია, მეორე ხელიც ზემოაღნიშნული წესით თავისუფლდება. თავის განთავისუფლება ხდება მორისო-ლევრე ლაშაპელის შებრუნებითი წესით.

ხელდახმარება ხელების თავს უკან გადავარდნის დროს

ხელების თავს უკან გადავარდნის I და II ხარისხის დროს ოპერატორი ხელებს ჩვეულებრივი წესით ვერ ათავისუფლებს. ასეთ შემთხვევაში არა ორი, არამედ ოთხი თითი შეაქვთ, ზურგის მხრიდან წვდებიან მხარს, შემდეგ იდაყვის სახსარს და ხელი გამოაქვთ ტიპურად.

როდესაც ზემოაღნიშნული წესით ხელების განთავისუფლება (I და II ხარისხის გადავარდნის დროს) ვერ ხერხდება, მათი განთავისუფლება ხდება გულმკერდის მხრიდან ნაყოფის გადავარდნილი ხელის მეანის საპირისპირო ხელით (ჯერ წვდებიან მხრის სახსარს, შემდგომ იდაყვის სახსარს და სწევენ დაბლა).

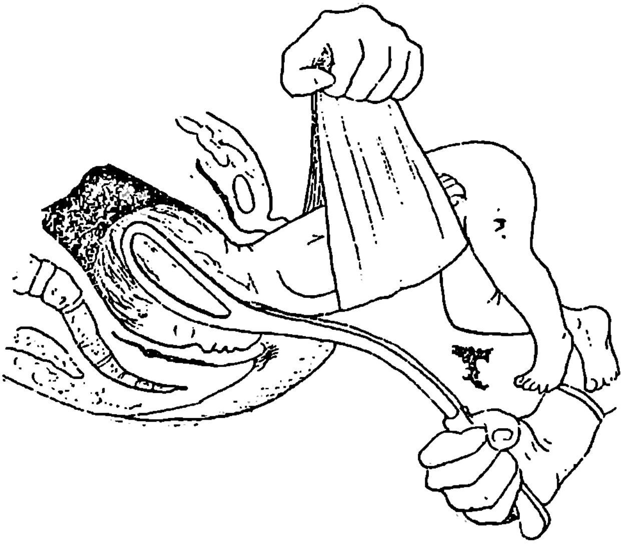
ხელების პირველადი და მეორე ხარისხის გადავარდნის დროს ხშირად მიმარ-

თავენ პრეობრაჟენსკის მეთოდს, რომელიც მდგომარეობს შემდეგში: მეანი აწვება ნაყოფის ბეჭის კუთხეებს მისი ხერხემლის მიმართულებით, რაც იწვევს მხრის ძვლისა და მასთან ერთად იდაყვის სახსრის დაბლა დაშვებას. ამის შემდეგ შესაძლებელი ხდება ხელების განთავისუფლება ჩვეულებრივი წესით შორისის მხრიდან.

შედარებით ძნელია ხელის განთავისუფლება ხელის გადავარდნის III ხარისხის შემთხვევაში. თუ ბოქვენის სიმფიზის ქვეშ მოთავსებული (ზედა) ხელია გადავარდნილი, ათავისუფლებენ, ჩვეულებრივ, უკანა (ქვედა - შორისის მხარეს მოთავსებულ) ხელს. შემდეგ ნაყოფს აბრუნებენ 180°-ით ისე, რომ გულმკერდმა გაიაროს ბოქვენის სიმფიზის ქვეშ, და გადავარდნილ ხელს შორისის მხრიდან ათავისუფლებენ.

თუ უკანა (ქვედა) ხელია გადავარდნილი, ნაყოფს აბრუნებენ სიგრძივი ღერძის გარშემო ისე, რომ ზურგმა გაიაროს სიმფიზის ქვეშ, და ხელს ათავისუფლებენ შორისის მხრიდან, შემდეგ ნაყოფს ისევ აბრუნებენ 180°-ით და ათავისუფლებენ მეორე ხელს.

თუ კეფის უკან გადავარდნილია ორივე ხელი, რაც ძალიან იშვიათია, ნაყოფს აბრუნებენ ორჯერ 180°-ით და შემდეგ ახდენენ შორისის მხრიდან ხელების განთავისუფლებას. თუ 8-10 წუთის განმავლობაში არ მოხერხდა ამ მანიპულაციის ჩატარება, ნაყოფი დაიღუპება.



სურ. 65 მენჯით წინმდებარეობის დროს მომდევნო თავის განთავისუფლება სამეანო მაშით

XVI თავი

მრავალნაყოფიანი ორსულობა და მშობიარობა (GEMELI)

საშვილოსნოში ერთდროულად რამდენიმე ნაყოფის განვითარებას მრავალნაყოფიანი ორსულობა ეწოდება.

იშვიათად, მაგრამ დასაშვებია, რომ ერთი ორსულობის დროს ორიდან რვა ნაყოფამდე განვითარდეს. შვიდი ნაყოფით მშობიარობის შემთხვევა მოყვანილი აქვს ფარბუტს. ექვსი ნაყოფით მშობიარობა აღწერილია რამდენიმე შემთხვევაში, მათგან ერთი შემთხვევა ჩვენია (ოთხი ბიჭი და ორი გოგო - თბილისის მე-3 სამშობიარო სახლში).

დიდ მასალაზე ჩატარებული დაკვირვების საფუძველზე შემუშავებულია მრავალნაყოფიანობის სიხშირის გამომხატველი ჰელინის (Hellin) ფორმულა:

ტყუპი - 1 შემთხვევა 80 მშობიარეზე ე.ი. 1:80

სამი ნაყოფი - 1:80 2 (ე.ი. 64000 მშობიარეზე)

ოთხი ნაყოფი - 1:80 3 (ე.ი. 512000 მშობიარეზე)

ხუთი ნაყოფი - 1:80 4 (ე.ი. 40960000 მშობიარეზე)

ლიტერატურიდან ცნობილია მრავალნაყოფიანობის იშვიათი მაგალითები. ერთმა ქალმა ცხრაჯერ იმშობიარა ტყუპით, მისი ქმარი იყო ტყუპის ცალი. ამავე ქალმა მეორე ქმართან სამჯერ იმშობიარა თითო ნაყოფით - მეორე ქმრის ოჯახში წარსულში ტყუპით ორსულობის შემთხვევა არ ყოფილა.

ერთ მამაკაცს პირველ ცოლთან ჰყავდა 10 ტყუპი - შვიდი სამტყუპი და ერთი ოთხტყუპი, მეორე ცოლთან - ექვსი ტყუპი და ერთი სამტყუპი - სულ 60 ბავშვი. შუააზიელ ვასილევს ორი ცოლიდან ჰყავდა 86 ბავშვი, აქედან 84 სიცოცხლისუნარიანი. ვენაში ერთ ქალს ჰქონდა 12 მრავალნაყოფიანი მშობიარობა, მათ შორის ხუთჯერ ორნაყოფიანი, ექვსჯერ სამნაყოფიანი და ერთიც ოთხნაყოფიანი. ამრიგად, მას 32 ბავშვი ეყოლა. მისი ქმარი ტყუპის ცალი იყო, თვითონ კი ოთხტყუპის ცალი. ფორტში აღწერს შემთხვევას, როცა ზანგმა ქალმა მეორე მშობიარობისას დაბადა ტყუპი, მესამე მშობიარობისას - ოთხტყუპი, ხოლო მეოთხე მშობიარობისას - ხუთტყუპი.

ტყუპების წონა და ზომა მკვეთრად განსხვავდება ერთმანეთისგან. ამიტომ შეიქმნა შეხედულება ზეგანაყოფიერებისა და ზეჩასახვის - suprfoecundatio et superfoetatio შესახებ. ზეგანაყოფიერება გულისხმობს ერთი ოვულაციის პერიოდში სხვადასხვა დროს განაყოფიერებას ერთი და იმავე ან სხვადასხვა მამაკაცისგან. ზეჩასახვა ნიშნავს განმეორებით განაყოფიერებას მას შემდეგ, რაც ერთი კვერცხუჯრედი საშვილოსნოში უკვე მოთავსდება.

ეს შეხედულება მიღებული არ არის. ტყუპით ორსულობა ვითარდება ერთი, ორი ან მეტი კვერცხუჯრედიდან. როგორც ცნობილია, სიმწიფეს საბოლოოდ აღწევს და ერთ-ერთ საკვერცხეში სკდება ერთი გრააფის ფოლიკული, იშვიათად მომწიფდება და გასკდება ერთ ან ორივე საკვერცხეში ორი ფოლიკული ანდა, გამონაკლისის სახით - სამი.

გრააფის ერთ ფოლიკულში, ჩვეულებრივ, ერთი კვერცხუჯრედია. იშვიათად შეიძლება იყოს ორი ან სამი. ტყუპის წარმოშობა ხდება ერთი კვერცხუჯრედიდან, რომელსაც ორი ჩანასახი აქვს, აგრეთვე ერთჩანასახოვანი კვერცხუჯრედიდან, რომელიც შემდეგ ორად იყოფა და ცალ-ცალკე ვითარდება. ამრიგად, არჩევენ

ორი ან მეტი კვერცხუჯრედიდან ან ერთი კვერცხიდან განვითარებულ ტყუპებს. ეს უკანასკნელი გაცილებით იშვიათია.

ორი კვერცხუჯრედიდან განვითარებულ ტყუპს ვხვდებით შემთხვევათა 85%-ში, ხოლო ტყუპის ერთი კვერცხიდან განვითარებას - 15 %-ში.

ერთი კვერცხუჯრედიდან განვითარებული ტყუპები ერთი სქესისა არიან, აქვთ საერთო პლაცენტა, საკუთარი საწყლე გარსები, რომლებიც ერთ საერთო ქორიონშია (მონოქორიული ტყუპი). თუ ერთი კვერცხუჯრედიდან განვითარებულ ტყუპებს აქვთ საკუთარი საწყლე გარსები - ამნიონი, მათ ეწოდებათ ბიამნიონური ტყუპები, ხოლო, როდესაც ტყუპები არიან ერთმანეთის გვერდით ერთ საერთო ამნიონურ ღრუში, მათ უწოდებენ მონოამნიონურ ტყუპებს. ასეთი ტყუპები შეიძლება ერთმანეთს შეეზარდონ გულმკერდით (thoracopagus), მენჯით (ishiopagus) ან თავით (ishiopagus) ან თავით (craniopagis).

ორი კვერცხუჯრედიდან განვითარებულ ტყუპებს აქვთ ცალ-ცალკე საკუთარი პლაცენტა, ქორიონი, საწყლე გარსი და უმრავლეს შემთხვევაში კაფსულური გარსი. გამომყვებული პლაცენტის დათვალიერებისას აღინიშნება ტიხარი, რომელიც ოთხი ფურცლისგან შედგება - ორი ამნიონი და ორი ქორიონი. სხვადასხვა სქესის ტყუპები მუდამ ორი კვერცხუჯრედიდან ვითარდება.

სამი კვერცხიდან განვითარებული სამნაყოფიანი ტყუპები მეტად იშვიათია. საბოლოოდ საკითხი მომყოლის დათვალიერებით წყდება.

ერთი კვერცხუჯრედის განაყოფიერების შედეგად გაჩენილ ტყუპებს ერთკვერცხუჯრედისეული ტყუპები ეწოდება, ორი კვერცხუჯრედის განაყოფიერების შედეგად გაჩენილს კი - ორკვერცხუჯრედისეული ტყუპები.

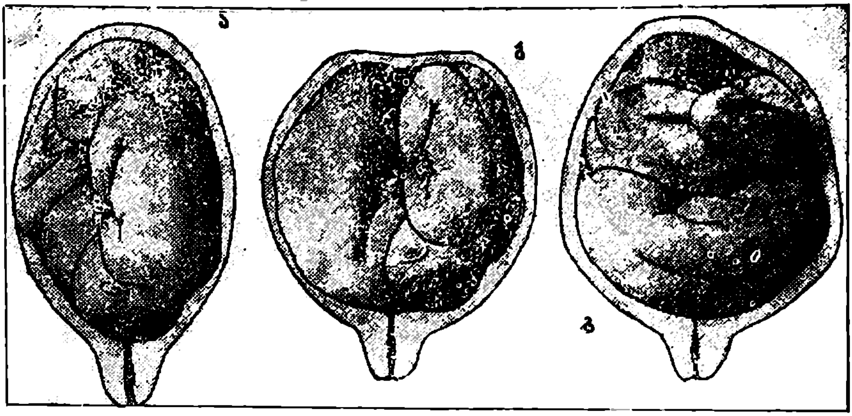
მრავალნაყოფიანი ორსულობა ორგანიზმის გადატვირთვაა, რაც საკმაო გართულებებს იწვევს როგორც დედის, ისე ნაყოფის მხრივ.

არცთუ იშვიათად გადახრა ორსულობის პერიოდშივე ვლინდება და მკვეთრ გამოხატულებას ღებულობს მხოლოდ მშობიარობისშემდგომ პერიოდში, ატონიური სისხლის დენის სახით. მრავალნაყოფიანობის დროს თვის მშობიარობის აქტი დიდ საშიშროებას უქმნის როგორც დედას, ისე ნაყოფს.

ორსულობის მიმდინარეობა ხშირად თავიდანვე იწვევს პათოლოგიურ გადახრას: ღებინებას, შეშუპებას, ქოშინს, გულის კომპენსაციის მოშლას, მოდუნებას, სიარულის გაძნელებას, ადვილად დაღლას, ტოქსიკოზს, პათოლოგიურ მოვლენებს ღვიძლისა და თირკმელების მხრივ, ეკლამფსიას, ნაადრევ მშობიარობას და სხვ.

ნაადრევი მშობიარობა მიეწერება აგრეთვე საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტის ძლიერ გაგანიერებას. ნაყოფი ხშირად იბადება სუსტი, სიცოცხლისუნარმოკლებული, რაც სიკვდილიანობის ერთობ მაღალ მაჩვენებელს იძლევა მაშინაც კი, როცა ორსულობა ბოლომდე მიდის. ტყუპ ახალშობილთა წონა და ზომა თითქმის მუდამ ნაკლებია მომწიფებული ახალშობილის საშუალო წონისა და სიგრძესთან შედარებით.

ზოგჯერ ტყუპების ცალი კარგად ვითარდება, მეორე კი კვების მოშლის ნიადაგზე ჩამორჩება განვითარებაში და შეიძლება დაიღუპოს კიდეც. ერთი ნაყოფი განაგრძობს ზრდა-განვითარებას, ორსულობა არ წყდება და დრომდე (ბოლომდე) გრძელდება. ეს ხდება უმეტესად ორსულობის მესამე თვიდან მეექვსე თვემდე, მკვდარი ნაყოფი არ გამოძევდება, საშვილოსნოში რჩება, მისი ქსოვილები შეიწოვება, იგი განიცდის მუმიფიკაციას, მეორე, სალი ნაყოფის ზეწოლას - კომპრესიას. მკვდარი ნაყოფი ბრტყელდება, ქაღალდს ემსგავსება, ამიტომ მას ქაღალდისებრ



სურ. 66 ნაყოფის მდებარეობის სახეები საშვილოსნოში ტყუპი ორსულობის დროს
ა - ორივე ნაყოფის სიგრძითი მდებარეობა, ბ - ერთი ნაყოფის თავის წინმდებარეობა, მეორის მენჯით მდებარეობა, გ გარდიგარდმო მდებარეობა

ნაყოფს (foetus papiraceus) ეწოდებენ. ასეთი ნაყოფი მშობიარობის დროს მომყოლთან ერთად გამოდის. მას გარსების დათვალიერების დროს აღმოაჩენენ ხოლმე.

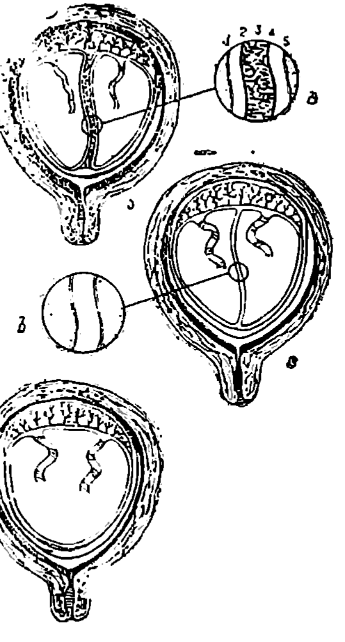
ტყუპების განვითარების უიშვიათესი და თავისებური პათოლოგიაა ერთი ნაყოფის გულის გამოთიშვა სისხლის მიმოქცევიდან ერთი კვერცხუჯრედიდან განვითარებული ტყუპების შემთხვევაში. ამ დროს გული ატროფირდება, როგორც ფუნქციამოკლებული, არ ვითარდება, ამის შემდეგ იბადება ერთი კარგად განვითარებული, ხოლო მეორე მახინჯი და უგულო ნაყოფი. ასეთ ნაყოფს ზოგჯერ თავი არა აქვს (fcranis) ან ის სრულიად მოკლებულია სხეულის ნაწილების ფორმას და სიმსივნის მსგავს წარმონაქმნს (amorphus) ჰგავს.

ტყუპით ორსულობის დიაგნოზს ადგენენ ზუსტი ანამნეზის, რენტგენის, ბიოლოგიური რეაქციების, ულტრაბგერითი ექოტომოგრაფიის, ნაყოფის ელექტროკარდიოგრაფიისა და ობიექტური გასინჯვის საფუძველზე.

რამდენი პლაცენტაც არ უნდა იყოს - ერთი თუ ორი, ბუსუსთა რაოდენობის სიჭარბის გამო ორსულს შარდში ქორიული გონადოტროპინი ბევრად მეტი ექნება, ვიდრე ერთი ნაყოფით ორსულობის დროს. მრავალნაყოფიანობის შემთხვევაში ფოლიკულინის (ესტროგენების) რაოდენობაც ბევრად მეტია, ვიდრე ერთნაყოფიანი ორსულობისას.

ტყუპებით ორსულობის შემთხვევაში ობიექტური გასინჯვისას ვითვალისწინებთ მუცლის სწრაფ ზრდას, რაც არ შეეფარდება, ბევრად აჭარბებს ორსულობის ასაკს. აგრეთვე საშვილოსნოს ფორმას, მუცლის სიდიდესა და გაორებას. ნაყოფი ზოგჯერ ერთიმეორეზეა მოთავსებული ისე, რომ მუცლის გაორება არ არის გამოხატული. ნაყოფის გულისცემა მოისმის სხვადასხვა ადგილას, მათ შორის სხვაობა შეადგენს 15-20-ს წუთში. ორ გულისცემას შორის ე.ი. „მდუმარე ზონაა", სადაც გულისცემა არ ისმის.

გარეგანი წესით გასინჯვისას ვნახულობთ რამდენიმე მსხვილ ნაწილს, ორ თავს, დღესრული ნაყოფის შემთხვევაში მუცლის გარშემოწერილობა ჭიპის დონ-



სურ.67 ტყუპი ნაყოფი
ა - ორი კვერცხიდან განვითარებული ტყუპი; ბ - ორივე კვერცხის ამნიონი და ქორიონი; გ - ერთი კვერცხუჯრედიდან განვითარებული ტყუპები; დ - ორი ქორიონი დეციდუის გარეშე; ე - მონოამნიონური ტყუპები

ეზე 100 სმ-მდე აღწევს. ტყუპების შემთხვევაში 100-120 სმ-სა და მეტს. ამ დროს საჭიროა დიფერენცირება მრავალწყლიანობის, ნაყოფის თავის წყალმანკის, ორსულობისა და ასციტის ერთდროული არსებობის, აგრეთვე გიგანტური ნაყოფის გამოსარიცხად.

თუ შინაგანი გასინჯვისას აღმოჩნდა, რომ ნაყოფის თავი მაღლა დგას, შეიძლება ტყუპებით ორსულობა გამოვრიცხოთ, რადგან მრავალნაყოფიანობის შემთხვევაში წინმდებარე მცირე მენჯში ადრე ნადის. აღსანიშნავია აგრეთვე სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრა, ჭიპლარის ან ხელის გამოვარდნა, რაც მდგომარეობას მეტად ართულებს.

მშობიარობის მიმდინარეობისას თავს იჩენს სამშობიარო მოქმედების I და II სისუსტე (რადგან საშვილოსნო ზომაზე მეტადაა გადიდებული, კედლები დაჭიმულია, კუნთები საკმარის შეკუმშვას ვერ ავითარებს, ყელის გახსნა ბრკოლდება). თუ სანაყოფე ბუშტი მთელია და ყელი გახსნილია 6-8 სმ-ზე, სანაყოფე ბუშტს ხელოვნურად არღვევენ. სანაყოფე ბუშტის დარღვევისას საჭიროა დიდი სიფრთხილე, რათა არ მოხდეს პათოლოგიური ნადება, ჭიპლარის ან ხელის გამოვარდნა, რაც უფრო მეტად გაართულებს მშობიარობას და შეამცირებს ცოცხალი ნაყოფის მიღების შესაძლებლობას.

ტყუპების შემთხვევაში ნაყოფის სიგრძმდებარეობა ხშირად არავითარ ხელოვნურ ჩარევას არ საჭიროებს, მშობიარობა ფიზიოლოგიურ ფარგლებში მიმდინარეობს და ბუნებრივად მთავრდება. მეორე და მესამე ნაყოფი მცირე ინტერვალის შემდეგ, ჩარევის გარეშე თავისით იშვიათად იბადება, ხშირად საჭირო ხდება სანაყოფე ბუშტის დარღვევა და მშობიარობის სტიმულაცია.

თუ ტყუპების მდებარეობა ირიბი ან გარდიგარდმოა, საჭიროა გასწორება ყელის სრული გახსნისა და სანაყოფე სითხის დაღვრისთანავე.

აუცილებელია სანაყოფე სითხის დაღვრისას დამატებითი საშოსმხრივი გასინჯვა. როცა პირველი ნაყოფი დაიბადება, პულსაციის შეწყვეტის შემდეგ ჭიპლარი საჭიროებს გულდასმით გადაკვანძვას სასქესო ნაპრალთან, რადგან, თუ ტყუპები ერთი კვერცხუჯრედისგან არიან განვითარებული, საერთო სისხლის მიმოქცევისა და საერთო პლაცენტის არსებობის გამო ჭიპლარის ღიად დატოვების შემთხვევაში შესაძლებელია მეორე ნაყოფი სისხლისგან დაიცალოს. პირველი ნაყოფის დაბადების შემდეგ განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციონ მეორე ნაყოფის გულისცემას.

სურ. 68 ტიხრიანი ანუ გაყოფილი საშვილოსნო
თითოეულში სამი თვის ორსულობა

პირველი ნაყოფის დაბადების შემდეგ საშვილოსნოს ძლიერი შეკუმშვის და წნევის სწრაფად დაცემის მიზეზით მოსალოდნელია მომდევნო პლაცენტის ნაადრევი მოცილება, რასაც დაერთვის როგორც საშვილოსნოდან სისხლის დენა, ისე ნაყოფის კვების, ნივთიერებათა ცვლის მოშლა და ასფიქსია.

პირველი ნაყოფის დაბადებისთანავე მეორე შემოწმების შემდეგ მშობიარეს უტარებენ საშოსშიგნით გასინჯვას. თუ საჭიროა, ხელოვნურად დაარღვევენ სანაყოფე ბუშტის მთლიანობას. ნაყოფის თავით მდებარეობისას მშობიარობა ბუნებრივად დამთავრდება. თუ ნაყოფის მდებარეობა ირიბია ან გარდიგარდმო, საჭიროა მისი მობრუნება.

მეორე ნაყოფის გამოძევება სასურველია პირველის დაბადებიდან ნახევარი საათის ფარგლებში, რათა მომყოლის სანაში აიცილონ საშვილოსნოს ჰიპო-ატონია.

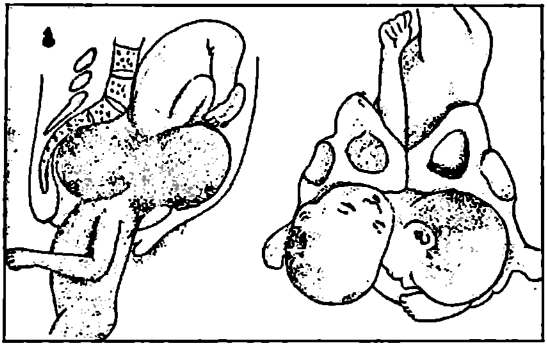
პირველი ნაყოფის დაბადებიდან 30 წუთის შემდეგ იწყება საშვილოსნოს, მუცლის პრესის, დიაფრაგმის შეკუმშვა - ჭინთვა, სანაყოფე სითხე იღვრება და ქვემოთ წამდებარე მეორე ნაყოფი თავისით იბადება, რადგან ბუნებრივად სამშობიარო გზები მაქსიმალურადაა მომზადებული.

როცა პირველი ნაყოფის ხელოვნურად გამოყვანა ნარკოზის პირობებში ხდება, მეორე ნაყოფის განთავისუფლებაც მშობიარის გამოღვიძებამდე მიზანშეწონილია. მომყოლის გამოძევების დასაჩქარებლად და ატონიური სისხლის დენის პროფილაქტიკის მიზნით მშობიარეს მომყოლის სასის დასაწყისში ვენაში უკეთებენ 1 მლ მეთილერგომეტრინს - 40% - 20,0 გლუკოზის ხსნართან ერთად. ვენაში წვეთოვნად შეჰყავთ 5%-იანი გლუკოზის ხსნარი 5 ერთეულ ოქსიტოცინთან ერთად.

მშობიარობის დამთავრების შემდეგ სავალდებულოა საშვილოსნოს ყელის დათვალიერება სარკეებით. მისი უმნიშვნელო დაზიანებაც კი აღდგენას - გაკერვას საჭიროებს. სამი, ოთხი და ხუთი ნაყოფით მშობიარობა ისევე მიმდინარეობს, როგორც ტყუპით მშობიარობა.

ტყუპით მშობიარობა იშვიათად რთულდება ნაყოფების ერთმანეთთან გადაბ-

სურ. 69 ა, ბ, გ, ტყუპების გადაბმა გამოძევების პერიოდში



შიში (კოლიზია). ამ დროს ერთი ნაყოფის სხეულის რომელიმე ნაწილი მეორე ნაყოფის ნაწილს ჩაეჭიდება, ზოგჯერ ნაყოფები თავებით ერთად შეიჭრება მცირე მენჯში ან ერთი ნაყოფის თავი მეორე ნაყოფის კისრის ჩაღრმავებაში მოთავსდება. შეიძლება გარდიგარდმო მდებარე ნაყოფზე მეორე ნაყოფი ზემოდან უნაგირივით მოთავსდეს. ისეც ხდება, რომ მენჯით მდებარე ნაყოფის მომდევნო თავი მიედება თავით მდებარე მეორე ნაყოფის კისრის ჩაღრმავებას და მშობიარობა გართულდება.

ამგვარი გართულებები მუდამ მხედველობაში უნდა მიიღონ, დროულად გამოიცნონ და ქალი ხელოვნურად მოამშობიარონ, წინააღმდეგ შემთხვევაში მოსალოდნელია საშვილოსნოს გახევა.

ტყუპით მშობიარობის დროს მომყოლის გამოძევებასაც გართულებები ახასიათებს. არცთუ იშვიათად ირღვევა პლაცენტის მოცილებისა და გამოძევების მექანიზმი ან ატონიური სისხლის დენა ვითარდება, ვინაიდან ზედმეტად დაჭიმული საშვილოსნოს კუნთები საიმედოდ ვერ იკუმშება და სისხლძარღვებს ვერ ახშობს.

სამტყუპით ორსულობა-მშობიარობის დიაგნოზს ადგენენ ექოსკანირებით და მაშინ, როცა ორი ნაყოფი უკვე დაიბადა და საშვილოსნოში კიდევ ერთი ნაყოფი ისინჯება. კლინიკიდან ასეთ მელოგინეებს, ერთნაყოფიან მელოგინეებთან შედარებით, მოგვიანებით, მე-14-15 დღეს გაწერენ.

მრავალნაყოფიანი ორსულობის დროს ნაყოფის დღესრულობას, სიმწიფეს განსაზღვრავენ ყველაზე უფრო განვითარებული ნაყოფის წონისა და ზომის მიხედვით.

XVII თავი

ლოგინობის ხანის ფიზიოლოგია
ნორმალური მელოგინების ხანა

ლოგინობის, ანუ მშობიარობისშემდგომ პერიოდს პუერპერიუმს (puerperium) უწოდებენ (puer- ყრმა, pario- ვშობ). იგი იწყება მომყოლის გამოძევების დროიდან და გრძელდება ერთ-ერთნახევარი თვე.

ლოგინობის პერიოდში ქალის ორგანიზმი უბრუნდება ორსულობამდელ მდგომარეობას. ორსულობასთან დაკავშირებული ცვლილებები უკუვითარდება (involutio). ეს ფიზიოლოგიური პროცესი მთელ ორგანიზმზე ვრცელდება, ყველაზე მეტად კი - საშვილოსნოსა და სასქესო ორგანოებზე.

საერთოდ ორსულობამდე არსებული მდგომარეობის სრული აღდგენა არ ხდება. ლოგინობის ხანის დასრულების შემდეგ სასქესო ორგანოებსა და მუცლის საფარზე რჩება ცვლილებები, რითაც ნამშობიარევი ქალი განსხვავდება არანამშობიარევისგან.

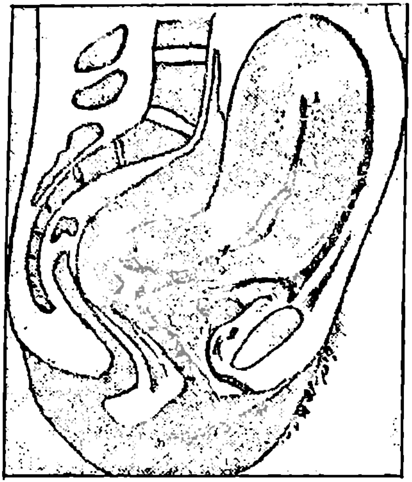
მშობიარობის შემდეგ მელოგინე გრძნობს შემცივნებას ხანმოკლე დროით, მერე კი ტემპერატურა ოდნავ აიწევს - ზოგჯერ ლოგინობის პირველ საღამოს 38-მდე აღწევს, მაჯისცემა ნორმის ფარგლებშია. პირველ დღეს ტემპერატურის ასეთი აწევა პათოლოგიური არ არის. ქალი დაღლილია, საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი აქვს, თვითგრძნობა - კარგი, საჭიროებს სითხეს, მსუბუქ საჭმელს, მოსვენებასა და ძილს. მას ხანგამოშვებით აწუხებს სასქესო ორგანოების დაზიანებით გამოწვეული წვა და საშვილოსნოს კუმშვასთან დაკავშირებით მუცლის ტკივილი.

მომყოლის გამოსვლისთანავე საშვილოსნო სწრაფად პატარავდება, მისი ფუძე 2-3 თითის დადებით ჭიპის ქვემოთაა, მისი ტანი მრგვალი, მკვრივი სხეულია, რომელიც ერთობ მოძრავია. საშვილოსნოზე დიდ გავლენას ახდენს მეზობელი ორგანოების, განსაკუთრებით შარდის ბუშტის მდგომარეობა. ამ უკანასკნელის ავსების დროს საშვილოსნოს ფუძე მაღლა ადის და შემთხვევათა უმრავლესობაში მარჯვნივ გადაიწევა, იშვიათად ნეკნთა რკალსაც აღწევს.

საშვილოსნოს ფუძის დგომა ჭიპის ქვემოთ განპირობებულია მშობიარობასთან დაკავშირებით საშოს კედლისა და მენჯის დიაფრაგმის მოდუნებით, მაგრამ მათ მალე უბრუნდებათ ელასტიკურობა, რის გამოც საშვილოსნო მაღლა იწევს და რამდენიმე საათის შემდეგ მისი ფუძე თავსდება ჭიპის დონეზე, სიმფიზიდან 15 სმ დაშორებით. მასში არჩევენ ორ ნაწილს: უფრო დიდ ზედა ნაწილს - ფუძესა და ტანს, რომელიც კორტრაქცია-რეტრაქციის მდგომარეობაშია, მისი კედლის სისქე - 3-4სმ-ს აღწევს, და შედარებით მცირე ქვედა ნაწილს - ყელსა და ისთმუსს, რომელიც თხელია, მისი კედლის სისქე 0,5 სმ-ს უდრის.

საშვილოსნოს შიგნითა ზედაპირი დიდი მოცულობისაა, უსწორმასწორო და ხორკლიანზედაპირიანი. პლაცენტის მოცილების შემდეგ სისხლის დენა ჩერდება კუნთების ძლიერი შეკუმშვით, ზოგან თრომბები ვითარდება.

ლოგინობის ხანის პირველი დღიდანვე მოსავარდნი გარსის ღრმა შრეში, კუნთოვან გარსსა და კუნთებს შორის შემაერთებელ ქსოვილში წარმოიქმნება ლეიკოციტებისგან შედგენილი წვრილუჯრედოვანი გრანულაციური ზღვარი, რომელიც ხელს უშლის ორგანიზმში ინფექციის შეჭრა-განვითარებას, მშობიარობის მე-4-5 დღისთვის მთავრდება ზღვარის ჩამოყალიბება, იგი სწრაფად იფარება ეპითელური უჯრედებით. ღრმად მდებარე ბაზალური შრის ჯირკვლების ეპითელიუმი უხვად



სურ.70 ახლად ნამშობიარევი ქალის საშობიარო არხი

მრავლდება გრანულაციური ზღვარის ზედაპირულად და საშვილოსნოს გამოშვლებული შიგნითა ზედაპირი ეპითელიუმით იფარება. ეპითელიუმის წარმოშობის პროცესში ჯირკვლები საშვილოსნოს დაპატარავების გამო შემჭიდროვდება, ამიტომ ლორწოვანი გარსი მოკლე დროში აღორძინდება. მე-8-9 დღეს საშვილოსნოს ღრუ იფარება ეპითელიუმით. 21-ე დღეს ლორწოვანის აღდგენა მთავრდება.

მომყოლის გამოსვლისთანავე საშვილოსნოს სიგრძე უდრის 14-16 სმ-ს, სიგანე მილების შერთვის დონეზე - 16 სმ-ს, განივი (წინა და უკანა) ზომა - 8 სმ-ს, წონა - 1 კგ-ს. მე-3 დღეს საშვილოსნოს სიგრძე !4.5 სმ-ია, მე-5 დღეს - 12,5 სმ, ხოლო მე-9 დღეს 9.3 სმ; ლოგინობის პირველ დღეებში საშვილოსნოს სიმაღლე კლებულობს ერთი თითის დადებით, ანუ 1 სმ-ით, მე-7 დღეს იგი ბოქვენიდან 7 სმ-ს უდრის; მე-11 დღეს საშვილოსნო მცირე მენჯში ჩადის; მეექვსე კვირას მისი სიგრძე - 7-8 სმ-ია. ერთი კვირის განმავლობაში საშვილოსნოს წონა 500 გ-ს უდრის, მეორე კვირის დასასრულს - 350 გ-ს, მესამე კვირამდე - 250 გ-ს, ხოლო ლოგინობის ხანის დასასრულს საწყის წონა, ე.ი. 60 გრამს უახლოვდება.

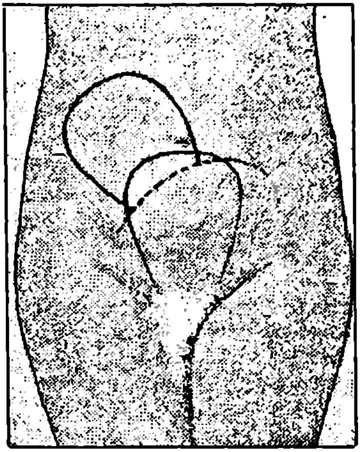
ლოგინობის მე-3 დღეს საშვილოსნოს ყელი ისე ჩამოყალიბდება, რომ შიგნითა პირი თავისუფლად ატარებს მხოლოდ ერთ თითს, მე-7-8 დღეს შიგნითა პირი მთლიანად დახურულია. ყელი უკუვითარდება შიგნიდან გარეთ. პირველად ვიწროვდება შიგნითა რგოლი და ფორმირდება ყელი, მიიღებს ძაბრისებ სახეს. ყელის გარეთა პირი უფრო ნელა აღდგება, იგი ისურება მესამე კვირას. საშოსმხრივი ნაწილი (portio vaginalis) გადიდებულია მშობიარობით გამოწვეული ნახევების გამო. საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირი ღია რჩება და იყოფა ზედა და ქვედა ბაგედ.

გაძლიერებული სისხლსავსეობისა და შეშუპების შედეგად მილები გასქელებული და გაგრძელებულია, შემდეგ შეშუპება თანდათან ქრება და ლოგინობის ხანის მე-10 დღეს მილებს უბრუნდება პირველადი მდგომარეობა.

რამდენადმე გადიდებულია საკვერცხეებიც. ფოლიკულების მომწიფება იწყება ლოგინობის ხანის პირველივე დღეებიდან, შესაძლებელია უფრო ადრეც, რადგან სარძევე ჯირკვლები აფერხებს ოვულაციას, ამიტომ მეძუძურ ქალებს, ჩვეულებრივ, მენსტრუაცია არა აქვთ. მაგრამ არცთუ იშვიათია შემთხვევა, როცა ძუძუთი კვების მიუხედავად, ოვულაცია მაინც ხდება და მეძუძური ქალი შეიძლება ხელახლა დაორსულდეს.

საშო ფართოდაა გაღებული. მისი კედლების ქვედა ნაწილი ჩანს ღია სასქესო ნაპრალში. საშოს კედლები შეშუპებულია, მოლურჯო-ვარდისფერი ელფერისაა. მათ ზედაპირზე შესაძლებელია იყოს ნახეთქები და ნაჭდევები. პირველმშობიარეებში გარდიგარდმო ნაოჭიანობა კარგადაა გამოხატული.

საშოს კედლები მათი ელასტიკურობის გამო იკუმშება, მაგრამ საშოს სანა-

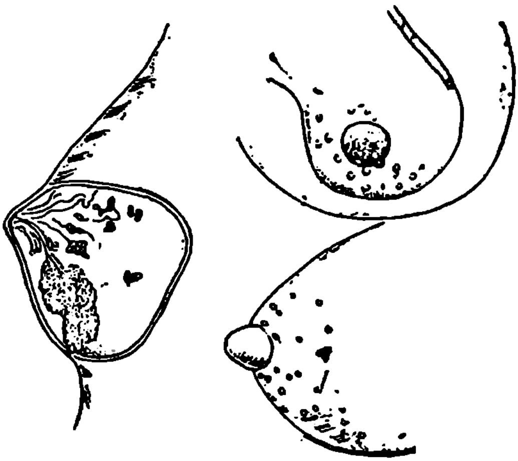


სურ.71 საშვილოსნოს მდებარეობა მშობიარობის შემდეგ

იური პირვანდელ მდგომარეობას მაინც ვერ აღწევს. ყოველი შემდგომი მშობიარობისას საშო უფრო მეტად ფართოვდება, გარდიგარდმო ნაოჭიანობა თანდათან სწორდება. საშოს ნახეთქები და ნაჭდევები ხორცდება ლოგინობის ხანის მე-7-8 დღეზე. სასქესო ნაპრალი იხურება, მაგრამ არა მთლიანად, ნამშობიარევ ქალებს იგი რამდენადმე ღია რჩებათ.

შორისის კუნთები არასაკმარისად იკუმშება მშობიარობის შემდეგ პირველი 2-3 დღის, მომდევნო დღეებში კი - საკმაოდ კარგად. თუ მშობიარობისას ის არ დაზიანდა, ხოლო შორისის ჩახევისას სწორად გაკერილი შორისის ტონუსი აღდგება ლოგინობის ხანის მე-10-12 დღისთვის.

მომყოლის გამოყოფის შემდეგ საშვილოსნოს ღრუდან გამოიყოფა სისხლის ფორმიანი ელემენტები, სანაყოფე გარსების დარჩენილი ნაწილები და დეციდუური პროცესის გზით მოცილებული მოსავარდნი გარსის ნაშთი. ყოველივე ეს ითხევადება სისხლის პლაზმასთან და ლიმფასთან ერთად და ქმნის ნამშობიარევი საშვილოსნოს ექსკრეტს, რომელიც საშოს გავლით გარეთ გამოდის; მას ეწოდება ლოქიები (lo-



სურ.72 მოფუნქციე ძუძუ

chia), ე.ი. მელოგინეთა გამონადენი. ლოქიების გარეგანი შესახედაობა, მისი ხასიათი იცვლება. საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის აღორძინების მიხედვით: პირველ სამ დღეს იგი სისხლიანი და წითელია (lochia rubra cruenta), მეოთხე დღიდან

მოწითალო-მოყავისფრო (lochia fusca), მეშვიდე დღიდან თეთრ ფერს ღებულობს (lochia alba), მეათე დღიდან მისი რაოდენობა კლებულობს და უფრო ლორწოვანია (lochia serosa).

ლოქიების რაოდენობისა და ფერის თანდათანობითი შეცვლა ინდივიდურია. ლოგინობის ხანის პირველ დღეებში ლოქიების რაოდენობა მეტია, პირველი ათი დღის განმავლობაში მელოგინე გამოყოფს 370-1200 გ-მდე, საშუალოდ 750 გ ლოქიებს. იგი ტუტე რეაქციისაა, აქვს სპეციფიკური (მაგრამ არამყრალი) სუნი. ცუდი სუნი იმის მაჩვენებელია, რომ საშვილოსნოში შეჭრილია გახრწნის გამომწვევი საპროფიტები. ჯანმრთელი მელოგინის ლოქიებიც საკმაო რაოდენობით შეიცავს სხვადასხვა სახის მიკრობებს. საშოს ფლორა მრავალფეროვანია. დოდერლეინისა და ნაწლავის ჩხირებთან ერთად მასში ნახულობენ სტაფილოკოკებსა და სტრეპტოკოკებს. 3-4 კვირის შემდეგ ლოქიების დენა წყდება, საშვილოსნოს ყელი იხურება კრისტალური ლორწოვანი საცობით. დაზიანებული გარეთა სასქესო ორგანოები - შორისი, ვულვა და საშო რამდენიმე დღეში პირველადად შეხორცდება. იშვიათად წარმოიქმნება ნაწიბუროვანი შეხორცება. საქალწულე აპკის ნაშთიდან რჩება მხოლოდ ნაკუწები (caruncules myrtiformes), მუცლის კედელი ნორმის ფარგლებს უბრუნდება. ამავე დროს კუნთების შეკუმშვა უფრო ინტენსიურია, ვიდრე კანისა, ამიტომ კანის ნაოჭები ვითარდება. მუცლის კედელი დუნდება, სწორი კუნთების შეკუმშვა უფრო ინტენსიურია, ვიდრე კანისა, ამიტომ კანის ნაოჭები ვითარდება. მუცლის კედელი დუნდება სწორი კუნთების გათიშვის გამო (დიასტაზი), მუცლის ღრუს ორგანოები ქვემოთ დაიწევს.

ორსულთა ნაჭდევები (stria gravidarum) მშობიარობის შემდეგ არ ქრება, მხოლოდ მოცულობაში კლებულობს და ფერს იცვლის (წითელი ფერი თეთრით შეიცვლება). მუცლის თეთრი ხაზის პიგმენტაციაც ნაწილობრივ რჩება, მხოლოდ მისი ფერი შეიცვლება (უფრო ღია ფერის ხდება).

ლოგინობის ხანის ენდოკრინოლოგია

პლაცენტის გამოძევების შემდეგ შარდში ესტროგენების რაოდენობა მკვეთრად მცირდება. ნაღველში ჰორმონების რაოდენობა შედარებით ნელა იკლებს. შარდში პრეგნანდიოლი 3-5 დღის შემდეგ არ განისაზღვრება. ქორიული გონადოტროპინი და პრეგნანდიოლი სისხლში არ გამოიყოფა მშობიარობიდან 10-12 საათის შემდეგ, თუმცა 3-5 დღის განმავლობაში შარდში გამოიყოფა. ბიოლოგიური რეაქციები ამ ინტერვალის შემდეგ უარყოფითია. 17-კეტოსტეროიდები არ ცვალებადობს. 17-ოქსიკორტიკოსტეროიდები მატულობს მშობიარობიდან 4-5 კვირის შემდეგ.

პლაცენტური და შესაძლოა ფეტალური წარმოშობის ჰორმონების რაოდენობის მკვეთრი დაქვეითების გამო ჰიპოფიზის სეკრეციული ფუნქცია ძლიერდება (რომლის მოქმედება დამუხრუჭებული იყო ზემოაღნიშნული ჰორმონების გამო).

სასქესო ორგანოების ინვოლუცია ნაყოფისა და მომყოლის გამოძევების შემდეგ ფიზიოლოგიური პროცესია, რომელშიც მონაწილეობს ჰორმონული ფაქტორები. საშვილოსნოს ინვოლუცია ხდება პოსტჰიპოფიზური ოქსიტოცინის გავლენით, რომელიც სტიმულირდება წოვის ნეიროჰორმონული რეფლექსით. ბარორეცეპტორები ხელს უწობს აგრეთვე ჰიპოფიზის სტიმულაციას.

ლოგინობის ხანის პირველ დღეებშივე ენდომეტრიუმი იწყებს პროლიფერაციას, საშოს ეპითელიუმი ძლიერ რეგრესირებს. ორსულობის დამახასიათებელი ციტოლოგია თანდათან უკუვითარდება. ამავე დროს საშოს ნაცხის უჯრედებში

გვხვდება „პოსტნატალური" უჯრედები - საშუალო ზომის კუბური მსგავსი ეპი-თელიუმი სეკრეციული ფორმის უჯრედებით, ციტოპლაზმის ბაზოფილიითა და ვაკუოლებით. ამ პერიოდში დიდი დოზით ესტროგენები ვერ აქტიურებს ინვოლუ-ციას და ვერ იწვევს საშოს ლორწოვანის ცვლილებებს.

ამ პერიოდში ლაქტოგენები - სარძევე ჯირკვლების სეკრეტი გამოიყოფა ლაქ-ტოგენებს გააქტიურებს პროლაქტინი და ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმო-ნი, რომელიც იწვევს კორტიზონის სეკრეციის სტიმულაციას, რაც აუცილებელია ნივთიერებათა ცვლის დროს რძის წარმოსაქმნელად.

მშობიარობიდან 1-2 დღის განმავლობაში სარძევე ჯირკვლიდან გამოიყოფა ხსენი (colostrum), რომელიც შედგება გრანულადებისა და ნაწილობრივ ქსოვი-ლოვანის უჯრედებისაგან. ხსენი სარძევე ჯირკვლიდან გამოიყოფა ორსულობის პროცესში და მშობიარობის შემდეგ 3-4 დღის განმავლობაში. ხსენი მოყვითალო სითხეა 1040 ხვედრითი წონით; pH - 7.7; შეიცავს 86 % წყალს, 2-6 % ცილებს, 4-7 % ცხიმებსა და ლაქტოზას, 0,48% მარილს, 520-570 კალორიას. ქალის რძესთან შედარებით, ხსენი დიდი რაოდენობით შეიცავს A პროვიტამინს და B ვიტამინს, ძალიან მდიდარია Y- გლობულინებით, რომლებიც მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ახალშობილებისთვის ანტისხეულების გადაცემაში.

მშობიარობიდან 4 დღის შემდეგ ესტროგენების გამოყოფასთან ერთად აღინიშნება სარძევე ჯირკვლების სეკრეცია - გალაქტოპოეზი. სარძევე ჯირკვლის სეკრეცია მიმდინარეობს ნეიროჰუმორული რეფლექსით, რომელიც გადის ნერვულ აფერენტული გზით: კერტი - თავის ტვინი - ჰიპოთალამუსი, აგრეთვე ჰორმონულ-ეფერენტული გზით: ჰიპოფიზი - პროლაქტინი - სარძევე ჯირკვალი. 10 დღის შემდეგ პროლაქტინი არ გამოიყოფა არც შარდსა და არც სარძევე ჯირკვალში.

რძის შემადგენლობა ასეთია: pH - 6,9; 88% წყალი, 1,13% ცილები, 3,36 % ცხიმები, 7,35% ლაქტოზა, კალორია 650-700. იგი შეიცავს C ვიტამინს, უმნიშვნელო რაოდენობით D და B ჯგუფის კომპლექსს და უჯრედებს დამახასიათებელი შიგთავსით: მიტოქონდრიებს, მიკროსომებსა და ნუკლეინ-მჟავებს. უდიდესი რაოდენობით დეზოქსირიბონუკლეინმჟავას შეიცავს ბირთვი.

ჰიპოპროტეინული სხეულაკები შეიცავს ფერმენტებს (განსაკუთრებით ტუტოვან ფოსფატაზას და ქსანტინოქსიდაზას) და ნუკლეინმჟავებს, რომლებიც ყველა უჯრედის მიკროსომებში არიან და ცილოვან სინთეზთან ერთად ასოცირდებიან.

ფარისებრი ჯირკვალი მონაწილეობს სარძევე ჯირკვლის ფუნქციის სტიმულა-ციაში, ამ მიზნით თიროქსინს იყენებენ ჰიპოგალაქტიის სამკურნალოდ.

სარძევე ჯირკვლის ნივთიერებათა ცვლაში მონაწილეობს ენდოკრინული სისტე-მა; რძის ლიპიდების სინთეზი ხდება აცეტატისა და B ჰიდროქსიბუტირატის საფუძ-ველზე; რძის ლიპოგენეზი ინსულინის მეშვეობით აღძვრება, რომელსაც 11-ოქსიკო-რტიკოსტეროიდები ავლენს ანტაგონისტურ მოქმედებას. სარძევე ჯირკვლებში ნახშირწყლების ცვლა ხდება, რის შედეგადაც წარმოიქმნება ლაქტოზა, გლუკოზა და გალაქტოზა. ცილების მეტაბოლიზმში ლაქტალბუმინის და ლაქტგლობულინის სინთეზთან ერთად მონაწილეობს ჰიპოფიზური სომატოტროპული ჰორმონი. სარძევე ჯირკვლების სეკრეციას აქვეითებს უარყოფითი ემოციები.

ლაქტაციის დროს სასქესო აპარატი ფუნქციური სიმშვიდის მდგომარეობაშია, რაც გამოწვეულია ძუძუს წოვების ხანგრძლივობით. იმ ქალებში, რომლებიც ახ-ალშობილს ძუძუს არ აწოვებენ, ენდომეტრიუმის რეგენერაცია უფრო სწრაფად მიმდინარეობს. მე-12-15 დღიდან იწყება ჰორმონული პროლიფერაცია, საშოს ნორ-მალური ესტროგენული პროლიფერაციული ფაზა. ლოგინობის ხანის მეექვსე კვი-

რაზე, როგორც წესი, იწყება ანოვულაციური ხასიათის მენსტრუაცია.

ახალშობილის ძუძუთი კვების შემთხვევაში ქალის სასქესო აპარატის რეგენერაცია უფრო ხანგრძლივად მიმდინარეობს. საშოს ეპითელიუმი ატროფირებული რჩება. საშოს ციტოლოგიას ახასიათებს სხვადასხვა შუალედური უჯრედი. ენდომეტრიუმი საშოზე უფრო ადრე აღდგება. 1 დღის შემდეგ იწყება პროლიფერაცია, რაც სწრაფად და ჰარმონიულად ვითარდება.

მშობიარობის შემდეგ 3-4 თვის განმავლობაში ამენორეა ფიზიოლოგიურია თუ ქალი ახალშობილს ძუძუს აწოვებს, რაც აიხსნება საკვერცხის რეცეპტორულობის დაქვეითებით ფოლიკულის მასტიმულირებელი ჰორმონის მიმართ. ეს უკანასკნელი გამოწვეულია ლუთეომასტიმულირებელი ჰორმონის ინტერსტიციული ლუთეინიზაციით, პროლაქტინის სეკრეციით, აგრეთვე საკვერცხის ჰორმონებზე საშვილოსნოს რეაქტიულობის დაქვეითებით.

ახალშობილის კვების დროსაც მოსალოდნელია დაორსულება. ამ დროს ხდება ოვულაცია და განაყოფიერება, ლაქტაციის ამენორეა უშუალოდ ორსულობის ამენორეაში გადადის.

ახალშობილის კვების პერიოდში ხშირია ანოვულაციური ციკლები, რაც გამოწვეულია ფოლიკულის მასტიმულირებელი ჰორმონის და ლუთეოტროპული ჰორმონის არასრულყოფილი სეკრეციით ან გონადოტროპული ჰორმონებისადმი საკვერცხეების მგრძნობელობის შემცირებით.

ლაქტაციის დაქვეითების მიზეზია სარძევე ჯირკვლების აცინების ეპითელიუმის განლევა.

მელოგინის მოვლა. მომყოლის გამოსვლის შემდეგ, რაც მშობიარობის დამთავრებას გულისხმობს, საჭიროა საშვილოსნოს მასაჟი. ეს ხელს უწყობს საშვილოსნოს შეკუმშვას, სისხლის დენის შეჩერებას, აგრეთვე საშვილოსნოს ღრუს განთავისუფლებას სისხლის კოლტებისგან. ამის შემდეგ საჭიროა გარეთა სასქესო ორგანოების ჩაბანა ზემოდან ქვემოთ თბილი სადეზინფექციო ხსნარით, კორნცანგით, სტერილური ბამბით. ანუსის ნაწმენდის შემდეგ ბამბას გადააგდებენ. გარეთა სასქესო ორგანოებს სტერილური ხელსახოცით ამშრალებენ და ათვალიერებენ. შემდეგ ორი თითით ვულვასა და შორისს გადასწევენ და დაადგენენ საშოს კედლების დაზიანებას. ყველა ჩახეული ნაწილის გაკერვა სავალდებულოა. ყოველგვარი მანიპულაციის (სარკეებით ყელის დათვალიერება, შორისისა და საშოს აღდგენა) ჩატარება საჭიროა ცალკე ოთახში. გაკერვის დროს იყენებენ 1/4 ან 0,25%-იანი ნოვოკაინის ანესთეზიას.

მელოგინეს უვლიან ბიუსორეულს, შემდეგ ქვეშ უფენენ სტერილურ საფენს, რომელსაც უცვლიან საჭიროებისამებრ, დღეში ორჯერ მაინც, უფრო ხშირად გამოცვლა არ არის მიზანშეწონილი.

მელოგინეს გარეთა სასქესო ორგანოებს ჩაბანენ დღეში სამჯერ, ლოგინობის ხანაში განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ მაჯის სიხშირეს, ტემპერატურას, სუნთქვის სიხშირეს, საშვილოსნოს ინვოლუციის ხარისხს, საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლეს, ლოქიების რაოდენობასა და ხასიათს, კუჭის მოქმედებასა და შარდვას.

ლოგინობის ხანის მიმდინარეობის საუკეთესო მაჩვენებელია ტემპერატურა. სავსებით ფიზიოლოგიურადაა მიჩნეული ლოგინობის ხანა მაშინ, როცა ტემპერატურა 37-ზე არ აიწევს. თუ ქალმა მშობიარობისას საკმაო რაოდენობით სისხლი დაკარგა, ლოგინობის ხანის პირველ დღეებშივე მას აღენიშნება სუბფებრილური ტემპერატურა. როგორც კოპროსტაზმა (კუჭის უმოქმედობამ), ისე რძის დაგროვე-

ბამ შეიძლება გამოიწვიოს ტემპერატურის მომატება ერთი-ორი გრადუსით. მაჯისცემა მელოგინის მდგომარეობის საუკეთესო მაჩვენებელია. ფიზიოლოგიურად მაჯისცემა წუთში 72-ს უდრის, იშვიათად ბრადიკარდია - მაჯა კარგი ავსებისაა და რიტმული. მშობიარობის დროს ან შემდეგ დიდი რაოდენობით სისხლის დაკარგვა ან ინფექციის შეჭრა ვლინდება მაჯის აჩქარებით.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ინფიცირებული მელოგინის დროულ იზოლაციას. მელოგინე, რომელსაც აქვს მაღალი სიცხე, ჩირქოვანი სუნიანი გამონადენი, გრიპი და სხვ., უნდა გადაიყვანონ ობსერვაციულ განყოფილებაში. სუნთქვის სიხშირე ლოგინობის ხანაში წუთში 18-20-ია. მელოგინეს აღენიშნება ძლიერი ოფლიანობა გაძლიერებული წყურვილი. ამ დროს საჭიროა ადვილად მოსანელებელი, ვიტამინებით მდიდარი, ნოყიერი საჭმელი. მიზანშეწონილი არ არის შავი პურის, ლობიოს, სუფთა რძის მიღება, რაც იწვევს მეტეორიზმს. მეტად სასარგებლოა მაწონი, რძისა და სხვ. ფაფა, თეთრი პური, ქათმის ხორცი, მწვანილი, ხილი.

საწოლში მელოგინემ უნდა იმოძრაოს, თუ ნაკერები და ტემპერატურა არა აქვს, მე-3 დღიდან შეუძლია წამოჯდეს კიდეც, მე-4 დღიდან კი ადგეს და გაიაროს.

ძილს, როგორც სამკურნალო-დაცვით ღონისძიებას, უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს მელოგინისთვის. საჭიროა სტაციონარში სიჩუმის დაცვა და, ღამით ძილის გარდა, დღისით დასვენება არანაკლებ 1-1 1/2 საათის განმავლობაში ისე, რომ მელოგინის ძილის საერთო ხანგრძლივობა დღე-ღამეში 9-10 საათი მაინც იყოს.

ახალშობილის ხანის ფიზიოლოგია –

ახალშობილს კარგად დაათვალიერებენ, რომ არ ჰქონდეს რაიმე ნაკლი. უჩვენებენ დედას, ზომას და წონას ზუსტად აღნიშნავენ ისტორიაში, სამაჯურზე დააწერენ გვარს, სქესს, დაბადების თარიღს, ასეთსავე ცნობებს გარედან მიაკერებენ საბანს. შემდეგ ახალშობილს კანზე ჭუჭყს მოაცილებენ, ნაოჭებიან ადგილებზე სტერილურ ზეთს წაუსვამენ, თბილად, სუფთად შეახვევენ და ახალშობილთა ოთახში მოათავსებენ ახალშობილს საწოლში ან დედასთან ერთად მარცხენა გვერდზე (მარჯვენა გვერდზე მოთავსება ღვიძლის სიდიდის გამო ახალშობილის მოუსვენრობას იწვევს).

ახალშობილის კანი მეტისმეტად ნაზი და მგრძნობიარეა. იგი ინფექციის შეჭრას წინააღმდეგობას ვერ უწევს. ახალშობილი არ უნდა იწვეს სველ თეთრეულში. ძუძუს მოწოვის წინ ან გაჭუჭყიანების დროს საჭიროა თეთრეულის გამოცვლა. სასქესო ორგანოების, საზარდულის ნაკეცებისა და უკანა ტანის კარგად ჩაბანა და გამშრალება. ახალშობილს პირს უწმენდენ ანადუღარ წყალში დასველებული სუფთა დოლბანდით.

პირველ დღეებში ახალშობილის კანს ჰიპერემია ემჩნევა (ფიზიოლოგიური ერითემა). ხაჭოსებრი საცხი აცლას არ საჭიროებს, კანი მას მალე შეიწოვს, ამასთან ერთად, შეიწოვება ქოლესტერინი, რომლითაც ეს საცხი ერთობ მდიდარია და სასარგებლოა ახალშობილის ორგანიზმისთვის.

ჭიპლარის მოვარდნამდე ახალშობილს არ აბანავებენ, მხოლოდ მობანენ იმ ადგილებს, სადაც კანის ნაკეცები აქვს, დანაოჭებულია, უფრო ჭუჭყიანდება და ზიანდება.

მეორე-მესამე დღიდან ზოგიერთ ახალშობილს გამოაჩნდება სიყვითლე, რომელიც მის საერთო მდგომარეობაზე არავითარ გავლენას არ ახდენს და რამდენიმე დღის შემდეგ ქრება (icterus neonatorum), ეს ფიზიოლოგიური სიყვითლეა. ზოგჯე

სიყვითლე ინტენსიურია, მძიმედ მიმდინარეობს. ასეთი ახალშობილი ძუძუს არა წოვს, სუსტდება, მოსალოდნელია დაღუპვაც კი. სიყვითლეს უკავშირებენ სეფ-სისს, აგრეთვე სისხლის ჯგუფების ან რეზუს-ფაქტორის შეუთავსებლობას. საჭი-როა რეზუს-კონფლიქტის დადგენა, დედის რძის მიცემის აკრძალვა, გამა-გლო-ბულინის დანიშვნა მცირე დოზებით, სისხლის გადასხმა. ახალშობილს ტემპერა-ტურას უზომავენ დღეში ორჯერ. ჯანმრთელი ბავშვის ტემპერატურა 37-ია.

პირველ 3-4 დღეს ახალშობილი წონაში კლებულობს 150 გ-მდე, მეათე დღეს პირვანდელ წონას აღწევს. წონა ყოველთვის არ კლებულობს.

ჭიპლარი მშრალი განგრენის - მუმიფიკაციის შედეგად მოცილდება მე-5-7 დღეს.

ავადმყოფი ახალშობილი, ისევე როგორც ავადმყოფი დედა, საჭიროებს იზო-ლირებას ცალკე ბოქსში. პირველად დღესრულ ახალშობილს ძუძუს მისცემენ და-ბადებიდან 12 საათის შემდეგ, ზოგჯერ უფრო ადრეც; აწოვებენ ყოველ 3 საათში; ძუძუს წოვის ხანგრძლივობა - 15-20 წუთია. საჭიროა ძუძუს კერტების განსაკუთრე-ბული მოვლა, რათა არ დაზიანდეს და ახალშობილს კვება არ მოაკლდეს.

ნაადრევი ახალშობილი განსაკუთრებულ მზრუნველობას საჭიროებს როგორც კვების, ისე მოვლის მხრივ. ახალშობილის კვებას იწყებენ დაბადებიდან 1-2 საა-თის შემდეგ ყოველ 2 1/2 საათში. თუ იგი არა წოვს, ხელოვნურად კვებავენ.

გაწერის წინ დედის წინ ახალშობილს გახსნიან და უჩვენებენ; გაწერა საჭიროა ჭიპლარის მოცილების შემდეგ მე-8-9 დღეზე დროული მშობიარობის შემთხვევაში; ნაადრევ ახალშობილს გაწერენ მოგვიანებით, მე-10-14 დღეს. ახალშობილის ის-ტორიას ხელს აწერენ დედა, რომელსაც ცოცხალი, დღესრული ახალშობილი მი-ჰყავს, ექთანი და ექიმი. ახალშობილის ჩაბარებას ესწრება რაიონის ბავშვთა კონ-სულტაციის ექიმი.

სამშობიარო სახლში ტუბერკულოზის პროფილაქტიკის მიზნით ჯანმრთელ ახალშობილებს აძლევენ კალმეტის და გერენის ვაქცინებს.

BCG vaccine siccum გამოყენებულია ტუბერკულოზის სპეციფიკური პროფილაქ-ტიკის მიზნით; პირველად ვაქცინაციას ახალშობილებს უტარებენ დაბადებიდან მე-5-7 დღეს. 0,05 მგ შეყავთ კანქვეშ მარცხენა ბეჭის შუა მესამედში. ვაქცინაცია უკუნაჩვენებია, თუ მანტუს სინჯი დადებითია.

XVIII თავი

ორსულობის პათოლოგია

ორსულობის პათოლოგია იყოფა სამ ჯგუფად: პირველ ჯგუფს ეკუთვნის უშუ-ალოდ ორსულობიდან გამომდინარე დაავადებები - ორსულთა ტოქსიკოზი, მეორე ჯგუფს - კვერცხის (ემბრიონის, ნაყოფის) არაწესიერი განვითარების შედეგად წარმოქმნილი დაავადებები, ხოლო მესამეს - ის დაავადებები, რომლებიც ქალს ჰქონდა ორსულობის დაწყებამდე.

ორსულთა ტოქსიკოზი ეტიოლოგია და პათოგენეზი

ორსულთა ტოქსიკოზი სხვადასხვა სახელწოდებითაა ცნობილი: „ორსულთა თირკმელი" (ლაიდენი 1895 წ.), „ალერგოზი" (ი.ი.ეგოროვი, 1935 წ.), „ორსულთა ნეფრიტი" (ა.შ.ჩებოტარიოვი, 1951 წ.), „ორსულთა ნევროზი" (ი.ნ.ნულიოვსკი, 1871; ი.პ.ლაზარევიჩი, 1891 წ.; ვ.ი.ზდრავომისლოვი, 1930 წ.; ვ.ვ.სტროგანოვი, 1940 წ.; ბეკერი, 1954 წ.).

„ორსულთა ტოქსიკოზი", ანუ „გესტოზი" ისეთი დაავადებაა, რომელიც ვითარდება მხოლოდ ორსულობის დროს ნაყოფის კვერცხის ან მისი ცალკეული ელემენტის განვითარებასთან დაკავშირებით. მისი ძირითადი სიმპტომებია: ცენტრალური ნერვული, სისხლძარღვთა სისტემის და ნივთიერებათა ცვლის მოშლა.

ორსულთა ტოქსიკოზის პათოგენეზის შესახებ მრავალი თეორია არსებობს: ორსულობით გამოწვეული ადაპტაციის მოშლის თეორია; ალერგიული თეორია, რომელიც ორსულთა ტოქსიკოზის განვითარებას ხსნის ნაყოფისა და პლაცენტიდან დედის ორგანიზმში ალერგენების (ცილოვანი სუბსტრატების სახით) გადასვლით.

რენული თეორია ორსულთა გვიანი ტოქსიკოზის წარმოშობას უკავშირებს ორსული საშვილოსნოს მიერ თირკმლის სისხლძარღვებზე ზეწოლით გამოწვეულ იშემიას (ამ დროს გამოიყოფა რენინი, რომელიც მოქმედებს ანგიოტენზინოგენზე და წარმოქმნის ჰიპერტენზინს, რაც იწვევს არტერიული სისხლის წნევის მომატებას).

ჰორმონული თეორია ორსულთა ტოქსიკოზის წარმოქმნას ხსნის თირკმელზედა ჯირკვლის ჰიპერფუნქციით და პლაცენტის ჰორმონული უკმარისობით.

პლაცენტური თეორიის თანახმად, ორსულთა ტოქსიკოზის მიზეზებია: ა) ქორიონის ბუსუსების დისტროფია, რის გამოც პლაცენტის უკმარისობა ვითარდება, ბ) საშვილოსნო-პლაცენტური სისხლის მიმოქცევის მოშლა და ამის შედეგად ნივთიერებათა ცვლის შუალედური პროდუქტების გამოყოფა, გ) პლაცენტის სისხლძარღვთა სპაზმი, რომელიც იწვევს იშემიას და პლაცენტის ქსოვილის ნეკრობიოზს, დ) პლაცენტაში გამოხატული დისტროფიული ცვლილებები.

ჰემოდინამიკური თეორია ორსულთა ტოქსიკოზის წარმოქმნას უკავშირებს საშვილოსნოსა და საკვერცხეებში სისხლის მიმოქცევის მოშლას, რაც იწვევს თირკმლის სისხლძარღვთა სპაზმსა და თირკმლების იშემიას.

ნეიროგენული თეორია ორსულთა ტოქსიკოზს განიხილავს, როგორც ნეიროტოქსიკოზს.

იმუნოლოგიური კონფლიქტის თეორია ორსულთა ტოქსიკოზის განვითარებას უკავშირებს Rh და ABO სისტემებში კონფლიქტს.

არსებობს თეორია, რომელიც ორსულთა ტოქსიკოზის მიზეზად მიიჩნევს სანაყოფე სითხის გადასვლას დედის ორგანიზმში. ტოქსიკოზის განვითარებაში ასევე დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებებს (ჰისტამინს, სეროტონინს, კატექოლამინებს, კინინებს და სხვ.).

ზემოჩამოთვლილი ვერც ერთი თეორია ცალკე ვერ ხსნის ორსულთა ტოქსიკოზის ეტიოლოგიასა და პათოგენეზს, ამიტომ ეს საკითხი კვლევა-ძიებას საჭიროებს.

– ორსულთა ტოქსიკოზის კლასიფიკაცია

ორსულთა ტოქსიკოზი იყოფა სამ ჯგუფად: ადრეული, იშვიათი და გვიანი ტოქსიკოზი.

ორსულთა ადრეული ტოქსიკოზი (ღებინება - emesis gravidarum, გულისრევა - vomitus gravidarum, ნერწყვის დენა - ptialismus) შეიძლება დაიწყოს ორსულობის პირველი დღეებიდანვე და გაგრძელდეს 20 კვირამდე.

ორსულთა ტოქსიკოზის იშვიათი ფორმებია: დერმატოზი (pruritus gravidarum, eczema gravidarum, herpes simplex, zoster, jmpetigo herpetiformis), ორსულთა ქორეა (chorea gravidarum), ღვიძლის ყვითელი მწვავე დისტროფია (dystrophia flava acuta hepatis), ბრონქული ასთმა (asthma bronchiale), ორსულთა ფსიქოზი, ოსტეომა-

ლაცია (osteomalatia), ორსულთა სიყვითლე (icterus gravidarum) და ა.შ.

გვიან ტოქსიკოზს მიეკუთვნება ორსულთა შეშუპება (hydrops gravidarum), ორსულთა ნეფროპათია (nephropathia gravidarum), პრეეკლამფსია (praeeclampsia gravidarum), ეკლამფსია (eclampsia gravidarum).

ორსულთა ღებინება- EMESIS GRAVIDARUM

ამ ტოქსიკოზის ძირითადი კლინიკური სიმპტომია ღებინება, რომელიც დასაწყისში დაკავშირებულია საკვების მიღებასთან, შემდგომ კი ზოგჯერ წყლის დალევასთანაც. ღებინება იწვევს ორგანიზმის დეჰიდრატაციას, წონაში დაკლებასა და აციდოზის განვითარებას. არჩევენ ორსულთა ღებინების მსუბუქ, საშუალო და მძიმე ფორმებს.

ორსულთა ღებინების მსუბუქი ფორმა (ღებინება 5-6-ჯერ დღეში) არ იწვევს კვებისა და ორსულის ორგანიზმში წყლისა და მარილების ცვლის მოშლას.

ორსულთა ღებინების საშუალო ფორმას (ღებინება 10-12-ჯერ დღე-ღამეში) ახასიათებს კვების, წყლისა და მარილების ცვლის მოშლა. ორსული წონაში კლებულობს, აპათიური ხდება, კანის, კანქვეშა ქსოვილისა და კუნთების ტონუსი უქვეითდება. ხშირად აქვს ყაბზობა, თირკმელების გამომყოფი ფუნქცია უქვეითდება წყლის დეფიციტის გამო. შარდი კონცენტრირებულია, ჯერ შეიცავს დიდი რაოდენობით მარილებს, შემდგომ კი - აცეტონსხეულაკებს. ენა და ტუჩების ლორწოვანა მშრალია, მადა - დაქვეითებული. აღინიშნება სისხლის შესქელება (ჰიპოვოლემია), ქლორიდების შემცირება, სუბკომპენსაციური აციდოზი ვითარდება.

ორსულთა ღებინების მძიმე ფორმის (hyperemesis gravidarum) შემთხვევაში ღებინება მეორდება 20-30-ჯერ და მეტად დღე-ღამეში. ორსული დეპრესიულია, ადინამიური, აპათიური. ენა მშრალია, ლორწოვანა ტუჩების არეში - ასევე მშრალი, აღინიშნება ნახეთქები, უმადობა. შარდვა იშვიათია, ხშირია ყაბზობა. სუნთქვა და მაჯა აჩქარებულია, არცთუ იშვიათად სისხლის არტერიული წნევა ქვეითდება, კანი მშრალი ხდება, მოყვითალო-ციანოზური ელფერისაა, იწყება უძილობა, ჰალუცინაციები. შარდში აცეტონი არცთუ იშვიათად 100-150 მგ%-სა და მეტს აღწევს. ორსულს პირის ღრუში აქვს აცეტონის სუნი. შარდი შეიცავს ცილებსა და ცილინდრებს. სისხლში მომატებულია ნარჩენი აზოტი და ბილირუბინი, ქლორიდების რაოდენობა მცირდება სისხლში, ვითარდება დეკომპენსირებული აციდოზი.

თუ მკურნალობა ნაკლებეფექტურია, ტემპერატურა სუბფებრილური ხდება, კანი და სკლერები ყვითელი ფერისაა, პროტეინურია და აცეტონურია მატულობს, ხშირია ბოდვა, კომა და მძიმე შემთხვევებში სიკვდილი.

ორსულთა ღებინების დროს თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციაც ქვეითდება: კატექოლამინები, გლუკო- და მინერალოკორტიკოიდების რაოდენობა კლებულობს, რაც უნდა გაითვალისწინონ მკურნალობის დროს. მკურნალობა უნდა იყოს კომპლექსური. წყლისა და მარილების, ცილების, ნახშირწყლების, ცხიმების ცვლის მოშლის სწრაფი აღდგენისკენ მიმართული.

ორსულთა ღებინების მკურნალობისთვის აუცილებელია ჰოსპიტალიზაცია, სამკურნალო-დაცვითი რეჟიმის შექმნა.

ორსულთა ღებინების მძიმე ფორმის შემთხვევაში აუცილებელია ორსულთა პარენტერული კვება ელექტროლიტებისა და ტუტეების შეყვანით. ამ მიზნით იდაყვის ვენაში შეყავთ კათეტერი, რომლითაც ორგანიზმი ღებულობს საჭირო რაოდენობით საკვებ ნარევსა და სითხეებს. რადგან შეუცვლელი ამინომჟავეების კომბინირებული ნარევი არ არსებობს, ამიტომ პარენტერული კვებისთვის ინტრავენურად

იყენებენ ალბუმინის (თუ ალბუმინი არა აქვთ, პლაზმას, სისხლს, სუროგატებს) 10%-იანი ხსნარის 70-100 მლ-ს. იყენებენ აგრეთვე 10%-იან პროტეინს, ფიზიოლოგიური ხსნარის ნაცვლად შეჰყავთ რინგერლოკის და ტიროდეს ხსნარი. რეოპოლიგლუკინი (რომელიც ამცირებს სისხლის ფორმიანი ელემენტების აგრეგაციას, აუმჯობესებს კაპილარული სისხლის მიმოქცევას, რაც, თავის მხრივ, იწვევს ქსოვილების სუნთქვითი ფუნქციის აღდგენას და აციდოზის შემცირებას). გლუკოკორტიკოიდებს შეჰყავთ ვენაში (300-400 მგ დღე-ღამეში) რამდენიმე დღის განმავლობაში. ნივთიერებათა ცვლის მოშლის შედეგად დაგროვილი პროდუქტების ინტოქსიკაციის შემცირების მიზნით მიზანშეწონილია ჰემოდეზის გადასხმა, რეკომენდირებულია 4-5%-იანი სოდის ხსნარის შეყვანა 100-150 მლ რაოდენობით 2-3 დღე, მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის მაჩვენებლების მიხედვით. საჭიროა 5%-იანი გლუკოზის ხსნარის შეყვანა ინსულინთან ერთად (4 გ გლუკოზაზე 1 ერთეული ინსულინი). გლუკოზის ხსნარის შეყვანა ინსულინის გარეშე აციდოზს აღრმავებს და თირკმლის მდგომარეობას აუარესებს. ორგანიზმში შეყვანილი სითხის რაოდენობა 3-4 ლიტრამდე უნდა იყოს. მკურნალობის პირველ დღეებში მძიმე ფორმის შემთხვევაში ვენაში შეჰყავთ ნატრიუმის ოქსიბარბიტურატის 50-80 მგ კგ წონაზე, რათა ავადმყოფი გადაიყვანონ (ფიზიოლოგიურის მსგავსად) ძილის მდგომარეობაში. ნატრიუმის ოქსიბარბიტურატთან ერთად შეიძლება ამინაზინის მცირე დოზით შეყვანა (20-50 მგ დღე-ღამეში). ღებინების საწინააღმდეგოდ ეფექტურია დროპერიდოლი და გალოპერიდოლი. მკურნალობის კომპლექსი შეიცავს B ჯგუფის, აგრეთვე C და D ვიტამინებს. მკურნალობის პროცესში აუცილებელია დიურეზის, სისხლის ბუფერული სისტემის განსაზღვრა და მისი კორექცია. ასევე დიდ ყურადღებას აქცევენ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მდგომარეობას, საჭიროების შემთხვევაში ავადმყოფს აძლევენ საგულე საშუალებებს.

მკურნალობის ეფექტიანობის შემთხვევაში დიურეზი აღდგება მე-3-4 დღეს, თუ ავადმყოფის მდგომარეობა არ გამოსწორდა, საჭიროა ორსულობის შეწყვეტა.

ორსულთა ღებინების საშუალო ფორმის შემთხვევაში ალბუმინების, წყლისა და მარილების დეფიციტის აღდგენისას ავადმყოფის მდგომარეობა სწრაფად უმჯობესდება. თირკმელზედა ჯირკვლების ფუნქციის ნორმალიზაციისათვის ადრე, კორტიზონის მიღებიდან 1-2 დღის შემდეგ შეჰყავთ ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონი - 40 ერთეული. კარგ ეფექტს იძლევა სედატიური საშუალებანი: ლუმინალი, ნოქსირონი, ტეტრიდინი, მეტაკვალონი, რომლებიც შეჰყავთ ხსნარის სახით რექტალად.

ორსულთა ღებინების მსუბუქი და საშუალო ფორმების შემთხვევაში ასევე შედეგიანია ფენოთიაზინის რიგის ნეიროლეპტიკური საშუალებები (ამინაზინი 25 მგ 3-ჯერ დღეში, 1,0 - 2,5%, 5,0 - 0,25% ნოვოკაინთან ერთად 1-2-ჯერ, ეტაპერაზინი - 2-4 მგ 2-3-ჯერ დღეში).

დროპერიდოლი - 0,5 - 2,0 შეჰყავთ კუნთებში (იგი აკნინებს მოტორულ რეფლექსებს, აუმჯობესებს არტერიული სისხლის მიმოქცევას არტერიული ვაზოდილაციის ხარჯზე (2-4-ჯერ დღეში). ხმარობენ დედალონის თითო აბს 3-4-ჯერ დღეში, ნოვოკაინს - 10,0-0,5% (ვენაში შეჰყავთ), სპლენინს - 1,0-2,0 კანქვეშ 2-ჯერ დღეში (ეს პრეპარატი იწვევს აზოტის, ცილების, მინერალური ცვლის ნორმალიზაციას, ღვიძლის დეზინტოქსიკაციურ ფუნქციას აძლიერებს, აციდოზს ამცირებს), კოკარბოქსილაზა შეჰყავთ კუნთებში 50-100 მგ 1-2-ჯერ დღეში.

ნაყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით მიზანშეწონილია ნიკოლაევის ტრიადა სიგეტინთან ერთად. ასევე კარგ ეფექტს იძლევა ელექტროძილი.

ტრანკვილიზატორებიდან გამოყენებულია მეპროტანი (ანდაქსინი ან ტრიოქსაზინი - 10-15 მგ კგ წონაზე, საშუალოდ 600-800 მგ დღე-ღამეში).

იშვიათად მიმართავენ ბრომ-კოფეინის თერაპიას (10%-იანი ნატრიუმის ბრომიდი, 10,0 ვენაში, ერთდროულად 1-%-იანი კოფეინის ნატრიუმ-ბენზოატი კანქვეშ, 2-ჯერ დღეში).

ზოგ შემთხვევაში ზემოაღნიშნულ საშუალებებთან ერთად იყენებენ ჰორმონულ თერაპიას (პროგესტერონი, 10 მგ, 1-ხელ დღეში, 6-7 დღის განმავლობაში).

ორსულთა ღებინება- VOMITUS GRAVIDARUM

ნაადრევი ტოქსიკოზის ამ ფორმას ახასიათებს გულისრევის შეგრძნება, მაჯისცემა და სუნთქვა აჩქარებულია, სახის კანი - ფერმკრთალი, კუჭის სეკრეცია - გაძლიერებული. ეს სიმპტომი ხშირად ორსულთა ღებინებას უძღვის წინ. როგორც დამოუკიდებელი ტოქსიკოზი ძალიან იშვიათია.

ნერწყვის დენა (ptialismus) უმეტესად ორსულთა ღებინებას სდევს თან, იშვიათად ის დამოუკიდებელი გართულებაა. ამ დროს გამოყოფილი ნერწყვის სადღეღამისო რაოდენობა 1 ლიტრს და მეტს აღწევს. ნერწყვის დენა იწვევს ორგანიზმის დეჰიდრატაციას, ცილების, ნახშირწყლების, ვიტამინებისა და მარილების რაოდენობის დაქვეითებას. ნერწყვის დენა განაპირობებს ტუჩების ლორწოვანისა და სახის კანის მაცერაციას ტუჩების ირგვლივ. მკურნალობა იგივეა, როგორც ორსულთა ღებინების დროს. ზოგჯერ ხმარობენ 0,1 %-იან 1 მლ ატროპინის სულფატს. პირის ღრუში გამოსავლებად იყენებენ გვირილის ნაყენს ან ტანინის ხსნარს.

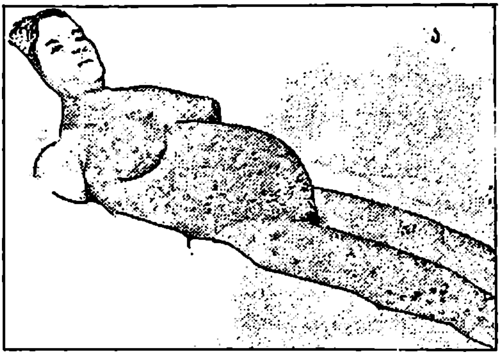
ორსულთა ტოქსიკოზის იშვიათი ფორმები

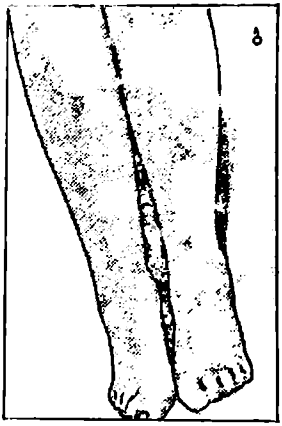
ღვიძლის მწვავე ყვითელი დისტროფია ორსულთა უმძიმესი ტოქსიკოზია. ტოქსიკოზის ეს ფორმა ვითარდება ორსულობის ადრეულ პერიოდში. აღინიშნება ღვიძლის ცხიმოვანი და ცილოვანი გადაგვარება, ღვიძლის ზომების შემცირება. პროგრესირებადი და ცილოვანი გადაგვარება, ღვიძლის ზომების შემცირება. პროგრესირებადი სიყვითლე ინტოქსიკაციითა და დისპროტეინემიით. შემდგომ ვითარდება ნერვული სისტემის მძიმე მოშლილობა (კრუნჩხვა, კომისებრი მდგომარეობა), არცთუ იშვიათია ლეტალური გამოსავალი. ამ ტოქსიკოზის დროს ორსულობის შეწყვეტა ზოგჯერ აჩერებს დაავადების პროგრესირებას.

ორსულთა დერმატოზები - pruritus gravidarum, eczema gravidarum, herpes simplex, zoster, jmpetigo herpetiformis უფრო ხშირია ორსულთა ქალებში. ამ დროს ავადმყოფს უნიშნავენ დესენსიბილიზაციურ საშუალებებს (დიმედროლს, დიპრაზინს, სუპრასტინს, თიამინის ბრომიდს, პიროდოქსინის ჰიდროქლორიდს, კალციუმქლორიდს, კანზე ჰიდროკორტიზონის, პრედნიზოლონის ან დეპერზოლონის მალამოს წასმას, კვარცით დასხივებას, ატარაქტიკებს) ტრანკვილიზატორებს - მეპროტანს, ტრიოქსაზინს. კარგ შედეგს იძლევა ტავეგილი.

დერმატოზის უმძიმესი ფორმა, რომელიც შეიძლება ლეტალური გამოსავლით დამთავრდეს, jmpetigo herpetiformis- ია.

ორსულთა ქორეა (chorea gravidarum), ანუ „წმინდა ვიტის“ დაავადება ტოქსიკოზია, რომელსაც ახასიათებს კრუნჩხვა, კიდურების (ხელის, ფეხის, ტანის, სახის) არაკოორდინირებული, უნებლიე ფიბრილაცია, მათი შეკუმშვა. ეს დაავადება რევმატული ბუნებისაა. მისი მკურნალობისთვის გამოყენებულია სალიცილატები ამიდოპირინთან ერთად.





სურ.73 ორსულთა დერმატოზი (იმპეტიგო ა და ბ)

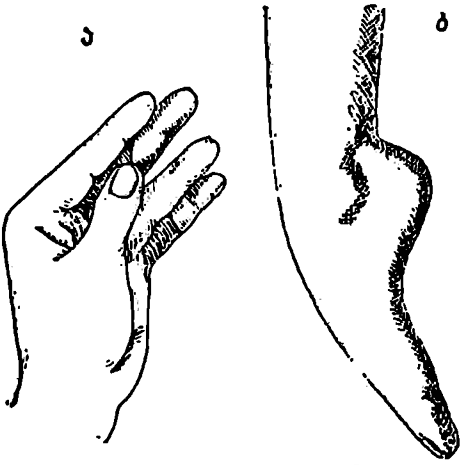
ორსულთა ტეტანია - tetania gravidarum ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის მოშლის შედეგია, რის გამოც ირღვევა კალციუმის ცვლა (ჰიპოკალციემია). ამ ტოქსიკოზის დამახასიათებელია ზედა კიდურების კუნთების კრუნჩხვა („მეანის ხელი“). იშვიათად ქვედა კიდურების („ბალერინის ფეხები“).

უფრო იშვიათად სახის კუნთების („თევზის პირი“). ტანის კუნთების კრუნჩხვა. სახისა და ყელის კუნთების სპაზმი. დაავადების მძიმე ფორმის შემთხვევაში საჭიროა ორსულობის შეწყვეტა.

მკურნალობის მიზნით იყენებენ პარათირეოკრინს, კალციუმქლორიდს, ერგოკალციფეროლსა და დიჰიდროტაქისტეროლს.

ორსულთა ბრონქული ასთმა - asthma bronchiale. ტოქსიკოზის განვითარებას იწვევს პარათირეოიდული ჯირკვლის ჰიპოფუნქცია და კალციუმის ცვლის მოშლა. მას ისეთივე კლინიკა ახასიათებს, როგორიც ბრონქულ ასთმას. ტოქსიკოზი კარგად ექვემდებარება მკურნალობას. ავადმყოფს უნიშნავენ კალციუმის პრეპარატებს,

სურ. 74 ორსულთა სკლეროდერმია



სურ. 75 ორსულთა ტეტანია
ა- მეანის ხელი; ბ - ბალერინის ფეხი

თიამინის ბრომიდს, ერგოკალციფეროლს, ბრომიდებს, კოფეინს, დესენსიბილიზაციურ საშუალებებს. ეფექტურია აგრეთვე ტავეგილის თითო აბი დღეში 3-4-ჯერ.

ოსტეომალაცია - osteomalatia ძალიან იშვიათია. ამ ტოქსიკოზს ახასიათებს ფოსფორისა და კალციუმის ცვლის მოშლა, რის შედეგადაც ვითარდება ტანის ჩონჩხის დეკალცინაცია და დარბილება. პირველ რიგში ზიანდება მენჯისა და ხერხემლის ძვლები, დაავადების ხანგრძლივი მიმდინარეობისას - გულმკერდი და კიდურები, იწყება ძვლების დეფორმაცია, კუნთების ატროფია, ქალი თავისებურად დადის, სიმაღლეში კლებულობს. ვითარდება ე.წ. ოსტეომალაციური - აბსოლუტურად ვიწრო მენჯი. დაავადებას ახასიათებს ტკივილი მენჯის ძვლებსა და კიდურებში.

ამ ტოქსიკოზის დროს ორსულობა სწრაფად უნდა შეწყვეტონ. დაავადებას მკურნალობენ კომპლექსურად ერგოკალციფეროლით, თევზის ქონით, კალციუმის და ფოსფორის პრეპარატებით, პროგესტერონით.

სიმფიზიოპათია და საკროილეოპათია

ბოქვენის სიმფიზი ძალიან მოძრავია. ორსული უჩივის ტკივილს მენჯის ძვლებში, ქვედა კიდურებში, ადინამიას, სიარული იხვისებურია. პალპაციით ბოქვენის სიმფიზი მტკივნეულია, ბოქვენის ძვლები ერთმანეთისგან დაცილებულია. მკურნალობისთვის გამოყენებულია D ვიტამინი (15-20 წვეთი 3-ჯერ დღეში), თევზის ქონი (თითო სუფრის კოვზი 3-ჯერ დღეში), პროგესტერონი (კუნთებში შეყავთ 5-10 მგ დღეში), კარგ ეფექტს იძლევა დასხივება ვერცხლისწყლისა და კვარცის ნათურით.

ორსულთა სიყვითლე - icterus gravidarum. ამ იშვიათ ტოქსიკოზს ახასიათებს ღვიძლის დაზიანება, ხშირად თან სდევს ქავილი და ღებინება. ეს სიმპტომები აღინიშნება ბოტკინის, ვასილიევ-ვეილის, ნაღველკენჭოვანი დაავადებების შემთხვევაში. ამრიგად, აუცილებელია ასეთი ორსულის ჰოსპიტალიზაცია და მკურნალობა.

მკურნალობა ისეთივეა, როგორც ჰეპატიტის დროს. ხშირად საჭიროა ხდება ორსულობის შეწყვეტა ღვიძლის მძიმე დაზიანების გამო.

ორსულთა იშემიური მიელოპათია - გამოიხატება სიარულის გაძნელებით, ქვედა კიდურების პარესთეზიით, პარაჰიპერესთეზიით. დაავადება უმთავრესად ვლინდება ორსულობის მეორე პერიოდში, როდესაც აორტისა და მისი ტოტების მიჭყლეტა ხდება. ვინაიდან აორტა კვებავს ზურგის ტვინს, ამ უკანასკნელის კვების მოშლა იწვევს ზემოაღნიშნულ სიმპტომებს.

ორსულთა ვენების ვარიკოზული გაგანიერება - varices gravidarum შედარებით ხშირია. ამ პათოლოგიის ასახსნელად არსებობს მრავალი თეორია: მექანი-

ქური, სარქველოვანი, ჰორმონული, ნეიროგენული, უკანასკნელ წლებში დიდი აღიარება ჰპოვა ენდოკრინულმა თეორიამ, რომლის მიხედვით ესტროგენული ჰორმონების უკმარისობის გამო ვენური სისხლძარღვების ტონუსი ქვეითდება და ვენები გაგანიერდება.

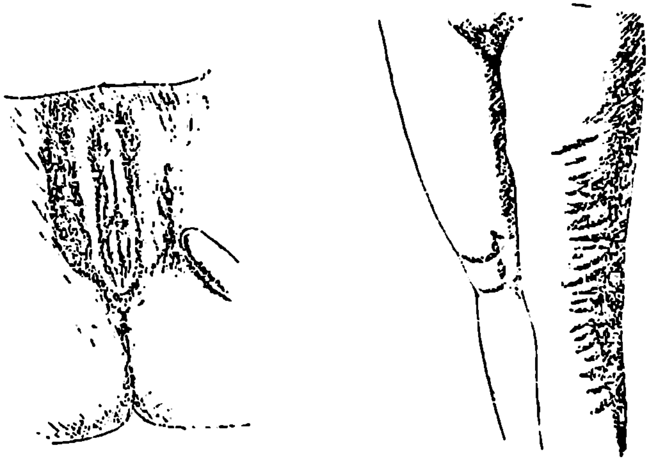
უფრო ხშირია ქვედა კიდურების ვენების გაგანიერება. უფრო იშვიათი კი - გარეთა სასქესო ორგანოების, საშოს, საშვილოსნოს ყელის, სარძევე ჯირკვლების ვენების გაგანიერება.

ორსულთა ჰემატოპათია - hematipathia gravidarum. ფიზიოლოგიური ორსულობისას აღინიშნება გარკვეული ძვრები სისხლის მორფოლოგიის მხრივ. რაც ბიოლოგიურად ამ პროცესს შეესაბამება. აღინიშნება ჰიდრემია - წყლის მომატება. მშრალი ნაშთის შემცირება, ცირკულირებადი სისხლის რაოდენობის მომატება 300-400 მლ-მდე, ჰემოგლობინის, ერითროციტების რაოდენობის შემცირება, ლეიკოციტების ასეთი ცვლილებები ფიზიოლოგიურ ფარგლებშია და ორსულობის მიმდინარეობაში არავითარ გართულებას არ იწვევს.

ორსულობის მეორე ნახევარში ზოგჯერ თავს იჩენს მძიმე სისხლნაკლებობა. ერითროციტებისა და ჰემოგლობინის მაჩვენებელი მკვეთრად მცირდება. ამ პათოლოგიას ორსულთა ტოქსიკოზს აკუთვნებენ, რადგან ძვლის ტვინის ფუნქციის შეფერხება და ნორმალური სისხლის პროდუქციის დარღვევა ნივთიერებათა ცვლის მოშლის შედეგად ხდება.

სისხლში განვითარებული ცვლილებები ადისონ-ბირმერის დაავადებისა და ჰიპერქრომული ანემიის დროს არსებული ცვლილებების მსგავსია.

ჰიპერქრომული ანემია ვითარდება ორსულობის მეორე ნახევარში, რკინის გაძლიერებული ხარჯვის გამო. ამის მიზეზად ასახელებენ აგრეთვე ღვიძლისა და



ა ბ

სურ. 76 ვენების ვარიკოზული გაგანიერება ორსულობაში
ა- ვულვის, ბ - ქვემო კიდურის

ნაყოფის სისხლის შეუთავსებლობას რეზუს-ფაქტორის მხრივ. Rh უარყოფითი სისხლის მქონე რომ ქალს ვითარდება ანემია, მის ნაყოფს კი მამისგან მიღებული Rh დადებითი სისხლი აქვს.

ავადმყოფს აღენიშნება კუჭ-ნაწლავის მოქმედების მოშლა, იგი ძალიან დასუსტებულია, ცხვირიდან სდის სისხლი, აწუხებს ქოშინი. კანი და ლორწოვანი გარსი ძლიერ უფერული და მოყვითალოა. ქუთუთოები და ფეხები - შეშუპებული. ლორწოვანი გარსსა და თვალის ბადურაში სისხლჩაქცევებია. შარდში - ცილა, სისხლში აღინიშნება ლეიკოციტების რაოდენობის შემცირება. ავადმყოფს აციებს, ტემპერატურა მაღალი არა აქვს. იგი მოდუნებული და აპათიურია. ორსულობა ადრე მთავრდება. ნაყოფი მუცლად ყოფნის პერიოდში კვდება ან მშობიარობის შემდეგ იღუპება. მშობიარობის დროს ავადმყოფი, მცირე სისხლის დაკარგვის შემთხვევაშიც კი ზოგჯერ იღუპება.

დროული რაციონალური ჩარევის შემთხვევაში პროგნოზი ცუდი არ არის.

მკურნალობა სიმპტომურია. საჭიროა სისხლის გადასხმა, გაძლიერებული კვება, ნიკოტინმჟავა, ღვიძლის პრეპარატი კამპოლონი, ანტიანემინი, გლუკოზა, ვიტამინები, განსაკუთრებით C ვიტამინი, ფოლიუმმჟავა - 0.02 3-ჯერ დღეში და რკინის პრეპარატები.

მკურნალობის უშედეგობისას საჭიროა ორსულობის შეწყვეტა დიდი სიფრთხილით. ორსულობა-მშობიარობის უმძიმესი გართულებაა ლეიკემია, რომელსაც ახასიათებს სწრაფი მიმდინარეობა, პროგნოზი ცუდია.

ორსულთა ტოქსიკოზი გავლენას ახდენს აგრეთვე ნერვულ სისტემასა და ფსიქიკაზე. იშვიათად ვითარდება მძიმე ნევროზი და ფსიქოზი.

ნევროზსა და ფსიქოზებს თან სდევს უძილობა, ისტერიული სიცილი ან ტირილი, დეპრესია.

ორსულთა გვიანი ტოქსიკოზი

ორსულთა გვიანი ტოქსიკოზი უმეტესად ვითარდება 28-30 კვირის ორსულობისას, იშვიათ შემთხვევაში უფრო ადრე.

ეს პათოლოგია შეიძლება განვითარდეს ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის ფონზე, როდესაც ქალი კლინიკურად ჯანმრთელია. ასეთ ფორმას „სუფთა" ტოქსიკოზი ეწოდება.

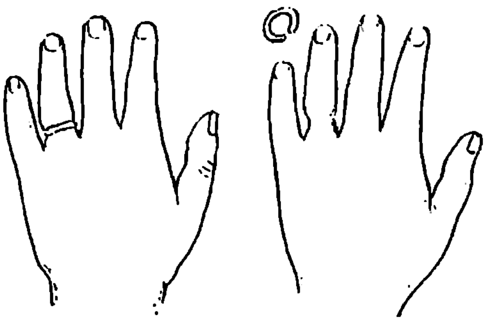
ისეთ ფორმას, როდესაც ტოქსიკოზი ვითარდება უკვე არსებული სხვა დაავადების ფონზე, ეწოდება თანდართული (შერწყმული), ანუ მეორადი ტოქსიკოზი. იგი ყოველთვის უფრო მძიმედ მიმდინარეობს.

არსებობს გვიანი ტოქსიკოზის 4 კლინიკური ფორმა: ორსულთა შეშუპება (hydrops gravidarum), ნეფროპათია (nephropathia), პრეეკლამფსია (praeeclampsia), ეკლამფსია (eclampsia).

რადგან ამ ფორმებს პათოგენეზი საერთოა, ცალკეულ ფორმას განიხილავენ, როგორც ერთი დაავადების სხვადასხვა სტადიას.

ორსულთა წყალმანკი, ანუ ორსულთა შეშუპება- OEDEMA GRAVIDARUM, HYDROPS GRAVIDARUM

ორსულთა შეშუპების სიმპტომებია: შეშუპება, ზოგჯერ ქოშინი, კიდურებში სიმძიმის შეგრძნება, უარყოფითი დიურეზი, წონის მკვეთრი მომატება. ქვედა კიდურები ჯერ პასტოზური ხდება, შემდეგ კი შეშუპება ვითარდება. თუ ორსული



სურ. 78 ორსულთა შეშუპება. ბეჭდის სიმპტომი

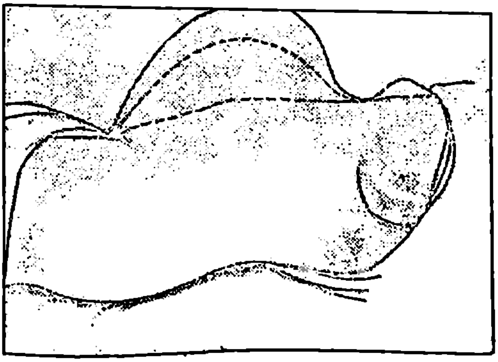
წონაში მატულობს 300-400 გრამზე მეტს კვირაში, მიუხედავად იმისა, რომ ის გამოხატული არ არის, უნდა ვივარაუდოთ ფარული შეშუპება.

ამ გართულების დროს სითხე ძირითადად გროვდება კანქვეშა ქსოვილში. სეროზულ ღრუებში იგი არ გროვდება. კანქვეშა ქსოვილში სითხის დაგროვება სისხლძარღვთა განვლადობის მომატების, ოსმოსური და ონკოზური წნევის ცვლილებების შედეგია (ქსოვილთა შორის სივრცეში ოსმოსური წნევა დაბალია, ხოლო ონკოზური - უფრო მაღალი, ვიდრე სისხლძარღვებში, რაც იწვევს სითხის გადინებას სისხლძარღვიდან).

არჩევენ შეშუპების სამ ხარისხს: I - როდესაც კოჭ-წვივის სახსარი და წვივია შეშუპებული, II- როდესაც ქვედა კიდურები და მუცლის წინა კედელია შეშუპებული, III - როდესაც ზედა კიდურები და სახეა შეშუპებული.

შეშუპება კლინიკურად შეიძლება გახანგრძლივდეს ან, პირიქით, იყოს ხანმოკლე. ჩვეულებრივ, შეშუპება ქრება დიეტის დაცვით (მაგიდა № 7. რძის და ბოსტნეულის უმარილო დიეტა, სითხის შეზღუდვა 800-100 მლ-მდე და ა.შ.).

ფარულ შეშუპებას ადგენენ მაკლიურ-ოლდრიჯის ცდით (თუ კანქვეშ შეყვანი-



სურ. 79 ორსულთა წყალმანკი

ლი ფიზიოლოგიური ხსნარი სწრაფად გაიწოვა, ეს ნიშნავს, რომ ქსოვილი ჰიდროფილურია), აწონით, ბეჭდის სიმპტომით (თითების მოცულობა მატულობს და ბეჭედი აღარ ეტევა).

მკურნალობა გულისხმობს სითხის შეზღუდვას 700-800 მლ-მდე, მარილის შეზღუდვას 3-5 გ-მდე, ვიტამინებით მდიდარი რძისა და ხილ-ბოსტნეული საკვების ხმარებას. შეშუპების შემთხვევაში აუცილებელია ჰოსპიტალიზაცია. თუ შეშუპება მნიშვნელოვანია, სითხე იზღუდება 300-500 მლ-მდე. ორსულს ენიშნავენ განტვირთვის დღეს, კვირაში ერთხელ ხაჭოს (1 კგ) შაქრით ან ვაშლს (1-1,5), ვიტამინებს, ვენაში გლუკოზის 40%-იანი ხსნარის 20-40 მლ-ის შეყვანას, დასალევად ამონიუმის ქლორიდს (5%-იანი ხსნარი სუფრის კოვზით 3-4-ჯერ დღეში). თუ ამ მკურნალობამ შედეგი არ გამოიღო, საჭირო ხდება ჰიპოთიაზიდი (დიქლოთიაზიდი) - 25 მგ 1-2-ჯერ დღეში, 3-4 დღის განმავლობაში 2-3 დღის ინტერვალით. რადგან ეს პრეპარატი აძლიერებს კალიურეზს, ერთდროულად ხმარობენ კალიუმქლორიდს, შეიძლება აგრეთვე ფუროსემიდის ან დიაკარბის გამოყენება. სისხლძარღვთა პათოლოგიური განვლადობის შემცირების მიზნით აძლევენ რუტინს (0,02), ასკორბინმჟავას (0,2) და კალციუმგლუკონატს (0,5) - თითო ფხვნილს 3-ჯერ დღეში, ტავეგილს - 3-4-ჯერ თითო აბს.

ორსულთა ნეფროპათია

ორსულთა ნეფროპათიის დამახასიათებელია ცანგემეისტერის ტრიადა „ალბოტონია" (შეშუპება, ალბუმინურია და ჰიპერტონია). ნეფროპათიის დიაგნოზს ადგენენ, თუ ამ სამი სიმპტომიდან ორი მაინც აღინიშნება.

ნეფროპათია ხშირად ვითარდება ორსულთა შეშუპების ფონზე. შარდის მიკროსკოპული გამოკვლევით ვლინდება ჰიალინური ცილინდრები, ერთეული, პროტეინურია, მძიმე შემთხვევაში - ცვილისებრი ცილინდრები, თირკმლის ეპითელიუმი და ერითროციტები. სისხლის არტერიული წნევა მომატებულია. ნარჩენი აზოტი იშვიათად არის ნორმაზე (40 მგ/ %-ზე) მეტი.

არტერიული წნევის შეფასების დროს ითვალისწინებენ სისხლის საწყის არტერიულ წნევას. მისი 20-30 მმ-ით მომატება გვიანი ტოქსიკოზის ნიშანია.

უკანასკნელ ხანებში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დიასტოლური წნევის მომატებას, რადგან ეს უკანასკნელი მიუთითებს არტერიოლების ტონუსის მომატებასა და პერიფერიული წინააღმდეგობის ზრდაზე. დიასტოლური წნევის 25-30%-ით მომატება, საწყის წნევასთან შედარებით, პათოლოგიურია. დიასტოლური წნევის 45-50%-ით და მეტად მომატება (პულსური წნევის შემცირება) პრეეკლამფსიისა და ეკლამფსიის ერთ-ერთი წინამორბედი ნიშანია.

დიდი მნიშვნელობა აქვს მხარ-საფეთქლის კოეფიციენტის გამოკვლევას. ნორმალურად მიღებულია საფეთქლის არტერიაში მხრის არტერიის მაქსიმალური წნევის ნახევარი, ე.ი. მხარ-საფეთქლის კოეფიციენტი ნორმის შემთხვევაში უდრის 0,4-0,6-ს. კოეფიციენტის მომატება მიუთითებს თავის ტვინის სისხლძარღვებში არტერიული წნევის მომატებაზე.

არჩევენ ნეფროპათიის სამ ხარისხს:

I ხარისხის დამახასიათებელია უმნიშვნელო შეშუპება, სისხლის არტერიული წნევის მომატება (საწყისთან შედარებით 25-30%-მდე) ვ.წყ. სვ. 150-90-მდე (თუ საწყისი იყო 120/80), შარდში ცილის ნიშნები ან 0,6 გ.ლიტრამდე, 'ალბუმინურგლობულინური კოეფიციენტი 1,3-ზე ნაკლები (სისხლში ცილის ნორმალური შემცველობისას), სითხეების დეფიციტი არ აღემატება 16%-ს.

ნეფროპათიის მეორე ხარისხის შემთხვევაში შეშუპება მნიშვნელოვნადაა გამოხატული, სისხლის არტერიული წნევა, საწყისთან შედარებით, მომატებულია 40%-ით, ცვალებადობს ვ.წყ. სვ. 150/90-დან 170/100-ის ფარგლებში (როდესაც საწყისია 120/80), შარდში ცილა 0,6-დან 5%-მდეა, გამოყოფილი სითხის დეფიციტი 15-25%-ია დღე-ღამეში.

ნეფროპათიის მესამე ხარისხს ახასიათებს მკვეთრი შეშუპება, შარდში 5%-ზე მეტი ცილა, სითხის დეფიციტი 25%, დისპროტეინემია და ჰიპოპროტეინემია, არტერიული წნევის მომატება 40%-ზე მეტად, 170/100 მეტი (საწყისი ვ.წყ. სვ. 120/80) ნეფროპათიის ხარისხის შეფასება ძირითადად ხდება სისხლის არტერიული წნევისა და შარდში ცილის რაოდენობის მიხედვით. შეშუპება ხშირად შეიძლება ნეფროპათიის ხარისხის არაადეკვატურად იყოს გამოხატული.

ნეფროპათიის დროს თვალის ფსკერზე აღინიშნება ბადურის ანგიოსპაზმი, შეშუპება და გაფერმკრთალება.

ნეფროპათია უფრო ხშირია პირველმშობიარეებში. რაც უფრო მძიმე მიმდინარეობს ტოქსიკოზი, მით ცუდია პროგნოზი როგორც დედის, ასევე ნაყოფისთვის (დედის ტოქსიკოზი რთულდება, გადადის პრეეკლამფსიასა და ეკლამფსიაში, ხოლო ნაყოფი ჰიპოტროფიული ხდება, ფუნქციურად უმწიფარია და იღუპება).

დიაგნოზს ადგენენ ზემოაღწერილი სიმპტომების საფუძველზე. დიფერენციული დიაგნოსტიკისთვის საჭიროა ჰიპერტონიული დაავადებისა და ქრონიკული ნეფრიტის გამორიცხვა. ჰიპერტონიულ დაავადებას ახასიათებს ანამნეზში თავის ტკივილი და ცხვირიდან სისხლის დენა, არტერიული სისხლის წნევის მომატება ორსულობამდე ან ორსულობის ადრეულ პერიოდში. ჰიპერტონიის გარდა, ტოქსიკოზის სხვა სიმპტომების არარსებობა. საჭიროა ელექტროკარდიოგრამის გადაღება.

ქრონიკულ ნეფრიტზე მიუთითებს ანამნეზში ინფექცია, დაავადება ორსულობამდე, თირკმლის ფუნქციური სინჯის მონაცემები, შარდში დამახასიათებელი ცვლილებები, შარდის დაბალი შეფარდებითი სიმკვრივე, ცილინდრების, თირკმლის ეპითელიუმის აღმოჩენა და სხვ.

პრეეკლამფსიას - preeclampsia, ანუ ეკლამფსიამდე ახასიათებს ის, რომ ნეფროპათიის კლინიკურ სურათს ემატება სიმპტომები, რომლებიც მიუთითებენ ცენტრალური და ავტონომიური ნერვული სისტემის მოშლილობაზე. პრეეკლამფსიის დამახასიათებელია: თავის ტკივილი შუბლისა და კეფის არეში, სიმძიმის შეგრძნება, დეპრესია, ზოგჯერ აგზნებადობა, გულის კოვზის არეში ტკივილი, ზოგჯერ ღებინება, მხედველობის დაბინდვა, სახის ციანოზი, „ტრიადის" გაღრმავება.

პრეეკლამფსიის ნიშანია სისხლის არტერიული წნევის სწრაფი მომატება მისი ამპლიტუდის (პულსური წნევის) მკვეთრი შემცირებით, თვალის ბადურაში მძიმე პათოლოგიური ცვლილებები (retinitis angiopastica, სისხლჩაქცევები, ბადურის აცლა), აგრეთვე აციდოზი, ჰიპოპროტეინემია, ჰიპოქსია.

საჭიროა დიფერენციული დიაგნოსტიკის ჩატარება ჰიპერტონიული დაავადების, გლომერულონეფრიტის, ნეფროზის, ნეფროანგიოსკლეროზის გამოსარიცხად.

თუ ტოქსიკოზი ამ დაავადებათა ფონზე განვითარდა, ხშირია ორსულობის თვითნებური შეწყვეტა, ნაადრევი მშობიარობა, ნაყოფისა და მშობიარის სიკვდილი. მკურნალობა ისეთივეა, როგორც ნეფროპათიის დროს.

ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა ეკლამფსია

ეკლამფსია eclampsia ბერძნულად ნიშნავს ელვას. იგი მძიმე ტოქსიკოზია. ეკლამფსიის კრუნჩხვითი ფორმა გვხვდება: ორსულობის პერიოდში (eclampsia gravidarum sive sub graviditata). მშობიარობის პროცესში (eclampsia parturientium sive sub partu). მშობიარობის დამთავრების შემდეგ ლოგინობის ხანაში (eclampsia puerperarum).

დაავადების მთავარი დამახასიათებელი ნიშანია კლონური და ტონური კრუნჩხვა. ეკლამფსიის ეს ფორმა მიმდინარეობს კრუნჩხვის გარეშე.

პირველ ყოვლისა ვითარდება სხეულის ყველა კუნთის ტონური კრუნჩხვა. სუნთქვა შეჩერებულია, სახე - დაჭიმული, აჭარხლებული, გალურჯებული, თვალები სწრაფად მოძრაობს. შემდეგ იწყება კლონური კრუნჩხვა, რაც გრძელდება წუთი. ღრმა ხანგრძლივი-ამოსუნთქვა მიუთითებს შეტევის - კრუნჩხვის დამთავრებაზე. სისხლისა და ზურგის ტვინის წნევა მაღალია. იშვიათად ტემპერატურაც მაღალია. შარდის რაოდენობა შემცირებულია. ზოგჯერ აღინიშნება სრული ანურია: კანი მშრალია, გადაკრავს სიყვითლე. პირიდან გადმოდის სისხლნარევი დორბლი. შეტევის მიმდინარეობისას მოსალოდნელია ენის დაზიანება, რის გამოც კბილებს შორის ავადმყოფს უდებენ კოვზის ტარს, რომელზეც დოლბანდია დახვეული. კრუნჩხვის შემდეგ იწყება კომური მდგომარეობა, რომელიც შეიძლება ჩქარა დამთავრდეს ან ისევ განვითარდეს კრუნჩხვა. კრუნჩხვებს შორის ინტერვალში ავადმყოფს ჯერ უბრუნდება ცნობიერება. ციანოზი გაივლის, საერთო მდგომარეობა უმჯობესდება. შარდის რაოდენობა მატულობს, სისხლის წნევა და შარდში ცილის რაოდენობა მცირდება.

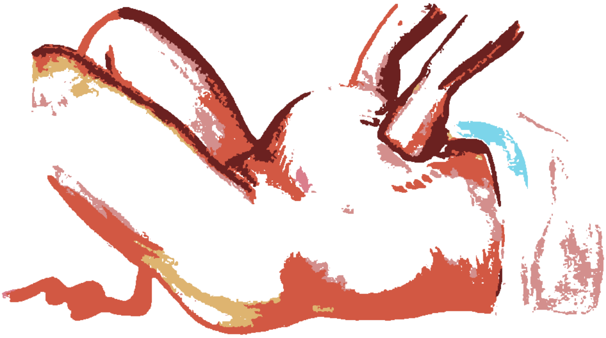
ეკლამფსიის შეტევები იყოფა ოთხ ფაზად: I - საწყის ფაზაში შეტევა იწყება თვალის ქუთუთოების, პირისახის კუნთების კანკალით, რაც სწრაფად ვრცელდება ქვემოთ - კისერზე, ზედა კიდურებზე და გრძელდება 30 წამამდე; II - ტონურ ფაზაში მთელი ჩონჩხის კუნთები განიცდის ხანგრძლივ შეკუმშვას, სუნთქვა სრულიად წყდება. პირისახე შეშუპებულია, ლურჯი (ციანოზური) ფერის. ეს პერიოდი ყველაზე საშიშია, გრძელდება 10-30 წამი, მაგრამ მეტად სახიფათოა; III - კლონურ ფაზაში ავადმყოფი შეისუნთქავს ღრმად და ხმაურით, რასაც მოჰყვება კლონური კრუნჩხვა - კანკალი, რომელიც მთელ სხეულზე ვრცელდება. ავადმყოფს პირზე ქაფი მოადგება, იწყება უნებლიე შარდვა. ეს სამი ფაზა გრძელდება 1 1/2 - 2 წუთი; IV - კომის ფაზაში კრუნჩხვები წყდება, უფრო და უფრო იშვიათია, სუნთქვა თანდათან მშვიდი ხდება, სხეული მოდუნებულია, ავადმყოფს ერთხანს ცნობიერება დაკარგული აქვს; ეს არის ე.წ. coma eclampticum. შეტევის დროს თვალის გუგის რეაქცია გამქრალია. როდესაც ავადმყოფი გონს მოდის, არ ახსოვს, რაც გადახდა. უჩივის თავის ტკივილს, დამტვრეულობას, საერთო სისუსტესა და დაღლილობას.

ეკლამფსიის მიმდინარეობა და გამოსავალი პროცესის სიმძიმის მიხედვით სხვადასხვანაირია. იგი ბევრადაა დამოკიდებული შეტევების რაოდენობაზე, ინტენსივობაზე, ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარზე, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაზე, აგრეთვე იმაზე, უბრუნდება თუ არა მას ცნობიერება. შეტევებს შორის შუალედში ტემპერატურა ნორმალურია, მაჯისცემა კარგია, აღინიშნება თვლემიანობა, თავისუფალი სუნთქვა. შეტევის შემდეგ მშვიდი ძილი, ცნობიერების ადრე დაბრუნება და შარდის მომატება ეკლამფსიის კარგი მიმდინარეობის მაჩვენებელია და, პირიქით, ხშირი და სუსტი ავსების მაჯისცემა (წუთში 110-150) ნორმალური ტემპერატურის ფონზე ან მაღალი ტემპერატურა, სისხლის დაცემა, მშრალი და

სურ. 77. მოცილებული პლაცენტის გამოძევების მეთოდები.

ა

აბულაძის მეთოდი.



ბ

გენტერის მეთოდი.

გ

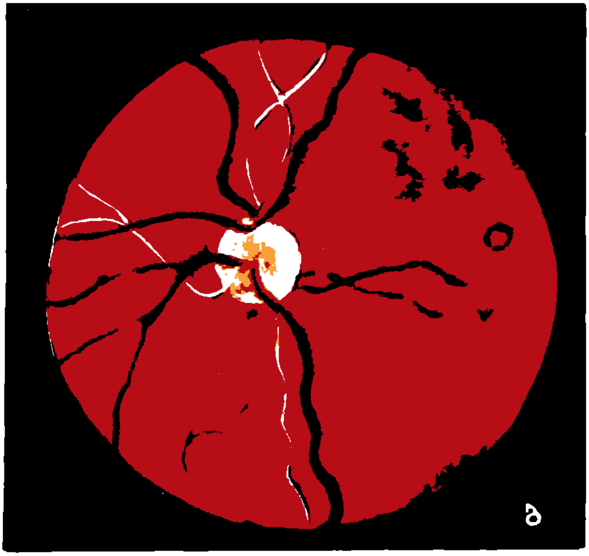
კრედე-ლაზარევიჩის მეთოდი.

სურ. 84. ცოვიანოვის წესი სუფთა ჯდომით წინმდებარეობის დროს.

ა — პირველი მომენტი. ბ — მეორე მომენტი.

სურ. 103. თვალის ფსკერის ცვლილებები ორსულთა ეკლამფსიისა და ქრონიკული ნეფრიტის დროს;

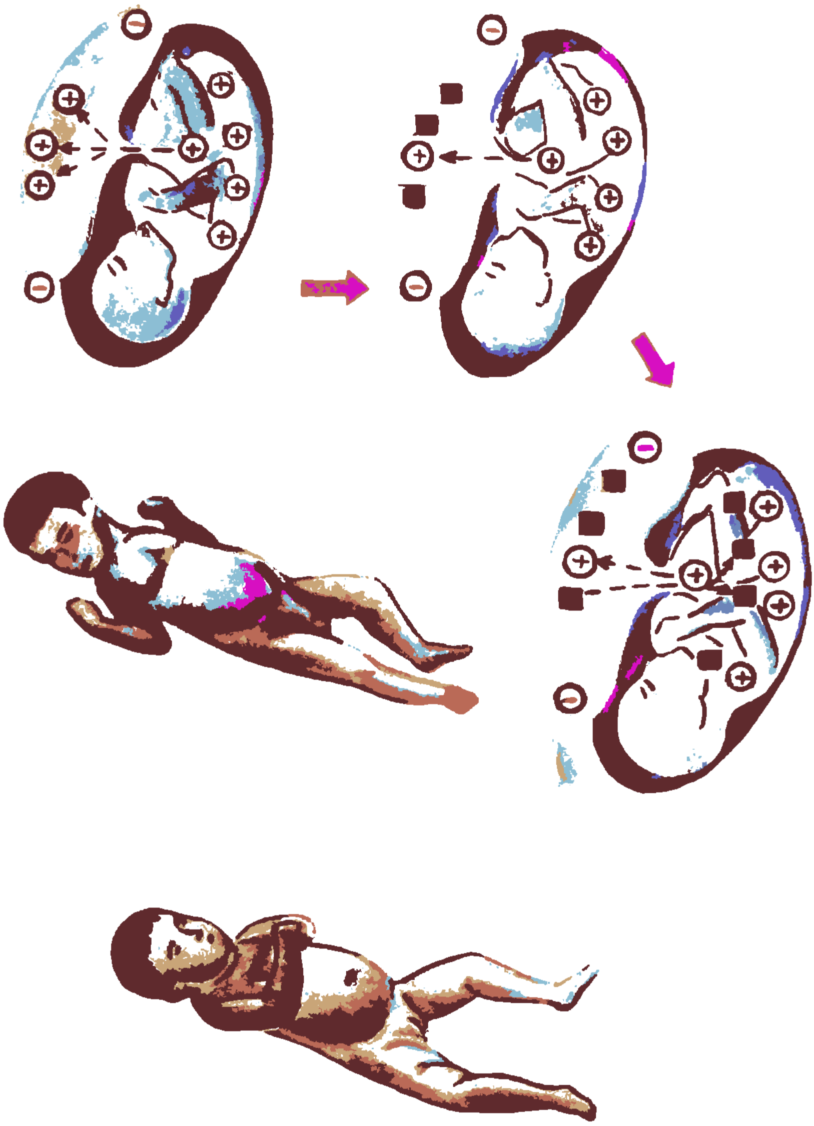
ა—მარცხენა თვალის ფსკერის ალბუმინური რეტინიტი ქრონიკული ნეფრიტის დროს.



ბ—მარჯვენა თვალის ფსკერის ალბუმინური რეტინიტი ქრონიკული ნეფრიტის დროს.

გ—ალბუმინური ნეირორეტინიტი ბადურის აცლით ეკლამფსიის დროს.

სურ. 106. ახალშობილთა ჰემოლიზური დაავადება.



სურ. 111. ორსულობა და საშვილოსნოს მიომა.

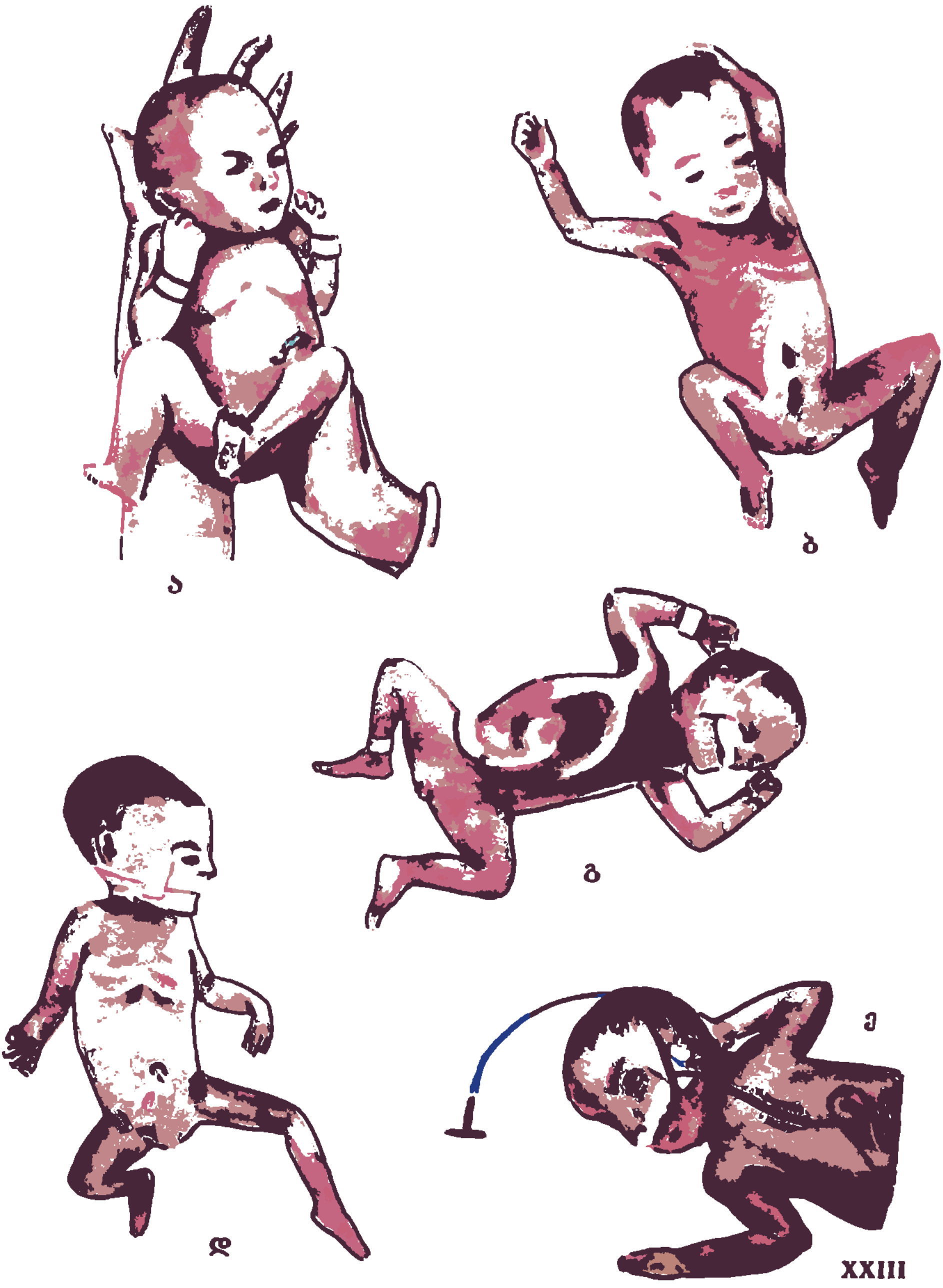
სურ. 120. აბორტის სტადიები:

დაწყებითი აბორტი.

არასრული აბორტი.

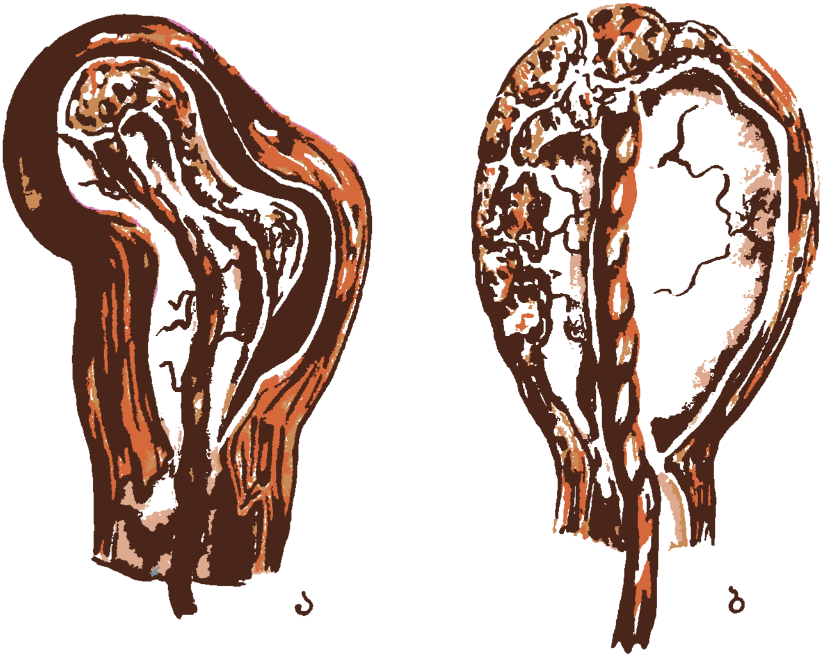
მიმდინარე აბორტი.

სურ. 128. ნაადრევი ახალშობილი (ა, ბ, გ, დ, ე).

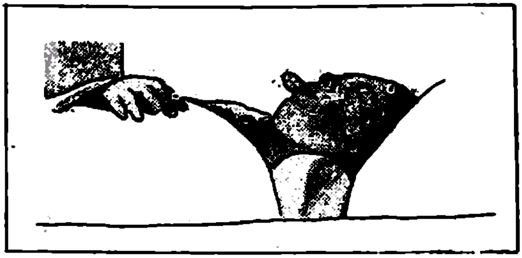


სურ. 178. საშვილოსნოს აპოპლექსია (კუველერის საშვილოსნო).

სურ. 179. მომყოლის პერიოდის გართულება.



XXIV მომყოლის გამოძევების პათოლოგია. მომყოლის ნამდვილი შეხორცება.



სურ. 80 ორსულთა ეკლამფსია

ყვითლად შეფერილი კანი, ხშირი შეტევები პროცესის მძიმე მიმდინარეობის ნიშნებია.

შეტევების შეწყვეტა პროცესის კარგ გამოსავალზე მიუთითებს მაშინ, თუ ერთდროულად ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა უმჯობესდება. წინააღმდეგ შემთხვევაში იგი მძიმე გამოსავალს - ცენტრალურ დამბლას მოასწავებს.

შარდის რაოდენობას და შედგენილობას პროგნოზისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს. დიურეზის გაძლიერება, შარდში ცილისა და სხვა პათოლოგიური ელემენტების რაოდენობის შემცირება კარგი პროგნოზის მაჩვენებელია, შარდში ცილის დიდი რაოდენობა (20-30% და მეტი) და ამასთან ერთად ჰემატურიის აღმოჩენა ცუდი პროგნოზის ნიშანია.

ეკლამფსიანი ავადმყოფის სიკვდილის მიზეზია sincope, ფილტვების შეშუპება, ასფიქსია (ჟანგბადის უკმარისობა), სისხლის ჩაქცევა თავის ტვინში, სეფსისი, პარენქიმული ორგანოების დეგენერაცია, ზოგჯერ სისხლის დენა, მძიმე მოშლილობა ღვიძლსა და თირკმელებში. გარეგნულად ღვიძლი გადიდებულია, განაკვეთზე აღენიშნება მრავლობითი სისხლჩაქცევა და ინფარქტი, იგი გაფხვიერებულია, მისი ქსოვილი ადვილად იშლება, ვითარდება შეუქცევადი ცვლილებები. თირკმელები განიცდის დეგენერაციას. აღინიშნება აგრეთვე წერტილოვანი სისხლჩაქცევები ტვინში, გულში, ელენთაში, კუჭის ლორწოვან გარსსა და შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლებში.

ზოგადი ეკლამფსიის დამახასიათებელია სხვადასხვა პათოლოგიური ცვლილებების გავრცელება მთელ ორგანიზმში. არ არის არც ერთი ორგანო და სისტემა, რომელიც ამა თუ იმ ცვლილებას არ განიცდიდეს.

ეკლამფსიის ნიადაგზე იშვიათად ვითარდება ჰემიპლეგია, ფსიქოზი, მხედველობის დროებითი დაკარგვა, რაც ჩქარა გამოსწორდება ხოლმე.

მიაჩნიათ, რომ ეკლამფსიის დროს სამშობიარო მოქმედება სუსტია, თუმცა ზოგიერთი აღნიშნავს, რომ, პირიქით, ძლიერია, რასაც ჩვენც ვიზიარებთ.

შემჩნეულია ისიც, რომ ეკლამფსიური კრუნჩხვა ხელს უწყობს და მეორადად იწვევს სამშობიარო შეტევების განვითარებას. ამიტომ ნაადრევი მშობიარობა ამ პათოლოგიის დროს ხშირია.

ორსულთა გვიან გამოვლინებული ან ხანგრძლივად მიმდინარე შეშუპებითი ხასიათის ტოქსიკოზი ხშირად იწვევს ორსულობის ნაადრევ შეწყვეტასა და ნაყ-

ოფის მუცლად სიკვდილს.

იმ ქალების გარკვეულ ნაწილს, რომლებმაც გადაიტანეს ნეფროპათია და ეკლამფსია, მშობიარობის შემდეგ უვითარდებათ სისხლძარღვთა და თირკმელების პათოლოგიური ცვლილებები, ზოგჯერ კი ჰიპერტონიული დაავადება - ე.წ. ეკლამფსიის - შემდგომი ჰიპერტონია. ამიტომ საჭიროა მათზე მუდმივი მეთვალყურეობის დაწესება.

ეკლამფსიის შემდეგ არცთუ იშვიათად რჩება მიდრეკილება თირკმელების დაავადებისადმი. შემდეგი ორსულობის დროს აუცილებლად არსებობს ეკლამფსიის განმეორების საშიშროება.

ეკლამფსიური კრუნჩხვები ზოგჯერ ტიპურად არ ვლინდება ან პირველივე შეტევა თავის ტვინსა და ღვიძლში სისხლჩაქცევის გამო ავადმყოფის სიკვდილით მთავრდება. კრუნჩხვის გარეშე მიმდინარეობს აგრეთვე ეკლამფსიის ღვიძლისმიერი ფორმა, როცა სისხლის წნევა და გამოყოფილი შარდის რაოდენობა ნორმის ფარგლებშია. არც შეშუპება აღინიშნება, მაგრამ ინტოქსიკაცია ძლიერია, ღვიძლის დეგენერაციული ცვლილებები მძაფრია, ღვიძლი გადიდებულია და სხეულის სიყვითლე ვითარდება. ასეთ შემთხვევებში დიაგნოზს ადგენენ გვამის გაკვეთისა და ღვიძლში სათანადო ცვლილებების ნახვის საფუძველზე.

ეკლამფსია უფრო ხშირია პირველმშობიარეებში, განსაკუთრებით ხანშიშესულ პირველმშობიარეებში, მრავალნაყოფიანობის დროს, აგრეთვე იმ ქალებში, რომლებსაც ანამნეზში თირკმლების ან ღვიძლის ესა თუ ის დაავადება აღენიშნებათ.

ატმოსფერული წნევის ცვალებადობა, სიცივე და სხვა გარეთა გამღიზიანებელი ფაქტორები ხელს უწობს ეკლამფსიის გამოვლინებას.

ზემოაღნიშნული ფორმების გარდა, კლინიკურად არჩევენ ეკლამფსიის ქვემოჩამოთვლილ სახეებს:

1. ადრეული ეკლამფსია eclampsia praecox ვითარდება ორსულობის ადრეულ პერიოდში (20-28 კვირის ორსულობის დროს). იშვიათ შემთხვევაში ეკლამფსია აღწერილია ორსულობის პირველ ნახევარშიც - 20 კვირამდე.

2. გვიანი ეკლამფსია eclampsia tarda ვითარდება მშობიარობიდან ერთი დღე-ღამის შემდეგ, იშვიათად ლოგინობის ხანაშიც - მშობიარობიდან მე-3-8 დღეს და უფრო გვიან.

3. განმეორებითი ეკლამფსია eclampsia repetata ვითარდება შემდგომი განმეორებითი ორსულობის დროს.

4. შებრუნებულ-რეციდიული ეკლამფსია (განმეორებით ვითარდება ერთი და იმავე ორსულობის დროს).

5. ინტერკურენტულ-აბორტული ეკლამფსია eclampsia intercurens ვითარდება, როდესაც ორსული ეკლამფსიისგან განიკურნება, ორსულობას დრომდე მიიტანს და ფიზიოლოგიურად მოიმშობიარებს.

აღწერილია ეკლამფსიის იშვიათი შემთხვევები ორსულობის მე-5 თვეს და მშობიარობიდან 8-9 კვირის შემდეგ.

ჩვენ აღვწერეთ ეკლამფსიის განვითარების ანალოგიური შემთხვევა მშობიარობის შემდეგ მეათე კვირას. სათანადო მკურნალობით ავადმყოფი გაჯანსაღდა.

პროფილაქტიკა. ეკლამფსიის პროფილაქტიკას ატარებენ ქალთა კონსულტაციაში. ორსულს სისტემატურად უზომავენ სისხლის წნევას, უტარებენ შარდისა და სისხლის ანალიზს, ურჩევენ კვების რეჟიმს, შეშუპების, ნეფროპათიისა და

პრეეკლამფსიის ან ჰიპერტონიის გამოვლინებისთანავე ათავსებენ სტაციონარში. ორსულობის უკანასკნელი 1 1/2-2 თვის განმავლობაში ქალს უნიშნავენ უმარილო დიეტას სითხის, ხორცისა და ცხიმის შეზღუდვით, ურჩევენ ჭარბად მიიღოს მწვანილი, ხილი და სხვ., რაც განაპირობებს ეკლამფსიის პროფილაქტიკასა და მშობიარობის ჩატარებას ფიზიოლოგიურ ფარგლებში უმტკივნეულოდ.

დიაგნოზი. ეკლამფსიის გამოცნობა ძნელი არ არის. მას ახასიათებს განსაკუთრებული სიმპტომოკომპლექსი. ზოგჯერ ის ერევათ ეპილეფსიურ ბნედასა და ისტერიის შეტევებში. მაგრამ ეპილეფსიური შეტევები ერთიმეორეს ისე ჩქარა არ მისდევს, როგორც ეკლამფსიის დროს. ამასთან, ეპილეფსიას არ ახასიათებს შეშუპება, შარდში ცილის არსებობა, სისხლის წნევის მომატება და სხვ. გარდა ამისა, ანამნეზიდან შეიძლება დაადგინონ, ჰქონდა თუ არა ქალს წარსულში გულყრა. ეკლამფსიას ისტერიისაგან იმით ანსხვავებენ, რომ პირველ შემთხვევაში ავადმყოფი მთლიანად არ კარგავს ცნობიერებას.

ეკლამფსიის მსგავსი სიმპტომები ახასიათებს აგრეთვე თავის ტვინის დაზიანებას - მენინგიტს, ტვინის სიმსივნეს, თრომბოზსა და აპოპლექსიას.

შეტევათა შემდეგ კომური მდგომარეობა ეკლამფსიის მეტად დამახასიათებელი ნიშანია.

მკურნალობა. ნეფროპათიის ყველა ხარისხის შემთხვევაში აუცილებელია ორსულის ჰოსპიტალიზაცია. დიდი მნიშვნელობა აქვს სამკურნალო-დაცვითი რეჟიმის შექმნას (ამ მიზნით გამოყენებულია ანალგინი, მეპროტანი, ვალერიანის პრეპარატები, ტრიოქსაზინი, პიპოლფენი, სედუქსენი, დროპერიდოლი), დიეტა (მაგიდა Й7). აუცილებელია სითხის შეზღუდვა (500-800 მლ-მდე), მარილის შეზღუდვა (3-5 გრამამდე დღე-ღამეში), ვიტამინებით მდიდარი რძისა და ბოსტნეულის საკვები (უცხიმო მოხარშული ხორცი ან თევზი, განტვირთვის დღე კვირაში ერთხელ ვაშლით ან ხაჭოთი).

აუცილებელია თირკმლის კონცენტრაციის უნარის დადგენა, ყოველდღიური აწონა, ნარჩენი აზოტის, შარდოვანას, კრეატინინის განსაზღვრა, ელექტროლიტების ბალანსის დადგენა, ბილირუბინის განსაზღვრა სისხლში, ნევროპათოლოგის, ოფთალმოლოგის, თერაპევტის, საჭიროების შემთხვევაში (თირკმლის უკმარისობა) ნეფროლოგის კონსულტაცია.

ნეფროპათიის პირველი ხარისხის სამკურნალოდ გამოყენებულია: დიბაზოლი, 2%-იანი, 2 მლ დღეში ორჯერ კუნთებში ან 0,05 3-ჯერ ფხვნილის სახით დასალევად. დიბაზოლი აფართოებს თირკმლის სისხლძარღვებს და აძლიერებს დიურეზს, ამავე დროს აფართოებს პლაცენტურ სისხლძარღვებს და აუმჯობესებს ნაყოფის სისხლის მიმოქცევას; ნო-შპა, 2 მლ, 2 %-იანი 2-3-ჯერ კუნთებში ან დასალევად 0,004 2-3-ჯერ დღეში; პაპავერინი 2%-იანი 2 მლ 1-2-ჯერ კუნთებში ან დასალევად 0,003 3-ჯერ დღეში (პაპავერინი აფართოებს თავის ტვინის სისხლძარღვებს, ტვინის უჯრედების მიერ ჟანგბადის შთანთქმის უნარს აქვეითებს აძლიერებს), რეზერპინი, 0,25 მგ, 2-ჯერ დღეში; ეუფილინი, 2,4%-იანი, 10 მლ ვენაში. დიურეზული საშუალებებიდან ხმარობენ ჰიპოთიაზიდს, ფუროსემიდს, ლაზიქსს, დიაკარბს და სხვ. (კალციუმის მარილებთან ერთად). სისხლძარღვთა განვლადობის შემცირების მიზნით საჭიროა 0,02 რუტინის მიღება 2-3-ჯერ დღეში, 0,5 კალციუმის გლუკონატი 2-3-ჯერ დღეში, ასკორბინმჟავას 300 მგ-ის დანიშვნა დღე-ღამეში: ნაყოფის ჰიპოქსიის პროფილაქტიკის მიზნით გამოყენებული 10%-იანი E ვიტამინი 1 მლ ყოველდღე, B_{12} ვიტამინი - 1 ან 2 მლ დღეგამოშვებით ფოლიუმმჟავასთან ერთად (0,02-3-ჯერ დღეში).

ეფექტურია აგრეთვე ელექტროანალგეზია (3-4 სეანსი).

ნეფროპათიის მეორე ხარისხის მკურნალობას იწყებენ ისევე, როგორც პირველი ხარისხისას, მაგრამ თუ მკურნალობის მიუხედავად არტერიული სისხლის წნევა მაღალია, ავადმყოფს უნიშნავენ 25%-იანი მაგნეზიუმის სულფატის 24 მლ-ს საათში ერთხელ 200000 ერთ. პენიცილინთან და 0,5%-იან 5,0 ნოვოკაინთან ერთად კუნთებში (ბროვკინის სქემა). ნეფროპათიის მეორე ხარისხისა და პრეეკლამფსიის დროს ინტენსიურ თერაპიას იწყებენ სამკურნალო დაცვითი რეჟიმის შექმნით. ამ მიზნით ვენაში შეყავთ 4 მლ დროპერიდოლი (10 მგ) და 2 მლ (10 მგ) სედუქსენი. დროპერიდოლის განმეორებით გამოყენების შემთხვევაში საჭიროა საწყისი დოზის 2/3, შემდგომ 1/3. ხმარობენ 25%-იანი მაგნეზიუმის სულფატის 24 მლ-ს 4 საათში ერთხელ კუნთებში, ბროვკინის სქემის მიხედვით (დღე-ღამეში), 12 საათის შესვენების შემდეგ მაგნეზიუმი კუნთებში შეყავთ 6 საათში ერთხელ. მკურნალობენ აგრეთვე ლაზიქსით (40 მგ, საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება განმეორებით შეიყვანონ 4 საათის შემდეგ, 120 მგ-მდე), პაპავერინით, ნო-შპით, დიბაზოლით, ეუფილინით (5 %-იანი, 1,0 მლ, 2-ჯერ), რაუსედილით - 0,25%-იანი 2 მლ (შეყავთ ვენაში 12 საათში ერთხელ), ეუფილინით (2,4 %-იანი, 10,0 ვენაში), რომელიც საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება გამოიყენონ 4 საათის შემდეგ.

ჩატარებული მკურნალობის არაეფექტურობის შემთხვევაში შეყავთ 5%-იანი პენტამინი 4 საათში ერთხელ კუნთებში ან ამავე დოზით ვენაში 2-ჯერ, შემდეგ კი - კუნთებში. არფონადს ან ჰიგრონიუმს ხსნიან 5%-იანი გლუკოზის ხსნარში და ვენაში შეყავთ წვეთოვნად.

ეკლამფსიის მკურნალობა დამყარებულია ვ.სტროგანოვის სქემის პრინციპზე, რაც ნიშნავს სამკურნალო-დაცვითი რეჟიმის შექმნას, სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოთა ფუნქციის ნორმალიზაციას, ეკლამფსიური კრუნჩხვის საწინააღმდეგო მედიკამენტური თერაპიის ჩატარებას.

1. გულყრის შემდეგ, როგორც კი ორსული, მშობიარე ან მელოგინე დაიწყებს სუნთქვას ზერელე ბანგის ქვეშ (მხედველობაში გვაქვს ეთერის ბანგი), კანქვეშ შეყავთ 0,015-0,02 მარილმჟავა მორფიუმი. თუ ქალს ეს პრეპარატი სამშობიარო სახლში მიყვანამდე ჰქონდა გაკეთებული, მკურნალობას იწყებენ გოგირდმჟავა მაგნეზიის ან ქლორალჰიდრატის შეყვანით.

2. კუნთებში მორფიუმის შეყვანიდან 30 წუთის შემდეგ შეყავთ გოგირდმჟავა მაგნეზიის 1:%-იანი გამთბარი ხსნარის 40 მლ (ან ქლორალჰიდრატი, 2,0-2,5, 150 მლ თბილ რძეში გახსნილი ქლორალჰიდრატი ოყნის სახით).

3. მკურნალობის დაწყებიდან 2 საათის შემდეგ ქალს ხელახლა უკეთებენ მარილმჟავა მორფიუმის იმავე დოზას.

4. თუ ორსულის მდგომარეობა გაუმჯობესდა, გულყრა არ განმეორდა, მკურნალობის დაწყებიდან 5 საათისა და 30 წუთის შემდეგ ხელახლა უკეთებენ 20-25 მლ გოგირდმჟავა მაგნეზიის 15%-იან ხსნარს. თუ გულყრა მეორდება, შეყავთ გოგირდმჟავა მაგნეზიის იგივე ხსნარი 40 მლ რაოდენობით ან უკეთებენ ქლორალჰიდრატის ოყნას.

5. მკურნალობიდან 19 საათისა და 30 წუთის შემდეგ გულყრასა და მისი წინამორბედი ნიშნების ხანგრძლივად შეწყვეტის შემთხვევაში გოგირდმჟავა მაგნეზიისა და ქლორალჰიდრატის დოზა შეიძლება შეამცირონ.

ამჟამად ეკლამფსიას მკურნალობენ შემდეგი სქემით: კრუნჩხვის კუპირების მიზნით პირველ რიგში ორსულს (მშობიარეს ან მელოგინეს) აძლევენ ფთოროტანაზოტის ჟანგ-ჟანგბადოვან ან ეთერ-ჟანგბადოვან ბანგს. ხმარობენ 0,25%-

იანი რაუსედილის ხსნარს (2 მლ რაოდენობა შეყავთ ვენაში 12 საათში ერთხელ), დიბაზოლს, პაპავერინს, ნო-შპას, ორნიდს, ლაზიქსს, ეუფილინს (2,4%-იანი, 10 მლ, ვენაში). აღნიშნული მედიკამენტების უეფექტობის შემთხვევაში გამოიყენებენ პენტამინს, არფონადს ან ჰიგრონიუმს.

ნეფროპათიის II-III ხარისხის, პრეეკლამფსიისა და ეკლამფსიის შემთხვევაში ზემოაღნიშნულ თერაპიასთან ერთად ატარებენ ინფუზიურ თერაპიას, რომლის მიზანია ტოქსიკოზის დროს ჰემოდინამიკური და მეტაბოლური დარღვევის კორექცია.

ინფუზიური თერაპიის ჩვენებაა ჰიპოვოლემია და პარენქიმული ორგანოებისა და თავის ტვინის ჰიპოქსია.

ჰიპოვოლემია იწვევს ჰიპოფიზის უკანა წილის ფუნქციის მოშლას, რის გამოც ანტიდიურეზული ჰორმონი, 17 ოქსიკორტიკოსტეროიდები და ალდოსტერონი დიდი რაოდენობით გამომუშავდება, რაც ხელს უწყობს ორგანიზმში წყლისა და ნატრიუმის შეკავებას, სისხლძარღვთა სპაზმს და სისხლის არტერიული წნევის მომატებას.

თუ მიკროცირკულაცია დაირღვა უპირატესად თავის ტვინში, ქალასშიგა წნევა მატულობს, თვალის ბადურას ჰემოდინამიკა ირღვევა, ქერქსა და ქერქქვეშა ცენტრებს შორის ურთიერთდამოკიდებულება მოიშლება (პრეეკლამფსია და ეკლამფსია ვითარდება).

ჰიპოვოლემია იწვევს აგრეთვე დესტრუქციულ ცვლილებებს პლაცენტაში, რეტროპლაცენტური სისხლის მიმოქცევის დარღვევას, რაც, თავის მხრივ, განაპირობებს ნაყოფის ჰიპოტროფიასა და ჰიპოქსიას.

რეტროპლაცენტური სისხლის მიმოქცევის მოშლა ხელს უწყობს ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევ მოცილებას.

ინფუზიური თერაპიის ჩატარების სქემა ასეთია: 1) გლუკოზა-ნოვოკაინის ნარევი (40%-იანი გლუკოზის ხსნარის 150 მლ, 0,25%-იანი ნოვოკაინის ხსნარის 150 მლ, 5 მლ ასკორბინმჟავა და 16 ერთეული ინსულინი); 2) ეუფილინის 2,4%-იანი ხსნარის 10 მლ ვენაში (მძიმე ფორმის შემთხვევაში 3-4 საათის შემდეგ განმეორებით); 3) მშრალი პლაზმა, გახსნილი ბიდისტილირებულ წყალში 1:3-ზე - 150-200 მლ; 4) 40 მგ ლაზიქსი თუ ოლიგურიაა, მისი შეყვანა შეიძლება განმეორებით 4 საათის შემდეგ. საერთო რაოდენობაა 120 მგ; 5) 200 მლ რეოპოლიგლუკინი და 200 მლ პოლიგლუკინი (დადებითი დიურეზის დროს); 6) 3-6 გრამი კალიუმქლორიდი - per os, კორგლიკონის 0,06%-იანი ხსნარის 1 მლ, 20 მლ 40%-იანი გლუკოზის ხსნარი და 100 მგ კოკარბოქსილაზა ვენაში.

მძიმე ნეფროპათიის დროს ინფუზიურ თერაპიას ყოველდღე ან დღეგამოშვებით ატარებენ.

ინფუზიური თერაპიის დროს სამკურნალო დაცვითი რეჟიმის უზრუნველყოფა შეიძლება ნეიროლეპტიკების, ტრანკვილიზატორების, ანალგეტიკების, სედატიური ან ანტიჰისტამინური პრეპარატების (დროპერიდოლის, სედუქსენის, პრომედოლის, პიპოლფენის, დიმედროლისა და სხვ.) შეყვანით. კარგ შედეგს იძლევა 1 მლ 2,5% პიპოლფენის, 1 მლ 2% პრომედოლის და 2 მლ სედუქსენის ერთდროულად შეყვანა.

გამოხატული ალბუმინურიის და ჰიპოპროტეინემიის დროს ინფუზიურ ხსნარს უმატებენ ალბუმინის 20%-იანი ხსნარის 80-100 მლ-ს, 20,0-30 მლ პროტეინს.

მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის კონტროლით შეყავთ სოდის 5%-იანი ხსნარის 150-200 მლ.

თუ გამოხატულია ოლიგურია, 20 მგ ლაზიქსის შეყვანის შემდეგ შეყავთ მანი-

ტოლის ტესტდოზა 30 მგ რაოდენობით (არტერიული წნევა 170-ზე მეტი არ უნდა იყოს, არც ანურია უნდა იყოს გამოხატული, წინააღმდეგ შემთხვევაში მანიტოლის გამოყენება არ შეიძლება). შეყვანილი სითხის საერთო რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 1200-1500 მლ-ს პრეეკლამფსიისა და ეკლამფსიის შემთხვევაში სითხეების რაოდენობას ზღუდავენ 500 მლ-მდე.

მშობიარობის მართვა ორსულთა გვიანი ტოქსიკოზის დროს

ორსულთა გვიანი ტოქსიკოზის დროს მშობიარობის პროცესში მოსალოდნელია შემდეგი გართულებები: სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრა, ნაყოფის ჰიპოქსია, ენდომეტრიტი მშობიარობაში, სამშობიარო მოქმედების I და II სისუსტე, ტოქსიკოზის გაღრმავება, ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლა, რბილი სამშობიარო გზების დაზიანება, სისხლის დენა მშობიარობის III პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში ჰიპოტონიისა და თრომბოჰემორაგიული სინდრომის განვითარების გამო.

პირველ რიგში ყურადღებას აქცევენ მშობიარის საერთო მდგომარეობასა და ნაყოფის მდგომარეობას. საჭიროა სისხლის არტერიული წნევის და ნაყოფის გულისცემის დინამიკური კონტროლი (15-20 წუთში ერთხელ), მშობიარობის მაქსიმალური გაუტკივარება.

მშობიარობის პროცესში სისტემატურად მიმართავენ ოქსიგენოთერაპიას, ნიკოლაევის ტრიადას ასკორბინმჟავასთან და სიგეტინთან ერთად 6 საათში ერთხელ. აუცილებელია მშობიარის დიურეზის განსაზღვრა, თუ ის მშობიარობის სტადიაშია 24 საათზე მეტხანს, საჭიროა შარდის ანალიზის განმეორება. მშობიარემ უნდა დაიცვას ზემოაღნიშნული დიეტა. თუ ტოქსიკოზის მძიმე ფორმაა, საჭიროა თვალის ფსკერის გასინჯვა.

მშობიარობის პროცესში ტოქსიკოზს მკურნალობენ ზემოაღნიშნული მედიკამენტებით, ზოგჯერ უმატებენ ხანმოკლე მოქმედების ჰიპოტენზიურ საშუალებებს: იზოვერინს - 2-5% 1 მლ კანქვეშ, დიკოლინს - 1% 1,0 კუნთებში, ბენზოჰექსონიუმს - 2% 1,0 კუნთებში, აპროფენს - 1% 1,0 კუნთებში.

მშობიარობის კონსერვატიულად ჩატარების მიზნით მიმართავენ მართვით ჰიპოტონიას (250-500 მგ არფონადი, 25-50 მგ პენტამინი ან 100 მგ ჰიგრონიუმი წვეთოვნად ვენაში). ერთდროულად მეორე ვენასა და იმავე სისტემაში შეჰყავთ პოლიგლუკინი. არტერიული წნევა არ უნდა დაქვეითდეს ვ.წყ. სვეტის 120 მმ-ზე ქვევით (ასეთ შემთხვევაში შეჰყავთ პოლიგლუკინი).

არფონადის ან პენტამინის ან ჰიგრონიუმის უეფექტობის შემთხვევაში სათანადო პირობების არსებობისას გამოყენებულია სამეანო მაშა ან ნაყოფის ექსტრაქცია (მენჯით წინმდებარეობის დროს), იშვიათად საკეისრო კვეთა (თავის ტვინში სისხლჩაქცევის საშიშროების, რეტინოპათიის შემთხვევაში, ეკლამფსიური სტატუსის ჩამოყალიბებისას ანურიის, გამოხატული ოლიგურიის ან პლაცენტის ნაადრევი მოცილების შემთხვევაში).

მშობიარობის III პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში სისხლის დენის პროფილაქტიკის მიზნით ხმარობენ მეთილერგომეტრინს, 1,0 40 %-იან 20,0 გლუკოზასთან ერთად ვენაში შეჰყავთ ნაყოფის თავის გამოჭრის (თუ დიდი ნაყოფია მხრების გამოჭრის) ფაზაში. ამავე მიზნით მშობიარობის III პერიოდის დასაწყისში ვენაში წვეთოვნად შეჰყავთ Sol.Glucosi 5%-500,5 ერთეული ოქსიტოცინთან ერთად.

XIX თავი

ორსულობა და ექსტრაგენიტალური დაავადებანი

ორსულობისა და მშობიარობის მიმდინარეობა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების დროს

გულ-სისხლძარღვთა სისტემაში მნიშვნელოვანი ცვლილებები ხდება ორსულობის II-III და VII-VIII თვეზე.

ორსულობის 26-დან 36 კვირამდე ქალის ორგანიზმში ჰემოდინამიკური ცვლილებები მაქსიმუმს აღწევს. გულის წუთმოცულობა 1,5-ჯერ მატულობს, მაჯა აჩქარებულია, ფილტვების არტერიების სისტემაში მატულობს წნევა, პერიფერიულ სისხლძარღვთა წინააღმდეგობა ძლიერდება, კაპილარებში სისხლის მიმოქცევა შენელებულია. ორსულობის მიწურულში ეს ცვლილებები კლებულობს.

მშობიარობის დროს გულ-სისხლძარღვთა სისტემა დიდი დატვირთვით მუშაობს, რაც გამოწვეულია გულის წუთმოცულობის, არტერიული და ვენური წნევის სწრაფი და მკვეთრი ცვლილებებით, სისხლის სწრაფი გადანაწილებით, საშვილოსნოს შეკუმშვებით და გულის მუშაობით ჟანგბადის მკვეთრი უკმარისობის პირობებში.

ჯანმრთელი ქალის ორგანიზმი ორსულობისა და მშობიარობის დროს ამ დატვირთვას ადვილად ძლევს, ხოლო გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადების დროს ადაპტაციური მექანიზმების მოქმედება შეიძლება საკმარისი არ აღმოჩნდეს, ამიტომ ქალის მდგომარეობა უარესდება.

სამეანო პრაქტიკაში მიზანშეწონილია გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ქრონიკული უკმარისობის დროს სტრაჟესკოსა და ვასილენკოს კლასიფიკაციის გამოყენება.

I სტადიას ახასიათებს ქოშინი, ტაქიკარდია, სწრაფი დაღლა მხოლოდ ფიზიკური დატვირთვის დროს.

II ა სტადიაში შეგუბება აღინიშნება სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში, ციანოზი ქოშინი მოსვენებულ მდგომარეობაში. ფილტვებში ხიხინია. რენტგენოლოგიურად ფილტვებში ჰიპერტენზიისა და შეგუბების სურათია.

II ბ სტადიას ახასიათებს სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში შეგუბებითი მოვლენები, ღვიძლი გადიდებულია, თირკმელებში შეგუბებითი მოვლენები მკვეთრადაა გამოხატული, აღინიშნება შეშუპება, ასციტი, ჰიდროთორაქსი. მაღალი ვენური წნევა. სისხლის მიმოქცევა შენელებულია.

III სტადიაში შინაგან ორგანოებში შეუქცევადი დისტროფიული ცვლილებები ვითარდება.

ყველა ორსული, რომელსაც სისხლის მიმოქცევის ქრონიკული უკმარისობა აქვს, უნდა მოათავსონ სტაციონარში, სადაც ჩაუტარებენ სათანადო მკურნალობას. საჭიროა წოლითი რეჟიმი, მარილის შეზღუდვა 5 გ-დე, სითხეებისა - 800-1000 მლ-მდე დღე-ღამეში. მიზანშეწონილია ისეთი პროდუქტების ხმარება, რომლებიც შეიცავენ დიდი რაოდენობით კალიუმის იონებს (კარტოფილი, კომბოსტო და სხვ.) საჭიროა B ჯგუფის ვიტამინები და ასკორბინმჟავა. დიეტა უნდა შეიცავდეს: 120,0 გ ცილას, 70-80 გ ცხიმს, 300-350 გ ნახშირწყალს, 5 გ ნატრიუმქლორიდს, 6 გ კალიუმს, 1,6 კალციუმს, 2 გ ფოსფორს, 30 მგ რკინას. საკვების კალორიულობა 2000-2800 კ/კალორიაა ორსულობის პირველ ნახევარში, ხოლო მეორე ნახევარში - 2800-3000 კ/კალორია. როგორც კარდიოტონური საშუალება, გულ-სისხლძარღვთა უკმარი

სობის I სტადიაში გამოყენებულია ადონიზიდი ან დიგიტალისი მცირე დოზით (0,05 2-ჯერ დღეში).

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ქრონიკული უკმარისობის II და III სტადიებში გამოყენებულია დიგიტალისი და მისი გლიკოზიდები (დიგიტოქსინი და სხვ.) - 0,1 გ 2-3-ჯერ დღე-ღამეში დასალევად, 0,1-0,2 გ 2-3-ჯერ დღე-ღამეში სანთლების სახით.

სწრაფი ეფექტის აუცილებლობის შემთხვევაში რეკომენდებულია 0,05%-იანი სტროფანტინის შეყვანა ვენაში მზარდი დოზით - 0,25-0,5-0,7 20 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნართან ერთად ყოველდღიურად 1-2-ჯერ დღეში. ვენაში შეყავთ აგრეთვე კორგლიკონი (0,5-1 მლ 40%-იან გლუკოზასთან ერთად).

დიურეზული საშუალებებიდან საჭიროა ფუროსემიდი ან ლაზიქსი 40 მგ 2-ჯერ დღე-ღამეში, ვეროშპირონი, სპირონოლაქტონი - 25 მგ 3-ჯერ დღე-ღამეში.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მწვავე უკმარისობა ორსულობის დროს

გულის მწვავე უკმარისობა გამოიხატება გულის ასთმისა და ფილტვების შეშუპების განვითარებით. ეს პათოლოგია შეიძლება განუვითარდეთ ფიზიკური დატვირთვით ან ემოციური ფაქტორის გავლენით მიტრალური და აორტული სტენოზის ან ჰიპერტონიული დაავადების მქონე ორსულებს, მშობიარეებსა და მელოგინეებს.

გულის ასთმის ან ფილტვების შეშუპების განვითარების შემთხვევაში ვენაში შეყავთ: სტროფანტინის 0,5 მლ 0,05%-იანი ხსნარი, კორგლიკონი - 0,5-0,7 მლ 0,06%-იან ფიზიოლოგიურ ხსნართან (20 მლ) ერთად, ეუფილინი (2,4%- 10 მლ), იზოლანიდი (1-2 მლ 0,02 %-იანი), პრომედოლი (1 მლ 2 %). თუ ბრადიკარდიაა, პრომედოლი შეყავთ ატროპინთან ერთად (0,1%-1,0). აძლევენ ჟანგბადს, გატარებულს 70-90%-იანი სპირტის ხსნარში ცხვირში ჩადებული კათეტერის საშუალებით. საჭიროა ლახტის გადაჭერა ბარძაყებზე 20-30 წუთით მონაცვლეობით მარჯვენა და მარცხენა ქვედა კიდურებზე, ნახევრად მჯდომარე მდგომარეობა, კოტოშები, გულმკერდზე მდოგვის საფენები, კოკარბოქსილაზა - 100-200 მგ კუნთებში.

მედიკამენტური მკურნალობის არაეფექტურობის შემთხვევაში აკეთებენ ოპერაციას - მიტრალურ კომისუროტომიას.

სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა (კოლაფსი და შოკი) ვითარდება მშობიარობისა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში მწვავე სისხლნაკლებობის დროს თირკმელზედა ჯირკვლების უკმარისობისა და ტკივილის გამო. მისი მკურნალობისათვის გამოყენებულია სისხლძარღვთა ტონუსის ამწევი საშუალებანი კანქვეშ ან ვენაში - კორდიამინი - 2 მლ, კოფეინი - 10%-იანი 1 მლ კანქვეშ, მეზატონი 1-2 მლ 1-2%-იანი ხსნარი, 0,5-1 მლ ეფედრინის 5%-იანი ხსნარი და ნორადრენალინი სისხლთან ერთად, სტრიქნინის ნიტრატი - 0,1%-იანი 1 მლ კუნთებში, ჰიდროკორტიზონი - 125 მგ კუნთებში, 10-20 ერთეული კორტიკოტროპინი ან 20 მგ პრედნიზოლონი ვენაში. ამავე დროს ვენაში წვეთოვნად შეყავთ სისხლის, პლაზმის, რეოპოლიგლუკინის, პოლიგლუკინის ხსნარი, სისხლი - განსაკუთრებულ შემთხვევაში, 40%-იანი გლუკოზა 100 მლ ინსულინთან ერთად. ოქსიგენოთერაპიას და გულის გლიკოზიდებს იყენებენ იმ შემთხვევაში, თუ სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობას დაერთვის გულის უკმარისობაც.

ორსულობა და რევმატიზმი

რევმატიზმი ინფექციურ-ალერგიული დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს პერიოდული გამწვავება და რემისიები, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პროგრესირებადი დაზიანება, რის შედეგადაც ვითარდება გულის მანკი და სისხლის მიმოქცევა მოიშლება. არსებობს აზრი, რომ რევმატიზმს იწვევს A ჯგუფის ბეტაჰემოლიზური სტრეპტოკოკი.

ორსულობის დროს რევმატიზმის პირველი შეტევა იშვიათია, ხოლო მებრუნებითი რევმოკარდიტი ორსულთა და მშობიარეთა 3-4%-ს უვლინდება.

რევმატიზმის აქტიურ ფაზაში ხშირია ისეთი გართულებები, როგორიცაა ნაადრევი მშობიარობა, ფილტვების შეშუპება, ინფარქტი, ანემია, ნაყოფის ჰიპოქსია, ჰიპოტროფია, ინტრანატალური სიკვდილი. ახალშობილებში (თუ დედის ორსულობის დროს რევმატიზმი აქვს) აღინიშნება ფიზიკური და გონებრივი განვითარების ჩამორჩენილობა, ასევე განვითარების მანკი.

დიაგნოზი. რევმატიზმის გამწვავების დიაგნოზი ძალზე ძნელი დასადგენია ორსულობის დროს, რადგან ორსულობის, მშობიარობის და ლოგინობის ხანაში რევმატიზმი ატიპურად ან ფარულად მიმდინარეობს.

ორსულობის, მშობიარობისა და ლოგინობის ხანაში რევმატიზმის რეციდივი მით უფრო ხშირია, რაც უფრო ახალგაზრდაა ავადმყოფი.

კლინიკა. ავადმყოფი უჩივის საერთო სისუსტეს, ადვილად დაღლას, ქოშინს, გულისცემის აჩქარებას, გულის არეში ტკივილს ხელსა და ბეჭის არეში ირადიაციით. აღინიშნება აგრეთვე ტემპერატურის მომატება.

ლაბორატორიული გამოკვლევებით ორსულობის პირველ ნახევარში ვლინდება ერითროციტების დალექვის სიჩქარის მომატება 33 მმ-მდე, მეორე ნახევარში - 50 მმ/სთ, ჰემოგლობინის რაოდენობის დაქვეითება, C რეაქტიული ცილის წარმოქმნა, სტრეპტოკოკული ანტისხეულების ტიტრის მომატება (ანტისტრეპტოლიზინი 0-1:250 და მეტი, ანტისტრეპტოჰიალურონიდაზა 1:550, ანტისტრეპტოკინაზა 1:313), დიფენილამინის მაჩვენებლის მომატება ორსულობის პირველ ნახევარში 0,23 ერთეულამდე, მეორე ნახევარში 0,25-მდე, ფიბრინოგენის რაოდენობის მომატება.

ელექტროკარდიოგრამაზე აღინიშნება წინაგულებისა და პარკუჭების გამტარიანობის დაქვეითება, ელექტროსისტოლის გახანგრძლივება და T კბილის ამპლიტუდის დაქვეითება.

რევმატიზმის გამწვავების მკურნალობა და პროფილაქტიკა. პირველ რიგში მკურნალობენ მწვავე და ქრონიკულ ინფექციას. რევმატიზმის პროფილაქტიკის მიზნის ატარებენ 1-3 კურსს, ავადმყოფს აძლევენ აცეტილსალიცილმჟავას 2-2,5 გრამის რაოდენობით დღე-ღამეში 0,75-1 გ ამიდოპირინთან ერთად, გარდა ამისა, უნიშნავენ ბიცილინს - 3-ჯერ კვირაში 600000 ერთ. რაოდენობით 4-5 კვირის განმავლობაში. აცეტილსალიცილმჟავას უნიშნავენ 3 გრამამდე დღე-ღამეში ორსულობის პირველ ნახევარში და 4 გრამს მშობიარობამდე, ამიდოპირინთან (1,5 გ) ან ბუტადიონთან (0,3-0,4 გ) ერთად. ჰორმონული პრეპარატებიდან საჭიროა პრედნიზოლონი: ორსულობის პირველ ნახევარში 20 მგ-მდე, მეორე ნახევარში 30 მგ-მდე, დღე-ღამეში მკურნალობის კურსზე 300-400 მგ თერაპიული ეფექტის მიღების შემდეგ ჰორმონული პრეპარატების თანდათანობით კლებად დოზას უნიშნავენ. რეკომენდებულია ანტიჰისტამინური პრეპარატების დანიშვნაც.

მიტრალური სარქვლის ნაკლოვანებას გულის მანკებს შორის ყველაზე კარგი პროგნოზი ახასიათებს. იგი იშვიათად იწვევს დეკომპენსაციას ორსულობის, მშობიარობისა და ლოგინობის ხანაში.

მიტრალური სარქვლის ნაკლოვანების დამახასიათებელია გულის საძგერის მარცხნივ გადაწევა, გულის მოყრუების აბსოლუტური და შეფარდებითი საზღვრების გადიდება პერკუსიით - მარცხნივ და ზემოთ, მოგვიანებით - მარჯვნივ. I ტონი მწვერვალზე შესუსტებულია, მწვერვალზე ისმის სისტოლური შუილი, რომელიც ვრცელდება ზევით და მარცხნივ. ფილტვის არტერიაზე ისმის II ტონის აქცენტი. რენტგენოლოგიურად გულის მარცხენა საზღვარი გადიდებულია მარცხენა წინაგულისა და პარკუჭის ჰიპერტროფიის გამო, ელექტროკარდიოგრაფიით ვლინდება მარცხენაგრამა, მოგვიანებით - მარჯვენაგრამა.

მიტრალური სტენოზი. ამ მანკის გულის საძგერი შესუსტებულია, მწვერვალზე ისმის პრესისტოლური შუილი („კატის კრუტუნი"), გულის მოყრუების საზღვრები გადიდებულია ზევით, მოგვიანებით მარჯვნივ, აღინიშნება მწვერვალზე ტკაცუნა I ტონი, დიასტოლური შუილი, პროტოდიასტოლური და პრესისტოლური შუილი, მწვერვალზე II ტონის გაორება, ფილტვის არტერიაზე II ტონის აქცენტი და გაორება. მაჯა სუსტი ავსებისაა. რენტგენოსკოპიულად - გულის მიტრალური კონფიგურაცია; ელექტროკარდიოგრაფიაზე P კბილის გადიდება და გაორება, მარჯვენაგრამა (დაბალი R კბილი და ღრმა S კბილი I განხრაში, მაღალი R კბილი და უმნიშვნელოდ გამოხატული S კბილი III განხრაში). ძალიან ადრე ვითარდება ქოშინი, ციანოზი, შეგუბებითი ხიხინი ფილტვებში, ჰემატოპნოე, გადიდებული, შეგუბებითი მტკივნეული ღვიძლი, ხშირია დეკომპენსაცია. პროგნოზი ცუდია.

კომბინირებული მიტრალური მანკი. კლინიკური სურათი დამოკიდებულია იმაზე, თუ მიტრალური სარქვლის რომელი სახის დაზიანება ჭარბობს. მოციმციმე არითმია, სილურჯე და მნიშვნელოვანი ქოშინი სტენოზის სიჭარბეზე მიუთითებს.

აორტული სარქვლის ნაკლოვანება. ამ მანკის დროს კანის საფარველი მკრთალია, აღინიშნება კაროტიდებისა და ლავიწქვეშა არტერიის პულსაცია, გაძლიერებული გუმბათისებრი გულის საძგერი, ჩქარი და სწრაფი მაჯა (Pulsus celer et altus), მაქსიმალური სისხლის არტერიული წნევა მომატებულია, მინიმალური - დაქვეითებულია (ზოგჯერ ნულამდე), გულის საზღვრები გადანაცვლებულია მარცხნივ და ქვევით. აუსკულტაციით ადგენენ აორტაზე დიასტოლურ შუილს, I-II ტონი შესუსტებულია. პერიფერიული სისხლძარღვების თვისებებია ტრაუბეს ხმიანობა და დიუროზიეს ორმაგი ტონი. რენტგენოსკოპიულად ვლინდება გულის აორტული კონფიგურაცია; ელექტროკარდიოგრაფიულად - გამოხატული მარცხენოგრამა (მაღალი R, ღრმა SIII, დაბალი RIII კბილი).

აორტის სტენოზის დროს გულის საძგერი გადანაცვლებულია მარცხნივ და გაძლიერებულია. სისტოლური შუილი ისმის აღმავალი აორტის საპროექციო არეში, მაჯისცემა სუსტი და შენელებულია Pulsus parvus et tardus), სისხლის არტერიული წნევა დაქვეითებულია. გულის მოყრუების საზღვრები გადიდებულია მარცხნივ და ქვემოთ. I და II ტონი შესუსტებულია. ეკგ-ზე - მარცხენაგრამა.

ორსულის აუსკულტაციური მონაცემების ცვალებადობის გამო გულის მანკის სახის ზუსტი დიაგნოსტიკა ძნელია. ამ დროს იყენებენ ფონოკარდიოგრაფიას.

გულის თანდაყოლილი მანკი იყოფა „ლურჯ" და „მკრთალ" მანკად. „ლურჯ" მანკს მიეკუთვნება ფალოს ტრიადა, ტეტრადა და პენტადა. ორსულობა ამ მანკის დროს უკუნაჩვენებია.

შედარებით უკეთესი პროგნოზია „მკრთალი" მანკის - ბოტალის სადინარის, პარკუჭებშუა ძგიდის, ფილტვის არტერიისა და აორტის სტენოზის (კოარქტაციის) დროს.

სისხლის მიმოქცევის მოშლის ნიშნების განვითარების შემთხვევაში ორსულობა უკუნაჩვენებია.

ჰიპერტონიული დაავადება და ორსულობა

ორსულობის პერიოდში ნორმალური სისტოლური წნევაა 115-120 მმ, დიასტოლური - 60-80 მმ, არტერიული წნევის მაღალი საზღვარი ვ.წყ. სვ. 135-85 მმ.

თუ სისხლის არტერიული წნევა ამ მაჩვენებლებს აღემატება, ეს ჰიპერტენზიას მიუთითებს.

ჰიპერტენზია ორსულთა გვიანი ტოქსიკოზის თითქმის მუდმივი სიმპტომია, ამიტომ ორსულთა ჰიპერტონიული დაავადების დიაგნოზის დადგენის დროს საჭიროა დიფერენციალური დიაგნოსტიკა.

ჰიპერტონიული დაავადების მთავარი ნიშანია მაღალი წნევა ორსულობამდე ან ორსულობის პირველი 16 კვირის განმავლობაში.

ჰიპერტონიული დაავადების დროს ხშირია გულის საძგერის გადაადგილება უფრო მარცხნივ აორტაზე აქცენტით. ხშირია მიოკარდიუმის უკმარისობა (პირველი ტონის გაორება და ჭენების რიტმი). აღინიშნება კაპილაროსკოპიის სპეციფიკური მონაცემები. თვალის ფსკერის გასინჯვისას ზოგ შემთხვევაში ნახულობენ ცვლილებებს ბადურაში სისხლჩაქცევების სახით.

ჰიპერტონიით დაავადებულ ორსულებს არ უვითარდებათ შეშუპება, შარდში ცილა არა აქვთ ან მცირე რაოდენობით აქვთ, თუ დაავადებას გვიანი ტოქსიკოზი არ დაერთო. ჰიპერტონიული დაავადების დროს ორსულობის გვიანი ტოქსიკოზის თანაარსებობის კრიტერიუმად მიჩნეულია სისხლის წნევის მომატება, არაძლიერი საერთო შეშუპება, შარდში 1%-მდე, ზოგჯერ მეტი ცილა.

ჰიპერტონიით დაავადებული ორსულის ანამნეზში, თუ ის ნამშობიარებია, აღინიშნება აბორტი, პლაცენტის ნაადრევი მოცილება, მკვდრადშობადობა. ორსულთა ტოქსიკოზი უფრო ხშირია 20-23 წლის პირველმშობიარეებში, აგრეთვე ხანშესულ პირველმშობიარეებში. ჰიპერტონიული დაავადება უფრო ხშირია 30-40 წლის ასაკში.

არჩევენ ჰიპერტონიული დაავადების სამ სტადიას: I - ტრანზისტორულს, II - ლაბილურს, III - სტაბილურ, სკლეროზულ სტადიას. არსებობს აგრეთვე ჰიპერტონიული დაავადების ნელა პროგრესირებადი და სწრაფად პროგრესირებადი (ავთვისებიანი) ფორმები.

ორსულობის დროს არტერიული წნევა ტალღისებურად იცვლება: რამდენადმე მატულობს ორსულობის დასაწყისში, ქვეითდება მე-14-28-ე კვირაზე და მატულობს მშობიარობის წინ. თუ ორსულობის შუალედში წნევა არ ქვეითდება, ეს ცუდი პროგნოზის მაჩვენებელია.

დიაგნოზს ადგენენ ანამნეზის, სისხლის არტერიული წნევის დინამიკის გასინჯვის, ეკგ-ისა და თვალის ფსკერის დამახასიათებელი ცვლილებების საფუძველზე.

ჰიპერტონიული დაავადების I სტადიაში ორსულობა დასაშვებია, II სტადიის ა ფაზაში საკითხს ინდივიდუალურად გადაწყვეტენ, III სტადიაში ორსულობა დაუშვებელია.

ჰიპერტონიული დაავადების ერთ-ერთი დამახასიათებელი ნიშანია სისხლძარღვთა სპაზმი, რაც შეიძლება გამოვლინდეს, როგორც ავადმყოფობის ერთ-ერთი სიმპტომი - ჰიპერტენზია, რომელიც ფუნქციური ხასიათისაა. შემდგომში, თუ სპაზმი

და მასთან დაკავშირებული სისხლის მიმოქცევის მოშლა ხანგრძლივი ხასიათისაა, იწყება იმ ორგანოთა ფუნქციების მოშლა, რომლებსაც ეს სისხლძარღვები კვებავს. დროთა განმავლობაში ეს მდგომარეობა იწვევს ორგანოებში მორფოლოგიურ ცვლილებებს, რაც გამოიხატება დისტროფიული პროცესების განვითარებაში. ამის შედეგად ვითარდება თავის ტკივილი, შეშუპება, ალბუმინურია, ჰიალინური ცილინდრები შარდში, მხედველობის მოშლა და სხვ. ასეთ შემთხვევაში ორსულთა ჰიპერტონიული დაავადება ძნელი გასარჩევია ორსულთა ნეფროპათიისგან. უფრო მძიმე შემთხვევებში იწყება ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლის გამოხატული სიმპტომები - ღებინება, კრუნჩხვითი გულყრა და სხვ. ასეთი მდგომარეობისას ჰიპერტონიული დაავადების და ორსულობის ტოქსიკოზის შორსწასული ფორმის დიფერენციული დიაგნოსტიკა თითქმის შეუძლებელი ხდება.

ჰიპერტონიული დაავადების ტრანზისტორული ფაზის შემთხვევაში ორსულობა, მშობიარობა და ლოგინობის ხანა შეიძლება მიმდინარეობდეს ფიზიოლოგიურად. მძიმე ჰიპერტონიის, განსაკუთრებით ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლილობის დროს არცთუ იშვიათია თვითნებური აბორტი ან ნაადრევი მშობიარობა. ამის უშუალო მიზეზია მძიმე და ხანგრძლივ ჰიპერტონიულ დაავადებასთან დაკავშირებით სისხლის მიმოქცევის მოშლილობა საშვილოსნო-პლაცენტურ სისხლძარღვებში და წვრილი სისხლჩაქცევები საშვილოსნოს პლაცენტური ფართობის ქსოვილში.

ჰიპერტონიული დაავადების დროს ორსულებს უნიშნავენ დიეტას სითხისა და ნატრიუმის ქლორიდის შეზღუდვით, განტვირთვის დღეებს (1,5 კგ ვაშლი, 600,0 ხაჭო, 100,0 შაქარი, 50,0 არაჟანი).

დაავადების I სტადიაში ორსულებს უნიშნავენ: ვალერიანის ძირებს, სედუქსენს, ტრიოქსაზინს, დიმედროლს 30-50 მგ 1-3-ჯერ დღეში, მსუბუქი მიმდინარეობისას - პაპავერინს 0,04 3-ჯერ დღეში და დიბაზოლს - 0,002-0,004 3-ჯერ დღეში. წნევის მნიშვნელოვანი მომატების დროს საჭიროა 0,5 %-იანი დიბაზოლი 40%-იან გლუკოზასთან ერთად, 4-8 მლ ვენაში, 2%-იანი პაპავერინი 2-4 მლ კუნთებში, რეზერპინი 0,25-1,0-1,5 მგ დღე-ღამეში, დოპეგიტი, ბენზოჰექსონიუმი, ორნიდი და სხვ., ოქსიგენოთერაპია.

მაღალი არტერიული წნევა (ე.წყ. სვ. 180/130 მმ და მეტი) მშობიარეებს დიდ საშიშროებას უქმნის. გამოძევების პერიოდში მოსალოდნელია ტვინში სისხლის ჩაქცევა, ხოლო მომყოლისა და ნაადრევი ლოგინობის ხანაში - სიცოცხლისთვის სახიფათო სისხლის დენა საშვილოსნოს ატონიის გამო, რაც დაკავშირებულია ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ღრმა ცვლილებებთან, რომლებიც ვითარდება ჰიპერტონიული დაავადებებისა და ძლიერდება გამოძევების პერიოდში ორგანიზმის ზედმეტი დაძაბულობის გამო.

ზემოჩამოთვლილი და სხვა გართულებების აცილების მიზნით ჰიპერტონიული დაავადების დროს მშობიარობას წარმართავენ მართვითი ჰიპერტონიით (არფონადით, პენტამინით ანჰიგრონიუმით), სისხლის დენის პროფილაქტიკის მიზნით იყენებენ მეთილერგომეტრინს - 1 მლ 40%-იან 20,0 გლუკოზასთან ერთად ნაყოფის თავის გამოჭრის ფაზაში. III პერიოდის დასაწყისში ვენაში წვეთოვნად შეყავთ 5 ერთეული ოქსიტოცინი 5%-იანი გლუკოზის ხსნართან ერთად.

მართვითი ჰიპერტონიის არაეფექტურობის შემთხვევაში ხმარობენ სამეანო მაშებს ან ვაკუუმექსტრაქტორს.

ყველა მოსალოდნელი გართულების აცილების მიზნით აუცილებელია ქალის კონსულტაციაში სისტემატურად უზომონ არტერიული წნევა, ხოლო მომატებული

წნევის შემთხვევაში მოათავსონ სამშობიარო სახლში კლინიკური მეთვალყურეობისა და სპეციალური მკურნალობისთვის.

ჰიპერტონიული დაავადების შემთხვევაში სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების გეგმაზომიერი ჩატარებით შეიძლება კარგი შედეგების მიღწევა. ნ.დ.სტრაჟესკოს მიერ შემუშავებული ასეთი ღონისძიებები ფიზიკური და ნერვულ-ფსიქიკური სიმშვიდის შექმნაა, რაც შესაძლებელია სამშობიარო სახლის ორსულთა პათოლოგიის განყოფილებაში ავადმყოფის დროულად მოთავსებით. სამკურნალო დაცვითი რეჟიმის კარგი ორგანიზაციით, ცილითა და ვიტამინებით მდიდარი დიეტით, ცხიმისა და სუფრის მარილის შეზღუდვით (მარილი შეძლებისდაგვარად შეიძლება მთლიანად გამორიცხონ საკვების რაციონიდან), გლუკოზისა და ასკორბინმჟავას პარენტერულად დიდი დოზის შეყვანით (ა.ი.ვილეგჟანინი).

ჰიპერტონიით დაავადებული ქალის ლოგინობის ხანის წარმართვა პრინციპში ისეთივეა, როგორიც ორსულობის მძიმე ტოქსიკოზების (ნეფროპათია, პრეეკლამფსია, ეკლამფსია) დროს.

— ორსულობა და ჰიპოტონია

არტერიული ჰიპოტონია შეიძლება იყოს ინდივიდუმის კონსტიტუციური თავისებურება ან დაავადების სინდრომი. მას ახასიათებს თავბრუ, თავის ტკივილი, საერთო სისუსტე, ადვილად დაღლა, ჰიპოტონიის დროს ხშირია გულის წასვლა, კოლაფსური მდგომარეობა, სისხლძარღვთა ლაბილობა, ანემიისადმი მიდრეკილება, ჰიპოგლიკემია და ადინამია.

არტერიული ჰიპოტონია უმეტეს შემთხვევაში ორსულობის უკუჩვენება არ არის.

მკურნალობა საჭიროა 40%-იანი 20,0 გლუკოზის ხსნარით 1 მლ 5%-იანი თიამინთან და 8 მლ კორდიამინთან ერთად ვენაში, 1%-იანი მეზატონის 1 მლ 2-ჯერ დღეში, კოფეინის ნატრიუმბენზოატი 0,1 2-ჯერ დღეში, ბელოიდი - თითო აბი 3-ჯერ დღეში, ასკორბინმჟავა - 0,3 3-ჯერ, პოლივიტამინები, 0,5 %-იანი დეზოქსიკორტიკოსტერონის აცეტატის 1 მლ ყოველდღიურად.

— ორსულობისა და მშობიარობის მართვა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების დროს

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადების მქონე ორსული კონსულტაციაში გამოცხადებისთანავე ყოველმხრივ უნდა გამოიკვლიონ მეან-გინეკოლოგმა და თერაპევტმა იმის დასადგენად, შესაძლებელია თუ არა ორსულობის შენარჩუნება. ასეთ ორსულზე დაკვირვება ევალებათ მეანსა და თერაპევტს ერთად.

ორსულობის შენარჩუნება უკუნაჩვენებია: რევმატული ენდოკარდიტის, ხანგრძლივად მიმდინარე ან ქვემწვავე სეფსისური ენდოკარდიტის, სისხლის მიმოქცევის ყველა სხვა უკმარისობის დროს, რომელიც განვითარდა ორსულობამდე ან ორსულობის 12 კვირის განმავლობაში, მიტრალური სტენოზის შემთხვევაში, რომელიც მიმდინარეობს ფილტვისმიერი ჰიპერტენზიის გამოხატული ნიშნებით წარსულში აორტული მანკის, მიტრალურ-აორტული მანკის, განსაკუთრებით მიტრალური სტენოზისა და აორტის ნაკლოვანების კომბინირების კომისუროტომიის შემდეგ, თუ დადგინდა რესტენოზი ან არაადეკვატური კომისუროტომია მიოკარდიუმის მკვეთრი ცვლილებით, ფილტვისმიერი ჰიპერტენზიით, მოციმციმე არითმიით ან რევმატიზმის გამწვავებით.

მოციმციმე არითმიის, ჰიპერტონიული დაავადების მესამე სტადიის, გულის „ლურ-

ჯი" თანდაყოლილი მანკის, გულის მანკისა და ჰიპერტონიული დაავადების, გულის მანკისა და ქრონიკული გლომერულონეფრიტის, მიტრალური სტენოზის, თირეოტოქსიკური გულის და სხვა შემთხვევებში ორსულობას შეწყვეტენ აბორტით. ასეთი შემთხვევები ინდივიდუალურ მიდგომას საჭიროებს.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადების მქონე ორსულებს ამზადებენ მშობიარობისათვის. ამ მიზნით მათ ათავსებენ სტაციონარში მშობიარობამდე 2-3 კვირით ადრე. ერთხელ კიდევ აზუსტებენ სისხლის მიმოქცევის ფუნქციურ მდგომარეობას, გულის დაზიანების ხარისხს და რევმატიული პროცესის აქტივობას. მკურნალობენ ორსულობის პერიოდში განვითარებულ დარღვევას, წინასწარ, მშობიარობამდე სახავენ მშობიარობის წარმართვის გეგმას თერაპევტთან და რეანიმატორ-ანესთეზიოლოგთან ერთად.

მშობიარობა ბუნებრივი გზით დასაშვებია: მიტრალური სარქველების უკმარისობისას კომპენსაციის სტადიაში, კომბინირებული მიტრალური მანკის შემთხვევაში სტენოზის სიჭარბით კომპენსაციის სტადიაში, აორტის მანკის კომპენსაციის სტადიაში, თანდაყოლილი, „მკრთალი" მანკის დროს სისხლის მიმოქცევის მოშლის გარეშე, ჰიპერტონიული დაავადების I-II სტადიაში ჰიპერტონიული კრიზის გარეშე, ჰიპერტონიის, სისხლის მიმოქცევის უკმარისობის I სტადიაში ორსულობის დროს, რომელიც ლიკვიდირებულია მშობიარობის დაწყებამდე (დასაშვებია მხოლოდ განმეორებით მშობიარეებში).

ჭინთვის გამოთიშვა სამეანო მაშებით დასაშვებია: ა) პირველმშობიარეთა სისხლის მიმოქცევის მოშლის I და II ხარისხისას, რომლის დროსაც აღინიშნებოდა კრიზი ორსულობის პერიოდში; სისხლის მიმოქცევის მოშლისას მშობიარობის დროს, ორსულობისა და მშობიარობის დროს კორონარული უკმარისობის, რევმოკარდიული მიოკარდიტის შემთხვევაში, სისხლის მიმოქცევის უკმარისობა I და II ა სტადიაში.

საკეისრო კვეთა დასაშვებია: სისხლის მიმოქცევის უკმარისობისას II ბ და III სტადიაში, როდესაც ორსულობა გასტანს მშობიარობამდე; სეფსისური ენდოკარდიტის, მოციმციმე არითმიის, მნიშვნელოვანი ფილტვისმიერი ჰიპერტენზიის, ჰიპერტონიული დაავადების III სტადიის, ავთვისებიანი ჰიპერტონიისა და გულისა და სამეანო პათოლოგიის შერწყმის დროს. მშობიარობის მართვის მეთოდის არჩევა სასურველია მეანის, თერაპევტისა და ანესთეზიოლოგის ერთობლივი გადაწყვეტილებით.

მშობიარობის მართვა. უნდა გავითვალისწინოთ, რომ მწვავე გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობის დამახასიათებელია ციანოზი, ტაქიკარდია (მაჯისცემა წუთში 110 და მეტი), სისხლის არტერიული წნევის მომატება, ქოშინი, შეგუბებითი ხიხინი ფილტვის ქვედა წილებში.

მშობიარობის დროს აუცილებელია გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უკმარისობისა და რევმატიზმის მკურნალობის გაგრძელება, სამკურნალო-პროფილაქტიკური რეჟიმის დაცვა, პერიოდული ოქსიგენოთერაპია. სასურველია მშობიარობის ჩატარება ჰიპერბარიული ოქსიგენაციით. მშობიარობის პირველ პერიოდში ქალს აძლევენ სტროფანტინის 0,05 %-იანი ხსნარის 0,25 მლ-ს, 0,9%-20 მლ. ნატრიუმქლორიდთან ერთად, განმეორებით 12 საათის შემდეგ ან ლოგინობის ხანაში.

მშობიარობის I პერიოდში სისხლის მიმოქცევის მოშლისთანავე საჭიროა სანაყოფე ბუშტის მთლიანობის ხელოვნურად დარღვევა (თუ საშვილოსნოს ყელი გახსნილია 5-6 სმ-მდე), რაც გააუმჯობესებს მშობიარის მდგომარეობას დიაფრაგმის დაწევის გამო. თუ გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა განვითარდა მშობიარო-

ბის II პერიოდში, საჭიროა ჭინთვის გამოთიშვა სამეანო მაშებით.

მიტრალური სარქველების უკმარისობის დროს მშობიარობის შემდეგ აუცილებელია მუცელზე სიმძიმის დადება (რომ მშობიარობის შემდეგ კოლაფსი არ განვითარდეს მუცლის ღრუს ორგანოებში მწვავე სისხლსავსეობის გამო). მშობიარობის პროცესში აუცილებელია მაქსიმალური გაუტკივარება ეიადრილით, დროპერიდოლით, ნატრიუმის ოქსიბარბიტურატით, სომბრევინით, ასევე შეიძლება 1 მლ 2%-იანი პრომედოლისა და 1მლ 1%-იანი აპროფენის გამოყენება.

სამეანო მაშების გამოყენებისას ხმარობენ აზოტის ქვეჟანგის ბანგს ჟანგბადთან ერთად. ამ დროს ეთერის ბანგის გამოყენება არ შეიძლება.

ლოგინობის ხანაში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადების დროს ხშირია გართულებანი; გულის მანკით დაავადებული ქალი, რომელმაც კარგად იმშობიარა, შეიძლება ლოგინობის ხანაში დაიღუპოს ენდომიოკარდიტის გამწვავების გამო, რაც ხშირია ინტერკურენტული ინფექციის შედეგად, ორგანიზმის დაქვეითებული რეაქტივობის ფონზე. მიოკარდიუმში ანთებითი და დეგენერაციული ცვლილებები, აგრეთვე ქალის გადაღლა ორსულობისა და მშობიარობის პროცესში იწვევს მძიმე და მდგრად დეკომპენსაციას, რომელიც არ ექვემდებარება ინტენსიურ თერაპიას. ამ პერიოდში ხშირია თრომბოემბოლიური დაავადებანი ვასკულიტისა და სისხლის მიმოქცევის უკმარისობის გამო.

ლოგინობის ხანაში აღნიშნული გართულებების პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა ანტიკოაგულანტების გამოყენება პროთრომბინის ინდექსის კონტროლით (პელენტანი - 0,15-0,3 გ 1-2-ჯერ დღეში, ფენილინი - 0,03 გ 1-2-ჯერ დღეში, სინკუმარი-2მგ-იანი თითო აბი 1-2-ჯერ დღეში).

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადების დროს ქალებს საკეისრო გაკვეთის შემდეგ ზოგჯერ საოპერაციო ჭრილობა გვიან უხორცდებათ, ზოგჯერ კი ჭრილობა თავისით იხსნება, ამიტომ საჭიროა ნაკერების მოხსნა ჩვეულებრივზე 2-3 დღით გვიან.

მელოგინეს გაწერენ მშობიარობიდან 2 კვირის შემდეგ.

ორსულობა და გლომერულონეფრიტი

ორსულობასთან დაკავშირებით თირკმლების ფუნქცია გაძლიერებულია, თირკმლები გადატვირთულია. საღი თირკმელი ადვილად იტანს ორსულობით გამოწვეულ დატვირთვას და მისი მოქმედება ფიზიოლოგიურ ფარგლებში მიმდინარეობს.

საჭიროა ტოქსიკოზის შედეგად თირკმლის ფუნქციის მოშლის განსხვავება თირკმლის ანთებისგან, რომელიც წინ უძღვის ორსულობას და მიზეზობრივად არ არის დაკავშირებული მასთან. მწვავე გლომერულონეფრიტი ორსულობის დროს იშვიათი მოვლენაა, შეიძლება განვითარდეს სხვადასხვა ინფექციურ დაავადებასთან (ანგინა, ხუნაგი, ქუნთრუშა) დაკავშირებით და მოწამვლის (ფოსფორით, ვერცხლისწყლით, დარიშხნით, სულემით და სხვ.) შედეგად. მწვავე გლომერულონეფრიტი ხშირად ორსულობის თვითნებურ შეწყვეტას იწვევს. ზოგჯერ ორსულის სიცოცხლის შენარჩუნებისთვის აუცილებელი ხდება მისი ხელოვნური შეწყვეტა.

ორსულობის გლომერულონეფრიტი უფრო მძიმედ მიმდინარეობს, დაავადების სიმპტომები თავს იჩენს ორსულობის დასაწყისიდანვე. პირველივე თვეს შარდში აღინიშნება ცილა, ჰიალინური და მარცვლოვანი ცილინდრები, ფორმული ელემენტები. ორსულს უვითარდება შეშუპება, რომელიც ქუთუთოებიდან იწყება და მთელ სხეულზე ვრცელდება, შემდეგ თავს იჩენს საერთო ინტოქსიკაცია ურემიული ხასი-

ათის მოვლენით, შარდის შემცირება, თავის ტკივილი, მხედველობის მოშლა, რეტინიტი და სხვ.

ორსულობის მძიმე გართულებაა ქრონიკული გლომერულონეფრიტი, რომლის მიმდინარეობა ორსულობის პერიოდში უარესდება. დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს დიფერენციულ დიაგნოსტიკას ქრონიკულ გლომერულონეფრიტსა და ორსულთა ნეფროპათიას შორის. ქრონიკულ გლომერულონეფრიტზე მიუთითებს ანამნეზური მონაცემები თირკმლების ანთების შესახებ, ორსულობამდე და ორსულობის პირველსავე კვირაში არსებული დაავადების ნიშნები, გულის საზღვრების გაფართოება და აორტაზე მეორე ტონის აქცენტი, შეშუპების წარმოქმნა და გაძლიერება, არტერიული წნევის მომატება, შარდში ცილის, ჰიალინური და მარცვლოვანი ცილინდრების შემცველობა. ნეფროპათიისას ეს მოვლენები, ჩვეულებრივ, ორსულობის მეორე ნახევარში ვლინდება.

ამ ორი მდგომარეობის განსხვავება არცთუ იშვიათად შესაძლებელი ხდება მხოლოდ სტაციონარში ავადმყოფზე კლინიკური დაკვირვებისა და თირკმლების ფუნქციური მოქმედების დინამიკურად შესწავლით.

ქრონიკული გლომერულონეფრიტით დაავადების 70-80%-ში აღინიშნება თვითნებური აბორტი, მშობიარობა დღენაკლული ან მკვდარი ნაყოფით. გამონაკლისია ისეთი შემთხვევები, როდესაც თირკმლების ფუნქცია არ არის დათრგუნული, ჰიპერტენზია, თვალის ფსკერზე ცვლილებები მკვეთრად არ არის გამოხატული და ქალი კატეგორიულად მოითხოვს ორსულობის შენარჩუნებას.

ორსულობის შენარჩუნების შემთხვევაში საჭიროა თერაპევტისა და მეანგინეკოლოგის ერთობლივი მეთვალყურეობა.

მშობიარობის პროცესში მოსალოდნელია შემდეგი გართულებები: სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრა, სამშობიარო მოქმედების I და II სისუსტე, ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლა, ქორიორეტინიტი, ნაყოფის ჰიპოქსია, ჰიპო-ატონიური სისხლის დენა მშობიარობის მესამე პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში ან თრომბოჰემორაგიული სინდრომის განვითარება. მშობიარობა ხშირად მთავრდება ნაყოფის სიკვდილით, იშვიათად სრულფასოვანი ნაყოფი იბადება, ასეთი ახალშობილი, ჩვეულებრივ ჰიპოტროფიულია.

მკურნალობა ისეთივეა, როგორც ნეფროპათიის დროს, დიდი მნიშვნელობა აქვს რეჟიმს, დიეტას.

საჭიროა ავადმყოფის მოთავსება ორსულთა პათოლოგიის განყოფილებაში. რძისა და მცენარეული დიეტის დანიშვნა, დღე-ღამის განმავლობაში მისაღები სითხის რაოდენობის ოთხ ჭიქამდე შემცირება, თბილი აბაზანები, პერიოდულად დღე-ღამის შარდის გაზომვა და გამოკვლევა, თირკმლების ფუნქციური მდგომარეობის შესწავლა, სისხლის წნევის გაზომვა, სისხლში ნარჩენი აზოტის განსაზღვრა, წონისა და მხედველობის მრავალჯერადი შემოწმება.

თუ თირკმლის ფუნქცია არ უმჯობესდება, საჭიროა ორსულობის შეწყვეტა. საერთოდ მწვავე და ქრონიკული გლომერულონეფრიტის დროს რაც უფრო ადრე შეწყვეტენ ორსულობას, მით უკეთესია.

შარდის ანალიზი საჭიროა ორსულობის პირველი თვიდანვე (და არა მარტო ორსულობის მეორე ნახევრიდან). ამ პერიოდში შარდში ცილის, ჰიალინური და მარცვლოვანი ცილინდრების, ერითროციტების, აგრეთვე მხედველობის არეში დიდი რაოდენობით ლეიკოციტების არსებობა საჭიროებს ორსულობის ხელოვნურ შეწყვეტას. თირკმლის ქრონიკული დაავადების დროს შესაძლებელია ავადმყოფი ურემიით დაიღუპოს, თუ დროულად არ მოათავსებენ საავადმყოფოში.

მშობიარობის დროს საჭიროა ჭიპის გამოთიშვა სამკაპი-მაშებით, ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლის შემთხვევაში ან ბალურის აცლისას აკეთებენ საკეისრო გაკვეთას, მშობიარობის პროცესში ჩაატარებენ ჰიპოქსიისა და სისხლისდენის პროფილაქტიკას მშობიარობის მესამე პერიოდში და ლოგინობის ადრეულ ხანაში.

ორსულობა და ცისტიტი- CYSTITIS

ორსულობის (განსაკუთრებით მის მეორე ნახევარში) ხშირი გართულებაა შარდის ბუშტისა და თირკმლის მენჯის ანთება (ცისტიტი და პიელიტი), რომელსაც თან სდევს ტკივილი, განსაკუთრებით შარდვის დამთავრებისას, ხშირი შარდვა.

ცისტიტს ადგენენ უმთავრესად შარდის ლაბორატორიული გამოკვლევით. ცისტიტის კლინიკური სიმპტომები (სიცხის აწევა, ხშირი შარდვა, ტკივილი შარდვის დამთავრებისას) ყოველთვის არ არის გამოხატული, ამდენად, თუ დიდი რაოდენობით ლეიკოციტები და მიკრობებია შარდში, როცა მასში უჯრედოვანი ელემენტები არ არის, დიაგნოზის დადგენის საშუალებას იძლევა. ცისტიტის ხანგრძლივი მიმდინარეობისას აუცილებელია ცისტოსკოპია, რითაც შესაძლებელი ხდება დაავადების ხასიათის დადგენა.

მკურნალობა. საჭიროა ბევრი სითხის მიღება, დიეტის დაცვა, სულფანილამიდებისა და ანტიბიოტიკების დანიშვნა.

ორსულობა და პიელიტი - PYELITIS

თირკმლის მენჯის ანთება (Pyelitis) შეიძლება იყოს ორსულობამდე, მაგრამ ხშირად თავს იჩენს ორსულობის დროს და პროგრესირებს. უფრო ხშირია მარჯვენა თირკმლის მენჯის ანთება, რასაც ორსულობის პერიოდში საშვილოსნოს მარჯვნივ გადახრას და შარდსაწვეთზე ზეწოლას მიაწერენ (ინფექციის უფრო ადვილად გავრცელების ნიადაგზე). უმრავლესობა პიელიტის მიზეზად შარდსაწვეთების ატონიას მიიჩნევს. პიელიტის განვითარებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს სტრეპტოსტაფილოკოკს, გონოკოკს, განსაკუთრებით კი ნაწლავის ჩხირს, რომელიც პიელიტის სფეროში ორსულობით გამოწვეული ცვლილებები ხელს უწყობს როგორც ქრონიკული პიელიტის გამწვავებას, ისე თირკმლებში ახალი ინფექციის შეჭრას.

კლინიკური ნიშნები. მწვავე პიელიტი ერთბაშად იწყება. აღინიშნება ძლიერი შემცივნება, ყრუ ან ძლიერი ტკივილი წელის არეში, თავის ტკივილი, გულისრევა, ზოგჯერ ღებინება, 39-40o- მდე სიცხე. მაღალი სიცხე რამდენიმე დღე გრძელდება, შემდეგ თანდათან დაიწევს.

მწვავე პიელიტის დროს ორსული უჩივის უძილობას, უმადობას, თავის ტკივილს, შემცივნებას რამდენიმე დღის განმავლობაში, ოფლიანობას, ორსულს შარდვისას აქვს წვა, ხშირად შარდავს, რადგან პიელიტთან ერთად შარდის ბუშტის ანთებაც (ცისტიტიც) ვითარდება. ობიექტური გამოკვლევებისას აღინიშნება აჩქარებული მაჯისცემა, თეთრად შელესილი ენა, პასტერნაცკის სიმპტომი დადებითია. იმის მიხედვით, თუ რომელი თირკმელია დაავადებული, პერკუსიით აღინიშნება ძლიერი ტკივილი, შარდის რეაქცია ტუტეა. იგი შემღვრეულია, შარდში ცილა შეადგენს 0,3-1%-ს, დიდი რაოდენობითაა ლეიკოციტები, რომლებითაც მოფენილია მთელი მხედველობის არე. შარდი შეიცავს ლორწოს და თირკმლის ფიალების უჯრედებს.

მწვავე პიელიტი გრძელდება 2-3 კვირა, იშვიათად უფრო მეტხანს. ზოგჯერ

მწვავე პიელიტი ქრონიკულ ფორმაში გადადის. ავადმყოფის გამოჯანმრთელების პარალელურად სითხე კლებულობს, პათოლოგიური ცვლილებები შარდში არ აღინიშნება.

პროგნოზი. უმრავლეს შემთხვევაში ავადმყოფის გამოსავალი კარგია, რაციონალური მკურნალობის შედეგად პიელიტი ქრება და ორსულობა ბოლომდე გასტანს. გამონაკლის შემთხვევაში პიელიტი ხანგრძლივად მიმდინარეობს, მკურნალობას თითქმის არ ექვემდებარება, ორსულს აუსტებს და საჭირო ხდება ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტა. წინააღმდეგ შემთხვევაში მოსალოდნელია პარანეფრიტისა ან პიელონეფრიტის განვითარება.

მკურნალობა. საჭიროა წოლითი რეჟიმი, წელის არეში სათბურები, კუჭნაწლავის ყოველდღიური გაწმენდა ოყნით, შერჩეული დიეტა, რძის ნაწარმი, ხილი, ბოსტნეული, პოლივიტამინები, გლუკოზა. ორსული საკმაო რაოდენობით უნდა ღებულობდეს სითხეს. ამ მიზნით კარგია ჩაი, რძე, კომპოტი და ყურძნის წვენი. თუ შარდი მჟავე რეაქციისა, საჭიროა ბორჯომის ან საირმის მინერალური წყალი, სულფანილამიდური პრეპარატებიდან - უროსულფანი, ეტაზოლი, ფურადონინი. ინფექციის გამომწვევისა და მგრძნობელობის დადგენის შემდეგ ავადმყოფს უნიშნავენ ანტიბაქტერიულ მკურნალობას. განსაკუთრებით ეფექტურია მკურნალობა ამპიცილინით, ოქსაცილინით, მეტიცილინით, ბისეპტოლით, ნევიგრამონითა და ნეგრამით, ქრონიკულ პერიოდში საჭიროა 5 ნოკი. მკურნალობა 2-3 კვირა გრძელდება. მშობიარობა უნდა წარმართონ დამზოგველი მეთოდით. პიელიტისა და სამეანო პათოლოგიის ერთობლიობის შემთხვევაში საჭიროა საკეისრო კვეთა. გამწვავების პროფილაქტიკის მიზნით ანტიბიოტიკებით მკურნალობას გაიმეორებენ მშობიარობის დაწყებისთანავე.

ორსულობა და პიელონეფრიტი

პიელონეფრიტი საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა როგორც ბავშვებში, ისე მოზრდილებში. ორსულობის დროს პიელონეფრიტით დაავადება გვხვდება შემთხვევათა 2%-ში.

დაავადების გამომწვევია მიკრობები, რომლებიც ეგზო- ან ენდოგენური გზით იჭრებიან თირკმლის ფიალებში და იწვევენ მის ჩირქოვან ანთებას. ამ დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს მიკროორგანიზმის რეაქტიულობას ინფექციის მიმართ. პიელონეფრიტს უმეტესად იწვევს ნაწლავის ჩხირი, სტაფილოკოკი ან სტრეპტოკოკი. ინფექცია ვრცელდება ჰემატოგენური, ლიმფური, შარდსაწვეთის კედლის ან აღმავალი უროგენული გზით.

კლინიკა. არსებობს პიელონეფრიტის მწვავე და ქრონიკული ფორმა. მწვავე პიელონეფრიტი იწყება ძლიერი შემცივნებითა და ტემპერატურის მომატებით 39-40-მდე. ავადმყოფს აქვს ყრუ ტკივილი წელის არეში, ზოგჯერ შარდსაწვეთების საპროექციო ადგილას, ვლინდება საერთო სისუსტე, დიზურია. დაავადების სიმპტომები განსაკუთრებით იჩენს თავს ტემპერატურის მომატებისას, რაც შეიძლება ორ კვირამდე გაგრძელდეს. გასინჯვით პასტერნაცკის სიმპტომი დადებითია დაავადების მხარეს. სისხლის ანალიზით აღინიშნება ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, მომატებული ედრ, ხშირია ფორმულის მარცხნივ გადახრა.

შარდის ანალიზით აღინიშნება პათოლოგიური ფლორა, მხედველობის არე მთლიანად დაფარულია ლეიკოციტებით, ზიმნიცკის ცდით მჟღავნდება ჰიპო- ან იზოსთენურია. ადის-კაკოვსკის ცდა მიუთითებს პიურიაზე, დამახასიათებელია ჰემატურია. ორსულობა ხშირად რთულდება მეორე ნახევრის ტოქსიკოზით, ნაადრევი მშობიარობით, ხშირია ნაყოფის სიკვდილი.

პიელონეფრიტი შეიძლება გართულდეს თირკმლების მწვავე უკმარისობით, თუ დაავადებას არ გამოიცნობენ. დიაგნოზის დადგენისთანავე საჭიროა ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაცია.

მკურნალობა. პიელონეფრიტის შემთხვევაში რეკომენდირებულია ნახშირწყლებითა და ვიტამინებით მდიდარი საკვების, დიდი რაოდენობით სითხის (ბორჯომის, საირმის, გლუკოზის, კომპოტის) მიღება, სულფანილამიდების და ანტიბიოტიკების დანიშვნა ანტიბიოტიკოგრამის მიხედვით. დაავადების დროული ამოცნობისა და მკურნალობის შემთხვევაში პროგნოზი კარგია.

ორსულობა და ანემია

სისხლმბადი ორგანოების დაავადებებიდან ყველაზე ხშირი ანემია, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ორსულობის პერიოდში, ზოგჯერ ორსულობა ვითარდება ანემიის ფონზე. პირველ შემთხვევაში უმეტესად ვითარდება ჰიპოქრომული ანემია, რომელიც ქალს ორსულობის მეორე ნახევრიდან ეწყება. მას ახასიათებს დაქვეითებული ფერადობის მაჩვენებელი, სისხლში მცირე რაოდენობით რეტიკულოციტები, ძვლის ტვინში დიდი რაოდენობით ერითრობლასტები, რომელთა შორის ჭარბობს დიდი ბაზოფილური და პოლიქრომატოფილური უჯრედები. ამ ფორმის სისხლნაკლებობის წარმოქმნას ხელს უწყობს ორსულობის დროს დედის ორგანიზმის მიერ რკინის გაძლიერების ხარჯვა.

ჰიპოქრომული ანემიის დროს შეიძლება ორსულობის ბოლომდე შენარჩუნება, თუ ჰემოგლობინის პროცენტი და ერითროციტების რაოდენობა პროგრესულად არ დაქვეითდება. 300-400 მლ სისხლის დაკარგვამაც კი შეიძლება მდგომარეობა საგრძნობლად გააუარესოს. ორსულებს, რომელთაც სისხლნაკლებობა აქვთ, ჯანმრთელ ქალებთან შედარებით, უფრო ხშირად აღენიშნებათ მკვდრადშობადობა, მათში ლოგინობის ხანის დაავადებებიც უფრო ხშირია. ორსული უჩივის თავბრუს, სისუსტეს, სწრაფად დაღლას.

მკურნალობა. ჰიპოქრომული ანემიის დროს რეკომენდებულია ვიტამინოთერაპია, ცილებითა და რკინის პრეპარატებით მდიდარი საკვები (3-6 გ-მდე დღე-ღამეში) ასკორბინმჟავასთან ერთად (0,1 გ 1 გ რკინაზე) ჭამიდან 30 წუთის შემდეგ, ჰემოსტიმულინი - 0,5-1,0, 3-4-ჯერ დღეში. ორსულობის ბოლო სამ თვეში გამოხატული ჰიპოქრომული ანემიის დროს ვენაში შეყავთ 2-5 მლ-მდე ფერკოვენი, 8-10 წუთის განმავლობაში. დეკომპენსირებული ანემიის დროს მიმართავენ სისხლის გადასხმას.

ჰემოლიზური ანემია. თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემია ვითარდება ელენთაში ერითროციტების გაძლიერებული ჰემოლიზის გამო. ავადმყოფს სიყვითლე აქვს. სისხლში, ანემიის გარდა, აღინიშნება მიკროსფეროციტოზი, რეტიკულოციტოზი, ერითროციტების რეზისტენტობის დაქვეითება. უმეტეს შემთხვევაში ორსულობა უკუნაჩვენებია. ავადმყოფობის დამძიმების შემთხვევაში საჭიროა ელენთის ამოკვეთა.

ჰიპერქრომული ანემია. ჰიპერქრომულ ანემიას ახასიათებს ფერადობის მაღალი მაჩვენებელი (1,0-1,2), მეგალობლასტების ან მეგალოციტების შემცველობა პერიფერიულ სისხლსა ან ძვლის ტვინის პუნქტატში. ჰიპერქრომული ანემიის პათოგენეზში დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ კუჭის ჯირკვლების ფუნქციის მოშლას.

ავადმყოფი უჩივის სისუსტეს, იგი ფერმკრთალია, კანი ხშირად მოყვითალო ფერისა აქვს, ზოგჯერ აღენიშნება სუბფებრილური ტემპერატურა, პარესთეზია.

ავადმყოფს 200 მკგ B_{12} ვიტამინს უნიშნავენ კუნთებში შესაყვანად დღეგამოშ-

ებით, ფოლიუმმჟავასთან ერთად 0,02 გ-ს 3-ჯერ დღეში და რკინის პრეპარატებს. მძიმე შემთხვევაში საჭიროა სისხლის განმეორებითი გადასხმა, მკურნალობის არაეფექტურობის შემთხვევაში ორსულობას შეწყვეტენ.

ჰიპოპლაზიური ანემია. ამ სახის ანემია ვითარდება სისხლში ერითროციტების, რეტიკულოციტების, ლეიკოციტებისა და თრომბოციტების რაოდენობის დაქვეითების გამო. საბოლოო დიაგნოზს ადგენენ ძვლის ტვინის პუნქციით, პროგნოზი არასასურველია. ჰიპოპლაზიური ანემიის დროს საჭიროა ორსულობის შეწყვეტა.

მკურნალობა. საჭიროა სისხლის გადასხმა მცირე დოზით (125-250 მლ) 2-3-ჯერ კვირაში, B ჯგუფის ვიტამინები (B_1 B_6 B_2 B_{12}), ფოლიუმმჟავა, ჰიდროკორტიზონი, პრედნიზოლონი, მკურნალობის არაეფექტურობის შემთხვევაში - სპლენექტომია.

ორსულობა და ფილტვების ანთება

ფილტვების ანთება (განსაკუთრებით კრუპოზული) ერთ-ერთი ყველაზე საშიში გართულებაა ორსულობის, განსაკუთრებით კი მშობიარობისა და ლოგინობის ხანაში. ფილტვებში სისხლის მიმოქცევა ძნელდება, რაც იწვევს ფილტვების შეშუპებას, ამიტომ ფილტვების სასუნთქი ფუნქცია იზღუდება. მშობიარობის დროს, განსაკუთრებით კი გამოძევების პერიოდში გულის მიმოქცევის უკმარისობა და ქსოვილების აცილოზი სიცოცხლისთვის საშიში ხდება. საშიშროება ნაყოფსაც მოელის არა მარტო ჟანგბადის ნაკლოვანების, არამედ დიდხანს მუცლადმყოფ ნაყოფში დედიდან პნევმოკოკების გადაცემის შესაძლებლობის გამოც.

კრუპოზული პნევმონიისას მშობიარობა უნდა წარმართონ მშობიარის ნახევრად მჯდომარე მდგომარეობაში, ძალიან დიდი სიფრთხილით. გარდა ამისა, საჭიროა განუწყვეტელი დაკვირვება მის საერთო მდგომარეობაზე, სუნთქვის სიხშირეზე, ტემპერატურაზე, არტერიულ წნევაზე (ჰიპერტონია), კანის ფერზე (ციანოზი) და სხვ. დიდი რაოდენობით ჟანგბადის მიწოდებით, გულმკერდზე ირგვლივი მშრალი კოტოშებით და სხვა ღონისძიებებით საჭიროა ნაყოფის გამოყვანის შემდეგ აღადგინონ სისხლის მიმოქცევა, რომელიც სამშობიაროს დაღლის მერე შეიძლება გაუარესდეს. ფილტვების ანთების დადგენისთანავე უნდა გამოიყენონ შესაბამისი დოზით სულფანილამიდები და ანტიბიოტიკები, ისევე, როგორც არაორსულ მდგომარეობაში კრუპოზული პნევმონიის დროს. მშობიარობას წარმართავენ კონსერვატიულად, ჭინთვის პერიოდს გამოთიშავენ სამეანო მაშებით.

მცირე წრის განტვირთვის მიზნით აყალმყოფს უნიშნავენ 1,0 პენტამინს კუნთებში, გულის მუშაობის რეგულაციისთვის - კორგლიკონს, სტროფანტინს ან პანანგინს ვენაში შესაყვანად გლუკოზასთან ერთად.

ორსულობა და აპენდიციტი

აპენდიციტი ორსულებში ისეთი სიხშირით გვხვდება, როგორც არაორსულებში. სასურველია აპენდიციტის ოპერაცია ქალმა გაიკეთოს გათხოვებამდე, ყველა საეჭვო შემთხვევაში დაორსულებამდე ამოიკვეთოს დაავადებული ჭიანაწლავი.

ორსულობის დასაწყისში აპენდიციტის მიმდინარეობა ისეთივეა, როგორც ორსულობის გარეშე. აპენდიციტის ნიშნების გამოვლენისთანავე საჭიროა ოპერაცია 16-24 საათის განმავლობაში.

როდესაც აპენდიციტის მწვავე მოვლენები გაქრება, შეიძლება დაცდა, მაგრამ ოპერაცია მაინც მშობიარობამდე რაც შეიძლება ადრე უნდა გააკეთონ. ოპერაციის დროს განაკვეთს გაატარებენ ჩვეულებრივზე უფრო მაღლა, ვინაიდან ორსულის

როგორც ბრმა, ისე ჭიანაწლავიც უფრო მაღლა მდებარეობს.

მწვავე აპენდიციტი ორსულობის მეორე ნახევარში. რადგანაც ორსულობისას, საშვილოსნო ბრმა ნაწლავს და მასთან ერთად ჭიანაწლავსაც მაღლა სწევს და ამით აადვილებს ანთებითი პროცესის პერიტონეუმზე გავრცელებას. მუცლის ღრუში განვითარებული ყოველგვარი ანთებითი პროცესი მით უფრო საშიშია, რაც უფრო მაღლა მდებარეობს ანთების კერა. ამის გამო ორსულობის დასაწყისში განვითარებული აპენდიციტი უფრო ლაღებით პროგნოზს იძლევა, ვიდრე ორსულობის მეორე ნახევარში განვითარებული. ასეთ შემთხვევაში ორსულობა ხშირად წყდება, ამის მიზეზია ინტოქსიკაცია, მაღალი ტემპერატურა და სენსიბილიზაცია. ნაყოფი შემთხვევათა 50-60%-ში იღუპება.

მკურნალობა. აპენდიციტის დროს ხელოვნური აბორტი არ არის დასაშვები. დროული ორსულობისას უმჯობესია საკეისრო გაკვეთა და ერთდროულად აპენდექტომია. დანარჩენ შემთხვევაში მიზანშეწონილია აპენდექტომია და ორსულობის შენარჩუნება. თუ აპენდექტომიას დაერთო სამშობიარო შეტევები, გართულება მოსალოდნელი. პირობების მიხედვით საჭიროა მშობიარობის ხელოვნურად დამთავრება საშოს მხრივ (მაშები, ნაყოფის ფეხზე მობრუნება და გამოყვანა, თავის პერფორაცია). აპენდიციტის ნიშნების გამოვლენისთანავე ავადმყოფი სტაციონარში უნდა მოათავსონ.

ორსულობა და შაქრიანი დიაბეტი

ორსულთა შაქრიანი დიაბეტი იშვიათია. მას ახასიათებს შარდში შაქრის შემცველობა, სისხლში შაქრის რაოდენობის მომატება (ნორმაში 80-120%), ქავილი, დერმატოზი, პოლიურია, პირის ღრუსა და ენის სიმშრალე. ეს ნიშნები განსაკუთრებით გამოხატულია ორსულობის მე-5-6 თვეზე. მე-9-10 თვეზე მდგომარეობა უმჯობესდება, რაც აიხსნება იმით, რომ ნაყოფის პანკრეასი გამოყოფს საკმაო რაოდენობით ინსულინს. დიაბეტის დროს ხშირია აბორტი, ნაადრევი მშობიარობა. ამ დაავადების შემთხვევაში პერინატალური სიკვდილიანობა მაღალია (20%-მდე), ორსულობა ხშირად რთულდება გვიანი ტოქსიკოზით, მრავალწყლიანობით და საშარდე გზების ანთებითი პროცესით.

შაქრიანი დიაბეტის დროს პლაცენტა ანატომიურ ცვლილებებს განიცდის (სისხლძარღვთა ეპითელიუმი შეშუპდება და ზოგჯერ მთლიანად ახშობს სისხლძარღვთა სანათურს), ასევე იცვლება მისი ფუნქციური მდგომარეობა. დედის ორგანიზმში ნივთიერებათა ცვლის მოშლა ნაყოფშიც იწვევს ცხიმების, ცილების, ნახშირწყლების, წყლისა და მარილების ცვლის მოშლას. პლაცენტაში განვითარებული ცვლილების გამო ნაყოფში ქრონიკული ჰიპოქსია ვითარდება.

ზემოაღნიშნული ცვლილებები ზოგჯერ ნაყოფის ინტრანატალური სიკვდილის ან მანკის განვითარების მიზეზი ხდება.

შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული დედის მიერ დაბადებული ახალშობილი დამახასიათებელი შესახედაობისაა, ქსოვილები გაფაშრებული და შეშუპებული აქვს, ახასიათებს ადინამია, სხეული ძალზე დიდია, უმეტესად გიგანტური წონისაა, ხშირად ვითარდება მეორადი ასფიქსია.

შაქრიანი დიაბეტის დროს მშობიარობის პროცესში მოსალოდნელია შემდეგი გართულებები: სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრა, სამშობიარო მოქმედების I და II სისუსტე (ორგანიზმში ჰორმონული ძვრების გამო), ნაყოფის ჰიპოქსია (პლაცენტის ანატომიური და ფუნქციური უკმარისობის შედეგად), კლინიკურად ვიწრო მენჯის ჩამოყალიბება (გიგანტური წონის ნაყოფის გამო) ან მხრის სარტყლის

გამოტანის გაძნელება (შაქრიანი დიაბეტის დროს მხრის სარტყლის გარშემოწერილობა თავის გარშემოწერილობაზე დიდია), სისხლის დენა მშობიარობის III პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში.

პერინატალური სიკვდილიანობის პროფილაქტიკის მიზნით შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულმა ქალებმა ქალთა კონსულტაციას უფრო ადრე უნდა მიმართონ, გამოკვლევებისთვის დიაგნოზის დაზუსტებისა და დაავადების სიმძიმის ხასიათის დადგენის მიზნით. ორსულზე დინამიკაში დაკვირვება ევალებათ მეან-გინეკოლოგსა და ენდოკრინოლოგს.

ორსულობის პროცესში აუცილებელია ინსულინის დოზის შეცვლა, რადგან, როგორც აღვნიშნეთ, ორსულობის I ტრიმესტრში ინსულინზე მოთხოვნილება ან არ იცვლება ან მცირედ ქვეითდება, მეორე ტრიმესტრში, პირიქით, მატულობს, ხოლო III ტრიმესტრში - ისევ კლებულობს. ინსულინის დოზების დადგენის მიზნით საჭიროა ორსულობის I-II და III ტრიმესტრში ჰოსპიტალიზაცია და მკურნალობა.

შაქრიანი დიაბეტის მძიმე ფორმების შემთხვევაში საჭიროა მშობიარობის ხელოვნური გამოწვევა ორსულობის 36-37-ე კვირაზე, რადგან ნაყოფი დიდ ზომებს აღწევს და მოსალოდნელია მისი ინტრანატალური სიკვდილი.

დროული მშობიარობა დასაშვებია დიაბეტის მსუბუქი ფორმის შემთხვევაში, როდესაც ორსულობა არ არის გართულებული, და საშუალო ფორმის შემთხვევაში, როდესაც დიაბეტის მკურნალობა ჩატარებულია ორსულობის პერიოდში და (36-37-ე კვირისათვის) შარდში შაქარი არ არის.

იშვიათ შემთხვევაში, ნაყოფისმხრივი ჩვენებით ან თუ კლინიკურად ვიწრო მენჯი აღინიშნება, მიმართავენ საკეისრო კვეთას.

ახალშობილობის ხანა განსაკუთრებული მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა მიმდინარეობდეს, რადგან ახალშობილი ფუნქციურად უმწიფარია, ჰიპოქსიური, მიდრეკილება აქვს მეორადი ასფიქსიისადმი, ამიტომ მისი მოვლა ისეთივეა, როგორც ნაადრევი ახალშობილისა. თუ ახალშობილს სუნთქვა გაძნელებული აქვს, მისი აღდგენისთვის კანქვეშ უნდა გაუკეთონ glandulae thyreoidea- ს ჰორმონი.

მშობიარობის შემდეგ ყველა ახალშობილს ჭიპლარის ვენაში უკეთებენ 5%-იანი სოდის ხსნარს (რადგან დედას მკვეთრად გამოხატული მეტაბოლური აციდოზი აქვს).

დიფუზური ტოქსიკური ჩიყვი

დიფუზური ჩიყვის დიაგნოზს ადგენენ ანამნეზის საფუძველზე, ითვალისწინებენ ავადმყოფობის მიმდინარეობას და მკურნალობის თავისებურებებს ორსულობამდე, ნიშნებს (ტაქიკარდია, საერთო სისუსტე, წონაში დაკლება, ხელების ტრემორი, უძილობა), ობიექტური გამოკვლევის მონაცემებს (ფარისებრი ჯირკვლის კონსისტენციასა და ზომას, ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერფუნქციას, ეკგ–ზე დამახასიათებელ ცვლილებებს და სხვ.).

ორსულობის დროს დაავადება თავისებურად მიმდინარეობს. ჩიყვის მსუბუქი ფორმის შემთხვევაში ორსულობის მეორე ნახევრიდან ორსულის საერთო მდგომარეობა უმჯობესდება და ორსულობის მიწურულს ავადმყოფობის სიმპტომები სრულიად ქრება. დაავადების საშუალო ფორმის შემთხვევაში ავადმყოფობის მიმდინარეობა იშვიათად უმჯობესდება. არცთუ იშვიათად 28-30 კვირის ორსულობისას იწყება გულის უკმარისობის მოვლენები.

ორსულობის გართულებაა თვითნებური აბორტი და ნაადრევი მშობიარობა.

მკურნალობა. საჭიროა ვიტამინები, დიეტა, სედატიური საშუალებები. რადიო-

აქტიური იოდისა და თირეოსტატიკური საშუალებების გამოყენება, თიოურაცილის რიგის პრეპარატები უკუნაჩვენებია.

მშობიარობის I და II პერიოდი გართულების გარეშე მიმდინარეობს. მესამე პერიოდში და ლოგინის ადრეულ ხანაში მოსალოდნელია სისხლის დენა, თრომბოჰემორაგიული სინდრომის განვითარება. ლოგინობის ხანაში დაავადება არცთუ იშვიათად მწვავდება. ამ დროს ახალშობილის კვება დედის ძუძუთი არ შეიძლება.

დაავადების მძიმე ფორმისა და საშუალო ფორმის გახანგრძლივებული მიმდინარეობის დროს საჭიროა ორსულობის შეწყვეტა.

ჰიპოთირეოიდიზმი ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპოფუნქციით გამოწვეული დაავადებაა. ამ დროს ვითარდება ლორწოვანის შეშუპება (მიქსედემა, კრეტინიზმი, cachexia strumipriva). ამ პათოლოგიის დროს ორსულობა არ არის სასურველი.

დაავადების მიზეზებია: ფსიქიკური ტრავმა, თავის ტრავმა, მწვავე და ქრონიკული ინფექცია, ტუბერკულოზი, სიფილისი.

კლინიკურ სურათს ახასიათებს ჩივილი საერთო სისუსტეზე, ძილიანობაზე, თავის ტკივილზე, წონის მომატება, კანის სიმშრალე, თვის ცვენა.

მკურნალობენ ენდოკრინოლოგთან ერთად თირეოიდინით. ორსულობის შენარჩუნება უკუნაჩვენებია.

იცენკო-კუშინგის დაავადება

ამ დაავადებას ახასიათებს სიმსუქნე, კანზე ვარდისფერი და იისფერი სტრიები, ჰიპერტენზია, ბულიმია, ორგანიზმში სითხის შეკავება, შაქრის პათოლოგიური მრუდი, შარდში კორტიკოსტეროიდების მომატება. რენტგენოლოგიურად აღინიშნება ჰიპოფიზის სიმსივნე.

თუ იცენკო-კუშინგის დაავადების დროს (როცა მკურნალობა არ არის ჩატარებული) ორსულობა განვითარდა, დაავადება ძალიან მძიმდება, ხშირია ორსულთა ტოქსიკოზი, თვითნებური აბორტი, ნაადრევი მშობიარობა, ნაყოფის ანტრანატალური სიკვდილი (პლაცენტის უკმარისობით გამოწვეული).

ორსულობა დაავადების აქტიურ ფაზაში უკუნაჩვენებია. დედისა და ნაყოფისათვის ყველაზე ხელსაყრელია რემისიის სტადია (თუმცა ორსულთა ტოქსიკოზი და ნაადრევი მშობიარობა ამ დროსაც შეიძლება განვითარდეს).

იცენკო-კუშინგის დაავადების დროს მშობიარობის პროცესში მოსალოდნელია შემდეგი გართულებები: სამშობიარო მოქმედების სისუსტე (I და II), ნაყოფის ჰიპოქსია, მშობიარობის III პერიოდში და ლოგინობის ადრეულ ხანაში სისხლის დენა.

დიფერენციალური დიაგნოსტიკა საჭიროა იცენკო-კუშინგის სინდრომის (რომელიც გამოწვეულია თირკმელზედა ჯირკვლების სიმსივნით) გამოსარიცხად, რენტგენოგრაფიის საფუძველზე. ამ სინდრომის დროს სისხლსა და შარდში კეტოსტეროიდები მეტი რაოდენობისაა, ვიდრე იცენკო- კუშინგის დაავადების დროს.

თირკმელზედა ჯირკვლების უკმარისობა

თირკმელზედა ჯირკვლების უკმარისობა უვლინდებათ ქალებს, რომლებსაც აქვთ ადისონის დაავადება ან ამოკვეთილი აქვთ ორივე თირკმელზედა ჯირკვალი.

ადისონის დაავადების კლინიკურ სურათს ახასიათებს საერთო სისუსტე, უძლურობა, გულისრევა, ტკივილი მუცლის არეში, დიარეა, კახექსია და სხვ. განსაკუთრებულ

ყურადღებას იქცევს კანის ფერი (მელანოდერმია) და ხილული ლორწოვანის პიგმენტაცია. პიგმენტაცია უმეტესად სახეზეა, ხელისგულებზე, იდაყვის სახსარში, თეთრ ხაზზე.

ორსულობის პერიოდის პირველ ნახევარში სტეროიდებზე მოთხოვნილება ძლიერდება, მეორე ნახევარში კი ორსულის საერთო მდგომარეობა უმჯობესდება, რაც დაკავშირებულია ფეტოპლაცენტური სისტემის მიერ სტეროიდების გამომუშავებასთან. განსაკუთრებით კრიტიკული პერიოდია მშობიარობა. მშობიარობის პროცესი საჭიროებს დაცვითი ძალების მობილიზაციას და ვითარდება თირკმელზედა ჯირკვლების გაძლიერებული ფუნქციის ფონზე. განსაკუთრებით საპასუხისმგებლოა მშობიარობის ადრეული ხანა, ამ დროს მოსალოდნელია კრიზისი.

მკურნალობა. საჭიროა პრედნიზოლონის 10-20 მგ დღე-ღამეში, დოქსა 2 დღის გამოშვებით (კუნთებში), 1 გრამამდე ასკორბინმჟავა დღე-ღამეში, სრულყოფილი კვება 10 გ ნატრიუმქლორიდის დამატებით (კალიუმის შეზღუდვა), ორსულობის ვადის მომატებასთან ერთად სტეროიდული ჰორმონების დოზის შემცირება.

მშობიარობა უნდა წარიმართოს კონსერვატიულად მაქსიმალური გაუტკივარებით, სისხლის დენის პროფილაქტიკით, სისხლის დენის შემთხვევაში სისხლის გადასხმით (მისი რაოდენობის აღდგენის მიზნით). მშობიარობის დაწყებისთანავე საჭიროა კუნთებში 125 მგ ჰიდროკორტიზონისა და 5 მგ დოქსას შეყვანა. შემდგომ სისხლის არტერიული წნევის კონტროლით განაგრძობენ 75 მგ ჰიდროკორტიზონისა და 5 მგ დოქსას შეყვანას 5-6 საათში ერთხელ. არტერიული წნევის დაქვეითებისას ჰორმონების დოზას ადიდებენ. მშობიარობის პირველ პერიოდში ვენაში შეყავთ 5%-იანი გლუკოზის ხსნარის 500 მლ 1 მლ 5%-იან ასკორბინმჟავასთან ერთად.

ოპერაციული ჩარევის დროს აღნიშნულ თერაპიას ოპერაციამდე 24 საათით ადრე ჩაატარებენ. ჰორმონოთერაპიას ლოგინობის ხანაშიც განაგრძობენ.

ხელოვნურ აბორტს აკეთებენ ინტენსიური ჰორმონოთერაპიის ფონზე.

ნერვული სისტემის დაავადებანი

ლაბილური ნერვული სისტემის მქონე ქალებს ზოგჯერ ორსულობა, მშობიარობა, განსაკუთრებით კი ლოგინობის ხანა ფსიქოზით ურთულდებათ. ორსულობასთან დაკავშირებული ფსიქოზი, ჩვეულებრივ, დეპრესიული ხასიათისაა, მანიაკალური მდგომარეობა გაცილებით იშვიათია. მკურნალობის შედეგი კარგია. იშვიათად ფსიქოზი ხანგრძლივ და მძიმე ხასიათს ღებულობს.

ორსულთა ფსიქოზი ორსულობის შეწყვეტის ჩვენებაა. ფსიქოზით დაავადებული მელოგინეები უნდა მოთავსდნენ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში.

ეპილეფსია. ორსულობის დროს ეპილეფსიის მიმდინარეობა რამდენადმე უარესდება. მაგრამ ძალიან იშვიათად გულყრა იშვიათდება და შესუსტდება. ეპილეფსიური გულყრა უნდა განვასხვავოთ ეკლამფსიური გულყრისგან.

ეპილეფსია შეიძლება გახდეს ორსულობის შეწყვეტის ჩვენება იმ შემთხვევაში, როდესაც ორსულობის დროს გულყრის რაოდენობა და ძალა მატულობს.

მიასთენია. ორსულობა და მიასთენია იშვიათია. ამ დაავადებას ახასიათებს გამწვავება ორსულობის დასაწყისში, ხოლო ორსულობის მიწურულისთვის შეიძლება მისი დამახასიათებელი სიმპტომები სულ არ იყოს გამოხატული.

ორსულობა არ რთულდება სპონტანური აბორტით და ნაადრევი მშობიარობით. მშობიარობის მიმდინარეობა ფიზიოლოგიურია (იშვიათია სწრაფი მიმდინარეობა). ლოგინობის ხანაში ხშირია მიასთენიური კრიზები.

მიასთენიით დაავადებულ ორსულებზე დაკვირვებას ახორციელებს როგორც მეან-გინეკოლოგი, ასევე ნევროპათოლოგი. მკურნალობის მიზნით ავადმყოფს

უნაშთავენ პროფესორის, იქსაძილს.

მშობიარობის მართვა კონსერვატიულია. მშობიარობის წინ მიასთენიური კრიზის შემთხვევაში საკეისრო გაკვეთაა საჭირო.

ორსულობის დროს დაავადების პროგრესირების შემთხვევაში ორსულობა ხელოვნურად უნდა შეწყვიტონ.

ორსულობა და ინფექციური დაავადებები

ორსულობა ინფექციური დაავადებებისადმი იმუნიტეტს არ იძლევა, ამიტომ ორსულს ისევე შეიძლება შეეყაროს ინფექციური დაავადება, როგორც არაორსულს. ცნობილია, რომ მწვავე და ქრონიკული დაავადებები ორსულობის პერიოდში მძიმედ მიმდინარეობს და უფრო საშიშია, რადგან აფერხებს ორსულობის ფიზიოლოგიურ მიმდინარეობას და იწვევს ორგანიზმის ინტოქსიკაციას.

ამ დროს ნაყოფის გამოძევების მექანიზმი გახანგრძლივებული და მოშლილია, რაც საშიშროებას აძლიერებს ენდოგენური და ეგზოგენური ინფექციის შეჭრის მხრივ. ამის ნიადაგზე გართულების შემთხვევათა რიცხვიც ერთობ დიდია.

ზოგიერთი ინფექციური დაავადების გამომწვევი მიკრობი და ვირუსი აბორტის, მშობიარობისა და ლოგინობის პერიოდში სასქესო ორგანოებზე გადადის და იწვევს როგორც ადგილობრივ, ისე ზოგად სეფსისურ პროცესს.

გრიპი, ანგინა, წითელი ქარი, ქუნთრუშა და სხვა ინფექციური დაავადებები იწვევს საშვილოსნოს შეკუმშვას, ნაყოფის სიკვდილს და ორსულობის მოშლას: ორსულობის შეწყვეტის მიზეზია მაღალი ტემპერატურა, უფრო ხშირად კი ტემპერატურის ცვალებადობა; ტოქსინებმა შეიძლება გამოიწვიოს როგორც საშვილოსნოს კუმშვა, ისე პლაცენტაში მოხვედრის გზით ნაყოფის ინტოქსიკაცია, სიკვდილი და ორსულობის შეწყვეტა.

ინფექციური დაავადებები განაპირობებს სხვადასხვა ცვლილებას მოსაქერლნ და ბუსუსოვან გარსებში - მათი მთლიანობის დარღვევას, ნეკროზს სისხლჩაქცევებს, ე.წ. endometritis haemorrhagica-ს. საშვილოსნოს ეს დაავადება პირველად სლავიანსკიმ აღწერა.

ენდომეტრიუმის ანთება, თავის მხრივ, იწვევს კვერცხის მოცილებასა და საშვილოსნოს ღრუდან გამოძევებას. დამტკიცებულია, რომ ზოგი მიკრობი აზიანებს ბუსუსებს, გადადის პლაცენტაზე, შემდეგ ნაყოფზე და იწვევს მის სიკვდილს. ორსულობის პირველ თვეებში დაღუპული ემბრიონი, რომლის სხეული ჯერ კიდევ ძალიან ნაზი და განუვითარებელია, სანაყოფე სითხეში სრულიად იხსნება. ორსულობის შემდეგ თვეებში დაღუპული ნაყოფი, როგორც წესი, გამოძევდება საშვილოსნოდან აბორტის ან ნაადრევი მშობიარობის სახით.

ვირუსული ჰეპატიტი

ვირუსული ჰეპატიტი (ბოტკინის დაავადება) ორსულობის მიმდინარეობაზე მეტად ცუდად მოქმედებს. მწვავე ჰეპატიტი ორსულობის პერიოდში (განსაკუთრებით პირველორსულებში) იძლევა სიკვდილიანობის მაღალ პროცენტს. ყველა ავტორი იმ აზრისაა, რომ დაავადების პირველი ნიშნების გამოვლენისთანავე საჭიროა ორსულობის (რა ვადისაც უნდა იყოს იგი) ხელოვნური შეწყვეტა. ასეთი ჩარევის ჩვენებაა ინტოქსიკაციისა და სიყვითლის გაძლიერება, საერთო სისუსტე, ნორმალური ან სუბფებრილური ტემპერატურის დროს პირისახისა და ქვედა კიდურების პასტოზურობა, ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი. ეპიდემიური ჰეპატიტი წააგავს

ორსულთა ღვიძლის მწვავე ყვითელ დისტროფიას. ბოტკინის დაავადების დამახასიათებელია მწვავედ დაწყება, ტემპერატურის მომატება, საერთო სისუსტე, ნაწლავების ფუნქციის მოშლა (შეკრულობა ან ფაღარათობა), ღებინება, კიდურების ტკივილი და სხვ.

მკურნალობა. საჭიროა დიეტა, ვიტამინოთერაპია, 40%-იანი ან 5%-იანი გლუკოზის, პოლიგლუკინის, მშრალი პლაზმის, ფიზიოლოგიური ხსნარის შეყვანა ორგანიზმში, პრედნიზოლონი - სქემის მიხედვით.

გრიპი

გრიპი იწვევს ორსულობის შეწყვეტას, განსაკუთრებით გვიან ვადაში. გრიპის პანდემია არცთუ იშვიათად შობადობის დაქვეითებას იწვევს. პანდემიის დროს ხშირია მშობიარობისა და ნაყოფის ინტრანატალური სიკვდილი, ახალშობილთა სიკვდილი 40%-ს აღწევს. მშობიარობისშემდგომი პერიოდი არცთუ იშვიათად რთულდება სისხლის დენით, ლოგინობის ხანის დაავადებებით, პნევმონიით, ფილტვების ემპიემით. ორსულთა გრიპული პნევმონია მძიმედ მიმდინარეობს, არცთუ იშვიათად მოსალოდნელია ლეტალური გამოსავალი. ამ დროს საჭიროა ორსულობის შეწყვეტა.

ტიფი, პარატიფი და დიზენტერია

მუცლის ტიფი ორსულობის დროს იშვიათი დაავადებაა. შემთხვევათა 80%-ში ორსულობა შეწყდება. ორსულობის მოშლა მით უფრო ხშირია, რაც უფრო მცირე ხნისაა იგი. ორსულობის შეწყვეტას იწვევს მაღალი ტემპერატურა ან ნაყოფის დაავადება და სიკვდილი. ტიფის აგლუტინინები პლაცენტის გზით გადადის ნაყოფში. საშვილოსნოს ლორწოვანა შეცვლილია. მშობიარობის შემდეგ არცთუ იშვიათია ჰიპოატონიური სისხლის დენა.

შებრუნებული ტიფი ორსულობის ფიზიოლოგიური მიმდინარეობისთვის მეტად საშიში დაავადებაა. ამ დროს ორსულობის შეწყვეტა უფრო ხშირია, ვიდრე სხვა ინფექციის შემთხვევაში.

დიზენტერია ორსულთა და მშობიარეთათვის მეტად მძიმე და საშიში დაავადებაა. ხშირია ორსულობის შეწყვეტა. ლოგინობის ხანაში დიზენტერია არცთუ იშვიათად რთულდება სეფსისით, რომლის გადატანა დასუსტებული ორგანიზმისთვის ძნელია.

პარატიფი. ამ ჯგუფში შედის რამდენიმე დამოუკიდებელი დაავადება, რომელსაც სალმონელები იწვევენ.

სიმპტომები მრავალფეროვანია, მიმდინარეობა შეიძლება იყოს მწვავე ან ტორპიდული, ახასიათებს ღებინება, თავის ძლიერი ტკივილი, ცნობიერების დაბინდვა.

დიფერენციული დიაგნოსტიკით უნდა გამოირიცხონ ნეფროპათიის მძიმე ფორმები და ეკლამფსია. ამ დროს გასათვალისწინებელია, რომ ცანგენმეისტერის ტრიადა სალმონელოზს არ ახასიათებს.

ორსულობის მიმდინარეობაზე პარატიფი არასასურველად მოქმედებს, ხშირია თვითნებური აბორტი და ნაადრევი მშობიარობა.

მალარია

ორსული ქალი მალარიით ისევე ხშირად ავადდება, როგორც არაორსული. შემჩნეულია, რომ თუ ქალს ორსულობამდე ჰქონდა მალარიის შეტევები, ორსუ-

ლობის პერიოდში და განსაკუთრებით ლოგინობის ხანაში კვლავ განუახლდება. მალარიის დროს ორსულობა წყდება შემთხვევათა 20%-ში.

საქართველოში მალარიის ახალი ფორმები თითქმის არ გვხვდება. მალარიის ტოქსინებმა და ტემპერატურის მკვეთრმა ცვალებადობამ შეიძლება ხელი შეუწყოს საშვილოსნოს აგზნებას და შეკუმშვის დაწყებას. მალარიის პლაზმოდიები აზიანებს პლაცენტის ბარიერულ უნარს და ნაყოფში გადადის. მალარიის დროს პლაცენტის ბუსუსების დაზიანება შეისწავლა რუსიგერ-არუშვეამ.

პლაზმოდიები ერითროციტულად გვხვდება დედისა და ახალშობილის სისხლსა და პლაცენტაში.

მალარია ართულებს მშობიარობას. მშობიარობა გახანგრძლივებულია, ჭინთვა სუსტია. ხშირად საჭირო ხდება ოპერაციული ჩარევა - სამეანო მაშის გამოყენება. ლოგინობის ხანაში აღინიშნება საშვილოსნოს ცუდი უკუგანვითარება, სისხლიანი ლოქიები 5-6 დღემდე გრძელდება. ლოგინობის ხანაში ხშირია მალარიის ლატენტური ფორმის გამომჟღავნება და მწვავე შეტევების განმეორება, რაც ჩვეულებრივ ლოგინობის ხანაში მე-4-5 დღეს ხდება.

ქინაქინას ხმარობენ თერაპიული დოზით. შედარებით მცირე დოზა საშვილოსნოს კუმშვას აძლიერებს, ძლიერ პატარა დოზა კი - მალარიის პროვოკაციას იწვევს. ამიტომ ქინაქინასთან ერთად აუცილებელია უნიშნავენ თიამინის 10-15 წვეთის დღეში ერთხელ ლუდის ან სანთლის სახით, რათა საშვილოსნოს შეკუმშვა არ გამოიწვიოს. ამავე დროს რეკომენდებულია calcii lactici- ს დანიშვნა. ქინაქინის ნაცვლად იყენებენ აკრიქინს, პლაზმოციდს, სტრიქნინს ნეოსალვარსანს, ატებრინს, ბიგუმალსა და სხვ.

ორსულობა და ტუბერკულოზი

წარსულში გადატანილი და განკურნებული ტუბერკულოზი ორსულობის მიმდინარეობას არავითარ საშიშროებას არ უქმნის.

ჰემატოგენური, დისემინირებული, ინფილტრაციული, ფიბროზულ-კავერნული აქტიური ფორმის შემთხვევაში ტუბერკულოზის პროცესი მწვავდება როგორც ორსულობის, ისე განსაკუთრებით ლოგინობის ხანაში.

ორსულობის დროს ეს დაავადება შემთხვევათა 0,3%-ში გვხვდება. ტუბერკულოზის დროს ორსულობის გართულებაა თვითნებური აბორტი (11%-ში), ნაადრევი მშობიარობა (41%-ში), ნაადრევი და გვიანი ტოქსიკოზი. ნაყოფის ქრონიკული ჰიპოქსია (ჟანგბადის უკმარისობის გამო).

ასეთი ქალთა მშობიარობა შედარებით სწრაფად მიმდინარეობს, ვიდრე ჯანმრთელ ქალთა მშობიარობა. მშობიარობის პროცესში გართულებები ახასიათებს დესტრუქციულ ფორმებს.

კეროვანი, ინფილტრაციული, ჰემატოგენური, დისემინირებული ფორმების (დაშლის გარეშე ან ახალი დესტრუქციით) შემთხვევაში საჭიროა კომბინირებული ანტიბაქტერიული მკურნალობა.

ტუბერკულოზი ორსულობამდე საჭიროებს მკურნალობას (სტრეპტომიცინით, ფთივაზიდით, პარაამინოსალიცილმჟავათი, ქლორკალციუმით, ვაქცინით და სხვ.). ქრონიკული ფიბროზულ-კავერნული პროცესის დროს, თუ კონსერვატიული მკურნალობა არაეფექტურია, საჭიროა ქირურგიული მკურნალობა.

დესტრუქციული ფორმის შემთხვევაში ორსულობის შეწყვეტა საჭიროა 12 კვირამდე. დიდი ვადის ორსულობის შემთხვევაში კი რეკომენდებულია ორსულობის დრომდე მიტანა ან ნაადრევი მშობიარობის გამოწვევა.

ლოგინობის ხანაში მოსალოდნელია პროცესის გაუარესება. არის ხოლმე მილიარული ტუბერკულოზის შემთხვევა, რომელიც დასაბამს პლაცენტის ტუბერკულოზური კერებიდან იღებს.

გართულებას განსაკუთრებით იწვევს ხორხის ტუბერკულოზი, რომლის დროს აუცილებელია ორსულობის შეწყვეტა. აღწერილია აგრეთვე ძვლების, სახსრების, კანის ტუბერკულოზის გამწვავება.

ამჟამად სავალდებულოა ახალშობილთა ვაქცინაცია სპეციალურად შესუსტებული ტუბერკულოზური ბაცილების კულტურით (B G C). ორგანიზმის ასეთი ვაქცინაციის მიზანია ტუბერკულოზის ინფექციისადმი ახალშობილის ორგანიზმის დაცვითი უნარის გაძლიერება.

სიფილისი

სიფილისი მძიმე დაავადებაა, რომელიც განსაკუთრებით ცუდად მოქმედებს ორსულობის მიმდინარეობასა და ნაყოფზე. სიფილისით დაავადებული ქალი იშვიათად შობს დღესრულ, ცოცხალ და სიცოცხლისუნარიან, ჯანმრთელ ნაყოფს. ბავშვი იბადება დღენაკლული, მაცერირებული, ზოგჯერ მას აქვს გამონაყარი ხელის- და ფეხისგულებზე - ლუესური პემფიგუსი (pemphigus luetica), ასციტი, გადიდებული ღვიძლი, ელენთა, თანდაყოლილი სურდო, სიყვითლე. ხშირად სიმახინჯე - ჰიდროცეფალია. სიფილისით დაავადებულ ორსულებს აღენიშნებათ მრავალწყლიანობა, ნაყოფის ჭიპლარის გადაგვარება და პლაცენტის ნაადრევი მოცილება, ხოლო მოგვიანებით - სისხლის დენა ჭიპლარიდან ან ჭიპიდან.

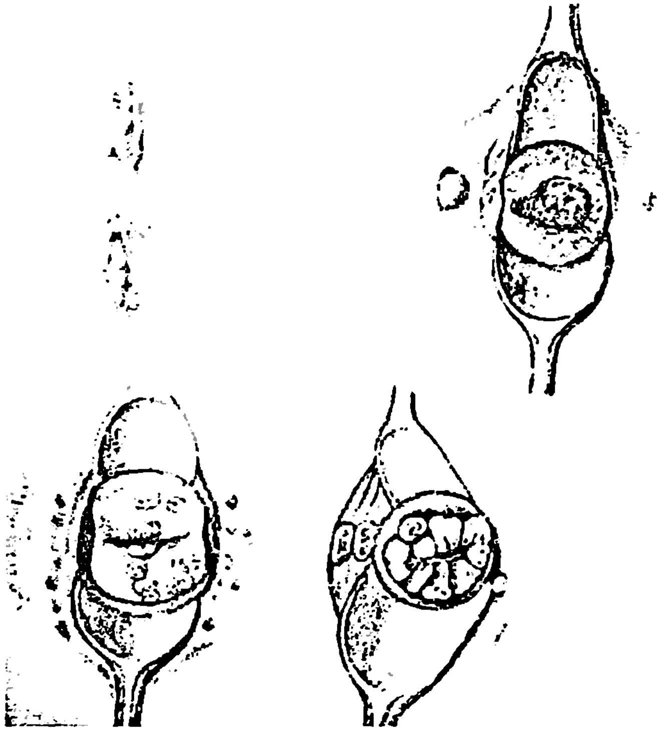
ლუესის დროს პლაცენტა დიდია - შეფარდებით 1:3. იგი იწონის 1000 გრამს, ზოგჯერ მეტსაც. მაგრამ პლაცენტის დიდი მოცულობა და წონა აუცილებლად სიფილისზე არ მიუთითებს, რადგან პლაცენტის ასეთ გადაგვარებას სხვა სახის ინფექციაც იწვევს.

სიფილისის დროს დამახასიათებელია პლაცენტის ჰისტოლოგიური ცვლილებები. ქორიონის ბუსუსები ერთმანეთთან ერთობ მჭიდროდაა, მათი სინციტიუმი პროლიფერაციას განიცდის, ბუსუსების სტრომაში აღინიშნება შემაერთებელი ქსოვილის განვითარება. ხშირად ანთების გამო სისხლძარღვები იხშობა, მისავარდნ გარსში ზოგჯერ ნახულობენ ინფილტრაციას, პლაცენტაში იშვიათად გუმებიც არის.

სიფილისი აქვეითებს განაყოფიერებისა და დაორსულების უნარს. ართულებს ორსულობის მიმდინარეობას, ახანგრძლივებს მშობიარობას, განაპირობებს პლაცენტის ნაადრევ მოცილებას ან ნაწილების ჩარჩენას საშვილოსნოს ღრუში და ამის გამო სისხლის დენას.

სიფილისიან მელოგინეთა სუბფებრილური ტემპერატურა ხშირია. სიფილისით დაავადებული ქალი პირველ ორსულობას ამთავრებს აბორტით დაახლოებით მე-5 თვეზე; მეორე ორსულობა უფრო ხანგრძლივია. მაგრამ ხშირად ნაადრევი მშობიარობით მთავრდება - ნაყოფი მაცერირებული მკვდარია. მესამე ორსულობა დრომდე აღწევს და ქალი მკვდარი ნაყოფით მშობიარობს. შემდგომი ორსულობის დროს კი იბადება ცოცხალი ნაყოფი სიფილისის ნიშნებით. დასასრულ, ამ დროს შეიძლება დაიბადოს გარეგნულად საღი ბავშვი, მაგრამ საბოლოოდ იგი ფიზიკურად და ფსიქიკურად ჩამორჩება განვითარებაში.

ზოგჯერ ლოგინობის პერიოდი რთულდება სხვა ინფექციით. საჭიროა როგორც დედის, ასევე ახალშობილის იზოლაცია. ახალშობილი დედამ არ უნდა კვებოს ძუძუთი. ახალშობილისგან დაავადება შეიძლება შეხვდეს ძიძას და ძუძუს კერტზე განუ-



სურ.81 ეულეისა და საშვილოსნოს ყელის
სიფილისური წყლული

ვითარდეს. ასეთი გზით დაავადების გადაცემის არაერთი შემთხვევაა აღნიშნული.

სიფილისის გამოვლინება საჭიროებს ყველა ორსულის დეტალურ გამოკვლევას - ორჯერად ვასერმანიზაციას, ჭიპლარის სისხლის გასინჯვას. ამ მუშაობით თანაბრად უნდა იყოს დაინტერესებული ქალთა კონსულტაცია, ვენდისპანსერი, სამეანო და ვენერიული სტაციონარები. ზოგ შემთხვევაში საჭიროა ვასერმანიზაციის განმეორებით ჩატარება.

მკურნალობა იმდენად ეფექტურია, რამდენადაც ადრეა იგი დაწყებული და სისტემატური ხასიათისაა.

სიფილისით დაავადებულ ქალს სპეციფიკური მკურნალობა უნდა ჩაუტარონ ორსულობამდე, ორსულობის პერიოდში და შემდეგაც - სრულ განკურნებამდე. აუცილებელია მისი ქმრის მკურნალობაც. დროული და სწორი მკურნალობის შედეგად ორსული ინკურნება და ჯანმრთელი ახალშობილი იბადება. აუცილებლობის შემთხვევაში მკურნალობენ ლოგინობის ხანაშიც. ყოველი შემდეგი ორსულობისას სიფილისით დაავადებულ ორსულს უნდა ჩაუტარონ სპეციფიკური მკურნალობა. აუცილებელია ორსულთა ორჯერადი გამოკვლევა ორსულობის I და II ნახევარში.

გონორეა

გონორეით (ბერძ. „გონორე" - თესლის დენა) ცხოველები არ ავადდებიან.

გონორეის, როგორც დაავადების, მეცნიერული შესწავლა დაიწყო ნეისერმა (1879 წ.). მისი გამომწვევი გონოკოკის აღმოჩენის შემდეგ. გონოკოკები ლობიოს ან ყავის მარცვლის მოყვანილობისაა და ლეიკოციტებში წყვილ-წყვილადაა (დიპლოკოკი) განლაგებული შეზნექილი საპირებით. მისი სიგრძე დაახლოებით 1.25 მიკრონია, დიამეტრი კი - სიგრძის ნახევარი. ისინი გრამის წესით არ იღებებიან, ამიტომ გრამუარყოფითებს უწოდებენ.

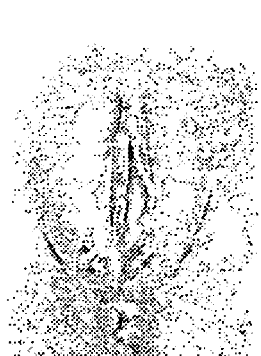
გონორეა იმუნიტეტს არ იძლევა - ავადმყოფი არ არის დაზღვეული ინფექციის განმეორებისგან. გონორეით დაავადებით რიცხვი 3-4%-ით განისაზღვრება.

მელოგინეთა გონორეით დაავადების შემთხვევაში არცთუ იშვიათია. გონორეა ვრცელდება სქესობრივი კავშირის შედეგად. ორსულებსა და არაორსულებში მისი სხვა გზით გავრცელება იშვიათია.

ორგანიზმში გონოკოკის შეჭრისთვის აუცილებელი არ არის ლორწოვანი გარსის წინასწარი დაზიანება, რადგან იგი თვით იწვევს ანთებას. ქსოვილში შეჭრის დროს გონოკოკები თავსდება ეპითელიუმს შორის არსებულ არეებში ან გამომუშავებული ტოქსინების საშუალებით იწვევს ეპითელიუმის განადგურებას, მოსპობას.

გონორეა ლოკალიზდება საშვილოსნოს ყელში, ურეთრაში. იგი შეიძლება ბუდობდეს აგრეთვე სკენესა და ბართოლინის ჯირკვლებში.

საშვილოსნოს ყელიდან ინფექცია აღმავალი გზით ვრცელდება საშვილოსნოს ღრუში, ფალოპის მილებსა და საკვერცხეებზე, პარამეტრიუმსა და მენჯის პერიტონეუმზე. აღწერილია აგრეთვე შორეულ ორგანოებზე - ენდოკარდიუმში, სახსრებში, თირკმელებში და სხვ. მისი გავრცელების შემთხვევები.



სურ.82 ვულვის გონორეული კონდილომები

გონორეა აზიანებს საშვილოსნოს ლორწოვან გარსს. მენსტრუაციის დროს ამ გარსის ფუნქციური შრე ჩამოიფქცევა და ახალი წარმოიქმნება, რის გამოც საშვილოსნოში პროცესი ხშირად თავისთავად იკურნება, სხვა ადგილებში კი - რჩება.

მწვავე გონორეის დროს განაყოფიერება იშვიათია, რადგან ჩირქოვანი გამონადენი მოქმედებს სპერმატოზოიდებზე.

ქრონიკული გონორეა იწვევს აბორტს ორსულობის პირველ ნახევარში. ორსულობის მოშლის მიზეზია საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები, აგრეთვე ორგანიზმის ინტოქსიკაცია.

უმეტეს შემთხვევაში გონორეა ორსულობამდე არსებობს. ორსულობის დროს იგი იშვიათად შეეყრება ქალს, მაგრამ ადვილად ვრცელდება, რადგან ქსოვილის გაფხვიერება ხელს

უწყობს გონოკოკების ინოკულაციას ისეთ ადგილებში, სადაც ორსულობის გარეშე ისინი იშვიათია.

სასქესო ტრაქტის ქვედა ნაწილების, ე.ი. ვულვის, შარდსადენის გარეთა პირის, საშვილოსნოს ყელის ქრონიკული გონორეა დაორსულებას თითქმის არ უშლის ხელს. საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის გონორეის დროს ორსულობა იშვიათია, მხოლოდ გამონაკლისის სახითაა, მაშინ, როცა საშვილოსნოს კედლის ლორწოვანი ნაწილობრივ საღია და მასზე შეიძლება მიემაგროს განაყოფიერებული კვერცხი. შემდეგში ემბრიონი (ნაყოფი) ვერ პოულობს შესაფერ ნიადაგს დაზიანებულ მოსავარდნ გარსში მისი ანთების გამო (endometritis decidualis), რის შედეგადაც, ჩვეულებრივ, ორსულობის პირველ ნახევარში აბორტი ხდება.

ინფექცია საშვილოსნოს ღრუში ვრცელდება მანამ, სანამ საშვილოსნოს ღრუ ღიაა, ე.ი. მთლიანად არ არის ამოვსებული კვერცხით. ორსულობის ოთხი თვის შემდეგ ნამდვილი და კაფსულური მოსავარდნ გარსების შეერთებით ნაყოფი მთლიანად ავსებს საშვილოსნოს ღრუს, რომელიც ჰერმეტულად იხურება და ინფექცია საშვილოსნოს ყელის ზევით აღარ ვრცელდება.

ორსულობის მეორე ნახევარში ინფექციის შეჭრა ორგანიზმში აბორტს არ იწვევს, ამ შემთხვევაში იგი აზიანებს შარდსადენის გარეთ პირს, იქვე მდებარე პარაურეთრულ სადინარებს, ბართოლინის ჯირკვლებს, საშვილოსნოს ყელს. ზოგჯერ საშოსაც. საშვილოსნოში გონოკოკები ვერ ვრცელდება და ორსულობა ვადამდე აღწევს.

ორსულობის დროს გონორეას ახასიათებს დიდი რაოდენობით გამონადენი, ე.ი. თეთრად შლა, რადგან ქსოვილები ძალიან გაფხვიერებულია, საშოს ლორწოვანი ჩირქის დენის გამო ხორკლებითაა დაფარული. ამავე მიზეზის გამო საშოს შესავალში, შორისზე და საშოშიც ვითარდება წვეტიანი კონდილომები, მამლის ბიბილოს მსგავსი წარმონაქმნები - წანაზარდები, რომლებიც კანის დვრილოვანი შრის ჰიპერტროფიის შედეგია. ისინი ძლიერ ინტენსიურად მრავლდებიან და ზოგ შემთხვევაში მთლიანად ამოავსებენ საშოს ისე, რომ სქესობრივი ცხოვრება და მშობიარობა შეუძლებელი ხდება.

კონდილომებს სუნიანი გამონადენი აქვს. ორსულობის პერიოდში წვეტიანი კონდილომების ზრდა-გამრავლება სწრაფი ტემპით მიმდინარეობს. ასეთი კონდილომები სხვა ინფექციასაც ახასიათებს. დიაგნოზის დასაზუსტებლად საჭიროა გონორეის დამახასიათებელ სხვა კლინიკურ ნიშნებსაც მიექცეს ყურადღება, განსაკუთრებით ბაქტერიოსკოპული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევების მონაცემებს.

გონორეა ართულებს მშობიარობას, ხელს უწყობს სანაყოფე სითხის ნაადრევ დაღვრას, პლაცენტის ნაწილების ჩარჩენას საშვილოსნოს ღრუში. მშობიარობა გახანგრძლივებული და ერთობ მტკივნეულია, ხელს უწყობს სხვა ინფექციების გავრცელებას სასქესო ორგანოებში. ზოგჯერ ინფექცია ნაყოფს ხვდება, უფრო ხშირად თვალებს უზიანებს (ახალშობილთა ბლენორეა). მის საწინააღმდეგოდ ახალშობილებს უტარებენ პროფილაქტიკას პენიცილინით, 30%-იანი ალბუციდის ხსნარითა და 1-2 %-იანი ლაპისის ხსნარით.

შემჩნეულია, რომ ლოგინობის ხანაში გონოკოკს გამოცოცხლება ეტყობა. ფალოპიუსის მილებზე გადასული ინფექცია იწვევს მათ დახშობას, რის გამოც ქალს ერთ შვილზე მეტი არ გაუჩნდება.

ორსულობის, მშობიარობისა და ლოგინობის ხანაში საჭიროა გონორეის მკურნალობა და განკურნების კრიტერიუმის ზუსტი დაცვა.

ინტრანატალური ინფექცია

ტოქსოპლაზმოზი

ინფექციური ტოქსოპლაზმოზი ინფექციური დაავადებაა. მისი გამომწვევია Toxoplasma gondii, რომელიც 1909 წელს აღმოაჩინეს. ტოქსოპლაზმოზი უმარტივესი პარაზიტია ჯგუფს ეკუთვნის. პათოგენურია ბოგიერთი ძუძუმწოვრისა და მათ შორის ადამიანისთვისაც. ადამიანის ინფიცირება ხდება ცხოველის. ნაყოფისა კი - დედის მიერ პლაცენტური გზით: ეს უკანასკნელი შემთხვევა თანდაყოლილი ტოქსოპლაზმოზია, იმის მიხედვით, თუ ორსულობის რომელ პერიოდში მოხდა ინფიცირება, ორსულობის პირველ ნახევარში ხშირია აბორტი, ხოლო ორსულობის მეორე ნახევარში ნაადრევი მშობიარობა და მკვდრად შობადობა. იშვიათად იბადება ცოცხალი ნაყოფი, რომელსაც ამ დაავადების დამახასიათებელი ნიშნები აქვს (ჰიდროცეფალია, მაკროცეფალია, მიკროფთალმი, საერთოდ ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება). სიმპტომები ვითარდება ორგანოგენეზის პერიოდში.

არჩევენ შეძენილ და თანდაყოლილ ტოქსოპლაზმოზს. შეძენილი ტოქსოპლაზმოზის დროს არჩევენ შემდეგ ფორმებს: ა) ლიმფოგრანულურს - ლიმფური კვანძების დაზიანება მცირედ გამოხატული ზოგადი ინტოქსიკაციით; ბ) ეგზანთემურს - ზოგადი, მძიმე ინტოქსიკაციით და შინაგანი ორგანოების დაზიანებით (მიოკარდიტი, ინტერსტიციული პნევმონია, ჰეპატიტი, გლომერულონეფრიტი, ენტეროკოლიტი); გ) მენინგო-ენცეფალიტურს; დ) ვისცერულს - გულის, ღვიძლისა და ფილტვების ფორმა; ე) თვალისას - თვალის ბადურის დაზიანებას; ვ) წაშლილ, ან ატიპურ და ლატენტურ ფორმას. შეძენილი ტოქსოპლაზმოზი მიმდინარეობს ქრონიკულად, საჭიროებს განსაკუთრებულ ყურადღებას; ხშირია თვითნებური აბორტი, ნაადრევი მშობიარობა, მკვდრადშობადობა, სამეანო სისხლის დენა, ახალშობილების თანდაყოლილი ანომალიები.

თანდაყოლილი ტოქსოპლაზმოზი. ავადმყოფის სტადია დამოკიდებულია ორსულობის ვადაზე. თუ ნაყოფი ინფიცირდება მუცლად ყოფნის უკანასკნელ კვირას, ახალშობილი იბადება ტოქსოპლაზმოზის გენერალიზაციის სტადიაში, რომელსაც ახასიათებს ჰეპატოსპლენომეგალია, შემცივნება. მოსალოდნელია სიყვითლე, ეგზანთემა. პნევმონია, გულის დაზიანება.

თუ ინფიცირება მოხდა ორსულობის უფრო ადრეულ ვადაში, ნაყოფი იბადება დაავადების ქვემწვავე სტადიაში, ამავე დროს ჭარბობს ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება (მენინგო-ენცეფალიტი, რომელიც ვლინდება დამბლით და ღებინებით).

თუ მწვავე და ქვემწვავე სტადია მუცლად ყოფნის პერიოდში განვითარდა, ახალშობილი ქრონიკული ტოქსოპლაზმოზით იბადება. ამ დროს ახალშობილებში ჭარბობს ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება, სხვადასხვა თანდაყოლილი სიმახინჯე, განვითარების მანკი: დაუნისა და ლიტრის დაავადება, ჰიდროცეფალია, მიკროცეფალია, აგრეთვე ოლიგოფრენია, იდიოტია, ეპილეფსია, გულის მანკი, მიკროფთალმია და სხვ.

ზოგ შემთხვევაში ნაყოფი იღუპება ან ორსულობა მთავრდება თანდაყოლილი აბორტით, მკვდრადშობადობით, სიცოცხლისუუნარო ნაყოფით.

ქალთა კონსულტაციაში ორსულის გამოცხადებისთანავე დიდ ყურადღებას აქცევენ ანამნეზს. ქალებს, რომლებსაც აღენიშნებათ დამძიმებული სამეანო ანამნეზი, თვითნებური აბორტი, ნაადრევი მშობიარობა, მკვდრადშობადობა, აგრეთვე

განმეორებით ორსულებს, რომელთა ახალშობილებსაც ჰქონდათ დაუნისა ლიქვორის დაავადება, თვალის პათოლოგია, ნევროლოგიური დაავადებანი და სხვ., კომპლექსურ ამბულატორიულ, კლინიკურ და სპეციალურ სეროლოგიურ გამოკვლევებს უტარებენ. კომპლემენტის შებოჭვის რეაქცია კოლელითეის სპეციფიკური არ არის.

მკურნალობას ქლორიდინით ჩაატარებენ. თითოეული კურსის ხანგრძლივობაა 28-30 დღე, შესვენება 10 დღე. პირველ კურსს ჩაატარებენ ორსულობამდე, მეორეს - 8-12 კვირის ორსულობის შემდეგ, მესამეს - 10-დან 24 კვირამდე, მეოთხეთ - 32-დან 36 კვირამდე, მეხუთეს - მოშობილის ადრეულ ხანაში.

ორსულობის მკურნალობის ციკლი ასეთია: ქლორიდინი 0,025 2-ჯერ 5 დღის განმავლობაში, სულფადიმეზინი - 0,5 3-ჯერ დღეში 7 დღის განმავლობაში, 40%-იანი გლუკოზის 20 მლ ასკორბინმჟავასთან ერთად (5%-იანი 2 მლ) ვენაში 10 დღის განმავლობაში, 5%-იანი თიამინის ბრომიდის 1 მლ და 5%-იანი პირიდოქსინის ჰიდროქლორიდის 1 მლ კუნთებში, 10 დღის განმავლობაში მონაცვლეობით, ნიკოტინმჟავა 0,02 და ასკორბინმჟავა 0,05 2-3-ჯერ 10 დღის განმავლობაში.

არაორსულთა მკურნალობა განსხვავებულია: 0,025 ქლორიდინი 2-ჯერ დღეში, 0,5 სულფადიმეზინი 4-ჯერ დღეში. ორივე პრეპარატს აძლევენ 10 დღის განმავლობაში. შუალედი 4-6 კვირაა. ამის პარალელურად საჭიროა სიმპტომური მკურნალობა.

პროგნოზი მკურნალობის სრული კურსის ჩატარების შემთხვევაში კარგია. ორსული იკურნება, ორსულობა ბოლომდე მიმდინარეობს. ჯანმრთელი ახალშობილი იბადება.

ლისტერიოზი

ლისტერიოზის გამომწვევია ბაქტერია Listeria monocytogenes. ლისტერიოზი ხშირია ღორებში, ცხვრებში, თხებში, ცხენებში, ძროხებში, ძაღლებში, მღრღნელებში და სხვ. დასნებოვნება შეიძლება გამოიწვიოს ლისტერიოზით დასნებოვნებული რძისა და ხორცის პროდუქტების მიღებამ, აგრეთვე ინფიცირებული მტვრის შესუნთქვამ.

არჩევენ ლისტერიოზის ოთხ კლინიკურ ფორმას: ანგინურ-სეფსისურს, ტვინოვანს, სეფსისურ-გრანულომატოზურს და თვალ-ჯირკვლოვანს. დაავადება შეიძლება მიმდინარეობდეს მწვავედ, ქვემწვავედ, ქრონიკულად და აბორტულად.

ლისტერიოზის სიმპტომატოლოგია სხვადასხვა კლინიკური ფორმის შემთხვევაში სხვადასხვაგვარია.

ლისტერიოზის დროს მოსალოდნელია თვითნებური აბორტი, ნაყოფის ანტენატალური სიკვდილი, მკვდრადშობადობა, ნაყოფის განვითარების ანომალია, დამახასიათებელია შემციენება.

სისხლში აღინიშნება მონოციტოზი, მონონუკლეოზი (ლიმფოციტოზი), ლეიკოციტოზი, ლეიკოციტური ფორმულის მარცხნივ გადახრა, ნეიტროფილების პროცენტის დაქვეითება. ზურგის ტვინის სითხეში აღინიშნება [illegible].

სეფსისური გრანულომატოზური ფორმის შემთხვევაში აღინიშნება ღვიძლის, ელენთის, ლიმფური კვანძების, გულის, ცენტრალური ნერვული სისტემის, ტვინის გარსების, საშვილოსნოს, პლაცენტისა და ახლშობილის ორგანოთა დამახასიათებელი ცვლილებები. ორგანოთა ქსოვილებში წარმოიქმნება ლისტერიომები - მორუხო-თეთრი ან მოყვითალო გრანულური კვანძები, რომელთა ცენტრში ლისტერიებია, ნაყოფს სეპტიცემია აღენიშნება.

სეროლოგიური დიაგნოსტიკა მდგომარეობს აგლუტინაციის რეაქციისა და კომპლემენტის შებოჭვის რეაქციაში.

მკურნალობა. ორსულობის პერიოდში ლისტერიოზს კომბინირებულად მკურნალობენ ანტიბიოტიკებითა და სულფანილამიდებით.

ყველაზე ეფექტური ანტიბიოტიკებია ტეტრაციკლინის რიგის პრეპარატები: ტერამიცინი, ტეტრაციკლინი, ტეტრაოლეანი, ოლეტეტრინი, სიგმამიცინი, ოლეანდომიცინი. მათ უნიშნავენ 10 დღის განმავლობაში, შემდეგ კი გამოიყენებენ სულფადიმეზინს - 0,5 4-ჯერ დღეში 4 დღე. ორსულობის პერიოდში მკურნალობის სამ კურსს ჩატარებენ. განმეორებითი კურსის ჩატარების დროს საჭიროა სულფადიმეზინის დანიშვნა.

ორნითოზი (ფსიტაკოზი). დაავადების გამომწვევია ფილტრში გამავალი ვირუსი, რომელიც არის ცხვირიდან გამონადენში, ნაღებინებ მასასა ან განავალში. ეს დაავადება ადამიანს ფრინველისგან ხედება (წვეთოვანი ან ჰაეროვანი გზით).

დაავადება მიმდინარეობს მწვავედ, დამახასიათებელია თავის ძლიერი ტკივილი. მაღალი ტემპერატურა (39-40-მდე), რაც 10-20 დღე გრძელდება. დაავადების რამდენიმე დღის შემდეგ ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა უარესდება, ვითარდება დეპრესია ან აგზნება, ბრადიკარდია, ჰიპოტონია, სისხლში ლეიკოპენია. დაავადება გრძელდება 2-4 კვირას.

ორსულობის დროს ვირუსი პლაცენტურ ბარიერში გადადის და ვითარდება ემბრიოფეტოპათია. ხშირია თვითნებური აბორტი ან ნაადრევი მშობიარობა.

მკურნალობა. საჭიროა ანტიბიოტიკები (ბიომიცინი, ტერამიცინი 1-2 გ დღეღამეში 7-10 დღის განმავლობაში).

ციტომეგალია

ციტომეგალია ქრონიკული ვირუსული ინფექციაა, რომელიც უმეტესად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. მკურნალობის შედეგად იგი შეიძლება გარდაიქმნას მშვიდ ფორმად, რომელიც ნაკლებად საშიში იქნება ნაყოფისათვის.

ციტომეგალოვირუსი ქალის ორგანიზმში შეიძლება წლების მანძილზე იყოს მიძინებულ მდგომარეობაში და გააქტიურდეს სტრესულ სიტუაციაში. იმუნოდეფიციტის დროს (ციტომეგალოვირუსული ინფექცია პრაქტიკულად შიდსის მუდმივი თანამგზავრია).

ციტომეგალოვირუსი ყველაზე საშიშია ნაყოფისათვის. ხშირად ნაყოფის ინფიცირებას მივყავართ აბორტამდე და ნაადრევ მშობიარობამდე. და თუ ინფიცირებული ციტომეგალოვირუსით ბავშვი დაიბადება დროზე, მას ემუქრება ვირუსული დაავადების გენერალიზებული ფორმა - სეფსისი, ჰეპატიტის, ღვიძლის ციროზის, ც.ნ.ს. დაზიანების, ფილტვების დაავადების სახით.

ვირუსოლოგმა ე.ი.გავრილოვმა ციტომეგალია შეადარა მითოლოგიურ ურჩხულს, რომელსაც აქვს უსასრულო შესაძლებლობა იცვალოს სახე.

დადგენილია, რომ ციტომეგალო ვირუსული ინფექცია შვიდჯერ უფრო ხშირად აზიანებს ნაყოფს, ვიდრე წითელას ვირუსი. ბავშვის ინფიცირება მშობიარობისას (სამშობიარო არხის გავლის მომენტში), ახალშობილობის პერიოდში, დედის რძით, იწვევს უფრო ნაკლებად მძიმე შედეგებს, ლატენტურ ვირუსმატარებლობამდე. მაგრამ სამწუხაროდ ესეც იმუნოდეპრესიის პირობებში შეიძლება ძლიერ საშიში გახდეს.

ინფექციის წყარო შეიძლება იყოს ციტომეგალოვირუსის ქრონიკული მატარებელი, მათი ბიოლოგიური სითხე და გამონაყოფი. ინფექციის გადაცემის მექანიზმი

გავს ვირუსული ჰეპატიტის და შიდსის ყროი და იგივე სახეს. ამას ემატება კიდევ ნერწყვის როლი („კოცნის დაავადება"). ქალებში, რომლებსაც დამძიმებული სამეანო ანამნეზი აქვს (აბორტი, ნაადრევი მშობიარობა, მკვდრადშობადობა) აუცილებლად სრულყოფილად უნდა გამოეკვლიოთ.

მკურნალობა. ციტომეგალიის მკურნალობისთვის მიზანშეწონილია რეაფერონის, ტაქტივინის, დეკარისის, განციკლოვირის, ფოსკარნეტის გამოყენება.

პათოგენეზურ თერაპიაში განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს იმუნოკორექტორები და იმუნოსტიმულატორები.

XX თავი

დედისა და ნაყოფის იზოსეროლოგიური შეუთავსებლობა ახალშობილთა ჰემოლიზური დაავადება

დედისა და ნაყოფის იზოსეროლოგიური შეუთავსებლობის პროფილაქტიკას და მკურნალობას ნაყოფის ანტენატალური დაცვის პრობლემაში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს.

იზოსეროლოგიურ შეუთავსებლობას იწვევს დედისა და ნაყოფის სისხლში ერითროციტების ანტიგენურ სისტემებს შორის იმუნური კონფლიქტი. ასეთ ანტიგენურ სისტემებს მიეკუთვნება ABO, Rh, MNSS, PP, Kell, Doff და სხვ., რომელთაგან ABO და რეზუს-სისტემების სხვა ანტიგენებიც Cc, Ec შეიძლება იყოს იმუნური შეუთავსებლობის მიზეზი. დედისა და ნაყოფის სისხლის იზოსეროლოგიური შეუთავსებლობა ვითარდება, თუ დედა რეზუს-უარყოფითია (ე.ი. მის სისხლში არ არის Rh ფაქტორი), ხოლო ნაყოფი - რეზუს-დადებითი. აგრეთვე, თუ დედას აქვს O (I) ჯგუფის სისხლი, ხოლო ნაყოფს - A (II), B(III) ან AB (IV) ჯგუფის სისხლი.

ნაყოფის სისხლიდან რეზუს-ანტიგენის ან ჯგუფობრივი ანტიგენის პლაცენტური ბარიერიდან რეზუს-უარყოფითი დედის სისხლში შეღწევისას ან Rh დედისთვის Rh+ სისხლის გადასხმისას დედის სისხლში გამომუშავდება ანტისხეულები. ისინი პლაცენტური ბარიერიდან შეაღწევენ ნაყოფის სისხლში, უკავშირდებიან მის ერითროციტებს და ხდება მათი აგლუტინაცია (შეწებება). ეს უკანასკნელი იწვევს ჰემოლიზურ დაავადებას, თვითნებურ აბორტს, ნაადრევ მშობიარობას, მკვდრადშობადობას და ა.შ.

დედის სისხლში გამომუშავდება სრული, არასრული მააგლუტინებელი და არასრული მაბლოკირებელი ანტისხეულები.

სრული ანტისხეულები ერითროციტების აგლუტინაციას იწვევენ მარილოვან ან კოლოიდურ არეში. ისინი შედარებით ადრე გამომუშავდებიან. ეს ანტისხეულები მსხვილმოლეკულური აგებულებისაა, რის გამოც ვერ აღწევენ პლაცენტურ ბარიერში და ამდენად იმუნური კონფლიქტის განვითარებაში პრაქტიკული მნიშვნელობა არა აქვთ.

არასრული მააგლუტინებელი ანტისხეულები ერითროციტების აგლუტინაციას იწვევენ მხოლოდ კოლოიდურ არეში. ისინი გამომუშავდებიან შედარებით გვიან, წვრილმოლეკულური აგებულების არიან, კარგად აღწევენ პლაცენტურ ბარიერში და ამდენად გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვთ იზოსეროლოგიური შეუთავსებლობის განვითარებაში.

არასრული მაბლოკირებელი ანტისხეულები იწვევენ ერითროციტების სენსი-

ბილიზაციას. აგლუტინაციის გარეშე მათი აღმოჩენა შეიძლება ანტიგლობულინური შრატის საშუალებით, რომელიც ერითროციტების ზედაპირზე ფიქსირებული გლობულინების შებოჭვის გზით განაპირობებს აგლუტინაციას.

დედის სისხლში შრატში უფრო ხშირად გვხვდება არასრული მააგლუტინირებელი ანტისხეულები.

ანტისხეულების რაოდენობის განსაზღვრა შეიძლება მათი ტიტრის დადგენით. ანტისხეულების ტიტრი შეესაბამება შრატის იმ უდიდეს განზავებას, რომლის დროსაც მას კიდევ შეუძლია რეზუს-დადებითი ერითროციტების აგლუტინაცია (ტიტრი შეიძლება იყოს 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32 და ა.შ.).

ანტისხეულების ძალიან მაღალი ტიტრის შემთხვევაში მათი აღმოჩენა განუზავებელ შრატში ძნელია. ისინი მააგლუტინებელ თვისებებს ამჟღავნებენ 5-10-ჯერ განზავების შემდეგ. ასეთ ანტისხეულებს ეწოდებათ „ფარული" ანტისხეულები. მათი არსებობს იმუნიზაციის უმაღლეს ხარისხზე მიუთითებს.

დედის ანტისხეულისა და ნაყოფის ანტიგენის რეაქციის შედეგად ხდება ერითროციტების აგლუტინაცია და ჰემოლიზი. ნაყოფს უვითარდება ჰემოლიზური დაავადება.

ნაყოფის ორგანიზმში ერითროციტების ჰემოლიზის გამო ვითარდება ანემია, წარმოიქმნება დიდი რაოდენობით არაპირდაპირი ბილირუბინი, რომელიც ნაყოფის უჯრედებში არღვევს ფერმენტულ პროცესებს და იწვევს ქსოვილოვან ჰიპოქსიას. არაპირდაპირი ბილირუბინი კარგად იხსნება ცხიმებში, რის გამოც მნიშვნელოვნად აზიანებს თავის ტვინის განგლიური უჯრედების ბირთვებს, მათში შეუქცევადი ცვლილებები ხდება და ე.წ. ბირთვული სიყვითლე ვითარდება.

ჰემოლიზური სიყვითლის განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ღვიძლს. მისი ნორმალური ფუნქციის პირობებში ტოქსიკური არაპირდაპირი ბილირუბინი გარდაიქმნება არატოქსიკურ პირდაპირ ბილირუბინად გლუკურონმჟავას მიერთების შედეგად. ჰემოლიზური სიყვითლის დროს კი ღვიძლის ფუნქცია მოშლილია, მისი ერითროციტების დაშლის პროდუქტებით გადატვირთვის, ნაღვლის შეგუბებისა და ამის გამო ღვიძლის ქსოვილში ექსტრამედულური სისხლის დენის განვითარების შედეგად.

ნაყოფისა და ახალშობილის ჰემოლიზური დაავადების დიაგნოსტიკა

ნაყოფისა და ახალშობილის ჰემოლიზური დაავადების დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ანამნეზის სწორად შეკრებას (თვითნებური აბორტი, მკვდრადშობადობა, ნაადრევი მშობიარობა, ახალშობილის სიკვდილი სიყვითლის მოვლენებით წინა ორსულობის დროს).

გამოკვლევის ობიექტური მეთოდებიდან იყენებენ ელექტრო- და ფონოკარდიოგრაფიას, ამნიოსკოპიას და სანაყოფე სითხის სპექტროფოტომეტრიულ გამოკვლევას, ნაყოფის რენტგენოგრაფიას. ასევე უნდა ჩაატარონ ანტისხეულების ტიტრის დინამიკური კონტროლი. მისი თანდათანობით მატება მიუთითებს ნაყოფის ჰემოლიზურ დაავადებაზე.

ჰემოლიზური სიყვითლის მძიმე ფორმის შემთხვევაში ელექტროკარდიოგრამისა და ფონოკარდიოგრამის სინქრონული ჩაწერით აღინიშნება ნაყოფის გულისცემის აჩქარება, მექანიკური სისტოლის შემოკლება, QRS კომპლექსის ხანგრძლივობის მომატება, R კბილის ვოლტაჟის შემცირება, სისტოლური შუილი. ეს მონაცემები ხშირად წინ უძღვის ანტისხეულების ტიტრის მომატებას.

ამნიოსკოპიით სანაყოფე სითხე ყვითლადაა შეფერილი, რაც გამოწვეულია ერითროციტების დაშლის პროდუქტების, კერძოდ, ბილირუბინის არსებობით.

დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა ენიჭება ამნიოცენტეზს. საჭიროა მიღებული სანაყოფე სითხის შესწავლა ქიმიურად და სპექტროფოტომეტრიულად.

ბილირუბინის რაოდენობა სანაყოფე სითხეში ქიმიური მეთოდით გამოკვლევისას 0,08 მგ%-ია, მისი მომატება 0,2%-ით და მეტით ჰემოლიზურ დაავადებაზე მიუთითებს.

სანაყოფე სითხის სპექტროფოტომეტრიით ადგენენ ოპტიკურ ერთეულებში მისი აბსორბციის უნარს. ნორმაში აბსორბციის პიკი უდრის 5,40 მკ-ს, რაც შეადგენს 0,05 ოპტიკურ ერთეულს. აბსორბციული პიკის 0,15 ერთეულამდე მომატება მიუთითებს ჰემოლიზური სიყვითლის მძიმე ფორმაზე.

ნაყოფის რენტგენოგრაფიით ადგენენ ჰემოლიზური სიყვითლის შეშუპებით ფორმას. ამ დროს ნაყოფის ჩონჩხს დამახასიათებელი ფორმა აქვს.

ახალშობილის ჰემოლიზური სიყვითლის დასადგენად საჭიროა ახალშობილის გამოკვლევასთან ერთად (კანისა და ლორწოვანის ფერი, ღვიძლი და ელენთა) სისხლში ბილირუბინის განსაზღვრა (ნორმა 3 მგ%), სისხლის საერთო ანალიზი, ახალშობილის Rh- სა და ჯგუფობრივი კუთვნილების დადგენა. საეჭვო შემთხვევაში ზემოაღნიშნული გამოკვლევები დინამიკაში უნდა ჩაატარონ (ჯგუფობრივი და Rh კუთვნილების გარდა).

ჰემოლიზური დაავადების ფორმები

არჩევენ ჰემოლიზური დაავადების სამ ფორმას: ანემიას შეშუპებისა და სიყვითლის გარეშე, ანემიას სიყვითლით და ანემიას შეშუპებით.

სიყვითლისა და შეშუპების გარეშე ანემია მიმდინარეობს მსუბუქად, ძირითადი სიმპტომია ანემია.

ანემია სიყვითლით ყველაზე ხშირია. ამ ფორმის დამახასიათებელია თვალის

ცხრილი 1

№	ჰემოლიზური დაავადების ფორმები	ჰემოგლობინი გ %-ობით	ერითროციტები (1 მმ2-ში)	ნორმობლასტები 100 ლეიკოციტებზე
1	ჯანმრთელი ახალშობილები	20 გ %	6.100.000	2-5
2	ანემია სიყვითლისა და შეშუპების გარეშე	16-17 %	4.500.000	9-10
3	ანემია სიყვითლით	15-16 %	3.000.000	10-100
4	ანემია შეშუპებით	10 გ %	1.000.000	100-ზე მეტი

სკლერისა და კანის სიყვითლის ადრე განვითარება, 24 საათის განმავლობაში ან მეორე დღეს (ფიზიოლოგიური სიყვითლე კი 2-3 დღის შემდეგ ვითარდება). სიყვითლის ინტენსივობა მაქსიმუმს აღწევს მესამე დღეს. ახალშობილის საერთო მდგომარეობა უარესდება, ტემპერატურა შეიძლება მომატებული იყოს, ვითარდება მოვლენები ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ (კრუნჩხვა, კუნთების რიგიდობა). ბირთვული სიყვითლის შემთხვევაში ღვიძლი და ელენთა გადიდებულია, სისხლის სურათი იცვლება, ხშირად თრომბოციტების რაოდენობა კლებულობს და ჰემორაგიული დიათეზი ვითარდება. სისხლში ბილირუბინის რაოდენობა 3 მგ%-ს აღემატება, მისი კრიტიკული რაოდენობა ბირთვული სიყვითლის შემთხვევაში დროულ ახალშობილებში აღწევს 18-20 მგ%-ს, ნაადრევ ახალშობილებში კი - 15 მგ%-ს, ვან-დენბერგის მიხედვით შარდში დიდი რაოდენობითაა ურობილინი. განავალი ჩვეულებრივი ფერისაა.

ანემია შეშუპებით ჰემოლიზური დაავადების უმძიმესი ფორმაა და, ჩვეულებრივ, ახალშობილის დაღუპვით მთავრდება (1-3 დღეში). ამ ფორმის დამახასიათებელია მთელი სხეულის კანქვეშა შემაერთებელი ქსოვილისა და სეროზულ ღრუებში გამჭვირვალე სითხის დაგროვება. მუცელი გადიდებულია ასციტის გამო. ღვიძლი და ელენთა მნიშვნელოვნად გადიდებულია, სისხლში ანემიის სურათია.

ჰემოლიზური სიყვითლის (განსაკუთრებით შეშუპებითი ფორმის) შემთხვევაში დამახასიათებელი ცვლილებებია: პლაცენტა შეშუპებულია, გაფაშრებული, აღწევს დიდ ზომას - 1000-2000 გ-ს. ბუსუსებში კაპილარები მხოლოდ პერიფერიაზეა შემორჩენილი, გაფართოებულია და შეიცავს დიდი რაოდენობით ერითროციტების ბირთვულ ფორმებს.

ორსულობისა და მშობიარობის მართვა რეზუსშეუთავსებლობის დროს

ყველა რეზუს-უარყოფით ორსულს, რომლის მეუღლეს რეზუს-დადებითი სისხლი აქვს, რეგულარულად უნდა გამოუკვლიონ სისხლი ანტირეზუს-ანტისხეულებზე. რეზუსსენსიბილიზაციის დადგენის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ უნდა ჩაატარონ არასპეციფიკური დესენსიბილიზაციური თერაპიის სამი კურსი 10-14 დღის ხანგრძლივობით, თითოეულ კურსზე 20-25 და 32-34 კვირის ორსულობის ვადაზე. ერთი კურსის განმავლობაში ორსულს ვენაში შეუყვანენ 40%-იან გლუკოზას 20,0-ს და 100 მგ ასკორბინმჟავას, ყოველდღე აძლევენ თითო სუფრის კოვზ E ვიტამინს, 200 მგ B_{12} ვიტამინს დღეგამოშვებით 2 მლ ანტიანემინთან შენაცვლებით, 0,015 გ ვიკასოლს 3-ჯერ დღეში, უკეთებენ თირკმლის საპროექციო არის დიათერმიას.

კომპლექსური გამოკვლევის დროს, თუ ჰემოლიზური დაავადების საშიშროებაა, მშობიარობა უნდა გამოიწვიონ ხელოვნურად 38 კვირამდე, რადგან უკანასკნელ ორ კვირაში განსაკუთრებით დიდი რაოდენობით ანტისხეულები გადადის დედის სისხლიდან ნაყოფის ორგანიზმში. ამ პათოლოგიის დროს საკეისრო კვეთა არ არის სასურველი, რადგან ყოველთვის ძნელია ჰემოლიზური სიყვითლის შეშუპებითი ფორმის გამორიცხვა. ნაყოფის დაბადებისთანავე უნდა გადაკვანძონ ჭიპლარი (ანტისხეულების შემდგომში გადასვლის შეწყვეტის მიზნით).

ამავე მიზნით მშობიარობამდე განსაზღვრავენ ნაყოფის Rh კუთვნილებას მომავალი მამის რეზუს-სისტემის გენოტიპის დადგენის საშუალებით, აგრეთვე ნაყოფის თავიდან მიკროდოზით (ზალინგის მეთოდით) სისხლის აღებით, რისთვისაც მშობიარობამდე 4-16 საათით ადრე არღვევენ სანაყოფე ბუშტის მთლიანობას და

წინამდებარე ნაწილიდან იღებენ სისხლს.

დედის სისხლში ნაყოფის ერითროციტების არსებობა განაპირობებს რეზუს-უარყოფითი დედის სისხლის მიმოქცევაში ნაყოფის სისხლის ანტიგენის დადგენის შესაძლებლობას (ი.დ. ბალიკი, დ.ვ. უმბრუმიანცი). ამ მიზნით იყენებენ იმუნოლოგიურ მეთოდს, რომლის საფუძველია კუმბსის პირდაპირი და არაპირდაპირი რეაქციის განსაზღვრა. კუმბსის კლასიკური არაპირდაპირი რეაქციისგან განსხვავებით, რომელიც განსაზღვრავენ ორსულის სისხლის შრატს, და კუმბსის პირდაპირი რეაქციისგან განსხვავებით, რომელიც ითვალისწინებს რეაქციას ახალშობილის ერითროციტებიან, აიღებენ Rh ორსულის ერითროციტებს.

პირველი (პირდაპირი) რეაქცია მდგომარეობს იმაში, რომ Rh^{+} ნაყოფის ერითროციტები გადადის კრ- დედის სისხლში და აფიქსირებს დედის რეზუსანტისხეულებს (თუ დედის ორგანიზმში ანტისხეულებია), ამიტომ, თუ ამ ერითროციტებზე იმოქმედებენ ანტიგლობულინური შრატით, აგლუტინატი წარმოიქმნება.

მეორე (არაპირდაპირი) რეაქცია მდგომარეობს იმაში, რომ რეზუს-დადებითი ნაყოფის ერითროციტები, რომლებიც Rh დედის სისხლშია, იერთებს სტანდარტულ ანტირეზუს ანტისხეულებს და აგლუტინაცია მოხდება.

ამრიგად, თუ Rh ანტიგენი აღმოჩნდა Rh უარყოფითი დედის სისხლში, ეს მიუთითებს იმაზე, რომ ნაყოფი Rh დადებითია და პირიქით.

ახალშობილის ჰემოლიზური დაავადების მკურნალობა

ჰემოლიზური სიყვითლის დროს ძირითადი და ეფექტური მეთოდია სისხლის შენაცვლებითი გადასხმა. ეს მეთოდი ძალიან ეფექტურია სიყვითლისა და შეშუპების გარეშე მიმდინარე ანემიის ან მხოლოდ სიყვითლით მიმდინარე ანემიის დროს. ამ მეთოდის არსი იმაში მდგომარეობს, რომ ახალშობილის ორგანიზმიდან უშვებენ სისხლს, რომელიც შეიცავს დიდი რაოდენობით ანტისხეულებს და ტოქსიკურ ბილირუბინს, და ამის ნაცვლად შეყავთ დონორის რეზუს-უარყოფითი სისხლი.

ამ მიზნით უმეტესად იყენებენ დაიმონდის მეთოდს. ჭიპლარის ვენაში შეიყვანენ ლითონის ან პოლიეთილენის კათეტერს არანციის სადინარის მიმართულებით და 0.25%-იან ნოვოკაინის ხსნარს სპაზმის საწინააღმდეგოდ. სისხლი შეყავთ ნაწილ-ნაწილ 20-25 მლ დოზით. ყოველი 100 მლ-ის შემდეგ შეყავთ 2 მლ 10%-იანი კალციუმგლუკონატი და 20 %-იანი გლუკოზის 10 მლ (სულ 130-200 მლ სისხლი ახალშობილის კგ წონაზე). ნაყოფის ორგანიზმში გამოხატული ჰიპოკალციემიის გამო უნდა შეიყვანონ 50 მლ-ით მეტი სისხლი, ვიდრე გამოაქვეთ.

სასურველია ამ ოპერაციის ჩატარება დაბადების პირველ საათებში, რადგან დაბადებიდან 8 საათის შემდეგ ბილირუბინი ფიქსირდება ქსოვილთა უჯრედებში და მთლიანად მისი გამოტანა შენაცვლებითი გადასხმით არ მოხერხდება. ამ ქსოვილთა უჯრედებიდან ბილირუბინი შეიძლება ისევ სისხლში გადავიდეს.

ჰიპერკალემიის პროფილაქტიკის მიზნით ამ ოპერაციისთვის უნდა გადაესხათ სისხლი, რომელიც არაუმეტეს 3-5 დღის აღებულია. ოპერაციის დასასრულს შეყავთ 5%-იანი ნატრიუმბიკარბონატი, რადგან დონორის სისხლის გადასხმა (რომელსაც მჟავე რეაქცია აქვს), უფრო აღრმავებს „პათოლოგიურ" აციდოზს.

თუ სისხლის ერთჯერადი შენაცვლება ეფექტური არ არის, არაპირდაპირი ბილირუბინი მატულობს (18-20 მგ %), საჭიროა განმეორებითი სისხლის შენაცვლება. ამ მიზნით ისევ ჭიპლარის ვენაში შეყავთ სისხლი, მაგრამ, თუ ეს შეუძლებელია, სისხლი გამოაქვეთ სხივის არტერიიდან და შეყავთ თავის ზედაპირულ ვენებში.

ამავე დროს, ახალშობილს აძლევენ დიდი რაოდენობით სითხეს, თუ ვერ ღებ-

ულობს, წვეთობრივად უსხამენ 5%-იან გლუკოზას, 30-40 მლ პლაზმას, 2-3 დღის გამოშვებით C ვიტამინის 5 მგ-ს 2-ჯერ, B_6 ვიტამინს - 1 მლ-ს 1-ხელ, B_{12} ვიტამინს - 30-50 გ დღეგამოშვებით (50 გ დრიულ ნაყოფს, ხოლო 30 გ ნაადრევს), ანტიპინუმინს - 0,05-0,1 მლ-ს დღეგამოშვებით, მეთიონინს 0,2 მლ-ს 2-ჯერ დღეში, 10-12 დღის განმავლობაში.

თუ ნაღვლის შეგუბების სიმპტომებია, ახალშობილს ღვიძლის არეში დაადებენ სათბურს, უკეთებენ ნაღვლის ბუშტის მასაჟს და აძლევენ 25%-იან მაგნიუმსულფატს ჩაის კოვზით 3-ჯერ დღეში 4-6 დღის განმავლობაში.

ახალშობილის კვებას დედის რძით იწყებენ 2 კვირის შემდეგ. ამ დრომდე დედის რძე შეიცავს ანტისხეულებს. ჰემოლიზური სიყვითლის მძიმე ფორმის შემთხვევაში (ანემია შეშუპებით) მკურნალობა ეფექტს არ იძლევა.

ჰემოლიზური სიყვითლის პროფილაქტიკა

ჰემოლიზური სიყვითლის პროფილაქტიკის მიზნით ყველა ქალს, ორსულსა და არაორსულს უნდა განუსაზღვრონ რეზუს-ფაქტორი და ისე გადაუსხან სისხლი საჭიროების შემთხვევაში. ქალთა კონსულტაციაში ყველა ორსულს უნდა დაუდგინონ Rh ფაქტორი, განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციონ Rh სისხლის მქონე ქალს და განუსაზღვრონ ანტისხეულების ტიტრი დინამიკაში, Rh- ის სენსიბილიზაციის შემთხვევაში დაუნიშნონ ზემოაღნიშნული მკურნალობა ორსულობის პერიოდში.

პირველი მშობიარობის დროს რეზუს-დადებითი ნაყოფის დაბადების შემდეგ პირველ 2 დღეს ქალს გაუკეთებენ ანტირეზუს ანტისხეულებს რეზუს-სენსიბილიზაციის პროფილაქტიკის მიზნით, რადგან, თუ დედის სხეულში ანტისხეულებს გარედან შეიყვანენ, მათში არ გამომუშავდება საკუთარი ანტისხეულები, რაც მეტად მნიშვნელოვანია შემდგომი ორსულობისთვის.

მშობიარობიდან 24-72 საათის შემდეგ კუნთებში შეყავთ იმუნური 2,5 მლ გლობულინი. ქალებში, რომელთა ნაყოფს დედის სისხლის თანამოსახელე ჯგუფის სისხლი აქვს, რეზუს-სენსიბილიზაციის რისკი გაცილებით მაღალია.

დედისა და ნაყოფის სისხლის ჯგუფობრივი იზოსეროლოგიური შეუთავსებლობა

როგორც აღვნიშნეთ, ჰემოლიზური სიყვითლე შეიძლება განვითარდეს ჯგუფობრივი შეუთავსებლობის შედეგადაც, განსაკუთრებით, თუ დედის სისხლი 0 (I) ჯგუფისაა (მისი სისხლი AB ანტიგენებს არ შეიცავს), ნაყოფის სისხლი კი შეიცავს A და B ანტიგენს. ეს ანტიგენები პლაცენტის საშუალებით გადადის დედის სისხლში, სადაც გამომუშავდება A და B ანტისხეულები. ანტისხეულები იმავე გზით გადადის ნაყოფის სისხლში და აგლუტინაცია ვითარდება.

ამ პათოლოგიით გამოწვეული ჰემოლიზური დაავადების კლინიკა არ განსხვავდება Rh კონფლიქტით გამოწვეული დაავადებისგან.

მკურნალობის პრინციპი იგივეა, მხოლოდ ამ დროს გასათვალისწინებელია შემდეგი: თუ დედას 0 (I) ჯგუფის სისხლი აქვს, ნაყოფს კი A (II) ჯგუფის, მას უნდა გადაუსხან AB (II) ჯგუფის შრატი, ხოლო ერითროციტები - 0 (I) ჯგუფისა.

XXI თავი

ორსულობა სასქესო ორგანოების განვითარების მანკისა და დაავადების დროს

ორსულობა და მშობიარობა ფიზიოლოგიურად მიმდინარეობს მხოლოდ ჯანმრთელ ორგანიზმში.

სასქესო ორგანოების განვითარებაში ჩამორჩენის, პათოლოგიური გადახრის ან დაავადების პირობებში დაორსულება არ ხდება ან მისი წესიერი მიმდინარეობა ირღვევა. გართულება უფრო ხშირია მშობიარობის პროცესში.

განუვითარებელ საშვილოსნოს და საერთო სასქესო ორგანოების ინფანტილიზმს ხშირად უნაყოფობა ახასიათებს.

ასეთ საშვილოსნოში ორსულობა იშვიათად ვითარდება, მაგრამ უმეტეს შემთხვევაში აბორტით ან ნაადრევი მშობიარობით მთავრდება. თუ ორსულობამ დრომდე მიაღწია, განუვითარებელი საშვილოსნო შეტევის სისუსტის გამო კარგად არ იკუმშება, მშობიარობა დაბრკოლებულია და გახანგრძლივებულია. ყელის განუვითარებლობის გამო მოსალოდნელია საშვილოსნოს სპონტანური გახევა. მშობიარობის შემდეგ საშიშია ატონიური სისხლის დენა.

აღსანიშნავია, რომ განუვითარებელ საშვილოსნოში განმეორებითი ორსულობა დადებითად მოქმედებს: საშვილოსნო იზრდება, ვითარდება, კუნთოვანი სისტემა მაგრდება, სრულყოფილი ხდება, მშობიარობა დრომდე აღწევს და ფიზიოლოგიურად მთავრდება.

უმართებულო ჩარევა, ინფანტილური საშვილოსნოს ხელოვნური აბორტი ხშირად მყარ უნაყოფობას (sterilitas) იწვევს.

განუვითარებელი საშვილოსნოს დროს ორსულობა ექიმის მეტ ყურადღებასა და მეთვალყურეობას საჭიროებს. რეკომენდებულია ყოველგვარი გადაღლის აცილება, სქესობრივი კავშირის აკრძალვა, ნაკლები მოძრაობა, ტყეში ან ბაღში სეირნობა, უმარილო დიეტა, კვების რეჟიმი, ვიტამინებისა და კალციუმის ფართოდ გამოყენება, კონსულტაციასთან და სტაციონართან მჭიდრო კავშირი.

ინფანტილურ საშვილოსნოში ფალოპიუსის მილებიც განუვითარებელია, გრძელი და დაკლაკნილია, კუნთები სუსტია, სანათური ვიწრო, რამაც მოსალოდნელია ხელი შეუწყოს საშვილოსნოსგარე ორსულობის განვითარებას.

ორსულობის განვითარება დასაშვებია იმ შემთხვევაშიც, როდესაც საქალწულე აპკი არ არის დარღვეული (virgo intacta). ორსულობა აღნიშნულია საშოს სრული არარსებობის, თანდაყოლილი ან ორსულობის პერიოდში განვითარებული შევიწროების (stenosis) და ჩირქოვანი გამონადენის დროსაც.

პრაქტიკული თვალსაზრისით მნიშვნელობა აქვს ორსულობას, როცა საშვილოსნო ორადაა გაყოფილი. იმ შემთხვევაში, როდესაც საშო ორია და ორივე საშვილოსნო მკაფიოდაა განვითარებული, ორსულობა დასაშვებია როგორც ერთ ნაწილში, ისე მეორეში. ორსულობის მოშლის დროს საჭიროა წინასწარი გარკვევა, რათა შეცდომით არ გამოფხიკონ ცარიელი, არაორსული საშვილოსნო, ხოლო ორსული საშვილოსნო გამოუფხიკავი არ დარჩეს. ასეთ შემთხვევაში შეცდომა ჩქარა გამოაშკარავდება.

ორრქიან საშვილოსნოში (uterus bicornis), რომელსაც ერთი ყელი აქვს, ორსულობა ვითარდება როგორც ერთ, ისე მეორე რქაში.

გაყოფილ საშვილოსნოში, როცა საშოც ორადაა გაყოფილი (uterus septus cum vagina septa), ორსულობა დრომდე აღარ შეწყდება.

თუ პლაცენტა ტიხარზეა მიმაგრებული, მშობიარობა ძლიერი სისხლის დენით რთულდება. ტიხარზე განვითარებული სისხლძარღვები პლაცენტის მოცილების შემდეგ არ იხშობა და, თუ დროზე არ მიიღებენ სათანადო ზომებს, ძლიერი სისხლის დენა მოჰყვება.

მშობიარობის დროს გართულება ვითარდება ტიხრის გაპობა-დაზიანებით. იმისათვის, რომ საშოს ტიხარმა ხელი არ შეუშალოს მშობიარობას, უმჯობესია მისი წინასწარ ამოკვეთა.

საშვილოსნოს გაორების დასაწყისი ფორმაა უნაგირისებრი საშვილოსნო - uterus arcuatus. ამ დროს საშვილოსნოს ფსკერზეა უნაგირისებრი ჩაღრმავება, რომელიც გადაეცემა საშვილოსნოს ღრუზეც. ასე რომ, გაყოფა საშვილოსნოს ღრუში იწყება ფუძიდან. ნაყოფი საშვილოსნოში თავსდება განივ მდგომარეობაში, რქებშუა მოჩანს ჩაღრმავებული ადგილი. ორსულობა დასაშვებია ორივე რქაში ერთდროულად, როდესაც სრული გაყოფა არ არის.

ერთრქიან საშვილოსნოში ორსულობისა და მშობიარობის პროცესი თითქმის არ ირღვევა.

თანაბრად განვითარებულ ორმაგ საშვილოსნოში ორსულობა და მშობიარობა ბუნებრივი გზით მიმდინარეობს. სულ სხვაგვარი მდგომარეობაა, როდესაც ორსულობა საშვილოსნოს დამატებით რქაშია. ასეთი ორსულობით ყველაზე მძიმე გართულებაა რქის გახევა. საჭიროა დროული დახმარება - ლაპაროტომია.

ორსულობა საშვილოსნოს პათოლოგიური მდებარეობის დროს

საშვილოსნოს პათოლოგიური მდებარეობა ხელს უშლის განაყოფიერებასა და ორსულობას.

საშვილოსნოს ზედმეტად წინ გადმოხრა, გადმოღუნვა - hyperanteversio - flexio uteri ახასიათებთ განვითარებაში ჩამორჩენილ ქალებს, რომლებსაც, გარდა ამისა, აღენიშნებათ სასქესო ორგანოების ინფანტილიზმის სხვა ნიშნებიც: პატარა საშვილოსნო, მკვრივი კონსისტენცია, გრძელი, კონუსის მსგავსი ყელი, დიდ და მცირე სასირცხვო ბაგეთა სუსტი განვითარება, დაბალი შორისი, ვიწრო და მოკლე საშოს უკანა თაღი, მენსტრუაციის დაგვიანებით დაწყება. ამ შემთხვევაში მენსტრუაცია გრძელდება მრავალი დღის განმავლობაში და ტკივილით მიმდინარეობს. ასეთი საშვილოსნო ორსულობის მე-2-3 თვეს ტკივილს იწვევს. ავადმყოფს აწუხებს ხშირი შარდვა, მოსალოდნელია აბორტი. მე-3-4 თვიდან ორსული საშვილოსნო მცირე მენჯიდან ამოდის, მენჯის ორგანოები ზეწოლისგან თავისუფლდება და ტკივილიც ცხრება.

დაორსულება არ არის მიზანშეწონილი, როდესაც საშვილოსნო წინა კედელზე ან მუცლის საფარზეა. ამ დროს ორსულობის მიმდინარეობა პათოლოგიურია და ხშირად აბორტით მთავრდება.

საშვილოსნოს წინ გადმოწევა ორსულობის მეორე ნახევარში ემჩნევათ აგრეთვე მრავალნამშობიარევ ქალებს მუცლის საფრის გაწელვისას, რასაც მოჰყვება სწორი კუნთების გათიშვა - დიასტაზი.

ვიწრომენჯიანი ქალების ზედმეტად წინ გადმოხრილი საშვილოსნო ორსულობის უკანასკნელ თვეში მუცლის წინა კედელთან ერთად ბარძაყების ზედა ნაწილს ეყრდნობა, და, ამგვარად, დაშვებული მუცელი (venter propendens) აღინიშნება.

საშვილოსნოს ასეთი მდებარეობა ორსულობის დროს ქალს ხელს უშლის სიარულსა და ჯდომაში. ორსულობა, ჩვეულებრივ, ვადამდე აღწევს, ნაყოფის მდე-

ბარეობა ხშირად არაწესიერია. წინამდებარე ნაწილი მაღლა დგას, სათხე ნაადრევად იღვრება, მშობიარობა გახანგრძლივებულია, განსაკუთრებით გამოძევების ხანა, რადგან ჭინთვა სუსტია. ინფექციის შეჭრის საშიშროებაც არსებობს. ასეთი ორსულობის დროს საჭიროა ბანდაჟის ტარება. მშობიარობის დაწყებამდე ქალი სტაციონარში უნდა მოათავსონ და მასზე გულმოდგინე მეთვალყურეობა დააწესონ.

მშობიარობის დროს საჭიროა საშვილოსნოს ფსკერის უკან გადაწევა, გასწორება და ამ მდგომარეობაში დამაგრება, მაშინ თავი მცირე მენჯის შესავალში წესიერად მოთავსდება და ჭინთვაც უფრო ნაყოფიერი იქნება.

ორსული საშვილოსნოს უკან გადახრა და გადაღუნვა- RETROVERSIO-FLEXIO UTERI GRAVIDI

საშვილოსნოს უკან გადახრის დროს მისი ტანი გადაწეულია უკან, სწორი ნაწლავისკენ, ყელი კი წინ, ბოქვენის სახსრისკენ არის მიმართული. რეტროფლექსიას ყოველთვის თან სდევს რეტროვერზია.

რეტროფლექსია-ვერზია საშვილოსნოს მდებარეობის ისეთი ანომალიაა, როდესაც იგი უკან არის გადახრილი და გადაღუნული. მაშასადამე, საშვილოსნოს ტანსა და ყელს შორის არსებული კუთხე მიმართულია არა წინ - ბოქვენის სახსრისა და შარდის ბუშტისკენ, არამედ უკან, ქვევით და სწორი ნაწლავისკენ.

უკან გადახრილი საშვილოსნო სამგვარია: მოძრავი - retroflexio mobile, ნახევრად უძრავი - submobile და უძრავად შეხორცებული - fixata.

თუ უკან გადაღუნული საშვილოსნო მოძრავია, იგი ორსულობის პერიოდში გართულებას არ იწვევს, ორსულობის მე-4 თვიდან ამოდის მცირე მენჯიდან და მისი მდებარეობა სწორდება.

შეხორცებული, უკან გადახრილი საშვილოსნო ორსულობის პირველი თვეებიდანვე იწვევს წელის ტკივილს. მცირე მენჯიდან იგი ვერ ამოდის, ავადმყოფი გრძნობს ტკივილს მენჯის არეში, ხშირად შარდავს, შეკრულობა ეწყება. შეიძლება თავს იჩენს ischuria paradoxa- ს დამახასიათებელი მოვლენები, ერთი მხრივ, შარდვის შეფერხება, მეორე მხრივ კი, შარდის წვეთ-წვეთად უნებლიე დენა. შარდის ბუშტი მეტად გაიწევა, ზოგჯერ ჭიპამდეც კი ადის. ამ დროს შარდსადენი ისეა დაგრძელებული, რომ კათეტერით შარდის გამოშვება არ ხერხდება. ამისათვის საჭიროა მამაკაცისგრძელი კათეტერი. სწორ ნაწლავზე ზეწოლის შედეგად დეფეკაციის აქტიც შეფერხებულია: ოყნა არ მოქმედებს, ნაწლავებში წყალი არ შედის. ასეთ მდგომარეობას ორსული საშვილოსნოს ჩაჭედვა ეწოდება.

ამ დროს საჭიროა ორსულობის სასწრაფოდ შეწყვეტა. უფრო მიზანშეწონილია ლაპაროტომია - საშვილოსნოს მდებარეობის გასწორება. წინააღმდეგ შემთხვევაში ავადმყოფს მუცელი ძალიან შეებერება, გამოუვლინდება გაუვალობის ნიშნები, შარდი იხრწნება. განვითარდება შარდის ბუშტის ლორწოვანი გარსის ანთება - ნეკროზი. ნეკროზული მასა გარეთ გამოდის ნაფლეთების სახით, რაც აუტანელ ტკივილს იწვევს. ამ დროს აღწერილია შარდის ბუშტის გახევის შემთხვევებიც. ავადმყოფი იღუპება უროსეფსისის, ზოგადი სეფსისის ან პერიტონიტის შედეგად.

უკან გადაწეული ორსული საშვილოსნოს გამოცნობა არ არის ძნელი. ბიმანუალური გასინჯვის წინ საჭიროა შარდის გამოშვება. საშოს მთელი უკანა თაღი ამოვსებულია საშვილოსნოს ფუძითა და ტანით, წინ ბოქვენის სახსართან ისინჯება საშვილოსნოს ყელი. უკან გადაღუნული საშვილოსნო მოხაზღვრულია მოიზ-

ნით მის უკან მდებარე ჰემატოცელე (haematocele retrouterina) - პროგრესულ საშვილოსნოსგარე ორსულობად. უკანასკნელ შემთხვევაში საშვილოსნოს ყელს სინჯავენ საშოს უკანა თაღში. გადიდებული ფალოპიუსის მილი წინიდან გვერდით შეიგრძნობა.

ზოგჯერ მოსახერხებელია ასეთი საშვილოსნოს გასწორება ორსულობის შენარჩუნებით. შარდს გამოუშვებენ, აყენებენ მუხლებსა და იდაყვებზე (a la vache). საშოში შეაქვთ მარჯვენა ხელის ორი თითი, ფრთხილად მიაწვებიან საშვილოსნოს და თეძო-გავის ერთ-ერთი სახსრისკენ ასწევენ, მიაშველებენ მეორე ხელს და ცდილობენ საშვილოსნოს ფუძე წინ მოსწიონ წინ გადმოდუნულ მდებარეობამდე. ამავე დროს, საშოში შეტანილი ორი თითით საშოსმხრივ ნაწილს უკან გასწევენ, რის შედეგადაც საშვილოსნო გასწორდება. შემდეგ ორსულობა, ჩვეულებრივ, ბოლომდე აღწევს.

მძიმე შემთხვევაში ნარკოზია საჭირო. თუ საშვილოსნო მაინც ვერ გასწორდა (ეს ხდება მაშინ, როდესაც იგი მიხორცებულია უძრავად), ორსულობა უნდა შეწყვიტონ. ქვემოდან გაკვეთავენ საშოს და საშვილოსნოს უკანა კედელს. გაჭრილი ადგილიდან გამოაქვთ ნაყოფი და მომყოლი. ჭრილობას გაკერავენ.

ზოგი ექიმი გარსებს გახვრეტავს. სანაყოფე სითხე იღვრება, საშვილოსნო პატარავდება, სწორდება და შემდეგ ყელის გაგანიერება-გამოფხეკა შესაძლებელი ხდება.

უმჯობესია ლაპაროტომიის გაკეთება, საშვილოსნოს გასწორება, რის შედეგადაც ორსულობა შენარჩუნებული იქნება.

ორსული საშვილოსნოს დაწევა და გამოვარდნა- DESCENSUS ET PROLAPSUS UTERI GRAVIDI

დაწეული და, განსაკუთრებით, გამოვარდნილი საშვილოსნო იშვიათად ორსულდება. თუ თვითონ ქალი სქესობრივი კავშირის წინ საშვილოსნოს თითებით შეაბრუნებს, მაშინ განაყოფიერება და დაორსულება მოსალოდნელია. ამ შემთხვევაში ორსულობის სამ თვემდე საშვილოსნო გამოვარდნილი რჩება. შემდეგ საშვილოსნო მისი ტანის გადიდების გამო გარეთ ვერ გამოდის და გამოვარდნის ნიშნები (წელის ტკივილი და უხერხულობის შეგრძნება) ისპობა. გამონაკლის შემთხვევაში გამოვარდნილი საშვილოსნოს მცირე მენჯში ჩაჭედება, რასაც სპონტანური აბორტი მოჰყვება.

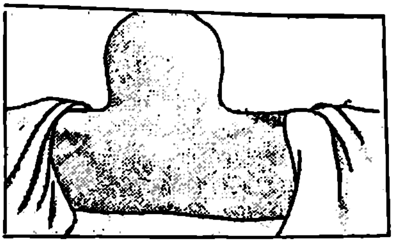
გამოვარდნილი საშვილოსნო საჭიროებს ოპერაციულ გასწორებას დაორსულებამდე, ორსულობის პერიოდში - რეჟიმს, დიეტას, ექიმის მეთვალყურეობას, მწოლიარე მდგომარეობას. მშობიარობის დროს საჭიროა დახმარება, ოპერაცია რეკომენდებულია მშობიარობისა და ლოგინობის ხანის დამთავრების შემდეგ.

ორსული საშვილოსნოს თიაქარი- HERNIA UTERI GRAVIDI

აღწერილია იშვიათი შემთხვევები, როცა ორსული საშვილოსნო მდებარეობდა ჭიპის, ბარძაყისა და საზარდულის თიაქრის პარკში.

საშვილოსნო თიაქრის პარკში ორსულობამდე ჩადის. დაორსულების შემდეგ თიაქარი დიდდება, ორსულობა ვადამდე წყდება. საჭიროა თიაქრის პარკიდან საშვილოსნოს შესწორება. ზოგჯერ აუცილებელია ხელოვნური აბორტი, საკეისრო გაკვეთა. ამის შემდეგ კარგ შედეგს იძლევა მუცლის ბანდაჟის ტარება.

სურ. 83 ორსული საშვილოსნოს საშარდულის თიაქარი



სურ.84 ორსული საშვილოსნოს თიაქარი

უფრო ხშირად მრავალნამშობიარევებს ევლინება თეთრი ხაზის თიაქარი. მისი განვითარების მიზეზია გადატანილი ორსულობის შედეგად კუნთების დიასტაზი, დაშორება - გათიშვა. ეს უკანასკნელი წარმოიქმნება მძიმე და ტყუპით მშობიარობის ან საკეისრო გაკვეთის შემდეგ, აგრეთვე ვიწრო მენჯის შემთხვევაში. როცა სწორი კუნთები გათიშულია, საშვილოსნო წინ გადმოიხრება და მუცელის ქვევით ეშვება, ნაყოფის გამოძევების პერიოდი ხანგრძლივდება. მუცლის პრესის სუსტი მოქმედების გამო საჭირო ხდება სამეანო მაშის გამოყენება.

ჭიპის თიაქარი იშვიათია, არც სერიოზულ გართულებას იწვევს. უშვიათესი შემთხვევაა მამაკაცის საზარდულის თიაქრის პარკში ნორმალურად განვითარებული საკმაო წონისა და ზომის საშვილოსნო.

ორსული საშვილოსნოს ჭრილობები და გახევა

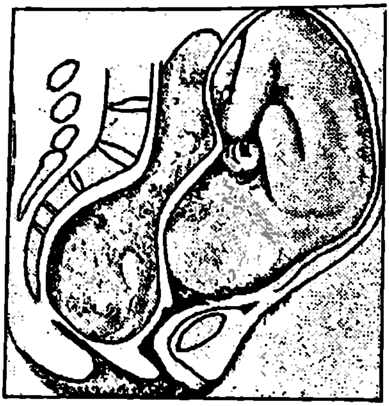
ორსული საშვილოსნო შეიძლება დააზიანოს მჭრელმა იარაღმა (დანამ, ტყვიამ, მახვილმა საგანმა). ამ შემთხვევაში დაზიანებულია მუცლის კედელიც, საშვილოსნოს კედლების გახევა შესაძლოა მუცლის საფარის დაუზიანებლადაც. მაგალითად, მაღლიდან ქალის ჩამოვარდნის დროს. საერთოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ ორსული საშვილოსნოს კედლები დიდ გამძლეობას იჩენს, ზოგ შემთხვევაში კი საკმარისია უმნიშვნელო ტრავმა, რომ საშვილოსნო გაიხეს.

ეგრეთ წოდებული ძალდატანებითი გახევის გარდა მოსალოდნელია საშვილოსნოს სპონტანური გახევა.

ორსული საშვილოსნოსა და დანამატების სიმსივნეები

სასქესო ორგანოებში სიმსივნეების განვითარება ხშირი მოვლენაა. ჰიგიენური პირობების დაცვა, რეჟიმი, წესიერი კვება, ორგანიზმისთვის საკმაო რაოდენობით ვიტამინების მიწოდება, დროული სქესობრივი ცხოვრება, ორსულობა და მშობიარობა სიმსივნეთა განვითარების წინააღმდეგ საუკეთესო პროფილაქტიკური ღონისძიებებია.

საშვილოსნოს სიმსივნეებიდან, რომლებიც ორსულობისა და მშობიარობის დროს გართულებას იწვევენ, ხშირია მიომა. იგი გლუვკუნთოვანი კვთილთვისები-



სურ. 85 დროული მიტანილი ორსულობა და საკვერცხის კისტა

ანი სიმსივნეა.

მიომები უპირატესად კვანძის სახით არის და მდებარეობს ლორწოვანი გარსის ქვეშ, კუნთოვან გარსში და სეროზული გარსის ქვეშ. ამის მიხედვით არჩევენ სუბმუკოზურ, ინტრამურულ და სუბსეროზულ მიომებს. მიომებში ჩვეულებრივ კარგად არის განვითარებული სტრომა. ამის გამო საშვილოსნოს მიომას ხშირად ფიბრომიომას უწოდებენ. ამავე დროს არცთუ იშვიათად საშვილოსნოს მიომა და საკვერცხეების წვრილცისტური გადაგვარება ერთმანეთის ემთხვევა.

მიომის სიხშირე ორსულობის დროს 0,17 %-მდეა, იგი უფრო ხანშიშესულ პირველმშობიარეებში გვხვდება.

ორსულობაზე გავლენას ახდენს ლორწქვეშა მიომები. კუნთოვანი და სეროზული გარსის ქვეშ მდებარე მიომები ნაკლებად აბრკოლებს ორსულობის მიმდინარეობას. მიომა ხშირად ხელს უშლის კვერცხუჯრედის განაყოფიერებას და იწვევს უშვილობას.

მიომების დროს შემთხვევათა 15-20 %-ში მოსალოდნელია საშვილოსნოდან სისხლის დენა, აბორტი. მნიშვნელობა აქვს სიმსივნის მოცულობასა და ტოპოგრაფიას.

საშვილოსნოს მიომები ორსულობის პერიოდში ინტენსიურად იზრდება, რაც დაკავშირებულია საშვილოსნოს გაძლიერებულ კვებასთან, აგრეთვე ორგანიზმში ფოლიკულური ჰორმონების დიდი რაოდენობით არსებობასთან. იშვიათად აღინიშნება ამ მიომების დისცირკულაციური ნეკროზი, ფეხზე გადაგრეხა და სხვ. საშვილოსნოს ყელთან, სამშობიარო გზებსა და მცირე მენჯში მდებარე მიომის დიდმა კვანძებმა შეიძლება ხელი შეუშალოს მშობიარობას.

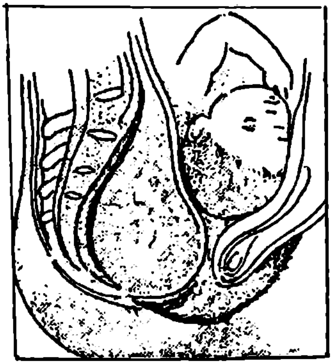
ორსულობის დროს ფიბრომიომის გამოცნობა ძნელი არ არის. საშვილოსნოს სიდიდე არ შეესაბამება ორსულობის ვადას. მის ზედაპირზე ისინჯება შედარებით მკვრივი კონსისტენციის კვანძები. საშვილოსნოს მოძრაობა უფრო შეზღუდულია.

საეჭვო შემთხვევაში საჭიროა გალი-მაინინის, ფრიდმანის და აშჰეიმ-ცონდეკის რეაქციების გამოყენება.

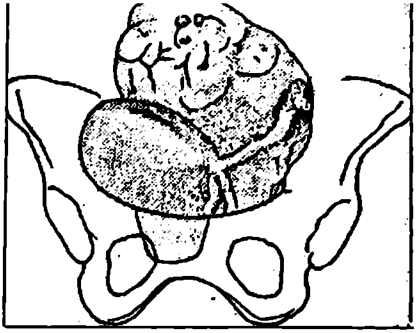
თუ მიომა გართულებას არ იწვევს, მაშინ არ არის საჭიროა მკურნალობა, უმჯობესია მოცდა მშობიარობის დაწყებამდე. 68 შემთხვევაში გაკეთდა ორსული საშვილოსნოს მიომების ენუკლეაცია. მათგან 90 % დამთავრდა ორსულობის შენარჩუნებით და დროული მშობიარობით.

ფიბრომების არსებობისას ნაყოფის პათოლოგიური ირიბი და განივი მდებარეობა გვხვდება შემთხვევათა 2,2-9,7 %-ში, მენჯით მდებარეობა 24%-ში. არცთუ იშვიათია მშობიარობის დროს სამშობიარო მოქმედების სისუსტე, პლაცენტის წინამდებარეობა, მშობიარობის შემდეგ აღინიშნება ჰიპოატონიური სისხლის დენა, ლოგინობის ხანაში მოსალოდნელია ფიბრომიომის ნეკროზი, დაჩირქება.

მშობიარობის დროს ფიბრომიომის გამო განვითარებული გართულების შემთხვევაში აკეთებენ საკეისრო კვეთას, საჭიროების შემთხვევაში კი - საშვილოსნოს ნაწილობრივ ან მთლიანად ამოკვეთას.

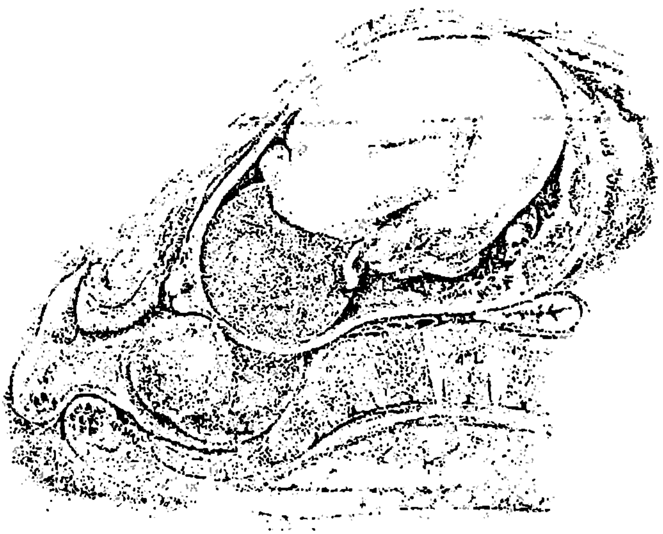


სურ. 86 ორსულობა და ოვარი-
ალური კისტა



სურ. 87 საკვერცხის კისტა და
ოთხის თვის ორსულობა

ორსულობის დროს საკვერცხის სიმსივნე იშვიათია. მაგრამ შეიძლება შეგვხ-ვდეს საკვერცხის რეტენციული და დერმოიდული ცისტები (ცისტომები). ფიბრომა, კიბო და სარკომაც კი. ისინი ხელს უშლიან და ართულებენ ორსულობის მიმ-დინარეობას. ყველაზე ხშირად გვხვდება რეტენციული სეროზული ცისტები. ასეთი ცისტები უფრო პირველორსულებს (ახალგაზრდა ქალებს) აქვთ. საკვერცხის ცისტა აწუხებს ორსულს, იწვევს ტკივილს მენჯის არეში. ბიმანუალური გასინჯვისას ორსული საშვილოსნოს გვერდით, უკან ან წინ ისინჯება მრგვალი მოძრავი სიმ-სივნური წარმონაქმნი, რომელიც საშვილოსნოსთან ახლოს მდებარეობს. ორსუ-



სურ.88 ფიბრომა და საშოს კისტა

ლობის დროს ცისტა მოცულობაში მატულობს, დიაფრაგმას აწევება და ორსულობის დასასრულს იწვევს ქოშინს, ფეხების შეშუპებასა და ალბუმინურიას.

ორსულობის დროს ცისტის გამოცნობა ყოველთვის ადვილი როდია. შესაძლოა იგი ავურიოთ ბევრწყლიანობაში, აგრეთვე ტყუპით ორსულობაში.

ორსულობა ხელს უწყობს ცისტის ფეხზე გადაგრეხას, მის კედელში სისხლის ჩაღვრას, გახევას, დაჩირქებას. ჩამოთვლილ გართულებებს მოჰყვება პერიტონეუმის ანთება. საკვერცხის ცისტამ შეიძლება გამოიწვიოს აბორტი. მშობიარობის დროს იგი გართულებას იძლევა იმ მხრივ, რომ ავიწროებს მენჯის სანათურს და აბრკოლებს ნაყოფის წინსვლას.

საკვერცხე ცისტა, ისე როგორც სხვა სიმსივნეები, ორსულობის დროს საჭიროებს ოპერაციულ მკურნალობას. მისმა ამოკვეთამ პირველი 10-15 დღის განმავლობაში შეიძლება გამოიწვიოს ორსულობის შეწყვეტა, უფრო მოგვიანებით ამოკვეთის შემთხვევაში კი ორსულობა დრომდე მიაღწევს და დროული მშობიარობით დამთავრდება. იყო შემთხვევები, როცა კისტურად გადაგვარებული საკვერცხე ამოკვეთეს, და ქალმა ორსულობა დრომდე მიიტანა.

ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა - აბორტი - ცისტის შემთხვევაში საჭირო არ არის.

საშვილოსნოს ყელის კიბო და ორსულობა

ორსულობის პერიოდში საშვილოსნოს ყელის კიბო იშვიათია. იგი გვხვდება შემთხვევათა 0,1-0,3%-ში. საშვილოსნოს ტანის კიბოს დროს ორსულობა არ ხდება. საშვილოსნოს ყელზე კიბო შესაძლოა განვითარდეს დაორსულების შემდეგაც.

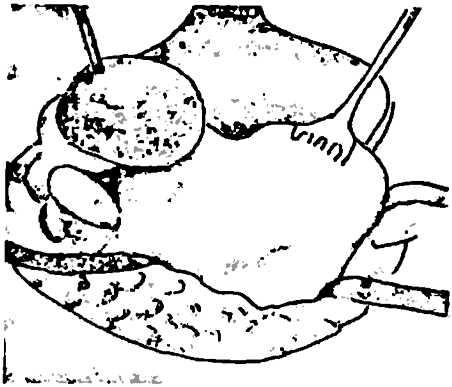
საშვილოსნოს ყელის კიბო უფრო განმეორებით ორსულებს აქვთ, თუმცა აღწერილია მისი შემთხვევები ახალგაზრდა პირველორსულებშიც.

სურ. 89 საშვილოსნოს ფიბრომიომა და დრომდე მიტანილი ორსულობა

ორსულობა და ლოგინობის ხანა აჩქარებს კიბოს ზრდას. ამიტომ საჭიროა დიაგნოზის დროზე დადგენა და რადიკალური ჩარევა დედის განკურნების მიზნით.

ყელის კიბოს სიმპტომები ორსულობის შემთხვევაში იგივეა, როგორც არაორსულობის დროს: თეთრად შლა, დიდი რაოდენობით სისხლიანი გამონადენი (ხორცის ნარეცხის მსგავსი, სპეციფიკური მყრალი სუნის მქონე). სარკეებით გასინჯვისას ნახულობენ გამკვრივებულ, დახორკლილ და დაწყლულებულ ყელს. ზონდით გასინჯვის დროს ზონდის თავი ღრმად იჭრება ქსოვილში, რაც კიბოს ადასტურებს.

კიბოს გამოცნობის დროს საჭიროა გამოვრიცხოთ ყელის ეროზია, ტუბერკულოზური და სიფილისური წყლული. საბოლოოდ საკითხი წყდება საეჭვო ქსოვილის ლაბორატორიული გამოკვლევით (ჰისტოპათოლოგიური და ციტოლოგიური). იშვიათ შემთხვევაში ზემოდასახელებული



სურ. 90 ორსულობა და საკვერცხის ავთვისებიანი სიმსივნე

ნიშნების მიხედვით მდგომარეობას მიიჩნევენ დაწყებულ აბორტად (abortis incipiens) და ავადმყოფს ურჩევენ წოლას, მაშინ, როდესაც აუცილებელია რადიკალური ოპერაცია.

კიბოს შემთხვევაში, როდესაც ორსულობა დრომდეა მიტანილი,საჭიროა საკეისრო გაკვეთა და საშვილოსნოს დანამატების ამოკვეთა, შემდეგ კი სხივური მკურნალობა.

გარეთა სასქესო ორგანოებისა და საშოს დაავადებანი

გარეთა სასქესო ორგანოებისა და საშოს ყოველგვარი პათოლოგია ხელს უშლის განაყოფიერებასა და ორსულობას.

ორსულობის განვითარებას ხელს უშლის გარეთა სასქესო ორგანოებზე კონდილომები - წვეტიანი (condyloma acuminata) და ბრტყელი (condylima lata). მათ წარმოშობაში მნიშვნელობა აქვს ერთ რომელიმე გამღიზიანებელ ფაქტორს - გონორეას, სიფილისს, საშოს გამონადენს, ეგრეთ წოდებულ თეთრად შლას. კონდილომების რიცხვი დასაწყისში მცირეა, შემდეგ კი, ორსულობის წინსვლასთან დაკავშირებით, მატულობს.

კონდილომა არ იწვევს რამდენადმე გამოხატულ ტკივილს, მაგრამ ამ დროს სუნიანი, ჩირქოვანი გამონადენი განაპირობებს გარეთა სასქესო ორგანოების ვულვის შეშუპებას, ქავილს, რაც იმდენად შემაწუხებელია, რომ ორსულს მოსვენებას არ აძლევს.

გარდა საშოს გამონადენისა ვულვის ქავილის მიზეზი შეიძლება იყოს შარდში შაქრისა და ცილის არსებობა, საშოს პარაზიტები, მასტურბაცია. ზოგ შემთხვევაში მიზეზი გაურკვეველია და მნიშვნელობას აკუთვნებენ ნეიროჰუმორულ მოშლილობას. ზოგიერთი ამ სახის ქავილს ფსიქონევროზის შედეგად მიიჩნევს.

მკურნალობა უნდა წარმართონ გამომწვევი მიზეზის მიხედვით. საჭიროა სისუფთავის დაცვა, ადგილობრივად სადეზინფექციო და გამაუტკივარებელ საშუალებათა გამოყენება.

XXII თავი

საშვილოსნოსგარე ორსულობა (GRAVIDITAS EXTRAUTERINA S.ECTOPICA)

თვის სახელწოდება „საშვილოსნოსგარე ანუ ექტოპიური ორსულობა" ცხადყოფს, რომ საქმე ეხება ორსულობის ანომალიას, რომელიც საშვილოსნოს ღრუში კი არა, მის გარეთაა. საშვილოსნოსგარე ორსულთა რაოდენობა სტაციონარში ავადმყოფთა 1,5%-ს შეადგენს.

საშვილოსნოსგარე ორსულობა მძიმე პათოლოგიაა და ნიშნავს განაყოფიერებული კვერცხის იმპლანტაციას და განვითარებას საშვილოსნოს ღრუს გარეთ - საშვილოსნოს დანამატებში, ფალოპიუსის მილში, საკვერცხეში, საშვილოსნოს რუდიმენტულ რქაში, პერიტონეუმის ღრუში და ზოგიერთ ორგანოში.

1. ფალოპიუსის მილში ორსულობა (graviditas tubaria). საშვილოსნოსგარე ორსულობა უფრო ხშირად (99%) ფალოპიუსის მილში ვითარდება. იმისდა მიხედვით თუ მილის რომელ ანატომიურ ნაწილშია ორსულობა, არჩევენ: ა) ორსულობას ფალოპიუსის მილის ამპულურ ნაწილში (graviditas tubaria ampularis); ბ) ორსულობას ფალოპიუსის მილის ინტერსტიციულ ნაწილში (graviditas tubaria interstitiatis); გ) ორსულობას ფალოპიუსის მილის შუა ვიწრო ნაწილში (graviditas tubaria isthmica), რაც იშვიათი შემთხვევაა; 2. საკვერცხეში ორსულობა (graviditas ovarica); 3. მუცლის ანუ პერიტონეუმის ღრუს პირველადი ორსულობა (graviditas abdominalis s.peritonealis); 4. საშვილოსნოსგარე ორსულობა რუდიმენტულ რქაში; ჩვენს სამკურნალო ფაკულტეტის სამეანო-გინეკოლოგიურ კლინიკაში რუდიმენტულ რქაში ორსულობით სამი ქალი იწვა (5,6 და 7 თვის ორსულობით).

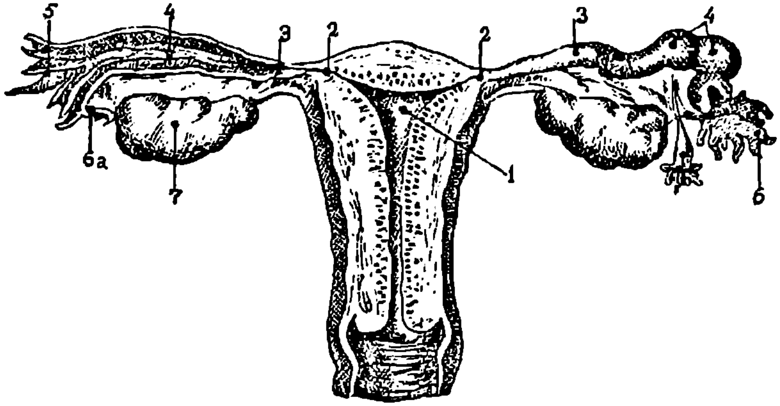
ორსულობა შეიძლება ერთდროულად ორივე ფალოპიუსის მილში იყოს. ლიტერატურაში ასეთი შემთხვევები იშვიათადაა აღწერილი. ხუთი ასეთი შემთხვევა იყო ჩვენს კლინიკაში. აღწერილია აგრეთვე რამდენიმე შემთხვევა, როდესაც საშვილოსნოსგარე ორსულობის გამო ორივე მილი ამოუკვეთიათ, მაგრამ საშვილოსნოსგარე ორსულობა მესამედ განვითარებულა მილის წინა ოპერაციების დროს დატოვებულ ნაწილში.

საშვილოსნოსგარე ორსულობის მიზეზებია: ფალოპიუსის მილის გონორეული ან სხვა ეტიოლოგიის ანთება (განვითარებული კრიმინალური აბორტის შემდეგ, ორსულობის თავიდან აცილების ან მოშლის მიზნით საშვილოსნოს ღრუში იოდის შეშხაპუნების შემდეგ), ინფანტილიზმის დროს ფალოპიუსის მილში სიმსივნური წარმონაქმნების არსებობისას, რომელიც მილის სანათურს ავიწროებს. საშვილოსნოსგარე ორსულობა შეიძლება განვითარდეს ფსიქიკური განცდების დროს ცენტრალური ნერვული სისტემის გადაღლის და სხვ.

ანთებითი პროცესის შედეგად ხდება ფალოპიუსის მილის სანათურის დიამეტრის შევიწროება, მილის ფიზიოლოგიური პერისტალტიკის შესუსტება ან სრული დათრგუნვა, მილის სანათურში ჩიხებისა და ჯიბეების წარმოქმნა ფალოპიუსის მილის მოციმციმე ეპითელიუმისა და კუნთოვანი სისტემის დესტრუქციული ცვლილებები და სხვ.

ინფანტილიზმის შემთხვევაში ფალოპიუსის მილის კუნთების განვითარებლობა ასევე განაპირობებს საშვილოსნოსგარე ორსულობას.

საშვილოსნოსგარე ორსულობის განვითარებისათვის მნიშვნელობა აქვს კვერცხის გარეთ მიგრაციას (migratio ovi extema). დიდ მანძილზე მიგრაციის დროს კვერცხმა შეიძლება არ მიაღწიოს ფალოპიუსის მილს, შეიძინოს ნიდაციის უნარი



სურ.91 საშვილოსნოსგარე ორსულობის ტიპიური ადგილები: 1-ნორმალური ორსულობა საშვილოსნოს ღრუში; 2-მილის ინტერსტიციულ ნაწილში ორსულობა-graviditas tubaria interstitiatis; 3- მილის შუა ვიწრო ნაწილში ორსულობა-graviditas tubaria isthmica; 4- მილის ბოლო განიერ ნაწილში ორსულობა-graviditas tubaria ampularis; 5- საკვერცხის ფიბრიულ ნაწილში ორსულობა-graviditas fimbrioovarica; 6- მილსა და საკვერცხეში ორსულობა-graviditas tubo ovarialis; 7- საკვერცხეში ორსულობა-graviditas ovarica; 8- მუცლის ღრუში ორსულობა-graviditas sbdominalis.

და სხვა ორგანოს ქსოვილს მიემაგროს.

საშვილოსნოსგარე ორსულობა შეიძლება გამოწვეული იყოს თვით კვერცხის განვითარების ანომალიით.

როგორც აღვნიშნეთ, ანთებითი პროცესის გარდა, ფალოპიუსის მილის პერისტალტიკის დაქვეითება შეიძლება განაპირობოს სხვა ფაქტორებმაც. მათ შორის მნიშვნელოვანია ნერვულ-ენდოკრინული მოშლილობა. ცნობილია, რომ ენდოკრინული და ვეგეტატიური ნერვული სისტემა განაგებს ყველა შინაგანი ორგანოს და მათ შორის სასქესო სფეროს ორგანოთა ფუნქციას. კვერცხსავალების პერისტალტიკა რეგულირდება ენდოკრინული ჯირკვლებისა და ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ცენტრალურ ნერვულ სისტემასთან კავშირში. რაკი ეს ასეა, ნერვულ-ენდოკრინული რეგულაციის მოშლა გამოიწვევს ფალოპიუსის მილის პერისტალტიკის დაქვეითებას, რაც, თავის მხრივ განაპირობებს საშვილოსნოსგარე ორსულობის განვითარებას. ექტოპიურ ორსულობას ახლავს ყველა ის სუბიექტური და ობიექტური ცვლილება, რომელიც ნორმალური ორსულობის დროს აღინიშნება (მენსტრუაციის შეწყვეტა, გულისრევა და ღებინება, უმადობა, მიზეზობა და ხასიათის შეცვლა, სარძევე ჯირკვლებიდან ხსენის გამოსვლა და სხვ.).

საინტერესოა, რომ ექტოპიური ორსულობის დროს საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი ისეთივე დეციდუალურ გარდაქმნას განიცდის, როგორც ნორმალური ორსულობის დროს (მაკროსკოპულად და მიკროსკოპულად ისეთივე შესახედაობისაა, როგორც ნორმალური ორსულობის შემთხვევაში). ფალოპიუსის მილში, სადაც

ყველაზე ხშირია ექტოპიური ორსულობა, მოსავარდნი გარსი ალაგ-ალაგ ძალიან სუსტად ვითარდება. საკვერცხეში, აგრეთვე პერიტონეუმზე დეციდუალური უჯრედები შეიძლება განვითარდეს მხოლოდ იშვიათად და ისიც ძალიან უმნიშვნელო რაოდენობით.

თუ ექტოპიურად დაბუდებული კვერცხი დაიღუპა, მაშინ საშვილოსნოში განვითარებული მოსავარდნი გარსი, ჩვეულებრივ, იშლება, საშვილოსნოს კედელს სცილდება და სისხლთან ერთად გარეთ გამოდის. ზოგჯერ მთლიანად გამოდის გარეთ საშვილოსნოს დეციდუა, რომელიც საშვილოსნოს ღრუს მოყვანილობის შესაბამისად სამკუთხედის ფორმისაა. აღნიშნული ნაწილების მიკროსკოპული გამოკვლევა საშუალებას გვაძლევს გამოვიცნოთ ექტოპიური ორსულობა. საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს დეციდუალური ქსოვილი საშვილოსნოდან გამოიდევნება არა მარტო კვერცხის დაღუპვის შემდეგ, არამედ ისეთ შემთხვევაშიც, როცა საშვილოსნოსგარე ორსულობა სამ თვეზე მეტი ხანგრძლივობისაა.

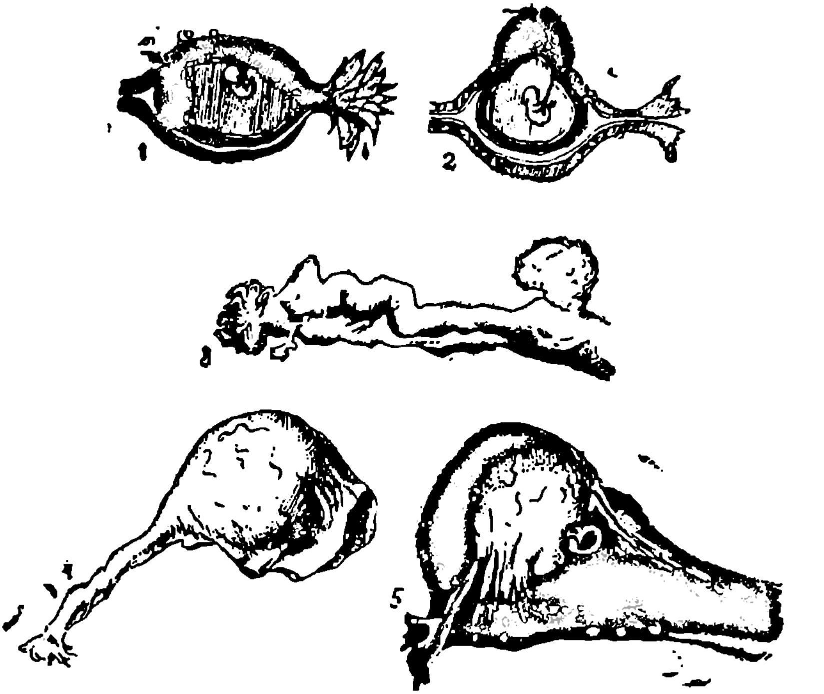
ექტოპიური ორსულობა სხვადასხვაგვარად მიმდინარეობს იმის მიხედვით, თუ სად ვითარდება ორსულობა.

ფალოპიუსის მილში ორსულობა დიდხანს ვერ ვითარდება და უმეტეს შემთხვევაში ადრე წყდება. საქმე ის არის, რომ ქორიონის ბუსუსები ფალოპიუსის მილში დეციდუალური ქსოვილის არარსებობისა და სუსტი განვითარების გამო შეიჭრება ლორწოვან გარსში, შემდეგ კი კუნთებში. ვინაიდან ფალოპიუსის მილის კუნთები საერთოდ სუსტი და თხელია, ბუსუსები მალე არღვევს მილის კედლის მთლიანობას. ამას ხელს უწყობს ის გარემოებაც, რომ, როცა კვერცხი იზრდება, იწევს მილის კედლის დაზიანება იწვევს სისხლის დენას და მუცლის ღრუში სისხლის ჩაღვრას. სისხლის დენა შესაძლოა ისეთი ძლიერი იყოს, რომ ავადმყოფი დაიღუპოს კიდეც მწვავე ანემიით. შინაგანი სისხლის დენის სიძლიერე დამოკიდებულია მილის დაზიანების ფართობზე, რაც, თავის მხრივ, ორსულობის ვადაზეა დამოკიდებული. ხშირად მილი სკდება ორსულობის მე-5-6 კვირაზე, ზოგჯერ უფრო გვიანაც.

სხვა შემთხვევებში, განსაკუთრებით, როცა კვერცხი ფალოპიუსის მილის აბდომინურ ბოლოში ან ამპულურ ნაწილშია, შეიძლება განვითარდეს ტუბარული აბორტი - abortus tubarius. ფალოპიუსის მილი იკუმშება, მაგრამ ამ შემთხვევაში მისი შეკუმშვა ანტიპერისტალტიკურია, რის შედეგადაც კვერცხი მუცლის ღრუში გამოიდევნება. მუცლის ღრუში მოხვედრილი კვერცხი უმრავლეს შემთხვევაში იღუპება და ფალოპიუსის მილიდან სისხლის დენა ისეთივეა, როგორიც საშვილოსნოდან საშვილოსნოს ორსულობის აბორტის შემთხვევაში. ფალოპიუსის მილიდან სისხლის დენის დროს მუცლის ღრუში სისხლია ჩაღვრილი, მაგრამ უფრო მცირე რაოდენობით, ვიდრე მილის გახევის დროს.

იშვიათად კვერცხსავალი აბორტის შედეგად მუცლის ღრუში მოხვედრილი კვერცხი შეიძლება მიემაგროს რომელიმე ორგანოს და მუცლის ღრუში საშვილოსნოსგარე ორსულობა მეორადად განვითარდეს.

სხვა შემთხვევაში შესაძლოა მოხდეს ინტრატუბური აბორტი, ე.ი. განაყოფიერებული კვერცხი მუცლის ღრუში კი არ გამოიდევნოს, არამედ ფალოპიუსის მილში სისხლის კოლტებში დარჩეს, იმის ანალოგიურად, როგორც საშვილოსნოში haematomola- ს დროს ხდება. მაკროსკოპულად შედედებულ სისხლში კვერცხის ნაწილები შესაძლოა არ ჩანდეს და ტუბური ორსულობა მხოლოდ მიკროსკოპულად გამოვლინდეს (სისხლის კოლტებს შორის ქორიონის ბუსუსების აღმოჩენით). ასეთ შემთხვევაში მუცლის ღრუში სისხლის რაოდენობა შესაძლოა იყოს.



სურ.92 1-მილის ორსულობა ისთმურ ნაწილში; 2-ორსული მილის ნასევა ისთმურ ნაწილში; 3-მილის ორსულობა ინტერსტიციულ ნაწილში; 4-ორსული მილის გახევა ინტერსტიციულ ნაწილში; 5-ორსულობა საკვერცხეში.

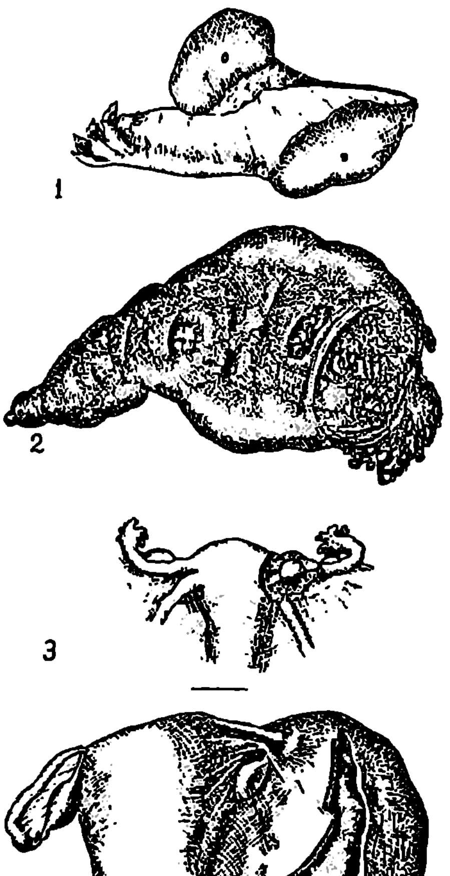
თუ მილის ინტერსტიციული ნაწილი გაისა, სისხლის დენა შეიძლება ისეთი ძლიერი იყოს, რომ რაიმე დასმარების აღმოჩენა ვერც კი მოესწროს და ავადმყოფი დაიღუპოს. ზოგჯერ ინტერსტიციულ ნაწილში კვერცხლის გაზრდა იწვევს მილის სანათურის გაწევას და კვერცხის მიმაგრების ადგილის შეერთებას საშვილოსნოს ღრუსთან; მოსალოდნელია ორსულობის შემდგომი ნორმალური განვითარება საშვილოსნოს ღრუში.

თუ კვერცხი მიმაგრებულია საკვერცხეზე ან საკერცხეში (graviditas ovarica), მაშინ ორსულობა უფრო დიდხანს გრძელდება (2-4 თვემდე). საბოლოოდ კვერცხი მაინც იღუპება, ირღვევა საკვერცხის პარენქიმა, დაიწყება სისხლის დენა, რომელიც ხშირად უფრო ძლიერია, ვიდრე ფალოპიუსის მილის დაზიარების დროს.

მუცლის ღრუს ორსულობამ, იქნება ის პირველადი თუ მეორადი, ყოველთვის შესაძლოა მეტხანს გასტანოს, ვინაიდან თავისუფალ მუცლის ღრუში კვერცხის განვითარებისთვის მეტი ადგილია. უფრო ხშირად განაყოფიერებული კვერცხი უმაგრდება მცირე მენჯის რომელიმე ორგანოს (განიერი იოგების უკანა ზედაპირს, საშვილოსნოს სეროზულ გარსს და სხვ.), მაგრამ მოსალოდნელია კვერცხის ნიდაცია სხვა ადგილზეც (ნაწლავზე, ჯორჯალზე და სხვ.). ნაწლავების პერისტალტიკის

გამო აქაც არ არის კვერცხის განვითარებისათვის ხელსაყრელი პირობები. აღწერილია შემთხვევა, როდესაც კვერცხი მიმაგრებული იყო ღვიძლზე. როცა ორსულობა მუცლის ღრუშია განვითარებული, მოსალოდნელია მიმაგრების ადგილთან კვერცხის კავშირის დარღვევა, ამის გამო კვერცხი იღუპება და შინაგანი სისხლის დენა ვითარდება. თუ ქალი მუცლის ღრუში ორსულობას ბოლომდე შეინარჩუნებს, ნაყოფი მაინც ვერ დაიბადება, უმრავლეს შემთხვევაში იღუპება. ხშირად მკედარი ნაყოფის გაკირვა ხდება მასში.

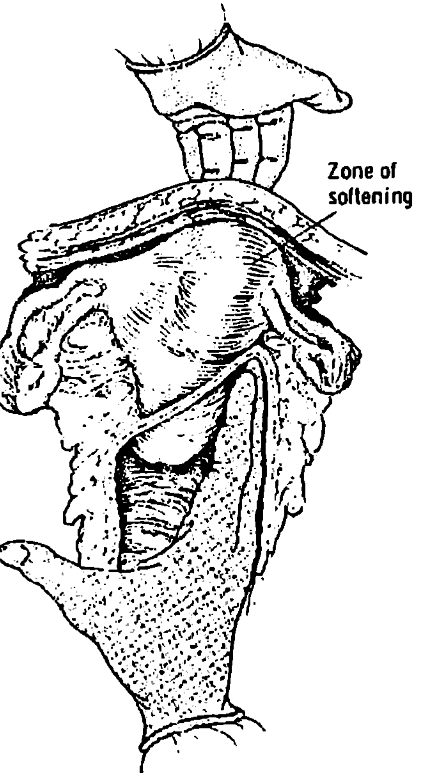
უფრო ადვილია ექტოპიური ორსულობის ამოცნობა, როცა ის დარღვეულია და მუცლის ღრუში სისხლი დიდი რაოდენობითაა ჩაღვრილი. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფი უჩივის საერთო სისუსტეს, თავბრუს, ყურებში შუილს, მხედველობის დაბინდვას, წყურვილს, ზოგჯერ ტკივილს ერთ-ერთი ბეჭის ან ბეჭთაშუა არეში (ფრენიკუს-სიმპტომი). ეს ფენომენი მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სისხლით შუასაძგიდის ნერვის გაღიზიანების შედეგია და გამოხატულია მხოლოდ მაშინ, როცა ავადმყოფი ჰორიზონტალურ მდგომარეობაშია. უმრავლეს შემთხვევაში ავადმყოფს ცნობიერება ნათელი აქვს. ზოგჯერ იგი მცირე ხნით გონებას კარგავს, რაც შეიძლება რამდენჯერმე განმეორდეს. კანი და ხილული ლორწოვანი გარსები მეტისმეტად მკრთალია, სახე-სანთლისფერი, ტუჩები - ციანოზური, ავადმყოფს ცივი ოფლი ასხამს, სუნთქვა ზერელე და ხშირი აქვს. არტერიული წნევა დაქვეითებულია. ვითარდება ოლიგურია ან ანურია. ჩვეულებრივ, ტემპერატურა ნორმალურია ან შეიძლება სუბნორმალურიც იყოს, რაც ჯერ კიდევ არ ნიშნავს ინფექციის ან ანთებითი პროცესის არსებობას.



სურ.93 1-მილის ორსულობა; 2-ორსულობა მილის ამპულურ ნაწილში; 3-ორსულობა მილის ინტერსტიციულ ნაწილში; 4-ორსულობა საკვერცხეში.

რადგან ტემპერატურის აწევა გამოწვეულია მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სისხლის ცილების შეწოვით. დამახასიათებელია მაჯის აჩქარება (120-160 წუთში). მაჯა ძაფისებრი და სუსტი დაჭიმულობისაა. გამოხატულია მუცლის ფარის გაღიზიანების ნიშნები - ის შებერილია და პალპაციით ძლიერ მტკიენეული. ჩვენ მუცლის კუნთების დეფანსი არასოდეს შეგვიმჩნევია.

თუ მუცლის ღრუში სისხლის ჩაღვრიდან რამდენიმე დღეა გასული, ჩაღვრილი სისხლის შეწოვის გამო თვალის სკლერა ყვითლად იქნება შეფერილი. როცა მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სისხლის რაოდენობა დიდია, მაშინ პერკუსიის დროს ჭიპის არეში ტიმპანური ხმიანობა, მუცლის დანარჩენ არეებში კი - მოყრუება.



სურ.94 პრუსტის სიმპტომი საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს

თუ მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სისხლის რაოდენობა მცირეა, მაშინ მწვავე ანემიის ნიშნები არ იქნება გამოხატული, შეიძლება არც მუცლის ფარის გაღიზიანების ნიშნები იყოს. საშვილოსნოს უკან, მარჯვნივ და მარცხნივ შესაძლოა აღმოვაჩინოთ მორბილო ცომისებრი კონსისტენციის სიმსივნე, რომელიც საშვილოსნოსთან მჭიდროდაა დაკავშირებული. ასეთი სიმსივნე უმთავრესად შეუდედებელი და შედედებული სისხლის კოლტებისგან შედგება. ვინაიდან პერიტონეუმის ღრუში ყველაზე ღრმა ადგილი დუგლასის ორმოა, ამიტომ ქალის ზურგზე წოლის დროს მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სისხლი გროვდება დუგლასის ორმოში, თუ ქალი ვერტიკალურ მდგომარეობაშია ე.წ. haematocele retrouterina წარმოიქმნება, სხვა შემთხვევებში შედედებული სისხლი გროვდება დაზიანებული ფალოპიუსის მილის ირგვლივ - haematocele peritubaria. უფრო იშვიათად შეიძლება დაზიანდეს ფალოპიუსის მილის ის ნაწილი, რომელიც განივი იოგის შუაშია, მაშინ სისხლი განივი იოგის ფურცლებს შორის გროვდება - haematoma lig. lati.

სამოსმხრივი გასინჯვის დროს ზოგჯერ საშოს შესავლის ლორწოვანი გარსის ციანოზი აღინიშნება. საშვილოსნოს ყელი დარბილებულია, როგორც ნორმალური ორსულობის შემთხვევაში. ჩვეულებრივ, მეტეორიზმი და მუცლის მტკიენეულობა საშუალებას არ გვაძლევს ზუსტად დავადგინოთ შინაგანი სასქესო ორგანოების ტოპოგრაფია. ასეთ შემთხვევაში უხეში ბიმანუალური გასინჯვა არ იძლევა უკეთეს

შედეგს, პირიქით, რეფლექსურად იწვევს მუცლის წინა კედლის დაჭიმვას და გინეკოლოგიურ გამოკვლევას უფრო აძნელებს. გარდა ამისა, უხეშმა ბიმანუალურმა გასინჯვამ შეიძლება გამოიწვიოს შინაგანი სისხლის დენის გაძლიერება.

საშვილოსნოსგარე ორსულობის დიაგნოზის დასადგენად ბიმანუალურ გასინჯვასთან ერთად საჭიროა რექტული გასინჯვა. ეს უკანასკნელი მონაცემებს იძლევა სასქესო ორგანოების ცვლილებების მხრივ.

შინაგანი გასინჯვის დროს შეიგრძნობა რომელიმე გვერდითი თაღის ან უკანა თაღის პასტოზურობა თაღებთან ახლოა სისხლის კოლტების დაგროვების გამო (ვასტენი). უკანა თაღის პასტოზურობა შეიძლება გამოწვეული იყოს აგრეთვე სწორ ნაწლავსა და სიგმურ კოლინჯში განაველოვანი მასის დაგროვებით. მხოლოდ იშვიათ შემთხვევებში ისინჯება მკვეთრად გადიდებული საშვილოსნო, რომელიც საშვილოსნოსგარე ორსულობის შემთხვევაში სფეროსებრი ფორმის კი არ არის, როგორც ნორმალური ორსულობის დროს, არამედ, ჩვეულებრივ, მსხლისებრი ფორმისაა, როგორც საერთოდ არაორსულობის მდგომარეობაში. ზოგჯერ საშვილოსნოს გვერდით ისინჯება რბილი კონსისტენციის ორსული კვერცხსავალი.

კვერცხსავალის ორსულობის შეწყვეტისა და მილის კედლის გახევის შემდეგ საშოსმხრივი გასინჯვისას საყურადღებოა სხვა სიმპტომები. პრუსტის სიმპტომი. ავადმყოფი ძლიერ ტკივილს შეიგრძნობს დუგლასის არეში, როდესაც ორი თითით ღრმად ვსინჯავთ უკანა თაღს. ბანკმა საშვილოსნოს ტანის წინ - ბოქვენის სიმფიზისკენ გადმოწევის ზოგ შემთხვევაში ასევე დაადგინა მტკივნეულობა დუგლასის ორმოში.

მ.ს.გიგინეიშვილმა და მ.მ.გიგინეიშვილმა საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის დროს დიდ მასალაზე დაადგინეს, რომ საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის დროს მტკივნეულობა დუგლასის ორმოში გამოწვეულია რეცეპტორებისა და ვეგეტატიური ნერვული აქსონების და ორსული საშვილოსნოს აღგზნების შედეგად.

როგორც აღვნიშნეთ, სამივე ეს სიმპტომი დამყარებულია დუგლასის არეში ძლიერი ტკივილის შეგრძნებაზე, რასაც ფრანგმა ავტორებმა „დუგლასის ყვირილი" უწოდეს, მაგრამ აღნიშნული სიმპტომები ყოველთვის არ არის გამოხატული დარღვეული საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს, გარდა ამისა, ბანკისა და შუშანია-ტიტუსის სიმპტომები აღინიშნება საშვილოსნოსა და კვერცხსავალების ანთებითი პროცესის, აგრეთვე აპენდიციტის შემთხვევაში. ისიც უნდა გვახსოვდეს, რომ თუ დუგლასის ორმოში ჩაღვრილი სისხლი ჩაპარკულია, საშვილოსნოს ყელის მოძრაობა სრულიად უმტკივნეულოა. ე.ი. ზემოხსენებული სიმპტომები ყოველთვის ვერ ადგენს რა სახის პათოლოგიურ პროცესთან გვაქვს საქმე (ანთება, თუ შინაგანი სისხლის დენა), მაგრამ მათი გამოყენებით შეიძლება არსებული პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციის დადგენა, კერძოდ იმის გარკვევა, თუ სად მიმდინარეობს პროცესი - მენჯის ღრუსა თუ მუცლის ზედა ნახევარში (კუჭის წყლულის პერფორაცია, ნაწლავის გაუვალობა და სხვ.).

როგორც აღვნიშნეთ, კვერცხსავალის გახევის დროს თითქმის ყოველთვის შეიგრძნობა ძლიერი ტკივილი (მუცელში ხანჯლის ჩაცემის შეგრძნება). იშვიათად ტკივილი შეიძლება მკვეთრად არ იყოს გამოხატული, მაგრამ თითქმის არ გვხვდება საშვილოსნოსგარე ორსულობის დარღვევის ისეთი შემთხვევა, როდესაც თუნდაც სუსტი ტკივილი არ არსებობდეს. ტკივილს იწვევს ან ფალოპიუსის მილის გახევა, ანდა მუცლის ფარის გაღიზიანება ჩაღვრილი სისხლით. ზოგჯერ ძლიერი ტკივილის წინ სუსტი მოელითი ხასიათის ტკივილია (მილის ჭვალი), რაც იმით არის გამოწვეულია,რომ არცთუ იშვიათად მილის გახევის წინ აღინიშნება სისხლჩაქცე-

ეა სანაყოფე კვერცხში. ამის გამო სანაყოფე კვერცხის ზომა დიდდება, რაც იწვევს მილის პერისტალტიკას და ავადმყოფი მას შეიგრძნობს, როგორც მილის ჭვალს. მილის ჭვალი ავადმყოფმა შეიძლება შეიგრძნოს აგრეთვე მილის გახეთქვის შემთხვევაშიც.

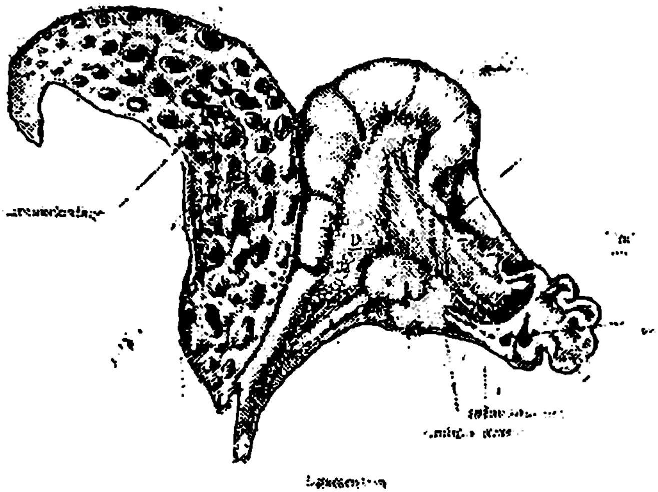
გონების დაკარგვა ან ცნობიერების დაბინდვა, საერთო სისუსტე გამოწვეულია არა მარტო შინაგანი სისხლის დენით (კოლაფსი), არამედ ე.წ. პერიტონეული შოკით, მუცლის ტკივილით.

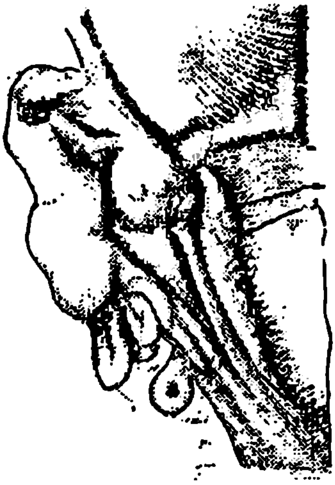
ანამნეზში ორსულობის დამახასიათებელი სუბიექტური ნიშნების არარსებობა არ ნიშნავს საშვილოსნოსგარე ორსულობის უარყოფას: მილის გახეთქვა ანუ მილის აბორტი მოსალოდნელია სანაყოფე კვერცხის განვითარების ჯერ კიდევ ადრეულ სტადიაში, მანამდე, სანამ დაიწყება რიგითი მენსტრუაცია. ასეთ შემთხვევაში მენსტრუაცია არ დაიგვიანებს. მილის გახეთქვა შესაძლოა მოხდეს მენსტრუაციის დაწყებამდე ერთი ან რამდენიმე დღით ადრე ან მენსტრუაციის დაწყების დღეს და ქალმა სისხლიანი ჩამონაშალი, რაც დეციდუალური გარსის დესკვამაციითაა გამოწვეული, მიიჩნიოს ჩვეულებრივი მენსტრუაციის დაწყებად. ასეთ შემთხვევაში ქალი შეკითხვაზე-დაგვიანებით მენსტრუაცია ხომ არ ჰქონდა, უარყოფითად პასუხობს. მაგრამ თუ ქალს დაწვრილებით გამოვკითხავთ ცნობებს მენსტრუაციის შესახებ, შეიძლება მივიღოთ საინტერესო მონაცემები, კერძოდ, მართალია, „მენსტრუაცია" დაეწყო დროზე ან დროზე ადრეც კი, მაგრამ იგი მიმდინარეობდა უფრო ხანგრძლივად და სისხლის შედარებით მცირე რაოდენობის დაკარგვით ანუ, როგორც ამბობენ, სისხლიანი ჩამონაშალი ჰქონდა. იშვიათად ასეთი „მენსტურაციის" დროს ქალი კარგავს უფრო ჭარბი რაოდენობით სისხლს, ვიდრე ყოველთვის, რაც ზოგჯერ გვაგონებს სისხლის დენას აბორტის შემთხვევაში. დარღვეული საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს სისხლი უფრო მოკოლადისფერია, მაგრამ ამ ნიშანს დიდი მნიშვნელობა არა აქვს. საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სისხლიანი ჩამონაშალის ხანგრძლივობას.

ზოგჯერ დიაგნოზის დადგენაში გვეხმარება სისხლის ანალიზი - ჰემოგლობინის მკვეთრი დაცემა ან ერითროციტების რაოდენობის შემცირება. ეს კი, როცა გარეგანი სისხლის დენა უმნიშვნელოა, მიუთითებს შინაგან სისხლისდენაზე, ე.ი. შეწყვეტილ საშვილოსნოსგარე ორსულობაზე. ზოგ შემთხვევაში პერიფერიულ სისხლში ლეიკოციტოზი აღინიშნება მუცლის ღრუში სისხლის ჩაქცევის პირველ საათებში. უფრო ხშირად ლეიკოციტების რაოდენობა ნორმის ფარგლებშია. გაჭიანურებულ შემთხვევაში, როცა მუცლის ღრუში სისხლის შეიწოვება, პერიფერიულ სისხლში ლეიკოციტების რაოდენობა ხშირად მომატებულიც კი არის. ედს ისეთივეა, როგორც ნორმალური ორსულობის შემთხვევაში, ან შეიძლება უფრო მომატებულიც იყოს.

ექტოპური ორსულობის გამოსაცნობად ძალიან ხშირად მიმართავენ ბიოლოგიურ რეაქციებს, რომლებიც დადებითია ორსულობის შეწყვეტიდან 10 დღის განმავლობაში. ეს ბიოლოგიური რეაქციები ორსულთა შარდში ქორიონული გონადოტროპინის არსებობაზე და დინამიკაში მისი რაოდენობის ცვლილებაზეა დაფუძნებული.

① ამჰეიმ-ცონდეკის რეაქცია (1927). უმჯობესია გამოსაკვლევი ქალის შარდის კათეტერით აღება. შარდს აგროვებენ სუფთა სინჯარაში. საცდელ ობიექტად გამოყენებულია 5 თეთრი მოუმწიფებელი თაგვი (წონით 7-8 გრამი); მათ შორის ოთხი საცდელია, ერთი კი - საკონტროლო. ოთხ თეთრ თაგვს სათითაოდ კანქვეშ უშხაპუნებენ შარდს 0,2-0,4 მლ რაოდენობით. საჭიროა 6 ინექცია 3 დღის განმავ-





სურ.95 ცვლილებები საცდელი ცხოველის დანამატებსა და საკვერცხეში აშჰეიმ-ცონდეკის რეაქციის დროს

ლობაში. თითოეულ თაგვისთვის შესაშხაპუნებელი შარდის რაოდენობა 1,2-2,4 მლ-ია. 100 საათის შემდეგ ხუთივე თაგვს ეთერის ბანგის ქვეშ ხოცავენ და მუცელზე კვეთავენ. თუ ქალი ორსულია, თაგვები საკვერცხეებში აღინიშნება ორსულობის დამახასიათებელი ნიშნები: ფოლიკულების მომწიფება, წერტილოვანი სისხლჩაქცევები და ყვითელი სხეულების განვითარება. ეს რეაქცია ორსულობის შემთხვევათა 98%-ში დადებითია.

2) ბრუა-ანგლე-სიმონეს რეაქცია (1929) დაფუძნებულია ორსული ქალის შარდში არსებული ქორიონული გონადოტროპული ჰორმონის თვისებაზე - ინფანტილურ თაგვებში სათესლე პარკის განვითარება გამოიწვიოს.

③ ფრიდმან-ადლერ-ბრუას რეაქციას (1931) ატარებენ მდედრობითი სქესის ანგორის ჯიშის ბოცვერებზე (1200-1400 გ წონის), რომლებიც ერთი თვის მანძილზე მამლებისაგან განცალკევებული უნდა იყვნენ. ორსული ქალის შარდი 10 მლ რაოდენობით შეყავთ ყურის ვენაში. 48 საათის შემდეგ აკეთებენ ლაპაროტომიას. თუ ქალი ორსულია, ბოცვერის სასქესო ორგანოებში ჰიპერემიაა, საკვერცხეებში კი წერტილოვანი სისხლჩაქცევები და დაწყებულია ყვითელი სხეულის განვითარება.

ზემოაღნიშნული ყველა რეაქცია სასწრაფო შემთხვევებში არ გამოდგება, ვინაიდან რამოდენიმე საათსა და დღეს საჭიროებს.

④ გალი-მაინინის რეაქცია (1947) უკანასკნელი წლების მანძილზე ყველაზე ფართოდ გავრცელდა, რადგან ნაკლები დრო სჭირდება. რეაქცია შეიძლება ჩაატარონ მამრობითი სქესის ყველა სახის ბაყაყზე: rana esculenta rana temporaria, rana agiles, rana pipiens ან bufovulgaris bufovviridis perlobater fusaus და ა.შ.

რეაქციის ჩატარება შეიძლება წელიწადის ყველა დროს, იმ პერიოდის გარდა, როდესაც სპონტანური სპერმატოგენეზი ხდება (15 დღე მარტში - bufo vulgari- სთვის, მაისი-rana esculenta- სთვის). თუ რეაქცია უარყოფითი იყო, ბაყაყის ხელახლა გამოყენება შეიძლება 7 დღის შემდეგ, ხოლო თუ დადებითი-14 დღის შემდეგ.

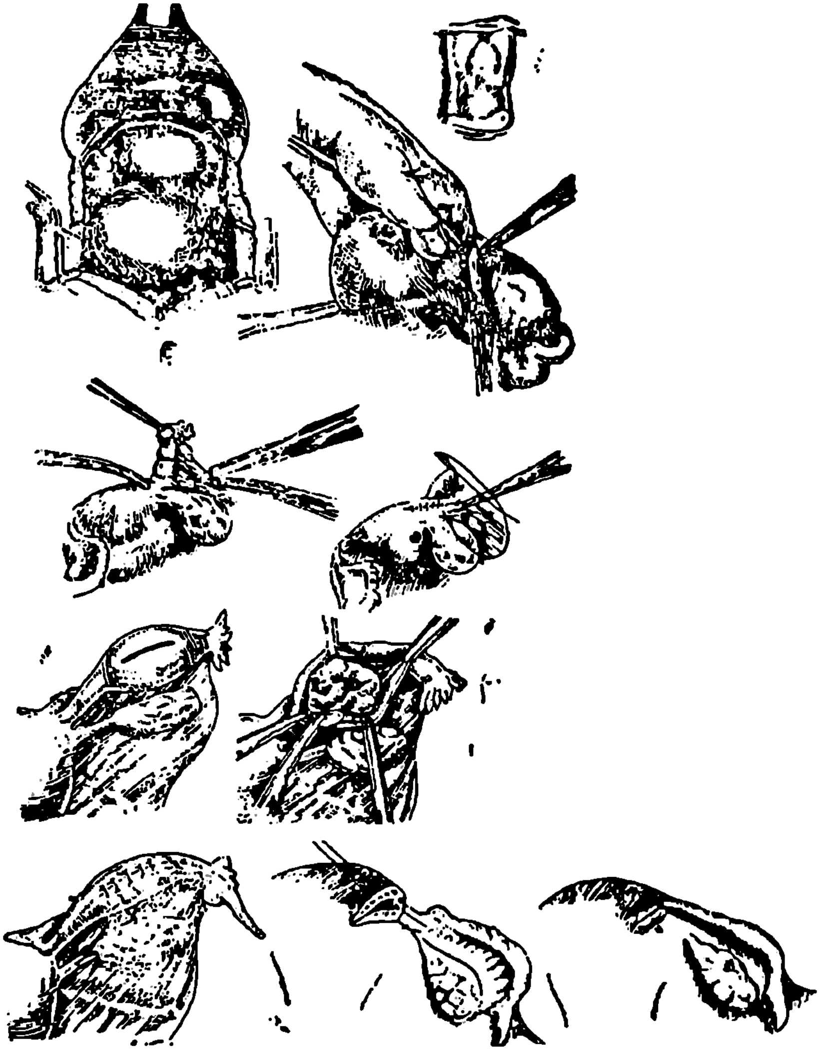
გალი-მაინენის რეაქცია შემდეგნაირად ტარდება. ქალის შარდი შეყავთ მამალი ბაყაყის კანქვეშ (1მლ ცხოველის ყოველ 10 გრ წონაზე). რეაქციისათვის საჭიროა მამრობითი სქესის სამი ბაყაყი. თუ შარდის შეყვანიდან ორი საათის გავლის შემდეგ ბაყაყის კლოაკის შიგთავსის (რომელსაც პიპეტით აიღებენ) მიკროსკოპული გამოკვლევა სპერმატოზენეზს გამოავლენს, მაშინ ქალი ორსულია.

ზოგჯერ საშვილოსნოსგარე ორსულობა მიმდინარეობს დანამატის ანთების მსგავსად მაღალი ტემპერატურით. ასეთი შემთხვევების გამოცნობას აადვილებს საშოს უკანა თაღის პუნქცია. პუნქციას აკეთებენ აგრეთვე გვერდითი თაღში და იშვიათად მუცლის წინა კედლიდან. პუნქციით მიღებული „შავი" სისხლი, სისხლის კოლტები, ფიბრინის ნაწილები საშვილოსნოსგარე ორსულობის დიაგნოზს ადასტურებს. მაგრამ სისხლი ყოველთვის მუქი არ არის ანდა ყოველთვის ვერ ვნახულობთ კოლტებს. მთავარი დამახასიათებელი ნიშანია ის, რომ ეს სისხლი უფიბრინოა, შედედების უნარი არა აქვს.

დადგენილი საშვილოსნოსგარე ორსულობა საჭიროებს სასწრაფო ოპერაციულ ჩარევას, როგორ მდგომარეობაშიც არ უნდა იყოს ავადმყოფი. პროგრესულად მიმდინარე ექტოპიური მილის ორსულობის დიაგნოზის დაზუსტებაში გვეხმარება რეოგრაფია, ულტრაბგერითი სკანირება, ლაპარასკოპია.

ოპერაციის ტექნიკა. საშვილოსნოსგარე ორსულობის მწვავე შემთხვევაში, ე.ი. თუ ორსულობა ახალი დარღვეულია, მუცლის ღრუ უნდა გაკვეთონ ავადმყოფის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში. წინააღმდეგ შემთხვევაში, ე.ი. სხეულის მდებარეობის შეცვლისას, თხიერი სისხლი, რომელიც მუცლის ღრუშია გადაინაცვლებს შუასაძგიდისკენ და შეიძლება მოხვდეს სუბდიაფრაგმულ სივრცეში, რაც სასურველი არ არის ოპერაციის შემდგომი მოსალოდნელი გართულების გამო. თუ საჭიროა გახდა, ავადმყოფი ტრენდელენბურგის მდგომარეობაში უნდა მოათავსონ, მხოლოდ ჰემოსტაზისა და მუცლის ღრუდან თხიერი სისხლისა და სისხლის კოლტების ამოღების შემდეგ.

მუცლის წინა კედელზე ატარებენ ჩვეულებრივ გასწვრივ განაკვეთს თეთრ ხაზზე, რადგანაც მწვავე შემთხვევაში საჭიროა სისწრაფე, გასწვრივ განაკვეთს, სხვა განაკვეთებთან შედარებით, ის უპირატესობა აქვს, რომ შესაძლოა მისი ყველაზე სწრაფად გატარება.



სურ.96 ა-ოპერაციის ტექნიკა მილის ორსულობის დროს; ბ-კონსერვატიული ოპერაციები მილის ორსულობის დროს

ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის შემთხვევაში მუცლის ღრუს გაკვეთისა და სარკის ჩადგმის შემდეგ ოპერატორმა მუცლის ღრუდან სწრაფად უნდა ამოიტანოს საშვილოსნო, ორსულ მილს დაადოს თანგები და მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სისხლი ამოიწმინდოს დიდი დოლბარდის საფენებით იმდენად, რომ საოპერაციო არე თვალსაჩინო გახდეს და ხელი არ შეუწყოს შემდგომ მუშაობას.

თუ კვერცხსავალი შეხორცებებშია, იგი წინასწარ ბლაგვი წესით უნდა გაათავისუფლონ. ოპერაციები შეხორცებიდან კვერცხსავალს უნდა ათავისუფლებდეს ქვემოდან ზემოთ, საშვილოსნოსკენ, სანამ გამოცალკევდება მისი აბდომინური ნაწილი, რომელიც, ჩვეულებრივ, შეხორცებულია.

მნიშვნელობა აქვს შეხორცებებიდან საკვერცხისა და ორსული კვერცხსავალის მთელ სიგრძეზე გათავისუფლებას.

საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს საჭიროა ზედმიწევნითი სიფრთხილის დაცვა, ვინაიდან ამ დროს ხელის შეხებით ქსოვილები ადვილად ზიანდება.

ამის შემდეგ ორსული კვერცხსავალი თითებით ან პინცეტით უნდა აიწიონ და მეზოსალპინქსზე დადონ კოხერის ორი მომჭერი ისე, რომ პირველი მომჭერი დაედოს მეზოსალპინქსის იმ ნაწილს, რომელიც შეეფარდება კვერცხსავალის აბდომინურ ნაწილს, მეორე მომჭერი კი კვერცხსავალის საშვილოსნოსმხრივ ნაწილზე. ორივე მომჭერს ადებენ კვერცხსავალის პარალელურად ისე, რომ აბდომინურ ნაწილზე დადებული მომჭერის წვერი მიმართული იყოს საშვილოსნოსმხრივ ნაწილზე დადებული მომჭერის წვერისკენ.

ამრიგად, თანგების დადების შემდეგ სისხლის მიწოდება კვერცხსავალისკენ წყდება, რადგან საშვილოსნოს კუთხესთან დახშულია კვერცხსავალის მკვებავი არტერია (art. tubarica), ამპულურ ნაწილში კი - ჯორჯლიდან მიმავალი მისი მკვებავი სისხლძარღვები.

მეზოსალპინქსზე კოხერის მომჭერების დადების დროს ოპერატორი თვალყურს უნდა ადევნებდეს, რომ წინიდან მათში არ მოხვდეს მრგვალი იოგი, უკნიდან კი - საკვერცხის საკუთარი იოგი.

კოხერის ან მიკულიჩის მომჭერების ამგვარად დადების შემდეგ მათ ზემოთ მაკრატლით უნდა ამოკვეთონ კვერცხსავალი მთლიანად. მაკრატლის მოღუნული მხარე უნდა იმყოფებოდეს მომჭერების მიმართულებით, საპირე კი - ზემოთ.

საშვილოსნოდან კვერცხსავალის ამოკვეთის დროს მოსალოდნელია სისხლის დენა საშვილოსნოს არტერიის კვერცხსავალის ტოტის დაზიანების გამო. ამიტომ აღნიშნულ სისხლძარღვს უნდა დაადონ თანგი და გადაკვანძონ.

საშვილოსნოს კუთხეს კვერცხსავალის მოკვეთის ადგილზე უნდა დაადონ ორი ან სამი კეტგუტის კვანძოვანი ნაკერი.

ამის შემდეგ მეზოსალპინქსის ტაკვზე ადებენ ნაკერს შემდეგი სახით: ოპერატორს მარცხენა ხელით უკავია ტაკვზე დადებული თანგი, მარჯვენა ხელით კი ნემსს ატარებს ტაკვში თანგის ქვემოთ, რის შემდეგ ლიგატურას ჯერ შემოახვევს თანგის წვერის ერთ მხარეს და ისე გადაკვანძავს, შემდეგ კი - მის მეორე მხარეს და მაგრად გადაკვანძავს ორჯერ. ამ დროს ასისტენტი ნელ-ნელა ხსნის თანგს, რათა ლიგატურაში მოჰყვეს ტაკვის ყველა ქსოვილი; ოპერატორი ასეთსავე ნაკერს ადებს მეზოსალპინქსის საშვილოსნოსმხრივ ნაწილს, რომელზეც თანგის მეორე დამჭერია მოთავსებული; ამრიგად, შეიქმნება ორი გადანასკვული ტაკვი; ამის შემდეგ ტაკვებზე დადებული ლიგატურების თითო ბოლოს მოკვეთავენ და დარჩენილ მეორე ბოლოებს ერთიმეორეს ფრთხილად გადანასკვავენ იმ მიზნით, რომ ტაკვების ზედაპირი დაპატარავდეს და გადაადგილდეს მათი პერიტონიზაცია.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ტაკვზე ლიგატურის დადების წესის ზუსტად დაცვას, რადგან, თუ ლიგატურას არ გაატარებენ ტაკვის ქსოვილებში და ისე განასკვავენ, იგი შეიძლება მოძვრეს, რასაც თან სდევს შინაგანი სისხლის დენა გართულებებით. გარდა ამისა, მიზანშეწონილი არ არის სქელი და ტლანქი ტაკვების დატოვება, რადგან ეს ხშირად ოპერაციისშემდგომ პერიოდში გართულებ-

ის (ინფილტრატებისა და სხვ.) მიზეზი ხდება.

ტაკვების გადაკვანძვის შემდეგ უნდა განახორციელონ პერიტონიზაცია. ამ მიზნით, თუ მეზოსალპინქსის ფურცლები საკმაოდ არის დარჩენილი, ადებენ განუწყვეტელ კეტგუტის ნაკერს, რომლის დროს ტაკვებს ათავსებენ ორ ფურცელს შორის და გადანასკვავენ. მაგრამ თუ შეხორცებების დარღვევის შემდეგ დაზიანდა მეზოსალპინქსის წინა და უკანა ფურცელი, რაც ხშირია კვერცხსავალში ორსულობის დროს, მაშინ პერიტონიზაციისთვის უნდა გამოიყენონ მრგვალი იოგი.

მრგვალი იოგის მოკლე მარყუჟს წმინდა კეტგუტით მიაკერებენ საშვილოსნოს კუთხეს და განუწყვეტელი კეტგუტის ნაკერით კვერცხსავალის ტაკვს შეუერთებენ კვერცხსავალის ჯორჯლის უკანა ფურცლის დარჩენილ ნაწილს, ხოლო, თუ ისიც არ არსებობს, შეუერთებენ საკვერცხეს.

მრგვალი იოგით პერიტონიზაცია შეიძლება განახორციელონ კეტგუტის კვანძოვანი ნაკერებით.

ოპერაციის დროს დიდი სიფრთხილეა საჭირო საკვერცხის მიმართ. თუ საკვერცხეში რაიმე თვალსაჩინო პათოლოგიური ცვლილებები არ არის, იგი უნდა დატოვონ. საკვერცხეს არ ამოკვეთავენ იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც მასზე ფიბრინული ნადებებია ან იგი შეხორცებებშია.

რაც შეეხება მეორე კვერცხსავალს, ზოგიერთი პროფილაქტიკის მიზნით მისი ამოკვეთის მომხრეა. მაგრამ არიან კლინიცისტები, რომლებიც, იმ შემთხვევაშიც კი, როცა მეორე კვერცხსავალში ანთებითი ხასიათის ცვლილებებია, მას სტოვებენ კონსერვატიული მკურნალობისთვის, რათა ქალმა სამუდამოდ არ დაკარგოს შვილოსნობის უნარი. ეს უკანასკნელი მოსაზრება უფრო სწორად უნდა მივიჩნიოთ.

საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს მუცლის ღრუში ჩაღვრილი თხიერი სისხლი და სისხლის კოლტები სრულიად უნდა ამოაშრალონ. ამ მიზნით ავადმყოფს მენჯის ნაწილი ქვემოთ უნდა დაუწიონ, რათა სისხლი გადავიდეს მცირე მენჯის ღრუში. ზოგი გინეკოლოგი თხიერ სისხლს სტოვებს მუცლის ღრუში, ზოგიერთი კი მას რეინფუზიისთვის იყენებს. ამ წესს ბევრი არ იზიარებს და უპირატესობას ანიჭებს კონსერვირებული სისხლის გადასხმას.

ოპერაციის დასაწყისში ოპერატორმა უნდა შეაფასოს საკვერცხის მდგომარეობა და მიიღოს გადაწყვეტილება, ამოკვეთოს მარტო კვერცხსავალი, თუ კვერცხსავალი საკვერცხესთან ერთად. უკანასკნელის შემთხვევაში ოპერატორმა კოხერის ან მიკულიჩის მომჭერი უნდა დაადოს საშვილოსნოს კუთხეს კვერცხსავალ მილზე, თანგი კი—საკვერცხის პარალელურად მენჯ-ძაბრისებრ იოგზე, სადაც მოხვდება საკვერცხის საკუთარი იოგიც. მეორე თანგს დაადებენ ისე, რომ მილის კუთხეზე დადებული თანგის წვერი მას ეხებოდეს. ამის შემდეგ მაკრატლით უნდა მოკვეთონ თანგების ზემოთ მილი საკვერცხესთან ერთად. თანგს შეცვლიან აბრეშუმის ლიგატურებით (ტაკვზე ლიგატურები ისე უნდა დადონ, როგორც ზემოთ იყო აღწერილი). ლიგატურის ბოლოების თითო წვერი უნდა გადანკვონ ერთიმეორესთან ტაკვის ფართობის შემცირებისა და პერიტონიზაციის გაადვილების მიზნით და განახორციელონ პერიტონიზაცია.

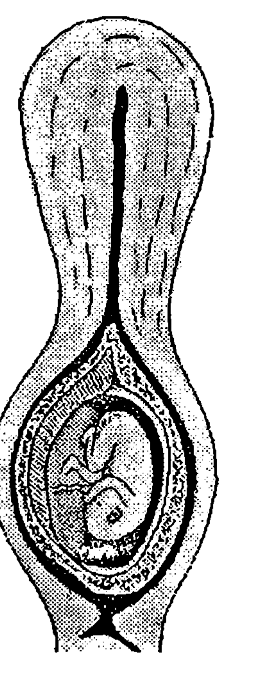
პერიტონიზაციას, ჩვეულებრივ, აკეთებენ იოგის საშუალებით, რომლებსაც მარყუჟით აკერებენ საშვილოსნოს კუთხეს. საშვილოსნოსგარე ორსულობისას კვერცხსავალის მთლიანობის ახლად დარღვევის შემთხვევათა უმრავლესობაში ტოპოგრაფია შეცვლილი არ არის და ოპერაციული ჩარევაც ტიპიურად მიმდინარეობს.

სულ სხვა სურათია საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს, როცა კვერცხსავალის მთლიანობა დიდი ხნით ადრეა დარღვეული, სისხლის კოლტები ორგა-

ნიზაციას განიცდის: წარმოიქმნება საკმარისად სქელი კაფსულა, რომელიც ვითარდება რეაქციული ანთებითი პროცესის შედეგად. კაფსულა შეხორცებულია მცირე მენჯის ორგანოებთან, განსაკუთრებით კი საშვილოსნოსთან, უკანა დუგლასის არესთან და ნაწლავების მარყუჟებთან.

ყოველივე ამის გამო კვერცხსავალის ტოპოგრაფიული სურათი დარღვეულია. ასეთ შემთხვევაში ოპერატორის მხრივ საჭიროა დიდი სიფრთხილის დაცვა და დაკვირვება. საშვილოსნოს გამოცალკევების შემდეგ ფრთხილად, ბლაგვი წესით უნდა გამოაცალკეონ კვერცხსავალი ქვემოდან ზემოთ. ოპერატორმა თითები უნდა ამოძრაოს საშვილოსნოს ტანის უკანა ზედაპირზე, სადაც, ჩვეულებრივ, მიხორცებულია კვერცხსავალის ამპულური ნაწილი. კვერცხსავალის გამოცალკევების შემდეგ მის პარალელურად დაადებენ კოხერის ან მიკულიჩის მომჭერებს და მაკრატლით მოკვეთავენ. კაფსულის დარჩენილი კიდეები შეძლებისდაგვარად ფრთხილად უნდა მოაცილონ, ვინაიდან მოსალოდნელია პარენქიმული სისხლის დენა.

ნაწლავებზე დარჩენილი კაფსულების ნაწილები არავითარ შემთხვევაში არ უნდა მოაცილონ, რადგან კაფსულა მეტად მჭიდროდაა მიხორცებული ნაწლავებთან. ასე რომ, მის მოცილებას შეიძლება მოჰყვეს ნაწლავთა მთლიანობის დარღვევა. კლინიკური დაკვირვება გვიჩვენებს, რომ საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს დატოვებული კაფსულების ნაწილები სწრაფად შეიწოვება.



სურ.97 საშვილოსნოს ყელის ორსულობა

ასეთ შემთხვევაში პერიტონიზაციის გაკეთება ძნელია, რადგან სეროზული გარსისგან გაშიშვლებული რჩება საშვილოსნოს უკანა და გვერდითი ზედაპირები. მაგრამ შეძლებისდაგვარად პერიტონიზაცია მაინც უნდა გააკეთონ მრგვალი იოგებით და დაფარონ ბადექონით.

სისხლის კოლტები მთლიანად უნდა ამოწმინდონ მუცლის ღრუდან, განსაკუთრებით კი დუგლასის ორმოს უკანა არიდან. მუცლის ღრუსა და ნაოპერაციევ არეში ჩაასხამენ პენიცილინის ხსნარს და მუცლის ღრუს ყრუდ დახურავენ ყრუებად. თუ დაჩირქებაა, საჭიროა პენიცილინის ხსნარის ჩასხმა, სასურველია დრენაჟი მუცლის წინა კედლის ქვედა კუთხეში.

საშვილოსნოსგარე ორსულობის მძიმე შემთხვევაში აუცილებელია ანემიური შოკის საწინააღმდეგო ყველა საშუალების გამოყენება. უპირველეს ყოვლისა, საოპერაციოდ მომზადებამდე ავადმყოფს გადაუსხამენ სისხლს, თუმცა ზოგიერთი კლინიცისტი ამის მომხრე არ არის იმ მოსაზრებით, რომ სისხლის გადასხმით სისხლის წნევა მატულობს, რაც ხელს უწყობს შინაგანი სისხლის დენის გაძლიერებას. ჩვენი და მრავალი კლინიკის გამოცდილებით, ოპერაციამდე სისხლის გადასხმა კარგ შედეგს იძლევა, ავადმყოფის მდგომარეობა უმჯობესდება. შემდეგ ოპერაციის მსვლელობაში სისხლის გადასხმა წვეთოვანი წესით არის საჭირო. ამავე დროს ავადმყოფს უკეთებენ საგულე საშუალებებს და, თუ საჭიროება მოითხოვს, შეყავთ ფიზიოლოგიური ხს-

ნარი, შოკის საწინააღმდეგო ხსნარი და სხვ.

ფალოპიუსის მილში ორსულობის დროს კონსერვატიული ოპერაციის წესები საჭიროებს დიდ სიფრთხილეს, კერძოდ იმ ახალგაზრდა ქალების მიმართ, რომელთაც შვილი არა ჰყავთ, ვინაიდან ქალის შვილოსნობის უნარის დაკარგვა ტრაგედიაა. ამიტომ კვერცხსავალ მილზე საჭიროა დამზოგავი ოპერაციის გაკეთება. თუ ორსულობა მილის ამპულურ ნაწილშია, პატარა კიურეტით გამოფხეკენ და ფრთხილად აკეთებენ ჰემოსტაზს. მილის ისთმურ ნაწილში ორსულობის დროს საჭიროა ორსული ნაწილის რეზექცია და კიდეების ანასტომოზისებრი გაკერვა.

საშვილოსნოს ყელის ორსულობა

საშვილოსნოს ყელის ორსულობა (graviditas cervicalis) შეიძლება განვითარდეს საშვილოსნოს ლორწოვანის დისტროფიული ცვლილებების, მათ შორის ატროფიის დროს. საშვილოსნოს ყელის არეში ქორიონის ბუსუსები ღრმად ჩაიზრდება, სანაყოფე კვერცხი იზრდება. საშვილოსნოს ყელი იჭიმება, თანდათანობით თხელდება და იწვევს პლაცენტის მოცილებას (უმეტესად ორსულობის IV-V თვეზე).

ორსულობა საშვილოსნოს ყელის არეში თავიდან უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, სისხლის დენა უეცრად იწყება, ანემია სწრაფად ვითარდება.

საშვილოსნოს ყელი დეფორმირებულია - კასრისებრი და ციანოზური, ყელის გარეთა პირი ექსცენტრულად არის გადაადგილებული, საშვილოსნოს ყელში ისინჯება სანაყოფე კვერცხი, რომელიც მის კედლებთან მჭიდროდ არის მიმაგრებული, თვით ყელი უფრო დიდი ზომისაა, ვიდრე საშვილოსნოს ტანი (რის გამოც საშვილოსნო ხშირად ფიბრომატოზული კვანძი ჰგონიათ).

დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭიროა სხვა პათოლოგიის გამოსარიცხად (ამ დროს ხელმძღვანელობენ ორსულობის სადიაგნოსტიკო ნიშნებით).

ყელის ორსულობისგან განსხვავდება ყელის აბორტი (abortus cervicalis), რომლის დროსაც საშვილოსნოს კედელს მოცილებული სანაყოფე კვერცხი გაჩხერილია საშვილოსნოს ყელის არეში. ამ დროს სისხლის დენას წინ უძღვის საშვილოსნოს პერიოდული შეკუმშვა.

მკურნალობა. საშვილოსნოს ყელის ორსულობის დროს ერთადერთი რადიკალური მეთოდია ოპერაცია - საშვილოსნოს ექსტირპაცია.

XXIII თავი

აბორტი- ABORTUS, ABORTIO

აბორტი წარმოდგება სიტყვიდან aborire, რაც სიკვდილს, გამოძევებას ნიშნავს. აბორტი სოციალური უბედურებაა, რომელიც გავლენას ახდენს საზოგადოების ბუნებრივ მატებაზე. ჩანასახი არ არის დედის სხეულის ნაწილი, არც მისი საკუთრებაა; ის სახელმწიფო საგანძურია. შვილოსნობა კი ქალის უმენაესი ფუნქციაა შთამომავალობისა და ერის წინაშე.

აბორტი ეწოდება ორსულობის შეწყვეტას 28 კვირამდე-7 თვემდე. ამ ვადამდე გამოძევებული ნაყოფი სიცოცხლისუნარმოკლებულია, მისი სიგრძე 35 სმ-ზე ნაკლებია, ხოლო წონა-1000 გ-ზე ნაკლები.

12-14 კვირამდე ორსულობის შეწყვეტას ეწოდება ნაადრევი აბორტი, ხოლო 14 კვირის შემდეგ-გვიანი.

აბორტი შეიძლება იყოს თვითნებური (ab.spontaneus) და ხელოვნური

(ab.artificialis). თუ თვითნებური აბორტი ხშირად მეორდება, მას ეწოდება ჩვეული აბორტი (abortus habitualis). ხელოვნური აბორტი შეიძლება იყოს კრიმინალური (სამკურნალო დაწესებულების გარეთ გაკეთებული).

თვითნებური აბორტი

თვითნებურ აბორტს სხვადასხვა მიზეზი იწვევს: მწვავე ინფექციური დაავადებები (ტიფი, გრიპი, მალარია), ფილტვების ანთება, სეფსისი, აპენდიციტი და სხვა დაავადებები, რომლებსაც ახასიათებთ მაღალი ტემპერატურა და ორგანიზმის ინტოქსიკაცია: სიფილისი, გონორეა, სასქესო ორგანოების განუვითარებლობა (ინფანტილიზმი), საშვილოსნოს ქრონიკული ანთებითი პროცესები, ზოონოზური ინფექცია (ტოქსოპლაზმოზი, ლისტერიოზი); ჰემატოლოგიური კონფლიქტი დედასა და ნაყოფს შორის რეზუს და ABO სისტემების მიხედვით, ორსულთა ტოქსიკოზები, თირკმლის, ღვიძლის დაავადებები, გულის დაავადებები, რომლებსაც სისხლის მიმოქცევის მოშლა ახასიათებთ, შინაგანი სეკრეციის ჯირკვალთა დაავადებები: მიკროელემენტებით ღარიბი საკვები, ტოკოფეროლის უკმარისობა, ძლიერი ფსიქიკური ტრავმა. ვერცხლისწყლით, ტყვიით, ნახშირბადის ქვეჟანგით, ანილინის ნაერთებით, ალკოჰოლით, მორფიუმით ორგანიზმის მოწამვლა, ორსულის ორგანიზმზე R სხივების ან რადიოაქტიური გამოსხივების მოქმედება და ჰორმონული უკმარისობაც (ესტროგენებისა და პროგესტერონის დეფიციტი) შეიძლება გახდეს თვითნებური აბორტის მიზეზი. თვითნებური აბორტი შეიძლება გამოიწვიოს აგრეთვე საშვილოსნოს შიგნითა პირის უკმარისობამ.

აბორტის დროს სანაყოფე კვერცხი თანდათანობით სცილდება საშვილოსნოს კედელს, რაც იწვევს სისხლძარღვთა დეციდური გარსის დაზიანებას, სანაყოფე კვერცხი ივსება საშვილოსნოს ღრუში ჩაღვრილი სისხლით. საშვილოსნოს შეკუმშვის შედეგად საშვილოსნოს ყელის არხი იხსნება და სანაყოფე კვერცხი მთლიანად ან ნაწილობრივ გამოძევდება საშვილოსნოდან.

აბორტის დამახასიათებელია ტრიადა: სისხლის დენა, ტკივილი მუცლის ქვედა და წელის არეში. საშვილოსნოს ყელის გახსნა.

ძლიერი სისხლის დენა ახასიათებს ნაადრევ აბორტს, გვიანი აბორტი კი მიმდინარეობს მშობიარობის მსგავსად, საშვილოსნოს ყელი გადასწორდება, ყელი იხსნება, სანაყოფე სითხე იღვრება, იბადება ნაყოფი, შემდეგ კი მომყოლი.

არჩევენ თვითნებური აბორტის შემდეგ სტადიებს: მოსალოდნელ აბორტს (abortus imminens); დაწყებით აბორტს (abortus incipiens); აბორტს მსვლელობაში (abortus progrediens); დაუმთავრებელ აბორტს (abortus incompletus); დამთავრებულ აბორტს (abortus completus).

ორსულობის მოსალოდნელი მოშლის შემთხვევაში მუცლის არეში მცირე მოვლითი ხასიათის ტკივილია. ყელი გახსნილია, სისხლის დენა არ არის. ასეთი ორსულები საჭიროებენ ყურადღებას, განსაკუთრებით, თუ ორსულობა პირველია ან ანამნეზში აბორტს აღნიშნავენ.

დაწყებით აბორტს ახასიათებს მოვლითი ტკივილი, მცირე სისხლიანი გამონადენი, რაც მიუთითებს ნაყოფსა და საშვილოსნოს შორის კავშირის დარღვევის დაწყებაზე. საშვილოსნოს ყელი დახურული ან ოდნავ გახსნილია, საშვილოსნოს სიდიდე შეესაბამება ორსულობის ვადას.

თუ მკურნალობის მიუხედავად, სისხლის დენა გრძელდება, ყელი გაიხსნება, საშვილოსნო გადიდებულია, აღინიშნება ტკივილი, სისხლის დენა, ნაყოფი გამოძევებულია, გარსების ნაწილი დარჩენილია ან ნაყოფი საშვილოსნოს ღრუშია, მაგრამ

პლაცენტა საშვილოსნოს კედელთან მოცილებულია, საშვილოსნოსა და პლაცენტას შორის კავშირი გაწყვეტილია ეს დაუმთავრებელი აბორტია. საჭიროა ორსულობის მოშლის დამთავრება. საშვილოსნოს გამოფხეკა სტაციონარის პირობებში. როდესაც აბორტი მსვლელობაშია, მაშინ სანაყოფე კვერცხი და საშვილოსნოს ყელის არხის გავლით გამოძევდება საშვილოსნოდან. საშოსმხრივი გასინჯვისას საშვილოსნოს ყელის არხი ღიაა, ხოლო მასში მოთავსებული სანაყოფე კვერცხი ქვედა პოლუსებით გამოჩრილია საშოში. აბორტის ამ სახესაც ახასიათებს ძლიერი სისხლის დენა. თუ აბორტი ნაადრევია, მიმართავენ საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკას, თუ გვიანი აბორტია - ელოდებიან სანაყოფე კვერცხის გამოძევებას და შემდეგ ახორციელებენ საშვილოსნოს რევიზიას ხელსაწყო-იარაღებით.

გარსებდაუზიანებელი აბორტი-**abortus interrubtus.** ზოგჯერ ორსულობა მოიშლება, მაგრამ საშვილოსნოს ყელი არ გაიხსნება, სანაყოფე გარსები არ გასკდება, ნაყოფი არ გამოძევდება, საშვილოსნოს ღრუში დარჩება. არც ინფექცია არ შეიჭრება გარედან, რადგან გარსები მთელია. გარსებში არსებული სითხე და ნაწილობრივ ნაყოფის რბილი ქსოვილები შეიწოვება, სადამოობით ავადმყოფს აქვს სიცხე, მუცელი არ ეზრდება; ასეთი მკვდარი ნაყოფი საშვილოსნოში თვეობით რჩება, ამის ნიადაგზე მოსალოდნელია გართულებები. საჭიროა დროულად გამოცნობა და საშვილოსნოს ღრუს გათავისუფლება-გამოფხეკა. დიაგნოზს ადგენენ ორსულზე დაკვირვებით დინამიკაში. თუ საშვილოსნოს სიდიდე არ იცვლება (არ იზრდება), ბიოლოგიური რეაქციები (გალი-მაინინის, აშჰეიმ-ცონდეკის, ფრიდმანის) უარყოფითია. უნდა ვივარაუდოთ არმომხდარი აბორტი (missed abortus). დაღუპული სანაყოფე კვერცხი საშვილოსნოშია ხანგრძლივად, იგი მეტ-ნაკლებად შეიწოვება. ზოგჯერ იწყება მუმიფიკაცია. ამის შემდეგ კვერცხი კლებულობს მოცულობაში, ღებულობს ბურთისებრ ან მსხლისებრ ფორმას, ანდა ბრტყელდება საშვილოსნოს ღრუს სიდიდისა და ფორმის შესაბამისად. ჩვეულებრივ, კვერცხი მოქცეულია ირგვლივ წარმოქმნილ ჰემატომაში, როდესაც ორსულობა მცირე ვადისაა, სისხლი სანაყოფე კვერცხს გაჟღენთავს და იმდენად შეცვლის მას, რომ საშვილოსნოს მთელი შიგთავსი გადაიქცევა სისხლიან ნამქერად (mola haematomatosa), რომელშიც სანაყოფე კვერცხის ნარჩენების გარჩევა ძნელია. შემდგომში ნამქერის სისხლის პიგმენტები უფერულდება და ღებულობს მოყვითალო-თიხის ფერს, ვითარდება ხორციანი ნამქერი (mola carnosa).

თვითნებური აბორტის მკურნალობა ძირითადად კონსერვატიულია. ინფანტილიზმის, საკვერცხეების ჰიპოფუნქციის, ენდომეტრიუმის უკმარისობის შემთხვევაში მიზანშეწონილია ესტროგენებისა და პროგესტერონის ერთობლივი გამოყენება. ამ დროს ხდება აღნიშნული ჰორმონების ურთიერთპოტენცირება, რის გამოც უმჯობესდება საშვილოსნოში სისხლის მიმოქცევა, პროცესების აქტივობა იმატებს. ეს უკანასკნელი უზრუნველყოფს ორსულობის შენარჩუნებას.

ჰორმონულ პრეპარატებს ზემოაღნიშნული კომბინაციით უნიშნავენ სხვადასხვა სქემის მიხედვით:

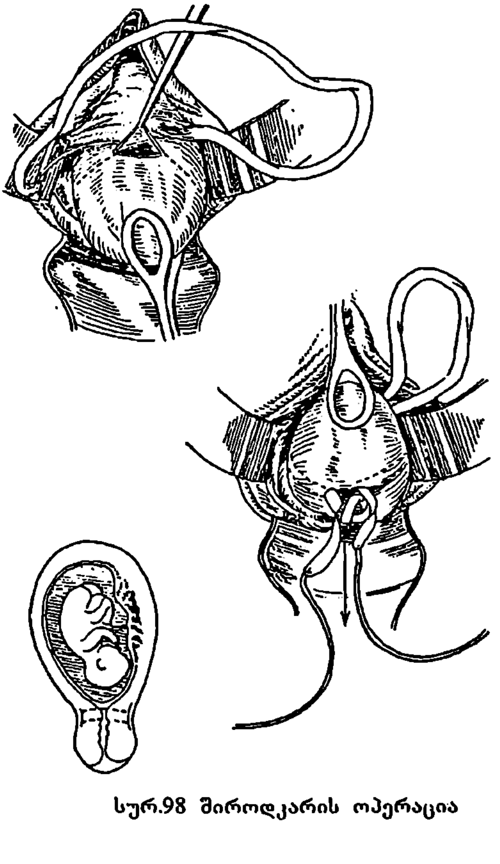
1. 3.000 ერთეულ ფოლიკულინს და 25 მგ პროგესტერონს 30%-იან ტოკოფეროლთან (1 მლ) ერთად უკეთებენ კუნთებში 8-10 დღის განმავლობაში. 8 კვირის ორსულობის შემდეგ ამ პრეპარატებს უმატებენ ქორიალურ გონადოტროპინს-500-1500 ერთეულს ყოველდღე 10 დღის განმავლობაში; 2 9 კვირის ორსულობამდე გამოიყენებენ ეთინილესტრადიოლს ან ფოლიკულინს (0,02-0,05 მგ) და პროგესტერონს-5 მგ-ს დღეში ერთხელ ან ოქსიპროგესტერონკაპრონატის-6,5%-იანი ხსნარის 1,0 მლ-ს კვირაში ერთხელ ქორიოგონინის ექსკრეციის დაქვეითების შემთხვევაში

იყენებენ ქორიოგონინს-500 ერთეულს 2-ჯერ კვირაში. ეს უკანასკნელი ხელს უწყობს ყვითელი სხეულის ფუნქციისა და პროგესტერონის სინთეზის გაძლიერებას ტროფობლასტში.

9-10 კვირის შემდეგ უნიშნავენ ეთინილესტრადიოლს ან მიკროფოლინს 0,05-1 მგ-ს, პროგესტერონს-10 მგ-ს დღეში ან 1 მლ 6,5-12%-იან ოქსიპროგესტერონ-კაპრონატს კვირაში ერთხელ.

დაწყებითი აბორტის შემთხვევაში შეყავთ 0,1 მგ ეთინილესტრადიოლი დღეში ორჯერ, 10-15 მგ პროგესტერონი დღეში ერთხელ ან 12,5 %-იანი ოქსიპროგესტერონ-კაპრონატი კვირაში ერთხელ. ქორიოგონინის ექსკრეციის დაქვეითების შემთხვევაში ზემოაღნიშნულ მკურნალობას უმატებენ 500 ერთეულ ქორიოგონინს 2-ჯერ კვირაში. ჰორმონული მკურნალობა საშუალოდ 6 კვირა გრძელდება.

ჰორმონული თერაპია უნდა ჩაატარონ სედატიურ საშუალებათა ფონზე (ვალერიანი, ტრიოქსაზინი, ელენიუმი და სხვ.) საშვილოსნო აგზნების საწინააღმდეგოდ იყენებენ პროპაცინს (0,001-0,002 გ) ან პაპავერინის ჰიდროქლორიდს (0,03) 3-ჯერ დღეში; 15%-იანი მაგნიუმის სულფატის 20 მლ-ს 2-3-ჯერ დღეში, კუნთებში შესაყვანად, 1-3 მლ პლაცენტური სისხლის შრატს ყოველდღე.



სურ.98 შიროდკარის ოპერაცია

ამჟამად ასევე ხმარობენ ენდონაზალურ ელექტროფორეზს B1 ვიტამინით და 10%-იანი მაგნიუმის სულფატით და ელექტროფორეზს მაგნიუმის სულფატით, 10%-იანი და 2%-იანი ნატრიუმის ბრომიდით (ელექტროდებს ადებენ მუცლი ქვედა და წელის არეში).

B_1 ვიტამინის გარდა, ასევე გამოყენებულია ასკორბინმჟავა (C ვიტამინი) 100-200 მგ 3-ჯერ კვირაში, პოლივიტამინები თითო აბი 3-ჯერ დღეში.

სპაზმოლიზური საშუალებებიდან საჭიროა ნოშპა-2 მლ 2-ჯერ დღეში.

საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის უკმარისობის შემთხვევაში რეკომენდებულია შიროდკარის, ლიუბიმოვის ან სცენდის ოპერაციები.

შიროდკარის ოპერაცია ნიშნავს საშვილოსნოს ყე-

ლის შიგნითა პირის არეში კეტგუტის ან აბრეშუმის ირგვლივი ქისისებრი ნაკერის გაკეთებას. აბრეშუმის (№6 ძაფის ორმაგ კვანძს ატარებენ ლორწქვეშა შრეში) საშვილოსნოს ყელის საშოს თაღებზე გადასვლის ადგილზე.

ლიუბიმოვის ოპერაცია მდგომარეობს საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის არეში ისთმური ნაწილის დავიწროებაში. საშვილოსნოს ყელის სპილენძის ძაფით (პოლიეთილენის გარსში) საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივ ზედაპირზე აკეთებენ ირგვლივ ნაკერს (რგოლი), რომელსაც ამაგრებენ ცალკეული კვანძოვანი ნაკერით საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის დონეზე.

სცენდის ოპერაცია. საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირის არეში საშვილოსნოს ყელის ქსოვილს გაკვეთავენ. საშვილოსნოს ყელის წინა და უკანა ბაგეზე ადებენ კეტგუტის და აბრეშუმის კვანძოვან ნაკერებს, ე.ი. საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირს გაკერავენ, რის შემდეგაც წარმოიქმნება ნაწიბური.

ამ ოპერაციებს აკეთებენ ორსულობის მე-12-36 კვირაზე. ინჰალაციური ან ვენური ნარკოზის პირობებში. ოპერაციამდე 5-6 დღის განმავლობაში ავადმყოფის ორგანიზმში შეყავთ ოქსიპროგესტერონკაპრონატი, მაგნიუმის სულფატი, ტოკოფეროლი და ტრიპაცინი. ოპერაციამდე 2 დღის აღრე საჭიროა საშოს გამორეცხვა (ფრთხილად) ფურაცილინით. ეს ზემოაღნიშნული მკურნალობა საჭიროა მოსალოდნელი და დაწყებითი აბორტის შემთხვევაში.

კრიმინალური (უკანონო) აბორტი

კრიმინალური ეწოდება აბორტს, რომელსაც არასტაციონარულ პირობებში ან საავადმყოფოში აკეთებს არასპეციალისტი. ორსულობის მოშლის მიზნით საშვილოსნოს ღრუში შეყავთ სხვადასხვა ქიმიური ნივთიერება, საგანი, მექანიკური გამღიზიანებლები, საშვილოსნოს შემკუმშავი საშუალებები ან აკეთებენ საშვილოსნოს მასაჟს.

ნაყოფის გამოძევების ყველა მსგავსი მეთოდი ორსული ქალისთვის ერთობ საშიშია, რადგან მათ ახორციელებენ ანტისანიტარიულ პირობებში, საოპერაციო არისა და საშვილოსნოში შესაყვან ნივთიერებათა გასტერილების გარეშე. ამ დროს ადვილად შეიჭრება ინფექცია როგორც მცირე მენჯის ღრუს, ისე სხვა ორგანოებშიც. მძიმე პერიტონიტი და გენერალიზებული სეფსისი კრიმინალური აბორტის ხშირი თანამგზავრია. საშიშროება იქმნება საშვილოსნოს ღრუში დარჩენილი სანაყოფე კვერცხის ნაწილების გამოც, რომლებიც გარდა სეფსისური ინფექციისა, იწვევენ აგრეთვე საშვილოსნოდან ხანგრძლივ, საშიშ სისხლის დენას, ზოგჯერ ავთვისებიანად გადაგვარდებიან - ვითარდება ქორიონეპითელიომა. დაბოლოს, მოსალოდნელია საშვილოსნოს გახვრეტა და მუცლის ღრუს ორგანოების - ნაწლავების ბადე-ქონისა და სხვათა დაზიანება.

კრიმინალური აბორტის დროს უნდა დაადგინონ შემდეგი: 1. ორსულობის არსებობა და მისი ხანგრძლივობა; 2. არის თუ არა აბორტი და განვითარების რომელ ეტაპზეა იგი; 3. არის თუ არა ქალის ორგანიზმში ინფექცია; პროცესი მენჯის ღრუს ორგანოებში ლოკალიზებულია თუ გენერალიზებული; ავადმყოფის ორგანიზმის რეაქცია ინფექციაზე და სხვ.; 4. რა სახის ჩარევითაა გამოწვეული აბორტი; 5. ხომ არ არის დარღვეული სასქესო ორგანოებისა და მუცლის ღრუს ორგანოების-ნაწლავების, ბადე-ქონისა და სხვათა დაზიანება.

უფრო ძნელია საშვილოსნოს პერფორაციისა და მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანების დადგენა, რომელთა დამახასიათებელი ნიშნებია: შჩოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი მთელ მუცელზე ან მხოლოდ ქვედა ნაწილში, მწვავე ტკივილზე ჩივილი,

მუცლის ქვედა არეში მიყრუება, არცთუ იშვიათად შოკური მდგომარეობა. საშვილოსნოს პერფორაციის გამოსაცნობად საშვილოსნოს ღრუს ზონდირება არ შეიძლება, რადგან ამ დროს პირველადი ლოკალიზაციის კერაში ინფექციის გაძლიერებისა და მუცლის ღრუში მისი გადატანის (პერფორაციული ხვრელის არსებობისას). პერფორაციული ხვრელის გადიდების ან ახლის შექმნის, მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანების საშიშროება იმატებს.

თუ ავადმყოფის მდგომარეობა საჭიროებს საშვილოსნოს პერფორაციის არსებობის ან არარსებობის გადაუდებელ დაზუსტებას, მიმართავენ უკანა თაღის საცდელ პუნქციას. პუნქტატში სისხლის მიღებისას, ჩვეულებრივ, დასტურდება საშვილოსნოს პერფორაცია და შესაბამისად ლაპარატომია გადაუდებელია. პუნქტატში სისხლის არარსებობისას საკითხი წყდება დაავადების ნიშნების შეჯამების საფუძველზე.

კრიმინალური აბორტის დროს, როდესაც ინფექციის ნიშნებია, ავადმყოფის მკურნალობა ისეთივეა, როგორც სეფსისური აბორტის დროს.

ინფიცირებული, სიცხიანი აბორტი-ABORTUS FEBRILIS

თვითნებური აბორტის ხანგრძლივი მიმდინარეობის დროს საშოდან საშვილოსნოში ინფექციის შეჭრის ყველა პირობა იქმნება. დაინფიცირება განსაკუთრებით ხშირია კრიმინალური აბორტის დროს.

დაინფიცირებული სანაყოფე კვერცხის ელემენტები საშვილოსნოს ფალოპიუსის მილების, საკვერცხეების, მენჯის საფარველის ანთების, სეფსისის მიზეზი ხდება.

ორგანიზმში ინფექციის გავრცელების დონის მიხედვით არჩევენ ინფიცირებული აბორტის შემდეგ სახეებს: გაურთულებელს, გართულებულს და სეფსისურს.

გაურთულებელი ინფიცირებული აბორტის დროს ინფექცია ვრცელდება საშვილოსნოს გარეთ, მაგრამ შემოიფარგლება მცირე მენჯის ღრუთი. ქალის ზოგადი მდგომარეობა მძიმდება, მას აქვს ტკივილი მუცლის არეში, მაღალი ტემპერატურა.

სეფსისური აბორტი-ABORTUS SEBTICUS

ინფიცირებული აბორტის ყველა შემთხვევაში აუცილებელია ჰოსპიტალიზაცია. სეფსისურ აბორტს ახასიათებს მძიმე მდგომარეობა, აღინიშნება სეფსისის ტიპური სურათი.

გაურთულებელი არაინფიცირებული აბორტის დროს ავადმყოფს უნიშნავენ ანტიბიოტიკებსა და სულფანილამიდებს. ტემპერატურის დაქვეითებიდან 2-3 დღის შემდეგ საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკავენ. თუ სისხლის დენა ძლიერია, სასიცოცხლო ჩვენებით საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკავენ მაღალი ტემპერატურის მიუხედავად.

სეფსისური აბორტის შემთხვევაში პირველ რიგში ბაქტერიოლოგიურად იკვლევენ საშვილოსნოდან გამონადენს, ადგენენ აგრეთვე საშვილოსნოს მიკროფლორის მგრძნობელობას ანტიბიოტიკების მიმართ.

სეფსისური აბორტის სამკურნალოდ იყენებენ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებს და სულფანილამიდურ პრეპარატებს სტაფილოკოკურ γ- გლობულინსა და ჰიპერიმუნურ ანტისტაფილოკოკურ პლაზმას, აგრეთვე ანტიკოაგულანტებს.

ანემიის დროს მიმართავენ ახალი სისხლის ფრაქციულ გადასხმას მცირე დოზებით - ანტიანემიური საშუალებების გამოყენებას. სისხლის გადასხმა საჭიროა აგრეთვე დეზინტოქსიკაციის მიზნით. ვენაში შეყავთ ისეთი საშუალებანი, რომ-

ლებიც თირკმელების გორგლოვანი ფილტრაციის მიკროცირკულაციას აუმჯობესებენ, დიურეზული საშუალებები (ნეოკომპენსანი, ჰემოდეზი, ეუფილინი, ფუროსემიდი (ლაზიქსი), ჰიპოთიაზიდი, ალბუმინი და პროტეინი. ფართოდაა გამოყენებული ვიტამინები (B და C ჯგუფის ნიკოტინმჟავა).

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ჰემოდინამიკის, სისხლის შედედების მდგომარეობას, მჟავა-ტუტოვან წონასწორობას, თირკმლის გამომყოფ ფუნქციას და ნაწლავების მდგომარეობას.

ტემპერატურისა და სისხლის ნორმალიზაციიდან 2-3 დღის შემდეგ საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკავენ.

თუ სეფსისური აბორტი გამოწვეულია ანაერობული ინფექციით (cl. perfringens hystoliticus, vibrio septicus), ავადმყოფს ზემოაღნიშნულ სიმპტომებთან ერთად აღენიშნება სიყვითლე, ოლიგურია, ანურია ან კომპენსაციური პოლიურია, სისხლში მაღალი ლეიკოციტოზი, მომატებული ედს, ბილირუბინი ვანდენბერგის მიხედვით (ნორმა 0,5-1 მგ%) და ნარჩენი აზოტი (ნორმა 18-40 მგ%) მომატებულია, მდგომარეობა ერთობ მძიმდება. ამ დროს მკურნალობის ზემოაღწერილ საშუალებებს უმატებენ ანტიგანგრენულ შრატს, სისხლის შენაცვლებით გადასხმას, არაეფექტურობის შემთხვევაში - ჰემოდიალიზს. უკანასკნელ ხანებში შემოიღეს ჟანგბადით მკურნალობა დიდი წნევის ქვეშ (3 ატმოსფერული წნევა) ბაროსაკანში.

თირკმლის მწვავე უკმარისობა-INSUFFICENTIO RENALIS ACUTA

კრიმინალური აბორტის ერთ-ერთი უმძიმესი გართულებაა თირკმლის მწვავე უკმარისობა (მყანობაში ეს პათოლოგია ვითარდება აგრეთვე პუერპერული სეფსისის, Rh და ABO შეუთავსებელი სისხლის გადასხმის, ორსულობის ტოქსიკოზისა და ორსულთა პიელონეფრიტის დროს).

კლინიკური სურათი. დაავადების მიმდინარეობაში არჩევენ ორ ფაზას: ოლიგოანურიულს (პირველი ფაზა) და პოლიურიულს-რეპარაციულს (მეორე ფაზა).

პირველი ფაზის დასაწყისში თირკმლის უკმარისობა ვლინდება მზარდი ოლიგურიით (დღე-ღამეში დიურეზი 400 მლ-ს არ აღემატება), პარალელურად კლებულობს თირკმლის კონცენტრაციის უნარი, შარდის შეფარდებითი სიმკვრივე ქვეითდება-1010-1011 (იზოსტენურია), სისხლის არტერიული წნევა მატულობს. დაავადების პროგრესირებასთან ერთად მატულობს აზოტემია (ნორმა-18-40 მგ %), შარდოვანას რაოდენობა (200-1000 მგ%-მდე). ავადმყოფს თავიდან სუბიექტური ჩივილი არა აქვს, შემდეგ ეწყება გულისრევა, ღებინება, ადინამია, უმადობა, ზოგჯერ აღინიშნება პროტეინურია, ცილინდრურია (ცვილისებრი, მარცვლოვანი ეპითელური ცილინდრები). ჰემატურიის ხარისხი ვარიაბელურია, ვითარდება მეტაბოლური აციდოზი, ჰიპერკალიემია (8-12 მ. ეკვ/ლ) და ჰიპონატრიემია (115-125 მ. ეკვ/ლ). ჰიპოკალიემია ვლინდება პარესთეზიებით, ჰიპორეფლექსიით, კუნთების ტონუსის დაქვეითებით, გულის რიტმის დარღვევით (ბრადი- ან ტაქიკარდია, გულის ბლოკადა). ჰიპერკალიემიის მაჩვენებელი ეკგ-ზე მაღალი და მახვილი T კბილი და ელექტრული სისტოლის გახანგრძლივება.

დაავადების კარგი გამოსავლის შემთხვევაში დიურეზი თანდათანობით ძლიერდება (ვითარდება მეორე ფაზა-პოლიურია). რაც უფრო სწრაფად ვითარდება პოლიურია, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა მით უფრო უმჯობესდება, სისხლის არტერიული წნევა ქვეითდება, გულისრევა და ღებინება არ არის.

დაავადების დამძიმების შემთხვევაში ინტოქსიკაციის მოვლენები მკვეთრადაა გამოხატული. ავადმყოფი მოდუნებულია, აქვს საერთო სისუსტე, სადამოსით აგ-

ზნებულია, ეწყება ცალკეულ კუნთთა ჯგუფების კრუნჩხვები, ქოშინი ფილტვების ურემიული შეშუპების გამო. სისხლში აღინიშნება ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი მარცხნივ მკვეთრი გადახრით, მკვეთრად გამოხატული ჰიპოქრომული ანემია.

დიაგნოზს ადგენენ ზემოაღნიშნული კლინიკური სურათისა და ლაბორატორიული მონაცემების საფუძველზე.

მკურნალობა. ორგანიზმი არ უნდა გადაიტვირთოს სითხეებით. ანურიის დროს ავადმყოფს 500-700 მლ-ზე მეტ სითხეს არ აძლევენ. კალიუმით ინტოქსიკაციის შემთხვევაში უნიშნავენ 10%-იან კალციუმის გლუკონატს 10,0 40%-იან გლუკოზის 20-300 მლ-ს 14-15 ერთ. ინსულინთან ერთად. აციდოზის საწინააღმდეგოდ ვენაში შეყავთ 5%-იანი სოდის ხსნარი 100 მლ ორგანიზმში შეყავთ ოსმოდიურეტიკი 30%-იანი მანიტოლიც 300 მლ ნატრიუმის ქლორიდის იზოტონურ ხსნართან ერთად. ასევე გამოყენებულია კოპიტოლი, ლაზიქსი 40 მგ-დან 120 მგ-მდე დღე-ღამეში 2,4%-იანი ეუფილინის ხსნარი 10 მლ., ვენაში. უნიშნავენ სპაზმოლიზურ საშუალებებს. 0,1%-იანი გოგირდმჟავა ატროპინის 1 მგ-ს კანქვეშ, 2 მლ ნო-შპას, სათბურებს წელის არეში.

ჰიპონატრიემიის შემთხვევაში ვენაში შეყავთ 10%-იანი ნატრიუმქლორიდის 100 მლ, გლუკოზა-ნოვოკაინის ხსნარი (5%-იანი გლუკოზის 300 მლ, 40%-იანი გლუკოზის 50 მლ, 1%-იანი ნოვოკაინის 20 მლ).

თუ ჰიპერტენზია მკვეთრად არ არის გამოხატული, ვენაში ოსმოდიურეტიკებთან ერთად შეყავთ 60 მგ. პრედნიზოლონი.

ფილტვების შეშუპების შემთხვევაში მცირე წრის განტვირთვის მიზნით კუნთებში შეყავთ პენტამინი 1,0-4 საათის ინტერვალით, 0,1 %-იანი გოგირდმჟავა ატროპინის 1,0 მლ. ვენაში, ნატრიუმქლორიდის 0,9%-იანი ხსნარის 200 მლ, 0,5 მლ. სტროფანტინი, 5%-იანი C ვიტამინის 1,0 მლ. ლახტებს ადებენ კიდურებზე. საჭიროა ოქსიგენოთერაპია სპირტის ორთქლთან ერთად, ოსმოდიურეტიკი-მანიტოლი.

კონსერვატიული თერაპიის არაეფექტურობის შემთხვევაში მიმართავენ სისხლის შენაცვლებით გადასხმას (განსაკუთრებით კრიმინალური აბორტისა და შეუთავსებელი სისხლის გადასხმის დროს). ასევე მიმართავენ პერიტონეულ დიალიზს ასეთი შედგენილობის ნარევით: 6 გ ნატრიუმ ქლორიდი, 0,2 მაგნიუმ ქლორიდი, 0,25 კალციუმის ქლორიდი, 3 გ ნატრიუმ ჰიდროკარბონატი, ერთხელ ჩანაცვლებით ნატრიუმ ფოსფატი 0,1 გ. 15-20 გ გლუკოზა, 1 ლ-მდე დისტილირებული წყალი (უკეთესია აპიროგენული), კალიუმ ქლორიდი (სისხლში მისი შემცველობის მიხედვით 0,35 გ.). ხსნარს უმატებენ ანტიბიოტიკებსა და ჰეპარინს.

პერიტონეული დიალიზისათვის კანში აკეთებენ 2 ჭრილს ტროაკარით, ერთ კათეტერში შეყავთ სითხე, რომელიც მეორიდან გამოდის.

თუ ინტენსიური თერაპიის მიუხედავად მდგომარეობა უარესდება, ავადმყოფს უკეთებენ ჰემოდიალიზსა და ჰემოსორბციას.

ხელოვნური აბორტი-ABORTUS ARTIFICIALIS

ორსულობის ხელოვნურად მოშლას უფრო ხშირად ორსულობის პირველ სამ თვეში ახორციელებენ. შემდეგ თვეებში აბორტს გამონაკლისის სახით სასიცოცხლო ჩვენების (indicatio vitalis) თანახმად, აკეთებს სპეციალისტი სტაციონარის პირობებში.

12 კვირაზე მეტი ხნის ორსულობის შეწყვეტა დასაშვებია მხოლოდ და მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში, როცა ეს გამოწვეულია დედის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის დაცვის ინტერესებით.

ხელოვნური აბორტის ტექნიკა

ავადმყოფს წინასწარ ამზადებენ. სასქესო ორგანოების ტუალეტის შემდეგ შარდს გამოუშვებენ, გარეთა სასქესო ორგანოებსა და საშოს სადეზინფექციო ხსნარით დაამუშავებენ. საშვილოსნოს ყელს გამოაჩენენ საშოს სარკეებით, მის ზედა ნაწილს დაიჭერენ ტყვიის მაშით და ქვემოთ ჩამოსწევენ. ყელის არხს დაამუშავებენ სპირტითა და იოდით.

საშვილოსნოს მდებარეობას ზონდით ადგენენ და ოპერაციის წინ ბიმანუალური გასინჯვით ადასტურებენ დიაგნოზს - ორსულობის არსებობას და ვადას. შემდეგ იწყებენ ყელის გაგანიერებას ჰეგარის ჩხირებით. ყელში მონაცვლეობით შეაქვთ გასაგანიერებლები, რომლებიც ერთიმეორეზე ½ ან 1 მილიმეტრით მეტია სულ 12-14 ნომრამდე. გაგანიერება 3-5 წუთამდე გრძელდება. ყელის გაგანიერების შემდეგ იწყებენ საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკას. ამ დროს ასისტენტს უჭირავს სარკე, ოპერატორს მარცხენა ხელში აქვს ტყვიის მაშა, ხოლო მარჯვენაში-კიურეტი, რომელიც შეაქვს საშვილოსნოს ღრუში ფუძემდე, თანმიმდევრობით შემოუვლის საშვილოსნოს ტანს (წინა, გვერდით და უკანა), კედლებს და დროგამოშვებით გამოაქვს გამონაფხეკი ან სანაყოფე კვერცხი აბორტცანგით.

ოპერაციის დამთავრების მაჩვენებელია საშვილოსნოს ღრუს დაცარიელება, საშვილოსნოს შეკუმშვა-გამაგრება, მოცულობის შემცირება, ყელის არხის შევიწროება და სისხლის დენის შეწყვეტა.

თუ სისხლის დენა გრძელდება, საჭიროა ისევ გამოფხეკა დარჩენილი ნაწილების სრულ გამოტანამდე.

ოპერაციის დამთავრების შემდეგ საშვილოსნოს ყელს სპირტს ან იოდს წაუსვამენ და საშოს გამოწმენდენ. ავადმყოფს პალატაში გადაიყვანენ, მუცელზე ყინულის ბუშტს ადებენ და საჭიროებისამებრ საშვილოსნოს შემკუმშავ საშუალებებს უნიშნავენ.

დასაშვებია ოპერაციის უნარკოზოდ ჩატარება, მაგრამ უკეთესია ადგილობრივი ანესთეზია. ყელის არხის ანესთეზიისათვის ხმარობენ 2%-იანი დიკაინის ან 0,5%-იანი ნოვოკაინის ხსნარს.

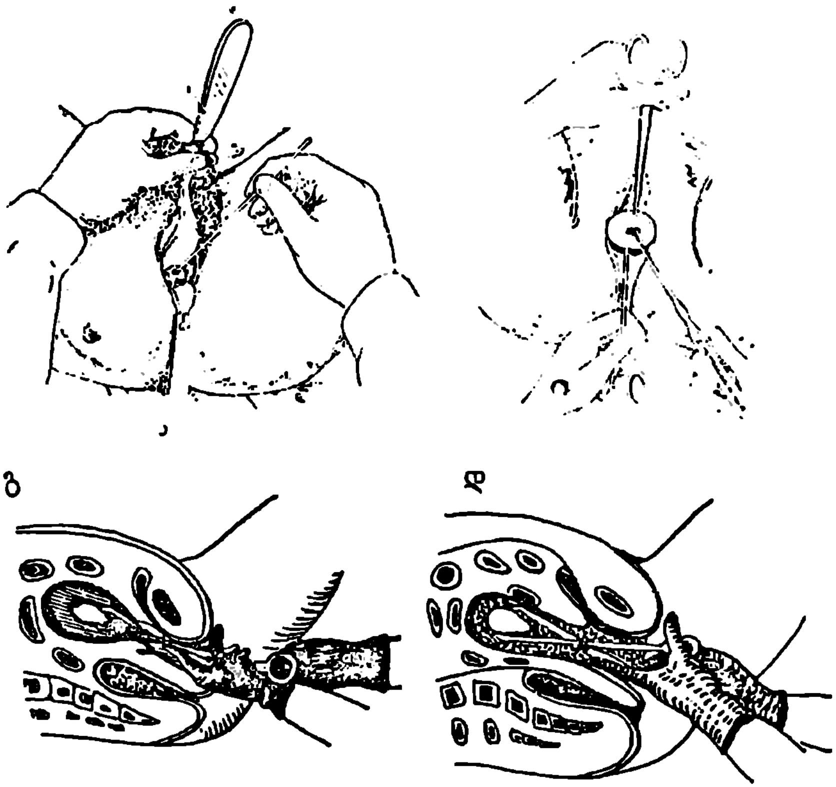
ზოგადი გაუტკივარებისთვის გამოყენებულია აზოტის ქვეჟანგი ან ეთერი ჟანგბადთან ერთად ან პენტრანით (ინჰალანით) აუტოანალგეზია.

ამჟამად წარმატებით იყენებენ 10,0 სომბრევინს, 0,1%-იანი გოგირდმჟავა ატროპინის 0,5-ს და კალციუმ გლუკონატის 10 მლ-ს ერთად ვენაში შესაყვანად. ბანგის ხანგრძლივობა 5-10 წუთამდეა.

დიდი ვადის ორსულობის (13-დან 28 კვირამდე) მოშლას მიმართავენ სამედიცინო ჩვენების მიხედვით, როდესაც მისმა შენარჩუნებამ შეიძლება ზიანი მიაყენოს დედის ჯანმრთელობას, ზოგჯერ კი მის სიცოცხლესაც. სამედიცინო ჩვენებით ორსულობის მოშლის აუცილებლობას ადგენს მკურნალი ექიმი შესაბამისი პროფილის სპეციალისტებთან (თერაპევტთან, ნევროპათოლოგთან, ქირურგთან, ფსიქიატრთან) ერთად, ხანგრძლივი დაკვირვებისა და გამოკვლევის საფუძველზე. თორმეტ კვირაზე მეტი ორსულობის შეწყვეტისთვის გამოყენებულია ქირურგიული და კონსერვატიული მეთოდი.

ქირურგიულ მეთოდებს მიეკუთვნება მუცლისმხრივი და საშოსმხრივი ჰისტეროტომია (მცირე საკეისრო გაკვეთა), რომელიც ქირურგიის განვითარების თანამედროვე ეტაპზეც კი საკმაოდ ტრავმულ ოპერაციად არის მიჩნეული. მოსალოდნელია გართულებები ოპერაციის დროს და ოპერაციისშემდგომ პერიოდში.

კონსერვატიულ მეთოდებს მიეკუთვნება: ჰიპერტონიული ხსნარის ინტრაამნიონური შეყვანა, ექსტრაამნიონური (გარსებსგარე) სითხეების შეყვანა კათეტერისა



სურ.99 ხელოვნური აბორტის ტექნიკა (ა, ბ, გ, დ)

და სპეციალური მილის მეშვეობით (რივანოლის, გლუკოზის 10%-იანი, ნატრიუმ-ქლორიდის 5%-იანი ხსნარი), ამნიოტომია, მეტრეირიზი.

საშოსმხრივი ამნიოცენტეზის შემთხვევაში ორსულს აწვენენ გინეკოლოგიურ მაგიდაზე და ნემსი შეყავთ საშვილოსნოს ყელის საშოს წინა კედელთან მიმაგრების ადგილას. ამნიონის ღრუში ნემსის მოხვედრისას (მანდრენის გამოყენების შემდეგ) გამოჩნდება ამნიონური სითხე, რეზინის მილს აერთებენ ნემსთან და სითხეს აგროვებენ (ორსულობის ვადის მიხედვით). შეყვანილი ჰიპერტონიური ხსნარის რაოდენობა უნდა იყოს გამოღებულ ამნიონურ სითხეზე 30-50 მლ-ით ნაკლები. მეთოდი ეფექტურია შემთხვევათა 90-95%-ში. ორსულთა უმრავლესობა ნაყოფს აძევებს 24-36 საათის განმავლობაში.

უკანასკნელ წლებში ორსულობის მოშლისთვის წარმატებით იყენებენ E და F ჯგუფის პროსტოგლანდინებს და მათ სინთეზურ ანალოგებს. შედარებით ეფექტურია პროსტოგლანდინის ინტრაამნიონურად შეყვანა. ავადმყოფის მომზადება, გაუტკივარება და ტექნიკა ისეთივეა, როგორც ჰიპერტონიული ხსნარების შეყვანისას, მაგრამ ვინაიდან ამნიონური სითხის გამოღება საჭირო არ არის, შეიძლება პროსტოგლანდინის შეყვანა წვრილი ნემსით.

ინტრაამნიონურად შეყავთ 50 მგ $F_{2\alpha}$ პროსტაგლანდინი, პირველი 5 მგ ხუთი წუთის განმავლობაში, დანარჩენი 45 მგ შემდეგ 5 წუთში. პროსტაგლანდინით ორსულობის მოშლას მიმართავენ 16 კვირაზე მეტი ორსულობის ვადისას.

ხელოვნური აბორტი ძლიერ საზიანოა როგორც ქალის ჯანმრთელობისათვის, ასევე საზოგადოებრიობისათვის, რადგან იგი ძლიერ აფერხებს საზოგადოების ბუნებრივ ზრდასა და გამრავლებას. ამ მხრივ აბორტი სოციალური უბედურებაა. ამიტომ ყოველი მეანის მოვალეობაა იბრძოლოს აბორტის წინააღმდეგ, სიცოცხლე და ჯანმრთელობა შეუნარჩუნოს როგორც მშობიარეს, ისე ახალშობილს. უნდა განვუმარტოთ ყოველ ქალს, რომ ორსულობა და აბორტი ასნეულებს, ასუსტებს და უამრავ გართულებებს უქმნის მის ორგანიზმს.

აბორტის გართულებანი

აბორტის პროცესში მოსალოდნელია საშვილოსნოს გახვრეტა-პერფორაცია. ზოგჯერ საშვილოსნოს გახვრეტა შეუმჩნეველი რჩება, რაც იწვევს სერიოზულ გართულებებს. საშვილოსნოს კედლისა და მისი სისხლძარღვების დაზიანება ძლიერ სისხლის დენას იწვევს მუცლის ღრუში და, თუ დროზე არ მიიღებენ ზომებს, შეიძლება ქალი დაიღუპოს. გახვრეტილი საშვილოსნოს კედლიდან მუცლის ღრუში გასული იარაღით შესაძლოა უნებლიედ დაზიანდეს სხვა ორგანოებიც: ნაწლავები, შარდის ბუშტი, ბადექონი და სხვ., რაც ზოგჯერ შეიძლება შეუმჩნეველი დარჩეს ოპერატორს. ასეთი შემთხვევა საბედისწეროა ქალისთვის, თუ მას დროულ საექიმო დახმარებას არ აღმოუჩენენ.

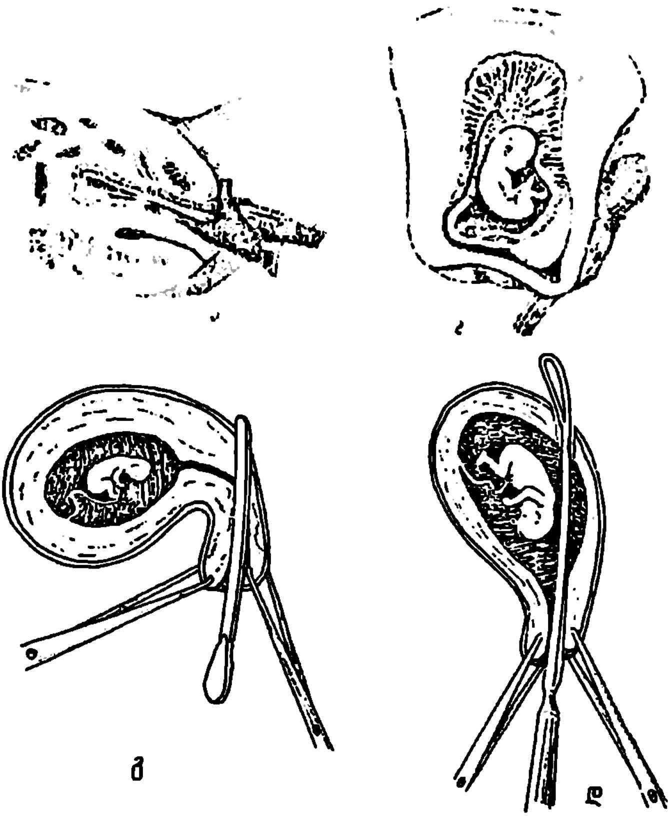
ქალის სასქესო ორგანოების ლორწოვან გარსზე ყოველთვის არის მიკრობები, რომლებიც საშიშროებას ქმნიან, განსაკუთრებით აბორტის გაკეთების დროს. ამ დროს საშვილოსნოს ღრუ ღია ჭრილობაა, და საშიშია მიკრობის შეჭრისა და ინფექციის განვითარების მხრივ.

გარდა ამისა, ხელოვნური აბორტის ნიადაგზე ვითარდება შორეული გართულებანი, რომლებმაც შეიძლება თავი ჩინინო დიდი ხნის შემდეგ. კვალიფიციური, დახელოვნებული სპეციალისტების მიერ სტაციონარის პირობებში ჩატარებული აბორტიც კი არ შეიძლება ჯანმრთელობისთვის უვნებელი იყოს.

როგორც ცნობილია, აბორტის შედეგად დაბუდებული ინფექცია გადადის კვერცხსავალებზე, სადაც ვითარდება ანთებითი პროცესი, რომელიც ღრმა ცვლილებებს იწვევს კვერცხსავალების ლორწოვან გარსში; ეპითელიუმის მოციმციმე თესუბა ქრება, კვერცხსავალის სანათურში შეხორცებები ვითარდება, რის შედეგადაც განაყოფიერებულ კვერცხს უძნელდება საშვილოსნოს ღრუში გადასვლა, კვერცხი განვითარებას განაგრძობს კვერცხსავალის სანათურში და ვითარდება საშვილოსნოსგარე ორსულობა. აბორტის შემდეგ ქალები ხშირად სისხლნაკლულნი ხდებიან, ერღვევათ ნივთიერებათა ცვლა, ქალის მთელი ორგანიზმი უდროოდ ბერდება და ქალი შრომისუუნარო ხდება.

აბორტით გამოწვეული უნაყოფობა

აბორტის ერთ-ერთი შორეული და საკმაოდ მძიმე გართულებაა უნაყოფობა. ეს გართულება იმითაა საყურადღებო, რომ ვითარდება აბორტის გაკეთებიდან დიდი ხნის შემდეგ, როდესაც ქალი ჯანმრთელობის მხრივ ზოგადად კარგ მდგომარეობაშია. ლორწოვანი გარსის გამოფხეკასთან დაკავშირებით ლორწოვანი გარსი უმეტეს შემთხვევაში კარგავს განაყოფიერებული კვერცხის მიღების, მიმაგრებ-



სურ.100 საშვილოსნოს კედლის მთლიანობის დაზიანება ხელოვნური აბორტის გაკეთების პროცესში: ა და ბ-აბორტცანგით, გ-პეგარის ჩხირით: დ-კიურეტით

ისა და შენარჩუნების უნარს; განაყოფიერებული კვერცხის განვითარებას საჭირო ნიადაგი გამოცლილი აქვს. განაყოფიერებული კვერცხი საშვილოსნოში ფეხს ვერ იკიდებს. დაკვირვებებიდან ირკვევა, რომ უნაყოფობა შემთხვევათა 60%-ში აბორტის შემდეგ ვითარდება. ცნობილია აგრეთვე, რომ ქალის უნაყოფობის ყველაზე საშიში მიზეზია შიგნითა სასქესო ორგანოების ანთება, რასაც თავის მხრივ, შემთხვევათა 50%-ში აბორტი იწვევს. აბორტისშემდგომი უნაყოფობის მიზეზად მიიჩნევენ აგრეთვე საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ატროფიულ ცვლილებებს, რის შედეგად განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი ლორწოვან გარსს ვერ ემაგრება.

დაკვირვება ცხადყოფს, რომ განსაკუთრებით ხშირად აბორტს უნაყოფობა იმ შემთხვევაში მოსდევს, როცა მას აკეთებენ პირველი ორსულობის დროს. აღნიშნულიდან გამომდინარე, თუ ქალს სურს შვილოსნობის უნარი შეინარჩუნოს, მან

პირველი ორსულობის დროს აბორტი არ უნდა გაიკეთოს.

მენსტრუალური ფუნქციის მოშლა, როგორც აბორტით გამოწვეული ერთ-ერთი გართულება

აბორტით გამოწვეული ერთ-ერთი მძიმე გართულებაა მენსტრუალური ფუნქციის მოშლა. ამ გართულების მიზეზი შეიძლება იყოს აბორტის შედეგად საკვერცხეების ფუნქციის მოშლა, რადგან აბორტისშემდგომი ინფექცია აზიანებს საკვერცხეების ქსოვილს. ამენორეის მიზეზად შეიძლება მივიჩნიოთ საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის სრული მოცილება საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკის დროს. ამის შედეგად საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის აღდგენა ან სრულიად არ ხდება ან ძალიან ნელა მიმდინარეობს.

აბორტით გამოწვეული შორეული გართულებანი, რომლებიც გავლენას ახდენენ შემდგომი ორსულობისა და მშობიარობის მიმდინარეობაზე

აბორტს შეუძლია გამოიწვიოს შორეული გართულებები, როგორიცაა: სამშობიარო მოქმედების სისუსტე, პლაცენტის მიმაგრების ანომალია, სისხლის დენა მშობიარობის მესამე პერიოდში და ლოგინობის ადრეულ ხანაში, ჩვეულებრივი აბორტი.

ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოებისა და ექიმის ამოცანაა დიდი აგიტაცია და ბრძოლა ხელოვნური აბორტის წინააღმდეგ.

ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებანი

როგორც ორსულობის ისე აბორტის აცილების მიზნით ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებათა გამოყენებას დიდი ხნის ისტორია აქვს ჩვენში და უცხოეთშიც. ისინი ჯერ კიდევ XI საუკუნეში აღწერა ავიცენამ.

სამედიცინო და ბიოლოგიური მეცნიერების განვითარებასთან ერთად ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებების შექმნა და პოპულაცია თანდათან გაფართოვდა. ამჟამად ისინი გამოყენებულია შემდეგი კლასიფიკაციით:

1. მექანიკური (საშოს დიაფრაგმები, საშვილოსნოს ყელის ხუფები, მამაკაცისა და ქალის პრეზერვატივები);

2. ქიმიური (პასტა, აბები, ბურთულები, სანთლები, ფხვნილები, ხსნარი, მალამო);

3. ბიოლოგიური (კონტრაცეპციის ფიზიოლოგიური მეთოდი, სპერმოიმუნიტეტი, ანტისპერმისა, სპერმოაბსორბერი);

4. კომბინირებული (მექანიკურ-ქიმიური);

5. ჰორმონული სტერილიზაცია (ესტროგენები, პროგესტერონი, პროსტოგლანდინი, ანოვლარი, ლინდიოლი, კატერგინი, მესტრანოლი, მეტროქსიპროგესტერონის აცეტატი);

კონტრაცეპციის არსებული მეთოდებიდან განსაკუთრებით უნდა გამოვყოთ ჰორმონული კონტრაცეპცია, რადგან იგი დღესდღეობით ორსულობისგან დასაცავი თითქმის ერთადერთი 100%-იანი საშუალებაა. მაღალი ეფექტურობა და ხმარების სიმარტივე აყენებს მას წამყვან ადგილზე კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებს შორის.

ჰორმონული პრეპარატების კონტრაცეპციური ეფექტი ძირითადად აიხსნება ოვულაციის ბლოკირებით, რაც მიღწეულია ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზურ სისტემაზე

მოქმედების შედეგად.

ჰორმონული კონტრაცეპციის საშუალებებიდან ყველაზე მეტად გავრცელებულია ორალური კონტრაცეპტივები, რაც აიხსნება მათი მაღალი ეფექტურობით, ხმარების სიადვილით და მოსახერხებლობით.

ჰორმონული პრეპარატების კონტრაცეპციის მიზნით ხმარებას თან სდევს ისეთი დაავადებების სიხშირის შემცირება, როგორიცაა გენიტალიისა და სარძევე ჯირკვლების სიმსივნეები, საშვილოსნოს დისფუნქციური სისხლის დენა, მცირე მენჯის ორგანოების ანთება, ენდომეტრიოზი, ფიბროზულ-კისტური მასტოპათია, საკვერცხეების ცისტა და სხვა.

ორალური კონტრაცეპტივების მიღების დასაწყისში (1-2 ციკლის განმავლობაში) ზოგიერთ ქალს უვლინდება ორსულობის საწყისი სტადიისათვის დამახასიათებელი მოვლენები: სისუსტე, ძილისადმი მიდრეკილება, წონის მომატება, სარძევე ჯირკვლების გაუხეშება, გუნება-განწყობილების შეცვლა და ა.შ., იშვიათად-სისხლის დენაც. ეს სიმპტომები ჩვეულებრივ გამოკვეთილი არ არის და თანდათანობით ქრება 1-2 თვის განმავლობაში, დამატებითი ჩარევის გარეშე. მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევაში ხდება აუცილებელი დამატებითი ზომების მიღება.

უკანასკნელ წლებში ცხადი გახდა, რომ ორალური კონტრაცეპტივების მიღებისას გვერდითი მოვლენების უმრავლესობა დაკავშირებულია მათ შემადგენლობაში ესტროგენული კომპონენტის შემცველობასთან. ამიტომ ესტროგენების რაოდენობის შემცირება იწვევს გვერდითი მოვლენების სიხშირესა და ხანგრძლივობის საგრძნობ დაწევას.

ამასთანავე, საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ ზოგიერთი დაავადებისას ორალური კონტრაცეპტივების დანიშვნა არ შეიძლება. ამ შემთხვევებში არც ორსულობაა რეკომენდირებული. ეს დაავადებებია: ჰორმონაქტიური სიმსივნე, ღვიძლისა და ნაღვლის ბუშტის მწვავე დაავადებები, გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა და სისხლის შედედების დარღვევა. ორალური კონტრაცეპტივების ხმარება შეიძლება სიფრთხილით ეპილეფსიის, ღვიძლისა და ნაღვლის ქრონიკული დაავადების, თრომბოფლებიტის, სკლეროზის, ტუბერკულოზის, შაკიკისა და ქრონიკული პიელონეფრიტის შემთხვევებში.

ამჟამად 500-ზე მეტი დასახელების ორალური კონტრაცეპტივი არსებობს. ჩვენთან დღესდღეობით ხმარობენ კომბინირებულ (ესტროგენული და ჰესტაგენური შემადგენლობის) ორალურ კონტრაცეპტივებს: ოვიდონს, რიგევიდონს, ნონოვლონს.

განსაკუთრებით აღსანიშნავია კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების ახალი ვარიანტი: ორფაზიანი და სამფაზიანი აბები. ისინი კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივებია და შეიცავენ მინიმალური დოზით ესტროგენულ და ჰესტაგენურ კომპონენტებს, რომლებიც რაოდენობრივად იცვლებიან ციკლთან დაკავშირებით. ასეთი პრეპარატების ხმარება ნორმალური მენსტრუაციის ციკლის იმიტაციას იწვევს, რაც შესაძლებელს ხდის გართულებების მინიმუმამდე დაყვანას. ორფაზიან პრეპარატებს მიეკუთვნება: ანტეოვინი, სეკვილარი, სამფაზიანს ტრიკვილარი, ტრიზისტონი, ტრიგენონი.

საზღვარგარეთ ხმარობენ ჰორმონული კონტრაცეპციის სხვა საშუალებებსაც, რომელთა უმრავლესობა მიზანშეწონილია გამოიყენონ ჩვენს ქვეყანაში, რადგან ეს საშუალებას იძლევა ინდივიდუალურად შეურჩიონ რომელიმე მათგანი თითოეულ ქალს.

პირველ რიგში, აღსანიშნავია ყოველდღიურად სასმარი ჩასასხეს საწინააღმ-

ლეგო ჰორმონული საშუალებები, რომლებიც შეიცავენ მხოლოდ გესტაგენის მცირე დოზას (არაუმეტეს 0,5 მგ.). მინიპილს უნიშნავენ ყოველდღიურად თითო აბს, განუწყვეტელი რეჟიმით, მიუხედავად მენსტრუალური ციკლის მიმდინარეობისა. მინიპილის უპირატესობაა ის, რომ მას გაცილებით ნაკლები თანამდევი ეფექტები ახასიათებს, ვიდრე კომბინირებულ ორალურ საშუალებებს.

ხანგრძლივი მოქმედების ჰორმონული კონტრაცეპტივების: ნორეთილსტერონენ-ანტატის, დეპო-მედროქსის, პროგესტერონ აცეტატის ერთჯერადი შეყვანა უზრუნველყოფს სტერილობას 10-12 კვირის განმავლობაში. ხანგრძლივი მოქმედების პარენტერული კონტრაცეპტივების ხმარებისას ძირითადი ჩვენება უმთავრესად ორალური კონტრაცეპტივების სისტემური ხმარების მიუღებლობაა. ეს სოციალური, ეკონომიკური, ეროვნული თავისებურებები ახასიათებს აფრიკის, აზიისა და ლათინური ამერიკის ზოგიერთ მაცხოვრებლებს. ამ სახის ჰორმონულ კონტრაცეპტივებს თან სდევს მძიმე სერიოზული გართულებები (მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა სისხლდენისა და ამენორეის სახით), რაც ხშირად შეუძლებელს ქმნის მათ გამოყენებას.

განსაკუთრებით აღსანიშნავია ნორპლანტის ტიპის გახანგრძლივებული მოქმედების სილიკონოპლასტიკური კაფსულები, რომლებიც შეიცავს გესტაგენნორგესტრელს, ეს უკანასკნელი გამოიყოფა ბიოლოგიური გრადიენტით.

წლების განმავლობაში შეიმუშავეს ე.წ. „პოსტკოიტური" ჰორმონული კონტრაცეპტიული საშუალებები. პოსტკოიტური მეთოდი ორსულობისგან თავდაცვის განსაკუთრებით ეფექტური და შედარებით უვნებელი საშუალებაა. ამ ქალთათვის, არარეგულარული სქესობრივი ცხოვრების შემთხვევაში მიზანშეწონილი არ არის დაუნიშნონ ორალური კონტრაცეპტივები ციკლური სქემის მიხედვით (21-დღიანი).

ორსულობისგან თავდაცვის პოსტკოიტური მეთოდი აგრეთვე კონტრაცეპციის ეფექტური საშუალებაა გაუთვალისწინებელ სიტუაციაში. როგორც არის ერთჯერადი დაუცველი სქესობრივი კავშირი (კონტრაცეპტივების ხმარების გარეშე) და მექანიკური საშუალებების მამაკაცების პრეზერვატივების, საშოს დიაფრაგმის და ა.შ.) დეფექტი.

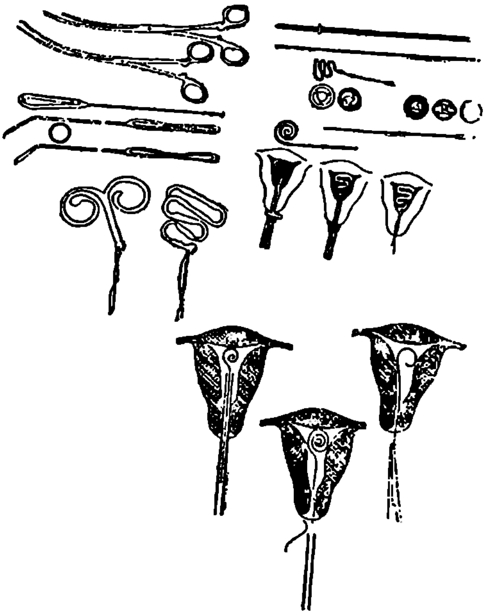
ყველაზე ეფექტური პოსტკოიტური კონტრაცეპტივი, რომელიც ფართოდ გავრცელდა ჩვენში პოსტინორია (უნგრეთი). ის შეიცავს 0,75 მგ ლევონორგესტრელს. პოსტინორს ხმარობენ უშუალოდ კოიტუსის შემდეგომ 1 საათის განმავლობაში. მრავალჯერადი სქესობრივი აქტის შემთხვევაში მეორე აბის მიღება რეკომენდებულია 3 საათის შემდეგ, ხოლო მესამე აბისა-მეორე დღეს.

ასეთი საკმაოდ მაღალი აქტივობის პროგესტინის პრეპარატი შეიძლება დაუნიშნონ არაუმეტეს 4 აბისა (3 მგ) თვეში, ვინაიდან 6-ზე მეტი აბის მიღებამ შეიძლება გამოიწვიოს სისხლის დენა.

უკანასკნელ ხანს წარმოებს კლინიკური გამოცდები სხვადასხვა რგოლისებური ვაგინური საშუალებებისა, რომლებიც დამზადებულია პლასტიკური ნივთიერებებისგან და შეიცავს პროგესტინებს. ეს უკანასკნელები განსაზღვრული დროის მანძილზე ნელნელა თავისუფლდებიან, ჩატარებული კლინიკური გამოცდები ადასტურებს ამ მოწყობილობების საკმაოდ მაღალ კონტრაცეპტულ ეფექტს. შობადობის რეგულაციის ახალი მეთოდია მიკროკაფსულების ვაგინური ხმარება, ისინი საშვილოსნოში მოხვედრისთანავე განიცდიან ბიოდეგრადაციას და ათავისუფლებენ პროგესტერონს.

6. ქირურგიული სტერილიზაცია;

7. საკვერცხეების რენტგენოკასტრაცია;



სურ.101 ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებანი და საშვილოსნოს ღრუში ლიპსის მარყუჟის შეტანის ტექნიკა

საშვილოსნოსშიგა საშუალებების ხმარების უკუჩვენებაა ქალის სასქესო ორგანოების მწვავე და ქვემწვავე ანთებითი პროცესი, საშვილოსნოს განვითარების მანკი, მენსტრუალური ციკლის დარღვევა (ჰიპერპოლიმენორეა და აციკლური სისხლის დენა), საშვილოსნოს ყელისა და ტანის კეთილთვისებიანი სიმსივნე (სუბმუკოზური კვანძები), ორსულობაზე ეჭვი, ავთვისებიანი სიმსივნე.

ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალება, რომელიც გამოყენებულია მხოლოდ აბორტის აცილების მიზნით, ქალს აცილებს სერიოზულ გართულებებს, უნარჩუნებს ჯანმრთელობას, შემდგომში ნორმალური ორსულობისა და მშობიარობის შესაძლებლობას.

ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებანი უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ მოთხოვნებს: იყოს მაქსიმალურად ეფექტური, სრულიად უვნებელი როგორც ქალის, ისე მამაკაცის ჯანმრთელობისთვის, მავნე ზეგავლენა არ მოახდინოს შთამომავლობაზე, ცუდად არ მოქმედებდეს სქესობრივი აქტის ფიზიოლოგიაზე-იყოს ხმარებისთვის მოსახერხებელი, ადვილად ხელმისაწვდომი, დამაკმაყოფილებელი ესთეტური თვალსაზრისით. ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებანი უნდა მოქმედებდეს მხოლოდ სპერმატოზოიდებზე და ზიანს არ აყენებდეს სასქესო სფეროს.

ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებანი იყოფა ორ ჯგუფად: 1. საშუალებებად, რომლებსაც ქალები ხმარობენ და 2. საშუალებებად, რომლებსაც მამაკაცები ხმარობენ.

ფიზიოლოგიური განაყოფიერების საწინააღმდეგო საშუალებათაგან აღსანიშნავია ორი მეთოდი. პირველი მიზნად ისახავს ჩასახვის პროფილაქტიკას. იგი ქალს სამუდამოდ არ უკარგავს განაყოფიერების უნარს. მეორე კი უფრო ძლიერ მოქმედებს ქალის სასქესო სფეროზე და, მცირე გამონაკლისის გარდა, უსპობს ჩასახვის უნარიანობას.

ორსულობის ასაცილებლად ზოგი მიმართავს ისეთ საშუალებებს, რომლებიც ზიანს აყენებენ როგორც ქალის, ისე მამაკაცის ჯანმრთელობას. ასეთებია: 1. შეწყვეტილი, ანუ დაუმთავრებელი სქესობრივი კავშირი coitus interruptus s.reservatus ქალისთვის საზიანოა, რომლისაც სქესობრივი აქტი წყდება მაშინ, როცა ქალი ძლიერ აგზნებულია და მიახლოებულია ე.წ. ორგაზმის, ე.ი. სქესობრივი დაკმაყოფილების მდგომარეობამდე. შეწყვეტილი სქესობრივი კავშირი მოქმედებს ქალის ფსიქიკაზე, იწვევს ისტერიას, ნევრასთენიას, ანთებით პროცესს, მენსტრუალური ფუნქციის მოშლას, თეთრად შლას, გაეა-საშვილოსნოს ორგანოების სპაზმს, შეგუბებით მოვლენებს - ტკივილს. მამაკაცში შეწყვეტილი სქესობრივი კავშირი იწვევს ნევროზულ მოვლენებს, შიშის ნევროზს-აქვეითებს სქესობრივი კავშირის უნარს, სქესობრივი აგზნება სუსტდება. ორგაზმი ინდიფერენტულია, ხშირია აგრეთვე ფსიქოლოგიური იმპოტენცია;

2. საშვილოსნოს ღრუში სხვადასხვა ხსნარის შეყვანა, იოდ-ძმრის მჟავას და სხვა მომწამვლელი ნივთიერებების ხმარება ამ მიზნით დაუშვებელია, რადგან ისინი იწვევენ საშვილოსნოს ღრუს, კვერცხსავალების ანთებით პროცესს, უნაყოფობას, საშვილოსნოსგარე ორსულობას და სეფსისურ პროცესებს;

3. საშვილოსნოს ყელის არხში მკვრივი საგნების შეტანას თან სდევს საშვილოსნოს ყელისა და ტანის ლორწოვანი გარსის ანთება, კატარი. მკვრივი საგნების ხანგრძლივი გამოყენების შემდეგ შეიძლება განვითარდეს კიბოსწინა დაავადებები;

4. სხვადასხვა სახის ფარმაკოლოგიურ და ჰორმონულ ნივთიერებათა გამოყენება ორსულობის შესაწყვეტად (ქინაქინი, ჭვავის რქა, პიტუიტრინი, ფოლიკულინი, ოქსიტოცინი, სინესტროლი და სხვ.). ფარმაკოლოგიური საშუალებები ყოვლად მიუღებელია, რადგან ისინი მიზანს ვერ აღწევენ, საშვილოსნოს ღრუში ჩარჩენილი ნაწილები ისრწნება და იწვევს სეფსისურ დაავადებებს;

5. ქირურგიული სტერილიზაცია, ე.ი. გაუნაყოფიერებლობა კვერცხსავალი მილების გადაკვანძვით, რითაც სპერმატოზოიდს საშუალება ესპობა შეხვდეს კვერცხუჯრედს და განაყოფიეროს. ამ ოპერაციის შედეგად ქალი სამუდამოდ უნაყოფო რჩება. ამ ოპერაციას აკეთებენ მხოლოდ განსაკუთრებული ჩვენებების შემთხვევაში;

6. საკვერცხეების დროებით რენტგენოკასტრაციას, როგორც ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებას, იშვიათად იყენებენ განსაკუთრებული ჩვენებით და ისიც პრეკლიმაქსის პერიოდში, რადგან რენტგენის სხივები მოქმედებს საკვერცხეების ქსოვილზე და სპობს განაყოფიერებისთვის ვარგისი კვერცხუჯრედის წარმოქმნის შესაძლებლობას, ქალში იწვევს მძიმე ვეგეტო-მოტორულ მოვლენებს, ქალის ჯანმრთელობაზე ერთობ უარყოფითად მოქმედებს.

ქალის ქირურგიული სტერილიზაცია

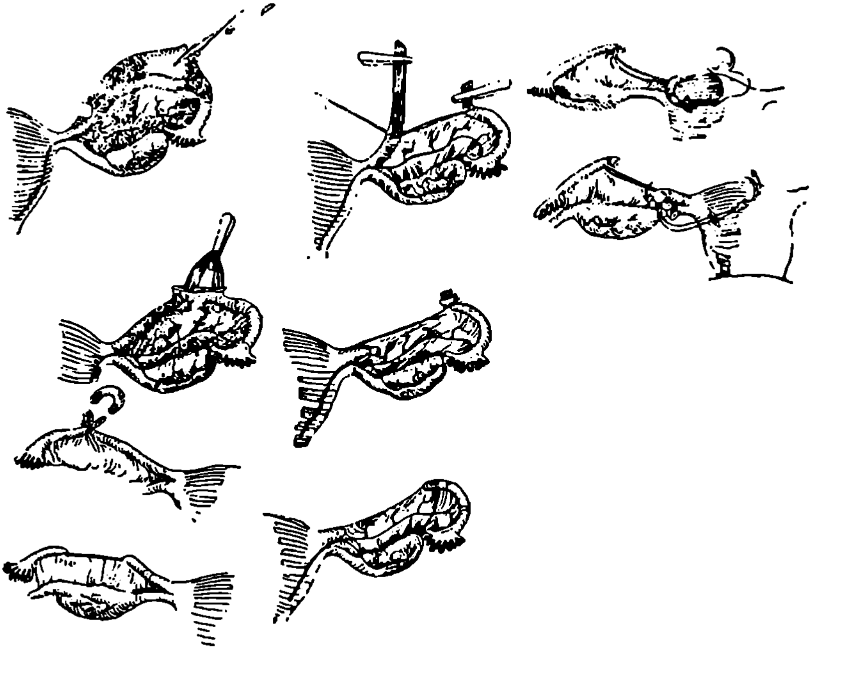
ფალოპიუსის მილის ხელოვნურ გაუვალობას სტერილიზაცია ეწოდება. სტერილიზაციის შემდეგ ქალი კარგავს შვილოსნობის უნარს. საღი კვერცხსავალების გადაკვანძვა ან მოკვეთა დასაშვების მხოლოდ საექიმო ჩვენების მიხედვით.

ფალოპიუსის მილის ამოკვეთა დასაშვებად არის მიჩნეული მხოლოდ მისი პათოლოგიური ცვლილებების დროს (ანთებითი პროცესი, სიმსივნური წარმონაქმნი და სხვ.), რაც ავადმყოფის ისტორიაში სათანადოდ უნდა იყოს გაფორმებული და დასაბუთებული.

კვერცხსავალების გადაკვანძვის ან ამოკვეთის ჩვენებებს კონსილიუმი ადგენს.

სტერილიზაციის მრავალი წესი არსებობს - ფალოპიუსის მილის უბრალო გადაკვანძვიდან მის მთლიანად ამოკვეთამდე. მილის გადაკვანძა ზოგ შემთხვევაში შედეგს არ იძლევა, დროთა განმავლობაში იგი კვლავ გამტარი ხდება.

სტერილიზაციის წესებიდან ყველაზე უფრო გავრცელებული და ეფექტურია ფალოპიუსის მილის ინტერსტიციული ნაწილის ამოკვეთა, რაც შემდეგში მდგომარეობს: ზოგადი ნარკოზის პირობებში ატარებენ განაკვეთს მუცლის წინა კედელზე, თეთრი ხაზის მიმართულებით და ფენებად ხსნიან მუცლის ღრუს. ოპერატორის მარცხენა ხელით ჭრილობიდან ამოაქვს საშვილოსნო და დანამატები. საშვილოსნოს ფსკერზე უნდა დაადონ პროვიზორული ლიგატურა. საფიქსაციო ლიგატურას საშვილოსნოზე დაადებენ საშვილოსნოს ფუძიდან 1 ½-2 სმ დაშორებით, მხოლოდ ისე, რომ ის არ მოხვდეს საშვილოსნოს ღრუში. ლიგატურა არ უნდა იყოს მსხვილი, რათა არ გაიჭრას საშვილოსნოს კუნთები. ასისტენტმა პროვიზორული ლიგატუ-



სურ.102 საშვილოსნოს მილის სტერილიზაციის სხვადასხვა ოპერაციული მეთოდი

რით საშვილოსნო უნდა გადაწიოს მოპირდაპირე მხარეზე, რათა საოპერაციო არე უფრო თვალსაჩინო და ოპერატორისთვის მისადგომად მოსახერხებელი იყოს.

ოპერატორი კოხერის დამჭერით იღებს ფალოპიუსის მილს საშვილოსნოს კუთხიდან 2 სმ დაშორებით, მას გარდიგარდმო კვეთს, რის შემდეგ დისტალურ ნაწილს გადაკვანძავს გრძელი კეტგუტით და ასე ტოვებს.

ფალოპიუსის მილი გადაკვეთამდე ფრთხილად უნდა გამოცალკევდეს ჯორჯლიდან, სადაც გადის მისი მკვებავი სისხლძარღვები. მის დარჩენილ ინტერსტიციულ ნაწილს საშვილოსნოს კუთხიდან სოლისმაგვარად ამოკვეთავენ ისე, რომ არ გახსნან საშვილოსნოს ღრუ. შემდეგ საშვილოსნოს კუთხის კუნთებზე დაადებენ 3 კეტგუტის კვანძოვან ნაკერს, მათ ზემოთ კი - სეროზულ ნაკერს და გადაკვეთილი ფალოპიუსის მილის დისტალური ბოლოს პერიტონიზაციას განახორციელებენ.

ტაკვის პერიტონიზაციას აკეთებენ იმავე ლიგატურით, რომლითაც იგი იყო გადაკვანძული. ლიგატურის ერთი ბოლო უნდა ააგონ წმინდა ნემსზე და გაატარონ მრგვალ იოგში, მეორე ბოლოც ასევე ააგონ ნემსზე და გაატარონ მილის ჯორჯალში, რის შემდეგ ლიგატურას გადაკვანძავენ.

აღნიშნული ნაკერის გაკეთების შემდეგ მილის ტაკვს ათავსებენ მუცლის აპკის ნაოჭების ქვეშ.

იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობა საჭიროებს ოპერაციის სწრაფად დამთავრებას, შეიძლება სტერილიზაციის შემდეგი მარტივი წესის გამოყენება. ფალოპიუსის მილზე ადებენ კოხერის დამჭერს და მას ზემოთ ასწევენ. მარყუჟის მწვერვალიდან 1-1,5 სმ-ით ქვემოთ კოხერის მეორე მაგარი დამჭერით ან ანგიოტრიპით მიაჭყლეტენ ფალოპიუსის მილს, ისე როგორც აპენდექტომიის დროს. კოხერის დამჭერის მოხსნის შემდეგ მილის მიჭყლეტილ ადგილზე ადებენ მაგარ ლიგატურას და გადაკვანძავენ.

აღნიშნული ოპერაცია მადლენერის ოპერაციის გამარტივებული სახეცვლილებაა. თვით მადლენერის მიერ ეს ოპერაცია შემდეგნაირად არის წარმოდგენილი: ფალოპიუსის მილის შუა ნაწილში უნდა დაადონ კოხერის ორი მაგარი ანგიოტრიპის მსგავსი დამჭერი ისე, რომ კლემებს შორის მანძილი არ აღემატებოდეს 2 სანტიმეტრს. კლემებით მაგრად უნდა მიაჭყლიტონ მილები. მილის ქვეშ ორმაგ ლიგატურას და ნემსის ყუნწთან ორმაგ ძაფს გადაჭრიან. ეს ძაფები უნდა გადააჯვარედინონ და მოათავსონ მილის მიჭყლეტილი ნაწილების ღარებში. ლიგატურები ჯერ უნდა გაკვანძონ ცალ-ცალკე, შემდეგ კი - ერთმანეთთან.

აღნიშნული მეთოდი საიმედოა, ერთი მხრივ, იმით, რომ ამ დროს მილები იჭყლიტება, რითაც ისინი კარგავენ თავიანთ ანატომიურ აგებულებას და ფუნქციას, მეორე მხრივ კი იმით, რომ აღნიშნული ნაწილები ჯვარედინად იკვანძება.

მართალია, ოპერაციის ტექნიკა ძლიერ მარტივია, მაგრამ ზოგი ავტორი აღნიშნავს ანთებითი ინფილტრატის წარმოქმნას იმ ადგილზე, სადაც მილის მარყუჟი კვების უკმარისობის გამო ნეკროზდება.

ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებათა ქიმიურ-მექანიკური წესია სქესობრივი აქტის დამთავრებისთანავე საშოში თბილი წყლის (37-38) შესხურება. წყალში ურევენ ქიმიურ ნივთიერებებს, უმთავრესად მჟავებს, რომლებიც სპობენ სპერმატოზოიდებს ან მოძრაობის უნარს უკარგავენ მათ. გამორეცხვისთვის საჭიროა ესმარხის ერთლიტრიანი ტოლჩა რეზინის მილით ან საშოს გამოსარეცხი ბალონით. საშოს გამოსარეცხად იყენებენ: ხის ძმარს, ძმარმჟავას, სალიცილმჟავას, ბორმჟავას, რძემჟავას, ქინაქინის ხსნარს, ქინოზოლის ხსნარს, კალიუმპერმანგანატს, გრამიციდინს და სხვ. შესხურების დროს ქალი უნდა იწვეს, რათა სითხემ უფრო ადვილად მიაღ-

წოის თავს, სადაც გროვდება სპერმა.

ჩასახვის საწინააღმდეგო ფიზიოლოგიური, ანუ ნატურალური დრო გულისხმობს ორსულობის, ძუძუ წოვებისა და კლიმაქსის პერიოდის გამორიცხვას, როდესაც ქალი ჩასახვისუუნაროა, მენსტრუალური ციკლის პერიოდების ცოდნა და გამოყენება უმრავლეს შემთხვევაში ათავისუფლებს ქალს ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებების ხმარებისგან. მენსტრუაციათაშორისი პერიოდი ცნობილია კნაუს-ოგინის ჩასახვის საწინააღმდეგო ფიზიოლოგიურ პერიოდად. ქალი ჩასახვისუნარიანია თეორიის მე-10 დღიდან მე-17 დღემდე 28 დღიანი ციკლის დროს. ამ დღეებს ჩასახვის მოფრთხილების დღეებს უწოდებენ. მენსტრუალური ციკლის დანარჩენი დღეები, ე.ი. პირველი ცხრა დღე და უკანასკნელი 12 დღე ჩასახვისთვის უსაფრთხო დღეებია.

ორსულობის აცილება სქესობრივ ცხოვრებისგან პერიოდული თავშეკავების გზით (კალენდარი საორიენტაციო „არაუსაფრთხო„ და „უსაფრთხო" პერიოდების განსაზღვრისთვის):

ყველაზე მოკლე ხანგრძლივობის მენსტრუალური ციკლის დღეები	„არასაფრთხო პერიოდის" პირველი დღე (მენსტრუაციის დაწყების შემდეგ)	ყველაზე ხანგრძლივი მენსტრუალური ციკლის დღეები	„არასაფრთხო პერიოდის" უკანასკნელი დღე მენსტრუაციის დაწყების შემდეგ
21	მე-3	21	მე-10
22	მე-4	22	მე-11
23	მე-5	23	მე-12
24	მე-6	24	მე-13
25	მე-7	25	მე-14
26	მე-8	26	მე-15
27	მე-9	27	მე-16
28	მე-10	28	მე-17
29	მე-11	29	მე-18
30	მე-12	30	მე-19
31	მე-13	31	მე-20

პლაცენტური უკმარისობა

პლაცენტა მეტად მნიშვნელოვანი დროებითი ორგანოა, რომელიც ხელს უწყობს ნაყოფის სუნთქვას, კვებას და ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტების გამოყოფას, შეიცავს ჯგუფურ სპეციფიკურ ანტიგენს, ასრულებს შინაგან სეკრეციულ და ბარიერულ ფუნქციას. ამიტომ პლაცენტური უკმარისობა დიდ გაელენას ახდენს

ორსულობისა და მშობიარობის მიმდინარეობაზე, ნაყოფის განვითარებასა და მის სრულფასოვნებაზე.

პლაცენტური უკმარისობა გულისხმობს სინდრომს, რომელიც პირობადებულია პლაცენტის მორფოფუნქციური ცვლილებებით, ეს უკანასკნელი კი, თავის მხრივ, დედის ორგანიზმის სხვადასხვა პათოლოგიურ მდგომარეობაზე ნაყოფისა და პლაცენტის რთული რეაქციის შედეგია.

პლაცენტური უკმარისობის ხასიათი განისაზღვრება ისეთი ფაქტორებით, როგორიცაა: ორსულობის ვადა, დედა-პლაცენტის სისტემის კომპენსაციურ-შემგუებლობითი სისტემა და სხვ.

არჩევენ პლაცენტური უკმარისობის ორ სახეს: მწვავესა და ქრონიკულს. პლაცენტური მწვავე უკმარისობის შედეგია პლაცენტის ნაადრევი აცლა, პლაცენტაში ფართო ინფარქტის განვითარება, პლაცენტის ქრონიკული უკმარისობა შეიძლება განვითარდეს გვიანი ტოქსიკოზის, ორსულობის სხვადასხვა გართულებების, დედისა და ნაყოფის იზოსეროლოგიური შეუთავსებლობის, მრავალნაყოფიანი ორსულობის, გადაადებული ორსულობის, ენდოკრინული მოშლილობის, გენეტიკური ინფანტილიზმის, მიომის, გულსისხლძარღვთა დაავადების, სისხლის დაავადების, დიაბეტის, თირკმლების ქრონიკული დაავადების და სხვა შემთხვევებში.

ქრონიკული უკმარისობის დიაგნოზის დასადგენად საჭიროა სხვადასხვა დამხმარე მეთოდის გამოყენება. ძირითადი კლინიკური გამოვლინებაა ნაყოფის ზრდის შეფერხება, ნაყოფის ჰიპოქსია.

ნაყოფის ზრდის ტემპის დასადგენად დინამიკაში განსაზღვრავენ მუცლის გარშემოწერილობას და საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლეს ბოქვენის სიმფიზიდან ორსულობის II და III ტრიმესტრში და მათ შეადარებენ ნორმალურად მიმდინარე ორსულობის მონაცემს. საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის ჩამორჩენა ნორმასთან შედარებით 2 სმ-ით და მეტად მიუთითებს ნაყოფის განვითარებაში ჩამორჩენაზე.

ქრონიკული პლაცენტური უკმარისობის დამხმარე მეთოდებიდან გამოყენებულია: დედის სისხლისა და ამნიონური სითხის ჰორმონული და ბიოქიმიური გამოკვლევა, საშვილოსნო-პლაცენტური სისხლის მიმოქცევის შესწავლა, ულტრაბგერითი სკანირება, ნაყოფის კარდიომონიტორული გამოკვლევა, ორსულის სისხლის რეოლოგიური და კოაგულაციური მონაცემების დადგენა.

ჰორმონულ გამოკვლევას, პლაცენტური უკმარისობის დასადგენად ესტრიოლისა და პლაცენტური ლაქტოგენის განსაზღვრას დიდი მნიშვნელობა აქვს. ნაკლებმნიშვნელოვანია პროგესტერონისა და პრეგნანდიოლის განსაზღვრა. აღნიშნული ჰორმონების მაჩვენებლების შესწავლას მნიშვნელობა აქვს დინამიკაში, ან როცა მაჩვენებელი ძალზე დაბალია.

ფიზიოლოგიური ორსულობის დროს ესტრიოლის კონცენტრაცია ორსულობის 25-26-ე კვირიდან თანდათან მატულობს და 200 ნმოლ/ლ-დან 29-40 კვირისთვის 1100 ნმოლ/ლ-ს აღწევს, შარდში კი 7259 მკგ/დღე, 19200 მკგ/დღეს აღწევს.

პლაცენტურ უკმარისობაზე მიუთითებს ესტრიოლის კონცენტრაციის შემცირება სისხლში ერთ ან მეტ სტანდარტულ გადახრაზე ან მისი ექსკრეციის შემცირება 1200 მკგ/დღე ან უფრო ნაკლებ მაჩვენებლამდე.

პლაცენტური უკმარისობის დასაწყისში სტადიის გამოსავლენებლად შეიძლება გამოიყენონ დეჰიდროეპიანდროსტერონსულფატით დატვირთვის სინჯი (ესტრიოლის წინამორბედი). ამ პრეპარატის 50 მგ-ს ხსნიან ფიზიოლოგიურ ხსნარში და შეყავთ ვენაში, რის შემდეგ შარდში 2 საათის შუალედში ოთხჯერ განსაზღვრავენ ესტრიოლის კონცენტრაციას, ორსულის სისხლში შეყვანილი დეჰიდროეპიანდროს-

ტერონსულფატი გამოყენებული დოზის შესაბამისად ესტროგენების გამოყოფას ზრდის 10-35%-ით.

პირველ 2-4 საათში გამოყოფილი ესტრიოლის მაქსიმალური რაოდენობა პლაცენტის კარგ ფუნქციას მოწმობს. შარდში ექსკრეციის გახანგრძლივება 6-8 საათამდე მიუთითებს პლაცენტის ფუნქციის მოშლაზე.

პლაცენტური ლაქტოგენი. ფიზიოლოგიური ორსულობის დროს პროგესტერონის მაჩვენებლები 23-26 კვირის ვადაში 4-4,5 მკგ/მლ-დან თანდათან მატულობს და 36 კვირისთვის 8-9 მკგ/მლ-ს აღწევს. პლაცენტური უკმარისობის დროს პლაცენტური ლაქტოგენის კონცენტრაცია სისხლში ერთ და მეტ სტანდარტულ გადახრაზე მეტად კლებულობს. ორსულობის 30 კვირის შემდეგ ჰორმონის კრიტიკული დონეა 4 მკგ/მლ, რომელიც ნაყოფის მდგომარეობის გაუარესებაზე მიუთითებს. პლაცენტური უკმარობის უფრო ზუსტი დიაგნოსტიკისთვის სისხლში პლაცენტური ლაქტოგენის მაჩვენებელს შეადარებენ ლაქტოგენის სანაყოფე სითხის მაჩვენებელს, რომლის ნორმა 9:1-14:1 უნდა იყოს. პლაცენტური უკმარობის დროს ეს მაჩვენებელი ქვეითდება 6:1, მძიმე უკმარისობისას კი 6:1-მდე და მეტად.

ოქსიტოცინაზისა და თერმოსტაბილური ტუტე ფოსფატაზის (ატფ), აგრეთვე ღვიძლის ფერმენტების - უროკინაზას და ჰისტიდაზის განსაზღვრა.

პლაცენტური უკმარისობისა და ნაყოფის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესების მაჩვენებელია ოქსიტოცინაზის აქტივობის, ორსულობის 32 კვირის შემდეგ დაქვეითება 4 ემ/წუთი (ან 6 ემ/წუთი), თერმოსტაბილური ტუტე ფოსფატაზის მაჩვენებლის მკვეთრი დაქვეითება სისტემატური შემოწმების პირობებში (ნორმა 40 კე 29 ემ/წუთ) მიუთითებს პლაცენტურ უკმარისობაზე.

პროგნოზული მნიშვნელობა აქვს სისხლში საერთო ფოსფატაზურ აქტივობაში თერმოსტაბილური ტუტე ფოსფატაზის მონაწილეობას. 2:%-ზე ნაკლები მაჩვენებელი მიუთითებს გამოხატულ პლაცენტურ უკმარობაზე. ჰისტიდაზის აქტივობა ნაყოფის მდგომარეობის გაუარესებისას 1 ემ-ზე მეტია (ნორმა 0-0,8 ემ), უროკინაზა კი-3 ემ-ზე მეტი (ნორმა 0-დან 3 ემ).

ულტრაბგერითი სკანირება. პლაცენტური უკმარობა შეიძლება დაადგინონ პლაცენტის სტრუქტურისა და სისქის ულტრაბგერული სკანირებით, ფეტომეტრიის, სუნთქვითი და მოძრაობის აქტივობის, ნაყოფის თირკმლების გამომყოფი ფუნქციის განსაზღვრით.

ექოსკენირებით პლაცენტის სიმწიფის 4 ხარისხს არჩევენ:

0-პლაცენტა ერთგვაროვანი სტრუქტურისაა. 0-თანაბარი ქორიული ფირით.

I- პლაცენტის ერთგვაროვანი სტრუქტურის ფონზე ჩანს უჩვეულო ექოგენური უბნები. ქორიული ფირი დაკლაკნილი ხდება.

II- პლაცენტაში ექოგენური უბნები უფრო ინტენსიური ხდება, ქორიული ფირის კლაკნილობა პლაცენტის სისქეში აღწევს, მაგრამ ბაზალურ შრემდე არ აღწევს.

III- ქორიული ფირის კლაკნილობა ბაზალურ შრეს აღწევს, ქმნის რგოლებს, პლაცენტა გამოხატული წილადოვანი აგებულების ხდება.

38-39 კვირამდე პლაცენტის III ხარისხის სიმწიფის დადგენა ნიშნავს პლაცენტის ნაადრევ დაბერებას და პლაცენტური უკმარობის მაჩვენებელია.

პლაცენტაზე უფრო მეტად მისი ნაყოფის ზედაპირზე სხვადასხვა ფორმისა და ზომის ექონეგატიური წარმონაქმნების სახით ნახულობენ ცისტურ წარმონაქმნებს. პატარა ზომის მრავლობითი ცისტებიც კი ნაყოფის განვითარებაზე არ მოქმედებს, ამავე დროს დიდი ზომის ცისტები იწვევს პლაცენტის ქსოვილის ატროფიას, ნაყოფის ზრდა-განვითარების დარღვევას.

პლაცენტის სისქე ორსულობის 36-37 კვირაზე მატულობს, შემდეგ კი ორსულობის ფიზიოლოგიურად მიმდინარეობისას რჩება უცვლელი ან კლებულობს და შეადგენს 3,5-3,6 სმ-ს. ორსულობის პათოლოგიურად მიმდინარეობის შემთხვევაში პლაცენტის ფუნქციის უკმარისობისას პლაცენტის სისქე მატულობს ან კლებულობს. მაგალითად, გვიანი ტოქსიკოზის დროს, ორსულობის შეწყვეტის საშიშროებისას, ნაყოფის ჰიპოტროფიის შემთხვევაში პლაცენტა „თხელია" (20 მმ ორსულობის III პერიოდში).

ჰემოლიზური დაავადებისა და შაქრიანი დიაბეტის დროს პლაცენტური უკმარობის მაჩვენებელია „სქელი" პლაცენტა (50 მმ და მეტი). გასქელებული ან გათხელებული პლაცენტა ნორმასთან შედარებით 0,5 სმ-ით და მეტით, მიუთითებს მკურნალობისა და საკონტროლო ექოსკანირების ჩატარების აუცილებლობაზე.

აუცილებელია ექოსკოპიით ფეტომეტრიული გაზომვის ჩატარება ზომების ნაყოფის თავის ბიპარიეტალურ ზომას, ჭიპლარის ვენის ლაწყების აღგილის დონეზე მუცლის არის საშუალო დიამეტრის, გულის კარიანი სარქველების დონაზე გულმკერდის საშუალო დიამეტრის, თხემ-კუდუსუნის, მხარ-კუდუსუნის ზომების და ბარძაყის სიგრძეს.

2-4 კვირის შუალედით განმეორებით ჩატარებული ექოგაზომვა და მიღებული მონაცემების შედარება ცხრილის მაჩვენებლებთან ზრდის ტემპის დადგენის საშუალებას იძლევა.

ნაყოფის ზრდის შეჩერების სარწმუნო მაჩვენებელია, როცა ნაყოფის თავის ბიპარიეტული ზომა ჩამორჩება ორსულობის ფაქტობრივ მაჩვენებელს 2 და მეტი კვირით. ასევე მაჩვენებელია თავისა და სხეულის ზომებს შორის ურთიერთდამოკიდებულების დარღვევა.

ნაყოფის ზრდა შეიძლება როგორც ორსულობის ადრეულ, ისე მოგვიანებით ხანაში. ნაყოფის ზრდის ადრეული შეფერხების ულტრასკანირების ძირითადი ნიშანია ნაყოფის როგორც თავის, ისე მუცლის ზომების პროპორციული შემცირება, რასაც სიმეტრიულ ჰიპოტროფიას უწოდებენ. ამ შემთხვევაში თავის ბიპარიეტული ზომის და მუცლის დიამეტრის ჯანმრთელი ნაყოფით ორსულობის იმავე ვადაში.

აღნიშნული დასკვნის გაკეთება შეიძლება დინამიკური დაკვირვებით. ნაყოფის გვიანი ჰიპოტროფია ასიმეტრიულია, რადგან ძირითადად დარღვეულია მუცლის ზრდა, რის გამო შეფარდება თავის ბიპარიეტულ ზომასა და მუცლის ზომას შორის ერთზე მეტია. ნაყოფის ჰიპოტროფიის ამ სახის დადგენა ძნელი არ არის, შეიძლება ერთჯერადი ულტრაბგერითი სკანირებით.

ულტრაბგერითი სკანირებით შეიძლება ნაყოფის გულმკერდის სუნთქვითი მოძრაობისა და თვით ნაყოფის მოძრაობის აქტივობის დადგენა. აქტივობის ანალიზისთვის სარგებლობენ სუნთქვითი მოძრაობის ინდექსით, ე.ი. სუნთქვითი მოძრაობა დროის პროცენტული მოძრაობის სიხშირის მაჩვენებლით 1 წუთში, სუნთქვითი მოძრაობის ეპიზოდის საშუალო ხანგრძლივობით და სუნთქვითი მოძრაობის საშუალო რაოდენობით ეპიზოდში. გამოკვლევის ხანგრძლივობაა 15 წუთი.

თუ ერთჯერადი გასინჯვისას ნაყოფის სუნთქვითი მოძრაობის დადგენა არ ხერხდება, გამოკვლევა უნდა გაიმეორონ მეორე დღეს. ცუდი პროგნოზული მაჩვენებელია სუნთქვითი მოძრაობის არარსებობა 2-3-ჯერ ჩატარებული გამოკვლევისას.

აქტიური სუნთქვითი მოძრაობის ეპიზოდის ხანგრძლივობა ნორმალურად 30-50 წამია. ამ დროის მონაკვეთში ნაყოფი აკეთებს 30-60 სუნთქვით მოძრაობას. ჯანმრთელი ნაყოფის სუნთქვითი ინდექსი საშუალოდ შეადგენს 70-100%-ს.

ნაყოფის მდგომარეობის გაუარესების მაჩვენებელია სუნთქვითი მოძრაობის

ხასიათის შეცვლა, ინდექსისა და სიხშირის დაქვეითების სახით. სუნთქვითი მოძრაობის ეპიზოდის ხანგრძლივობა 5-10 წამამდე ან, პირიქით, მატულობს 80 წამამდე. სუნთქვითი მოძრაობა ეპიზოდში კლებულობს 5-12 ან პირიქით მატულობს 95-120-მდე, სუნთქვითი მოძრაობის ხასიათიც იცვლება, ის ღებულობს სლოკინის ან ქოშინის ხასიათს.

ულტრაბგერითი სკანირებით ნაყოფის მოძრაობის დადგენა შეიძლება ორსულობის 7-8 კვირის ვადიდან, მაგრამ ნაყოფის მდგომარეობის დადგენის მიზნით მას მნიშვნელობა აქვს ორსულობის მესამე სემესტრში, როცა ნაყოფი 30 წუთში 5 და მეტ მოძრაობას ახორციელებს.

ნაყოფის მდგომარეობის გაუარესების მაჩვენებელია ნაყოფის მოძრაობის შემცირება 2 საათის განმავლობაში 4-მდე, მოძრაობის შემცირება 50%-ით და მეტად. მოძრაობა 50%-ით და მეტად გახშირებულია. ნაყოფის მოძრაობის უეცარი სრული შეწყვეტა.

იყენებენ აგრეთვე თირკმლების გამომყოფი ფუნქციის დადგენას ერთ საათში გამოყოფილი შარდის რაოდენობის მიხედვით, ზომავენ გამოყოფილი შარდის რაოდენობას ორჯერ 1 საათის ინტერვალით, ნაყოფის ჰიპოტროფიის დროს 1-საათიანი ექსკრეცია შემცირდება 15-18 მლ-ით (ნორმა 24-27 მლ-ით).

შარდის წარმოქმნის შენელება აღინიშნება ორსულთა ტოქსიკოზის დროსაც (ნაყოფის ჰიპოტროფიის გარეშე) უფრო მკვეთრადაა გამოხატული მძიმე მიმდინარე ფორმის შემთხვევაში.

კარდიომონიტორული გამოკვლევა. კარდიოტაქოგრამის შეფასებისას მხედველობაში უნდა მიიღონ გულის შეკუმშვის ბაზალური სიხშირე ჩანაწერის 10 წუთიან ინტერვალში, დარტყმის წამიერი სიხშირე ან წამიერი რხევა დარტყმიდან, გულის შეკუმშვის სიხშირის ნელი ცვალებადობა-გახშირება ან აქცელერაცია, შეკვეცა ან დეცელერაცია.

ამპლიტუდის მიხედვით არჩევენ წამიერი ცვალებადობის 4 ტიპს: „მდუმარე“, ანუ მონოტონური (ბაზალური სიხშირის საშუალო მაჩვენებლებიდან გულის ცემის 0-5 ცემით გადახრისას), დაბალი უნდულირებული-10-25 ცემა და მოჯირითე-25 და მეტი წუთში.

პათოლოგიურს მიეკუთვნება მონოტონური და მოჯირითე რიტმი. ნაყოფის გულის მუშაობა უნდა შეისწავლონ არა მარტო მოსვენებულ მდგომარეობაში, არამედ ნაყოფის სხვადასხვა მდგომარეობაშიც, რისთვისაც იყენებენ ფუნქციურ სინჯს ან გულის ცემის ხასიათს ადგენენ ნაყოფის სპონტანურ მოძრაობასთან დაკავშირებით (არასტრესული ტესტი). ამ უკანასკნელი ტესტის ჩასატარებლად კარდიოტაქოგრამულ ჩაწერას ახორციელებენ 20-30 წუთის განმავლობაში.

ნაყოფის მოძრაობის გავლენით გულის ცემის სიხშირე მატულობს 10-ით და მეტად. თუ გულის ცემის სიხშირე უცვლელი დარჩა, არასტრესულ ტესტს მიიჩნევენ არეაქტიულად და ნაყოფის ჰიპოქსიას ივარაუდებენ. ბრადიკარდია და რიტმის მონოტონურობაც ნაყოფის პათოლოგიის მაჩვენებელია.

თუ კარდიოტაქოგრამაზე არასტრესული ტესტის ჩატარების შედეგად მიიღებენ ცვლილებებს, ფუნქციური ტესტის ჩატარება არ არის საჭირო, სხვა შემთხვევაში უნდა ჩაატარონ ფუნქციური ტესტი, მაგალითად სუნთქვის შეკავება ჩასუნთქვის და ამოსუნთქვის შემდეგ, ფიზიკური დატვირთვა, თერმული გაღიზიანება და ოქსიტოცინის შეყვანა დედის იდაყვის ვენაში.

ტესტი დადებითია, თუ 10 წუთის განმავლობაში აღინიშნება საშვილოსნოს არანაკლებ 3 შეკუმშვა. ჯანმრთელი ნაყოფის კარდიოტაქოგრამაზე კი გულის ცე-

მის სიხშირის შემცირება. გვიანი, განსაკუთრებით U- სებრი დეცელერაციის ლადგენა ნაყოფის მდგომარეობის გაუარესებაზე მიუთითებს.

ნაყოფის გულის ცემის მდგომარეობას შეაფასებენ ოქსიტოცინური ტესტის ჩატარების დროს ბალური სისტემით შემდეგი პარამეტრების მიხედვით: გულის ცემის ბაზალური სიხშირე, ოსცილაციის ამპლიტუდა, ოსცილაციის სიხშირე, აქცელერაციისა და დეცელერაციის განსაზღვრა.

პარამეტრებს შეაფასებენ სამბალიანი სისტემით. 2 ბალი ნორმალური პარამეტრებია, 1 ბალი-მოშლის საწყისი ნიშნები, 0-ნაყოფის პათოლოგიური მდგომარეობის გამოხატული ნიშნები.

ნაყოფის გულის ცემის მოქმედების შეფასება მონიტორული კვლევის მონაცემების მიხედვით

გულის შეკუმშვის სიხშირის ძირითადი დახასიათება	გულის შეკუმშვის სიხშირის პარამეტრები	ბალი		
		0	1	2
1. გულის შეკუმშვის სიხშირის ბაზალური მაჩვენებელი	1 წუთის დონე	100	100-დან 120-მდე	120-დან 160-მდე
2. გულის შეკუმშვის სიხშირის ვარიაციები	ოსცილაციის ამპლიტუდა 1 წუთ. ოსცილაციის სიხშირე 3 წუთში	5 ან სინუსოიდალური	5-დან 9-25-მდე 3-დან 6-მდე	10-დან 25-მდე
3. გულის შეკუმშვის სიხშირის დროებითი ცვლილობები	გახშირებულია (აქცელერაცია) შემცირებულია (დეცელერაცია)	არ აღინიშნება გვიანი ხანგრძლივი	პერიოდული გვიანი ხანმოკლე	სპორადიული არ არის

8-10 ბალი მიუთითებს ნაყოფის ნორმალურ მდგომარეობაზე, 5-7 მისი სიცოცხლისუნარიანობის დარღვევის დაწყებით ნიშნებზე, რაც საჭიროებს ნაყოფზე მუდმივ მეთვალყურეობას, 4 და ნაკლები ნაყოფის ჰიპოქსიაზე.

ორსულის სისხლის რეოლოგიური და კოაგულაციური თვისებები

ორსულის სისხლის მიხედვით პლაცენტური უკმარისობის დასადგენად განსაზღვრავენ ერითროციტების აგრეგაციას, სისხლის წებოვნებას, ფიბრინოგენის კონცენტრაციას, ტრომბოციტების რიცხვს, მათი აგრეგაციული აქტივობისა და სისხლის შედედების დროის მაჩვენებლებს დინამიკაში, 12-13 კვირიდან 3-4 კვირის ინტერვალით.

პლაცენტურ უკმარისობისა და ნაყოფის ჰიპოტროფიაზე მიუთითებს (29-32 კვირაზე) ერითროციტების აგრეგაციის ინტენსიობის გაზრდა 20-30%-ით, წებოვნებისა-10-15%-ით, ფიბრინოგენის კონცენტრაციის 10-15%-ით, ტრომბოციტების რიცხვის 10-12%-ით და დაკლება. თუ მათი აგრეგაციის ინტენსიობა მომატებულია 15-20%-ით, სისხლის შედედების 10-15%-ით საწყის მონაცემებთან შედარებით 15-24

კვირის ვადაში, ასეთი მაჩვენებლების მქონე ქალი უნდა მიაკუთვნონ რისკის ჯგუფს პლაცენტური უკმარისობის მოსალოდნელობის გამო.

თუ ყველა ზემოაღნიშნული გამოკვლევის ჩატარება შესაძლებელი არ არის, შეიძლება დაადგინონ ფიბრინოგენის კონცენტრაცია, თრომბოციტების რიცხვი და სისხლის შედედების დრო დინამიკაში.

რადიოიზოტოპური მეთოდი. გამოყენებულია ნახევრად დაშლის მოკლე დროის რადიოიზოტოპური საშუალებები, როგორიცაა ადამიანის შრატის ალბუმინები, დამუხტული ტექნეციუმით, ინდიუმით და სხვ. ამ პრეპარატების შეყვანის შემდეგ გამოიანგარიშებენ ბუსუსთა შორის არეებში სისხლის მიმოქცევის მოცულობით სისწრაფეს, საშვილოსნოს და ბუსუსთა შორის არეების მსხვილ სისხლძარღვთა იზოტოპით ავსების დროს (T^1 და T^2), საშვილოსნო-პლაცენტურ ინდექსს და სხვა. T^1 საშვილოსნოს სისხლძარღვების შევსების მაჩვენებელია საშუალოდ 9-14 წამი, T^2 ბუსუსთა შორის არის შევსების მაჩვენებელი 34-ე კვირაზე უდრის 33-34 წმ, 37-ე კვირაზე 50-60 წმ, 38-ე კვირაზე 63-69 წმ. T^2-ის 20%-იანი მომატება საშვილოსნო-პლაცენტური ინდექსის 2,5 მლ/წმ-ით და მეტად დაქვეითება მიუთითებს საშვილოსნო-პლაცენტური სისხლის მიმოქცევის მოშლაზე.

პლაცენტური უკმარობის პროფილაქტიკა და მკურნალობა

ერთ-ერთი ძირითადი პროფილაქტიკური მეთოდია იმ ქალების დროული აყვანა დისპანსერულ აღრიცხვაზე, რომლებსაც მოსალოდნელია ჩამოუყალიბდეთ საშვილოსნო-პლაცენტური სისხლის მიმოქცევის მოშლა. ორსული უნდა მოარიდონ უარყოფითი ფაქტორების გავლენას, თამბაქოს წევას, ალკოჰოლისა და სხვადასხვა წამლის მიღებას (თვითმკურნალობას), ჩაუტარონ ქრონიკული დაავადებების მკურნალობა, ურჩიონ რაციონალური კვება, ძილის გახანგრძლივება.

გარდა ძირითადი დაავადებებისა და ორსულობის გართულების მკურნალობისა უნდა ეცადონ საშვილოსნო-პლაცენტური სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებას, ჩაატარონ ნაყოფის ოქსიგენაცია.

ორსულობის პერიოდში პროფილაქტიკური ღონისძიებები უნდა ჩაატარონ სამჯერ 12 კვირამდე, 20-23 კვირის და 30-32 კვირის ვადაში. თითო კურსი უნდა გაგრძელდეს არანაკლებ 12-14 დღე.

პროფილაქტიკისა და მკურნალობის მიზნით იყენებენ ვაზოაქტიურ საშუალებებს, რომლებიც აუმჯობესებენ საშვილოსნო-პლაცენტურ სისხლის მიმოქცევას.

საშვილოსნო-პლაცენტური სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებას ხელს უწყობს ვაზოაქტიური პრეპარატი ტრენტალი, რომელიც იწვევს პერიფერიული სისხლძარღვების წინააღმდეგობის შემცირებას, სისხლძარღვების გაფართოებას, კოლატერალური სისხლის მიმოქცევის მიკროცირკულაციის გაუმჯობესებას.

ტრენტალს მკურნალობისთვის უნიშნავენ როგორც ვენაში შესაყვანად, ისე დასალევად. ვენაში შეყვანას იწყებენ წვეთოვნად მცირე დოზებით და თანდათანობით უმატებენ 20-25 წვეთამდე, მისი მოქმედების გახანგრძლივების მიზნით. პრეპარატის შეყვანის დამთავრებამდე 20-30 წუთით ადრე ავადმყოფს აძლევენ ტრენტალის ტაბლეტს, რომლის განმეორებით მიღება საჭიროა ყოველ 8 საათში.

ტრენტალი ვენაში უნდა შეიყვანონ რეოპოლიგლუკინის (ან სხვა სითხის) და 0,06%-იან 1 მლ კორგლიკონის ფონზე. მათი შეყვანიდან 30 წუთის შემდეგ.

ტრენტალის გარდა იყენებენ β- მიმეტიკებს და სიგეტინს, β- მიმეტიკებს სმარ-

ობენ ფრთხილად, რათა არ განვითარდეს თანამოვლენები, პაპავერინის მსგავსი შენაერთების და β- ბლოკატორების ერთდროული მიღება ამცირებს თანამოვლენებს. ქალს გვერდზე აწვენენ, პრეპარატის შეყვანის წინ შეყავთ გლუკოზა ან რეოპოლიგლუკინი, კორგლიკონი, იზოლანიდი და სხვ.

β- მიმეტიკებთან ერთად ქალს აძლევენ ერთ ტაბლეტ იზოპტინს.

მიმეტიკების მიღების უკუჩვენებაა: სისხლის დენა ორსულობის პერიოდში, პლაცენტის ნაადრევი აცლა, გულ-სისხლძარღვთა დაავადება, შაქრიანი დიაბეტი, თირეოტოქსიკოზი, სისხლის შედედების სისტემის მოშლა.

რეოკოაგულაციური მოშლის, როგორც პლაცენტური სისხლის მიმოქცევის დარღვევის ერთ-ერთი მიზეზის, სალიკვიდაციოდ გამოყენებულია რეოპოლიგლუკინი და ჰეპარინი. ეს უკანასკნელი შეყავთ კანქვეშ 20-40 ათასი ერთეულის რაოდენობით (ყოველ 4-6 საათში თანაბარი დოზით).

სისხლის შედედებას ამოწმებენ ყოველ 2-3 დღეში, მკურნალობის ეფექტურობის მაჩვენებელია შედედების დროის 2-ჯერ გახანგრძლივება, პრეპარატის მიღების შეწყვეტა საჭიროა თანდათანობით. მკურნალობის შედეგის გაუმჯობესების მიზნით ჰეპარინი შეყავთ რეოპოლიგლუკინთან ერთად წვეთოვნად: 400 მლ პოლიგლუკინის ხსნარს უმატებენ დღე-ღამეში შესაყვანი ჰეპარინის ნახევარ რაოდენობას და შეყავთ ვენაში, ჰეპარინის მეორე ნახევარში შეყავთ კანქვეშ ყოველ 4-6 საათში თანაბარი დოზით. შეყვანას იმეორებენ კვირაში 2-3-ჯერ. შუალედებში ჰეპარინი შეყავთ კანქვეშ.

ერითროციტებისა და თრომბოციტების აგრეგაციის საწინააღმდეგოდ იყენებენ კურანტილს.

პლაცენტაში აირთა ცვლისა და მეტაბოლიზმის გაძლიერების მიზნით მიმართავენ ოქსიგენოთერაპიას, ენერგეტიკული საშუალებების, ვიტამინების, რკინის პრეპარატებისა და არასპეციფიური ანაბოლიკების შეყვანას. პლაცენტის მეტაბოლურ ფუნქციაზე კარგად მოქმედებს აგრეთვე კოკარბოქსილაზა, კალციუმ-ოროტატი და რიბოქსინი.

ფიზიოთერაპიული საშუალებებიდან იყენებენ ულტრაიისფერ სხივებს, მზის წნულისა და თირკმლების არის დიათერმიას.

პლაცენტური უკმარისობის სამკურნალოდ იყენებენ აბდომინურ დეკომპრესიას მე-20-28-ე კვირიდან მშობიარობამდე, 10-12-დღიანი კურსის სახით, კვირაში 2-3-ჯერ. ის იწვევს საშვილოსნოში სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებას, პლაცენტის პერფუზიის გაძლიერებას, სინესტროლის სინთეზის გაძლიერებას.

გამოყენებულია აგრეთვე ჰიპერბარიული ოქსიგენაციის 1,9-1,8 ატა (ჭარბი ატმოსფერო) 60-90 წუთის ხანგრძლივობით. მკურნალობის კურსი შედგება 10-15 სეანსისგან. მკურნალობის ხანგრძლივობაა 6 კვირა. პლაცენტური უკმარობის აღრეული გამოვლინების შემთხვევაში ჩაატარებენ მკურნალობის 2 კურსს ორსულობის II და III სემესტრში.

მშობიარობის ტაქტიკა - ფეტოპლაცენტური უკმარობის მკვეთრი ნიშნების შემთხვევაში, განსაკუთრებით გვიანი ტოქსიკოზის მძიმე მიმდინარეობის, ექსტრაგენიტალური დაავადების მძიმე ფორმების და ჩატარებული მკურნალობის უეფექტურობის შემთხვევაში, მშობიარობა უნდა დააჩქარონ საკეისრო კვეთის ჩვენების გაფართოებით.

მშობიარობის ბუნებრივი გზით წარმართვისას ფართოდ უნდა გამოიყენონ ესტროგენები, რომლებიც ხელს უწყობენ ყელის „მომწიფება" და აუმჯობესებენ საშვილოსნო-პლაცენტურ სისხლის მიმოქცევას.

ორსულობის ნაადრევად შეწყვეტისას უნდა ჩაატარონ ახალშობილის სუნთქვის მოშლილობის პროფილაქტიკა დექსამეტაზონის გამოყენებით. ჰიპოტროფიული ნაყოფით მშობიარობისას საჭიროა მშობიარობის ჩატარება დაზოგვით, გაუტკივარების, სპაზმოლიტიკების გამოყენებით, აგრეთვე ნაყოფის ჰიპოქსიის პროფილაქტიკა.

საშვილოსნო-პლაცენტური უკმარისობისა და ნაყოფის ჰიპოტროფიის მკურნალობის სქემა

სტაციონარში პირველყოვლისა მკურნალობა უნდა დაიწყონ ტოქსიკოზისა და თანმხლები დაავადების სალიკვიდაციოდ. ჩაუტარებენ ოქსიგენოთერაპიას, სველი 60°ი ჟანგბად-ჰაერის ნარევით 30-60 წუთის ხანგრძლივობით, დღეში 2-ჯერ უნიშნავენ ფოლისმჟავას 0,002-ს 3-ჯერ დღეში, გლუტამინმჟავას 1,0-ს 3-ჯერ დღეში, გალასკორბინს-0,3-ს 3-ჯერ დღეში, ფეროპლექსს 1 ტაბლეტს 3-ჯერ დღეში, კოკარბოქსილაზას 100 მგრ-ს კუნთებში. გამოყენებულია აგრეთვე ტრენტალი, პარტუსისტენი, იზადრილი და სხვ. ერთდროულად შეყავთ კორგლიკონი, დასალევად უნიშნავენ იზოპტინს. ვაზოაქტიური პრეპარატების კურსი გრძელდება 4-6 კვირა. 5-7 დღე პრეპარატები შეყავთ ვენაში, შემდეგ კი უნიშნავენ დასალევად.

ვენაში შეყავთ აგრეთვე რეოპოლიგლუკინი და ნატიური კონცენტრირებული პლაზმა 150 მლ რაოდენობით წვეთოვნად.

ორსულობის პერიოდში ქალთა კონსულტაციაში ჩაუტარებენ თირკმლის არის დიათერმიის 1- სეანსს ულტრაიისფერ სხივებს დასხივებასთან მონაცვლეობით, საჭიროა ვიტამინებით და ცილებით მდიდარი საკვები, ვენაში შეყავთ 40%-იანი გლუკოზის 20 მლ კორგლიკონთან ერთად, ყოველდღე, ან დღეგამოშვებით. 10-14 დღე უნიშნავენ 50 მგ კოკარბოქსილაზას, კურანტილს 0,15 დღეში ორჯერ დასალევად ან ნოშპას და პაპავერინს, ტრენტალს თითო ტაბლეტს 3-ჯერ დღეში, ან 0,005 იზადრინს 3-ჯერ დღეში, იზოტრიპსინთან ერთად კალციუმ-ურიტატზე 0,5-ს 3-ჯერ დღეში, ფეროპლექსის 1 აბი 3-ჯერ დღეში, აკსორუტინის 0,05 3-ჯერ დღეში. თუ აღნიშნული მედიკამენტური საშუალებების მიღებამ შედეგი არ გამოიღო, ორსული უნდა მოათავსონ სტაციონარში.

XXIV თავი

ნაადრევი მშობიარობა-PATRUS PRAEMATURUS

ნაადრევი მშობიარობა ეწოდება სიცოცხლისუნარიანი ნაყოფის გამოძევებას სამშობიარო არხიდან ორსულობის 28-ე კვირიდან 38-ე კვირამდე (ახალშობილის წონა 1000,0-დან 2500 გ-მდე, ნაყოფის სიგრძე 35 სმ-დან 47-სმ-მდე).

დედისა და ნაყოფის მხრივ მძიმე გართულებების გამო ნაადრევი მშობიარობა მეანობის აქტუალურ პრობლემადაა მიჩნეული.

ნაადრევი მშობიარობის მიზეზი პირობითად შეიძლება დავყოთ ორ ჯგუფად: ორსულობის დაავადებები და სამეანო პათოლოგია.

ორსულობის დაავადებებიდან აღსანიშნავია: ტუბერკულოზი, გრიპი, ბრუცელოზი, ლისტერიოზი, სიფილისი, მალარია, ტოქსოპლაზმოზი, თირკმლების, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, ღვიძლის, სისხლის, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებანი, შიგანაგი სეკრეციის ჯირკვლების დაავადებანი და ორსულთა ტოქსიკოზი.

სამეანო პათოლოგიას, რომელიც ხშირად ხდება ნაადრევი მშობიარობის მიზეზი,

მიეკუთვნება: ნაყოფის არასწორი მდებარეობა, საშვილოსნოს ისთმურ-ცერვიკალური უკმარისობა, სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრა, პლაცენტის წინამდებარეობა, მრავალწყლიანობა, საშვილოსნოსა და ნაყოფის განვითარების მანკი.

ნაადრევი მშობიარობის პათოგენეზში ასევე დიდი მნიშვნელობა აქვს ვიტამინებისა და მიკროელემენტების დეფიციტს, გარემოს მავნე ფაქტორებს, საყოფაცხოვრებო საწარმოო ტრავმას, ინფანტილიზმს, Rh და ABO სისტემის მიხედვით ნაყოფისა და დედის სისხლის შეუთავსებლობას, პლაცენტის პათოლოგიას, ქალის სასქესო ჰორმონების უკმარისობას. ნაადრევი მშობიარობის პათოგენეზში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ორსულის ნერვული სისტემის მდგომარეობას.

იმ ორსულთა დროული და აქტიური მკურნალობით, რომლებსაც აქვთ ზემოაღნიშნული დაავადებები, შესაძლებელია ნაადრევი მშობიარობის პროფილაქტიკა.

თუ ორსულს მშობიარობის წინამორბედი ნიშნები დაეწყო ნორმალურ ვადაზე ადრე, მას სასწრაფოდ ათავსებენ სამშობიარო სახლის ორსულთა პათოლოგიის განყოფილებაში, უტარებენ სათანადო გამოკვლევებს და მკურნალობას (წოლითი რეჟიმი, ჰორმონული მკურნალობა - ჰორმონული სტატუსის მიხედვით, ვიტამინები, ოპერაციული მკურნალობა - ისთმურ-ცერვიკალური ნაკლოვანების დროს, ფსიქოთერაპია, ელექტროანალგეზია, ჰიპოქსიის პროფილაქტიკა).

ნაადრევი მშობიარობა, ჩვეულებრივ, მიმდინარეობს იმავე თანმიმდევრობით, როგორც დროული - წინამორბედი ნიშნების შემდეგ, რომლებიც მშობიარობის სავარაუდო ვადაზე ადრე იჩენს თავს. იწყება შეტევები, ამასთან დაკავშირებით ყელის გადასწორება და გახსნა და ა.შ. ნაადრევი მშობიარობის დროს მოსალოდნელია გართულებები: სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრა (elfuvium liquoris amii praematura), წვრილი ნაწილებისა და ჭიპლარის გამოვარდნა, ნაყოფის ჰიპოქსია, ენდომეტრიტი მშობიარობაში, სამშობიარო მოქმედების I და II სისუსტე, სამშობიარო გზების ტრავმატიზმი, სისხლის დენა მშობიარობის III პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში.

სამშობიარო მოქმედების დაწყებისთანავე საჭიროა სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრის პროფილაქტიკა (წოლითი რეჟიმი, მენჯის აწეული მდებარეობა, ზოგჯერ კოლპეირიზი), ნაყოფის ჰიპოქსიის პროფილაქტიკა (ნიკოლაევის ტრიადა, სიგეტინი, E ვიტამინი, კოკარბოქსილაზა, 5%-იანი სოდის ხსნარი და სხვ.), ნაყოფის გულისცემის ხშირი კონტროლი. ნაყოფის გამოძევების პერიოდში პირველმშობიარეთა ეპიზიოან პერინეოტომიას მიმართავენ, ხოლო მრავალმშობიარეთა-იშიორექტულ (პუდენდურ) ანესთეზიას სამშობიარო ტრავმატიზმის პროფილაქტიკის მიზნით. მშობიარობის პროცესში სამეანო დახმარება საჭიროა ფრთხილად, ნაყოფის თავზე ზეწოლის გარეშე. ენერგეტიკული ჭინთვის განვითარებისას სამშობიარო მოქმედებას ასუსტებენ (α რეცეპტორების ბლოკადით, ადრენორეცეპტორების სტიმულაციით ან ბანგით).

სისხლის დენის პროფილაქტიკის მიზნით მშობიარობის III პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში ნაყოფის თავის გამოჭრის ფაზაში ქალს ვენაში უკეთებენ მეთილერგომეტრინს 1,0-ს და 40%-იანი გლუკოზის 2- მლ-ს.

ახალშობილს ტუალეტი უნდა ჩაუტარონ ფრთხილად, ასეპტიკა-ანტისეპტიკის ზუსტი დაცვით (ხელებს ორჯერადად დაიმუშავებენ). მისი აწონა, სიმაღლის, თავის გარშემოწერილობის გასინჯვა საჭიროა ახალშობილთა პალატაში.

ახალშობილის კანის მოვლა იწყება მშობიარობის პირველი წუთებიდანვე, კანს სტერილური საფენით უმშრალებენ და სტერილური ბამბით აცილებენ ზედმეტ საცხს,

შემდეგ მოაფრქვევენ ქსეროფორმს ან უსვამენ სპეციალურ მალამოს.

ნაადრევი ახალშობილები განსხვავდებიან დროულებისგან. მათი თავის სიგრძე (ორსულობის ასაკის შესაბამისად) ტანის სიგრძის 1/3-ია (დროულების-1/4), ქვედა კიდურები უფრო მოკლეა, ვიდრე დროულების, კანქვეშა ცხიმის სუსტი განვითარების გამო კანი მშრალია, ნაოჭებიანი, დიდი რაოდენობითაა vernix caseosa და თმა, ყურის ნიჟარები რბილია, თავის ქალაზე მჭიდროდ მიკრული. ხელის თითებზე ფრჩხილები სუსტადაა განვითარებული და არ ფარავს თითის ბალიშებს. თავის ქალას ძვლები ადვილად მოძრავია. მცირე ყიფლიბანდი ღიაა, დიდი ყიფლიბანდი დიდი ზომისაა (ნორმაში 2x2 სმ ან 2x3 სმ). მამრობითი სქესის ახალშობილთა სათესლე ჯირკვალი არ არის სათესლე პარკში ჩამოსული. მდედრობითი სქესის ახალშობილთა დიდი სასირცხო ბაგეები არ ფარავს მცირეს.

ნაადრევი ახალშობილის ყველა ფუნქცია არ არის სრულყოფილი, თერმორეგულაციის სისტემას ახასიათებს ლაბილურობა, პარადოქსული რეაქციები, ახალშობილი სხეულის ტემპერატურას ვერ ინარჩუნებს (იცვლის გარემოს ტემპერატურის პარალელურად, ამიტომ იყენებენ კიუვეზებს ან ინკუბატორ „მედიკორს"). ეს სისტემა ნაადრევ ახალშობილებს მესამე თვეზე უყალიბდებათ.

ცენტრალური ნერვული სისტემისა და, კერძოდ, სუნთქვის ცენტრის უმწიფარობის გამო უდღეურ ახალშობილთა სუნთქვა არათანაბარია რიტმისა და სიღრმის მიხედვით, წყდება პაუზებით და კრუნჩხვითი შესუნთქვით, განსაკუთრებით კვების დროს. უდღეურ ახალშობილთა ფილტვებიც მორფოლოგიურად უმწიფარია.

ნაადრევი ახალშობილის საერთო რეზისტენტობის დაქვეითება სხვადასხვა ინფექციის მიმართ, ფილტვების მორფოლოგიური უმწიფრობა, ატელექტაზური მდგომარეობა ხელს უწყობს პნევმონიის განვითარებას, ხოლო სისხლის მიმოქცევის ფუნქციის არასრულფასოვნება-თავის ტვინში სისხლჩაქცევებს.

XXV თავი

ვადაგადაცილებული მშობიარობა-PARTUS SEROTINUS

ვადაგადაცილებული მშობიარობა ეწოდება სიცოცხლისუნარიანი ნაყოფის გამოძევებას საშვილოსნოდან ორსულობის 42 კვირის (294 დღის) შემდეგ.

მშობიარობა ვადაგადაცილებულია შემთხვევათა 5-8%-ში. არჩევენ ნამდვილ (ბიოლოგიურ) ვადაგადაცილებულ (გადამწიფებულ) ორსულობას და მოჩვენებით ვადაგადაცილებას, ანუ პროლონგირებულ ორსულობას.

ნამდვილი ვადაგადაცილებული ორსულობის დამახასიათებელია პლაცენტის ფუნქციის, ფეტოპლაცენტური სისხლის მიმოქცევის მოშლა და ნაყოფის გადამწიფება.

მოჩვენებითი ვადაგადაცილება გამოწვეულია ნაყოფის განვითარების შენელებით (ამ დროს ნაყოფი გადამწიფებული არ არის და ვადაგადაცილება ნაყოფისთვის არ არის საშიში).

ვადაგადაცილებული ორსულობის გამომწვევი მიზეზებია: ა) ჰორმონული ბალანსის დარღვევა ორსულობის პერიოდში (განსაკუთრებით ორსულობის მიწურულში)-პროგესტერონისა და ქორიული გონადოტროპული ჰორმონის, ანდროგენების რაოდენობის მომატება, ესტროგენული ჰორმონების დონის დაკლება და სხვ: ბ) ნაყოფის განვითარების შენელება; გ) ტოკოფეროლის რაოდენობის მომატება; დ) ნერვულ-კუნთოვანი აპარატის დაგვიანებული ბიოლოგიური განვითარება (მშობიარობის დაწყებისთვის), ფეტოპლაცენტური სისტემის ესტროგენ-მასინთეზებე-

ლი სისტემის უკმარისობა; ე) საშვილოსნოში ანთებითი, დეგენერაციული და სხვა ცვლილებები, რომლებიც მის კუმშვა-უნარიანობას აქვეითებენ; ვ) ნივთიერებათა ცვლის შენელება და ამასთან დაკავშირებული გაცხიმოვნება.

ვადაგადაცილებული ორსულობის დამახასიათებელია მუცლის გარშემოწერილობის შემცირება 5-10 სმ-ით (სანაყოფე სითხის რეზორბციის გამო), საშვილოსნოს ფუძის მაღალი დგომა; მოსალოდნელი მშობიარობის ვადის 10-14 დღის შემდეგაც არ იწყება სამშობიარო მოქმედება. ნაყოფის თავის ზომები დიდია (2-3 სმ-ით არის მომატებული), ქალას ძვლები მკვრივია, ნაყოფის მოძრაობა აქტიურია ან, პირიქით, შენელებულია, ნაყოფის გულის ტონები მოყრუებულია, აღინიშნება ექსტრასისტოლიები, არითმია, შემდგომ ანტენატალური სიკვდილი.

ნამდვილი ვადაგადაცილების დიაგნოსტიკისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ამნიოსკოპიას (ყოველ 2 დღეში ერთხელ, მოსალოდნელი მშობიარობის ვადიდან ექვსი დღის შემდეგ): სანაყოფე სითხის სუსტი მოძრაობა, საშვილოსნოს ყელის გაბრტყელება. ის თავისუფლად გამავალია, ნათლად ჩანს სანაყოფე ბუშტის აცლა საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტიდან. ვადაგადაცილებული ორსულობის დროს ამნიოცენტეზით მიღებულ სანაყოფე სითხეში გლუკოზის რაოდენობა 10 მგ%-მდე მცირდება (დროული ორსულობის დროს 20-25%-ის ფარგლებშია). სანაყოფე სითხის ციტოლოგიური გამოკვლევით ცხიმოვანი უბირთვო უჯრედების რაოდენობა 50-ზე მეტია.

ვადაგადაცილებას ახასიათებს აგრეთვე ესტროგენების ექსკრეციის დაქვეითება (განსაკუთრებით ესტრიოლის) და პროგესტერონის შემცველობის ორ-სამჯერ მომატება. რენტგენოლოგიურად გადამწიფებულ ნაყოფში ვლინდება დიდი წვივის ძვლისა და მხრის ძვლების ეპიფიზში ზედმეტი გაძვალება. საშოს ნაცხის ციტოლოგიით აღინიშნება დიდი რაოდენობით შუალედური უჯრედები (ზედაპირული უჯრედები არ არის).

ვადაგადაცილებული მშობიარობის დროს შინაგანი გასინჯვით ქალას ძვლები მკვრივია, ნაკერები და ყიფლიბანდები - დავიწროებული, წინამდებარე თავი მაღლა დგას (მას სუსტი კონფიგურაციის უნარი აქვს ქალას ძვლების გაძვალების გამო).

ვადაგადაცილებული ორსულობა ხშირად რთულდება ორსულთა ტოქსიკოზით, ხშირია ნაყოფის ანტენატალური სიკვდილი. მკვდარი ნაყოფი შემდგომ განიცდის მაცერაციას, ნაწილობრივ გაიწოვება. ასეთი არმომხდარი მშობიარობის (missed labour) დროს ხშირია ორსულთა ინტოქსიკაციის მოვლენები.

ვადაგადაცილებული მშობიარობის დროს მოსალოდნელია შემდეგი გართულებები: სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრა (ნაყოფის თავსა და მენჯის შესავალს შორის მჭიდრო შეხების რგოლის არარსებობის გამო), სამშობიარო მოქმედების I და II სისუსტე, ენდომეტრიტი მშობიარობის პროცესში, ნაყოფის ჰიპოქსია, ნაყოფის ქალასშიგა ტრავმა, კლინიკურად ვიწრო მენჯის ჩამოყალიბება და სისხლის დენა მშობიარობის III პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში რბილი სამშობიარო გზების დაზიანებისა და საშვილოსნოს ჰიპო-ატონიის გამო.

გადამწიფებული ახალშობილის წონა შემთხვევათა 20%-ში ისეთია, როგორც დროულის, იშვიათად ახალშობილი ჰიპოტროფიულია (განსაკუთრებით, თუ ვადაგადაცილება გართულდა ორსულთა ტოქსიკოზით), ხშირად ახალშობილის წონა, მისი სიმაღლე, თავის გარშემოწერილობა დროულზე მეტია. კანქვეშა ქსოვილი სუსტადაა განვითარებული, კანი დანაოჭებულია („მრეცხავის ხელები“), საჭისებრი საცხი მხოლოდ კისრისა და საზარდულის არეშია.

ვადაგადაცილებული მშობიარობის დროს მომყოლი დაახლოებით 100-150 გრამით მეტია, ვიდრე დროული მშობიარობის შემთხვევაში. პლაცენტაზე აღინიშნება ნეკროზული უბნები, დეგენერაციული ცვლილებები ან გაკირვა. სისხლძარღვები სისხლით გადავსებულია და გაფართოებული (განსაკუთრებით ბუსუსების კაპილარები).

თუ ვადაგადაცილება ეჭვს არ იწვევს, საჭიროა სტიმულაცია. ამისთვის აუცილებელია საშვილოსნოს მშობიარობისთვის მომზადების დადგენა. ამ მიზნით სტაგამ შეიმუშავა ოქსიტოცინის სინჯი: ვენაში შეყავთ განზავებული ოქსიტოცინი (0,1 ერთეული, განზავებული 1- მლ დისტილირებულ წყალში) საშვილოსნოს პირველი შეკუმშვის დაწყებამდე.

შეკუმშვის რეგისტრაციას ახდენენ ხელით (პალპაციით) ან ტოკოგრაფით. თუ საშვილოსნოს შეკუმშვა დაიწყო ოქსიტოცინის შეყვანიდან მესამე წუთზე (ე.ი. 0,01, 0,02 და 0,03 ერთ. ოქსიტოცინის შეყვანის შემდეგ), სამშობიარო მოქმედების სტიმულაციის დაწყება შეიძლება იმავე დღეს, თუ ის 4-10 წუთის შემდეგ დაიწყო, საჭიროა გლუკოზა-კალციუმ-ვიტამინურ-ჰორმონული ფონის შექმნა.

ნ.ბაქშეევმა და ე.მიხაილენკომ შეიმუშავეს სამშობიარო მოქმედების სტიმულაციის სქემა ვადაგადაცილებული ორსულობის დროს. 1. ესტროგენული ჰორმონების შეყვანა (300-500 ერთეული ორსულის კგ წონაზე); 2. ოქსიტოცინის ან სეროტონინის შეყვანამდე 5-7 დღით ადრე ერთხელ ვენაში შეყავთ 40%-იანი გლუკოზის 20,0 და 10,0-მლე 10%-იანი კალციუმქლორიდი; 3. ოქსიტოცინის ან სეროტონინის შეყვანის დღეს ორგანიზმში ესტროგენების შეყვანა მიზანშეწონილია ეთერთან ერთად (30000 ერთეული ესტრადიოლ-დიპროპიონატი და 1,5 მლ ეთერი), მისი შეყვანიდან 3 საათის შემდეგ ვენაში 2-ჯერ შეყავთ 30 წუთის ინტერვალით 40%-იანი გლუკოზის 20,0, 10,0 10%-იანი კალციუმქლორიდთან ერთად; 4. სეროტონინით სტიმულაციის შემთხვევაში პრეპარატის 30-50 მგ-ს ხსნიან 350-400 მლ 5%-იან გლუკოზაში, უმატებენ 100 მგ კოკარბოქსილაზას და 500 მგ ასკორბინმჟავას და შეყავთ ვენაში წვეთოვნად, იწყებენ 8-10 წვეთიდან წუთში. წვეთების რაოდენობა შეიძლება გაზარდონ 30-40-მდე საშვილოსნოს შეკუმშვის დონის შესაბამისად. ერთდროულად სეროტონინთან ერთად შეყავთ 10%-იანი კალციუმქლორიდის 10,0 ვენაში, 30 წუთისა და 1 საათისა და 30 წუთის შემდეგ განმეორებით; 5. ოქსიტოცინით სტიმულაციას იწყებენ ეთერთან ერთად ესტრადიოლ დიპროპიონატის შეყვანიდან 2-3 საათის შემდეგ. 10 ერთეულ ოქსიტოცინს ხსნიან 350-400 მლ 5%-იანი გლუკოზის ხსნარში და შეყავთ კანქვეშ ან ვენაში. ამ ნარევს უმატებენ 100 მგ კოკარბოქსილაზას და 500 მგ ასკორბინმჟავას. თავიდან (30 წუთის განმავლობაში) შეყავთ 10-15 წვეთი წუთში, შემდგომ 35-40 წვეთი წუთში (საშვილოსნოს შეკუმშვის დონის შესაბამისად) ოქსიტოცინის შეყვანის წინ აუცილებელია ოქსიტოცინის სინჯი. ამ მიზნით ვენაში ნელა შეყავთ 0,03 ერთეული ოქსიტოცინი, დადებითი სინჯის შემთხვევაში საშვილოსნო შეიკუმშება. თუ სინჯი უარყოფითია, ოქსიტოცინის შეყვანა არ არის რეკომენდებული; 6. სველი ჟანგბადით ინჰალაცია (სასურველია ჰიპერბარულ პირობებში); 7. თუ ოქსიტოცინმა არ გამოიწვია სამშობიარო მოქმედება, მისი შეყვანიდან 2 საათის შემდეგ საჭიროა პახიკარპინის ჰიდროიოდიდის შეყვანა (3%-იანი ხსნარის 3 მლ ყოველ 3 საათში ერთხელ, სულ 3-ჯერ). ქალს დასალევად აძლევენ ქინინის ჰიდროქლორიდ-0,2-0,25 გრამს ყოველ 6 საათში ერთხელ, სულ 6-ჯერ. არაეფექტურობის შემთხვევაში ამ სქემას იმეორებენ სამეანო ბანგის შემდეგ.

ლ.ტიმოშენკოს სქემა: 1. საშვილოსნოს ყელის უკანა ბაგეში შეყავთ 40000 ერთ. ესტრადიოლ-დიპროპიონატი 1 მლ ეთერთან ერთად; 2. ნახევარი საათის შემდეგ

ვენაში შეყავთ 10%-იანი კალციუმქლორიდის 1-მლ ან კალციუმგლუკონატი, გლუკოზის 40%-იანი ხსნარის 40 მლ 5 მლ 5%-იანი ასკორბინმჟავასთან ერთად. 3. ერთი საათის შემდეგ ამ ნარევს ხელმეორედ შეიყვანენ; 4. ერთდროულად დასალევად აძლევენ ქინაქინს 0,15 გრამს ყოველ ნახევარ საათში, სულ 6 ფხვნილს; 5. კალციუმისა და გლუკოზის შეყვანიდან ერთი საათის შემდეგ კანქვეშ უკეთებენ 0,2 მლ პიტუიტრინს (1 მლ-3 ერთეული) ყოველ ნახევარ საათში ქინაქინთან მონაცვლეობით, სულ 2-5-ჯერ. ვადაგადაცილებული ორსულობის დროს საკეისრო გაკვეთას აკეთებენ იმ შემთხვევაში, თუ ქალი პირველმშობიარეა, აღინიშნება ფუნქციურად ვიწრო მენჯი, მენჯის წინამდებარეობა ან თუ ამ პათოლოგიას სხვა სამეანო პათოლოგიაც ერთვის თან.

ბ.ლუკამზრუკ-ე.სავიცკის სქემა: პირველი დღე. კუნთებში შეყავთ სინესტროლი 50000 ერთ. ეთერთან ერთად. დასალევად აძლევენ 2 გ. ამონიუმქლორიდს 5-ჯერ დღეში. კვება ნეიტრალურია, თითქმის უმარილო.

მეორე დღე - „განტვირთვის დღე“. შაქარი, თაფლი, ვაშლი, ხაჭო 300 გ, 250 მლ სითხე, კუნთებში 50000 ერთ, სინესტროლი ეთერთან ერთად, ვენაში გლუკოზის 40%-იანი 50 მლ ხსნარი, დასალევად 2 გ ამონიუმქლორიდი 5-ჯერ დღეში; პერიოდულად ჟანგბადის ინჰალაცია.

მესამე დღე. დილის 6 საათზე 60 გრამი საფაღარათო ზეთი, 8 საათზე - გამწმენდი ოყნა, 9 საათზე - საშვილოსნოს ყელის სისქეში შეყავთ 0,5%-იანი ნოვოკაინის 60 მლ, 1 მლ 1 %-იანი პრომედოლი და 1 მლ პიალურონიდაზა; საშვილოსნოს ყელის უკანა ბაგეში - 50000 ერთ. სინესტროლი ეთერთან ერთად. თუ სამშობიარო მოქმედება არ დაიწყო 9 საათსა და 30 წუთზე, ვენაში შეყავთ წვეთოვნად 20%-იანი გლუკოზის 500 მლ, 1 მლ ოქსიტოცინი (5 ერთეული), 2.0 კორდიამინი, 5 %-იანი 1 მლ B_1 ვიტამინი, 5%-იანი 2 მლ C ვიტამინი, 10 %-იანი 10 მლ კალციუმქლორიდი, დასალევად აძლევენ 0,3 გ ქინაქინს 4-ჯერ დღეში, ახორციელებენ ოქსიგენოთერაპიას.

დასაწყისში ნარევი შეყავთ წუთში 10-16 წვეთი, საშვილოსნოს შეკუმშვის ხარისხის მიხედვით მათი რაოდენობა შეიძლება გაზარდონ 30-40 წვეთამდე.

XXVI თავი

მემკვიდრეობითი დაავადებანი და ორსულობა

მემკვიდრეობითი ეწოდება დაავადებებს, რომლებიც განპირობებულია ქრომოსომების რიცხობრივი ან სტრუქტურული შეცვლით და გენური მუტაციით ქრომოსომის შემადგენელი დნმ-ს ცვლილებების გამო.

ცნობილია, რომ ადამიანის ორგანიზმის უჯრედი შეიცავს 46 ქრომოსომას (23 წყვილი), აქედან თითოეული წყვილში ერთი ქრომოსომა დედისგანაა მემკვიდრეობით მიღებული, მეორე კი - მამისგან.

ორგანიზმის სხვა უჯრედებისგან განსხვავებით, სასქესო უჯრედები შეიცავს ქრომოსომათა არაწყვილ რაოდენობას. სპერმატოზოიდი შეიცავს 23 ქრომოსომას, კვერცხუჯრედი - 23 ქრომოსომას.

უჯრედების რედუქციული დაყოფის (მეიოზის) დროს დაყოფის პროცესში მყოფი უჯრედის ქრომოსომათა რომელიმე წყვილი კი არ დაიყოფა და უჯრედის სხვადასხვა პოლუსზე კი არ მოთავსდება, არამედ ერთი რომელიმე პოლუსზე მოთავსდება დაუყოფლად. ასეთი დარღვევის გამო წარმოიქმნება ანომალიური სასქე-

სო უჯრედების ორი კატეგორია. სასქესო უჯრედები შეიცავს ერთ ზედმეტ ქრომოსომას (24 ც) ან, პირიქით, ერთი ქრომოსომით ნაკლებს (22 ცალს).

ასეთი ანომალიური სასქესო უჯრედები განაყოფიერების უნარს მქონეა. მათი შეერთების შედეგად წარმოიქმნება ზიგოტა, რომელიც შეიცავს არა 46, არამედ 47 ან 45 ქრომოსომას.

უპირველეს ყოვლისა, ქრომოსომათა დაყოფის ასეთი მოშლა იწვევს ნაყოფის ანტენატალურ, ინტრანატალურ ან პოსტნატალურ დაღუპვას. იშვიათად იბადება სიცოცხლისუნარიანი ახალშობილი მძიმე ანომალიით, რომელიც განპირობებულია ქრომოსომული აბერაციებით.

ქრომოსომული დაავადებები
სასქესო ქრომოსომების ანომალია

სასქესო ქრომოსომების გაუთიშველობა კვერცხუჯრედის დაყოფის დროს იწვევს ანომალიური კვერცხუჯრედის წარმოქმნას, რომელიც ერთი ქრომოსომის მაგივრად შეიცავს ორ XX ქრომოსომას. ასევე ანომალიურად შეიძლება დაიყოს სპერმატოზოიდიც.

ასეთი ანომალიური სასქესო უჯრედების შეერთების შედეგად ვითარდება შემდეგი სახის სასქესო ქრომოსომების კომპლექსები: XO, YO, XXY, XXX (XY- ის) ნაცვლად.

რომელსაც ზიგოტა შეიცავს მარტო Y ქრომოსომას (კარიოტიპი 45 Y). ჩანასახი იღუპება.

45 X კარიოტიპი (შეიცავს 45 ქრომოსომას) გამოვლინდება მდედრობითი სქესის ფენოტიპით, რომელსაც ახასიათებს გონადების დისგენეზია (განუვითარებლობა). ეს დაავადების კლასიკური ფორმა ცნობილია შერეშევსკი - ტერნერის სინდრომის სახელწოდებით. ამ პათოლოგიის მქონე პირები დაბალი ტანისა და უნაყოფონი არიან, აღენიშნებათ სქესობრივი ინფანტილიზმი და სომატო-ვისცეროპათია.

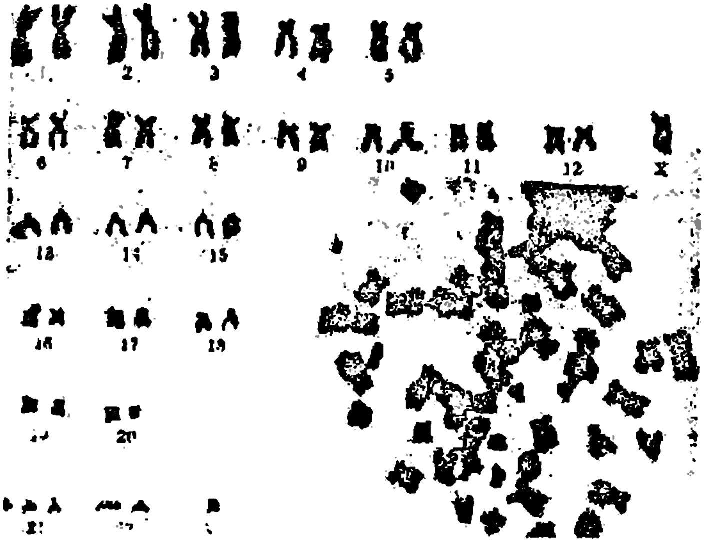
კლაინფელტერის სინდრომის შემთხვევაში (კარიოტიპი 47 XXY 47 ქრომოსომას შეიცავს. არის 48-49-ქრომოსომიანი ვარიანტები) დამახასიათებელია ევნუქოიდიზმი (ფენოტიპი მამრობითი სქესისაა), გონებასუსტობა. ასეთი მამაკაცები უმთავრესად უნაყოფონი არიან.

47XXX კარიოტიპს ახასიათებს მდედრობითი სქესის ფენოტიპი. ის ცნობილია X ტრისომიის სახით. ამ ანომალიის ერთ-ერთი ხშირი სიმპტომია გონებასუსტობა, ზოგ შემთხვევაში აღინიშნება მეორადი ამენორეა და უნაყოფობა.

აუტოსომური ქრომოსომების ანომალია

ქრომოსომების დაზიანებას უმეტესად იწვევს მაიონიზებელი რადიაცია. მისდამი ძალიან მგრძნობიარეა დეზოქსირიბონუკლეინმჟავა, რომელიც მემკვიდრეობითი ინფორმაციის მქონეა. ქრომოსომების დაზიანება შეიძლება განაპირობოს აგრეთვე სხვადასხვა ქიმიური ნივთიერების, მედიკამენტებისა და ვირუსების მოქმედებამ.

ქრომოსომის დაზიანების შედეგად ვითარდება ნაყოფის სხვადასხვა სიმახინჯე. ქრომოსომათა რიცხვობრივი დარღვევა უმეტესად სპონტანური ხასიათისაა, ხოლო სტრუქტურული შეიძლება მემკვიდრეობით გადაეცეს. ამ მხრივ საყურადღებოა ქრომოსომათა ბალანსირებული ტრანსლოკაცია (გადანაცვლება). როდესაც ქრომოსომათა წყვილის ერთი ქრომოსომა მიუერთდება მეორე წყვილ ქრო-



სურ.103 სამი 21 ქრომოსომა დაუნის დაავადების დროს (კარიოგრამა)

მოსომას, ეს სიმახინჯის ერთ-ერთი ფაქტორი ხდება.

დაუნის დაავადება

დაუნის დაავადება აღწერეს 100 წლის წინათ, ეს პათოლოგია ჭკუასუსტობის შერწყმაა სხვადასხვა სახის ფიზიკურ ანომალიასთან.

დიდი ხნის განმავლობაში დაუნის დაავადების ეტიოლოგია არ იყო ცნობილი, მაგრამ 1959 წელს ფრანგმა მეცნიერმა ლეჟანმა და თანაავტორებმა დაადგინეს ამ პათოლოგიის მქონე ადამიანთა ორგანიზმის უჯრედებში ზედმეტი ქრომოსომის (47) არსებობა. ამავე დროს ეს ზედმეტი ქრომოსომა 21-ე წყვილს მიეკუთვნება (ამრიგად, დაუნის დაავადების დროს 21-ე წყვილი ორის მაგივრად სამ ქრომოსომას შეიცავს).

მოლეკულური დაავადებები

გენების მუტაცია (გენში სხვადასხვა მუტაგენური ფაქტორების ზეგავლენით გამოწვეული ცვლილებები) გავლენას ახდენს ყველა ცილოვანი მოლეკულის სტრუქტურაზე. ამ მიზნით გამოწვეულ დაავადებას მოლეკულური ეწოდება.

მოლეკულურ დაავადებებს მიეკუთვნება ნივთიერებათა ცვლის ზოგიერთი მემკვიდრეობითი მოშლა. ამ პათოლოგიის დროს ახალშობილი დედის რძეში არსებული რძის შაქარ-გალაქტოზას გადაამუშავებს ფერმენტი გალაქტოზა 1 ფოსფატურიდილ ტრანსფერაზას საშუალებით. ახალშობილებს ამ ფერმენტის თანდაყოლილი ნაკლოვანების შემთხვევაში უვითარდებათ გალაქტოზემია. ახალშობილი განვითარებაში ჩამორჩება, ცუდად იკვებება, ცენტრალური ნერვული სისტემა,

ღვიძლი და პარენქიმული ორგანოები მძიმედ აქვს დაზიანებული. გალაქტოზემია გადაეცემა რეცესიული გზით.

ცნობილია, რომ ამინომჟავა ფენილალანინის ათვისებისათვის საჭიროა ფერმენტი ფენილალანინჰიდროქსილაზა. ამ ფერმენტის აქტივობის დაქვეითება იწვევს ფენილკეტონურიას. ორგანიზმი ფენილალანინის მჟავას ვერ ითვისებს, რის შედეგად ფენილალანინის შუალედური ცვლის პროდუქტები იწვევს ორგანიზმის ინტოქსიკაციას. თუ ორგანიზმი განაგრძობს ისეთი პროდუქტების მიღებას, რომლებიც ფენილალანინმჟავას შეიცავენ, დაბადებიდან რამდენიმე თვეში ვითარდება ნერვული სისტემის მძიმე დაზიანება, ფენილკეტონურია გადაეცემა რეცესიული გზით. დღეისთვის აღწერილია დაავადებები, რომლებიც გამოწვეულია ნივთიერებათა ცვლის თანდაყოლილი მოშლით. ამ დაავადებათა დროულ გამოვლინებას (ახალშობილობის პერიოდში) დიდი მნიშვნელობა აქვს. ასეთ დაავადებათა დიაგნოსტიკის მიზნით საჭიროა ახალშობილთა მასობრივი გამოკვლევა.

ქრომოსომული ანომალიის როლის თვითნებური აბორტისა და ნაყოფის თანდაყოლილი მანკის ჩამოყალიბებაში

კარის მონაცემებით, თვითნებური აბორტის დროს ემბრიონთა გამოკვლევით დადგინდა ქრომოსომების ანომალია, ძირითადად XO ანომალია.

ქრომოსომულ დაავადებათა დიაგნოსტიკის მიზნით მიმართავენ ციტოგენეტიკურ გამოკვლევას. გამოკვლევის ერთ-ერთი მეთოდია დერმატოგლიფიკის მეთოდი (ინდივიდური პაპილური ხაზების მემკვიდრეობითი გადაცემის ფაქტი), რომლის არსი მდგომარეობს ქაღალდზე გადატანილი პაპილური ხაზების ანაბეჭდების შესწავლაში. ამ მეთოდის გამოყენება შეიძლება როგორც ახალშობილების, ასევე მოზრდილების მიმართ. სასქესო ქრომოსომების ანომალიაზე მსჯელობა შეიძლება სასქესო ქრომატინის, სეგმენტბირთვიანი ლეიკოციტების, ეპითელური უჯრედებისა და ლორწოვანი გარსის ჩამოფხეკით მიღებული უჯრედების გამოკვლევით.

უკანასკნელ წლებში მიმართავენ მუცლად მყოფი ნაყოფის ქრომოსომული ანომალიის დიაგნოსტიკას ამნიოცენტეზით მიღებული სანაყოფე სითხის უჯრედების შესწავლით.

ის ოჯახები, რომლებშიც ქრომოსომული დაავადებით ან განვითარების სხვა მანკით დაიბადება ახალშობილი, უნდა იმყოფებოდნენ აღრიცხვაზე სამედიცინო-გენეტიკურ კონსულტაციაში და შემდგომი ორსულობისას ჩაუტარონ ნაყოფის ანტენატალური შესწავლა განვითარების მანკის პროფილაქტიკის მიზნით.

მემკვიდრეობითი დაავადებების პროფილაქტიკა

ცნობილია, რომ ქრომოსომული ან გენური მუტაცია ხდება მემკვიდრეობითი დაავადებების მიზეზი. მუტაციის მიზეზები, თავის მხრივ, მუტაგენური ფაქტორებია.

მემკვიდრეობითი დაავადებების პროფილაქტიკისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ინტოქსიკაციის, ვირუსული ინფექციისა და ფსიქიკური ტრავმის პროფილაქტიკას. გასათვალისწინებელია ის ფაქტიც, რომ დაუნის დაავადების განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს დედის ასაკს მშობიარობის დროს. დამტკიცებულია, რომ ხანშიშესულ მშობიარეებში უფრო ხშირია დაუნის დაავადება.

მემკვიდრეობით დაავადებათა პროფილაქტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს სამედიცინო-გენეტიკურ კონსულტაციებს. მემკვიდრეობითი დაავადების მქონე პირებს უტარებენ კონსულტაციას და ადგენენ მათი ახალშობილის დაავადების რისკს.

მემკვიდრეობითი დაავადებების მკურნალობა

მემკვიდრეობითი დაავადებების მკურნალობის საკითხი მეანობა-გინეკოლოგიის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი პრობლემაა.

მკურნალობის იდეალური მეთოდია ქრომოსომულ მუტაციებზე მიმართული ზემოქმედება, რაც მდგომარეობს ქრომოსომული ანომალიის გამოსწორებაში, ქრომოსომულ წყვილისა და გენის ქიმიურ სტრუქტურაში (ეს უკანასკნელი ჯერჯერობით შესწავლის სტადიაში). მნიშვნელოვან როლს ანიჭებენ დიეტოთერაპიას ნივთიერებათა ცვლის მოშლის მემკვიდრეობითი დაავადების პროფილაქტიკის მიზნით (მაგალითად, ლაქტოზამოცილებულ რძეს აძლევენ იმ ახალშობილებს, რომლებიც რძის შაქარს ვერ ითვისებენ, ე.ი. გალაქტოზემია უვითარდებათ. კვების რაციონიდან ფენილალანინს გამორიცხავენ ფენილკეტონურიის შემთხვევაში).

ასევე მიმართავენ სიმპტომურ მკურნალობას. ასე მაგალითად, იმ პირებს, რომელთაც აქვს კარიოტიპი - XO (შერეშევსკი - ტერნერის სინდრომი), უნიშნავენ ჰორმონულ თერაპიას, რაც დამაკმაყოფილებელ შედეგს იძლევა და ა.შ.

მემკვიდრეობითი ანომალია, რომელიც ვლინდება სხვადასხვა სიმახინჯის სახით (კურდღლის ტუჩი, მგლის ხახა, მენჯ-ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა) წარმატებით იკურნება ქირურგიული ჩარევით.

მემკვიდრეობითი დაავადებების ნაადრევ დიაგნოსტიკას დიდი მნიშვნელობა აქვს მათი დროულად მკურნალობისა და პროფილაქტიკისთვის შემდგომ თაობებში.

XXVII თავი

მშობიარობის პათოლოგია

სამშობიარო მოქმედების ანომალია

სამშობიარო მოქმედების ანომალია თანამედროვე პრაქტიკული მეანობის აქტუალური პრობლემაა.

სამშობიარო მოქმედების ანომალიას მიეკუთვნება: სამშობიარო მოქმედების სისუსტე (debilitas virium parturientium); საშვილოსნოს ძლიერი შეკუმშვა (hyperdunamia uteri); საშვილოსნოს ტეტანური შეკუმშვა (tetania uteri) და სამშობიარო მოქმედების დისკოორდინაცია.

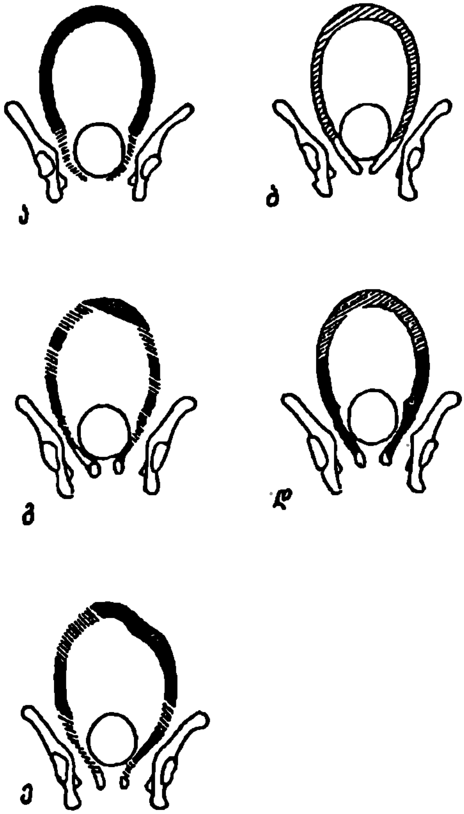
სამშობიარო მოქმედების სისუსტე

სამშობიარო მოქმედების სისუსტე ისეთი მდგომარეობაა, როდესაც სამშობიარო მოქმედების ძალა, ხანგრძლივობა და პერიოდულობა არასაკმარისია, ხოლო საშვილოსნო ყელის გახსნა და ნაყოფის წინმსვლელობა, მენჯისა და ნაყოფის შესაბამისი ზომების მიუხედავად, ნელი ტემპით მიმდინარეობს.

სამშობიარო მოქმედების მიზეზები შეიძლება დავყოთ სამ ჯგუფად: ზოგადი, ფუნქციური და ორგანული.

ზოგადი მიზეზებია: ნერვულ-ფსიქიკური მოშლილობა, ზოგადი ინფანტილიზმი, კახექსია და ზოგადი სისუსტე.

ფუნქციურ მიზეზებს მიეკუთვნება: ა) საშვილოსნოს მგრძნობიარე ნერვული რეცეპტორების დაბალი მგრძნობელობა ტონომოტორული პრეპარატებისადმი; ბ)



სურ. 104 საშვილოსნოს კუნთთა ტონუსი ნორმის შემთხვევაში და სამშობიარო მოქმედების ანომალიის დროს: ა - ნორმალური ტონუსი? ბ - დაქვეითებული ტონუსი; გ - არათანაბარი შეკუმშვა; დ - ქვედა სეგმენტის ჰიპერტონია; ე - ასიმეტრიული შეკუმშვა.

ოქსიტოცინის, პროსტოგლანდინის, სეროტონინის, კატექოლამინების, კინინების, ესტროგენების (განსაკუთრებით ესტრიოლისა და ესტრადიოლის) სინთეზის დაქვეითება; გ) ყვითელი სხეულის ჰორმონის აქტივობის მომატება; დ) აქტომიოზინის, ადენოზინტრიფოსფატაზის აქტივობის დაქვეითება (ეს ფერმენტი ახდენს ადენოზინტრიფოსფატის ჰიდროლიზს), აგრეთვე აცეტილქოლინის და პიტოცინის სინთეზის ინტენსიობის დაქვეითება; ე) ფერმენტების პიტოცინაზის, ქოლინესთერაზისა და მონოამინოოქსიდაზის მაღალი აქტივობა (ზემოაღნიშნული ფერმენტები შლის პიტოცინს, აცეტილქოლინს, სეროტონინს და სხვ.); აგრეთვე ადენილციკლაზის აქტივობის მომატება (ეს ფერმენტი ახდენს ადენოზინმონოფოსფატის სინთეზის კატალიზს); ვ) გონადოტროპული ჰორმონის რაოდენობის მომატება (ეს ჰორმონი საშვილოსნოს კუნთების კუმშვისუნარიანობას აქვეითებს); ზ) მიომეტრიუმში კუნთოვანი ენერგიის დონატორების (ელექტროლიტების, მიკროელემენტების და სხვ.) სინთეზის დაქვეითება, დნმ-სა და რნმ-ს სინთეზის დარღვევა და ჟანგვა-აღდგენითი პროცესების მოშლა მიომეტრიუმში.

ფუნქციურ მიზეზებს მიეკუთვნება აგრეთვე საშვილოსნოს გადაჭიმვა მრავალწყლიანობის, მრავალნაყოფიანობის, დიდი ნაყოფის გამო, ვიწრო მენჯი, მენჯით წინმდებარეობა, გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობა, პლაცენტის წინმდებარეობა, სანაყოფე სითხის ნაადრევი და ადრეული დაღვრა.

ორგანულ ცვლილებებს, რომლებიც იწვევენ საშვილოსნოს ტონუსის დაქვეითებას, მიეკუთვნება: საშვილოსნოს განუვითარებლობა, განვითარების მანკი; საშვილოსნოს კუნთებში დეგენერაციული ცვლილებები, რომლებიც იწვევენ კუნთოვანი ქსოვილის შემაერთებელი ქსოვილით შეცვლას და პათოლოგიურ დეგენერაციას, საშვილოსნოს სიმსივნე, საკეისრო გაკვეთის შემდგომი ნაწიბურები. საშ-

ვილოსნის ნერვულ-კუნთოვან აპარატზე ასევე უარყოფითად მოქმედებს საშვილოსნოს გამოფხეკა ხელსაწყო-იარაღებით.

სამშობიარო მოქმედების სისუსტე შეიძლება იყოს პირველადი და მეორადი.

სამშობიარო მოქმედების სისუსტეს, რომელიც იწყება სამშობიარო მოქმედების დაწყებისთანავე და გრძელდება საშვილოსნოს ყელის 6 სმ-ით ან თითქმის სრულ გახსნამდე, ეწოდება პირველადი სისუსტე - dolores debilis primaria.

სამშობიარო მოქმედების ისეთ ანომალიას, როდესაც დასაწყისში კარგი ინტენსიობის სამშობიარო მოქმედება საშვილოსნოს ყელის 6 სმ-ზე მეტი გახსნის შემდგომ სუსტდება, სამშობიარო მოქმედების მეორადი სისუსტე dolores debilis secundaria ეწოდება.

კლინიკა. სამშობიარო მოქმედების პირველადი სისუსტის კლინიკა მრავალფეროვანია. სამშობიარო შეტევები შეიძლება იყოს ძლიერი, ხანგრძლივი, მაგრამ იშვიათი ან, პირიქით, ხშირი, მაგრამ სუსტი და ხანმოკლე. ხშირია ამ პათოლოგიის დროს სანაყოფე სითხის ადრეული ანნაადრევი დაღვრა, რაც იწვევს სამშობიარო გზების ინფიცირებას, ნაყოფის ჰიპოქსიას. წინმდებარე ნაწილის ერთ ადგილზე დიდხანს დგომის გამო შეიძლება განვითარდეს რბილი სამშობიარო გზების ტრავმატიზმი, ხოლო მშობიარობის მესამე პერიოდში საშვილოსნოს კუნთოვანი აპარატის შეკუმშვის უნარის დაქვეითების გამო ვითარდება პლაცენტის მოცილებისა და გამოძევების პათოლოგია, რასაც შეიძლება სამეანო სისხლის დენა მოჰყვეს.

ამავე დროს, მშობიარობის ხანგრძლივი მიმდინარეობა მშობიარეს ძალიან ღლის. იგი მალას კარგავს, იფიტება, რაც მშობიარობის მიმდინარეობაზე ცუდად მოქმედებს.

სამშობიარო მოქმედების მეორადი სისუსტის ძირითადი დამახასიათებელი სიმპტომია გამოძევების პერიოდის გახანგრძლივება. გართულებები ისეთივეა, როგორც სამშობიარო მოქმედების პირველადი სისუსტის დროს.

დიაგნოზი. თუ პირველმშობიარეს 12 საათის განმავლობაში, ხოლო განმეორებით მშობიარეს 6 საათის განმავლობაში საშვილოსნოს ყელი არ გაეხსნა 6 სმ სიგანემდე, სამშობიარო მოქმედების პირველადი სისუსტის დიაგნოზს ადგენენ.

მეორადი სისუსტის დიაგნოზის დადგენა ძნელი არ არის. გამოძევების პერიოდის გახანგრძლივება 3-4 საათისა და მეტი დროის განმავლობაში ამ პათოლოგიაზე მიუთითებს.

სამშობიარო მოქმედების სისუსტის მკურნალობა

სამშობიარო მოქმედების პირველადი სისუსტის დროს საჭიროა სამკურნალო-დაცვითი რეჟიმი, მაღალკალორიული კვება, შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავის დროული დაცლა. სამშობიარო მოქმედების სისუსტის გამო გახანგრძლივებული მშობიარობის დროს სტიმულაციის წინ მშობიარემ უნდა დაისვენოს (სამეანო ბანგი). ამ მიზნით გამოიყენებენ ვიადრილს, ნატრიუმის ოქსიბარბიტურატს, იშვიათად ეთერს.

2-3 საათის ძილის შემდეგ მშობიარეს სამშობიარო მოქმედება თავისთავად აღდგება. იშვიათად შეიძლება სამშობიარო მოქმედება სტიმულაციის გარეშეც გაძლიერდეს.

სამშობიარო მოქმედების სისუსტის დროს ხშირად ვითარდება დეკომპენსირებული მეტაბოლური აციდოზი. რის გამოც აუცილებელია 5%-იანი ნატრიუმჰიდროკარბონატის დანიშვნა 150-250 მლ რაოდენობით.

ამავე დროს გასათვალისწინებელია საშვილოსნოს ყელის სიმწიფე. „მწიფე" ყელი გარბილებული და მნიშვნელოვნად დამოკლებულია 2,5-2 სმ-მდე. საშვილოს-

ნის ყელის არხი თავისუფლად ატარებს ერთ თითს. საშვილოსნოს ყელის არხი სადად გადადის ქვედა სეგმენტზე. საშოს თაღებიდან თავისუფლად ისინჯება ნაყოფის წინმდებარე ნაწილი. საშვილოსნოს ყელის არხის კიდეები გათხელებულია 4-5 მმ-მდე. საშვილოსნოს ყელი მენჯის გამტარი ხაზის გასწვრივ მდებარეობს, გარეთა პირი კი საჯდომი წვეტების დონეზეა.

როდესაც საშვილოსნოს კუმშვითუნარიანობის დაქვეითება კომბინირებულია უმწიფარ ყელთან, პირველ რიგში საჭიროა საშვილოსნოს ნერვულ-კუნთოვანი აპარატის მომზადება. ამ მიზნით იქმნება ესტროგენ-გლუკოზა-ვიტამინ-კალციუმ-სპაზმოლიზური ფონი. კუნთებში (ან საშვილოსნოს ყელში) შეყავთ 20000 ერთ. ფოლიკულინი ან 30000-50000 ერთ. სინესტროლი 0,5 მლ ეთერთან ერთად. 20000 ერთ. ესტრადიოლდიპროპიონატი ვენაში-გლუკოზის 40%-იანი ხსნარის 20 მლ, 6%-იანი B_1 ვიტამინი-1,05%-იანი C ვიტამინი-5 მლ და 10 %-იანი კალციუმქლორიდის 10 მლ (შეიძლება ფონის განმეორება 5 საათის შემდეგ სიგეტინით).

აღნიშნული ფონის შექმნის შემდეგ იწყებენ მედიკამენტურ სტიმულაციას. თუ საშვილოსნოს ყელი 3 სმ-მდეა გახსნილი, რეკომენდებულია შტეინის მოდიფიცირებული სქემა. 60 მლ საფაღარათო ზეთის დალევინება, ერთი საათის შემდეგ ცხელი ოყნის (38-40°) გაკეთება, რასაც ერთი საათის მერე კვლავ გაიმეორებენ. კიდევ 1 საათის შემდეგ 0,2 მლ პიტუიტრინს 6-ჯერ შეიყვანენ კანქვეშ ან კუნთებში 30 წუთის შუალედით, პიტუიტრინის ყოველი ინექციიდან 15 წუთის შემდეგ მშობიარეს დაალევინებენ 0,15 გ მარილმჟავა ქინაქინს (6-ჯერ).

ჟორდანიას სქემა: თუ სანაყოფე ბუშტი მთელია, წინასწარ კუნთებში შეყავთ 40000-50000 ერთეული ესტროგენული ჰორმონები (ფოლიკულინი, სინესტროლი და სხვ.). თუ სანაყოფე ბუშტის მთლიანობა დარღვეულია, წინასწარ ესტროგენული ჰორმონების შეყვანა არ არის საჭირო. შემდეგ უნიშნავენ 50-60 გ საფაღარათო ზეთს, ნახევარი საათის მერე 0,15 მარილმჟავა ქინაქინის ფხვნილს, სულ 6-ჯერ (ქინაქინის საერთო დოზა 1,5 გრამი). ქინაქინის მეოთხედ მიღებიდან 15 წუთის შემდეგ ყოველ 15 წუთში კანქვეშ შეყავთ 0,25 პიტუიტრინი სულ 4-ჯერ, ამავე დროს განაგრძობენ ქინაქინის მიცემას იმავე დოზით. შემდეგ საჭიროა ფიზიოლოგიური ხსნარის ცხელი ოყნა (წყლის ტემპერატურა 38-39 გრადუსი).

ამავე მიზნით გამოიყენებენ 0,1%-იან 2-3 მლ პროზერინს ერთი საათის ინტერვალით, სულ 4-5-ჯერ, რაც იწვევს საშვილოსნოს კუმშვის გაძლიერებას აცეტილქოლინის სტაბილიზაციის ხარჯზე.

3%-იანი პაქიკარპინის 3-5 მლ-ის 2-3-ჯერადი ინექცია 2 საათის ინტერვალით აძლიერებს საშვილოსნოს კუმშვას და აჩქარებს მშობიარობის აქტს, სისხლის არტერიულ წნევას მაღლა არა სწევს. ამ მიზნით მის დანიშვნას უპირატესობა აქვს პიტუიტრინთან შედარებით.

სუპეტინი აძლიერებს სამშობიარო მოქმედებას. სტიმულაციის მიზნით იყენებენ 3-4 მლ-ს საათში ერთხელ, სულ 3 ინექციას (მ.გიგინეიშვილი).

საშვილოსნოს ყელის რიგიდობის დროს ხმარობენ 0,5%-იანი ნოვოკაინის ხსნარის 15-20 მლ-ს (64 ერთეულს) ლიდაზასთან ერთად.

ხმელევსკის სქემა: 40%-იანი, 50,0 გლუკოზის ხსნარი და 10 %-იანი 10,0 კალციუმქლორიდი ვენაში, 40-45 მგ B_1 ვიტამინი და 500 მგ C ვიტამინი კანქვეშ.

როდესაც საშვილოსნოს ყელის გახსნა აღემატება 6 სმ-ს, სამშობიარო მოქმედების გაძლიერების მიზნით მიზანშეწონილია ოქსიტოცინის წვეთოვანი შეყვანა (ოქსიტოცინი გამომუშავდება ჰიპოთალამუსში, გროვდება ჰიპოფიზის უკანა წილში). ოქსიტოცინი იწვევს უპირატესად საშვილოსნოს ტანის კუნთების რიტმულ შეკუმშვას,

ის სწრაფად იშლება სისხლში ოქსიტოცინაზის მოქმედებით. ოქსიტოცინის ნახევრად დაშლის პერიოდი 3-4 წუთია. ამჟამად საჭიროა მუდმივად ოქსიტოცინის წვეთოვნად გამოყენება მთელი მშობიარობის პერიოდში. 5 ერთ. ოქსიტოცინს ხსნიან 500 მლ 5%-იან გლუკოზის ხსნარში, შეყავთ თავდაპირველად 8 წვეთი 1 წუთის განმავლობაში (ასეთი სიჩქარით შეყვანა გრძელდება 30 წუთის განმავლობაში). თუ ოქსიტოცინის მიმართ მგრძნობელობა დაბალია და შეტევა 5-10 წუთში ერთხე არის, საჭიროა წვეთების რაოდენობის მომატება, მაგრამ არაუმეტეს 35-40-სა წუთში. ზედმეტი რაოდენობით ოქსიტოცინის შეყვანამ შეიძლება გამოიწვიოს საშვილოსნოს ტონური შეკუმშვა, საშვილოსნოს გასკდომა, ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლა და ნაყოფის სიკვდილი.

ოქსიტოცინის წვეთოვანი შეყვანა ვენაში ძლიერ დამღლელია მშობიარისთვის, რადგან ამ ხნის განმავლობაში იგი ზურგზე წევს. უკანასკნელ წლებში იყენებენ დეზამინოქსიტოცინს ტრანსბუკალურად. ამ პრეპარატს ხმარობენ მზარდი დოზით 25 ერთეულიდან (1 აბი) 100 ერთეულამდე. 25 ერთეული შეყავთ ყოველ ნახევარ საათში (25-50, 75-100 ერთ. 5 საათის განმავლობაში, საშუალო დოზა 520-32,6 ერთ.). პრეპარატის უპირატესობა ის არის, რომ არ იშლება ოქსიტოცინაზის მოქმედებით.

ამჟამად დიდი წარმატებით იყენებენ F2a პროსტოგლანდინის 5 მგ-ს გახსნილს 5%-იან 1000 მლ გლუკოზის ხსნარში. ხსნარის შეყვანა იწყება 20 წვეთიდან წუთში (50 მკგ/წთ), 1 საათის შემდეგ შეიძლება 30 წვეთის შეყვანა წუთში (75 მკგ/წთ), კიდევ ერთი საათის შემდეგ 40 წვეთის წუთში (100 მკგ/წთ). შეყვანის სიჩქარე დამოკიდებულია მიღებულ ეფექტზე. პროსტოგლანდინ F2a- თი სტიმულაცია საშუალოდ გრძელდება 5 საათს, პრეპარატის რაოდენობა საშუალოდ 7 მგ-ია,

სამშობიარო მოქმედების მდგრადი სისუსტის დროს ოქსიტოცინთან ერთად შეიძლება თავ-კანის მაშის ან ვაკუუმსტიმულატორის გამოყენება.

სტიმულაციის მეთოდის მიუხედავად, მშობიარეს პირველ პერიოდში უნიშნავენ სპაზმოლიზურ საშუალებებს, რომლებიც ხელს უწყობენ საშვილოსნოს ყელის გახსნას, 2 მლ 5%-იან ლიდოლს კანქვეშ, 1-2 მლ 2%-იან პრომედოლს კანქვეშ, 32-64 ერთ. 20 მლ, 0,5%-იან ლიდაზას ნოვოკაინის ხსნართან ერთად - საშვილოსნოს ყელში, 2,0 ნო-შპას კანქვეშ და სხვ.

თუ სამშობიარო მოქმედების სტიმულაცია ეფექტს არ იძლევა, საჭიროა ოპერაციული ჩარევა: სამეანო მაშის დადება, ვაკუუმექსტრაქცია, ნაყოფის ექსტრაქცია, იშვიათ შემთხვევაში - საკეისრო გაკვეთა.

სამშობიარო მოქმედების სისუსტის პროფილაქტიკა

ყველა მშობიარეს ინფანტილიზმის ან გადატანილი ანთებითი პროცესების, ხანშიშესული ასაკის შემთხვევაში უნიშნავენ ვიტამინებს და მიკროელემენტებით (ფოსფორით, კალციუმით, რკინით, სპილენძით, მაგნიუმით, მარგანეცით, ნიკელით, ქრომით, ტიტანით, ტყვიით) მდიდარ საკვებს. მშობიარობამდე 5-10 დღით ადრე 3-ჯერ აძლევენ 1 გ გალასკორბინს, რომელიც აუმჯობესებს მიომეტრიუმის ენერგეტიკულ პროცესებს. მიზანშეწონილია 40%-იანი გლუკოზის ხსნარი 200-300 მგ ასკორბინმჟავასთან და 60-100 მგ B_1 ვიტამინთან ერთად.

სამშობიარო მოქმედების პროფილაქტიკის რაციონალური მეთოდია მშობიარეთა ფსიქოპროფილაქტიკური მომზადება და მედიკამენტური გაუტკივარება (აზოტის ქვეჟანგით, ტრიქლორეთილენით, ტიადრილით, ანალგეტიკებით).

სამშობიარო მოქმედების ანომალიის პროფილაქტიკისა და მშობიარის დასვენების მიზნით კარგ ეფექტს იძლევა ელექტროძილი.

სამშობიარო მოქმედების დისკოორდინაცია

საშვილოსნოს შეკუმშვა ნორმალურად იწყება ფალოპიუსის მილის შეერთების ადგილიდან და ვრცელდება ქვევით ქვედა სეგმენტისკენ, რის შემდეგაც საშვილოსნოს ორივე ნახევარი ერთდროულად და კოორდინირებულად იკუმშება.

ინფანტილიზმის, საშვილოსნოს მუსკულატურის არათანაბარი განვითარებისა და მისი არათანაბარი ინერვაციის (ორმაგი საშვილოსნო), ასევე საშვილოსნოს კუნთოვანი შრის სიმსივნის, ანთებითი, დეგენერაციული გადაგვარების შემთხვევაში საშვილოსნო იკუმშება არასიმეტრიულად და არაკოორდინირებულად.

ამ პათოლოგიის დროს მშობიარეს აღენიშნება არაკოორდინირებული, არიტმიული, მტკივნეული შეტევები. საშვილოსნოს სეგმენტური შეკუმშვა შეიძლება იყოს როგორც ვერტიკალური მიმართულებით (როდესაც იკუმშება მხოლოდ მარჯვენა ან მარცხენა ნახევარი). ასევე ჰორიზონტალური მიმართულებით (იკუმშება საშვილოსნოს ზედა, შუა ან ქვედა მესამედი). პალპაციით საშვილოსნოს სხვადასხვა ნაწილი არათანაბრად არის გამკვრივებული.

დისკოორდინირებული სამშობიარო მოქმედების დამახასიათებელია სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრა. ძლიერი სამშობიარო მოქმედების მიუხედავად, საშვილოსნოს ყელის გახსნა გახანგრძლივებულია. წინმდებარე ნაწილი მენჯის შესავალს ზემოთ მოძრავია ან მხოლოდ მიბჯენილია მენჯის შესავალთან დიდი ხნის განმავლობაში, მშობიარობა ხანგრძლივდება. საშვილოსნოს სხვადასხვა ნაწილის არათანაბარი შეკუმშვა იცვლება საშვილოსნოს სრული ინერტულობით (სამშობიარო მოქმედება სულ წყდება).

საშვილოსნოს სხვადასხვა ნაწილის არათანაბარი შეკუმშვა მშობიარობის მესამე პერიოდში იწვევს პლაცენტის მოცილებისა და გამოძევების პათოლოგიას. ლოგინობის ადრეულ ხანაში ვითარდება სეგმენტური ჰიპოტონია, რასაც შეიძლება ძლიერი სისხლის დენა მოყვეს.

მკურნალობა. მშობიარეებს უნიშნავენ სპაზმოლიზურ საშუალებებს: 0,1%-1,0 ატროპინის სულფატს კანქვეშ, 2,0-4,0 პალურილს; 1,0 დიკოლინს; 1,0 პრომედოლს; 1%-1,0 აპროფენს, ატარაქტიკებს (მეპროტანს, ტრიოქსაზინს და სხვ.).

თუ მშობიარე დაღლილია, სამშობიარო მოქმედების გახანგრძლივებისა და მტკივნეული სამშობიარო მოქმედების გამო საჭიროა სამეანო ბანგის მიცემა, 50 მგ ვიადრილის შეყვანა ვენაში ან 20%-იანი 20 მლ ნატრიუმის ოქსიბარბიტურატი, იშვიათად ეთერი. ბანგის გამეორება შეიძლება 6 საათის შემდეგ. მიზანშეწონილია ასეთი ნარევის მიცემა: 60 მგ ტრიოქსაზინი, 200 მგ ეტამინალნატრიუმი, 2%-იანი 1,0 მლ პრომედოლი, 2,0 ნო-შპა, 40-50 მგ პიპოლფენი. წარმატებით იყენებენ პარაცერვიკალურ ნოვოკაინიან ბლოკადას (0,25%-იანი ხსნარის 40-60 მლ) ადგილობრივი ანესთეზიის სახით.

ძლიერი სამშობიარო შეტევა- HYPERDYNAMIA UTERI

ძლიერი სამშობიარო შეტევა, სუსტ სამშობიარო შეტევასთან შედარებით, იშვიათი მოვლენაა. ძლიერი სამშობიარო შეტევის გამოცნობა ძნელი არ არის. შეტევა ხშირია, ძლიერი, მათ შორის ინტერვალები კი მოკლეა, ზოგჯერ ინტერვალი სულ არ არის. ძლიერი ტკივილი აღენიშნებათ ნევრასთენიულ, ისტერიულ ქალებს. სანაყოფე ბუშტის ნაადრევი ხელოვნური დარღვევაც შეიძლება გახდეს ძლიერი სამშობიარო შეტევისა და სწრაფი მშობიარობის მიზეზი.

ასეთ პირობებში ქალი სამშობიარო სტაციონარში მისვლას ვერ ასწრებს, მშო-

ბიარობს ქუჩაში, რასაც ეწოდება ქუჩაში მშობიარობა (partus praecipitatus). ამ დროს მოსალოდნელია სხვადასხვა გართულება როგორც დედის, ისე ნაყოფის მხრივ.

სწრაფი მშობიარობის პროფილაქტიკა არ არსებობს, მაგრამ თუ ქალმა იცის, რომ მას ჩვევია მოულოდნელი, სწრაფი მშობიარობა, მაშინ საჭიროა მისი წინასწარ მოთავსება სამშობიაროში.

ქუჩაში მშობიარობის შემთხვევაში გულმოდგინედ უნდა ჩაატარონ გარეთა სასქესო ორგანოების დეზინფექცია, პროფილაქტიკური მიზნით სულფანილამიდური პრეპარატები, ანტიბიოტიკები გამოიყენონ, თუ ჭრილობა მიწით არის დაბინძურებული, საჭიროა ანტიტეტანური შრატის შეყვანა.

კრუნჩხვითი შეტევები-TETANIA UTERI

კრუნჩხვითი, ანუ ტეტანური შეტევა (tetania uteri) მშობიარობის იშვიათი გართულებაა და განსხვავდება შეტევებს შორის ინტერვალის არარსებობით.

შეტევები ერთმანეთის პაუზის გარეშე მოყვება, ძლიერ ტკივილს იწვევს და მშობიარეს ზედმეტად აწუხებს, ამასთან, აფერხებს მშობიარობის წინსვლას, საშვილოსნოს კრუნჩხვითი ხასიათისაა კუმშვა.

ასეთი სპაზმური კრუნჩხვა შესაძლოა მთელ საშვილოსნოში ან მხოლოდ მის ნაწილში. იგი აღინიშნება ყელის გახსნის, ნაყოფის დაბადებისა და მომყოლის გამოძევების პერიოდში.

საშვილოსნო ზედმეტადაა დაჭიმული, შეხებისას განსაკუთრებით მტკივნეული და მაგარია, ამავე დროს ქვედა სეგმენტი დაჭიმული არ არის. მშობიარობის პირველ პერიოდში ზოგჯერ ვლინდება საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირის სპაზმი, ის მკვრივია და დაჭიმული. აღინიშნება ტენეზმები, ხშირი შარდვა, ტკივილი გავის ძვლის არეში. პლაცენტური სისხლის მიმოქცევა ირღვევა, მოსალოდნელია ნაყოფის ჰიპოქსია და სიკვდილი.

საშვილოსნოს კრუნჩხვითი შეტევებისგან უნდა განვასხვავოთ საშვილოსნოს ძლიერი რეტრაქცია, როცა ნაყოფის წინსვლისთვის გადაულახავი დაბრკოლებაა. კუმშვის ასეთ ანომალიას მოსალოდნელია საშვილოსნოს გახევა მოჰყვეს.

ტეტანური შეკუმშვის მიზეზია ტლანქი, ხშირი გასინჯვა, ჭვავის რქის პრეპარატების ხმარება ყელის გახსნისა და გამოძევების პერიოდში, პირობითი გაუთვალისწინებელი ჩარევა, ნაყოფის მობრუნებისა და გამოყვანის ცდა, როდესაც ყელი სრულად არ არის გახსნილი.

ასეთი ანომალია ხშირია ხანშიშესულთა პირველმშობიარობისას. გამოძევებისა და მომყოლის ხანაში ამგვარი კრუნჩხვითი შეკუმშვა მეტწილად ემჩნევა საშვილოსნოს შიგნითა პირის არეში არსებულ რგოლისებრი კუნთების ბოჭკოებს. როცა დარჩენილი მომყოლის გამოსატანად საშვილოსნოს ღრუში ხელი შეაქვთ, უნდა გაითვალისწინონ, რომ შესაძლოა შეცდომით ყელის ქვედა გაგანიერებული ნაწილი საშვილოსნოს ღრუდ მიიჩნიონ.

მკურნალობა. საჭიროა ყოველგვარი გამღიზიანების აცილება, სიმშვიდე, ფსიქოთერაპია, სამეანო ბანგის მიცემა. მშობიარის დასვენების მიზნით კარგ შედეგს იძლევა ელექტროძილი, პრომედოლი, ომნოპონი, ვიადრილი, ნატრიუმის ოქსიბარბიტურატი, იშვიათად ეთერის ბანგი.

XXVIII თავი

ასაკის გავლენა ორსულობის, მშობიარობისა და ლოგინობის ხანის მიმდინარეობაზე

პირველი ორსულობისთვის ყველაზე ხელსაყრელ ასაკად მიჩნეულია 20-24 წელი.

30 წლისა და მეტი ასაკის ქალთა პირველმშობიარობისას ხშირია ორსულობისა და მშობიარობის გართულებები, რაც გამოწვეულია ნეიროჰუმორული რეგულაციის მოშლით, რბილი სამშობიარო გზების ელასტიკურობის დაქვეითებით, ასაკთან დაკავშირებით ფიბრომატოზული გადაგვარებით და ა.შ.

ორსულობა შეიძლება გართულდეს თვითნებური აბორტით, ნაადრევი მშობიარობით, ნაყოფის ქრონიკული ჰიპოქსიით და ორსულთა ტოქსიკოზით. 30 წლის ასაკისა და მეტი ასაკის პირველმშობიარეთა მშობიარობის პროცესში მოსალოდნელია: სამშობიარო მოქმედების I და II სისუსტე, სანაყოფე სითხის ნაადრევი ან ადრეული დაღვრა; საშვილოსნოს ყელის რიგიდობა, სამშობიარო მოქმედების დისკოორდინაცია, რბილი სამშობიარო გზების დაზიანება. ზემოაღნიშნული გართულებები, თავის მხრივ, იწვევს ნაყოფის ჰიპოქსიას და ქალაშიგა ტრავმას, მშობიარობის III პერიოდი და ლოგინობის ადრეული ხანა რთულდება ჰიპო-ატონიური სისხლის დენით.

ორსულობის მართვა. ორსულ ქალთა კონსულტაციაში უნდა იმყოფებოდეს განსაკუთრებული მეთვალყურეობის ქვეშ. მოსალოდნელი თვითნებური აბორტის ან ნაადრევი მშობიარობის სიმპტომების გამოვლენისთანავე საჭიროა ორსულის მოთავსება ორსულთა პათოლოგიის განყოფილებაში, სადაც უტარებენ სათანადო გამოკვლევებსა და მკურნალობას. რადგან ორსულობის პერიოდში ნაყოფის ქრონიკული ჰიპოქსია ვითარდება, საჭიროა ვადაგადაცილების პროფილაქტიკა.

მშობიარობის მართვა. მშობიარობა წარიმართება ლოდინით. მიზანშეწონილია პერიოდულად ნიკოლაევის ტრიადის ჩატარება სიგეტინთან ერთად. საშვილოსნოს ყელის რიგიდობისა და სამშობიარო მოქმედების დისკოორდინაციის პროფილაქტიკის მიზნით გამოყენებულია სპაზმოლიზური საშუალებები (ნო-შპა, ატროპინი, განგლერონი, აპროფენი და სხვ.). საჭიროა მშობიარობის მაქსიმალური გაუტკივარება. რბილი სამშობიარო გზების ტრავმატიზმის პროფილაქტიკის მიზნით 30 წლისა და მეტი ასაკის პირველმშობიარეებს უტარებენ პერინეოტომიასა და ეპიზიოტომიას, სანაყოფე სითხის დაღვრისთანავე მედიკამენტურ სტიმულაციას. მშობიარობის III პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში სისხლის დენის პროფილაქტიკის მიზნით ვენაში შეყავთ 20,0 40%-იანი გლუკოზის ხსნარი 1 მლ მეთილერგომეტრინთან ერთად ან კუნთებში 1,0 ოქსიტოცინი ნაყოფის თავის გამოჭრის ფაზაში. მესამე პერიოდის დასაწყისში ვენაში წვეთოვნად შეყავთ 5%-იანი გლუკოზის 500,0 მლ (8 ერთეულ ინსულინთან და 1 მლ ოქსიტოცინთან ერთად).

გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ მშობიარობა ქალისთვის ასაკის გამო შეიძლება უკანასკნელიც იყოს (მეტად არ დაორსულდეს), ამიტომ, თუ ასაკთან ერთად (30 წელი და მეტი) ქალს აღენიშნება ორსულობის ან მშობიარობის პათოლოგია (ვიწრო მენჯი, დიდი ნაყოფი, ვადაგადაცილებული ორსულობა, ნაყოფის მენჯით წინამდებარეობა), უნდა აღძრან გეგმიური საკეისრო კვეთის ოპერაციის საკითხი.

სანაყოფე სითხის ადრეული ან ნაადრევი დაღვრისას სწრაფად იქმნება ესტროგენ-გლუკოზა-ვიტამინ-კალციუმის ფონი, რომლის 5-6 საათის შემდეგ იწყება

მშობიარობის აღძვრა; მედიკამენტურ საშუალებათა არაეფექტურობის შემთხვევაში აკეთებენ საკეისრო გაკვეთას. სამშობიარო მოქმედების დისკოორდინაციისა და ყელის რიგიდობის კონსერვატიული მეთოდით მკურნალობის არაეფექტურობა საკეისრო გაკვეთის ჩვენებაა.

ლოგინობის ხანაში მოსალოდნელია შენელებული უკუგანვითარება (სუბინვოლუცია), შედარებით ხშირია ლოგინობის ხანის ინფექციური დაავადებები და ჰიპოგალაქტია.

მშობიარობა დიდი ნაყოფით

დროული ნაყოფის წონა 2500 გ-ზე ნაკლები არ უნდა იყოს, ჩვეულებრივ, მისი წონა 2500-დან 4000-გრამამდეა. 4000,0-5000,0 წონის ნაყოფი მიჩნეულია დიდ ნაყოფად, ხოლო 5000 გ-ზე მეტი-გიგანტ ნაყოფად (დიდი ან გიგანტი ნაყოფის სხვა მაჩვენებლებით-სიგრძე და თავის გარშემოწერილობა, ნორმასთან შედარებით, დიდია).

დიდი ან გიგანტი ნაყოფით მშობიარობა ხშირია ნეიროენდოკრინული დაავადებების დროს. ვარაუდობენ, რომ გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება მემკვიდრეობით ფაქტორებს.

დიაგნოზი. დიდი ნაყოფის გამოცნობა ძნელი არ არის. ამაზე მიუთითებს 100 სმ-ზე მეტი მუცლის გარშემოწერილობა (ჭიპის დონეზე). გარეგანი მეთოდით გაზომილი ნაყოფის თავის პირდაპირი ზომა 12 სმ-ზე მეტია (ნაყოფის სავარაუდო წონის დასადგენად ფუძის გარშემოწერილობას ამრავლებენ საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლეზე). თავისა და ღუნდულების უკიდურეს წერტილებს შორის მანძილი 28 სმ-ზე მეტია, ნაყოფის თავი უმეტესად, მენჯის ნორმალური ზომისა და სანაყოფე სითხის დაღვრის მიუხედავად, მენჯის შესავლის ზემოთაა.

დიდი (ან გიგანტი) ნაყოფისა და ვადაგადაცილებული ნაყოფის დიფერენციული დიაგნოსტიკისთვის საჭიროა ანამნეზური მონაცემების გათვალისწინება და საშოსმხრივი გასინჯვა. ვადაგადაცილებაზე მიუთითებს ორსულობის 42 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობა, ნაყოფის ქალას ძვლების წელმიწყენითი სიმაგრე, ყიფლიბანდებისა და ნაკერების სივიწროვე და სხვა ნიშნები (საშოსმხრივი გასინჯვის დროს).

დიაგნოზს საბოლოოდ ადგენენ ნაყოფის დაბადების შემდეგ მისი წონისა და ზომების დაზუსტებით. ადგენენ აგრეთვე, ნაყოფი დიდია თუ ვადაგადაცილებული.

თუ დიდი ან გიგანტი ნაყოფია, მშობიარობის პროცესში მოსალოდნელია შემდეგი გართულებები: სამშობიარო მოქმედების I და II სისუსტე (საშვილოსნოს კედლების გადაჭიმვის გამო), სანაყოფე სითხის ადრეული ან ნაადრევი დაღვრა (მენჯის შესავალსა და წინმდებარე თავს შორის მჭიდრო შეხების რგოლის არარსებობის გამო, რაც გამოწვეულია ნაყოფის თავის სივრცითი შეუფარდებლობით მენჯის შესავალთან), მშობიარობის პროცესში ფუნქციურად ვიწრო მენჯის ჩამოყალიბება (კარგი სამშობიარო მოქმედების, სანაყოფე სითხის დაღვრისა და ყელის სრული გახსნის მიუხედავად, თავი წინ არ მიიწევს 2-3 საათის განმავლობაში), საშვილოსნოს ნახევა, ნაყოფის ჰიპოქსია, ქალასშიგა ტრავმა, რბილი სამშობიარო გზების ტრავმატიზმი, მშობიარობის III პერიოდში და ლოგინობის ადრეულ ხანაში ჰიპო-ატონიური სისხლის დენა.

მშობიარობის მართვა. სამშობიარო მოქმედების I და II სისუსტის განვითარების შემთხვევაში საჭიროა ესტროგენ-გლუკოზა-კალციუმ-ვიტამინური ფონის შექმნა და მედიკამენტური სტიმულაცია, ფუნქციური შეუფარდებლობის ჩამოყალიბების შემთხვევაში ცოცხალი ნაყოფით-საკეისრო გაკვეთა, ხოლო მკვდარი

ნაყოფის შემთხვევაში-ემბრიოტომია, შორისის მოსალოდნელი გახეის შემთხვევაში-პერინეოტომია ან ეპიზიოტომია.

ნაყოფის მხრების გამოჭრის ფაზაში სისხლის დენის პროფილაქტიკის მიზნით ვენაში შეყავთ 40%-იანი 20,0 გლუკოზა 1 მლ მეთილერგომეტრინთან ერთად ან 1 მლ ოქსიტოცინი კუნთებში.

მშობიარობის III პერიოდის დასაწყისში ვენაში წვეთოვნად შეყავთ 5%-იანი გლუკოზა.

XXIX თავი

ძვლოვანი მენჯის ანომალია

ძვლოვანი მენჯის ანომალიაში იგულისხმება მენჯის ისეთი ფორმა, რომლებიც არსებითად განსხვავდებიან ნორმალურისგან და დროული ნაყოფის ნორმალური ზომების შემთხვევაშიც კი მშობიარობის ფიზიოლოგიური მიმდინარეობის დარღვევის მიზეზი ხდებიან.

ძვლოვანი მენჯით ანატომიური აგებულების ანომალიები იყოფა ორ ჯგუფად: ვიწრო და ფართო მენჯი.

ვიწრო მენჯი-PELVIS ANGUSTA

ვიწრო მენჯი მეანობის ერთ-ერთი მეტად რთული და მნიშვნელოვანი საკითხია. ორსულობისა და, განსაკუთრებით, მშობიარობის დროს ვიწრო მენჯის გამო, როგორც დედის, ასევე ნაყოფის მხრიდ, ვითარდება მძიმე გართულებები, რომლებიც საჭიროებენ კვალიფიციურ საექიმო დახმარებას. „ვიწრო მენჯით მშობიარობის მართვა ხელოვნებაა,რომელიც სქემას არ ექვემდებარება" (ბუმი).

ანატომიურად ვიწრო მენჯის ჩამოყალიბება დამოკიდებულია შიგა და გარე გარემოს იმ მრავალრიცხოვან ფაქტორთა გავლენაზე, რომელსაც განიცდის ქალის ორგანიზმი დაბადებამდე და შემდეგაც.

მენჯის ფორმების ჩამოყალიბებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ქალის მუცლად ყოფნის პერიოდის მიმდინარეობას, ბავშვობისა და სქესობრივი მომწიფების ხანას მენჯის გაძვალების პროცესის დამთავრებამდე.

მუცლადყოფნის პერიოდში მენჯის ძვლოვანი ანომალიის განვითარებას ხელს უწყობს ნივთიერებათა (კერძოდ, მინერალურ ნივთიერებათა) ცვლის მოშლა დედასა და ნაყოფს შორის და ორსულის არასაკმარისი კვება, ახალშობილობის პერიოდში - არასრულფასოვანი ხელოვნური კვება, სუფთა ჰაერის უკმარისობა, სხვადასხვა ინფექციური დაავადება, რაქიტი, ძვლის ტუბერკულოზი და სხვ.

ბავშვის მენჯის განვითარებაზე განსაკუთრებით უარყოფით გავლენას ახდენს ნაადრევი მძიმე შრომა, ცუდი კვება, ცუდი საყოფაცხოვრებო პირობები.

არჩევენ მენჯის სივიწროვის ორ სახეს: ანატომიურსა და ფუნქციურს (ანუ კლინიკურს).

ანატომიურად ვიწრო მენჯში იგულისხმება ძვლოვანი მენჯის ისეთი ანომალია, რომლის ერთი ან ყველა ზომა შემცირებულია 1-2 სმ-ით. ფუნქციურად (კლინიკურად) ვიწრო მენჯში იგულისხმება ნაყოფის თავსა და ნორმალური მენჯის ზომებს შორის შეუფარდებლობა.

ანატომიურად ვიწრო მენჯი შეიძლება ფუნქციურად ვიწრო არ იყოს იმ შემთხვევაში, როდესაც ნაყოფის თავის ზომა მენჯის ზომების შესაბამისია და გამომძევებელი ძალა საკმაოდ ძლიერია. ანატომიურად ვიწრო მენჯი ფუნქციურად ვიწრო ალ-

მოჩნდება მაშინ, როდესაც ჩამოყალიბდება სივრცითი შეუფარდებლობა ნაყოფის თავსა და მენჯის ზომებს შორის. მეორე მხრივ, ნორმალური ზომის მენჯიც შეიძლება აღმოჩნდეს ფუნქციურად ვიწრო, თუ ნაყოფის თავის ზომები ნორმალურზე მეტია.

სურ.105 ნორმალური მენჯი

ვიწრო მენჯის ერთიანი კლასიფიკაცია საბოლოოდ არ არის ჩამოყალიბებული. ვიწრო მენჯის ფორმებს ძირითადად ყოფენ ორ ჯგუფად: უფრო გავრცელებულ და იშვიათ ფორმებად. უფრო გავრცელებულ ფორმებს მიეკუთვნება სიმეტრიულად დავიწროებული მენჯი. სიმეტრიულად დავიწროებული მენჯია: თანაზომიერად დავიწროებული მენჯი (pelvis aequabilliter justa minor sive nimis parva), რომლის ყველა ზომა დავიწროებულია 1-2 სმ-ით. მისი სახეებია:

ა) ბავშვური მენჯი - pelvis infantilis. ზემოაღწერილის გარდა, ასეთ მენჯს ახასიათებს შემდეგი თავისებურებები: თეძოს ძვლის ფრთები მიმართულია შვეულად უკან და შორს თეძოს ძვლებს შორის, კონცხი მაღლა დგას და უკანაა გამოშვერილი. ამ მიზეზით მენჯის შესავალს აქვს არა გარდიგარდმო ოვალური, არამედ მრგვალი და სიგრძივ ოვალური ფორმაც.

სურ.106 თანაზომიერად დავიწროებული მენჯი

ბ) მამაკაცის ტიპის მენჯი pelvis virilis აქვთ მამაკაცის ტიპის ქალებს (virago). ასეთ მენჯში თეძოს ძვლების ფრთები დგას ციცაბოდ, ბოქვენის რკალი ვიწროა, კონცხი ძლიერ მაღლაა. ზოგჯერ გავა გაგრძელებულია წელის V ან კუდუსუნის I მალის შეზრდის შედეგად, ამიტომ მენჯის ღრუ მაღალია და ხშირად ძაბრისებრი;

გ) ქონდრის ქალის მენჯი - pelvis nana თანაზომიერად დავიწროებული მენჯის უკიდურესობაა. ასეთ ქალებს ხშირად პროპორციულად განვითარებული მენჯი აქვთ;

დ) ჰიპოპლაზიური მენჯი - pelvis hipoplastica ნორმალურისგან განსხვავდება მხოლოდ შედარებითი მინიატურობით.

1) თანაზომიერად დავიწროებულ მენჯს ახასიათებს შემდეგი ზომები:

სურ. 107 ბავშვური მენჯი

სურ.108 მარტივი, ბრტყელი მენჯი

სურ. 109 ქონდრის ქალის მენჯი

სურ.110 მამაკაცის ტიპის მენჯი

distantia spinarum-22 სმ, distantia cristarum-25 სმ,
distantia trochanterica-28 სმ, conjugata vere-8-9 სმ.

2) ასიმეტრიულად დავიწროებულ მენჯად მიჩნეულია ბრტყელი მენჯი - pelvis plana, რომლის თავისებურებაა მენჯის პირდაპირი ზომების შემცირება.

ბრტყელი მენჯის ფორმებია: (ა) უბრალო ბრტყელი მენჯი pelvis plana simplex s.Deventeri, რომელშიც გავის ძვალი მთლიანად შეწეულია მენჯის ღრუში და მიახლოებულია სიმფიზთან, რის გამოც მენჯის ღრუს ყველა პირდაპირი ზომა შემცირებულია. ასეთი მენჯის გარეგანი ზომები უცვლელია. უბრალო ბრტყელი მენჯის ზომებია:

distantia spinarum-25 სმ, distantia cristarum-28 სმ,
distantia trochanterica-31 სმ, conjugata vera-8-9 სმ.

(ბ) ბრტყელრაქიტული მენჯი - pelvis plana rhachitica მკვეთრად განსხვავდება ნორმალური მენჯისგან. მისი სიმაღლე მნიშვნელოვნად შემცირებულია, თეძოს

ძვლის ფრთები - გადაშლილი, ბოქვენის რკალი დაქანებულია და უფრო დაბალი, გავის ძვლის კონცხი მენჯის ღრუში გაცილებით მკვეთრადაა გამოშვერილი, რის გამოც შესავლის პირდაპირი ზომა საგრძნობლად შემცირებულია. ზოგჯერ შეიმჩნევა „ცრუ კონცხი". მენჯის შესავალს აქვს თირკმლის ფორმა. გავის ძვალი დამოკლებულია, გათხელებული, გაბრტყელებული და გაფართოებული. გავის ქვედა ნაწილი უკან არის გადაწეული, რის გამოც მენჯის ღრუს და გამოსავლის პირდაპირი ზომები გადიდებულია. მენჯში გავის ძვლის მკვეთრად შეჭრისა და ამ მიზეზით თეძოს ქედების ძლიერი გადაშლის გამო Distania spinarum- სა და Distantia cristarum- ს შორის განსხვავდება, ნორმალურ მენჯთან შედარებით (3 სმ) ნაკლებია ან ორივე ეს ზომა ერთმანეთის ტოლია. იშვიათ შემთხვევაში Dist. spinarum აღემატება Dist. cristarum- ს. მენჯის გამტარი ხაზი სწორი რკალი კი არა, ტეხილი ხაზია. ბრტყელ-რაქიტული მენჯის ზომებია Dist.sapinarum 25 სმ, Dist. cristarum- 26 სმ, Dist. trochanterica-31 სმ, cojugata vera 8 სმ; გ) საერთოდ დავიწროებული ბრტყელი მენჯი pelvis ninis parva et plana. მისი ყველა ზომა შემცირებულია, განსაკუთრებით კი შესავლის პირდაპირი ზომა. ეს მენჯი თანაზომიერად დავიწროებული და ბრტყელრაქიტული მენჯის კომბინაციაა. საერთოდ დავიწროებული მენჯის ზომებია:

distantia spinarum-23 სმ, distantia cristarum-26 სმ,
distantia trochanterica-29 სმ, conjugata vera-7 სმ.

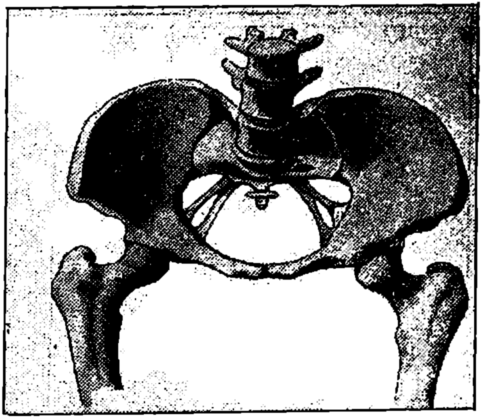
ვიწრო მენჯის იშვიათი ფორმებია:

1. ირიბად დავიწროებული მენჯი:

ა) ირიბად დავიწროებული სკოლიოზური მენჯი-pelvis obliqua Scoliotica. ხერხემალი გამრუდებულია, აღინიშნება სკოლიოზი, მენჯი ირიბია და ასიმეტრიულად დავიწროებული. ასიმეტრია მკვეთრად არის გამოხატული მაშინ, როდესაც სკოლიოზი ბავშვს ადრეული ბავშვობის ხანაში განუვითარდება. მენჯს აქვს ირიბი ოვალის ფორმა, გაბრტყელებულია, შესავლის ირიბი ზომები არათანაბარია. სკოლიოზის მხარის ირიბი ზომა უფრო დიდია. ასეთი მენჯის შემთხვევაში მშობიარობა შეიძლება ჩატარდეს კონსერვატიულად; ბ) ირიბად დავიწროებული კოქსალგიური მენჯი-pelvis obliqua coxalgica. მენჯის ასეთი ფორმა ვითარდება ხანგრძლივად მიმდინარე კოქსიტის, კოქსარგიის დროს. დაზიანებული მხარის ქვედა კიდური ხანგრძლივი დროის განმავლობაში უმოქმედოა, რის გამოც მთელი სიმძიმე გადადის საღ მხარეზე. ასეთი მენჯი ვითარდება აგრეთვე ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც ამა თუ იმ მიზეზის გამო ქვედა კიდურის ფუნქცია მოშლილია და სხეულის მთელი სიმძიმე რომელიმე ერთ მხარეს არის გადახრილი. ასეთ მენჯს ახასიათებს დაზიანებული მხარის ატროფია. მენჯის შესავლის ფორმა ირიბია, მენჯის რგოლი გადანაცვლებულია დაზიანებულ მხარეს; გ) ნეგელის ტიპის ირიბად დავიწროებული მენჯი-pelvis obliqua Naegcle. ასეთი მენჯი პირველად აღწერა ნეგელემ. მას ახასიათებს ერთი გავის ძვლის ფრთის განუვითარებლობა ან განვითარებაში ჩამორჩენა, ამავე მხარის გავა-თეძოს შესახსრების სინოსტოზი, რის გამოც ასეთ მენჯს უწოდებენ აგრეთვე ანკილოზურ-ირიბად დავიწროებულ მენჯს.

3) განივად დავიწროებულ მენჯს ახასიათებს მცირე მენჯის განივი ზომების შემცირება ნორმალური ან გადიდებული პირდაპირი ზომების ფონზე.

ამ მენჯის თავისებურებაა თეძოს ძვლის ფრთების შვეული დგომა, ვიწრო ბოქვენის რკალი, საჯდომი ძვლების დაახლოება, გამოსავლის გარდიგარდმო ზომის შემცირება. მისი ზომებია:



სურ.111 ბრტყელ-რაქიტული მენჯი

distantia spinarum-23 სმ, distantia cristarum-25 სმ,
distantia trochanterica-28 სმ, conjugata vera-11-13 სმ.

იშვიათია ე.წ. რობერტის მენჯი ანკილოზური, განივად დავიწროებული, რომელსაც ახასიათებს გავის ძვლის ფრთების განვითარებაში ჩამორჩენა ან სრული განუვითარებლობა, რის შედეგადაც მენჯის გარდიგარდმო ზომები მკვეთრად შემცირებულია. ასევე ხდება გავა-თეძოს შესახსრების ნაადრევი გაძვალება, რის გამოც ვითარდება ანკილოზი. ამ დროს მშობიარობა ბუნებრივი გზით შეუძლებელია.

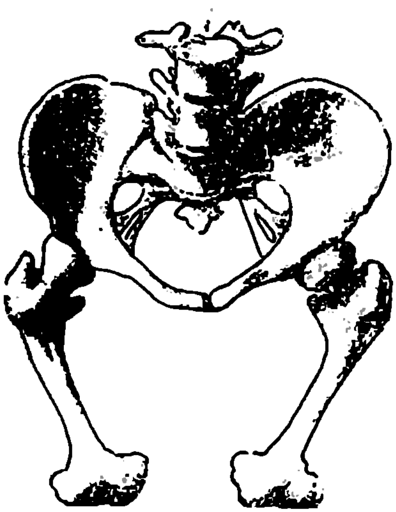
4) ოსტეომალაციური მენჯი უიშვიათესი პათოლოგიაა. ძვლების გარბილების გამო ვითარდება მენჯის მკვეთრი დეფორმაცია, გავის ძვალი მკვეთრად არის შეწეული მენჯის ღრუში, ბოქვენის ძვლები ერთმანეთს უახლოვდება, სიმფიზი წინ ზედმეტად წამოწეულია (კაუჭისებრად), ტაბუსის ფოსოები შეწეულია მენჯის ღრუსკენ. მკვეთრად გამოხატული ოსტეომალაციის შემთხვევაში მშობიარობა ბუნებრივი გზით შეუძლებელია.

5) ძაბრისებრია ისეთი მენჯი, რომელშიც შესავლის ზომები ნორმალურია, ხოლო გამოსავლისკენ მენჯის სივრცე ვიწროვდება, რადგან ასეთ მენჯში უმეტესად ვიწროვდება გამოსავლის გარდიგარდმო ზომა, მას ეწოდება გარდიგარდმოდ დავიწროებული ძაბრისებრი მენჯი.

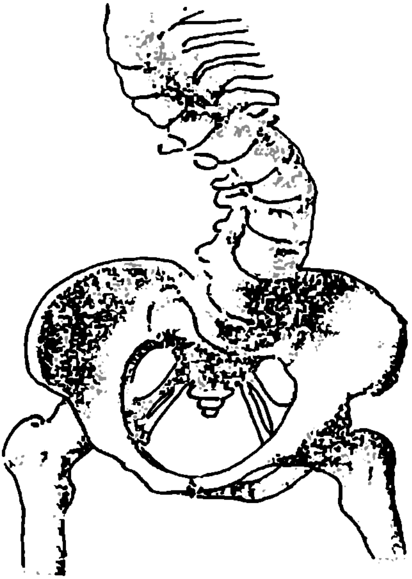
ძაბრისებრი მენჯის ერთ-ერთი სახესხვაობაა ასიმილაციური მენჯი.

„ასიმილაციის" დროს განვითარების ადრეულ პერიოდში წელის V მალა შეეზრდება გავას (ზედა ასიმილაცია) ან გავის ძვალი შეეზრდება კუდუსუნს (ქვედა ასიმილაცია). ორივე შემთხვევაში გავის ძვალი ექვსი მალისგან შედგება. გავის ძვალი გრძელია, კონცხი ძალიან მაღლა დგას. ნამდვილი კონიუგატა ნორმაზე დიდია, მენჯის ღრუ არანორმალურად მაღალია, გამოსავლისკენ ძაბრისებურად შევიწროებულია.

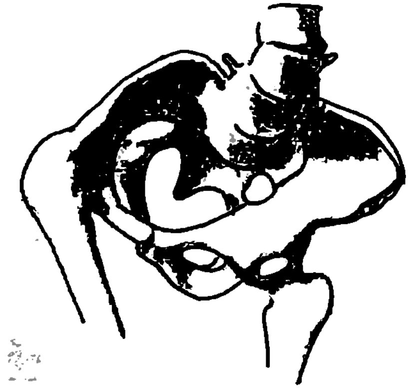
6) მენჯი ეგზოსტოზებით და ძვლის სიმსივნეებით უიშვიათესი შემთხვევაა. ამ პათოლოგიის დროს დროული ნაყოფის დაბადება per vias naturalis შეუძლებელია.



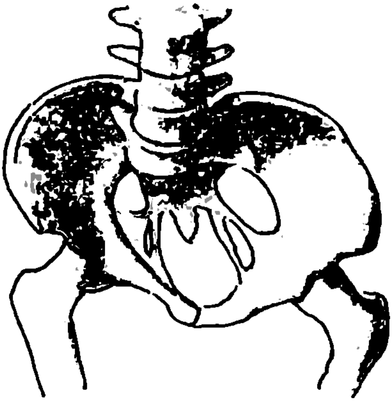
სურ.112 საერთოდ დაეიწროებული ბრტყელი მენჯი



სურ.113 ირიბად დაეიწროებული სკოლიოზური მენჯი



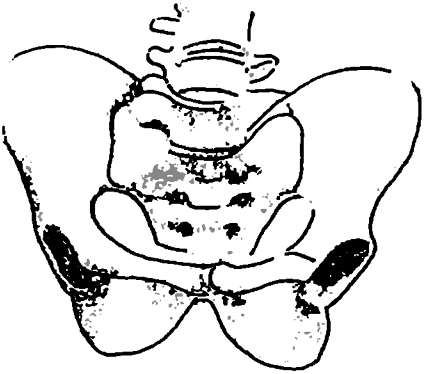
სურ.114 ირიბად დაეიწროებული კოქსალგიური მენჯი



სურ.115 ირიბად დაეიწროებული ნეგელეს ტიპის მენჯი

სურ.116 რობერტის ტიპის ანკილოზური-გარდიგარდმოდ დაეიწროებული მენჯი

სურ.117 გარდიგარდმოდ დაეიწროებული ძაბრისებრი მენჯი



სურ.118 ოსტეომალაციური მენჯი

სურ.119 ასიმილაციური მენჯი (ზედა ასიმილაცია)

დაეიწროების მიხედვით მენჯი იყოფა ოთხ ხარისხად. დაეიწროების ხარისხს ადგენენ ნამდვილი კონიუგატის ზომის მიხედვია, რომლის გამოანგარიშებისთვის საჭიროა გარეგანი ან დიაგონალური კონიუგატის გაზომვა.

მენჯის დაეიწროების პირველი ხარისხის შემთხვევაში (ლიტცმანის მიხედვით) ნამდვილი კონიუგატა 11-9 სმ-ს უდრის, დაეიწროების მეორე ხარისხის შემთხვევაში-9-7 სმ-ს. ასეთი მენჯიანი ქალისთვის დასაშვებია ბუნებრივი, ფიზიოლოგიური მშობიარობა. რამდენადაც ნაკლებია ნამდვილი კონიუგატის ზომა, იმდენად მძიმეა მშობიარობის დროს გართულებანი. მენჯის მესამე ხარისხის დაეიწროებისას ნამდვილი კონიუგატა 7-5 სმ-ს უდრის. ასეთი ქალი ბუნებრივი გზით დროული ნაყოფით მშობიარობს მხოლოდ ნაყოფის თავის გახვრეტისა და მხრების ზომის შემცირების შემდეგ. მეოთხე ხარისხის დაეიწროებისას ნამდვილი კონიუგატა 5 სმ-ზე ნაკლებია, ასეთი მენჯი აბსოლუტურად ვიწრო მენჯადაა მიჩნეული. ამ შემთხ-

ევაში საკეისრო გაკვეთით. საკეისრო გაკვეთა აბსოლუტურად ვიწრო მენჯის აბსოლუტური ჩვენებაა. ერთადერთი შესაძლებლობაა 3 თვემდე ორსულობის მოშლა ხელოვნურად, საშოს გზით. ქალს, რომელსაც ასეთი მენჯი აქვს სამედიცინო ჩვენებით მუცლის ხელოვნური მოშლის ნებართვას აძლევენ.

ვიწრო მენჯის დიაგნოსტიკა

ვიწრო მენჯის დიაგნოსტიკა, ჩვეულებრივ, ძნელი არ არის. პირველ რიგში საჭიროა მენჯის გაზომვა. ზოგჯერ მენჯის გადახრას ადგენენ ქალის გარეგნობით: საერთო ფიზიკური განუვითარებლობა, სიდაბლე (150 სმ), მკვეთრი ღორღობი, ბავშვობაში გადატანილი რაქიტის ნიშნები (კვადრატული თავი, ქათმის გულმკერდი, რაქიტული მძივები, სამაჯური, ხმლისებრი ფეხები), სკოლიოზი, კიფოზი, რომელიმე ქვედა კიდურის დამოკლება, ანკილოზი, მენჯ-ბარძაყის სახსრის ამოვარდნილობა მიუთითებს მენჯის ამა თუ იმ სახის დეფორმაციაზე.

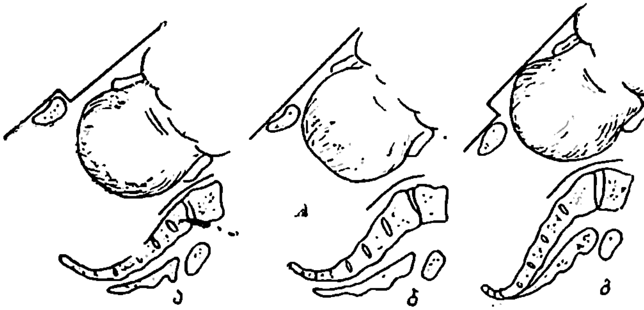
სურ.120 მიქაელისის რომბის ფორმა ნორმალური მენჯის შემთხვევაში

მნიშვნელოვან მონაცემებს იძლევა მიქაელისის რომბის დათვალიერება. ნორმალურმენჯიანი ქალების რომბს აქვს კვადრატის ფორმა, რომელიც რამდენიმე კუთხეზეა დაყენებული. თანაბრად დავიწროებული მენის ჰორიზონტალური დიაგონალი 8-7,5 სმ-ს უდრის, ვერტიკალური კი-11 სმ-ს. რომბის ზედა და ქვედა წვეტები მახვილია, გვერდითი კი-ბლაგვი.

ბრტყელი მენჯის შემთხვევაში, პირიქით, ვერტიკალური დიაგონალი შემცირებულია 3-4 სმ-ით, ჰორიზონტალური კი ნორმალურია. მკვეთრად გამოხატული დეფორმაციის დროს რომბს აქვს სამკუთხედის ფორმა, რომელიც წვერით მიმართულია ქვემოთ.

რომბის ასიმეტრიული ფორმა მიუთითებს ირიბად დავიწროებულ მენჯზე.

როდესაც ვიწრო მენჯს ვარაუდობენ, გარეგანი ზომების გარდა, ზომავენ შემდეგ მაჩვენებლებს: 1. მენჯის გარშემოწერილობას. ამ მაჩვენებელს ზომავენ მიქაელისის რომბის ზედა კუთხის, თეძოს ქედებისა და სიმფიზის ზედა კიდის დონეზე. ნორმაში ის უდრის 80 სმ-ს. თუ ზომა 75 სმ-ს მიუახლოვდა, ეს მიუთითებს ვიწრო მენჯის არსებობაზე; 2. გვერდითი კონიუგატები მარჯვენა და მარცხენა). მათ ზომავენ მენჯსაზომით თეძოს ზედა წინა და უკანა წვეტებს შორის; ნორმაში მათი ზომაა 14,5 სმ. ამ ზომის შემცირება 13 სმ-მდე ნიშნავს, რომ მენჯი ბრტყელია; 3. მენჯის ირიბი კონიუგატები - მანძილი ერთი მხარის თეძოს წინა ზედა წვეტსა და მეორე მხარის თეძოს უკანა ზედა წვეტს შორის, მას ზომავენ საზომით. თითოეული ეს ზომა 22,5 სმ-ის ტოლია. ამ ზომების ასიმეტრიული შემცირება მოწმობს მენჯის თანაბრად დავიწროებას. ამ ზომების ასიმეტრია მიუთითებს მენჯის ასიმეტრიაზე; 4. სიმფიზის სიმაღლეს ზომავენ მენჯსაზომით. სიმფიზის ზედა და ქვედა კიდეს შორის მანძილი 4-5 სმ-ია, რაც უფრო მაღალია სიმფიზი, მით უფრო ნაკლებია ნამდვილი კონიუგატა; 5. მენჯის დახრილობის კუთხეს ზომავე სპეციალური მენჯსაზომით. რაც მეტია ეს მაჩვენებელი (საშუალოდ 60), მით მეტია ნამდვილი კონიუგატა; 6. სოლოვიოვის ინდექსის მიხედვით ადგენენ მენჯის ძვლების სისქეს. ამისათვის



სურ.121 ვასთენის ნიშანი ა-უარყოფით, ბ-თანაბარი, გ-დადებითი

მაჯის გარშემოწერილობას ზომავენ სანტიმეტრით, ნორმალურად ის 14,5-15 სმ-ის ტოლია. თუ ეს ზომა 14 სმ-ზე ნაკლებია, მაშასადამე, ქალის მენჯის ძვლები თხელია და გარეგან კონიუგატას გამოკლებენ 8 სმ-ს აღემატება, ე.ი. ქალის მენჯის ძვლები სქელია და გარეგან კონიუგატას გამოაკლებენ 10 სმ-ს; 7. ნაყოფის თავის სიდიდის გარეგანი გაზომვა შესაძლებელია მენჯსაზომით თავის დაშორებულ წერტილებს შორის (ჰორიზონტალურად).

დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა ენიჭება ვასთენისა და ცანგემეისტერის ნიშნებს, რომელთა საშუალებით შეიძლება დაადგინონ შესაბამისობა მენჯის ზომებსა და თავის ზომებს შორის.

(1) ვასთენის ნიშანი დადებითია, თუ ნაყოფის თავსა და მენჯის შესავლის ზომათა შორის აშკარა შეუსაბამობის შემთხვევაში სიმფიზს ზემოთ მოთავსებული ხელი გრძნობს თავის ამაღლებას. წინ წამოწეული და სიმფიზზე გადმოცილებული თავი ქმნის ღია კუთხეს (ან სიმფიზზე მოთავსებული ხელი უფრო დაბლა დგას, ვიდრე თავზე მოთავსებული ხელი, თუ ორივე ხელით სინჯავენ).

(2) ვასთენის ნიშანი თანაბარია, თუ თავისა და მენჯის შესავლის ზომათა მცირე შეუსაბამობას ადგენენ იმით, რომ სიმფიზის ზედა კიდესთან მოთავსებული ხელი ნაყოფის თავს ხვდება სიმფიზის დონეზე (სიმფიზსა და ნაყოფის თავზე მოთავსებული ხელისგულები ერთ დონეზეა).

(3) ვასთენის ნიშანი უარყოფითია, თუ სიმფიზის ზემოთ მოთავსებული ხელი ჩაღრმავებას შეიგრძნობს თავსა და მენჯს შორის (სიმფიზზე მოთავსებული ხელისგული უფრო მაღლა დგას, ვიდრე თავზე მოთავსებული ხელისგული).

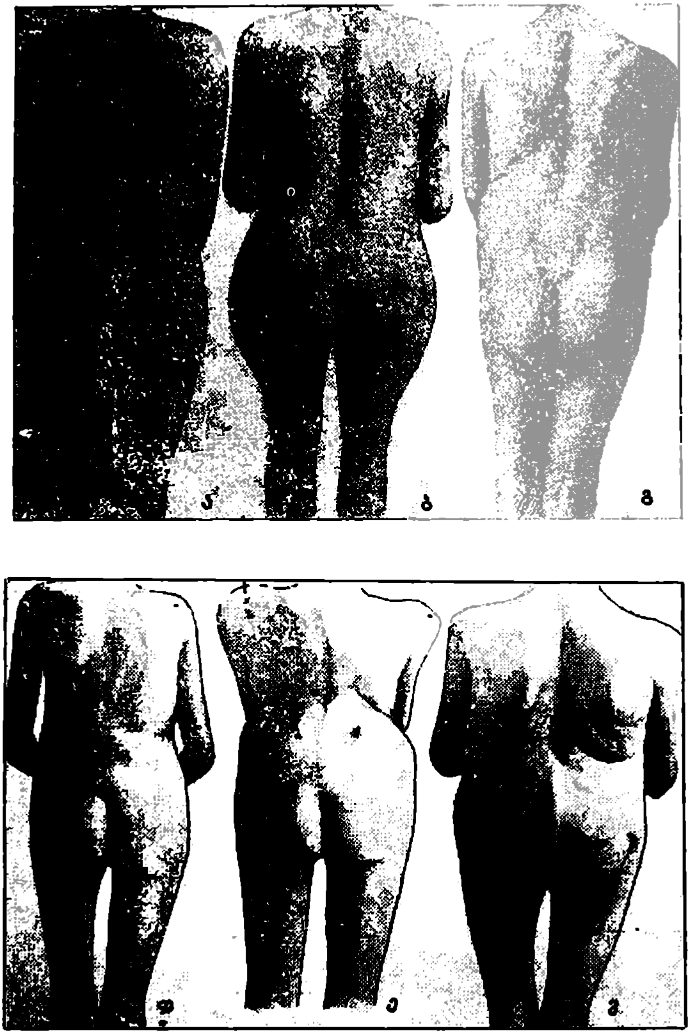
ამ წესის გამოყენება შეიძლება მხოლოდ მაშინ, როდესაც თავი მენჯის შესავალშია ფიქსირებული.

ვასთენის დადებითი ნიშანი მიუთითებს იმაზე, რომ ბუნებრივი გზით მშობიარობა არ დამთავრდება, საჭიროა საკეისრო კვეთა, როდესაც ნაყოფი ცოცხალია, და კრანიოტომია მკვდარი ნაყოფის შემთხვევაში.

ვასთენის თანაბარი ნიშნის შემთხვევაში, თუ კარგი სამშობიარო მოქმედება განვითარდა, შესაძლებელია თავმა გადალახოს მენჯის შესავალი.

ვასთენის უარყოფითი ნიშნის შემთხვევაში მშობიარობა ბუნებრივი გზით წარიმართება.

ცანგენმეისტერის წესი. მენჯსაზომის ერთი ტოტის წვერს ათავსებენ მიქაელისის რომბის ზომით, ფოსოში ისე, როგორც გარეგანი კონიუგატის გაზომვისას,



სურ.122 მიქაელისის რომბის ფორმები მენჯის სხვადასხვა ანომალიის დროს: ა-თანაბრად დავიწროებულ ვიწრო მენჯში; ბ-ბრტყელ-რაქიტულ მენჯში; გ-გარდიგარდმოდ დავიწროებულ მენჯში; დ-კიფოსკოლიოზურ ვიწრო მენჯში; ე-გარდიგარდმოდ დავიწროებულ კიფოზურ მენჯში; ე-სპონდილოლისტეზურ მენჯში.

მეორე ტოტის წვერს კი-ბოქვენის ზემოთ წინ წამოწეული ნაყოფის თავზე, მიღებულ ზომებს ადარებენ გარეგან კონიუგატას. თუ ეს ზომა გარეგან კონიუგატაზე 2-3 სმ-ით მეტია, ცანგენმეისტერის ნიშანი დადებითია და მშობიარობა დროული ნაყოფით შეუძლებელია. ანატომიურად ნორმალური მენჯის შემთხვევაში, თუ ეს ზომები ერთმანეთს შეესაბამება, ცანგენმეისტერის ნიშანი თანაბარია. მშობიარობის ბუნებრივი გზით დამთავრებისათვის საჭიროა კარგი სამშობიარო ძალა. თუ მეორე ზომა გარეგან კონიუგატას ჩამოჩნება, მშობიარობა ფიზიოლოგიურად დამთავრდება.

ვიწრომენჯიან ქალებს შეემჩნევათ შემდეგი თავისებურებანი: 1) ნაყოფის თავის ზომაზე მეტად გამოხატული მოძრაობა (ფამფალი), 2) საშვილოსნოს ფსკერის მაღალი მდებარეობა, 3) ნაყოფის მდებარეობისა და წინმდებარეობის ანომალიები, 4) დაშვებული (venter propedens) ან მახვილწვერიანი (venter acuminata) მუცელი.

ვიწრომენჯიანი ქალის ორსულობა და მშობიარობა

ვიწრომენჯიანი ქალის ორსულობა გართულებულია. ხშირია მუცლის ზედმეტად დაჭიმვა, ჩამოკიდებული ან მახვილწვერიანი მუცელი, ნაყოფის გარდიგარდმო, ირიბი ან მენჯით მდებარეობა და ნაყოფის თავის მაღლა დგომა.

მშობიარობსი დაწყების წინ ხშირია თსემით, შუბლით, პირისახით წინმდებარეობა, ორსულობის პერიოდში კი-სანაყოფე გარსების დაზიანება და სითხის ნაადრევად დაღვრა. ვიწრომენჯიან ქალთა ნაადრევი მშობიარობის პროცენტი მაღალია.

ასეთი პათოლოგიის დროს საეალდებულოა ორსულობის მე-5-6 თვიდან ბანდაჟის ტარება, კვების რეჟიმის დაცვა და მშობიარობის დაწყებამდე სტაციონარში მოთავსება.

მშობიარობის მექანიზმი თანაბრად დავიწროებული მენჯის შემთხვევაში

მენჯის შესავლის ყველა ზომის შევიწროების გამო ნაყოფის თავს დიდი წინააღმდეგობა ხვდება ყოველი მხრიდან, რაც განაპირობებს მის ძლიერ მოხრას. თავი მენჯში თავსდება ისრისებრი ნაკერით ერთ-ერთ ირიბ ზომაში, მეორე ირიბ ზომაში-diameter biparietalis- ით 9,25 სმ, უმცირესი სიბრტყით planum occipitoparietale. თავი ძალზე მოხრილ მდგომარეობაში ჩადგება მენჯის შესავალში, ნიკაპი გულმკერდთან მჭიდროდაა მიბჯენილი. მცირე ყიფლიბანდი თავსდება მენჯის სიბრტყის გეომეტრიული ცენტრის ახლოს ან ცენტრში, ეშვება დაბლა და წამყვანი წერტილი ხლება. როცა მენჯი თანაბრად დავიწროებულია, მშობიარობის პროცესში ფუნქციური შეუთავსებლობისას ჩამოყალიბდება სოლისებრი (ანუ რედერერის ტიპის) ჩადგმა. ეს ორი მომენტი-თავის ძლიერი მოხრა და ისრისებრი ნაკერის შესავლის ერთ-ერთ ირიბ ზომაში ჩადგმა თანაზომიერად დავიწროებული მენჯის შემთხვევაში მშობიარობის მექანიზმის

სურ.123 მშობიარობის მექანიზმი, როცა მენჯი თანაზომიერად დავიწროებულია (თავის მაქსიმალური მოხრა)

თავისებურებაა.

თავის ფორმა ძალიან იცვლება, ძლიერი კონფიგურაციის გამო „კიტრის", ანუ დოლიქოცეფალური ფორმის სდება.

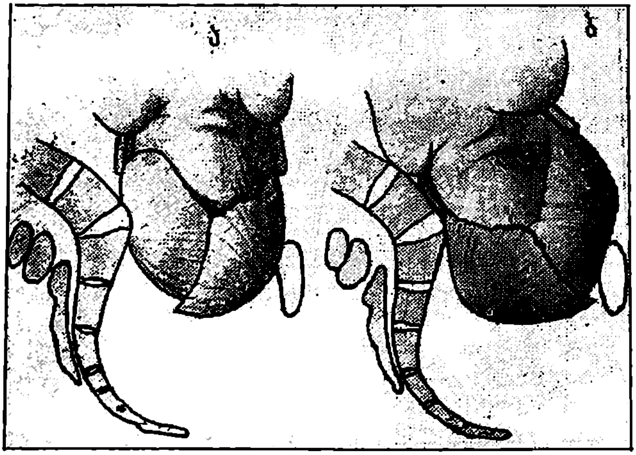
თანაბრად დავიწროებული მენჯის შემთხვევაში მშობიარობის დანარჩენი მექანიზმი ისეთივეა, როგორც ნორმალური მენჯის შემთხვევაში, მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ თითოეული მათგანი მკვეთრად გამოხატული და გახანგრძლივებულია.

მშობიარობის მექანიზმი ბრტყელ-რაქიტული მენჯის შემთხვევაში

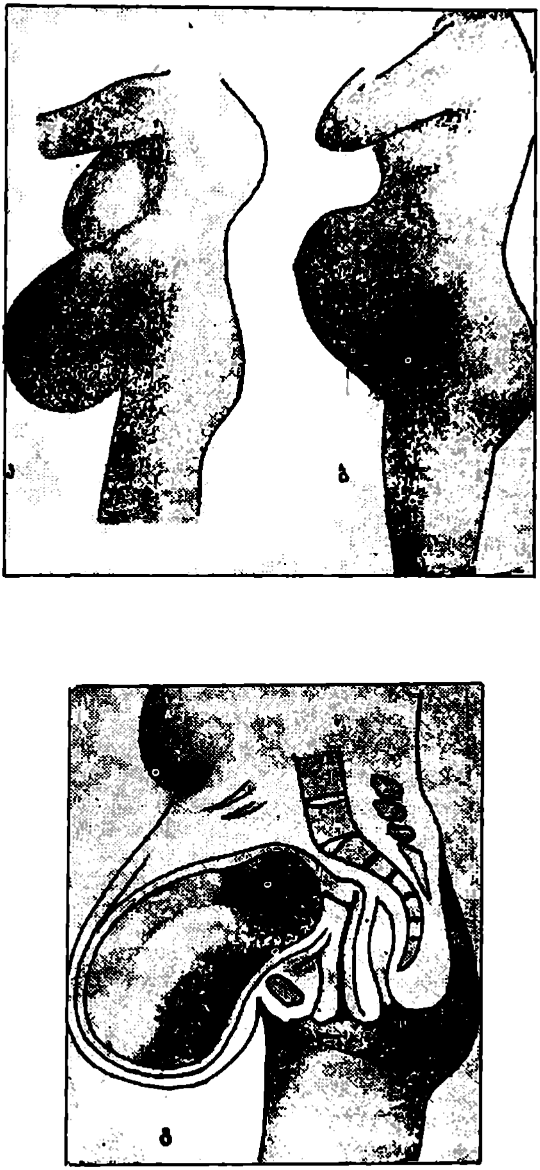
როცა ქალს ბრტყელი-რაქიტული მენჯი აქვს, მშობიარობა თავისებურად მიმდინარეობს. შესავლის პირდაპირი ზომის მკვეთრი შემცირების გამო თავი მენჯში მოხრილი ვერ ჩადის და მენჯის შესავლის გარდიგარდმო ზომაში დგება ისრისებრი ნაკერით (რადგან ეს ზომა ყველაზე მეტია. პირველი თავისებურება).

ყელის გახსნის პერიოდში თავი ისრისებრი ნაკერით გარდიგარდმო ზომაში დიდხანს დგას. თავი გაიშლება, რათა უმცირესი ზომით diameter bitemporalis (8 სმ) მოთავსდეს შესავლის პირდაპირ ზომაში. წინააღმდეგ შემთხვევაში (თუ თავი მოიხრება) მისი დიდი გარდიგარდმო ზომა diameter biparietalis (9.25 სმ) ჩადგება შესავლის პირდაპირ ზომაში, მოცემულ შემთხვევაში ეს ზომა 8 სმ-ია და თავი ვერ გადალახავს მას.

მაშასადამე, ბრტყელ-რაქიტული მენჯის შემთხვევაში მშობიარობის მექანიზმის მეორე თავისებურებაა თავის გაშლა. ამასთან ერთად დიდი ყიფლიბანდი



სურ. 124 მშობიარობის მექანიზმი ბრტყელ-რაქიტული მენჯის შემთხვევაში: ა-წინა თხემით ჩადგმა (ნეგელეს ტიპის ასინკლიტიზმი); ბ-უკანა თხემით ჩადგმა (ლიტცმანის ტიპის ასინკლიტიზმი)



სურ. 125 ა-ჩამოკიდებული მუცელი (ნამშობიარეე ქალებში); ბ-წვეტიანი მუცელი (პირველმშობიარეებში); გ-ჩამოკიდებული მუცელი სიგიტალურ ჭრილში

დაბლა ეშვება და წამყვანი წერტილია. ინტენსიური სამშობიარო მოქმედების დროს მენჯში ჩამოეა წინა თხემის ძვალი, უკანა კი კონცხზე მიბჯენილი რჩება (მისი მენჯის ღრუში მკვეთრი შეწევის გამო). ამ დროს ისრისებრი ნაკერი კონცხლან ახლოა. ამრიგად, ჩამოყალიბდება წინა ასინკლიტიზმი. ისრისებრი ნაკერი მენჯის გარდიგარდმო ზომას კი არ ემთხვევა, არამედ კონცხლთან ახლოა. წინა თხემის ასეთ ჩადგმას ეწოდება ნეგელეს დახრა. წინა თხემის ძვლის დაშვების შემდეგ უკანა თხემის ძვალი მენჯის ღრუში დაშვებას იწყებს. ვლინდება თავის ძლიერი კონფიგურაცია, თხემის ძვალთა ერთმანეთში მკვეთრად შეცურება. დასასრულს თავი მოიხრება, მცირე ყიფლიბანდი დაიშვება და შემდგომი წინსვლა ისე ხდება, როგორც ნორმალურ მენჯში კეფით წინმდებარეობის უკანა სახის შემთხვევაში.

ამრიგად, მშობიარობის მექანიზმის მესამე თავისებურებაა წინა თხემით ჩადგმა (ნეგელეს დახრა, ანუ წინა ასინკლიტური ჩადგმა).

იმ შემთხვევაში, როდესაც თავი ტიპურად არ ჩადგება, მშობიარობის დამთავრება ბუნებრივი გზით ძნელია. ეს ანომალია უკანა თხემის ძვლის ჩადგმით გამოიხატება; ამ დროს ისრისებრი ნაკერი ბოქვენის სახსრის მახლობლადაა (უკანა ასინკლიტიზმი, ანუ ლიტცმანის დახრა). პირველად მენჯში ჩაეა უკანა თხემის ძვალი, წინა კი-ბოქვენის სახსართან რჩება. ამ შემთხვევაში მშობიარობა ბუნებრივი გზით ვერ დამთავრდება მექანიკური დაბრკოლების გამო.

ბრტყე-რაქიტული მენჯის შემთხვევაში თავი იბადება ან თხემით წინმდებარეობით ან კეფით წინმდებარეობის უკანა სახით. ორივე შემთხვევაში გამოძევების პერიოდი სწრაფად მიმდინარეობს.

მშობიარობის მექანიზმის თავისებურება უბრალო ბრტყელი (დევენტერის) მენჯის შემთხვევაში

ბრტყელ-რაქიტული მენჯის შემთხვევაში თავი მენჯის შესავალში ხვდება წინააღმდეგობას, ხოლო როცა მენჯი უბრალო ბრტყელია, წინააღმდეგობაა ღრუს ფართო, ვიწრო ნაწილში და გამოსავალშიც. იშვიათ შემთხვევაში (თუ თავი პატარა ზომისაა ან მენჯის სივიწროვე I ხარისხისაა) მშობიარობა მთავრდება ბუნებრივი გზით. თავი ისეთსავე ბრუნებას აკეთებს, როგორც კეფით წინმდებარეობის ან თხემით წინმდებარეობის უკანა სახის შემთხვევაში.

ასეთ მენჯიანი ქალის მშობიარობის მექანიზმის თავისებურებაა ის, რომ თავი, როგორც კი ჩადგება შესავლის გარდიგარდმო ზომაში, ასევე ეშვება მენჯის ფართო ნაწილში, შემდგომ კი ვიწრო ნაწილისა და გამოსავლის გარდიგარდმო ზომებში. ვითარდება ე.წ. ისრისებრი ნაკერის საშუალო და დაბალი გარდიგარდმო მდებარეობა.

მშობიარობის მექანიზმი საერთოდ დავიწროებული ბრტყელი მენჯის შემთხვევაში

ამ პათოლოგიის დროს მშობიარობის მექანიზმი არასაკმარისადაა შესწავლილი. იგი მიმდინარეობს თანაზომიერად დავიწროებული ან ბრტყელი რაქიტული მენჯის დამახასიათებელი თავისებურებებით, იმის მიხედვით, თუ როგორი მენჯის დამახასიათებელი ნიშნები ჭარბობს (რადგან საერთოდ დავიწროებული ბრტყელი მენჯი ზომიერად დავიწროებული და ბრტყელი-რაქიტული მენჯის კომბინაციაა).

ვიწრომენჯიანი ქალის მშობიარობის მიმდინარეობა და მართვა

როცა ქალს ვიწრო მენჯი აქვს, მშობიარობის პროცესში მოსალოდნელია შემდეგი გართულებები: სანაყოფე სითხის ნააღრევი ან ადრეული დაღვრა (წინმდებარე ნაწილისა და მენჯის შესავალს შორის მჭიდრო შეხების რგოლის არარსებობის გამო), წვრილი ნაწილებისა და ჭიპლარის გამოვარდნა, სამშობიარო მოქმედების ანომალია; საშვილოსნოს ყელის წინა ბაგის მოჭყლეტა, შარდ-სასქესო ფისტულების განვითარება (წინმდებარე ნაწილის ერთ ადგილას დიდხანს დგომის გამო), ფუნქციურად ვიწრო მენჯის ჩამოყალიბება, საშვილოსნოს გახეთქა, სიმფიზის გათიშვა, ნაყოფის ჰიპოქსია, ნაყოფის ქალასშიგა ტრავმა და სიკვდილი, ენდომეტრიტი მშობიარობისას, სისხლის დენა მშობიარობის III პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში.

მშობიარობის პროცესში საჭიროა ამ გართულებათა საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება. ვიწრო მენჯის შემთხვევაში მშობიარობის მართვა პრაქტიკული მეანობის მეტად რთული პრობლემაა.

სტაციონარში მიღებისას მშობიარეებს, რომელთაც გარეგანი კონიუგატა 18 სმ-ზე ნაკლები აქვთ, უნდა ჩაუტარონ ყველა დამატებითი გაზომვა წინმდებარე ნაწილის მენჯის ზომებთან შეუსაბამობის დასადგენად.

მენჯის დავიწროების I-II ხარისხის შემთხვევაში ხშირად მშობიარობა წარიმართება კონსერვატიულად. დავიწროების III-IV ხარისხი საკეისრო გაკვეთის ან ნაყოფის დამშლელი ოპერაციის ჩვენებაა.

მშობიარობის კონსერვატიულად მართვის დროს ყურადღება უნდა მიაქციონ თავის წინსვლას, ქვედა სეგმენტის დაჭიმულობას, მტკივნეულობას, ნაყოფის გულისცემას, სამშობიარო მოქმედების ინტენსივობას. თუ ჩამოყალიბდება ფუნქციური შეუთავსებლობის სურათი (საშვილოსნოს ყელის სრული გახსნისა და კარგი სამშობიარო მოქმედების პირობებში ნაყოფის თავი ორი საათის განმავლობაში ვერ მიიწევს წინ, ვასთენისა და ცანგენმეისტერის ნიშნები დადებითია), საჭიროა მშობიარობის დამთავრება ოპერაციული ჩარევით (ცოცხალი ნაყოფის შემთხვევაში საკეისრო გაკვეთა, მკვდარი ნაყოფის შემთხვევაში, მენჯის IV ხარისხის დავიწროების შემთხვევის გარდა, - კრანიოტომია).

ფართო მენჯი

ფართო მენჯი უფრო ხშირად აქვთ მაღალ ქალებს, იშვიათად-საშუალო სიმაღლის ქალებსაც. ფართო მენჯის ზომებია: distantia spinarum-28-29 სმ, distantia cristarum-30-32 სმ, distantia trochanterica-33-34 სმ, conjugata externa 22-23 სმ.

მშობიარობის დროს ფართო მენჯი ნაყოფს ნაკლებ წინააღმდეგობას უქმნის. იშვიათად, როცა ნაყოფის თავსა და მენჯს შორის შეუსაბამობაა, თავი პატარაა, მენჯი ძალზე დიდი, განიერი ნაყოფის თავი პირდაპირი ზომით ჩადის მენჯის გამოსავალში. ამ შემთხვევაში მოსალოდნელია რბილი სამშობიარო გზების დაზიანება, ნაყოფის ქალასშიგა ტრავმა თავის სწრაფი წინსვლის გამო.

ფართო მენჯის შემთხვევაში მშობიარობა უმეტესად ფიზიოლოგიურად მთავრდება.

გარდიგარდმო დავიწროებული მენჯი

ვიწრო მენჯის გავრცელებული სახეობაა გარდიგარდმო დავიწროებული მენჯი, რომელიც, ავტორთა მონაცემებით, 37, 3-49, 5%-ში ვლინდება.

გარდიგარდმო დავიწროებულ მენჯს ახასიათებს მენჯის გარდიგარდმო ზომის 0,6-1 სმ-ით და მეტით შემცირება შესავლის ნორმალურ ან გადიდებულ პირდაპირ ზომასთან ერთად.

არჩევენ გარდიგარდმო დავიწროებული მენჯის შემდეგ სახეებს: მენჯის ყველა პირდაპირი დიამეტრის გადიდების, მცირე მენჯის ფართო ნაწილის პირდაპირი დიამეტრის შემცირებით, მცირე მენჯის მხოლოდ შესავლის პირდაპირი ზომის გადიდებით. ამ სამი სახიდან ყველაზე ხშირია გარდიგარდმოდ დავიწროებული პირველი ვარიანტი.

რენტგენოგრამაზე ნორმალური აგებულების მენჯის შესავალს მრგვალი ან მოგრძო ოვალური ფორმა აქვს. გვერდიდან გადაღებული რენტგენოგრამაზე აღინიშნება გავის ძვლის გაბრტყელება და მისი სიმაღლის 10 მმ-ით და მეტით დაგრძელება.

კლინიკური მეთოდებით დიაგნოზის დადგენა საკმაოდ ძნელია, გარდიგარდმოდ ზომაში დავიწროებული მენჯის შემთხვევაში მიქაელის რომბის გარდიგარდმო ზომა შემცირებულია. მცირე მენჯის ღრუს გამოსავლის სიბრტყის გარდიგარდმო ზომა შემცირებულია, ბოქვენის კუთხე ვიწროა, თეძოს ძვლის ფრთები ნაკლებადაა გადაშლილი, საჯდომი ძვლის წვეტები ერთმანეთთან უფრო ახლოა, ვიდრე ჩვეულებრივ.

არჩევენ მენჯის გარდიგარდმო ზომაში დავიწროების სამ ხარისხს:

I ხარისხის დავიწროებისას მენჯის შესავლის გარდიგარდმო ზომაა-12,5-11,5 სმ, II ხარისხისას-11,4-10,5 სმ, III ხარისხისას-10,5 სმ-ზე ნაკლები.

უფრო ხშირად მშობიარობა მიმდინარეობს ბუნებრივი გზით. გარდიგარდმო ზომაში დავიწროებული მენჯის შემთხვევაში პირდაპირი ზომები გადიდებულია. არცთუ იშვიათია ისრისებ ნაკერის პირდაპირ ზომაში ჩადგმა (თავის მაღალი პირდაპირი დგომა), რაც ამ ანომალიის დროს ნაყოფის თავის ხელსაყრელ ჩადგმად არის მიჩნეული.

მშობიარობის მექანიზმს უმეტესად ახასიათებს ნაყოფის თავის ირიბი ასინკლიტური ჩადგმა, როდესაც ის ჩადგება წინა თხემის ძვალთან; ისრისებრი ნაკერი კი მოთავსდება ირიბ ზომაში. შემდგომში ისრისებრი ნაკერი გადადის უკან. არამკვეთრი დავიწროების შემთხვევაში ასეთი მექანიზმით მშობიარობა შეიძლება დამთავრდეს ჩახვევის გარეშე.

საკეისრო გაკვეთა რეკომენდებულია კლინიკური შეუთავსებლობის, ფართო ნაწილის პირდაპირი ზომის სიმცირისა და თანადროული სხვა სამეანო გართულების დროს.

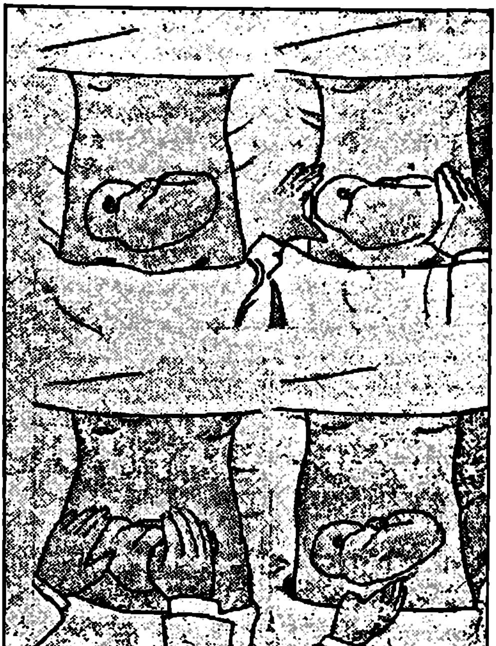
გავის ძვლის გაბრტყელების, მენჯის გარდიგარდმო ფართო და ვიწრო ნაწილის დავიწროების, საჯდომი ძვლის წვეტების დაახლოების შემთხვევში საკეისრო გაკვეთა გეგმურად უნდა განახორციელონ.

ნაყოფის გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობა–SITUS TRANSVERSUS ET OBLIQUS

ნაყოფის გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობა ვლინდება ორსულობის შემთხვევათა 0,5%-ში. ამავე დროს ეს პათოლოგია ნამშობიარევ ქალებს 5-ჯერ უფრო ხშირად უვლინდებათ, ვიდრე პირველმშობიარეებს.

ნაყოფის გარდიგარდმო მდებარეობაა, როცა დედისა და ნაყოფის სიგრძივი ღერძები სწორი კუთხის გადაკვეთს ერთმანეთს, ნაყოფის თავი და მენჯი მოთავსებულია ერთ სწორ ხაზზე, თეძოს წინა წვეტების დონეზე. ირიბი მდებარეობაა, როდესაც ნაყოფის სიგრძივი ღერძი დედის სიგრძივ ღერძთან მახვილ კუთხეს ქმნის, ნაყოფის მსხვილი ნაწილები-თავი და მენჯი ერთ დონეზე არ მდებარეობს.

ნაყოფის გარდიგარდმო და ირიბ მდებარეობას იწვევს მრავალწყლიანობა, მრავალნაყოფიანობა, საშვილოსნოს მუსკულატურის არასრულფასოვნება ან მისი ტონუსის დაქვეითება, საშვილოსნოს განვითარების მანკი: უნაგირისებრი საშვილოსნო (uterus arcuatus), ნაადრევი მშობიარობა, ნაყოფის განვითარების მანკი, ვიწრო მენჯი, პლაცენტის წინამდებარეობა, სიმსივნე საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში და სხვ.



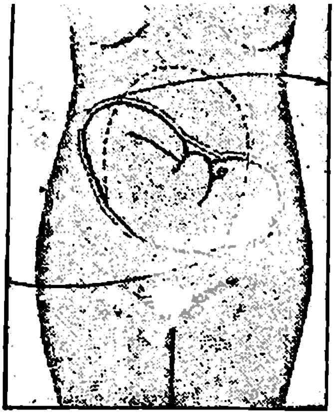
სურ.126 ნაყოფის გარდიგარდმო მდებარეობის დიაგნოსტიკა

იშვიათად გარდიგარდმო მდებარეობა მშობიარობის პროცესში შეიძლება გადავიდეს ჯერ ირიბ და შემდეგ სიგრძივ მდებარეობაში.

ნაადრევი, განსაკუთრებით კი მკვდარი ნაყოფი შეიძლება თავისით დაიბადოს თვითმობრუნების გზით (versio spontanea).

გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობა მშობიარობის უმძიმესი გართულებაა. დროული და ცოცხალი ნაყოფის თავისთავადი დაბადება შეუძლებელია.

ამ პათოლოგიის დიაგნოზის დადგენა რთული არ არის. საშვილოსნო და ამის შესაბამისად მუცელი გარდიგარდმო ან ირიბ ზომაშია გადიდებული. საშვილოსნოს ფუძე ჩვეულებრივზე დაბლაა, მენჯის ზემოთ წინმდებარე ნაწილს ვერ ნახულობენ. თავი და მენჯი ისინჯება საშვილოსნოს მარჯვენა და მარცხენა ნახევარში ჭიპის დონეზე. პირველი პოზიციის დროს ნაყოფის თავი ისინჯება მარცხნივ,



სურ. 127 ნაყოფის ირიბი მდებარეობა

მეორე პოზიციის დროს-მარჯვენივ. თუ ნაყოფის ზურგი ისინჯება წინ, მუცლის წინა კედლისკენ წინა სახეა, ხოლო უკან, ხერხემლისკენ-უკანა სახე. ნაყოფის გულისცემა ისმის ჭიპის დონეზე ან ოდნავ ზემოთ, ანდა ქვემოთ ირიბი მდებარეობისას პოზიციის შესაბამისად.

თუ სანაყოფე სითხე დაღვრილია და საშვილოსნო მჭიდროდ არის ნაყოფზე შემოჭერილი ან მუცლის წინა კედელი ძალიან დაჭიმულია, გარეგანი გასინჯვით ძნელია დიაგნოზის დადგენა, თუ არ გამოიყენებენ ნაყოფის პირდაპირ და არაპირდაპირ ელექტროკარდიოგრაფიას, რენტგენოგრაფიას ან ულტრაბგერით სკანირებას.

აღნიშნულ სიტუაციაში ძირითადად სარგებლობენ შინაგანი გასინჯვის მონაცემებით. იმ შემთხვევაში, როდესაც ხელია გამოვარდნილი, უპირველეს ყოვლისა საჭიროა დაადგინონ, რომელი ხელია. საჭიროა „ხელის ჩამორთმევა“. თუ მეანის მარჯვენა ხელი სწორად ჩამოერთმევა ნაყოფის გამოვარდნილ ხელს, ე.ი. ის მარჯვენაა, თუ მეანის მარცხენა ხელი ჩამოერთმევა ნაყოფის ხელს, ე.ი. მარცხენა ხელია გამოვარდნილი. ასევე შეიძლება გამოვარდნილი ხელის დაჭერა ხელის მტევნის ზურგით წინისკენ და ზევით. თუ ცერი მიმართულია მარჯვენივ, ხელი მარჯვენა იქნება, ხოლო თუ მარცხნივაა მიმართული-მარცხენა.

პოზიციაზე მსჯელობა შეიძლება შინაგანი გასინჯვითაც. უნდა მოძებნონ იღლიის ფოსო. თუ ეს პოზიცია დახურულია მარცხნივ, თავი იქნება მარცხნივ, ანუ I პოზიციაში და პირიქით. თუ, ამასთანავე, ბეჭის ძვალი მიმართულია უკან-უკანა სახეა და პირიქით. თუ ბეჭის ძვალი მისაწვდომია, შეიძლება ნეკნების მიხედვით მსჯელობა.

შინაგანი გასინჯვით ზოგჯერ ძნელია ზედა და ქვედა კიდურების გარჩევა. ფეხის თითები შედარებით მოკლეა და წვრილი, ცერი არ არის განზიდული, ქუსლის ძვალი ისინჯება, ხელის თითები უფრო მსხვილია და გრძელი, ცერი განზიდულია, თითები სხვადასხვა სიგრძისაა.

ორსულობის მიმდინარეობა გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობის დროს

ამ პათოლოგიის დროს ორსულობის გართულებაა ნადრევი მშობიარობა, ორსულთა ტოქსიკოზი.

თუ ორსულობის VII-VIII თვეზე დაადგინეს ეს პათოლოგია, მისი გამოსწორება შეიძლება. ამ მიზნით ორსულს ურჩევენ წოლას იმ გვერდზე, რომელზეც მსხვილი ნაწილი (თავი ან მენჯი) უფრო დაბლა მდებარეობს.

ნაყოფის მდებარეობის გამოსწორების მიზნით იყენებენ გამასწორებელ ვარჯიშს (ი.გრიშჩენკოს და ე.შულეშოვას მეთოდი), რომლის სისტემატური შესრულება ქალთა კონსულტაციაში აუცილებელია.

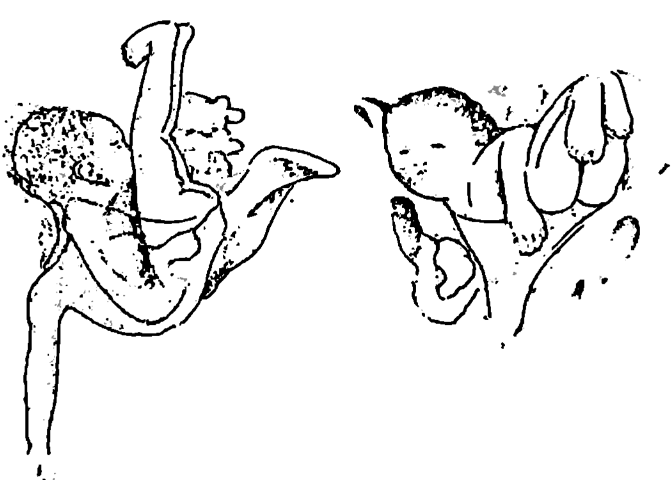
თუ ნაყოფის მდებარეობა 35-36 კვირისთვის არ გამოსწორდა, აუცილებელია ორსულის მოთავსება სამეანო სტაციონარში. სამშობიარო სახლში შეიძლება ნაყოფის გარეგანი მობრუნების ჩატარება (იმ შემთხვევაში, თუ ნაყოფი მოძრავია, მენჯი ნორმალური ზომისაა, ქალს არა აქვს გადატანილი საკეისრო გაკვეთა, არა აქვს

საშვილოსნოს სიმსივნე, ტოქსიკოზი, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებანი, არ არის პლაცენტის წინმდებარეობა და ა.შ.).

ამ მეთოდს ამჟამად იშვიათად მიმართავენ, რადგან ხშირად დამაკმაყოფილებელ შედეგს არ იძლევა.

მშობიარობა გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობის დროს

დაღვრასთან ერთად შეიძლება გამოვარდეს ნაყოფის წვრილი ნაწილები, უმეტესად ხელი ან ჭიპლარი, ასევე მოსალოდნელია ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლა, სამშობიარო მოქმედების ანომალია, ენდომეტრიტის განვითარება მშობიარობისას, ნაყოფის ჰიპოქსია (საშვილოსნოს პლაცენტური სისხლის მიმოქცევის დარღვევის გამო), ჩაჭედილი გარდიგარდმო მდებარეობის ჩამოყალიბება. სანაყოფე სითხის დაღვრიდან 1-2 საათის შემდეგ იწყება საშვილოსნოს კუნთების ინტენსიური შეკუმშვა. ნაყოფის თავი და მენჯი დიდ მეწოლას განიცდის, რის გამოც ხერხემალი მოიღუნება, მხრით მენჯის შესავალში ჩადგება და საშვილოსნოს ენერგიული შეკუმშვის გამო ღრმად ჩაიჭედება. ამ დროს ხშირად ნაყოფის ნაწევართა განლაგება იცვლება, ნაყოფის ხელი სასქესო ნაპრალში გამოვარდება. გარეგანი გასინჯვით ნაყოფი უძრავია, ქვედა სეგმენტი დაჭიმულია. თუ ჩაჭედილ გარდიგარდმო მდებარეობას დროზე არ დაადგენენ, მოსალოდნელია საშვილოსნოს გასკდომა. ამ დროს ქვედა სეგმენტი დაჭიმულია და მტკივნეული, კონტრაქციული რგოლი ირიბად მდებარეობს, სამშობიარო შეტევა ტეტანურია, შეტევებს შორის ინტერვალშიც არ წყდება ტკივილი, ხოლო შემდგომ ხდება საშვილოსნოს გახევა-ვითარდება შოკი და კოლაფსი. სისხლის დენის (შინაგანი და გარეგანი სისხლისდენა) გამო მშობიარობის III პერიოდში და ლოგინობის ადრეულ ხანაში მოსალოდნელია ჰიპო-ატონიური სისხლის დენა.



სურ. 128 ნაყოფის ჩაჭედილი გარდიგარდმო მდებარეობა. ხელის გამოვარდნა; ა-წინა სახე, ბ-უკანა სახე

სურ.129 მშობიარობა ორად მოკეცილი ნაყოფით ა-გამოვარდნილი ხელის შემთხვევაში; ბ-მხრის ჩაჭედვა

მშობიარობის მართვა: 1. თუ სანაყოფე ბუშტი მთელია, საშვილოსნოს ყელი სრულიად არ არის გახსნილი, საჭიროა მშობიარობის მართვა კონსერვატიულად: მშობიარეს აწვენენ იმ გვერდზე, რომელზეც უფრო დაბლაა ნაყოფის მსხვილი ნაწილი. კოლპეირინტერს ჩადგამენ საშვილოსნოს ყელის სრულ გახსნამდე სანაყოფე სითხის შენარჩუნების მიზნით. ამავე დროს კოლპეირინტერი ხელს უწყობს სამშობიარო მოქმედების სტიმულაციას. სრული გახსნის პირობებში ნაყოფის ფეხზე მობრუნებას კლასიკური წესით ასრულებენ; 2. თუ სანაყოფე სითხე დაღვრილია, მაგრამ სამშობიარო მოქმედება ძალიან სუსტია, ყელის გახსნა მცირეა, ნაყოფი მოძრავია, საჭიროა საშვილოსნოში მეტრეირინტერის ჩადგმა დარჩენილი სანაყოფე სითხის შენარჩუნებისა და სამშობიარო მოქმედების გაძლიერების მიზნით. ამასთანავე, უნდა ჩაატარონ ნაყოფის ჰიპოქსიისა და ენდომეტრიტის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური ღონისძიებანი. სრული გახსნის პირობებში კი საჭიროა ნაყოფის ფეხზე მობრუნება კლასიკური წესით; 3. თუ სანაყოფე სითხე 4 საათზე მეტი ხნის წინაა დაღვრილი, ნაყოფის მოძრაობა შეზღუდულია, იგი ცოცხალია, ინფექციის ნიშნები არ არის, საკეისრო გაკვეთაა საჭირო. საკეისრო გაკვეთას მიმართავენ იმ შემთხვევაშიც, თუ ხანშიშესული პირველმშობიარეა ან გარდიგარდმო მდებარეობას თან ერთვის სხვა სამეანო პათოლოგია.

ამ პათოლოგიის დროს საკეისრო გაკვეთას უფრო ხშირად მიმართავენ სამეანო მობრუნების დროს ნაყოფის სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლის გამო.

ჩაჭედილი გარდიგარდმო მდებარეობის დროს, თუ ნაყოფი ცოცხალია, აკეთებენ საკეისრო გაკვეთას, თუ ნაყოფი მკვდარია-ემბრიოტომიას (შემდგომ საშვილოსნოს ღრუს რევიზიით). დროული ნაყოფის გარდიგარდმო ან ირიბი მდებარეობისას არ შეიძლება ნაყოფის მობრუნება, თუ საშვილოსნოს ყელი არასრულად არის გახსნილი. სამეანო მობრუნების დროს გამოვარდნილი ხელის უკან შებრუნება და ემბრიოტომიის დროს გამოვარდნილი ხელის მოკვეთა არ არის მიზანშეწონილი (იშვიათ შემთხვევაში, თუ გამოვარდნილი ხელი ძალიან შეშუპებულია და ოპერაციას ხელს უშლის, საჭიროა მხრის სახსარში მისი ამოსახსვრა).

XXXI თავი

ნაყოფის ნაწევართა განლაგების ანომალია. წვრილი ნაწილების გამოვარდნა

თავით მდებარეობის დროს წვრილი ნაწილების-ხელის ან ფეხის გამოვარდნა მშობიარობის პათოლოგია არ არის.

ვიდრე სანაყოფე ბუშტი მთელია, წინმდებარე ნაწილის წინ მოთავსებული წვრილი ნაწილები რაიმე საშიშროებას არ ქმნის. საშიშროება იქმნება სანაყოფე სითხის დაღვრის შემდეგ, წინმდებარე წვრილი ნაწილი თავს გამოსცილდება და თავთან ერთად ჩადის მცირე მენჯში.

სურ. 130 ნაყოფის ფეხის გამოვარდნა თავის წინმდებარეობის დროს

სურ.131 ხელის გამოვარდნა ნაყოფის თავით წინმდებარეობის დროს

ფეხით წინმდებარეობა და გამოვარდნა თავის წინმდებარეობის დროს-praesentatio et prolapsus pedis იშვიათი შემთხვევაა (0,025%). ეს პათოლოგია იმ შემთხვევაში აღინიშნება, როდესაც ნაყოფი მეტისმეტად მოიხრება და მენჯის ნაწილი თავთან ახლოს მოთავსდება. ამგვარი მოხრაა მაცერირებელი ნაყოფისა და ნაადრევი მშობიარობის პირობებში, საშვილოსნოს ტუსისისა და ქვედა სეგმენტის ფორმის შეცვლის დროს, დროული მშობიარობის შემთხვევაში. თავთან ერთად ფეხის წინმდებარეობა ხშირად ნაყოფის სიკვდილით მთავრდება. ამ დროს მცირე მენჯში თავთან ერთად ფეხის გამოჭრა მექანიკურ დაბრკოლებას ქმნის და მშობიარობას ართულებს.

ფეხით წინმდებარეობა თავთან ერთად სანაყოფე სითხის დაღვრამდე შეიძლება გამოასწორონ მშობიარის იმ გვერდზე დაწოლით, სადაც ნაყოფის ზურგი მდებარეობს. ამგვარად ხდება ნაყოფის ზურგის გაშლა და მის შესაბამისად წინმდებარე ფეხი გადაინაცვლებს საშვილოსნოს ფუძისკენ. თუ სანაყოფე სითხე დაღვრილი არ არის ან 2 საათზე მეტი არ არის გასული, საშვილოსნოს ყელი სრულადაა გახსნილი და ნაყოფის თავი მოძრავია, საჭიროა ნაყოფის ფეხზე მობრუნება. სანაყოფე სითხის დაღვრისას, როდესაც თავი ებჯინება მენჯის შესავალს, ცდილობენ ფეხის შებრუნებას. იმ შემთხვევაში, თუ ნაყოფის თავი ფიქსირებულია და ნაყოფი ცოცხალია, სათანადო პირობებში (სანაყოფე სითხე დაიღვრება სამშობიარო სტაციონარში ან დაღვრიდან 2 საათზე მეტი არ არის გასული, სხეულის ტემპერატურა ნორმალურია) მიმართავენ საკეისრო გაკვეთას. თუ ბუნებრივი გზით მშობიარობა შეუძლებელია, ნაყოფი მკვდარია, მიმართავენ ნაყოფის თავის პერფორაციას.

ხელის წინმდებარეობა და გამოვარდნა-praesentatio et prolapsus manus შეიძლება განვითარდეს ნაყოფის ყოველგვარი მდებარეობისას. გარდიგარდმო მდებარეობის დროს ერთი ან ორივე ხელის გამო-

ვარდნა აღნიშნულია შემთხვევათა 50%-ში. თავთან ერთად ხელის წინმდებარეობა შემთხვევათა მხოლოდ 0,04-1,5%-ს შეადგენს. თავთან ერთად ხელის წინმდებარეობის დროს არჩევენ ხელის გამოვარდნის ორ სახეს: 1) ხელის არასრულ გამოვარდნას (prolapsus manus partialis), როდესაც თავთან ერთად მხოლოდ ხელის მტევანია გამოვარდნილი; 2) ხელის სრულ გამოვარდნას (prolapsus manus totalis), როცა ხელი წინმდებარე ნაწილს წინ უსწრებს და უფრო ქვემოთ მოთავსდება. ხელის გამოვარდნა თავთან აღინიშნება ვიწრო მენჯის შემთხვევაში, როდესაც სანაყოფე სითხე იღვრება და მენჯის შესავალს თავი არ ფარავს. ხელის გამოვარდნის ხელშემწყობი მიზეზია დაშვებული დუნე მუცელი, მრავალნაყოფიანობა და განმეორებითი მშობიარობა, საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტის ტონუსის დაქვეითება.

სურ. 132 ნაყოფის თავთან ერთად ხელის წინმდებარეობა

გამოვარდნილი ხელი აბრკოლებს თავის სწორ ჩადგმას, რითაც მშობიარობა ხანგრძლივდება. ვიდრე თავი მოძრავია, საჭიროა ხელის შესწორება; ხელი უნდა შებრუნდეს. თუ სანაყოფე სითხე დაღვრილი არ არის, ხელის წინმდებარეობასასწორებენ მშობიარის სხეულის მდებარეობის შეცვლით; მშობიარეს აწვენენ გამოვარდნილი ხელის საწინააღმდეგო გვერდზე. ამასთან ერთად საწოლს ქვედა კიდურების მხარეს ოდნავ აამაღლებენ. როგორც წესი, ამ დროს ხელის მტევანი აიწევს საშვილოსნოს ფუძისკენ. თუ სამშობიარო შეტევა კარგად არის გამოხატული, საშვილოსნოს ყელი გადასწორებულია, გახსნილია 4-5 სმ-ზე პირველმშობიარობისას, 6 სმ-ზე განმეორებით მშობიარობისას, არღვევენ სანაყოფე ბუშტის მთლიანობას, რათა წინმდებარე თავმა ჩამოიწიოს. მენჯის შესავალში ჩასული ნაყოფი ჯერ უშლის ხელის გამოვარდნას. თუ სანაყოფე სითხე დაღვრილია, მაგრამ ნაყოფი ჯერ კიდევ მოძრავია, რეკომენდირებულია ხელის შესწორება. ნაყოფის თავის ფიქსაცია მენჯის შესავალში ხორციელდება აგრეთვე თავზე თავ-კანის მაშის დადებით. იმ შემთხვევაში, თუ სანაყოფე სითხე დიდი ხნის დაღვრილი არ არის, გამოვარდნილი ხელის შესწორება ვერ მოხერხდა, ნაყოფი მოძრავია, აკეთებენ მეტრეირიზის ოპერაციას, სრული გახსნის დროს კი ნაყოფს ფეხზე მოაბრუნებენ. მკვდარი ნაყოფის შემთხვევაში მიმართავენ თავის პერფორაციას. როცა ნაყოფი ცოცხალია, გამოვარდნილ ხელთან ერთად მცირე მენჯში უმოძრაოდ ჩამჯდარ თავზე მაშა უნდა დაადონ (cave).

ჭიპლარის წინმდებარეობა და გამოვარდნა– PRAESENTATIO ET PROLAPSUS FUNICULI UMBILICALE

როდესაც სანაყოფე ბუშტი მთელია და ჭიპლარი ისინჯება ნაყოფის წინმდებარე ნაწილის წინ, ასეთ შემთხვევას ჭიპლარის წინმდებარეობა ეწოდება. ბუშტის გასკდომის შემდეგ წინმდებარე ჭიპლარს გამოვარდნილად მიიჩნევენ. ზოგჯერ იგი გარეთ გამოდის, იშვიათად კი საშოში თავსდება.

სურ. 133 ჭიპლარის გამოვარდ-ნა-prolapsus umbilicale

ეს პათოლოგია აღინიშნება შემთხვევათა 0,7%-ში. როცა ჭიპლარი გრძელია, მრავალწყლიანობისა და ვიწრო მენჯის, ნაყოფის ირიბი, გარდიგარდმო და მენჯით წინმდებარეობის შემთხვევაში. ჭიპლარის გამოვარდნა უმეტესად განმეორებითი მშობიარობისას არის მოსალოდნელი, პირველმშობიარობისას-შედარებით იშვიათია. ჭიპლარი გამოვარდება მაშინაც, როცა იგი წინმდებარე არ არის. ნაყოფის თავის წინმდებარეობისას იშვიათია ჭიპლარის გამოვარდნა, რაც შეიძლება გამოვლინდეს ვიწრო მენჯის შემთხვევაში, როდესაც ნაყოფის თავი დიდი ხნის განმავლობაში ვერ ფიქსირდება მენჯის შესავალში, ან ფართო მენჯის შემთხვევაში. ჭიპლარის გამოვარდნის სხვა მომენტებიდან უნდა აღვნიშნოთ პლაცენტის წინმდებარეობა, ჭიპლარის კიდით მიმაგრება პლაცენტასთან და ნაყოფის გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობა, სანაყოფე სითხის ადრეული და ნაადრევი დაღვრა.

ჭიპლარის გამოვარდნა ნაყოფისთვის ძალიან საშიშია, რადგან წინმდებარე ნაწილი მენჯში ჩასვლის დროს აწვება მას. სისხლის მიმოქცევა ჭიპლარში მოიშლება და ნაყოფი იღუპება; გამოვარდნილი ჭიპლარის გზით შეიჭრება ინფექცია, რაც მშობიარობას ართულებს; ჭიპლარის გამოვარდნისას, თუ დროზე არ მიიღებენ ზომებს, ნაყოფთა 50% იღუპება. მკვდარი ნაყოფით მშობიარობა კი ხანგრძლივდება და საჭირო ხდება ჩარევა, რასაც ლოგინობის ხანის გართულება მოჰყვება.

გამოცნობა საჭიროა შინაგანი გასინჯვით, როდესაც გარეგანი გასინჯვისას თავი მაღლა დგას და ნაყოფის გულისცემა ცვალებადობს, შეიძლება ივარაუდონ ჭიპლარის წინმდებარეობა ან გამოვარდნა; ეს უკანასკნელი დასტურდება შინაგანი გასინჯვით. ამავე დროს ნაყოფის მდგომარეობის შესახებ მსჯელობენ ჭიპლარის პულსაციით. თუ ჭიპლარი წინმდებარეა და ბუშტი მთელია, მშობიარე გვერდზე უნდა დააწვინონ; თუ ჭიპლარი გამოვარდა და პულსაცია კიდევ შეიგრძნობა, მშობიარობა მალე უნდა დამთავრდეს სამეანო მაშის დადებით, ვაკუუმექსტრაქციით ან ფეხზე მობრუნებით. პირველმშობიარობისას ჭიპლარის გამოვარდნის დროს ნაყოფი ჩქარა იღუპება, მით უფრო, თუ თავია წინმდებარე. როდესაც ნაყოფი ცოცხალი და დროულია, საშვილოსნოს ყელი სრულად გახსნილი არ არის, ხოლო ჭიპლარი გამოვარდნილია, ასეთ შემთხვევაში ცოცხალი ნაყოფის მიღების მიზნით საკეისრო გაკვეთაა საჭირო.

თუ ჭიპლარი დიდი ხანია გამოვარდნილია და პულსაცია შეწყვეტილია, ნაყოფის გულისცემა არ ისმის, ამ შემთხვევაში აკეთებენ ნაყოფის დამშლელ ოპერაციას (კრანიოტომიას, ემბრიოტომიას ან მომდევნო თავის პერფორაციას).

XXXII თავი

ნაყოფის თავის გაშლითი წინმდებარეობა

თავის გაშლითი წინმდებარეობა და ჩადგმა

თავით წინმდებარეობის შემთხვევათა ერთ პროცენტში გვხვდება თხემით, შუბლითა და პირისახით წინამდებარეობა. სამივე ეკუთვნის გაშლით წინმდებარეობას.

ამ დროს თავი მოხრის ნაცვლად იშლება მენჯის შესავალში ისე, რომ ხერხემალი კისრის არეში გადაიშლება, ნიკაპი გულმკერდს მოშორდება და მენჯის ღრუში პირველად ჩადის არა კეფა, არამედ თავის სხვა რომელიმე ნაწილი.

როდესაც თავის გაშლა მცირეა, მენჯის ღრუში ჩადის თხემი და თხემით წინმდებარეობა ვითარდება. თუ თავი ზედმეტადაა გაშლილი, მაშინ საქმე ეხება შუბლით წინმდებარეობას და, ბოლოს, როდესაც თავი მთლიანად გაიშლება, მენჯში ყველაზე დაბლა ეშვება პირისახე-პირისახით წინმდებარეობა ვითარდება. თავის გაშლის ამ სამ ძირითად ხარისხს შორის არსებობს შუალედური, გარდამავალი მდგომარეობა.

თავის გაშლის ყოველი ხარისხი გარდამავალი, დროებითი მდგომარეობაა. სახელდობრ, თხემით წინმდებარეობა მშობიარობის პროცესში თავის მოხრის შემთხვევაში შეიძლება გადავიდეს კეფით წინმდებარეობაში, გაშლისას კი-შუბლით წინმდებარეობაში. მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში გაშლის ესა თუ ის ხარისხი სტაციონარული ხდება და თავი სამშობიარო არხს გაივლის გაშლილ მდგომარეობაში.

არჩევენ გაშლით წინმდებარეობას და გაშლით ჩადგმას. გაშლითი წინმდებარეობის დროს თავი გაშლილ მდგომარეობაში დგას მენჯის შესავლის ზემოთ ან შესავალში მცირე სეგმენტით. გაშლითი ჩადგმის დროს გაშლილი თავი მენჯის შესავალშია დიდი სეგმენტით ანდა მენჯის ღრუში.

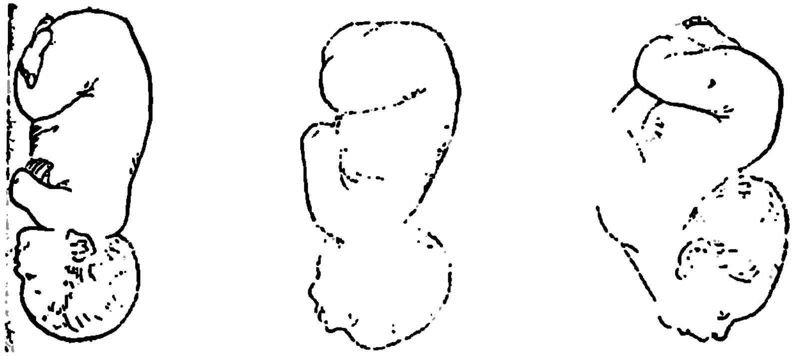
თავის გაშლით წინმდებარეობას ხელს უწყობს შემდეგი ფაქტორები: თავის გარშემოწერილობასა და მენჯის მოცულობას შორის სიერცითი შეუთავსებლობა-დიდი თავი და ნორმალური მენჯი, ნორმალური ოდენობის თავი და ვიწრო მენჯი, პატარა ზომის თავი და ფართო მენჯი, ნაყოფის სხეულისა და თავის ნორმალური დრეკადობის დაკარგვა (ნაყოფის სიკვდილის შემთხვევაში), საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტის უკმარისობა, მენჯის ფუძის კუნთოვან-ფასციური შრის მოდუნება ან ძველი ჩახევები, მრავალწყლიანობა, მრავალნაყოფიანობა, თავთან ერთად ხელის წინმდებარეობა და გამოვარდნა, ჭიპლარის შემოხვევა, საშვილოსნოს ირიბი მდებარეობა მშობიარობის დაწყების წინ, ნაყოფის კისრის არეში თანდაყოლილი სიმსივნე.

– თხემით წინმდებარეობა– PRAESENTATIO OSSIUM PARIETALIUM

თხემით წინმდებარეობა თავის გაშლითი წინმდებარეობის პირველი ხარისხია (deflexio capitis gradus I).

თხემით წინმდებარეობის გამოცნობა გარეგანი გასინჯვით შეიძლება ულტრაბგერითი ცეფალომეტრიით, აგრეთვე თუ პირდაპირი ზომა (გარეგანი გაზომვით) აღმოჩნდება 12 სმ ან მეტი, ეს მიუთითებს გაშლითი წინმდებარეობის შესაძლებლობაზე.

თხემით წინამდებარეობის დროს ზურგი და კეფა მიმართულია გავისკენ. თხემით წინმდებარეობის დიაგნოზს ძირითადად ადგენენ შინაგანი გასინჯვით: დიდი



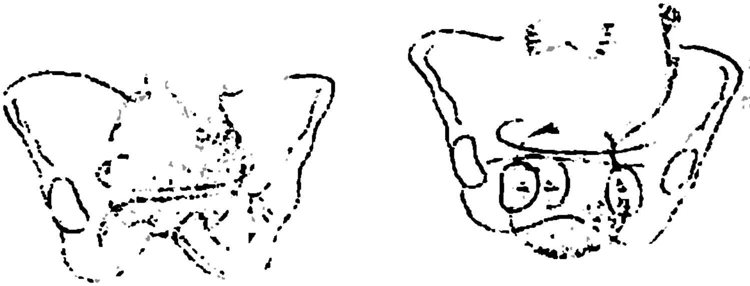
სურ. 134 ნაყოფის გაშლითი წინმდებარეობა ა-თხემით; ბ-შუბლით; გ-პირისახით

ყიფლიბანდი დაბლაა დაწეული და პირველად ისინჯება, მცირე ყიფლიბანდი მოქცეულია უკან და ზევით ან ორივე ყიფლიბანდი ერთ დონეზეა.

მშობიარობის მექანიზმი: მშობიარობის მექანიზმის პირველი მომენტია I ხარისხის გაშლა, რომლის დროს ნიკაპი სცილდება გულმკერდს და თხემის ძვლები ეშვება ძირს, დიდი ყიფლიბანდი თავსდება მცირე ყიფლიბანდზე დაბლა და წამყვანი წერტილია. ისრისებრი ნაკერი შესავლის გარდიგარდმო ზომაშია.

მშობიარობის მექანიზმის მეორე მომენტი იწყება თავის გადასვლისას მენჯის ფართო ნაწილიდან ვიწრო ნაწილში. ამ დროს თავი აკეთებს შინაგან ბრუნვას (rotatio capitis interna), ისრისებრი ნაკერი შესავლის გარდიგარდმო ზომიდან გადადის ჯერ ფართო და შემდეგ ვიწრო ნაწილის ირიბ ზომებში, ბრუნვის დასასრულს დგება გამოსავლის პირდაპირ ზომაში.

მშობიარობის მესამე მომენტია თავის მოხრა (flexio capitis), სასქესო ნაპრალიდან გამოიჭრება თხემი და დიდი ყიფლიბანდი, შემდეგ შუბლი და ცხვირის ძგიდე, რომელიც მიეყრდნობა ბოქვენის რკალის ქვედა კიდეს და საფიქსაციო წერტილია (პიპომოქლიონი). ამ წერტილის ირგვლივ ხდება თავის მოხრა.



სურ. 135 ნაყოფის თხემით წინმდებარეობა (გაშლის პირველი ხარისხი)

სურ. 136 თავის შეჭრა თხემით წინმდებარეობის დროს

სურ. 137 თავის გამოჭრა თხემით წინმდებარეობის დროს

მშობიარობის მექანიზმის მეოთხე მომენტია თავის გაშლა-deflexio capitis. ამ დროს სასქესო ნაპრალიდან გამოიჭრება კეფა, კეფის ბორცვი მიეყრდნობა კუდუსუნის მწვერვალს და წარმოქმნის მეორე საფიქსაციო წერტილს, რომლის ირგვლივ ხდება თავის გაშლა, სიმფიზის ქვემოდან გამოიჭრება ნაყოფის პირისახე.

მშობიარობის მექანიზმის მეხუთე მომენტია მხრების შინაგანი და თავის გარეგანი ბრუნვა-rotatio trunci interna et rotatio capitis externa- შემდეგნაირად: მხრების გარდიგარდმო ზომა შესავლის გარდიგარდმო ზომიდან გადადის ჯერ ფართო ნაწილისა და შემდგომ ვიწრო ნაწილის ირიბ ზომებში, ბრუნვის დასასრულს დგება გამოსავლის პირდაპირ ზომაში. თავი ვულვური რგოლიდან გამოიჭრება შუბლ-კეფის გარშემოწერილობით (circumferentia frontooccipitalis), რომელიც 34 სმ-ის ტოლია, და შეესაბამება თავის პირდაპირ ზომას-12 სმ-ს (diameter frontooccipitalis).

კეფით წინმდებარეობის უკანა სახის შემთხვევაში

1) თავი ჩადის მენჯის შესავალში ოდნავ მოხრილ მდგომარეობაში.

2) ისინჯება მცირე ყიფლიბანდი. დიდი ყიფლიბანდი ძნელად მისაწვდომია. დიდი ყიფლიბანდის წინა კუთხე უკანაზე მაღლა დგას.

3) წამყვანია შუა წერტილი დიდ და მცირე ყიფლიბანდს შორის (პირობითად დიდი ყიფლიბანდი).

4) თავის გამოჭრა ხდება საშუალო ირიბი ზომით ოდნავ მოხრილ მდგომარეობაში.

5) სამშობიარო სიმსივნე მცირე ყიფლიბანდის არეშია.

თხემით წინმდებარეობის დროს

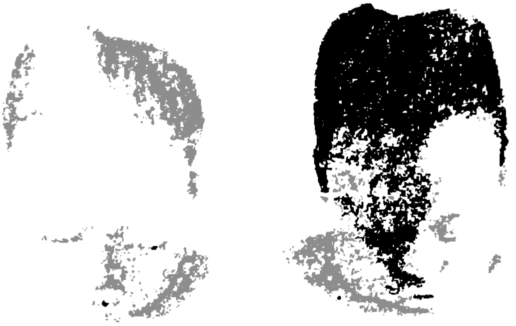
1) თავი ჩადის მენჯის შესავალში ოდნავ გაშლილ მდგომარეობაში.

2) ორივე ყიფლიბანდის ყველა კუთხე ისინჯება ერთ სიბრტყეში.

3) წამყვანი წერტილია დიდი ყიფლიბანდი.

4) თავის გამოჭრა ხდება პირდაპირი ზომით ოდნავ გაშლილ მდგომარეობაში.

5) სამშობიარო სიმსივნე დიდი ყიფლიბანდის არეშია.



სურ. 138 თავის კონფიგურაცია თხემით წინმდებარეობის დროს ა-ბრაქიცეფალური; ბ-დოლიქოცეფალური

თავის კონფიგურაცია ბრაქიცეფალური-კოშკისებრია (გარდიგარდმო ზომები გადიდებულია, ხოლო წინა-უკანა ზომები-შემცირებული).

ამრიგად, თხემით წინმდებარეობის დროს საორიენტაციო ხაზი ისრისებრი ნაკერია, წამყვანი წერტილი-დიდი ყიფლიბანდი. საფიქსაციო წერტილები, ანუ ჰიპომოქლიონებია: წარბსაყარი და კეფის ბორცვი.

ერთი შეხედვით ისეთი შთაბეჭდილება იქმნება, თითქოს მშობიარობის მექანიზმი კეფით წინმდებარეობის უკანა სახისა და თხემით წინმდებარეობის დროს ერთნაირია. სინამდვილეში მსგავსება მხოლოდ იმაშია, რომ ორივე შემთხვევაში საქმე ეხება თავით წინმდებარეობის უკანა სახეს, დანარჩენი მონაცემების მიხედვით კი მშობიარობის მექანიზმი მკვეთრად განსხვავებულია.

თხემით წინმდებარეობის დიაგნოზის დადგენა ისევე, როგორც კეფით წინმდებარეობის უკანა სახის შემთხვევაში შეიძლება მენჯის ფუძეზე, როდესაც დასრულდება თავის შინაგანი ბრუნვა და ისრისებრი ნაკერი ჩადგება გამოსავლის პირდაპირ ზომაში.

თხემით წინმდებარეობის დროს მშობიარობის მიმდინარეობა, განსაკუთრებით გამოძევების პერიოდი, გახანგრძლივებულია (ჩამოყალიბდება სამშობიარო მოქმედების სისუსტე), სანაყოფე სითხე ნაადრევად იღვრება, რადგან მჭიდრო შეხების რგოლი წინმდებარე ნაწილსა და მენჯის შესავალს შორის არ არსებობს (მათი სივრცითი შეუთავსებლობის გამო). მოსალოდნელია ნაყოფის სამშობიარო ტრავმატიზმი, ფუნქციურად ვიწრო მენჯის ჩამოყალიბება, საშვილოსნოს გახევა, სისხლის დენა მშობიარობის III პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში.

მშობიარობა უნდა წარიმართოს კონსერვატიულად. საჭიროა ნაყოფის და დედის სამშობიარო ტრავმატიზმის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური ღონისძიებების დროული ჩატარება, სისხლისდენის პროფილაქტიკა მშობიარობის მესამე პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში.

შორისის დაცვა საჭიროა ჩვეულებრივ იმ განსხვავებით, რომ თავის მოხრას ახდენენ არა შორისის, არამედ სიმფიზის მხარეს.

ოპერაციულ ჩარევას-სამეანო მაშის დადებას ან ვაკუუმექსტრაქციას-მიმართავენ მაშინ, როდესაც აღინიშნება ნაყოფის აფსიქსია და მშობიარობის სწრაფად დამთავრების აუცილებლობაა დედის მხრივ. მკვდარი ნაყოფის შემთხვევაში აკეთებენ კრანიოტომიას.

თუ ფუნქციურად ვიწრო მენჯი ჩამოყალიბდა, ცოცხალი ნაყოფის შემთხვევაში

აკეთებენ საკეისრო გაკვეთას.

– შუბლით წინმდებარეობა-PRAESENTATIO FRONTIS

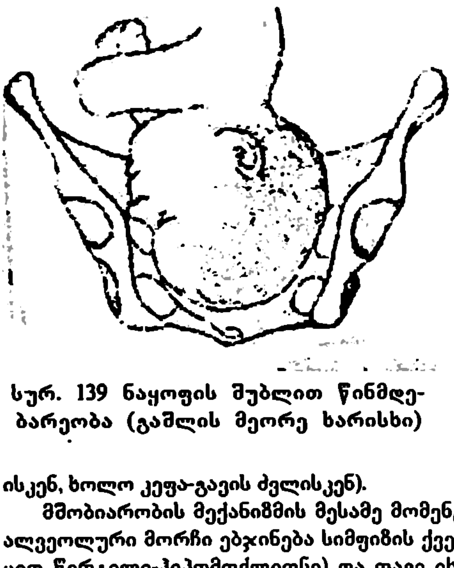
შუბლით წინმდებარეობა თავის გაშლითი წინმდებარეობის II ხარისხია (deflexio capitis gradus II). იგი ძალიან იშვიათია (2000-3000 მშობიარობაზე ერთი შემთხვევა).

მშობიარობის პირველ პერიოდში შუბლით წინმდებარეობა დროებითი მოვლენაა, გამოძევების პერიოდში მოსალოდნელია მისი გადასვლა თხემით წინმდებარეობასა ან პირისახით წინმდებარეობაში.

გარეგანი გასინჯვით შუბლით წინმდებარეობის დიაგნოზის დადგენა შეიძლება ულტრაბგერითი ცეფალომეტრიით, აგრეთვე ლეოპოლდის მესამე წემით გასინჯვისას-კეფასა და ზურგს შორის შეიმჩნევა ჩაღრმავება.

შინაგანი გასინჯვის დროს ნახულობენ შუბლის ნაკერს მენჯის შესავლის განივ ან ირიბ ზომაში. ერთ მხარეზე თითი წვდება წარბსაყარს, მეორეზე-დიდი ყიფლიბანდის წინა კიდეს. წამყვანი წერტილი შუბლის ძვალია.

მშობიარობის მექანიზმის პირველი მომენტი თავის II ხარისხის გაშლაა. იგი დიდი ირიბი ზომით თავსდება მენჯის შესავალში. ამ დროს შუბლის ძვალი დაბლა ეშვება და წამყვანი წერტილი ხდება. შუბლის ნაკერი თავსდება შესავლის გარდიგარდმო ან ირიბ ზომაში.



სურ. 139 ნაყოფის შუბლით წინმდებარეობა (გაშლის მეორე ხარისხი)

მშობიარობის მექანიზმის მეორე მომენტია თავის გადასვლა მენჯის ღრუს ფართო ნაწილიდან ვიწრო ნაწილში. თავი აკეთებს შინაგან ბრუნვას (rotatio capitis interna) იმ შემთხვევაში, თუ მისი ზომა, მენჯის ზომებთან შედარებით, მცირეა. სხვა შემთხვევაში მშობიარობა თავისით არ წარიმართება, თუ შუბლით წინმდებარეობა არ გადავიდა თხემით ან პირისახით წინმდებარეობაში. შუბლის ნაკერი ჯერ გაივლის მენჯის ფართო და ვიწრო ნაწილის ირიბ ზომებს და დგება გამოსავლის პირდაპირ ზომაში (თვალბუდე მიმართულია სიმფიზისკენ, ხოლო კეფა-გავის ძვლისკენ).

მშობიარობის მექანიზმის მესამე მომენტია თავის მოხრა. ამ დროს ზედა ყბის ალვეოლური მორჩი ებჯინება სიმფიზის ქვედა კიდეს (ეს ხდება პირველი საფიქსაციო წერტილი-ჰიპომოქლიონი) და თავი იხრება. ამ დროს შორისში გამოიჭრება თხემი და კეფა, შემდეგ-კეფის ბორცვი (მესამე საფიქსაციო წერტილი).

მშობიარობის მექანიზმის მეოთხე მომენტია თავის გაშლა, კეფის ბორცვი კუდუსუნის მწვერვალს მიებჯინება და თავი ამ წერტილის გარშემო გაიშლება, ბოქვენის სიმფიზის ქვემოთ გამოიჭრება შუბლი, თვალბუდე, ცხვირი, პირი და ნიკაპი.

მშობიარობის მექანიზმის მეხუთე მომენტია მხრების შინაგანი ბრუნვა და თავის გარეგანი ბრუნვა-rotatio trunci interna et capitis externa. ამ დროს თავი ძლიერ დეფორმირდება. სამშობიარო სიმსივნე შუბლზეა. თავი გამოიჭრება გარშემოწერილობით-circumferentia maxilloparietalis (35 სმ), თავს აქვს სამკუთხედის ფორმა

სურ. 140 თავის შეჭრა შუბლით წინმდებარეობის დროს

მწვერვალით შუბლის არეში.

შუბლით წინმდებარეობით მშობიარობის დროს, მაშინაც კი, როცა მენჯის ზომები ნორმალურია, ნაყოფი დროულია, კარგი სამშობიარო მოქმედებაა, მშობიარობა მექანიკური დაბრკოლების გამო თვითნებურად ვერ დამთავრდება (მით უმეტეს, თუ თავი მიბრუნდა თეალბუდით გავისკენ).

მაშინ როდესაც შუბლით წინმდებარეობა გადადის თხემით ან პირისახით წინმდებარეობაში ან ნაყოფის თავი პატარაა და ნორმალური მენჯის ზომებს შეესაბამება, მშობიარობა თვითნებურად მთავრდება.

შუბლით წინმდებარეობის დროს დიაგნოზს საბოლოოდ ადგენენ მაშინ, როდესაც თავი შინაგან ბრუნვას დაასრულებს და შუბლის ნაკერი დადგება გამოსავლის პირდაპირ ზომაში მენჯის ფუძეზე.

მშობიარობის პროცესში მოსალოდნელია სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრა (მჭიდრო შეხების რგოლის არარსებობის გამო წინმდებარე ნაწილსა და მენჯის შესავალს შორის), ენდომეტრიტი მშობიარობისას, ნაყოფის ჰიპოქსია, სამშობიარო მოქმედების I და II სისუსტე, რბილი ქსოვილების ჩაჭყლეტა და ნეკროზი, შარდსასქესო და სწორნაწლავ-საშოს ფისტულების წარმოქმნა, ფუნქციურად ვიწრო მენჯის ჩამოყალიბება, საშვილოსნოს გახევა, სისხლის დენა მშობიარობის III პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში.

მშობიარობის დროს, სანამ შუბლით დგომაა და არა ჩადგმა, აუცილებელია თვითნებური მშობიარობის შესაძლებლობის შესახებ საკითხის გადაჭრა.

სურ. 141 თავის გამოჭრა შუბლით წინმდებარეობის დროს

სურ. 142 თავის კონფიგურაცია შუბლით წინმდებარეობის დროს (სამკუთხების ფორმის თავი)

სანშიშესულ პირველმშობიარეებს ცოცხალი ნაყოფის შემთხვევაში სხვა გართულებების არარსებობისას კი უკეთებენ საკეისრო გაკვეთას.

სანაყოფე სითხის დაღვრის შემდეგ, თუ ნაყოფი ცოცხალია და დროული, თავი არ ახორციელებს შემდგომ გაშლას და არ გადადის თხემით ან პირისახით წინმდებარეობაში, საკეისრო გაკვეთას აკეთებენ.

თუ ნაყოფი პატარაა და მენჯის ზომები ნორმალურია, მშობიარობა უნდა წარიმართოს კონსერვატიულად ყველა ზემოაღნიშნული გართულებების გათვალისწინებისა და პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა ჩატარების ფონზე.

მკვდარი ნაყოფის დროს ყველა შემთხვევაში კრანიოტომიაა საჭირო. შუბლით ჩადგმისას ნაყოფის თავზე ღრუს და გამოსავლის მაშების დადება რთული ოპერაციაა, რასაც ამჟამად იშვიათად მიმართავენ.

სურ. 143 ნაყოფის პირისახით წინმდებარეობა (გაშლის მესამე ხარისხი)

სურ. 144 ნაყოფის თავის შეჭრა პირისახით წინმდებარეობის დროს

პირისახით წინმდებარეობა- PRAESENTATIO FACIEI

პირისახით წინმდებარეობა თავის გაშლით მდებარეობის უმაღლესი, III საფეხურია (deflexio capitis gradus III). ამ დროს თავი მაქსიმალურად არის გაშლილი, ისე რომ კეფა ეხება ზურგს. წინმდებარე ნაწილია პირისახე. პირისახით წინმდებარეობა ელინდება 300 მშობიარობიდან ერთ შემთხვევაში (0,25-0,65%).

დიაგნოზის დადგენის მიზნით სარგებლობენ გარეგანი და შინაგანი გასინჯვით. დიაგნოზს ადგენენ აგრეთვე ულტრაბგერითი ცეფალომეტრიით.

გარეგანი გასინჯვის მესამე და მეოთხე წესის გამოყენება სწორი დიაგნოზის დადგენის შესაძლებლობას იძლევა. ნაყოფის ზურგსა და კეფას შორის ჩაღრმავება ისინჯება. ნაყოფის გულისცემას ისმენენ არა ზურგის მხრიდან, არამედ გულმკერდიდან, რადგან ეს უკანასკნელი უფრო ახლოა მუცლის კედელთან.

შინაგანი გასინჯვისას ერთ მხარეზე პირველი პოზიციის დროს მარჯვნივ ისინჯება ნიკაპი, მოპირდაპირე მხარეზე შუბლი. შუბლი და ნიკაპი მენჯის შესავალში ერთ დონეზეა, მათ შორის გადის პირისახის ხაზი, რომელიც აერთებს შუბლის ნაკერს ნიკაპთან. იგი მენჯის განივ ზომაში მდებარეობს და არსულებს ისრისებრი ნაკერის მაგივ-

სურ. 145 ნაყოფის თავის გამოჭრა პირისახით წინმდებარეობის დროს

რობას. ისინჯება აგრეთვე პირი, ცხვირი და თვალები. გასინჯვა დიდი სიფრთხილით არის საჭირო, რათა ნაყოფს თვალები არ დაუზიანდეს.

ზოგჯერ ნაყოფის პირისახე მისი შეშუპების შემთხვევაში შესაძლოა ჯდომად მიიჩნიონ, ლოყები-დუნდულოებად, ხოლო პირი ანუსად და, პირიქით, მოსალოდნელია ჯდომითი მდებარეობის მიჩნევა პირისახით მდებარეობად. ამიტომ დიაგნოზის დადგენის დროს საჭიროა დიდი სიფრთხილის დაცვა. პირისახით წინმდებარეობის დროს ნაყოფი პირში ჩადგმულ თითს წოვს, რითაც დიფერენციულ დიაგნოზს ადგენენ და მენჯით წინმდებარეობას გამორიცხავენ.

მშობიარობის მექანიზმი: ყელის სრული გახსნისა და სანაყოფე სითხის დაღვრის შემდეგ მენჯის შესავალში თავი ჩადგება პირისახის ხაზით, შესავლის გარდიგარდმო ან ირიბ ზომაში. ეს ხაზი აერთებს შუბლსა და ნიკაპს. თავი ოთხ ბრუნვას აკეთებს.

მშობიარობის მექანიზმის პირველ მომენტში თავი მენჯის შესავალში კიდევ უფრო გაიშლება, ნიკაპი ქვემოთ დაეშვება, შუბლი მაღლა აიწევს და თითით ძნელად მისაწვდომი ხდება. თავი უმოძრაოა, პირისახის ხაზი განივ ზომაშია.

მშობიარობის მექანიზმის მეორე მომენტი-თავის შინაგანი ბრუნვა იწყება მენჯის ღრუში და თავდება მენჯის გამოსავალში. პირისახის ხაზი განივი ზომიდან გადადის ირიბ ზომაში (პირველი პოზიციის დროს-მარცხენა ირიბ ზომაში, მეორე პოზიციის დროს-მარჯვენა ირიბ ზომაში) და მენჯის გამოსავალში პირდაპირ ზომაში თავსდება. ნიკაპი მიქცეულია სიმფიზისკენ, შუბლი-გავის ძვლისკენ.

მშობიარობის მექანიზმის მესამე მომენტია თავის მოხრა, რაც ხდება მენჯის გამოსავალში, ნიკაპი ბოქვენის ძვალს გამოსცილდება და მოიხრება. შორისის ზემოდან გამოვა შუბლი, თხემი და კეფა.

მშობიარობის მექანიზმის მეოთხე მომენტი, ანუ მხრების მენჯში წინსვლა ისეთივეა, როგორც კეფით წინმდებარეობის დროს. პირისახით წინმდებარეობის დროს მშობიარობის ბუნებრივი გზით დამთავრება შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა ნიკაპი მეორე ბრუნვის დროს წინ მოექცევა. ასე ხდება შემთხვევათა უმრავლესობაში, ამიტომ პირისახით წინმდებარეობის დროს თვითნებური მშობიარობა აღინიშნება შემთხვევათა დაახლოებით 90%-ში. როცა ნიკაპი მეორე ბრუნვის დროს უკან მოექცევა და ნაყოფის შუბლი ბოქვენის სახსრისკენ წამოვა (უკანა სახე), დაუხმარებლად მშობიარობის დამთავრება შეუძლებელია (რადგან გამოსავალში თავი არ მოიხრება, პირიქით, უფრო გაიშლება და მცირე მენჯში ერთად უნდა შეიჭრას უკან გადახრილი თავი, მხარ-ბეჭი და გულმკერდი). ბუნებრივია, ყველა იმ ნაწილს სამშობიარო არხი ვერ ჩაიტევს და ვერ გაატარებს, საშვილოსნო გაიხევა, დაიღუპება დედაც და ნაყოფიც, თუ დროული დახმარება არ აღმოუჩინეს.

პირისახით წინმდებარეობის საბოლოო დიაგნოზის დადგენა შეიძლება მაშინ, როდესაც თავი დაასრულებს შინაგან ბრუნვას და პირისახის ხაზი მოთავსდება გა-

მოსავლის პირდაპირ ზომაში.

ამრიგად, პირისახით წინმდებარეობის დროს საორიენტაციო ხაზია პირისახის ხაზი, რომელიც მიემართება შუბლის ნაკერიდან ცხვირის ზურგის გაყლით ნიკაპისკენ. წამყვანი წერტილია ნიკაპი, საფიქსაციო წერტილი, ანუ ჰიპომოქლიონი კი-ინის ძვალი. თავი მენჯს გაივლის ინის ძვალი დიდი ყიფლიბანდის გარშემოწერილობით-circumferentia trachello-bregmatica-33 სმ, რომელიც შეესაბამება ვერტიკალურ ზომას-diameter trachello-bregmatica (95 სმ).

თავის კონფიგურაცია მკვეთრად დოლიქოცეფალურია, სამშობიარო სიმსივნე სახეზეა.

სურ. 146 ნაყოფის თავის კონფიგურაცია პირისახით წინმდებარეობის დროს

მშობიარობის დროს მოსალოდნელია შემდეგი გართულებანი: სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრა (მჭიდრო შეხების რგოლის არარსებობის გამო წინმდებარე ნაწილსა და მენჯის შესავალს შორის, ენდომეტრიტი მშობიარობისას, ნაყოფის ტრავმატიზმი, სამშობიარო მოქმედების I და II სისუსტე, ფუნქციურად ვიწრო მენჯის ჩამოყალიბება, რბილი სამშობიარო გზების დაზიანება, საშვილოსნოს ტანის გახევა, ყელის ჩახევა), სისხლის დენა მშობიარობის III პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში.

ზურგით წინა და ნიკაპით უკანა სახის ჩამოყალიბების შემთხვევაში დასაშვებია მშობიარობის კონსერვატიულად ჩატარება, თუ თავი პატარაა. წინააღმდეგ შემთხვევაში თავი ვერ გადალახავს მენჯის ზომებს და მშობიარობა ცოცხალი ნაყოფის შემთხვევაში უნდა დამთავრდეს საკეისრო გაკვეთით, მკვდარი ნაყოფის შემთხვევაში-კრანიოტომიით.

ნიკაპით წინა და ზურგით უკან სახის დროს მშობიარობა უნდა წარიმართოს კონსერვატიულად ყველა მოსალოდნელი გართულების გათვალისწინებით და მათ წინააღმდეგ პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარებით. ნაყოფის დაწყებითი ასფიქსიის შემთხვევაში სამეანო მაშას იშვიათად იყენებენ.

მშობიარობის მექანიზმის ძირითადი დეტალები თავის გაშლითი წინმდებარეობის დროს

წინმდებარეობა	წამყვანი წერტილი	საფიქსაციო წერტილი — ჰიპომოქლიონი	საორიენტაციო ხაზი	თავის გარშემოწერილობა	თავის ზომა, რომელიც შეესაბამება ამ გარშემოწერილობას
თხემით წინმდებარეობა	დიდი ყიფლიბანდი	წარბსაყარი კეფის ბორცვი	ისრისებრი ნაკერი	circumferentia fronto-occipitalis - 35სმ	Diameter fronto-occipitalis - 12სმ
შუბლით წინმდებარეობა	შუბლი	ზედა ყბა, კეფის ბორცვი	შუბლის ხაზი	circumferentia maxillo-perietalis - 35სმ	საშუალო ზომა diameter fronto-occipitalis და maxillo-occipitalis-ს შორის 12,5 სმ
პირისახით წინმდებარეობა	ნიკაპი	ინის ძვალი	პირისახის ხაზი	circumferentia trachello-bregmatica - 32სმ	diameter trachello-bregmatica - 9 სმ

XXXIII თავი

ნაყოფის თავის არასწორი დგომა

ნაყოფის თავის მაღალი პირდაპირი დგომა

ნაყოფის თავი მენჯის შესავალში, როგორც წესი, დგება შესავლის ირიბ ან გარდიგარდმო ზომაში. ისრისებრი ნაკერი მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში დგება შესავლის პირდაპირ ზომაში. ასეთ პათოლოგიას ეწოდება თავის პირდაპირი მაღალი დგომა, რომელიც სანაყოფე სითხის დაღვრის შემდეგ შეიძლება გადავიდეს ისრისებრი ნაკერის მაღალ პირდაპირ ჩადგმაში. ნაყოფის თავი მენჯის შესავლის პირდაპირ ზომაში (11 სმ) ფიქსირდება პირდაპირი ზომით (12 სმ).

იმის მიხედვით, თუ საით არის მიმართული კეფა, არჩევენ: თავის მაღალი პირდაპირი დგომის წინა სახეს-positio occipitalis pubica seu anterior, როდესაც კეფა მიმართულია ბოქვენისკენ, და უკანა სახეს-positio occipitalis sacralis seu posterior, როცა კეფა მიმართულია კონცხისკენ.

თავის ასეთი დგომის მიზეზია: ვიწრო მენჯი, ფართო მენჯი, დღენაკლული ნაყოფი, მენჯის ფორმის ცვლილებები (შესავლის გარდიგარდმო ზომის დავიწროება), ქვედა სეგმენტისა და მუცლის პრესის კუნთების მოდუნება, სანაყოფე სითხის დაღვრის მომენტისთვის ისრისებრი ნაკერის შესავლის პირდაპირ ზომაში შემთხვევითი დგომა.

ამ ანომალიის პროგნოზი არასასურველია. თვითნებური მშობიარობა ხდება შემთხვევათა 29%-ში. დანარჩენ შემთხვევებში მშობიარობა მთავრდება ოპერაციული გზით.

თავის მაღალი პირდაპირი დგომის წინა სახის პროგნოზი, უკანა სახესთან შედარებით, უკეთესია. ამ დროს თავი შეიძლება მაქსიმალურად მოიხაროს და ასე გაიაროს მენჯის ღრუს ყველა სიბრტყე, ხოლო მენჯის ფუძეზე თავი კეფქვეშა ფოსოთი ეყრდნობა სიმფიზს და გამოიჭრება.

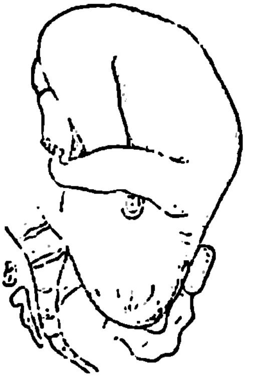
თავის მაღალი პირდაპირი დგომის უკანა სახის შემთხვევაში, თუ ის დიდი არ არის, მოიხრება, კარგი სამშობიარო მოქმედების პირობებში ჩაეშვება მენჯის ღრუში, სადაც შეიძლება მობრუნდეს 180°-ით და გადავიდეს წინა სახეში. თუ ეს ბრუნვა არ მოხდება, თავი იბადება უკანა სახით (თუ მისი ზომები მცირეა) წინააღმდეგ შემთხვევაში საჭიროა ოპერაციული ჩარევა.

ნაყოფის თავის მაღალი პირდაპირი დგომის დროს მოსალოდნელია შემდეგი გართულებანი: სამშობიარო მოქმედების მეორადი სისუსტე, რბილი ქსოვილების დაზიანება, ნაყოფის ჰიპოქსია, ქალასშიგა ტრავმა, ფუნქციურად ვიწრო მენჯის ჩამოყალიბება. ეს გართულებანი ხშირად მშობიარობის ოპერაციული გზით დამთავრების მიზეზი ხდება.

თავის მაღალი პირდაპირი დგომის უკანა სახის შემთხვევაში მშობიარობა ბუნებრივი გზით იშვიათად მთავრდება. უფრო ხშირად საჭირო ხდება მისი დამთავრება ოპერაციული ჩარევით (საკეისრო გაკვეთით, კრანიოტომიით, საშვანო მაშის დადებით).

ნაყოფის თავის საშუალო და დაბალი (ღრმა) გარდიგარდმო მდებარეობა

ნაყოფის თავის საშუალო და დაბალი (ღრმა) გარდიგარდმო მდებარეობა ეწოდება მენჯის შესავლის გარდიგარდმო ზომიდან თავის ისრისებრი ნაკერით (მეორე ბრუნვის შეუსრულებლად) გადასვლას მენჯის ღრუს ან გამოსავლის გარდიგარდმო ზომაში.



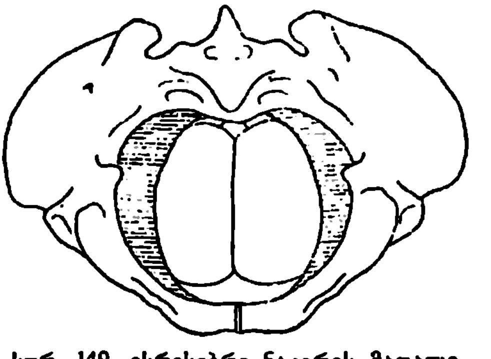
სურ. 147 ნაყოფის თავის მაღალი პირდაპირი დგომა (წინა სახე)

სურ. 148 ნაყოფის თავის მაღალი პირდაპირი დგომა (უკანა სახე)

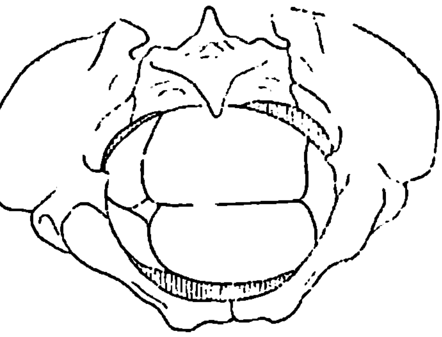
ასეთი ანომალია მეტად იშვიათია, ვითარდება მარტივი, ბრტყელი მენჯის შემთხვევაში ან საშვილოსნოს კუნთებისა და მენჯის ფუძის კუნთების არასრულფასოვნების გამო.

თავის საშუალო და დაბალი გარდიგარდმო მდებარეობა აფერხებს ნაყოფის გამოძევების პროცესს. ბუნებრივი გზით მშობიარობა შესაძლებელია იმ შემთხვევაში, თუ მენჯი ძალიან შევიწროებული არ არის და სამშობიარო მოქმედება კარგი ინტენსივობისაა. ასეთ პირობებში თავი ახორციელებს შინაგან ბრუნვას და ისრისებრი ნაკერი გადავა გამოსავლის პირდაპირ ზომაში.

მშობიარობის პროცესში მოსალოდნელია შემდეგი გართულებები: რბილი ქსოვილების შეშუპება და ნეკროზი, სამშობიარო მოქმედების მეორადი სისუსტე, ნაყოფის ჰიპოქსია, აღმავალი ინფექცია, საშვილოსნოს გახევა, სისხლის დენა მშობიარ-



სურ. 149. ისრისებრი ნაკერის მაღალი პირდაპირი მდებარეობა



სურ. 150 ისრისებრი დაბალი გარდი-
გარდმო მდებარეობა

ობის მესამე პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში.

ასეთი პათოლოგიის დროს ბუნებრივი გზით მშობიარობის დამთავრება ძალიან იშვიათია, როგორც წესი, მშობიარობა მთავრდება ვაკუუმექსტრაქციით ან სამეანო მაშის დადებით, მკვდარი ნაყოფის შემთხვევაში-კრანიოტომიით.

თავის ასინკლიტური ჩადგმა

ასინკლიტური ჩადგმა ეწოდება თავის ისეთ ჩადგმას, როდესაც ისრისებრი ნაკერი თანაბარი მანძილითაა დაშორებული სიმფიზიდან და პრომონტორიუმიდან.

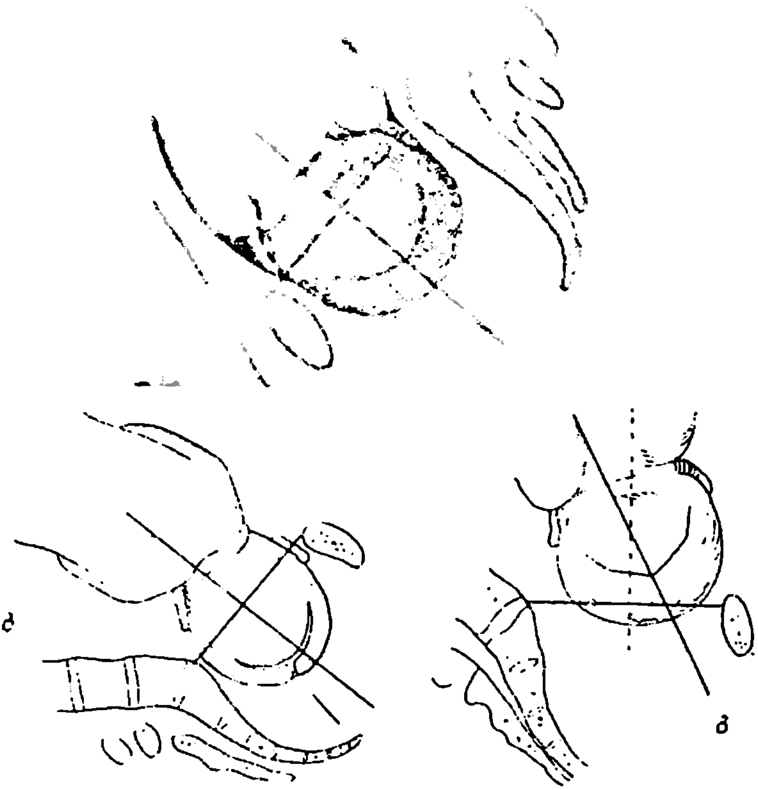
ისრისებრი ნაკერის პრომონტორიუმთან ახლოს ჩადგმისას მენჯის შესავალში ჩადგება წინა თხემის ძვალი, ჩამოყალიბდება წინა ასინკლიტიზმი (ნეკელეს ასინკლიტიზმი). როდესაც ისრისებრი ნაკერი უახლოვდება სიმფიზს, მენჯში ჩადგება უკანა თხემის ძვალი; ასეთ პათოლოგიას ეწოდება უკანა ასინკლიტიზმი (ლიტცმანის ასინკლიტიზმი).

ასინკლიტიზმის უმნიშვნელო ხარისხია ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროსაც: პირველმშობიარეებში-უკანა, ხოლო განმეორებით მშობიარეებში-წინა ასინკლიტიზმი.

ასინკლიტიზმის მიზეზებია: ვიწრო მენჯი (ბრტყელი მენჯი), ფართო მენჯი, ქვედა სეგმენტისა და მუცლის წინა კედლის მოდუნება, თავთან ერთად ხელის გამოვარდნა და მშობიარობის მექანიზმში სხვადასხვა გადახრა.

უკანა ასინკლიტიზმი ორჯერ უფრო იშვიათია, ვიდრე წინა ასინკლიტიზმი. არსებობს უკანა ასინკლიტიზმის სამი ხარისხი: უკანა თხემით დახრა-ისრისებრი ნაკერი მენჯის შესავლის გარდიგარდმო ზომის წინ 1,5 სმ-ით მდებარეობს; უკანა თხემით ჩადგმა-ისრისებრი ნაკერი ბოქვენის სიმფიზის დონეზეა; უკანა ყურით ჩადგმა-ისრისებრი ნაკერი ბოქვენის სიმფიზის ზემოთაა (შინაგანი გასინჯვით ისინჯება ყური). უკანა ასინკლიტიზმის ეს უკანასკნელი სახე დამახასიათებელია საერთოდ დავიწროებული ბრტყელი მენჯის დროს.

ლიტცმანის ტიპით ჩადგომის დროს მშობიარობა ბუნებრივი გზით შეუძლებელია. მოძრავი ნაყოფის შემთხვევაში შესაძლებელია სამეანო მობრუნება (რასაც იშვიათად მიმართავენ ნაყოფის სიკვდილიანობის მაღალი პროცენტის გამო). ფიქსირებული ჩადგმის დროს საჭიროა საკეისრო კვეთა ცოცხალი ნაყოფის შემთხვევაში, კრანიოტომია, როცა ნაყოფი მკვდარია.



სურ. 151 ა-თავის ასინკლიტური (მენჯის გამტარი ღერძის გასწვრივ) ჩადგმა; ბ-წინა ასინკლიტიზმი (ნეგელის დახრა); გ-უკანა ასინკლიტიზმი (ლიტცმანის დახრა)

წინა ასინკლიტიზმის დროს მშობიარობა, როგორც წესი, მთავრდება ბუნებრივი გზით. იშვიათად ხდება საჭირო ოპერაციული ჩარევა (ფუნქციურად ვიწრო მენჯი, ხანშესული პირველმშობიარის ნაყოფის ჰიპოქსია და სხვ.).

წინა და უკანა ასინკლიტიზმის გარდა, არსებობს თავის არასწორი ჩადგმის სხვა პრაქტიკულად ნაკლებმნიშვნელოვანი სახეები: რედერერის ასინკლიტიზმი, რომელიც თანაბრად დავიწროებულ მენჯში ვითარდება თავის მაქსიმალური მოხრის გამო. ეს უკანასკნელი გამოიხატება თავის სოლისებრი ჩადგმით და მცირე ყიფლიბანდის დაბალი (თითქმის ცენტალური) მდებარეობით. მშობიარობის პროცესში ეს ანომალია სპეციალურ მკურნალობას არ საჭიროებს. იგივე ითქმის სოლერესის ტიპის ასინკლიტიზმზე, როდესაც ისრისებრი ნაკერი დგება შესავლის ერთ-ერთ ირიბ ზომაში (რაც გვხვდება ირიბად დავიწროებული მენჯის შემთხვევაში).

XXXIV თავი

სისხლის დენა ორსულობის მეორე ნახევარში და მშობიარობის დროს (ნაყოფის დაბადებამდე)

ორსულობის მეორე ნახევარში და მშობიარობის დროს (ნაყოფის დაბადებამდე) სისხლის დენის მიზეზებია: 1) ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლა-separatio seu abruptio placentae normaliter insertae spontanea praematura; 2) პლაცენტის წინმდებარეობა-placenta praevia seu presentatio placentae ან მისი დაბალი მიმაგრება; 3) რბილი სამშობიარო გზების პათოლოგია: ა) საშოსა და საშვილოსნოს ყელის ტრავმული დაზიანება, ბ) საშვილოსნოსა და საშოს ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენების გასკდომა, გ) საშვილოსნოს ყელის ეროზია, პოლიპი და კიბო.

ორსულობისა და მშობიარობის ნორმალური მიმდინარეობისას მშობიარობის მესამე პერიოდამდე პლაცენტა საშვილოსნოს კედელზეა მიმაგრებული. ზოგიერთი პათოლოგიური პროცესის დროს ის ნაადრევად სცილდება საშვილოსნოს კედელს. ასეთ პროცესებს მიეკუთვნება: ორსულთა ტოქსიკოზი, ჰიპერტონიული დაავადება, ვირუსული ჰეპატიტი, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებანი, ათაშანგი, ტუბერკულოზი და სხვა ინფექციური დაავადებანი, თირეოტოქსიკოზი (ყველა ამ შემთხვევაში სისხლძარღვთა კედლებში პათოლოგიური ცვლილებებია და ლეციდური გარსის სპონგიოზურ შრეში ხდება მათი გასკდომა), მრავალნაყოფიანობა, მრავალწყლიანობა, დიდი ნაყოფი (ამ დროს საშვილოსნო ზედმიწევნით გაიჭიმება, პლაცენტის მიმაგრების მოედანი თხელდება და დიდდება, რაც პლაცენტის ნაადრევი აცლის ხელშემწყობი პირობაა), საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ანთებითი პროცესი, საშვილოსნოს სიმსივნე, საშვილოსნოს განვითარების მანკი, ჰიპოავიტამინოზი (აღნიშნული პათოლოგიური პროცესების გამო საშვილოსნოს კედელსა და პლაცენტას შორის კავშირი მყარი არ არის, რის შედეგადაც ხდება მისი ნაადრევი მოცილება). ტრავმა (უშუალო ზემოქმედება მუცელზე ან ფსიქიკური ტრავმა), ჭიპლარის აბსოლუტური ან ფუნქციური სიმოკლე, მრავალწყლიანობისას სანაყოფე სითხის უეცარი დაღვრა ან ტყუპის ცალის სწრაფად დაბადება (ამ დროს ჭიპლარი დაიჭიმება და პლაცენტა ნაადრევად მოსცილდება).

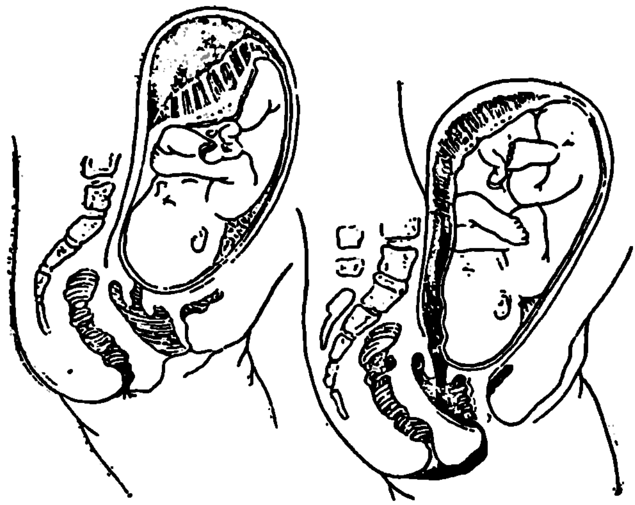
ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის აცლა შეიძლება იყოს მთლიანი და ნაწილობრივი. ნაწილობრივი აცლის დროს, თუ ის მცირე ფართობზეა, ორსულისათვის განსაკუთრებულ დარღვევას არ იწვევს და დიაგნოზს ადგენენ ნაყოფის დაბადების შემდეგ. ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლა შეიძლება იყოს ცენტრალური (ასეთ შემთხვევაში გარეგანი სისხლის დენა არ არის, შინაგანი სისხლის დენის სურათია) და პერიფერიული (ამ უკანასკნელის დამახასიათებელია გარეგანი სისხლის დენა).

კლინიკურად გამოხატული სისხლის დენის შემთხვევათა 10%-ში გვხვდება ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლა.

პლაცენტის წინმდებარეობა ეწოდება მისი მდებარეობის ისეთ ანომალიას, როდესაც პლაცენტა მიმაგრებულია საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის დონეზე.

პლაცენტის წინმდებარეობა შეიძლება იყოს სრული-ცენტრალური-placenta praevia totalis seu centralis, როდესაც პლაცენტის ქსოვილი მთლიანად ფარავს საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირს, და ნაწილობრივი-placenta praevia partialis, როდესაც პლაცენტის ქსოვილი ნაწილობრივ ფარავს საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირს.

ნაწილობრივი წინმდებარეობა, თავის მხრივ, შეიძლება იყოს გვერდითი (latera-



სურ. 152 ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლა ა-პერიფერიული აცლა; ბ-ცენტრალური აცლა

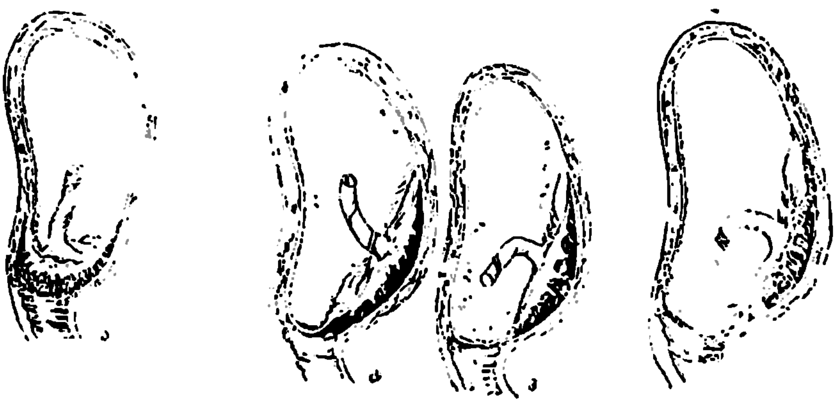
lis), თუ ისინჯება პლაცენტის ერთი ან რამდენიმე ლებანი, და კიდითი (marginalis), თუ პლაცენტის კიდე ისინჯება.

წინმდებარეობის სახე შეიძლება შეიცვალოს საშვილოსნოს ყელის გახსნის ხარისხის მიხედვით. საბოლოო დიაგნოზს ადგენენ საშვილოსნოს ყელის 4 სმ-ით გახსნის პირობებში.

პლაცენტის დაბალი მიმაგრება ეწოდება მისი მდებარეობის ისეთ ანომალიას, როდესაც პლაცენტა მიმაგრებულია ქვედა სეგმენტში, მისი კიდე ახლოსაა საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის ღრუსთან, მაგრამ ყელის სრული გახსნის პირობებშიც კი არ ისინჯება.

პლაცენტის წინამდებარეობის მიზეზებია: საშვილოსნოს ლორწოვანის ანთებითი პროცესი ან სიმსივნე (როდესაც განაყოფიერებული კვერცხის იმპლანტაციისთვის ხელსაყრელი პირობები არ არის, რის გამოც ის გადაადგილდება ქვევით და მიემაგრება საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირთან ახლოს), ფალოპიუსის მილების პერისტალტიკის გაძლიერება (როდესაც განაყოფიერებული კვერცხი ტროფობლასტური ფუნქციის განვითარებამდე ჩადის საშვილოსნოს ღრუში), განაყოფიერებული კვერცხის ტროფობლასტების მიერ ფერმენტული პროტეოლიზური თვისებების გვიანი გამომუშავება, საშვილოსნოს განვითარების ანომალია, ენდომეტრიტი, ტრავმა ხშირი აბორტის გამო (რაც ასევე არახელსაყრელი პირობაა განაყოფიერებული კვერცხის იმპლანტაციისთვის), ხშირბუსუსოვანი გარსის განვითარება კაფსულურ მოსავარდნ გარსში (თუ ის რაღაც მიზეზის გამო კი არ ატროფირდება, არამედ განაგრძობს განვითარებას და შემდგომში უახლოვდება ნამდვილ მოსავარდნ გარსს საწინააღმდეგო მხარეზე).

ორსულობის მეორე ნახევარში ან მშობიარობისას (ნაყოფის დაბადებამდე) სისხ-



სურ. 153 პლაცენტის წინმდებარეობის სახეები:
ა-პლაცენტის სრული (ანუ ცენტრალური წინმდებარეობა);
ბ-პლაცენტის ნაწილობრივი წინმდებარეობა (გვერდითი);
გ-პლაცენტის ნაწილობრივი წინმდებარეობა (კიდითი)

პლაცენტის დაბალი მიმაგრება

ლის დენის დროს ორსულს ან მშობიარეს იკვლევენ ქვემოაღნიშნული სქემის მიხედვით: ანამნეზის შეკრება, საერთო მდგომარეობის შეფასება, საშვილოსნოს პალპაცია (სამეანო გასინჯვის გარეგანი მეთოდები) და ნაყოფის გულის ტონების მოსმენა; გარეთა სასქესო ორგანოებისა და სისხლიანი გამონადენის დათვალიერება; საშვილოსნოს ყელის დათვალიერება შემთბარი სარკეებით, საშოსმხრივი გასინჯვა (ორსულობის ბოლოს და მშობიარობის დროს ფრთხილად, ვენაში სისხლის შემცვლელების შეყვანის დაწყებისა და საოპერაციო ბლოკის მზადყოფნის პირობებში); გამოკვლევის სპეციალური მეთოდების გამოყენება (თერმოპლაცენტოგრაფია, ულტრაბგერის საშუალებით პლაცენტის მდებარეობის დადგენა, იზოტოპური პლაცენტოგრაფია, რენტგენოვეზიკოგრაფია). ასეთი მიმდევრობით გამოკვლევა სისხლის დენის მიზეზთა დადგენის შესაძლებლობას იძლევა.

ანამნეზის შეკრების დროს განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ ორსულობათა რიცხვს (რამდენი დამთავრდა მშობიარობით, რამდენი-აბორტით), აბორტისა და მშობიარობის შემდეგ გადატანილ გართულებებს, გადატანილ ანთებით პროცესს. ცნობილია, რომ ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი მოცილება პლაცენტის წინმდებარეობაზე უფრო ხშირად გვხვდება განმეორებით მშობიარეებში, აგრეთვე იმ ორსულებსა და მშობიარეებში, რომელთაც გადატანილი აქვთ ანთებითი პროცესი. თუ ანამნეზში აღინიშნება ორსულთა ტოქსიკოზი, ჰიპერტონიული დაავადება, ფსიქიკური ან მექანიკური ტრავმა, თირეოტოქსიკოზი, მწვავე ინფექციური დაავადებები და სხვ., საქმე ეხება ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევ აცლას. თუ ანამნეზში აღინიშნება საშვილოსნოს ყელის ეროზია ან პოლიპი, იგულისხმება, რომ სისხლის დენა შეიძლება ამ მიზეზებით იყოს გამოწვეული.

დიდი ყურადღება უნდა მიაქციონ დაკარგული სისხლის რაოდენობას და სისხლის დენის დაწყების დროს. სისხლის დენის უეცარი დაწყება და მისი ძლიერი ინტენსიობა მიუთითებს პლაცენტის წინმდებარეობაზე. მცირესისხლიანი გამონადენი და საერთო მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესება მიუთითებს ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევ აცლაზე.

საერთო მდგომარეობის შეფასებისას, თუ გარეგანი სისხლის დენა უმნიშვნელოა, ანემია კი მკვეთრად გამოხატული, უნდა ვივარაუდოთ შინაგანი სისხლის დენა, რაც ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევ აცლას ახასიათებს. პლაცენტის წინმდებარეობის დროს მკვეთრი ანემია მხოლოდ ძლიერი სისხლის დენის პირობებში ვითარდება.

გარეგანი სამეანო გასინჯვისას განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ საშვილოსნოს ტონუსს, მტკივნეულობას, საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლეს, წინმდებარე ნაწილის მდებარეობას.

მკვრივი მკვრივი, მტკივნეული საშვილოსნო, მის რომელიმე ნაწილში პულსირებადი სიმსივნური წარმონაქმნი მიუთითებს ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევ აცლაზე. ამ დროს ნაყოფის ნაწილების პალპაცია შეუძლებელია. წინმდებარე ნაწილის მაღლა დგომა კი პლაცენტის წინმდებარეობის მაჩვენებელია.

საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლისა და მუცლის გარშემოწერილობის მატება შეიმჩნევა ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლის დროს.

ნაყოფის გულის ტონების მოსმენისას გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლის დროს ნაყოფის ჰიპოქსია სწრაფად იწყება და ასევე სწრაფად ვითარდება ინტრანატალური სიკვდილი, პლაცენტის წინმდებარეობის დროს კი ნაყოფის გულისცემა გარეგანი სისხლის დენის პროპორციულად იცვლება.

თუ სისხლის დენა გამოწვეულია რბილი სამშობიარო გზების ტრავმით, ნაყოფის ჰიპოქსია საერთოდ არ ვითარდება.

როცა სისხლიანი გამონადენია, ყურადღებას აქცევენ სისხლის ფერს, სისხლის დენის ინტენსივობას. ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლის დროს სისხლი მუქი ფერისაა, სისხლის დენა მცირეა და სამშობიარო შეტევათა შორის შუალედებში ძლიერდება (რადგან ამ დროს პლაცენტის მიმაგრების მოედანი დუნდება და სისხლძარღვთა სანათური ღიაა).

პლაცენტის წინმდებარეობისას სისხლი ალისფერია, სისხლის დენა ინტენსიურია და ძლიერდება სამშობიარო შეტევის დროს. სამშობიარო შეტევისას საშვილოსნო იკუმშება, სანაყოფე ბუშტი ივსება, საშვილოსნოს ყელი იხსნება, რაც ხელს უწყობს წინმდებარე პლაცენტის აცლას.

საშვილოსნოს ყელს ათვალიერებენ თბილი სარკეებით, რადგან ცივი იარაღი გამოიწვევს საშვილოსნოს შეკუმშვას და შესაძლოა სისხლის დენა გაძლიერდეს. საოპერაციო ბლოკის მზადყოფნის პირობებში სარკეებით დათვალიერებისას გამორიცხავენ ან ადასტურებენ საშოს ან საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიას და სათანადო ზომებს ღებულობენ.

საშვილოსნოს ყელისა და საშოს პათოლოგიის გამორიცხვის შემდეგ საშოსმხრივ გასინჯვას ახორციელებენ ძალიან ფრთხილად (წინასწარ ვენაში სისხლის შემცვლელების ან 5%-იანი გლუკოზის ხსნარის შეყვანის დაწყებისა და საოპერაციო ბლოკის მომზადების პირობებში). თუ საშვილოსნოს ყელი გახსნილია, ადვილია პლაცენტის წინმდებარეობის დადგენაც. თუ საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირი მთლიანად პლაცენტის ქსოვილითაა დაფარული, აღნიშნავენ პლაცენტის სრულ, ან ცენტრალურ წინმდებარეობას, თუ მისი 2/3-ია დაფარული და გვერდით სანაყოფე ბუშტი ისინჯება-ნაწილობრივ წინმდებარეობას.

პლაცენტის დაბალი მიმაგრების დროს მისი ქსოვილის ნახვა საშვილოსნოს ყელის სრული გახსნის პირობებშიც კი შეუძლებელია. ამაზე მიუთითებს სანაყოფე გარსების სიმკვრივე და უსწორმასწორო ზედაპირი პლაცენტის კიდესთან ახლოს.

თუ საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირი დახურულია, შინაგანი გასინჯვით ძნელია პლაცენტის წინმდებარეობის დადგენა. ასეთ შემთხვევაში ხელმძღვანელობენ საშოს უკანა თაღში რბილი წარმონაქმნის პალპაციით.

თუ სასწრაფო ოპერაციული ჩარევა საჭირო არ არის და მხოლოდ ეჭვი აქვთ, რომ პლაცენტის წინმდებარეობაა, შეიძლება გამოკვლევის სპეციალური მეთოდების გამოყენება (თერმოპლაცენტოგრაფია, ულტრაბგერა, იზოტოპური პლაცენტოგრაფია და რენტგენოევზიკოგრაფია).

თერმოპლაცენტოგრაფია ემყარება ინფრაწითელ სპექტრში სხივების შთანთქმას, რომლებიც აირეკლებიან მუცლის წინა კედლიდან. ნათელი ზონა პლაცენტის მიმაგრების ადგილია.

ულტრაბგერის საშუალებით პლაცენტის ლოკალიზაციის დადგენა შეიძლება ოსცილოგრაფის ეკრანზე ულტრაბგერითი იმპულსების არეკლილი-არეკლილი იმპულსების თავისებური ცვლილებები პლაცენტის ლოკალიზაციასა და მის ზომებზე მიუთითებს.

იზოტოპური პლაცენტოგრაფია. ორსულის იდაყვის ვენაში შეყავთ რადიოაქტიური ნივთიერებები ხსნარის სახით, შემდეგ აღმრიცხველის საშუალებით გასაზღვრავენ იმპულსთა რაოდენობას მუცლის სხვადასხვა უბანზე. იმპულსთა უდიდესი რაოდენობა პლაცენტის მიმაგრების ადგილზე აღინიშნება.

რენტგენოევზიკოგრაფია. შარდის ბუშტში შეყავთ 40-60 სმ 10 ან 20%-იანი სერგოზინის ხსნარი (ან იმავე რაოდენობით CO_2) და განსაზღვრულ პროექციაში-წინ და გვერდზე გადაიღებენ მუცლის ქვედა არეს. პლაცენტის წინმდებარეობის დროს შარდის ბუშტსა და წინმდებარე ნაწილს შორის მანძილი 2 სმ ან უფრო მეტია (ნორმა 0,6-1,0 სმ).

ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლის მკურნალობა

ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლის მკურნალობის საფუძველია დამზოგველი მეთოდებით მშობიარობის სწრაფი დამთავრება, ბრძოლა შოკთან და ანემიასთან.

თუ შინაგანი გასინჯვისას საშვილოსნოს ყელი გახსნილია 3-4 სმ-მდე, სანაყოფე ბუშტის მთლიანობას არღვევენ (რაც მცირე ფართობზე აცლის შემთხვევაში შესაძლოა საკმარისიც იყოს), სამშობიარო მოქმედების სტიმულაციას ახდენენ (მისი სისუსტის შემთხვევაში), ყოველ 10 წუთში ზომავენ მუცლის გარშემოწერილობას, საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლეს, ნაყოფის გულისცემას, მშობიარობის არტერიული სისხლის წნევას, მაჯისცემას.

თუ რბილი სამშობიარო გზები არ არის მომზადებული და ნაადრევი აცლის პროგრესირების კლინიკური სურათია (მკვეთრი ანემია, არტერიული წნევის დაცემა, ტაქიკარდია, ნაყოფის ჰიპოქსია, საშვილოსნოს ფუძისა და მუცლის გარშემოწერილობის მატება, საშვილოსნო დაჭიმულია, პალპაციით მტკივნეული, ნაყოფის ნაწილების გასინჯვა ვერ ხერხდება და ა.შ.), საჭიროა საკეისრო გაკვეთის ჩატარება. თუ აღმოჩნდა საშვილოსნოს იმბიბიცია, სისხლჩაქცევები საშვილოსნოს კედლებში (კუველერის საშვილოსნო), apoplexies uteroplacentaires Couvelaire, რაც ცენტრალური აცლის დროს ვითარდება, საჭიროა საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაცია დანამატების გარეშე, რადგან ასეთი საშვილოსნო არ შეიკუმშება და საშვილოსნოს ჰიპოატონია განვითარდება.

თუ საშვილოსნოს ყელი გახსნილია სრულად, წინმდებარე თავი მენჯის ღრუს

ვიწრო ნაწილში ან გამოსავალშია, მშობიარობის სწრაფად დამთავრების მიზნით აღებენ სამეანო მაშას. ასევე შეიძლება ვაკუუმექსტრაქციის, მკვდარი ნაყოფის შემთხვევაში კი - კრანიოტომიის გაკეთება. სათანადო პირობებში შეიძლება ნაყოფის სამეანო მობრუნება, მენჯით წინმდებარეობის შემთხვევაში - ნაყოფის ექსტრაქცია.

ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლის ყველა შემთხვევაში ნაყოფის დაბადებისთანავე ნარკოზის ქვეშ საჭიროა ხელით პლაცენტის მოცილება და საშვილოსნოს ღრუს დათვალიერება (პლაცენტის მიმაგრების ადგილის დაზიანების გამოსარიცხად).

მშობიარობის პროცესში ჰიპო-ატონიური და ჰიპო-აფიბრინოგენემიური სისხლის დენის პროფილაქტიკას ატარებენ (რადგან საშვილოსნოს კედლების იმბიბიციის შემთხვევაში ვითარდება ჰიპო-ატონია, ხოლო სანაყოფე სითხის, სანაყოფე კვერცხის ელემენტების დედის სისხლის მიმოქცევაში მოხვედრისას - ჰიპო-აფიბრინოგენემია).

პლაცენტის წინმდებარეობის მკურნალობა

ორსულობის მეორე ნახევარში სისხლიანი გამონადენი ორსულის ჰოსპიტალიზაციის აუცილებლობაზე მიუთითებს.

კონსერვატიული მეთოდით მკურნალობენ იმ შემთხვევაში, როდესაც სისხლიანი გამონადენი უმნიშვნელოა, არ იწვევს ორსულის ზოგადი მდგომარეობის შეცვლას. საჭიროა წოლითი რეჟიმის დაცვა, მცირე დოზებით სისხლის გადასხმა, ვიტამინოთერაპია. ორსული განსაკუთრებული ყურადღების ქვეშ უნდა იყოს (საჭიროა სისხლის არტერიული წნევის, მაჯისცემის გასინჯვა და სისხლის ხშირი ანალიზი).

პლაცენტის ნაწილობრივი წინმდებარეობის დროს, როცა ძლიერი სისხლის დენა არ არის, უნდა ჩაატარონ ქვეჩამოთვლილი მანიპულაციები:

1) სანაყოფე ბუშტის მთლიანობის დარღვევა (ნაყოფის სიგრძითი მდებარეობისა და საშვილოსნოს ყელის 4-6 სმ-ზე გახსნისას). ამ მანიპულაციამ შეიძლება გამოიწვიოს სისხლის დენის შეჩერება, რადგან სანაყოფე ბუშტი რა იხსნება და არ იწევს პლაცენტის აცლას, ამავე დროს წინმდებარე ნაწილი ძირს ჩამოიწევა და ხდება აცლილი პლაცენტის დატამპონება;

2) მეტრეირიზი. სანაყოფე ბუშტის მთლიანობის დარღვევის შემდეგ საშვილოსნოს ღრუში ინტრაამნიალურად შეაქვთ მეტრეირინტერი, რომელიც ივსება სტერილური ხსნარით, რაც იწვევს აცლილი პლაცენტის დატამპონებას;

3) თავ-კანის მაშას (ივანოვ-ვილტ-ჰაუსის) ადებენ ნაყოფის თავის კანზე და კიდებენ ტვირთს (200-300 გ). ჩამოწეული თავი ასევე იწვევს აცლილი პლაცენტის დატამპონებას;

4) ფეხის ჩამოტანა შერეული ჯდომის ან ფეხებით წინმდებარეობის დროს ასევე იწვევს აცლილ პლაცენტაზე მეწოლას და სისხლის დენის შეჩერებას;

5) ვაკუუმსტიმულატორის გამოყენების მიზნით საშვილოსნოს ყელის 5-6 სმ-ზე გახსნის პირობებში წინმდებარე თავზე ადებენ ვაკუუმექსტრაქტორის ყველაზე მცირე ზომის ხუფს. ქმნიან უარყოფით წნევას 0,45-0,5 კგ/სმ და კიდებენ ტვირთს - 300-400 გ-ს. ეს მანიპულაცია არ უნდა გაგრძელდეს 1 1/2 საათზე მეტს;

6) საკეისრო გაკვეთას აკეთებენ პლაცენტის სრული წინმდებარეობის ყველა შემთხვევაში (აბსოლუტური ჩვენება) და ნაწილობრივი წინმდებარეობისას, რომელსაც თან სდევს ძლიერი სისხლის დენა (მოუმზადებელი სამშობიარო გზების პირობებში);

7) სამეანო მაშით ოპერაციას მიმართავენ ნაწილობრივი წინმდებარეობის ან დაბალი მიმაგრების შემთხვევაში, როცა ნაყოფი ცოცხალია და წინმდებარე თავი მენჯის ღრუს ვიწრო ნაწილში ან გამოსავალშია.

XXXV თავი

სისხლის დენა მშობიარობის მესამე პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანში

ფიზიოლოგიურად მიმდინარე მშობიარობის პირველი ორი (საშვილოსნოს ყელის გახსნისა და ნაყოფის დაბადების) პერიოდი სისხლის დენას არ იწვევს, მესამე (მომყოლის გამოძევების) პერიოდში სისხლის დენა ხშირია. ამ პერიოდში დაკარგული სისხლის რაოდენობა 150 მლ-ს აღწევს, მაგრამ 400 მლ-ს არ უნდა აღემატებოდეს. თუ დაკარგული სისხლის რაოდენობა ამაზე მეტია, ეს პათოლოგიაა, რაც მიზეზობრივად მომყოლის პერიოდის გართულებას უკავშირდება.

ეტიოლოგია: მშობიარობის დროს ყველაზე ხშირი და საშიში გართულებები სწორედ მომყოლის ხანას ემთხვევა.

მომყოლის ხანაში სისხლის დენის მიზეზებია: რბილი სამშობიარო გზების დაზიანება (საშვილოსნოს ყელის, საშოს კედლების, შორისის, კლიტორის გახეთქა), პლაცენტის მოცილების პათოლოგია, პლაცენტის გამოძევების პათოლოგია, საშვილოსნოს ჰიპო-ატონია და თრომბოჰემორაგიული სინდრომის განვითარება.

პირველ რიგში საყურადღებოა პლაცენტის მოცილების ან მოცილებული პლაცენტის გამოძევების დარღვევა. ორივე სახის გართულება ჭარბ სისხლის დენას იწვევს და სასწრაფო დახმარებას საჭიროებს.

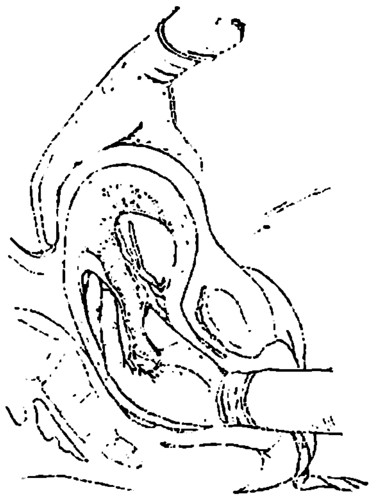
პლაცენტის მოცილება ხდება საშვილოსნოს კუნთების შეკუმშვის (რეტრაქციის) და რეტროპლაცენტური ჰემატომის წარმოქმნის შედეგად. შეკუმშვისას საშვილოსნოს კუნთები ახშობს სისხლძარღვთა სანათურს, როგორც ლიგატურა, და აჩერებს სისხლის დენას. პლაცენტის უკან განვითარებული ჰემატომა აჩქარებს მის მოცილებას და გამოძევებას. როცა პლაცენტის მთლიანად მოცილება არ ხდება, მაშინ მოცილებული ადგილიდან პათოლოგიური ხასიათის სისხლის დენა ვითარდება. სისხლის დენა 400 მლ-ის ფარგლებში ქალის სიცოცხლისთვის საშიშად არ არის მიჩნეული. 500 მლ-ზე მეტი სისხლის დაკარგვა კი უკვე საშიშია. რამდენადაც ადრე ჩაერევიან სისხლის დენის დროს, იმდენად პროგნოზი უკეთესი იქნება.

ცხადია, სისხლის დაკარგვის შეფასებისას არ შეიძლება რაიმე შაბლონით ხელმძღვანელობა. გასათვალისწინებელია ორგანიზმის რეაქციის თავისებურება, ამტანობა, სისხლის დაკარგვისადმი გამძლეობა, სისხლის რეგენერაციის უნარი და სხვ. შეიძლება ერთი ორგანიზმისთვის 500-1000 მლ სისხლის დაკარგვა სასიკვდილო იყოს, მეორე ორგანიზმი კი ადვილად იტანდეს მეტი სისხლის დაკარგვასაც კი.

პლაცენტის არაწესიერი მოცილება დამოკიდებულია მის ნაწილობრივ ან სრულ შეხორცებაზე. ზოგჯერ პლაცენტა მოცილებულია და გარეთ არ გამოძევდება-საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის ან საშვილოსნოს კუთხის (ფალოპიუსის მილის) შეერთების ადგილის სპაზმის გამო (კუთხის პლაცენტა), რაც სისხლის დენას იწვევს. ძლიერ სისხლის დენას იწვევს პლაცენტის მიმაგრება და შეხორცება საშვილოსნოს ყელთან.

პლაცენტის შეზრდისა და სისხლის დენის მიზეზი შეიძლება იყოს ინფანტილიზმი, საშვილოსნოს ანთება, გადატანილი სეფსისი, ხშირი აბორტი, იოდის შეშხაპუნება საშვილოსნოში, საშვილოსნოს ფიბრომიომა, დეციდური გარსის (უმთავრესად მისი ღრუბლისებრი ან იშვიათად კომპაქტური შრის) სუსტი განვითარება.

ზოგჯერ პლაცენტა საშვილოსნოს კედელთან ჩვეულებრივზე უფრო მჭიდროდაა შეკავშირებული, მაგრამ ქორიონის ბუსუსები არ სცილდება (placenta accreta) კომპაქტური შრის ფარგლებს, რომელიც შეიძლება იყოს ნაწილობრივი და მთლიანი



სურ.155 პლაცენტის ხელით მოცილება

(placenta adhaerens totalis et partialis).

პლაცენტის ნამდვილი შეხორცება (placenta accreta) დროს ქორიონის ბუსუსები უშუალოდ კუნთოვან შრემდეა, ზოგჯერ კუნთოვან შრესაც აღწევს, მაშინ პლაცენტის მოცილება შეუძლებელია. პლაცენტის ნამდვილი შეხორცების ეს სახე შეიძლება იყოს სრული და ნაწილობრივი (placenta accereta totakis et partialis).

პლაცენტის ნამდვილი შეხორცების საშიში ფორმაა placenta, როდესაც ბუსუსები ჩაზრდილია კუნთოვანი შრის მთელ სისქეში. ამ შემთხვევაში პლაცენტის ბუსუსების მოცილება შეუძლებელია. პლაცენტის მიხორცების ეს ფორმაც შეიძლება იყოს სრული და ნაწილობრივი (increta placenta increta totalis et partialis). ზოგჯერ ქორიონის ბუსუსები გააღწევს საშვილოსნოს ყველა შრეში. პლაცენტის მიმაგრების ეს უიშვიათესი პათოლოგია ცნობილია placenta percreta- ს სახელწოდებით. ამ დროს ქორიონის ბუსუსებმა შეიძლება საშვილოსნოს კედლებიდან ბადექონამდეც კი გააღწიოს.

პლაცენტის სრული, ნამდვილი შეხორცებისას პლაცენტის სპონტანური ან ძალდატანებითი მოცილების გარეშე სისხლის დენა არ იწყება, რამდენადაც ბუსუსებს შორის სივრცის მთლიანობა არ არის დარღვეული. პლაცენტის ნამდვილი ნაწილობრივი შეხორცების დროს მისი ნაწილობრივი მოცილების გამო ყოველთვის ვითარდება სისხლის დენა, რომლის ინტენსივობა დამოკიდებულია პლაცენტის მიმაგრების ადგილას საშვილოსნოს კონტრაქცია-რეტრაქციაზე.

არცთუ იშვიათად მომყოლის ხანის პათოლოგიის მიზეზია თვის პლაცენტის განვითარების თავისებურება. ასეთ შემთხვევაში პლაცენტა არ შორდება საშვილოსნოს კედელს ფიზიოლოგიურ ვადაში ან მოცილებულია და საშვილოსნოს ღრუში რჩება.

ზოგჯერ თვით დამხმარე პერსონალი ართულებს მომყოლის ხანის მიმდინარეობას ტლანქი ან უდროო ჩარევით (საშვილოსნოს მასაჟი, როცა პლაცენტა ჯერ კიდევ არ არის მოცილებული საშვილოსნოს კედელს და სხვ.).

სიმპტომები და მკურნალობა. როგორც წესი, ნაყოფის დაბადებიდან 15-20 წუთ-

ის შემდეგ საშვილოსნოს იწყებს შეკუმშვას, რასაც ემატება მუცლის პრესისა და დიაფრაგმის ზემოქმედება და საშვილოსნოდან მომყოლი გამოძევდება.

მომყოლის ხანის ჩატარება საჭიროებს დაცვას, მოთმინებას, მეთვალყურეობას, აუჩქარებლობას. რამდენადაც შესაძლებელია ეს პერიოდი ყოველგვარი ჩარევის გარეშე უნდა ჩატარდეს. დაკარგული სისხლის რაოდენობას ადგენენ. თვალყურს ადევნებენ აგრეთვე საშვილოსნოს კუმშვადობას, მშობიარობის საერთო მდგომარეობას, სუნთქვას, მაჯისცემას, წნევას. პლაცენტის მოცილებას ახასიათებს სწორი, სავსე და ნელი მაჯისცემა, როცა დაკარგული სისხლის რაოდენობა ფიზიოლოგიურ ფარგლებშია.

განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ შარდის ბუშტის დროულ დაცლას. შარდით ავსებული ბუშტი ხელს უშლის საშვილოსნოს კუმშვას, აბრკოლებს მომყოლის როგორც მოცილებას, ისე გამოძევებას.

პლაცენტის ნამდვილი, მთლიანი შეხორცების დროს პლაცენტის მოცილების ნიშნები და სისხლის დენა არ არის. პლაცენტის ნამდვილი ნაწილობრივი შეხორცებისა და არასრული მჭიდრო მიმაგრების დროს ვითარდება სისხლის დენა. პლაცენტის მოცილების ნიშნები არ არის. პლაცენტის გამოძევების პათოლოგიის დროს პლაცენტის მოცილების ნიშნები არის, მაგრამ მისი თავისთავად გამოძევება არ ხდება.

პლაცენტის მოცილებისა და გამოძევების პათოლოგიით გამოწვეული სისხლის დენის მკურნალობა შემდეგი თანმიმდევრობით უნდა ჩაატარონ: შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია, საშვილოსნოს შესაკუმში საშუალებების შეყვანა (1%-იანი 1 მლ მეთილერგომეტრინი, 1 მლ-3 ერთ. პიტუიტრინი ან 1 მლ-4 ერთ. ოქსიტოცინი) კუნთებსა ან ვენაში (ვენაში შეყვანის დროს უმატებენ 40%-იანი გლუკოზის 20 მლ-ს); მომყოლის გამოძევება აბულაძის ან კრედე-ლაზარევიჩის წესით უბანგოდ; მომყოლის გამოძევება კრედე-ლაზარევიჩის წესით გაუტკივარებით (რადგან ამჟამად ვითარდება საშვილოსნოს მუსკულატურის სპაზმი ფალოპიუსის მილების დასაწყისსა ან საშვილოსნოს ყელის არეში, ბანგის მიცემისას კი სპაზმი ქრება. ფალოპიუსის მილებისა და საშვილოსნოს ყელის არეში სპაზმის მიზეზი შეიძლება იყოს საშვილოსნოს მასაჟი, ჭიპლარის მოზიდვა), მომყოლის ხელით მოცილება და საშვილოსნოს კედლების ხელით შემოწმება გაუტკივარებით.

მომყოლის ნამდვილი შეხორცების დიაგნოზს საბოლოოდ ადგენენ მისი ხელით მოცილების ცდის დროს და ამტკიცებენ ამოკვეთილი საშვილოსნოს ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევით. ზემოაღნიშნული დიაგნოზის დადგენის შემთხვევაში წყვეტენ მომყოლის ხელით მოცილებას (რადგან ეს უკანასკნელი სისხლის დენას აძლიერებს) და სასწრაფოდ აკეთებენ მუცელკვეთას, საშვილოსნოს სუპრავაგინურ ამპუტაციას ან ექსტირპაციას (იმის მიხედვით, თუ სად არის მიმაგრებული პლაცენტა).

რბილი სამშობიარო გზების დაზიანებით გამოწვეული სისხლის დენის დიაგნოსტიკა ადვილია სარკეებით მათი დათვალიერებით.

ლოგინობის ადრეულ ხანაში სისხლის დენა შეიძლება გამოწვეული იყოს შემდეგი მიზეზებით: პლაცენტის ნაწილების ჩარჩენით (retentio placentae partialis), რბილი სამშობიარო გზების დაზიანებით, საშვილოსნოს ჰიპოტონიითა და ატონიით, თრომბოჰემორაგიული სინდრომით.

პლაცენტის ნაწილების ჩარჩენის დიაგნოზს ადგენენ მისი დათვალიერებით. საეჭვო შემთხვევაში ჯერ რბილ სამშობიარო გზებს დაათვალიერებენ და შემდეგ საშვილოსნოს ღრუს ხელით ამოწმებენ ბანგის პირობებში. თუ დეფექტი ნამდვილად არის, მაშინ მიმართავენ საშვილოსნოს ღრუს ხელით შემოწმებას ბანგის ქვეშ. ერთ-

დროულად ვენაში შეყავთ ოქსიტოცინის 1 მლ-5 ერთეული 20 მლ 40%-იან გლუკოზასთან ერთად.

თუ საშვილოსნოს ღრუში გარსების მცირე ნაწილია დარჩენილი, შეიძლება თავისით გამოძევდეს, დიდი ნაწილის გამოტანა კი საჭიროა ხელით.

საშვილოსნოს ჰიპო-ატონიით გამოწვეული სისხლის დენა- HYPOTONIA, ATONIA UTERI

ჰიპო-ატონიური სისხლის დენა ეწოდება საშვილოსნოს მოტორული ფუნქციის მოშლით გამოწვეულ სისხლის დენას.

ჰიპოტონიის დროს საშვილოსნოს კუმშვისუნარიანობა და ტონუსი დაქვეითებულია, მაგრამ მედიკამენტურ, ფიზიკურ, მექანიკურ, ელექტრონულ და სხვა გამღიზიანებელი მოქმედების შედეგად იკუმშება. ატონიის შემთხვევაში საშვილოსნო სრულად კარგავს კუმშვის უნარს და ტონუსი მკვეთრად დაქვეითებულია.

საშვილოსნოს მოტორული ფუნქციის აღდგენა ხდება სამი სტადიის გავლით: ატონია-ჰიპოტონია-ნორმოტონია. მასიური სისხლის დენის გამო განვითარებული ჰიპოქსია საშვილოსნოს მოტორული ფუნქციის აღდგენის გახანგრძლივებას იწვევს.

ეტიოლოგია. საშვილოსნოს ჰიპო-ატონია შეიძლება განვითარდეს შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავის დაუცლელობის, მოცილებული პლაცენტის საშვილოსნოში დიდი ხნით დარჩენის, მშობიარობის გახანგრძლივების შედეგად, სამშობიარო მოქმედების I და II სისუსტის გამო, საშვილოსნოს ფუნქციური და ანატომიური უკმარისობის (განვითარების მანკი, ინფანტილიზმი, საშვილოსნოს სიმსივნე, ხშირი აბორტი, ანთებითი პროცესი, მრავალწყლიანობა, მრავალნაყოფიანობა, დიდი ნაყოფი, ანატომიურად და კლინიკურად ვიწრო მენჯი, ნეფროპათია, პრეეკლამფსია, ეკლამფსია), დიდი პლაცენტური ჰიპო-ატონიურ სისხლის დენას ხელს უწყობს აგრეთვე ნეირო-ფსიქიკური მოშლილობა, ჰორმონული კორელაციის დარღვევა და სხვ.

ჰიპოტონიის დროს კლინიკურად საშვილოსნო დიდი ზომისაა, მოდუნებული, სისხლის დენა აღინიშნება.

ატონიის დროს საშვილოსნო ჩეარიეითაა, მისი კონტურების დადგენა მუცლის წინა კედელთან ძნელია, ვითარდება ინტენსიური სისხლის დენა, რომელსაც თან სდევს მშობიარის საერთო მდგომარეობის სწრაფი გაუარესება.

ჰიპო-ატონიის დროს საჭიროა როგორც საშვილოსნოს შეკუმშვის, ასევე მელოგინის საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესების ღონისძიებათა ჩატარება: შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია, საშვილოსნოს შესაკუმშავი საშუალებების (პიტუიტრინის, მამოფიზინის, ოქსიტოცინის ან მეთილერგომეტრინი) შეყვანა კუნთებში, ვენაში 1,0 ოქსიტოცინის ან 1,0 მეთილერგომეტრინის შეყვანა 20 მლ 40%-იან გლუკოზის ხსნართან ერთად, საშვილოსნოს გარეგანი მასაჟი, ყინულის ბუშტის ან ცივი ტილოს დადება მუცელზე. ზემოაღნიშნულ ღონისძიებებს ერთდროულად ახორციელებენ. აუცილებელია ვენაში სისხლის შემცვლელების შეყვანა წვეთობრივად. აღნიშნულ ღონისძიებათა არაეფექტურობის შემთხვევაში ატარებენ საშვილოსნოს ღრუს რევიზიას ხელით, მუშტზე მასაჟს, ერთდროულად ვენაში შეყავთ 40%-იანი Sol. გლუკოზა 20,0, ოქსიტოცინი 1 მლ (5 ერთ.). თუ დაკარგული სისხლის რაოდენობა აღემატება 500 მლ-ს და სისხლის დენა ისევ გრძელდება, საჭიროა თანამოსახელე ჯგუფის სისხლის გადასხმა წვეთობრივად ან ნაკადურად.

კარგ შედეგს იძლევა საშვილოსნოს ყელის ფორმირება მ.ს.გოგინეიშვილის მეთოდით (საშვილოსნოს ყელს საათის ისრის დანაყოფებზე 12, 3, 6, 9 ადებენ 2-3 სმ სიგრძის კეტგუტის კვანძოვან ნაკერს, რაც იწვევს როგორც ნერვულ დაბოლოება-

თა გალიზიანებას და საშვილოსნოს შეკუმშვას, ასევე საშვილოსნოს ყელის დაზიანებული რბილი ქსოვილებიდან სისხლის დენის შეჩერებას).

თუ სისხლის დენა 700 მლ-ზე მეტია, მექანიკური ჰიპო-ატონური პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა ჰემოსტატიკური საშუალებების შეყვანა.

არცთუ იშვიათად საშვილოსნოს ყელის უკანა ბაგეზე ადებენ გარდიგარდმო ნაკერს (ლოსიცკაიას მეთოდი), ახორციელებენ საშოს უკანა თაღის ტამპონადას ეთერში დასველებული დოლბანდით, საშვილოსნოს ელექტროტონიზაციის ინდუქციური დენით (განმუხტვის დრო 0,01 წამი. გარეგანი ელექტროტონიზაციის დროს კონდენსატორის განმუხტვა-3000 ვოლტი, საშვილოსნოს შიგნით ელექტროდის მოთავსების შემთხვევაში-1000 ვოლტი). დროებით ღონისძიებათ იყენებენ საშვილოსნოს ყელზე კვანტალიანის მეთოდით თანგების დადებას ან გვერდით თაღებზე ჰენკელ-თიკანაძის მეთოდით მომჭერების დადებას. იყენებენ აგრეთვე თავხელიძის მომჭერებს. ოპერაციის წინ შეიძლება დროებითი ღონისძიებად საშვილოსნოს ღრუს ტამპონადის განხორციელება (20 მეტრ ფართო დოლბანდს დაასველებენ თრომბინის ხსნარსა და ჰემოსტატურ ღრუბელში, უკიდურეს და იშვიათ შემთხვევაში-ეთერის ხსნარში).

შემდეგ ეტაპზე აკეთებენ მუცელკვეთას, მაგისტრალურ სისხლძარღვებს გადაკვანძავენ. უეფექტობის შემთხვევაში საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაციას ან ექსტირპაციას აკეთებენ. ოპერაციის მასშტაბს არკვევენ მისი მიმდინარეობისას. ჰიპოტონიასთან ბრძოლის ღონისძიებებს ატარებენ გაუტკივარებით, შემდგომ ოქსიგენოთერაპიით. სისხლის დენასთან ბრძოლის დროს აუცილებელია სისხლის დანაკარგის ზუსტი აღნიშვნა. პათოლოგიური სისხლის დენა შეიძლება იყოს კომპენსირებული და დეკომპენსირებული.

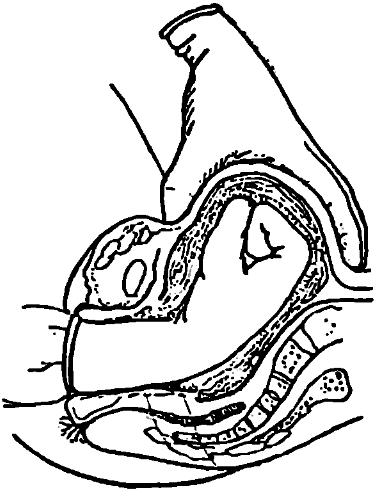
კომპენსირებული სისხლის დენის ნიშნებია: 1. სტაბილური არტერიული სისხლის წნევა, ან მისი დაქვეითება ვერცხლისწყლის სვეტის არაუმეტეს 20 მმ-ით; 2. უცვლელი ან მცირედ შეცვლილი საერთო მდგომარეობა (უმნიშვნელო ტაქიკარდია ან ტაქიპნოე). დაკარგული სისხლის კომპენსირება ხდება შემდეგნაირად: სისხლძარღვთა აქტიური შეკუმშვით, [redacted] ელენთის, ღვიძლის, საშვილოსნოს, კანის სუბკაპილარული ქსოვილიდან, მეზენტერიული სისხლძარღვებიდან სისხლის მობილიზაციით, გულის მუშაობის შეცვლით-ხშირი შეკუმშვა-წუთმოცულობის გადიდებით.

ამ მექანიზმების უკმარისობის შემთხვევაში ვითარდება დეკომპენსაცია, კანის საფარველისა და ლორწოვანის მკვეთრი ანემია, მაჯისცემა 100-ზე მეტია წუთში, სისხლის არტერიული წნევა არასტაბილურია, ქვეითდება ვ.წყ.სვ. 90/50 მმ-მდე. ვენური წნევაც ეცემა, აღინიშნება ქოშინი, საერთო მკვეთრი სისუსტე, ყურებში შუილი, თავის ტკივილი.

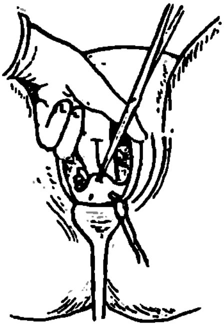
თუ სისხლის დენა პროგრესირებს და მიღებული ღონისძიებანი არასაკმარისია, არტერიული წნევა მკვეთრად ეცემა, მაჯა ძაფისებრი ხდება, შემდეგ კი-ქრება. დეკომპენსაციურ სისხლის დენის უმძიმეს ფორმას ჰემორაგიულ კოლაფსს უწოდებენ.

სისხლის დენასთან ბრძოლის ზემოაღნიშნულ ღონისძიებათა პარალელურად ქალი უნდა მოთავსდეს ტრენდელენბურგის მდგომარეობაში, ირგვლივ შემოუწყონ სათბურები. თუ ქალი ბანგის ქვეშ არ არის, დაალევინებენ ცხელ ჩაის ან ყავას სპირტთან ან კონიაკთან ერთად, მუდმივად აწვდიან ჟანგბადს.

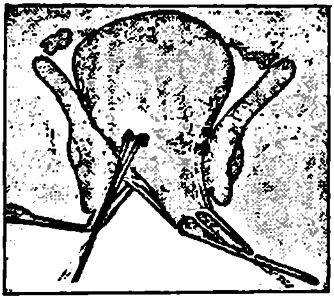
დეკომპენსაციური სისხლის დენის შემთხვევაში სისხლი შეყავთ რამდენიმე ვენაში ნაკადური წესით, სისხლის შემცვლელთან (პლაზმასთან, პოლიგლუკინთან, რეოპოლიგლუკინთან, 5%-იანი გლუკოზის ხსნართან) ერთად.



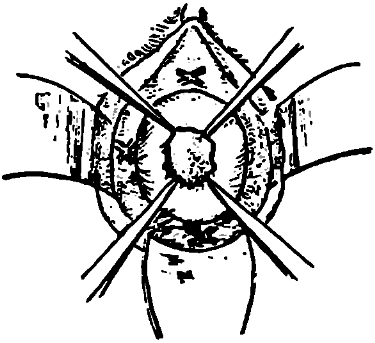
სურ. 157 საშვილოსნოს ღრუს ხელით რევიზია და მუშტზე მასაჟი



სურ. 158 ლოსიც-კაიას მეთოდი

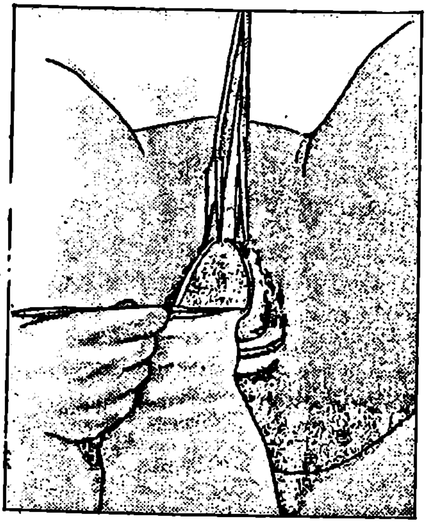


სურ. 160 ჰენკელ-ტიკანა-ძის მეთოდი

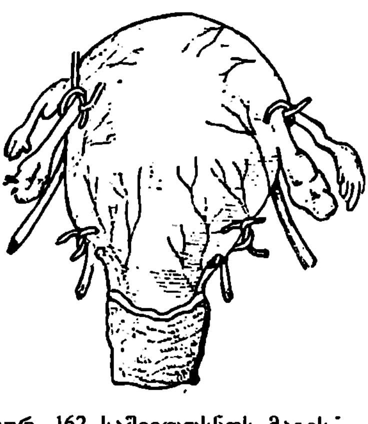


სურ. 156 საშვილოსნოს ყელის ფორმირება მ.ს.გიგინეიშვილის მეთოდით

სურ. 159 კვანტალიანის მეთოდი



სურ. 161 საშვილოსნოს ღრუს ტამპონადა



სურ. 162 საშვილოსნოს მაგის-ტრალური სისხლძარღვების გადაკვანძვა ჯ.ციციშვილის მეთოდით

დიდი რაოდენობით ხსნარების შეყვანის გამო თირკმლის უკმარისობა რომ არ განვითარდეს, საჭიროა ვენაში რეოპოლიგლუკინის, ჰემოდეზის ან გლუკოზანოვო-კაინის ხსნართან ერთად 40-80 მგ ლაზიქსის წვეთოვნად შეყვანა.

საჭიროა აგრეთვე აციდოზის საწინააღმდეგო ღონისძიებათა ჩატარება: 5 %-იანი სოდის ხსნარი 150-200 მლ რაოდენობით. აუცილებლობის შემთხვევაში 1 საათის შემდეგ შეიძლება მისი განმეორებით შეყვანა.

სისხლის გადასხმის დროს, ლიმონმჟავა ნატრიუმი რომ განეიტრალდეს და კა-ლიუმის რაოდენობა შემცირდეს (ასეთ შემთხვევაში ვითარდება ჰიპრკალიემია), სისხ-ლის გადასხმის წინ და მისი მიმდინარეობისას ყოველ 400-500 მლ სისხლზე ვენაში უნდა შეიყვანონ 10-15 მლ ნოვოკაინის ხსნარი (ნელა!) და 10%-იანი 10 მლ კალციუმ-ქლორიდი ან ამავე რაოდენობით კალციუმგლუკონატი.

კომპენსირებული სისხლის დენის შემთხვევაში მელოგინის ჰემოდინამიკური დარ-ღვევის კომპენსაცია შეიძლება 200 მლ სისხლის გადასხმით ან მისი კომბინირებით სისხლის შემცვლელებთან. თუ დაკარგულია ქალის წონის 0,6-0.8% სისხლი, შეიძლე-ბა გადაუსხან 1/3 სისხლი და 2/3 სისხლის შემცვლელი; წონის 0.9-1,0% სისხლის დაკარგვისას საჭიროა 2/3 სისხლისა და 1/3 სისხლის შემცვლელის გადასხმა.

დეკომპენსირებული სისხლის დენის შემთხვევაში საჭიროა სისხლის დანაკარგის აღდგენა 120% სისხლით, ან 100 % სისხლით და 10-20% სისხლის შემცვლელით.

მასიური მეტრორაგიის დროს პლაზმის ალბუმინი მკვეთრად ქვეითდება, რაც იწვევს ალბუმინურ-გლობულინური კოეფიციენტის დაქვეითებას და ერითროციტებ-ის აგრეგაციას, რისთვისაც ქალს უნდა გადაუსხან 10%-იანი 250 მლ ალბუმინი. ეს უკანასკნელი აუმჯობესებს მიკროცირკულაციას და ხელს უშლის ქსოვილებსა და ორგანოებში მიკროთრომბების წარმოქმნას.

მძიმე ჰემოდინამიკური დარღვევის დროს (რაც გამოწვეულია დეკომპენსირებუ-

ლი სისხლის დენით) შეიძლება ვენაში სისხლის გადასხმამ ეფექტი არ გამოიწვიოს მარჯვენა გულისა და ვენური წრის სისხლით გადავსების გამო. ეს ხდება მაშინ, როდესაც სისხლის წნევა ვ.წყ.სვ. 80 მმ-ზე ნაკლებია. ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია არტერიაში სისხლის დატუმბვა 250-450 მლ რაოდენობით ვ.წყ.სვ. ცვალებადი წნევით 60 მმ-დან 220 მმ-მდე.

არტერიაში სისხლის გადასხმა იწვევს სისხლძარღვთა ინტერორეცეპტორების გაღიზიანებას, წნევის მომატებას, აძლიერებს იმპულსებს და აღადგენს მათ გატარებას ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში.

დაკარგული სისხლის რაოდენობის აღსადგენად შეიძლება კარდიოტონური ნივთიერებების შეყვანა (კანქვეშ კორდიამინი, ქაფური, კოფეინი), მძიმე შემთხვევაში კორგლიკონის, სტროფანტინის, ადრენალინის ან ეფედრინის, აგრეთვე ნორადრენალინის ან მეზოტონის შეყვანა ვენაში.

მძიმე ჰემოდინამიკური დარღვევის დროს ნორადრენალინის ან მეზოტონის შეყვანა დაკარგული სისხლის რაოდენობის აღდგენამდე არ არის სასურველი.

შოკის განვითარების შემთხვევაში მელოგინეს დამატებით უნდა გადაუსხან შოკის საწინააღმდეგო სითხე, ვენაში წვეთოვნად შეუყვანონ 90-500 მლ ჰიდროკორტიზონი, ანალგეზიური საშუალებანი. უეფექტობის შემთხვევაში ავადმყოფი უნდა გადაიყვანონ მართვით სუნთქვაზე.

მშობიარე და მელოგინე, რომლებიც ჰიპო-ატონიური სისხლის დენა აქვთ, არატრანსპორტაბელურნი არიან.

— თრომბოჰემორაგიული სინდრომი

თრომბოჰემორაგიული სინდრომი კოაგულოპათიაა, რომელიც ვითარდება სისხლის მიმოქცევაში თრომბინის წარმოქმნის გამო.

ამ პათოლოგიას მყანობაში იწვევს: ორსულთა ტოქსიკოზი, ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლა, პლაცენტის წინმდებარეობა, სანაყოფე სითხის ემბოლია, მკვდარი ნაყოფი, სეფსისური აბორტი ან მშობიარობა, რეზუს-შეუთავსებლობა, ნაადრევი და ვადაგადაცილებული ორსულობა, საკეისრო გაკვეთა და სხვ.

თრომბოჰემორაგიული სინდრომი ორ ფაზად მიმდინარეობს. I ფაზაა ჰიპერკოაგულემია, რომელიც უპირატესად სისხლის თრომბოპლასტიკური აქტივობის მომატების შედეგია, II ფაზა-ჰიპოკოაგულემია ძირითადად ფიბრინის წარმოქმნის პროცესის ინტენსიფიკაციის გამო ვითარდება.

თრომბოჰემორაგიული სინდრომის ორ ფაზად დაყოფა დაფუძნებულია კლინიკურ სურათზე (სისხლძარღვის შიგნით სისხლის შედედება და სისხლის დენა), კოაგულოგრამების დინამიკურმა შესწავლამ კი ცხადყო 4 სტადიის გამოყოფის აუცილებლობა.

I სტადია-ჰიპერკოაგულემია ვითარდება სისხლში ქსოვილოვანი თრომბოპლასტინების დიდი რაოდენობით გადასვლის გამო. II სტადია გამოხატული კოაგულოპათიაა (ფიბრინოგენის რაოდენობის თანდათანობითი დაქვეითება) და ფიბრინოლიზური აქტივობის მომატება. III სტადია დეფიბრინოგენაციისა და ფიბრინოლიზის სტადიაა, IV სტადია კი-აღდგენითი სტადია (ნარჩენი თრომბებისა და ბლოკადების).

ტერმინი „ჰიპო-აფიბრინოგენემია" შეესაბამება თრომბოჰემორაგიული სინდრომის II-III სტადიებს, მაგრამ მას სრულყოფილად არ ასახავს, რადგან ფიბრინოგენის აქტივობის დაქვეითებასთან ერთად ფიბრინოლიზური პროცესი აქტიურდება.

თრომბოჰემორაგიული სინდრომის ეტიოლოგიის შესახებ არსებობს ოთხი თეორია: ჰეპატური, თრომბოპლასტური, ფიბრინოლიზური და კომბინირებული (თრომ-

ბოპლასტურ-ფიბრინოლიზური).

თრომბოპლასტური თეორიის მიხედვით, სისხლძარღვის შიგნით, ქსოვილოვანი თრომბოპლასტინების ზეგავლენით სისხლი დედდება. თრომბოპლასტინ-პროთრომბინი-თრომბინი-ფიბრინოგენი. ფიბრინის ჯაჭვური რეაქციის შედეგად წარმოიქმნება სისხლძარღვის კედლის მრავლობითი თრომბები. სისხლი ღარიბდება ფიბრინოგენით და კარგავს შედედების უნარს.

ფიბრინოლიზური თეორიის მიხედვით, ფიბრინოგენის რაოდენობა ქვეითდება მისი ლიზისის შედეგად, პროთეოლიზური ენზიმის ფიბრინოლიზის ზემოქმედებით, რომელიც გამომუშავდება საშვილოსნოში, შესაძლოა მის დეციდურ გარსში და აქტიურ ფორმაში გადადის სისხლის მიმოქცევაში.

მეოთხე თეორია აერთიანებს უკანასკნელ ორ თეორიას და ამის მიხედვით ზემოგანხილულ პროცესებს წარმოადგენს ამ პათოლოგიის ცალკეულ ფაზებად: ჯერ ვითარდება თრომბოპლასტიკური ფაზა, რომელიც ფიბრინოლიზურში გადადის (ეს თეორია თანამედროვე ეტაპზე უფრო სარწმუნოა).

ნორმის პირობებში ორსულობის ბოლო თვეებში ორსული ქალის სისხლში ფიბრინოგენის რაოდენობა 350-550 მგ%-ის ფარგლებშია.

თრომბოჰემორაგიული სინდრომის II და განსაკუთრებით III სტადიაში ფიბრინოგენის რაოდენობა მკვეთრად ქვეითდება. თუ ის 100 მგ %-მდე დაქვეითდა, სისხლი საერთოდ არ შედედდება (აფიბრინოგენემია).

ცნობილია, რომ ორსულობის პერიოდში სისხლის შემდედებელი სისტემის აქტივობა მატულობს, ხოლო ანტიკოაგულაციური აქტივობა ქვეითდება, ე.ი. ვითარდება ფიზიოლოგიური პრეთრომბოზური მდგომარეობა, რომელიც ზოგად თრომბოზში არ გადადის.

ფიზიოლოგიური თრომბოზი აღინიშნება მხოლოდ მშობიარობის III პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში. ჯანმრთელ მშობიარეში ეს პროცესი არ გენერალიზდება, რადგან მისი ბლოკირება ხდება სისხლძარღვთა კედლების ძლიერი შეკუმშვით (საშვილოსნოს კუნთების შეკუმშვის შედეგად).

სამეანო პათოლოგიის დროს, როდესაც პლაცენტის მიმაგრების ადგილი არ შეიკუმშება (შესაბამისად ამ ადგილას არსებულ სისხლძარღვთა სანათურიც არ იხშობა), რეტროპლაცენტურ ჰემატომაში არსებული ქსოვილოვანი თრომბოპლასტინი გადადის დედის სისხლის მიმოქცევაში (სისხლის ან სანაყოფე სითხის, დეციდური გარსის, მეკონიუმისა და სანაყოფე კვერცხის სხვა ელემენტების გადასვლით ან ტრანსცერვიკალურად საშვილოსნოს ყელის სისხლძარღვების მთლიანობის დარღვევის დროს) და იწვევს სისხლის შედედებას. ფიბრინოგენი დაიშლება და ფიბრინი წარმოიქმნება. როდესაც ფიბრინის რაოდენობა სისხლში გარკვეულ დონეს მიაღწევს, ვითარდება ფიბრინემბოლიზმის მდგომარეობა, რაც გამოწვეულია ფიბრინოგენის პროფიბრინში გადასვლით (ამ დროს თრომბინის გავლენით ფიბრინოგენს გამოეყოფა პეპტიდები და ის დროებით კარგავს სისხლის შედედების უნარს). კლინიკურად ამ მდგომარეობას ახასიათებს კანის მარმარილოს ფერი, ციანოზი, შემცივნება, სუნთქვისა და მაჯისცემის აჩქარება, სისხლის არტერიული წნევის დაცემა, კოლაფსი ან შოკი, რის შედეგადაც ვითარდება სისხლის დენა (თრომბოჰემორაგიული სინდრომის II სტადია). ეს უკანასკნელი გამოწვეულია თრომბინემიით. სისხლში გადასული თრომბინი შლის ფიბრინოგენს, მისი რაოდენობა კლებულობს და სისხლის შედედების უნარიც ქვეითდება. ფიბრინოგენის დაშლით წარმოქმნილი ფიბრინი სისხლძარღვთა კედელზე ილექება და ახშობს მათ სანათურს. ამ დროს ხშირად ვითარდება მეორადი რეფლექსური ფიბრინოლიზი (კომპენსაციური ხასიათის).

თუ საშვილოსნოს პათოლოგიასთან ბრძოლა არაეფექტური აღმოჩნდა, სისხლძარღვთა სანათური ღიაა და დედის სისხლში ქსოვილოვანი თრომბოპლასტინის გადასვლა გრძელდება (რაც, თავის მხრივ, იწვევს სისხლში თრომბინის კვლავ წარმოქმნას), შეიძლება ფიბრინოგენის რაოდენობა კატასტროფულად დაქვეითდეს და ის სრულიად დაიშალოს ფიბრინად (თრომბოჰემორაგიული სინდრომის III სტადია). ასეთ მდგომარეობას ეწოდება „დეფიბრინაციის სინდრომი", ანუ აფიბრინოგენემია. პარალელურად ჰემოდინამიკა ირღვევა (სისხლძარღვებში თრომბების წარმოქმნის-ფიბრინემბოლიზმის გამო), სისხლძარღვებში წნევა ეცემა, თრომბოჰემორაგიული შოკი ვითარდება. ეს უკანასკნელი იწვევს ადრენალინის და აკტჰ-ს რეფლექსურ გამოყოფას და სისხლძარღვთა კედლიდან სისხლის მიმოქცევაში ხვდება არა მარტო ქსოვილოვანი თრომბოპლასტინი, არამედ ჰეპარინის მსგავსი ნივთიერებანი და ფიბრინოლიზური პროცესის აქტივატორები. ფიბრინოლიზური პროცესის აქტივაცია დასაწყისში შეიძლება იყოს ადეკვატური, კომპენსაციური ხასიათის და სისხლის დენის გაძლიერება არ გამოიწვიოს, რადგან ის დაშლის ფიბრინისგან წარმოქმნილ ემბოლებს. მაგრამ თუ ფიბრინით დახშული სისხლძარღვების რეკანალიზაცია არ მოხდა, სისხლძარღვებში წნევა დაბალი დარჩება და შესაბამისად ადრენალინი რეფლექსურად დიდი რაოდენობით გამოიყოფა. აქტივაცია იმდენად მაღალ ხარისხს მიაღწევს, რომ დიდი რაოდენობით გამოყოფილი ფიბრინოლიზინი დაშლის არა თუ ფიბრინისგან გამოყოფილ თრომბებს, არამედ თვით ფიბრინოგენსაც და სისხლის დენას გააძლიერებს.

ფიბრინოგენის რაოდენობის დაქვეითება მოსალოდნელია აგრეთვე ჰიპოტონიური ან ტრავმატიზმით გამოწვეული სისხლის დენის შედეგად. ამ დროს ვითარდება გარეგანი სისხლის დენა, ქსოვილებში თრომბოპლასტინი სისხლში არ გადადის, მიუხედავად ამისა, თრომბოჰემორაგიული სინდრომი მაინც ვითარდება. ეს უკანასკნელი იმით აიხსნება, რომ ძლიერი სისხლის დენის გამო სისხლძარღვთა კედლები კომპენსაციურად იკუმშება, ქსოვილოვანი სითხე სისხლძარღვთა კედლიდან რეფლექსურად გადადის სისხლის მიმოქცევაში და მეორადად ვითარდება თრომბოჰემორაგიული სინდრომი. მაგრამ, საშვილოსნოდან სისხლის მიმოქცევაში ქსოვილოვანი თრომბოპლასტინის მოხვედრისაგან განსხვავებით, ამ შემთხვევაში კოლაფსი და შოკი ვითარდება სისხლის დენის შედეგად.

თრომბოჰემორაგიული სინდრომი ვითარდება მაშინაც, როცა ნაყოფი მკვდარია. მაცერირებული ნაყოფის დაშლის პროდუქტები, რომლებიც შეიცავენ თრომბოპლასტინს და არცთუ იშვიათად ფიბრინოლიზის აქტივატორებს, სისხლის მიმოქცევაში გადასვლისას იწვევენ თრომბოჰემორაგიულ სინდრომს ზემოაღნიშნული მექანიზმით.

სისხლში ფიბრინოგენის რაოდენობა შეიძლება დაქვეითდეს დონორის ისეთი სისხლის დიდი რაოდენობით (1 ლიტრზე მეტი) გადასხმის დროს, რომელიც დიდი ხნის კონსერვირებულია და მცირე რაოდენობით შეიცავს ფიბრინოგენს. უკანასკნელ შემთხვევაში კონსერვირებულ სისხლთან ერთად ამ დეფიციტის აღსადგენად მელოგინეს უნდა გადაუსხან 1-2 გ ფიბრინოგენი.

თრომბოჰემორაგიული სინდრომის დიაგნოზის დასადგენად მიმართავენ ლაბორატორიულ მეთოდებს: ფიბრინოგენის რაოდენობის (ექსპრეს მეთოდით), პროთრომბინის ინდექსის, სისხლის რეკალციფიკაციის დროის, სისხლის დენის ხანგრძლივობის, კოლტის წარმოქმნის დროის განსაზღვრას, ჰეპარინისადმი პლაზმის ტოლერანტობის დადგენას და ა.შ.

მარტივი მეთოდია სისხლის შედედების დროის განსაზღვრა (ლის და უაიტის მიხედვით ნორმა 8-10). შეიძლება აგრეთვე ჯანმრთელი დონორის სისხლის აღება 1

თრომბოჰემორაგიული სინდრომი

კლინიკური სურათი	დიაგნოზი	მკურნალობა
1. საშვილოსნოდან გამოჟონილი სისხლი დედდება 8-10 წუთის განმავლობაში	კოაგულაცია დარღვეული არ არის	მკურნალობას არ საჭიროებს
2. საშვილოსნოდან გამონაჟონი სისხლი დედდება სწრაფად 2-3 წუთის განმავლობაში	თრომბოჰემორაგიული სინდრომის (თჰს) I-სტადიის ვარაუდი (მაშინ, თუ შესაძლო ეტიოლოგიური ფაქტორია)	5000 ერთ. ჰეპარინი შეყავთ პროფილაქტიკის მიზნით (იწვევს ქსოვილოვანი თრომბოპლასტინით გაპირობებულ რეაქციის ბლოკირებას და სისხლის დენის პროფილაქტიკას). აღნიშნული რეაქციის ინჰიბიციას იწვევს აგრეთვე 1%-იანი 10-10 მლ პროტამინსულფატი. ამ პრეპარატების ერთად შეყვანა შეუძლებელია, რადგან ისინი ანტიდოტები არიან.
3. საშვილოსნოდან გამონადენი სისხლი დედდება 10 წუთზე უფრო გვიან ან სულ არ დედდება, ვენური სისხლი იშვიათად დროულად დედდება, უფრო ხშირად - მოგვიანებით.	თრომბოჰემორაგიული სინდრომის I სტადია	ჰეპარინს უნიშნავენ თერაპიული დოზებით — პირველადი დოზა ვენაში უნდა შეიყვანონ 10.000 ერთ. რაოდენობით, შემდეგ კუნთებში 2500-5000 ერთეული ყოველ 6 საათში ერთხელ, პარალელურად შეყავთ 5%-იანი სოდის ხსნარი (რადგან ჰეპარინი მჟავე არეში ძლიერ არ მოქმედებს). შეყავთ აგრეთვე ტრასილოლი. ფიბრინოლიზური პროცესის აქტივობის კუპირებისთვის, იშვიათად 6%-იანი ეფსილონამინოკაპრონმჟავა. საჭიროა ახალი სისხლის, ფიბრინოგენის, მშრალი პლაზმის, ჟელატინოლის შეყვანა, თრომბოჰემორაგიულ შოკთან ბრძოლა.
4. საშვილოსნოდან გამოჟონილი და ვენური სისხლი არ დედდება	თრომბოჰემორაგიული სინდრომის III სტადია, პროცესის გენერალიზაცია	ჰეპარინი ზემოაღნიშნული დოზებით, ტრასილოლი, 6%-იანი ეფსილონამინკაპრონმჟავა, ახალი სისხლის, მშრალი პლაზმის, ფიბრინოგენის, ჟელატინოლის შეყვანა და ა.შ. შოკთან და კოლაფსთან ბრძოლის ყველა ღონისძიება.
5. საშვილოსნოდან სისხლის დენა არ არის. ვენური სისხლი დროულად დედდება. მშობიარობისშემდგომი პერიოდი რთულდება თრომბოზით, ემბოლიით, ინფარქტით, ანემიით, ტვინის შეშუპებით ან ფიბრინოგენის რაოდენობა მცირე დროის განმავლობაში მატულობს და შემდგომ ნორმალიზდება (კარგი გამოსავალი)	თრომბოჰემორაგიული სინდრომის IV სტადია	ჰეპარინის კლებადი დოზები 1-2 კვირის განმავლობაში

მლ რაოდენობით ერთ სინჯარაში, მეორე სინჯარაში კი საშვილოსნოდან გამონაჟონი სისხლის მოთავსება. თუ ამ სისხლის პლაზმას ჩაასხამენ პირველ სინჯარაში, სისხლის კოლტი, რომელიც წარმოიქმნება პირველ სინჯარაში, სწრაფად გაიხსნება, რაც მიუთითებს ფიბრინოლიზური პროცესის აქტივაციაზე.

უმეტეს შემთხვევაში დიაგნოზს ადგენენ კლინიკური სურათის საფუძველზე (რადგან ყველა ორსულისა და მშობიარობის სრული კოაგულაციური გამოკვლევა ჯერჯერობით არ ხორციელდება ქალთა კონსულტაციასა და სამეანო სტაციონარში).

მაღალმოლეკულური და საშუალომოლეკულური დექსტრანები აღრმავებს შოკს და ამდენად სინთეზური სისხლის შემცვლელების დანიშვნა არ არის მიზანშეწონილი, რადგან არღვევს ჰემოსტაზს თჰს-ის მექანიზმით, შედარებით შესაძლებელია ჟელატინოლის გამოყენება.

ზემონამოთვლილ ღონისძიებათა უეფექტობის შემთხვევაში სისხლის დენა იწყება უკვე ლორწოვანი გარსიდანაც, კანში სისხლჩაქცევები ვითარდება ინექციის ადგილებში, ამ დროს საჭიროა საშვილოსნოს ექსტირპაცია (სისხლმდენი ზედაპირის მოცილების მიზნით).

პროფილაქტიკაა სამეანო პათოლოგიის სწორი მკურნალობა (რომელიც იწვევს თრომბოჰემორაგიულ სინდრომს), პრემორბიდული მდგომარეობის გათვალისწინება. ყველა ორსულისა და მშობიარობის სრული კოაგულოლოგიური გამოკვლევა.

სანაყოფე სითხით ემბოლია

სანაყოფე სითხით ემბოლია ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი და უმძიმესი პათოლოგიაა, რომელიც ვითარდება დედის სისხლის მიმოქცევაში სანაყოფე სითხის გადასვლის დროს.

სანაყოფე სითხე გამჭვირვალე ან ოდნავ შემღვრეულია, შეიცავს ქიცვებს (ეპიდერმისის ზედაპირული შრის უჯრედებს), ამნიონის უჯრედებს, თმას (lanugo), საჭისებრ საცხს (vernix caseosa), მეკონიუმს, ცილებს, ცხიმებს, ნახშირწყლებს, ჰორმონებს, მინერალურ ნივთიერებებს (ორგანულსა და არაორგანულს), ამინომჟავეებს, აგრეთვე ცილოვანი, ცხიმოვანი და ნახშირწყლოვანი ცვლის შუალედურ პროდუქტებს.

სხვადასხვა ავტორის მიხედვით, სანაყოფე სითხის ემბოლიის ერთი შემთხვევა გვხვდება 7500 ან 10000 მშობიარეზე.

სანაყოფე სითხე დედის სისხლის მიმოქცევაში შეიძლება მოხვდეს ტრანსპლაცენტურად (ბუსუსთაშუა სივრციდან), ტრანსცერვიკულად (საშვილოსნოს ყელის დაზიანებული სისხლძარღვებიდან), საშვილოსნოს ყველა სისხლმდენი უბნიდან (როგორც ნორმალურად მიმაგრებული, ასევე წინმდებარე პლაცენტის ნაადრევი აცლის, საკეისრო კვეთის დროს). სანაყოფე სითხე საშვილოსნოს ძლიერი შეკუმშვით განვითარებული წნევის გამო გადის დაზიანებული გარსიდან, ამ უკანასკნელსა და საშვილოსნოს კედელს შორის იკაფავს გზას, აღწევს ინტერვილეზიურ სივრცეს, იქიდან საშვილოსნოსთან მდებარე ვენურ წნულებს, საიდანაც გადადის სისხლის საერთო მიმოქცევაში.

დედის სისხლის მიმოქცევაში სანაყოფე სითხის გადასასვლელად აუცილებელია მომატებული ინტრაამნიონური წნევა, რომელიც მატულობს ვ.წყ.სვ. 60-80 მმ-დან (პირველ პერიოდში) 120 მმ-მდე მეორე პერიოდში.

ამ დროს სამშობიარო მოქმედება უნდა იყოს ძლიერი, მტკივნეული, მოკლე ინტერვალებით, პერიოდულად ტეტანური, როგორც წესი, სანაყოფე სითხე ადრეულად ან ნაადრევად არის დაღვრილი.

ეს პათოლოგია შეიძლება განვითარდეს აგრეთვე ოქსიტოცინური პრეპარატებ-

ის არასწორი დანიშვნის შედეგად, ნაყოფის ჰიპოქსიით გამოწვეული ინტრანატალური სიკვდილის შემთხვევაში.

კლინიკური სურათი. სანაყოფე სითხის ემბოლიას ახასიათებს უეცარი შეციენება, ტემპერატურის მომატება, სახის ციანოზი, ტკივილი და შებოჭვის შეგრძნება მკერდის ძვლის არეში, ინსპირაციული ქოშინი, გულისრევა და ღებინება, ზერელე ხშირი სუნთქვა, ზოგჯერ არითმიული მაჯისცემა, ტაქიკარდია, სისხლის არტერიული წნევის მკვეთრი დაქვეითება, ცივი ოფლი. მშობიარე მოუსვენრად არის, სიკვდილის შიში აქვს. მოუსვენრობა ზოგჯერ კლინიკურ კრუნჩხვებში გადადის (რის გამოც არასწორად აღგენენ ხოლმე ეკლამფსიის დიაგნოზს). ქალი ცნობიერებას კარგავს, ფილტვები უშუპდება და კვდება 2-3 საათში ან უფრო ადრე.

კლინიკურად არჩევენ სანაყოფე სითხის ემბოლიის 5 ფორმას: უეცარ სიკვდილს, კოლაფსის ლეტალური გამოსავლით, ფილტვების შეშუპებას, კრუნჩხვით ფორმას და ჰემორაგიულ ფორმას (ჰიპო-აფიბრინოგენემიით გამოწვეული სისხლის დენა).

მაკროსკოპული დათვალიერებით ორგანოებში სპეციფიკური ცვლილებები არ აღინიშნება, ფილტვებსა და სხვა პარენქიმულ ორგანოებში მწვავე სისხლსავსეობაა, სისხლძარღვებში-თხიერი სისხლი.

ავტორთა უმრავლესობის აზრით, სანაყოფე სითხის ემბოლიის დროს ჰემოდინამიკური მოშლილობისა და შოკის განვითარებაში მთავარ როლს ასრულებს ფილტვის სისხლძარღვთა რეფლექსური რეაქცია, რომელიც გამოწვეულია ემბოლით მათი დახშობის შედეგად განვითარებული ჰიპერტენზიით.

ფილტვის სისხლძარღვთა ჰიპერტენზია იწვევს ფილტვების არტერიებისა და არტერიოლების რეფლექსურ სპაზმს, რის გამოც სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში არტერიული სისხლის წნევა ქვეითდება, რეფლექსური ქოშინი ვითარდება. ზემოაღნიშნულ სისხლძარღვთა რეფლექსური სპაზმი ღრმავდება სეროტონინის ზეგავლენითაც, რომელსაც დიდი რაოდენობით გამოყოფს თრომბოციტური ემბოლიები თრომბოციტური კონგლომერატების დინამიკური გარდაქმნის შედეგად.

ამრიგად, ნერვული და ჰუმორული მექანიზმების კომბინაცია განაპირობებს ჰემოდინამიკური მოშლილობისა და შოკის განვითარებას. ამით აიხსნება ის, რომ ამ ფაზაში, ავტორთა უმრავლესობის აზრით, სიკვდილი განპირობებულია სასუნთქი და გულ-სისხლძარღვთა სისტემების მწვავე უკმარისობით. თუ მელოგინის გამოყვანა შოკიდან მოხერხდა, ვითარდება სისხლის შემდედებელი სისტემის მძიმე მოშლილობა, რომელიც შოკის ფაზაში იწყება.

მიკროსკოპულად სანაყოფე სითხის ემბოლიის დროს აღინიშნება ფილტვების შეშუპება, სისხლჩაქცევები, ატელექტაზური უბნები იცვლება ემფიზემურით, ფილტვების არტერიის სანათურში სხვადასხვა დიამეტრის შეიძლება სანაყოფე სითხის ელემენტების (ქეცების, ცხიმის გროვის, თმების, ლორწოვანი ემბოლიების) ნახვა.

მკურნალობა. უპირველეს ყოვლისა საჭიროა მშობიარობის სწრაფად დამთავრება. თუ სამშობიარო გზების მომზადებულია და სამეანო მაშის დადების პირობებია. მშობიარობა უნდა დამთავრდეს სამეანო მაშის დადებით. თუ მენჯით წინმდებარეობაა და ყველა პირობაა ექსტრაქციისთვის, უნდა ჩაატარონ ნაყოფის ექსტრაქცია, თუ გარდიგარდმო მდებარეობაა და სამეანო მობრუნებისთვის არსებობს პირობები (არ არის სასურველი ყოურის ბანგის გამოყენება, რადგან ის ხელს უწყობს აღნიშნული პათოლოგიის გართულებას და გაღრმავებას, უმჯობესია აზოტის ქვეჟანგის გამოყენება). თუ სამშობიარო გზები არ არის მომზადებული, უნდა გააკეთონ საკეისრო გაკვეთა, მკვდარი ნაყოფის შემთხვევაში კი-კრანიოტომია ან ემბრიოტომია.

ავადმყოფს უტარებენ მუდმივ ოქსიგენოთერაპიას 0,5%-იანი ნოვოკაინის ხსნარის

50-60 მლ-ის შეყვანით ვენაში, ემბოლიით გამოწვეული პერიფერიული სპაზმის საწინააღმდეგოდ. ამავე მიზნით 0,1-10%-იანი ატროპინის სულფატი შეყავთ კანქვეშ, 2,4%-იანი 10 მლ ეუფილინი კი-ვენაში.

გაუტკივარება საჭიროა აზოტის ქვეჟანგით, 2%-იანი 1,0 პრომედოლით, 50%-იანი 2,0 ანალგინით და ა.შ. ვენაში შეყავთ პოლიგლუკინი წვეთოვნად ან ნაკადურად ნორადრენალინთან ერთად, აგრეთვე 100-150 მგ ჰიდროკორტიზონი.

საგულე საშუალებებიდან გამოყენებულია კორგლიკონი, პანანგინი, სტროფანტინი და სხვ.

ჰემორაგიული ფორმის თრომბოჰემორაგიული სინდრომის განვითარების შემთხვევაში მკურნალობა აღწერილია შესაბამის თავში.

კოლაფსი, შოკი და ტერმინალური მდგომარეობა

ორსულობის, მშობიარობისა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში შეიძლება განვითარდეს ტერმინალური მდგომარეობა, რაც გამოწვეულია ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციების ღრმა ცვლილებებით.

ტერმინალური მდგომარეობის განვითარების მიზეზებია: ჰიპო-ატონიური სისხლის დენა, სანაყოფე სითხის ემბოლია, თრომბოჰემორაგიული სინდრომი, თრომბოემბოლია, შოკი (ტრავმული, ტკივილით გამოწვეული, ბაქტერიული, ანაფილაქსიური, ჰემორაგიული), სისხლძარღვოვანი კოლაფსი, რაც დაკარგული სისხლის რაოდენობის აღდგენის დაგვიანებით და ზოგიერთი მედიკამენტით არის გამოწვეული.

ჰიპო-ატონია და თრომბოჰემორაგიული სინდრომი იწვევს მწვავე სისხლნაკლებობას. ამ გენეზის ტერმინალური მდგომარეობის კლინიკური სურათის დამახასიათებელია კანის სიფერმკრთალე, ტუჩების და ფრჩხილების ფალანგების ირგვლივ ციანოზი, ზერელე სუნთქვა, ძლიერი სისუსტე, გარეშე გამღიზიანებელზე სუსტი რეაქცია, თუმცა ზოგიერთი ავადმყოფი შეიძლება, პირიქით, აგზნებული იყოს. სისხლის არტერიული წნევა ძალიან დაბალია (70-ზე ქვემოთ) ან სულ არ იზომება. მაჯისცემა ძაფისებრია ან სულ არ ითვლება. ინტენსიური თერაპიის არადროულად ჩატარების შემთხვევაში პირველად შეჩერდება სუნთქვა, შემდეგ კი გულის მუშაობა. საშვილოსნოდან სისხლის დენა შეწყდება (რადგან სისხლის არტერიული წნევა ეცემა).

მწვავე სისხლნაკლებობის ფონზე მიმოქცევადი სისხლის რაოდენობის მკვეთრი შემცირების გამო ვითარდება პერიფერიული სისხლის მიმოქცევის უკმარისობა, რაც, თავის მხრივ, მდგრად ჰიპოტონიას იწვევს (ჰემორაგიული კოლაფსი ვითარდება).

ამ დროს ქსოვილებსა და ორგანოებში ვითარდება ხანგრძლივი ჰიპოქსია, რაც იწვევს მათთვის დამახასიათებელი აერობული ენერგეტიკული პროცესების დარღვევას. ჟანგბადის უკმარისობის გამო ქსოვილებში ჭარბობს ანაერობული გლიკოლიზი. ამ დროს ქსოვილებში ანაერობული გლიკოლიზის საბოლოო პროდუქტი რძემჟავა დიდი რაოდენობით გროვდება, რაც თავდაპირველად სისხლის ბუფერული სისტემით კომპენსირდება, შემდეგში კი ვითარდება აციდოზი, ეს უკანასკნელი ფერმენტულ-მეტაბოლურ სისტემებს არღვევს და იწვევს მათ დეზორგანიზაციას, ქსოვილების მიერ ჟანგბადის ათვისების უნარი ქვეითდება.

ჰემორაგიული კოლაფსის დროს საჭიროა შემდეგი ღონისძიების ჩატარება: ა) ახლად ციტრირებული თანამოსახელე ჯგუფის რეზუსშეთავსებადი სისხლის გადასხმა (დაკარგულ სისხლზე 50-100%-ით მეტი) ნაკადური წესით ორ ვენაში, სისხლის არტერიული წნევის ვ.წყ.სვ. 70-80 მმ-მდე მომატებისას ერთ ვენაში; ბ) ყოველი 500 მლ სისხლზე ვენაში 10%-იანი 10 მლ კალციუმქლორიდისა და 0,5%-იანი ნოვოკაინის 10-15 მლ-ის შეყვანა (პერიფერიული სპაზმის საწინააღმდეგოდ); გ) სიმპათომიმეტური

ამინების-მეზატონის, ნორადრენალინის შეყვანა (თუ დაკარგული სისხლის რაოდენობის 20-50%-ით აღდგენამ არ გამოიწვია არტერიული სისხლის წნევის აღდგენა. 500-250 მლ პოლიგლუკინს ხსნიან სისხლში და წვეთოვნად შეყავთ ვენაში. მისი სწრაფი შეყვანა ვენაში მძიმე ჰიპოტენზიის დროს პარადოქსულ ეფექტს იძლევა. სისხლძარღვთა ტონუსს უფრო აქვეითებს). დაკარგული სისხლის რაოდენობის მნიშვნელოვან აღდგენამდე ამ პრეპარატების შეყვანა დაუშვებელია; დ) რეკომენდებულია 100-150 მგ ჰიდროკორტიზონის ვენაში შეყვანა. იმ შემთხვევაში, როცა დაკარგული სისხლის რაოდენობა მნიშვნელოვნად აღდგენილია, ვაზოპრესორული საშუალებანი გაკეთებულია, მაგრამ არტერიული სისხლის წნევის სტაბილიზაცია არ ხდება, რაც ახასიათებს თირკმელზედა ჯირკვლების ნაკლოვანებას, საჭიროა კორტიკოსტეროიდების გამოყენება; ე) რეანიმაციის პროცესში მუდმივი ოქსიგენოთერაპია (თუ ნიღბით ჟანგბადის მიცემამ სუნთქვის რიტმის, სიღრმისა და სიხშირის გამოსწორება არ გამოიწვია, ინტუბაციას აკეთებენ, შეყავთ რელაქსანტები და იყენებენ აზოტის ქვეჟანგ-ჟანგბადოვან ბანგს); ვ) 40%-იანი გლუკოზის 40-50 მლ-ის ვენაში შეყვანა (არაკეტონემიური გლიკოლიზის შედეგად მისი რაოდენობის მკვეთრად დაქვეითების გამო). მასთან ერთად საჭიროა 300-500 მგ ასკორბინმჟავას შეყვანა ვენაში. ავადმყოფს კუნთებში უკეთებენ 25-50 მგ B_1 და B_6 ვიტამინს, 2 მლ B_{12} ვიტამინს (ეს უკანასკნელი იწვევს კორტიკოსტეროიდების გამოყოფის სტიმულაციას). მიზანშეწონილია ანტიჰისტამინური პრეპარატების (სუპრასტინის, დიმედროლის, პიპოლფენის) და კოკარბოქსილაზას გამოყენება (კოკარბოქსილაზა იწვევს ნახშირწყლების ფერმენტული დაშლის აღდგენას, აციდოზის შემცირებას და კორონარული სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებას); ზ) მკვეთრად გამოხატული ტაქიკარდიის დროს აუცილებელია 0,3-0,5 მლ სტროფანტინის შეყვანა ფიზიოლოგიურ ხსნართან ერთად. ინტენსიური თერაპიის შედეგად არტერიული წნევის სტაბილიზაცია ხდება ვ.წყ.სვ. 80-90 მმ-ის (იშვიათად 100 მმ-ის ფარგლებში.

მისი მეტად მომატება არ არის საჭირო, რადგან, როდესაც სისხლის არტერიული წნევა ვ.წყ.სვ. 80-90-100 მმ-ის ფარგლებშია, სუნთქვა აღდგენილია, აირთა ცვლა აღდგება და ჟანგბადის უკმარისობის სრული ლიკვიდაცია ხდება. სისხლის არტერიული წნევის ამ ფარგლებში ცვალებადობის დროს თირკმლებსა და ღვიძლში სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებისა და თავის ტვინის შეშუპების დაქვეითების მიზნით საჭიროა 2,4 %-იანი ეუფილინის (ან დიაფილინის) ნელი შეყვანა 5-8-10 მლ-ის ფარგლებში. ზოგჯერ გულის მუშაობა რეფლექსურად წყდება უხეში მტკივნეული მანიპულაციების დროს, რაც გამოწვეულია ცდომილი ნერვის გაღიზიანებით საშვილოსნოს ღრუში. ამ გართულების პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა 0,3 მლ ატროპინის სულფატის შეყვანა ვენაში (ამ პრეპარატის შეყვანის კრიტერიუმია მაჯისცემა წუთში 70 და ნაკლები).

სინკოპეს შემთხვევაში აუცილებელია ხელოვნური სუნთქვა (ინტუბაციით ან ნიღბით), გულის გარეგანი მასაჟი ტრენდელენბურგის მდგომარეობაში.

თუ სპონტანური გულისცემა არ აღდგება, გულში შეყავთ ადრენალინი ან ნორადრენალინი და მასაჟს განაგრძობენ. იშვიათად გულში შეყავთ 25 მგ ჰექსამეტონიუმი და 0,5 მგ ატროპინი.

ზემოაღწერილი მანიპულაციების დროს სისხლის გადასხმას განაგრძობენ. კლინიკური სიკვდილიდან გამოყვანის შემდეგ საჭიროა გლუკოზის, ჰიპერტონიული ხსნარის, პლაზმის კონცენტრირებული ხსნარის, ეუფილინის, ნოვოკაინისა და პიპოლფენის შეყვანა.

დიფერენციული დიაგნოზით უნდა გამოირიცხონ ჰემორაგიული შოკი. ეს უკანასკნელი ჰემორაგიული შოკისგან იმით განსხვავდება, რომ კოლაფსის დროს ავადმყოფი კარგავს ცნობიერებას, კანი და ლორწოვანი ციანოზური ხდება, მაჯა სუსტი

ავსებისაა, ხშირი, დროგამოშვებით არიტმიული, ვითარდება ჟანგბადის უკმარისობის მოვლენები. ავადმყოფს ეწყება მოქნარება, მოუსვენრობა, სუნთქვა უძნელდება. უმრავლეს შემთხვევაში დიფერენციული დიაგნოსტიკა ძნელია.

შოკი

შოკი ფიზიოლოგიური მშობიარობისა და მშობიარობისშემდგომი ხანის იშვიათი გართულებაა. იგი ვითარდება სამეანო სისხლის დენის, კრედე-ლაზარევიჩის წესით მომყოლის ენერგიულად გამოჭყლეტის, კრისტელერის წესით ნაყოფის გამოწნევის დროს, პათოლოგიური მშობიარობის (საშვილოსნოს პირუკუ გადმობრუნებისა და გახევის) შემთხვევაში. მშობიარობის მომენტში შოკი ვითარდება სისხლის დაკარგვის გარეშეც - ტკივილის, გადაღლის, ოპერაციული მშობიარობის შედეგად.

ოპერაციის მსვლელობისას ან ოპერაციისშემდგომ პერიოდში ერთ-ერთი სერიოზული და მძიმე გართულებაა შოკი, რომელიც ზომების დაუყოვნებლივ მიღებას საჭიროებს.

შოკს სხვადასხვა მიზეზი იწვევს. არჩევენ ტრავმულ შოკს, რომელიც ვითარდება ორგანოებისა და ქსოვილების ტრავმის გამო, ოპერაციულ შოკს-ოპერაციის შედეგად, ანემიურ შოკს-დიდი რაოდენობით სისხლის დაკარგვის გამო, ჰემოლიზურს-შეუთავსებელი ჯგუფის სისხლის გადასხმის შედეგად, ტოქსიკურ და ფსიქიკურ შოკს. ჩვეულებრივ, შოკი ვითარდება ორ ფაზად. პირველი ხანმოკლე ფაზა, რომელიც იწყება უშუალოდ ტრავმის მიყენების შედეგად, ერექტიული ფაზაა და სწრაფად გადადის ე.წ. ტორპიდულ ფაზაში, რომლის დროს ორგანიზმის ფუნქციები მძიმედ ირღვევა.

ტრავმული შოკი. ოპერაციის შემდეგ განვითარებული შოკი შემთხვევათა უმრავლესობაში ტრავმული ხასიათისაა. მას ხელს უწყობს ოპერაციის მსვლელობისას შინაგანი ორგანოებისა და განსაკუთრებით პერიტონეუმის ძლიერი ტრავმა, არასწორად ჩატარებული ნარკოზი, ოპერაციის გახანგრძლივება.

ჩვეულებრივ, ტრავმული შოკის დროს ავადმყოფი ცნობიერებას არ კარგავს, მას უვითარდება უკიდურესი სისუსტე, რის გამოც ლაპარაკი და ყოველგვარი უმნიშვნელო მოძრაობაც კი უძნელდება. სახის კანი მკრთალი მორუხო ფერისაა, სისხლის წნევა ძლიერ ქვეითდება, მაჯა სუსტი ავსებისაა. ავადმყოფს კიდურები უცივდება, სხეულის ტემპერატურა ნორმალურზე დაბალია.

ტრავმული შოკის დროს პირველ რიგში საჭიროა ყველა ზომის მიღება ავადმყოფის გასათბობად. ამ მიზნით მას გარშემო სათბურებს შემოუწყობენ, დააწვენენ უბალიშოდ და თავქვეშაც სათბურს ამოუღებენ თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის გასაუმჯობესებლად. მას სასწრაფოდ უნდა გადაუსხან სისხლი და შოკის საწინააღმდეგო ხსნარი-პოლიგლუკინი, ამავე დროს კანქვეშ შეუყვანენ სტრიქნინს, კოფეინის ხსნარსა და ქაფურს, აგრეთვე ფიზიოლოგიურ ხსნარს ადრენალინის დამატებით (1:1000), ვენაში გადაუსხამენ გლუკოზას.

სამეანო შოკი. მწვავე სისხლნაკლებობის დროს ხშირად ვითარდება ჰემორაგიული შოკის მსუბუქი ფორმა, თუმცა არცთუ იშვიათია მძიმე ფორმის ტრავმული, ბაქტერიული და ჰემოლიზური შოკი.

ჩვეულებრივ, შოკი ვითარდება ორ ფაზად. პირველი ხანმოკლე ფაზა, რომლითაც შოკი იწყება, ერექტიული ფაზაა და სწრაფად გადადის ე.წ. ტორპიდულ ფაზაში, რომლის დროს ორგანიზმის ფუნქციები მძიმედ ირღვევა.

ასევე არჩევენ შოკის ორ ძირითად ფორმას, პირველად შოკს, რომელიც გამომწვევი მიზეზის ზემოქმედებისთანავე იწყება, და მეორეულ შოკს, რომელიც ვითარდება მიზეზის ზემოქმედებიდან 2-6 საათის შემდეგ.

კლინიკური სურათი. ავადმყოფი ცნობიერებას არ კარგავს, კანი და ხილული ლორწოვანი მკრთალი, პროსტრაციის მდგომარეობაშია, სუნთქვა ჩქარდება, მაჯა სუსტი ავსებისაა ან ძაფისებრი, სახეზე ცივი ოფლი აქვს, სხეულის ტემპერატურა ძალიან დაქვეითებულია, სისხლის არტერიული წნევაც ეცემა. შოკის სიმძიმის შესახებ მსჯელობენ სისხლის არტერიული წნევის მიხედვით. ჩვეულებრივ, მიიჩნევენ, რომ შოკის მსუბუქი ფორმის შემთხვევაში არტერიული სისხლის სისტოლური წნევა ეცემა ვ.წყ.სვ. 95-90 მმ-მდე (თუ საწყისი წნევა 120-130 მმ), საშუალო ფორმის შემთხვევაში-85-70 მმ-მდე, ძალიან მძიმე ფორმის შემთხვევაში-70-60 მმ-მდე და მეტად.

სამეანო შოკის გამომწვევი და დამამძიმებელი ფაქტორები

აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ იმ ქალებს, რომელთაც ორსულობის პერიოდში ჰქონდათ ჰიპოტონია, სისხლის არტერიული წნევის უმნიშვნელო დაქვეითების გამოც კი შოკი უვითარდებათ.

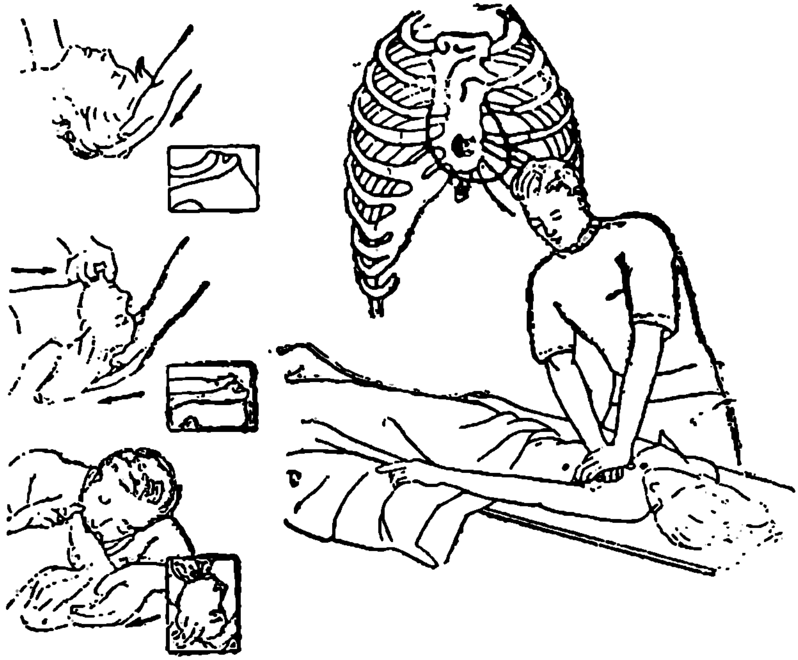
სამეანო შოკის გამომწვევი მიზეზები		შოკის სურათის დამამძიმებელი ფაქტორები
ფსიქიკური სტრესი, ტკივილი (საშვილოსნოს გახევის, სამშობიარო არხის სხვა ნაწილების დაზიანების, საშვილოსნოს კუნთებში მრავლობითი სისხლჩაქცევების, გაუტკივარების გარეშე სამეანო ოპერაციების ჩატარების გამო), ცილოვანი შეუთავსებლობა (ანაფილაქსიური, ჰეტეროტრანსფუზიური, ბაქტერიული)		ორსულთა ტოქსიკოზი, მეტრორაგიული სისხლის დენა გახანგრძლივებული მშობიარობის დროს, დასვენებისა და კვების რიტმის დარღვევა, მშობიარობის შიში და მომატებული ნეიროფსიქიკური აგზნებადობა. ენდოკრინული ჯირკვლების ფუნქციის მოშლა, ინფექციური დაავადებები. ქრონიკული ინტოქსიკაცია, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები.

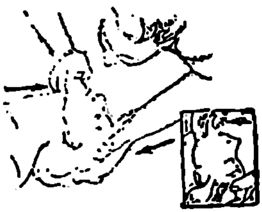
პათოფიზიოლოგიური თვალსაზრისით შოკს ახასიათებს ცენტრალური ნერვული სისტემის აგზნება და შემდგომი შეკავება (სრულ გამოფიტვამდე) ჰორმონული ბალანსის დარღვევით (ჰორმონული და მეტაბოლური დარღვევა), გულ-სისხლძარღვთა სისტემისა და თირკმლების გამომყოფი ფუნქციის მოშლა, ღვიძლის დეზინტოქსიკაციური ფუნქციის მოშლა. შოკის დროს ორგანიზმის ყველა ფუნქცია მოშლილია.

სამეანო შოკის პროფილაქტიკისა და მკურნალობისათვის საჭიროა შემდეგი ღონისძიებების ჩატარება: ა) შესაძლებლობის ფარგლებში შოკის მიზეზის დადგენა; ბ) საშვილოსნოს ღრუს მთლიანობის დადგენის მიზნით (რაც შოკის ყველაზე ხშირი მიზეზია) ჩასატარებელი მანიპულაციების მაქსიმალური გაუტკივარება; გ) შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიებათა კომპლექსური ჩატარება (შოკის საწინააღმდეგო სითხის, სისხლის პლაზმის, სისხლის სხვა შემცვლელების, ანტიჰისტამინური პრეპარატების, კალციუმქლორიდის, კორტიკოსტეროიდების შეყვანა, მკვეთრი ტაქიკარდიის შემთხვევაში სტროფანტინის, კორგლიკონის შეყვანა და სხვ.).

შოკის პროფილაქტიკის მიზნით ოპერაციის წინ აუცილებელია სრულყოფილი პრემედიკაცია. ოპერაციის პროცესში და მის შემდგომ პერიოდში აუცილებელია შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიებათა ჩატარება, სანამ ჰემოდინამიკური მაჩვენებლების სტაბილიზაცია მიხდება.

ტრავმული შოკის დროს ტერმინალური მდგომარეობა ყოველთვის მიუთითებს





სურ. 163 მელოგინის რეანიმაცია

შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიებათა დაგვიანებულად ჩატარებაზე.

სისხლძარღვოვანი კოლაფსი. ორსულის, მშობიარისა და მელოგინის ჰემოდინამიკური მოშლილობის ერთ-ერთი მიზეზია სისხლძარღვოვანი კოლაფსი, რაც გამოწვეულია ნეირო-ჰუმორული ფაქტორების მოქმედებით სისხლძარღვთა მამოძრავებელ ცენტრზე, ხოლო სისხლძარღვთა სისტემის ლაბილურობა სხვადასხვა ხარისხის კოლაფსის განვითარების ხელსაყრელ ფონს ქმნის.

სისხლძარღვოვანი კოლაფსი, ანუ პერიფერიული სისხლის მიმოქცევის უკმარისობა ეწოდება ორგანიზმის ისეთ მდგომარეობას, როდესაც სისხლძარღვთა ქსელის მოცულობა მისი შევსების ხარისხის შესაბამისად არ არის. გ.კესლერის მიხედვით, არჩევენ სისხლძარღვოვანი კოლაფსის 4 ფორმას: 1. ცირკულირებადი სისხლის მოცულობის პირველად შემცირებას სისხლის, პლაზმის ან წყლის დიდი რაოდენობით დაკარგვის გამო; 2. სისხლძარღვთა ქსელის მოცულობის მთლიან ან ნაწილობრივ გადიდებას სისხლძარღვთა ტონუსის დაქვეითების ან სისხლძარღვთა პერიფერიული წინააღმდეგობის მნიშვნელოვანი შემცირების გამო; 3. ზემოაღნიშნული ორი ფორმის კომბინირებას; 4. პათოგენეზურად გაურკვეველ შემთხვევებს.

კლინიკური სურათი. დამახასიათებელია არტერიული სისხლის წნევის სწრაფი

და მკვეთრი დაცემა ხშირად გამოხატული ვაგოტონიის (ბრადიკარდიის) ფონზე-ვ.წყ.სვ. 40/25 ან 35/0 მმ-მდე ან სულ არ ისინჯება. ბრადიკარდია დიდხანს გრძელდება ან იცვლება ტაქიკარდიით სისხლის არტერიული წნევის იმავე დონის პირობებში.

იმ ქალებს, რომელთაც სისხლძარღვოვანი კოლაფსი უვითარდებათ ზომიერი სისხლნაკლებობის ან რბილი სამშობიარო გზების ტრავმის ფონზე, ბრადიკარდია შეიძლება არ ჰქონდეთ გამოხატული.

სისხლძარღვოვანი კოლაფსის დროს სისხლის არტერიული წნევის დაცემის შემდეგ სისხლის მიმოქცევის მოშლის გამო ვითარდება მწვავე ქსოვილოვანი ჰიპოქსია და სიცოცხლისათვის მნიშვნელოვანი ორგანოების ფუნქცია მოიშლება.

სისხლძარღვოვანი კოლაფსის მკურნალობისთვის საჭიროა: ა) ცირკულირებადი სისხლის რაოდენობის მომატება; ბ) სისხლძარღვთა ტონუსის აღდგენა; გ) ელექტროლიტური ბალანსის აღდგენა; დ) აციდოზის კომპენსაცია.

ცირკულირებადი სისხლის რაოდენობის აღსადგენად საჭიროა თანმიმდევრული რეზუსშეთავსებადი ახალი სისხლის გადასხმა (თუ სისხლის წნევა არ ისინჯება, სისხლს გადაუსხამენ ნაკადური წესით ორ ვენაში, დანარჩენ შემთხვევაში-წვეთოვნად). 10%-იანი 10,0 კალციუმქლორიდის ვენაში შეყვანა ყოველ 400-500 მლ-ზე კონსერვირებული სისხლის პლაზმაში თავისუფალი კალიუმის ნეიტრალიზაციისთვის, ასევე ვენაში 0,5%-იანი 10-15 მლ ნოვოკაინის შეყვანა 400-500 მლ სისხლის გადასხმის შემდეგ. ნოვოკაინი ლიმონმჟავა ნატრიუმის ტოქსიკურ მოქმედებას სისხლძარღვთა სისტემაზე და ავადმყოფთა მოძრაობით აგზნებას ხსნის, რომელიც არცთუ იშვიათია ჰიპოქსიის დროს.

სისხლძარღვთა ტონუსის აღდგენისთვის საჭიროა: 1. ბრადიკარდიის შემთხვევაში ვენაში 0,5-1 მგ ატროპინის შეყვანა, რომელიც ხსნის ცთომილი ნერვის გავლენას გულზე (ტაქიკარდიის შემთხვევაში ამ პრეპარატის შეყვანა არ შეიძლება).

პერიფერიული წინააღმდეგობის გაძლიერების მიზნით შეყავთ 0,3-0,2 მლ ნორადრენალინი 200-300 მლ პოლიგლუკინთან ერთად. ელექტროლიტურ ბალანსს აღადგენენ K^+, Na^+, Ca^{++}, Mg^{++}-ის შეყვანით ექსპრეს-მეთოდით მათი რაოდენობის განსაზღვრის შემდეგ.

მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის აღდგენა

აციდოზის ლიკვიდაციის მიზნით ვენაში შეყავთ ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის 7%-იანი ხსნარი წვეთოვანი მეთოდით (30-დან 100 მლ-მდე), კუნთებში კი-100 მგ კოკარბოქსილაზა B_6 ვიტამინთან ერთად.

ტერმინალური მდგომარეობის პროფილაქტიკა დედათა სიკვდილიანობის შემცირების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ღონისძიებაა. ამ უკანასკნელის განხორციელება შესაძლებელია თანამედროვე აპარატებით (სასუნთქი აპარატებით), სისხლის, პლაზმის და მათი შემცვლელებით სამშობიარო სახლის უზრუნველყოფის შემთხვევაში.

კოლაფსი

კოლაფსი უმთავრესად ვითარდება მწვავე სისხლნაკლებობის შემთხვევაში და სამეანო-გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში შეიძლება აღინიშნოს როგორც საშოსმხრივი, ისე მუცლისმხრივი ოპერაციის შემდეგ. კოლაფსი შოკისგან იმით განსხვავდება, რომ ამ დროს ავადმყოფი კარგავს ცნობიერებას, სისხლის წნევა სწრაფად ქვეითდება, კანი და ლორწოვანი გარსი ციანოზური ხდება, მაჯა სუსტი ავსებისაა, ხშირი და დროგამოშვებით არითმიული, ვითარდება ჟანგბადის უკმარისობის მოვლენები. ავადმყოფს ეწყება მოქნარება, მოუსვენრობა და სუნთქვის გაძნელება, სახესა და ტანზე

ცივი ოფლი ასხამს. მუცელკვეთის შემდეგ შინაგანი სისხლის დენის შემთხვევაში მუცელი თანდათან იბერება, პერკუსიით მოყრუებული ხმიანობაა. თუ აღნიშნული მოვლენები თანდათან მატულობს და ავადმყოფის მდგომარეობა შინაგანი სისხლის დენის გამო მძიმდება, საჭიროა დაუყოვნებლივ რელაპარატომიის გაკეთება.

კოლაფსის დროს უნდა გამოიყენონ საგულე საშუალებები: ქაფური, გლუკოზა (ვენაში)-0,5-1 მლ სტროფანტინის დამატებით. ავადმყოფს უსხამენ სისხლს, თავის ტვინის ანემიის საწინააღმდეგოდ თავქვეშ სათბურს ამოუდებენ. კანქვეშ შეყავთ ფიზიოლოგიური ხსნარი, რომელსაც უმატებენ ადრენალინს (1:1000). სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში სისხლის რაოდენობის მომატების მიზნით ავადმყოფს ქვედა კიდურებს ბანდით გადაუხვევენ, სასუნთქებლად ჟანგბადს მისცემენ.

გინეკოლოგიური ოპერაციის შემდეგ შინაგანი სისხლის დენა ვითარდება მცირე მენჯისა და შინაგანი სასქესო ორგანოების მკვებავი სისხლძარღვების არასრულყოფილი ჰემოსტაზის ან ტაკვზე დადებული ლიგატურის მოშვების გამო. ავადმყოფის საოპერაციოდ მომზადებაზე საჭიროა ხერხემალზე აორტის მუშტით მიჭყლეტა, რაც აბრკოლებს ქვემოთ მდებარე სისხლძარღვებში სისხლის გადასვლას.

კოლაფსის დროს რელაპარატომიის გაკეთება საჭიროა ზემოჩამოთვლილი ღონისძიებების ჩატარების შემდეგ. ოპერაციის მსვლელობისას ავადმყოფს უნიშნავენ საგულე საშუალებებს, ხოლო ოპერაციის შემდეგ საჭიროებისდა მიხედვით განმეორებით უსხამენ სისხლს, კანქვეშ ფიზიოლოგიურ ხსნარს შეუყვანენ. სისხლის გადასხმა შეიძლება გაგრძელდეს წვეთოვანი წესით. ასეთი ავადმყოფები პირველი 8-10 საათის განმავლობაში საჭიროებენ ექიმის მუდმივ და განუწყვეტელ მეთვალყურეობას, რადგან გულის მწვავე უკმარისობის მოვლენები შეიძლება კვლავ განმეორდეს.

პერინატალოგია

პერინატალოგია მეცნიერებაა, რომელიც სწავლობს ნაყოფისა და ახალშობილის განვითარებას და დაცვას პერინატალურ პერიოდში.

პერინატალური ეწოდება პერიოდს, რომელიც იწყება ორსულობის 28 კვირიდან (როცა ნაყოფის წონა აღწევს 1,000 გ-სა და მეტს) და გრძელდება 8 დღეს (168 საათს) ნაყოფის დაბადების შემდეგ.

ტერმინი „პერინატალური მედიცინა" შემოიღეს 1968 წელს ამავე სახელწოდების პირველ კონგრესზე. პერინატალურ მედიცინაში პირობითად შეიძლება გამოვყოთ ოთხი მიმართულება: მეცნიერული, კლინიკური, სამედიცინო-სოციალური და ორგანიზაციული.

პერინატალოგიაში მეცნიერული გამოკვლევები ძირითადად დაკავშირებულია ნაყოფისა და ახალშობილის ფიზიოლოგიის და პათოლოგიის შესწავლასთან. ამ მიზნით ატარებენ გამოკვლევებს ჩასახვის პერიოდიდან ცალკეული ორგანოს და სისტემის ჩამოყალიბებამდე: სწავლობენ გენეტიკური ფაქტორების როლს განვითარების მანკის ჩამოყალიბებაში, შიგა და გარეთა გარემოს მავნე ფაქტორების გავლენას ნაყოფზე. შესწავლილია სისტემა-დედა-პლაცენტა-ნაყოფი. დიდი წარმატებაა მიღწეული ორსულობის დროის იმუნოკონფლიქტის შესწავლაში.

კლინიკური მიმართულება ითვალისწინებს ნაყოფისა და ახალშობილის პათოლოგიური მდგომარეობის კლინიკურ შესწავლას. ამ მიზნით გამოყენებულია ფუნქციური დიაგნოსტიკის მეთოდები, სისხლის მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის გამოკვლევა დედისა და ნაყოფის ორგანიზმში ნივთიერებათა ცვლის პროცესების დასადგენად. ნაყოფის მდგომარეობის დასადგენად იყენებენ ელექტროკარდიოგრაფიას, ფონოკარდიოგრაფიას, რეოენცეფალოგრაფიასა და სხვ. დიდი მნიშ-

ენელობა ენიჭება ნაყოფის მდგომარეობის დადგენისთვის.

სამედიცინო გენეტიკის განვითარებამ შესაძლებელი გახადა მუცლადყოფნის პერიოდში დეფექტური ნაყოფის დადგენა და მისი პროფილაქტიკა (ორსულობის შეწყვეტის გზით).

სოციალურ-სამედიცინო ღონისძიებანი ითვალისწინებს პერინატალური სიკვდილიანობის ეპიდემიოლოგიურ გამოკვლევას.

პერინატალური სიკვდილიანობა შედგება ორი კომპონენტისაგან: მკვდრადშობადობა (ორსულობის პერიოდში ან მშობიარობის პერიოდში) და ადრეული ნეონატალური (ახალშობილის სიკვდილი). პერინატალური სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზია ასფიქსია, სამშობიარო ტრავმა, განვითარების თანდაყოლილი ანომალია, ჰემოლიზური დაავადება, სეფსისური დაავადებანი და სხვ.

ჯანმრთელი შთამომავლობისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს შემდეგ ფაქტორებს: დედის ასაკს, ნაყოფის წონას დაბადებისას, დედის სოციალურ მდგომარეობას და ბიოლოგიურ მონაცემებს, განვითარების დონეს, შრომის პირობებს, დედის მავნე ჩვევებს (თამბაქოს წევა, ალკოჰოლური სასმელის მიღებს).

ამრიგად, ტერმინი „პერინატალური მედიცინა" უფრო ფართოდ უნდა გაეიგოთ, ვიდრე მისი ფორმულირებაა, რადგან ჯანმრთელი შთამომავლობისთვის და პერინატალური სიკვდილიანობის პროფილაქტიკის მიზნით გამოკვლევები უნდა ჩაატარონ ემბრიოგენეზის ადრეულ ეტაპებზე და არა მარტო 28-ე კვირიდან. სინამდვილეში ეს ასეცაა, ემბრიოგენეზის ადრეული ეტაპების შესწავლა პერინატალოგების დიდ ინტერესს იწვევს და მათი კვლევის საგანია.

პერინატალური პათოლოგიის პროფილაქტიკის მიზნით გამოყოფენ მაღალი რისკის ორსულებს, რომლებსაც ახასიათებთ პერინატალური დაავადებისა და სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლები.

მაღალი რისკის ორსულების ჯგუფი გამოყოფა რისკის ცალკეული ფაქტორების შეფასებით (სოციალურ-ბიოლოგიური, სამეანო-გინეკოლოგიური ანამნეზი, ექსტრაგენიტალური პათოლოგია, ორსულობის გართულება, მუცლადმყოფი ნაყოფის მდგომარეობის შეფასება, სამშობიარო მოქმედების ანომალია, პლაცენტის პათოლოგია და სხვ.). თითოეულ ფაქტორს შეაფასებენ ქულებით: დიდი რისკის ორსულებს მიეკუთვნებიან ქალები 10 ქულის შეფასებით, საშუალოდ-5-9 ქულით, დაბალს-4 და უფრო ნაკლები ქულით.

ქალთა კონსულტაციასა ან სამშობიარო სახლში პერინატალური სიკვდილიანობის ანალიზს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მისი პროფილაქტიკისთვის, რაც შემდეგი სქემით დგინდება.

პერინატალური სიკვდილიანობის უმთავრესი მიზეზია ნაყოფის ჰიპოქსია და ახალშობილის ასფიქსია.

$$\text{პერინატალური სიკვდილიანობა \%-ით} = \frac{\text{1000 გ და მეტი წონის მკვდრადშობილები} + \text{დაბადებიდან 168 საათის განმავლობაში მკვდარი ახალშობილი, 1000 და მეტი წონით}}{\text{1000 გ-ზე მეტი წონის ყველა ახალშობილის რიცხვი}} \times 1000$$

$$\text{მკვდრადშობადობა \%-ობით} = \frac{\text{1000 გ და მეტი წონის მკვდრადშობილები}}{\text{1000 გ-ზე მეტი წონის ყველა ახალშობილი}} \times 1000$$

$$\text{ნაადრევი ნეონატალური სიკვდილიანობა \%-ით} = \frac{\text{პირველი 168 საათის განმავლობაში დაღუპული 100 გ და მეტი წონის ახალშობილი}}{\text{1000გ და მეტი წონის ყველა ცოცხალი ახალშობილი}} \times 1000$$

XXXVI თავი

ნაყოფის ჰიპოქსია და ახალშობილის ასფიქსია

ჰიპოქსია ეწოდება ნაყოფის ორგანიზმში აირთა ცვლის მოშლის შედეგად განვითარებულ მეტაბოლურ დარღვევას, რომლის ხარისხი დამოკიდებულია სისხლში ჟანგბადის პარციულ წნევასა და აციდოზის ხარისხზე.

ახალშობილის ორგანიზმში ჟანგბადის უკმარისობის პათოლოგიურ გამოვლინებას ასფიქსია, ანუ ახალშობილის ღვიძლის ესწოდება. სიტყვა „ასფიქსია" ნიშნავს უმაჯობას (stigmus- მაჯა), რაც მიუთითებს იმაზე, რომ ეს ტერმინი პირობითია, რადგან ჟანგბადის უკმარისობის დროს ახალშობილს ყოველთვის არ უვითარდება ჰიპერკაპნია და გულისცემა წყდება მხოლოდ უმძიმესი ფორმის შემთხვევაში.

ჟანგბადის უკმარისობა უმეტესად ვითარდება ინტრანატალურად, [redacted]).

არჩევენ ნაყოფის ქრონიკულ და მწვავე ჰიპოქსიას. ქრონიკული ჰიპოქსია დაკავშირებულია ორსულობის პათოლოგიურ მიმდინარეობასთან, როდესაც ნაყოფი დედის სისხლის ჟანგბადით ნაკლებად მარაგდება, პლაცენტური სისხლის მიმოქცევა მოიშლება ან ვითარდება ერითროციტების ჰემოლიზი.

მწვავე ჰიპოქსია ვითარდება ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი მოცილების, საშვილოსნოს გახევის, ჭიპლარის გამოვარდნის, ჭიპლარის აპკისებრი მიმაგრების, ძლიერი სამშობიარო მოქმედების, ხანგრძლივი უწყლო პერიოდის, ნაყოფის თავის ტვინში სისხლჩაქცევებისა და ქალასშიგა წნევის მომატების დროს. იშვიათად მწვავე ჰიპოქსია ვითარდება ქრონიკულის ფონზე და ძალიან მძიმედ მიმდინარეობს.

ამრიგად, ნაყოფის ჰიპოქსია შეიძლება გამოწვეული იყოს ექსტრაგენიტალური (გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებანი, ჰიპერტონიული დაავადება, რევმატული მანკი, სისხლის მიმოქცევის უკმარისობა, ინფექციური დაავადება, სისხლის დაავადების მძიმე ფორმა, ფილტვების ტუბერკულოზი, პნევმონია, ემფიზემა, დიაბეტი, ღვიძლისა და თირკმლების პათოლოგია) და სამეანო პათოლოგიით (გვიანი ტოქსიკოზი, სამშობიარო მოქმედების ანომალია, ვადაგადაცილებული ორსულობა, მშობიარობა ხანშესულ ასაკში, მენჯით წინმდებარეობა, გარდიგარდმო მდებარეობა, თავის გაშლილი მდებარეობა, თავის არასწორი ჩადგმა, პლაცენტის წინმდებარეობა, ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლა, ჭიპლარის პათოლოგია, ვიწრო მენჯი, დიდი ნაყოფი, ნაყოფის სიცოცხლესთან შეუთავსებელი სიმახინჯე და დეფექტი, მშობიარობის არასწორი მართვა).

პათოგენეზის მიხედვით არჩევენ ჰიპოქსემიურ, ჰემიურ, ცირკულაციურ და ქსოვილოვან ჰიპოქსიას.

ჰიპოქსემიური ჰიპოქსია ვითარდება მაშინ, როდესაც დედის ორგანიზმი ვერ ღებულობს საკმარისი რაოდენობით ჟანგბადს და ამის გამო ნაყოფიც განიცდის ჟანგბადის უკმარისობას.

ჰემოგლობინისა და ერითროციტების რაოდენობის შემცირების ან ჰემოგლობინის ინაქტივაციის გამო ვითარდება ჰემიური ჰიპოქსია (ჟანგბადი საკმაო რაოდენობითაა, მაგრამ მისი ტრანსპორტირება მთლიანად არ ხდება).

პლაცენტური სისხლის მიმოქცევის მოშლის დროს ნაყოფისთვის სისხლის და

შესაბამისად O_2-ის მიწოდება ნორმაზე ნაკლებია, ასეთი ხასიათის ჰიპოქსიას ცირკულაციური ეწოდება.

ჟანგბადის უკმარისობა ვითარდება მაშინაც კი, როდესაც უჯრედები (განსაკუთრებით თავის ტვინის) ფერმენტული პროცესების დარღვევის გამო ვერ ითვისებს ჟანგბადს (ქსოვილოვანი ჰიპოქსია).

ნაყოფის ჰიპოქსიისა და ახალშობილის ასფიქსიის პათოგენეზის დასადგენად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ნაყოფის ორგანიზმში აირთა ცვლას და მჟავა-ტუტოვან წონასწორობას.

ჯანმრთელ და ასფიქსიით დაბადებულ ახალშობილთა ჟანგბადით მომარაგებისა და მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის მაჩვენებელი

სისხლის მაჩვენებლები	მოზრდილები	ჯანმრთელი ახალობილები	მსუბუქი ასფიქსიით დაავადებულები	მძიმე ასფიქსიით დაავადებულები
ჟანგბადით გაჯერება %-ობით	98%	44,2%	34%	23,8%
ჟანგბადის წნევა $P(O_2)$ ვ.წყ.სვ.		33,5	32,8	28,2
pH	7,35 - 7,45	7,2 - 7,3	7,01 - 7,19	6,95 - 7,0
ტუტეთა სიჭარბე სისხლის მ/ეკვ. ლ	-2,5 +2,5	-6 -12	-13 -18	-18 -22
ნახშირორჟანგის წნევა $P(CO_2)$ ვ. წყ. სვ.	35-40	33	33	4 – 45

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ჯანმრთელ ნაყოფში სისხლი ჟანგბადით ნაკლებად გაჯერებულია მოზრდილებთან შედარებით. ნაყოფი კომპენსაციას ახდენს გულისცემის აჩქარებით (120-160 დარტყმა წუთში), ფეტალური ჰემოგლობინით, რომელიც ჟანგბადს სწრაფად იერთებს და ადვილად გასცემს, ასევე ცვლით პროცესებში ანაერობული გლიკოლიზის სიჭარბით; ამის დადასტურებაა ჯანმრთელ ახალშობილთა სისხლში აციდოზი, რომლის მეტაბოლურ ხასიათზე მეტყველებს მჟავე პროდუქტების დაგროვება (ტუტეთა სიჭარბის უარყოფითი მაჩვენებელი) და ჰიპერკაპნიის არარსებობა.

ჰიპოქსემიის შემთხვევაში ანაერობული გლიკოლიზი უფრო მეტად ჭარბობს, რაც მეტაბოლურ აციდოზს აღრმავებს. მძიმე ჰიპოქსიის დროს მეტაბოლურ აციდოზს ემატება ასევე რესპირაციული აციდოზი, P (CO_2)-ის მომატება. ჰიპოქსემიის ფონზე განვითარებული აციდოზი აკნინებს უჯრედებში ფერმენტულ პროცესებს, რაც აღრმავებს ქსოვილოვან ჰიპოქსიას, უჯრედები ვერ ითვისებს ჟანგბადს, ერთდროულად ჰიპერკალიემია და ჰიპოგლიკემია ვითარდება.

ბიოქიმიური ცვლილებები, თავის მხრივ, იწვევს ჰემოდინამიკის დარღვევას.

მძიმე ჰიპოქსიის დროს მიკროცირკულაცია ირღვევა. პრეკაპილარითა სფინქტერი დუნდება, ხოლო პოსტკაპილარები (რომლებიც აციდოზის მიმართ ნაკლებმგრძნობიარენი არიან) შეკუმშული რჩება. ეს უკანასკნელი იწვევს კაპილარების შიგნით წნევის მომატებას და პლაზმის გაჟონვას. თავისთავად სისხლის მიმოქცევის მოშლა (პრეკაპილარების გაგანიერება და პოსტკაპილარების სპაზმი) ხელს უწყობს სისხლძარღვთა კედლის გამავლობის მომატებას, შემდეგში სისხლძარღვთა მთლიანობა ირღვევა და სისხლჩაქცევა ხდება.

ამრიგად, ჟანგბადის უკმარისობა იწვევს „სამშობიარო ტრავმას" - სისხლის ჩაქცევას ტვინსა და სიცოცხლისთვის მნიშვნელოვან ორგანოებში. მიკროცირკულაციის დარღვევა იწვევს ჰიპოკალიემიას (სისხლის შესქელებას), რაზეც მიუთითებს ასფიქსიით დაბადებულთა მაღალი ჰემატოკრიტი. ჯანმრთელ ახალშობილებს მეტაბოლური აციდოზი აღენიშნებათ პირველ დღეებში. მეშვიდე დღეს მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობა ნორმას უბრუნდება.

ახალშობილებს, რომლებიც ჰიპოქსია ჰქონდათ, მეტაბოლური აციდოზი მე-3-4 დღეს უფრო ულრმავდებათ და დიდხანს აღენიშნებათ.

– ჰიპოქსიის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

არჩევენ ნაყოფის მოსალოდნელ და დაწყებით ჰიპოქსიას. მოსალოდნელი ჰიპოქსიის დროს შეტევის პროცესში აღინიშნება გამოხატული ბრადიკარდია, სისტოლა გრძელდება რიტმის დარღვევის გარეშე (ან იშვიათად რიტმი ირღვევა 0,02 წამით) ამ დროს იშვიათად სანაყოფე სითხეში მეკონიუმია.

ნაყოფის დაწყებითი ჰიპოქსიის დროს გულისცემა ხშირდება 160-ზე მეტად წუთში, რიტმი დარღვეული არ არის (მსუბუქი ფორმა), შემდგომ ტაქიკარდია იცვლება ბრადიკარდიით, რიტმი არ არის დარღვეული (საშუალო ფორმა). მძიმე ფორმის ჰიპოქსიის დროს აღინიშნება ბრადიკარდია და რიტმიც ირღვევა.

ელექტრო- და ფონოკარდიოგრამით ახორციელებენ გულის სხვადასხვა სიძლიერისა და ხანგრძლივობის ტონების, სისტოლის ხანგრძლივობის ცვლილებების, პირველი ტონის გაორების, ექსტრასისტოლისა და არამუდმივი შუილის რეგისტრაციას. ქრონიკული ჰიპოქსიის დროს ამნიოსკოპიით აღინიშნება სანაყოფე სითხის შემღვრევა და მწვანედ შეფერადება მეკონიუმის გამო. ნაყოფის ჰიპოქსიაზე მიუთითებს აგრეთვე ნაყოფის გააქტიურება.

ნაყოფის ინტრანატალური მკურნალობისთვის პირველ რიგში საჭიროა გამომწვევი მიზეზის დადგენა.

ქრონიკული ჰიპოქსიის პროფილაქტიკისა და მკურნალობისთვის საჭიროა შემდეგი ღონისძიებების გატარება: თირკმლის საპრიოექციო არის დიათერმია; 2-4 მლ 1%-იანი სიგეტინისა და 20 მლ 40%-იანი გლუკოზის ერთად შეყვანა ვენაში ან 20000 ერთ. ესტროდიოლდიპროპიონატისა და 0,5 მლ ეთერის ერთად შეყვანა საშვილოსნოს ყელში; სინთეზური (სიგეტინი) და ბუნებრივი (ესტრადიოლდიპროპიონატი) ჰორმონები, აგრეთვე თირკმლის დიათერმია, რაც იწვევს საშვილოსნოს ჰიპერემიას, საშვილოსნოს სისხლძარღვთა შეღწევადობის მომატებას დედის სისხლიდან საკვები ნივთიერების ნაყოფის ორგანიზმში შეღწევისთვის; ნიკოლაევის ტრიადის ჩატარება, ჟანგბადის ჩასუნთქვა 10 წუთის განმავლობაში, ვენაში 40%-იანი 50 მლ გლუკოზის ხსნარისა და 2 მლ კორდიამინის შეყვანა ან კუნთებში 1 მლ კორდიაზოლის შეყვანა. ქრონიკული ჰიპოქსიის პროფილაქტიკა მდგომარეობს ორსულობისა და მშობიარობის სწორ მართვაში.

თუ მშობიარობის პროცესში ნაყოფის ჰიპოქსია განვითარდა, ახორციელებენ

ნიკოლაევის ტრიადას. მეტაბოლური აციდოზის პროფილაქტიკის მიზნით შეყავთ ბუფერ ხსნარები-5%-იანი სოდის 150-200 მლ, 50-60 წვეთი წუთში. ამ მიზნით შეყავთ 10-20%-იანი გლუკოზის ხსნარის 100 მლ (ნეფროპათიის დროს 50 მლ 40%-იანი ხსნარი), მასთან ერთად 50,0-100 მგ კოკარბოქსილაზა, რაც აუმჯობესებს ქსოვილოვან სუნთქვას. საშვილოსნოს ყელის 1,5 სმ-ზე და მეტად გახსნის დროს ნაყოფის თავიდან იღებენ 0,3 მლ სისხლს pH- ის დასადგენად.

ელექტროენცეფალო- და რეოენცეფალოგრაფიით აღინიშნება ელექტრული აქტივობის ტალღათა სიხშირისა და მათი ამპლიტუდის ცვლა (განსაკუთრებით მწვავე ჰიპოქსიის დროს).

კონსერვატიული მეთოდების არაეფექტურობის შემთხვევაში საჭიროა მშობიარობის დაჩქარება. ამ მიზნით ხმარობენ სამეანო მაშას, ახორციელებენ ვაკუუმექსტრაქციას, ნაყოფის ექსტრაქციას და ძალიან იშვიათად საკეისრო გაკვეთას.

ახალშობილის ასფიქსია და მისი მკურნალობა

დაბადებისას ახალშობილის მდგომარეობას შეაფასებენ აპგარის სქემით დაბადების პირველ წუთში და 5 წუთის შემდეგ. თუ 5 წუთის შემდეგ აპგარის სქემის მიხედვით მდგომარეობა არ გამოსწორდა, პროგნოზი ცუდია. ახალშობილი უნდა გასინჯოს ნევროპათოლოგმა. ჯანმრთელ ახალშობილებს აპგარის სქემით შეაფასებენ 7-10 ბალით, მსუბუქი ასფიქსიის შემთხვევაში-5-6 ბალით, მძიმე ასფიქსიის დროს კი-1,2-3,4 ბალით.

მსუბუქი ფორმის შემთხვევაში კანი ციანოზურია, რეფლექსები შენარჩუნებულია, კუნთების ტონუსი დამაკმაყოფილებელი, გულის კუნთების შეკუმშვა შენელებულია, ტონები მკაფიოა, სუნთქვა იშვიათია, ზედაპირული ან სულ არ ისმის. ჭიპლარის ტურგორი და მისი პულსაცია ამა თუ იმ დონის შენარჩუნებულია.

მძიმე ფორმის ასფიქსიის დროს ახალშობილი არ სუნთქავს, კანი მკრთალია, ლორწოვანი გარსები-ციანოზური, გულის შეკუმშვა იშვიათია, ზოგჯერ არიტმული, ტონები ყრუა, ჭიპლარი მოდუნებულია.

ახალშობილის რეანიმაცია (მსუბუქი და საშუალო ფორმა). დაბადებისთანავე სასუნთქი გზები თავისუფლდება ლორწოსგან. საჭიროა ფილტვების ხელოვნური

აპგარის სქემა

ნიშნები	შეფასება		
	0	1	2
1. გულისცემის	არ არის	100-ზე ნაკლები	100-140
2. სუნთქვა	არ არის	იშვიათი, ერთეული სუნთქვითი მოძრაობა	კარგი, ძლიერი ხმამაღალი ყვირილი
3. კუნთის ტონუსი	არ არის	დაქვეითებულია (უმნიშვნელო მოხრა).	აქტიური მოძრაობა
4. რეფლექსური ან ზნება	არ არის	სუსტად გამოხატული	კარგად გამოხატული
5. კანის ფერი	თეთრი ან ციანოზურ	ვარდისფერი, კიდურები-ლურჯი	ვარდისფერი

ვენტილაცია არააპარატული ან აპარატული წესით. არააპარატულ წესს ეკუთვნის ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია „პირი პირზე", „პირი ცხვირზე", „პირი ნიღაბზე" და ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია S- ისებრი ფორმის მილის საშუალებით. აპარატული წესის დროს გამოიყენებენ სხვადასხვა კონსტრუქციის სასუნთქ აპარატებს.

ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის დროს მიღწეული უნდა იყოს გულმკერდის შესამჩნევი სუნთქვითი მოძრაობა. იგივე პირობები უნდა დაიცვან, როდესაც ფილტვების ხელოვნურ ვენტილაციას ახორციელებენ „პირი ნიღაბზე" ან S- ისებრი მილის გამოყენებით.

აპარატული სუნთქვისას გამოიყენებენ ხელის აპარატებს „რპ-1", „რდ-1" და ავტომატურ აპარატებს „დპ-2" და „ვიტა-1". აპარატი „რპ-1" შედგება ნიღაბისა და საბერველისაგან. მას გვერდზე აქვს ღვედები, რომელთა დამაგრება გარკვეულ სიმაღლეზე განსაზღვრავს საბერველის გაშლის დონეს ანუ მასში შესული ჰაერის რაოდენობას (1,5, 1, 0,5 ან 0,25 ლიტრი). ახალშობილს წინასწარ პირსა ან ცხვირში უდგამენ ჰაერგამტარ მილს. ჩაბერვის სიხშირე იგივეა-20-25 ჩაბერვა წუთში აპარატული წესით.

ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის დასაწყისში ჩასაბერი ჰაერის წნევა უნდა აღწევდეს ვერცხლისწყლის სვეტის 30-დან 40 მმ-მდე. ყველაზე სრულყოფილი აპარატია „ვიტა-1". იგი გამოყენებულია მართვითი ვენტილაციისთვის. საშუალებას იძლევა მართონ სუნთქვის სიხშირე და სიღრმე. ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია მიმდინარეობს ღია, ნახევრადღია და ნახევრად დახურული სისტემით. ღია სისტემის შემთხვევაში აპარატი აწვდის ატმოსფერულ ჰაერს, ნახევრად ღია ან ნახევრად დახურული სისტემის შემთხვევაში-აირთა ნარევს (ჰაერი-ჟანგბადი 1:1, ჟანგბადი-ჰელიუმი 1:1, 2:1).

კარგი შედეგებია მიღებული ასფიქსიის მძიმე ფორმის დროს ჰიპერბარული ოქსიგენაციის მეთოდის გამოყენებით. ახალშობილთა რეანიმაციისთვის გამოყენებულია სპეციალური ბაროკამერა. სასუნთქი გზების ტუალეტისა და საჭირო გადასხმების შემდეგ ახალშობილს 1 საათის განმავლობაში ათავსებენ ბაროკამერაში, სადაც წნევა აჰყავთ 3 ატმოსფერომდე. ამ პირობებში პლაზმაში გახსნილი ჟანგბადის რაოდენობა ნაცვლად 0,3 მოც.%-ისა (რომელიც არის ჩვეულებრივი ჰაერით სუნთქვის დროს) აღწევს 6,3 მოცულობა %-ს. დამოუკიდებელი სუნთქვის დაწყების შემდეგ წნევას ბაროკამერაში თანდათან ამცირებენ ერთ ატმოსფერომდე.

სუნთქვის აღდგენის შემდეგ ჭიპლარის ვენაში 5%-იანი სოდიანი ხსნარი შეჰყავთ ახალშობილის წონის მიხედვით (3000 გ-მდე-15 მლ, 3000-4000 გ-მდე 20 მლ, 4000 გ-ის ზემოთ 25 მლ). კანქვეშ შეჰყავთ კორდიამინი ან ეტიმიზოლი.

პერსიანინოვის მეთოდით გამოცოცხლებას ასე ახორციელებენ: 3 მლ 10%-იანი ქლორკალციუმი და 7 მლ 40%-იანი გლუკოზის ხსნარი ჭიპლარის არტერიაში შეჰყავთ ბიძგისებურად.

ლეგენჩენკოს წესი: ჭიპლარს არ გადაჭრიან, ზედა სასუნთქი გზების განთავისუფლების შემდეგ დედის ფეხებშუა დგამენ აბაზანას (წყლის ტემპერატურა 30-35), რომელშიც ათავსებენ ახალშობილს.

მძიმე ფორმის ასფიქსიის დროს საჭიროა ზედა სასუნთქი გზების გათავისუფლება ლორწოსგან, ჭიპლარის გადაჭრის შემდეგ მისი ინტუბაცია, ტრაქეიდან ლორწოს ამოწოვა, ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია, ჟანგბადისა და ჰაერის (1:1) მიწოდება. თუ ბრადიკარდიაა, არიტმია ან სინკოპე, საჭიროა გულის გარეგანი მასაჟი და გულში ადრენალინის შეყვანა 1:10000. სუნთქვის აღდგენის შემ-

დეგ ჭიპლარის ვენაში შეყავთ 5%-იანი სოდის ხსნარი ახალშობილის წონის მიხედვით, აგრეთვე ვენაში 8-10 მლ 10%-იანი გლუკოზის ხსნარი და 8-10 მგ. კოკარბოქსილაზა კგ წონაზე.

მუდმივი კათეტერით, რომელსაც ჩადგამენ ჭიპლარის ვენაში, შეყავთ რეოპოლიგლუკინი (10 მლ ხსნარი კგ წონაზე), პლაზმა და ოსმოდიურეტიკები-მანიტოლი და სორბიტოლი 0,5 კგ წონაზე და 50 მლ 10%-იანი გლუკოზა ინსულინთან ერთად (ერთეული 3-4 გ მშრალი გლუკოზის რაოდენობით). ნაადრევ ახალშობილთა დოზა ორჯერ ნაკლებია. აღნიშნული მკურნალობის არაეფექტურობის ან ქალასშიგა ტრავმაზე ეჭვის შემთხვევაში საჭიროა კრანიოცერებრული ჰიპოთერმია 1,5-2 საათით, წინასწარ კგ წონაზე 10-15 მგ გომკის გადასხმისა და დროპერიდოლის კგ წონაზე 0,5 მგ ინიექციის შემდეგ.

თუ სპონტანური სუნთქვა არ არის და არც თავის ტვინში სისხლის ჩაქცევის ნიშნებია, შეიძლება 0,2 მლ 2,4%-იანი ეუფილინის ხსნარის შეყვანა კუნთებში.

გამოცოცხლებისა და ექსტუბაციის შემდეგ ახალშობილი გადაყავთ ინტენსიური თერაპიის პალატაში, სადაც განაგრძობენ ოქსიგენთერაპიას, სითხეების წვეთოვან შეყვანას, საგულე საშუალებების მიცემას. მეორადი ასფიქსიის განვითარების შემთხვევაში საჭიროა ტუტოვანი ხსნარების განმეორებით შეყვანა გლუკოზასთან და კოკარბოქსილაზასთან ერთად. pH- ის დადგენის შემდეგ ახალშობილს უნიშნავენ 0,015 ვიკასოლს და 1%-იან ქლორკალიუმს ჩაის კოვზით 2-ჯერ დღეში.

კომპლექსური რეანიმაციული ღონისძიებების ჩატარება ასფიქსიის მკურნალობის ეფექტს ამაღლებს და პოსტასფიქსიურ გართულებებს ამცირებს.

ინტენსიური თერაპია პოსტრეანიმაციულ პერიოდში

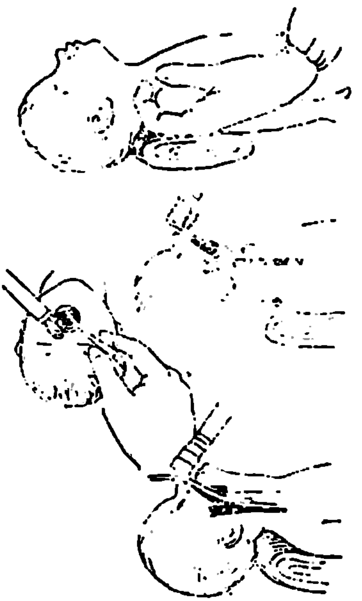
ასფიქსიით დაბადებულ ახალშობილებს პოსტრეანიმაციულ პერიოდში ხშირად უვითარდებათ სუნთქვით ფუნქციის, გულ-სისხლძარღვთა სისტემისა და თირკმელზედა ჯირკვლების უკმარისობა, კრუნჩხვა, ჰიპერთერმია, სისხლჩაქცევები ფილტვებში, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში. ზოგიერთი ახალშობილის ასფიქსიასთან ერთად შეიძლება გამოუვლინდეს თავის ტვინის ჰემორაგიულ-შეშუპებითი სინდრომი და თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის სხვადასხვა ხარისხის მოშლა.

ზემოაღნიშნული გართულებების ჩამოყალიბების შემთხვევაში საჭიროა ინტენსიური თერაპიის ჩატარება, რომელიც პირველადი ურგენტული დახმარების უშუალო გაგრძელება და დამატებაა.

ინტენსიური თერაპიის ძირითადი ამოცანაა სუნთქვისა და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ნორმალური ფუნქციის აღდგენა, მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის, ელექტროლიტებისა და წყლის ცვლის, დიურეზისა და ფერმენტული პროცესების აღდგენა.

ხანგრძლივი მშობიარობა, ხანგრძლივი უწყლო პერიოდი ახალშობილთა დაინფიცირების პირობებს ქმნის. ჰიპოქსია და გამოხატული მეტაბოლური აციდოზი აქვეითებს ახალშობილის ორგანიზმის რეაქტიულობას და ხელს უწყობს პოსტნატალურ პერიოდში სეფსისური დაავადებების განვითარებას. ზემოაღნიშნული პათოლოგიის მკურნალობისა და პროფილაქტიკის მიზნით ახალშობილებს უნიშნავენ ანტიბაქტერიულ თერაპიას ანტიბიოტიკებით.

ასფიქსიით დაავადებულ ყველა ახალშობილს უნიშნავენ ანტიჰემორაგიულ მკურნალობას: 5%-იან ქლორკალციუმს-ჩაის კოვზით დღეში 2-ჯერ, 0,003 გ K ვიტამინს 2-ჯერ დღეში, სამი დღის განმავლობაში (თუ წოვის და ყლაპვის რეფლექსები სულ არ არის გამოხატული, საჭიროა 0,3%-იანი ვიკასოლის 0,1 მლ ორჯერ დღეში,



სურ. 164 ახალშობილთა რეანიმაცია

სამი დღის განმავლობაში). რეკომენდებულია აგრეთვე ასკორბინმჟავა, B ჯგუფის ვიტამინები და 1%-იანი გლუტამინმჟავა ჩაის კოვზით დღეში 3-ჯერ.

სუნთქვითი უკმარისობის მკურნალობის მნიშვნელოვანი ეტაპია ოქსიგენოთერაპია, რომელსაც უტარებენ ახალშობილებს ჰიპოქსიის მოვლენების სრულ გაქრობამდე. სუნთქვის უკმარისობის მსუბუქი ფორმის შემთხვევაში ჟანგბადის მიცემა შეიძლება ნიღბით. მძიმე უკმარისობის დროს ახალშობილს ათავსებენ კუვეზში, ჟანგბადის პალატასა ან ბაროკამერაში.

სუნთქვის უკმარისობის გაღრმავების, განმეორებითი ასფიქსიის, გამოხატული ციანოზის შემთხვევაში აუცილებელია ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია ტრაქეის ინტუბაციით.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უკმარისობის შემთხვევაში (ბრადიკარდია, სუსტი მაჯა და სხვ.) საჭიროა 10%-იანი კორდიამინის 2 წვეთი ორჯერ დღეში ან 0,1 მლ კოფეინი ორჯერ დღეში 5-6 დღის განმავლობაში. თუ გულის ტონები მოყრუებულია, 0,05%-იანი სტროფანტინი შეყავთ ვენაში (0,025 მგ კგ წონაზე). ზოგჯერ ამ მიზნით იყენებენ დიგოქსინს, კორგლიკონს. შემდგომ დღეებში ახალშობილებს ამ პრეპარატების პირველადი დოზის 40%-ს აძლევენ. თუ ბრადიკარდია მკვეთრადაა გამოხატული, მიზანშეწონილია ატროპინის სულფატის დანიშვნა-1-2 წვეთი 3-ჯერ დღეში ან Sol. Atropini sulfurici 1:10000, 0,1 მლ კანქვეშ 2-ჯერ დღეში. გამოხატული ტაქიკარდიის დროს კარგ ეფექტს იძლევა 0,05%-იანი სტროფანტინი ან 0,06%-იანი კორგლიკონის 0,25 მგ კგ წონაზე 10 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნართან ერთად. ექსტრასისტოლის შემთხვევაში კორგლიკონისა და სტროფანტინის ნაცვლად შეყავთ იზოლანიდი ან დიგოქსინი-0,05-0,07 მგ კგ წონაზე შემდეგი სქემით: დასაწყისში ამ დოზის 1/2, 8 საათის შემდეგ 1/4 და 12 საათის შემდეგ 1/4, მეორე დღიდან კი-დოზის 1/5 ორჯერ დღეში.

გულის გლუკოზიდებთან ერთად იყენებენ კოკარბოქსილაზას-10-15 მგ-ს კგ წონაზე, შეყავთ ვენაში 10%-იან გლუკოზასთან ერთად ან კუნთებში გულის კუნთში ჟანგვითი პროცესების ეფექტურობის მომატების მიზნით. მარჯვენა გულის გადატვირთვის შემთხვევაში საჭიროა 2,4%-იანი ეუფილინის ხსნარის შეყვანა-0,1-0,15 მლ კგ წონაზე, დღეში ერთხელ.

ახალშობილის სისხლის არტერიული წნევის ნორმალიზაციისთვის აუცილებელია ვაზოპრესორული ამინების დანიშვნა: 0,1 მლ 0,1%-იანი ადრენალინი ან 0,1-0,2 მლ 1%-იანი მეზოტონი, გლუკოკორტიკოსტეროიდებიდან-ჰიდროკორტიზონი-5-10 მგ კგ წონაზე. ცირკულირებადი სისხლის მოცულობის აღდგენის მიზნით ვენაში შეყავთ 10-15 მლ პლაზმა კგ წონაზე, 20-30 მლ 10%-იანი გლუკოზა კგ წონაზე, 20-30 მლ ფიზიოლოგიური ხსნარი კგ წონაზე.

ნახშირწყლების ცვლის აღდგენის მიზნით ვენაში შეყავთ 10-15 მლ 10-20%-იანი გლუკოზის ხსნარი ასკორბინმჟავასთან და თიამინთან ერთად ყოველდღე 7-10 დღის განმავლობაში.

მეტაბოლური აციდოზის კორექციის მიზნით საჭიროა 5%-იანი სოდის განმეორებით შეყვანა.

თავის ტვინის შეშუპების შემთხვევაში, რომელიც, თავის მხრივ, იწვევს ბრადიკარდიას, ენერგეტიკული რესურსების შევსების მიზნით ვენაში შეყავთ 20 მლ 20%-იანი გლუკოზა, 6-12 მგ B_1 ვიტამინი, 50-100 მგ C ვიტამინი, 7-8 მლ მშრალი პლაზმა კგ წონაზე, ბავშვს აძლევენ 0.001 გ B_{12} ვიტამინს.

კრუნჩხვის შემთხვევაში დეჰიდრატაციული თერაპიაა საჭირო. ამ მიზნით განმეორებით შეყავთ პლაზმა გლუკოზის ხსნართან ერთად-7-8 მლ კგ წონაზე. დეჰიდრატაციული საშუალებაა აგრეთვე მაგნეზიუმის სულფატი, რომელიც კუნთებში შეყავთ დღე-ღამეში 0,2 მლ რაოდენობით კგ წონაზე, 3-4 დღის განმავლობაში. თუ მიღებული ზომების შედეგად კრუნჩხვა არ მოიხსნა, საჭიროა ნეიროლეპტიკური პრეპარატების დანიშვნა-0,001-0,003 ამინაზინი კგ წონაზე ან ამავე დოზით პიპოლფენი. ამავე მიზნით იყენებენ მანიტოლს-ვენაში 20%-იანი ხსნარი (1 გრამი მშრალი ნივთიერება კგ წონაზე დღეში ერთხელ. სულ სამი გადასხმა). ვენაში შეყავთ აგრეთვე 50-70 მგ ნატრიუმის ოქსიბარბიტურატი კგ წონაზე ერთჯერადად 20%-იანი ხსნარის სახით.

ქალასშიგა წნევის ძლიერი მომატების დროს (რაზეც მიუთითებს დიდი ყიფლიბანდის გამობერცვა) საჭიროა ზურგის ტვინის სითხის გამოღება (ეს მანიპულაცია სადიაგნოსტიკოცაა, თუ სისხლჩაქცევის დროს სითხე შეფერილია) 5-7 მლ რაოდენობით. ზუსტად გამოხატული ნევროლოგიური სიმპტომების შემთხვევაში უნიშნავენ გლუტამინმჟავას (0,1 გ კგ წონაზე) 1%-იანი ხსნარის სახით, ჩაის კოვზით 3-ჯერ დღეში.

ამრიგად, ახალშობილებს, რომელთაც ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება აქვთ პოსტრეანიმაციულ პერიოდში უნდა ჩაუტარონ კომპლექსური, პათოგენეზური მკურნალობა.

ახალშობილთა სამშობიარო ტრავმატიზმი

ახალშობილთა სიკვდილიანობის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზია მშობიარობის დროს მიღებული ტრავმა.

სამშობიარო არხში გავლისას მოსალოდნელია ნაყოფის სხვადასხვა დაზიანება, რომლებიც ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან ხარისხით, სიმძიმითა და ლოკალიზაციით.

ახალშობილთა უმრავლესობას აქვს სამშობიარო სიმსივნე-caput succedaneum, რომელიც ვითარდება ნაყოფის წინმდებარე ნაწილზე. სამშობიარო სიმსივნე წარმოიქმნება ლიმფისა და სისხლის მიმოქცევის ადგილობრივი მოშლის შედეგად. მისი ფორმა და სიდიდე ცვალებადია. იგი ზერელედ მდებარეობს კანქვეშ, მისი შიგთავსი სეროზულია და მალე ქრება.

სამშობიარო სიმსივნე ვითარდება მაშინ, როდესაც საშვილოსნოს ყელი გაიხსნება კარგი სამშობიარო მოქმედების პირობებში, სანაყოფე სითხე დაიღვრება და წინმდებარე ნაწილსა და მენჯს შორის შეიქმნება მჭიდრო შეხების რგოლი. სამშობიარო შეტევის დროს საშვილოსნოსშიგა წნევა მატულობს, უფრო მეტია, ვიდრე ატმოსფერული. წინმდებარე ნაწილზე ზემოქმედებს ატმოსფერული წნევა (რადგან საშო გარემოსთან არის დაკავშირებული), ხოლო ნაყოფის დანარჩენ

ნაწილზე-საშვილოსნოსშიგა მომატებული წნევა. წნევათა ამ სხვაობის მოქმედება ნაყოფზე განაპირობებს სამშობიარო სიმსივნის წარმოქმნას.

სამშობიარო სიმსივნის დიაგნოსტიკა ძნელი არ არის, შეხებით ის ცომისებრია, არა აქვს მკაფიო საზღვარი, შეშუპებული ქსოვილი თანდათანობით ჩვეულებრივში გადადის. ფლუქტუცია არ აღინიშნება. ზოგჯერ სამშობიარო სიმსივნის არეში აღინიშნება უმნიშვნელო სისხლჩაქცევები. ის პათოლოგიურ ხასიათს ღებულობს შუბლითა და პირისახით წინმდებარეობის დროს (ამ დროს შეიძლება სისხლი ჩაიქცეს კონიუქტივასა ან ბადურაში). მენჯით წინმდებარეობის დროს ეს პათოლოგია სასქესო ორგანოების ძლიერ შეშუპებას იწვევს.

პროგნოზი ყველა შემთხვევაში კარგია. სამშობიარო სიმსივნე მკურნალობის გარეშე გაიწოვება 1-2 დღეში. იშვიათ შემთხვევაში, თუ მშობიარობა ძალიან დიდხანს გრძელდება, შეიძლება სამშობიარო სიმსივნის არეში კანი დანეკროზდეს, შემდგომ კი დაინფიცირდეს. ამ შემთხვევაში ახალშობილებს უნიშნავენ ანტიბიოტიკებს და ზოგად მასტიმულირებელ საშუალებებს.

ვიწრო მენჯის, დიდი ნაყოფის, თავის არასწორი ჩადგმის შემთხვევაში ან სამეანო მაშის გამოყენებისა და ვაკუუმექსტრაქციის დროს შეიძლება წინმდებარე ნაწილზე კანი და კანქვეშა ქსოვილი დანეკროზდეს. ჭრილობაზე ნაკერს არ ადებენ. საჭიროა ინფიცირების პროფილაქტიკა.

კეფალოჰემატომა-cephalohaematoma სისხლჩაქცევაა ქალას ძვალსა (უმეტესად თხემის ძვალზე, იშვიათად კეფაზე) და ძვლისაზრდელას შორის. ის გვხვდება შემთხვევათა 1-2%-ში.

კეფალოჰემატომის წარმოქმნას იწვევს უხეში მექანიკური ტრავმა, ნაყოფის თავის შეჭრისა და გამოჭრის დროს უხეში სამეანო დახმარება. ასევე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სისხლძარღვთა გამავლობის მომატებას, მათ მსხვრევადობას, რაც გამოწვეულია C და K ჰიპოვიტამინოზით. კეფალოჰემატომა ხშირია ვიწრო მენჯის (განსაკუთრებით ბრტყელი მენჯის), დიდი ნაყოფის, თავის გაშლითი წინმდებარეობის, პათოლოგიური ასინკლიტიზმის, სამეანო მაშის გამოყენებისას ვაკუუმექსტრაქციისა და ნაყოფის ექსტრაქციის შემთხვევაში.

კეფალოჰემატომას აქვს მკაფიო საზღვრები, რომელიმე ერთ ძვალზეა ლოკალიზებული, რბილია, ფლუქტუირებს, კანის მთლიანობა არ არის დარღვეული. მისი პალპაცია უმტკივნეულოა. ჰემატომაზე ძვლისაზრდელი წარმოქმნის თხელ ძვლოვან ფირფიტას, რომელიც პალპაციისას პერგამენტის ქაღალდის მსგავსია. გაურთულებელი კეფალოჰემატომა 6-8 კვირის შემდეგ ქრება, იშვიათ შემთხვევაში გაიკირება ან გაძვალდება.

გართულებული ჰემატომის შემთხვევაში, როდესაც ჰემატომა დიდ ზომას აღწევს, ზოგჯერ აკეთებენ პუნქციას მისი რეზორბციის დაჩქარების მიზნით (დაბადებიდან მე-9-10 დღეზე). ამავე დროს კეფალოჰემატომაში შეყავთ ანტიბიოტიკები (50-100 მგ), მეტიცილინი ან სხვა ნახევარსინთეზური პენიცილინი.

პროგნოზს განსაკუთრებით ართულებს კეფალოჰემატომის დაინფიცირება. ინფექცია შეიჭრება კანზე არსებული ნახეთქიდან ან ნაჭდევიდან, შეიძლება მოხდეს მისი გენერალიზაცია და განვითარდეს მენინგიტი ან სეფსისი. დაინფიცირებული კეფალოჰემატომის დროს ახალშობილი აგზნებულია, ტემპერატურა მომატებულია, ადგილობრივად აღინიშნება შეშუპება, ჰიპერემია და მტკივნეულობა. სისხლის ანალიზით ადგენენ ლეიკოციტოზსა და ნეიტროფილოზს მარცხნივ გადახრით. მკურნალობაა ანტიბიოტიკოთერაპია, გაგანიერება და ჩირქის ევაკუაცია.

კუნთების დაზიანება. ახალშობილთა კუნთების დაზიანება იშვიათია, ძირი-

თადად ზიანდება musculus sternocleidomastoideus, განსაკუთრებით ამ კუნთის ქვედა ნაწილი, სადაც ვითარდება ჰემატომა, რომელიც მკვრივი კონსისტენციისაა.

უფრო ხშირად ამ პათოლოგიის მიზეზია ნაყოფის ექსტრაქცია, სამეანო მაშის ხმარება, თუმცა იშვიათად ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროსაც შეიძლება განვითარდეს.

ჰემატომა შეიძლება განვითარდეს საღეჭ და კისრის კუნთებში ნაყოფის ექსტრაქციისა და მაშის ხმარებისას კუნთების ძლიერი დაჭიმვის გამო.

პროგნოზი ყველა შემთხვევაში კარგია. ჰემატომა, ჩვეულებრივ, 2-3 კვირის შემდეგ გაიწოვება.

ძვლების დაზიანება. მშობიარობის დროს არცთუ იშვიათია ძვლების დაზიანება. თავის ქალას ძვლებზე (საფეთქლის, თხემის და შუბლის) ვითარდება ჩაღრმავება ვიწრო მენჯის (განსაკუთრებით ბრტყელი მენჯის დროს), ქალას ძვლებზე პრომონტორიუმის ან ეგზოსტოზების ზეწოლის გამო, შუბლის ძვლის ზემოთ აღნიშნული დაზიანება შეიძლება გამოიწვიოს სამეანო მაშამ. ასეთი დაზიანება განსაკუთრებულ მკურნალობას არ საჭიროებს და უკვალოდ ქრება. დიაგნოზს ადგენენ ქალას ძვლების რენტგენოგრაფიით.

შედარებით იშვიათია ხერხემლის დაზიანება, რომელიც ვითარდება ნაყოფის ექსტრაქციის დროს თავის გამოტანისას (როდესაც თავსა და მენჯს შორის შეუფარდებლობაა). ამ დროს თავის ტვინიც ზიანდება. ხშირია სისხლჩაქცევა და ლეტალური გამოსავალი.

ლავიწის ძვლების მოტეხილობა. ეს პათოლოგია შედარებით ხშირია, გვხვდება შემთხვევათა 1-2%-ში და ახალშობილისათვის საშიშროებას არა ქმნის.

ეტიოლოგიური ფაქტორებია დიდი ნაყოფი, ფართო მხრის სარტყელი, ძაბრისებრი მენჯი (რომელშიც დავიწროებულია გამოსავალი), თავის სწრაფი გამოძევება, როდესაც მხრის სარტყელს არ შეუსრულებია შინაგანი ბრუნვა და ახალშობილს არასწორად აღმოუჩენენ სამეანო დახმარებას. უკანა მხრის ადრე გამოტანა ერთ-ერთი უხეში ეტიოლოგიური ფაქტორია.

ლავიწის ძვლების მოტეხილობას ხშირად მოგვიანებით ადგენენ (1-2 დღის შემდეგ). ამ დროს პალპაციით აღინიშნება კრეპიტაცია და მტკივნეულობა. დიაგნოზს ადგენენ რენტგენოგრაფიით. იშვიათად ლავიწის ძვლების მოტეხილობის ადგილას ჰემატომა ვითარდება.

უმეტეს შემთხვევაში პროგნოზი კარგია. მოტეხილობა შეხორცდება. თუ ძვლები დაცილებულია, საჭიროა 5-6 დღის განმავლობაში სპეციალური შეხვევა-ორივე მხრის ფიქსაცია უკან განზიდულ მდგომარეობაში.

ძალიან იშვიათია მხრის ძვლების მოტეხილობა, რომელიც გვხვდება შემთხვევათა 0,2%-ში. ეს პათოლოგია ვითარდება მენჯით წინმდებარეობის დროს, როდესაც ხელების თავს უკან გადავარდნა ხდება და დახმარება სწორი არ არის. იშვიათად მოსალოდნელია მხრის ძვლის სპონტანური მოტეხილობა დიდი ნაყოფით მშობიარობის დროს. დიაგნოზს ადგენენ პალპაციით და ადასტურებენ რენტგენოლოგიურად. დაზიანებულ ხელზე ადებენ საფიქსაციო ნახვევს 2-3 კვირის ხანგრძლივობით.

წინამხრისა და ბეჭის ძვლების მოტეხილობა ძალიან იშვიათია. მენჯით წინმდებარეობისას ხელით არასწორი დახმარების ან ექსტრაქციის დროს მოსალოდნელია წვივის ძვლებისა და ბარძაყის ძვლების დაზიანება.

ბარძაყის ძვლის მოტეხილობის დროს საჭიროა მოტეხილობის კიდეების კორექცია და ბარძაყების ძვლის ფიქსაცია ნახვევით ან თაბაშირით.

პერიფერიული ნერვული სისტემის დაზიანება

ახალშობილთა პერიფერიული ნერვული სისტემის დაზიანება შედარებით ხშირია. სახის ნერვის პარეზს ხშირად იწვევს სამეანო მაშის ხმარება, ვიწრო მენჯი, იშვიათად ის შეიძლება განვითარდეს თვითნებური მშობიარობის დროსაც.

კლინიკა. პირის კუთხე დაშვებულია, ცხვირ-ტუჩის ნაოჭი - გადასწორებული. დაზიანებულ მხარეზე თვალი არ იხუჭება, ტირილის დროს პირის ნაპრალი გადაწეულია საღ მხარეზე. ახალშობილის ზოგადი მდგომარეობა არ იცვლება. წოვის აქტი შენარჩუნებულია.

სახის ნერვის მსუბუქი დაზიანების დროს ზემოაღნიშნული სიმპტომები თავისთავად ქრება. საშუალოდ და მძიმედ მიმდინარე ფორმის შემთხვევაში ახალშობილებს 15-20 დღის ვადით უნიშნავენ კუნთებში 10 მგ პროზერინის შეყვანას, მესამე კვირიდან-მსუბუქ მასაჟს, თვალის კონიუნქტივის სიმშრალისა და ინფიცირების პროფილაქტიკის მიზნით უკეთებენ კომპრესებს ანტისეპტიკური ხსნარით, ქუთუთოებზე უსვამენ ბორიან ვაზელინს.

მხრის წნულის დაზიანება. 1,5-2 ჯერ ხშირად ზიანდება მარჯვენა მხრის წნული, რაც გამოწვეულია ნაყოფის პირველი პოზიციის სიხშირით. მხრის წნულის დაზიანება 13-ჯერ უფრო ხშირია მენჯით წინმდებარეობის დროს; მას იწვევს უხეში სამეანო ჩარევა.

ლოკალიზაციის მიხედვით შეიძლება განვითარდეს ხელის 3 ტიპის დამბლა: 1. ზედა დამბლა (დიუშენ-ერბის ტიპის), რომლისაც დაზიანებულია ზურგის ტვინის კისრის სეგმენტის V-VI ტოტი; 2. ქვედა დამბლა (დეჟერინ-კლუმპკეს ტიპი), რომლისაც დაზიანებულია კისრის VII-VIII და გულმკერდის I ტოტები; 3. ტოტალური - მთლიანი დამბლა, რომლისაც მხრის წნულის ყველა კომპონენტია დაზიანებული.

მკურნალობა. თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლის პირველი ხარისხის მკურნალობაა შინაგან ორგანოთა, განსაკუთრებით თავის ტვინის ჟანგბადით მომარაგება, მეტაბოლიტურ აციდოზთან ბრძოლა და ორგანიზმის ენერგეტიკული მარაგის შევსება.

ახალშობილები საჭიროებენ სპეციალურ მოვლას. დაბადებისთანავე ყველას აძლევენ 2-3 მგ K ვიტამინს კგ წონაზე დღე-ღამეში 1-2-3-ჯერ, უნიშნავენ მუდმივ ოქსიგენოთერაპიას ჟანგბადის პალატებში, კუვეზებში, ბაროსაკანში. ჟანგბადი შეიძლება შეიყვანონ კუჭში ან გამოიყენონ ოქსიგენიზებული ამინოპეპტიდი.

სუნთქვის ცენტრის სტიმულაციისათვის კანქვეშ შეყავთ სუნთქვითი ანალეპტიკი-სიმზიმოლი ოქსიგენოთერაპიის ფონზე.

ენერგეტიკული მასალით მომარაგების მიზნით ვენაში შეყავთ 15-20 მლ ალბუმინი, ნატიური პლაზმა (ცილოვანი პრეპარატები ამცირებს ტვინის შეშუპებას). 20%-იანი გლუკოზის ხსნარის 15-20 მლ, ნივთიერებათა ცვლის მოწესრიგებისთვის C ვიტამინის 50-100 მგ დღე-ღამეში, 25-50 მგ B_1 ვიტამინი 1-ხელ, 0,5 მლ 6%-იანი B_6 ვიტამინი კუნთებში. მეტაბოლური აციდოზის სამკურნალოდ გამოყენებულია სოდის ხსნარი-4-5%-იანი 8-10 მლ (3-3,5 კგ წონაზე). თუ ჰიპორეფლექსია აღინიშნება, საჭიროა 0,5-1 მლ 10%-იანი კალციუმ გლუკონატის გაკეთება ვენაში, თუ შენარჩუნებულია ყლაპვის რეფლექსი, დასალევად აძლევენ 10%-იანი კალციუმგლუკონატის ან კალციუმქლორიდის 3-5 მლ-ს 3-ჯერ დღეში.

II ხარისხის მოშლის დროს ახალშობილი აგზნებულია, ამიტომ აღნიშნულ თერაპიას უმატებენ 2-4 მლ ამინაზინს კგ წონაზე დღე-ღამეში.

ნეიროლეპტური ეფექტის მიღწევის შემდეგ ახალშობილს ამინაზინს აძლევენ 2-3 დღის განმავლობაში 6-8 საათის ინტერვალით (არ ხმარობენ მაშინ, როცა

რესპირაციული მოშლილობა). ამინაზინთან ერთად საჭიროა პიპოლფენი (დიპრაზინი)-2-4 მგ/კგ წონაზე, 0,3-0,5 მლ დროპერიდოლი 1-2 დღის განმავლობაში აგზნების საწინააღმდეგოდ. ვენაში შეყავთ ნატრიუმის ოქსიბუტირატი (გომკ)-50-100 მგ კგ წონაზე, კუნთებში-0,3-0,5 მლ სედუქსენი.

მიკროცირკულაციის აღდგენისთვის საჭიროა სისხლის შემცვლელების გამოყენება (10-15 მლ ჰემოდეზი კგ წონაზე, 10 მლ 10%-იანი რეოპოლიგლუკინი კგ წონაზე, 10 მლ მშრალი პლაზმა ან ალბუმინი კგ წონაზე დღე-ღამეში). დღე-ღამეში მიღებული ხსნარების რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 80-100 მლ-ს კგ წონაზე. თუ დიურეზი კარგი არ არის, საჭიროა 0,5 გ სორბიტოლი, მანიტოლი ან ლაზიქსი (ფუროსემიდი). 1-3 მგ კგ წონაზე. უნიშნავენ აგრეთვე 1%-იან გლუტამინმჟავას (1-5 თვის განმავლობაში) დღეში 3-ჯერ ჩაის კოვზით.

თუ ახალშობილის დიდი ყიფლიბანდის არე ძალიან გამობერილი აქვს და პულსაცია არ აღინიშნება, საჭიროა ლუმბური პუნქცია (ნელა!). უეცარმა წნევის დაქვეითებამ შეიძლება ახალი სისხლჩაქცევები გამოიწვიოს.

ჰიპერემიასთან ბრძოლისთვის იყენებენ პირამიდონის 1%-იანი ხსნარის 0,5 მლ-ს კგ წონაზე, საგულე საშუალებებიდან 0,1 მლ 0,01%-იან კორგლიკონს ვენაში 20%-იან გლუკოზასთან ერთად.

მესამე სტადიის შემთხვევაში ზემოაღნიშნულს უმატებენ C, B1, B2, B6, B12 ვიტამინებს, სისხლის გადასხმას, გამა-გლობულინს, კოფეინს, აპილაკსა და სხვ. ქალასშიგა ტრავმის პროფილაქტიკაა ორსულობისა და მშობიარობის გართულებასთან ბრძოლა, ჰიპოქსიისა და ასფიქსიის დროული მკურნალობა და მშობიარობის სწორი მართვა (მექანიკური ტრავმის აცილების მიზნით).

ახალშობილთა სეფსისი და ტოქსიკურ-ინფექციური დაავადებანი

სეფსისისა და ტოქსიკურ-ინფექციური დაავადებების პროფილაქტიკა და მკურნალობა პერინატალური მედიცინის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემაა.

სეფსისი პოლიეტიოლოგიური, ზოგადინფექციური დაავადებაა, რომელიც ვითარდება ორგანიზმში არსებული ჩირქოვანი კერიდან მისი დაქვეითებული რეაქტიულობის პირობებში.

ახალშობილთა სეფსისს უმთავრესად იწვევს: ოქროსფერი, ჰემოლიზური და თეთრი სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი, პროთეუსი, ნაწლავის ჩხირი, პნევმოკოკი და სხვ.

ახალშობილის ორგანიზმში ინფექციის შეჭრას ხელს უწყობს შემდეგი ფაქტორები: ახალშობილის სასუნთქი გზების, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ლორწოვანის, კანის ეპიდერმისის ადვილი დაზიანება. ახალშობილის ცენტრალური ნერვული სისტემის მორფოლოგიური და ფუნქციური მოუმწიფებლობა, ღვიძლის დეზინტოქსიკაციური უნარის უკმარისობა, ახალშობილის დაბალი იმუნოლოგიური მაჩვენებლები (ეს უკანასკნელი გამოწვეულია იმით, რომ ახალშობილი დედისგან მცირე რაოდენობით ღებულობს ანტისხეულებს და თვითონაც მცირე რაოდენობით გამოიმუშავებს მათ) განაპირობებს ორგანიზმის სუსტ დაცვით რეაქციას, ეს კი ხელს უწყობს ინფექციის შეჭრას და მის გენერალიზაციას.

ინფიცირება შეიძლება მოხდეს როგორც ანტენატალურად, ასევე ინტრანატალურად და პოსტნატალურად.

არჩევენ ახალშობილთა სეფსისის ორ კლინიკურ ფორმას: სეპტიცემიასა და სეპტიკოპიემიას.

სურ. 165 ახალშობილთა ერითემა

ახალშობილთა სეპტიცემიას ახასიათებს ხანგრძლივი მიმდინარეობა ზოგადი მდგომარეობის პერიოდული შემსუბუქებით ან დამძიმებით. მისი დამახასიათებელია ტოქსიკური ცვლილებები მეორადი ჰემატოგენური ჩირქოვანი კერების გარეშე. დაავადების დაწყების წინ ახალშობილს აღენიშნება სტომატიტი, კონიუქტივიტი, სხეულზე ჩირქოვანი გამონაყარი, სველი ჭიპი. ახალშობილი ცუდად წოვს ძუძუს, მოდუნებულია, წონაში არ მატულობს. ტემპერატურა შეიძლება იყოს ნორმალური ან მომატებული, კანი - ფერმკრთალი, ციანოზური ელფერის, დაავადების დაწყებიდან 10-11 დღის შემდეგ ვითარდება სიყვითლე. კანზე შეიძლება იყოს ჰემორაგიული გამონაყარი, რომელსაც თან სდევს ჰემაპტოე ან მელენა. მოსალოდნელია ოსტეომიელიტი. ხშირი სიმპტომია აგრეთვე უძილობა, მოუსვენრობა, მუცლის შებერვა, მეტეორიზმი, ღებინება, ფაღარათი. ზოგჯერ ჭიპის სეფსისის დროს ჭიპლარის სისხლძარღვებში აღინიშნება ფლებიტი ან პერიარტერიტი და ჭიპიდან ჩირქის დენა. სისხლში ანემიის სურათია: ლეიკოციტოზი მარცხნივ გადახრით, ნეიტროფილოზი, ზოგჯერ ანეოზინოფილია. ატიპურ შემთხვევაში სისხლში შეიძლება არ იყოს ცვლილებები ან, პირიქით, ლეიკოპენია გამოვლინდეს.

სეპტიცემიის დიაგნოზს ადგენენ კლინიკური სურათის საფუძველზე, რომლის დადასტურებაა სისხლიდან მიკრობის ამოთესვა, განსაკუთრებით, თუ მიკრობი ჩირქიდან გამოყოფილის იდენტურია.

სესპტიკოპიემიას ახასიათებს ასევე ხანგრძლივი მიმდიარეობა, ტემპერატურის მომატება, ახალშობილის მდგომარეობის დამძიმება. მისი დამახასიათებელია მეორადი ჰემატოგენური ჩირქოვანი კერების განვითარება.

სეპტიკოპიემიის გამომწვევი მიკრობია უმთავრესად ოქროსფერი და ჰემოლიზური სტაფილოკოკი. სეპტიკოპიემიის დროს ვითარდება ღრმა ჩირქოვან-ნეკროზული ცვლილებები კანში, კანქვეშა ქსოვილში, კუნთებში შეიძლება განვითარდეს ემპიემა, პიოპნევმოთორაქსი, ზოგჯერ ჩირქოვანი პერიკარდიტი, პერიტონიტი, მენინგიტი. სისხლში იგივე სურათია, ჩირქიდან და სისსლიდან უმთავრესად სტაფილოკოკი ამოითესება.

ახალშობილთა ტოქსიკურ-ინფექციურ დაავადებებს, ახალშობილთა სეფსისისგან განსხვავებით, ახასიათებს მეტი მასიურობა, აფეთქებების სახით მიმდინარეობს დაბადებიდან მე-3 მე-8 დღეს.

ტოქსიკური ინფექცია პოლიეტიოგენეზურია; მას იწვევს ნაწლავის ჩხირების პათოგენური შტამები, სალმონელები, პარატიფური ჩხირები, სტაფილოკოკები, ვირუსები. დაინფიცირება ხდება per os ან სასუნთქი გზებით.

ხშირად ახალშობილთა ამ დაავადებებს წინ უძღვის დედათა დაავადება (მას-

ტიტი, ენდომეტრიტი). ისინი შეიძლება გამოწვეული იყოს მედიცინელთა და ბავშვთა განყოფილებაში სანიტარული რეჟიმის დარღვევით.

არჩევენ ტოქსიკურ-ინფექციურ დაავადებათა მსუბუქ, საშუალოდ მძიმე და მძიმე ფორმებს.

დაავადების მსუბუქი ფორმის შემთხვევაში ახალშობილი წონაში არ მატულობს, მადა ეკარგება, წოვის რეფლექსი შესუსტებული აქვს, აღენიშნება ფაღარათი.

საშუალოდ მძიმე ფორმის დამახასიათებელია უეცარი დასაწყისი, წონაში ძლიერი დაკლება. ახალშობილს აქვს ღებინება, ძუძუს არ წოვს, კანი მკრთალი აქვს, ტურგორი-დაქვეითებული.

მძიმე ფორმის შემთხვევაში აღინიშნება ტოქსიკური დისპეფსია, შეუჩერებელი ღებინება, წონის მკვეთრი დაქვეითება, კრუნჩხვა, კომის მდგომარეობა, ტემპერატურა შეიძლება იყოს მომატებული ან ნორმის ფარგლებში.

სეფსისისა და ტოქსიკურ-ინფექციური დაავადებების მკურნალობა კომპლექსური უნდა იყოს. ახალშობილებს უნიშნავენ დიდი რაოდენობით სითხეს (3-5%-იან გლუკოზას დასალევად), 20%-იან 15-20 მლ გლუკოზას, 1 მლ 5%-იან ასკორბინმჟავასა და 25 მგ კოკარბოქსილაზას ერთად ვენაში შესაყვანად, აგრეთვე 1-%-იან ალბუმინის ან პლაზმის 15-20 მლ-ს, 25-30 მლ ჰემოდეზს დღეგამოშვებით ასევე ვენაში.

გამოხატული დეჰიდრატაციის და ტოქსიკოზის დროს ვენაში შეყავთ 120-150 მლ სითხე კგ წონაზე.

ჰორმონული თერაპია მიმდინარეობს პრედნიზოლონით (1 მგ/კგ წონაზე) და ჰიდროკორტიზონით(5 მგ/კგ წონაზე) მხოლოდ მძიმე ფორმის შემთხვევაში.

ანტიბიოტიკებს უნიშნავენ ანტიბიოტიკოგრამის მიხედვით.

ფართოდაა გამოყენებული 30.000-50.000 ერთეული ერითრომიცინი კგ წონაზე 2-3-ჯერ დღე-ღამეში, 10.000-15.000 ერთეული კანამიცინი კგ წონაზე 3-ჯერ, კუნთებსა ან ვენაში, 10-20 მგ ლინკომიცინი კგ წონაზე, ორჯერ დღე-ღამეში, ვენასა ან კუნთებში.

იყენებენ აგრეთვე ნახევრად სინთეტიკურ პენიცილინს; 100-150 მგ მეტიცილინსა და ოქსაცილინს კგ წონაზე დღე-ღამეში 3-ჯერ, 10-20 დღის განმავლობაში, 100-200 მგ ამპიცილინს კგ წონაზე, 3-4-ჯერ დღეში. პენიცილინს ხმარობენ მხოლოდ დიდი დოზით (200.000-250.000 ერთ. კგ წონაზე, 4-6 ინექცია 5-7 დღის განმავლობაში).

კანდიდამიკოზის სამკურნალოდ საჭიროა 150.000-250.000 ერთ. ნისტატინი 3-4-ჯერ დღე-ღამეში 7-10 დღის განმავლობაში.

სეფსისის გახანგრძლივებული ფორმის შემთხვევაში პერიოდულად მიმართავენ სისხლის, მშრალი ან ნატიური პლაზმის გადასხმას-5-8 მლ კგ წონაზე 3-4 დღის ინტერვალით. კანქვეშ შეყავთ სტაფილოკოკური ანატოქსინი 2-3 დღის ინტერვალით (0,1; 0,2; 0,3; 0,4; 0,5; 0,8; 1,0). ასევე გამოყენებულია სტაფილოკოკური გამაგლობულინი. დესენსიბილიზაციის მიზნით ახალშობილებს უნიშნავენ დიმედროლს, პიპოლფენსა და კალციუმის პრეპარატებს.

ხმარობენ სულფანილამიდურ პრეპარატებსაც (სულფადიმეტოქსინს, სულფადიმეზინს, ეტაზოლს, ბისეპტოლს და სხვ.). გამოყენებულია ვიტამინთერაპია (2,5%-იანი 1 მლ B_6 ვიტამინი, 15-30 მკგ B_{12} ვიტამინი ერთხელ კუნთებში, 10 მგ B_1 ვიტამინი 2-3-ჯერ დღე-ღამეში, 150-300 მგ C ვიტამინი დღე-ღამეში), რომელიც აუმჯობესებს ახალშობილის ორგანიზმში მეტაბოლურ პროცესებს და ღვიძლის ფუნქციურ მდგომარეობას.

ნაყოფის ანომალია და სიმახინჯე
ANOMALIA ET MONSTRUM

ნაყოფის განვითარების პათოლოგია ორგვარია: მანკი, ანუ სიმახინჯე და ანომალია.

სიმახინჯე ნაყოფის განვითარების ისეთი პათოლოგიაა, რომელიც მთელ ორგანიზმზე ვრცელდება. თუ განვითარების პათოლოგია ცალკეულ ორგანოს ეხება, მას ანომალია ეწოდება.

სიმახინჯისა და ანომალიის წარმოშობის მიზეზი გაურკვეველია. მნიშვნელობა აქვს უჯრედში არსებულ ძვრებს, გარემოს, კვებას, შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების ფუნქციის მოშლას, ნაყოფის ზრდა-განვითარების პროცესში საშვილოსნოს ღრუში წარმოქმნილ ან უკვე არსებულ პათოლოგიას, სანაყოფე სითხის სიმცირეს, დედის დაავადებას, სხვადასხვა სახის ქიმიურ და თერმულ ზემოქმედებას, გენეტიკურ ფაქტორებს.

სიმახინჯე შეიძლება განვითარდეს ორსულის საშვილოსნოში ზონდის ან რაიმე სხვა იარაღის შეტანისა და ნაყოფის დაზიანების, აგრეთვე რენტგენის სხივების ზემოქმედების შედეგად.

ნაყოფის განვითარების ანომალია და სიმახინჯე არცთუ იშვიათად იწვევს ორსულობისა და მშობიარობის გართულებებს, მეანობაც სწორედ ამ თვალსაზრისით განიხილავს მას.

ნაყოფისა და პლაცენტის ზოგადი შეშუპება–
HYDROPS FOETUS ET PLACENTAE UNIVERSALIS CONGENITA

ნაყოფის ზედმეტი სიდიდე თავისებური დაავადების შედეგია, რაც გამოიხატება ნაყოფისა და პლაცენტის ზოგადი შეშუპებით.

ნაყოფის ელენთის წონა უდრის 17 გ-ს 10 გრამის ნაცვლად, აღინიშნება შინაგანი ორგანოების (ღვიძლის, ელენთის, თირკმლის) მრავლობითი სისხლმბადი კერები. ამ ადგილებსა და სისხლში ნახულობენ მეგალობლასტებს, მიელობლასტებს, პოიკილოციტებს, მიელოციტებს. ამ დაავადებას სიფილისთან საერთო არაფერი აქვს.

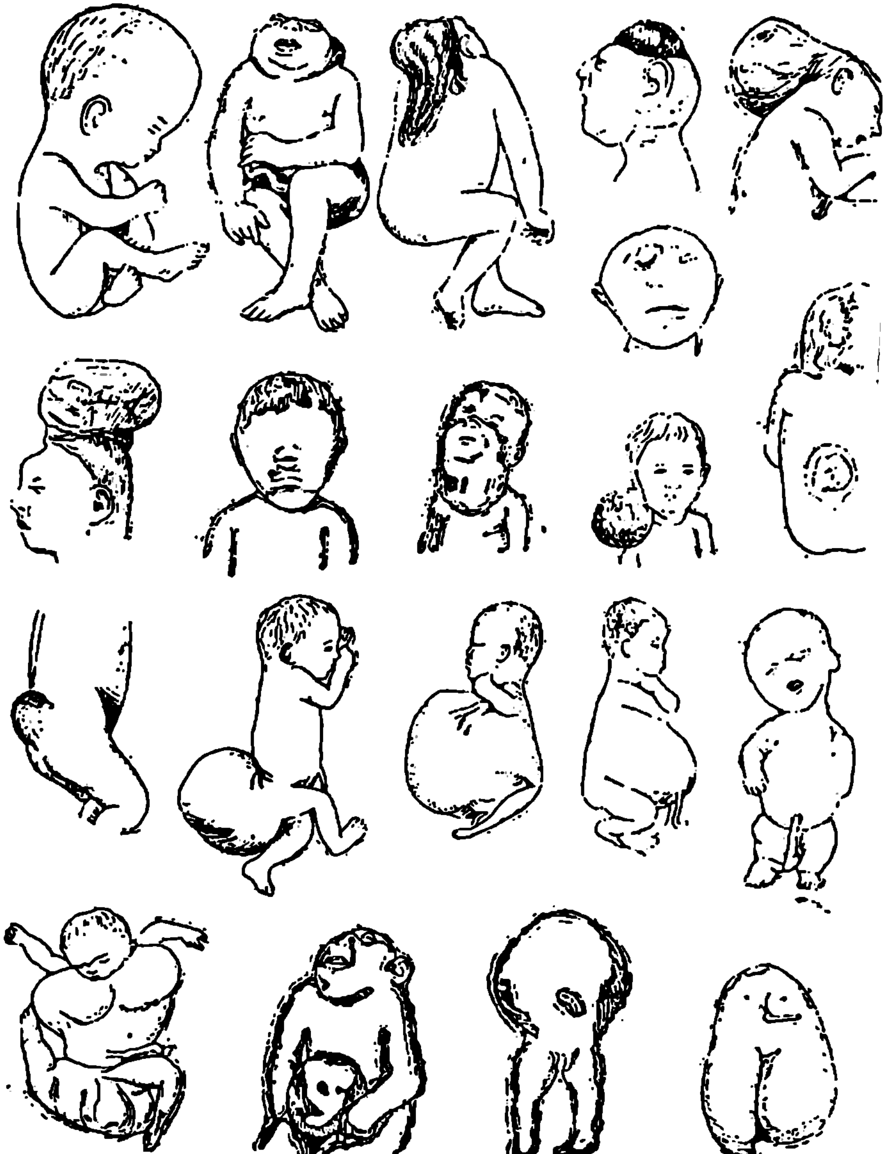
ნაყოფის მთელი სხეული ძლიერ შეშუპდება-ანასარკა. კიდურები ზოგჯერ შეშუპებული არ არის. ენა გამოვარდნილია გარეთ. თვალები - დახუჭული, ქუთუთოები-შეშუპებული. კანი ადვილად ზიანდება, დაზიანებული ადგილებიდან სითხე მოედინება. ნაყოფის ყოველი ქსოვილი ადვილად ზიანდება. მშობიარობის დროს შესაძლებელია თავის მოწყვეტა. შემთხვევათა უმრავლესობაში მშობიარობის დროს ნაყოფი იღუპება. სუნთქვის შეფერხების გამო ახალშობილი მოკლებულია სიცოცხლის უნარს. პლაცენტაც შეშუპებულია-მისი წონა ძლიერ მომატებულია. იშვიათად პლაცენტა 2000 გ-ს იწონის.

ხშირად საჭირო ხდება მომყოლის ხელით გამოტანა და საშვილოსნოს გამოფხეკა დიდი, ბლაგვი კოვზით.

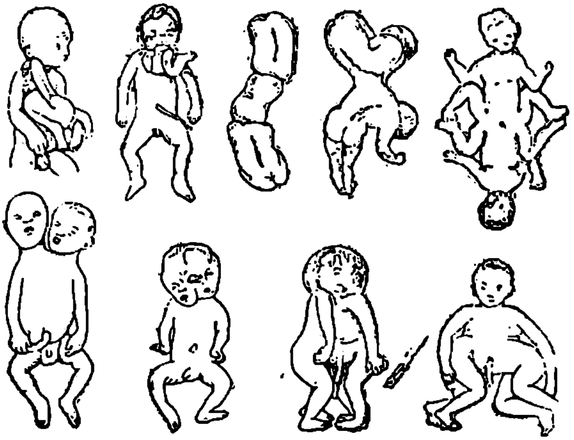
თავის წყალმანკი-HYDROCEPHALUS

თავის წყალმანკი ეწოდება თავის ქალაში ზურგის ტვინის სითხის ჭარბ დაგროვებას.

არჩევენ თავის შიგნითა და გარეთა წყალმანკს-Hydrocephalus internus et externus. პირველ შემთხვევაში სითხე ზედმეტი რაოდენობით გროვდება ტვინის პარკუჭებში, მეორე შემთხვევაში-ტვინის ზედაპირზე (გარსების ქვეშ). შიგნითა წყალმან-



სურ. 166 ა ნაყოფის სიმახინჯეები



სურ. 166 ბ ნაყოფის სიმახინჯეები

კი უფრო ხშირია, გარეთა-იშვიათი.

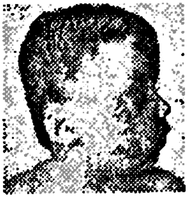
ზოგჯერ წყალმანკთან ერთად სხვა სიმახინჯეებიც არის. ამ პათოლოგიას სიხშირის გამო დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს მეანობაში.

აღწერილია შემთხვევები, როცა თავის ქალაში დაგროვილი სითხის რაოდენობა 5 ლიტრს აღწევდა. ამის გამო თავი უზომოდ დიდდება (ზოგჯერ მისი გარშემოწერილობა 77-80 სმ-ს აღწევს), ქალას ძვლები ერთმანეთს სცილდება და ზოგჯერ ატროფირდება ტვინთან ერთად. ასეთი წყალმანკი სერიოზული დაბრკოლებაა მშობიარობის დროს. მოსალოდნელია საშვილოსნოს გახევა (შემთხვევათა 7-8%-ში).

თუ ნაყოფი დაიღუპა, თავის დაჭიმულობა კლებულობს. იგი მოდუნდება და უფრო გარბილდება. თუ წყალმანკი მცირეა და ნაყოფი დიდი ხნის მკვდარია, მშობიარობის დროს თავი დაგრძელდება, შევიწროვდება, ადვილად გადადის სამშობიარო არხსა და მენჯში.

ჩვეულებრივ, თავის წყალმანკის შემთხვევაში შეუფარდებლობა მენჯსა და თავს შორის იმდენად დიდია, რომ მშობიარობა სამეანო ჩარევის გარეშე შეუძლებელია. თავის წყალმანკის დროს ხშირია ნაყოფის მენჯით მდებარეობა. დიაგნოზის ზუსტად დადგენისთვის საჭიროა როგორც გარეგანი, ისე შინაგანი გასინჯვის მონაცემები. როდესაც ნაყოფი სიგრძივად მდებარეობს, მენჯი ნორმალურია, მაგრამ ჭინთვის დროს თავი მენჯში არ ჩადის, მაშინ შეიძლება თავის წყალმანკი ვივარაუდოთ. შინაგანი გასინჯვა აზუსტებს დიაგნოზს. ქალას ძვლები რბილია, ფლუქტუაცია ვლინდება, მათი კიდეები დაცილებულია ერთმანეთს, ყიფლიბანდების არეში ზედმეტი სირბილე აღინიშნება, თავის გარშემოწერილობა დიდია, პირისახისა კი, პირიქით-პატარა.

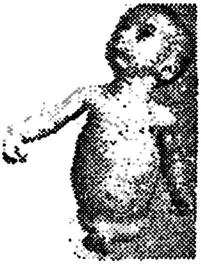
თავის წყალმანკი შესაძლებელია შეგვეშალოს სანაყოფე ბუშტსა ან ნაყოფის წინამდებარე დუნდულებში. დიაგნოზის დაზუსტებაში სარკეებით გასინჯვა გვეხმარება.



კეფის გრიჟა

ტერფმრუდობა

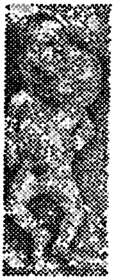
სახის გიგანტური კავერ-
ნოზული ჰემანგიომა

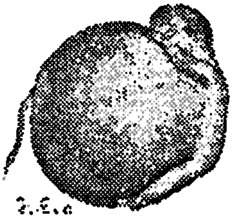


ამელია

ჰერმაფროდიტიზმი

კეფის თიაქარი





კისრის
სიმსივნე

წყალმანკი

ნაყოფის საჯდომის ტერატომა

სურ. 166 გ ნაყოფის სიმახინჯეები

თავის წყალმანკი მშობიარობის დროს იწვევს შეტევისა და ჭინთვის სისუსტეს. ხშირია ატონიური სისხლის დენა, ლოგინობის ხანაში-ინფექციით გართულება.

მკურნალობა. საჭიროა თავის დაპატარავება. ამ მიზნით ზოგიერთი მიმართავს თავის ქალას პუნქციას. სითხე გამოდის, თავი დაპატარავდება და მშობიარობაც ბუნებრივი ძალით დამთავრდება. ნაყოფი შეიძლება ცოცხალი დაიბადოს, მაგრამ არ არის სრულფასოვანი. განვითარების პროცესში აღინიშნება გონებრივი ჩამორჩენილობა. გარდა ამისა, ასეთ ახალშობილებს განსაკუთრებით ხშირად აქვთ ცენტრალური ნერვული სისტემის მანკი, ამიტომ პუნქციას ამჟამად არ მიმართავენ.

მეანთა უმრავლესობა თავის წყალმანკის დროს მიმართავს კრანიოტომიას.

აკრანია და ანენცეფალია (acrania, anencephalia) ნიშნავს ნაყოფის ქალას და ტვინის უქონლობას. ამ დროს განვითარებულია მხოლოდ პირისახის ნაწილი. თავის ქალა და ტვინი ნაწილობრივ არის განვითარებული ან სრულიად განუვითარებელია.

როდესაც თავის ქალას ნაწილი შენარჩუნებულია, არის ჰემიკრანია. ჰემიკრანიას (haemicrania) ეკუთვნის აგრეთვე ჰემიცეფალია (haenicephalia), რომლის დროსაც ნახულობენ მხოლოდ პატარა ტვინს და კეფის ძვლის ნაწილს. ასეთ ნაყოფს თავი პატარა აქვს, თვალის კაკლები-გამობურცული, კისერი-მოკლე, ახასიათებს პირდაათობა, მშობიარობის მიმდინარეობას არ აბრკოლებს.

მიკროცეფალია-microcephalia. თავის გარშემოწერილობა მცირეა, ყიფლიბანდები-დახურული, ნაყოფი ადვილად იბადება, მაგრამ სიცოცხლის უნარი ნაკლები აქვს.თანდაყოლილკბილებიანი ახალშობილი. ასეთ შემთხვევაში ძუძუს წოვის დროს კერტი ზიანდება და მტკივნეულია. საჭიროა კბილების ამოღება.

ენის მოკლე ლაგამი ხელს უშლის ახალშობილს ძუძუს წოვაში. საჭიროა ლაგამის გაკვეთა.

იშვიათად იბადება კურდღლისტუჩიანი (labium pelorinum) და მგლისხახიანი (faux lupina) ახალშობილი. პირველ შემთხვევაში ზედა ტუჩი გაპობილია მარჯვნივ ან მარცხნივ ანდა ორივე მხარეს, მეორე შემთხვევაში კი-გაორებულია, მაგარი და რბილი სასა გაითიშულია, რაც ხელს უშლის ახალშობილს წოვაში. ეს ანომალიები ხშირია სხვა მანკთან კომბინირებით და მაშინ ახალშობილი მოკლებულია სიცოცხლის უნარს.

კურდღლისტუჩიანი ახალშობილი ხშირად ეწევა ძუძუს წოვას, მგლისხახიანი კი-სრულიად მოკლებულია ამას და შიმშილით იღუპება. ამ დროს ხელოვნური კვებაც არ იძლევა შედეგს.

თუ დეფექტი დიდი არ არის, საჭიროა ოპერაციული წესით მისი დახურვის ცდა. თუ დეფექტი დიდია, ოპერაციული ჩარევა უშედეგოა.

პირველ დღეებში ასეთი ანომალიის მქონე ახალშობილი ხელოვნურად უნდა კვებონ, ოპერაციის გაკეთება საჭიროა მაშინვე ან მოგვიანებით.

მეტთითიანობის (polidactilia) შემთხვევაში თითების რაოდენობა ხელსა ან ფეხზე აღწევს 6-7-ს და მეტს. ზოგჯერ ეს დამატებითი თითები სრულიად განუვითარებელია და წვრილი ძირებით უკავშირდება ახლომდებარე თითებს. საკმარისია ამ ძირების გადასკვნა, დამატებითი თითი რამდენიმე დღეში თავისთავად მოცილდება.

თითების შეზრდა (sindactilia) შეიძლება იყოს როგორც ზედა, ისე ქვედა კიდურზე. საჭიროა ოპერაციული ჩარევა და შეზრდილი თითის მოცილება.

უკანა ტანის ატრეზიას-დახშობას (atresia ani et recta) გამოიცნობენ მშობიარობის შემდეგ. ეს სიმახინჯე მძიმე პათოლოგიაა, საჭიროებს სასწრაფო ოპერაცი-

ულ ჩარევას, წინააღმდეგ შემთხვევაში ახალშობილი იღუპება. თუ სწორი ნაწლავი არ არის, პროგნოზი უიმედოა.

შარდსადენის მილის გარეთა პირის დახშობა, ჩვეულებრივ, გამოიხატება მისი შეწებებით და კათეტერით ადვილი გამოსასწორებელია.

უხელფეხობა (amelus) ეწოდება ისეთ სიმახინჯეს, როცა ახალშობილს არა აქვს კიდურები. ფეხების უქონლობამ შეიძლება მშობიარობა გაართულოს.

ტვინის თიაქარი (hernia cerebri) ნაყოფის განვითარების ანომალიაა. ამ დროს ტვინი გამოდის დიდ ყიფლიბანდში, კეფის არეში. ტვინის თიაქრის მქონე ახალშობილი მოკლებულია სიცოცხლის უნარს. ოპერაცია შედეგს არ იძლევა. მისი გარჩევა თავის სხვა სიმსივნეებისგან ძნელი არ არის. თიაქრის რგოლის ნახვა შეუძლებელია, რბილია, ტვინზე ხელის დაჭერისას ახალშობილს კრუნჩხვები ეწყება.

იშვიათ სიმახინჯეს მიეკუთვნება ციკლოპია, პიგომია და ჰემატოცელე კისრის არეში.

ხერხემალნაპრალიანი ნაყოფი (spina bifida). ეს მანკი ხერხემლის ემბრიონული მილის სიგრძეზე გამოიხატება ნაპრალში ტვინის გარსის გამობერცვით (spina bifida). იგი, ჩვეულებრივ, მშობიარობას ხელს არ უშლის. ასეთი დეფექტის მქონე ახალშობილი მეტწილად კვდება. უკანასკნელ ხანებში მიმართავენ ქირურგიულ დახმარებას.

არც თუ იშვიათია ტერატომები, რომლებიც მშობიარობას სერიოზულ დაბრკოლებას უქმნიან. ამ შემთხვევაში ხშირად საჭირო ხდება ემბრიოტომია. იშვიათად ვითარდება შარდის ბუშტის დილატაცია, ეს პათოლოგიაც მშობიარობას დაბრკოლებას უქმნის.

ასევე იშვიათია გულმკერდის წყალმანკი (hidrothorax) და მუცლის წყალმანკი (ascites). ახალშობილთა ასეთი მანკი მშობიარობას დააბრკოლებს, რის გამოც ემბრიოტომიას მიმართავენ.

ნაყოფის სიმახინჯეს მიეკუთვნება აგრეთვე ქონდროდისტროფია და ლიმფანგიოექტაზია.

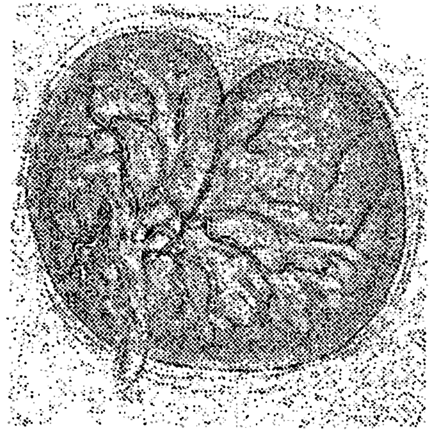
ჭიპის თიაქარი მუცლის კედლის თანდაყოლილი დეფექტია. ასეთი ხვრელიდან მუცლის ღრუს ორგანოები გარეთ გამოდის. საჭიროა ოპერაცია, მაგრამ შედეგი მეტწილად უიმედოა.

უგულო მახინჯი (acardiacus) ვითარდება ერთი კვერცხუჯრედიდან განვითარებული ტყუპების შემთხვევაში, როდესაც ერთი ნაყოფი ამარაგებს მეორეს სისხლით (ამ შემთხვევაში ერთი ნაყოფი კარგად ვითარდება, მეორის გული კი ატროფირდება). რა თქმა უნდა, ასეთი ნაყოფი მოკლებულია სიცოცხლის უნარს, იგი მშობიარობას სიფათს არ უქმნის, ჩვეულებრივ, გამოიძევება პირველი, კარგად განვითარებული ნაყოფის შემდეგ.

იშვიათია ნაყოფის სიმსივნეები, რომლებიც შეიძლება მშობიარობას დაბრკოლებას უქმნიდეს. ასეთია, მაგალითად, ფარისებრი ჯირკვლისა და დუნდულების არეში განვითარებული ტერატომები, რომლებიც ზოგჯერ ძალიან დიდი იზრდებიან. ამ შემთხვევებში არც თუ იშვიათად საჭირო ხდება ემბრიოტომია.

შეზრდილი ტყუპები მშობიარობის მძიმე გართულებას იწვევენ. იგი გვხვდება ერთი კვერცხიდან განვითარებული ტყუპით ორსულობის დროს. ნაყოფი ასეთია მაშინ, როდესაც კვერცხის პირველი დაყოფა არ არის სრული, რის გამოც ტყუპები ერთმანეთთან არიან შეზრდილი.

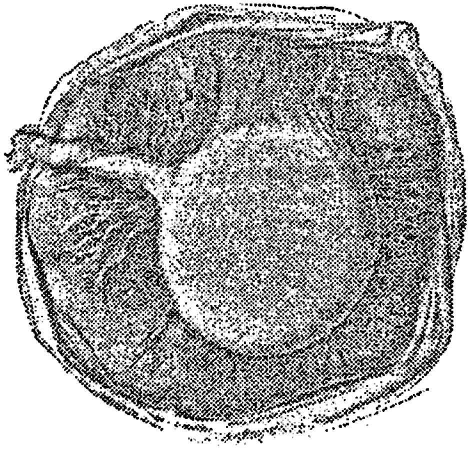
გვხვდება სიმახინჯის სიმეტრიული და ასიმეტრიული ფორმები. პირველ შემთხვევაში ორივე ნაყოფი ერთნაირადაა განვითარებული-ე.წ. ორთავიანი ნაყოფი, ხოლო მეორე შემთხვევაში ერთი მკაფიოდ განვითარებული, მეორე კი-ჩამორჩენილი.



სურ. 167 ორად გაყოფილი პლაცენტა

უფრო ხშირია გულმკერდით შეზრდილი-thoracopagus xyphopagys, ორთავიანი ტყუპები (dicephalus). პირველ შემთხვევაში ტყუპები შეზრდილი არიან ერთმანეთთან გულმკერდით და მახვილისებრი მორჩით. ზემოაღნიშნულის გარდა, გვხვდება შემდეგი სახის სიმახინჯეები: epignathus, raniopagus, ishiopagus, kephalotharakopagus, dipygus.

ცნობილი არიან სიამელი ტყუპები, რომლებიც შეზრდილი იყვნენ ერთმანეთთან მახვილისებრი მორჩებით. დასტაქარმა დუაენმა ეს ტყუპები ოპერაციით დააშორა. მათ 63 წლამდე იცოცხლეს, ორივე კატასტროფის შედეგად დაიღუპა.



სურ. 168 პლაცენტის კისტა

XXXVII თავი

მომყოლის ანომალია
— პლაცენტის განვითარების ანომალია

პლაცენტის ზომა და წონა მჭიდრო კავშირშია ნაყოფის ზომასა და წონასთან. პლაცენტის ფორმა და აგებულება გარკვეულ გავლენას ახდენს ნაყოფის სიმწიფეზე.

ორსულობის დამთავრებისას პლაცენტისა და ნაყოფის წონათა შორის შეფარდებაა 1:6. პლაცენტის წონის მომატებასთან ერთად ნაყოფის წონაც მატულობს. ზოგიერთ შემთხვევაში ასეთი დამოკიდებულება ირღვევა-პლაცენტა შედარებით უფრო დიდ წონას აღწევს, მაგალითად, სიფილისის, მრავალწყლიანობისა და მაცერირებული ნაყოფის არსებობისას. ამ შემთხვევაში პლაცენტა 1 კგ-სა და მეტს იწონის.

ყველა ამ ანომალიის დროს წონის მომატებასთან ერთად პლაცენტის ფუნქცია დაქვეითებულია, მოშლილია.

ადამიანის პლაცენტას, ჩვეულებრივ, დისკოსებრი მოყვანილობა აქვს. ზოგჯერ პლაცენტა ოვალურია, თირკმლისებრი, ენისებრი, ნალისებრი და სხვ.

ტყუპი (Gemeli) ნაყოფით ორსულობის გარდა, პლაცენტა, ჩვეულებრივ, ერთია, მაგრამ არჩევენ აგრეთვე ორ, სამ და უფრო მეტ ნაწილად დაყოფილი პლაცენტის შემთხვევებს (placenta dimidata-bipartita. placenta tripartita-triplex, placenta multilobulata).

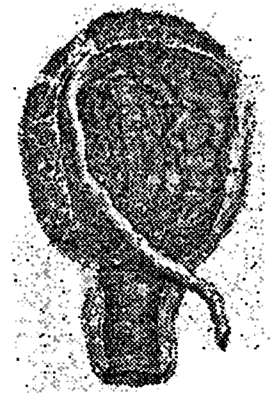
პლაცენტის ანომალიის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს ატავიზმს, კვებისა და მიმაგრების თავისებურებას. იშვიათია დაფანჯრული (placenta fenestrata) და თხელი აპკისებრი პლაცენტა (placenta membranacea).

ვხვდებით აგრეთვე რკალისებრ პლაცენტას-placenta marginata; იგი იმით გამოირჩევა, რომ გარს აკრავს 1-2 სმ სიფართის მოთეთრო რკალი, რომელიც წარ-

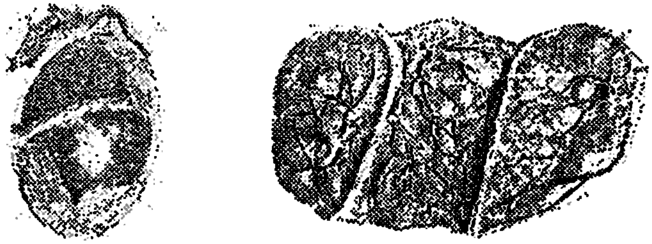
სურ. 169 დამატებითი პლაცენტა

სურ. 170 პლაცენტის ინფარქტი

სურ. 171 ნორმალური პლაცენტა



სურ. 172 პლაცენტის აპკისებური მიმაგრება



სურ. 173 შემოქობილი პლაცენტა

მოიქმნება პერიფერიული ბუსუსების ნეკროზით და მასში ფიბრინის დალექვით. შემოქობილ პლაცენტას, ანუ placenta circumvalata- ს უწოდებენ ისეთ ანომალიას, როდესაც ამ განაპირა მოთეთრო რკალს გარსები ჩაეხვევა, რაც ხშირია ნაადრევი მშობიარობის დროს. შემოქობილი მომყოლის გამოძევებისას შესაძლოა მის კედელს გარსები მოწყდეს და საშვილოსნოში დარჩეს, განსაკუთრებით, მაშინ, თუ იგი საშვილოსნოს კუთხეში, კერცხსავალის შესართავის მახლობლადაა განვითარებული - ე.წ. კუთხის პლაცენტა.

პლაცენტის განვითარების ანომალიებიდან პრაქტიკულად უფრო მნიშენელოვანია დამატებითი პლაცენტა-placenta succenturiata. ამ შემთხვევაში ერთი პლაცენტის მაგივრად ვითარდება ჩვეულებრივი ზომის ერთი და რამდენიმე პატარა პლაცენტა, რომლებიც მთავარ პლაცენტასთან შეერთებული არიან სისხლძარღვებით, ჩვეულებრივ, ერთი ვენითა და ერთი არტერიით. სისხლძარღვები გადის ქორიონისა და საწყლე გარსებს შორის. აღწერილია შემთხვევა, როცა 12 ასეთი დამატებითი პლაცენტა იყო. მთავარი პლაცენტის მოცილებისა და გამოძევების პერიოდში დამატებითი პლაცენტა შესაძლოა საშვილოსნოში შეუმჩნეველი დარჩეს და ლოგინობის ხანაში სისხლის დენა და ინფექცია გამოიწვიოს.

აღნიშნული პათოლოგიის დროს დასადგენია საშვილოსნოს ღრუში დარჩენი-

ლი პლაცენტა მთავარი პლაცენტის ნაწილია თუ დამატებითი პლაცენტაა. ამის გარკვევა ძნელი არ არის. დამატებით პლაცენტას აქვს საკუთარი გარსები, საშვილოსნოში დარჩენილ პლაცენტის ნაწილს კი არავითარი გარსები არა აქვს.

ნორმალურ პლაცენტაში, ჩვეულებრივ, სისხლძარღვები მის კიდეს ვერ აღწევს და გარკვეულ მანძილზე ყრუდ ემვება მის ქსოვილში. დამატებითი პლაცენტის მოცილებისა და საშვილოსნოში ჩარჩენის შემთხვევაში მთავარი პლაცენტის კიდეში ჩანს მისი სისხლძარღვები, რომელთა ბოლოები გაწყვეტილია და სისხლის ჟონავს (რადგან ისინი საშვილოსნოში ჩარჩენილ დამატებით პლაცენტაში გადადიოდნენ).

როგორც დამატებითი პლაცენტა, ისე პლაცენტის დარჩენილი ნაწილი საშვილოსნოს ღრუდან გამოაქვთ ხელით.

პლაცენტის თეთრ ინფარქტს უწოდებენ მოთეთრო ან მოყვითალო ფერის კერას, რომელსაც ამჩნევენ პლაცენტის ნაყოფისმხრივ ზედაპირზე-საწყლე გარსის ქვეშ, აგრეთვე საშვილოსნოსმხრივ ზედაპირზე. მისი სიდიდე საშუალოდ 1-2 სმ-ს უდრის. პლაცენტაში ასეთი ცვლილებები ხშირად ვითარდება დედის გლომერულონეფრიტით დაავადების გამო, ხშირად ორსულთა ტოქსიკოზის შემთხვევაში.

ინფარქტი პირველად მოწითალო ფერისაა, შემდეგ კი კირის მარილებისა და ფიბრინის დიდი რაოდენობით დაგროვების გამო თეთრდება. მიკროსკოპში დათვალიერებისას მასში აღინიშნება დანეკროზებული ბუსუსები, რომელთა შორის დიდი რაოდენობითაა ფიბრინი.

პლაცენტაში ინფარქტი ხშირია ორსულობის ბოლო თვეებში, რაც ნაყოფის განვითარებაზე არავითარ გავლენას არ ახდენს. მაგრამ, თუ ინფარქტს პლაცენტის დიდი ადგილი უჭირავს, იგი იწვევს ნაყოფის ნივთიერებათა ცვლისა და სისხლის მიმოქცევის მოშლას, რასაც ზოგჯერ შეიძლება ნაყოფის სიკვდილი მოჰყვეს.

ფიქრობენ, რომ ინფარქტი ვითარდება ბუსუსთაშორის არეში სისხლის შედედებისა და ბუსუსების ნეკროზის გამო.

ჭიპლარის ანომალია

– ჭიპლარის მიმაგრების ანომალია– ANOMALIAE INSERTIO FUNICILI

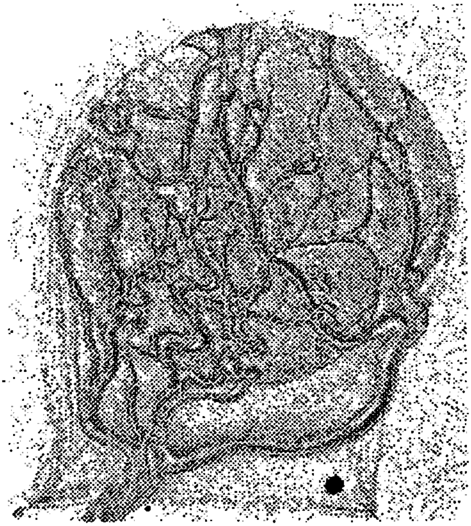
ჭიპლარი უმეტესად მიმაგრებულია პლაცენტის ცენტრში (insertio centralis). არცთუ იშვიათად ის შეიძლება მიმაგრებული იყოს პარაცენტრალურად (insertio paracentralis), შედარებით იშვიათად-სანაყოფე გარსებზე (insertio velamentosa seu insertio membranacea).

ჭიპლარი ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში შეიძლება მიემაგროს გაუყოფლად ან გაყოფილად; ამ უკანასკნელის დროს ჭიპლარი პლაცენტაზე გადასვლის ადგილას იყოფა ორ (duplex) ან სამ (triplex) ნაწილად. ამავე დროს თითოეული ეს განშტოება შეიძლება დაფარული იყოს ვართონის ცვილით (tunicata) ან შიშველი იყოს (denudata). ნაწილი შეიძლება დაფარული იყოს, ნაწილი კი-არა (mixata), რაც, თავის მხრივ, შეიძლება იყოს ერთ- ან ორგარსიანი (mono ან bitunicata).

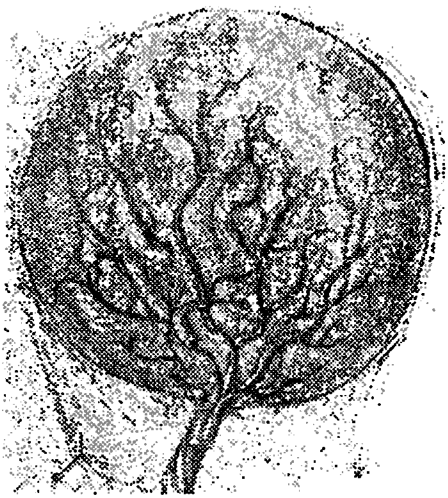
ზემოაღნიშნული ანომალიის გათვალისწინებით არჩევენ ჭიპლარის მიმაგრების შემდეგ სახეებს: 1. Insertio funiculi centralis aut paracentralis furcata- ჭიპლარის ცენტრალური ან პარაცენტრალური მიმაგრება განშტოებულად ვართონის ცვილის გარსის გარეშე; 2. Insertio funiculi centralis aut paracentralis furcata- ჭიპლარის ცენტრალური ან პარაცენტრალური მიმაგრება განშტოებულად; 3. Insertio funiculi centralis aut paracentralis furcata tunicata- ჭიპლარის ცენტრალური ან პარაცენ-

სურ. 174 ჭიპლარის მიმაგრება გარსებზე

ტრალური მიმაგრება განშტოებულად, ვართონის ცვილის გარსით; 4. Insertio funiculi et reflexata funiculi tunicata aut denudata- ჭიპლარის მოხრილად და განუშტოებლად მიმაგრება, ვართონის ცვილის გარსით ან მის გარეშე; 5. Insertio funiculi membranacea infurcata seu inferpositio velamontisa funiculi- ჭიპლარის გარსებზე განუშტოებელი მიმაგრება; 6. Insertio membranacea seu velamontosa funiculi furcata denudata- ჭიპლარის მიმაგრება გარსებზე განშტოებულად ვართონის ცვილის



სურ. 175 ჭიპლარის კიდითი მიმაგრება



სურ. 176 ჭიპლარის ცენტრალური მიმაგრება

გარსის გარეშე; 7. Insertio funiculi infurcata tunicata- ჭიპლარის მიმაგრება გარსებზე განშტოებულად ვარტონის ცვილის გარსით; 8. Insertio marginalis funiculi infurcata- ჭიპლარის კიდით განუშტოებელი მიმაგრება.

პრაქტიკული თვალსაზრისით უფრო მნიშვნელოვანია ჭიპლარის აპკისებრი მიმაგრება (Insertio velamontosa). ამ შემთხვევაში იგი მიმაგრებულია გარსებზე პლაცენტის მახლობლად. ჭიპლარის ასეთი მიმაგრება ზოგჯერ ცუდად მოქმედებს ნაყოფის განვითარებაზე და შეიძლება ნაადრევი მშობიარობის მიზეზიც გახდეს. გამოცნობა შეიძლება ბიმანუალური გასინჯვისას-შეიგრძნობა გარსებში გამავალ სისხლძარღვთა პულსაცია. ნაყოფი შეიძლება დაიღუპოს მშობიარობის დროსაც ჭიპლარის აპკისებრი მიმაგრებით გამოწვეული სისხლის დენის შემთხვევაში, რადგან სისხლი მთლიანად ნაყოფისაა. თუ ყელი სრულადაა გახსნილი და თავი მენჯის ღრუს ვიწრო ნაწილშია ან გამოსავალში, ადებენ სამეანო მაშას. მაგრამ, როდესაც თავი მოძრავია, საშვილოსნოს ყელი სრულადაა გახსნილი, საჭიროა ნაყოფის ფეხზე მობრუნება. თუ ყელის სრული გახსნისას ნაყოფი მენჯის შესავალშია მცირე ან დიდი სეგმენტით ან მენჯის ფართო ნაწილშია, დასაშვებია ვაკუუმექსტრაქციის გაკეთება.

მკვდარი ნაყოფის დროს სისხლის დენა არ ვითარდება და აპკისებრი მიმაგრება არავითარ მკურნალობას არ საჭიროებს.

ჭიპლარის სიგრძის ანომალია

1) ჭიპლარის არარსებობა. არის შემთხვევები, როდესაც ჭიპლარი სრულიად არ არის. მაშინ ნაყოფი პირდაპირ მუცლით იქნება პლაცენტაზე მიმაგრებული. ასეთი ნაყოფი მახინჯია, მოკლებულია სიცოცხლის უნარს და დაბადებისთანავე კვდება. იშვიათ შემთხვევაში ჭიპლარის სიგრძე 2-3 სმ-ს უდრის.

2) მოკლე ჭიპლარი. არჩევენ ანატომიურად და ფუნქციურად მოკლე ჭიპლარს. ანატომიურად მოკლე ეწოდება 40 სმ-ს ნაკლები სიგრძის ჭიპლარს. გართულებას იგი მხოლოდ მაშინ იწვევს, როცა მისი სიგრძე 20 სმ-ს არ აღემატება. თუმცა აღწ-

სურ. 177 ჭიპლარის გადაგრეხა (ა, ბ, გ)

ერილია ორსულობისა და მშობიარობის სრულიად ფიზიოლოგიური მიმდინარეობა, როცა ჭიპლარის სიგრძე 10 7, 6 და 5 სმ-ს არ აღემატებოდა.

მოკლე ჭიპლარი იშეიათია. ძლიერ მოკლე ჭიპლარს სერიოზული გართულება მოსდევს. მშობიარობა ხანგრძლივდება და დიდი ტკივილით მიმდინარეობს. წინმდებარე ნაწილი მენჯში არ ჩადის, რის შედეგადაც ხშირია ნაყოფის პათოლოგიური მდებარეობა. ხშირია პლაცენტის ნაადრევი მოცილება. იშეიათ შემთხვევაში მოსალოდნელია საშვილოსნოს პირუკუ გადმობრუნება, აგრეთვე მშობიარობის დროს ჭიპლარის გაწყვეტა.

ზოგჯერ ჭიპლარი მოკლდება იმის გამო, რომ იგი ნაყოფს შემოეხვევა (ფუნქციურად მოკლე ჭიპლარი).

მოკლე ჭიპლარის დიაგნოზის დადგენა ნაყოფის დაბადებამდე ძნელია. ძლიერი, მტკივნეული ჭინთვა, ნაყოფის გულისცემის ცვალებადობა (გულისცემა ჭინთვის დროს და მის შემდეგ ყრუდ ისმის ან ზოგჯერ სავსებით ქრება და შემდეგ ისევ აღდგება), ჭიპლარის შუილი, ნაყოფის თავის მაღლა დგომა აღნიშნულ ანომალიაზე მიუთითებს.

ცოცხალი ნაყოფის მიღების მიზნით საჭიროა მშობიარობის დაჩქარება. გამოიყენებენ სამეანო მაშას, ნაყოფს ფეხზე მოაბრუნებენ და ისე გამოიყვანენ.

გრძელი ჭიპლარი. 60 სანტიმეტრზე მეტი სიგრძის ჭიპლარი გრძელ ჭიპლარადაა მიჩნეული. იგი შედარებით ხშირი ანომალიაა. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ჭიპლარის სიგრძე 300 სმ-ს უდრიდა.

გრძელი ჭიპლარი უშუალოდ მშობიარობას არ აბრკოლებს, მაგრამ იწვევს სხვადასხვა გართულებას. იგი შემოეხვევა ნაყოფს კისერზე, ტანსა და კიდურებზე, გადაიგრიხება, ქმნის ნამდვილ კვანძებს და წინ უსწრებს ნაყოფის წინმდებარე ნაწილს. წინმდებარე ჭიპლარი სანაყოფე სითხის დაღვრის შემდეგ გამოვარდება. ყოველ 10-14 მშობიარობაზე საშუალოდ ჭიპლარის შემოხვევის ერთი შემთხვევაა. იგი ხშირია განმეორებითი მშობიარობის დროს.

ყველა აღნიშნული გართულება ნაყოფს საშიშროებას უქმნის. ჭიპლარის შემოხვევამ შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპოქსია, აგრეთვე სისხლის მიმოქცევის მოშლა და ნაყოფის სიკვდილი.

4) ჭიპლარის არტერიის ანომალია. მოსალოდნელია ჭიპლარში ერთი-ერთი არტერია არ იყოს ან ჭიპლარის ერთი არტერია განუვითარებელი იყოს. ეს ანომალია, ზოგი ავტორის აზრით, შეიძლება იყოს თვითნებური აბორტის, ნაადრევი მშობიარობის, ნაყოფის ინტრანატალური სიკვდილისა და შარდ-სასქესო ორგანოების თანდაყოლილი მანკის მიზეზი.

5) ჭიპლარის გადაგრეხა და კვანძები. ჭიპლარის ანომალიაა მისი გადაგრეხა, ცრუ და ნამდვილი კვანძები, რომლებსაც წარმოქმნის ჭიპლარის სისხლძარღვთა გაგანიერება ან ვარტონის ცვილის დაგროვება ერთ ადგილას. ეს ანომალიები მოკლებულია პრაქტიკულ მნიშვნელობას. პრაქტიკულად მნიშვნელოვანია ჭიპლარის ნამდვილი კვანძები (nodulus verus funicuki umbilicalis).

ორსულობის შვიდ თვემდე ნაყოფი სანაყოფე სითხეში თავისუფლად მოძრაობა და დღე-ღამის განმავლობაში მრავალჯერ იცვლის მდებარეობას. ნამდვილი კვანძების ეტიოლოგიაში ნაყოფის მოძრაობასთან ერთად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება გრძელ ჭიპლარს. ნაყოფი მოძრაობის დროს ჭიპლარისგან შექმნის მარყუჟს, გაძვრება შიგ და ჭიპლარის ნამდვილი კვანძი ვითარდება.

ნამდვილი კვანძი შეიძლება იყოს ერთი ან მეტი. იგი ორსულობის დროს არ იჭიმება, მასში სისხლის მიმოქცევა არ ფერხდება. როდესაც ჭიპლარი საკმაო სიგრძისაა, იგი მშობიარობის დროსაც ძლიერ იშვიათად დაიჭიმება ისე, რომ ნაყოფი დაიღუპოს.

ჭიპლარის დაჭიმვა საშიშია ნაყოფის გამოძევებისას. როცა ნაყოფის წინმდებარე ნაწილი ბრუნვასა და წინსვლას იწყებს, შესაძლოა ჭიპლარის სიმოკლის გამო კვანძი ძლიერ დაიჭიმოს, ჭიპლარში სისხლის მიმოქცევა შეფერხდეს ან სრულიად შეწყდეს და ნაყოფი დაიღუპოს.

ნამდვილი კვანძების წარმოქმნის შესახებ ორი თეორიაა. პირველი ითვალისწინებს მათ წარმოქმნას ნაყოფის სიცოცხლის დროს დიდი მკვეთრი მოძრაობის გამო სიგრძივი ღერძის გარშემო. მეორე თეორიის მომხრეები ამტკიცებენ, რომ ნამდვილი კვანძები წარმოიქმნება ნაყოფის სიკვდილის შემდეგ.

— ჭიპლარის წინმდებარეობა და გამოვარდნა— PRAESENTATIO ET PROLAPSUS FUNICULI UMBILICALIS

ფიზიოლოგიურ პირობებში ჭიპლარი ნაყოფის წინმდებარე ნაწილის ზემოთ თავსდება ისე, რომ მშობიარობის დროს თავი მასზე ზეწოლას არ ახდენს.

როდესაც სანაყოფე ბუშტი მთელია და ჭიპლარი ნაყოფის წინმდებარე ნაწილის წინ ისინჯება, მას წინმდებარეს უწოდებენ. ბუშტის გახევის შემდეგ წინმდებარე ჭიპლარს გამოვარდნილად მიიჩნევენ. ზოგჯერ იგი გარეთ გამოდის და საშოში თავსდება.

ჭიპლარის გამოვარდნა გვხვდება შემთხვევათა 1%-ში. ნაყოფის მდებარეობის თავისებურება და მენჯის სივიწროვე დიდ გავლენას ახდენს მის სიხშირეზე.

პირველმშობიარეებში ჭიპლარის გამოვარდნა 4-5-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე განმეორებით მშობიარეებში. იგი უფრო ხშირია ვიწრომენჯიან პირველმშობიარეებში.

ჭიპლარის გამოვარდნა ნაყოფისთვის ძლიერ საშიშია. ნაყოფის თავი ან სხვა წინმდებარე ნაწილი მენჯში ჩასვლის დროს აწვება ჭიპლარს და მიაჭყლეტს მის გამოვარდნილ მარყუჟს სამშობიარო არხის კედელზე. ჭიპლარში სისხლის მიმოქცევა მოიშლება და ნაყოფი იღუპება ან ზოგჯერ ღრმა ასფიქსიით იბადება და მისი რეანიმაცია არ ხერხდება.

— მრავალწყლიანობა-POLYAMNION, HYDRAMNIOM

მრავალწყლიანობა ეწოდება საწყლე გარსის მიერ სანაყოფე სითხის 1,5 ლ-ზე მეტი რაოდენობით გამოყოფას. სითხის რაოდენობა ზოგჯერ 10-20 ლიტრამდეც აღწევს. მრავალწყლიანობასთან ერთად არცთუ იშვიათია ნაყოფის სიმახინჯე (26,1%).

მრავალწყლიანობის ეტიოლოგია საკმაოდ არ არის შესწავლილი, ჩვეულებრივ, მას ხსნიან საწყლე გარსის ეპითელიუმის ზედმეტი სეკრეციით ან სანაყოფე სითხის უკუგაწოვის შენელებით. მრავალწყლიანობა ხშირია ორსულთა ნეფროპათიის, ორსლების გულსისხლძარღვთა სისტემის მძიმე დაავადების, შაქრიანი დიაბეტისა და ტყუპი ნაყოფის შემთხვევაში.

უკანასკნელ ხანებში მრავალწყლიანობის განვითარებაში განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებენ ინფექციურ დაავადებებს: ტოქსოპლაზმოზს, გრიპს, წითურას, სიფილისს და სხვ.

არჩევენ მწვავე და ქრონიკულ მრავალწყლიანობას. მწვავე მრავალწყლიანობის შემთხვევაში სანაყოფე სითხე გროვდება სწრაფად, რაც იწვევს ტკივილს მუცლის არეში, გულის მუშაობის გადატვირთვას; ორსულს უვითარდება ქოშინი, მაჯის აჩქარება და მეშუპება. ქრონიკური მრავალწყლიანობის დროს სანაყოფე სითხე ნელა გროვდება, რაც უმეტესად ვლინდება ორსულობის 26-28-ე კვირაზე.

სურ. 178 მრავალწყლიანობა

მრავალწყლიანობა ხშირად იწვევს თვითნებურ აბორტს ან ნაადრევ მშობიარობას.

დიაგნოსტიკა. საშვილოსნოს სიდიდე ორსულობის სიდიდეს არ შეესაბამება, მუცლის გარშემოწერილობა 110-120 სმ-ს და მეტსაც აღწევს. საშვილოსნოს კედლები დაჭიმულია, ნაყოფის ნაწილების პალპაცია გაძნელებულია, ნაყოფის გულისცემა მოყრუებულია ან სულ არ ისმის. საშვილოსნო ღებულობს მრგვალ ან კასრისებრ ფორმას. ნაყოფი ხშირად არასწორად თავსდება, აღინიშნება ფლუქტუაცია.

ორსულობის მართვა. ორსულობის მართვა დამოკიდებულია კლინიკურ მიმდინარეობაზე. მწვავე მრავალწყლიანობის შემთხვევაში (განსაკუთრებით, თუ გულის და ფილტვების უკმარისობა განვითარდება) საჭიროა ორსულობის შეწყვეტა სანაყოფე ბუშტის მთლიანობის დარღვევით და სანაყოფე სითხის გამოშვებით (ნელა), რათა ჭიპლარი და წვრილი ნაწილები არ გამოვარდეს ან ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტა ნაადრევად არ მოცილდეს. ზოგიერთი მიმართავს ამნიოპუნქციას.

ქრონიკული მრავალწყლიანობის დროს სანაყოფე ბუშტის მთლიანობას იშვიათად არღვევენ, საჭიროა ანტიბიოტიკოთერაპია ტეტრაციკლინის რიგის პრეპარატებით.

მშობიარობის პროცესში მოსალოდნელია შემდეგი გართულებები: წვრილი ნაწილებისა და ჭიპლარის გამოვარდნა, ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლა, სამშობიარო მოქმედების I და II სისუსტე, ნაყოფის ჰიპოქსია (რაც გამოწვეულია ჭიპლარისა და წვრილი ნაწილების გამოვარდნით, ჭიპლარის

შემოხვევით, პლაცენტის ნაადრევი აცლით, სიმახინჯით). სისხლის დენა მშობიარობის III პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში. მშობიარობის პროცესში ატარებენ ნიკოლაევის ტრიადას სიგეტინით ერთად (50,4 50%-იანი, გლუკოზის ხსნარი, 2,0 კორდიამინი, 2,0 სიგეტინი და ოქსიგენოთერაპია). მშობიარობის III პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში სისხლის დენის პროფილაქტიკის მიზნით ნაყოფის თავის გამოჭრის ფაზაში ვენაში შეყავთ 40%-იანი 20,0 გლუკოზის ხსნარი 1 მლ მეთილერგომეტრინთან ერთად, კუნთებში-ოქსიტოცინი ან მამოფიზინი. მშობიარობის მესამე პერიოდის დასაწყისში ვენაში წვეთოვნად შეყავთ 5%-იანი გლუკოზის 500 მლ 5 ერთ. ოქსიტოცინთან ერთად. მშობიარობის პროცესში საშვილოსნოს ყელის 4 სმ-ით გახსნისას საჭიროა სანაყოფე სითხის ნელა გამოშვება (რათა ზემოაღწერილი გართულებები არ განვითარდეს სანაყოფე სითხის სწრაფ დაღვრასთან დაკავშირებით).

— მცირეწყლიანობა-OLIGOHYDRAMNION

მცირეწყლიანობა ეწოდება ისეთ პათოლოგიას, როდესაც სანაყოფე სითხის რაოდენობა 500 მლ-ს აღემატება. ეს უფრო იშვიათი მოვლენაა, ვიდრე მრავალწყლიანობა. სითხე შეიძლება ისე შემცირდეს, რომ ორსულობის დასასრულს 100 მლ-ზე ნაკლები გახდეს. სანაყოფე სითხის სიმცირეს უკავშირებენ საწყლე გარსის ეპითელიუმის სეკრეციის დაქვეითებას ან განუვითარებლობას. სანაყოფე სითხის სიმცირის დროს ორსულობას თან სდევს ტკივილი, ნაყოფის მოძრაობაც ძლიერ მტკივნეულია. სითხის ნამდვილი დაღვრისგან უნდა გავარჩიოთ საშვილოსნოს დრეკან სითხის ცრუ დინება (hidrorrhoea gravidarum). ეს პათოლოგია მჭიდრო კავშირშია გარსებს შორის ანთებით პროცესთან. ასეთი ხასიათის ანთება ვითარდება ამნიონსა და ქორიონს ან ქორიონსა და დეციდუას შორის. ორსულთა ჰიდრორეის დროს იღვრება სითხე-ექსუდატი, ანთებითი პროცესის გამო. იგი მცირე რაოდენობითაა. საჭიროა სანაყოფე სითხის დაღვრისგან დიფერენცირება.

სანაყოფე სითხის სიმცირე ნაყოფისთვის მეტად საშიში გართულებაა. მექანიკური ზეწოლის გამო ხშირია ნაყოფის სხვადასხვა სიმახინჯე: ფეხების გამრუდება, პირისახის ასიმეტრია და სხვ. ხახუნის გამო ზოგჯერ სანაყოფე გარსი ნაყოფის ნაწილებს შეეზრდება, წარმოიქმნება ეგრეთ წოდებული სიმონარტის ძაფები, რომლებიც იწვევენ ნაყოფის რომელიმე ნაწილის მოკვეთას. ნაყოფი იბადება მახინჯი, უფეხო, ატროფირებული, სანაყოფე გარსი შეეზრდება ნაყოფის თვალის სკლერას და იწვევს სიბრმავეს.

ორსულობის პერიოდში დამახასიათებელია მტკივნეულობა (განსაკუთრებით ნაყოფის მოძრაობის დროს), საშვილოსნოს კედელი მჭიდროდაა ნაყოფზე შემოჭერილი.

მცირეწყლიანობის დროს ორსულობის გართულებაა თვითნებური აბორტი და ნაადრევი მშობიარობა.

მშობიარობის პროცესში მოსალოდნელია შემდეგი გართულებები: სამშობიარო მოქმედების I და II სისუსტე, ნაყოფის ჰიპოქსია, ენდომეტრიტი მშობიარობისას, სისხლის დენა მშობიარობის III პერიოდსა და ლოგინობის ადრეულ ხანაში.

მშობიარობის პროცესში საშვილოსნოს ყელის 4 სმ-ზე გახსნისას საჭიროა სანაყოფე ბუშტის მთლიანობის დარღვევა ტკივილის შემცირების მიზნით. ნაყოფის ჰიპოქსიისა და სისხლის დენის პროფილაქტიკას ისევე ატარებენ, როგორც მრავალწყლიანობის დროს.

XXXVIII თავი

ტროფობლასტური დაავადებები

ტროფობლასტურ დაავადებებს მიეკუთვნება ქორიონული ეპითელიუმის სიმსივნეები-ბუშტუკოვანი ნამქერი და ქორიონეპითელიომა.

ბუშტოვანი ნამქერი–MOLA HYDATIDOSA

ბუშტუკოვანი ნამქერი პლაცენტის ბუსუსების თავისებური გადაგვარებაა. ბუსუსების მაგიერად სხვადასხვა ზომის (ხორბლის მარცვლიდან დაწყებული ყურძნის მარცვლის ოდენობამდე) ბუშტუკი ვითარდება, ქორიონის ეპითელიუმი სწრაფად იზრდება (სინციტიუმისა და ლანგჰანსის უჯრედები), შემდეგ ბუსუსების ჰიდროპული გადაგვარება ხდება, ასე რომ ბუსუსები ბუშტუკებად გადაიქცევა.

ბუშტუკოვანი ნამქერი ორსულობის პირველი ნახევრის გართულებაა, თუმცა იშვიათად შესაძლოა ორსულობის ბოლოსაც განვითარდეს.

ეტიოლოგია საკმარისად არ არის შესწავლილი. თანამედროვე ეტაპზე დიდ ყურადღებას იმსახურებს ინფექციური და პირველადი ჰორმონული ან გენეტიკური უკმარისობის თეორიები. ჰორმონული თეორია ბუშტნამქერის წარმოქმნას ხსნის ესტროგენული ჰორმონების უკმარისობით. გენეტიკური ჰიპოთეზა ქრომოსომულ აბერაციებს განიხილავს, როგორც სანაყოფე კვერცხის განვითარების მოშლის მიზეზს.

ამ პათოლოგიის დროს ბუშტუკებში გამჭვირვალე სითხეა და შესახედაობით, მაკროსკოპულად ყურძნის მტევანს ჰგავს, შეერთებულია, ერთმანეთთან შემაერთებელქსოვილოვანი ზონრებით.

მიკროსკოპული გასინჯვისას ცხადი ხდება, რომ აღნიშნული ბუშტუკები გადაგვარებული ბუსუსებია, რომლებმაც შეინარჩუნეს თავისი მფარავი ეპითელიუმი-სინციტიუმისა და ლანგჰანსის შრის უჯრედები. თვით ბუსუსის შემაერთებელქსოვილოვანი სტრომა კი ჰიდროპულადაა გადაგვარებული, ე.ი. ბუსუსები ბუშტუკებადაა გარდაქმნილი.

ამ დროს საკვერცხეებშიც ხდება ცვლილებები, მათში ნახულობენ მრავალკამერიან ყვითელი სხეულის ცისტებს, რომელთა შიგნითა ზედაპირი მოყვითალო ფერისაა და მიკროსკოპში ლუთეინის უჯრედების გროვა ჩანს.

საშვილოსნოდან ბუშტუკოვანი ნამქერის გამოტანის შემდეგ საკვერცხეები ნორმას უბრუნდება და 2-3 კვირაში ცისტებიც ქრება. დამტკიცებულად შეიძლება მივიჩნიოთ, რომ ყვითელი სხეულის ცისტები მზარდი და ატრეზიული ფოლიკულებისგან წარმოიქმნება. ამ პროცესში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ბუსუსების მიერ გონადოტროპინის დიდი რაოდენობით გამომუშავებას.

ბუშტუკოვანი ნამქერის დროს ნაყოფი და პლაცენტა აღარ ვითარდება. იშვიათ შემთხვევაში ქორიონის ნაწილი ზიანდება, პლაცენტის დიდი ნაწილი კი საღი, ხელუხლებელი რჩება და შეიძლება ნაყოფიც განვითარდეს. ბუშტუკები საშვილოსნოს ღრუს მთლიანად ავსებს.

ნაყოფის გარდა, დაავადება დიდ საშიშროებას უქმნის ორსულსაც. მას მეორე თვიდან ეწყება სისხლის დენა, რომელიც თანდათან ძლიერდება ბუშტუკოვანი ნამქერის სრულ გამოძევებამდე.

ბუშტუკოვანი ნამქერი ზოგ შემთხვევაში შეიჭრება მოსავარდნე გარსის ღრმა ფენებში, საშვილოსნოს კუნთებში და აღწევს სეროზულ საფარამდე. ამგვარ ნამ-

სურ. 179 ა - ბუშტუკოვანი ნამქერი; ბ - ბუშტუკოვანი ნამქერის დე-სტრუქციული ფორმა

ქერს მჭამელა ბუშტუკოვან ნამქერს (mola destruens) უწოდებენ. მჭამელა ბუშტუკოვანი ნამქერი სწრაფად ვრცელდება. იგი ავთვისებიანი სიმსივნეა და, თუ დროზე არ ამოკვეთავენ საშვილოსნოს დანამატებთან ერთად, ავადმყოფი იღუპება.

ბუშტუკოვანი ნამქერის გამოცნობა შეიძლება შემდეგი ნიშნებით: ორსულობის პირველ ნახევარში სისხლის დენაა, რომელიც თანდათან ძლიერდება, საშვილოსნოს ორსულობის ვადასთან შეუსაბამოდ დიდდება (12 კვირის ორსულობისას საშვილოსნოს სიდიდემ შეიძლება 20-24 კვირის ორსულობის შესაბამის ზომას მიაღწიოს). საშვილოსნოს კედლები დაჭიმულია, საშვილოსნო-გადიდებული, რბილი და ცომისებრია, ნაყოფის გულისცემა არ არის, მოძრაობა არ შეიგრძნობა, მისი ნაწილები არ ისინჯება. დიაგნოზი უტყუარია, როდესაც საშვილოსნოს ღრუდან სისხლთან ერთად ბუშტუკები გამოდის.

ბუშტუკოვანი ნამქერის დიაგნოზის დაზუსტებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ორსულობის გამოსაცნობ (აშჰეიმ-ცონდაკის, ფრიდმანის და გალიმაინინის) რეაქციებს.

ბუშტუკოვანი ნამქერისა და ქორიონეპითელიომის დროს შარდში ქორიონული გონადოტროპინი ათჯერ და ოცჯერ მეტია, ვიდრე ფიზიოლოგიური ორსულობის შემთხვევაში.

ნორმალური ორსულობისგან განსხვავებით, ბუშტუკოვანი ნამქერის შემთხვევაში შარდის მცირე რაოდენობაც საკმარისია იმისთვის, რომ რეაქცია დადებითი იყოს. მაგალითად, აშჰეიმ-ცონდაკის ბიოლოგიური რეაქციისთვის ნორმალური ორსულობისას საჭიროა სულ 1,5-2 მლ შარდი.

ბუშტნამქერის დროს კი-10-ჯერ ნაკლები-0,15-0,2 მლ, ფრიდმანის რეაქციისთვის შესაბამისად-10-20 მლ და 1-2 მლ.

ამრიგად, თუ მცირე რაოდენობით შარდმა დადებითი რეაქცია გამოიწვია, ბუშტუკოვანი ნამქერისა და ქორიონეპითელიომის დიაგნოზი აბსოლუტურად დაზუსტებული იქნება (რაოდენობრივი და თვისებრივი რეაქცია). ამ რეაქციას დიდი მნიშვნელობა აქვს პროგნოზისთვის. თუ ბუშტუკოვანი ნამქერის გამოტანიდან 12-15 დღის შემდეგ რეაქცია დადებითია, ეს ქორიონეპითელიომის შემთხვევაა.

მკურნალობა. როგორც კი ორსულობის დროს ბუშტნამქერს დაადგენენ, მაშინვე საჭიროა ენერგიული ზომების მიღება იმისთვის, რომ იგი საშვილოსნოდან

დროულად გამოამჟღავნონ და სისხლის დენა შეაჩერონ. ამ მიზნით იყენებენ საშვილოსნოს შეკუმშვ საშუალებებს, ქლორკალციუმს, პიტუიტრინს, ოქსიტოცინს, მამოფიზინს.

როდესაც საშვილოსნოს ყელი გახსნილია, ბუშტუკოვანი ნამქერი გამოაქვთ თითებით. იშვიათად მიმართავენ საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკას. ამ მიზნით განსაკუთრებით ერიდებიან მახვილი კოვზის გამოყენებას, რათა არ გამოიწვიონ საშვილოსნოს კედლის დაზიანება. ბუშტუკოვანი ნამქერის დროს ასეთი გართულება მუდამ მოსალოდნელია და იგი უნდა გაითვალისწინონ, რადგან საშვილოსნოს კედელი ძლიერ გათხელებული და გარბილებულია.

უფრო მიზანშეწონილია დიაგნოზის გარკვევისთანავე საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკა ყელის წინასწარი გაგანიერებით. გამოფხეკა საჭიროა ბლაგვი კოვზით.

გაწერის წინ ავადმყოფს ბიმანუალურად გასინჯავენ, დაადგენენ ყელის დახურვას, საშვილოსნოს ნორმალურ ოდენობასა და სისხლის დენის არარსებობას. გაწერის შემდეგ იმყოფებიან და თვეში ერთხელ ესინჯებიან. საშვილოსნოდან სისხლის დენის ან საშვილოსნოს ოდნავ გადიდების შემთხვევაში საჭიროა საცდელი გამოფხეკის (Abrasio probatoria seu explorativa) ჩატარება და გამონაფხეკის ჰისტოლოგიური გასინჯვა, ამასთან, აშჰეიმ-ცონდეკის, ფრიდმანის ან გალი-მაინინის რეაქციის ჩატარება.

ქორიონეპითელიომა-CHORION ERITHELIOMA

ცნება „ქორიონეპითელიომა" აერთიანებს ამ სიმსივნის მორფოლოგიურ, მაკრო- და მიკროთავისებურებებს, ფუნქციურ თვისებებს, ინვაზიას, მეტასტაზებისა და გონადოტროპული ჰორმონების გამომუშავებისადმი მიდრეკილებას.

მაკროსკოპულად ქორიონეპითელიომა შედგება მრგვალი ან სფეროსებრი ფორმის ლურჯი პატარა ბუშტუკებისგან (დიამეტრი ცვალებადობს ათეული მილიმეტრის ფარგლებში), რბილი კონსისტენციისაა, ღრუბლისებრი, სისხლის გაჟღენთილი. ასეთი კერები წარმოიქმნება საშვილოსნოს, საშოს ლორწოვანზე და ა.შ. სასქესო ორგანოების პარენქიმაში კი არასწორკიდეებიანი, ნეკროზული მასითა და სისხლით ამოვსებული ღრუები ვითარდება. ხშირად ქორიონეპითელიომის კვანძები არ სცილდება ლორწოვანას ზედაპირს. იშვიათად იგი პოლიპის ფორმისაა.

მიკროსკოპულად ქორიონეპითელიომა შედგება ციტო- და სინციტიური ტროფობლასტური მასისგან ნეკროზული უბნებით.

ქორიონეპითელიომის დამახასიათებელია უჯრედთა ბირთვების ზომისა და შეღებვისუნარიანობის ცვალებადობა და არამდგრადობა, ერთბირთვიან და გიგანტურ უჯრედებს შორის პროპორციულობა.

მიკროსკოპულად სიმსივნე შედგება ზოგჯერ ერთბირთვიანი, ერთმანეთის მსგავსი უჯრედებისგან, რომელთაც გამოხატული ანაპლაზიური თვისებები არა აქვთ და ჩანასახოვანი კვერცხის ტროფობლასტურ გარსს ჰგვანან. სხვა შემთხვევებში პრეპარატში ვლინდება შედარებით პატარა ზომის, პიკნოზური, მუქბირთვიანი მრავალრიცხოვანი არადიფერენცირებული უჯრედები ან გიგანტური სინციტიური ფრაგმენტები დიდი ნათელი ბირთვებით, რომლებიც სანაყოფე კვერცხის ქორიონის ლანგჰანსის შორის უჯრედთა ბირთვებს ჰგვანან.

სხვა ავთვისებიან სიმსივნეებთან შედარებით, ქორიონეპითელიომა გვხვდება შემთხვევათა 0,5%-ში, მეორადი ქორიონეპითელიომა-50%-ში, როგორც ბუშტუკოვანი ნამქერის შედეგი, 25%-ში-აბორტის შემდეგ, 2,5%-ში-საშვილოსნოსგარე ორსულობის შემდეგ, 22,5%-ში-მშობიარობის შემდეგ.

ქორიონეპითელიომის უჯრედების წარმოქმნა და გენეტიკური შემადგენლობა

სხვადასხვა ინდივიდუუმში სხვადასხვაა; ამ ასპექტში არჩევენ სიმსივნის რაოდენობრივად განსხვავებულ ორ კატეგორიას: პირველადსა და მეორადს.

პირველადი ქორიონეპითელიომა (chorionepithelioma primarium) საკვერცხის ან სათესლე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეა; უმთავრესად გვხვდება ბავშვებსა და ვაჟებში სქესობრივ მომწიფებამდე, ჩვეულებრივ, ტერატობლასტების კომპონენტის სახით. ამ სიმსივნის უჯრედები გენეტიკურ-ქრომოსომული შემადგენლობით ორგანიზმის სხვა ავთვისებიანად გადაგვარებული უჯრედების მსგავსია.

მეორადი ქორიონეპითელიომა (chorionepithelioma secundarium) წარმოიქმნება განაყოფიერებული კვერცხის ტროფობლასტიდან, რომელიც შემდეგ სცილდება მას და დამოუკიდებელი არსებობისა და ზრდის უნარს იძენს. ქორიონეპითელიომის უჯრედები შედგება დედისეული და მამისეული ქრომოსომებისგან. რითაც ის განსხვავდება ორგანიზმის სხვა უჯრედებისგან და გენეტიკური თვალსაზრისით მათ არ შეესაბამება.

კლინიკური სურათი. სიმპტომთა ვარიაბელობა ქორიონეპითელიომის ერთ-ერთი დამახასიათებელი ნიშანია. მისი ძირითადი სიმპტომებია ხანგრძლივი და არცთუ იშვიათად ჭარბი, სუნიანი, ზოგჯერ სისხლნარევი თეთრად შლა.

ქორიონეპითელიომა მეტად ავთვისებიანი სიმსივნეა, სწრაფად იძლევა მეტასტაზებს. თუ მეტასტაზები ფილტვებშია, აღინიშნება ხველა და სისხლნარევი ნახველი, ქოშინი, ტკივილი გულმკერდის არეში, თუ ღვიძლშია-სიყვითლე, როცა თირკმლებშია-ჰემატურია; თუ შარდის ბუშტშია-მტკივნეული შარდვა, სისხლიანი გამონადენი და ტკივილი მუცლის არეში, როცა თავის ტვინშია-თავის ტკივილი, ცნობიერების დაბინდვა, ეპილეფსიური კრუნჩხვა, დამბლა, პარესთეზია, მხედველობის, მეტყველების მოშლა და სხვ.

ზოგადი სიმპტომებია პროგრესირებადი ანემია, წონაში დაკლება, სხეულსა და კიდურებში ტკივილი, აპათია და უძილობა.

იშვიათ შემთხვევაში ქორიონეპითელიომა უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. ავადმყოფი იღუპება უეცრად თავის ტვინში სისხლის ჩაქცევის ან სხვა მიზეზის გამო.

დიაგნოზს აღგენენ ანამნეზური მონაცემების (ანამნეზში-ბუშტუკოვანი ნამქერი), ჩივილის მიხედვით, გინეკოლოგიური (საშვილოსნო გადიდებულია, რბილი კონსისტენციის, ზოგჯერ ორივე საკვერცხეში თეკალუთეინური ცისტებია, საშოში კი-ქორიონეპითელიომის დამახასიათებელი კვანძები), ლაბორატორიული (შარდში ქორიონული გონადოტროპინის ჭარბი რაოდენობა-500000 თ.ე.), ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევებით და ორსულობის სადიაგნოსტიკო ბიოლოგიური რეაქციებით (დადებითია შარდის 1:10, 1:20, 1:30, 1:40, 1:50 განზავებამდე).

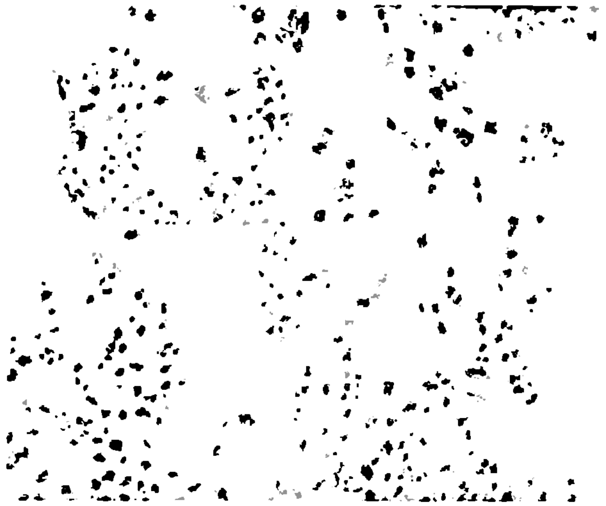
პროგნოზი, ისევე როგორც ყველა ავთვისებიანი სიმსივნის შემთხვევაში, არაკეთილსაიმედოა.

მკურნალობა. ქორიონეპითელიომის სამკურნალოდ გამოყენებულია სხვადასხვა მეთოდი: ქირურგიული, ქიმიოთერაპიული, სხივებით და ჰორმონული.

ქირურგიული მკურნალობა მეტასტაზების არარსებობის შემთხვევაში დღემდე მიჩნეული იყო ერთადერთ ეფექტურ საშუალებად. ქორიონეპითელიომის დროს აკეთებენ პანჰისტერექტომიას, მაგრამ ამ მეთოდმა საერთო აღიარება ვერ ჰპოვა.

სხივებით მკურნალობა, როგორც დამოუკიდებელი მეთოდი, არ არის გამოყენებული. მას მიმართავენ ოპერაციული ჩარევის შემდეგ ან მეტასტაზების მკურნალობისთვის.

გავრცელდა მკურნალობის ქიმიოთერაპიული მეთოდი, რომელიც გამოყენებულია დამოუკიდებელ მეთოდად (აგრეთვე კომპლექსურ მკურნალობაში). ქიმიო-



სურ. 180 საშვილოსნოს ტანის ქორიონეპითელიომა. სიმსივნის უბანი შედგება ლანგჰანსის უჯრედების გროვისგან, პერიფერიაზე კი სინციტიური ელემენტებია განლაგებული

პრეპარატებიდან განსაკუთრებით ეფექტურია მეტოტრექსატი, 6-მერკაპტინურინი და სიმსივნის საწინააღმდეგო ანტიბიოტიკი-ქრიზომალინი.

მეტოტრექსატს ავადმყოფს უნიშნავენ როგორც დასალევად, ასევე კუნთებსა და ვენაში შესაყვანად, წყვეტილ კურსებად. ერთჯერადი დოზა 20-30 მგ-ია. მკურნალობის კურსი-პრეპარატის 4-5-ჯერ შეყვანა 7-12 დღის ინტერვალით. ტოქსიკური მოვლენების განვითარებისას (ლეიკოპენია, თრომბოციტოპენია) ამცირებენ პრეპარატის დოზას ან ინტერვალს ადიდებენ.

6-მერკაპტინურინს უნიშნავენ დასალევად 300-400 მგ რაოდენობით ყოველდღიურად 10 დღის განმავლობაში (საკურსო დოზა 3-4 გ), 10-14 დღის ინტერვალით. ამ პრეპარატს ახასიათებს თანამოვლენები: კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაზიანება, პროტეინურია, კანზე გამონაყარი, ლეიკოპენია და თრომბოციტოპენია.

ქრიზომალინი შეყავთ ვენაში 500 მკგ რაოდენობით (საკურსო დოზა 7000-10000 მკგ). ანტიბიოტიკს უშუალოდ შეყვანის წინ ხსნიან. ფლაკონის შიგთავსს ხსნიან 0,5 მლ ეთილის სპირტში და უმატებენ ნატრიუმქლორიდის იზოტონურ ხსნარს 8-10 მლ რაოდენობით.

ქრიზომალინი სისხლმბად ორგანოებზე უარყოფით გავლენას არ ახდენს. ჰორმონული მკურნალობა (ესტროგენებისა და ანდროგენების შეყვანა) მიმართულია გონადოტროპული ჰორმონების პროდუქციის დაკნინებისკენ. ჰორმონების შეყვანა კომბინირებულია მკურნალობის სხვა მეთოდთან.

პროგნოზი სრულყოფილი კომპლექსური მკურნალობის დროსაც კი სერიოზულია. ავადმყოფი მუდმივად უნდა იმყოფებოდეს ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ (მას სინჯავენ პირველ წელს ყოველთვიურად, მეორე წელს-2-3 თვეში ერთხელ, თუ მესამე წელს მეტასტაზები არ აღენიშნება-2-3-ჯერ წელიწადში, მეტასტაზების შემთხვევაში კი-3 თვეში ერთხელ).

XXXIX თავი

დედის სამშობიარო ტრავმატიზმი

დედის სამშობიარო ტრავმატიზმს მიეკუთვნება: გარეთა სასქესო ორგანოების, შორისის, საშოს, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანის, სიმფიზის და შარდსასქესო გზების დაზიანება, რომელიც ვითარდება პათოლოგიურად მიმდინარე მშობიარობის, არადროული სამეანო ჩარევის ან სამეანო ოპერაციის არასწორი ჩატარების გამო.

სურ. 181 ვულვის ნახეთქები

გარეთა სასქესო ორგანოების დაზიანება- ვულვისა და საშოს შესავლის არეში ჩახევები, უმთავრესად უვითარდებათ პირველმშობიარეებს. ვულვის ლორწოვანი არასისხლმდენი ნახეთქები ჩარევას არ საჭიროებს.

გარეთა სასქესო ორგანოების დაზიანებას უმთავრესად იწვევს: სამეანო მაშა, დიდი ნაყოფით მშობიარობა, სწრაფი მშობიარობა, რბილი სამშობიარო გზების რიგიდობა, შორისის არასწორი დაცვა და სხვ. დიაგნოზს ადგენენ დათვალიერებისას.

ვულვაზე შეიძლება განვითარდეს ჰემატომა (დიდი სასქესო ბაგეების, შორისის არეში) შეგუბებითი მოვლენების, ვენების ვარიკოზული გაგანიერებისა და სისხძარღვთა სკლეროზული ცვლილებების გამო.

ჰემატომას კლინიკურად ახასიათებს ზეწოლის შეგრძნება და ტკივილი. სიმსივნე მოლურჯო-მოწითალო ფერისაა, მომკვრივო, ელასტიკური კონსისტენციის, დიდი ჰემატომის დროს ანემია ვითარდება. ჰემატომა შეიძლება პროგრესირებდეს და დაჩირქდეს.

მკურნალობა. წოლითი რეჟიმი, ადგილობრივად ყინული, დამწოლი ნახვევი, კალციუმქლორიდი და ვიტამინები.

ჰემოსტაზის მიზნით საჭიროა სისხლის გადასხმა. თუ ჰემატომის ზომა მატულობს, საჭიროა ოპერაციული ჩარევა - სისხლძარღვთა გადაკვანძვა.

შორისის გახევა-RUPTURA PERINEI

მშობიარობის დროს შორისის გახევა ხშირია. ეს დაზიანება უფრო ხშირია დიდი ნაყოფით მშობიარობის დროს, ხანშიშესულ მშობიარეებში, პირველმშობიარეებში, ინფანტილურ და მაღალი შორისის მქონე ქალებში. განმეორებით მშობიარეთა შორისის გახევა ხშირია წინათ გადატანილი გახევის ნაწიბურის ადგილას. მშობიარობის დროს ოპერაციული ჩარევა ადიდებს შორისის დაზიანების შემთხვევათა რიცხვს.

არჩევენ შორისის გახევის შემდეგ სახეებს: 1. პირველი ხარისხის გახევას-არასრულ გახევას-ruptura perinei I ordinis; 2. მეორე ხარისხის გახევას-აგრეთვე არასრულ გახევას-ruptura perinei II ordinis; 3. მესამე ხარისხის გახევას-სრულ გახევას-ruptura perinei III ordinis; 4. შორისის ცენტრალურ გახევას-ruptura perinei centralis.

შორისის პირველი ხარისხის გახევისას დაზიანებულია საშოს უკანა შესართავი, ლორწოვანი გარსი და კანი.

სურ. 182 ვულვის ჰემატომა

მეორე ხარისხის გახევის დროს დაზიანებულია აგრეთვე შორისის კუნთები. ზერელე და ღრმა განივი კუნთები, მყესოვანი ცენტრი.

მესამე ხარისხის გახევა აზიანებს ანუსის სფინქტერს ან ნაწლავის კედელს; ასეთ დაზიანებას სრულ გახევას უწოდებენ.

მშობიარობის უიშვიათესი გართულებაა შორისის ცენტრალური გახევა. შორისი შუა ადგილზე იხევა, საშოს შესავალი, სწორი ნაწლავი და სფინქტერი კი მთელია. თავი განახევში იბადება. ასეთი გართულება მოსალოდნელია გამოკვლინდეთ მაღალი შორისისი მქონე ქალებს, მენჯის მცირე დახრისას და ხანშიშესულ პირველმშობიარეებს.

შორისის უმნიშვნელო დაზიანებაც დროულ გამოცნობასა და აღდგენას საჭიროებს.

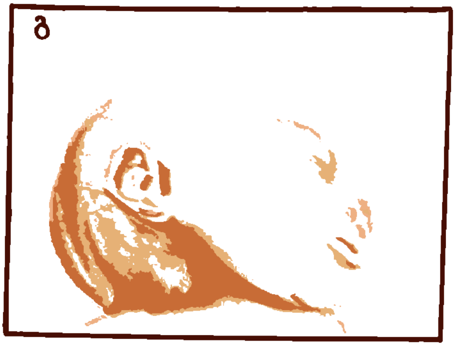
შორისის დაზიანების კლინიკური სიმპტომები თითქმის არ არსებობს. ნაყოფის თავის სასქესო ნაპრალში გამოჭრისას სისხლი საკმაო რაოდენობით გამოიყოფა, რაც შორისის კუნთების დაზიანების მაჩვენებელია, თუმცა გარეგნულად შორისი

სურ. 183 ა-შორისის პირველი ხარისხის გახევა; ბ - შორისის მეორე ხარისხის გახევა; გ - შორისის მესამე ხარისხის გახევა

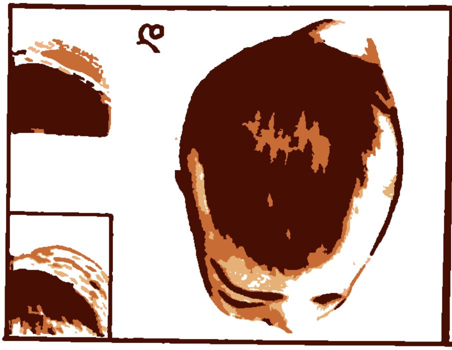
სურ. 100. ახალშობილის სამშობიარო ტრავმატიზმი:

ა—სახის ნერვის პარეზი;

ბ—კონიუნქტივაში სისხლის ჩაქცევა.



გ—მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის დაზიანება.



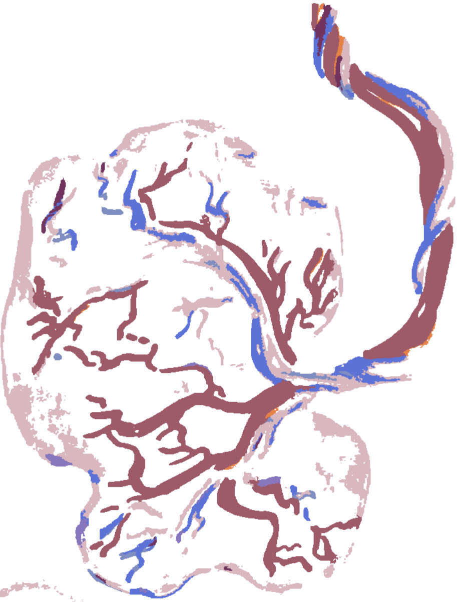
დ—კეფალოჰემატომა.

ე—სათესლე პარკის შეშუპება.

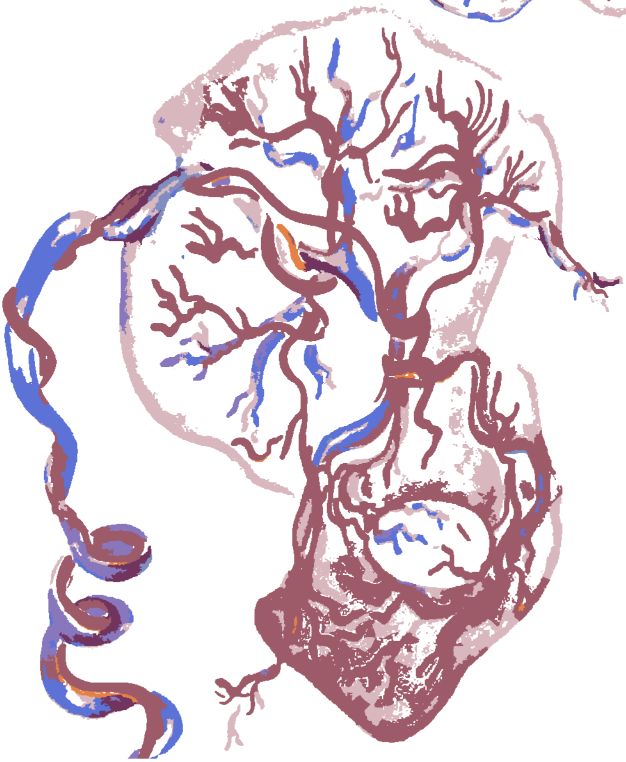
სურ. 192. ჭიპის წყლული.

სურ. 193. ექსფოლიაციური დერმატიტი.

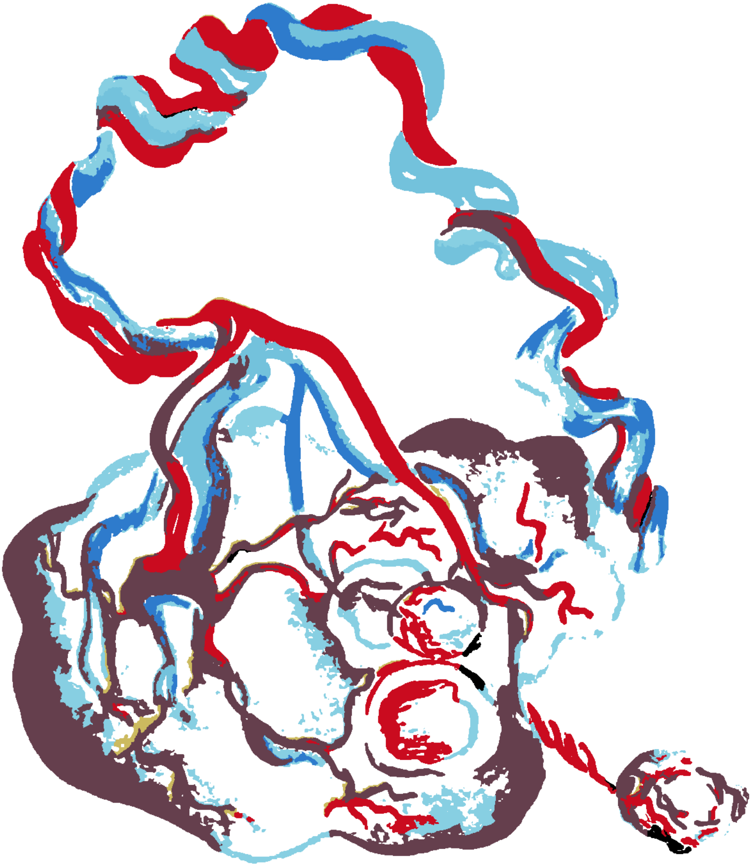
სურ. 196. მრავალწილოვანი პლაცენტა.



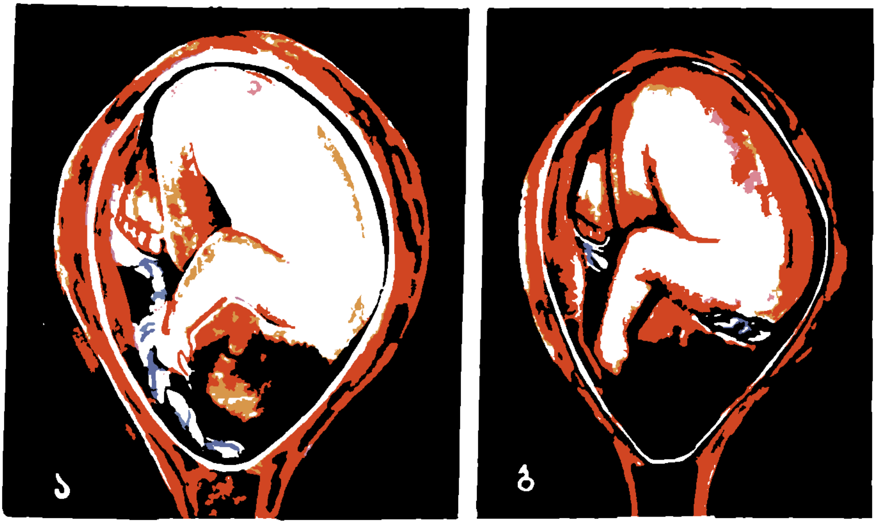
სურ. 197. დაფანჯრული პლაცენტა.



სურ. 198. პლაცენტის მრავლობითი ანგიომა.



სურ. 207. ჭიპლარის პათოლოგია.



ბ—ჭიპლარის წინმდებარეობა.

ა—ჭიპლარის შემოხვევა ნაყოფის კისერზე.

გ—ჭიპლარის გამოვარდნა.

სურ. 205. ჭიპლარის ნამდვილი (ა) და ცრუ (ბ) კვანძები.

სურ. 208. ქორიონეპითელიომა.

სურ. 210. ქორიონეპითელიომის მეტასტაზი საშოში.

სურ. 225. პუერპერალური ენდომეტრიტი და კოლპიტი.

მთელია. ხშირია შორისის ქსოვილის ფერის შეცვლა, რაც ასევე მისი გახევის წინამორბედი ნიშანია. ამ დროს საჭიროა პერინეოტომია.

მომყოლის გამოსვლის შემდეგ მელოგინეს სტერილური დოლბანდით ჩაწმენდენ სასქესო ორგანოებს, სასქესო ბაგეებს ხელებით გადასწევენ და დაზიანების გამოვლენის მიზნით დაათვალიერებენ როგორც საშოს კედლებს, ისე შორისს. რაც ადრე გაკერავენ ჭრილობას, მით უკეთესია. ინფექციის შეჭრის საშიშროება ნაკლებია, პირველადი შეხორცება-ხშირი.

შორისის სრული გახეთქა მძიმე გართულებაა. მისი გამოცნობა შეიძლება როგორც შორისის დათვალიერებით, ისე რექტული გასინჯვით. თითით შეიგრძნობა სფინქტერის დაწიანება, აგრეთვე ნაწლავის კედლის მთლიანობის დარღვევა.

გახეულ ნაწილებს გაკერავენ შრეების მიხედვით. პირველად გაკერავან ნაწლავის კედელს, მაგრამ სწორი ნაწლავის ლორწოვან გარსში არ უნდა გაეიდეს ნემსი. ნაწლავის მთლიანობის აღდგენის შემდეგ გაკერავენ სფინქტერს, შორისის კუნთებს, საშოს ლორწოვან გარსსა და კანს.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება გაკერვის შემდეგ შორისის მოვლას. სრული გახევის შემთხვევაში ძაფებს მოგვიანებით მოხსნიან. შორისს კერავენ ადგილობრივი ანესთეზიის პირობებში.

საშოს გახევა-RUPTURA VAGINAE

საშოს დიდი წევადობის მიუხედავად, მშობიარობის დროს ის ხშირად ზიანდება, განსაკუთრებით პირველმშობიარეებში. საშოს კედლის დაზიანება შეიძლება იყოს სხვადასხვა სახის: ლორწოვანი გარსის ზერელე და ღრმა დაზიანება, საშოს კედლის მთლიანი გახევა, რაც უიშვიათესი გართულებაა, აგრეთვე მუცლის ფარის დაზიანება.

მშობიარობის დროს საშოს გახევა სამ ადგილასაა მოსალოდნელი: ზედა, შუა და ქვედა ნაწილში. უფრო ხშირია საშოს ქვედა ნაწილის გახევა, მასთან ერთად შორისის მთლიანობაც ირღვევა.

როგორც საშოს, ისე შორისის გახევა ძლიერ სისხლის დენას არ იწვევს, თუ საენებოს არე არ არის დაზიანებული. მაგრამ დაზიანებისას შესაძლოა შინაგანი სისხლდენა დაიწყოს, რადგან ზიანდება ვულვისი და საშოს ლორწოვანი გარსის ქვეშ მდებარე ქსოვილები-კუნთები და მათი მკვებავი სისხლძარღვები. სისხლი გროვდება ქსოვილებში და ქმნის სისხლიან სიმსივნეს-საშოსა და ვულვის ჰემატომას, რომლის სიდიდე ქათმის კვერცხისოდენობიდან ახალშობილის თავისოდენობამდე აღწევს.

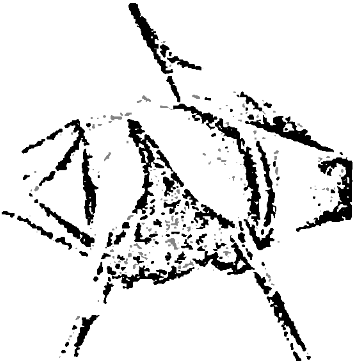
ჰემატომის გამოცნობა ძნელი არ არის. ამ დროს უმჯობესია რექტო-ვაგინური გასინჯვა (თუ უკანა კედელია დაზიანებული) ან ვაგინური გასინჯვა; შეიგრძნობა მორბილო კონსისტენციის სიმსივნე. ჰემატომა აქტიურ ჩარევას არ საჭიროებს. 1-2 კვირის განმავლობაში იგი თავისით შეიწოვება. ჰემატომა იშვიათად შეიძლება დაჩიქრდეს, მაშინ საჭიროა ჩირქის სასწრაფოდ გამოშვება. ამ პერიოდში ანტიბიოტიკოთერაპიას ჩაატარებენ.

საშო უზიანდებათ ხანშიშესულ, ინფანტილურ ქალებს, პირველმშობიარეებსა და სამეანო ჩარევისას (სამეანო მაშა, კრანიოტომია, მომდევნო თავის სწრაფად გამოყვანა).

გახეული საშო მომყოლის გამოსვლის შემდეგ უნდა გაკერონ კეტგუტით. საშოს მთლიანობის აღდგენის წინ საჭიროა საშვილოსნოს ყელის დათვალიერება.

საშვილოსნოს ყელის დაზიანება-RUPTURA COLLIUTERI

მშობიარობის დროს საშვილოსნოს ყელის დაზიანება ხშირი მოვლენაა, განსაკუთრებით პირველმშობიარეებში. იგი უმთავრესად ყელის ლორწოვანი გარსის დაზიანებით განისაზღვრება, კუნთებზე არ ვრცელდება, არც სისხლის დენა ახასიათებს. ზოგჯერ გახევა საშოს თაღამდე აღწევს, მეტწილად მარცხნივ. როცა იგი უმნიშვნელოა, ძლიერ სისხლის დენას არ იწვევს.



სურ. 184 საშვილოსნოს ყელის გახევა

არსებობს საშვილოსნოს ყელის თვითნებური (სპონტანური) და ძალდატანებითი გახევა.

ყელის ძალდატანებითი გახევა მოსალოდნელია სხვადასხვა სამეანო ჩარევისას (ყელის გაგანიერება, ნაყოფის ფეხზე მობრუნება, მომდევნო თავის გამოყვანა, სამეანო მაშის ხმარება, ვაკუუმექსტრაქცია, პლაცენტის ხელით გამოტანა და სხვ.).

შემჩნეულია, რომ ვიწრომენჯიან მშობიარეებს ხშირად აღენიშნებათ ყელის რთული დაზიანება ყოველგვარი ჩარევის გარეშე-ეს ე.წ. სპონტანური გახევაა. ყელის ქრონიკული ანთების შემთხვევაში ან მისი ქსოვილის ნაკლები ელასტიკურობის დროს ნაყოფის გაჟის გამოსვლა თხემით, შუბლით ან პირისახით წინმდებარეობისას ასევე ადიდებს ყელის დაზიანების პროცენტს. ყელის მნიშვნელოვან გახევას ხშირად თან სდევს ძლიერი სისხლის დენა. ქალს უვითარდება მწვავე ანემიის ნიშნები. სისხლის დენა გამოწვეულია იმით, რომ საშვილოსნოს არტერიის ტოტი დაზიანებულია. იგი თავს იჩენს მხოლოდ ნაყოფის დაბადებისას, მანამდე არ ვითარდება, რადგან თავი ყელს აწვება და აჩერებს სისხლის დენას. სისხლი ღია ფერისაა (არტერიული), ნაკადად მოდის. ასეთი სისხლის დენა ყელის სასწრაფოდ აღდგენას საჭიროებს.

ძნელია იმის დადგენა, თუ საიდან არის სისხლის დენა, სანამ მომყოლი არ არის გამოსული. ამიტომ საჭიროა მომყოლის გამოძევების დაჩქარება. საშოდან თითებით გასინჯვისას შეიძლება დაადგინონ, რომელ მხარეზეა გახევა-მარჯვნივ, მარცხნივ, თუ ორივე მხარეს. უმჯობესია საშვილოსნოს ყელის სასწრაფოდ დათვალიერება განიერი სარკეებით, რაც ნათელყოფს დიაგნოზს.

სიდიდის მიხედვით არჩევენ საშვილოსნოს ყელის გახევის 3 ხარისხს: პირველი ხარისხი, როცა ნახევი ორ სანტიმეტრამდეა, მეორე ხარისხი, როცა იგი 2 სმ-ზე მეტია, მაგრამ თაღამდე არ აღწევს, და მესამე ხარისხი, როცა იგი მიდის თაღამდე, ზოგჯერ უფრო ღრმად.

არჩევენ აგრეთვე საშვილოსნოს ყელის ცენტრალურ გახევას, როდესაც ყელში არსებული ანთებითი, შეხორცებითი პროცესის გამო ნაყოფის თავი ხელოვნური ხვრელიდან გამოდის.

პროფილაქტიკა გულისხმობს სამეანო ჩარევის პირობისა და ჩვენების ზუსტ დაცვას.

გახევის გარდა, მშობიარობის დროს საშვილოსნოს ყელი ზიანდება. მცირე მენჯში ჩამოსული თავი ზოგჯერ ყელს ძლიერ მიაჭყლეტს ძვლოვან ნაწილზე.

ამის გამო საშვილოსნოს ყელში სისხლის მიმოქცევა ირღვევა, ქსოვილის კვება ქვეითდება, იგი განიცდის ცვლილებებს, მაგრამ ეს უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. ყელის დაზიანების დროულად გამოცნობის მიზნით ამჟამად მშობიარობისთანავე საშვილოსნოს ყელს სარკეებით ათვალიერებენ და საჭიროების შემთხვევაში აღადგენენ.

საშვილოსნოს გახევა-RUPTURA UTERI

ორსულობისა და მშობიარობის დროს ერთ-ერთი უმძიმესი გართულებაა საშვილოსნოს გახევა. საშვილოსნოს გახევა უმეტესად მოსალოდნელია ქვედა სეგმენტში-საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის არეში, სადაც საშვილოსნოს კედელი უფრო თხელია და ძლიერ იჭიმება. ხშირად საშვილოსნო იხევა იქ, სადაც ნაყოფის თავია მოთავსებული. საშვილოსნოს გახევა დაუვიწყარ შთაბეჭდილებას ახდენს საექიმო პერსონალზე. ქარიშხლისებრ მიმდინარე მშობიარობის პროცესი უცებ ავისმომასწავებელი, შემაძრწუნებელი სიჩუმით იცვლება.

საშვილოსნოს გახევის ეტიოლოგია

ბანდლის თეორიის მიხედვით, საშვილოსნოს გახევის აუცილებელი პირობაა ძელოვანი მენჯის მხრივ მექანიკური დაბრკოლება (კლინიკურად ვიწრო მენჯი, ნაყოფის გარდიგარდმო მდებარეობა და ა.შ.). ნ.ზ. ივანოვისა და ი.თ.ვერბოვის თეორიის მიხედვით, მშობიარობის დროს საშვილოსნოს გახევის ძირითადი მიზეზია საშვილოსნოს მუსკულატურის ჰისტომორფოლოგიური ცვლილებები.

ამჟამად ცნობილია, რომ საშვილოსნოს გახევის მიზეზია როგორც მექანიკური დაბრკოლება, ასევე ჰისტოპათოლოგიური ცვლილებები საშვილოსნოს კედლებში.

საშვილოსნოს გახევის მექანიზმი საკმაოდაა შესწავლილი. მშობიარობის აქტის ფიზიოლოგიიდან ცნობილია, რომ საშვილოსნოს შეკუმშვის პერიოდი ორ ნაწილად იყოფა: 1. ზედა ნაწილი-აქტიური, კუმშვადი ტანი და ფუძე; 2. ქვედა ნაწილი-პასიური, გამტარი-ყელი და ისთმური ნაწილი. ყელის გახსნისა და ნაყოფის გამოძევების პერიოდში საშვილოსნოს ტანი და ფუძე შეკუმშვას-კონტრაქციას ახორციელებს. ამის შედეგად ქვედა სეგმენტი ფართოვდება და ყელი პასიურად იხსნება. მშობიარობის პირველი პერიოდის დასასრულს საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტი და ყელი თხელი, განიერი, ერთნაირი ტევადობის არხია, რომელიც არავითარ დაბრკოლებას არ უქმნის ნაყოფის წინსვლასა და დაბადებას.

საშვილოსნოს კუმშვად და გამტარ ნაწილთა შორის წარმოიქმნება კონტრაქციული რგოლი, რომელიც ნორმალურ პირობებში ყელის გახსნის დასასრულს ისინჯება სიმფიზის ზემოთ 5 თითის დადებით. საშვილოსნოს აქტიური ნაწილის მოქმედება იწვევს სამშობიარო არხის პასიური ქვედა ნაწილის მეორადად გაგანიერებას. ერთდროულად ეს უკანასკნელი ზემოთ იწევა. გაგანიერების პროცესი საშოზე და მის თაღებზეც ვრცელდება. საშვილოსნოს ზემოთ აწევას ეწინააღმდეგება მისი იოგები. უმთავრესად მრგვალი იოგი: იგი დაიჭიმება, ორივე მხრიდან სადავის მსგავსად იჭერს საშვილოსნოს ტანს და მას ძალიან აწევისა და წინ წაწევის საშუალებას არ აძლევს.

პათოლოგიურ შემთხვევაში, როდესაც საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტი ფიქსირებულია მაქსიმალურად შეკუმშული საშვილოსნოს ტანით, ხოლო ყელი ქვემოთ ჩაჭედილია ნაყოფის თავსა და მენჯის ძელებს შორის, თავის წინსვლას გადაულახავი წინააღმდეგობა ექმნება. რაც უფრო დიდი დაბრკოლება ხვდება ნაყოფის

წინსვლას, მით უფრო მხლავრია საშვილოსნოს აქტიური ნაწილის კონტრაქცია. დასასრულ, კუნთები იფიტება, საშვილოსნოს შეკუმშვის რიტმი ირღვევა, აქტიური ნაწილი კუმშვის უნარს კარგავს და პასიურ გამტარ ნაწილს უერთდება, კონტრაქციული რგოლი მაღლა იწევს, განივი მდებარეობიდან ირიბ მდებარეობაში გადადის და ჭიპს უახლოვდება. ერთ-ერთი შეტევის დროს პასიური ნაწილის მთლიანობა ირღვევა-საშვილოსნო იხევა. დაზიანების ადგილმდებარეობა, მიმართულება და მოცულობა არ არის ერთნაირი, უფრო ხშირად საშვილოსნო ზიანდება ირიბი ან განივი მიმართულებით.

არსებობს საშვილოსნოს დაზიანების სხვა მექანიზმიც, რომლის დროს ქსოვილების მთლიანობის დარღვევა იწყება საშოს ზედა ნაწილიდან და საშო საშვილოსნოს ყელს მოსცილდება. ასეთ გახევას ხელს უწყობს ნაყოფის განივი მდებარეობა, თავის წყალმანკი და დაკიდებული მუცელი, აქ საშვილოსნოს ყელი სრული გახსნის შემდეგ მაღლა აიწევს და წინმდებარე ნაწილის ზემოთ მოთავსდება. მისი მენჯის ძვალზე მიჭყლეტა არ ხდება, ვინაიდან წინმდებარე ნაწილი არ აწევა მას. საშოს უკანა თაღი ზედმეტად გადაიჭიმება.

საშვილოსნოს გახევის კლასიფიკაცია:

I წარმოშობის დროის მიხედვით:
1. ორსულობის დროს.
2. მშობიარობის დროს.

II. პათოგენეზურად:
1. თვითნებური გახევა:
ა) მექანიკური (ნაყოფის თავსა და მენჯს შორის შეუფარდებლობის გამო, ტიპიური).
ბ) ჰისტოპათიური (საშვილოსნოს კედელში პათოლოგიური ცვლილებების გამო ატიპური).
გ) მექანო-ჰისტოპათიური.
2. ძალდატანებითი გახევა:
ა) ტრავმული (უხეში სამეანო ჩარევის გამო, როდესაც ქვედა სეგმენტის დაჭიმულობა არ აღინიშნება).
ბ) შერეული (გარეგანი ზემოქმედება, როდესაც ქვედა სეგმენტიც დაჭიმულია).

III. კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით:
1. მოსალოდნელი გახევა.
2. დაწყებითი გახევა.
3. არსებული გახევა.

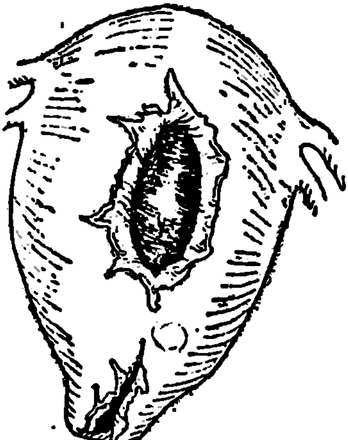
IV. დაზიანების ხასიათის მიხედვით:
1. ნახეთქი.
2. არასრული გახევა (მუცლის ღრუში შეუღწევადი).
3. სრული გახევა (მუცლის ღრუში შეღწეული).

V. ლოკალიზაციის მიხედვით:
1. საშვილოსნოს ფუძეში.
2. საშვილოსნოს ტანში.
3. საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში.
4. საშვილოსნოს საშოს თაღებიდან მოწყვეტა.

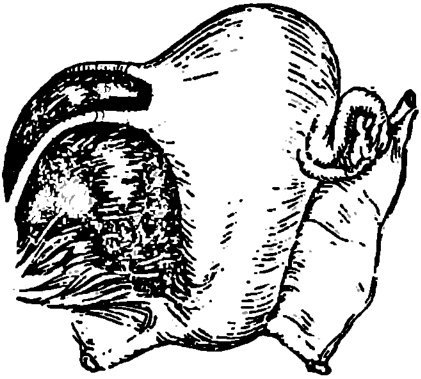
საშვილოსნოს თვითნებური გახევა (ruptura uteri spontanea) მოსალოდნელია ორსულობის მეორე ნახევარში ან მშობიარობის დროს. ასეთი დაზიანების მიზეზია: ინფანტილიზმი (როგორც ზოგადი, ისე სასქესო ორგანოების), საშვილოსნოს

სურ. 185 საშვილოსნოს სრული გახევა (ქვედა სეგმენტში)

სურ. 186 ინფანტილური საშვილოსნოს სპონტანური გახევა ფუძეში



სურ. 187 საშვილოსნოს სრული გახევა ტანის არეში



სურ. 188 საშვილოსნოს გახევა ქვედა სეგმენტში ინტრალიგამენტური ჰემატომით

განვითარების მანკი, სიმსივნე (როგორც კეთილთვისებიანი-ფიბრომიომა, ისე ავთვისებიანი-საშვილოსნოს ყელის კიბო), საშვილოსნოს მდებარეობის ანომალია, ყელის ნაწიბურები, რიგიდობა, საშვილოსნოს ანთებითი პროცესი, კუნთების გადაგვარება, ნაწიბურები გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდეგ, ვიწრო მენჯი, თავის არასწორი ჩადგმა, შუბლით, პირისახით წინმდებარეობა (უკანა სახე), ნაყოფის განვითარების ანომალია, მრავალნაყოფიანობა, თავის წყალმანკი, დიდი ნაყოფი, კრისტელერის წესის გამოყენება, კრედე-ლაზარევიჩის წესის ტლანქი გამოყენება, ნამდვილად მიხორცებული პლაცენტის ხელით გამოტანა, პიტუიტრინის და ოქსიტოცინის შეშხაპუნება უკუჩვენების შემთხვევაში.

საშვილოსნოს ძალდატანებითი გახევა-ruptura uteri violenta ხშირია ეგზოგენური ფაქტორების ზემოქმედების საფუძველზე. იგი აღინიშნება სამეანო ოპერაციული ჩარევის დროსაც, გვხვდება საშვილოსნოს ყველა სახის დაზიანებათა შემთხვევის 1/3-ში. პირველმშობიარეებზე მოდის საშვილოსნოს გახევის შემთხვევათა 10%, განმეორებით მშობიარეებზე-9%.

ამჟამად სამეანო დახმარების გაუმჯობესების შედეგად საგრძნობლად შემცირდება საშვილოსნოს დაზიანების შემთხვევები.

სრული გახევის დროს (ruptura uteri totalis) დაზიანებულია კედლის სამივე შრე-ლორწოვანი, კუნთოვანი და სეროზული. ამასთან, ნაყოფი ან მისი ნაწილი, ზოგჯერ მომყოლიც, განახევიდან მუცლის ღრუში ვარდება.

ნაწილობრივი გახევის (ruptura uteri partialis) საშვილოსნოს სეროზული გარსი მთელია, ნაყოფი და მომყოლი საშვილოსნოში რჩება. ზოგჯერ ნაყოფი საშვილოსნოდან პერიტონეუმის ქვედა არეში გადადის, რითაც ხელს უწყობს მის გახსნას და აჩქარებს ნაწილობრივი გახევის სრულ გახევად გადაქცევას. არის შემთხვევები, როდესაც ნაყოფი იბადება, საშვილოსნოს გახევა კი გამოუცნობი რჩება.

საშვილოსნოს მოსალოდნელი გახევის ნიშნები. ყოველი ექიმი, მით უფრო მეანი, ზედმიწევნით უნდა იცნობდეს საშვილოსნოს მოსალოდნელი გახევის ნიშნებს, რათა არ გამოეპაროს მნიშვნელოვანი მომენტი და დროულად ააცილოს ქალს კატასტროფა.

უმრავლეს შემთხვევაში გახევის წინამორბედი ნიშნები ერთობ დამახასიათებელია: მშობიარე აგზნებულია, შფოთავს, შველას თხოულობს, ხელს მუცლის ქვედა ნაწილზე იდებს, სახე შეშინებული, წამოწითლებული აქვს. ტემპერატურა მომატებულია, მაჯისცემა და სუნთქვა-აჩქარებული, სისხლის არტერიული წნევა-მაღალი, ენა და ტუჩები-მშრალი. აღინიშნება შარდზე ხშირი გასვლა. შეტევები მატულობს, მეტად ხშირი და მტკივნეული ხდება. ამ დროს ტკივილი განსხვავდება სამშობიარო ტკივილისგან. ბუნებრივი ჭინთვა არ არის, მაგრამ ქალი ძალდატანებით იჭინთება და ცდილობს საშვილოსნოს შიგთავსი გამოაძევოს. სამშობიარო შეტევებს შორის ინტერვალი ისპობა, ტეტანური ხასიათის ხდება, ნაყოფს წინსვლა არ ემჩნევა.

გარეგანი გასინჯვის დროს საშვილოსნო დაგრძელებულია, ქვედა სეგმენტი დაჭიმული და ზედმეტად მტკივნეულია, წინმდებარე ნაწილის გასინჯვა ვერ ხერხდება. აღინიშნება კონტრაქციული რგოლის მაღალი დგომა, მისი განივი მდებარეობიდან ირიბ მდებარეობაში გადასვლა და საშვილოსნოს მრგვალი იოგების დაჭიმვა. საშვილოსნოს აქვს სილის, საათის ფორმა.

გარეთა სასქესო ორგანოები ზოგჯერ შეშუპებულია, იშვიათად შარდი სისხლნარევია.

დიაგნოზის დასადგენად შინაგანი გასინჯვა ნაკლებ მონაცემებს იძლევა, ვი-

დრე გარეგანი გასინჯვა. საშვილოსნოს ყელის კიდეები გალურჯებული და შეშუპებულია. წინმდებარე ნაწილი-თავი მოთავსებულია მაღლა, მენჯის შესავალში.

აღსანიშნავია, რომ საშვილოსნოს მოსალოდნელი გახევის ყველა ეს ნიშანი მუდამ ასე კლასიკურად არ არის გამოხატული.

მკურნალობა. ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია დამზოგველი ჩარევა (არ შეიძლება სამეანო მაშის გამოყენება ან ნაყოფის მობრუნება, ვინაიდან იგი აჩქარებს საშვილოსნოს გახევას). ცოცხალი ნაყოფის შემთხვევაში აკეთებენ საკეისრო გაკვეთას. მკვდარი ნაყოფის შემთხვევაში ნარკოზის პირობებში ნაყოფის თავის ქალას დაშლიან (კრანიოტომია), მისი განივი მდებარეობისას ემბრიოტომიას ახორციელებენ.

საშვილოსნოს დაწყებითი, მაგრამ დაუმთავრებელი გახევის ნიშნები. ზემოაღნიშნული ნიშნები სხვადასხვა შეხამებით უფრო მკვეთრად არის გამოხატული. ძლიერ მტკივნეული, კრუნჩხვითი ხასიათის შეკუმშვა საშვილოსნოს კუნთოვან შრეში სისხლჩაქცევებზე მიუთითებს. საშვილოსნოს დაწყების გახევას ასევე ახასიათებს: ჭინთვისა და შეკუმშვის გარეშე მუცლის ძლიერი მტკივნეულობა, მშობიარის საერთო აგზნებული მდგომარეობა, ხმამაღალი ყვირილი, შიშის გრძნობა, რომელსაც თან სდევს გუგების გაფართოება და დაზიანებული საშვილოსნოს გაღიზიანებით გამოწვეული შოკის ერექციული ფაზის სხვადასხვა ნიშანი, საშვილოსნოდან უმნიშვნელო რაოდენობით სისხლიანი გამონადენი, სისხლიანი შარდი, ბოქვენთან გამობურცული სიმსივნე, ნაყოფის ჰიპოქსია.

მკურნალობა. საჭიროა სასწრაფო ლაპაროტომია, ნაყოფის მომყოლისა და სისხლის კოლტების გამოტანა, სისხლის დენის შეწყვეტა. საშვილოსნოს ამოკვეთის ან დატოვების საკითხს გადაწყვეტენ ოპერაციის დროს მისი დაზიანების ხარისხის მიხედვით. ზოგჯერ, როდესაც დაზიანება დიდი არ არის, ჭრილობის კიდეები სწორია და ქალი ახალგაზრდაა, შეიძლება საშვილოსნო გაკერონ ან დატოვონ.

ნაყოფის ჩაჭედილი გარდიგარდმო მდებარეობის დროს, თუ საშვილოსნო გაიხა, საჭიროა ლაპარაოტომიის გაკეთება, ნაყოფისა და მომყოლის ზემოდან ამოტანა, საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაცია.

ნაწილობრივი გახევის დროს მკურნალობა ისეთივეა, როგორც სრულის გახევის შემთხვევაში (საშვილოსნოს ამოკვეთავენ, იშვიათად გაკერავენ). საჭიროა სისხლის გადასხმა. ფართოდ იყენებენ ანტიბიოტიკებს, სულფანილამიდებს.

თუ გადატანილი საკეისრო გაკვეთის გამო საშვილოსნოზე ნაწიბურია, მოსალოდნელი გახევის კლინიკა თავისებურია, ახასიათებს: ა) ტკივილი მუცლის ქვედა არეში, ორსულობის უკანასკნელ ტრიმესტრში-ნაწიბურის არეში, მშობიარობის დაწყებისას შეტევათაშორის შუალედში ტკივილი, რომელიც ძლიერდება შეტევის დროს; ბ) სუსტი სამშობიარო მოქმედება, რომელიც არ ექვემდებარება მკურნალობას; გ) მტკივნეული და დისკოორდინირებული სამშობიარო მოქმედება; დ) პალპაციით მტკივნეული და გათხელებული ნაწიბური; ე) თავის წინსვლის დაბრკოლება ყელის სრული გახსნის პირობებში (სამშობიარო მოქმედება ძლიერი და მტკივნეულია).

საშვილოსნოს ნაწიბურზე დაწყებითი გახევის კლინიკური თავისებურებებია: ა) სამშობიარო არხიდან სისხლიანი გამონადენი; ბ) გულისრევა, ერთჯერადი ღებინება, გულის კოვზის არეში სიმძიმის შეგრძნება; გ) ნაყოფის გულისცემის შეცვლა.

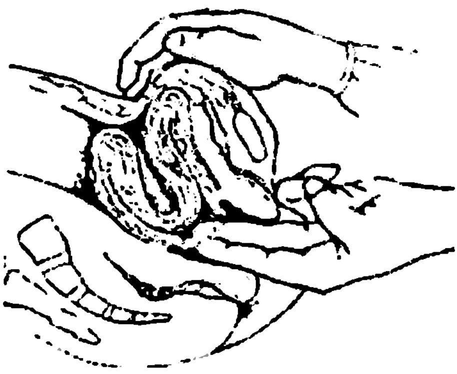
მკურნალობა ორივე შემთხვევაში ოპერაციულია.

საშვილოსნოს პირუკუ გადმობრუნება-INVERSIO UTERI

მშობიარობის უიშვიათესი გართულებაა საშვილოსნოს პირუკუ გადმობრუნება, რაც მომყოლის გამოძევების პერიოდში უხეში ჩარევის შედეგია. ზოგჯერ ეს ხდება ნაყოფის გამოსელასთან დაკავშირებით, ამის მიზეზია საშვილოსნოს ატონიური მდგომარეობა, მოკლე ჭიპლარი და სწრაფი მშობიარობა.

189 საშვილოსნოს პირუკუ გადმობრუნება

საშვილოსნოს პირუკუ გადმობრუნება ხდება როგორც პლაცენტასთან ერთად, ისე მისი მოცილების დროსაც. საშვილოსნოს ფუძე ღრუში ჩაიზნიქება, მის ადგილზე რჩება ძაბრისებრი ჩაღრმავება, რომელიც თანდათან მატულობს. ამ ჩაღრმავებაში მოთავსდება დანამატი, მრგვალი და ფართო იოგები. საშვილოსნოს შეკუმშვა აძლიერებს ფუძის შეჭრას ღრუში. ბოლოს იგი გაიჩრება ყელში, ხშირად საშვილოსნოს მთელი ტანი რჩება გადმობრუნებული.



სურ. 190 საშვილოსნოს ნაწილობრივი გადმობრუნება

საშვილოსნოს გადმობრუნებისას მშობიარეს აღენიშნება ძლიერი ტკიეილი, შოკი და კოლაფსი. მაჯა აჩქარებულია, ძაფისებრია, სახე-გაფითრებული, ოფლი ასხამს. მეზობელი ორგანოების ფუნქცია მოიშლება, იწყება სისხლის დენა, ვენები იხშობა და ვენური ჰიპერემია იქმნება. ავადმყოფი შესაძლებელია დაიღუპოს შოკით, სისხლის დენით ან სეფსისით.

არჩევენ საშვილოსნოს სრულ და არასრულ პირუკუ გადმობრუნებას.

საშვილოსნოს სრული პირუკუ გადმობრუნებისას (inversio uteri totalis) მთელი მისი შიგნითა მხარე სასქესო ნაპრალიდან გარეთ გამოდის პირუკუ გადმობრუნებულ საშოს კედლებთან ერთად. საშვილოსნოს პირუკუ გადმობრუნება საშვილოსნოს გამოვარდნისგან იმით განსხვავდება, რომ პირუკუ გადმობრუნებულ საშვილოსნოზე სამი ხვრელი ჩანს, აქედან ორი ფალოპიუსის მილისაა, ერთი-საშოსი. საშვილოსნოს გამოვარდნის შემთხვევაში ხვრელი ერთია; გარეგანი პალპაციით საშვილოსნოს ადგილას ძაბრისებრი ჩაღრმავება შეიგრძნობა.

საშვილოსნოს არასრული გადმობრუნებისას (inversio uteri partialis) საშვილოსნოს ფუძე მხოლოდ მის გარეთა პირამდე დაეშვება, მაგრამ საშოში არ გამოდის. ასეთ შემთხვევაში მუცლის საფარიდან შეიმჩნევა ძაბრისებრ ჩაღრმავებული საშვილოსნოს ფუძე.

ამრიგად, საშვილოსნოს პირუკუ გადმობრუნების გამოცნობა ძნელი არ არის.

სადავოა საკითხი, თუ როდის არის საჭირო საშვილოსნოს შებრუნება. ავტორთა უმრავლესობა სასწრაფო ჩარევის მომხრეა. სხვები უპირატესობას აძლევენ 2-6 საათით დაცდას. შოკის მდგომარეობიდან ავადმყოფის გამოსვლის შემდეგ იწყებენ საშვილოსნოს შებრუნებას, მაგრამ დიდხანს დაცდა საჭირო არ არის. ავადმყოფს წინასწარ უკეთებენ 0,1%-იან 1 მლ Sol. Atropini sulfurici- ს. რეკომენდებულია ბანგის პირობებში საშვილოსნოს ხელით შებრუნება და საშოს ტამპონადა. შებრუნების შემდეგ ავადმყოფს უკეთებენ მამოფიზინსა და პიტუიტრინს. როცა პლაცენტასთან ერთად საშვილოსნოცაა გადმოდრუნებული, მიზანშეწონილია პლაცენტის მოცილება და შემდეგ საშვილოსნოს შებრუნება. თუ ხელით შებრუნება არ ხერხდება, მას ოპერაციული გაკვეთით შეაბრუნებენ. გააკეთებენ გასეწვრივ განაკვეთს, რომელსაც შემდეგ გაკერავენ.

თუ ავადმყოფს დროზე არ აღმოუჩენენ დახმარებას, გადმობრუნებული საშვილოსნო განიცდის ნეკროზს-განგრენას. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა საშვილოსნოს საშოსმხრივი ამოკვეთა.

ბოქვენის დაზიანება

ბოქვენი ზიანდება ვიწრო მენჯისა და ოპერაციული ჩარევის შემთხვევაში, როდესაც ნაყოფის თავსა და მენჯს შორის შეუფარდებლობაა. მაგრამ ზოგჯერ შესაძლოა ეს მოხდეს ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროსაც.

წარსულში ამგვარ დაზიანებას იშვიათად გამოიცნობდნენ ხოლმე. ახლა მეანობაში რენტგენოლოგიური გამოკვლევის ფართოდ გამოყენებასთან დაკავშირებით მისი გამოცნობა მშობიარობის დროს გაადვილდა.

ბოქვენის დაზიანებას ახასიათებს ტკივილი, რომელიც ძლიერდება ქვედა კიდურების მოძრაობის დროს; სიმფიზი ხელის შეხებით მტკივნეულია, ~~[illegible]~~, ზოგჯერ აღინიშნება ჩაღრმავებაც, რაც გამოწვეულია ბოქვენის ძვლების კიდეთა დაცილებით. შესამჩნევია შესივება, ზოგჯერ დაზიანების მომენტში ტკაცუნი გაისმის. დიაგნოზს აზუსტებენ რენტგენოსკოპიით ან რენტგენოგრაფიით.

მკურნალობა. საჭიროა იმობილიზაცია, 10%-იანი კალციუმქლორიდი სუფრის კოვზით 3-ჯერ დღეში B და C ვიტამინები, ანტიბიოტიკები.

როცა ბოქვენის სახსარში უშუალოდ შეიჭრება ინფექცია, ვითარდება ბოქვენის სახსრების ანთება-სიმფიზიტი (simphisitis), რომელსაც ახასიათებს ძლიერი ტკივილი, შესივება და მოძრაობის შეზღუდვა. მაგრამ, ჩვეულებრივ, იგი ჩქარა გაივლის. საკმარისია წოლითი რეჟიმი, ტკვილის შემსუბუქება. გამონაკლისის სახით ასეთი პათოლოგია შესაძლოა მძიმედ წარიმართოს, სახსარში ჩირქი დაგროვდეს და საჭირო გახდეს ოპერაციული ჩარევა-ჩირქის გამოშვება.

სამეანო ტრავმასთან დაკავშირებული ხვრელმილები FISTURA, SYRINX

ქალის სასქესო ორგანოები მჭიდრო კავშირშია შარდის გამომყოფ ორგანოებთან და სწორ ნაწლავთან. მშობიარობის აქტის დროს ზოგჯერ შარდის ბუშტი, შარდსაწვეთი, შარდსადენი და სწორი ნაწლავი ტრავმირდება.

საშვილოსნოს გახევის შემდეგ მეორე მეტად მძიმე გართულებად მიჩნეულია მშობიარობასთან დაკავშირებული ხვრელმილების წარმოქმნა, რაც ამჟამად უიშ-

ვიათუსი პათოლოგიაა.

ხვრელმილების წარმოშობის მიზეზი ორგვარია: ერთი მხრივ, ნაყოფის წინმდებარე ნაწილის ხანგრძლივად ერთსა და იმავე სიბრტყეში (განსაკუთრებით მენჯის ღრუში) დგომა, ხოლო, მეორე მხრივ, დაზიანება სამეანო ჩარევის დროს.

ხვრელმილი ერთი ღრუ ორგანოს მეორე ასეთსავე ორგანოსთან არაბუნებრივი ხვრელით შეერთებაა.

სამშობიარო ტრავმის შედეგად წარმოქმნილი ხვრელმილებია: 1. საშვილოსნოს ყელისა და პერიტონეუმის ხვრელმილი (fistula cervicoperitonealis); 2. სწორი ნაწლავის ხვრელმილი (fistula rectovaginalis); 3. სწორნაწლავ-შორისის ხვრელმილი (fistula vesicoperinealis); 4. შარდის ბუშტ-საშვილოსნოს ყელის ხვრელმილი (fistula vesicocervicalis); 5. შარდის ბუშტ-საშოს ხვრელმილი (fistula vesicovaginalis); 6. ურეთრა-საშოს ხვრელმილი (fistula urethrovaginalis); 7. საშო-შორისის ხვრელმილი (fistula vaginoperinealis); 8. შარდსაწვეთ-საშოს ხვრელმილი (fistula urethrovaginalis).

მცირე ხვრელმილები თავისით შეხორცდება. იშვიათად მიმართავენ ლოგინობის ხანაში ფისტულის აღდგენას. როდესაც დიდი ხვრელმილებია, ოპერაციული ჩარევა საჭირო ხდება მშობიარობის მესამე-მეოთხე თვეზე.

XL თავი

ლოგინობის ხანის პათოლოგია

— ლოგინობის ხანის დაავადებების ეტიოლოგია

ლოგინობის, ანუ პუერპერული ხანის პათოლოგიის მიზეზი უმთავრესად ინფექციის შეჭრის შედეგად წარმოქმნილი გართულებებია.

ინფექციის გამომწვევი აგენტი სხვადასხვა სახის მიკრობია. ამ მხრივ დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს სტაფილოკოკს, სტრეპტოკოკს, ნაწლავის ჩხირს, გონოკოკს და ანაერობული ინფექციის გამომწვევ მიკრობებს.

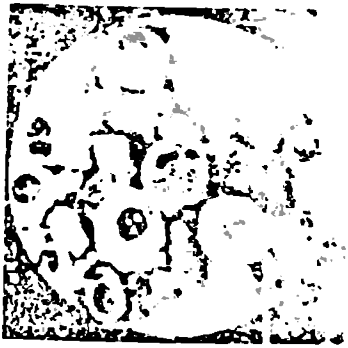
ინფექცია ორგანიზმში შეჭრის შემდეგ იწვევს რეცეპტორების გაღიზიანებას. საპასუხო რეაქცია ვითარდება უპირობო რეფლექსების სახით. მათი მოქმედების განხორციელებაში მონაწილეობს მრავალი ნერვის დაბოლოებები, აგრეთვე მედიატორები.

ამჟამად დადგენილია ურთიერთქმედება რეცეპტორებსა და ანტიგენებს შორის. გამორკვეულია მრავალი ნივთიერების მნიშვნელობა იმუნიტეტისა და ალერგიული რეაქციის განვითარებაში.

ენდოგენური ან ეგზოგენური აგენტი არღვევს ორგანიზმის ფიზიოლოგიურ წონასწორობას, ორგანიზმი იცავს თავს, ებრძვის მიკრობის მავნე მოქმედებას და ცდილობს შეინარჩუნოს ორგანოთა შორის ფიზიოლოგიური წონასწორობა. ამ ბრძოლის პროცესში იგი იყენებს მის განკარგულებაში არსებულ ისეთ ფაქტორებს, როგორიც არის ანტისხეულები, ანტიგენები.

ლოგინობის ხანაში დაავადების წყაროა ორგანიზმში ეგზოგენური და ენდოგენური გზით შეჭრილი ინფექცია.

ეგზოგენური გზით ინფექცია იჭრება საშოდან გასინჯვის, სქესობრივი კავშირის დროს, თვით მელოგინის ხელით, აგრეთვე თეთრეულისა და იარაღების საშუალებით, რომლებითაც მშობიარეს დახმარებას უწევენ, ან აეროგენური გზით.



სურ. 191 ოქროსფერი სტაფილოკოკი ფაგოციტოზში

სურ. 192 ჩირქმბადი სტრეპტოკოკი

სურ. 193 ნაწლავის ჩხირი

სურ. 194 პროთეუსი

თვით მშობიარის ორგანიზმის რომელიმე ნაწილში არსებული მიკრობის სასქესო ორგანოში შეჭრას ენდოგენურ ინფექციას (თვითდასნებოვანებას) უწოდებენ. ინფექცია ვრცელდება ინტრაკანალიკულურად ან მეტასტაზურად (ჰემატოგენური ან ლიმფოგენური გზით); იშვიათად ეს დაავადებები ვითარდება აგრეთვე სამედიცინო პერსონალის მიერ ასეპტიკა-ანტისეპტიკის დარღვევის შედეგად.

სასქესო ორგანოებში ინფექციის შეჭრას ხელს უწყობს და აძლიერებს სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრა, მშობიარობის დროს ქსოვილთა დაზიანება, რაც აქვეითებს მათ დაცვით უნარს და ინფექციისადმი გამძლეობას.

თავისთავად გახანგძლივებული მშობიარობა - სანაყოფე სითხის ნაადრევად დაღვრა და ოპერაციული ჩარევა ინფექციის გავრცელების ხელსაყრელ პირობებს აძლიერებს. რამდენადაც რთულია და ხანგძლივი ოპერაცია, იმდენად დიდია ინფექციის შეჭრის საშიშროება.

ინფექციის შეჭრასა და გავრცელებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს მიკრობის ვირულენტობას და ორგანიზმის ბრძოლის უნარს, მის დაცვით ძალებს. საშოში ინფექციის შეჭრა მეტად საზიანოა მშობიარობის დროს და მის შემდეგ პირველ დღეებში. რამდენიმე კვირით ადრე საშოში შეჭრილი ინფექცია საშიში არ არის, რადგან

ამ დროს საშოს ზედაპირი დაუზიანებელია და საკმაოდ გამოხატული დაცვითი უნარი აქვს (თვითგაწმენდა, მაღალი მჟავიანობა).

საშოში არსებული მიკრობები კარგავენ ცხოველმყოფელობას. სამშობიარო გზებში მათი შეჭრა სანაყოფე სითხის დაღვრამდე ნაკლებ საშიშია, ვიდრე დაღვრის შემდეგ. ინფექციის გავრცელებას უფრო ხელსაყრელი პირობები აქვს ნაყოფის გამოძევებისა და მშობიარობის შემდეგ პირველ საათებში.

მშობიარობის შემდეგ ინფექციის გავრცელების ხელშემწყობ პირობებს ქმნის სამშობიარო გზებში არსებული ისეთი ნეკროზული ქსოვილები, როგორიცაა გარსების ნაწილები და სისხლის კოლტები. საშოს პათოლოგიური ფლორა სწრაფად ვრცელდება ნამშობიარევ საშვილოსნოში. მშობიარობის შემდეგ პირველ დღეებში ადგენენ მიკრობებს საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის ზემოთ.

საშვილოსნოს ღრუ ჩვეულებრივ პირობებში მე-5 დღიდან ნაკლებად ინფიცირდება. ამ დროისათვის საშვილოსნოს ღრუს ზედაპირზე წარმოქმნილი გრანულაციური ქსოვილი (ზღუდე) ხელს უშლის მიკრობების შეჭრას. სამშობიარო გზებში მიკრობების მოხვედრის შესაძლებლობა დიდია, მაგრამ ეს დაავადება მუდამ არ ვითარდება.

რადგან ქალის ორგანიზმში ფილოგენეზის პროცესში გამომუშავებულია დაცვითი რეაქცია (ადგილობრივი და ზოგადი ხასიათის), ამიტომ მარტო მიკრობის შეჭრა არ არის საკმარისი ინფექციის განვითარებისათვის. ამ ასპექტში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მიკრობის ვირულენტობას, რბილი სამშობიარო გზების მდგომარეობას და ორგანიზმის რეაქტიულობას.

ლოგინობის ხანის დაავადებათა კლასიფიკაცია (ბარტელს-საზონოვის მიხედვით).ლოგინობის ხანის ინფექცია ოთხ ეტაპად მიმდინარეობს. პირველი ეტაპი - სეფსისური ინფექცია არ სცილდება საშოს და საშვილოსნოს ფარგლებს: ლოგინობის ხანის წყლულები (შორისის, საშოს, საშვილოსნოს ყელის არეში), მშობიარობისშემდგომი ენდომეტრიტი; მეორე ეტაპი - სეფსისური ინფექცია სცილდება სასქესო ორგანოების ფარგლებს, მაგრამ მცირე მენჯის ღრუთი შემოისაზღვრება. ჰემატოგენური გზით ინფექციის გავრცელების შედეგად მეტროფლებიტი, მეტროთრომბოფლებიტი ვითარდება. ლიმფის გზით გზით ინფექციის შემთხვევაში ვითარდება მეტრიტი და პარამეტრიტი (მცირე მენჯის ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილის ჩათრევით). ინფექციის ინტრაკანალიკური გზით გავრცელებისას ვითარდება ადნექსიტი და პელვეოპერიტონიტი; მესამე ეტაპი - მუცლის ფარის ანთება (პერიტონიტი), პროგრესირებადი თრომბოფლებიტი, სეფსისური შოკი; მეოთხე ეტაპი - სეფსისური ინფექციის გენერალიზებული ფორმები (სეპტიცემია, სეპტიკოპიემია).

დიაგნოზისა და დაავადების სიმძიმის დასადგენად საჭიროა ავადმყოფის დეტალური და ყოველმხრივი შესწავლა, ლაბორატორიული გამოკვლევები - შარდის, სისხლის საერთო ანალიზი, კოაგულოგრამა, სისხლის სტერილობის გასინჯვა, გამონადენის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა, სისხლში საერთო ცილისა და ცილის ფრაქციების, ელექტროლიტების აგმოკვლევა, ცხვირ-ხახიდან და საშოდან ნაცხის აღება და მათი ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა.

ზოგადი სეფსისურიდაავადებისსისხლში არსებული მიკრობები მრავლდებიან. ასეთ შემთხვევაში სისხლის დათესვით შესაძლებელია მიკრობის მიკროფლორის, მისი ვირულენტობის დადგენა, ანტიბიოტიკების მიმართ მგრძნობელობის გამოკვლევა, სისხლის აღება სტერილობაზე შემცივნების დროს არის საჭირო. ანტიბიოტიკების დანიშვნა მიზანშეწონილია მიკრობის მგრძნობელობის დადგენის შემდეგ.

პუერპერული წყლული - ULCERA PUERPERALIS

ლოგინობის ხანის წყლულები შეიძლება განვითარდეს შორისის, საშოს და საშვილოსნოს ყელის არეში.

მშობიარობის დროს ზოგჯერ ზიანდება შორისი, საშო ან საშვილოსნოს ყელი, საიდანაც შესაძლოა სხვადასხვა მიკრობის შეჭრა. ამის გამო ჭრილობას სუფთა სახე არა აქვს, დაფარულია მორუხო-ჭუჭყიანი ნადებით. შემდეგ დაჩირქება ხდება, წყლულები ვითარდება. ამ წყლულებისირგვლივ ქსოვილი შეშუპებულია, თუ ეს ადგილი გაკერილია, იგი არ შეხორცდება, საჭიროა ძაფების ადრე მოხსნა, ჭრილობის ღიად მკურნალობა. ნეკროზული ნაწილები საღი ქსოვილისგან შემოსაზღვრულია ინფილტრატით, რისგანაც წარმოიქმნება გრანულაციური მორგვი, ყველა მკვდარი ქსოვილი მოშორდება და რეგენერაცია იწყება. იშვიათად ინფექცია უფრო შორს მიდის და აღმავალ ფორმას ღებულობს - პროცესი რთულდება.

მკურნალობა. საჭიროა წყლულის ადგილობრივი დამუშავება სადეზინფექციო ხსნარით, ფაგებით; ნეკროზული ნადების შემთხვევაში წყლულზე ადებენ ჰიპერტონიულ ხსნარში გახსნილ კანამიცინს ტრიფსინთან ან ქიმიოტრიფსინთან ერთად (10-20 მგ გახსნილი 0,25%-იან ნოვოკაინის ხსნარის 20-50 მლ-ში).

ლოგინობის ხანის მეტროენდომეტრიტი METROENDOMETRITIS PUERPERALIS

ლოგინობის ხანის მეტროენდომეტრიტი იწყება ლოგინობის ხანის მე-2-3 დღეს. ამ დროს აღინიშნება დეციდური ქსოვილის ზედაპირული ნეკროზი, ენდომეტრიუმისა და მისი მოსაზღვრე კუნთოვანი შრის წვრილუჯრედოვანი ინფილტრაცია, კუნთოვანი შრის შეშუპება, სისხლძარღვებისა და ლიმფური ძარღვების გაფართოება და თრომბოზი. საშვილოსნოს შიგნითა ზედაპირი არაერთგვაროვანია და ანთებითი პროცესი მასში არათანაბრად მიმდინარეობს. ინფექციის გავრცელების თვალსაზრისით განსაკუთრებით საშიშია პლაცენტის მიმაგრების ადგილზე ანთებითი პროცესის განვითარება.

მეტროენდომეტრიტი შეიძლება განვითარდეს დეციდური ქსოვილის ნარჩენების ან სისხლის კოლტების შეწოვის გამო (რეზორბციული ფორმა). ორგანიზმის მაღალი რეაქტიულობის შემთხვევაში სიცხე უმნიშვნელოდ მატულობს, იშვიათ შემთხვევაში 38-39 გრადუსამდე, დამახასიათებელია შემცივნება, სუბინვოლუცია, საშვილოსნო პალპაციით მტკივნეულია. ლოქიები შემღვრეული, სისხლიან-ჩირქოვანი, ცუდი სუნი აქვს.

მეტროენდომეტრიტის დროს ზოგჯერ ლოქიები გროვდება საშვილოსნოს ღრუში, რაც გამოწვეულია საშვილოსნოს ტონუსის დაქვეითებით (ლოქიომეტრის ფორმა). ამ დროს მელოგინეს ამცივნებს, მაღალი სიცხე, შეტევითი ხასიათის ტკივილი აქვს. აღინიშნება სუბინვოლუცია, საშვილოსნო გადიდებულია, მრგვალი ფორმისაა და მტკივნეული.

მკურნალობა. საჭიროა მუცელზე ცივის დადება, შემკუმშავი საშუალებები (ოქსიტოცინი, მეთილერგომეტრინი, მამოფიზინი და სხვ.), 2-3-ჯერ დღეში, ანტიბიოტიკების დანიშვნა ანტიბიოტიკოგრამის მიხედვით, სულფამიდებით მკურნალობა. მიმართავენ საშვილოსნოს ყელის გაგანიერებასაც.

სეფსისური მეტროენდომეტრიტი (metrpendometritis septica) ვითარდება ქსოვილებში პათოგენური მიკრობების შეჭრის შედეგად. ეს ფორმა საკმაოდ მძიმე დაავადებაა. ამ დროს ინფექცია საშვილოსნოს საზღვრებს სცილდება და სეფსისს

იწვევს. მეტროენდომეტრიტის დროს საშვილოსნოს შიგნითა ზედაპირზე ისეთივე ნადები და ნეკროზული კერები ვითარდება, როგორიც გარეთა სასქესო ორგანოებში არსებული პუერპერული წყლულის შემთხვევაში. საშვილოსნო დიდია, რბილი და მტკივნეული. დაავადება იწყება შემცივნებით, მაღალი ტემპერატურით, მაჯის აჩქარებით, აღინიშნება ლეიკოციტოზი. მელოგინის საერთო მდგომარეობა მკვეთრად და ჩქარა იცვლება. მას მადა ეკარგება, კანი მშრალი აქვს, უძილობა აწუხებს. საშოდან გამონადენი სუნიანია.

პროგნოზი ცუდია, თუ პროცესი საშვილოსნოდან გადავა საშვილოსნოს ვენებზე, კვერცხსავალებზე, ირგვლივ მდებარე შემაერთებელ ქსოვილსა და მუცლის ფარზე.

მკურნალობა. საჭიროა ანტიბიოტიკოთერაპია ანტიბიოტიკოგრამის მიხედვით და სულფანილამიდები, სტაფილო- და სტრეპტოკოკური გამა-გლობულინი, ანტისტაფილოკოკური პლაზმა, მუცელზე ცივის დადება, მაღალკალორიული, ვიტამინებით მდიდარი საკვები, კარდიოტონული საშუალებები, სისხლისა და სისხლის შემცვლელების გადასხმა.

მშობიარობისშემდგომი მეტრიტი-METRITIS PUERPERALIS

მეტროენდომეტრიტისგან განსხვავებით, მეტრიტის დროს საშვილოსნოს კუნთოვანი შრის ღრმა ფენები ზიანდება. მიკრობები სისხლისა და ლიმფური გზებით ვრცელდება ანთებითად შეცვლილი ენდომეტრიუმიდან საშვილოსნოს კუნთების ღრმა ფენებში.

დაავადება ვლინდება მშობიარობიდან მე-4-მე-7 დღეს და 2-3 კვირა გრძელდება. დაავადების დასაწყისში ავადმყოფს შეამცივნებს, საერთო მდგომარეობა მძიმდება, აწუხებს უძილობა, თავის ტკივილი, საშვილოსნოს უკუგანვითარება ფერხდება, პალპაციით აღინიშნება მტკივნეულობა.

ლოქიები სეროზულ-ჩირქოვანია. ზოგჯერ შეიძლება საშვილოსნოს კუნთების სიღრმეში აბსცესის განვითარების გამო წარმოიქმნას განშრევადი მეტრიტი.

მკურნალობა ისეთივეა, როგორც სეფსისური ენდომეტრიტის დროს.

პარამეტრიტი-PARAMENRITIS

პარამერტიტი მენჯის ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილის ანთებაა. ამ დროს ვითარდება ინფილტრატი ან ექსუდატი საშვილოსნოს გვერდით (მარჯვნივ ან მარცხნივ (parametritis dextra et sinistra), მის წინ (parametritis anterior) ან უკან (parametritis posterior).

დაავადებას მეტწილად იწვევს სტრეპტო-სტაფილოკოკი. პარამეტრიტი იწყება მშობიარობიდან მე-8-10 დღეს მაღალი სიცხით (39-40). მაჯა აჩქარებულია (100 და მეტი), მუცლის ქვედა არეში ტკივილი იგრძნობა.

დიაგნოზს ადგენენ ბიმანუალური გასინჯვის დროს ინფილტრატის შეგრძნებით, რომელიც მენჯის ძვალზე გადადის. ინფილტრატის მხარეზე საშოს თაღი გადასწორებულია. ავადმყოფობის მიმდინარეობა ხანგრძლივია.

პროგნოზი ხშირად კარგია. ინფალტრატი გაიწოვება, იშვიათად დაჩირქდება და პუნქციას ან საშოს თაღის გაკვეთას (კოლპოტომიას) საჭიროებს. იშვიათ შემთხვევაში ჩირქგროვა შეიძლება გაიხსნას შარდის ბუშტში, სწორ ნაწლავსა ან პეპარტის იოგში. მედიკამენტური მკურნალობა მწვავე პერიოდში იგივეა, როგორც მეტროენდომეტრიტის (სეფსისური) ქრონიკულ პერიოდში. საჭიროა აბაზანები, დიათერმია, სითბური კომპრესები.

დანამატების ანთება-ADNEXITIS, SALPINGOOOPHORITIS

დანამატების ანთება იწყება მშობიარობიდან მე-10-14 დღეს. ხშირად იგი გონორეის შედეგია.

სურ. 195 ლოგინობის ხანის პარამეტრიტი და სალპინგიტი

დაავადების სიმპტომებია: მაღალი სიცხე, ხშირი მაჯისცემა, ტკივილი (უფრო ძლიერი, ვიდრე პარამეტრიტის დროს). დიაგნოზს შინაგანი გასინჯვით ადგენენ: საშვილოსნოს გვერდით აღმოჩნდება მასთან მჭიდროდ დაკავშირებული და ვიწრო ფეხით შეერთებული ძეხვისებრი სიმსივნე.

ინფექცია მოიცავს ფალოპიუსის მილს (სალპინგიტი) და საკვერცხეს (ოოფორიტი). სეფსისური მშობიარობისშემდგომი ადნექსიტი, გონორეულისგან განსხვავებით, უფრო ხშირად ცალმხრივია. არჩევენ კატარულ და ჩირქოვან ადნექსიტს. მილის ამპულური ნაწილის შეწებების დროს ვითარდება პიოსალპინქსი (ჩირქოვანი პარკი-pyosalpins), იშვიათად შეიძლება საკვერცხის აბსცეს-პიოოვარიუმი (pyoovarium).

მკურნალობა ანტიბაქტერიულია, ზოგადმასტიმულირებელი. ტარდება სპეციფიკური იმუნოთერაპია, დაჩირქების შემთხვევაში ახორციელებენ თაღების პუნქციას ან კოლპოტომიას ანტიბიოტიკების შეყვანით.

მშობიარობისშემდგომი თრომბოფლებიტი
TROMBOPHLEBITIS PUERPERALIS

ლოგინობის ხანის თრომბოფლებიტის დაყოფა შეიძლება ორ ჯგუფად: ზერელე ვენებისა და ღრმა ვენების თრომბოფლებიტად.

ღრმა ვენების თრომბოფლებიტი, თავის მხრივ, იყოფა: საშვილოსნოს ვენების თრომბოფლებიტად - მეტროთრომბოფლებიტად, მენჯის ვენების თრომბოფლებიტად და ბარძაყის ვენების თრომბოფლებიტად.

პათოგენეზი. თრომბოზის განვითარებაში ძირითადი მნიშვნელობა ენიჭება ორგანიზმის რეაქტიულობის შეცვლას ნერვული და ჰორმონული რეგულაციის მოშლის გამო. ამ დაავადების ძირითადი პირობაა სისხლძარღვის კედლის შიგნითა ზედაპირის ცვლილებები, სისხლის შედედების უნარის მომატება, ვენებში სისხლის მოძრაობის სიჩქარის შენელება. განსაკუთრებით ხშირია იმ ქალთა თრომბოზი, რომელთაც აქვთ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები, ვენების ვარიკოზული გაგანიერება, გაცხიმოვნება, ანემია, ტოქსიკოზი ან ოპერაცია აქვთ გაკეთებული მშობიარობის დროს.

თრომბოფლებიტის პათოგენეზი სხვადასხვანაირია. ერთ შემთხვევაში თავიდანვე ვითარდება ასეპტიკური თრომბოზი: მიკრობი ინფექციური კერიდან შეიჭრება თრომბში და აინფიცირებს მას, შემდგომ ინფექცია გადადის ვენის კედელზე; მეორე შემთხვევაში ჯერ ვენის კედელი ინფიცირდება (ენდოფლებიტი განვითარდება), შემდეგ თრომბი ვითარდება.

კლინიკა. თრომბოფლებიტი უმეტესად ვითარდება მშობიარობის შემდეგ ორი კვირის განმავლობაში, იშვიათად მე-5-6 დღეზე. ხშირად თრომბოფლებიტს წინ უძღვის ხანგრძლივი სუბფებრილიტეტი. ხშირად გამოყოფენ წინამორბედ სტადიას: მაჯის საფეხურისებრ აჩქარებას, მტკივნეულობას ქვედა კიდურებში-წვივის კუნთებში (ადგომის, სიარულის, ტერფის დორზალური ფლექსიის დროს). დამახასიათებელია აგრეთვე ტკივილი წვივის კუნთების, ფეხისგულების, აქილევსის მყესის პალპაციის დროს. ამ დროს იყენებენ ტესტს წნევის საზომი აპარატის მანჟეტებით (რომელსაც ადებენ ქვედა კიდურზე). წნევის 80-100 მმ-მდე აწევისას შეიგრძნობა ძლიერი ტკივილი (ეს დაავადების დაწყების მაჩვენებელია). დიაგნოზისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე თრომბოელასტოგრაფიას, კოაგულოგრაფიას. ამ დროს სისხლში უმნიშვნელო ლეიკოციტოზია მარცხნივ გადახრით, ედს ზომიერად აჩქარებულია.

ღრმა ვენების თრომბოფლებიტი იწყება შემცივნებით, მაღალი ტემპერატურით (39-40), რომელიც შემდგომ ცვალებადობს 37-38,5 ფარგლებში, მაჯა აჩქარებულია (110 და მეტი). ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა ზოგჯერ დამაკმაყოფილებელია, ზოგჯერ კი იგი უჩივის უმადობას, უძილობას, თავის ტკივილს, განმეორებით შემცივნებას.

მეტროთრომბოფლებიტი-metrothrombophlebitis მეტროენდომეტრიტის პროგრესირების შედეგია. ამ პათოლოგიას ახასიათებს მაჯის აჩქარება (ტემპერატურამ შეიძლება არ მოიმატოს), საშოდან ხანგრძლივი სისხლიანი გამონადენი.

საშოსმხრივი გასინჯვით: საშვილოსნო გადიდებულია, მისი გვერდითი კედლები-მტკივნეული, ზედაპირზე ისინჯება პულსირებადი დაკლაკნილი ზონრები. ხშირად ძნელია დიაგნოზის დადგენა.

მენჯისა და ბარძაყის ვენების თრომბოფლებიტი. დაავადება იწყება ლოგინობის ხანის მეორე კვირიდან შემცივნებით. ტემპერატურა რემისიულია, მაჯა-აჩქარებული, არ შეესაბამება ტემპერატურას.მუცელი ზომიერად შებერილია, მტკივნეული, პალპაციის დროს ხშირად გამოხატულია შჩოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი.

საშოსმხრივი გასინჯვისას საშვილოსნო გადიდებულია, პასტოზური და მგრძნობიარეა, გამონადენი-სისხლიანი, დიდი რაოდენობით, პარამეტრიუმის სხვადასხვა ადგილას ისინჯება დაკლაკნილი, პულსირებადი, მტკივნეული ზონრები.

მენჯის ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილი, რომელშიც მდებარეობს ვენის ანთებითი ნაწილები, შეშუპებულია, ზოგჯერ პროცესი შემოიფარგლება მენჯის ვენებით, ზოგჯერ ბარძაყის ვენებზე გადადის; ასეთ შემთხვევაში მცირე მენჯის ფაშარ ქსოვილში შესაბამის მხარეს საზარდულის ნაოჭთან ახლოს ნახულობენ უბანს, საიდანაც დაზიანებული ვენები იშლება მარაოსებურად, რომლის ძირი მიმართულია საზარდულის ხვრელისკენ, გაივლის ამ უკანასკნელს და სისხლძარღვთა კონა ბარძაყზე გადადის.

ბარძაყის ვენების დაზიანების პირველი ნიშანია წვივის კუნთების მტკივნეულობა წვივის ვენების ბიფურკაციის დონეზე. საზარდულის ნაოჭი სწორდება, იწყება ბარძაყის შეშუპება მისი სამკუთხედის არეში, რომელიც პალპაციით მტკივნეულია, ისინჯება შემსხვილებული სისხლძარღვები, რომლებიც შეიგრძნობიან მუხლის სახსრამდე. კანის ტემპერატურა მომატებულია, კიდური მტკივნეულია, ტკივილი გადაეცემა ქუსლში. ავადმყოფს დაბუჟების, სიმძიმისა და ჭიანჭველის ცოცვის შეგრძნება აქვს.

ქვედა კიდურების ზერელე ვენების თრომბოფლებიტი. ლოგინობის ხანაში ეს დაავადება იშვიათია და ხშირად დაკავშირებულია ვენების ვარიკოზულ გაგანიერე-

ბასთან. ტემპერატურა, ჩვეულებრივ, სუბფებრილურია, მაჯა-აჩქარებული. ფეხები იშვიათად შეშუპებულია. საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, საშვილოსნოს სუბინვოლუცია აღინიშნება.

ქვედა კიდურების ღრმა ვენების თრომბოფლებიტი. ეს დაავადება ხშირად იწყება ტკივილით (იშვიათად ძლიერი) ქვედა კიდურების არეში, მათი შეშუპებით, ხშირად ზედაპირული ვენები გაგანიერებულია. კლინიკური სურათი დამოკიდებულია თრომბის ლოკალიზაციასა და ვენის დახშობის დონეზე. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სისხლძარღვთა სპაზმას, რადგან კიდურების შეშუპება გამოწვეულია სისხლძარღვთა კედლების გამავლობის მომატებით სპაზმის გამო. ეს უკანასკნელი იწვევს კიდურის გაციებას და ტერფის თითებზე კანის ტემპერატურის დაქვეითებას.

ქვედა კიდურების ღრმა ვენების თრომბოფლებიტი საშუალოდ ერთი თვე გრძელდება. შემცივნების პერიოდში რამდენიმე დღიდან 2-3 კვირამდე. ხშირად შემცივნება იცვლება სუბფებრილიტეტით. პროცესი მეორე კიდურზე საშუალოდ 10-12 დღის შემდეგ გადადის.

მკურნალობა. წინამორბედ (თრომბოზის) პერიოდში ავადმყოფს უნიშნავენ წოლით რეჟიმს. სათანადო კიდურის აწევა,ელასტიკური ბანდით კიდურის შეხვევა. სუნთქვითი ვარჯიშები და ვარჯიში კიდურის კუნთებისთვის. მკურნალობენ ესკუზანით, ბუტადიონით, რეოპირინით, აცეტილსალიცილმჟავათი, ზოგჯერ ჰირუდინთერაპიით (ჩამოთვლილ მედიკამენტებს ზომიერად გამოხატული ანტიკოაგულაციური ანთების საწინააღმდეგო და დესენსიბილიზაციური მოქმედება ახასიათებს). თუ ფიბრინოგენის კონცენტრაცია მატულობს, ფიბრინოლიზური აქტივობა ქვეითდება, სისხლის პლაზმის ტოლერანტობა ჰეპარინისადმი მატულობს. ავადმყოფს უნიშნავენ მაღალეფექტურ ანტიკოაგულანტებს; ჰეპარინს არაპირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტებთან (ნეოდიკუმარინთან, პელენტანთან,სინკუმართან, ფენილინთან და სზ.) ერთად.

ანტიკოაკულანტებით მკურნალობა იწყება მშობიარობის მესამე დღიდან, ხოლო საკეისრო ნაკვეთის შემდეგ მეოთხე დღიდან. ამავე დროს საჭიროა ლაბორატორიული კონტროლი. არაპირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულნტების გამოყენების დროს საჭიროა პროთრომბინის ინდექსის განსაზღვრა (ის არ უნდა იყოს 40-50%-ზე არც მეტი და არც ნაკლები). ამავე დროს საჭიროა ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების, სპაზმოლიზური საშუალებების (პრომედოლის, პაპავერინის, ნოვოკაინის სანთლები), დესენსიბილიზაციური საშუალებები (დიპრაზინის, დიმედროლის, სალიცილატების) დანიშვნა. თანამედროვე ეტაპზე ფართოდ იყენებენ ფერმენტებს: სტრეპტოკინაზას, უროკინაზას, ფიბრინოლიზინს, ქოლესტერინოქსი-დაზას.

ფილტვის ემბოლია

ფილტვის სისხლძარღვთა ემბოლია ვითარდება ფილტვის არტერიის ემბოლიით დახშობის შედეგად, რაც იწვევს ძლიერ რეფლექსურ სპაზმს (არტერიის დაუზიანებელი ნაწილისას), ბრონქოსპაზმსა და კორონარულ უკმარისობას.

კლინიკური სურათი. აღინიშნება საერთო სისუსტე, სიფერმკრთალე, არტერიული სისხლის წნევის დაქვეითება, ტაქიკარდია, ტკივილი გულმკერდის არეში. მცირე აჩქარება, არცთუ იშვიათად-ინფარქტი (უპირატესად ქვედა ნაწილებში). ფილტვის ინფარქტის შედარებით მუდმივი სიმპტომია ტკივილი სუნთქვის დროს, პერკუსიული ხმიანობის მოყრუება, სუნთქვის შესუსტება ბრონქული ელფერით, წვრილ-ბუშტუკოვანი ხიხინი ინფარქტის კერის ირგვლივ. დამახასიათებელია სისხლიანი ნახველი, ლეიკოციტოზი.

მკურნალობა, ვენაში პრომედოლისა და სპაზმოლიზური საშუალებების შეყვანა, ოქსიგენთერაპია, ვენაში წვეთოვნად ფიბრინოლიზინისა და ჰეპარინის შეყვანა. შემდეგ არაპირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტებს იყენებენ. ფილტვის არტერიის ძირითადი ტოტების ემბოლიის შემთხვევაში სასწრაფო ოპერაციას-ემბოლექტომიას აკეთებენ.

პელვეოპერიტონიტი-მენჯის ფარის ანთება

სურ. 196 ლოგინობის ხანის პელვეოპერიტონიტი

მელოგინის მცირე მენჯის პერიტონეუმის ანთება სეფსისური ინფექციის შედეგია, მცირე მენჯის არეში პერიტონეუმზე ვითარდება სეროზულ-ფიბროზული ექსუდატი, რომელიც შეიძლება მოგვიანებით დაჩირქდეს.

ექსუდატის ფიბროზული ხასიათი განაპირობებს მცირე მენჯის ორგანოებსა, ნაწლავებსა და ბადექონს შორის შეხორცების განვითარებას. შეხორცების შედეგად წარმოიქმნება კონგლომერატი, რომლისგანაც ძნელია საშვილოსნოსა და სხვა ორგანოების ცალკე გამოყოფა.

დაავადება იწყება მშობიარობის შემდეგ მე-15-25-ე დღეს. აღინიშნება შემცივნება, მაღალი ტემპერატურა (39-40), მუცლის ქვედა არეში მძაფრი ტკივილი, დაავადების პირველ დღეებში მუცლის კუნთები დაჭიმულია; ბლუმ-ბერგ-შჩოტკინის სიმპტომი დადებითია. ძილი დარღვეულია, პულსი-ჩქარი, ენა-მშრალი, ნადებიანი.

სწორი მკურნალობის შედეგად მწვავე მოვლენები ჩქარა ცხრება. მცირე მენჯის ფარზე ინფილტრატი შეიწოვება. ზოგჯერ მცირე მენჯის ორგანოებს შორის შეხორცება რჩება. პელვეოპერიტონიტის დროს იშვიათად ინფილტრატი ჩირქდება. თუ ჩირქის ევაკუაციას დროზე არ მოახდენენ, მოსალოდნელია მისი გახსნა საშოში, შარდის ბუშტში და სხვ. შესაძლებელია ანთებითი პროცესი გავრცელდეს და დიფუზური პერიტონიტი გამოიწვიოს.

დიფუზური პერიტონიტი-PERITONITIS DIFFUSA

დიფუზური პერიტონიტი მშობიარობისშემდგომ პერიოდში ვითარდება საშვილოსნოდან ლიმფური გზით ინფექციის გავრცელების შემთხვევაში ან ინტრაკანალიკულურად (იშვიათად), ანდა უშუალოდ დანამატებში არსებული ჩირქროვის გახსნისას საშვილოსნოს ნაკერების დაჩირქებით.

ნამშობიარევი საშვილოსნოდან ინფექციის გავრცელების შემთხვევაში პერიტონიტი ვითარდება მშობიარობიდან 3-4 დღის შემდეგ. თუ ჩირქგროვა უშუალოდ მუცლის ღრუში გაიხსნა, პერიტონიტი ვითარდება მშობიარობიდან 1-2 დღის შემდეგ. პერიტონიტის დაწყებით ფაზას ახასიათებს სეროზულ-ფიბროზული ექსუდატის წარმოქმნა. შემდეგ გამონაჟონი ღებულობს ფიბრინულ-ჩირქოვან ან ჩირქოვან-ჰემორაგიულ ხასიათს. ფიბრინის დალექვა აბრკოლებს მუცლის ღრუდან ექსუ-

დატის გაწოვას და ხელს უწყობს პროცესის შემოფარგვლას.

კლინიკური სურათი. პერიტონიტი მიმდინარეობს მაღალი ტემპერატურით (39-40), შემცივნება არ ახასიათებს. მძიმე ფორმის შემთხვევაში (ორგანიზმის რეაქტიულობის ძლიერი დაქვეითების გამო) შეიძლება ტემპერატურაც ნორმალური იყოს. პერიტონიტის დროს იღლიისქვეშა ფოსოსა და სწორ ნაწლავში ტემპერატურის სხვაობა 1,5-3-ს აღწევს, რასაც დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს.

პერიტონიტის კლინიკურ მიმდინარეობას დასაწყისში ახასიათებს პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები. ერთობ დამახასიათებელია ფუნქციური ცვლილებები გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ: მაჯა აჩქარებულია, სუსტი ავსების, იშვიათად არიტმიული. არტერიული წნევა დაქვეითებულია, დიაფრაგმა კუნთითა რეფლექსური შეკუმშვის გამო დაბლა დგას, სუნთქვა გახშირებულია, დაავადების დასაწყისში სუნთქვითი მოძრაობა შენარჩუნებულია, პერიტონიტის განვითარებისას შეწყდება. აღინიშნება ენის სიმშრალე, გულისრევა, ღებინება, მეტეორიზმი. მუცლის წინა კედლის კუნთების მტკივნეულობა პალპაციით სუსტადაა გამოხატული (შჩოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი სუსტად დადებითი). ნაწლავების პერისტალტიკა დასაწყისში შენელებულია, შემდეგ სულ ქრება, აირები არ გამოდის, კუჭის მოქმედება არ არის, რექტულვაგინალური ან რექტული გასინჯვით უკანა თაღი ჩამოწეული და მტკივნეულია.

პერიტონიტის შემდეგი ფაზის დამახასიათებელია ძლიერი ინტოქსიკაცია და ორგანიზმის დაცვითი ფუნქციების დაქვეითება. შჩოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი სუსტად დადებითია, მუცლის კუნთების დაჭიმულობა ნაკლებად არის გამოხატული. ორგანიზმის დეჰიდრატაცია ვლინდება. რადგან აირთა რეზორბცია არ ხდება, ამიტომ მეტეორიზმი ძლიერდება, ნაწლავთა პარეზი ასევე იწვევს შეგუბებას პორტულ სისტემაში. მელოგინეს ეწყება გულისრევა, ღებინება, რაც მუდმივ ხასიათს ღებულობს, ორგანიზმის დეჰიდრატაცია ძლიერდება. ნაღებინები მასა მოშავო-წითელი ფერისაა, ფეკალური მასის სუნი აქვს, შარდში აღინიშნება ცილა.

ორგანიზმის ინტოქსიკაციის გამო პარენქიმულ ორგანოებში სისხლის მიმოქცევა ირღვევა და მათში ვითარდება დისტროფიული ცვლილებები. მოიშლება ნივთიერებათა, წყლისა და მარილების, ნახშირწყლების, შემდგომ კი ცილების ცვლა. კალიუმი დიდი რაოდენობით გამოიყოფა შარდში, ხოლო ნატრიუმი ორგანიზმში გროვდება, ვითარდება აციდოზი, სისხლში ცილების რაოდენობა ქვეითდება. თირკმელზედა ჯირკვლებში დეგენერაციული ცვლილებებია, არცთუ იშვიათია ლეტალური გამოსავალი. პერფორაციული პერიტონიტის დამახასიათებელია მწვავე ტკივილი მუცელში და შოკი. ზოგჯერ პერიტონიტის დროს ვითარდება პლევრის ღრუს (ცალმხრივი ან ორმხრივი), პერიკარდიუმის და წინა შუასაყრის ჩირქოვანი ანთება. ამ ფორმას მიაკუთვნებენ პერიტონეულ სეფსისს. მის კლინიკურ სურათს სხვადასხვა თავისებურება აქვს. ტემპერატურა ინტერმისიული ხასიათისაა, ახასიათებს გამეორებითი შემცივნება, არცთუ იშვიათია პროფუზულ-სეფსისური ფაღარათი, მოსალოდნელია ჩირქოვანი მეტასტაზები უმეტესად ფილტვებში.

მშობიარობისშემდგომი პერიტონიტი უფრო ფარულად, ატიპურად მიმდინარეობს. ზოგჯერ პერიტონიტის დროს მხოლოდ საერთო მდგომარეობა უარესდება, მაჯისცემა აჩქარდება, უმნიშვნელო ტკივილია მუცლის ქვედა არეში, ფაღარათი იწყება. ვაგინური გასინჯვით შეიძლება დაადგინონ მხოლოდ ენდომეტრიტის დამახასიათებელი ცვლილებები და ფართო იოგების არამკვეთრად გამოხატული დიფუზური ინფილტრაცია.

სისხლის საერთო ანალიზით ადგენენ ლეიკოციტოზს და ეოზინოფილომონოცი-

ტოპენიას. სისხლი დათესვით სტერილურია. მუცლის წინა კედლის პერკუსით მოყრუება აღინიშნება. უკანა თაღის პუნქციით ზოგჯერ შეიძლება ჩირქის მიღება.

უკანასკნელ ხანებში მშობიარობისშემდგომ უფრო ხშირია პერიტონიტი საკეისრო გაკვეთის შემდეგ. უკანასკნელი მჟღავნდება შედარებით გვიან, როდესაც საშვილოსნოზე დადებული ძაფი ჩაჭრის ქსოვილებს და დიდი რაოდენობით ინფიცირებული შიგთავსი გადავა მუცლის ღრუში.

ამ სახის პერიტონიტის დამახასიათებელია ტკივილი მუცლის არეში, ტემპერატურის მომატება, ინტოქსიკაცია, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უკმარისობა, პერიტონიზმი, ცვლილებები სისხლში. თავიდან მუცლის არეში აღინიშნება ყრუ ტკივილი, რომელიც შემდგომი მოძრაობისას ან სუსტი პერისტალტიკის დროსაც კი ძლიერდება.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ ცვლილებები საკეისრო გაკვეთის-შემდგომი პერიტონიტის მუდმივი ნიშანია. მაჯისცემის მხრივ ცვლილებები ტემპერატურულ რეაქციაზე უფრო ადრე ვითარდება, არტერიული წნევა ქვეითდება, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ფუნქცია მოიშლება, აღინიშნება გულისრევა, ღებინება, მეტეორიზმი. მუცლის შებერვა სუსტადაა გამოხატული, რაც ხშირად ხდება ოპერაციის გადიდების მიზეზი, თუმცა დიფუზური პერიტონიტის შემთხვევაა.

საკეისრო გაკვეთის შემდეგ (როგორც სხვა სახის პერიტონიტის დროს) დამახასიათებელია ლეიკოციტოზი მარცხნივ გადახრით, ედს-ის მომატება. საჭიროა საკეისრო გაკვეთისშემდგომი პერიტონიტის ზემოაღწერილი დუნე და ფარული მიმდინარეობის გათვალისწინება, რათა დიაგნოზი დროულად დაადგინონ.

ენერგიული ანტიბაქტერიული, იმუნოსპეციფიკური, ტრანსფუზიული, ზოგადგამაძლიერებელი თერაპია, დროული ოპერაციული ჩარევა პერიტონიტის კარგი გამოსავლით მკურნალობის წინაპირობაა.

მკურნალობა. პერიტონიტზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში დაკვირვებას ატარებენ 6-12 საათის განმავლობაში. თუ ინტენსიური თერაპია შედეგს არ იძლევა, საჭიროა მუცლის გაკვეთა (საშვილოსნოს ამოკვეთა დანამატებთან ერთად, პერიტონეული ღრუს დრენირება, პერიტონეული დიალიზი).

მკურნალობა ასეთია: 1. ანტიბიოტიკოთერაპია ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით (ცეპორინით, კანამიცინით, ოქსაცილინით, ამპიცილინით, რისტომიცინით, გენტამიცინით, კეფზოლით და სხვ.); ანტიბიოტიკები შეყავთ აგრეთვე მუცლის ღრუში (თუ დრენირებულია) და პერიტონეულ დიალიზს ახორციელებენ; 2. დეზინტოქსიკაციური თერაპია-ვენაში ჰემოდეზის რეოპოლიგლუკინის, მშრალი პლაზმის, სისხლის, ნეოკომპენსანის, დაროუს სითხის, გლუკოზის ხსნარის შეყვანა; ნაწლავთა პარეზის საწინააღმდეგო მკურნალობა (10%-იანი ნატრიუმქლორიდით, პროზერინით, კალიუმით, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის შიგთავსის ევაკუაციით). კუჭის ამორეცხვა, მუდმივი დუოდენური ზონდის ჩადგმა, სხვადასხვა სახის ოყნა (ჰიპერტონიული, სიფონური ოყნა და სხვ.); მარილისა და წყლის ცვლის ნორმალიზაცია, ვენაში წვეთოვნად ზემოაღნიშნული ხსნარების შეყვანა 1-2 ლიტრამდე დღე-ღამეში; კალიუმის მარილების შეყვანა (ელექტროლიტების ბალანსის დადგენის შემდეგ); ჰიპოპროტეინემიის საწინააღმდეგოდ პლაზმის, ალბუმინის პროტეინის შეყვანა, ჰიპოქსიის საწინააღმდეგოდ მუდმივი ოქსიგენთერაპია; ორგანიზმის რეაქტივობის მომატების მიზნით სისხლის წილადობრივად, მცირე დოზებით გადასხმა; სპეციფიკური იმუნოლოგიური რეაქტივობისა და არასპეციფიკური რეაქტივობის ამამაღლებელი საშუალებების გამოყენება; ანტისტაფილოკოკური გამა-გლობულინის 5 მლ-ის (100 ერთეულის) შეყვანა კუნთებში დღეგამოშვებით (მკურნალობის კურსი

3-5 ინიექცია), ანტისტაფილოკოკური პლაზმის, 100-200 მლ-ის ვენაში შეყვანა წვეთოვნად; ადსორბინირებული სტაფილოკოკური ანატოქსინის 1 მლ-ის შეყვანა ბეჭქვეშა კუთხეში კანქვეშ 3-4 დღის ინტერვალით (მკურნალობის კურსი 3 ინიექცია); პოლიგლობულინის 3 მლ-ის შეყვანა კუნთებში დღეგამოშვებით, 1 კურსი 4-6 ინიექცია.

სარძევე ჯირკვლის დაავადებები

ლოგინობის ხანაში ვითარდება სარძევე ჯირკვლის დაავადებები: ჰიპოგალაქტია, დვრილების დახეთქა, აქტინომიკოზი, ტუბერკულოზი, მასტიტი.

ჰიპოგალაქტია სარძევე ჯირკვლებიდან რძის გამოყოფის შემცირებაა. პათოლოგიური პროცესი ფსიქიკურ ფაქტორებთან ერთად იწვევს სარძევე ჯირკვლის ფუნქციის ცვლილებებს-რძის წარმოქმნის უნიშვნელოდ შემცირებიდან (ჰიპოგალაქტია) სრულ შეწყვეტამდე (აგალაქტია).

არჩევენ პირველად ჰიპოგალაქტიას, როცა თავიდანვე მცირე რაოდენობით რძე წარმოიქმნება, და მეორადს, როცა მანამდე ნორმალური რძის გამოყოფა შესამჩნევად კლებულობს ან სულ წყდება (აგალაქტია).

ჰიპოგალაქტია ასევე შეიძლება იყოს შეფარდებითი, როცა გამოყოფილი რძის რაოდენობა ახალშობილის კვებისთვის არ არის საკმარისი, და აბსოლუტური (აგალაქტია), როცა რძე სარძევე ჯირკვლებში თითქმის არ წარმოიქმნება. ჰიპოგალაქტია შეიძლება იყოს ცენტრალური-პროლაქტინის სეკრეციის დაქვეითების შედეგად. ჰიპოგალაქტიის გამოცნობა ძნელი არ არის, საჭიროა მისი დროული დადგენა.

მკურნალობაა სამკურნალო-დაცვითი რეჟიმის შექმნა, ვიტამინებით მდიდარი მაღალკალორიული კვება, დიდი რაოდენობით სითხეების მიღება, სუფთა ჰაერი, სიმშვიდე.

ცენტრალურ ჰიპოგალაქტიას მკურნალობენ ჰიპოფიზზე ულტრაიისფერი სხივების ზემოქმედებით, ზედა ცერვიკალური განგლიომის ინფილტრაციით, ჰიპოფიზური ექსტრაქტის შეყვანით. პერიფერიული ჰიპოგალაქტიის შემთხვევაში კი საჭიროა კერტების მექანიკური გაღიზიანება, აგრეთვე თიროქსინის ან სარძევე ჯირკვლის ექსტრაქტის შეყვანა სარძევე ჯირკვლის რეცეპტულობის მომატების მიზნით.

კერტების დახეთქა-RHAGADES MAMMILARUM

ლოგინობის ხანაში კერტების დახეთქა გვხვდება შემთხვევათა 8-10%-ში. იგი პირველმშობიარეებში უფრო ხშირია, ვიდრე განმეორებით მშობიარეებში.

იმ შემთხვევაში, როდესაც კანის ზერელე ეპითელიუმია დაზიანებული, კერტების დახეთქა ტკივილს არ იწვევს, ზოგჯერ კი ტკივილი იმდენად ძლიერია, რომ ახალშობილის კვება შეუძლებელი ხდება.

ნახეთქი შეიძლება იყოს უმნიშვნელო, ზერელე, უფრო ღრმა ან ძლიერი. ხშირია ღრმა ნახეთქებიდან ინფექციის შეჭრა და სარძევე ჯირკვლების ანთების განვითარება.

ეტიოლოგია. ნახეთქების წარმოქმნის ძირითად მიზეზებად მიჩნეულია ახალშობილის კვების სწორი ტექნიკის დარღვევა, რძის ხელით გამოწველის უცოდინრობა, კერტების არასწორი მოვლა, ზოგადი ჰიგიენური ღონისძიებების დაუცველობა, კერძოდ, პირველ დღეებში ახალშობილის ხანგრძლივი კვება „ცარიელი" სარძევე ჯირკვლით, რის შედეგადაც დასაწყისში კერტებზე წარმოიქმნება ქერქები, ხოლო

შემდეგ-ნახეთქები, ეროზია. ზოგჯერ ნახეთქები წარმოიქმნება ხემოაღნიშნული მიზეზების გარეშეც. როგორც ჩანს, ასეთ შემთხვევაში პათოლოგიის მიზეზი მელოგინის ორგანიზმის ინდივიდუალური თავისებურებაა, როცა დვრილზე ნახეთქების წარმოქმნის წინაპირობები არსებობს.

კლინიკური სურათი. დვრილი რამდენადმე შეშუპებულია, ჰიპერემიული. ნახეთქები დაფარულია სისხლიანი ან ჩირქოვანი ქერქით. წყლულის წარმოქმნისას მის ფუძეს აქვს ქონისებრი შესახედაობა. არცთუ იშვიათად აღინიშნება სარძევე ჯირკვლების კანის მეტ-ნაკლებად გამოხატული ჰიპერემია. დვრილთან შეხება, მით უმეტეს ძუძუს წოვება, ტკივილის შეგრძნებას იწვევს, ერთეულ შემთხვევაში ძუძუს წოვის მომენტში აღინიშნება მცირე რაოდენობით სისხლის დენა დვრილიდან.

ავადმყოფობა ხანგრძლივად მიმდინარეობს, არცთუ იშვიათია რემისია. ნახეთქები ადვილად ინფიცირდება ჩირქმბადი მიკრობებით უმეტესად ნაწლავის ჩხირებით და სტაფილოკოკებით, რომლებიც ხვდებიან მასზე ავადმყოფის კანიდან, ხელებიდან, ტანსაცმლიდან, ბავშვის პირიდან.

ძუძუს წოვება ხელს უწყობს კერტის მუდმივ მაცერაციას, რაც არღვევს ნახეთქების ეპითელიზაციის პროცესს.

დვრილები შეიძლება დაზიანდეს არა მარტო მიკრობული ინფექციით, არამედ საფუარის სოკოებითაც. ამ შემთხვევაში ნახეთქებს აქვს თეთრი, მაცერირებული კიდეები, სუფთა ფუძე, ისინი შემოფარგლულია სუსტად გამოხატული ანთების ვიწრო რკალით.

გამოცნობა ძნელი არ არის, თუ ნახეთქების წარმოქმნა დაკავშირებულია ლაქტაციური პერიოდის დასაწყისთან. თუ საფუარის სოკოებით დაზიანებას ვარაუდობენ, აუცილებელია კერტიდან აღებული მასალის მიკროსკოპული გამოკვლევა.

კერტის ნახეთქების ანტიბაქტერიული მკურნალობისთვის გამოყენებულია: ა) ჰელიომიცინის 1,3 ან 5%-იანი მალამო (Ung.Heliomycini). მალამოს უსვამენ სარძევე ჯირკვლის ნახეთქზე 1-2-ჯერ დღეში. მალამოს წასმიდან 1—15 წუთის შემდეგ სარძევე ჯირკვალს გადაახვევენ. მკურნალობის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმესა და მკურნალობის ეფექტზე; ბ) გრამიციდნი (gramicidinum S)—ანტიბიოტიკი გარეგანი გამოყენებისთვის. მას ახასიათებს ბაქტერიოციდული და ბაქტერიოსტატიკური მოქმედება. გრამიციდინის 2%-იან ხსნარს ანზავებენ 20-100-ჯერ სტერილური დისტილირებული წყლით; გ) იმანინი (Imaninum)- ანტიბაქტერიული პრეპარატი, რომელიც სტაფილოკოკებზე, დიფთერიის ჩხირებზე, აიროვანი განგრენის გამომწვევზე ბაქტერიოსტატიკურად მოქმედებს, ასტიმულირებს ქსოვილების რეგენერაციას. იმანინს უნიშნავენ 0,5%-იანი სუსტი ტუტოვანი წყალხსნარის სახით (0,5 ან 1 გ იმანინს, 20 მლ დეცინორმალურ ხსნარში ადუღებენ 5-10 წუთით ფხვნილის გახსნამდე, შემდეგ უმატებენ 100 მლ წყალს). ამ ხსნარით მობანენ დაზიანებულ უბანს; დ) ფურაცილინი (Furacillinum)- ნიტროფურანის რიგის ანტისეპტიკი, რომელიც ხელს უწყობს ჭრილობის გრანულაციას და შეხორცებას, ხმარობენ 1:5000 განზავებით.

მელოგინეთა მასტიტი, ლაქტაციური მასტიტი
MASTITIS PUERPERALIS

ლოგინობის ხანის ერთ-ერთი მძიმე გართულებაა სარძევე ჯირკვლების ანთება-მასტიტი. მასტიტს იწვევს ძირითადად შემდეგი ჩირქმბადი მიკრობები: ოქროსფერი სტაფილოკოკი, ეშერიხია, კლებსიელები, პროტეუსი და სტრეპტოკოკი.

ლაქტაციური მასტიტის ხელშემწყობი პირობაა კერტების დახეთქა. კერტის

ზედაპირიდან ინფექცია შეიჭრება ლიმფური გზით, რძის სადინარებით, იშვიათად კი-სისხლის ნაკადით.

პირველმშობიარეთა მასტიტი ორჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე განმეორებით მშობიარეებისა. მასტიტი ვითარდება ერთ-ერთ სარძევე ჯირკვალში, უმეტესად მარჯვენაში. ხშირია ორივე სარძევე ჯირკვლის ანთება.

მასტიტი, ჩვეულებრივ, იწყება ლოგინობის ხანის პირველ სამ კვირაში, არცთუ იშვიათად მე-8-12 დღეს. ანთება ვრცელდება ჯირკვალში შემაერთებელი ქსოვილის გზით (ინტერსტიციული მასტიტი) ან რძის სადინარების საშუალებით (ინტრაკანალიკულური, პარენქიმული მასტიტი). შემდეგ ანთებითი პროცესი ერთნაირად ვითარდება სარძევე ჯირკვლის როგორც ინტერსტიციულ, ისე პარენქიმულ ქსოვილში.

კლინიკური სურათის მიხედვით არჩევენ მასტიტის დასაწყის (სეროზული ანთების სტადია), ინფილტრაციისა და დაჩირქების სტადიებს. დაჩირქების სტადიაში, თავის მხრივ, შეიძლება იყოს ასეთი სტადიები:

ა) ინფილტრაციულ-ჩირქოვანი,
დიფუზური,
კვანძოვანი;
ბ) აბსცედირებადი,
არეოლების ფურუნკულოზი,
არეოლის აბსცესი,
აბსცესი ჯირკვლის სისქეში,
ჯირკვლის უკანა აბსცესი (რეტრომამარული);
გ) ფლეგმონური,
ჩირქოვან-ნეკროზული;
დ) განგრენული.

სარძევე ჯირკვლის ანთება ორგანიზმის ზოგადი დაავადების ადგილობრივი გამოვლინებაა, იგი იწყება უეცრად სიცხის მომატებით (39-მდე და მეტი), რომელსაც წინ უძღვის შემცივნება. ავადმყოფს აწუხებს თავის ტკივილი, საერთო მოთენთილობას გრძნობს. ლაქტაცია ირღვევა სარძევე ჯირკვლის სადინარების დასშობის გამო.

დაავადებული სარძევე ჯირკვალი გადიდებულია, კანქვეშა ვენები-გაგანიერებული, ჯირკვლის სიღრმეში ინფილტრატი ისინჯება. სავალდებულოა, გასინჯვის დროს ავადმყოფი იწვეს. ორივე სარძევე ჯირკვალს სინჯავენ.

დაავადებული სარძევე ჯირკვალი ერთი დღე-ღამის შემდეგ უფრო დიდდება. ინფილტრატის ზემოდან კანი ჰიპერემიული და უფრო გამკვრივებულია, ზოგჯერ ფერშეცვლილი, აღინიშნება სიწითლე. სისხლში ლეიკოციტების რაოდენობა 10000-12000-ს აღწევს, დალექვის სიჩქარე მომატებულია (25-35 მმ საათში), იღლიის ლიმფური ჯირკვლები ხშირად გადიდებული და მტკივნეულია.

ანთებამ საწყის სტადიაში შეიძლება გაიაროს და სარძევე ჯირკვლის ფუნქცია მთლიანად აღდგეს. ხშირად პროცესი 1-2 დღის შემდეგ ჩამოყალიბდება და ინფილტრატი ისინჯება. ამასთან დაკავშირებით ყველა პათოლოგიური მოვლენა რამდენადმე ცხრება, მცირდება, ტემპერატურა 37-38-მდე კლებულობს.

ინფილტრაციის სტადიის ხანგრძლივობა სხვადასხვანაირია, იგი დამოკიდებულია როგორც ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობაზე-გამძლეობაზე, ბრძოლისუნარიანობასა და ინფექციის ვირულენტობაზე, ისე მკურნალობის თავისებურებაზე ხანგრძლივობა უმეტეს შემთხვევაში 6-8 დღეა. ინფილტრატი ხშირად გაიწოვება, იშ-

ვიათ შემთხვევაში ჩირქდება.

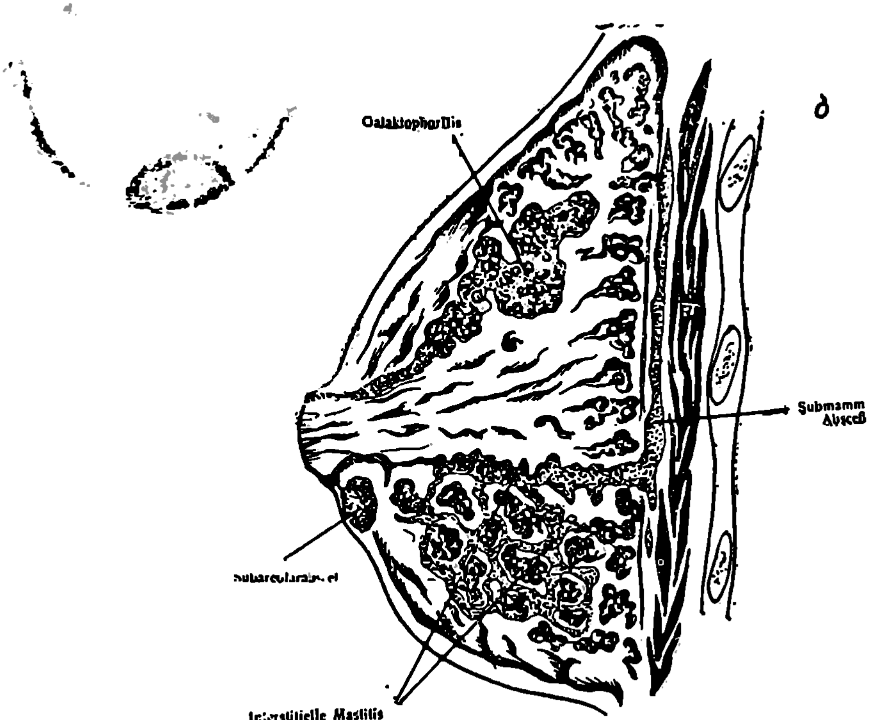
თუ დაჩირქება დაიწყო, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა უარესდება, ტკივილი ძლიერდება, ტემპერატურა 39-მდე აღწევს. ავადმყოფს ამციებს. მკვეთრად იცვლება სისხლის სურათი, ლეიკოციტები მატულობს, ერითროციტების დალექვის სიჩქარე აღწევს 50 მმ-ს საათში, აღინიშნება მონოციტოზი.

ცალკეული აბსცესების შეერთების დროს წარმოიქმნება აბსცედირებული მასტიტი. სარძევე ჯირკვლის მხრივ აღინიშნება შემდეგი ცვლილებები: ინფილტრატი დიდდება, რბილდება, გამოხატულია ფლუქტუაცია, პალპაციის დროს ტკივილი მატულობს.

სარძევე ჯირკვლის ზერელე აბსცესიდან აღსანიშნავია კერტისირგვლივი აბსცესი. ზოგჯერ იგი თავისით გამოირწყვება და პროცესი სწრაფად ჩაქრება.

რეტრომამარული მასტიტი ღრმად მდებარეობს. სარძევე ჯირკვლის გადაწევისას ტკივილი მეტად ძლიერია. სარძევე ჯირკვლის ფორმა შეცვლილია, იგი დამრგვალებულია, მის ფუძეში ფლუქტუაცია შეიგრძნობა.

უკანასკნელი წლების განმავლობაში აღინიშნება ჩირქოვანი მასტიტის ხანგ-



სურ. 197 ა - ჩირქოვანი აბსცესირებადი მასტიტი; ბ - სარძევე ჯირკვლის აბსცესი ჭრილში

ძლიერი და მძიმე მიმდინარეობა. უმეტესად გვხვდება ინფილტრაციულ-ჩირქოვანი ფორმა, რომელიც მიმდინარეობს „დიფუზური" ან „კვანძოვანი" ფორმის სახით. „დიფუზური" ფორმის დამახასიათებელია მკვეთრად გამოხატული ინფილტრატი, ქსოვილთა გაჟღენთა (აბსცესის წარმოუქმნელად). „კვანძოვანი" ფორმის შემთხვევაში აღინიშნება დიდი, იზოლირებული, მომრგვალო ფორმის წარმონაქმნი, რომლის დაჩირქება ბლოკირდება ჩატარებული კონსერვატიული თერაპიის ზეგავლენით. ასეთი მასტიტის დროს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა არ იცვლება. კლინიკური და ჰემატოლოგიური მონაცემები ჩირქოვანი მასტიტის დამახასიათებელია.

სიხშირის მიხედვით მეორე ადგილზეა აბსცედირებადი მასტიტი. მას მიეკუთვნება არეოლების ფურუნკულოზი, არეოლების აბსცესი, აბსცესი ჯირკვლის სისქეში, აბსცესი სარძევე ჯირკვლის უკან (რეტრომამარული).

სიხშირის მიხედვით მესამე ადგილზეა ფლეგმონური მასტიტი. იგი სარძევე ჯირკვლის დიფუზური ჩირქოვანი ანთებაა, რომელსაც ახასიათებს მძიმე მიმდინარეობა. ამ დროს ტემპერატურა 40 გრადუსამდე მატულობს. აღინიშნება განმეორებითი შემცივნება. საერთო მდგომარეობა უარესდება. სარძევე ჯირკვალი მნიშვნელოვნად გადიდებულია, მტკივნეული, კანი შეშუპებულია, წითელ-მოლურჯო ელფერის. აღინიშნება ლიმფადენიტი. განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარეობს ფლეგმონური მასტიტის ნეკროზულ-ჩირქოვანი ფორმა.

ძალიან იშვიათი და გამოსავლის მიხედვით ყველაზე მძიმე ფორმაა განგრენული მასტიტი. დამახასიათებელია ავადმყოფის საკმაოდ მძიმე მდგომარეობა. ჰიპერთერმია (ზოგჯერ 40 გრადუსზე მეტი), ტაქიკარდია (110-120 დარტყმა წუთში), ტაქიპნოე (სუნთქვა 36-ზე ხშირი წუთში), მკვეთრად გამოხატული დეჰიდრატაცია. სარძევე ჯირკვალი გადიდებულია და მტკივნეულია. პროცესის ინტენსივობა და გავრცელება პროგნოზს განსაზღვრავს.

ინფექციური აგენტის მაღალი ვირულენტობა, ორგანიზმის სპეციფიკური იმუნოლოგიური რეაქტიულობა და არასპეციფიკური დაცვითი რეაქციის დაქვეითება, დაგვიანებული დიაგნოსტიკა ან არაადეკვატური დიაგნოსტიკა და არაადეკვატური თერაპია ხელს უწყობს ლაქტაციური მასტიტის ფონზე სეფსისის განვითარებას.

დაავადების კლინიკურ განვითარებაზე დიდ გავლენას ახდენს ოპერაციული ჭრილობის მეორედი დაინფიცირება პროტეუსით. ქირურგიული და არაოპერაციული მკურნალობით გამოწვეული რემისის შემდეგ ტემპერატურა კვლავ მატულობს 38-39 გრადუსამდე და მეტად, სარძევე ჯირკვლის არეში ტკივილი ძლიერდება, სისხლის სურათი უარესდება (ლეიკოციტოზი, ედს აჩქარებულია, ნეიტროფილოზი). ინფილტრატს აქვს გავრცელების ტენდენცია, საჭირო ხდება ხელმეორედ ოპერაციული ჩარევა.

დიაგნოზს უპირველეს ყოვლისა ადგენენ ავადმყოფის გასინჯვით. დიაგნოზის დაზუსტება ძნელდება წაშლილი, სუბკლინიკური ფორმის შემთხვევაში.

კლინიკური ანალიზები. სისხლში აღინიშნება ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ერითროციტების დალექვის სიჩქარე მატულობს, ჰემოგლობინის რაოდენობა ქვეითდება. სისხლის სურათი კლინიკური სურათის ადეკვატურია.

შარდის საერთო ანალიზი მხოლოდ დიფერენციული დიაგნოზისთვის არის გამოყენებული, აუცილებელია პროტეინოგრამა (ცილის საერთო რაოდენობისა და ცილოვანი ფრაქციების განსაზღვრა), იონოგრამა (ელექტროლიტების რაოდენობის განსაზღვრა), მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის დადგენა, აგრეთვე სხვა ბიოქიმიური ტესტები, რძისა და ჩირქის ბაქტერიოლოგიური განსაზღვრა; სარძევე

ჯირკვლის სეკრეტის ციტოლოგიური გასაზღვრა (მეთოდი ემყარება სარძევე ჯირკვლების სეკრეტის უჯრედოვანი შემადგენლობის ცვლილებებს - ლეიკოციტების რაოდენობა რძის მოცულობით ერთეულში რამდენჯერმე მატულობს); რძის წყალბადის იონების კონცენტრაციის განსაზღვრა (რძის წყალბადის იონების კონცენტრაცია ფიზიოლოგიური ლოგინობის დროს 6,6-7,6-ის ფარგლებში, (ნორმა 8,0). მასტიტის დროს pH მეტია.

მკურნალობა კომპლექსურია. აუცილებელია წოლითი რეჟიმი. ამჟამად ძუძუს წოვების მიღებას არ წყვეტენ (თუ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები არ არის). ანტიბიოტიკოთერაპიას მიმართავენ ანტიბიოტიკოგრამის მიხედვით. ოქსაცილინსა და მეტიცილინს უნიშნავენ ყველა სახის მასტიტის შემთხვევაში. თუ ავადმყოფი ამ პრეპარატების მიმართ ალერგიულია, უნიშნავენ ფუზიდინს ან ლინკომიცინს. თუ ამ პრეპარატების მიმართ აღინიშნება რეზისტენტობა, საჭიროა მაღალი სპექტრის ანტიბიოტიკების: გენტამიცინის, ცეპორინის, ან კომბინირებულად ამპიცილინისა და კარბენპენიცილინის დანიშვნა. შეიძლება აგრეთვე ანტიბიოტიკ ამპიოქსისა და სულფანილამიდური პრეპარატების (სულფოდიმეტოქსინის, სულფაპირიდაზინის, ბისეპტოლის) ერთად გამოყენება. მიმართავენ ფაგოთერაპიის (სტაფილოკოკური ფაგის შეყვანა, ხმარობენ ანტისტაფილოკოკურ გამა-გლობულინს, ანტისტაფილოკოკურ პლაზმას, ადსორბირებულ ანტისტაფილოკოკურ ანატოქსინს, გამა-გლობულინს ან პოლიგლობულინს, რეოპოლიგლუკინს, პოლიგლუკინს, ალბუმინს, გლობულინის, ამინოკრეინის, დაროუს სითხეს, ფიზიოლოგიურ ხსნარს, გლუკოზის 10%-იან ხსნარს, სოდას (ინფუზიური თერაპია). პროტეოლიზური ფერმენტები ტრიპსინი და ქიმოტრიპსინი ადგილობრივადაა გამოყენებული.

მკურნალობენ აგრეთვე ანტიჰისტამინური პრეპარატებით-სუპრასტინით- დიმედროლით, პიპოლფენით, ანაბოლური სტეროიდებით (მეტანდროსტენოლონით, ნერაბოლით), პენტოქსილით, მეთილურაცილით, გლიკოკორტიკოსტეროიდებით (პრედნიზოლონით, ჰიდროკორტიზონით), A, B_1, B_2, B_6, B_{12} ვიტამინებით, გამაუტკივარებელი, სედატიური და ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებით (ასპირინით, რეოპირინით, სედალგინით, ბარალგინით).

ფიზიკური მეთოდებიდან რეკომენდებულია ულტრაბგერა, ულტრაიისფერი სხივები, ულტრამაღალი სიხშირის დენი, აგრეთვე კომპრესები (ბუტადიონის, 10%-იანი ქაფურის, ვიშნევსკის მალამო და სხვ.).

ჩირქოვანი მასტიტის მკურნალობა ოპერაციულია, აკეთებენ რადიალურ განაკვეთს უმეტესად კონტრაპერტურით და შემდეგ აგანივრებენ.

ინფილტრაციული, ჩირქოვანი, დიდი მოცულობის მასტიტის შემთხვევაში დასაშვებია ნეკროზული უბნების ამოკვეთა.

რეტრომამარული აბსცესის დროს აკეთებენ ბარდენგეიერის ჭრილს (რკალისებრი განაკვეთი სარძევე ჯირკვლის ნაოჭის 1 სმ-ით ქვემოთ).

მასტიტის მძიმე ფორმის შემთხვევაში საჭიროა ლაქტაციის შეწყვეტა (სინესტროლით, დიეთილსტილბესტროლით, ისტრადიოლით, მიკროფოლინით).

საჭიროა ჰემოტრანსფუზია-ახლად ციტრირებული სითხის 200-250 მლ რაოდენობით და 150-300 მლ პლაზმის გადასხმა.

ლოგინობის ხანის სეფსისი

არისტოტელემ ჯერ კიდევ ჩვენს წ.ა. III საუკუნეში შემოიღო ტერმინი „სეფსისი".

ლოგინობის ხანის სეფსისი ზოგადი უმძიმესი ინფექციური დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს მიკრობული და ქსოვილოვანი ტოქსემია, ინფექციური კერიდან

სისხლის მიმოქცევაში მიკრობების მუდმივი ან პერიოდული გადასვლა და იშვიათად ჩირქოვანი მეტასტაზების წარმოქმნა.

საშოსმხრივი გასინჯვით ისინჯება მენჯის ვენების ინფილტრატები ან საშვილოსნოს სუბინვოლუცია. ზოგჯერ შინაგანი გასინჯვით ვერავითარ ცვლილებებს ვერ ადგენენ.

პათოლოგიურანატომიურად აღინიშნება მძიმე დისტროფიული ცვლილებები: ღვიძლში, გულში, თირკმლებში, ელენთაში (მისი პულპის ჰიპერპლაზია), სისხლჩაქცევები კანში, ლორწოვან ან სეროზულ გარსებში, მეტასტაზური ჩირქგროვები სასქესო ორგანოებში.

დიაგნოსტიკა. კლინიკური სურათის მრავალფეროვნების მიუხედავად, მელოგინეთა სეფსისს ახასიათებს საერთო სიმპტომები: ტემპერატურის მომატება, განმეორებითი შემცივნება, ნერვული სისტემის დაზიანება, მძიმე შემთხვევებში-მელოგინეთა ფსიქოზი, მოშლილობა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ: ჰიპოტონია, ტაქიკარდია, ფილტვებში მეტასტაზური პნევმონია; თირკმლების ფუნქციის მოშლა-ოლიგურია ან ანურია და თირკმლის უკმარისობა; სასქესო ორგანოებში ანატომიური ცვლილებები. სისხლის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა ყოველთვის არ იძლევა შედეგს, რაც აიხსნება ხანმოკლე ბაქტერიემიით, რომელიც სტაფილოკოკური ინფექციის დამახასიათებელია.

სისხლის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევის გარდა, საჭიროა საშვილოსნოს, მუცლის ღრუს, პლევრის შიგთავსის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა ანტიბიოტიკოგრამის გაკეთება.

მშობიარობისშემდგომი სეფსისის დროს ყველა სახის ნივთიერებათა ცვლა მოიშლება, ორგანიზმში მიმდინარეობს ნახშირწყლებისა და ცხიმების გაძლიერებული წვა და შუალედური ცვლის პროდუქტების წარმოქმნა, ძლიერდება აციდოზი. იქმნება ვიტამინების დეფიციტი, ვითარდება ანემია. ამიტომ ავადმყოფის კვება სრულფასოვანი უნდა იყოს. საჭიროა ვიტამინებით მდიდარი საკვები, ხორცის ნახარში, შაქარი, კარაქი, ცილები, მოხარშული თევზი, ხორცი, ხაჭო, ლიმონი, დიდი რაოდენობით სითხე, ჩაი, ტუტოვანი ხსნარი, ხილის წვენი.

დიდი რაოდენობით სისხის დაკარგვის შემთხვევაში საჭიროა ფიზიოლოგიური ხსნარის ან 5%-იანი გლუკოზის 2,5-3 ლ-მდე შეყვანა ვენაში წვეთოვნად, აციდოზის საწინააღმდეგოდ სოდის %- იანი ხსნარი (ვენაში 30-50 მლ.). ასევე მცირე დოზებით რეკომენდებულია ახლად ციტრირებული სისხლი, ალბუმინი (10%-იანი), პროტეინი (10%-იანი), ჰემოდეზი, ნეოკომპენსანი, მანიტოლი. დიდი რაოდენობით ხსნარის გადასხმის შემთხვევაში საჭიროა თირკმლის გამომყოფი ფუნქციის კონტროლი. აუცილებლობის შემთხვევაში ავადმყოფს უნიშნავენ ეუფილინს, ფუროსემიდს, ლაზიქსს.

დიდი მნიშვნელობა აქვს სპეციფიკური ანტიბაქტერიული თერაპიის სწრაფად ჩატარებას (ფურაზოლიდონი, ფურადონინი, 40%-იანი ეროტროპინის 9-19 მლ ვენაში, სულფანილამიდებ-სულფაპირიდაზინი, სპოფადაზინი, სულფადიმეტოქსინი, მადრიბონი).

აუცილებელია ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების: ცეპორინის, გენტამიცინის, ამპიცილინის, ამპიოქსის, რისტომიცინისა და სხვ. გამოყენება ანტიბიოტიკოგრამის მიხედვით.

იმუნოთერაპიისთვის საჭიროა სტაფილოკოკური გამა-გლობულინის 5 მლ (100 ერთ.), დღეგამოშვებით, 4-5-ჯერ, ჰიპერიმუნური ანტისტაფილოკოკური პლაზმა (100-200 მლ), სტაფილოკოკური ანატოქსინის 1 მლ 3-4 დღის განმავლობაში, პოლი-

გლობულინის 3 მლ (4-6 ინიექცია I კურსზე). დიდი ხნის განმავლობაში ანტიბიოტიკების გამოყენების შემთხვევაში აუცილებელია უნიშნავენ ლევორინს ან ნისტატინს.

მწვავე სტადიაში გამოყენებულია კორტიზონი, პრედნიზოლონი, პრედნიზონი სქემის მიხედვით. მიმართავენ აგრეთვე ვიტამინთერაპიას, ანტიჰისტამინური პრეპარატებით (სუპრასტინით, დიმედროლით, პიპოლფენით) მკურნალობას, გულის ფუნქციის გაუმჯობესების მიზნით ხმარობენ კორგლიკონს, სტროფანტინს, პანანგინს და სხვ. ასევე საჭიროა ელექტროლიტების კორექცია სისხლში ელექტროლიტების კონტროლით.

სეფსისის მკურნალობისთვის მიზანშეწონილია ტრასილოლის და კონტრიკალის გამოყენება-500000-1000000 ერთ. კუნთებში.

ცნობიერების დაკარგვის შემთხვევაში ბრონქების გამავლობის აღდგენის მიზნით საჭიროა ინტუბაცია და ჟანგბადის ინჰალაცია ყოველ 3-5 წუთში.

სეფსისური შოკი

სეფსისური შოკი სეფსისური ინფექციის უმძიმესი ფორმაა. იგი ვითარდება გრამუარყოფითი ბაქტერიების (ნაწლავის ჩხირის) მასიური ლიზისით, რომლის დროსაც დიდი რაოდენობით გამოიყოფა ენდოტოქსინი. ენდოტოქსინის გავლენით დიდი რაოდენობით გამოიყოფა ბიოლოგიურად აქტიური ამინები (კატექოლამინი, ჰისტამინი, სეროტონინი, კინინები), რომლებსაც გამოხატული ვაზომოტორული მოქმედება ახასიათებთ.

იშვიათად ენდოტოქსინი მოქმედებს უშუალოდ სისხლძარღვზე და იწვევს მის სპაზმს. ზოგჯერ სეფსისური შოკი შეიძლება განვითარდეს გრამდადებითი ბაქტერიების (სტრეპტოკოკის, სტაფილოკოკის) გავლენით. სეფსისური შოკის საფუძველია ჰემოდინამიკის დარღვევა. დასაწყისში ხდება სისხლძარღვთა სპაზმი, მათი შემდგომი გაფართოება. ვენულებისა და წვრილი ვენების სპაზმი იწვევს კაპილარების გაფართოებას და სისხლის შეგუბებას მუცლის ღრუს ორგანოებში. სისხლძარღვთა სპაზმი ასევე შეიძლება გამოწვეული იყოს სისხლძარღვის კედლის დაზიანებით. აღნიშნული ძვრების შედეგად ცირკულირებადი სისხლის რაოდენობა მცირდება, გულში გადასული სისხლის რაოდენობა არ არის საკმარისი, ამიტომ გულის წუთმოცულობა კლებულობს, არტერიული წნევა ქვეითდება. სეფსისურ შოკს ხშირად თან სდევს სისხლის შედედების უნარის მოშლა, რაც გამოიხატება სისხლძარღვებში ფიბრინის დალექვით, მიკროთრომბების წარმოქმნით და რეაქტიული ფიბრინოლიზის განვითარებით. ამრიგად შესაძლებელია თრომბოჰემორაგიული სინდრომის განვითარება. ამ ცვლილებებთან ერთად ქსოვილთა მომარაგება სისხლით ირღვევა, ვითარდება ჰიპოქსია და აციდოზი.

კლინიკური სურათი. დაავადება იწყება უეცარი შემცივნებით, ტემპერატურის მკვეთრი აწევით. რამდენიმე საათის შემდეგ სისხლის არტერიული წნევა ქვეითდება, მაჯა აჩქარებულია, სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობის, კანის საფარველი მკრთალია, ცივი ოფლით დაფარული. სხეულის ტემპერატურა ქვეითდება სუბფებრილურამდე, ზოგჯერ ნორმალურამდე.

მნიშვნელოვანი დიაგნოსტიკური ნიშანია წნევის დაცემა სისხლის დენის გარეშე. დაავადების დასაწყისში სისხლში აღინიშნება ლეიკოპენია, თრომბოპენია, შემდგომ ლეიკოციტოზი. თუ სისხლის მიმოქცევა არ აღდგა, თირკმლების ქერქოვანი შრის სისხლძარღვების რეფლექსური სპაზმის გამო ვითარდება თირკმლების მწვავე უკმარისობა, რომელიც იყოფა ორ ფაზად: ოლიგოანურიად და პოლიურიად.

პირველ ფაზაში ვითარდება ოლიგურია (დიურეზი 400 მლ და ნაკლები). თითქმის ერთდროულად მცირდება თირკმლების კონცენტრაციის უნარი. შარდის შეფარდებითი სიმკვრივე კლებულობს 1010-1011-მდე (იზოსთენურია), აზოტემია ვითარდება (სისხლში მატულობს ნარჩენი აზოტი, შარდოვანა, შარდმჟავა, კრეატინი). მეტაბოლური აციდოზი ვითარდება. სისხლში ნატრიუმის რაოდენობა კლებულობს, ხოლო კალიუმის რაოდენობა მატულობს. ვითარდება ჰიპერკალემია, რაც იწვევს პარესთეზიებს, გულის მუშაობის შეცვლას (რითმის დარღვევა, ბრადი- და ტაქიკარდია, გულის ბლოკადა). ჰიპერკალიემიის ნიშანია ელექტროკარდიოგრამაზე მაღალი, წვეტიანი R კბილი და ელექტრული სისტოლის გახანგრძლივება.

თირკმლების მწვავე უკმარისობის დამახასიათებელია ცვლილებები ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ (სტუპოროზული მდგომარეობა, ზოგჯერ აგზნებადობა, კომა), გულის მხრივ მიოკარდიუმის ფუნქციური უკმარისობა და ამის შედეგად ფილტვების შეშუპება, სასუნთქი სისტემის მხრივ ქოშინი, საჭმლის მომნელებელი სისტემის მხრივ-გულისრევა და ღებინება.

თირკმლის უკმარისობის მეორე ფაზა ვითარდება პირველი ფაზიდან მე-5-6 დღეს და გრძელდება 8-12 დღე. მას ახასიათებს (კარგი პროგნოზის შემთხვევაში) დიურეზის კორექცია, პოლიურია, დაბალი ხვედრითი წონის შარდი (იზო- და ჰიპოსთენურია). ორგანიზმი კარგავს დიდი რაოდენობით ელექტროლიტებს, განსაკუთრებით კალიუმს. მდგომარეობის გაუარესების ნიშანია ანურია.

ჰიპოკალიემიის შემთხვევაში ეკგ-ზე T კბილი გაბრტყელებული და გაფართოებულია, Q-T ინტერვალი-დაგრძელებული. სეფსისური შოკის დროს სასქესო ორგანოების მხრივ ცვლილებები უმნიშვნელოდაა გამოხატული.

მკურნალობა. პირველ რიგში საჭიროა შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიებათა ჩატარება, ვენაში პლაზმის და სისხლის შემცვლელების-პოლიგლუკინის, მაკროდექსის (250-500 მლ, შემდეგ 1000-2000 მლ-მდე) წვეთოვნად შეყვანა. დიდი რაოდენობით სისხლის დაკარგვის შემთხვევაში საჭიროა სისხლის გადასხმა (250-500 მლ). შოკის დასაწყის სტადიაში უნიშნავენ ანტიჰისტამინურ პრეპარატებს (დიპრაზინს, დიმედროლს), სპაზმოლიზური საშუალებებიდან-დევინკანს; კოლაფსის შემთხვევაში-ვაზოპრესულ საშუალებებს-ნორადრენალინს, მეზატონს, ანგიოტენზინამიდს, ჰიპერტენზინს, ანგიოტენზინს.

იწყებენ ვენაში წვეთოვნად გლიკოკორტიკოიდების გადასხმას დიდი დოზით (პრედნიზოლონი-დასაწყისში 100-200 მგ დღე-ღამეში). თრომბოჰემორაგიული სინდრომის სამკურნალოდ ვენაში შეყავთ 5000 ერთ. ჰეპარინი ყოველ 6 საათში.

ანტიბიოტიკებიდან გამოყენებულია: კანამიცინი, ამპიცილინი, მეტიცილინი, ცეპორინი და სხვ. ანტიბიოტიკოგრამის მიხედვით.

თირკმლების მწვავე უკმარისობის დროს ორგანიზმი სითხეებით არ უნდა გადაიტვირთოს. ანურიის შემთხვევაში ავადმყოფმა არ უნდა მიიღოს 500-700 მლ-ზე მეტი სითხე. კალიუმით ინტოქსიკაციის დროს საჭიროა კალციუმის, გლუკოზის, ინსულინის დანიშვნა. აციდოზის შემთხვევაში ვენაში შეყავთ 5%-იანი სოდის 100 მლ ხსნარი.

საჭიროა დიურეზული საშუალებების: ფუროსემიდის, ჰიპოთიაზიდის, დიაკარბის, ლაზიქსის და სხვ. დანიშვნა, 2,4%-იანი 10 მლ ეუფილინის შეყვანა ვენაში გლუკოზასთან ერთად.

ჰემოდიალიზის ჩვენებაა ოლიგოანურია 6 დღის განმავლობაში, აზოტემია, ცენტრალური ნერვული სისტემის ინტოქსიკაცია, გულისრევა, ღებინება, ნაწლავთა პარეზი, აციდოზური სუნთქვა, არითმია, ტკივილი გულის არეში. დიეტა უნდა იყოს

უმარილო, ნახშირწყლებით მდიდარი, ცილებით ღარიბი (15-25 დღე-ღამის განმავლობაში), საჭიროა ვიტამინოთერაპია.

მშობიარობისშემდგომი მოგვიანებითი სისხლის დენა

თუ სისხლის დენა იწყება ლოგინობის ხანაში, მშობიარობიდან მე-2-3 დღეს, მას მოგვიანებითს უწოდებენ.

საშვილოსნოდან მოგვიანებითი სისხლის დენა შემთხვევათა უმრავლესობაში პლაცენტის ქსოვილის დარჩენის შედეგია. ზოგჯერ მას საშვილოსნოს ღრუში დიდი კოლტების არსებობაც იწვევს. ამ დროს საჭიროა საშვილოსნოს რევიზია ხელსაწყოიარაღებით.

ზოგჯერ საშვილოსნოს ღრუში დარჩენილი პლაცენტის მცირე ნაწილები შემდგომში თავისით გამოძევდება ან შეიწოვება. ასეთი ქსოვილი არცთუ იშვიათად დაკავშირებულია საშვილოსნოს კედელთან, ხანგრძლივად რჩება საშვილოსნოს ღრუში და გარდაიქმნება პლაცენტურ პოლიპად, რასაც ასევე სისხლის დენა მოჰყვება. ამ სახის წარმონაქმნი შედგება დეციდური და ქორიონის ქსოვილისგან, რომელსაც ემატება შედედებული სისხლის ფიბრინი. ამას თან ერთვის პლაცენტურ პოლიპში ახალი სისხლძარღვების წარმოქმნა, რომლებიც ასაზრდოებენ მას. ამ დროს საშვილოსნო დიდხანს არ იკუმშება, გადიდებული რჩება და დროგამოშვებით სისხლის დენას განაპირობებს. საჭიროა პოლიპის მოცილება და დარჩენილი ნაწილების ფრთხილად გამოფხეკა.

ხშირად ლოგინობის ხანაში მოგვიანებითი სისხლის დენა ინფექციასთან არის დაკავშირებული. პლაცენტის მიმაგრების ადგილზე არსებული სისხლძარღვებს ინფიცირებული თრომბები მოსცილდება და სისხლის დენა იწყება.

ლოგინობის ხანაში მნიშვნელოვანი სისხლის დენის ან ხანგრძლივად სისხლიანი გამონადენის შემთხვევაში საშვილოსნოს ყელი ფორმირებული არ არის, საშვილოსნოს სუბინვოლუცია აღინიშნება.

მკურნალობა კონსერვატიულია - შემკუმშავი საშუალებებით, ანტიბიოტიკებით, ზოგჯერ საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკით.

XLI თავი

ნეიროენდოკრინული დაავადებები

მშობიარობისშემდგომი ნეიროენდოკრინული დაავადებებია: ჰიპოპიტუიტარიზმი, პანჰიპოპიტუიტარიზმი, ანუ შიჰანის სინდრომი, დიენცეფალური სინდრომი, რომელიც მიმდინარეობს იცენკო-კუშინგის დაავადების მსგავსად და ამენორეა-გალაქტორეის (კაირი-ფრომელის) სინდრომი.

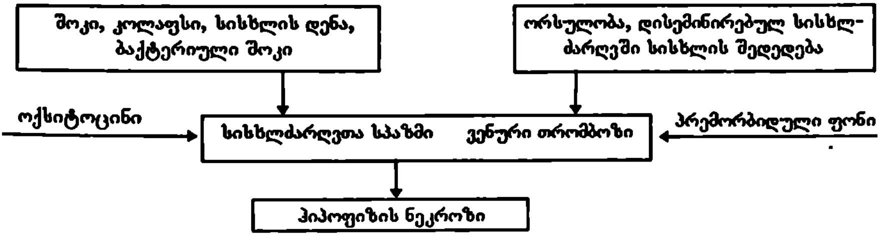
ჰიპოპიტუიტარიზმი, პანჰიპოპიტუიტარიზმი, ანუ შიჰანის სინდრომი

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. შიჰანის სინდრომი ვითარდება შოკით და კოლაფსით მიმდინარე სამეანო სისხლის დენით ან ბაქტერიული შოკით გამოწვეული ადენოჰიპოფიზის ნეკროზის შედეგად.

შოკისა და კოლაფსის გამო ვითარდება ჰიპოთალამუსისა და ჰიპოფიზის მკვებავი სისხლძარღვების სპაზმი და თრომბოზი, რაც, თავის მხრივ, ადენოჰიპოფიზში

ნეკროზულ ცვლილებებს იწვევს.

მშობიარობისშემდგომი ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემის უკმარისობის პათოგენეზის ძირითადი კვანძები მოცემულია სქემაზე.



კლინიკური სურათი. შიხანის სინდრომი იშვიათად ძალიან მძიმედ მიმდინარეობს და ლეტალურად მთავრდება. ხშირად ავადმყოფობა მიმდინარეობს ხანგრძლივად, 12-20 წელი. იმ ავადსყოფებს, რომლებსაც არ ჩაუტარებიათ მკურნალობა, შეიძლება განუვითარდეთ ჰიპოპიტუიტარული კომა (წნევის დაქვეითება, მჟავატუტოვანი წონასწორობის დარღვევა, თირკმლის უკმარისობის განვითარება) სხვადასხვა ფაქტორის (კვებითი, მედიკამენტური, ფსიქიკური და ფიზიკური) გავლენით.

კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ: მძიმე, წაშლილ და ატიპურად მიმდინარე ფორმებს.

წაშლილი ფორმა (რომელიც ნორმალური ჰიპოფიზური ქსოვილის კუნძულაკების პერსისტენციის შედეგად ვითარდება) შედარებით „მსუბუქად" მიმდინარეობს. წაშლილი ფორმის შემთხვევაში ამ პათოლოგიის დამახასიათებელი სიმპტომები მეტნაკლებადაა გამოხატული.

ატიპურად მიმდინარე ფორმის დამახასიათებელია ენდოკრინული ჯირკვლების ფუნქციის იზოლირებული დაქვეითება. დაავადება ვითარდება მშობიარობიდან დიდი ხნის შემდეგ.

შიხანის სინდრომს ახასიათებს ასთენიური მდგომარეობა (საერთო სისუსტე, შრომის უნარის დაქვეითება, ინდიფერენტულობა, წონის დაკლება, ჰიპოტონია), მენსტრუალური ფუნქციის მოშლა (უმეტესად ამენორეა, იშვიათად ჰიპომენსტრუალური სინდრომი), ლიბიდოს დაქვეითება, ჰიპოგალაქტია ან აგალაქტია. ამასთან ერთად, ხშირად ვითარდება ჰიპოთირეოიდიზმი, თირკმელზედა ჯირკვლების ფუნქციის მოშლა (სიცივისადმი მომატებული მგრძნობიარობა, თმის გაცვენა იღლიის ქვეშ ფოსოსა და სიმფიზის არეში, კანის საფარველის ძლიერი პიგმენტაცია).

ჰიპოგონადიზმი, ზემოაღნიშნულის (ამენორეა, ჰიპომენსტრუალური სინდრომი, ლიბიდოს დაქვეითება) გარდა, გამოიხატება გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოებისა და სარძევე ჯირკვლების ჰიპოტროფიით. არცთუ იშვიათია მეხსიერების დაქვეითება, აზროვნებისა და მეტყველების მოშლა, ჰალუცინაციები, ჰიპოქრომული ანემია, ყაბზობა, უმადობა, დისპეფსიური მოშლილობა (კუჭის ჰიპოტონიისა და ჰიპოქლორჰიდრიის გამო).

დიაგნოსტიკა. ჰიპოპიტუიტარიზმის დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ანამნეზს (პრემორბიდული მდგომარეობა, ორსულობისა და მშობიარობის გართუ-

ლება სისხლის დენით, კოლაფსით, შოკით და სეფსისური ინფექციით). ასევე მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება საკვერცხეების ჰიპოფუნქციის დადგენას (ყველა ავადმყოფს ჰიპოგონადიზმი აღენიშნება). ასთენიური მდგომარეობის განვითარება ამ დაავადების პათოგნომონურია.

ლაბორატორიული მეთოდებიდან დიდი მნიშვნელობა ენიჭება გონადოტროპული ჰორმონების განსაზღვრას, კრანიოგრაფიას, ენდოკრინული ჯირკვლების (საკვერცხეების, ფარისებრი ჯირკვლების) ფუნქციურ მდგომარეობას, შაქრის მრუდისა და ელექტროენცეფალოგრამის შეფასებას.

გონადოტროპული ჰორმონების ექსკრეცია შიხანის სინდრომის შემთხვევაში დაქვეითებულია. სისხლში ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის დონის დაქვეითებას დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს. კრანიოგრაფიის საშუალებით გამორიცხავენ ჰიპოფიზის სიმსივნეს.

დიდ როლს ასრულებს შაქრის მრუდის შეფასება. თუ შარდის კონცენტრაცია სისხლში 0,9 გ/ლ-ზე ნაკლებია, შაქრის მრუდი ჰიპოგლიკემიური ხასიათისაა.

ელექტროენცეფალოგრაფიით აღინიშნება თავის ტვინის უჯრედების ლაბილობის დაქვეითება; პროცესში თავის ტვინის ქერქის, დიენცეფალური არისა და ლიმბური სისტემის ჩართვა.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭიროა ჰიპოფიზის სიმსივნის, ნერვული ანორექსიის, საკვერცხეების პირველადი უკმარისობის, თირკმელზედა და ფარისებრი ჯირკვლების პირველადი ჰიპოფუნქციის გამოსარიცხად.

მკურნალობა. მძიმე ფორმების სამკურნალოდ ხმარობენ კორტიკოიდულ პრეპარატებს (კორტიზონს, ჰიდროკორტიზონს, პრედნიზოლონს) შენაცვლებით თერაპიაში წყვეტილი კურსით. შედარებით მსუბუქი ფორმების შემთხვევაში ახორციელებენ სიმპტომურ მკურნალობას, სქესობრივი ჰორმონებით მკურნალობის ხანმოკლე კურსს, ვიტამინების, ზოგადი მასტიმულირებელი საშუალებების შეყვანას.

ჰიპოპიტუიტარული კომის დროს საჭიროა სითბურების გამოყენება, 200-350 მგ პრედნიზოლონის შეყვანა, 800-1000 მლ პოლიგლუკინის გადასხმა ვენაში ასკორბინმჟავასთან ერთად (ინსულინის შეყვანა არ შეიძლება!).

კომიდან გამოსვლის შემდეგ (რომელზეც მეტყველებს სტაბილური სისხლის არტერიული წნევა, მჟავე-ტუტოვანი წონასწორობისა და თირკმლის ფუნქციის აღდგენა) მკურნალობენ კორტიზონით ან პრედნიზოლონით ჩვეულებრივი სქემის შესაბამისად.

ᲘᲪᲔᲜᲙᲝ-ᲙᲣᲨᲘᲜᲒᲘᲡ ᲓᲐᲐᲕᲐᲓᲔᲑᲔᲑᲘᲡ ᲛᲡᲒᲐᲕᲡᲐᲓ ᲛᲘᲛᲓᲘᲜᲐᲠᲔ ᲓᲘᲔᲜᲪᲔᲤᲐᲚᲣᲠᲘ ᲡᲘᲜᲓᲠᲝᲛᲘ

პათოლოგიური ორსულობისა და მშობიარობის შემდეგ ვლინდება დიენცეფალური სინდრომი–გაცხიმოვნება, მენსტრუალური ფუნქციის მოშლა. ეს პათოლოგია ხშირია იმ ქალებში, რომელთაც ორსულობა გაურთულდათ გვიანი ტოქსიკოზით. იშვიათად კი მასიური სამეანო სისხლის დენით, ჩირქოვანი სეფსისური დაავადებით.

ამ პათოლოგიის დამახასიათებელია „ღრუბლისებრი“, „სპონგიოზური“, გაცხიმოვნება, რომელსაც თან სდევს წყურვილი, უძილობა, პოლიურია, ბულიმია, ნერვული სისტემის ლაბილურობა, ჰირსუტიზმი, თავის ტკივილი, მთვარისებრი სახე, ვარდისფერი ან იისფერი სტრიები მუცელზე, ბარძაყებზე, სარძევე ჯირკვლებზე, მენსტრუალური სისხლის დენა, რომელიც შემდგომ ამენორეაში გადადის), ჰიპერტონია.

იცენკო-კუშინგის დაავადებისგან განსხვავებით, დიენცეფალური სინდრომის

შემთხვევაში ოსტეოპოროზი არ არის გამოხატული, მძიმე ფორმის ჰიპერტონიული დაავადება არ ვითარდება, კანის ტროფიკის გამოხატული დარღვევა არ აღინიშნება.

თავის ტვინის ბიოელექტრული აქტივობის შესწავლით დადგინდა, რომ დიენცეფალური სინდრომის დამახასიათებელია თავის ტვინის ქერქის დიფუზური ირიტაცია, ტვინის ღეროს აქტიური აღმავალი სისტემისა და ჰიპოთალამუსის გავლენის ზრდა.

დიენცეფალური სინდრომის შემთხვევაში გონადოტროპინების ექსკრეცია ნორმის ფარგლებშია ან ნორმაზე მეტი. ლუთეოტროპული ჰორმონის სეკრეცია ქვეითდება, ხოლო ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონის რაოდენობა მატულობს.

დიენცეფალური სინდრომის შემთხვევაში თირკმელზედა ჯირკვლების გლუკოკორტიკოიდული ფუნქცია მოშლილია, სახელდობრ, ირღვევა გლუკოკორტიკოიდების ექსკრეციის რიტმი, შემდგომ ხდება ამ დარღვევის ნორმალიზაცია (რითაც ეს პათოლოგია განსხვავდება იცენკო-კუშინგის დაავადებისგან).

საკვერცხეების ფუნქციის შესწავლის დროს აღმოჩნდა, რომ აღინიშნება დისფუნქცია (და არა ჰიპოფუნქცია, როგორც შიხანის სინდრომის და იცენკო-კუშინგის დაავადების დროს). შაქრის მრუდი ჰიპერგლიკემიური ხასიათისაა, რომელიც მალე უბრუნდება ნორმას (და არა დიაბეტური ხასიათის, როგორც იცენკო-კუშინგის დაავადების დროს). ელექტროლიტების ბალანსი არ არის დარღვეული.

იშვიათად დიენცეფალურ სინდრომს ახასიათებს „მეორადი“ სკლეროზული საკვერცხეები და ენდომეტრიუმის ადენომური ჰიპერპლაზია. ეს პათოლოგია ვითარდება მეორადად ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზის და თირკმელზედა ჯირკვლების ფუნქციის მოშლის შედეგად.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა საჭიროა იცენკო-კუშინგის დაავადებისა (ჰიპოფიზის სიმსივნის) და იცენკო-კუშინგის სინდრომის (თირკმელზედა ჯირკვლების ჰიპერპლაზიის ან სიმსივნის) გამოსარიცხად.

იცენკო-კუშინგის დაავადების გამოსარიცხად ახორციელებენ რენტგენოკრანიოგრაფიას მხედველობის ფერადი და თეთრი ველების შესწავლით, ენცეფალოგრაფიით, ოსტეოპოროზის დადგენით, ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონისა და მეტროპირინის სინჯით (იცენკო-კუშინგის დაავადების დროს აკტჰ და მეტროპირინზე კანონზომიერი რეაქცია არ ვითარდება).

იცენკო-კუშინგის სინდრომის შემთხვევაში თირკმელზედა ჯირკვლების რენტგენოგრაფიით სიმსივნე დასტურდება. ამ მიზნით ახორციელებენ აგრეთვე სელექციურ ანგიოგრაფიას. საჭიროა პრედნიზოლონისა და დექსამეტაზონის სინჯების ჩატარება, რომლებიც იცენკო-კუშინგის სინდრომის შემთხვევაში უარყოფითია.

მშობიარობისშემდგომი დიენცეფალური სინდრომის მკურნალობა საკმარისად არ არის შემუშავებული. საჭიროა ესტროგენულ-გესტაგენური პრეპარატები ან კომპლექსური მკურნალობა გესტაგენეით.

მშობიარობისშემდგომი ამენორეა-გალაქტორეა (კიარი-ფრომელის სინდრომი)

ამენორეა-გალაქტორეის სინდრომი ვითარდება მენსტრუალური ფუნქციის მოშლის შედეგად, რაც გამოწვეულია ორსულთა გვიანი ტოქსიკოზით, სამეანო სისხლის დენით და სეფსისური პროცესით.

ამენორეა-გალაქტორეის სინდრომი ვითარდება მენსტრუალური ფუნქციის მოშლის შედეგად, რაც გამოწვეულია ორსულთა გვიანი ტოქსიკოზით, სამეანო სისხლის დენით და სეფსისური პროცესით.

ამენორეა-გალაქტორეა ახასიათებს აგრეთვე არგონს დელ-კასტილიო ან ფორბს-ოლბრაიტის სინდრომს, რომლის გამოსარიცხად საჭიროა რენტგენოლოგიური, ოფთალმოლოგიური და ნევროლოგიური გამოკვლევები (რადგან ეს სინდრომი ვითარდება ჰიპოფიზის სიმსივნის შედეგად).

კლინიკური სურათი. კიარი-ფრომელის სინდრომის დამახასიათებელია მეორადი ამენორეა, რომელიც გრძელდება რამდენიმე თვეს ან წელს. ამ დროს ვეგეტონევროზული მოვლენები არ ვითარდება (რაც ხშირად ახასიათებს სხვა მიზეზით გამოწვეულ ამენორეას). გალაქტორეა ორმხრივია, საშუალო ინტენსივობის. ავადმყოფი უჩივის ადინამიას, თავის ტკივილს, უმადობას, ფსიქიკურ მოშლილობას (დეპრესია ან აგზნებულობა).

სასქესო არხი ატროფირებულია. ჰორმონული გამოკვლევებით ადგენენ გონადოტროპინების გამოყოფის დაქვეითებას, შარდში პრეგნანდიოლი არ არის, ესტროგენების, 17-კეტოსტეროიდებისა და ოქსიკორტიკოსტეროიდების გამოყოფა დაქვეითებულია. ენდომეტრიუმის ბიოფსიით ლორწოვანის ჰიპერტროფიას ადგენენ.

კიარ-ფრომელის სინდრომის დიაგნოზის დადგენა ძნელი არ არის. მასზე მიუთითებს ამენორეა, ანოვულაცია, სასქესო ორგანოების ჰიპოტროფია, გალაქტორეა. მთავარია იმის დადგენა, ეს სინდრომი დაკავშირებულია თუ არა ორსულობასა და მშობიარობასთან, რადგან მსგავს სიმპტომებს იწვევს ჰიპოფიზის სიმსივნეც.

მკურნალობა. ამენორეა-გალაქტორეის სინდრომის მკურნალობა დამოკიდებულია ამ დაავადების პათოგენეზზე. ამ მიზნით იყენებენ ესტროგენებს, განსაკუთრებით სტილბესტროლს, აგრეთვე ესტროგენულ პრეპარატს ეთილ-დიმეთილენმეავას, რომელიც ამუხრუჭებს ლაქტაციას. თანამედროვე ეტაპზე კიარი-ფრომელის სინდრომის სამკურნალოდ გამოყენებულია კლომიფენი და გონადოტროპული ჰორმონები, ერევიტი, ენდონაზალური ელექტროფორეზი B_1 ვიტამინით. ასეთი მკურნალობა მიმართულია ლაქტაციის დამუხრუჭებისა და ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური კორელაციის აღდგენისკენ.

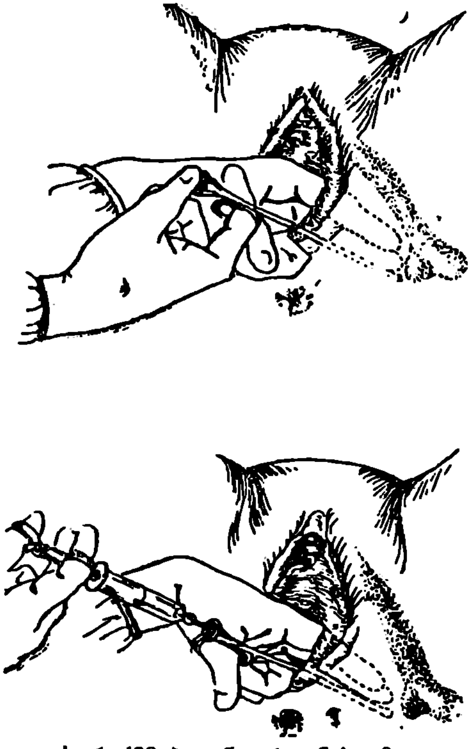
ოპერაციული მეანობა

XLII თავი

სამეანო ოპერაცია

სამეანო ოპერაციის გაუტკივარება

როგორც წესი, საკეისრო გაკვეთას კომბინირებული ენდოტრაქეული ნარკოზის პირობებში აკეთებენ. პრემედიკაციისთვის გოგირდმჟავა ატროპინის 0,1%-იანი ხსნარის 1,0 მლ-ს კანქვეშ შეიყვანენ პიპოლფენთან ერთად (2,5%-იანი ხსნარის 1-2 მლ) ოპერაციის დაწყებამდე 30 წუთით ადრე. საწყისი ნარკოზისთვის ვენაში შეყავთ 200-400 მგ ჰექსენალი ან თიოპენტალი (5%-იანი ხსნარის 2,5 მლ). საწყისი ნარკოზის ფონზე ვენაში შეყავთ 100-120 მგ მიორელაქსანტი ლისტენონი. როდესაც ტრაქეის მუსკულატურა მოდუნდება, ინტუბაციას ახორციელებენ მთავარი (ბაზის)



სურ. 198 პუდენდური ანესთეზია

სურ. 199 პარაცენეიკალური ანესთეზია

ნარკოტიკის ინჰალაციით ჟანგბადთან ერთად. სუნთქვა მართვითია. მთავარ, ანუ ბაზის ნარკოტიკად მიზანშეწონილია აზოტის ქვეჟანგისა და ჟანგბადის ინჰალაცია (3:1). სუნთქვის აღდგენის შემთხვევაში შეყავთ ლისტენონი, განმეორებით 40-60 მგ თითო ინიექციაზე. ნაყოფის ამოყვანამდე 5-6 წუთით ადრე მიორელაქსანტის შეყვანა არ არის მიზანშეწონილი. ნარკოზის ოპტიმალური სიღრმე არ აღემატება III სტადიას. იშვიათად აზოტის ქვეჟანგის ნარკოტიკული ეფექტი არ არის საკმარისი. ასეთ შემთხვევაში უმატებენ ეთერს ან ფლუოტანს. ნაყოფის ამოყვანის შემდეგ ვენაში შეყავთ 20 მგ პრომედოლი და უმატებენ ეთერს ან ფლუოტანის ისეთ რაოდენობას, რომელიც აუცილებელია ნარკოზის III_1-II_2 სტადიისთვის.

უკანასკნელ ხანებში საკეისრო გაკვეთის დროს იყენებენ ნეიროლეპტანალგეზიას. ნარკოზის დაწყების წინ ვენაში შეყავთ ნეიროლეპტიკი დროპერიდოლი, 4-5 მლ. ამ დროს ბაზის ნარკოტიკის რაოდენობა მნიშვნელოვნად მცირდება, ასევე მცირდება იგი ნაყოფის ამოყვანის დროს. ნაყოფის ამოყვანის შემდეგ ფრაქციულად შეყავთ ანალგეტიკი ფენტანილი. საწყის ნარკოზად აგრეთვე შეიძლება სომბრევინის გამოყენება, რომელიც ულტრახანმოკლე მოქმედების ნარკოტიკია.

კუნთოვანი რელაქსანტებიდან, ლისტენონის გარდა, შეიძლება ტუბოკურარინის შეყვანა.

ზოგ შემთხვევაში, როდესაც ანესთეზიოლოგი არა ჰყავთ, დასაშვებია 0,25 ან 0,5%-იანი ნოვოკაინით ინფილტრაციული ანესთეზია.

სამეანო მაშის სახმარად იყენებენ ეთერის ნარკოზს ან აზოტის ქვეჟანგს ტრილენთან ერთად, აგრეთვე ადგილობრივ პუდენდურ ანესთეზიას. მშობიარობის მძიმე მდგომარეობისას (გულის მანკი ან ნეფრიტი და ა.შ.) საჭიროა ზემოაღნიშნული მეთოდებით ენდოტრაქეული ნარკოზი.

ნაყოფის ექსტრაქციის დროს ისეთსავე გაუტკივარებას ახორციელებენ, როგორსაც მაშის ხმარების დროს, მხოლოდ საშვილოსნოს ყელის უკეთ მოდუნების მიზნით უმატებენ ატროპინის სულფატს - 0,1%-1,0 კანქვეშ. ამ ოპერაციის დროს იშვიათად დასაშვებია პუდენდური ანესთეზია.

საშვილოსნოს ღრუს ხელით რევიზიას აკეთებენ ეთერის ბანგით, აზოტის ქვეჟანგისა და ტრილენის ნარევით. ამავე მიზნით გამოყენებულია 10,0 სომბრევინი, ატროპინის სულფატი - 0,1%-0,5 და 10,0 კალციუმგლუკონატი ვენაში.

ხელოვნური აბორტის გაუტკივარებისთვის იყენებენ 10,0 სომბრევინს, 0,1%-0,5 ატროპინის სულფატს და 10%-10,0 კალციუმგლუკონატს ვენაში. ნარკოზის გახანგრძლივებისთვის ნახევარი საათით ადრე ქალს აძლევენ სედუქსენის 1 ტაბლეტს. ამავე მიზნით მიმართავენ პარაცერვიკალურ ანესთეზიას 0,5%-იანი ან 0,25%-იანი ნოვოკაინით. გარდა ამისა, დიკაინის 1 ან 2%-იანი ხსნარით დაამუშავებენ საშვილოსნოს ყელის არხს.

სამეანო ოპერაციის სახეები

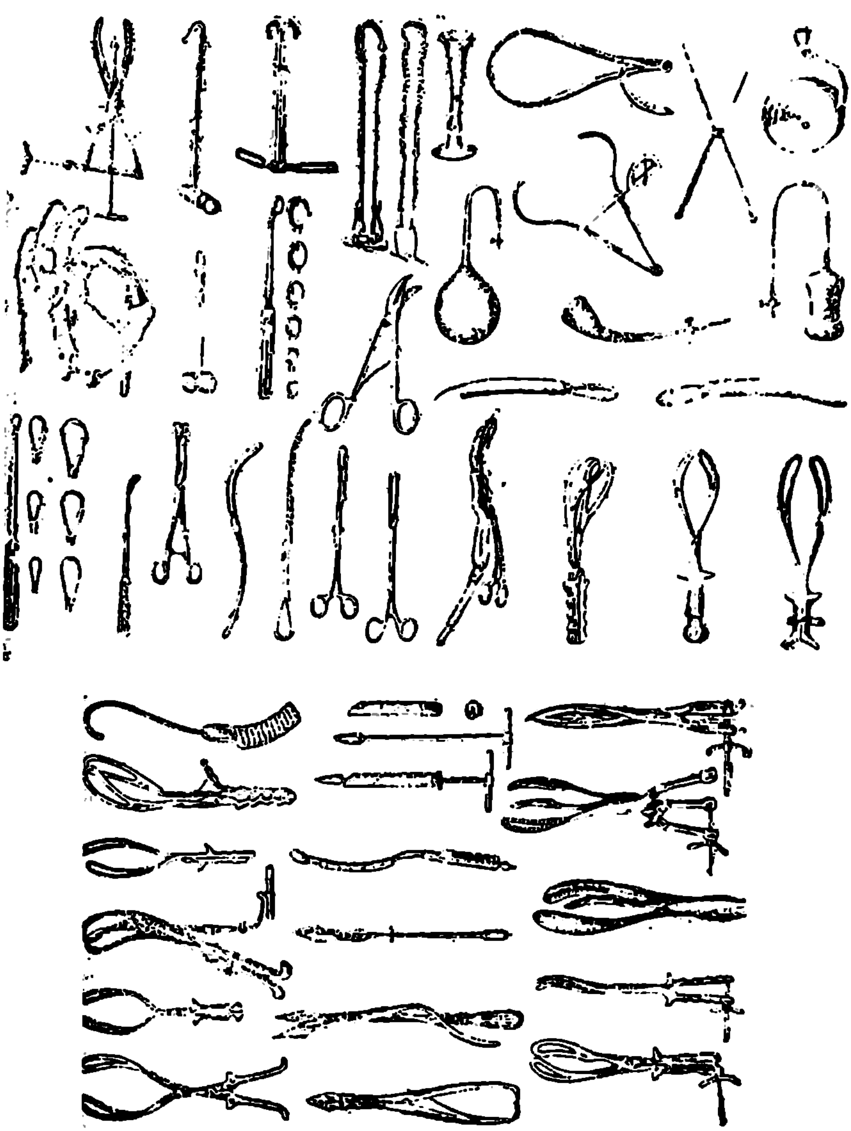
სამეანო ოპერაციები იყოფა ორ ჯგუფად: მოსამზადებელ და მოსამშობიარებელ ოპერაციებად.

მოსამზადებელი ეწოდება ისეთ ოპერაციებს, რომელთა მიზანია როგორც სამშობიარო გზების, ისე ნაყოფის მომზადება-გასწორება მშობიარობის აქტის დასამთავრებლად. მოსამზადებელ ოპერაციებს ეკუთვნის საშვილოსნოს ყელის, საშოსა და გარეთა სასქესო ორგანოების გაგანიერება, სანაყოფე ბუშტის გახევა, ნაყოფის მობრუნება-მდებარეობის გასწორება, პერინეოტომია, ეპიზიოტომია და სხვა. მოსამშობიარებელ ოპერაციათა მიზანია მშობიარობის დამთავრება, მაგალითად, საკეისრო გაკვეთა, სამეანო მაშის ხმარება, ვაკუუმექსტრაქცია და სხვ.

სამეანო ოპერაციებს ეკუთვნის ემბრიოტომია, ანუ ნაყოფის ნაწილ-ნაწილ გამოტანა. იგი როგორც მოსამზადებელი, ისე მოსამშობიარებელი ოპერაციაა.

ოპერაციის ცალკე ჯგუფს ეკუთვნის პლაცენტის ხელით მოცილება, გამოტანა, საშვილოსნოს ღრუს ხელით რევიზია და დაზიანებული შიგნითა და გარეთა სასქესო ორგანოების აღდგენა, საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაცია, საშვილოსნოს ექსტირპაცია.

სამეანო ხელსაწყო-იარაღებია: სამეანო სტეტოსკოპი; მარტინის მენჯსაზომი, ბრეისკის ცირკული მენჯის გასავლის გასაზომად; ნამდვილი კონიუგატის გასაზომი გაუსის ხელსაწყო; მუცლის გარშემოწერილობისა და საშვილოსნოს სიმაღლის გასაზომი სანტიმეტრებად დაყოფილი ზონარი; ჰეგარის ჩხირები საშვილოსნოს ყელის გასაგანიერებლად; მეტრეირინტერი-რეზინის ბალონი საშვილოსნოს ყელის გასაგანიერებლად; კორპეირინტერი-რეზინის ბალონი საშოსთვის; ბოსის ხელსაწყო საშვილოსნოს ყელის გასაგანიერებლად; სამეანო ბუჟი საშვილოსნოს ყელის გასაგანიერებლად; სიმსონის სამეანო მაშა, რომელსაც ამჟამად ხმარობენ; ნეგელის სამეანო მაშა; ლაზარევიჩის სამეანო მაშა; კილანდის სამეანო მაშა; ტარნიეს სამეანო მაშა; ბრეისის სამეანო მაშა; ბურგის კავი (იყენებენ ნაყოფის ჯლომი-



სურ. 200 სამეანო ხელსაწყო-იარაღები

თი მდებარეობის დროს); მარყუჟიანი ხელსაწყო (ნაყოფის ჯდომითი მდებარობის დრის გამოსაყენებლად); ნეგელის მაკრატლისებრი პერფორატორი; ბლოს პერფორატორი; ტრეპანისებრი პერფორატორი; ბრაუნის კრანიოკლასტი; ცეიცფელის კეფალოკრანიოკლასტი; ტარნიეს ბაზიოტრიპი; ლოდერლეინის პერფორატორი-კეფალოტრიპტორი; ბრაუნის კავი; ნაყოფის კისრის მოსაკვეთი ორკავიანი იარაღი; ბლონდის სადეკაპიტაციო ხერხი; ბუმის ნემსი; ნემსის სამეანო მახვილი კოვზების მოდელი; ვინტერის სამეანო კოვზების მოდელი; ვინტერის კოვზი ზედმეტად მოხრილი მარყუჟით; ბოზემან-ფრიჩის კათეტერი საშვილოსნოს ღრუს გამოსარეცხად.

სამეანო ოპერაციების დროს ხმარობენ აგრეთვე ზიბოლდის მაკრატელს, სიმის ზედა და ქვედა სარკეს, ბრტყელ სარკეებს, ტყვიის მაშას, კორნცანგს, მარტინის ზონდს, პლეიფერის ზონდს, ანატომიურ, ქირურგიულ პინცეტს, რეზინისა და ლითონის კათეტერს, კუპერის მაკრატელს, პეანისა და კოხერის ლამჭერებს, სკალპელს, ჰეგერის ნემსსაჭერს, ქირურგიულ ნემსებს, რეკორდის, ლუერისა და ბრაუნის შპრიცებს, სხვადასხვა ზომის ნემსებით.

XLIII თავი

ორსულობის შეწყვეტის ოპერაცია

ხელოვნური აბორტის ოპერაცია

სამ თვემდე (12 კვირამდე) ორსულობის დროს ხელოვნურ აბორტს აკეთებენ ერთ მომენტად-ჰეგარის ჩხირებით საშვილოსნოს ყელის გაგანიერებით 12-14 ნომრამდე და ღრუს გამოფხეკით.

ავადმყოფს წინასწარ ამზადებენ: უკეთებენ ოყნას, სასქესო ორგანოების ტუალეტი შემდეგ შარდს გამოუშვებენ, გარეთა სასქესო ორგანოებს და საშოს სადეზინფექციო ხსნარით დაამუშავებენ, საშოს სარკეებით საშვილოსნოს ყელს გამოაჩენენ, მის ზედა ნაწილს დაიჭერენ ტყვიის მაშით და ქვემოთ ჩამოსწევენ, ყელის არხს დაამუშავებენ სპირტითა და იოდით.

საშვილოსნოს მდებარეობას ზონდით აღგენენ, შემდეგ იწყებენ ყელის გაგანიერებას პეგარის ჩხირებით.

ყელში მიმდევრობით შეაქვთ გამაგანიერებლები, რომლებიც ერთიმეორეზე 1/2 ან 1 მილიმეტრით მეტია.

დასაშვებია ოპერაციის უნარკოზოდ ჩატარება, მაგრამ უკეთესია ადგილობრივი ანესთეზიის განხორციელება. ყელის არხის ანესთეზიისათვის ხმარობენ 2%-იან დიკაინის ან 0,5%-იანი ნოვოკაინის ხსნარს.

ამჟამად, ზოგადი გაუტკივარების მიზნით, წარმატებითაა გამოყენებული 10,0 სომბრევინი, 0,1 %-იანი გოგირდმჟავა ატროპინის, 0,5 და 10 მლ კალციუმგლუკონატის ვენაში ერთად შეყვანა. ბანგის ხანგრძლივობა 5-10 წუთამდეა. გაუტკივარების ხანგრძლივობის გადიდების მიზნით ავადმყოფს ნახევარი საათით ადრე აძლევენ სედუქსენის 1 აბს.

ჰეგარის ჩხირის დანიშნულებაა საშვილოსნოს ყელის გაგანიერება. მისი საშვილოსნოს ღრუში ღრმად შეტანა საშიშია, რადგან შეიძლება გამოიწვიოს საშვილოსნოს კედლის დაზიანება-პერფორაცია. ყელის შიგნითა პირში გამგანიერებლის გატარებისას საჭიროა ოდნავი მოცდა და შემდეგ იმისი უკან გამოტანა. 12-14 ნომრამდე გაგანიერება 3-5 წუთამდე გრძელდება.

ყელის გაგანიერების შემდეგ იწყებენ საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკას. ამ დროს ასისტენტს უჭირავს სარკე, ოპერატორს მარცხენა ხელში აქვს ტყვიის მაშა, ხოლო მარჯვენაში-კოვზი, რომელიც შეაქვს საშვილოსნოს ღრუში ფუძემდე, თანმიმდევრობით შემოუვლის საშვილოსნოს ტანს (წინა, გვერდით და უკანა კედლებს) და დროგამოშვებით გამოაქვს გამონაფხეკი.

ოპერაციის დამთავრების მაჩვენებელია საშვილოსნოს ღრუს დაცარიელება, საშვილოსნოს შეკუმშვა-გამაგრება, მოცულობაში შემცირება, ყელის არხის შევიწროება და სისხლის დენის შეწყვეტა. თუ სისხლის დენა გრძელდება, საჭიროა ისევ გამოფხეკა დარჩენილი ნაწილების სრულ გამოტანამდე. ოპერაციის დამთავრების შემდეგ საშვილოსნოს ყელს წაუსვამენ სპირტს, იოდს და საშოს გამოწმენდენ. ავადმყოფს პალატაში გადაიყვანენ, მუცელზე ყინულის ბუშტს დაადებენ და საჭიროებისამებრ საშვილოსნოს შემკუმშავ საშუალებებს უნიშნავენ. ჩვეულებრივ პირობებში ავადმყოფი სტაციონარში რჩება სამი დღე-ღამის განმავლობაში.

ერთმომენტიანი გამოფხეკა დასაშვებია 12 კვირის ორსულობამდე, უფრო გვიან კი აკრძალულია, რადგან ამ შემთხვევაში ნაყოფის ქალას ძვლები უკვე მკაფიოდაა განვითარებული, საშვილოსნოს კედელი გათხელებულია და გამოფხეკა, ე.ი. დიდი ნაყოფის ნაწილ-ნაწილ გამოტანა საშვილოსნოს დაზიანებას იწვევს. ამიტომ დიდი (12 კვირაზე მეტი) ხნის ორსულობის მოშლა შეიძლება ორ მომენტად-ყელის გაგანიერებით და შემდეგ ნაყოფის გამოძევებით.

საერთოდ აბორტის დროს მოსალოდნელია როგორც უახლოესი, ისე შორეული გართულებები. უახლოეს გართულებებს ეკუთვნის გამოფხეკის მომენტში საშვილოსნოს დაზიანება, ინფექციის შეჭრა, სისხლის დენა და კვერცხის ნაწილების საშვილოსნოში ჩარჩენა. შორეული გართულებებია მენსტრუალური ციკლის მოშლა, ზოგჯერ ამენორეა, სასქესო ორგანოების ანთება, უშვილობა, ჩვეული აბორტი, ცვლილებები ნერვული სისტემის მხრივ და სხვ.

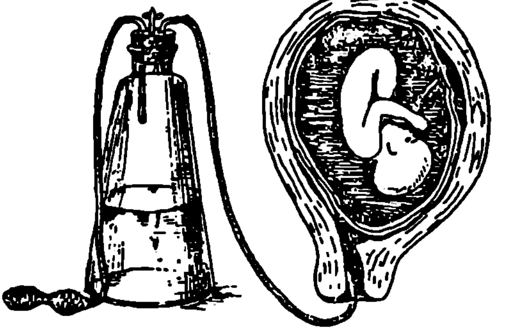
გვიანი ორსულობის ხელოვნური მოშლა და ნაადრევი მშობიარობის ხელოვნურად გამოწვევა

გვიანი ორსულობის ხელოვნური მოშლისა და ნაადრევი მშობიარობის ხელოვნურად გამოწვევის მიზნით საჭიროა საშვილოსნოს ყელის გაგანიერება ჰეგარის ჩხირებით 18-20 ნომრამდე, სანაყოფე გარსების გახევა, სანაყოფე სითხის დაღვრა, რასაც მოჰყვება ყელის გახსნა და ნაყოფის გამოძევება. მაგრამ ამ დროს მოსალოდნელია მრავალი გართულება: ზოგჯერ ნაყოფის გამოძევება იგვიანებს რამდენიმე დღით, ვითარდება ენდომეტრიტი, ინფექცია ზოგჯერ საშვილოსნოს გარეთ გადის, მუცლის ღრუს ორგანოებსა და პერიტონეუმზე ვრცელდება.

ხშირად საჭირო ხდება ყელის განმეორებით გაგანიერება ან სხვა უფრო ეფექტური დახმარება და საშვილოსნოს ნაყოფისგან გათავისუფლება. არის შემთხვევები, როცა ამ წესის უშედეგობისა და მდგომარეობის ინფექციით გართულების გამო აუცილებელი ხდება საშვილოსნოს ამოკვეთა.

თორმეტ კვირაზე მეტი ვადის ორსულობას შეწყვეტენ ორ მომენტად. პირველ მომენტში საშვილოსნოს ყელს აგანიერებენ ჰეგარის ჩხირებით 14-16 ნომრამდე და ათავსებენ ტამპონს. მეორე დღეს ტამპონი გამოაქვთ და საშვილოსნოს შემკუმშავ საშუალებებს უნიშნავენ.

ზოგიერთ სტაციონარში ფართოდ იყენებენ საშვილოსნოს ღრუში ინტრაოვულურად სტერილური რივანოლის, ფიზიოლოგიური ხსნარის, კალციუმის (500-500 მლ რაოდენობით) ან ჰიპერტონიული ხსნარის შეყვანას. შესხმული სითხე ალიზ-



სურ. 201 გვიანი ორსულობის შეწყვეტა ანტისეპტიკური ხსნარის შეყვანით საშვილოსნოს გარსებს შორის

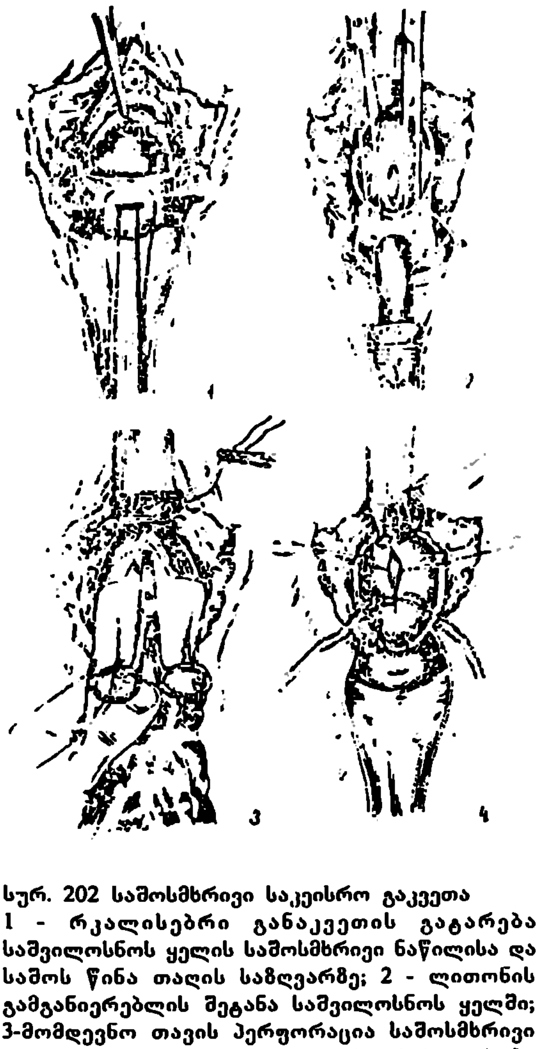
იანებს საშვილოსნოს ღრუში არსებულ რეცეპტორებს, იწვევს საშვილოსნოს შეკუმშვას და ყელის გახსნას, რასაც 24-32 საათის შემდეგ მოყვება ნაყოფის გამოძევება. ამ წესს ნაკლიც აქვს, იგი ყოველთვის არ იძლევა ეფექტს და საჭირო ხდება რამდენიმე დღის შემდეგ მისი გამეორება. იშვიათად სითხის შეყვანა იწვევს ისეთ ძლიერ შოკს, რომ საჭირო ხდება მანიპულაციის შეწყვეტა. ვითარდება აგრეთვე გართულება საშვილოსნოს დაზიანების სახით-საშვილოსნოს გახევა და სისხლის დენა, სისხლში ინფექციის შეჭრის საშიშროება. რადგან ნაყოფის გამოძევება ჭიანურდება, ზოგჯერ ვითარდება ენდომეტრიტი და სხვ.

ხსნარის შეყვანასთან ერთად ორსულს უნიშნავენ სტიმულაციას 0,15 chinin-muriatici- ით 4-ჯერ per os 30 წუთის ინტერვალით, პაქიკარპინს, ოქსიტოცინს, მამოფიზინს ან პიტუიტრინს, ვიტამინებს, გლუკოზას, ინფექციის პროფილაქტიკის მიზნით კი-ანტიბიოტიკებს.

დიდვადიანი ორსულობის მოშლისა და ნაადრევი მშობიარობის გამოწვევის მიზნით იყენებენ ორ წესს: პირველია ქირურგიული, ერთმომენტიანი, ნაკლებად საშიში და რეალური-საშოსმხრივი ან მუცლისმხრივი მცირე საკეისრო გაკვეთა, მეორე-მეტრეირიზი.

საშოსმხრივი საკეისრო გაკვეთა

ოპერაციის ტექნიკა. ავადმყოფს ათავსებენ საოპერაციო მაგიდაზე. ოპერაციას აკეთებენ ნარკოზის პირობებში, ადგილობრივი ან ზოგადი გაუტკივარებით. შარდის ბუშტი დაცლილი უნდა იყოს. გარეთა სასქესო ორგანოები, საშო და საშვილოსნოს ყელი უნდა დაამუშაონ სადეზინფექციო ხსნარით, სპირტითა და იოდით. საშოში შეტანილი სარკეებით გამოაჩენენ საშვილოსნოს ყელს და მის საშოსმხრივ ნაწილს. საშვილოსნოს ყელს ტყვიის მაშით იჭერენ (მაშას ადებენ ორივე მხარეს - მარჯვნივ და მარცხნივ). შარდის ბუშტში შეტანილი კათეტერით ადგენენ საშვილოსნოს ყელზე შარდის ბუშტის მიმაგრების ქვედა საზღვარს. შარდის ბუშტის მიმაგრება ოდნავ ქვევით, საშოს წინა კედელზე ატარებენ განაკვეთს განივი მიმართულებით და შარდის ბუშტს საშვილოსნოს ყელიდან აცილებენ. ამის შემდეგ საშვილოსნოს ყელი თავისუფალი რჩება მთელ მანძილზე პერიტონეუმის ნაოჭამდე. ეს უკანასკნელი ორსულობის პერიოდში, ჩვეულებრივ, ზემოთაა აწეული. იგი



სურ. 202 საშოსმხრივი საკეისრო გაკვეთა
1 - რკალისებრი განაკვეთის გატარება საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილისა და საშოს წინა თაღის საზღვარზე; 2 - ლითონის გამგანიერებლის შეტანა საშვილოსნოს ყელში; 3-მომდევნო თავის პერფორაცია საშოსმხრივი საკეისრო გაკვეთის დროს; 4 - ჭრილობაზე უწყვეტი ნაკერის დადება

ოპერაციის დროს არ უნდა გაკეეთონ. ჭრილობაში შეაქვთ საშოს წინა სარკე და შარდის ბუშტს ზემოთ სწევენ. საშვილოსნოს ყელს ჯერ აგანიერებენ ჰეგარის ჩხირებით 10-12 ნომრამდე და შემდეგ ჰეგარის ჩხირის კონტროლით გაკეეთენ მის წინა კედელს შუა ხაზზე. განაკვეთის კიდეებს იჭერენ ტყვიის მაშით ორივე მხარეს ცალ-ცალკე და სწევენ ქვევით, განაკვეთს აგრძელებენ პერიტონეუმის ნაოჭამდე (plica vesicouterina). ყელის განაკვეთში სანაყოფე ბუშტი გამოჩნდება. იშვიათად ეს უკანასკნელი ყელის გაკეთის დროს ზიანდება და სანაყოფე სითხე იღვრება. საშოს სარკეს და ტყვიის მაშას გამოიტანენ. საშოში მთლიანად შეაქვთ მარჯვენა ხელი, რომელსაც კონუსის ფორმას აძლევენ.

საშოში შეტანილი ხელის ორი თითი შეაქვთ საშვილოსნოს ღრუში. თუ სანაყოფე ბუშტი გახეული არ არის, მას ყელის არეში გახევენ, ნაყოფის თავს გვერდზე მისწევენ და ფეხს მონახავენ. მეორე ხელს გარედან ათავსებენ მუცლის კედელზე, რაც ოპერატორს ეხმარება ნაყოფის ფეხის მონახვაში. საშვილოსნოს ღრუში შეტანილი ორი თითით იჭერენ ფეხს და ჩამოაქვთ საშოში. ამავე დროს მუცლის კედელზე მოთავსებული მეორე ხელით ნაყოფის თავს ასწევენ წემოთ, საშვილოსნოს ფუძის მიმართულებით. მობრუნებას დამთავრებულად მიიჩნევენ მაშინ, როდესაც ნაყოფის ერთი ფეხი გარეთაა გამოტანილი მუხლის სახსრამდე და თავი საშვილოსნოს ფუძეზე ისინჯება.

შემდეგ აკეთებენ მეორე ოპერაციას–ნაყოფის გამოტანას. გამოტანილ ფეხს უფრო ქვემოთ დასწევენ, მას მიჰყვება დუნდულები და მეორე ფეხი. შემდეგ ნაყოფის ტანს ისე გაასწორებენ, რომ ზურგი ოპერატორისკენ იყოს მიმართული. ტანს უფრო ქვემოთ დასწევენ, სანამ ბეჭის კუთხე გამოჩნდებოდეს. ამ მომენტიდან იწყება ხელების განთავისუფლება. ნაყოფის ტანს გვერდიდან შეაბრუნებენ ისე, რომ ერთ-ერთი ხელი შორისისკენ მოთავსდეს, და ამ ხელს ათავისუფლებენ. ნაყოფის ტანს უფრო დაბლა დასწევენ, რათა მეორე ხელი სიმფიზის ქვემოთ გამოვიდეს. თუ ეს არ მოხერხდა, მეორე ხელსაც გადაიტანენ შორისისკენ და გაათავისუფლებენ ისევე, როგორც პირველს.

ოპერაციას აკეთებენ მეტწილად დედისმხრივი ჩვენების გამო, რისთვისაც ნაყოფის თავის გამოტანის გასაადვილებლად ამ უკანასკნელის პერფორაციას ახორციელებენ. ნაყოფის გამოტანის შემდეგ გამოაქვთ მომყოლი, საშვილოსნოს ყელის განაკვეთზე ტყვიის ძაფების დადებისა და ქვემოთ ჩამოწევის შემდეგ საშვილოსნოს გამოფხეკავენ.

განაკვეთის აღდგენას იწყებენ ზედა კუთხიდან. გაკერავენ ყელს. შემდეგ მას მიაკერებენ აცლილ საშოს კედელს. ძაფებს მოხსნიან მე-8-10 დღეს, თუ კეტგუტით არ იყო გაკერილი.

XLIV თავი

ნაყოფის მდებარეობის გამსწორებელი ოპერაცია

სამეანო მობრუნება-VERSIO OBSTETRICA

ნაყოფის მდებარეობის გასწორება, ნაყოფის მობრუნება უძველესი დროიდანაა ცნობილი.

ნაყოფის მობრუნებას მიმართავენ მისი განივი ან ირიბი მდებარეობისას. იშვიათად ოპერაციას აკეთებენ სიგრძივი მდებარეობის შემთხვევაშიც, როცა წინმდებარეა პირისახე ან შუბლი ანდა მოძრავი თავი ხანგრძლივადაა მენჯის შესავალში. ამ დროს თავით მდებარეობას ფეხით მდებარეობით ცვლიან. ბ.ა.არხანგელსკიმ შეიმუშავა აგრეთვე ნაყოფის ე.წ. მენჯით მდებარეობის თავის მდებარეობით შეცვლის მეთოდით.

ამჟამად მეანობაში მიღებულია ნაყოფის მობრუნების შემდეგი სახეები: (1.) ნაყოფის გარეგანი მობრუნება თავით, იშვიათად საჯდომით; (2.) ნაყოფის შინაგან-გარეგანი კომბინირებული მობრუნება ფეხზე ბრაქსტონ-ჰიქსის წესით - ყელის არასრული გახსნისას; (3) ნაყოფის შინაგან-გარეგანი კომბინირებული სამეანო მობრუნება ყელის სრული გახსნისას.

ნაყოფის მობრუნება ისეთი ოპერაციაა, რომლესაც ნაყოფის პათოლოგიური მდებარეობიდან გადაყავთ მეორე უფრო ხელსაყრელ (როგორც წესი, ყოველთვის სიგრძივ) მდებარეობაში.

ნაყოფის მობრუნებას მიმართავენ შემდეგი ჩვენების მიხედვით: 1. ნაყოფის მობრუნება პათოლოგიური მდებარეობის გამოსასწორებლად. ნაყოფს აბრუნებენ მაშინ, როდესაც მშობიარობა თავისთავად შეუძლებელია, მაგალითად, განივი და ირიბი მდებარეობის, ლიტცმანის დახრის, პირისახით წინმდებარეობის უკანა სახით (კონცხისკენ მიქცეული ნიკაპის) შემთხვევაში, აგრეთვე ჭიპლარის გამოვარდნის დროს-დედისა და ნაყოფის გადასარჩენად; 2. ნაყოფის მობრუნება, როგორც

წინასწარი ოპერაცია მშობიარობის სწრაფად დასამთავრებლად. გართულებები დედისა და ნაყოფის მხრივ, რაც აუცილებელს ხდის მშობიარობის სწრაფად დამთავრებას (მაგალითად, ეკლამფსია), პლაცენტის წინმდებარეობის, მისი ნაადრევად მოცილების ზოგიერთი მსუბუქი შემთხვევის (პლაცენტის მოცილების მძიმე შემთხვევაში, საკეისრო გაკვეთა აუცილებელია), ნაყოფის ასფიქსიის ნიშნები, დედის მაღალი ტემპერატურა და სხვ.

ნაყოფის გარეგანი სამეანო მობრუნება

ნაყოფის გარეგანი სამეანო მობრუნება ისეთი სამეანო ოპერაციაა, რომლის მეშვეობითაც გარეგანი მეთოდებით ნაყოფის არახელსაყრელ მდებარეობას ცვლიან სიგრძივი მდებარეობით.

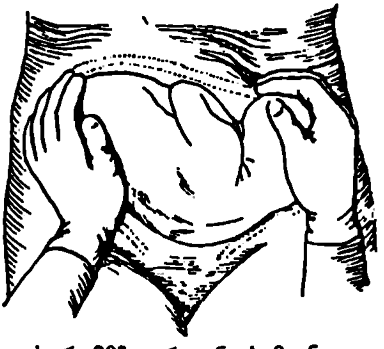
ნაყოფის გარეგან სამეანო მობრუნებას ახორციელებენ ორსულობის 34-36-ე კვირაზე.

ჩვენებები. ნაყოფის გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობა. პირობები: მოძრავი ნაყოფი, მენჯის ნორმალური ზომები.

ოპერაციისთვის მოსამზადებელ ავადმყოფს უზმოზე საფაღარათო ზეთით და ოყნით გაუწმენდავენ ნაწლავებს. საშარდე ბუშტი უნდა დაცალონ უშუალოდ ოპერაციის წინ. ქალების, რომელთაც ადვილად აგზნებადი ნერვული სისტემა აქვთ, ოპერაციამდე 20 წუთით ადრე კანქვეშ უკეთებენ 1%-იან პრომედოლს მუცლის კედლისა და საშვილოსნოს კუნთების მოსადუნებლად. ორსულს აწვენენ მაგარ ტახტზე. ექიმი ჯდება მისგან მარჯვნივ. მუცლის გაშიშვლების შემდეგ გარეგანი ხერხებით ადგენენ ნაყოფის მდებარეობას, პოზიციას, სახესა და წინმდებარეობას. ნარკოზს არ იყენებენ.

ოპერაციის ტექნიკა. ერთდროულად ორივე ხელს ძლიერ ფრთხილად ადებენ ნაყოფის მსხვილ ნაწილებზე. ნაყოფის მენჯს მენჯის შესავლიდან ზევით საშვილოსნოს ფუძისკენ სწევენ, ხოლო თავს-ქვევით (მეტევათაშორის შუალედში). მობრუნებას დამთავრებულად მიიჩნევენ, როცა თავი მოთავსდება მენჯის შესავლის ზევით, ხოლო მენჯი-საშვილოსნოს ფუძეში.

ოპერაციის დამთავრებისას საშვილოსნოს ორივე მხარეზე ათავსებენ პატარა რბილ მორგვებს და მთელ მუცელს გრძელი პირსახოცით არამჭიდროდ ახვევენ. გადახვევას აკეთებენ საშვილოსნოში ნაყოფის შესაფერის მდებარეობაში გაჩერების მიზნით.



სურ. 203 გარეგანი სამეანო მობრუნება

ნაყოფის გარეგანი მობრუნება ბ.ა. არხანგელსკის მეთოდით მენჯით წინმდებარეობის დროს.

ჩვენება: მენჯით წინმდებარეობა. პირობები: ნაყოფის სახის, წინმდებარეობის ზუსტი ცოდნა, საშვილოსნო არ უნდა იყოს აგზნებული, ნაყოფი კი მოძრავი იყოს. ოპერაციისთვის მომზადება და ორსულის მდებარეობა ისეთივეა, როგორც გარეგანი მობრუნების შემთხვევაში.

ტექნიკა. პირველი მომენტი-მეანი მარჯვენა ხელს ათავსებს დუნდულებზე და გასწევს მათ მენჯის შესავლიდან. მეორე მომენ-

ტო-მეანი დუნდულებს გადასწევს ზევით პოზიციის მიხედვით (I პოზიციის შემთხვევაში მარცხნივ, II პოზიციის შემთხვევაში მარჯვნივ). მესამე მომენტი: I პოზიციის შემთხვევაში მეანი მარცხენა ხელს ათავსებს ნაყოფის თავზე (კეფქვეშა ფოსოზე) და გადაადგილებს მას მარჯვნივ და ქვემოთ ან მარცხნივ და ქვემოთ. ამ დროს ნაყოფი გარდიგარდმო მდებარეობაშია. მეოთხე მომენტი-თავის გადაადგილება მენჯის შესავლისკენ, ხოლო დუნდულებისა-საშვილოსნოს ფუძისკენ. ამ მიზნით I პოზიციის შემთხვევაში მეანი მარჯვენა ხელს ათავსებს კეფქვეშა ფოსოზე, მარცხენას კი-დუნდულებზე. მეორე პოზიციის შემთხვევაში მეანი მარცხენა ხელს ათავსებს ნაყოფის თავზე (კეფქვეშა ფოსოზე), ხოლო მარჯვენას-დუნდულებზე ისე, რომ თავი გადაადგილდეს მენჯის შესავლისკენ, მენჯი-საშვილოსნოს ფუძისკენ. ნაყოფის მდებარეობის გასწორების შემდეგ ნაყოფს აფიქსირებენ ორსულის გვერდებზე მორგვების დადებით და გადახვევით.

თანამედროვე პირობებში ფართოდ იყენებენ მაკორეგირებელ ვარჯიშებს, რომელთა მეშვეობით ხერხდება ნაყოფის მენჯით წინმდებარეობის შეცვლა თავის წინმდებარეობით ორსულობის 34-36-ე კვირაზე.

ი.გ.გრიშჩენკომ და ა.ე.შულეშოვამ შეიმუშავეს მაკორიგირებელი ვარჯიშები: ა) ორსულის სხეულის გადახრა იმ მხრისკენ, სადაც ნაყოფის ზურგია; ბ) ორსულის ქვედა კიდურების მოხრა მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში სხეულის ერთდროული მოხრით ნაყოფის პოზიციის მხრისკენ; გ) შვედურ კედელზე მიყრდნობით ზურგის გამოწევა; დ) ზურგის გამოწევა მუხლ-იდაყვის მდებარეობაში; ე) ფეხების მოხრა ზურგზე დაწოლილ მდებარეობაში და მუხლების მიტანა მუცელთან; ვ) მუხლებზე დაყრდნობით მენჯის ნახევარბრუნი ნაყოფის პოზიციის მიმართულებით.

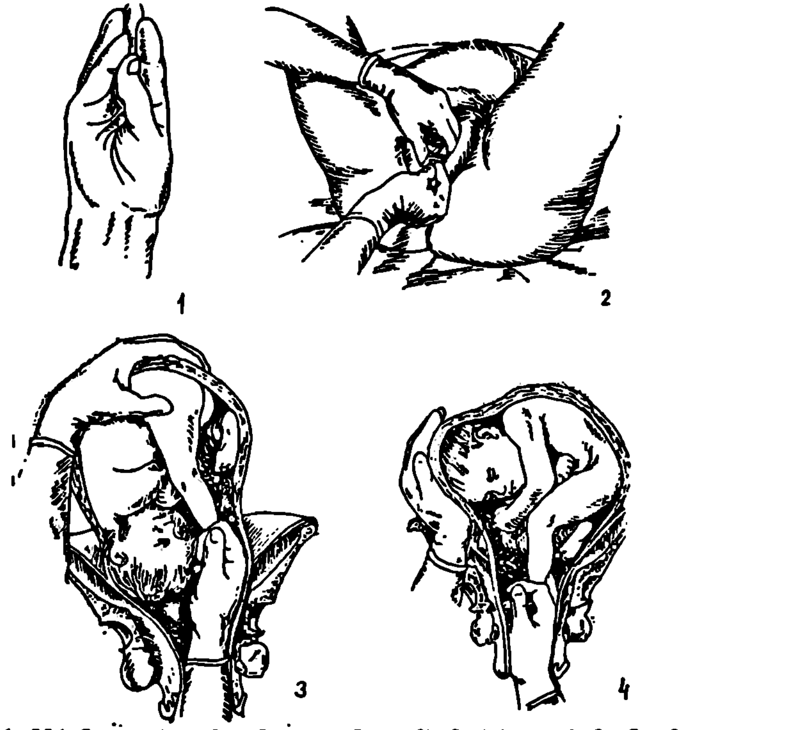
ი.დიკანის გამსწორებელი ვარჯიშები ასეთია: მწოლიარე მდგომარეობაში ორსული 3-4-ჯერ იცვლის მდებარეობას (წევება მარჯვენა, შემდეგ მარცხენა გვერდზე) 10-10 წუთით. ვარჯიშების კომპლექსი უნდა გაიმეორონ 3-4-ჯერ დღეში, 7-10 დღის განმავლობაში. ნაყოფის მდებარეობის გასწორების შემდეგ მიმართავენ მის ფიქსაციას თავის წინმდებარეობაში.

ნაყოფის შინაგან-გარეგანი კომბინირებული სამეანო მობრუნება ფეხზე-VERSIO FOETUS IN PEDUM

შინაგან-გარეგანი სამეანო მობრუნების დროს საშვილოსნოს ყელის სრული გახსნის შემდეგ ხელს მთლიანად შეიტანენ საშვილოსნოს ღრუში, მოძებნიან ნაყოფის ფეხს და მისი საშუალებით მიაბრუნებენ ნაყოფს.

ოპერაციის ჩვენება: 1. ნაყოფის არასწორი მდებარეობა; 2. წინმდებარე ნაწილის არაწესიერი ჩადგმა-პირისახის (უკანა სახე), შუბლისა და, საერთოდ, თავის ჩადგმის პათოლოგია; 3. წვრილი ნაწილების, ხელის, ფეხის, ჭიპლარის გამოვარდნა, იშვიათად თავით წინმდებარეობის შემთხვევაშიც; 4. პლაცენტის წინმდებარეობისა და ნაადრევი მოცილების ზოგიერთი სახე; 5. მშობიარობის დროს ყოველგვარი გართულებანი, რომლებიც საშიშროებას უქმნიან დედის ან ნაყოფის სიცოცხლეს, - ეკლამფსია, ინფექცია, გულის, ფილტვების, ღვიძლის დაავადებები, ნაყოფის ასფიქსია და სხვ.

ოპერაციის პირობები: 1. საშვილოსნოს ყელის სრული გახსნა - ეს პირობა განსაკუთრებული სიზუსტით უნდა იყოს დაცული; 2. წინმდებარე ნაწილი აუცილებლად მოძრავი უნდა იყოს - წინმდებარის უმოძრაობის დროს ძალის დატანება მეტად საშიშია, ვინაიდან ასეთ მანიპულაციას შეიძლება საშვილოსნოს გახევა მოჰყვეს (მით უმეტეს უმოძრაო თავის შემთხვევაში); 3. საშო არ უნდა იყოს ისე დავიწროებული, რომ შიგ ხელის შეტანა ან ნაყოფის გამოყვანა შეუძლებელი იყოს;



სურ. 204 ნაყოფის შინაგან-გარეგანი კომბინირებული სამეანო მობრუნება გარდიგარდმო მდებარეობისას: 1-„მეანის ხელის“ შეტანა საშოში; 2-ხელის შეტანა საშვილოსნოში; 3-ფეხის მონახვა და დაჭერა; 4-საკუთრივ მობრუნება

4. მენჯი არ უნდა იყოს დავიწროებული-ნამდვილი კონიუგატა არანაკლებ 8-8,5 სმ. საჭიროა შეფარდება ნაყოფის წინმდებარე ნაწილსა და მენჯს შორის; 5. ნაყოფი ცოცხალი უნდა იყოს, რადგან მკვდარი ნაყოფის მობრუნება, თუ დედის სიცოცხლისთვის საშიშროება არ იქმნება, რეკომენდებული არ არის; 6. მობრუნება უნდა ჩაატარონ სანაყოფე ბუშტის გახევისთანავე ან არა უგვიანეს 2 საათისა.

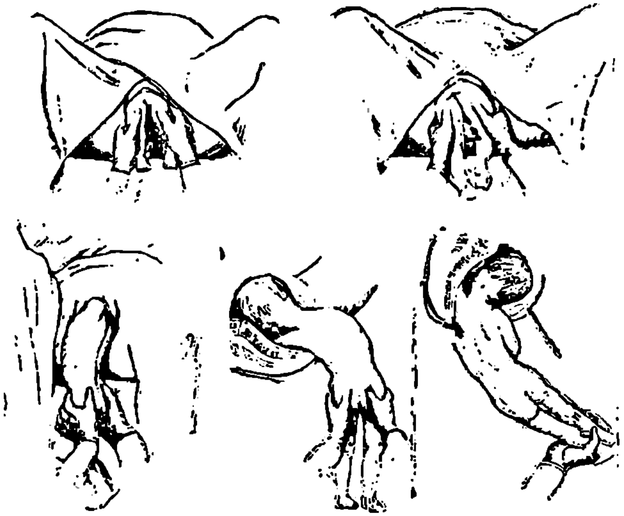
ოპერაციის უკუჩვენებაა: 1. ჩაჭედილი, განივი მდებარეობა; 2. საშვილოსნოს გახევის წინამორბედი ნიშნები.

გარეგანი და შინაგანი დაწვრილებითი გასინჯვით წინასწარ აზუსტებენ ნაყოფის მდებარეობას, პოზიციას, სახეს, წინმდებარე ნაწილს და სამშობიარო არხის გამტარობას.

ოპერაციას აკეთებენ ეთერ-ჟანგბადის ღრმა ნარკოზის პირობებში, ვინაიდან მობრუნების წესიერად და ადვილად ჩატარებისთვის საჭიროა მუცლის პრესის მოდუნება.

არჩევენ მობრუნების სამ მომენტს: 1. საშვილოსნოში ხელის შეტანას; 2. ფეხის მონახვას; 3. საკუთრივ მობრუნებას.

ოპერაციის ტექნიკა. როგორც ოპერატორი, ისე მშობიარეც სათანადოდ უნდა იყვნენ მომზადებული. მეანთა უმრავლესობა ოპერაციას აკეთებს მარჯვენა ხე-



სურ. 205 ნაყოფის ექსტრაქციის ეტაპები

ლით, რომლითაც მუშაობა ესერხებათ. ზოგიერთი მეანის აზრით, საჭიროა პოზიციის თანამოსახელე ხელის შეტანა.

პირველი მომენტი-საშეილოსნოში შესატან ხელს სათანადოდ ამზადებენ, აძლევენ კონუსის მოყვანილობას, მეორე ხელით კი სასქესო ორგანოებს გადასწევენ, დიდი სიფრთხილით შეაქვთ ხელი საშოში, თუ სანაყოფე ბუშტი მთელია, მას გახევენ და ხელი საშოდან საშვილოსნოს ღრუში შეაქვთ. ამ დროს ცდილობენ როგორმე ხელი შეუშალონ სანაყოფე სითხის სწრაფად დაღვრას და ჭიპლარის გამოვარდნას. თუ წინ თაეია, მას ასწევენ. მეორე მომენტი, ანუ ფეხის მონახვა ფრიად საპასუხისმგებლოა. შიგნით შეტანილი ხელით ეძებენ ფეხს, ხოლო მეორე ხელით მუცლის საფარიდან ეხმარებიან შეტანილ ხელს ფეხის მონახვაში.

ფეხის მოსანახად ორი გზა არსებობს: გრძელი (ფრანგული) და მოკლე (გერმანული). გრძელი გზით საშვილოსნოში შეტანილი ხელით წვდებიან ნაყოფის მკერდს, ნეკნებს და ნახულობენ იღლიას. ამით ეარაუდობენ ხელისთვის სწორი მიმართულების მიცემას-საითაც იღლია დახშულია, თავიც იქითკენ არის მოთავსებული, ამიტომ ხელს მიმართავენ მოწინააღმდეგე მხრისკენ და გადააქვთ ნეკნებსა და დუნდულებზე, აქედან ბარძაყზე და წვივს უახლოვდებიან. წვივს ხელს წააელებენ ისე, რომ შეტანილი ხელის ცერი მოექცეს წვივის უკან, მისი სიგრძივი ღეროს გასწვრივ. ამ დროს მოსალოდნელია ჭიპლარის მიჭყლეტა და მისი ფუნქციის მოშლა.

მოკლე გზა ითვალისწინებს დროის მოგებას. ხელი შეაქვთ იმ მხარეს, სადაც ფეხი უნდა იყოს (პოზიციის საწინააღმდეგო მხარეს), და ფეხს წააელებენ ხელს ქვემოთ ჩამოსატანად. ფეხის ძებნის დროს მუცელზე მოთავსებული მეორე ხელით აწვებიან ნაყოფის მენჯს ქვევითკენ. ფეხის ჩამოტანისას თავს ზემოთ სწევენ და

უახლოებენ საშვილოსნოს ფუძეს.

ფეხის გამოცნობისას ხელმძღვანელობენ: თითების სიგრძითა და განლაგებით, ქუსლის მოყვანილობითა და რეფლექსებით: წინამხარი წვივზე უფრო მოკლეა, ადვილი გამოსაცნობია წვივის ტერფზე გადასვლის ადგილი; ხელის თითები გრძელია, ფეხისა კი-მოკლე; ხელის ოთხი თითი საგრძნობლადაა დაცილებული პირველ თითის-ცერს, ფეხის ხუთივე თითი ერთ ხაზზეა განლაგებული; ქუსლის ძვალი გრძელია და შეხებით კარგად ისინჯება, ხელისგულზე კი ასეთი სიმკვრივე არ შეიგრძნობა. უფრო დამაჯერებელია ცოცხალი ნაყოფის ფეხის რეფლექსი-შეტანილი ხელით ეხებიან წვრილ ნაწილს, თუ იგი ხელია, მოუჭიდება შეტანილ ხელს, ხოლო თუ ფეხია, შეხებას უპასუხებს უკანა გაწევით - შეტანილ ხელს სწრაფად მოსცილდება. ფეხის დაჭერა შეიძლება ორი თითით: საჩვენებელ და შუა თითს ათავსებენ კოჭ-წვივის სახსარში ან ოთხ თითს ათავსებენ წვივის კუნთებზე, ცერს კი-წვივის ძვლის წინა ზედაპირზე (რათა მოტეხილობა არ განვითარდეს).

მესამე მომენტი-საკუთრივ მობრუნება გულისხმობს სასქესო არხიდან ერთი ფეხის გარეთ გამოტანას მუხლის სახსრამდე. ამ დროს ნაყოფის თავი საშვილოსნოს ფუძეში ისინჯება. ამის შემდეგ იწყებენ მისამშობიარებელ ოპერაციას-ნაყოფის ექსტრაქციას, რაც სასურველია ნაყოფის წინა სახით მდებარეობისას, ე.ი. ნაყოფის ზურგი წინ უნდა იყურებოდეს. წინა სახის შენარჩუნების მიზნით ფეხის ჩამოტანის დროს ასე იქცევიან: განივი და ირიბი მდებარეობისას წინა სახის შემთხვევაში ჩამოაქვთ ფეხი, უკანა სახის შემთხვევაში-ზემოთა ფეხი.

ზოგჯერ ამ წესის განხორციელება ვერ ხერხდება და ნაყოფი მობრუნების დროს აღმოჩნდება უკანა სახით მდებარეობაში-ზურგი უკან არის მიმართული. გამოყვანისას საჭიროა ეს მდებარეობა წინა სახით შეიცვალოს და ნაყოფის ზურგი წინ მოექცეს.

როდესაც განივი მდებარეობა გართულებულია ხელის გამოვარდნით, მისი უკან შებრუნება უმიზნოა. მშობიარე უნდა გასინჯონ: თუ ნაყოფი მოძრავია, მიმართავენ მის მობრუნებას, ხოლო თუ იგი უმოძრაოა, მაშინ მობრუნება უკუნაჩვენებია.

გამოვარდნილი ხელის შემთხვევაში მასზე ადებენ სტერილურ დოლბანდის მარყუჟს, რომელიც თანაშემწეს უკავია. ეს ღონისძიება ხელს უშლის გამოვარდნილი ხელის გადატყორცნას თავის უკან, აადვილებს ნაყოფის მობრუნებას და შემდეგ ექსტრაქციას.

ნაყოფის მობრუნებისთანავე იწყებენ მის ექსტრაქციას - ტანისა და თავის გათავისუფლებას. ფეხზე მობრუნება ნაყოფისთვის მძიმე ჩარევაა და ნაყოფის სიკვდილიანობის მაღალ მაჩვენებელს განაპირობებს.

ნაყოფის ფეხზე მობრუნება ბრაქსტონ-ჰიქსის წესით
VERSIO FOETUS IN PEDUM MODO BRAXTON-HIKS

ბრაქსტონ-ჰიქსის წესით ნაყოფის მობრუნებას მიმართავენ მაშინ, როცა საშვილოსნოს ყელი ორ-სამ თითამდეა გახსნილი. იგი შინაგან-გარეგანი მობრუნების წესის ერთ-ერთი სახეა. ოპერაციისთვის საჭიროა, რომ თავი მოძრავი იყოს.

ბრაქსტონ-ჰიქსის წესით ნაყოფის მობრუნებას იყენებენ როგორც გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობის, ისე თავით წინმდებარეობის შემთხვევაში. უფრო ხშირად იგი საჭიროა პლაცენტის წინმდებარეობის, ჭიპლარის გამოვარდნისა და ეკლამფსიის დროს. ნაყოფის მობრუნებას მიმართავენ ეკლამფსიის დროს მშობიარობის დაჩქარების მიზნით.

ოპერაციის პირობაა სანაყოფე სითხის სრული დაუღვრელობა ან მცირე ხნის, 2 საათის წინ დაღვრა.

ოპერაციის ჩატარებას აადვილებს ზოგადი ნარკოზი, რაც უმთავრესად საშვილოსნოს ყელის მოდუნებით გამოიხატება.

ავადმყოფს ოპერაციისთვის ჩვეულებრივი წესით ამზადებენ. მას ათავსებენ საოპერაციო მაგიდაზე. საშოში შეაქვთ ხელი, ხოლო საშვილოსნოს ყელში ორი თითი-საჩვენებელი და შუა თითი. თუ ბუშტი მთელია, მას გახევენ. შეტანილი ორი

სურ. 206 ნაყოფის ფეხზე მობრუნება ბრაქსტონ-ჰიქსის წესით ნაყოფის გარდიგარდმო მდებარეობის დროს

სურ. 207 ნაყოფის ფეხზე მობრუნება ბრაქსტონ-ჰიქსის წესით ნაყოფის თავით წინმდებარეობის დროს

თითით ცდილობენ წინმდებარე ნაწილი-მხარი, განივი მდებარეობის დროს ან თავისიგრძივი მდებარეობის შემთხვევაში-ზემოთ, საშვილოსნოს ფუძისკენ გასწიონ. ამავე დროს მუცლის კედლის მხრიდან მოთავსებული ხელით დუნდულებს აწევებიან და ცდილობენ ფეხი მენჯის შესავლისკენ დაწიონ.

ამგვარად, ნაყოფის ფეხს საშვილოსნოში შეტანილი თითებით სწევენ ქვევით-საჩვენებელ და შუა თითს ათავსებენ წვივ-ტერფის სახსრის არეში, ცერის წვერს კი-ფეხისგულზე; ერთდროულად გარეთა ხელი ნაყოფის თავს ქვემოდან აწევება და უახლოეს საშვილოსნოს ფუძეს.

ოპერაცია ძნელი არ არის, თუ ნაყოფის ფეხი ოპერატორს ხელში უჭირავს. მთავარი სიძნელეა ფეხის მიწვდომა. მობრუნებას დამთავრებულად მიიჩნევენ, როდესაც ფეხი გამოტანილია გარეთ მუხლით სახსრამდე და ნაყოფის თავი საშვილოსნოს ფუძეზე ისინჯება.

მობრუნების დამთავრების შემდეგ საჭიროა დაცდა საშვილოსნოს ყელის სრულ გახსნამდე, მხოლოდ შემდეგ შეიძლება ნაყოფის გამოყვანა. ბრაქსტონ-ჰიქსის წესის გამოყენება ცოცხალი ნაყოფის მიღების მიზნით მიუღებელია, რადგან იგი იწვევს ნაყოფის სიკვდილიანობას შემთხვევათა 80-90%-ში.

XLV თავი

სამშობიარო გზების მოსამზადებელი ოპერაცია

– საშვილოსნოს ყელის გაგანიერება

საშვილოსნოს ყელის გაგანიერებას მიმართავენ აბორტის, ნაადრევი მშობიარობის ან დროული პათოლოგიური მშობიარობის შემთხვევაში, როდესაც საშვილოსნოს ყელი ბუნებრივი ძალით არ იხსნება.

არსებობს ყელის გაგანიერების ორი წესი: სისხლიანი და უსისხლო. ყელის გაგანიერების უსისხლო წესებია: 1. თითით ან თითებით გაგანიერება; 2. მეტრეირინტერით გაგანიერება; 3. ჰეგარის ჩხირებით გაგანიერება; 4. ყელის ტამპონადა.

ყელის გაგანიერების სისხლიანი წესებია: 1. ყელის გარეთა პირის გაკვეთა; 2. საშოსმხრივი საკეისრო გაკვეთა.

– საშვილოსნოს ყელის გაგანიერება თითებით

თითით ან თითებით საშვილოსნოს ყელის გაგანიერება ძნელი არ არის მაშინ, როდესაც ყელი გადასწორებულია, მისი კედლები გათხელებულია, იგი დამყოლია და 2-3 თითამდეა გახსნილი. ასეთ შემთხვევაში თითებით საშვილოსნოს ყელის სრულ გაგანიერებას მცირე დრო სჭირდება.

მეანთა უმრავლესობა თითებით ყელის გაგანიერებას ნარკოზის გარეშე ახორციელებს, ზოგიერთი კი ამ მიზნით ზოგად ნარკოზს იყენებს.

თითით ან თითებით ყელის გაგანიერებას მიმართავენ: 1. როდესაც ყელის გახსნა იგვიანებს, განსაკუთრებით სანაყოფე სითხის დაღვრის შემდეგ და როცა ხანშიშესული პირველმშობიარეა; 2. როდესაც მშობიარობის დაჩქარება გამომდინარეობს დედის ან ნაყოფის ინტერესებიდან; 3. საშვილოსნოს გარეთა პირის შეუწროებისა და შეწებების ან სანაყოფე გარსების ყელთან შეზრდის დროს; უკანასკნელ შემთხვევაში ყელის გაგანიერებასთან ერთად მას გარსებს აცილებენ და ხელს უწყობენ სანაყოფე ბუშტის წარმოქმნას.

ყელის ხელოვნური გაგანიერების უკუჩვენებაა პლაცენტის წინმდებარეობა. ამ შემთხვევაში ხელოვნურად ყელის გაგანიერება სისხლის დენის გაძლიერებას იწვევს.

გაგანიერების ტექნიკა. სასქესო ორგანოების დეზინფექციისა და ხელების სათანადოდ მომზადების შემდეგ საშვილოსნოს ყელში შეაქვთ ჯერ ერთი თითი, შემდეგ ნელი, ფრთხილი მოძრაობით ყელში შეიტანენ მეორე თითს და თითებს გასწევენ, რითაც ყელს 3-4 თითამდე აგანიერებენ.

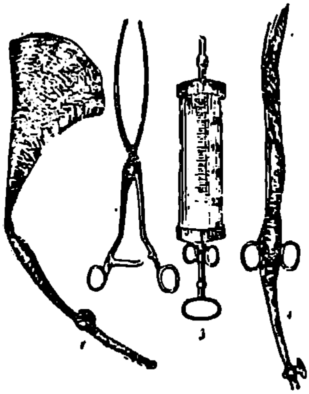
ამგვარად 5-10 წუთის განმავლობაში შეიძლება საშვილოსნოს ყელის სრული გახსნა.

– საშვილოსნოს ყელის გაგანიერება მეტრეირინტერით

საშვილოსნოს ყელის გასაგანიერებლად ფართოდ იყენებენ სხვადასხვა ფორმის რეზინის ბალონს-მეტრეირინტერს.

მეტრეირინტერს აქვს რეზინის მილი, რომლის საშუალებითაც იგი საშვილოსნოს ღრუში შეტანის შემდეგ სტერილური ფიზიოლოგიური სითხით ივსება. ამ მანიპულაციას მეტრეირიზი ეწოდება. მეტრეირიზი მოსამზადებელი ოპერაციაა, რომლის მიზანია საშვილოსნოს ყელის სწრაფად გაგანიერება.

მეტრეირინტერისგან განსხვავებით, რეზინის ბალონს, რომელიც საშოში შეა-



სურ. 208 მეტრეირინტერის მომზადება საშეილოსნოს ყელის გასაგანიერებლად

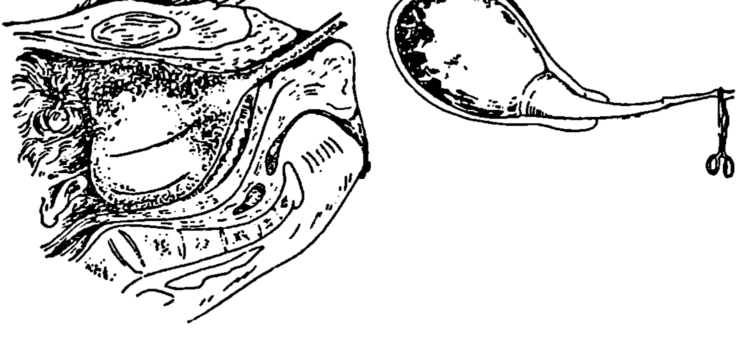
ტანადაა განკუთვნილი, კოლპეირინტერი ეწოდება. თვით მანიპულაციას-საშოში ბალონის შეტანას, სითხის აესებასა და შიგ დატოვებას-კორპეირიზს უწოდებენ.

მეტრიერინტერის გამოყენების უკუჩვენებაა ეკლამფსია და საერთოდ ორსულთა ტოქსიკოზი და ჰიპერტონიული დაავადება.

გაგანიერების ტექნიკა ასეთია: საშოს სარკეებით გამოაჩენენ საშეილოსნოს ყელს და ზედ დაადებენ ტყვიის ან მიუზოს ორკბილა მაშას. სპირტითა და იოდით გასუფთავების შემდეგ ყელის არხს აგანიერებენ ჰეგარის ჩხირებით დაახლოებით 18-20 ნომრამდე.

საშეილოსნოს ყელის გაგანივრების დროს სასურველია სანაყოფე გარსების შენარჩუნება და სანაყოფე სითხის დაუღვრელობა. პლაცენტის წინმდებარეობისას მეტრეირინტერი შეაქვთ წინასწარ სანაყოფე ბუშტის გახევის შემდეგ.

საშეილოსნოს ყელი ჰეგარის ჩხირებით წინასწარ სათანადოდაა გაგანივრებული. მეტრეირინტერი და ყველა საჭირო იარაღი გასტერილებული უნდა იყოს. ბალონის ტევადობა ცნობილია (დაახლოებით 300-400 მლ). თუ ნაკლები სითხეა ჩასხმული, იგი ბალონს სათანადოდ ვერ გასწევს, მეტმა სითხემ კი შეიძლება დაზიანება გამოიწვიოს., ბალონს ისე დაახვევენ, რომ კონუსის ფორმა ჰქონდეს და რაც შეიძლება ნაკლები ადგილი დაიკავოს. სპეციალური მაშის, კორნცანგის, გრძელი პინცეტის ან ორი თითის საშუალებით მეტრეირინტერი შეაქვთ საშეილოსნოს ყელის შიგნითა პირის ზემოთ. როცა მეტრეირინტერის შეტანის შემდეგ მას შემტან იარაღს მოაცილებენ და დიდი შპრიცით სტერილური სითხით აავსებენ, მილს გადაკვანძავენ და ავადმყოფს საწოლზე გადაიყვანენ. მილს დოლბანდის სახვევს მოაბამენ, საწოლის ბოლოზე მოათავსებენ და



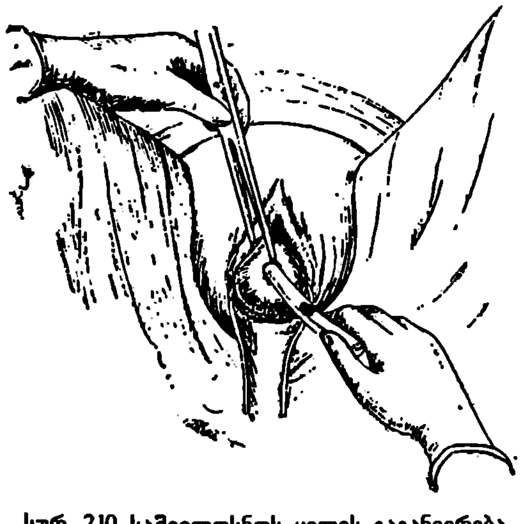
სურ. 209 მეტრეინტერის მოთავსება: ა-გარსებში; ბ-გარსებს გარეთ

მცირე ტვირთს (200-400 გ-ს) ჩამოკიდებენ. ყელი გაგანიერდება. მეტრეირინტერი გამოვარდება და მშობიარობა თავისით დამთავრდება.

თუ ყელი არ გაიხსნება და ავადმყოფს სიცხე აუწევს, საჭიროა მეტრეირინტერის ხელოვნურად გამოტანა. ამას აღწევენ მისგან სითხის გამოშვებით-ამ დროს მეტრეირინტერი ადვილად გამოდის. საშვილოსნოს ღრუში მეტრეირინტერის დატოვება შეიძლება არაუმეტეს 6 საათისა (ამის შემდეგ მეტრეირინტერს გამოიტანენ, გაასტერილებენ და, თუ საჭიროა, ხელახლა ჩადგამენ).

—საშვილოსნოს ყელის გაგანივრება ლითონის გამგანიერებლით

საშვილოსნოს ყელის სწრაფად გაგანიერებისთვის ხმარობენ ჰეგარის ჩხირებს. ჰეგარის ჩხირები სხვადასხვა სიდიდისაა. ყველაზე პატარა სამი ნომერი, რომლის დიამეტრი 3 მილიმეტრს უდრის. დიამეტრის მაჩვენებელი ციფრი აღნიშნულია თითოეულ გამგანიერებელზე. ყოველი მომდევნო ნომრის დიამეტრი ნახევარი ან ერთი მილიმეტრით მეტია. ყველაზე მსხვილი 28-ე ნომერი, რომელსაც 28 მმ დიამეტრი აქვს.



სურ. 210 საშვილოსნოს ყელის გაგანიერება ჰეგარის გამგანიერებლებით

სამეანო პრაქტიკაში ხმარობენ 12-14 ნომრამდე ჰეგარის ჩხირებს ხელოვნური აბორტის 3 თვემდე ჩატარების დროს, ხოლო 18-20 ნომრამდე საშვილოსნოს-ღრუში მეტრეირინტერის შეტანის დროს ან ივანოვის მაშის დასადებად.

ავადმყოფის მოსამზადებლად საჭიროა შარდის გამოშვება, სადეზინფექციო ხსნარით სასქესო ორგანოების ჩაბანა, ამავე ხსნარით საშოს გამორეცხვა, სპირტითა და იოდით მომზადება.

გაგანივრების ტექნიკა. სპირტითა და იოდით მომზადების შემდეგ საშვილოსნოს ყელს ადებენ ტყვიის მაშას და ისე იჭერენ. ყელის არხსაც ასევე სპირტითა და იოდით დაამუშავებენ. საშვილოსნოს ღრუში ჯერ ზონდს შეიტანენ, შემდეგ კი შეუდგებიან გასტერილებული ჰეგარის ჩხირების გატარებას ყელის გარეთა პირიდან მის არხსა და შიგნითა პირში. შიგნითა პირს იქით საშვილოსნოს ღრუში ჰეგარის ჩხირები არ შეაქვთ. თითოეულ ჩხირს დაახლოებით ერთი-ორი წუთით აჩერებენ. შემდეგ უფრო მეტი დიამეტრის ჩხირი შეაქვთ. ამგვარად, იმისდა მიხედვით, თუ ოპერატორი რას ისახავს მიზნად ყელის გაგანიერების დასაწყისში, გაგანივრება გრძელდება მანას, სანამ საშვილოსნოს ყელსა და შიგნითა პირში შესაძლებელი იქნება თითის, კორნცანგის, კიურეტის ან მეტრეირინტერის თავისუფლად გატარება.

საშვილოსნოს ყელის ბაგის შებრუნება (შესწორება)

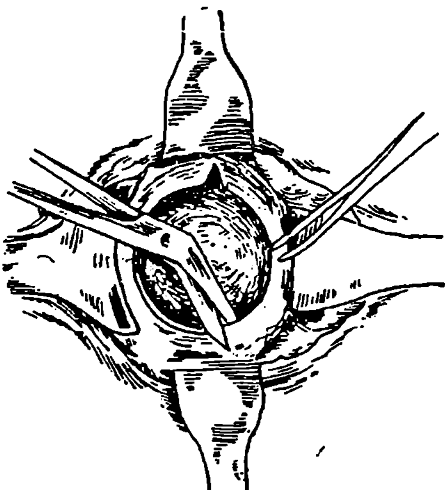
მშობიარობის დროს ზოგჯერ საშვილოსნოს ყელის სრული გახსნის შემდეგ მისი წინა ბაგე არ გადაიწევა ნაყოფის თავის ზემოთ. იგი შებრუნდება და ნაყოფის თავს წინ გამოუსწრებს. ქსოვილი ფერს შეიცვლის, მისი კვება მოიშლება. ადვილი შესაძლებელია, რომ საშვილოსნოს ყელის წინა ბაგე ნაყოფის თავს გამოსვლის დროს სრულიად მოსცილდეს ანდა ყელსა და შარდის ბუშტს შორის ფისტულა წარმოიქმნას.

ჩაჭედილი წინა ბაგე ხელს უშლის მშობიარობას, ახანგრძლივებს მას და საშიშროებას უქმნის ნაყოფის სიცოცხლეს. მშობიარეს მოუსვენრობა ემჩნევა, უსისტემო ჭინთვა და ზედმეტი ტკივილი აქვს. ნაყოფის თავს წინსვლა არ ემჩნევა. ყელის შეშუპებული წინა ბაგე ზოგჯერ საშოში მოჩანს. ამ დროს დაუყოვნებლივ საჭიროა წინა ბაგის შებრუნება-შესწორება.

შებრუნების ტექნიკა. საშოში შეტანილი ორი თითით მიწვდებიან წინა ბაგეს და საშვილოსნოს შეკუმშვის დროს ცდილობენ ყელის ჩაჭედილი ნაწილის შებრუნებას. თუ ბაგე ზემოთ მიდის თავსა და ბოქვენის სახსარს შორის, მას წინ არ უშვებენ, უცდიან საშვილოსნოს კიდევ ერთხელ შეკუმშვას და ამით რწმუნდებიან, რომ ყელის ბაგის შებრუნება დამთავრებულია. თუ ამ წესით შესწორება არ ხერხდება, ერთი თითით თავს ფრთხილად აწევებიან ქვემოდან და ზემოთ სწევენ, მეორე თითის კი ჩაჭედილ ბაგეს შეაბრუნებენ.

ყელის გაგანიერების სისხლიანი წესი

ყელის გაგანიერების სისხლიანი წესებიდან უმარტივესია ყელის გარეთა პირის გაკვეთა (hysterotrachelotomia). ამას აკეთებენ მაშინ, როდესაც ყელი გადასწორებულია და საკმაოდაა გახსნილი, მაგრამ ხელს უშლის მშობიარობის დამთავრებას. ოპერაცია მიმდინარეობს ხელის ან თვალის კონტროლით. ავადმყოფის მომზადება ისეთივეა, როგორც საშოსმხრივი ოპერაციის დროს.

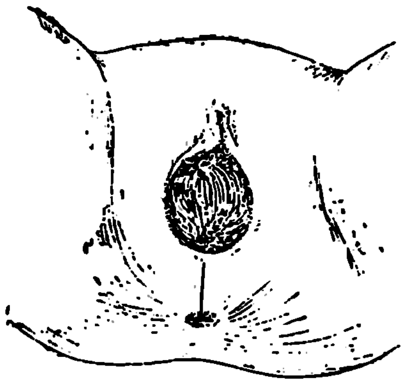


სურ. 211 საშვილოსნოს ყელის გაგანიერება სისხლიანი მეთოდით

მარცხენა ხელის თითი საშოში შეაქვთ. ერთ თითს ათავსებენ ნაყოფის წინმდებარე ნაწილსა და ყელს შორის, მეორეს-საშოში. ყელს გაკვეთავენ მაკრატლით ან დანით, რომელიც მარჯვენა ხელში უჭირავთ. განაკვეთს მარჯვნივ და მარცხნივ ატარებენ. იგი მცირე უნდა იყოს, ერთ სმ-ს არ აღემატებოდეს და ვრცელდებოდეს მხოლოდ საშოს თაღამდე. გაკვეთის შემდეგ საშვილოსნოს ხელში თავისუფლად უნდა გაეიდეს ნაყოფის თავი. მშობიარობის დამთავრების შემდეგ ჭრილობას გაკერავენ, ვინაიდან ამ უკანასკნელს აკეთებენ მხოლოდ მაშინ, როცა საშვილოსნოს ყელი გადასწორებულია და საკმაოდაა (6-8 სმ-მდე) გახსნილი.

საშოსა და გარეთა სასქესო ორგანოების გაგანიერება

მშობიარობას საშო იშვიათად აბრკოლებს. ზოგჯერ იგი შეიძლება იყოს ორმაგი ან გატიხრული, და მაშინ მშობიარობის დროს საჭიროა გაკვეთა. იშვიათად მასში არის სხვადასხვა ეტიოლოგიის ნაწიბური. თუ ნაწიბური მცირეა, შეიძლება მისი ამოკვეთა ორსულობის ან მშობიარობის მიმდინარეობისას. როდესაც ბევრი ნაწიბურია, ბუნებრივი გზით მშობიარობა შეუძლებელია და საჭირო ხდება მუცლისმხრივი საკეისრო გაკვეთა.



სურ. 212 პერინეოტომია, ეპიზიოტომია. ეპიზიოტომიის ჭრილი

საშოში შეიძლება იყოს ცისტები, რომლებიც ასევე ართულებენ მშობიარობას. საკეისრო გაკვეთა საჭიროა აგრეთვე საშოს ატრეზიის (გაუვალობა) შემთხვევაში, რომელიც ორსულობის დროს ვითარდება.

საშოს ცისტა მშობიარობის დროს ზოგჯერ თავისთავად სკდება. თუ არ გასკდა, საჭიროა გაკვეთა და სითხის გამოშვება.

ზოგჯერ, განსაკუთრებით პირველმშობიარეებში, შორისი აბრკოლებს მშობიარობას. მაგალითად, მაღალი და არაელასტიკური შორისი, რაც უფრო ხშირია ხანშიშესულ მშობიარეთა შორის. მაღალი შორისის დროს ზოგჯერ ხდება მისი ცენტრალური გახევა; რაც ახანგრძლივებს მშობიარობას, იწვევს საშოსა და შორისის კუნთებით მთლიანობის რთულ დარღვევას.

ხშირად კანი მთელია, მაგრამ კუნთების გათიშვას მოყვება საშოს კედლების დაწევა-გამოვარდნა, რაც მძიმე გართულებაა.

მაღალი შორისი ზრდის ნაყოფის ასფიქსიის შემთხვევებს, ამიტომ შორისის მოსალოდნელ გახევას და კუნთების გათიშვას ამჯობინებენ მის გაკვეთას. გაკვეთილი ქსოვილი უკეთ ხორცდება, ვიდრე დაგლეჯილი.

მშობიარობის დროს მენჯის ფუძის, ე.ი. შორისის მთლიანობის შენარჩუნებას უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს სასქესო ორგანოების დაწევის, გამოვარდნის ან ფიზიოლოგიური ფუნქციის მოშლის თვალსაზრისით.

სამეანო დახმარების მიზანია შორისის არა კანის, არამედ კუნთების მთლიანობის შენარჩუნება. ამიტომ რაციონალური დახმარება ითვალისწინებს შორისის დაზიანების ნიშნების დროულ გამოცნობასა და პროფილაქტიკას.

შორისის გაკვეთის ჩვენებაა მაღალი შორისით გამოწვეული მშობიარობის მეორე პერიოდის გახანგრძლივება, ან თავის გამოჭრის დროს ნაყოფის მოსალოდნელი ასფიქსიის საშიშროება, მაშის და ვაკუუმექსტრაქტორის დადების წინ ან მომდევნო თავის გამოყვანის გაადვილების მიზნით მენჯით წინმდებარეობის დროს.

ოპერაციის ტექნიკა ასეთია: განაკვეთს აკეთებენ შუა ხაზზე-raphae (პერინეოტომია) ან გვერდზე (ეპიზიოტომია), შიგნიდან გარეთ და ზემოდან ქვემოთ, საჯდომი ბორცვის მიმართულებით. საჭიროების შემთხვევაში ასეთი განაკვეთი შეიძლება ორივე მხარეზე გააკეთონ.

თავსა და შორისს შუა შეაქვთ ლითონის შპადელი. შორისს გაკვეთენ მაკრატლით ან დანით. ჭინთვის დროს გაკვეთენ შპადელისა და თითის კონტროლით.

3 სმ-ზე დიდი განაკვეთი არ არის საჭირო. ჭრილობა სისხლმდენი არ არის.

ნაყოფისა და მომყოლის გამოსვლის შემდეგ შორისი აღდგება.

სასურველია ოპერაციის გაკეთება ადგილობრივი გაუტკივარებით, თუმცა ამ დროს ქსოვილი ნაკლებმტკივნეულია. ანესთეზიისთვის ხმარობენ 1/2%-იან ნოვოკაინის ან სოვკაინის ხსნარს.

განაკვეთზე ზერელედ აბრეშუმის, ღრმად კი კეტგუტის კვანძოვან ნაკერებს აკეთებენ.

პირველადი შეხორცებისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს შორისის მოვლას, რაც გამოიხატება მისი ყოველდღიური ჩაბანით (6 დღის განმავლობაში) ან ნაკერების დამუშავებით წყალბადის ზეჟანგის, მანგანუმმჟავა კალიუმით და სხვ. მეხუთე დღეს აძლევენ გამწმენდ კუჭს, ხოლო მეექვს დღეს მოხსნიან ნაკერებს.

— სანაყოფე ბუშტის ხელოვნური გახევა
DIRUPTIO VELAMENTORUM OVIISEU (OOCYSTOTOMIA)

როცა ყელი მთლიანად გაიხსნება, ეს ნიშნავს, რომ სანაყოფე ბუშტმა თავისი ფუნქცია შეასრულა, იგი საჭირო აღარ არის, თავისთავად იხევა და წინა სანაყოფე სითხე იღვრება, რაც ფიზიოლოგიურად მშობიარობის პროცესისთვის დადებითადაა მიჩნეული. თუ ყელის სრული გახსნის შემდეგ ბუშტი თავისთავად არ გაისა და სითხე არ დაიღვარა, მშობიარობა ფერხდება, ხანგრძლივდება, თავის წინსვლითი მოძრაობა გვიანდება, მშობიარეს აწუხებს ზედმეტი ტკივილი, მოსალოდნელია ნაყოფის ასფიქსია.

ყელის სრული გახსნის შემდეგ სანაყოფე ბუშტი არ იხევა იმ შემთხვევაში, როცა იგი სქელი და ბრტყელია, ნაყოფის თავზე მჭიდროდაა შემოკრული; ამას ხელს უწყობს აგრეთვე სანაყოფე სითხის სიმცირე. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა ბუშტის ხელოვნურად გახევა. ზოგჯერ ბუშტს ხევენ საშვილოსნოს ყელის სრულ გახსნამდე ამა თუ იმ სამეანო ოპერაციის დროს.

სანაყოფე ბუშტის გახევა მოსამზადებელ სამეანო ოპერაციათა ჯგუფს ეკუთვნის. იგი მშობიარობის აქტს უახლოებს ფიზიოლოგიურ პირობებს და ამცირებს მის ხანგრძლივობას.

სანაყოფე ბუშტის გახევა საჭიროა საშვილოსნოს ყელის სრული გახსნის დროს, აგრეთვე მაშინ, როცა ნაყოფი გარსებიანად იბადება, რაც სტაციონარის პირობებში დაუშვებელია და პერსონალის უყურადღებობას უნდა მიეწეროს.

საშვილოსნოს ყელის სრულ გახსნამდე სანაყოფე ბუშტის მთლიანობას არღვევენ: 1. მწვავე, ქრონიკული მრავალწყლიანობის დროს, რადგან სასიცოცხლო ორგანოების (გულისა და ფილტვების) ფუნქცია წყლის სიმრავლის გამო ძალიან შეფერხებულია; საშვილოსნო ძლიერ დაჭიმულია და მშობიარის ჯანმრთელობას საშიშროება ემუქრება; ქრონიკული მრავალწყლიანობის დროს ბუშტის ხელოვნური გახევა საჭიროა საშვილოსნოს შეკუმშვის გაძლიერების მიზნით; ამ შემთხვევაში ბუშტს ხევენ ყელის გახსნის პირობებში ისე, რომ სითხის სწრაფ ნაკადთან ერთად ნაყოფის წვრილი ნაწილები და ჭიპლარი არ გამოვარდეს, მშობიარე მოკში არ ჩავარდეს. სითხეს ნელი ნაკადით უშვებენ, საშვილოსნოს მოცულობა მცირდება, შეკუმშვა იწყება და სამშობიარო მოქმედება ძლიერდება; 2. პლაცენტის არასრული წინმდებარეობით გამოწვეული სისხლის დენის შემთხვევაში; 3. ეკლამფსიის, პრეეკლამფსიისა და ნეფროპათიის შემთხვევაში.

საშოსმხრივი სამეანო ოპერაციის დროს ყოველთვის საჭიროა სანაყოფე ბუშტის გახევა. სანაყოფე ბუშტს ხევენ აგრეთვე ტყუპით მშობიარობის შემთხვევაში,

როდესაც ერთი ნაყოფი დაიბადება, ნახევარი საათის განმაელობაში კი მეორე არ იბადება. ამჟამად პირველი ნაყოფის დაბადების შემდეგ იცდიან მხოლოდ 10-12 წუთს, შემდეგ ჩაატარებენ ბიმანუალურ გასინჯვას და გახევენ მეორე ნაყოფის სანაყოფე ბუშტს.

ჭიპლარის აპკისებრი მიმაგრების დროს ბუშტს გახევენ, თუ ყელი 3-4 თითამდეა გახსნილი. ბუშტი უნდა გახიონ იქ, სადაც ჭიპლარის სისხლძარღვები არ ისინჯება. ბუშტი ხელოვნურად უნდა მოაცილონ ნაყოფის თავს, მაშინ, როცა იგი მცირედ გაიხევა, სანაყოფე სითხე დაიღვრება, იგი მჭიდროდ ეკვრის თავს და აფერხებს მის წინსვლას.

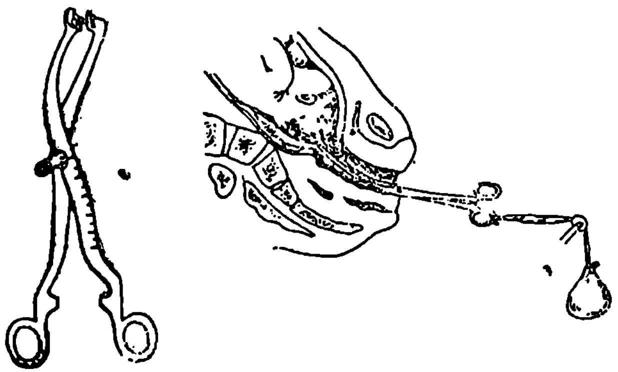
სანაყოფე ბუშტის გახევის უკუჩვენებაა: ვიწრო მენჯი, ნაყოფის არასწორი მდებარეობა, თავის პათოლოგიური ჩადგმა, ჭიპლარის წინმდებარეობა.

ბუშტის გახევის ტექნიკა მარტივია. ოპერაციას ატარებენ სამშობიარო საწოლზე, ის არავითარ დამხმარე პერსონალს არ საჭიროებს. გარეთა სასქესო ორგანოების, საშოსა და ოპერატორის ხელების მომზადება საჭიროა ჩვეულებრივი წესით. საშოში შეაქვთ თითი, უცდიან საშეილოსნოს კუმშვის დაწყებას, რათა სანაყოფე ბუშტი დაიჭიმოს, შემდეგ ამ უკანასკნელს თითით დააწვებიან, რის შედეგადაც იგი ადვილად იხევა. ზოგჯერ თითის მაგივრად სანაყოფე ბუშტს ხევენ ტყვიის მაშით, ზონდით, მაკრატლის წვერით ან რაიმე სხვა იარაღით.

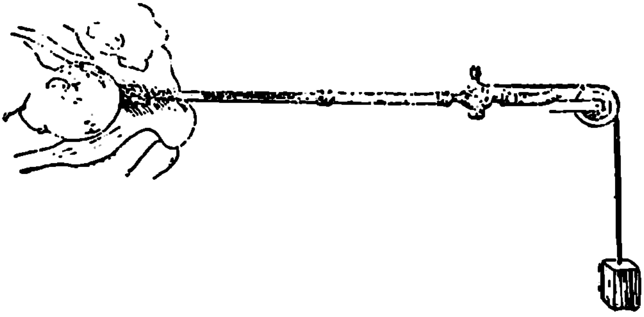
ასეთი ოპერაციისთვის საჭიროა ერთგვარი გამაფრთხილებელი ზომების მიღება. სანაყოფე ბუშტის გახევის წინ მშობიარეს მენჯის არეში ამოუდებენ პოლსტერს, რათა ხელი შეუშალონ წყლის ერთბაშად დაღვრას.

ნაყოფის თავის კანზე ივანოვის წესით მაშის გამოყენება-თავ-კანის მაშა

ივანოვმა 1932 წელს პლაცენტის კიდითი და გვერდითი წინმდებარეობის დროს სისხლის დენის შესაჩერებლად, შეტევების გასაძლიერებლად და საერთოდ მშობიარობის დასაჩქარებლად შეიმუშავა ნაყოფის წინმდებარე თავის კანზე სპეციალური მაშის დადება. ასეთი მაშის უქონლობის შემთხვევაში ტყვიის ან მიუზოს მაშას ხმარობენ. უცხოეთში ეს წესი აღწერეს გაუსმა (გერმანია) და უილტმა.



სურ. 213 თავ-კანის მაშა



სურ. 214 ვაკუუმსტიმულატორი

ადრე ივანოვის მაშას ხმარობდნენ მკვდარი ნაყოფის თავისთვის, ამჟამად კი ცოცხალ ნაყოფზეც იყენებენ. იგი ნაყოფის თავს არ აზიანებს, კანის უმნიშვნელო დაზიანება კი სწრაფად იკურნება.

ივანოვის მაშას ხმარობენ უმთავრესად საშვილოსნოს ყელის გაგანიერების, აგრეთვე მენჯში ნაყოფის თავის წინსვლის დაჩქარების მიზნით, ხოლო როდესაც ყელი სრულიად გაიხსნება და თავი გამოსავალში მოთავსდება, მშობიარობას (ჩვენების მიხედვით) ამთავრებენ სამეანო მაშით ან ვაკუუმექსტრაქტორით.

ნაყოფის თავზე ივანოვის მაშის დადება საჭიროა: 1. პლაცენტის გვერდითი, კიდითი (და არა ცენტრალური) წინმდებარეობის დროს; 2. სამშობიარო შეტევის პირველადი და მეორადი სისუსტის შემთხვევაში; 3. დედის დაავადების დროს, რომელიც საჭიროებს მშობიარობის დაჩქარებას.

ივანოვის მაშის დადების პირობები ასეთია: 1. საშვილოსნოს ყელის გახსნა არანაკლებ 1,5-2 თითზე; 2. დარღვეული სანაყოფე ბუშტი, სანაყოფე გარსები. თუ სანაყოფე ბუშტი მთელია, საჭიროა მისი გახევა.

ივანოვის მაშის დადების უკუჩვენებაა: 1. მენჯის სივიწროვე, თავსა და მენჯს შორის შეუფარდებლობა; 2. ჰიდროცეფალია; 3. ნაყოფის პირისახით, შუბლით, მენჯით წინმდებარეობა (ზოგიერთი ავტორი ივანოვის მაშას ადებს საჯდომზეც); 4. ნაყოფის განივი და ირიბი მდებარეობა; 5. ეკლამფსია და ეკლამფსიზმი.

ოპერციის ტექნიკა. ნაყოფის თავის კანზე ივანოვის მაშის დადების წინ სავალდებულოა შინაგანი გასინჯვის გულდასმით ჩატარება იმ მიზნით, რომ დაადგინონ სანაყოფე ბუშტის მთლიანობა, მენჯსა და თავს შორის შეფარდება, წინმდებარე ნაწილი, საშვილოსნოს ყელის გახსნის დონე.

შარდი უნდა გამოუშვან, გარეთა სასქესო ორგანოები და საშო მოამზადონ ოპერაციისთვის. საშოში ჩადგამენ სარკეს, გამოაჩენენ საშვილოსნოს ყელს და წინმდებარე ნაწილზე (უმჯობესია კეფის კანზე) დაადებენ მიუზოს ერთ ან ორ მაშას. მაშის მცირე დაქაჩვით შეამოწმებენ, კარგად არის თუ არა იგი დადებული და ხომ არ სცილდება თავს. შემდეგ მაშას მიაბამენ მცირე წონის (400-600 გ) ტვირთს და საწოლის ბოლოზე გადაკიდებენ.

ეს ოპერაცია ეფექტურია-აჩქარებს ყელის გახსნას, აძლიერებს შეტევას, აჩერებს სისხლის დენას, კარგი გამოსავლით მთავრდება როგორც დედის, ისე ნაყოფისთვის. მაშას ტოვებენ ნაყოფის თავზე 2-3 საათით.

გამოვარდნილი ჭიპლარის შებრუნება

ჭიპლარის გამოვარდნა ნაყოფის სიკვდილიანობის ერთ-ერთი უმთავრესი მიზეზია. მისი სიხშირე 1%-მდე აღწევს. ჭიპლარი წინმდებარეა, თუ მისი მარყუჟი ნაყოფის წინმდებარე ნაწილის წინ ისინჯება, მაგრამ სანაყოფე ბუშტი მთელია.

ჭიპლარის გამოვარდნის დროს ნაყოფის ასფიქსიით მშობიარობის გახანგრძლივებისა და საშვილოსნოს ღრუს ინფიცირების საშიშროება იქმნება.

როდესაც ჭიპლარი წინმდებარეა და ნაყოფი განივ და ირიბ მდებარეობაშია სასურველია დაცვა-სანაყოფე ბუშტის შენარჩუნება საშვილოსნოს ყელის სრულ გახსნამდე, მისი გახევის შემდეგ ნაყოფის მობრუნება ან სხვა გზით მშობიარობის დაჩქარება.

გამოვარდნილი ჭიპლარის შებრუნება დასაშვებია, როცა ნაყოფი ცოცხალია, რასაც ამოწმებენ გამოვარდნილი ჭიპლარის პულსაციით და ნაყოფის გულისცემის მოსმენით.

თუ ყელი მცირედაა გახსნილი, ნაყოფი ცოცხალია და ჭიპლარი გამოვარდნილია, საჭიროა საკეისრო გაკვეთა, რაია ნაყოფი გადარჩეს.

თუ ყელი სრულადაა გახსნილი, ნაყოფი ცოცხალია და ჭიპლარი გამოვარდნილია, საჭიროა საკეისრო გაკვეთა, რათა ნაყოფი გადარჩეს.

ყელის სრული გახსნის დროს მშობიარობას ამთავრებენ სამეანო მაშით, ვაკუუმექსტრაქტორით ან ნაყოფის ფეხზე მობრუნებით.

ჭიპლარის შებრუნება იშვიათად ხდება საჭირო. მისი ტექნიკა ასეთია: მშობიარე მუხლ-იდაყვის მდგომარეობაშია ან გვერდზე-ამ მდგომარეობაში წნევა კლებულობს, რაც აადვილებს ჭიპლარის შებრუნებას. გამოვარდნილი ჭიპლარის მარყუჟს ორ თითს შუა იჭერენ, საშვილოსნოში შეიტანენ და წინმდებარე ნაწილის უკან მოათავსებენ. ჭიპლარის შებრუნების შემდეგ ნაყოფს თავზე ადებენ თავაკანის მაშას ან ვაკუუმსტიმულატორს.

XLVI თავი

მოსამშობიარებელი ოპერაცია

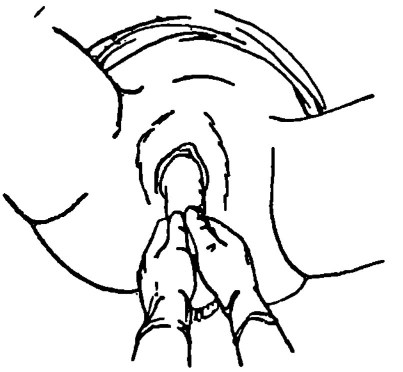
ნაყოფის ხელით გამოყვანა მენჯით წინმდებარეობის დროს ნაყოფის გამოყვანა ფეხით და შერეული ჯდომით წინმდებარეობის დროს

მენჯით წინმდებარეობის ზოგ შემთხვევაში საჭირო ხდება ნაყოფის ხელოვნურად გამოყვანა (ექსტრაქცია). იგი ნაკარნახევია დედის, ნაყოფის ან ორივეს სასიცოცხლო ჩვენებით (ნაყოფის ჰიპოქსია, ჭიპლარის გამოვარდნა, პლაცენტის წინმდებარეობა ან მისი ნაადრევი მოცილება, ეკლამფსია, მაღალი ტემპერატურა და მშობიარობის გახანგრძლივება).

როცა მეანი იწყებს ხელით ნაყოფის გამოყვანას, იგი დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ მშობიარის მენჯი გაატარებს ნაყოფის თავს. ჩარევა საჭიროა ნარკოზის პირობებში.

თუ წინმდებარე ფეხია, მეანი იჭერს მას სტერილური დოლბანდით და ქვემოთ სწევს.

პირველი ეტაპია ნაყოფის განთავისუფლება ჭიპის რგოლამდე, მეორე-ბეჭქვეშა კუთხემდე, მესამე-ხელების განთავისუფლება, ხოლო მეოთხე-თავის გამოტანა.



სურ. 215 ნაყოფის ექსტრაქცია

თუ მეანი ამჩნევს, რომ უკანა სახეა და ნაყოფი წინა სახეში გადადის, ე.ი. ზურგი წინ ბრუნდება, მან ამ მდგომარეობას ხელი უნდა შეუწყოს.

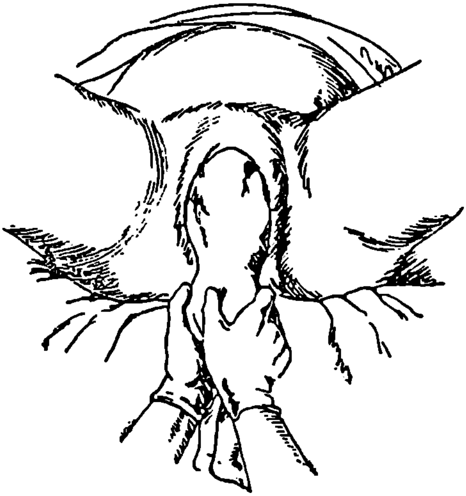
თუ შერეული ჯდომია, პირველი ეტაპი იქმნება ფეხის ჩამოტანა საშოში, დანარჩენი ეტაპები ისეთივეა, როგორც ფეხით წინმდებარეობის დროს.

ნაყოფის გამოყვანისას მეანს საჭიროა ახსოვდეს, რომ ნაყოფის ტანი მენჯიდან გულმკერდამდე ხელუხლებელი უნდა დარჩეს, რადგან ნაყოფის მუცელზე ხელის შეხება გამოიწვევს მუცლის ღრუში მდებარე პარენქიმული ორგანოების დაზიანებას. როცა სასქესო არხში ჭიპლარი გამოვა, საჭიროა მისი დათვალიერება, მასში პულსაციის ნახვა; არის შემთხვევა, როცა ჭიპლარში პულსაცია არ აღინიშნება და ნაყოფი ცოცხალია, რაც გამოწვეულია იმით, რომ ჭიპლარი განიცდის ზეწოლას, ზოგჯერ დაჭიმვას. ამ დროს საჭიროა აჩქარება, პირველ რიგში ჭიპლარის განთავისუფლება. თუ ეს არ ხერხდება, უმჯობესია მისი ორ ადგილას გადანასკვა და გადაჭრა, რის შემდეგ განაგრძობენ ნაყოფის სწრაფად გამოყვანას ბეჭების ქვედა კუთხემდე. შემდეგ ათავისუფლებენ ხელებს და გამოაქვთ თავი მორისო-ლევრემადამ ლაშაპელის წესით. ამ ჩარევის დროს გამოყენებულია ბანგი, ზოგჯერ კი მშობიარეს წინასწარ უკეთებენ 0,1%-იან 1,0 ატროპინის სულფატს და აძლევენ ქანგბადს.

მომდევნო თავის განთავისუფლების რამდენიმე წესი არსებობს: 1. მორისოლევრე მადამ ლაშაპელის წესით ნაყოფს ისე ასწორებენ, რომ ზურგი წინ იყოს მიმართული, მას მარცხენა ხელზე ათავსებენ, ამავე ხელის შუათითს (ზოგჯერ საჩვენებელ და შუათითს ერთად) ატარებენ საშოში, მიწვდებიან ნაყოფის პირის ღრუს და ნიკაპის მოხრის მიზნით აწვებიან ქვედა ყბას. მარჯვენა ხელის ორ თითს გარედან მხარბეჭზე ათავსებენ ისე, რომ თითის წვერები მოხვდეს არა ლავიწზე, რაც იწვევს მხრის ნერვული წნულის დაზიანებას, არამედ მის ქვემოთ. ამგვარად, მარცხენა ხელით ცდილობენ ნიკაპი მიუახლოონ გულმკერდს, თავი მოხარონ, მარჯვენა ხელით გამოსწიონ თავი მენჯის ღერძის მიმართულებით ჯერ ქვემოთ, შემდეგ პირდაპირ, ოპერატორისკენ და, დასასრულ, ზემოთ. უკანასკნელ მანიპულაციას ჩაატარებენ იმის მერე, რაც კეფა ბოქვენის ქვემოდან გამოჩნდება, მხოლოდ ამის შემდეგ გამოვა შორისის ზემოდან პირისახე.

ზოგჯერ ნაყოფი უკანა სახით იბადება, რომლის გასწორება-წინა სახეში გადა-

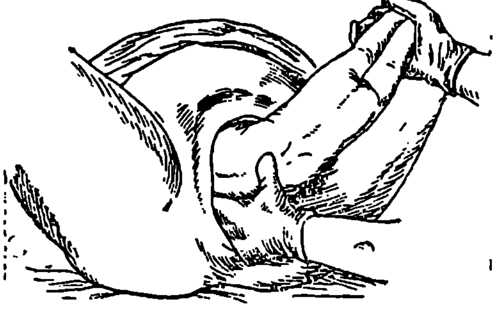
ყვანა ვერ ხერხდება. ამ დროს ნაყოფის პირისახე მოქცეულია წინ, საშვილოსნოსკენ, კეფა-უკან, გავისკენ. ამ მდგომარეობაში ნაყოფის თავი გამოაქვთ მადამ ლაშაპელის შებრუნებული წესით. ნაყოფი ზურგით მარცხენა ხელზეა გადაწვენილი, ამავე ხელის ორ თითს ათავსებენ მხარბეჭზე. მარცხენა ხელის ერთ ან ორ თითს შეიტანენ საშოში და მოათავსებენ ნაყოფის ნიკაპზე ზემოდან თავის მოსახრელად ან ქვემოდან ასწევენ ქვედა ყბას თავის ზედმეტი გაშლის მიზნით. ამავე დროს მარცხენა ხელით მენჯის არხის მიმართულებით თავს გაატარებენ. პირველად გამოდის კეფა, შემდეგ თხემი, ბოლოს კი-პირისახე.



სურ. 216 ნაყოფის ექსტრაქცია. ნაყოფის განთავისუფლება ბეჭქვეშა კუთხემდე

სმელის წესი მადამ ლაშაპელის წესისგან მხოლოდ იმით განსხვავდება, რომ საშოში შეტანილ ორ თითს, ნაცვლად ნიკაპისა, ათავსებენ ზედა ყბაზე, ნაყოფის თვალ-ბუდის ქვემოთ და ცდილობენ თავის მოხრას. თავის მიზიდვა საჭიროა მარჯვენა ხელით.

ვიგანდ-მარტინის წესის გამოყენებისას მადამ ლაშაპელის წესისამებრ მარცხენა ხელზე ათავსებენ ნაყოფს, ამავე ხელის ორ ან ერთ თითს მის პირში შეიტანენ და ნიკაპს ქვემოთ მოხრიან, მარჯვენა ხელს მშობიარის მუცლის გარედან ნაყოფის თავზე ათავსებენ და აწვებიან მას, რათა თავი მენჯის არხში გაატარონ. უმჯობესია, მარცხენა ხელის შუა თითი შეიტანონ პირის ღრუში, საჩვენებელი თითი კი ქვედა ყბაზე მოათავსონ. არათითით ნიკაპს გარედან დააწვებიან, რაც უფრო აადვილებს თავის მოხრას.

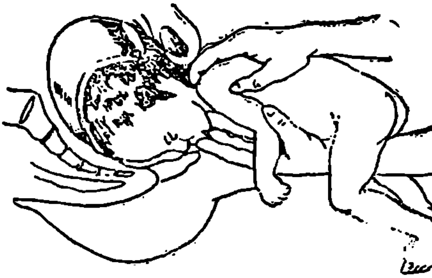


სურ. 217 ნაყოფის ექსტრაქცია. უკანა ხელის განთავისუფლება

ნაყოფის ტანის გამოსვლის შემდეგ იშვიათად საშვილოსნოს ყელი იკუმშება და ნაყოფის კისერს ზედმეტად მოეჭირება. ასეთი გართულება ხდება მაშინ, როცა ნაყოფის ტანის გათავისუფლების დროს საშვილოსნოს ყელი სრულად არ იყო გახსნილი.

ამ დროს საჭიროა ნარკოზი ან წინასწარ ატროპინის გაკეთება. მაგრამ დროის მოგების მიზნით მიზანშეწონილია სასწრაფოდ ყე-

სურ. 218 ნაყოფის ექსტრაქცია. ზედა ხელის განთავისუფლება



სურ. 219 ნაყოფის ექსტრაქცია. თავის განთავისუფლება-ჰორიზონტალური ტრაქცია

ლის მცირე გაკვეთა ორივე მხარეზე-მარჯვნივ და მარცხნივ. ყელს გაჭრიან მაკრატლით, მშობიარობის დამთავრებისა და მომყოლის გამოსვლის შემდეგ კი გაკერავენ.

ფეხით არასრული მდებარეობის დროს ნაყოფის გამოყვანის ოპერაციის პირველი მომენტი ონდავ განსხვავებულია.

ნაყოფის ფეხს გასტერილებული პირსახოცით ცალი ხელის ორი ან სამი თითით დაიკავებენ და გაათავისუფლებენ-გამოიტანენ. შემდეგ წვივს მარჯვენა ხელით დაიჭერენ და სწევენ ქვემოთ, სანამ სამშობიარო არხიდან ბარძაყი გამოვა. გამოსვლისას ბარძაყს ისე დაიჭერენ, როგორც წვივს, და მოზიდვას განაგრძობენ. როცა სასქესო არხიდან მეორე დუნდული გამოჩნდება, საზარდულში შეიტანენ იმავე ხელის საჩვენებელ თითს, ხოლო გამოტანილი ბარძაყის საზარდულში-მეორე ხელის ოთხ თითს. ცერებს ნაყოფის გავის ძვალზე ათავსებენ და ნაყოფს ქვემოთ სწევენ, ვიდრე მეორე დუნდული და შემდეგ ჭიპის არეც დაიბადება. მაშინ ნაყოფის ტანს ოდნავ ზემოთ ასწევენ და სასქესო არხიდან მეორე ფეხი გამოვა. ამ შემთხვევაში ასე მთავრდება ოპერაციის პირველი მომენტი. შემდეგ ნაყოფს იმგვარად გამოიყვანენ როგორც ზემოთ არის აღწერილი.

ნაყოფის გამოყვანა სუფთა ჯდომით წინმდებარეობის დროს

სუფთა ჯდომით წინმდებარეობისას, ე.ი. როცა ფეხები მოხრილია მენჯ-ბარძაყის სახსარში და გაშლილია მუხლის სახსარში, დახმარების აღმოჩენა უფრო ადვილია.

ბიმანუალური გასინჯვით დაადგენენ, მოძრავია თუ უძრავი დუნდულები.

როცა დუნდულები უკვე მცირე მენჯშია შესული, მშობიარობის დაჩქარების მიზნით ხელების სათანადოდ მომზადების შემდეგ საშოში შეაქვთ საჩვენებელი თითი, მას ათავსებენ უფრო ადვილად მისაწვდომი ნაყოფის საზარდულის ნაკეცში და დუნდულებს ქვემოთ სწევენ, სანამ სასქესო არხიდან ცალი დუნდული გამოჩნდება.

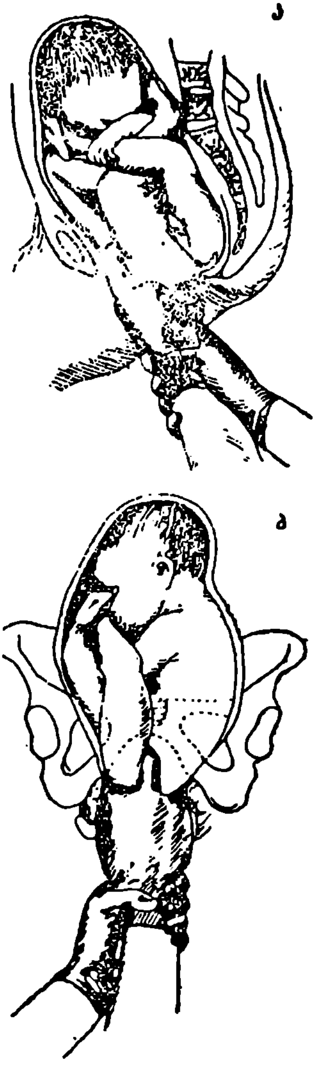
თითით გამოწევისთვის ძალაა საჭირო, ამიტომ ზოგი მეანი ორი თითით გამოწევას მიმართავს, სახელდობრ, საზარდულის ნაკეცში შეაქვთ საჩვენებელი და შუათითი. უკეთესია ერთი თითით გაწევა, რადგან ორი თითის გამოყენებამ შეიძლება ნაყოფს ტრავმა მიაყენოს.

როცა სასქესო არხში ერთი დუნდული გამოჩნდება, მეორე საზარდულის ნაკეცში მოთავსებული თითით მეორე დუნდულს ჩამოსწევენ, ამგვარად, თითებს ათავსებენ ორივე საზარდულის არეში, რაც აადვილებს ნაყოფის გამოყვანას.

დუნდულებს ჯერ ქვემოთ დასწევენ. როცა წინა დუნდული ბოქვენის სახსარს ქვემოთ გამოჩნდება, მაშინ ნაყოფს ზემოთ ასწევენ და მეორე დუნდული შორისის ზემოდან გამოვა.

ნაყოფის მენჯით წინმდებარეობის დროს ზოგჯერ მიმართავენ სამეანო მაშას, რომელიც სასურველ შედეგს იძლევა მენჯის არხში ჩასული მენჯის გამოსატანად. სათანადო ჩვენებისა და პირობების მიხედვით, იგი უფრო დამზოგველია. სამეანო მაშას საჯდომზე ისე ათავსებენ, როგორც თავით წინმდებარეობის დროს.

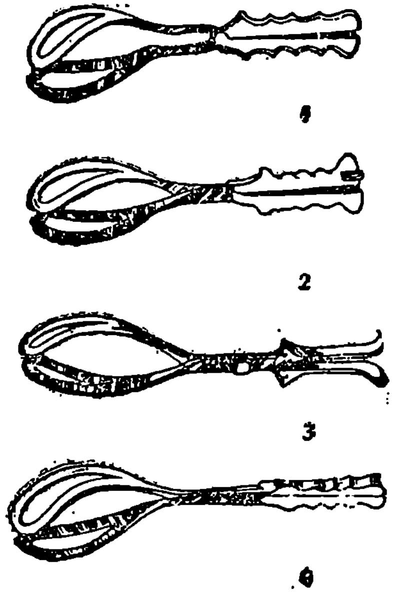
რაც შეეხება არხანგელსკის მეთოდით ჯდომით მდებარეობის შეცვლას თავით მდებარეობით, ეს საჭიროებს ხანგრძლივ დაკვირვებას. მისი გამოყენება მიზანშეწონილი არ არის.



სურ. 220 ნაყოფის ექტრაქცია სუფთა ჯდომის დროს

სამეანო მაშა-FORCEPS OBSTETRICA

სამეანო ოპერაციის დროს მაშის გამოყენებას დიდი მნიშვნელობა აქვს.მისი დანიშნულებაა სამშობიარო არხიდან ცოცხალი, დროული ნაყოფის გამოტანა.



სურ. 221 სამეანო მაშის ტიპები: 1-სიმპსონის მაშა; 2-ელიოტის მაშა; 3-კილანდის მაშა; 4-ბეილ-ვილიამსონის მაშა

მაშის პირველად გამოყენების თარიღი ზუსტად არ არის დადგენილი. ზოგიერთი წყაროს მიხედვით, სამეანო მაშა ცნობილი ყოფილა ჯერ კიდევ რომის იმპერიაში, მას ხმარობდნენ მკვდარი ნაყოფის გამოსატანად.

1554 წელს ციურიხში რიუმა დაამზადა იარაღი, რომელსაც მაშა ეწოდა. ნაყოფის თავის გამოსატანად მაშა პირველად პიერ ფრანკომ გამოიყენა 1561 წელს. ასი წლით უფრო ადრე იაპონელები ნაყოფის თავის გამოსაყვანად იყენებდნენ მარყუჟებს და აბრეშუმის ბადეს.

თანამედროვე მაშის მოდელი შექმნა პ.ჩემბერლენმა (ინგლისი) XVI საუკუნის ბოლოს და ამ იარაღს საიდუმლოდ ინახავდა. მან მოინდომა მაშის საიდუმლოების გაყიდვა და ამ მიზნით ჩავიდა საფრანგეთში, მაგრამ ვერ გაყიდა, ვინაიდან მორისოსთან ერთად სადემონსტრაციოდ გამოიყენა ვიწრომენჯიანი მშობიარობისთვის, რომელიც გარდაიცვალა მოუმშობიარებლად საშვილოსნოს გასეთქვის გამო სისხლის დენით. ამ შემთხვევამ მაშისადმი მეანთა ინტერესი შეანელა და ის საიდუმლოდ დარჩა. ჩემბერლენების ოჯახში მისი გარდაცვალების შემდეგ ნახეს მაშის სხვადასხვა მოდელი.

125 წლის შემდეგ (1723 წ.) მაშის მოდელი შექმნა ი.პალფინმა (ჰოლანდია) და მაშინ გამოაქვეყნა მისი გამოყენების პირობები და ჩვენებები. ეს მაშა სწრაფად გავრცელდა.

რუსეთში 1765 წელს მაშა პირველად გამოიყენა მოსკოვის უნივერსიტეტის პროფესორმა ი.ფ. ერაზმიუსმა.

დღემდე ცნობილია სამეანო მაშის 300-მდე მოდელი. ამჟამად არსებობს სამი ტიპის მოდელი: ფენომენოვ-სიმპსონის, გერმანულ-ფრანგული, აგრეთვე ლაზარევიჩის მაშა. ეს მაშები ერთიმეორისგან განსხვავდება საკეტით, სიგრძითა და მენჯის არხის სიმრუდით. ფენომენოვ-სიმპსონის მაშა მოკლეა და მარტივი, ამოჭრილი საკეტი აქვს. ნეგელი გერმანული და ლივრეტის ფრანგული სამეანო მაშა უფრო გრძელია, საკეტი ფოლაქისებრი აქვს. ლაზარევიჩის მაშა სწორია და არა აქვს მენჯის არხის შესაბამისი სიმრუდე.

მაშის გაუმჯობესებამ გამოიწვია მისი ფართო გამოყენება.

კვალიფიკაციური მეანის მიერ დროულად (არც ადრე და არც გვიან), ზუსტი ჩვენებისა და პირობის მიხედვით გამოყენების დროს სამეანო მაშა არავითარ საშიშროებას არა ქმნის, პირიქით, სასარგებლოა და არც გართულებას იწვევს. მაშის საშუალებით მოზიდავენ ნაყოფის თავს, იშვიათად საჯდომსაც. ბუნებრივ ძალას ემატება ოპერატორის ძალა, მაგრამ ეს უკანასკნელი უნდა იყოს ზომიერი და 15-20 კგ-ს არ აღემატებოდეს.

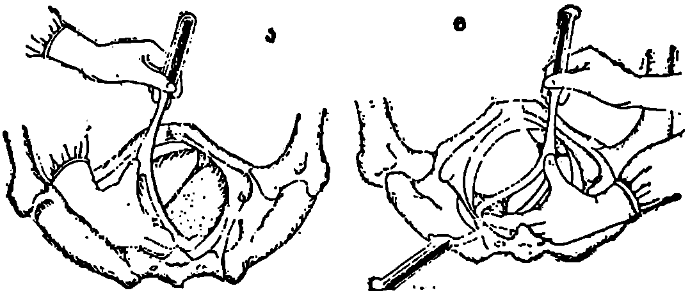
მაშა ლითონის იარაღია. მისი წონაა 500-600 გ, შედგება მარცხენა და მარჯვენა ტოტისგან. თითოეული ტოტი შედგება სამი ნაწილისგან: 1. კოვზის, 2. საკეტისა და 3. სახელურისგან.

მაშის დანიშნულება არ არის ნაყოფის თავის მოცულობის შემცირება, მისი უწესო მდებარეობის შეცვლა ან მენჯის მოცულობის გადიდება, მისი დანიშნულებაა მხოლოდ თავის გარეთ გამოწევა (ნაყოფი თავი ბრუნავს მაშაში და არა მაშით).

მაშის ერთი ტოტი, რომელსაც მარცხენა ხელში იჭერენ, განკუთვნილია მენჯის მარცხენა ნახევარში შესატანად, მას მარცხენა ტოტი ეწოდება. მეორე ტოტს მარჯვენა ტოტი ეწოდება. ორივე ტოტი ერთმანეთს უერთდება ან გადაჯვარედინებით შუა ადგილზე (მაკრატლის მსგავსად) ან ერთი ტოტის მეორესთან მიდებით (გადაუჯვარედინებელი მაშა).

კოვზი ფირფიტაა, რომელსაც შუაზე ფართო ამონაჭერი-ფანჯარა და მომრგვალებული ზედა და ქვედა გვერდები აქვს. კოვზები გამრუდებულია თავის სიმრუდის შესაბამისად. დახურული მაშის შიგა ზედაპირები ნაყოფის თავზე მაგრადაა მიკრული თავისა და კოვზების სიმრუდის დამთხვევის გამო. კოვზის შიგნიდან ჩაზნექილ (და გარედან ამოზნექილ) სიმრუდეს ეწოდება თავის სიმრუდე. კოვზის კიდეები ასევე რკალისებურადაა მოხრილი, ზედა კიდე ჩაზნექილია, ხოლო ქვედა-ამოზნექილი. კოვზების ამ მეორე სიმრუდეს მენჯის სიმრუდე ეწოდება, რამდენადაც იგი მენჯის ღერძის სიმრუდეს შეესაბამება. რუსული ტიპის მაშას მენჯის სიმრუდე არა აქვს. მენჯის სიმრუდის უქონლობა თავის გარდიგარდმო ზომაში დაჭერის საშუალებას იძლევა, მენჯის რომელ სიბრტყეში და როგორ მდებარეობაშიც უნდა იმყოფებოდეს იგი.

საკეტი ემსახურება ტოტების შეერთებას. სხვადასხვა მოდელის მაშის საკეტის მოწყობილობა სხვადასხვანაირია. არსებითი მნიშვნელობა აქვს მისი მოძრაობის დონეს: საკეტი შეიძლება იყოს თავისუფლად მოძრავი (რუსული მაშა), ზომიერად მოძრავი (ინგლისური მაშა), თითქმის უმოძრაო (გერმანული მაშა) და სრულებით უმოძრაო (ფრანგული მაშა). მოძრავი საკეტი თავზე კოვზის დადების საშუალებას იძლევა მენჯის ყველა სიბრტყეში და ხელს უშლის თავის ზედმეტ მოჭერას. მაშის სახელური სწორი მასიური ღეროა. მისი შიგნითა ზედაპირი გლუვია, რის გამოც დახურული ტოტების ორივე სახელური ერთმანეთთან მჭიდროდაა მიკრული. გარე-



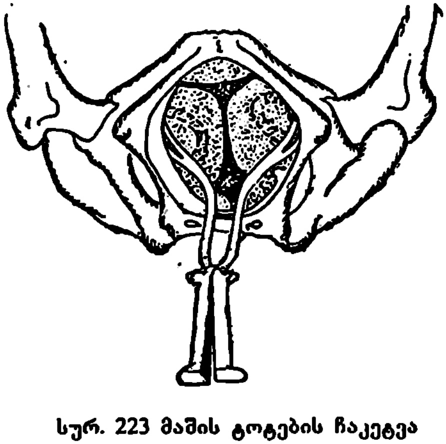
სურ. 222 მაშის ტოტების შეტანა: ა-მარცხენა ტოტის შეტანა; ბ-მარჯვენა ტოტის შეტანა

დან სახელური უსწორმასწოროა, რის გამოც მისი ხელში დაჭერა ადვილია. სახელურის გარეთ ზედაპირზე გვერდითი კაუჭებია, რომლებიც თითებისთვის საყრდენს ქმნიან ტრაქციის დროს.

მაშის დანიშნულებაა თავის მაგრად დაჭერა, საშვილოსნოსა და მუცლის პრესის გამომძევებელი ძალის შეცვლა ექიმის მოშწევი ძალით. მაშასადამე, მაშა მხოლოდ გამომტანი იარაღია, მაგრამ არაროტაციული და არაკომპრესორული.

ჩვენებები. მაშის დადება საჭიროა ყველა შემთხვევაში, როცა გამოძევების პერიოდში დედას ან ნაყოფს ან ორივეს ერთად საფრთხე მოელის, რომლის აცილება შეიძლება მხოლოდ ნაყოფის დაუყოვნებლივ გამოყვანით; ასეთი დაბრკოლებებია: 1. სამშობიარო ძალის მეორადი სისუსტე, რის გამოც ნაყოფის თავი უძრავად დგას მენჯის ერთსა და იმავე სიბრტყეში 2-3 საათზე მეტხანს; 2. ენდომეტრიტი მშობიარობისას, თუ უახლოესი 1-2 საათის განმავლობაში ნაყოფის თავისთავად დაბადების შესაძლებლობა აღარი არის; 3. მშობიარის მძიმე დაავადება, რომლის გამო ჭინთვა გამოთიშულია-გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ყველა დაავადება მტკიცე კომპენსაციის გარეშე (ენდოკარდიტი, გულის სარქველების მანკი, გამოხატული ჰიპერტონია), პნევმონია და სხვ.; 4. ეკლამფსიური გულყრა, რომელიც, სათანადო კონსერვატიული მკურნალობის მიუხედავად, მაინც გრძელდება; 5. ნაყოფის ჰიპოქსია, თვალის დაავადებები, მიოპია და სხვ.

სამეანო მაშის ხმარების პირობებია: 1. ცოცხალი ნაყოფის არსებობა; 2. ყელის სრული გახსნა (ყელის ნაწილობრივი გახსნისას კოვზების შეტანა, განსაკუთრებით კი თავის გამოტანა უსათუოდ იწვევს საშვილოსნოს ყელისა და ქვედა სეგმენტის გახევას); 3. სანაყოფე ბუშტის არარსებობა (მაშა გარსებზე ცუდად მაგრდება, მაგრამ თუ მაინც მოხერხდა მისი დადება, გარსების ჩამოწევა გამოიწვევს პლაცენტის ნახევრად მოცილებას); თუ სანაყოფე ბუშტი მთელია, იგი მაშის დადების წინ ხელოვნურად უნდა გახიონ; 4. თავი არ უნდა იყოს ძლიერ პატარა ან ძლიერ დიდი; 5. თავი მენჯის გამოსავალსა ან ღრუში უნდა იდგეს, ამასთან, ისრისებრი ნაკერით (ან სახის ხაზით) მენჯის პირდაპირ ან ერთ-ერთ ირიბ ზომაში; 6. ნამდვილი კონიუგატა არ უნდა იყოს 8 სმ-ზე ნაკლები.



სურ. 223 მაშის ტოტების ჩაკეტვა

ოპერაციისთვის მომზადება. სამეანო მაშა სამშობიარო სტაციონარში უნდა გაასტერილონ და მზად ჰქონდეთ. მასთან ერთად უნდა გაასტერილონ მაკრატელი. კორნცანგი, კოხერის პინცეტი, კათეტერი, ნემსდამჭერი, ნემსები, საშოს სარკე, პერფორატორი, კრანიოკლასტი, სხვადასხვა ზომის კიურეტი და სტერილური მასალა. ახალშობილის რეანიმაციისთვის ყველაფერი მზად უნდა იყოს.

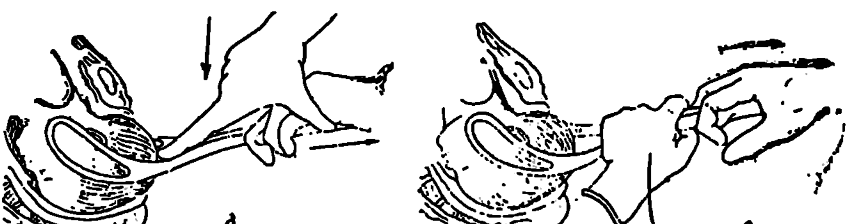
ოპერაციას აკეთებენ ზოგადი ნარკოზის ან იშვიათად ადგილობრივი ანესთეზიით. მშობიარეს სათანადოდ ამზადებენ, სახელდობრ, გარეთა სასქესო ორგანოებს გულმოდგინედ ჩაბანენ სადეზინფექციო ხსნარით, სასირცხო ბაგეებსა და საშოს დაა-

მუშავებენ სპირტითა და იოდით, საოპერაციო არეს გამოაცალკევებენ სტერილური თეთრეულით. შარდს კათეტერით უშვებენ, წინააღმდეგ შემთხვევაში მოსალოდნელია შარდის ბუშტის დაზიანება. ოპერაციის წინ შარდის გამოშვება კათეტერით ზოგჯერ ძნელია, რადგან წინმდებარე ნაწილი-თავი ხელს უშლის მის შეტანას. ამ შემთხვევაში ხმარობენ მამაკაცის ლითონის კათეტერს, თავს თითით ოდნავ ასწევენ.

მაშის ხმარების წინ აუცილებელია მშობიარის გარეგანი და შინაგანი სინჯვა. შინაგანი გასინჯვისას ოპერატორი არკვევს მდგომარეობას. მიწვდებიან ნაყოფის თავის სხვადასხვა ნაწილს-ყურს, შუბლს, რის შემდეგაც მაშის დადება უფრო ადვილი ხდება. აზუსტებენ აგრეთვე პოზიციას, სახეს, წინმდებარეობას, წინმდებარე ნაწილის დამოკიდებულებას მენჯის სიბრტყესთან, ისრისებრი ნაკერის მიმართულებას, ყოფლიბანდების მდებარეობას, სამშობიარო არხსა და თავს შორის შეფარდებას. საჭიროა საჯდომი ძვლების წვეტების ორიენტირება: მათი მიწვდომა თავის ვიწრო ნაწილის ზემოთ დგომის მაჩვენებელია, მიუწვდომლობა კი ადასტურებს თავის ჩამოსვლას მენჯის არხის ვიწრო ნაწილში, რაც ხელსაყრელია.

ოპერაციის ტექნიკა. ოპერაცია შედგება რამდენიმე ეტაპისგან: 1. კოვზების შეტანისა და განლაგების; 2. მაშის ჩაკეტვას; 3. თავის გამოტანისა და 4. მაშის მოხსნისგან. თავის დგომის სხვადასხვა ვარიანტი იწვევს ტექნიკის სხვადასხვაობას.

პირველი მომენტია კოვზების შეტანა და განლაგება. მარცხენა ტოტს იღებენ მარცხენა ხელში და კოვზი შეაქვთ მენჯის მარცხენა ნახევარში მარჯვენა ხელი შეაქვს ისე, რომ ხელისგული უშუალოდ და მაგრად ამოეკრას თავს და აცილებდეს მას სამშობიარო არხის რბილ ქსოვილებს-საშოს კედლებს, საშვილოსნოს ყელს, დიდი თითი გარეთ რჩება და მას გვერდზე გადახრიან). ექიმი იღებს მაშის მარცხენა ტოტს სახელურით, როგორც საწერ კალამს. სახელური გვერდზე იხრება და იჭერს საზარდულის ნაკეთის პარალელურ მდებარეობას, ხოლო კოვზის წვერი მიქცეულია მშობიარის სასქესო ორგანოებისკენ და დაკავებულია საშოში მდებარე თითების ხელისგულისმხრივი ზედაპირით. შემდგომ ფრთხილად, ყოველგვარი ძალდატანების გარეშე, კოვზი შექვთ თითებსა და ნაყოფის თავს შორის, სასქესო არხის სიღრმეში. მაშის სახ-



სურ. 224 ა-მაშის დაჭერა, ბ-საცდელი ტრაქცია; გ-საკუთრივ ტრაქცია

ელური, რომელიც მიჰყვება თავის სიმრუდის მიმართულებას, ეშვება ქვემოთ და ღებულობს ჰორიზონტალურ მდებარეობას. თავზე კოვზის წასვლა ხდება თვისით იარაღის სიმძიმის ძალით; ამ წინსვლას ხელს უწყობს აგრეთვე ექიმის გარეთ გადახრილი ცერი, რომელიც კოვზის ქვედა კიდეს ეხება. მთელი ამ დროის განმავლობაში, სანამ კოვზი მიემართება წინ სამშობიარო არხში, საშოში შეტანილი ნახევარი ხელი კონტროლს უწევს კოვზის წვერის წინსვლის სისწორეს, რომ იგი თავიდან გვერდზე არ გადაიხაროს და არ დააწვეს საშოს თაღს (საშიშია მისი გასკდომა, რომ საშოს გვერდითი კედლები და საშვილოსნოს ყელის კედლები არ ჩაითრიოს). როცა მაშის მარცხენა ტოტი სწორადაა დადებული, ექიმს საშოში შეტანილი ხელი გამოაქვს და ტოტის გადაადგილების აცილების მიზნით მის სახელურს გადასცემს თანაშემწეს. მარცხენა ხელის კონტროლით ოპერატორს მარჯვენა ხელით შეაქვს მარჯვენა ტოტი მენჯის მარჯვენა ნახევარში ისევე, როგორც მარცხენა ტოტი. მეოთხე მომენტია მაშის ჩაკეტვა. ყოველ სახელურს იჭერენ თანამოსახელე ხელით ისე, რომ ცერები მოთავსდეს გვერდით კაუჭებზე. ამის შემდეგ სახელურებს უახლოებენ ერთმანეთს და მაშა ადვილად ჩაიკეტება. მაშას ადებენ მენჯის გამოსავლის გარდიგარდმო ზომაში (ტიპური მაშა). ბიპარიეტულად თხემის ბორცვებზე ისრისებრი ნაკერი კოვზებს შორის შუა ხაზზე მდებარეობს, ხოლო თავის წამყვანი წერტილი (მცირე ყიფლიბანდი) მიმართულია საკეტისკენ. თუ მაშას ადებენ მენჯის ღრუს ვიწრო ნაწილის ერთ-ერთ ირიბ ზომაში (ატიპიური მაშა), მაშის სახელურების შიგნითა ზედაპირები ერთმანეთს (მჭიდროდ ან თითქმის მჭიდროდ) უნდა ეხებოდეს. თუ სახელურები ერთმანეთს მჭიდროდ არ ეხება, მათ შორის 2-4 ფენად დაკეცილ სტერილურ ხელსახოცს სდებენ. ამით მაშის კოვზები კარგად მოერგება თავს და აცილებულია მისი მაშებში მოჭყლეტის შესაძლებლობა.

მესამე მომენტი-თავის გამოტანა-იწყება საცდელი ტრაქციით, რომელიც შესაძლებლობას იძლევა შეამოწმონ, მაშა სწორად არის დადებული თუ არა (თავი მაშას მიჰყვება თუ არა). ამისათვის ექიმი სკამზე ჯდება და მაშის სახელურს ზევიდან იჭერს მარჯვენა ხელში ისე, რომ საჩვენებელი და შუა თითები გვერდითა კაუჭებზე იდოს. ამავე დროს იგი მარცხენა ხელის მტევანს ადებს მარჯვენა ხელის ზურგს, ხოლო გამოშვერილი საჩვენებელი ან შუა თითის ბოლო ეხება ნაყოფის თავს. თუ მაშა სწორადაა დადებული, მაშინ ტრაქციების დროს თითის წვერი მუდამ ეხება თავს. წინააღმდეგ შემთხვევაში იგი თავს ნელ-ნელა დასცილდება, მაშის საკეტსა და თავს შორის მანძილი იზრდება, ხოლო სახელურები სცილდება ერთმანეთს; იწყება მაშის მოსხლეტა. როცა ექიმი დარწმუნდება, რომ მაშა სწორადაა დადებული, ორივე ხელით მაგრად იჭერს მაშის სახელურებს და იწყებს საკუთრივ ტრაქციას. ამისათვის მარჯვენა ხელის საჩვენებელი და უსახელო თითები მოთავსებულია გვერდით კაუჭზე. შუა თითი მაშის ტოტებს შორისაა, ხოლო დიდი თითი და ნეკი სახელურს იჭერს გვერდებიდან. მარცხენა ხელით სახელურების ბოლო უჭირავთ.

ტრაქციის დროს დაუშვებელია ბრუნვითი ქანქარისებრი მოძრაობა. მაშა გამომტანი იარაღია, ამიტომ ტრაქცია უნდა მიმდინარეობდეს დინჯად და მხოლოდ ერთი მიმართულებით.

ტრაქციის მიმართულება დამოკიდებულია თავის დგომის სიმაღლეზე. ეს ყველაზე უკეთ განისაზღვრება მაშის სახელურების მიმართულებით (მშობიარის ზურგზე წოლისას). რამდენადაც თავი მენჯში ზევით დგას, იმდენად სახელურები ქვევითაა მიმართული (I პოზიცია). ტიპური (გამოსავლის) მაშის სახელურები ჰორიზონტალურად დგას და ამიტომ ექიმმა ტრაქცია უნდა წარმართოს მისკენ-ჰორიზონტა-

ლურად (II პოზიცია). მცირე ყიფლიბანდი მიჰყვება მენჯის გამტარ ხაზს. თავი მიიწევს წინ და მაშაში ასრულებს იმავე მოძრაობას, რასაც სამშობიარო არხში დამოუკიდებელი სვლის დროს.

ტრაქცია უნდა სდებოდეს ჰორიზონტალურად (II პოზიცია) ბოქვენის რკალის ქვემოთ კეფის ქვეშა ფოსოს გამოჩენამდე. ამის შემდეგ ტრაქციას აძლევენ მიმართულებას ზევითკენ (მესამე პოზიცია) იმისთვის, რომ თავი გაიშალოს. ამ მიზნით ექიმი დადგება მშობიარის გვერდით. მაშინ სახელურების ერთ ხელში დაჭერით იგი განახორციელებს ტრაქციას ზევით, ხოლო მეორე ხელისგულით იცავს შორისს ჩახევისგან. ასეთ მდგომარეობაში სასქესო ნაპრალიდან ფრთხილად გამოაქვთ თხემის ბორცვები, თხემი და შუბლი. როცა სასქესო ნაპრალში ჩადგება თავის დიდი სეგმენტი, ექიმს შეუძლია თავი გამოიტანოს მაშით ან წინასწარ მოხსნას მაშა და თავი ხელით გამოიტანოს.

მეოთხე მომენტია მაშის მოხსნა. თანაშემწემ ხელისგულით უნდა შეაჩეროს ნაყოფის თავი სასქესო ნაპრალში. თვითონ ექიმი-ოპერატორი მაშის ტოტებს შეხსნის საკეტში და გამოაქვს ისინი საშოდან. ჯერ მარჯვენა ტოტს გამოიტანს, ხოლო შემდეგ-მარცხენას. ტოტების გამოტანისას მაშის სახელურები იხრება გვერდით, მშობიარის მოპირდაპირე ბარძაყის მხარეზე.

გამოსავლის (ტიპური) მაშა კეფით წინმდებარეობის წინა სახის შემთხვევაში

შინაგანი გასინჯვით თავი მენჯის გამოსავალშია, ისრისებრი ნაკერი-გამოსავლის პირდაპირ ზომაში; მცირე ყიფლიბანდი-ბოქვენის ქვემოთ.

მაშას ადებენ მენჯის გამოსავლის გარდიგარდმო ზომაში (ე.ი. მისი საბრტყე თავსდება გამოსავლის გარდიგარდმო ზომაში), ისრისებრი ნაკერის პერპენდიკულარულად, ნაყოფის თავის თხემის ბორცვზე (ბიპარიეტულ ზომაში). ტრაქციას ახორციელებენ III პოზიციაში (იმის შემდეგ, რაც კეფქვეშა ფოსო მოთავსდება ბოქვენის სიმფიზის ქვემოთ), ზევით ბოქვენის სიმფიზისკენ, რათა თავმა გაშლა განახორციელოს.

დრუს მაშის გამოყენების ტექნიკა კეფით წინმდებარეობის წინა სახის შემთხვევაში

კეფით წინმდებარეობის წინა სახის პირველი პოზიციის დროს ისრისებრი ნაკერი მარჯვენა ირიბ ზომაშია, ამდენად მაშა უნდა დაადონ მარცხენა ირიბ ზომაში (მაშას ადებენ იმ ირიბ ზომაში, საითკენაც მიმართულია წამყვანი წერტილი, ამჯერად მცირე ყიფლიბანდი). პირველად შეაქვთ მაშის მარცხენა ტოტი და ათავსებენ ნაყოფის თავზე (თხემის ბორცვზე). ეს ტოტი სტაციონარულია, ანუ უძრავი. შემდეგ შეაქვთ მარჯვენა ტოტი. მისი თავისუფლად მოთავსება შეუძლებელია, რადგან ამას ხელს უშლის მენჯის წინა კედელი. ამიტომ მაშის ტოტი შეაქვთ, ჩვეულებრივ, დიდის მენჯის მარჯვენა ნახევარში, მენჯის უკანა გვერდით კედელსა და თავს შორის მარცხენა გავაითქმის შესახსრების მიმართულებით, შემდეგ ფრთხილად წინ გადაინაცვლებენ („მცოცავი" ტოტი) და მოათავსებენ ნაყოფის თავზე თხემის ბორცვზე. როდესაც მარჯვენა და მარცხენა ტოტს ერთ სიბრტყეში მოათავსებენ, მაშას ჩაკეტავენ და ტრაქციას ახორციელებენ II-III პოზიციაში.

კეფით წინმდებარეობის წინა სახის II პოზიციის შემთხვევაში პირველად შეაქვთ მაშის მარცხენა ტოტი ნაყოფის თავსა და მენჯის უკანა გვერდით კედელს შორის,

მარცხენა - გავა-თეძოს შესახსრების მიმართულებით, შემდგომ გადაადგილებენ ფრთხილად წინისკენ. მარჯვენა ტოტი შეაქვთ დედის მარჯვენა ნახევარში მარჯვენა გავა-თეძოს შესახრების მიმართულებით ნაყოფის თავზე, თხემის ბორცვზე, შემდეგ მაშას ჩაკეტავენ და ტრაქციას ახორციელებენ II-III პოზიციაში.

თუ ისრისებური ნაკერი მენჯის ღრუს გარდიგარდმო ზომაშია, პირველი პოზიციის დროს მაშას ადებენ მარცხენა ირიბ ზომაში, მაგრამ ამ დროს ტოტები თხემის ბორცვებზე კი არ იქნება მოთავსებული, არამედ ერთი შუბლის ბორცვზე, მეორე კი-ლამბდისებრ ნაკერზე. შემდგომ ახორციელებენ ტრაქციას II-III პოზიციაში.

ნაყოფის თავი შინაგან ბრუნვას აკეთებს და ისრისებრი ნაკერი დადგება მენჯის ირიბ ზომაში კეფით წინ. ამ დროს მოხსნიან მაშის ტოტებს და დაადებენ ხელახლა, როგორც აღწერილია ზევით.

გამოსავლის მაშის დადების ტექნიკა კეფით წინმდებარეობის უკანა სახის შემთხვევაში

შინაგანი გასინჯვისას თავი მენჯის გამოსავალშია, ისრისებრი ნაკერი მოთავსებულია მენჯის გამოსავლის პირდაპირ ზომაში, დიდი ყიფლიბანდი ისინჯება წინ, ბოქვენის ქვემოთ, ხოლო მცირე ყიფლიბანდი მიქცეულია უკან.

ასეთ შემთხვევაში საჭიროა მაშის ისე დადება, როგორც კეფით წინმდებარეობის წინა სახის შემთხვევაში, ე.ი. მაშის სიბრტყე უნდა მოთავსდეს მენჯის გამოსავლის განივ ზომაში, ისრისებრი ნაკერის პერპენდიკულარულად და ნაყოფისთვის ბიპარიეტულ ზომაში.

მაშის დაკეტვის დროს ტარი ოდნავ ზემოთ უნდა აწიონ. მოზიდვა-ტრაქცია ხდება ჯერ ჰორიზონტალურად, შემდეგ ზევით, სანამ თავის თმიანი ნაწილი ბოქვენის სიმფიზს მიებჯინება, ხოლო დასასრულ ტრაქციას ახორციელებენ ქვევით.

ღრუს მაშის გამოყენების ტექნიკა კეფით წინმდებარეობის უკანა სახის შემთხვევაში

კეფით წინმდებარეობის უკანა სახის I პოზიციის შემთხვევაში ისრისებრი ნაკერი მარცხენა ირიბ ზომაშია, ამიტომ მაშას ადებენ მარჯვენა ირიბ ზომაში ნაყოფის თავზე თხემის ბორცვებზე. სტაციონარული ტოტი იქნება მარჯვენა, „მცოცავი" კი- მარცხენა (პირველად, როგორც ყოველთვის, შეაქვთ მარცხენა ტოტი).

კეფით წინმდებარეობის უკანა სახის მეორე პოზიციის შემთხვევაში ისრისებრი ნაკერი მარჯვენა ირიბ ზომაშია, მაშას ადებენ მარცხენა ირიბ ზომაში (რადგან წამყვანი წერტილი, პირობითად დიდი ყიფლიბანდი, მიქცეულია მარცხნივ). პირველად შეაქვთ მარცხენა ტოტი, რომელიც იქნება სტაციონარული, შემდეგ მარჯვენა - „მცოცავი". მერე ახორციელებენ ტრაქციას II-III პოზიციაში იმ განსხვავებით, რომ გამოსავალში ჯერ ტრაქციას ატარებენ ზევით (რომ თავი მოიხაროს), შემდეგ კი-ქვევით.

გამოსავლის მაშის გამოყენება თხემით წინმდებარეობის შემთხვევაში

თხემით წინმდებარეობის დროს თავი ოდნავ გაშლილია და მაშა უნდა მოათავსონ მასზე ბიპარიეტულად (თხემის ბორცვებზე) ისრისებრი ნაკერის პერპენდიკულარულად მენჯის გამოსავლის გარდიგარდმო ზომაში. მაშის ტოტებს ადებენ ჩვეულებრივი მიმდევრობით, საცდელი ტრაქციის შემდეგ ტრაქცია ხორციელდება ჯერ ქვევით, რათა თავი ოდნავ გაიშალოს და ბოქვენის სახსრის ქვემოთ შუბლი და

წარბი მოთავსდეს, შემდეგ - ზევით, რათა შორისის ზემოთ კეფა გამოვიდეს. ბოლოს მაშას ისევ დასწევენ ქვევით და ბოქვენის ქვემოდან პირისახე გამოვა.

ღრუს მაშის გამოყენება თხემით წინმდებარეობის შემთხვევაში

ღრუს მაშის გამოყენება თხემით წინმდებარეობის უკანა სახის შემთხვევაში უფრო ძნელია და ტრავმული, ვიდრე კეფით წინმდებარეობის უკანა სახის შემთხვევაში.

მაშას ადებენ მენჯის ღრუს ირიბ ზომაში ბიპარიეტულად, ისევე როგორც კეფით წინმდებარეობის უკანა სახის შემთხვევაში. საცდელი ტრაქციის შემდეგ ტრაქციას ახორციელებენ ჰორიზონტალურად და ქვევით, სანამ წარბსაყარი მოთავსდება ბოქვენის სიმფიზის ქვემოთ, შემდე-ზევით. შორისის ზემოთ გამოდის კეფა, ყოლოს მაშას დასწევენ ქვევით და ბოქვენის ქვემოდან პირისახე გამოვა.

გამოსავლის მაშის გამოყენება შუბლით წინმდებარეობის შემთხვევაში

შუბლით წინმდებარეობისას მაშას ადებენ შუბლის ხაზის პერპენდიკულარულად გამოსავლის გარდიგარდმო ზომაში.

მაშის ტრაქცია ხდება ქვემოთ თავის უფრო მეტად გაშლის მიზნით. როცა ნაყოფის ზედა ყბა ბოქვენის ქვემოთ გამოვა, მაშის ტარს ძალიან ზემოთ ასწევენ, რათა თხემი და კეფა შორისის ზემოდან გამოვიდეს. ბოლოს მაშის ტარს დასწევენ ქვემოთ, რათა პირისახის ქვედა ნაწილი დაიბადოს.

შუბლით წინმდებარეობისას მაშის დადება სიფრთხილეს საჭიროებს; თუ გამოყვანა დროულად არ მოხერხდა, დროს არ კარგავენ, მაშას მოხსნიან და მიმართავენ თავის პერფორაციას. წინააღმდეგ შემთხვევაში ნაყოფის დაღუპვასთან ერთად საშიშროება დედასაც ემუქრება. შუბლით წინმდებარეობისას მაღალი ტრავმატიზმის გამო ღრუს მაშას არ ხმარობენ.

მაშის გამოყენება პირისახით წინმდებარეობის შემთხვევაში

პირისახით წინმდებარეობისას მაშას მენჯის გამოსავლის განივ ზომაში ადებენ ნაყოფის თავზე ისე, რომ თითოეული კოვზი მოთავსდეს ნაყოფის ყურსა და ზედა ყბაზე. მაშის ჩაკეტვისას ტარს ოდნავ ზევით ასწევენ, ხოლო ჩაკეტვის შემდეგ ქვემოთ დასწევენ. ასეთ ღონისძიებათა შედეგად თავი უფრო გაიშლება.

ტრაქცია ხორციელდება ჰორიზონტალურად და ოდნავ ქვემოთ, სანამ ბოქვენის ქვემოთ ნიკაპი გამოვა და ინის ძვალი მიეყრდნობა ბოქვენის ძვლების კიდეს. შემდეგ ტრაქციას ახორციელებენ ზევით. ამ დროს შორისის ზემოდან შუბლი გამოვა, შემდეგ თხემი და, დასასრულ, კეფა გათავისუფლდება.

ღრუს მაშა პირისახით წინმდებარეობის უკანა სახის (ნიკაპის წინა სახის) შემთხვევაში

მაშას ადებენ ნაყოფის თავზე ბიპარიეტულად, ღრუს ირიბ ზომაში (როგორც კეფით წინმდებარეობის წინა სახის შემთხვევაში). საცდელი ტრაქციის შემდეგ ახორციელებენ საკუთრივ ტრაქციას ჰორიზონტალურად და ქვევით, სანამ ინის ძვალი მიეყრდნობა ბოქვენის ქვედა კიდეს, შემდეგ-მესამე პოზიციაში ტრაქცის.

ღრუს მაშა პირისახით წინმდებარეობის წინა სახის შემთხვევაში (როდესაც ნიკაპი უკან არის მიქცეული)

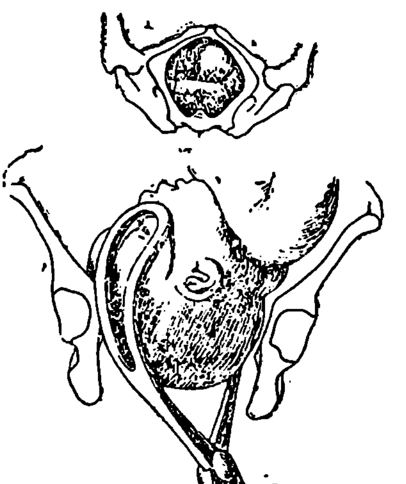
პირისახით წინმდებარეობის წინა სახის შემთხვევაში, როდესაც ნიკაპი უკან არის მიქცეული, ბოქვენის ქვემოთ შუბლი ისინჯება. ასეთ შემთხვევაში როგორც ბუნებრივი გზით, ისე მაშის გამოყენებისას მშობიარობა შეუძლებელია. ამ დროს მაშის გამოყენება დაუშვებელია, საჭიროა მხოლოდ თავის ქალას პერფორაცია ან ცოცხალი დღესრული ნაყოფის საკეისრო გაკვეთით გამოყვანა.

სამეანო მაშის ხმარება ისრისებრი ნაკერის დაბალი გარდიგარდმო მდებარეობის დროს

მაშას ადებენ ტიპურად I პოზიციის შემთხვევაში მარცხენა ირიბ ზომაში, II პოზიციის შემთხვევაში-მარჯვენა ირიბ ზომაში. ტრაქციას ახორციელებენ პორიზონტალურად (II პოზიციაში), სანამ მაშაში თავი ბრუნავს დაასრულებს და ისრისებრი ნაკერი ჩადგება გამოსავლის პირდაპირ ზომაში. შემდეგ მაშას მოხსნიან და ადებენ გამოსავლის გარდიგარდმო ზომაში თავზე ბიპარიესულად.

სიძნელე და გართულებები მაშის ხმარების პროცესის დროს

თუ სამეანო მაშის ტოტების შეტანისას რაიმე წინააღმდეგობაა, საჭიროა მათი ხელახალი შეტანა. თუ თავთან ერთად წვრილი ნაწილები ან ჭიპლარი წინ მდებარეობს, ოპერატორი უნდა შეეცადოს, რომ ისინი არ მოყვეს მაშის ტოტში. თუ სამეანო მაშა არ იკეტება, ეს ნიშნავს, რომ ტოტები ერთ სიბრტყეში არ მდებარეობს. ასეთ შემთხვევაში მაშის სახელური ძირს უნდა დაწიონ შორისის მიმართულებით. თუ ამ მანიპულაციის შემდეგ მაშა არ ჩაიკეტება, საჭიროა მაშის მოხსნა და ხელახლა დადება.



სურ. 225 მაშის დადების ტექნიკა. ისრისებრი ნაკერის დაბალი გარდიგარდმო დგომის დროს

მაშის დადების შემდეგ თავის გამოტანა შეიძლება გაძნელდეს. თუ მაშა თხემის ბორცვზე სწორად არ არის დადებული (შეიძლება მოხდეს მაშების ვერტიკალური და პორიზონტალური მოსხლეტა); პორიზონტალური მოსხლეტის დროს ზიანდება საშო და შარდის ბუშტი, ვერტიკალურის დროს-საშო და შორისი. ამ შემთხვევაში საჭიროა მაშის ხელახლად დადება. თავის გამოტანას აძნელებს აგრეთვე რბილი სამშობიარო გზების რიგიდობა (რისთვისაც საჭიროა მათი მომზადება) და მენჯის გამოსავლის დავიწროება.

სამეანო მაშის გამოყენებისას მოსალოდნელია რბილი სამშობიარო გზების (შორისისა და საშოს შესავლის, საშოს, საშვილოსნოს ყელის დაზიანება, სიმფიზის

სურ. 226 ა-მაშის ტოტების ჰორიზონტალური მოსხლეტა, ბ-ვერტიკალური მოსხლეტა

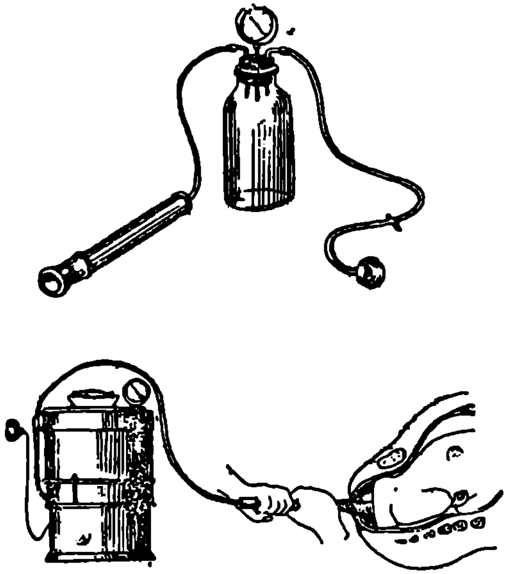
გათიშეა, n. perinei- ს დაზიანება, რასაც შეიძლება ქვედა კიდურების დამბლა მოჰყვეს) მძიმე ტრავმა. აღნიშნული გართულების პროფილაქტიკაა მაშის დადების პირობების ზუსტი დაცვა.

ნაყოფის მხრივ გართულებებს მიეკუთვნება: ნაყოფის რბილი ნაწილებისა და ძვლების დაზიანება, ტვინის კომპრესია და თავის ტვინში სისხლჩაქცევები.

— ვაკუუმექსტრაქტორი

სამეანო მაშის ნაცვლად ცოცხალი ნაყოფის გამოსაყვანად ამჟამად იყენებენ აგრეთვე ვაკუუმექსტრაქტორს. ჩვენში ვაკუუმექსტრაქტორი პირველად აკად. კ.ჩაჩავამ გამოიყენა. ჩვენება იგივეა, რაც სამეანო მაშის დადებისას, ამავე დროს გამოყენების ტექნიკა უფრო ადვილი და მარტივია. ვაკუუმექსტრაქტორს ადებენ ნაყოფს კეფით და თხემით წინმდებარეობისას. ამ ხელსაწყოს ფართოდ დანერგვამ საგრძნობლად შეამცირა სამეანო მაშის გამოყენება და საკეისრო კვეთის პროცენტი. ვაკუუმექსტრაქტორით ტრაქციას ახორციელებენ ნელა, რამდენიმე (5-8) წუთის განმავლობაში. I, II და III პოზიციებში ნაყოფის თავის დგომის შესაბამისად ზოგჯერ პირველმშობიარეებს, იშვიათად, თუ საჭიროა განმეორებით მშობიარეებსაც, წინასწარ უკეთებენ პერინეოტომიას. ვაკუუმექსტრაქტორის გამოყენებისას, როგორც წესი, ზოგადი ნარკოზი არ არის საჭირო, რადგან მშობიარე უნდა გვეხმარებოდეს (ვაკუუმექსტრაქტორის მეშვეობით ჭინთვის სრული გამოთიშვა არ სერხდება). ვაკუუმექსტრაქტორი ნაკლებ ტრავმას აყენებს დედასა და ნაყოფს, ვიდრე სამეანო მაშა. ვაკუუმექსტრაქტორ-სტიმულატორი გამოყენებულია აგრეთვე მშობიარობის სტიმულაციის მიზნით სამშობიარო მოქმედების სისუსტის დროს, როდესაც თავი მაღლაა, საშვილოსნოს ყელი 3-4 თითამდეა გახსნილი და სანაყოფე ბუშტი დარღვეულია. ნაყოფის თავზე ხანგრძლივად ათავსებენ მცირე მოცულობის ექსტრაქტორს, რაც იწვევს სამშობიარო მოქმედების გაძლიერებას. იგი სრულიად უვნებელია როგორც დედის, ისე ნაყოფისთვის.

ტექნიკა. მშობიარე წევს ზურგზე, ფეხები მოხრილი აქვს მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში. ოპერაციის წინ აუცილებელია შინაგანი გასინჯვა სამეანო სტატუსის მიხედვით (ითვალისწინებენ საშვილოსნოს ყელის გახსნის დონეს და საშოს მოცულობას). საშოში მარჯვენა ხელით და მარცხენა ხელის კონტროლით შეაქვთ



სურ. 227 ვაკუუმექსტრაქტორი: ა-მალმსტრომის მოდელი; ბ-კ.ჩაჩავასა და ევამაკიძის მოდელი

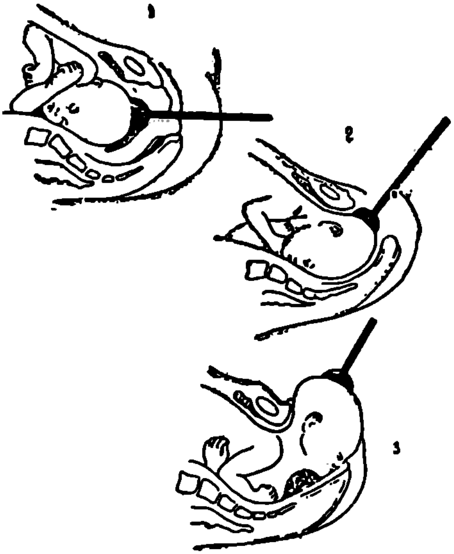
სხვადასხვა ზომის ხუფები (35, 36) გაეის ძვლის მიმართულებით და ადებენ წინმდებარე ნაყოფის თავზე (წამყვან წერტილებზე). ამოწმებენ, რომ რბილი ქსოვილები არ მოყვეს ხუფის ქვეშ, რის შედეგადაც ავითარებენ უარყოფით წნევას 300 მმ-მდე. საცდელი ტრაქციის შემდეგ ახორციელებენ საკუთრივ ტრაქციას პირველ, მეორე, მესამე პოზიციებში იმის მიხედვით, თუ წინმდებარე თავი რომელ სიბრტყეშია.

— ᲡᲐᲙᲔᲘᲡᲠᲝ ᲒᲐᲙᲕᲔᲗᲐ-SECTIO CAESAREA

საკეისრო გაკვეთა მოსამშობიარებელი ოპერაციაა, რომელიც მიზნად ისახავს საშვილოსნოს გაკვეთას და ამ გზით ნაყოფისა და მომყოლის ამოტანას. საკეისრო გაკვეთის ოპერაცია ცნობილია უძველესი დროიდან.

ბერძნულ მითოლოგიაში აღნიშნულია, რომ დიონისი და ესკულაპი მკვდარი დედების-სელემის და კორონდის გაკვეთით დაიბადნენ. პლინიუსი „ბუნებრივ ისტორიაში" აღნიშნავს, რომ ასეთივე გზით დაიბადა იულიუს კეისარი. თუმცა რელიგია ზოგ ქვეყანაში კრძალავდა მკვდარი დედის გაკვეთას. საკეისრო გაკვეთის ისტორიის საზოგადოებრივ საწყისად უნდა ჩაითვალოს ჩვენს წელთაღრიცხვამდე VII საუკუნის დასასრული, როდესაც რომის იმპერატორმა ნუმა პომპილიუსმა გამოსცა „Lex regia", რომლის მიხედვით ორსული ქალის დამარხვა იკრძალებოდა მუცელკვეთის და საშვილოსნოდან ნაყოფის ამოყვანის გარეშე.

მანსფელდი წიგნში „საკეისრო გაკვეთის ასაკი" (1824) წერს, რომ ებრაელების რელიგიურ წიგნში „მიშნაუტი" (140 წ. ჩვ.წელთაღრიცხვამდე) აღწერილია ცოცხალი დედის გაკვეთით ცოცხალი ნაყოფის მიღება, თუმცა სარწმუნო მონაცემები ცოცხალი დედის გაკვეთით ნაყოფის მიღების შესახებ შუა საუკუნეების პერიოდამ-



სურ. 228 ვაკუუმექსტრაქტორით ნაყოფის გამოყვანა: ტრაქცია პირელ, მეორე და მესამე პოზიციაში

დე არ არის. აღწერილია ერთეული შემთხვევები ცოცხალი დედის გაკვეთით ნაყოფის დაბადების შესახებ. ყასაბმა იაკობ ნუფერმა თავის მეუღლეს 1500 წელს გაუკეთა ლაპაროტომია და ამოიყვანა ცოცხალი ნაყოფი. მსგავსი ოპერაცია 1540 წელს გააკეთა ტრისტოფორო ბაინიმ.

1581 წელს გამოვიდა პირველი წიგნი „Franeons Rosset “, რომელშიც აღწერილია საკეისრო გაკვეთის 14 ოპერაცია, თუმცა არც ერთ შემთხვევაში არ არის აღწერთლი, როგორ გაკვეთეს საშვილოსნო.

საკეისრო გაკვეთის მეცნიერული ისტორიის საწყისად შესაძლებელია ჩაითვალოს XVI საუკუნის დასასრული და XVII საუკუნის დასაწყისი, როდესაც ლეფრეტმა აღწერა საკეისრო გაკვეთის მეთოდიკა და მისი ჩვენება-აბსოლუტურად ვიწრო მენჯი.

სახელწოდება საკეისრო გაკვეთა „Sectio caesarea “, მარტიუსის აზრით, შემოიღო თეოფილიუს რეინანლუსმა 1637 წელს.

ტერმინ „საკეისრო გაკვეთას“ - „Sectio caesarea “ საფუძვლად უდევს ცნობილი რომაელი ისტორიკოსის პლინიუსის განმარტება მის „ბუნებრივ ისტორიაში“: „Primisque caesareum a caeso matus uteri dictas qua de causa et appelat “, რაც ნიშნავს: „...სახელწოდება Caesareum დედის საშვილოსნოს გაკვეთაა, ამავე მიზეზით ეწოდა მას Caesares “.

სიტყვები: Caesarea, caesones წარმოსდგება ზმნისგან caedere, რაც გაკვეთას ნიშნავს. ამავე დროს sectio წარმოსდგება ზმნიდან secare, რაც ასევე ნიშნავს გაკვეთას.

უნდა ვიფიქროთ, რომ სახელწოდება „საკეისრო გაკვეთა“ მაინც დაკავშირებულია იულიუს კეისრის სახელთან, რომელიც დედის მუცლიდან ამოიყვანეს და

ამის გამო Caesar (კეისარი) უწოდეს. ამდენად სახელწოდება „საკეისრო გაკვეთა" სრულად არ გამოხატავს ამ ოპერაციის არსს.

პირველად საკეისრო გაკვეთა ცოცხალ ორსულზე ჩაატარა 1610 წლის 21 აპრილს ვიტენბერგელმა ქირურგმა იერემიას ტრაუტნანმა. დედა ოპერაციიდან 4 კვირის შემდეგ გარდაიცვალა.

რუსეთში პირველი საკეისრო გაკვეთა ცოცხალ ორსულზე ჩაატარა 1756 წელს ერაზმუსმა, შემდეგ 1796 წელს - ზომერმა. საქართველოში საკეისრო გაკვეთა 1914 წელს პირველად გააკეთა ე.სობესტიანსკიმ.

ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის შემოღებისა და ოპერაციის ტექნიკის გაუმჯობესების შედეგად ოპერაციისშემდგომი სიკვდილიანობა მკვეთრად შემცირდა. ამასთან დაკავშირებით, საკეისრო გაკვეთის ჩვენებებმა დაიწყო საგრძნობლად გაფართოება და საქმე იქამდე მივიდა, რომ ზოგიერთმა საზღვარგარეთელმა მეცნიერმა (მ.ჰირში - (M.Hirch), დერფლერი (Dorfler) და სხვ.) ჩვენი საუკუნის ოციან წლებში აუწყეს „ახალი ეპოქა" მეანობაში: საკეისრო გაკვეთაში ჰპოვეს ქალის მომშობიარების ყველაზე საუკეთესო მეთოდი მშობიარობის ყოველგვარი გართულებისას.

ბუნებრივია, რომ მსოფლიოს ყველა პროგრესულმა მეცნიერმა მეცნიერული მეანობის ქირურგიული ტექნიკით შეცვლის ცდას მკაცრი წინააღმდეგობით უპასუხეს. ამის შედეგად, როგორც მოსალოდნელი იყო, შემდგომში საკეისრო გაკვეთას ახორციელებენ მხოლოდ და მხოლოდ განსაზღვრული ჩვენებისას.

საკეისრო გაკვეთის შესახებ რუსეთში პირველად დაწერა მოსკოველმა ექიმმა დანილო სამოილოვიჩმა (1780). მას შემდეგ ამ ოპერაციას მრავალი რუსი ექიმი აკეთებდა სხვადასხვა ქალაქში, მაგრამ ოპერაციების შედეგები ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის პერიოდამდე თითქმის ისეთი იყო, როგორც საზღვარგარეთის სახელმწიფოებში: ქალების 80 % იღუპებოდა და ბავშვთა სიკვდილიანობაც ზედმიწევნით მაღალი იყო (50%-მდე და მეტი).

საკეისრო გაკვეთის II ეტაპად შეიძლება ჩაითვალოს 1876 წელი, როდესაც რესმა და პორომ შეიმუშავეს ნაყოფთან ერთად საშვილოსნოს ამოღება და ტაკვის მიკერება ჭრილობაზე (მუცლის წინა კედელთან). ამ ოპერაციის არსი მდგომარეობდა ინფექციის და სისხლის დენის წყაროს მოცილებაში. ამ მეთოდმა საკეისრო გაკვეთის ლეტალურობის პროცენტი შეამცირა 24,8%-მდე.

ეს ეტაპი დიდხანს არ გაგრძელებულა. საკეისრო გაკვეთის მესამე ეტაპი - საშვილოსნოზე ნაკერის დადება, მართლაც, ახალი ერაა საკეისრო გაკვეთის ისტორიაში.

საშვილოსნოზე ნაკერის დადების პირველი იდეა საზღვარგარეთ ეკუთვნის კერერს, რომელმაც 1881 წელს გააკეთა საკეისრო გაკვეთა და საშვილოსნო გაკერა სამსართულიანი ნაკერით.

საშვილოსნოს გაკერვამ საკეისრო გაკვეთის გამო ლეტალობის პროცენტი შეამცირა 7%-მდე. ამის შემდეგ საკეისრო გაკვეთას ახორციელებდნენ არა მარტო აბსოლუტური, არამედ შედარებითი ჩვენების შემთხვევაშიც.

დაინფიცირების პროფილაქტიკის მიზნით საშვილოსნოს გაკვეთის სხვადასხვა მეთოდი არსებობს. აღსანიშნავია ფრენკის (1907) იდეა, სიმფიზის პარალელურად მუცლის წინა კედლის განივად გაკვეთა, პარიეტული და ვისცერული ფურცლების ერთმანეთთან მიკერება და მის შემდგომ ქვედა სეგმენტის განივად გაკვეთა.

1908-1909 წელს კიუსტნერმა, ლაცკომ, დოდერლეინმა და სხვებმა შეიმუშავეს საკეისრო გაკვეთის ექსტრაპერიტონეული წესი. ამ მეთოდით ოპერაციის ტექნიკის სირთულემ მეან-გინეკოლოგები აიძულა განეხორციელებინათ ტრანსპერიტო-

ნეული საკეისრო გაკვეთა საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში განივი განაკვეთით, რომელიც შეიმუშავეს კრონიგმა, ფრენკმა, დერფლერმა, ა.ე.ხანჩენკომ, ლ.ა.გუსაკოვმა და ნ.პ.დელედევმა.

ინტრაპერიტონეული რეტროვეზიკალური საკეისრო გაკვეთის დანერგვამ განსაზღვრა საკეისრო გაკვეთის განვითარების ისტორიაში მეოთხე ეტაპი.

აბდომინური საკეისრო გაკვეთის უკანასკნელი მეხუთე ეტაპი იწყება მეოცე საუკუნის 50-იანი წლებიდან, რაც დაკავშირებულია პრაქტიკაში ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების, სულფანილამიდების, სისხლის გადასხმის ფართო გამოყენებისა და ანესთეზიის მეთოდების სრულყოფასთან.

არჩევენ აბდომინურ საკეისრო გაკვეთას, რომლის დროსაც საშვილოსნოს გაკვეთავენ ლაპაროტომიის შემდეგ, და საშოსმხრივ საკეისრო გაკვეთას, როდესაც საშვილოსნოს გაკვეთავენ საშოს წინა თაღის გაკვეთის შემდეგ.

აბდომინური საკეისრო გაკვეთის ჩვენება შეიძლება იყოს დედისმხრივი და ნაყოფისმხრივი. არჩევენ საკეისრო გაკვეთის აბსოლუტურ და შეფარდებით ჩვენებებს. აბსოლუტური ჩვენებაა: 1. შემთხვევები, როდესაც მშობიარობა შეუძლებელია ბუნებრივი სამშობიარო გზით ნაყოფის ზომების შემცირების შემთხვევაშიც კი (მენჯის ანატომიური სივიწროვის მეოთხე ხარისხი, სიმსივნე და ეგზოსტოზი, რომელიც ნაწილობრივ ან მთლიანად ახშობენ სამშობიარო არხს, საშვილოსნოს ყელის და საშოს ნაწიბუროვანი შევიწროება); დედის ისეთი მდგომარეობა, როდესაც ბუნებრივი სამშობიარო გზით დედის მოშმობიარების ყველა ხერხი უფრო საშიშია, ვიდრე საკეისრო გაკვეთა არა მარტო სიცოცხლის, არამედ ინვალიდობის თვალსაზრისით; ა) პლაცენტის სრული წინმდებარეობა; ბ) გადატანილი საკეისრო გაკვეთის შემდგომი ნაწიბურის არასრულფასოვნება; გ) შარდსასქესო და სწორნაწლავ-საშოს ფისტულები წარსულში და მშობიარობის მომენტში; დ) საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს, საშოს, ვულვის, შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავის კიბო; ე) დედის აგონიური მდგომარეობა ან სიკვდილი ცოცხალი და სიცოცხლისუნარიანი ნაყოფით. შეფარდებითი ჩვენებაა: საკეისრო გაკვეთა ისეთი დაავადების და სამეანო სიტუაციის დროს, რომლებიც ცუდ გავლენას ახდენს უმთავრესად ნაყოფზე და რომელთა დროს საეჭვოა ცოცხალი და ჯანმრთელი ნაყოფის მიღება; 1) ნაყოფის წინსვლის მექანიკური დაბრკოლებაა: კლინიკურად ვიწრო მენჯი, ნაყოფის თავის არასწორი მდებარეობა და ჩადგმა, ნაყოფის არასწორი მდებარეობა და სხვა; 2) სისხლდენა პლაცენტის ნაწილობრივი წინმდებარეობის ან ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი მოცილების გამო, როდესაც სამშობიარო გზები არ არის მომზადებული; 3. მშობიარობის აქტის დარღვევა: სამშობიარო მოქმედების ანომალია, რომელიც არ ექვემდებარება მკურნალობას (მოუმზადებელი სამშობიარო გზები), საშვილოსნოს მოსალოდნელი გახევა (ცოცხალი ნაყოფის პირობებში); შარდის ბუშტ-საშოს, სწორნაწლავ-საშოს ფისტულების წარმოქმნის საშიშროება; 4. დედის დაავადებები: ნეფროპათია და პრეეკლამფსია, რომლებიც მკურნალობის სხვა მეთოდებს არ ექვემდებარებიან, შაქრიანი დიაბეტის მძიმე ფორმები, გულის მძიმე დეკომპენსირებული მანკი, განსაკუთრებით თუ მას თან სდევს სამეანო პათოლოგია; 5. კომპლექსური ჩვენებები, რომელთაც მიეკუთვნება ორსულობისა და მშობიარობის ისეთი რამდენიმე გართულების ერთობლიობა, რომელთაგან რომელიმე ერთი ცალკე აღებული საკეისრო გაკვეთის ჩვენება არ არის, ასე მაგალითად: ხანშიშესული ასაკი და ვადაგადაცილებული ორსულობა, მენჯით წინმდებარეობა, ჰიპლარის გამოვარდნა და სხვა.; 6. იშვიათი ჩვენებები: საშვილოსნოს და საშოს განვითარების მანკი:

მწვავე მუცელი, ექსტრაგენიტალური დაავადებანი, რომელთა დროს აუცილებელია მშობიარობის სასწრაფოდ დამთავრება - დედის სასიცოცხლო ჩვენებით მოუმზადებელი სამშობიარო გზების პირობებში.

შეფარდებითი ჩვენებით საკეისრო გაკვეთის ჩატარებისთვის აუცილებელია შემდეგი პირობები: სამშობიარო გზები არ უნდა იყოს დაინფიცირებული, ნაყოფი უნდა იყოს ცოცხალი და სიცოცხლისუნარიანი, ნაყოფის თავი უნდა მდებარეობდეს მენჯის შესავლის ზემოთ, იყოს შესავალს მიბჯენილი ან იდგეს შესავალში მცირე სეგმენტით.

შეფარდებითი ჩვენებით საკეისრო გაკვეთის უკუჩვენებაა: მკვდარი ან არასიცოცხლისუნარიანი ნაყოფი, ენდომეტრიტი მშობიარობაში; საშოსმხრივი ოპერაციის გაკეთების ცდის შემდეგ საკეისრო გაკვეთა არ არის მიზანშეწონილი.

გეგმური საკეისრო გაკვეთისთვის ორსულს ასე ამზადებენ: ოპერაციის წინა საღამოს და დილით ქალს უკეთებენ გამწმენდ ოყნას, ოპერაციისწინა საღამოს აძლევენ საძილე საშუალებებს: 0,2 გ 25 მგ ამიტალნატრიუმს ამინაზინთან ან 25 მგ პიპოლფენთან ერთად. თუ ორსულს საკეისრო გაკვეთა აქვს გადატანილი, გამწმენდ ოყნას უკეთებენ მხოლოდ ოპერაციის დღეს.

განსაკუთრებით უნდა მოამზადონ ორსული, რომელსაც გულის მანკი აქვს. პირველ რიგში საჭიროა სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოებში დარღვევების გამოვლინება, შემდგომ მათი პროფილაქტიკა და მკურნალობა. ერთი კვირის განმავლობაში ჩაატარებენ გაძლიერებულ კარდიალურ თერაპიას (ვენაში შეყავთ კორგლიკონი, ჩვენების მიხედვით - სტროფანტინი და სხვ.), სუნთქვის რეგულაციას-ჟანგბადის მუდმივ ინჰალაციას, აკეთებენ ეუფილინის ინექციებს. რადგან გულისმანკიან ორსულ ქალებს თირკმელზედა ჯირკვლების ფუნქციის უკმარისობა უვითარდებათ, ამიტომ საჭიროა ოპერაციის წინ 20-25 მგ პრედნიზოლონის გაკეთება კუნთებში. შაქრიანი დიაბეტის დროს ორსულს საოპერაციოდ ამზადებენ ენდოკრინოლოგთან ერთად.

საკეისრო გაკვეთის სასწრაფოდ გაკეთების შემთხვევაში ორსულს კუჭს ამოურეცხავენ. თუ კუჭის ამორეცხვა ვერ მოხერხდა, იყენებენ ანტაციდებს (ნივთიერებებს, რომლებიც მჟავე არეს ატუტიანებენ) შემდეგი რაოდენობით: 1) 5,0 მაგნიუმის კარბონატი, 2) 5,0 მაგნიუმის ტრისილიკატი, 3) 5,0 საჭმელი სოდა, 4) 15-20 მლ პიტნის ნაყენი.

მიღებული ნარევის 1 სუფრის კოვზს ხსნიან 1 ჭიქა წყალში და ავადმყოფს აძლევენ დასალევად. უშუალოდ ოპერაციის წინ შარდის ბუშტს ცლიან კათეტერით, აკეთებენ პრემედიკაციას (კანქვეშ 0,1%-იანი გოგირდმჟავა ატროპინის 1 მლის შეყვანა, სისხლის ჯგუფსა და რეზუსს განსაზღვრავენ. ვენაში წვეთოვნად შეყავთ 5%-იანი გლუკოზა ან ფიზიოლოგიური ხსნარი), ავადმყოფს ამზადებენ თანამოსახელე ჯგუფის და რეზუს-დადებითი სისხლის გადასასხმელად. პრომედოლისა და პანტოპონის გამოყენება პრემედიკაციისთვის მიზანშეწონილი არ არის, რადგან ახალშობილის სუნთქვის ცენტრზე ცუდად მოქმედებს. ეს საშუალებანი შეყავთ ნაყოფის ამოყვანის შემდეგ. გულის მანკით დაავადებულ ქალებს ნაყოფის ამოყვანის წინ უკეთებენ კორდიამინს, მუდმივად ოქსიგენაციას უტარებენ.

გაუტკივარება. საკეისრო გაკვეთის დროს გაუტკივარების ძირითადი მეთოდია კომბინირებული ნარკოზი (უპირატესად ენდოტრაქეული) და ადგილობრივი ინფილტრაციული ანესთეზია.

კომბინირებული ენდოტრაქეული ნარკოზის დროს საწყის სანარკოზე ნივთიერებად იყენებენ ჰექსენალს და თიოპენტალს - 250-300 მგ 2,5-5%-იან ხსნარში. მი-

ორელაქსანტებიდან სასურველია გამოიყენონ ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატები (ლისტენონი, მიორელაქსინი), რომლებიც იწვევენ სწრაფ და ხანმოკლე კუნთოვან დამბლას და არ ახასიათებთ კუმულაციური თვისებები. რელაქსანტები შეყავთ ფრაქციულად. ნაყოფის ამოყვანამდე 5-6 წუთით ადრე მიორელაქსანტები არ შეყავთ. სანარკოზე ნარევად, ჩვეულებრივ, იყენებენ აზოტის ქვეჟანგს ჟანგბადთან ერთად 2:1, 3:1 თანაფარდობით, იშვიათად - ეთერს ჟანგბადთან ერთად.

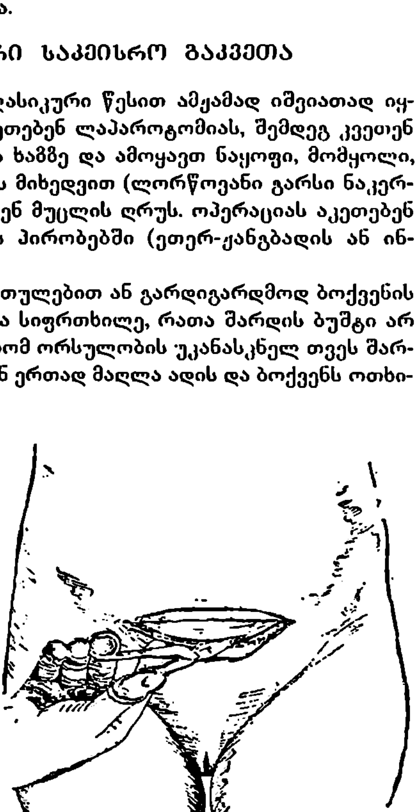
ენდოტრაქეული მეთოდის უპირატესობა ის არის რომ შესაძლებელი ხდება ოპერაციის გაკეთება ზედაპირული ბანგით (III სტადია), რომელიც არ არის საშიში დედისა და ნაყოფისთვის. უკანასკნელ ხანებში საბაზისო ნარკოზად ხშირად იყენებენ ვიადრილს (ვენაში 500-1000 მგ), რაც შესაძლებლობას იძლევა შემცირდეს სანარკოზე ნივთიერებათა შეყვანა.

საკეისრო გაკვეთის ოპერაციის სახეები: 1. კლასიკური-კორპორული; 2. ინტრაპერიტონეულ-რეტროვეზიკალური; 3. ექსტრაპერიტონეული; 4. საშოსმხრივი და 5. რადიკალური-რეინპორის ოპერაცია.

კორპორული, კლასიკური საკეისრო გაკვეთა

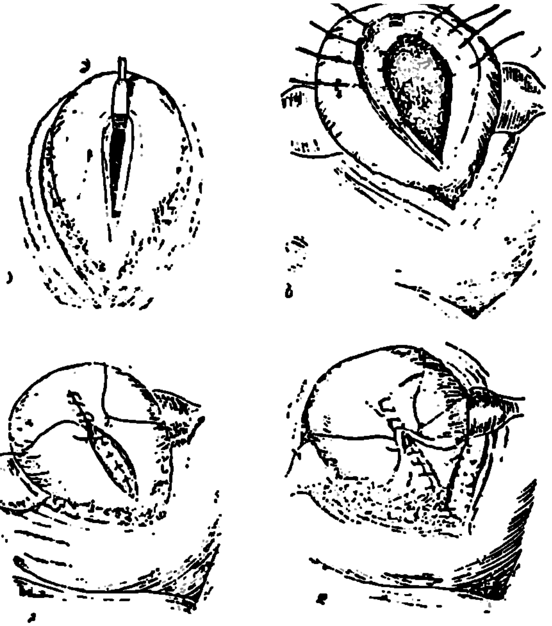
საკეისრო გაკვეთას კორპორული, კლასიკური წესით ამჟამად იშვიათად იყენებენ. ოპერაციის ტექნიკა მარტივია, აკეთებენ ლაპაროტომიას, შემდეგ კვეთენ ორსული საშვილოსნოს წინა კედელს შუა ხაზზე და ამოყავთ ნაყოფი, მომყოლი, საშვილოსნოს კედელს გაკერავენ შრეების მიხედვით (ლორწოვანი გარსი ნაკერში არ უნდა მოჰყვეს), ბოლოს კი გაკერავენ მუცლის ღრუს. ოპერაციას აკეთებენ ადგილობრივი ანესთეზიის ან ნარკოზის პირობებში (ეთერ-ჟანგბადის ან ინტრატრაქეული).

მუცელს კვეთავენ თეთრი ხაზის მიმართულებით ან გარდიგარდმოდ ბოქვენის ზემოთ ერთი თითის დაშორებით. საჭიროა სიფრთხილე, რათა შარდის ბუშტი არ დაზიანდეს. ოპერატორს უნდა ახსოვდეს, რომ ორსულობის უკანასკნელ თვეს შარდის ბუშტი საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტთან ერთად მაღლა ადის და ბოქვენს ოთხი-ხუთი სმ-ით შორდება. განაკვეთს ჭიპის ზემოთ მარცხნივ გაატარებენ, მისი სიგრძე 12-13 სმ-ია. ჭრილობა საკმაო სიგრძისა უნდა იყოს, რათა მუცლის ღრუდან საშვილოსნოს ადვილად ამოტანის შესაძლებლობა შეიქმნას. ლაპაროტომიის შემდეგ ფუძეზე ხელს წაავლებენ და მუცლის ღრუდან ამოიღებენ საშვილოსნოს. სტერილურ დოლბანდებს ჩადებენ საშვილოსნოს უკან და გვერდზე, მუცლის განაკვეთის კიდეებს ერთმანეთს მიუახლოებენ რამდენიმე კვანძისა ან ორკავა მაშის დადებით, რათა ნაწლავები ან ბადექონი არ გამოვარდეს და საშვილოსნოს გაკვეთის დროს მუცლის ღრუში სანაყოფე სითხე და სისხლი არ ჩაიღვაროს.



სურ. 229 გარდიგარდმო (ფანენშტილის) ჭრილობა

საშვილოსნოს კედლის გაკვეთის წინ სასურველია მასზე პლაცენტის მიმაგრების ადგილის დადგენა, რათა აიცილონ



სურ. 230 კლასიკური საკეისრო გაკვეთა: ა-საშვილოსნოს კედელზე ჭრილის გაგანიერება; ბ-საშვილოსნოს კედელზე ნაკერების დადება (პირველი სართული); გ-საშვილოსნოს კედელზე ნაკერების დადება (მეორე სართული); დ-საშვილოსნოს კედელზე უწყვეტი კეტგუტის ნაკერის დადება (მესამე სართული)

მისი გაჭრა. პლაცენტის გაკვეთას მოსალოდნელია დიდი სისხლის დენა მოყვეს. ასეთ შემთხვევაში პლაცენტას მოაცილებენ საშვილოსნოს კედელს და სანაყოფე გარსებს გახევენ კიდეში, რაცა პლაცენტის ქსოვილი არ დაზიანდეს.

ამჟამად გასაკვეთ ადგილზე პლაცენტის მიმაგრებას დიდ მნიშვნელობას არ ანიჭებენ და საშიშად არ მიიჩნევენ. თუ საშვილოსნოს წინა კედლის გაკვეთისას პლაცენტის მიმაგრების ადგილი გაიკვეთა (placenta caesarea) და პლაცენტა დაზიანდა, ნაყოფის სწრაფად ამოყვანისა და საშვილოსნოს შიგთავსისგან განთავისუფლების შემდეგ ეს ადგილიც ენერგიულად იკუმშება და სისხლის დენა წყდება.

საშვილოსნოს კედელს გაკვეთავენ 12 სმ-ის სიგრძეზე. სანაყოფე გარსებს გახევენ და ნაყოფს ამოიყვანენ ფეხზე ან იღლიაში ხელის წავლებით, იშვიათად - თავით. სასურველია ნაყოფის ამოყვანა მხოლოდ ერთ ფეხზე ხელის მოვლებით. საშვილოსნოს ღრუს მომყოლის ნაწილებისა და სისხლის კოლტებისგან ხელით ათავისუფლებენ. საჭიროების შემთხვევაში საშვილოსნოს ღრუს დიდი კოვზით გამოფხეკავენ და სტერილური დოლბანდით ამოწმენდენ, რათა მომყოლის ნაწილები არ დარჩეს. საშვილოსნოს კედელში უშხაპუნებენ 1-2 მლ მამოფიზინს ან ოქსიტოცინს. ჭრილობას გაკერავენ სამსართულიანი ნაკერით. გასაკერად იყენებენ კეტგუტს. პირველად გაკერავენ საშვილოსნოს კუნთებს, შემდეგ - კუნთებსა და

სეროზულ გარსს კეტგუტის კვანძოვანი ნაკერებით. ბოლოს სეროზულ გარსზე კეტგუტის განუწყვეტელ ნაკერს ადებენ.

მუცლის ღრუს ხურავენ შემდეგნაირად: ჯერ განუწყვეტელ ნაკერს ადებენ პერიტონეუმს, შემდეგ კუნთებს. აპონევროზი აღდგება კვანძოვანი ნაკერით. კანზე მეტალის ბრჭყალებს ადებენ.

ამჟამად კორპორულ საკეისრო გაკვეთას ისე ახორციელებენ, რომ საშვილოსნო მუცლის ღრუდან არ ამოაქვთ. მუცლის კედლის განაკვეთი ჭიპის ზემოთ არ მიდის ან მცირე მანძილით სცილდება მას მარცხნივ. საშვილოსნოს მუცლის ღრუში გაკვეთავენ, ნაყოფისა და მომყოლის ამოტანის შემდეგ გაკერავენ.

ინტრაპერიტონეული, რეტროვეზიკალური საკეისრო გაკვეთა

კლასიკური საკეისრო გაკვეთის ზოგიერთი ნაკლის გამო ამ ბოლო დროს ფართოდ იყენებენ ინტრაპერიტონეულ, რეტროვეზიკალურ საკეისრო გაკვეთას ქვედა სეგმენტში.

ოპერაციის გაკეთების თავისებურება ასეთია: ავადმყოფი წევს საოპერაციო მაგიდაზე. მუცლის კედელს გაკვეთავენ ჭიპსა და ბოქვენს შუა სიგრძივად ან გარდიგარდმო, პერიტონეუმის ღრუს გახსნის შემდეგ გამოჩნდება ორსული საშვილოსნო.

ამ დროს ნაწლავების დაზიანების მხრივ საშიშროება არ არის რადგან ნაწლავები საშვილოსნოს უკანაა. ოპერატორი ფრთხილად უნდა იყოს, რათა შარდის ბუშტი ან ნაყოფი არ დააზიანოს. საშვილოსნოს ყოველი მხრიდან შემოავლებენ დიდ სტერილურ ტილოებს, რათა სანაყოფე სითხე და სისხლი პერიტონეუმის ღრუში არ ჩაიღვაროს. განაკვეთის კიდეებს სარკეებით გაშლიან, გამოაჩენენ Plica vesicouterina-ს პერიტონეუმის ნაოჭს, რომელიც საშვილოსნოდან შარდის ბუშტზე გადადის, მას აცილებენ ქვემოთ ბლუნგად, შარდის ბუშტთან ერთად. გამიშვლებულ საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტს გაკვეთავენ 10-11 სმ-ზე განივი მიმართულებით ანდა ზანჩენკო-გუსაკოვის მიხედვით, სკალპელით გაკვეთავენ მიომეტრიუმს განივი მიმართულებით 2-3 სმ- სიგრძეზე. შემდეგ ჭრილობაში შეტანილი ორივე ხელის საჩვენებელი თითებით ჭრილობას აგანიერებენ განივი მიმართულებით. ამ დროს კუნთოვანი ფენები გაითიშება, ოპერაცია თითქმის უსისხლოა. ოპერაციის დროს ასისტენტი მუცლის კედლის მხრიდან აწევს საშვილოსნოს ფუძეს. ოპერატორი მარცხენა ხელით მაღლა სწევს განივი ჭრილობის ზედა კიდეს, მარჯვენა ხელი შეაქვს თავსა და სიმფიზს შუა და ამოაქვს თავი. თუ თავის ამოტანა გაძნელდა, იყენებენ მაშის ტოტს.

ოპერაციის უპირატესობა ის არის, რომ მას აკეთებენ საშვილოსნოს ყელის არეში, სადაც ჭარბობს შემაერთებელი ქსოვილი. საშვილოსნოს კუნთები არ ზიანდება, ჭრილობა უკეთ სორცდება და გართულებებს ნაკლებად იწვევს, რაც შემდეგი მშობიარობის დროის საშიშროებას არ ქმნის. ახალშობილის ამოყვანის შემდეგ მომყოლი ამოაქვთ. საშვილოსნოს ღრუს ტილოებით ამოწმებენ ან გამოფხეკენ კიურეტით.

ჭრილობას გაკერავენ სამსართულიანი კეტგუტის ნაკერით. ცალკე პერიტონეუმს განუწყვეტელი ნაკერით მიაკერებენ საშვილოსნოს. ჭრილობის პერიტონიზაცია იდეალურია, ინფექციის მხრივ საშიშროება ნაკლებია.

ექსტრაპერიტონეული საკეისრო გაკვეთა

უკანასკნელი წლების მანძილზე გავრცელდა კაბოთის (1934) მიერ შემოღებული საკეისრო გაკვეთის (ქვედა სეგმენტში) ექსტრაპერიტონეული მეთოდი ე.წ.

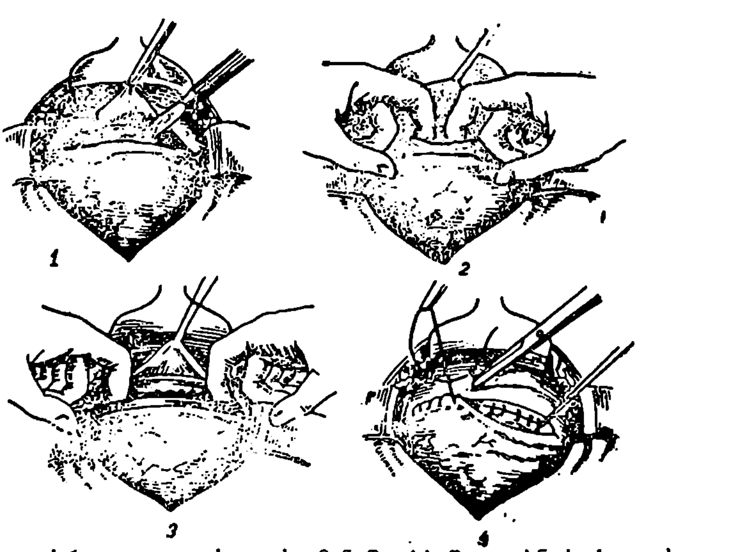
მოროზოვის მოდიფიკაციით.

ექსტრაპერიტონეული საკეისრო გაკვეთა მიზანშეწონილია იმ შემთხვევაში, როდესაც უკუნაჩვენებია ინტრაპერიტონეული საკეისრო გაკვეთა. ამ უკანასკნელის უკუჩვენებაა: ხანგრძლივი უწყლო პერიოდი ქორიომნიონიტის და ენდომეტრიტის კლინიკური ნიშნებით, მაღალი სიცხე, შარდ-სასქესო ორგანოების მწვავე და ქრონიკული ინფექციური დაავადება, სხვადასხვა ლოკალიზაციის ჩირქოვან-სეფსისური დაავადება, პერიტონიტი ანამნეზში, შარდ-სასქესო და ნაწლავ-სასქესო ფისტულები, პოლივალენტური ალერგია.

ექსტრაპერიტონეული გაკვეთის პირობებია ნაყოფის დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა, დედის თანხმობა, ქირურგის მაღალი კვალიფიკაცია. ამ ოპერაციის უკუჩვენებაა ყველა ის შემთხვევა, როდესაც აუცილებელია მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების დათვალიერება, ან ნავარაუდევია ოპერაციის მასშტაბების გაფართოება. ასეთია, მაგალითად, საშვილოსნოზე არასრულფასოვანი ნაწიბური, საშვილოსნოს მოსალოდნელი გახეთქა, პლაცენტის წინმდებარეობა და მისი ნაადრევი აცლა, საშვილოსნოს და დანამატების სიმსივნე, გიგანტური ნაყოფი, აგრეთვე სტერილიზაციის აუცილებლობა.

ოპერაცია შედგება ოთხი მომენტისგან.

I მომენტი - მუცლის წინა კედლის გაკვეთა. მუცლის წინა კედელს (კანი, კანქვეშა ქსოვილი, აპონევროზი) კვეთავენ რკალისებრი 15-16 სმ გარდიგარდმო ჭრილით. მუცლის სწორ კუნთებს თიშავენ ბლაგვად, პირამიდულ კუნთებს გაკვეთავენ ლანცეტით, შემდეგ მარჯვენა სწორ კუნთს ბლაგვად აცილებენ პერიტონეუმის წინა ქსოვილს და სარკით გასწევენ მარჯვნივ, რომ გამოაჩინონ საშ-



სურ. 231 საკეისრო გაკვეთა ქვედა სეგმენტში: 1-საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში გარდიგარდმო ჭრილის გატარება; 2- და 3-ჭრილის გაგანიერება თითებით; 4-საშვილოსნოს კედელზე უწყვეტი კეტგუტის ნაკერის დადება

ვილოსნოს მარჯვენა კუთხე და პერიტონეუმის ნაოჭი.

II მომენტი-საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტის გაშიშვლება.

პერიტონეუმის ნაოჭის ოდნავ ქვემოთ ბლაგვად თიშავენ ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილს fascia endopelvina- მდე, შემდეგ ეძებენ სამკუთხედს, რომელსაც მოსაზღვრავს ზემოდან პერიტონეუმის ნაოჭი, შიგნიდან-Lig. vesicoumbicalis lateralis ან შარდის ბუშტის მწვერვალის გვერდითი მხარე. შემდეგ პინცეტით ან მაკრატლით ხსნიან fascia indopelvica- ს, შარდის ბუშტ-საშვილოსნოს ნაოჭისა და შარდის ბუშტის მწვერვალის ქვეშ გაივლით აღწევენ საშვილოსნოს მარცხენა კუთხემდე და ბლაგვად აცილებენ, რის შემდეგაც გამოაჩენენ საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტს.

III მომენტი-ქვედა სეგმენტის გაკვეთ და ნაყოფის ამოყვანა.

საშვილოსნოს კვეთავენ გარდიგარდმო ჭრილით პერიტონეუმის ნაოჭიდან 2 სმ-ით ქვემოთ. შემდეგ კვეთავენ სანაყოფე გარსებს. თავით წინმდებარეობის დროს ნაყოფი ამოყავთ თავით, მენჯით წინმდებარეობის დროს კი-ჯდომით ან ფეხით. ნაყოფის ამოყვანის შემდეგ აცილებენ მომყოლს.

IV მომენტი-საშვილოსნოსა და მუცლის წინა კედლის მთლიანობის აღდგენა.

საშვილოსნოს კერავენ კეტგუტის ორსართულიანი კვანძური ნაკერით.

პირველი სართული-კვანძული კეტგუტის ნაკერები გადის ყველა გარსში და იკვანძება შიგნით. მეორე სართულს-კუნთი-კუნთოვანს-ადებენს ჭრილობის კუთხეებში П- სებრ, მათ შორის კი ადებენ 1-2 ცალკეულ კვანძოვან ნაკერს. შარდის ბუშტ-საშვილოსნოს ნაოჭ ათავსებენ ისევ თავის ადგილას. მუცლის წინა კედელს კერავენ შრეობრივად.

ექსტრაპერიტონეულ საკეისრო გაკვეთას, ინტრაპერიტონეულთან შედარებით, აქვს შემდეგი უპირატესობანი: 1. სანაყოფე სითხე და მეკონიუმი არ ხვდება პერიტონეუმის ღრუში (ინფიცირების ნაკლები შესაძლებლობა); 2. მუცლის ღრუს სხვა ორგანოების (განსაკუთრებით ნაწლავების) დაზიანება გამორიცხულია; 3. ოპერაციის მსვლელობაში შედარებით ნაკლები სისხლი იკარგება; 4. საოპერაციო მასალი, ხელსაწყო-იარაღების დარჩენა მუცლის ღრუში გამორიცხულია; 5. ოპერაციის ხანგრძლივობა ნაკლებია; 6. პერიტონეული ტკივილი ოპერაციისშემდგომ პერიოდში არ აღინიშნება; 7. საშვილოსნოზე ჭრილობა კარგად ხორცდება; 8. ოპერაციისშემდგომ პერიოდში ნაწლავისა და შარდის ბუშტის ფუნქცია არ მოიშლება; 9. ოპერაციისშემდგომი პერიტონიტის განვითარება იშვიათია; 10. მუცლის ღრუში შეხორცებები არ ვითარდება; 11. თუ საშვილოსნოს ახლომდებარე ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილი დაჩირქდა, ადვილია მისი ევაკუაცია.

რადიკალური საკეისრო გაკვეთა-რეინ-პოროს ოპერაცია

რადიკალური საკეისრო გაკვეთა ისეთიოპერაციაა, რომლესაც ნაყოფთან ერთად საშვილოსნოსაც ამოკვეთავენ ყელის ზემოთ ან მთლიანად. იგი შემოიღო რეინ-პორომ 1876 წელს.

ოპერაციას იმ შემთხვევაში აკეთებენ, როდესაც საშვილოსნოს დატოვება შეუძლებელია (ინფექციის, სისხლის დენის, საშვილოსნოს სიმსივნის, საშოს და საშვილოსნოს განვითარების მანკის შემთხვევაში).

1. ცოცხალი ნაყოფის შემთხვევაში ჯერ გაკვეთავენ საშვილოსნოს კედელს, ამოყავთ ნაყოფი, ამოაქვთ მომყოლი და შემდეგ საშვილოსნოს ამოკვეთავენ ყელის ზემოთ ან ჩვენების მიხედვით მთლიანად. 2. როდესაც ნაყოფი მკვდარია, უმჯობესია საშვილოსნოს მოკვეთა ყელის ზემოთ, ნაყოფთან ერთად. ამ გზით მუცლის ღრუში ინფექციის გავრცელების საშიშროება ნაკლებია.

საკეისრო გაკვეთის ჩატარებისას შეიძლება განვითარდეს შემდეგი გართულებები: 1. პოსტურალური სინდრომი, გამოწვეული სხეულის მოუხერხებელი მდებარეობით: ამ დროს ხდება მარჯვენა ღრუ ვენის მიჭყლეტა ხერხემალზე (ბიფურკაციიდან რამდენიმე სანტიმეტრზე), რაც იწვევს გულისკენ სისხლის მოწოლების შეფერხებას. ამ სინდრომის დამახასიათებელია ტაქიკარდია, ციანოზი, არტერიული სისხლის წნევის დაცემა. ამ დროს საჭიროა სასწრაფოდ საშვილოსნოს ფუძის გადაწევა გვერდზე; 2. მენდელსონის სინდრომი, რომელიც ვითარდება იმ შემთხვევაში, როცა ორსული ოპერაციისთვის მომზადებული არ არის. ეს სინდრომი გამოიხატება შემდეგში: ავადმყოფს უვითარდება ტაქიპნოე, ტაქიკარდია და ციანოზი, რაც გამოწვეულია კუჭიდან რეგურგიტაციის დროს მჟავე პროდუქტების სასუნთქ გზებში გადასვლით. ეს უკანასკნელი კი იწვევს ძლიერ ბრონქოსპაზმს. ბრონქოსპაზმის პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა ოპერაციის წინ კუჭის ამორეცხვა სოდიანი ხსნარით ან ანტაციდების მიცემა; 3. ჰიპოტონიური სისხლის დენა საკეისრო გაკვეთის დროს ან ადრეულ ოპერაციისშემდგომ პერიოდში არცთუ იშვიათი მოვლენაა. თუ ასეთი სისხლის დენა განვითარდა მუცლის ღრუს დახურვამდე, საჭიროა შემკუმშავი საშუალებების შეყვანა ვენაში, უშუალოდ საშვილოსნოს კუნთებში, მაგისტრალური სისხლძარღვების გადაკვანძვა. ამ ღონისძიებათა არაეფექტურობის შემთხვევაში საჭიროა საშვილოსნოს საშოზედა ამპუტაცია.

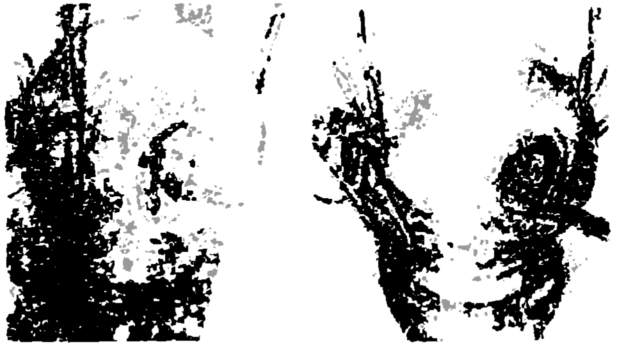
დიდი მნიშვნელობა ენიჭება შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიებათა ჩატარებას: სისხლის ან სისხლის შემცვლელთა გადასხმას, გაუტკივარებას. ამ დროს არანაკლებ საყურადღებოა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მდგომარეობა.

ოპერაციისშემდგომი პერიოდის მართვა

ოპერაციისშემდგომი პერიოდის ადრეულ ხანაში მოსალოდნელია ჰიპოტონიური სისხლის დენა, ამიტომ ავადმყოფს მუცელზე ყინულს ადებენ, აძლევენ საშვილოსნოს შესაკუმშ საშუალებებს, ხშირად ცვლიან შარდის ბუშტს.

ასევე შესაძლოა შოკის და კოლაფსის განვითარება. ამ დროს საჭიროა სისხლის და მისი შემცვლელების გადასხმა, მაქსიმალური გაუტკივარება, ჩვენების მიხედვით კორდიამინის, ქაფურის ან სტროფანტინი, კორგლიკონის გამოყენება და ა.შ.

ოპერაციისშემდგომი პერიოდის ერთ-ერთი უმძიმესი გართულებაა პერიტონი-



სურ. 232 ა-რადიკალური საკეისრო გაკვეთა; ბ-რეინ-პოროს ოპერაცია

ტი. ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების მასიური გამოყენების გამო საკეისრო გაკვეთისშემდგომი პერიტონიტი მიმდინარეობს ლენტად, ატიპურად. მისი მნიშვნელოვანი სიმპტომია მაჯის აჩქარება, რომელიც სხეულის ტემპერატურას არ შეესაბამება, ნაწლავთა პარეზის განვითარება, საშვილოსნოს სუბინვოლუცია (სისხლიანი, ზოგჯერ სუნიანი გამონადენი, დიდი, მტკივნეული საშვილოსნო), ცვლილებები სისხლის მხრივ (ლეიკოციტოზი, ლეიკოციტური ფორმულის მარცხნივ გადახრით, ლიმფოციტოპენია). თუ ინტენსიური თერაპიის მიუხედავად, მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა (იხ. მშობიარობისშემდგომი პერიტონიტი), რელაპარატომიის საკითხი წამოიჭრება; 4. სასქესო ორგანოების მხრივ ანთებითი პროცესის განვითარების შემთხვევაში საჭიროა შესაბამისი კომპლექსური თერაპიის დანიშვნა; 5. ჭრილობის გახსნის შემთხვევაში (თუ დაინფიცირებული არ არის), საჭიროა მეორადად ნაკერების ან ბრჭყალების დადება.

თუ ოპერაციისშემდგომი პერიოდი მიმდინარეობს გართულების გარეშე, ახალშობილის კვება დასაშვებია ოპერაციიდან 24 საათის შემდეგ. აუცილებელია ავადმყოფს საწოლში აქტიური მდებარეობა ჰქონდეს. ძაფების მოხსნა შეიძლება მერვე დღეს.

გაურთულებლად მიმდინარე ოპერაციისშემდგომი პერიოდის შემთხვევაში ავადმყოფის გაწერა შესაძლებელია მე-13-14 დღეს.

სურ. 233 საკეისრო კვეთა გახეთქილი საშვილოსნოს დროს

XLVII თავი

ნაყოფის დამშლელი ოპერაცია

თავის გაკვეთა-კრანიოტომია-CRANIOTOMIA

თავის გაკვეთა გულისხმობს თავის ქალას მოცულობის შემცირებას და გამოსხატება ქალას ღრუს გახსნითა და ტვინის გამოცლით. ეს მანიპულაცია მოსამზადებელი ოპერაციაა, რომლის შემდეგ ჩვეულებრივ მშობიარობა მთავრდება დაპატარავებული თავის გამოტანით. თავის გაკვეთის შემდეგ შესაძლებელია მშობიარობა თავისთავად, ყოველგვარი ჩარევის გარეშე დამთავრდეს.

იშვიათ შემთხვევაში, თუ დედის მხრივ საშიშროებაა, ცოცხალი ნაყოფის კრანიოტომიის საკითხი წამოიჭრება, სტაციონარის პირობებში მისი გაკეთება დაშვებულია. საერთოდ კრანიოტომიის ჩვენება ერთობ შეზღუდულია. ჩვენებისა და პირობების მიხედვით, მას აკეთებენ მკვდარ ან მახინჯ ნაყოფზე (გამონაკლისის სახით ცოცხალ ნაყოფზე).

კრანიოტომია შედგება შემდეგი ეტაპებისგან: 1. პერფორაციის (perforatio capitis)- ნაყოფის თავის გახვრეტის, 2. ექსცერებრაციის (excerebratio)- ტვინის დაშლისა და გამოტანის, 3. კრანიოკლაზიის (cranioclasia)- პერფორირებულ თავზე კრანიოკლასტის მოთავსების და ამგვარად მისი გამოტანისგან.

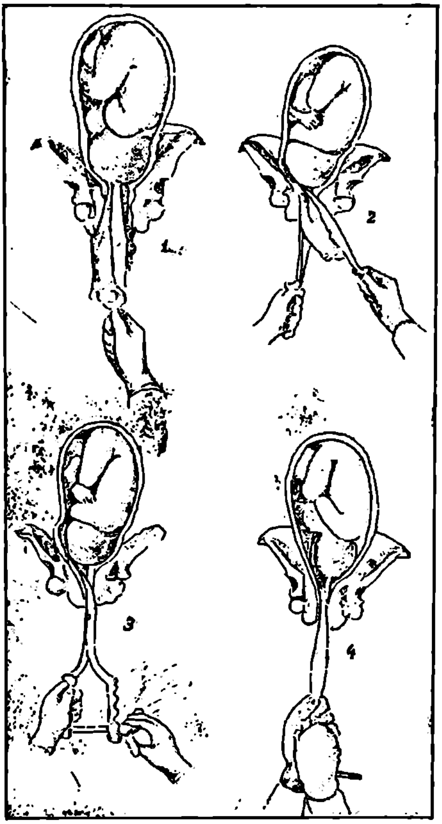
მკვდარი ნაყოფის თავის პერფორირება და მისი ხელოვნურად გამოტანა საჭიროა ყველა ისეთ შემთხვევაში, როდესაც ნაყოფის დაბადება ბრკოლდება მექანიკური მიზეზებით და მშობიარობის სხვა გზა არ არსებობს. ასეთია შემთხვევები: 1. ვიწრო მენჯი-მხოლოდ არააბსოლუტურად დავიწროებული; 2. ჰიდროცეფალია-ნაყოფის თავის წყალმანკი; 3. სამშობიარო გზების ნაწიბურები; 4. თავის პათოლოგიური ჩადგმა: ლიტცმანის ტიპის შუბლით, პირისახით უკანა მხარე - უკან მიქცეული ნიკაპი; 5. დედის მძიმე დაავადება, ფილტვების შეშუპება, გულის მწვავე უკმარისობა; 6. მშობიარის მაღალი ტემპერატურა, ჭინთვის სისუსტე, თავის ერთ მდგომარეობაში დიდხანს დგომა, სისხლიანი შარდი; 7. საშვილოსნოს მოსალოდნელი გახევა.

კრანიოტომია საჭიროებს სათანადო პირობებს: საშვილოსნოს ყელი გახსნილი უნდა იყოს სრულად, სანაყოფე ბუშტი-გახეული, წყალი-დაღვრილი, თავი-უმოძრაო (მოძრავი თავის პერფორაციაც შეიძლება, მაგრამ მეტად საშიშია დედისთვის). ოპერაციას აკეთებენ საოპერაციოში ნარკოზით.

ოპერაციის ტექნიკა. ავადმყოფს სათანადოდ ამზადებენ. გამოუშვებენ შარდს, ჩაატარებენ ბიმანუალურ გასინჯვას. მეანთა უმრავლესობა პერფორაციას აკეთებს თვალის კონტროლით. საშოს სარკეებით გამოაჩენენ საშვილოსნოს ყელს, სადაც მოთავსებულია ნაყოფის თავის ნაწილი. იშვიათ შემთხვევაში, როდესაც თავი მენჯში არ არის ჩამოსული, პერფორაციას აკეთებენ შეხებით, თითის კონტროლით.

თავის კანს ორ ადგილას ადებენ ტყვიის მაშას, ჩამოსწევენ და ამ მდგომარეობაში იკავებენ. კანს გაკვეთავენ დანით ძვლამდე. ამის შემდეგ ქალას გახვრეტენ პერფორატორით. ცდილობენ პერფორაცია გააკეთონ დიდი ყიფლიბანდის არეში, შუბლით და პირისახით წინმდებარეობისას-თვალის, შუბლის ან მაგარის სასის მხრიდან. გახვრეტის შემდეგ ტარის მეშვეობით პერფორატორს გაშლიან და ამგვარად გაკეთებულ ხვრელს გააგანიერებენ, შემდეგ იარაღს შეკრავენ, მიაბრუნებენ 90-ით და ისევ იმავე მიმართულებით გაშლიან. ქალაზე მიიღებენ ჯვარედინ განაკვეთს. გახვრეტის შემდეგ კოვზით ტვინს გამოაცლიან.

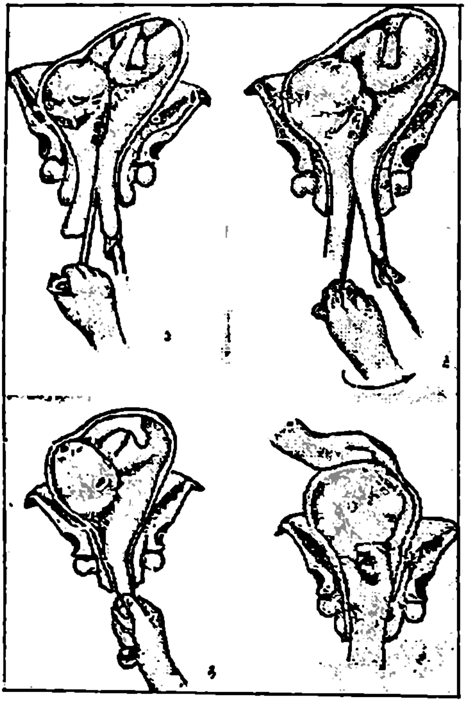
თავის გამოტანას იწყებენ მისი გახვრეტისა და ტვინის გამოცლისთანავე ბრაუ-



სურ. 234 კრანიოტომია 1-თაეის პერფორაცია; 2, 3, 4-კრანიოკლაზია

ნის კრანიოკლასტით. ეს უკანასკნელი შედგება ორი გადაჯვარედინებული ტოტისგან: ერთი ტოტი დაკბილულია, ხოლო მეორე-სარკმლიანი. კრანიოკლასტის კოვზებს თაეის სიმრუდე აქვს. კრანიოკლასტის დაკბილული ტოტი შეაქვთ გასვრეტილ თავის ქალაში, მეორე სარკმლიანი ტოტი-საშვილოსნოს ყელსა და ნაყოფის თაეს შორის და იარაღს პირისახეზე შეკრავენ. უმჯობესია კრანიოკლასტის პირისახეზე დადება, რადგან ქალას სხვა ძვლები შეიძლება მოიგლიჯოს.

კრანიოკლასტის დადებისა და შეკერის დროს კონტროლს უწევენ იმას, რომ კოვზებს შორის რბილი ნაწილები და საშვილოსნოს ყელი არ მოჰყვეს. როგორც პირველი, ისე მეორე ტოტი თვალის ან ხელის კონტროლის ქვეშ უნდა იყოს. მეორე ტოტი აუცილებლად აადვილებს კრანიოკლასტის შეკვრას. კრანიოკლასტის პირველ და მეორე ტოტს ნაყოფის თავზე მოთავსების შემდეგ გადააჯვარედინებენ და ბოლოში მოთავსებული ხრახნით მაგრად შეკრავენ. შეკერის დროს კრანიოკლასტის ტოტები ძლიერ არ უნდა იყოს მოჭერილი, რომ ძვლები არ დაზიანდეს. ამასთან,



სურ. 235 ემბრიოტომია ა და ბ-დეკაპიტაცია; გ-ტანის გამოტანა; დ-თავის გამოტანა

უნდა ახსოვდეს. არამჭიდროდ შეკვრისას იგი შეიძლება დასხლტეს. ქალას მოტეხილმა ძვლებმა სამშობიარო გზების დაზიანება რომ არ გამოიწვიოს, თავის არე კანით უნდა დაფარონ. კრანიოკლასტს მოსწევენ ქვევით (I პოზიცია), შემდეგ პირდაპირ (II პოზიცია), თარაზულად და, დასასრულ, ზევით (III პოზიცია). ძალიან ჩქარა მოწევა არ შეიძლება, რადგან უკვე დაქცეული ძვალი შესაძლოა მოსცილდეს. თავის გამოტანის შემდეგ კრანიოკლასტს მოხსნიან და ნაყოფის ტანს ხელით გამოიტანენ. თუ მხრებისა და ტანის გამოტანა ძნელდება, კლეიდოტომიას აწარმოებენ. კრანიოკლასტის საშუალებით თავის გამოტანის ოპერაციას კრანიოკლაზიას უწოდებენ.

თავისთავად კრანიოკლასტი ტლანქი იარაღია. მისი ხმარება ხშირად იწვევს მშობიარის რბილი ქსოვილების დაზიანებას, ამიტომ გახვრეტილი თავი ზოგიერთ მეანს გამოაქვს თითებით ან მიუზოს მაშით: გახვრეტილ თავზე მოთავსებული ორი-ოთხი ცალი ასეთი მაშით შესაძლებელია ნაყოფის ადვილად გამოტანა, ამასთან, იგი არც დედის მხრივ იწვევს დაზიანებას.

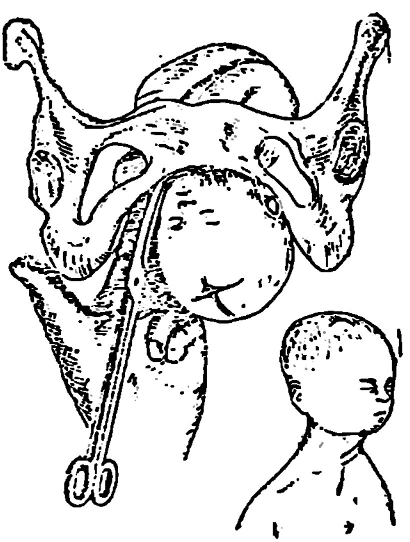
ამჟამად ფართოდ ხმარობენ ვაკუუმპერფორატორს, ექსტრაქტორს, რაც მეტად მარტივი და არასახიფათოა.

მომდევნო თავის პერფორაცია

მენჯით წინმდებარეობის დროს მომდევნო თავის გახვრეტა ტექნიკურად ძნელი არ არის. პერფორაციას აკეთებენ კეფის არეში. ნაყოფის ტანს თითის ან თვალის კონტროლით ძლიერად ქვემოთ ჩამოსწევენ. პერფორატორით კეფას მიწვდებიან და გახვრეტენ, ხვრელს გაადიდებენ და კოვზით ტვინს გამოფხეკენ. ამის შემდეგ თავის გამოტანა ადვილად შეიძლება.

ემბრიოტომია-EMBRYOTOMIA

ემბრიოტომია ნაყოფის ნაწილ-ნაწილ გამოტანაა, რაც გულისხმობს: თავის მოკვეთას (decapitatio), გულმკერდისა (thoracitomia) და მუცლის გაკვეთას (eventeratio), ხერხემლის გაკვეთას (spondylotomia) და ლავიწების გამოჭრას (cleidotomia). მას



სურ. 236 ლავიწების გადაკვეთა - კლეიდოტომია

ამჟამად აღარავინ აკეთებს, რადგან მხოლოდ კიდურების მოკვეთა ტანის გამოტანას არ აადვილებს.

ემბრიოტომიის ოპერაციის ჩვენებებია: 1. ნაყოფის განივი, ჩაჭედილი, თავმოჩრილი მდებარეობა (რადგან ნაყოფის მობრუნება ამ შემთხვევაში დაუშვებელია). 2. ნაყოფის სიმახინჯე ან მკვდარი გიგანტური ნაყოფი, რაც მექანიკურად ხელს უშლის მშობიარობას.

ემბრიოტომიის პირობები. სანაყოფე სითხე უნდა იყოს დაღვრილი, საშვილოსნოს ყელი კი სრულად გახსნილი; მენჯი არ უნდა იყოს მნიშვნელოვნად დავიწროებული (ნამდვილი კონიუგატა არანაკლებ 8 სმ-ისა). ოპერაციას აკეთებენ მკვდარ ან მასინჯ ნაყოფზე. თავის მოკვეთას მიმართავენ იმ შემთხვევაში, როცა ნაყოფის კისერი ადვილად მისაწვდომია.

ოპერაციას აკეთებენ ბრაუნის კავით ან სპეციალური გრძელი მაკრატლით. ბრაუნის კავი 25 სმ სიგრძის ლითონის ღეროა. იგი შედგება ღეროსაგან, რომელსაც ერთ ბოლოზე აქვს ტარი, მეორეზე მახვილწვერიანი, კუთხით მოღუნული კავი.

ავადმყოფს სათანადოდ ამზადებენ. შარდს გამოუშვებენ. ოპერაციას აკეთებენ ზოგადი ნარკოზის ქვეშ. ავადმყოფს წინასწარ უტარებენ ბიმანუალურ გასინჯვას, რომლითაც ოპერაციის პირობებს ადგენენ.

თუ ნაყოფის ხელი გამოვარდნილია, მას თანაშემწეს გადასცემენ, რომელიც ქვემოთ დასწევს. ხელის ამოსახსნელა ან მოკვეთა არ შეიძლება (მას მიმართავენ უმეტეს შემთხვევაში, თუ გამოვარდნილი ხელი ოპერატორს უშლის). გასტერილებული ბრაუნის კავი მარჯვენა ხელის თითებით შეაქვთ საშოში, მეორე, პარალელურად ხელით, რომელიც წინასწარ საშოშია შეტანილი. წვდებიან წინამდებარე ნაწილს (თუ კისერია, დეკაპიტაციას ახორციელებენ, თუ გულმკერდი-თორაკოტომიას, თუ მუცელია-ევისცერაციას, ხერხემლის შემთხვევაში-სპონდილოტომიას).

დეკაპიტაციის შემთხვევაში ბრაუნის კავი შეაქვთ, რომ მისი მოკაუჭებული ნაწილი მიმართული იყოს ოპერატორის ხელისგულისკენ, რათა საშვილოსნოს დაზიანება არ გამოიწვიოს. კავი ნაყოფს კისერში უნდა ჩაეჭიდოს მოხერხებულად, რის შემდეგ ნაყოფის ტანს აცალკევებენ თავისგან.

თუ რბილ ქსოვილთა კავშირი არ დაირღვა, მათ გადაჭრიან. თავის მოკვეთის შემდეგ ნაყოფის ტანს გამოვარდნილი ხელის მეშვეობით გამოიტანენ.

ბრაუნის კავით დეკაპიტაციის ოპერაციაში ზოგიერთი ცვლილება შეიტანა ვ. ჩუღინოვსკიმ. მისი მოდიფიკაცია ასეთია: ნაყოფის კისერზე გაატარებენ განაკვეთს, სადაც აკეთებენ არხს და მასში შეაქვთ ბრაუნის კავი, რომლითაც ის ხერხემლის კისრის ნაწილის მთლიანობას არღვევს.

თუ ნაყოფის ხელი გამოვარდნილი არ არის, მაშინ ასე იქცევიან: საშვილოსნოში

შეაქვთ მთელი ხელი, რომელსაც ჩააელებენ თავმოკვეთილ ნაყოფს ფეხზე და გამოაქვთ იგი, უკანასკნელად გამოაქვთ თავი-პირში თითის ჩადებით. მეორე ხელი გარედან აწვება და თავი გამოძევდება. თუ ის თავისით არ გამოძევდა, მაშინ ზემოდან ფიქსაციის შემდეგ მას დაადებენ მიუზოს მაშებს, გახვრეტენ და ექსცერებრაციის შემდეგ ადვილად გამოიტანენ.

კაფით თავის მოკვეთას ის ნაკლი აქვს, რომ მისი მოტრიალების დროს თავი უძრავი არ რჩება, ის აწვება საშვილოსნოს ისედაც გათხელებულ და დაჭიმულ ქვედა სეგმენტს, რასაც შეიძლება ამ უკანასკნელის დაზიანება მოჰყვეს. ამიტომ ბრაუნის კავის მაგივრ ზოგი გრძელ მაკრატელს იყენებს. მაკრატლით თავს კვეთავენ უმთავრესად მაშინ, როცა მხარი ღრმადაა ჩასული მცირე მენჯში და საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტს გახევის საშიშროება ემუქრება. კვეთავენ ნაყოფის კისერზე გარშემოვლებული ხელის კონტროლით.

ჩაჭედილი განივი მდებარეობისას ნაყოფის კისერს ყოველთვის ვერ წვდებიან, რათა თავი მოკვეთონ. ასეთ შემთხვევაში ნაყოფს ხერხემლის გასწვრივ კვეთავენ ორად და გამოაცლიან შიგთავსს, რის შემდეგ ორად მოკეცილი ნაყოფი ადვილად გამოდის.

ხშირად კვეთავენ ნაყოფის მუცელს, საიდანაც შიგთავსი ადვილად გამოდის. მიმართავენ აგრეთვე გულმკერდის გაკვეთას. გასაკვეთად იყენებენ ასევე გრძელ მაკრატელს.

ასეთი დახმარება ტექნიკურად უფრო ადვილია, ვიდრე თავის მოკვეთა და ნაყოფის გამოტანა. გარდა ამისა, იგი ნაკლებ ტრავმას აყენებს დედას, ამასთან, ინფექციით გართულება ან საშვილოსნოს გახევაც იშვიათია.

ლავიწების გადაკვეთა საჭიროა, როდესაც ნაყოფი მკვდარია, ნაყოფის თავი და მხარ-ბეჭი არ გამოდის. ამ მიზნით დაბადებულ თავს ქვემოთ დასწევენ და საშოს გამოსავალთან მიახლოებულ ლავიწს თითის კონტროლით მაკრატლით გადაკვეთავენ, რის შემდეგ დაბრკოლება გადალახულია და ნაყოფის ტანი ადვილად იბადება.

ლავიწებს გადაკვეთავენ როგორც თავით წინმდებარეობის, ისე მენჯით მდებარეობის დროსაც. ასეთი ჩარევით აჩქარებენ ნაყოფის გამოტანას. ცოცხალ ნაყოფზე ლავიწების გადაკვეთა იშვიათია.

XLVIII თავი

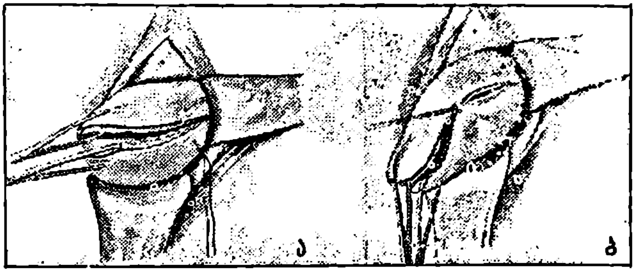
მომყოლისა და ადრეული ლოგინობის ხანის ოპერაცია

პლაცენტის (ან მისი ნაწილების) ხელით მოცილება
SEPARATIO ET EXTRACTIO PLACENTAE MANULIS

ამ ოპერაციის მიზანია საშვილოსნოდან მომყოლის ან მისი ნაწილების გამოტანა.

გაუტკივარებისთვის იყენებენ აზოტის ქვეჟანგს ან ეთერს ჟანგბადთან ერთად. sol. sombrevini 10,0+0,1% sol. sulfurici 0,5+sol. calcii gluconici 10%- ანი-10,0 ვენაში ან პენტრანით (ინჰალანი) აუტოანალგეზია.

ოპერაციის ტექნიკა. სასქესო ბაგეებს მარცხენა ხელით გადაშლიან, რის შემდეგ საშოში შეაქვთ კონუსისებრ დაკეცილი მარჯვენა ხელის მტევანი. მარცხენა ხელს ათავსებენ საშვილოსნო ფუძეზე. შიგნითა ხელი მიჰყვება ჭიპლარს, შედის საშვილოს-



სურ. 237 საშვილოსნოს ყელის გაკერვა

ნოს ღრუში, აღწევს პლაცენტას ჭიპლარის მიმაგრების ადგილამდე და აქედან გაყოფისმხრივი ზედაპირით მიიწევს მის კიდემდე. პლაცენტის კიდის მიღწევისას იწყება პლაცენტის ფრთხილად მოცილება მისი მიმაგრების ადგილიდან ხელის ხერხისებრი მოძრაობით, სანამ იგი მთლიანად მოცილდება. ეს მანიპულაცია ხორციელდება გაშლილი, მაგრამ ერთმანეთთან მაგრად მიკრული თითებით, რომელთა ხელისგულისმხრივი ზედაპირი პლაცენტისკენაა მიმართული, ხოლო ზურგის მხარე-პლაცენტის მიმაგრების ადგილისკენ. შიგნითა ხელის მოქმედებას განუწყვეტლივ აკონტროლებს გარეთა ხელი, რომელიც გარედან ზომიერად აწვება საშვილოსნოს იმ ადგილზე, სადაც პლაცენტის ხელოვნური მოცილება ხდება. როცა პლაცენტა მთლიანად მოცილდება, თანაშემწე გამოსწევს ჭიპლარს და მომყოლი გამოაქვს საშვილოსნოს არხიდან. შემდეგ საშვილოსნოს კედლებს დაათვალიერებენ. ერთდროულად ვენაში შეყავთ sol glucosae 40%- ანი 20,0+sol. oxytocini 1,0.

საშვილოსნოს ღრუს ხელით გასინჯვა — REVISIO CAVI UTERI MANUALIS

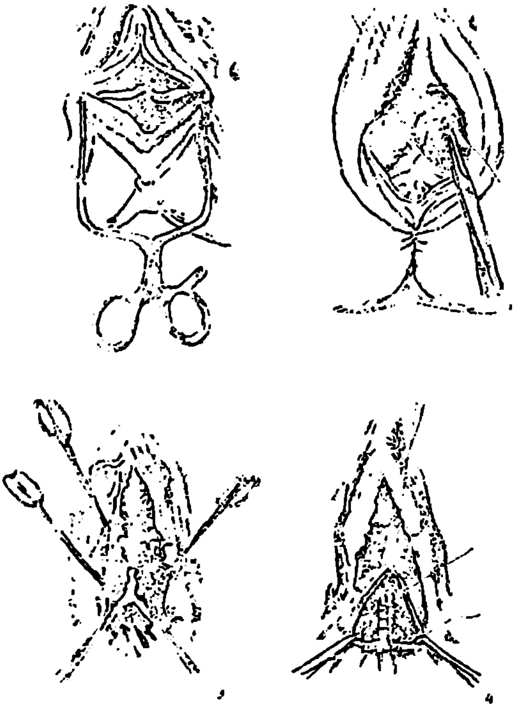
საშვილოსნოს ღრუს ხელით სინჯავენ მაშინ, როდესაც ეჭვი ეპარებათ პლაცენტის, საშვილოსნოს კედლების მთლიანობაში ან საშვილოსნოს ჰიპოტონიაა. გაუტკივარება ისეთივეა, როგორც პლაცენტის ხელით მოცილების დროს.

ოპერაციის ტექნიკა. მარცხენა ხელით სასქესო ბაგეებს გადასწევენ და მარჯვენა ხელის მტევანი კონუსისებრ შეაქვთ საშოში, შემდეგ - საშვილოსნოს ღრუში. ოპერატორი ათვალიერებს საშვილოსნოს კედლებს (დაადგენს, დარჩენილია თუ არა პლაცენტის ნაწილები, კედლების მთლიანობას, აგრეთვე მექანიკურ გაღიზიანებაზე საშვილოსნოს რეაქციას). თუ დადგინდა საშვილოსნოს ჰიპოტონია, მუშტზე მასაჟს ახორციელებენ. თუ საშვილოსნოში პლაცენტის ნაწილია, მის ევაკუაციას მოახდენენ. საშვილოსნოს კედლების მთლიანობის დარღვევის შემთხვევაში მუცელკვეთაა საჭირო. ოპერაციის მასშტაბს გაარკვევენ ოპერაციის მიმდინარეობისას.

საშვილოსნოს ყელისა და თაღების გაკერვა

გაუტკივარებისთვის საჭიროა 2%-იანი sol.Promedoli 1 მლ კანქვეშ, 2 მლ sol. Pypolfeni, 2 მლ sol. Seduxeni კუნთებში.

საშოში შეაქვთ ბრტყელი, თუ საჭიროა, გვერდითი სარკეებიც და გამოაჩენენ როგორც საშვილოსნოს ყელს, ასევე საშოს თაღებს. საშვილოსნოს ყელზე ადებენ ტყვიის ორკბილა მაშებს და მათი მორიგეობით გადანაცვლებით ადგენენ საშვილოსნოს



სურ. 238 შორისის მთლიანობის აღდგენა: 1-შორისის დათვალიერება; 2-შორისის I და II ხარისხის გახევის აღდგენა; 3-შორისის III ხარისხის გახევა; 4-სწორი ნაწლავისა და სფინქტერის მთლიანობის აღდგენის შემდეგ შორისის III ხარისხის გახევის გადასვლა მეორე ხარისხში

ყელის დაზიანებას. დაზიანებულ კიდეებს ურთიერთს დაუპირისპირებენ. პირველ ნაკერს ადებენ ჭრილობის კუთხის ზემოთ. ჭრილობის მთლიანობას აღადგენენ კეტგუტის კვანძოვანი ნაკერებით (ნაკერებში ყელის არხის ლორწოვანი არ უნდა მოხვდეს).

თაღებს გაკერავენ კეტგუტის კვანძოვანი ნაკერებით დიდი სიფრთხილით, რომ ნაკერში შარდსაწვეთი არ მოჰყვეს.

მშობიარობის დროს იშვიათად მოსალოდნელია საშვილოსნოს თაღებიდან მოგლეჯა (colpoporrhexis): ამ დროს საჭირო მუცლის გაკვეთა. ხოლო თუ ჭრილობა ახალია და სწორკიდეებიანი, გაკერვას ან საშვილოსნოს ექსტირპაციას აკეთებენ.

შორისის გაკერვა-PERINEORRHAPHIA

ჩვენება: შორისის თვითნებური გახევა ან პერინეოტომია.

გაუტკივარება: ადგილობრივი-sol. Novocaini-ს 0.5%-იანი ხსნარით ინფილტრაციული წესით.

ოპერაციის ტექნიკა. შორისის პირველი ხარისხის გახევის დროს ჭრილობას აღად-

ფენს კეტგუტის კვანძოვანი ნაკერებით, კანის დაზიანების შემთხვევაში კანზე ადებენ აბრეშუმის კვანძოვან ნაკერებს (მიშელის ბრჭყალებს).

შორისის მეორე ხარისხის გახევის დროს ჭრილობას გულდასმით დაათვალიერებენ. ამისთვის ადებენ კოხერის მომჭერებს უკანა ლაგამზე და გასწევენ. მესამე მომჭერს ადებენ საშვილოსნოს უკანა კედლის ნაფლეთზე. მას მაღლა სწევენ და აკერებენ კეტგუტის კვანძებს, მერე კანს გააკერავენ აბრეშუმის ნაკერებით ან ადებენ მიშელის ბრჭყალებს.

შორისის მესამე ხარისხის გახევის დროს საჭიროა ოთხსართულიანი ნაკერი. პირველად კერავენ სწორი ნაწლავის კედელს კეტგუტის კვანძოვანი ნაკერით ისე, რომ ნაწლავის ლორწოვანი გარსი არ დაზიანდეს, შემდეგ-სფინქტერს. ნაკერს ადებენ კუნთებსა და ფასციებზე, კანზე ადებენ აბრეშუმის კვანძოვან ნაკერებს და გააკერავენ ლორწოვან გარსს.

საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაცია დანამატების გარეშე AMPUTATIO UTERI SUPRAVAGINALIS SINE ADNEXIS

გაუტკივარება ენდოტრაქეული, კომბინირებული.

ოპერაციის ტექნიკა. სიგრძივი ჭრილით ან ფანენშტილის ჭრილით გამოკვეთავენ მუცლის წინა კედელს, შემდეგ გახსნიან მუცლის ღრუს, საშვილოსნო ამოაქვთ ჭრილობაში და შემოფარგლავენ სტერილური ხელსახოცებით. საკვერცხის საკუთარ იოგებზე, მილის საშვილოსნოსმხრივ ბოლოებსა და მრგვალ იოგებზე ორივე მხრივ ადებენ მომჭერებს, რომელთა შორის მათ გადაკვეთავენ და გადაკვანძავენ. გაკვეთავენ შარდის ბუშტ-საშოს ნაოჭს, შარდის ბუშტს ბლაგვად ჩასწევენ ქვევით, მიუდგებიან საშვილოსნოს სისხლძარღვებს ორივე მხარეზე და მათზე ადებენ მომჭერებს, გადაკვანძავენ. საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის დონეზე სკალპელით ამოჭრიან ტანს სოლისებრ.

ტაკვს გაწმენდენ იოდის ნაყენით. ყელის წინა და უკანა ბაგეებს აერთებენ ერთმანეთთან კეტგუტის ლიგატურით. პერიტონიზაცია მიმდინარეობს ფართო იოგების ფურცლებისა და შარდის ბუშტ-საშვილოსნოს ნაოჭის ხარჯზე.

საშვილოსნოს მთლიანი ამპუტაცია-EXTIRRATIO UTERI

საშვილოსნოს მთლიანად ამოკვეთავენ მაშინ, როდესაც საშვილოსნოს ტანთან ერთად დაზიანებულია საშვილოსნოს ყელიც ან საშვილოსნო მოგლეჯილია თაღებიდან ანდა ყელის არეში მიხორცებულია პლაცენტა, და იმ შემთხვევაში, როდესაც ყელის ორსულობაა.

გაუტკივარება ენდოტრაქეული, კომბინირებული. ოპერაციის ტექნიკა ასეთია. სიგრძივი ჭრილით ან ფანენშტილის ჭრილით გაკვეთავენ მუცლის წინა კედელს.

მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ საშვილოსნოს შემოფარგლავენ სტერილური დოლბანდით, ორივე მხარეზე ადებენ მომჭერებს მრგვალ იოგზე, ფალოპიუსის მილსა და საკვერცხის საკუთარ იოგებზე. ამ წარმონაქმნებს გაკვეთავენ მომჭერებს შორის. მომჭერებს ცვლიან ლიგატურებით. შემდეგ გაკვეთავენ შარდის ბუშტ-საშვილოსნოს ნაოჭს, შარდის ბუშტს ჩასწევენ ბლაგვად. საშვილოსნოს არტერიაზე ორივე მხრიდან აკეთებენ კვანძებს და გადაჭრიან. ასევე ადებენ მომჭერებს გარდასაშვილოსნოს იოგებზე, რომელთა შორის ამ იოგს გადაჭრიან და გადაკვანძავენ. შემდეგომ საშვილოსნოს ამოკვეთავენ საშოს თაღებიდან სწორედ მათი ყელზე მიმაგრების ადგილიდან. საშოს წინა და უკანა კედლებს აერთებენ კეტგუტის კვანძოვანი

ნაკერებით. პერიტონიზაცია ხდება ფართო იოგებისა და შარდის ბუშტ-საშვილოსნოს ნაოჭის ხარჯზე.

საშვილოსნოს გაკერვა- UTERORRHAPHIA

საშვილოსნოს გაკერავენ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც საშვილოსნო გაიხეეა ოპერაციამდე რამდენიმე საათით ადრე და ინფიცირების საშიშროება არ არის.

გაუტკივარება ენდოტრაქეულია, კომბინირებული.

ოპერაციის ტექნიკა. მუცლის წინა კედლის სიგრძივი ჭრილით ან ფანენშტილის ჭრილით გაკვეთის შემდეგ გახსნიან მუცლის ღრუს. საშვილოსნოს შემოფარგლავენ სტერილური ღოლბანდით, დაათვალიერებენ საშვილოსნოს. თუ ჭრილობა დიდი არ არის, საშვილოსნოს მაგისტრალური სისხლძარღვები არ არის დაზიანებული და არც ჭრილობის კიდეებია დაჟეჟილი, არეს მაკრატლით ან სკალპელით განაახლებენ და ჭრილობას აღადგენენ სამსართულიანი კეტგუტის ნაკერებით. თუ ჭრილობის კიდეები დაჟეჟილია და ჭრილობა ძალიან დაბლაა (ისთმურ ნაწილში), საჭიროა საშვილოსნოს ექსტირპაცია.

ქალის ჰიგიენა

ქალის ჰიგიენა გულისხმობს მისი ცხოვრების სხვადასხვა პერიოდში მთელი სხეულის აგებულების, ორგანოთა ფუნქციური მდგომარეობის თავისებურების გათვალისწინებით სანიტარიულ-ჰიგიენური ღონისძიებების გატარებას. ქალის ჰიგიენა განუხრელადაა დაკავშირებული ესთეტიკური აღზრდის, კვების, სკოლის, შრომის, ფიზიკური კულტურის, სპორტის, სქესობრივი ცხოვრების, ორსულობის ფსიქოპროფილაქტიკური წესების დაცვასთან. უნდა გვახსოვდეს, რომ ადამიანის ცხოვრების პირობები ერთგვარ კანონზომიერ დამოკიდებულებაშია გარემოსთან. ორგანიზმის ყველა ფუნქცია გარემოთია დეტერმინებული, ამიტომ ქალის, ისე როგორც მამაკაცის, ჰიგიენური პირობების დაცვაც ბუნებასთან ურთიერთდამოკიდებულებაში ხორციელდება ასეთი დევიზით: ჩვენ ბუნებაში ვართ, ბუნება კი ჩვენშია. ჰიგიენური წესების მკაცრი დაცვა ჯანმრთელობის უპირველესი საწინდარია.

ორსულთა ჰიგიენა და დიეტეტიკა

ორსულობა, მშობიარობა, მშობიარობისშემდგომი ხანა და ძუძუს წოვება ქალის ორგანიზმს ჩვეულებრივზე მეტ მოთხოვნებს უყენებს. ამიტომ ორსული ქალი განსაკუთრებულ ჰიგიენურ პირობებში უნდა იმყოფებოდეს.

პირველი ორსულობისთვის საუკეთესო დროდ მიჩნეულია 18-დან 25 წლამდე ასაკი. სქესობრივი ცხოვრების ადრე დაწყება, განსაკუთრებით კი 18 წლამდე ორსულობა დედის ორგანიზმისთვის საზიანოა, ვინაიდან 18 წლამდე ქალის ორგანიზმი ფიზიოლოგიური თვალსაზრისით შვილოსნობისთვის მოუმზადებელია. უფრო უარყოფითად მოქმედებს ორსულობა და მშობიარობა ხანშიშესულ ასაკში (პირველი ორსულობა 28-30 წლის შემდეგ). ასეთი ქალები ძნელად მშობიარობენ, ორსულობაც არცთუ იშვიათად გართულებულია, ახალშობილთა სიკვდილიანობა დიდია. ორსულობა ფიზიოლოგიური პროცესია და ნორმალურ პირობებში გამაჯანსაღებლად მოქმედებს ქალის ორგანიზმზე. ჯანმრთელი ქალი რაციონალური რეჟიმის დაცვით, წესიერი კვების, მსუბუქი შრომისა და დასვენების პირობებში ყოველგვარი გართულების გარეშე იტანს ორსულობას. თუ სათანადო წესებს არ დაიცავენ, ორსულობა შეიძლება პათოლოგიურად წარიმართოს, ორსულობის პირველი თვიდანვე

ორგანიზმის თავისებურებების ზუსტად შესწავლა და განსაკუთრებული მეთვალყურეობა გადახრის დროულად გამოვლენის შესაძლებლობას იძლევა.

ქალთა კონსულტაციებში ფართოდ უნდა ტარდებოდეს საგანმანათლებლო პროფილაქტიკური მუშაობა. თითოეული ქალი ორსულობის პირველი დღიდანვე კონსულტაციის მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იმყოფებოდეს. კონსულტაციაში არკვევენ ორსულის ჯანმრთელობას, ნაყოფის მდებარეობას, ვალას და, თუ საჭიროებაა (ჩვეული მუცლის მოშლა, ვიწრო მენჯი, ტკივილი, სისხლის დენა, მოსალოდნელი ტოქსიკოზი, ნაყოფის არაწესიერი მდებარეობა), ორსულ ქალს ათავსებენ სტაციონარში.

ორსულობის წესიერად მიმდინარეობის დროს საჭიროა ჩვეულებრივი კვება. უმჯობესია რაციონში ცხიმის, ხორცისა და მარილების შემცირება, ნახშირწყლების, რძის ნაწარმის, ფხალეულის, კვერცხის მწვანილის, ხილისა და განსაკუთრებით ვიტამინების (ლიმონმჟავა ნატრიუმის, კალციუმი) დიდი რაოდენობით მიღება.

A ვიტამინი გამძლეობას მატებს ორგანიზმს, ხელს უწყობს უჯრედების ზრდასა და ეპითელიზაციას. დიდძალ კაროტინს შეიცავს სტაფილო, ღვიძლი. A ვიტამინი დიდი რაოდენობითაა ხიზილალაში. A ვიტამინს უნიშნავენ აბების სახით, დღეში 2-3-ჯერ, ან თხევადს, 1-2 წვეთს 2-ჯერ დღეში ჭამის წინ. B_1 ვიტამინი იცავს ორსულ ქალს ტოქსიკოზის, პოლინევრიტისგან. მისი სიმცირე იწვევს ორგანიზმის დაღლას, კუნთების მოქმედების დაქვეითებას. ორსული ქალი დიდი რაოდენობით საჭიროებს B_1 ვიტამინს. C ვიტამინის - ასკორბინმჟავას-დიდი რაოდენობით მიღება ხელს უწყობს ორსულობის ფიზიოლოგიურ მიმდინარეობას. ორსული ქალის ორგანიზმში C ვიტამინის ნაკლებობა იწვევს ორსულობის მოშლას. მისი დანიშვნა მიზანშეწონილია სხვა ვიტამინებთან და გლუკოზასთან ერთად. D ვიტამინს ანტირაქიტულ ვიტამინს უწოდებენ; იგი ხელს უშლის რაქიტის განვითარებას. მას დიდი მნიშვნელობა აქვს კალციუმისა და ფოსფორის ცვლაში. ეს ვიტამინი დიდი რაოდენობითაა თევზის ქონში, რომელიც ორსულმა ქალმა უნდა მიიღოს ერთი სუფრის კოვზი დღეში 2-ჯერ. E ვიტამინი, ანუ ტოკოფეროლი, საჭიროა ორსულობის ფიზიოლოგიური მიმდინარეობისთვის. ორსულისთვის საჭიროა აგრეთვე K ვიტამინი, განსაკუთრებით მოსალოდნელი ან დაწყებული სისხლის დენის შესამცირებლად და ნაყოფის თავის ქალაში სისხლჩაქცევის პროფილაქტიკისთვის.

რაციონალური კვების რეჟიმი განაპირობებს ტოქსიკოზისა და სხვა გართულებათა შემცირებას. საგრძნობლად უნდა შემცირდეს სუფრის მარილის მიღება, მაგრამ მისი რაოდენობა ორგანიზმის მოთხოვნილებას უნდა შეესაბამებოდეს. სუფრის მარილის ნაკლებობა ერთგვარ უარყოფით გავლენას ახდენს ნაყოფზე.

შარდში ცილის აღმოჩენის შემთხვევაში საჭიროა განსაკუთრებული კვების რეჟიმი, სახელდობრ, უმარილო დიეტა, რძის პროდუქტები. ქალის შრომა დაცული უნდა იყოს განსაკუთრებული კანონებით, მისი ორგანიზმის თავისებურებათა გათვალისწინებით. ქალის ინდივიდუალური ჰიგიენა ემყარება სოციალურ ჰიგიენას. კანონმდებლობა ორსულ ქალს იცავს მისი შრომის დაცვისა და სოციალური დაზღვევის საშუალებით, მშობიარობის შემდეგ ბავშვის აღზრდაში დახმარების აღმოჩენით. კანონი ითვალისწინებს შეღავათებს ქალებისთვის.

ორსულ ქალს ორსულობის მე-5-6 თვიდან ეკრძალება მივლინებები, თავისუფლდება ღამის სამუშაოსგან. მშობიარობის წინ მას აძლევენ დეკრეტულ შვებულებას-56 დღეს, მშობიარობის შემდეგაც 56 დღეს. შვებულების ხანგძლივობა შეიძლება 70 დღემდე გაგრძელდეს, თუ მელოგინე ქალის მდგომარეობა ამას საჭიროებს. ორსულობის გამო მიღებული შვებულება მორიგი შვებულების ანგარიშში არ ჩაითვლება.

საჭიროების შემთხვევაში ადმინისტრაცია ვალდებულია ორსული ქალი მძიმე სამუშაოდან მსუბუქ სამუშაოზე გადაიყვანოს ადრინდელი ხელფასის შენარჩუნებით.

ორსულმა ქალმა გაძლიერებული რაოდენობით უნდა მიიღოს სითხე დღე-ღამის განმავლობაში არაუმეტეს 6 ჭიქისა. გამოყოფილი შარდის რაოდენობა უნდა შეედარებოდეს მიღებული სითხის რაოდენობას. გულისა და თირკმლების დაავადების შემთხვევაში სითხის რაოდენობა უნდა შემცირდეს.

ორსულობის პერიოდში აკრძალულია ალკოჰოლის მიღება, თამბაქოს წევა და სხვ. წამლის მიღება საჭიროა ექიმის დანიშნულების მიხედვით. ყურადღება უნდა ადევნონ კუჭ-ნაწლავის ფუნქციას. ორსულობას ახასიათებს ნაწლავების ტონუსის დაქვეითება-შეკრულობა. კუჭ-ნაწლავის ფუნქციის რეგულაცია უპირველეს ყოვლისა საჭიროა საკვების შერჩევით. სასარგებლოა რძე, მაწონი, ქლიავი, ვაშლი. საფაღარათო საშუალების მიღება ექიმის დანიშნულების გარეშე არ შეიძლება. ორსულობის პერიოდში განსაკუთრებული მოვლა ესაჭიროება კბილებს. ინფექციის შეჭრის ასაცილებლად უნდა ჩაატარონ კბილების მკურნალობა და დაიცვან პირის ღრუს ჰიგიენა.

ორსულ ქალს ღამე უნდა ეძინოს 8 საათი. დღისით ძილი არ არის მიზანშეწონილი. იგი რაც შეიძლება მეტ დროს უნდა ატარებდეს სუფთა ჰაერზე. სასარგებლოა მოძრაობა, მაგრამ არა დაღლილობამდე. მოძრაობის დროს ღრმად სუნთქვა ხელს უწყობს ნივთიერებათა სწორ ცვლას. ოთახი უნდა იყოს სუფთა, ჰაერი ხშირად ნიავდებოდეს. დიდი მნიშვნელობა აქვს პირად ჰიგიენას. სქესობრივი კავშირი საფრთხილოა ორსულობის პირველ და უკანასკნელ ორ თვეს. ეს რეჟიმი ზუსტად უნდა დაიცვან. დაბანა საჭიროა კვირაში ერთხელ. უფრო მიზანშეწონილია შხაპის მიღება, გარეთა სასქესო ორგანოების ყოველდღე ჩაბანა, გულ-მკერდის თბილი წყლით დაბანა და სუფთა პირსახოცით შემშრალება. ნორმალური ორსულობის დროს საშოში შესხურება დაუშვებელია. ქალს თუ თეთრად შლა აქვს, ექიმი შესხურებას უნიშნავს, რაც ფრთხილად უნდა ჩაატარონ. გამოსარეცხი სითხის საშოში შესხურება უნდა მიმდინარეობდეს დაბალი წნევის ქვეშ. ტოლჩა უნდა ეკიდოს საწოლიდან 0,75 მ სიმაღლეზე. თბილ (37) სითხეში უმატებენ სადეზინფექციო ხსნარს.

კანის უსუფთაობა აქვეითებს კანის ფუნქციას. კანი კი, როგორც ცნობილია, მონაწილეობს ჟანგბადის ათვისებასა და ნახშირჟანგის გამოყოფაში, სითბოს რეგულაციაში. გარდა ამისა, იგი სხეულს იცავს გარემოს მავნე გავლენისა და ორგანიზმში პათოგენური მიკრობების შეჭრისგან. კანის უსუფთაობა ზემოქმედებს ორსული ქალის ზოგად მდგომარეობაზე. კანის დაბინძურების შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს სხვადასხვა დაავადება (ჩირქოვანი გამონაყარი და სხვ.), რომელიც ორსულის ჯანმრთელობისთვის საშიშია.

კანის საოფლე ჯირკვლების სადინრები იხსნება კანის ზედაპირზე და მათი მეშვეობით ორგანიზმიდან გამოიყოფა ოფლი (მავნე ნივთიერებების შემცველი სითხე). გარდა ამისა, კანში არის ცხიმის ჯირკვლებიც. კანის ზედაპირზე იღვრება ოფლი და ცხიმი, რომლებმაც შეიძლება დაახშონ აღნიშნულ ჯირკვალთა სადინარები. მოსალოდნელია კანის დაბინძურება მტვერითაც, რომელიც ყოველთვის შეიცავს მიკრობებს.

ქალმა განსაკუთრებით ყურადღება უნდა მიაქციოს კანის სისუფთავეს, ყოველდღიურად დაიბანოს არა მარტო ხელ-პირი და კისერი, არამედ გაისუფთაოს მთელი სხეული (წელამდე მაინც) თბილი წყლით და შემდეგ გაიწმინდოს უხეში პირსახოცით. ეს ხელს უწყობს ნერვული სისტემის გამაგრებას, სისხლის მიმოქცევისა და სუნთქვის გაუმჯობესებას, ქალს მატებს მხნეობას და კარგ გუნება-განწყობილებას უქმნის.

ორსულობის დროს ხშირია საშოდან გამონადენის გაძლიერება. ამიტომ ქალმა განსაკუთრებით უნდა დაიცვას გარეთა სასქესო ორგანოების სისუფთავე. მათი უსუფთაობა ხშირად იწვევს კანის საფარველის გაწითლებას და ჩირქოვან გამონაყარს, რაც შეიძლება მშობიარობისშემდგომ პერიოდში მძიმე დაავადებების მიზეზი გახდეს.

ტანის დაბანა საჭიროა შხაპის ქვეშ. თუ ქალი აბაზანაში იბანავებს, იგი წინასწარ კარგად უნდა გაასუფთაოს. აბაზანაში ჩასხმული წყალი არ უნდა იყოს ცხელი. აბაზანაში ორსულის დიდხანს წოლა არ შეიძლება, რათა არ მოდუნდეს. სასურველი არ არის აბაზანის მიღება უშუალოდ ძილის წინ და ჭამის შემდეგ. ორსულობის მეორე ნახევრიდან უმჯობესია ქალმა არ ისარგებლოს აბაზანით და მიიღოს შხაპი.

ორსულთა სარძევე ჯირკვლების მოვლა

რძე ბავშვის სიცოცხლის პირველ თვეებში ერთადერთი საკვებია, შემდეგში 9-10 თვის ასაკამდე - საკვების მთავარი შემადგენელი ნაწილი. დედის რძე ყველაზე სასარგებლოა ბავშვის ორგანიზმისთვის. ძუძუთი კვება პირველ რიგში დამოკიდებულია სარძევე ჯირკვლებისა და დედის საერთო მდგომარეობას და ჯანმრთელობაზე.

ორსულობის დროს სარძევე ჯირკვლების განვითარება და მშობიარობის შემდეგ რძის გამოყოფა დამოკიდებულია ორსულის რაციონალურ კვებაზე, ჰიგიენური რეჟიმის დაცვისა და სარძევე ჯირკვლების სპეციალურ მოვლაზე.

ორსულობის დროს სარძევე ჯირკვლებში ძლიერდება სისხლის მიმოქცევა, ამიტომ ტანსაცმელი და თეთრეული არ უნდა იყოს მოჭერილი სარძევე ჯირკვლებზე და ხელს არ უნდა უშლიდეს მათ ნორმალურ განვითარებას. გარდა ამისა, სარძევე ჯირკვლები არ უნდა იყოს ჩამოკიდებული, რათა არ შეფერხდეს მათში სისხლის მიმოქცევა და არ განვითარდეს შეგუბებითი მოვლენები. ქალი უნდა ხმარობდეს კარგად მორგებულ ლიფს, ამ უკანასკნელის დამჭერები კი უნდა იყოს ფართო და არ უჭერდეს სხეულის კანს.

ორსულობის პერიოდში სარძევე ჯირკვლები საჭიროებს განსაკუთრებულ მოვლას. წინააღმდეგ შემთხვევაში მოსალოდნელია კანის გაღიზიანება სარძევე ჯირკვლების ქვეშ და ძუძუს კერტების ირგვლივ. უსუფთაობამ შესაძლებელია გამოიწვიოს ნახეთქები კერტებზე, რაც ერთობ მტკივნეულია. ნახეთქებიდან შეიძლება შეიჭრას ინფექცია და განვითარდეს სარძევე ჯირკვლის ანთება (მასტიტი), ეს კი აფერხებს ბავშვის ნორმალურ კვებას და ცუდ გავლენას ახდენს ქალის ზოგად მდგომარეობაზე.

ორსულობის დროს ხსენის წვეთები ზოგჯერ უნებლიედ გამოედინება და ძუძუს კერტებზე წარმოქმნის ქერქებს, რომელთა ქვეშ პატარა ნახეთქებია. ასეთი ქერქები ხელით არ უნდა მოიცილონ.

ძუძუთი ბავშვის ნორმალური კვებისთვის არსებითი მნიშვნელობა აქვს ძუძუს კერტების ფორმას. კერტი ამოზნექილი უნდა იყოს ძუძუდან. იგი ცილინდრული ან კონუსური ფორმისა და სხვადასხვა ზომისაა. ძუძუს წოვების დროს კერტების კუნთოვანი ბოჭკოები იკუმშება, რის გამოც კერტი დიდდება და უფრო მოქნილი ხდება, რაც ბავშვს უადვილებს პირში მის ჩადებას.

ზოგიერთ ქალს ბრტყელი ან ჩაზნექილი კერტები აქვს, რის გამოც ბავშვს ძუძუს წოვა არ შეუძლია. ასეთმა ქალმა ძუძუს კერტები უნდა მოამზადოს ორსულობის პერიოდშივე. საჭიროა კერტების მასაჟი: ქალმა წინასწარ უნდა დაიბანოს ხელები საპნითა და წყლით, შემდეგ კერტი საჩვენებელი და დიდი თითით გარეთ რამდენჯერმე გამოსწიოს. ეს პროცედურა უნდა ჩაატაროს დღეში 2-3-ჯერ.

ორსულთა კვება

სწორ კვებას ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს როგორც ქალის ჯანმრთელობის, ისე ნაყოფის ნორმალური განვითარებისთვის. არარაციონალური კვება ორსულობის დროს იწვევს სხვადასხვა გართულებას და ნაყოფის განვითარების შეფერხებას.

ორსული ქალის საკვები უნდა იყოს მრავალფეროვანი და შეიცავდეს ცილებს, ცხიმებს, ნახშირწყლებს, მინერალურ მარილებსა და ვიტამინებს. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ცილებს, რომლებიც აუცილებელია ქსოვილთა ზრდა-განვითარებისთვის. აგრეთვე ახალი ქსოვილოვანი უჯრედების წარმოქმნისთვის. ორსულობის დროს, განსაკუთრებით მეორე ნახევრიდან, ორგანიზმის მოთხოვნილება ცილებზე დაახლოებით 50%-ით იზრდება, რაც განპირობებულია ნაყოფისა და მომყოლის განვითარებით და ორგანიზმში სისხლის რაოდენობის მომატებით.

ორსულობის დროს ქალის ორგანიზმს განსაკუთრებით სჭირდება მინერალური ნივთიერებები-კალციუმი, ფოსფორი და მაგნიუმი, რომლებიც დიდ როლს ასრულებენ დედის ორგანიზმის ნივთიერებათა ცვლაში და აუცილებელია ნაყოფის ჩონჩხის ჩამოყალიბებისთვის. ორსულობის დროს, განსაკუთრებით ბოლო პერიოდში, ნაყოფის ორგანიზმში დიდი რაოდენობით გროვდება მინერალური მარილები. თუ დედის საკვებში მინერალური მარილები ცოტა რაოდენობითაა, მაშინ ნაყოფის ორგანიზმში მათი შევსება დედის ორგანიზმიდან ხდება, რის გამოც ეს უკანასკნელი მინერალური მარილებით ღარიბდება, რაც უარყოფითად მოქმედებს ქალის ჯანმრთელობაზე, კერძოდ, შეიძლება გამოიწვიოს კბილების დაავადება, განსაკუთრებით კალციუმის მარილთა დეფიციტის შემთხვევაში.

კალციუმისა და სხვა მინერალური მარილების ერთ-ერთი წყაროა რძე და რძის პროდუქტები. ბევრ მინერალურ ნივთიერებას შეიცავს აგრეთვე პური, ბურღული, ცხოველური საკვები და ა.შ.

ამრიგად, მცენარეული და ცხოველური საკვები შეიცავს ყველა მინერალურ ნივთიერებას, გამონაკლისია მხოლოდ სუფრის მარილი, რომელიც უნდა დაუმატონ საკვებს.

სუფრის მარილი დიდ როლს ასრულებს წყლის ცვლაში. საკვებში მისი ნაკლებობა ნივთიერებათა ცვლის მოშლის მიზეზი ხდება, ხოლო ჭარბი რაოდენობით მიღება იწვევს ორგანიზმში სითხის შეკავებას და შეშუპების განვითარებას. ორსულობის პირველ ნახევარში ჯანმრთელი ორსული ქალი ღებულობს იმავე რაოდენობით სუფრის მარილს, რამდენსაც ღებულობდა ორსულობამდე (10 გრამამდე დღე-ღამეში). ორსულობის მეორე ნახევრიდან, განსაკუთრებით ბოლო ორ თვეში, სუფრის მარილის მიღება უნდა შეამცირონ. ეს აუმჯობესებს წყლის ცვლას და ხელს უწყობს მშობიარობის უმტკივნეულო, ნორმალურად მიმდინარეობას.

ორსულობის დროს მიზანშეწონილი არ არის ბევრი სითხის მიღება, ვინაიდან მოსალოდნელია ორგანიზმში სითხის შეკავება და შეშუპების განვითარება. სითხის მიღების შეზღუდვა არ შეიძლება მაშინ, როდესაც ორსულობა მიმდინარეობს ნორმალურად და ორსული ქალი წონაში სწრაფად არ მატულობს. 60-65 კილოგრამი წონის ქალმა დღე-ღამეში უნდა მიიღოს 2-2,5 ლიტრი წყალი, აქედან 50%-ს შეიცავს მიღებული კვების პროდუქტები, დანარჩენ 1-2 ლიტრს კი ქალი ღებულობს წყლის, ჩაის, წვენისა და სხვა სახით.

ორსულობის დროს ქალს შეუძლია მიიღოს ისეთი რაოდენობით სითხე, როგორსაც იგი ღებულობდა ორსულობამდე. გარდა ამისა, სითხის მიღება დამოკიდებულია არა მარტო ქალის წონასა და სიმაღლეზე, არამედ წელიწადის დროზე, ჰაერის ტენიანობაზე, შესრულებული სამუშაოს ხასიათზე და ა.შ. არ შეიძლება ერთ-

ბაშად დიდი რაოდენობით სითხის მიღება.

ორსულმა წყურვილი უნდა მოიკლას ანადუღარი წყლით, არამჟავე ჩაით, რძით, ხილისა და ბოსტნეულის წვენით. გაზიანი წყლის დალევა არ შეიძლება. აკრძალულია ალკოჰოლური სასმელი თუნდაც უმნიშვნელო რაოდენობით. ალკოჰოლი უძლიერესი შხამია არა მარტო დედის, არამედ ნაყოფის ორგანიზმისთვისაც.

ორსულის კვების რაციონში უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ვიტამინებს, რომლებიც აქტიურად მონაწილეობენ ორგანიზმში მიმდინარე ყველა პროცესში, განსაკუთრებით საკვების ათვისებასა და ნივთიერებათა ცვლაში. ვიტამინების ნაკლებობის დროს აღინიშნება სხვადასხვა ორგანოს ფუნქციების ძლიერი მოშლილობა.

ორსულობის დროს ორგანიზმის მოთხოვნილება ვიტამინებზე საგრძნობლად იზრდება. ვიტამინები აუცილებელია როგორც ორსულის, ისე ნაყოფისთვის. ვიტამინების ნაკლებობა აქვეითებს შრომის უნარს და ინფექციურ დაავადებასთან ორგანიზმის ბრძოლის უნარს, შეიძლება გამოიწვიოს აგრეთვე ორსულობის ნაადრევი შეწყვეტა.

ვიტამინების ძირითადი წყაროა მცენარეული, ხორცეული, თევზეული, ხმილადა, ქონი, რძის პროდუქტები, ციტრუსები, ხილეული, ბოსტნეული, ქერის ბურღული, შერია, შავი პური და სხვ.

ორსულთა კბილების მოვლა

როგორც აღვნიშნეთ, ორსულობის დროს ქალის ორგანიზმს განსაკუთრებით სჭირდება მინერალური მარილები ნაყოფის ჩონჩხის ჩამოყალიბებისთვის. საკვებში მინერალური მარილების ნაკლებობის დროს ორსულის ორგანიზმში მათი მარაგი მცირდება, ამის გამო ორსულს უფუჭდება კბილები (კბილის ემალი კარგავს სიმაგრეს და კბილი იშლება). დაშლილ-დაზიანებულ კბილებში ადვილად იჭრებიან მიკრობები, გარდა ამისა, კარიესულ კბილებში რჩება საჭმლის ნარჩენი, რომელიც ადვილად იხრწნება და მიკრობების საკვები ხდება. მიკრობები შეიძლება გადავიდნენ სისხლსა და ლიმფაში და მშობიარობისშემდგომ პერიოდში გამოიწვიონ მძიმე სეფსისური დაავადებანი.

დაზიანებისგან კბილის დასაცავად საჭიროა ზოგადი ჰიგიენური რეჟიმის დაცვა და განსაკუთრებით სწორი კვება. ორსულობის დროს კბილებს ჩვეულებრივ უნდა უვლიდნენ.

ორსულმა კბილები დილით და საღამოთი (ძილის წინ) უნდა გაიხეხოს კბილის ჯაგრისით და ფხვნილით, ჭამის შემდეგ პირში გამოივლოს წყალი, რათა კბილებში არ დარჩეს საჭმლის ნაწილაკები.

ქალმა ორსულობის პირველი დღეებიდანვე რეგულარულად უნდა იაროს კბილის ექიმთან, დაავადებულ კბილს უმკურნალოს, ხოლო დაზიანებული კბილი ამოიღოს. არასწორია აზრი იმის შესახებ, რომ კბილების მკურნალობა ორსულობის დროს იწვევს მუცლის მოშლას ან ნაადრევ მშობიარობას.

ორსულთა თეთრეული, ფეხსაცმელი და ტანსაცმელი

ორსულობის დროს ქალს უნდა ეცვას თავისუფალი ტანსაცმელი, რომელიც არ მოუჭერს მუცელსა და გულმკერდზე, განსაკუთრებით ორსულობის მეორე ნახევრიდან. საჭიროა წელში გახსნილი კაბა, რათა ორსულობის დროს მუცლის ზრდას ხელი არ შეუშალოს. ქვედა კაბაც ფართო უნდა იყოს. ორსულმა უნდა ატაროს ტრიკოტაჟის თბილი საცვალი.

ორსულობის დროს ხშირად აღინიშნება მომატებული ოფლიანობა, ამიტომ თეთრეული მალე ჭუჭყიანდება. ამის გამო საჭიროა როგორც საწოლის, ისე სხეულის თეთრეულის ხშირი გამოცვლა, ტანის ხშირად დაბანა, ღამის პერანგით ძილი.

ორსულობის მე-5 თვიდან ქალმა უნდა ატაროს ბანდაჟი, რადგან ამ დროიდან საშვილოსნო წინ გადმოხრას იწყებს და აწვება მუცლის წინა კედელს. ბანდაჟი ხელს უშლის მუცლის პრესის კუნთების გადაჭიმვას და ხელს უწყობს ნაყოფის სწორი მდებარეობის ჩამოყალიბებას. ბანდაჟის ტარება განსაკუთრებით მაშინ არის საჭირო, როცა მშობიარობის შემდეგ მუცლის წინა კედელი მოდუნებულია. ბანდაჟს იკეთებენ მწოლიარე მდგომარეობაში. ბანდაჟი უნდა იკავებდეს მუცელს და არ უჭერდეს ქალს მუცელზე. თუ ქალს ბანდაჟი სწორად აცვია, თავს უკეთ გრძნობს.

ორსულმა ქალმა წინდები უნდა დაიმაგროს ფართო ქამარსა და ბანდაჟზე. მრგვალი წვივსაკრავების ხმარება საშიშია, ვინაიდან ისინი აფერხებენ სისხლის მიმოქცევას და იწვევენ ქვედა კიდურების შეშუპებას, ვენების ვარიკოზულ გაგანიერებას.

ორსულობის დროს მუცლის გაზრდა ცვლის ქალის სიარულს. განსაკუთრებით ეს შესამჩნევია ორსულობის ბოლოს, როდესაც ქალი წონასწორობის შენარჩუნების მიზნით თავსა და სხეულის ზედა ნახევარს უკან გადახრის, სხეული წელს შეზნექავს. ორსულის ასეთი სიარული ცნობილია „ორსულთა ამაყი სიარულის" სახელწოდებით. ამ დროს მაღალქუსლიანი ფეხსაცმლის ტარება იწვევს ქვედა კიდურების ან ზურგის კუნთების ზედმეტად დაჭიმვას. ამ დროს ქალს სხეულის წონასწორობის დაცვა უფრო უჭირს. ორსულს ფართო და დაბალქუსლიანი ფეხსაცმელი უნდა ეცვას.

მედიკამენტების უმრავლესობა დედიდან ნაყოფში გადადის, რაც მათი ზომიერი თერაპიული დოზით ხმარების დროს იმდენად უმნიშვნელოა, რომ ნაყოფზე უარყოფით გავლენას არ ახდენს. მედიკამენტები სამკურნალო დოზით ორსულს ყოველგვარი საშიშროების გარეშე შეიძლება დაენიშნოს. მაგრამ დიდი დოზით მიღებული ზოგიერთი მედიკამენტი ნაყოფში მეტი რაოდენობით გადავა, რამაც შეიძლება უარყოფითი გავლენა მოახდინოს როგორც ნაყოფზე, ისე ორსულის ჯანმრთელობაზე. ზოგი წამალი საშვილოსნოს შეკუმშვას აძლიერებს, მაგალითად ქინაქინი, აკრიქინი, ფილოკარპინი, პიტუიტრინი, სეკალეს პრეპარატები და სხვა., ამიტომ ორსულობის პერიოდში მათი დანიშვნა მიზანშეწონილი არ არის.

ორსული ქალი უნდა ერიდოს გადამდებ დაავადებების მქონე, განსაკუთრებით გრიპიან ავადმყოფებს. ორსული ქალის ტანსაცმელი მსუბუქი უნდა იყოს, ფეხსაცმელი - დაბალქუსლიანი, არ შეიძლება წინდებზე შემომჭერილი რეზინის ხმარება. ორსულობის პერიოდში საჭიროა სარძევე ჯირკვლების განსაკუთრებული მოვლა, კერტების მომზადება. ყოველდღიურად ღვინის სპირტით მობანა და ამოწევა. მოვლილი კერტები ბავშვის კვებისათვის უფრო კარგია და მათზე ნაკლებად ვითარდება ნახეთქები.

ორსულობის უკანასკნელ თვეში საჭიროა დასვენება. დაკვირვება გვიჩვენებს, რომ ორსულები, რომლებიც უკანასკნელ თვეში მძიმე ფიზიკურ მუშაობას არ ეწევიან, ორსულობას ნორმალურ ვადაზე ამთავრებენ, მშობიარობენ ნაკლები გართულებით და მათი ნაყოფიც უფრო სადი და სიცოცხლისუნარიანია.

ორსულობისათვის გონებრივ შრომასაც ისეთივე მნიშვნელობა აქვს, როგორც ფიზიკურს. მან უნდა შეასრულოს ჩვეულებრივი მსუბუქი საქმე. აუცილებელია ყოველდღე სუფთა ჰაერზე ფეხით გასეირნება.

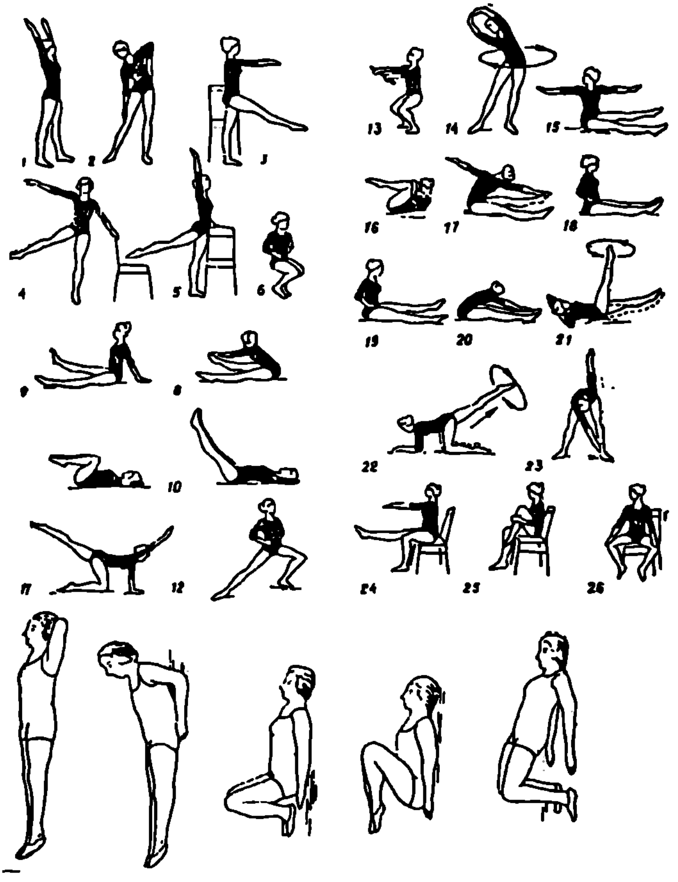
ჯანმრთელი ორსულის კვება უნდა იყოს ზომიერი. სუსტ ორსულებს, პირიქით, გაძლიერებული კვება ესაჭიროებათ.

ორსულისათვის მიზანშეწონილია ფიზკულტურა. ფიზკულტურის დანიშნულებაა

ორგანიზმის ტონუსის აწევა, სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევის გაძლიერება და კუნთების ელასტიკურობის შენარჩუნება. ჩამოთვლილი ღონისძიებები მიზნად ისახავს ორსულისა და ნაყოფის ჯანმრთელობის დაცვას.

ორსულთა ფიზკულტურა

ორსულობის დროს სპეციალური ფიზიკური ვარჯიშების ჩატარება, ჰაერის, მზის სხივებისა და წყლის საზრიანად გამოყენება ქალს ეხმარება მშობიარობისთვის მომზადებაში. ფიზკულტურა აუმჯობესებს მადას და ძილს, ქალს იცავს გულისრევისა და ღებინებისგან. ორსულობის დროს უმოძრაობა იწვევს კუნთების მოდუნებას, მადის დაქვეითებას, ყაბზობას. ამავე დროს ორსული ზედმეტად სუქდება და უარესდება ზოგადი მდგომარეობა.



სურ. 239 ორსულთა ფიზკულტურა

ყოველდღიურად ჰიგიენური განვარჯიშის ჩატარება აუცილებელია ყველა ჯანმრთელი ორსულისთვის, თუ ორსულობა ნორმალურად მიმდინარეობს.

იმ ქალებმა, რომლებიც ორსულობამდე მისდევენ განვარჯიშს, ორსულობის დროსაც არ უნდა შეწყვიტონ, ოღონდ ამ დროს ყველა სახის ვარჯიში მიუღებელია. ორსულებისთვის ვარჯიშთა სპეციალური კომპლექსია შემუშავებული. იმათ, რომლებიც ადრე არ მისდევდნენ სპორტსა და ფიზკულტურას, უნდა ისარგებლონ ვარჯიშთა სათანადო კომპლექსით. ასეთი სახის ვარჯიშები დიდ ფიზიკურ დატვირთვას არ საჭიროებს. მათი შედგენისას გათვალისწინებულია ორსულობის ვადა. ორსულთა სპეციალური ვარჯიშები ხელს უშლის ნივთიერებათა ცვლის მოშლას, არეგულირებს ნაწლავების მოქმედებას, გულსისხლძარღვთა სისტემისა და სხვა ორგანოების ფუნქციებს, ავითარებს კუნთებს. განსაკუთრებით საყურადღებოა იმ ვარჯიშების შერჩევა, რომლებიც იწვევენ მუცლის პრესის კუნთების განვითარებას, მენჯის ფსკერის კუნთების ელასტიკურობის გაზრდას. ყოველივე ეს კი ხელს უწყობს მშობიარობის ნორმალურად წარმართვას.

ს.ა.იაგუნოვის მიხედვით, ფიზიკურ ვარჯიშებთან დაკავშირებით ქალის ორსულობის მიმდინარეობის მთელი პერიოდი 5 ფაზად, ანუ 5 პერიოდად იყოფა.

პირველი პერიოდი (ფაზა) განისაზღვრება ორსულობის დაწყებიდან (თვიურის შეწყვეტის მომენტიდან) 16 კვირის ბოლომდე. ამ პერიოდში აღსანიშნავია მყიფე კავშირი განაყოფიერებულ კვერცხუჯრედსა და საშვილოსნოს კედელს შორის. ამიტომ გასაჯანსაღებელი ვარჯიში დიდი სიფრთხილით უნდა ჩაატარონ. დაუშვებელია ორგანიზმის გადაღლა, მუცლისშიგა წნევის მომატება, სხეულის შერყევა, რათა ორსულობის შეწყვეტის (აბორტის) საშიშროება არ შეიქმნას.

მეორე პერიოდი (ფაზა) მოიცავს ორსულობას მე-16 და 24-ე კვირის ჩათვლით. ამ პერიოდში ნაყოფი მჭიდროდ ფიქსირდება საშვილოსნოს კედელზე პლაცენტის მეშვეობით.

დასაშვებია ვარჯიშები, რომლებიც ხელს უწყობენ მენჯის კუნთების გავარჯიშებას. დიდი მნიშვნელობა აქვს ღრმა სუნთქვის ჩვევის გამომუშავებას, რაც აუცილებელია მშობიარობის აქტისთვის.

მესამე პერიოდი (ფაზა) მოიცავს 24-34-ე კვირას. საშვილოსნოს ზრდასთან ერთად ამ პერიოდში იქმნება მექანიკური წინააღმდეგობა შინაგანი ორგანოების ფუნქციონირებაში.

აუცილებელია ვარჯიშები სისხლის მიმოქცევის გასაუმჯობესებლად, აგრეთვე მენჯ-ბარძაყის სახსრისა და ქვედა კიდურების გასააქტიურებლად. ვარჯიშებს უმეტესად ასრულებენ ჯდომით ან წოლით მდგომარეობაში.

მეოთხე პერიოდი (ფაზა) 32-36-ე კვირით განისაზღვრება. ამ დროს ორსული ქალის სხეულის წონა მნიშვნელოვნად მომატებულია. ამ პერიოდში ვარჯიშებს ასრულებენ ნელი ტემპით, წოლით მდგომარეობაში. ვარჯიშები არ უნდა იწვევდეს მუცლის ღრუშიგა წნევის მომატებას, ითვალისწინებდეს შორისის კუნთების გავარჯიშებას, სწორი სუნთქვის ჩვევის განმტკიცებას, ქვედა კიდურებში სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებას.

მეხუთე პერიოდი (ფაზა) მოიცავს 36-ე კვირიდან მშობიარობამდე დარჩენილ დროს. ვარჯიშებს ასრულებენ უმეტესად წოლით მდგომარეობაში, ნელი ტემპით, სუნთქვითი ვარჯიშების გამოყენებით, ორსულმა უნდა ისწავლოს პერიოდულად სუნთქვის შეკავება, რაც აუცილებელია მშობიარობის აქტისთვის, და საჭიროების მიხედვით განახორციელოს შორისის კუნთების შეკუმშვა-გაფართოება.

მეთოდური თვალსაზრისით, ფიზიკურ ვარჯიშთან დაკავშირებით ორსულობის

დაყოფა შეიძლება სამ ტრიმესტრად, ანუ პერიოდად.

პირველი ტრიმესტრი (პერიოდი) 1-16 კვირით განისაზღვრება. ფიზიკური ვარჯიშით ორსულმა ქალმა უნდა აითვისოს სწორი სუნთქვის წესი, კუნთების ნებისმიერად შეკუმშვა და მოდუნება, ყველა საჭირო საადაპტაციო მექანიზმის განვითარება.

მეორე ტრიმესტრი (პერიოდი) მოიცავს ორსულობის 17-32 კვირას. ამ პერიოდში ფიზიკური ვარჯიშის ამოცანაა ხელი შეუწყოს ნაყოფის სისხლითა და ჟანგბადით უკეთ მომარაგებას, მუცლის პრესის გამაგრებას, სახსართა მოძრაობის სრულყოფას და ფიზიკური დატვირთვისადმი გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ადაპტაციის უნარის განვითარებას.

მესამე ტრიმესტრი (პერიოდი) 32-40 კვირით განისაზღვრება. ფიზიკურ ვარჯიშთა ამოცანაა სუნთქვის აქტის სტიმულაცია, სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესება, სახსართა მოძრაობის გაფართოება. ამ პერიოდში ორსულ ქალს, გარდა ფიზიკური ვარჯიშისა, მიზანშეწონილია ჩაუტარონ ფსიქოთერაპია.

საინტერესოა მთელ ორგანიზმთან ერთად სამკურნალო ფიზკულტურის გავლენა საშვილოსნოზე, დანამატებსა და მის იოგივან აპარატზე, აგრეთვე მენჯის ძირისა და მუცლის კედლის მუსკულატურაზე, რომლებიც ორსულობის, მშობიარობის, ლოგინობის პერიოდში ძლიერ იტვირთება, ხოლო მის ფუნქციურ დაზიანებას შეიძლება მოჰყვეს სასქესო ორგანოების დევიაცია. მნიშვნელოვანია აგრეთვე სამეანო-გინეკოლოგიური ოპერაციისშემდგომ პერიოდში სამკურნალო ფიზკულტურის როლი, რომელიც მიზნად ისახავს: 1. სუნთქვის მექანიზმის სრულ ფიზიოლოგიურ აღდგენას; 2. გულსისხლძარღვთა სისტემის მუშაობის შემსუბუქებას; 3. ნაწლავების პარეზის პროფილაქტიკასა და ბრძოლას ოპერაციისშემდგომ აცილოზთან; 4. იშურიის აცილებას; 5. ბრძოლას ნაოპერაციევ შინაგან ორგანოებში შეხორცების განვითარებასთან; 6. სისხლის მიმოქცევის გაძლიერებას ქსოვილებისა და ორგანოების ფიზიოლოგიური ფუნქციის აღდგენისთვის; 7. საერთო მდგომარეობის მკვეთრი გაუმჯობესების, ცენტრალური და ვეგეტატიური ნერვული სისტემის გავლენის დეტერმინებას.

ოპერაციის შემდეგ ფიზიკურ კულტურასთან ერთად ქალმა მაქსიმალურად უნდა გამოიყენოს ბუნების ძირითადი ფაქტორები: ჰაერი, წყალი და მზე, რათა ორგანიზმი განეწყოს ინტენსიური ინტელექტუალური თუ ფიზიკური შრომისადმი.

ფიზიკური კულტურა არ შემოიფარგლება მხოლოდ ფიზიკური ვარჯიშებით: ის გულისხმობს აგრეთვე შრომისა და დასვენების სწორ რეჟიმს, პირად ჰიგიენას, წყლის, მზის სხივებისა და ჰაერის გამოყენებას. ორსულობისას მზის აბაზანების მიღება დაუშვებელია.

სუფთა ჰაერი აუმჯობესებს სუნთქვას და სისხლის მიმოქცევას. ორსულს იგი სჭირდება არა მარტო თავისი ჯანმრთელობისთვის, არამედ ნაყოფის განვითარებისთვისაც. მან რაც შეიძლება მეტხანს უნდა დაჰყოს სუფთა ჰაერზე.

ორსულთა შრომა და დასვენება

ორსული, ისე როგორც წარმოებაში, ოჯახშიაც არ უნდა ეწეოდეს მძიმე ფიზიკურ შრომას. მისთვის არ შეიძლება სიმძიმის აწევა და გადატანა, სხეულის ხშირად დახრა და მოხრილ მდგომარეობაში დიდხანს ყოფნა (სხეულის იძულებითი პოზა). მაგრამ ყოველივე ეს არ ნიშნავს, რომ ორსულმა ქალმა საერთოდ არ იმუშაოს. ჩვეულებრივ, შრომა ზემოაღნიშნული პირობების დაცვით სასარგებლოა ყველა ჯანმრთელი ორსულისთვის. სრული უმოძრაობა ან ნაკლები მოძრაობა, ლოგინში დიდხანს ყოფნა იწვევს ქალის ფიზიკური ძალის დასუსტებას, კუნთების მოდუნებასა და

გასუქებას. ყველაფერმა ამან შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს მშობიარობის აქტზე, სულიერადაც დაითრგუნოს ქალი.

ძილის წინ საჭიროა ოთახის განიავება. იმ ოთახში, სადაც ორსული ძინავს, თამბაქოს მოწევა დაუშვებელია.

ორსული უნდა ერიდოს აგრეთვე უარყოფით ემოციებს.

ორსული ქალის მიერ ზოგადი ჰიგიენური და ფსიქოგენური რეჟიმის დაცვა ბევრად არის დამოკიდებული როგორც პირადად მასზე, ისე მისი ოჯახის წევრებზე, ახლო ნათესავებსა და კოლექტივზე, სადაც იგი მუშაობს.

ძუძუთი კვება

სარძევე ჯირკვლებში რძის გამომუშავება მშობიარობის შემდეგ იწყება. ორსულობის დროს და მშობიარობის შემდეგ პირველ დღეებში სარძევე ჯირკვლებიდან გამოიყოფა ხსენი. მშობიარობის შემდეგ ხსენი შეიცვლება რძით, განმეორებით მშობიარეებში - მე-3 დღიდან მე-7 დღემდე, ხოლო პირველმშობიარეებში-ცოტა მოგვიანებით.

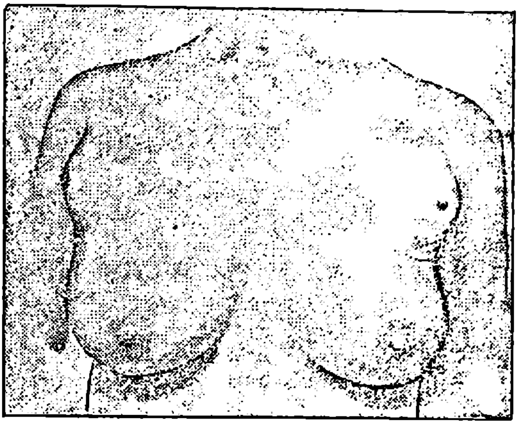
ლაქტაცია ქალის მთელი ორგანიზმის ფუნქციაა. სარძევე ჯირკვლების მოქმედებაში მარეგულირებელი როლი ეკუთვნის ცენტრალურ ნერვულ სისტემას, ამასთან, სარძევე ჯირკვლის მოქმედება თავის ტვინის დიდი ნახევარსფეროების ქერქის კონტროლის ქვეშაა. რძის სეკრეცია არ არის უბრალო ჰორმონული პროცესია. რძის სეკრეციის ფიზიოლოგიაში დიდი მნიშვნელობა აქვს კვების ფიზიოლოგიას, მიღებული საკვების, სითხის რაოდენობას და სახეობას.

ლაქტაციის პერიოდში ქალი მრავალფეროვან საკვებს უნდა ღებულობდეს. თუ საკვები ერთნაირია, იწვევს მომნელებელი სისტემის ჯირკვლების მუშაობის შესუსტებას, საკვების ათვისების უნარის დაქვეითებას, რის შედეგად სარძევე ჯირკვლის სეკრეცია მცირდება.

ლოგინობის ხანის მე-3-4 დღიდან რძის გამომუშავების გაძლიერებასთან დაკავშირებით სარძევე ჯირკვლები დიდდება და მაგრდება. სარძევე ჯირკვლების გამაგრების შემთხვევაში ქალმა უნდა შეზღუდოს სითხის მიღება.

ჯანმრთელმა ქალმა ბავშვს ძუძუ აუცილებლად უნდა აწოვოს. დედის რძე ყველაზე სასარგებლოა ბავშვისთვის. იგი შეიცავს ყველა იმ ნივთიერებას, რომელიც აუცილებელია ბავშვის ზრდა-განვითარებისთვის და

სურ. 240 იღლიის ფოსოში დამატებითი სარძევე ჯირკვალი. კერტის დასკდომა. სარძევე ჯირკვლის მასტიტი



სურ. 241 იღლიის ფოსოში განვითარებული დამატებითი სარძევე ჯირკვლები

სხვადასხვა ინფექციისადმი ბავშვის ორგანიზმის ბრძოლისუნარიანობის გაძლიერებისთვის. ბავშვის მიერ ძუძუს წოვა სასარგებლოა თვითონ ქალისთვისაც. ძუძუს წოვება აჩქარებს ქალის ორგანიზმში ორსულობით გამოწვეული ცვლილებების უკუგანვითარებას.

თუ ქალი ბავშვს ძუძუთი კვებავს, უნდა დაიცვას გარკვეული რეჟიმი, ღამე ეძინოს 6 საათი. ძილი აუცილებელია დღისითაც. იგი უნდა იკვებებოდეს რეგულარულად, დღეში ხუთჯერ (დილის საუზმე, სადილი, დღისით ჩაი, ვახშამი, ძილის წინ ერთი ჭიქა რძე ან მაწონი).

დედამ ბავშვს ძუძუ უნდა აწოვოს გარკვეულ საათებში, 3-3 ½ საათის შესვენებით.

ერთ კვებაზე ბავშვმა უნდა მოწოვოს ერთი ძუძუ, მეორეზე კი - მეორე. ძუძუ რომ კარგად დაიცალოს, საჭიროა ბავშვმა პირში ჩაიდოს არა მარტო ძუძუს კერტი, არამედ კერტის ირგვლივი არეც, რომლის ქვეშ სარძევე პარკებია. როდესაც ბავშვი პირში იღებს კერტისირგვლივ არეს, ღეღა სარძევე პარკებიდან გამოდევნის რძეს, რაც ხელს უწყობს რძის გადასვლას სარძევე პარკებში. თუ ბავშვი პირში იღებს მხოლოდ ძუძუს კერტს, იგი წოვს შედარებით ცოტა რძეს, რის გამოც ხანგრძლივდება ძუძუს წოვების პერიოდი და სარძევე ჯირკვალი არასაკმაოდ იცლება. ძუძუს წოვების შემდეგ სარძევე ჯირკვალი სრულად უნდა დაიცალოს. თუ ბავშვი ამას ვერ შეძლებს, საჭიროა სარძევე ჯირკვლის ხელით ან რძის გამომწოვი აპარატით დაცლა.

ბავშვი ძუძუს კერტს კარგად მაშინ იღებს პირში და ძუძუსაც კარგად წოვს, თუ ცხვირი თავისუფლად სუნთქავს. ძუძუს წოვის დროს დედამ საჩვენებელი თითით ისე უნდა გადაიწიოს სარძევე ჯირკვლის ზედა ნაწილი, რომ ძუძუმ არ დაუფაროს ბავშვს ცხვირი და ხელი არ შეუშალოს მას სუნთქვას. ზოგჯერ ბავშვს ძუძუს წოვა უჭირს იმის გამო, რომ ძუძუ გადავსებულია. ამ შემთხვევაში ქალმა ცოტა უნდა გამოიწველოს ძუძუ. თუ ძუძუდან რძე კარგად გამოიყოფა, ჯანმრთელი ბავშვი ძუძუს ცლის 15-20 წუთში.

ლოგინობის ხანაში არცთუ იშვიათია სარძევე ჯირკვლების კერტების დახეთქვა, რაც იწვევს დახეთქილ ქსოვილში ჩირქმბადი მიკრობების შეჭრას. დახეთქილი კერ-

ტის ზედაპირიდან ინფექცია შეიჭრება ლიმფური გზით, რძის სადინრებით, იშვიათად კი-სისხლის ნაკადით.

ლოგინობის ხანის ერთ-ერთი მძიმე გართულებაა სარძევე ჯირკვლების ანთება-მასტიტი. იგი ლოგინობის პერიოდის პირველ ორ-სამ კვირაში ვითარდება, ანთება ვრცელდება მთელ ჯირკვალში და, თუ დროზე არ უმკურნალებენ, დაჩირქდება. მასტიტი ორგანიზმის ზოგადი დაავადების ადგილობრივი გამოვლინებაა, იგი იწყება უეცრად სიცხის მომატებით და შემცივნებით. მასტიტის შემთხვევაში ლაქტაცია ირღვევა. საჭირო ხდება ახალშობილის კვება გამოწურული რძით. კერტების დახეთქვის შემთხვევაში ახალშობილის კვებისთვის საჭიროა გამოიყენონ რძის გამოსაწური.

ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს სარძევე ჯირკვლების სწორ მოვლას. უპირველეს ყოვლისა, სარძევე ჯირკვლები საჭიროებს განსაკუთრებულ სისუფთავეს. დედამ სარძევე ჯირკვლები ყოველდღიურად უნდა დაიბანოს საპნითა და თბილი წყლის, ხშირად გამოიცვალოს საცვლები, ლიფი (უმჯობესია ყოველდღიურად), ძუძუს წოვების წინ დაიბანოს ხელები, მოიწმინდოს ძუძუს კერტები გადადუღებულ წყალსა ან, ბორმჟავაში დასველებული ჰიგროსკოპული ბამბით. არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება კერტებზე ხელით შეხება. სარძევე ჯირკვლებზე კარგად მოქმედებს ჰაერის აბაზანები.

სარძევე ჯირკვლების ჩამოკიდებული ან მოჭერილი მდგომარეობა უარყოფითად მოქმედებს რძის გამოყოფაზე და იწვევს შეგუბებით მოვლენებს ძუძუს წილებში, ამიტომ ქალმა უნდა ატაროს მორგებული ლიფი.

ყველა დედამ უნდა იცოდეს, რომ რძის გამოყოფაზე დიდ გავლენას ახდენს ნერვული სისტემის მდგომარეობა. ამასთან დაკავშირებით, ძუძუს წოვების დროს, უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა მშვიდი პირობების შექმნა. დედა უნდა ერიდოს ყოველგვარ უარყოფით ემოციას.

მელოგინის მოვლა

მშობიარობის შემდეგ ქალი სამშობიარო სახლში იმყოფება 8-10 დღე, რაც საკმარისია სამშობიარო ჭრილობების შესახორცებლად. ამ დროს ყველაზე მეტი საშიშროებაა გართულებების მხრივ, რომელთა პროფილაქტიკა და მკურნალობა შეიძლება მხოლოდ სამშობიარო სახლში.

ლოგინობის ხანაში ქალს უნდა შეუქმნან დღის სათანადო რეჟიმი. პირველ რიგში მას სჭირდება საკმარისი დასვენება. მელოგინეს დღე-ღამეში უნდა ეძინოს არანაკლებ 8 საათისა. გადაღლა გამოიწვევს მის დაძაბუნებას და რძის შემცირებას. მაგრამ ლოგინობის ხანაში, ისე როგორც ორსულობის დროს, ქალს სჭირდება არა პასიური, არამედ აქტიური დასვენება. მელოგინე უნდა მოძრაობდეს, საჭიროა დილის ვარჯიში, ხშირი სეირნობა სუფთა ჰაერზე და თანდათანობით საოჯახო საქმეებში ჩართვა. მელოგინე უნდა ერიდოს მძიმე ფიზიკურ შრომას, რადგან მშობიარობის შემდეგ საშვილოსნო ძალიან მოძრავია, საშვილოსნოს საკიდი (იოგოვანი) და საყრდენი აპარატი (მენჯის ფსკერის კუნთები) კი-მოდუნებული, მნიშვნელოვანმა ფიზიკურმა დატვირთვამ-სიმძიმის აწევამ შეიძლება გამოიწვიოს საშვილოსნოს დაწევა.

სამშობიარო სახლიდან გაწერის შემდეგ მელოგინე განსაკუთრებით უნდა იცავდეს პირად ჰიგიენას.

შხაპის მიღება შეიძლება მშობიარობიდან ორი კვირის შემდეგ. ამ პერიოდში არ შეიძლება ბანაობა მდინარეში, ტბასა და ზღვაში.

თუ ლოგინობის ხანა ნორმალურად მიმდინარეობს, სქესობრივი კავშირი დასაშვებია მშობიარობიდან მხოლოდ 6 კვირის შემდეგ. სქესობრივი კავშირის ადრე დაწ-

ყებამ შეიძლება გამოიწვიოს სასქესო ორგანოების დაზიანება და საშვილოსნოდან სისხლის დენა.

მშობიარობიდან 6-8 კვირის შემდეგ მთავრდება ლოგინობის ხანა. თუ დედა ძუძუს არ აწოვებს, თვიური ეწყება, ხოლო თუ ძუძუს აწოვებს, უმრავლეს შემთხვევაში მენსტრუაცია არა აქვს. თუ ქალს ძუძუს წოვების პერიოდში თვიური მოსდის, ის შეიძლება დაორსულდეს.

ახალშობილი გოგონას ჰიგიენა

დაბადების პირველი დღიდანვე საჭიროა გოგონას ჰიგიენის დაცვა. მთელი სხეულის, კერძოდ სასქესო ორგანოების სისუფთავე, ხელს უწყობს ბავშვის ორგანიზმის ნორმალურ განვითარებას.

სიცოცხლის პირველი დღეებიდანვე ჭიპლარის მოვარდნის შემდეგ ბავშვი ყოველდღე უნდა აბანაონ, ხოლო კუჭის მოქმედების მერე ჩაბანონ. ჩაბანა საჭიროა თბილი წყლის ნაკადით და ამავე დროს უკანა ტანის ჩაწმენდა ბამბით წინიდან უკან და არა პირიქით, რათა განავალით არ დაბინძურდეს გარეთა სასქესო ორგანოები, რამაც შეიძლება ანთება გამოიწვიოს. ამის შემდეგ საჭიროა გამშრალება სუფთა რბილი ტილოთი და მზესუმზირის ზეთის წასმა. ეს ყველაფერი უნდა გააკეთონ ფრთხილად, რათა ბავშვს კანი არ გაუღიზიანონ.

ზოგჯერ ახალშობილ გოგონებს სასქესო ორგანოებიდან მენსტრუაციის მსგავსი სისხლის დენა აქვთ. ამის მიზეზია საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ჰიპერემია, რაც პლაცენტური ჰორმონების ზეგავლენითაა გამოწვეული. ამ შემთხვევაში მკურნალობა არ არის საჭირო, ოღონდ ახალშობილის სასქესო ორგანოების ჰიგიენა უნდა დაიცვან.

სქესობრივი მომწიფების პერიოდამდე გოგონას ჰიგიენა გულისხმობს სწორ კვებას, სხეულის მოვლას, ფიზიკურ განვითარებას (ფიზკულტურას, სპორტს, ტურიზმს და სხვ.). გოგონა უნდა შეაჩვიონ სწორი ნაწლავისა და შარდის ბუშტის დროულ დაცლას, რადგან ამ ორგანოთა ხშირმა სისავსემ შეიძლება გამოიწვიოს საშვილოსნოს მდებარეობის შეცვლა და მტკივნეული მენსტრუაცია.

სასქესო ორგანოების სისუფთავე, ჩაბანა საჭიროა რეგულარულად, რათა გოგონა ამას მიეჩვიოს და, რადგესაც ორგანოების არეში ბევრი ისეთი ჯირკვალია, რომლებიც გამოყოფენ ცხიმსა და ლორწოს. თუ ასეთი გამონადენი დიდხანს დარჩება კანის ნაოჭებში, დაიშლება, გაიხრწნება და შეიძლება გამოიწვიოს მწვავე ანთება (სიწითლე, შეშუპება და კანის გაღიზიანება), მოსალოდნელია ანთება გარეთა სასქესო ორგანოებიდან გადავიდეს საშოზე. ამ შემთხვევაში გოგონა უჩივის თეთრად შლას (გამონადენს საშოდან) და ტკივილს. ბავშვი მოუსვენარი ხდება, ცუდად ძინავს. ეს დაავადება სპეციალურ მკურნალობას საჭიროებს. ანთება შეიძლება გადავიდეს საშარდე ორგანოებზეც.

ზოგჯერ გოგონას სასქესო ორგანოების ანთება შეიძლება განუვითარდეს ზოგადი ინფექციური დაავადების (წითელას, ქუნთრუშას და სხვ.) დროს. სხვადასხვა ასაკის გოგონათა ანთების საკმაოდ ხშირი მიზეზია წვრილი ჭიები (oxyuris vermicularis). ჭიები სწორი ნაწლავიდან გადადიან გარეთა სასქესო ორგანოებზე, შედიან სასქესო ნაპრალსა და საშოში და იწვევენ ძლიერ ქავილს. თუ წვრილი ჭიები საშოში მოხვდებიან, იწვევენ ჭარბ თეთრად შლას. ბავშვის დასნებოვნება ხდება მაშინ, როდესაც მშობელი, რომელიც წვრილი ჭიებით არის დასნებოვნებული, გოგონას თავის საწოლში იწვენს, თავის თეთრეულთან ინახავს ბავშვის თეთრეულს. ბავშვის თეთრეულს არ ხარშავს, ცუდად რეცხავს და ცხელი უთოთი არ აუთოებს.

ბავშვის გადამდებ დაავადებათაგან განსაკუთრებით საშიშია გონორეა. გონორეით ადვილად შეიძლება დაავადდეს ახალშობილი. ბავშვები გონორეით ავადდებიან დედებისგან. როდესაც ქალი დაავადებულია გონორეით, მშობიარობის დროს სასქესო ორგანოებიდან გამონადენი შეიძლება მოხვდეს ახალშობილის თვალსა და სასქესო ორგანოებში და გამოიწვიოს დაავადება.

ახალშობილის თვალის გონორეამ, რომელსაც ბლენორეა ეწოდება, შეიძლება გამოიწვიოს სიბრმავე. ამიტომ დაბადებისთანავე პროფილაქტიკის მიზნით ახალშობილს თვალებში აწვეთებენ ალბუციდის 30%-იან ხსნარს. თუ ქალი ავად არის გონორეით, ამის შესახებ უნდა უთხრას ექიმს ან ბებიაქალს. გონორეის პროფილაქტიკის მიზნით ბავშვს დაუმუშავებენ არა მარტო თვალებს, არამედ გარეთა სასქესო ორგანოებსაც. გონორეით დასნებოვნება შესაძლებელია მაშინაც, როდესაც ავადმყოფი დედა გოგონას თავის საწოლში იწვენს, ბავშვს დაუბანელი ხელებით უვლის ან იმ ღრუბლით ან ხრალით აბანავებს, რომლითაც თვითონ ისარგებლა.

საერთოდ უნდა ახსოვდეს, რომ ბავშვი არავითარ შემთხვევაში, თუნდაც მცირე ხნით, არ ჩააწვინონ უფროსი ასაკის ადამიანის საწოლში.

ბავშვს ცალკე უნდა ჰქონდეს ხრალი ან ღრუბელი, ტაშტი, აბაზანა და ა.შ. მისი თეთრეული ცალკე უნდა გარეცხონ და შეინახონ. ბავშვი გონორეით შეიძლება დაავადდეს საპირფარეშოშიც. ბავშვის საპირფარეშოში მარტო შეშვება არ შეიძლება. მისთვის ცალკე უნდა ჰქონდეთ ღამის ქოთანი.

გოგონას ორგანიზმის ნორმალური განვითარებისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ისეთ ზოგად ჰიგიენურ ღონისძიებათა გატარებას, რომლებიც გულისხმობენ მზით, წყლითა და ჰაერით სარგებლობას, კვების, ტანსაცმლისა და ფეხსაცმლის ჰიგიენას და ა.შ. ზოგადი ჰიგიენური ღონისძიებანი ძალიან დიდ როლს ასრულებს ინფექციური დაავადებების, კერძოდ რაქიტის პროფილაქტიკაში. გოგონას რაქიტის შედეგად შეიძლება განუვითარდეს ვიწრო მენჯი.

ქალის ორგანიზმის განვითარების ერთ-ერთი საყურადღებო გადახრაა ინფანტილიზმი. ამ დროს აღინიშნება საკვერცხეების ფუნქციის მოშლა, რასაც შედეგად მოჰყვება სასქესო ორგანოების (საშოს, საშვილოსნოსა და საშვილოსნოს მილების) განვითარებაში ჩამორჩენა. ასაკოვნებში ინფანტილიზმი შეიძლება გახდეს გინეკოლოგიური დაავადებების მიზეზი (მენსტრუალური ციკლის მოშლილობა, უნაყოფობა, გართულებული მშობიარობა და სხვ.).

ინფანტილიზმის პროფილაქტიკისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს სუფთა ჰაერითა და მზის სხივებით სარგებლობას, ფიზკულტურასა და სპორტს.

— ქალის ჰიგიენა მენსტრუაციის პერიოდში

თვიურის დროს აუცილებელია ქალის მიერ ჰიგიენური წესების დაცვა. ამ პერიოდში განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს გარეთა სასქესო ორგანოებისა და თეთრეულის სისუფთავე. მენსტრუალური სისხლი მიკრობებისთვის კარგი საკვები ნიადაგია. ინფექცია ადვილად შეიძლება შეიჭრას ღია საშვილოსნოს ყელში, აქედან კი საშვილოსნოსა და დანამატების ანთება. მენსტრუაციის დროს აუცილებელია ქალმა გარეთა სასქესო ორგანოები ჩაიბანოს თბილი წყლის ნაკადითა და საპნით. ჩაბანა საჭიროა წინიდან უკან და არა პირიქით, რათა უკანა ტანიდან არ დაინფიცირდეს გარეთა სასქესო ორგანოები. ჩაბანის წინ ქალმა ხელები უნდა დაიბანოს ჯაგრისითა და საპნით. მას ფრჩხილები მოკლედ მოჭრილი უნდა ჰქონდეს. თუ ქალი თვიურის დროს არ ჩაიბანს, მენსტრუალური სისხლის დარჩება გარეთა სასქესო ორგანოების არეში, ბოქვენის თმით დაფარულ ნაწილში, კანის ნაოჭებს

შორის და თეთრეულზე, იქ გაიხრწნება და ხელს შეუწყობს სასქესო ორგანოების ანთების განვითარებას.

თვიურის დროს ქალმა შხაპის ქვეშ უნდა დაიბანოს ტანი და ხშირად გამოიცვალოს თეთრეული. აბაზანის მიღება მიზანშეწონილი არ არის. საშოში შესხურება, ზღვაში, ტბასა და მდინარეში ბანაობა არ შეიძლება.

ცივ ამინდში მენსტრუაციის დროს ქალი უნდა მოერიდოს გაციებას (განსაკუთრებით ფეხებისა და მუცლის გაციებას), დაიცვას გარეთა სასქესო ორგანოები მტვრისგან. ეს ძირითადად ეხება ფაბრიკა-ქარხნებში მომუშავე ქალებს.

ჯანმრთელ ქალს თვიურის დროს შეუძლია შეასრულოს ჩვეულებრივი სამუშაო და ზოგიერთი ფიზიკური ვარჯიშიც კი. ამ დროს არ შეიძლება ცხენზე ჯირითი, ველოსიპედით გასეირნება, სირბილი.

თვიურის დროს სქესობრივი კავშირი დაუშვებელია. ამან შეიძლება გამოიწვიოს სასქესო ორგანოებისკენ სისხლის მოწოლა და საშვილოსნოდან ძლიერი სისხლის დენა.

მენსტრუაციის მოშლა (ჭარბი, გახანგრძლივებული თვიური ან ხანმოკლე თვიური მცირე რაოდენობით სისხლის დაკარგვით, ხშირი ან იშვიათი თვიური) შეიძლება გამოწვეული იყოს მრავალი მიზეზით. ქალმა ყურადღება უნდა მიაქციოს მენსტრუაციის დროულად მოსვლას და მის მიმდინარეობას.

თითოეულმა ქალმა, რომელიც სქესობრივ ცხოვრებას ეწევა, უნდა ჩაინიშნოს მენსტრუაციის დასაწყისი და დამთავრება, მისი ინტენსივობა. ამ მიზანს ემსახურება მენსტრუაციის კალენდარი. მას გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ორსულობის ან ამა თუ იმ პათოლოგიური პროცესის დიაგნოსტიკისთვის.

სქესობრივი კავშირის ჰიგიენა

ქალის ორგანიზმი სრულიად ჩამოყალიბდება დაახლოებით 18 წლის ასაკისთვის. სქესობრივი კავშირი, განსაკუთრებით ორსულობა, უფრო ადრეულ ასაკში ცუდ გავლენას ახდენს ქალის ჯანმრთელობაზე. თუ ქალი ადრეულ ასაკში იწყებს სქესობრივ კავშირს, მას უვითარდება სისხლნაკლებობა, ნერვული სისტემის მოშლილობა, ფიზიკურად ცუდად ვითარდება და ადრე ბერდება. სქესობრივი ცხოვრების დაწყება 17-18 წლის ასაკზე ადრე როგორც ბიოლოგიური, ისე გენეტიკური თვალსაზრისით მიზანშეწონილი არ არის.

განსაკუთრებით უნდა დაიცვან სქესობრივი კავშირის ჰიგიენა. ქორწინების წინ გასათვალისწინებელია მეუღლეთა შორის ასაკობრივი სხვაობა. ვაჟი, ქალთან შედარებით, რამდენიმე წლით გვიან მწიფდება, სამაგიეროდ, ის სქესობრივი ცხოვრების უნარს ინარჩუნებს ღრმა მოხუცებულობამდე. აქედან გამომდინარე, მიზანშეწონილია ქმარი 5-10 წლით უფროსი იყოს ცოლზე.

პირველი სქესობრივი კავშირის დროს საქალწულე აპკი ირღვევა (იხევა), ჩახეული ადგილიდან აღინიშნება უმნიშვნელო სისხლის დენა. მცირე ჩახევა, ჩვეულებრივ, მალე ხორცდება და სისხლის დენა წყდება. საქალწულე აპკის ჭრილობაზე შეხება იწვევს ტკივილს და ზოგჯერ სისხლიან გამონადენს. ჭრილობაში შეიძლება შეიჭრას მიკრობები და გამოიწვიოს ანთება. ამ დროს სქესობრივი კავშირი ძალიან მტკივნეულია. პირველი სქესობრივი კავშირის შემდეგ, თუ ის საკმაოდ მტკივნეული იყო, ქალმა რამდენიმე დღე სქესობრივი კავშირისგან თავი უნდა შეიკავოს, სანამ საქალწულე აპკზე ჭრილობა შეხორცდება. არის შემთხვევები, როდესაც სქესობრივი კავშირისადმი შიშის გამო სქესობრივი კავშირის ცდის დროს ვითარდება საშოს შესავლის კუნთების ძლიერ მტკივნეული შეკუმშვა, რასაც შე-

ძლება მოყვეს უსიამოვნო შედეგი, სქესობრივი კავშირისადმი ზიზღი, შიში და ვაგინიზმი.

ზოგ შემთხვევაში საქალწულე აპკი იმდენად ელასტიკურია, რომ პირველი სქესობრივი კავშირის დროს არ ზიანდება. ზოგჯერ საქალწულე აპკის ხვრელი დიდია, ამავე დროს იგი ელასტიკურია და სქესობრივი კავშირის დროს არ ჩაიხევა.

მეუღლეთა სქესობრივი კავშირის სიხშირე დამოკიდებულია მათ ასაკზე, კონსტიტუციურ თავისებურებებზე, ჯანმრთელობაზე, ტემპერამენტზე, ფიზიკურ დატვირთვაზე და ა.შ. გადაჭარბებული სქესობრივი კავშირი იწვევს ქალის სისხლნაკლებობას, საერთო სისუსტეს, მადის დაკარგვას, მომატებულ ნერვულ აგზნებადობას და ა.შ. თუ ქალი სქესობრივი კავშირის შემდეგ უჩივის ძლიერ დაღლილობას, თავის ტკივილს, ტკივილს მუცლის ქვედა არეში, საჭიროა დროებით სქესობრივი კავშირისგან თავის შეკავება. ასევე ქალმა დროებით უნდა შეწყვიტოს სქესობრივი კავშირი, თუ სასქესო ორგანოების არეში აღინიშნება სიწითლე, შეშუპება და მტკივნეულობა. მთვრალ მდგომარეობაში ყოფნისას სქესობრივი კავშირი დაუშვებელია. თუ ამ დროს ჩასახვა მოხდა, მშობლების სიმთვრალემ შეიძლება გავლენა მოახდინოს ნაყოფის სრულფასოვნებაზე.

ორსულობის დროს სქესობრივი კავშირი დამოკიდებულია ქალის ზოგად მდგომარეობაზე, ორსულობის ვადასა და მის მიმდინარეობაზე, აგრეთვე იმაზე, თუ როგორ მიმდინარეობდა წინა ორსულობები და ა.შ.

სქესობრივმა აგზნებამ და მასთან დაკავშირებით სისხლის მოწოლამ სასქესო ორგანოებისკენ შეიძლება გამოიწვიოს სანაყოფე კვერცხის მოცილება საშვილოსნოს კედლიდან და სისხლის დენა, რის შედეგადაც მოსალოდნელია ორსულობის მოშლა ან ნაადრევი მშობიარობა. სრულიად ჯანმრთელი ქალი ორსულობის ნორმალური მიმდინარეობის შემთხვევაშიც კი უნდა ერიდებოდეს სქესობრივ კავშირს პირველ თვეებში, როდესაც ადვილად შესაძლებელია ორსულობის მოშლა. ქალი სქესობრივ კავშირს განსაკუთრებით უნდა ერიდოს მენსტრუაციის დღეებში, აგრეთვე მენსტრუაციამდე ორი-სამი დღით ადრე.

ორსულობის ბოლო ორ თვეში სქესობრივი კავშირი საერთოდ აკრძალულია. წინააღმდეგ შემთხვევაში მოსალოდნელია სანაყოფე წყლის დაღვრა და მშობიარობის ნაადრევი დაწყება. გარდა ამისა, მშობიარობის წინ სქესობრივმა კავშირმა შეიძლება გამოიწვიოს მიკრობების შეჭრა და ინფექციური დაავადებები.

იმ ქალებმა, რომლებსაც წარსულში აღენიშნებოდათ ორსულობის მოშლა ან ნაადრევი მშობიარობა, ორსულობის დროს სქესობრივი კავშირი ძალიან უნდა შეზღუდონ ან საერთოდ შეწყვიტონ.

თუ წინათ ცნობილი იყო სქესობრივი გზით გადამდები ოთხი დაავადება, ამჟამად არატრადიციული ვენერიული, ანუ „ახალი თაობის" დაავადებები 20-მდე აღწევს.

არატრადიციულ დაავადებათა გამომწვევების უმეტესი ნაწილი უჯრედშიგა პარაზიტებია, რაც ორგანიზმში მათ სწრაფ გენერალიზაციას და სხვადასხვა სახის გართულებების განვითარებას განაპირობებს.

საგრძნობლად გახშირდა შერეული ინფექციით გამოწვეული ანთებითი პროცესები, რომლებიც, ერთი სახის ინფექციით გამოწვეულ პროცესთან შედარებით, გაცილებით ხშირად იწვევენ მძიმე გართულებებს, არცთუ იშვიათად მამაკაცის და ქალის უნაყოფობის მიზეზი ხდება.

შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი (შიდს)

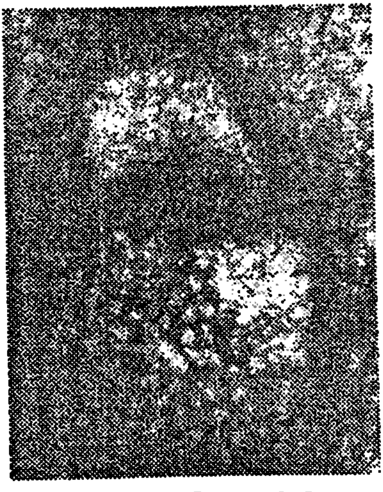
შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი პირველად გამოავლინეს ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1981 წელს. მისი გამომწვევია მეტად ძლიერი პათოგენური რეტროვირუსი. 1983 წელს კი ავადმყოფის სისხლიდან იდენტური ვირუსი გამოყვეს პარიზში, პასტერის ინსტიტუტში.

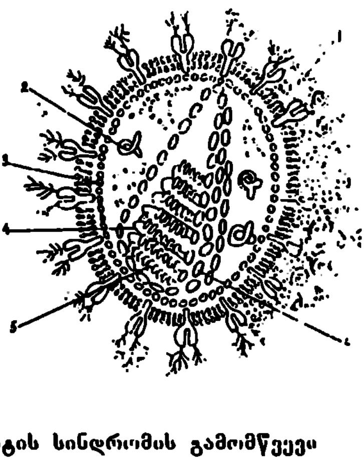
დადგენილია, რომ შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომის ეტიოლოგიის აგენტს წარმოადგენს რეტროვირუსი HTLV-III (LAV) ARV.

შიდს-ის ენდემურ ტერიტორიად მიჩნეულია ამერიკა და ცენტრალური აფრიკა. სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა ჯგუფს დაემატა კიდევ ერთი წოდებული შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომიც-შიდს-ი. ამ დაავადებას ჟურნალისტებმა „სქესობრივი უბედურება", „მეოცე საუკუნის შავი ჭირი" და „სასიკვდილო დაავადება" უწოდეს. შიდს-ი სწრაფად ვრცელდება და ავადმყოფთა უმეტესი ნაწილი იღუპება. გარდაცვლილთა 90 პროცენტს ძირითადად 20-49 წლის მამაკაცები შეადგენენ.

დაავადება ძირითადად გადადის სქესობრივი ურთიერთობის გზით. მეტწილად ავადდებიან ჰომოსექსუალისტები და მეძავი ქალები. ხშირია ჰემოტრანსფუზიის შედეგად ინფიცირების შემთხვევებშიც. ამითვე აიხსნება დაავადების გავრცელება ნარკომანებში ვენაში ნარკოტიკული საშუალებების შესაყვანად გაუსტერილებელი შპრიცისა და ნემსის გამოყენების შედეგად. ეს ვირუსი გამოირჩევა ტროპიზმით T ლიმფოციტებისადმი.

T უჯრედები ავთვისებიანად გადაგვარდება, რის გამოც სწრაფად ზიანდება იმუნური სისტემა. ვირუსისადმი ასევე ერთობ მგრძნობიარეა ნერვული სისტემა. დაავადების ინკუბაციური პერიოდი ხანგრძლივია - რამდენიმე თვიდან 5 წლამდე. სიკვდილიანობა ისევე მაღალია, როგორც შავი ჭირისა და ქოლერის შემთხვევაში. იღუპება ავადმყოფთა 70-75 %.





სურ. 242 შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომის გამომწვევი რეტროვირუსი

კლინიკური ნიშნების მრავალფეროვნება ართულებს დაავადების დიაგნოსტიკას. შიდს-ის გამომწვევი მეტად ვირულენტური ვირუსი ადამიანის იმუნურ და ნერვულ სისტემებს აზიანებს, რის გამოც ვითარდება იმუნოდეფიციტი, ორგანიზმი უძლურდება და კარგავს ყოველგვარი ინფექციისგან თავდაცვის უნარს. შიდს-ის სხვადასხვა ფორმა არსებობს, ამიტომ მისი კლინიკაც მრავალფეროვანია-ფილტვების, კუჭნაწლავის, ნერვული სისტემის, კანის და სხვ. მათი ძირითადი ნიშნებია: ქრონიკული ტემპერატურა, ხველა, ფილტვების ანთება, ლიმფური კვანძების გადიდება, კუჭნაწლავის აშლილობა, კოლიტი, მუცლის ტკივილი, ღვიძლის გადიდება, სიყვითლე, გულის რევა, მენინგეალური მოვლენები, საერთო სისუსტე, წონის უეცარი დაკლება, კანზე ლაქების და კვანძების, ბუშტუკოვანი გამონაყარის წარმოქმნა, ქავილი და სხვ. ახლა ამ ვირუსით გამოწვეული მეორე მძიმე, მაგრამ კლინიკური მოვლენებით ნაკლებად გამოხატული დაავადებაა ეგრეთ წოდებული პარასპიდი, რომელსაც ასევე ქრონიკული მიმდინარეობა, ტემპერატურის მომატება, კუჭ-ნაწლავის აშლილობა, ღამით ოფლიანობა, ლიმფური კვანძების გადიდება და დაუძლურება ახასიათებს.

შიდს-ის დასადგენად, გარდა ვირუსის გამოყოფისა, მისი ფარული ფორმების, ანუ გამომწვევის მტარებლობის გამოსავლენად, დიდი მნიშვნელობა აქვს პირდაპირი იმუნოფლუორესცენციის მეთოდს მონოკლონური ანტისხეულების გამოყენებით.

ყურადსაღებია მეცნიერთა გენეტიკური კვლევის შედეგები, დაავადების მემკვიდრეობით გადაცემის შესაძლებლობის დადგენა.

შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომის პროფილაქტიკა იმის აუცილებლობაში მდგომარეობს, რომ მოვერიდოთ კანისა და ლორწოვანი გარსის კონტაქტს შეძენილი იმუნოდეფიციტის მსგავსი სიმპტომკომპლექსის მქონე პირთა სისხლთან, სისხლის პროდუქტებთან, ექსკრეტებთან, გამონაყოფებთან და ქსოვილებთან. უნდა გვახსოვდეს, მაღალი რისკის ფაქტორის მქონე ჯგუფების შესახებ, რომლებიც მიდრეკილნი არიან შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომისადმი, საჭიროა დამატებითი სიფრთხილის გამოჩენა იმ პირთა მიმართ, რომლებიც მუშაობენ შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომით დაავადებული ან ამ დაავადებაზე ეჭვმიტანილი ავადმყოფებისაგან გამოყოფილი მასალით დასენიანებულ ცხოველებთან. სქესობრივი კავშირის დროს რეკომენდებულია ჩასახვის საწინააღმდეგო მექანიკური საშუალებით სარგებლობა.

ქალის ჰიგიენა კლიმაქსის პერიოდში

სქესობრივი მომწიფების შემდეგ ქალს 30-35 წლის განმავლობაში რეგულარულად აქვს მენსტრუაცია, შემდეგ მენსტრუალური და შვილოსნობის ფუნქცია უწყდება და იწყება კლიმაქსის პერიოდი.

ზოგიერთს თვიური ეკარგება 45 წლის ასაკში, ზოგიერთს კი უფრო ადრე. ზოგ შემთხვევაში მენსტრუალური ფუნქცია არსებობს 50 წლის ასაკამდე და მეტხანსაც.

ზოგ ქალს თვიური ერთბაშად შეუწყდება. მაგრამ ყოველთვის ასე არ ხდება. მენსტრუაცია ჯერ არარეგულარულ ხასიათს ღებულობს (ქალს თვიური მოსდის სხვადასხვა შუალედით, ხან ჭარბად, ხან მცირე რაოდენობით). ასე შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე წელი, სანამ თვიური მთლიანად შეწყდება. მენსტრუალური ციკლის მოშლა და შეწყვეტა გამოწვეულია საკვერცხეების ფუნქციის გაქრობით. იწყება სასქესო ორგანოების შემცირება და შეჭმუხნა.

ამ დროს არცთუ იშვიათად ირღვევა ნივთიერებათა ცვლა. ზოგი ქალი საკმაოდ ჩქარა სუქდება (ცხიმი ჭარბად გროვდება ბარძაყების, მუცლის, დუნდულებისა და სარძევე ჯირკვლების არეში), ზოგი კი ხდება. სახესა და სხეულის სხვა ნაწილებზე

კანი მკერთდება. აღინიშნება სარძევე ჯირკვლების დაპატარავება, მოდუნება, ზოგჯერ სხეული კარგავს თავის ფორმას. თანდათან იცვლება ქალის ფიზიკური გარეგნობა, არცთუ იშვიათად ხასიათიც.

კლიმაქსი ქალის ცხოვრებაში ნორმალური მოვლენაა და სიბერეში გარდამავალი პერიოდი. მაგრამ ზოგიერთი ქალის უჭირს მისი გადატანა, ბევრ ქალს უვლინდება უსიამოვნო, ზოგჯერ კი ძალიან შემაწუხებელი შეგრძნებები. წყობილებიდან გამოდის მარეგულირებელი მექანიზმი, სუსტდება ორგანიზმი, ქვეითდება შემეცნების როლი და იწყება ზოგადი ხასიათის მოშლილობა. აღინიშნება სისხლის მოწოლა სახეში (ალები), ოფლიანობა, თავბრუ, თავის ტკივილი, გულის მხრივ მოვლენები, საერთო სისუსტე, ადვილად დაღლა. ყველა აღნიშნული მოვლენა სუსტადაა გამოხატული მაშინ, თუ ქალი ამ დროს განაგრძობს ჩვეულებრივ ცხოვრებას, ყოველდღიურად ეწევა სამსახურებრივ და საოჯახო საქმიანობას.

ამ დროს ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს პირადი ჰიგიენის დაცვას, რომელიც დაკავშირებულია კლიმაქსის პერიოდის თავისებურებებთან. ძალიან სასარგებლოა ყველა სახის წყლის პროცედურა (ყოველდღიურად თბილი აბაზანა ან თბილი წყლის შხაპი).

კლიმაქსის პერიოდში რეკომენდებულია ფიზკულტურა, განსაკუთრებით დილის გამაჯანსაღებელი ვარჯიში, რაც შეიძლება მეტხანს სუფთა ჰაერზე ყოფნა. ყოველივე ეს ხელს უშლის გასუქებას, აუმჯობესებს გულის მუშაობას, ქალს ნაკლებად აწუხებს ალები, უმჯობესდება ნერვული სისტემის მდგომარეობა. გასუქების პროფილაქტიკის მიზნით ქალმა უნდა დაიცვას დიეტა. ძირითადად საჭიროა რძის ნაწარმი და ბოსტნეული. მან ნაკლებად უნდა ჭამოს ტკბილეული, ცხიმიანი საჭმელი და ცომეული. ქალი უნდა ერიდოს მჟავეს, ცხარეს და მლაშე საკვებს, ალკოჰოლურ სასმელს. სასარგებლოა ხილი, მჭლე ხორცი, თევზი. განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს კუჭის მოქმედება, კერძოდ შეკრულობა. ცნობილია, რომ კლიმაქსის დროს ყველა უსიამოვნო მოვლენა მსუბუქად მიმდინარეობს მაშინ, თუ კუჭ-ნაწლავის მოქმედება ნორმალურია.

თვიურის შეწყვეტიდან რამდენიმე წლის შემდეგ სისხლიანი გამონადენი საშვილოსნოდან (სისხლიანი გამონადენი სქესობრივი კავშირის ან კუჭის მოქმედების შემდეგ), წყალწყალა თეთრად შლა ძალიან საეჭვოა ავთვისებიანი სიმსივნის მხრივ.

კლიმაქსის ასაკს ახასიათებს სასქესო ორგანოების ატროფია, საკვერცხის ფუნქციის თანდათანობითი დათრგუნვა და, დასასრულს, სრულიად შეწყვეტა. ორგანიზმის ამ მდგომარეობას გამოხატავს ვაზომოტორული ხასიათის მოშლილობა. ქვეითდება ენერგია-აღდგენითი პროცესები და შრომის უნარი. ამ პერიოდში ყველაზე ხშირია საშვილოსნოს კიბო. ამიტომ დიდი სიფრთხილეა საჭირო როგორც ექიმის, ისე ქალის მხრივ, რათა დიაგნოზი დროულად დადგინდეს.

კლიმაქსის მოვლენათა შესამცირებლად რეკომენდებულია დიეტა, ნაწლავების ფუნქციის მოწესრიგება, სუფთა ჰაერი, თბილი აბაზანები და ჰიგიენის დაცვა, გამოხატული ნერვული მოვლენების შემთხვევაში-სათანადო მკურნალობა.

ქალი ასეთსავე რეჟიმს მოხუცებულობის ასაკშიც უნდა იცავდეს.

აბორტი

აბორტი (ორსულობის მოშლა) ორსულობის შეწყვეტაა 28 კვირამდე (7 თვემდე).

აბორტი თვითნებითია ან ხელოვნური. თვითნებითი აბორტი ხდება გარეგანი ჩარევის გარეშე, ხოლო ხელოვნურ აბორტს სამედიცინო დაწესებულებაში აკეთებენ ქალის სურვილის მიხედვით ან სამედიცინო ჩვენებით. თუ აბორტს გააკეთებს

არაშესაფერის სამედიცინო დაწესებულებაში ან ბინაზე არაშესაბამისი სპეციალისტი ან არასპეციალისტი, რომელიც შეიძლება საერთოდ არ იყოს მედიცინის მუშაკი, ასეთ შემთხვევას კრიმინალური აბორტი ეწოდება. კრიმინალური აბორტი შეიძლება გაიკეთოს თვითონ ქალმაც.

ჯანმრთელ ქალთა თვითნებითი აბორტი იშვიათია, იგი შეიძლება გამოიწვიოს ორსულობის დროს განვითარებულმა მწვავე ინფექციურმა დაავადებებმა, როგორიც არის გრიპი, მუცლის ტიფი, მალარია, რევმატიზმი, ტუბერკულოზი, ფილტვების ანთება. ამ შემთხვევებში მიკრობების მიერ გამოყოფილი შხამები (ტოქსინები) იწვევს ნაყოფის სიკვდილს, რის შედეგად მკვდარი ნაყოფი გამოძევდება. გარდა ამისა, ნაყოფის დაღუპვა შეიძლება განაპირობოს ამ დაავადებათა დროს განვითარებულმა მაღალმა ტემპერატურამ, რომელიც იწვევს აგრეთვე საშვილოსნოს შეკუმშვას, რის შედეგადაც შეიძლება გამოძევდეს ცოცხალი ნაყოფიც.

თვითნებითი აბორტი შეიძლება გამოიწვიოს ლისტერიოზმა და ტოქსოპლაზმოზმა. ამ დაავადებებით ქალი შეიძლება დაინფიცირდეს კატის, ძაღლის, აგრეთვე შინაური რქოსანი ცხოველებისგან (ხორცი და რძე). ამ დროს ინფექცია გადადის ნაყოფის სისხლში, ნაყოფი იღუპება და გამოძევდება გარეთ. ზოგჯერ ქალის ლისტერიოზი და ტოქსოპლაზმოზი ქალებში ფარულად მიმდინარეობს, ამიტომ კონსულტაციაში თვითნებითი აბორტის პროფილაქტიკის მიზნით ქალი უნდა გამოიკვლიონ ლისტერიოზსა და ტოქსოპლაზმოზზე.

თვითნებითი აბორტი შეიძლება გამოიწვიოს ფიზიკურმა და ფსიქიკურმა ტრავმამ. ფიზიკური ტრავმაა დაცემა, დაბეჟვა, სხეულის ხანგრძლივად რყევა, სიმძიმის აწევა და გადატანა. ორსულობის მოშლა შეიძლება გამოიწვიოს მძიმე განცდებმა, უეცარმა შეშინებამ, ხანგრძლივმა უსიამოვნო ემოციებმა. ფიზიკური და ფსიქიკური ტრავმა განსაკუთრებით მაშინ იწვევს მუცლის მოშლას, თუ არსებობს თვითნებითი აბორტის განმაპირობებელი ფაქტორები: სასქესო ორგანოების ადრე გადატანილი ანთებითი დაავადებანი, შინაგანი სასქესო ორგანოების განუვითარებლობა, ორსულთა ტოქსიკოზი და სხვ.

რა მიზეზითაც უნდა იყოს გამოწვეული თვითნებითი აბორტი, საშვილოსნო იწყებს შეკუმშვას. ამ დროს ქალი უჩივის მოვლითი ხასიათის ტკივილს მუცლის ქვედა არესა და გავა-წელის არეში. შემდეგ აღინიშნება მცირე სისხლიანი გამონადენი საშვილოსნოდან. თუ ამ ეტაპზე ორსულს ჩაუტარებენ მკურნალობას, ორსულობა შეიძლება შეუნარჩუნდეს, თუ მკურნალობა დააგვიანეს ან არ ჩაატარეს, ტკივილი და საშვილოსნოდან სისხლიანი გამონადენი თანდათან ძლიერდება და ნაყოფი გარეთ გამოძევდება.

ორსულობის მოშლით დამთავრების შემთხვევაში სამშობიარო სახლიდან გამოწერის შემდეგ ქალმა აუცილებლად უნდა მიმართოს ქალთა კონსულტაციას. აქ მას დამატებით ჩაუტარებენ შესაბამის გამოკვლევებს, დაუნიშნავენ პროფილაქტიკურ მკურნალობას. წინააღმდეგ შემთხვევაში თვითნებითი აბორტი შეიძლება განმეორდეს მომდევნო ორსულობის დროს. თუ ორსულობის მოშლა გამოწვეულია გენეტიკური პათოლოგიით, მაშინ შეიძლება ბავშვი ჯანმრთელი არ იყოს. გენეტიკური პათოლოგიის დასადგენად კი ქალთა კონსულტაცია ორსულს აგზავნის გამოსაკვლევად სამედიცინო გენეტიკურ კონსულტაციაში, სადაც შეიძლება არა მარტო აღნიშნული პათოლოგიის დადგენა, არამედ შესაბამისი მკურნალობის ჩატარებაც მოსალოდნელი საშიშროების (ავადმყოფი ან მახინჯი ბავშვის დაბადების) ასაცილებლად.

მოსახლეობაში გავრცელებულია აზრი, თითქოს რაც მცირეა ორსულობის ვადა,

მით უფრო ადვილი გასაკეთებელი და ნაკლებად მტკივნეულია ხელოვნური აბორტი. რა თქმა უნდა, ასეთი აზრი მცდარია ორსულობის ადრეულ ვადაში საშვილოსნოს ყელი ჯერ კიდევ მკვრივია და მისი გაგანიერება ძნელი და მტკივნეულია. შეიძლება საშვილოსნოს ყელი ადვილად დაზიანდეს. სანაყოფე კვერცხი ძალიან პატარაა და მოსალოდნელია აბორტის გაკეთების დროს დარჩეს საშვილოსნოს ღრუში.

ხელოვნური აბორტის შემდეგ ქალი სამშობიარო სახლში აუცილებლად უნდა დარჩეს ორი დღე და დაიცვას ნახევარად წოლითი რეჟიმი.

ხელოვნური აბორტის შემდეგ სტაციონარიდან ქალის გამოწერა შეიძლება მხოლოდ მაშინ, როცა მისი საერთო მდგომარეობა სრულიად დამაკმაყოფილებელია.

ჩვენს ქვეყანაში ხელოვნური აბორტის გაკეთება დაშვებულია მხოლოდ სამედიცინო დაწესებულებებში.

ქალის ჯანმრთელობისთვის განსაკუთრებით საშიშია კრიმინალური აბორტი, რომელიც არცთუ იშვიათად სიკვდილის მიზეზი ხდება (მოსალოდნელია დიდი რაოდენობით სისხლის დაკარგვა, სეფსისი, პერიტონიტი, საშვილოსნოს დაზიანება).

ზოგჯერ ქალი იკეთებს კრიმინალურ აბორტს ორსულობის დამალვის მიზნით, განსაკუთრებით მაშინ, როცა ქორწინება არ არის რეგისტრირებული. ყველა ქალმა უნდა იცოდეს, რომ აბორტის საიდუმლოება კანონმდებლობით გარანტირებულია ქალის სურვილის მიხედვით.

ხელოვნური აბორტის შორეული გართულებები ვითარდება აბორტის გაკეთებიდან საკმაო დროის შემდეგ. ზოგჯერ ხელოვნურ აბორტს თითქოსდა კარგად გააკეთებენ, ქალიც თავს კარგად გრძნობს, მაგრამ გადის რამდენიმე თვე და მენსტრუალური ფუნქცია მოეშლება: თვიური მოდის თავის დროზე, მაგრამ უფრო ხანმოკლეა. მცირდება თვიურის დროს დაკარგული სისხლის რაოდენობა. ქალს უვითარდება საერთო სისუსტე, თავის ტკივილი, აწუხებს ალები ისე, როგორც კლიმაქსის დროს. ზოგჯერ ქალს თვიური უხანგრძლივდება (10 დღემდე), თვიურის დროს კარგავს ჭარბი რაოდენობით სისხლს, თვიური მოდის ყოველ ორ კვირაში. ეს იმის მიზეზია, რომ აბორტის შედეგად ირღვევა შინაგანი სეკრეციის ჯირკვალთა ურთიერთკავშირის წონასწორობა.

ხელოვნური აბორტის გაკეთების შემდეგ საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი უნდა აღდგეს ერთ თვეში. მაგრამ ზოგჯერ საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკისას ლორწოვანი გარსის ღრმა ფენები ზიანდება და ან სრულებით აღარ აღდგება, ანდა ნაწილობრივ აღდგება. ქალს თვიური შეუჩერდება. დროული მკურნალობით შეიძლება დარღვეული მენსტრუალური ციკლის აღდგენა.

ხელოვნური აბორტის შემდეგ, განსაკუთრებით მაშინ, თუ პირველი ორსულობა აბორტით შეწყვიტეს, საკმაოდ ხშირია უნაყოფობა. უნაყოფობის მიზეზად, პირველ რიგში, უნდა დავასახელოთ შინაგან სასქესო ორგანოთა ანთებითი დაავადებანი, რომლებიც იწვევენ შეხორცებით პროცესს საშვილოსნოს მილებში. შეხორცებითი პროცესი შეიძლება განვითარდეს საკვერცხეებშიც, რის შედეგადაც ზიანდება საკვერცხის ქსოვილი და ფერხდება კვერცხუჯრედის განვითარება. საკვერცხის ირგვლივ შეხორცებები ხელს უშლის ფოლიკულის გასკდომას და კვერცხუჯრედის გამოსვლას საკვერცხიდან. ამის გამო კვერცხუჯრედი საშვილოსნოს მილში ვერ ხვდება და განაყოფიერება არ ხდება. საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ანთებაც უნაყოფობას იწვევს. კვერცხუჯრედი ვერ უმაგრდება ანთებითად შეცვლილ არასრულფასოვან ლორწოვან გარსს. ხელოვნური აბორტის შედეგად შეიძლება განვითარდეს საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსის ანთება, ამის გამო იცვლება საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსის სეკრეტის ქიმიზმი და საშვილოსნოს ღრუში სპერმატო-

ზოილების გადასვლა ბრკოლდება.

საშვილოსნოსგარეთა ორსულობა ხელოვნური აბორტის ყველაზე საშიში და საკმაოდ ხშირი გართულებაა. ამის მიზეზია საშვილოსნოს მილების შევიწროება ანთებითი პროცესის გამო. შევიწროებულ საშვილოსნოს მილში ვერ გადაადგილდება განაყოფიერებული კვერცხი და იგი უმაგრდება ლორწოვან გარსს საშვილოსნოს მილში. ვითარდება მილის ორსულობა. საშვილოსნოს მილი მალე ზიანდება და იწყება შინაგანი სისხლის დენა.

ხელოვნურმა აბორტმა შეიძლება გავლენა მოახდინოს მომდევნო ორსულობასა და მშობიარობაზე. ზოგჯერ ერთი აბორტიც კი (განსაკუთრებით პირველი) შემდეგი ორსულობის მოშლის მიზეზი ხდება. ეს იმის შედეგია, რომ საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ანთების დროს ირღვევა საშვილოსნოს გარსზე განაყოფიერებული კვერცხის მიმაგრების პროცესი. კვერცხის მიმაგრების შემთხვევაში კი დაქვეითებულია მისი ტროფიკა (კვება), ამიტომ ხშირად სანაყოფე კვერცხი იღუპება.

მრავალი აბორტი დამძიმებულ სამეანო ანამნეზად არის მიჩნეული, რაც ამახვილებს ექიმის ყურადღებას მშობიარობის მიმართ. მრავალი აბორტის გადატანის შემთხვევაში მოსალოდნელია: სამშობიარო მოქმედების სისუსტე და შესაბამისად მშობიარობის გახანგრძლივება, სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრა, რაც ასევე იწვევს მშობიარობის გაჭიანურებას და მუცლად მყოფი ნაყოფის ასფიქსიას, საშვილოსნოს კედელზე პლაცენტის მჭიდრო მიმაგრებას. იწყება სისხლის დენა საშვილოსნოდან, ლოგინობის ხანაში ორსულობით გამოწვეული ცვლილებების უკუგანვითარება ფერხდება.

გარდა იმისა, რომ ხელოვნური აბორტი ძალიან მავნეა ქალის ჯანმრთელობისთვის, საზიანოა საზოგადოებისთვისაც, რადგან ძლიერ აფერხებს გამრავლებას. ამ მხრივ აბორტი სოციალური უბედურებაა.

ხშირი აბორტი მკვეთრად აქვეითებს სქესობრივ ლტოლვას - libido sexualis. უნდა განვუმარტოთ ყოველ ქალს, რომ თუ მრავალშვილიანობასთან გვაქვს საქმე ან სამედიცინო ჩვენებით ორსულობა მიზანშეწონილი არ არის, მიმართოს ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებებს.

სამეანო-გინეკოლოგიური დახმარების ორგანიზაციის ზოგადი პრინციპები

ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვა, შრომისუნარიანობის ამაღლება და აქტიური შემოქმედებითი სიცოცხლის გახანგრძლივება სახელმწიფოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირითადი მიზანია.

ჯანმრთელობის დაცვა არა მარტო ადამიანის პირადი საქმეა, არამედ ის განუყრელად დაკავშირებულია სახელმწიფოებრივ და საზოგადოებრივ ინტერესებთან. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაღალი პოტენციალი ეკონომიკის, მეცნიერებისა და კულტურის განვითარების არსებითი პირობაა.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა სახელმწიფოს სოციალურ-ეკონომიკურ მიღწევათა, კულტურისა და მეცნიერების წარმატებათა ერთ-ერთი ძირითადი მაჩვენებელია. თვით ადამიანის ჯანმრთელობა უნდა შევაფასოთ არა მარტო ინვალიდობისა და დაავადებათა არარსებობით, არამედ მისი ფიზიკურ, ფსიქიკურ და მორალურ თვისებათა ჰარმონიული განვითარებითაც. ყოველივე ეს შესაძლებლობას იძლევა ადამიანმა ყოველგვარი შეზღუდვის გარეშე წარმართოს საზოგადოებრივი და უპირველეს ყოვლისა შრომითი მოღვაწეობა.

ქალისა და მამაკაცის თანასწორ უფლებებს უზრუნველყოფს ქალებისთვის მა-

მაკაცების თანასწორ შესაძლებლობათა მინიჭება განათლებისა და პროფესიული მომზადების მიღებაში, შრომასა და მის ანაზღაურებაში, სამსახურეობრივ დაწინაურებაში, საზოგადოებრივ-პოლიტიკურ და კულტურულ საქმიანობაში, აგრეთვე სპეციალური ღონისძიებანი ქალის შრომისა და ჯანმრთელობის დაცვის დარგში; ისეთი პირობების შექმნა, რომლებიც საშუალებას აძლევენ ქალებს შრომა შეუხამონ დედობას; დედათა და ბავშვთა სამართლებრივი დაცვა, მატერიალური და მორალური მხარდაჭერა, ორსული ქალებისა და დედებისთვის ფასიანი შეღავათებისა და სხვა შეღავათების მიცემა, მცირეწლოვან ბავშვთა დედების სამუშაო დროის თანდათან შემცირება.

ქალის ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაცია ხორციელდება კომპლექსურ ღონისძიებათა გატარებით, რასაც ემსახურება ქალთა კონსულტაციები, დისპანსერები, პოლიკლინიკები, სამეანო და გინეკოლოგიური სტაციონარები და მეანობა-გინეკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტების ფართო ქსელი.

გინეკოლოგიური და სამეანო დახმარების ორგანიზაცია ითვალისწინებს ყველასათვის ხელმისაწვდომ სამედიცინო დახმარებას, ყველა ორსულის, მშობიარისა და გინეკოლოგიური ავადმყოფის დროულ სამედიცინო დახმარებას, მეცნიერების თანამედროვე მიღწევათა შესაბამისად სამეანო-გინეკოლოგიური დახმარების დონის სისტემატურად გაუმჯობესებას.

ორსულებს, მშობიარეებსა და გინეკოლოგიურ ავადმყოფებს ემსახურება ერთი ექიმი - მეან-გინეკოლოგი, რომელიც თანაბრად უნდა იცნობდეს ერთიანი დარგის-გინეკოლოგიის ორივე მხარეს. ქალს სამეანო და გინეკოლოგიურ დახმარებას უწევენ ერთსა და იმავე დაწესებულებაში. ყველა სამეანო და გინეკოლოგიურ დაწესებულებას ერთიანი ადმინისტრაციული, სამეცნიერო და მეთოდური ხელმძღვანელობა ჰყავს.

ქალს გინეკოლოგიურ დახმარებას უწევს ქალაქის სამშობიარო სახლის გინეკოლოგიური განყოფილება, ქალთა კონსულტაცია, რაიონული, ქალაქის, საოლქო ან სამხარეო საავადმყოფოს გინეკოლოგიური განყოფილება, საწარმო-დაწესებულებაში-სამედიცინო-სანიტარული ნაწილის სამეანო-გინეკოლოგიური კაბინეტი, სოფლის საუბნო საავადმყოფო.

გინეკოლოგიური დახმარების ზოგიერთი ღონისძიების გატარებაში (ავადმყოფის მიღება, პროფილაქტიკურ შემოწმებაში მონაწილეობა, სანიტარულ-საგანმანათლებლო მუშაობა და სხვ.) მონაწილეობენ აგრეთვე საფერშლო-სამეანო პუნქტების ბებია-ქალები. ისინი ექიმთა ხელმძღვანელობით მუშაობენ.

გინეკოლოგიური საწოლების რაოდენობას ადგენენ ნორმატივების შესაბამისად (1000 ქალზე 0,8 საწოლი), რაც ამ გინეკოლოგიური ავადმყოფების ჰოსპიტალიზაციის საშუალებას იძლევა, რომლებსაც ესაჭიროებათ სტაციონარული მკურნალობა (მწვავე და ქვემწვავე ანთებითი დაავადებების, სასქესო ორგანოთა მდებარეობის ანომალიისა და სხვა შემთხვევებში).

ქალთა კონსულტაცია

ქალთა კონსულტაცია სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებაა, რომელიც მოსახლეობას უწევს ამბულატორიულ სამეანო-გინეკოლოგიურ დახმარებას დისპანსერული მომსახურების პრინციპის მიხედვით.

ქალთა კონსულტაცია შეიძლება იყოს განყოფილების უფლებებით სამშობიარო სახლის, საავადმყოფოს, პოლიკლინიკისა და სამედიცინო-სანიტარიული ნაწილის შემადგენლობაში. ქალთა კონსულტაციის მუშაობა აგებულია ქალთა მოსახლეობის

საბინაო მომსახურების საფუძველზე.

ქალთა კონსულტაციის პროფილაქტიკური და სამკურნალო მუშაობა მიმართულია ქალთა ჯანმრთელობის განმტკიცებისკენ, როგორც დღის, ისე ბავშვისთვის ორსულობისა და მშობიარობის კარგად ჩათავებისა და გინეკოლოგიურ დაავადებათა შემცირებისკენ.

ქალთა კონსულტაციის საქმიანობა გინეკოლოგიური დახმარების ორგანიზაციის საკითხში ძირითადად შემდეგით გამოიხატება: 1. გინეკოლოგიურ ავადმყოფთა გამოვლენა და მათი მკურნალობა კონსულტაციის პირობებში ან მათი გაგზავნა სამკურნალოდ გინეკოლოგიურ სტაციონარებში. გინეკოლოგიურ დაავადებებს ავლენენ კონსულტაციაში მისულ ავადმყოფთა გინეკოლოგიური გამოკვლევის ან ქალთა მასობრივი პროფილაქტიკური სამედიცინო შემოწმების დროს, რომელსაც ატარებენ ქალთა კონსულტაციასთან მიმაგრებულ საწარმო-დაწესებულებებში, აგრეთვე სახლმმართველობებთან არსებულ და პოლიკლინიკის სპეციალურ შემმოწმებელ კაბინეტში. მასობრივი პროფილაქტიკური შემოწმება ფართოდ გაერცელდა, რამაც ხელი შეუწყო გინეკოლოგიური დაავადებიანობის მნიშვნელოვან შემცირებას.

მართალია, პროფილაქტიკური გინეკოლოგიური შემოწმების ორგანიზაციას ახორციელებს ქალთა კონსულტაცია, მაგრამ მასში აქტიურად მონაწილეობენ სამშობიარო სახლის ექიმები, სამედიცინო-სანიტარიული ნაწილების მეან-გინეკოლოგები, აგრეთვე სამეანო-გინეკოლოგიურ დაწესებულებათა საშუალო სამედიცინო პერსონალი.

სოფლად პროფილაქტიკურ სამედიცინო შემოწმებას ატარებენ რაიონის მეან-გინეკოლოგები და უბნის ექიმები, რომელთაც ეხმარებიან საფერშლო-სამეანო პუნქტებისა და საავადმყოფოების ბებია ქალები.

პროფილაქტიკური შემოწმების ჩატარების ორგანიზაციაში ექიმებს დიდ დახმარებას უწევენ საწარმო-დაწესებულებათა, მეურნეობათა და სახლმმართველობათა ხელმძღვანელები. გინეკოლოგიური გამოკვლევა უნდა ჩაუტარონ 18 წელზე მეტი ასაკის ქალებს. განსაკუთრებით საყურადღებოა ხანშიშესულ ქალთა გამოკვლევა (ავთვისებიან წარმონაქმნთა გამოვლენის მიზნით).გამოვლენილ ავადმყოფებს აგზავნიან სამკურნალოდ ქალთა კონსულტაციასა და გინეკოლოგიურ სტაციონარში.

როგორც პროფილაქტიკური შემოწმების, ისე ქალთა კონსულტაციაში ყოველდღიური მუშაობის დროს განსაკუთრებით ყურადღებით უნდა მოეკიდოს კიბოსწინა დაავადებათა გამოვლენას და მათ შემდგომ მკურნალობას. არანაკლებ მნიშვნელოვანია სასქესო ორგანოთა ანთისებიანი სიმსივნეების დროული გამოვლენა. ასეთ ავადმყოფებს გზავნიან ონკოლოგიურ დისპანსერსა და გინეკოლოგიური განყოფილებაში, ამასთან, ითვალისწინებენ ადგილობრივ პირობებს (კვალიფიცირებული გინეკოლოგი - ქირურგი და სხივური თერაპიის ჩატარების შესაძლებლობა). ქალთა კონსულტაცია და გინეკოლოგიური სტაციონარები იკვლევენ ანთებით დაავადებათა ეტიოლოგიას, რაც განაპირობებს მკურნალობისა და პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა წარმატებით ჩატარებას.

გონორეის გამოვლენის ყველა მეთოდის გამოყენება და ქალთა გართულებული გონორეის მკურნალობა ქალთა კონსულტაციისა და გინეკოლოგიური სტაციონარის მოვალეობაა. გონორეით დაავადებულის შესახებ ქალთა კონსულტაცია ატყობინებს ვენდისპანსერს, რათა მან დროულად გამოავლინოს ამ ავადმყოფთან კონტაქტში მყოფნი და ჩაატაროს შესაბამისი მკურნალობა.

ქალთა კონსულტაციას, ისე როგორც გინეკოლოგიურ სტაციონარს, კონსულტაციურ დახმარებას უწევენ სხვა სპეციალობის ექიმები (თერაპევტი, ქირურგი, ნევრო-

პათოლოგი, ენდოკრინოლოგი და სხვ.).

1. ქალთა კონსულტაცია დახმარებას უწევს ბინაზე ლოგინით შრომისუუნარო გინეკოლოგიურ ავადმყოფებს ან და იმ ავადმყოფებს, რომლებიც სხვადასხვა მიზეზის გამო ავადმყოფის პირველ ხანებში ვერ მოხვდნენ სტაციონარში სამკურნალოდ.

ექიმი ბინაზე ავადმყოფს პირველად ნახავს გამოძახებით, შემდგომში კი- მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაბამისად. ბინაზე ექიმის დანიშნულებას კონსულტაციის პატრონაჟის და (სამედიცინო და) ასრულებს.

პატრონაჟის დის მოვალეობაა აგრეთვე პროფილაქტიკური მუშაობა, ყოფა-ცხოვრებაში სანიტარულ-ჰიგიენურ ჩვევათა დანერგვა, ქალთა კონსულტაციაში იმ ქალთა მოწვევა, რომელთაც ესაჭიროებათ დაკვირვება ან მკურნალობა.

2. ქალთა კონსულტაციის, ისე როგორც ყველა სამეანო-გინეკოლოგიური დაწესებულების, მრავალმხრივი საქმიანობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაწილია სანიტარიულ-საგანმანათლებლო მუშაობა, რომელსაც ატარებენ ქალთა კონსულტაციასა და სტაციონარში, უბანზე, საწარმოებში, მეურნეობაში.

სანიტარიულ-საგანმანათლებლო მუშაობის ფორმები სხვადასხვაგვარია: ლექცია-საუბნები, ლოზუნგები და ბროშურები, გამოფენები. ამ მუშაობის თემატიკა და ფორმა განისაზღვრება სამეანო-გინეკოლოგიური დაწესებულების ექიმის მიერ სანიტარული განათლების სახლის მეთოდურ მითითებათა გათვალისწინებით.

3. საწარმო-დაწესებულებებში, მეურნეობებში მომუშავე ქალთა ჯანმრთელობის დაცვა ქალთა კონსულტაციის (აგრეთვე ყველა სამეანო-გინეკოლოგიური დაწესებულებების) მუშაობის მთავარი ამოცანაა. აღნიშნულ ობიექტზე მეან-გინეკოლოგის პირობებში შესწავლა: საჭიროების შემთხვევაში შრომის ჰიგიენური პირობების გასაუმჯობესებლად შესაბამის ღონისძიებათა გატარება; ბ) სამუშაოზე მოწყობის დროს სამედიცინო შემოწმება; პროფილაქტიკური შემოწმებისა და გამაჯანსაღებელ ღონისძიებათა სისტემატური ჩატარება; გ) საწარმო-დაწესებულებებში, მეურნეობებში მომუშავე ქალთა შრომითი მოწყობა (ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით პროფესიის შერჩევა, სხვა სამუშაოზე გადაყვანა და სხვ.); დ) ქალთა პირადი ჰიგიენის ოთახის მუშაობის კონტროლი; ე) იმ ორგანიზაციების დახმარება, რომლებიც ამოწმებენ ამა თუ იმ სამეურნეო უბანზე ქალის შრომის შესახებ კანონთა კოდექსის განხორციელებას. აღნიშნული კოდექსის მიხედვით, აკრძალულია ქალთა შრომის გამოყენება მძიმე, ჯანმრთელობისთვის საზიანო სამუშაოებზე.

იმ საწარმო-დაწესებულებებში, სადაც მუშაობს 300 და მეტი ქალი, უნდა იყოს ქალთა პირადი ჰიგიენის ოთახი. ამ ოთახს ემსახურება საშუალო სამედიცინო პერსონალი ან საამისოდ სპეციალურად მომზადებული პირი. ქალთა პირადი ჰიგიენის ოთახის დანიშნულებაა გინეკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკა სანიტარულ-ჰიგიენურ ჩვევათა დანერგვითა და სანიტარულ-საგანმანათლებლო მუშაობის ჩატარებით. პირადი ჰიგიენის ოთახს აქვს შხაპი და სხვა მოწყობილობები, რაც სამუშაო დღის განმავლობაში ჰიგიენური პროცედურების ჩატარების შესაძლებლობას ქმნის.

ქალის შრომის ჰიგიენა და პროფესიული პათოლოგია

პროფესიისა და შრომის პირობების გათვალისწინებას დიდი მნიშვნელობა აქვს ქალის ჯანმრთელობისათვის.

მრეწველობისა და სოფლის მეურნეობის ახალი დარგების განვითარება (ახალი ტექნიკა), თანამედროვე ქიმიური რეაგენტების გამოყენება, ერთი მხრივ, ამსუბუქებს ქალის ფიზიკურ შრომას, ხოლო, მეორე მხრივ, ხელს უწყობს პროფესიული დაავადებების განვითარებას.

ბიორიტმების გავლენა ქალის ორგანიზმზე

ციურ მნათობთა მზის, მთვარის და ვარსკვლავების მოძრაობისა და ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ურთიერთდამოკიდებულება ახალი პრობლემა არ გახლავთ. ჯერ კიდევ ჰიპოკრატე თვლიდა, რომ არსებობს ჯანმრთელობისათვის „კრიტიკული" დღეები, დამოკიდებული გალაქტიკურ (ე.ი. მზესთან ერთად ამომავალი და ჩამავალი) მნათობებზე. გალენუსი კი პირიქით, ძირითადად გავლენას ადამიანის ჯანმრთელობაზე მიაწერდა მთვარეს, რაც მისი აზრით, განსაკუთრებით შესამჩნევი იყო მენსტრუაციის პერიოდსა და მთვარეულების მოქმედებებში.

ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში რიტმების ათვლა და განსაზღვრა იწყება ამა თუ იმ ადამიანის დაბადების დღიდან, ვინაიდან დაბადების დღე თავისთავად გვევლინება კრიტიკულ დღედ ორგანიზმისათვის, რომელიც გამოხატავს მის გადასვლას ერთი გარემოდან მეორეში. მაგალითად, არსებობს მეცნიერული ჰიპოთეზა იმაზე, რომ ღამის მნათობის მოძრაობა გავლენას ახდენს ამინდზე, ხოლო ამინდი კი ცოცხალ არსებებზე, მათ შორის ადამიანზეც. ცოცხალი სისტემის ციკლურ ბიოლოგიურ მოვლენებს შეისწავლის ბიორიტმოლოგია, ანუ ქრონობიოლოგია, შეგვიძლია დასაბუთებულად მივიჩნიოთ, რომ ორგანიზმში მიმდინარე 150-ზე მეტი ფიზიოლოგიური და ბიოქიმიური პროცესი, რომელიც იცვლება. ცნობილია, რომ ადამიანის ენას გემოს 900-მდე რეცეპტორი აქვს, ადამიანის სხეულში მუშაობს არანაკლები 700 ფერმენტი.

ზოგიერთებისათვის (პრაქტიკულად ჯანმრთელი ადამიანისათვის) გაზაფხული-აღზევებისა და სიყვარულის პერიოდია. სიყვარულის არსია სიამოვნება, რომელსაც იწვევს ხუთი გრძნობა: სმენა, შეხება, მხედველობა, ყნოსვა შერწყმული სუნთან და გონებით განათებული. აგრეთვე ცნობილია, რომ გაზაფხულის დადგომისთანავე იცვლება ადამიანის აქტიურობა, სიმხნევე და ხშირად გუნება-განწყობილებაც.

მეტეოროლოგიური სტრესი დისციპლინათაშორისო პრობლემაა, ამჟამად მას შეისწავლიან ექიმები, ბიოლოგები, მეტეოროლოგები და ფსიქოლოგები. ნობილია, რომ დღე-ღამის მონაკვეთის შესაბამისად (დღისით ან ღამით, ძილში ან სიფხიზლეში) სხვადასხვანაირია სისხლის, კუჭის წვენის, ნივთიერებათა ცვლის, გულის და გონებრივი მუშაობის მაჩვენებელი.

წელიწადის სხვადასხვა დროს ჯანმრთელ ადამიანებს სხვადასხვანაირი აქვთ ჰორმონების გამოყოფა, ცენტრალური ნერვული სისტემის აქტივობის ხარისხი.

სარწმუნო შეხედულებები გამოითქვა ადამიანის ბიორიტმებზე მთვარისა, მზისა და ვარსკვლავების გავლენის მექანიზმის შესახებ.

ადამიანის ინდივიდუალური, განსაკუთრებული რეაქცია წელიწადის დროსა და ამინდზე, რომელიც დამოკიდებულია მთელ რიგ ფაქტორებზე, კერძოდ გენეტიკურზე, აგრეთვე ასაკსა და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ყოველივე ეს ბევრ რამეში განსაზღვრავს ორგანიზმის ადაპტაციის უნარს გარემოს რიტმების ცვალებადობისას. ამ შემთხვევაში კლიმატისა და ამინდის ცვალებადობისას.

არსებობს ბიორიტმების თეორია, რომ ადამიანს მიდრეკილება აქვს ციკლთა ატრიალისადმი. ფიზიკური რითმი, ემოციური ანუ მგრძნობიარე და ინტელექტუალური.

ხმელეთის კლიმატი ცვალებადია სეზონების მიხედვით და მთელი რიგი ფაქტორების ზეგავლენას განიცდის. როგორ ზემოქმედებას ახდენს ამინდის რიტმები და მათი დარღვევა ადამიანის ბიორიტმებზე-სწორედ ამ მოვლენასთან არის დაკავშირებული ბევრი საკითხი, რომელიც ჩვენ, მედიკოსებს გვაინტერესებს.

კლიმატო-ზღვის ხმელეთის გარკვეულ გავლენას ახდენს მენსტრუალურ ციკლზე, ორსულობის სხვადასხვა პერიოდზე და მშობიარობის პროცესზე. ციურ მნათობთა გავლენით უნდა აიხსნას, რომ მშობიარობა 75% მიმდინარეობს ღამის საათებში.

არიან მაიმუნების და ცხოველების გარკვეული სახეები, რომლებიც გაითვლებისას წყვეტენ სამშობიარო მოქმედებას საღამოს ჟამამდე.

რაც შეეხება ავადმყოფებს, ვისაც ბრონქული ასთმა, სახსრების დაავადებანი და ნევროზი აწუხებთ გარკვეულ გავლენას ახდენს ამინდი და მისი შეცვლა. ხოლო ჰიპერტონიით დაავადებულნი უარესად გრძნობენ თავს ზამთრის მიწურულში.

კარგად არის ცნობილი, რომ კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული ყოველთვის ხშირად გაზაფხულზე და შემოდგომაზე მწვავდება. დაბალი წნევის მქონე ავადმყოფებს ჯანმრთელობა უუარესდება ამავე პერიოდში. ამა თუ იმ ხარისხში ამინდის ზეგავლენას განიცდის ადამიანების უმრავლესობა, თუმცა ერთნი შეიგრძნობენ ბარომეტრული წნევის ცვალებადობას, მეორენი ტემპერატურის შეცვლას, მესამენი კი ტენიანობის დონეს.

განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს მედიცინის მუშაკთა როლი ბიორიტმების მკურნალობისა და პროფილაქტიკის ტაქტიკის და სტრატეგიის საქმეში. სამედიცინო საექიმო ეთიკის და ბრძნული ჰუმანიზმის გამო საქმისთვის საუკეთესო სამკაული სუფთა სინდისია, ისინი სიყვარულს საჭიროებენ. მათი ცხოვრება ძნელი, პრიზაულია, მშფოთვარე, შრომით მშფოთვარე გზაზე ემოციური, გმირული და ჭეშმარიტად ამაღლებული. თვითონ იწვიან და სხვას უნათებენ სიცოცხლეს. თანამედროვე მედიცინის ეთიკურ-დეონტოლოგიური საკითხები მეცნიერულ-ტექნიკური რევოლუციის პირობებში შეიძლება შეფასდეს როგორც რთული, ყველა არსებულ პრობლემათა შორის. მედიცინა ცხოვრების ენციკლოპედიაა, მეცნიერებაზე დაფუძნებული ხელოვნებაა.

სამედიცინო მეცნიერების დარგთა ლასში მეანობა-გინეკოლოგიას განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს. ის მედიცინის მარგალიტია, რადგან ამ დარგის საექიმო ესთეტიკური სარბიელი ახლად ანთებული სიცოცხლეა, დედაა საიმედოების, ტრფობის, სილამაზის, ერის გამრავლების, ოჯახის ბურჯობის, სამშობლოს კეთილდღეობის და სიცოცხლის ჰიმნი.

ვიბრაციის გავლენა ქალის ორგანიზმზე

წარმოების იმ ფაქტორთა შორის, რომლებიც უარყოფითად მოქმედებენ ქალის ორგანიზმზე, ვიბრაციის მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია.

ვიბრაცია ეწოდება რხევით მოძრაობებს, როდესაც სხეული პერიოდულად კარგავს მყარი წონასწორობის მდგომარეობას. ვიბრაცია იწყება გარეშე ძალის მოქმედებით. მას ახასიათებს სიხშირე, ამპლიტუდა, სიჩქარე და აჩქარება. ვიბრაციის აღნიშნული პარამეტრების ზრდასთან ერთად იზრდება ორგანიზმზე მისი პათოლოგიური მოქმედების საშიშროება. ადამიანზე განსაკუთრებით მავნედ მოქმედებს 100-150 ჰერცის სიხშირის ვიბრაცია. ამასთან ერთად, ვიბრაციის განვითარების ხანგრძლივობასა და ლოკალიზაციასაც აქვს მნიშვნელობა.

ცნობილია, რომ ვიბრაციის გავლენით სისხლძარღვებსა და ნერვულ დაბოლოებებში მორფოლოგიური ცვლილებები ვითარდება. ვიბრაცია არღვევს ნერვული და ჰუმორული სისტემის ნორმალურ ფუნქციას, იწვევს სისხლძარღვთა ტონუსის რეგულაციის მოშლას. ამ დაავადების დროს ორგანიზმში წარმოიქმნება ცირკულარული და ფიქსირებული აუტოანსტისხეულები, რომელთა რაოდენობა მატულობს პათოლოგიური პროცესის პროგრესირებასთან ერთად. ბუნებრივი არასპეციფიკური იმუნიტეტი ქვეითდება.

ვიბრაციული დაავადების შეპყრობილ ქალებს ლოკალური ვიბრაციის გავლენ-

ით უქვეითდებათ ნახშირწყლების აერობული მეტაბოლიზმი, აქტიურდება გლიკოლიზი და ირღვევა არტერიული სისხლიდან გლუკოზის შთანთქმის პროცესი. ცვლილებებია აგრეთვე სისხლის კინინურ სისტემაში, რაც კინინების აქტივაციით გამოიხატება.

მაღალი სიხშირის ვიბრაცია იწვევს მენსტრუალური ფუნქციის მოშლას. ვიბრაცის ხელს უწყობს ქალის სასქესო სფეროს ანთებითი პროცესის გამწვავებასა და საერთოდ პათოლოგიური ცვლილებების გაძლიერებას. ირღვევა ორგანოთა ფიზიოლოგიური ფუნქცია. ვიბრაციული დაავადება როგორც ქალების, ისე მამაკაცების უნაყოფობის ერთ-ერთი მიზეზია.

ამ დროს ორსულ ქალებს აღენიშნებათ ტოქსიკოზის, განსაკუთრებით ორსულობის მეორე ნახევრის ტოქსიკოზის გახშირება, მშობიარობის პროცესში არცთუ იშვიათია სამშობიარო ძალების ანომალიები (ხშირია სწრაფი მშობიარობა).

ვიბრაციული დაავადების პროფილაქტიკისა და მკურნალობის საკითხი მეტად აქტუალურია. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება შრომის შრომისა და დასვენების პირობების გაუმჯობესებას. ვიბრაციული დაავადებით შეპყრობილნი უნდა მუშაობდნენ იქ, სადაც არ არის ვიბრაციის ლოკალური და ზოგადი გავლენა (ხმაური, ფიზიკური დაძაბულობა). ამ პირობების დაცვასთან ერთად საჭიროა ვიტამინებითა და სხვა პრეპარატებით აქტიური თერაპია. მკურნალობის შედეგად მატულობს დაქვეითებული მგრძნობელობა, უმჯობესდება კაპილარული სისხლის მიმოქცევა, მატულობს აგრეთვე კუნთების ძალა და სხეულის ტემპერატურა, რომელიც, ჩვეულებრივ, ამ დაავადების დროს დაქვეითებულია. ავადმყოფებს ტკივილი უყუჩდებათ და პარესთეზია ეხსნებათ.

ტყვიისა და მისი ნაერთების გავლენა ქალის ორგანიზმზე

ტყვია ფართოდაა გამოყენებული მრეწველობის სხვადასხვა დარგში. უმნიშვნელო კონცენტრაციით ტყვიასთან კონტაქტიც კი ტოქსიკურ გავლენას ახდენს ქალის ორგანიზმზე. ტყვიით მოწამვლა შესაძლოა იმ საწარმოებში, სადაც ტყვიისა და მისი ნაერთების გამოყენება ან დამუშავება ხდება.

მნიშვნელობა აქვს არა მარტო ტყვიის ნაერთის შედგენილობას, არამედ მის კონცენტრაციასა და ქალის ორგანიზმზე მოქმედების ხანგრძლივობას.

ტყვია და მისი ნაერთები დიდ გავლენას ახდენს ქალის სასქესო ორგანოების ფიზიოლოგიაზე. ტყვიაზე მომუშავე ქალებს მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა სახის მოშლილობანი აქვთ: განსაკუთრებით ხშირია ჰიპომენსტრუალური სინდრომი, შედარებით იშვიათი-ჰიპერმენსტრუალური სინდრომი.

იმ ქალებს, რომელთაც კლინიკურად მენსტრუალური ციკლის მოშლილობანი გამოხატული არა აქვთ, ლაბორატორიული გამოკვლევებით უვლინდებათ ესტროგენული ბალანსის დაქვეითება მენსტრუალური ციკლის I და II, ანდა ორივე ფაზაში ერთდროულად.

ტყვიისა და მისი ნაერთების ხანგრძლივი მოქმედება იწვევს რეპროდუქციის ფუნქციის დაქვეითებას, ხოლო ლოგინობის პერიოდში-ჰიპოგალაქტიას.

ტყვიაზე მომუშავე ქალები ხშირად ავადდებიან სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესით: კოლპიტით, დანამატების ანთებით, რაც გამოწვეულია სასქესო ორგანოებში ტყვიის მტვრის შეღწევით.

ვერცხლისწყლისა და მისი ნაერთების გავლენა ქალის ორგანიზმზე

ვერცხლისწყლით მოწამვლა მოსალოდნელია თერმომეტრების, მანომეტრების, არეომეტრების, ბარომეტრებისა და სხვა ხელსაწყოთა საწარმოებში.

საწარმოოთა ჰაერში ვერცხლისწყლის დასაშვები დოზაა არა უმეტეს 0,001 მგ/მ^{3}-სა.

ვერცხლისწყალი ორგანიზმში ძირითადად აღწევს ზედა სასუნთქი გზებიდან. კუჭ-ნაწლავიდან ვერცხლისწყლის შეწოვა არ ხდება, რადგან მას კუჭ-ნაწლავის ლორწოვანი არ შეიწოვს. კანიდან მისი შეღწევის ერთეული შემთხვევებიცაა ცნობილი.

ვერცხლისწყალი ძლიერი პროტოპლაზმური შხამია, რომელიც უერთდება თიოშემცველ ცილებს და იწვევს ნივთიერებათა ცვლის, ძირითადი სასიცოცხლო ორგანოებისა და სისტემათა ფუნქციის მოშლას, უშუალოდ მოქმედებს ნერვულ უჯრედებზე. ვერცხლისწყლით ქრონიკული მოწამვლა ცნობილია „მერკურიალიზმის“ ან „მიკრომერკურიალიზმის“ სახელწოდებით.

ვერცხლისწყლის საწარმოებში მომუშავე ქალები ხშირად უჩივიან მენსტრუალური ციკლის მოშლას: დასაწყისში პოლიმენორეას, შემდგომ ოლიგომენორეას. შესაძლოა განვითარდეს ცენტრალური წარმოშობის ნაადრევი კლიმაქსიც.

ბენზინის გავლენა ქალის ორგანიზმზე

ბენზინით მწვავე მოწამვლა თანამედროვე პირობებში იშვიათია, შესაძლებელია განვითარდეს მხოლოდ ინტოქსიკაციის მუდმივი მოქმედებით.

ბენზინის ხანგრძლივი მოქმედება ქალის ორგანიზმზე იწვევს მენსტრუალური ფუნქციის სხვადასხვა მოშლილობას მენორაგიის, მეტრორაგიისა და დისმენორეის სახით. უფრო ხშირია ციკლური მოშლილობები, აციკლური კი-იშვიათია.

ბენზინის საწარმოებში მომუშავე ქალებს დაქვეითებული აქვს რეპროდუქციის ფუნქცია, ლოგინობის პერიოდში ჰიპოგალაქტია უვითარდებათ.

სხვა გინეკოლოგიური დაავადებებიდან ხშირია სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესები, რომლებიც გამოწვეულია სასქესო ორგანოების ლორწოვან გარსზე ბენზინის ორთქლის მოქმედებით. ასევე ხშირია საშვილოსნოს ყელის კიბოსწინა დაავადებები: ეროზიული ექტროპიონი, პოლიპი, ეროზია.

გოგირდწყალბადის გავლენა ქალის ორგანიზმზე

ქალის ორგანიზმზე გოგირდწყალბადის ხანგრძლივი მოქმედება იწვევს ძლიერ მეტრორაგიას, სქესობრივ ინდიფერენტობას, საშვილოსნო დაპატარავებას, მენსტრუალური ციკლის რიტმის დარღვევას, ამენორეას, ალგოდისმენორეას, მენორაგიას, ნაადრევ კლიმაქსს.

გოგირდწყალბადით მოწამვლის დროს საკვერცხეების ფუნქციის მოშლა გამოწვეულია უმაღლეს ნერვულ ცენტრებზე, განსაკუთრებით ჰიპოთალამუსზე გოგირდწყალბადის მოქმედებით.

ბენზოლის ალკილნაერთების გავლენა ქალის ორგანიზმზე

ქალის ორგანიზმზე ბენზოლის ნაერთების მუდმივი მოქმედება იწვევს საკვერცხეების ჰიპოფუნქციას (პოლიჰიპერმენორეას, ალგოდისმენორეას, ერთფაზიანი მენსტრუალური ციკლისა და ნაადრევი კლიმაქსის განვითარებას).

ბენზოლი და მისი ჰომოლოგები ძლიერ მოქმედებს ორსულობაზეც. ასეთ საწარ-

მოში მომუშავე ორსულ ქალებს, სადაც ბენზოლი და მისი ჰომოლოგებია გამოყენებული, ხშირად აღენიშნებათ ორსულთა ტოქსიკოზი, თვითნებითი აბორტი და ნაადრევი მშობიარობა.

ტრიქლორეთილენის გავლენა ქალის ორგანიზმზე

ტრიქლორეთილენის წარმოებაში მომუშავე ქალები ხშირად აეადდებიან ჰიპომენსტრუალური სინდრომის ტიპის მოშლილობით-ოლიგომენორეით და ოფსომენორეით. იშვიათია ჰიპერმენსტრუალური სინდრომი (მენორაგია) და ალგოდისმენორეა.

ასეთ ქალებს აღენიშნებათ თვითნებითი აბორტი, ნაადრევი მშობიარობა, მშობიარობის პროცესში სამშობიარო ძალების სხვადასხვა ანომალია, რაც გამოწვეულია საშვილოსნოს კუნთოვანი აპარატის ტონუსის დაქვეითებით ორგანიზმზე ტრიქლორეთილენის ნარკოტიკული მოქმედების შედეგად.

ნიკოტინის გავლენა ქალის ორგანიზმზე

ძლიერმოქმედი შხამი ნიკოტინი შერჩევითად მოქმედებს თავის ტვინის ქერქზე, ჰიპოთალამუსზე, ვეგეტატიური ნერვული სისტემის შუამდებარე განგლიებსა და კაროტიდული სინუსის ქიმიორეცეპტორებზე. მას ახასიათებს ფაზური მოქმედება. პირველ ფაზაში აღინიშნება ნერვული სისტემის სტიმულირება, მეორე ფაზაში კი-დათრგუნვა.

ნიკოტინით მოწამვლის დროს აღინიშნება ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის, გულ-სისხლძარღვთა, სუნთქვისა და საჭმლის მომნელებელი სისტემების, შინაგანი სეკრეციის ორგანოების მოშლილობა.

ნიკოტინი უარყოფით გავლენას ახდენს ქალის ორგანიზმის სპეციფიკურ ფუნქციაზე. მას ახასიათებს პოლიენდოკრინული დისფუნქცია. ნიკოტინი იწვევს გენერაციული ფუნქციის მოშლას. ორგანიზმზე მისი ხანგრძლივი მოქმედებისას ხშირია მენსტრუალური ციკლის მოშლა, ორსულთა ტოქსიკოზი, თვითნებითი აბორტი, პირველი მენსტრუაციის დაგვიანება, ნაადრევი კლიმაქსი და საკვერცხეების დისტროფიული ცვლილებები.

ბუნებრივი და ხელოვნური რადიოაქტიური იზოტოპების გავლენა ქალის ორგანიზმზე

რადიოაქტიურ ნივთიერებებზე მუშაობის დროს სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმების დარღვევის შემთხვევაში ადამიანს შეიძლება განუვითარდეს სხივური დაავადება. არსებობს მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკული სხივური დაავადება.

III ხარისხის ქრონიკული სხივური დაავადების შემთხვევაში აღინიშნება სასქესო ორგანოების ფუნქციის მოშლა, რაც გამოიხატება ალგოდისმენორეული, ამენორეული და მენორაგიული ტიპის მენსტრუალური მოშლილობით.

ბუნებრივი და ხელოვნური რადიაქტიური იზოტოპები იწვევს რეპროდუქციის ფუნქციის დაქვეითებას, ორსულობის თავისთავად შეწყვეტას, ნაადრევ მშობიარობასა და ნაყოფის სიმახინჯეს.

პროფესიული ალერგენების გავლენა ქალის ორგანიზმზე

ალერგენი ეწოდება ისეთ ნივთიერებას, რომელიც ადამიანისა და ცხოველის ორგანიზმში ანტისხეულებს წარმოქმნის.

არჩევენ ეგზო- და ენდოალერგენებს. ეგზოალერგენები ორგანიზმში გარემოდან ხვდება, ენდოალერგენები კი-თვით ორგანიზმში წარმოიშობა.

მწვავე ალერგიული რეაქციის პათოგენეზი შემდეგნაირად უნდა წარმოვიდგინოთ. პირველ ე.წ. იმუნოლოგიურ სტადიაში ალერგენი უერთდება სასუნთქი გზების, თვალის, საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის, სასქესო ორგანოების ლორწოვან გარსზე ფიქსირებულ ანტისხეულებს. მეორე-პათოქიმიურ სტადიაში „ანტიგენ-ანტისხეულის“ რეაქციის დროს ქსოვილებიდან თავისუფლდება ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებები: ჰისტამინი, აცეტილქოლინი, სეროტონინი, ბრადიკინინი, „ნელა მოქმედი ფაქტორი“ და სხვ. ალერგიული რეაქციის მესამე, პათოლოგიურ სტადიაში ალერგენის მიერ სენსიბილიზებული ქსოვილი ზიანდება და ზიანდება.

პროფესიული ალერგიული დაავადებები ვითარდება სამრეწველო ალერგენთან კონტაქტიდან სხვადასხვა დროის შემდეგ. დასაწყისში დაავადების გამწვავებასა და სპეციფიკურ ალერგენთან კონტაქტს შორის ზუსტი პარალელიზმია, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ ალერგიული მოვლენა მხოლოდ პროფესიული ფაქტორით არის გამოწვეული. ამ პერიოდს ეწოდება მონოვალენტური სენსიბილიზაციის პერიოდი. თუ ალერგენთან კონტაქტი არ შეწყდა, ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან უარესდება, დაავადება მძიმე ან ტორპიდული ხასიათის ხდება, ხოლო გამწვავებული ალერგიული პროცესის ინტენსივობა და ხანგრძლივობა მატულობს. ამ პერიოდში ადვილად ვითარდება სხვა ნივთიერებებისადმი მომატებული მგრძნობელობა, ე.ი. პოლივალენტური სენსიბილიზაციის პერიოდი იწყება.

პროფესიული ალერგიული დაავადების კლინიკურ სურათს რაიმე სპეციფიკური თავისებურება არა აქვს. დაავადების გამწვავების ხანგრძლივობა, ჩვეულებრივ, მისი ხანდაზმულობისა და საწარმოო ალერგენთან კონტაქტის ხანგრძლივობის პროპორციულია.

საწარმოო ალერგენის გამოვლინებაში გვეხმარება ალერგიული დაავადების განვითარების კოლექტიურ-მასობრივი ხასიათი, თუმცა ის ახასიათებს მხოლოდ ზოგიერთ სამრეწველო ალერგენს: ურსოლს, პაპილომავის მტვერს, ამონიუმის პერსულფატს, ნატურალურ აბრეშუმსა და სხვ. ამიტომ საწარმოში ალერგიული დაავადებების ერთეული შემთხვევა არ გამორიცხავს მის პროფესიულ ხასიათს.

პროფესიული ალერგიული დაავადებების წარმოშობას ერთი თავისებურება აქვს: დაავადებული ყოველდღიურად, დღეში რამდენიმე საათით კონტაქტშია პროფესიულ ალერგენთან, ამრიგად, ორგანიზმზე ალერგენი მასიურად ზემოქმედებს.

პროფესიული ალერგიული დაავადების ყველა შემთხვევაში საჭიროა დაავადების წყაროს ზუსტი დადგენა, აგრეთვე იმის გამორკვევა, ეს წყარო სამუშაოსთან, ანდა მხოლოდ საყოფაცხოვრებო პირობებთან არის დაკავშირებული თუ ორივესთან ერთად.

ალერგიული პროფესიული დაავადებებიდან ხშირია გარეთა სასქესო ორგანოების ეგზემა, დერმატიტი.

პროფესიულ ეგზემასა და დერმატიტს ახასიათებს ხანგრძლივი ქვემწვავე მიმდინარეობა, ხშირი გამწვავება და რეციდივი. თუ ავადმყოფი არ შეწყვეტს საწარმოო ალერგენთან კონტაქტს, ორგანიზმის რეაქტიულობა იცვლება. პოლისენსიბილიზაციისა და პარაალერგიის მზარდი მოვლენების ფონზე დაავადების გამწვავებას იწვევს არა მარტო მასენსიბილიზებელი თვისებების მქონე, არამედ ჩვეულებრივი გამღიზიანებელი ნივთიერებებიც კი.

სარჩევი

წინასიტყვაობა ... 5

I მეანობა–გინეკოლოგიის განვითარების მოკლე ისტორია ... 7

II ქალის სასქესო ორგანოთა მორფოგენეზი ... 22

მემკვიდრეობითი ოჯახები. მემკვიდრეობითი დაავადებების და განვითარების მანკის პრენატალური დიაგნოსტიკა ... 28

III ქალის სასქესო ორგანოთა ანატომია, ჰისტოლოგია და ტოპოგრაფია ... 31

ქალის სასქესო ორგანოების სისხლძარღვები, ლიმფური ძარღვები და ნერვები ... 40

ქალის სარძევე ჯირკვალი (ძუძუ) ... 43

IV ქალის ძვლოვანი მენჯი ... 46

V ქალის ორგანიზმში მიმდინარე ფიზიოლოგიური პროცესები ონტოგენეზში ... 50

მენსტრუალური ციკლის ფიზიოლოგია ... 51

კლიმაქსი ... 55

ფიზიოლოგიური მეანობა ორსულობის ფიზიოლოგია ... 57

VI განაყოფიერება ... 57

სქესის წარმოშობა და გამოცნობა ... 63

VII ქალის ორგანიზმში ორსულობასთან დაკავშირებული ფიზიოლოგიური ცვლილებები ... 65

VIII ჩანასახისა და ნაყოფის განვითარება ორსულობის თვეების მიხედვით 71

ნაყოფის ნაწილების განლაგება, მდებარეობა, პოზიცია, სახე და წინმდებარეობა ... 76

IX ორსულობის ნიშნები და მისი განსაზღვრა ... 80

პირველი და განმეორებითი ორსულობის გამოცნობა ... 83

ორსულობის ხანგრძლივობა ... 84

კალენდარით სარგებლობის წესი ... 86

ნაყოფის სიცოცხლისა და სიკვდილის დადგენა ... 95

ნაყოფის ინტრანატალური მდგომარეობის დადგენა ... 96

ექოსკანირება მეანობაში ... 97

ნაყოფისა და ახალშობილის სისხლის მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის დადგენა ... 101

X მშობიარობის ფიზიოლოგია მშობიარობა ... 105

XI მშობიარობის კლინიკური მიმდინარეობა მშობიარობის პერიოდები ... 109

ყელის გახსნის პერიოდი ... 110

ნაყოფის გამოძევების პერიოდი ... 114

მშობიარობის მექანიზმი ... 117

ნაყოფის ს დგომა ... 119

მშობიარობის მექანიზმი კეფით წინმდებარეობის წინა სახის შემთხვევაში ... 122

მშობიარობის მექანიზმი კეფით წინმდებარეობის უკანა სახის შემთხვევაში ... 123

მომყოლის გამოძევების პერიოდის მიმდინარეობა ... 124

XII მშობიარობის პირველი, მეორე და მესამე პერიოდის მართვა ... 125

ნაყოფის დაბადების პერიოდის მართვა ... 128

მომყოლის გამოძევების პერიოდის მართვა ... 131

XIII ასეპტიკა და ანტისეპტიკა მეანობაში ... 134

XIV მშობიარობის გაუტკივარება ... 136

XV ნაყოფის მენჯით წინმდებარეობა ... 141

მშობიარობის მართვა სუფთა ჯდომით წინმდებარეობის დროს ... 147

ხელდასმარება მენჯით წინმდებარეობის უკანა სახის დროს ... 149

ხელდასმარება ხელების თავს უკან გადაჯვარედინების დროს ... 149

XVI მრავალნაყოფიანი ორსულობა და მშობიარობა ... 151

XVII ლოგინობის ხანის ფიზიოლოგია ნორმალური ლოგინობის ხანა ... 157

ლოგინობის ხანის ენდოკრინოლოგია 160
ახალშობილის ხანის ფიზიოლოგია 163
XVIII ორსულობის პათოლოგია 164
ორსულთა ტოქსიკოზი ეტიოლოგია და პათოგენეზი 164
ორსულთა ტოქსიკოზის კლასიფიკაცია 165
სიმფიზიოპათია და საკროილეოპათია 170
ორსულთა გვიანი ტოქსიკოზი 172
ორსულთა ნეფროპათია 174
ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა ეკლამფსია 176
მშობიარობის მართვა ორსულთა გვიანი ტოქსიკოზის დროს 182
XIX ორსულობა და ექსტრაგენიტალური დაავადებანი 183
ორსულობისა და მშობიარობის მიმდინარეობა
გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების დროს 183
ორსულობა და რევმატიზმი 185
გულის მანკი 186
ჰიპერტონიული დაავადება და ორსულობა 187
ორსულობა და გლომერულონეფრიტი 191
ორსულობა და პიელიტი 193
ორსულობა და ანემია 195
ორსულობა და აპენდიციტი 196
ორსულობა და შაქრიანი დიაბეტი 197
დიფუზური ტოქსიკური ჩიყვი 198
იცენკო-კუშინგის დაავადება 199
თირკმელზედა ჯირკვლების უკმარისობა 199
ნერვული სისტემის დაავადებანი 200
ორსულობა და ინფექციური დაავადებები 201
ინტრანატალური ინფექცია 208
ტოქსოპლაზმოზი 208
ლისტერიოზი 209
ციტომეგალია 210
XX დედისა და ნაყოფის იზოსეროლოგიური შეუთავსებლობა 211
ნაყოფისა და ახალშობილის ჰემოლიზური დაავადების დიაგნოსტიკა 212
ჰემოლიზური დაავადების ფორმები 213
ორსულობისა და მშობიარობის მართვა რეზუს-შეუთავსებლობის დროს 214
ახალშობილის ჰემოლიზური დაავადების მკურნალობა 215
ჰემოლიზური სიყვითლის პროფილაქტიკა 216
სისხლის ჯგუფობრივი იზოსეროლოგიური შეუთავსებლობა 216
XXI ორსულობა სასქესო ორგანოების განვითარების
მანკისა და დაავადების დროს 217
XXII საშვილოსნოსგარე ორსულობა 226
საშვილოსნოს ყელის ორსულობა 240
XXIII აბორტი 240
თვითნებური აბორტი 241
კრიმინალური (უკანონო) აბორტი 244
ხელოვნური აბორტი 247
ხელოვნური აბორტის ტექნიკა 248
აბორტის გართულებანი 250
აბორტით გამოწვეული უნაყოფობა 250
აბორტით გამოწვეული მენსტრუალური ფუნქციის მოშლა 252

ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებანი ... 252
ქალის ქირურგიული სტერილიზაცია ... 256
პლაცენტური უკმარისობა ... 259
ორსულის სისხლის რეოლოგიური და კოაგულაციური თვისებები ... 264
პლაცენტური უკმარობის პროფილაქტიკა და მკურნალობა ... 265
XXIV ნაადრევი მშობიარობა ... 267
XXV ვადაგადაცილებული მშობიარობა ... 269
XXVI მემკვიდრეობითი დაავადებანი და ორსულობა ... 272
XXVII მშობიარობის პათოლოგია ... 276
სამშობიარო მოქმედების ანომალია ... 276
სამშობიარო მოქმედების სისუსტე ... 276
სამშობიარო მოქმედების სისუსტის მკურნალობა ... 278
სამშობიარო მოქმედების სისუსტის პროფილაქტიკა ... 280
სამშობიარო მოქმედების დისკოორდინაცია ... 281
XXVIII ასაკის გავლენა ორსულობის, მშობიარობისა
და ლოგინობის ხანის მიმდინარეობაზე ... 283
XXIX ძვლოვანი მენჯის ანომალია ... 285
ვიწრო მენჯი ... 285
ვიწრომენჯიანი ქალის ორსულობა და მშობიარობა ... 295
ფართო მენჯი ... 294
გარდიგარდმო დავიწროებული მენჯი ... 299
XXX ნაყოფის გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობა ... 301
ორსულობის მიმდინარეობა გარდიგარდმო და ირიბი მდებარეობის დროს ... 302
XXXI ნაყოფის ნაწევართა განლაგების ანომალია. წვრილი
ნაწილების გამოვარდნა ... 305
XXXII ნაყოფის ს გაშლილი წინამდებარეობა ... 308
XXXIII ნაყოფის ს არასწორი დგომა ... 317
ნაყოფის ს მაღალი პირდაპირი დგომა ... 317
ნაყოფის ს საშუალო და დაბალი (ღრმა) გარდიგარდმო
მდებარეობა ... 317
თავის ასინკლიტური ჩადგმა ... 319
XXXIV სისხლის დენა ორსულობის მეორე ნახევარში და
მშობიარობის დროს (ნაყოფის დაბადებამდე) ... 321
ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლის მკურნალობა ... 325
პლაცენტის წინამდებარეობის მკურნალობა ... 326
XXXV სისხლის დენა მშობიარობის მესამე პერიოდსა და
ლოგინობის ადრეულ ხანში ... 327
საშვილოსნოს ჰიპო-ატონიით გამოწვეული სისხლის დენა ... 330
თრომბოჰემორაგიული სინდრომი ... 334
სანაყოფე სითხით ემბოლია ... 338
კოლაფსი, შოკი და ტერმინალური მდგომარეობა ... 340
პერინატალოგია ... 346
XXXVI ნაყოფის ჰიპოქსია და ახალშობილის ასფიქსია ... 348
ჰიპოქსიის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ... 350
ახალშობილის ასფიქსია და მისი მკურნალობა ... 351
ინტენსიური თერაპია პოსტრეანიმაციურ პერიოდში ... 353
ახალშობილთა სამშობიარო ტრავმატიზმი ... 355
ახალშობილთა სეფსისი და ტოქსიკურ-ინფექციური დაავადებანი ... 359
ნაყოფის ანომალია და სიმახინჯე ... 362

ნაყოფისა და პლაცენტის ზოგადი შეშუპება 362
თავის წყალმანკი 362
XXXVII მომყოლის ანომალია. პლაცენტის განვითარების ანომალია 369
ჭიპლარის ანომალია 371
მრავალწყლიანობა 376
მცირეწყლიანობა 377
XXXVIII ტროფობლასტური დაავადებები 378
XXXIX დედის სამშობიარო ტრავმატიზმი 383
XL ლოგინობის ხანის პათოლოგია 394
ლოგინობის ხანის დაავადებების ეტიოლოგია 394
პუერპერული წყლული 397
ლოგინობის ხანის მეტროენდომეტრიტი 397
მშობიარობისშემდგომი მეტრიტი 398
პარამეტრიტი 398
დანამატების ანთება 399
მშობიარობისშემდგომი თრომბოფლებიტი 399
ფილტვის ემბოლია 401
პელვიოპერიტონიტი-მენჯის ფარის ანთება 402
დიფუზური პერიტონიტი 402
სარძევე ჯირკვლის დაავადებები 405
ლოგინობის ხანის სეფსისი 410
მშობიარობისშემდგომი მოგვიანებითი სისხლის დენა 414
XLI ნეიროენდოკრინული დაავადებები 414
ჰიპოპიტუიტარიზმი, პანჰიპოპიტუიტარიზმი, ანუ შიჰანის სინდრომი 414
იცენკო-კუშინგის დაავადების მსგავსად მიმდინარე დიენცეფალური სინდრომი 416
მშობიარობისშემდგომი ამენორეა—გალაქტორეა 417

ოპერაციული მეანობა

XLII სამეანო ოპერაცია 418
XLIII ორსულობის შეწყვეტის ოპერაცია 422
ხელოვნური აბორტის ოპერაცია 422
გვიანი ორსულობის ხელოვნური მოშლა და ნაადრევი
მშობიარობის ხელოვნურად გამოწვევა 423
საშოსმხრივი საკეისრო კვეთა 424
XLIV ნაყოფის მდებარეობის გამსწორებელი ოპერაცია 426
სამეანო მობრუნება 426
ნაყოფის ფეხზე მობრუნება ბრაქსტონ-ჰიქსის წესით 431
XLV სამშობიარო გზების მოსამზადებელი ოპერაცია 432
საშვილოსნოს ყელის გაგანიერება 432
საშვილოსნოს ყელის ბაგის შებრუნება (შესწორება) 435
ყელის გაგანიერების სისხლიანი წესი 435
საშოსა და გარეთა სასქესო ორგანოების გაგანიერება 436
სანაყოფე ბუშტის ხელოვნური გახევა 437
ნაყოფის ს კანზე ივანოვის წესით მაშის გამოყენება-თავკანის მაშა 438
გამოყარდნილი ჭიპლარის შებრუნება 440
XLVI მოსამშობიარებელი ოპერაცია 440
ნაყოფის ხელით გამოყვანა მენჯით წინმდებარეობის დროს ნაყოფის
გამოყვანა ფეხით და შერეული ჯდომით წინმდებარეობის დროს 440
ნაყოფის გამოყვანა სუფთა ჯდომით წინმდებარეობის დროს 444
სამეანო მაშა 444

სიძნელე და გართულებები მაშის ხმარების პროცესის დროს 453
ვაკუუმ-ექსტრაქტორი 454
საკეისრო გაკვეთა 455
კორპორული, კლასიკური საკეისრო გაკვეთა 460
ინტრაპერიტონეული, რეტროვეზიკალური საკეისრო გაკვეთა 462
ექსტრაპერიტონეული საკეისრო გაკვეთა 462
რადიკალური საკეისრო გაკვეთა-რეინ-პორროს ოპერაცია 464
ოპერაციისშემდგომი პერიოდის მართვა 465
XLVII ნაყოფის დამშლელი ოპერაცია 467
XLVIII მომყოლისა და ადრეული ლოგინობის ხანის ოპერაციები 471
პლაცენტის (ან მისი ნაწილების) ხელით მოცილება 471
საშვილოსნოს ღრუს ხელით გასინჯვა 472
საშვილოსნოს ყელისა და თაღების გაკერვა 472
შორისის გაკერვა 473
საშვილოსნოს საშოსზედა ამოკვეთა დანამატების გარეშე 473
საშვილოსნოს მთლიანი ამოკვეთა 474
საშვილოსნოს გაკერვა 475
ქალის ჰიგიენა 475
ძუძუთი კვება 485
მელოგინის მოვლა 487
ახალშობილი გოგონას ჰიგიენა 488
ქალის ჰიგიენა მენსტრუაციის პერიოდში 489
სქესობრივი კავშირის ჰიგიენა 490
შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი (შიდს) 492
ქალის ჰიგიენა კლიმაქსის პერიოდში 493
აბორტი 494
სამეანო-გინეკოლოგიური დახმარების ორგანიზაციის
ზოგადი პრინციპები 497
ქალთა კონსულტაცია 498
ქალის შრომის ჰიგიენა და პროფესიული პათოლოგია 500
ბიორიტმების გავლენა ქალის ორგანიზმზე 501
ვიბრაციის გავლენა ქალის ორგანიზმზე 502
ტყვიისა და მისი ნაერთების გავლენა ქალის ორგანიზმზე 503
ვერცხლისწყლისა და მისი ნაერთების გავლენა ქალის ორგანიზმზე 504
ბენზინის გავლენა ქალის ორგანიზმზე 504
გოგირდწყალბადის გავლენა ქალის ორგანიზმზე 504
ბენზოლის ალკილნაერთების გავლენა ქალის ორგანიზმზე 504
ტრიქლორეთილენის გავლენა ქალის ორგანიზმზე 505
ნიკოტინის გავლენა ქალის ორგანიზმზე 505
ბუნებრივი და ხელოვნური რადიოაქტიური იზოტოპების გავლენა
ქალის ორგანიზმზე 505
პროფესიული ალერგენების გავლენა ქალის ორგანიზმზე 505

რედაქტორი ირაკლი კაციტაძე
მხატვრული რედაქტორი ანტონ მამრიკიშვილი
ტექრედაქტორი ზამირა პერტაია
კორექტორი მირანდა ახვლედიანი

გადაეცა წარმოებას 03.06.96; ხელმოწერილია დასაბეჭდად 14.07.96;
ქაღალდის ზომა 70×100 1/16; ბეჭდვა ოფსეტური; ქაღალდი ოფსეტური № 1;

პირობითი ნაბეჭდი თაბახი 34,0;

შეკვეთა № 298; ტირაჟი 1500;

ფასი სახელშეკრულებო

საწარმოო-საგამომცემლო გაერთიანება „მეცნიერება", თბილისი 380060,
კუტუზოვის ქ. № 19.