ი. თ. ჟოჟრდანია

პრაქტიკული გინეკოლოგია

სახელმწიფო გამომცემლობა
„საბჭოთა საქართველო“
თბილისი
1962

შესავალი

მიუხედავად იმისა, რომ ჩვენს ქვეყანაში უალრესად ფართოდაა განვითარებული სამკურნალო-პროფილაქტიკური მომსახურება, დიდია ექიმთა კადრების რაოდენობა და სპეციალიზებულია სამედიცინო დახმარება, მაინც ყოველდღიურ სამკურნალო მუშაობაში გვხვდება ისეთი შემთხვევები, როდესაც ეგრეთ წოდებული საერთო პრაქტიკის ექიმები ან შინაგან სნეულებათა დარგში, ქირურგიაში, უროლოგიაში და სხვა კლინიკურ დისციპლინებში სპეციალიზებული ექიმები იძულებული არიან გამოუკვლიონ ავადმყოფს სასქესო სფერო, დასვან დიაგნოზი, დანიშნონ და ჩაატარონ სათანადო მკურნალობა. არაიშვიათად პერიფერიული ან ცენტრალური ნერვული სისტემის ამა თუ იმ დაავადების სწორი დიაგნოსტიკისათვის აუცილებელია ავადმყოფის სასქესო სფეროს ფუნქციური მოქმედების გამორკვევა. არ უნდა დავივიწყოთ, რომ ადამიანის ორგანიზმში მიმდინარე პათოლოგიური პროცესებისადმი ვიწრო ლოკალისტური მიდგომა არ იძლევა საშუალებას ჩამოვაყალიბოთ სწორი წარმოდგენა შესასწავლი პროცესის ეტიოლოგიასა და პათოგენეზზე. აქედან გამომდინარე, ასეთ შემთხვევებში, რა თქმა უნდა, შეუძლებელი იქნება სწორი მკურნალობის ორგანიზაცია და მეცნიერულად დასაბუთებულ პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა ჩატარება.

ავადმყოფის გამოკვლევის დროს აუცილებელია მთელი მისი ორგანიზმის შესწავლა გარემოსთან უწყვეტ კავშირში და შემდეგ უკვე ლოკალურ მოვლენათა შესწავლაზე გადასვლა. ეს აუცილებლობა გამომდინარეობს პავლოვური გაგებიდან ცხოველური ორგანიზმის მთლიანობის შესახებ. „ცხოველური ორგანიზმი, — წერდა ი. პ. პავლოვი, — წარმოადგენს უალრესად რთულ სისტემას, რომელიც შედგება ნაწილთა თითქმის უსასრულო რიგისაგან, რომლებიც

დაკავშირებული არიან როგორც ერთმანეთთან, ისე გარემო ბუნებასთან ერთიანი კომპლექსის სახით"[1].

ორგანიზმის ეს მთლიანობა ი. პ. პავლოვს წარმოდგენილი ჰქონდა სამგვარი გაგებით[2]. ჯერ ერთი,—ორგანიზმი როგორც მთლიანი, მისი ყველა ნაწილისა და მათი (ამ ნაწილების) ფუნქციების ურთიერთკავშირის აზრით, იმ აზრით, რომ ორგანიზმი ასრულებს თავის ფუნქციებს როგორც მთლიანი, ერთიანი სისტემა, რომელიც ამავე დროს მუდმივ ურთიერთმოქმედებაშია გარემოსთან, იმყოფება მასთან მოძრავი, მიმდინარე, მუდმივად მერყევი, ცვალებადი გაწონასწორების მდგომარეობაში. მეორე, — ორგანიზმი როგორც მთლიანი, თავისი გარეგანი და შინაგანი ცხოველმოქმედების ფუნქციური გაერთიანების თვალსაზრისით, ე. ი. იმ მოქმედებისა, რომელიც აკავშირებს მას გარემო პირობებთან, და მოქმედებისა, რომელიც მიმდინარეობს თვით მასში, რაც მიიღწევა უმთავრესად ნერვული სისტემის მეშვეობით.

დაბოლოს, მესამე, — ორგანიზმი როგორც მთლიანი ფსიქიკურისა და სომატურის ერთიანობის გაგებით.

თუ ორგანიზმის განსაზღვრულ ნაწილს შეხვდა ძლიერად მოქმედი გამაღიზიანებელი და გამოიწვია ამ ნაწილის უშუალო პირველადი დაზიანება, მაშინ ცენტრისკენული ნერვული იმპულსაციის მეოხებით ცენტრალური ნერვული სისტემა ამის შესახებ „ინფორმირებული" იქნება და მხოლოდ ამიტომ შემოფარგლული დაზიანება უკვე აღარ იქნება „ადგილობრივი", ამ სიტყვის მკაცრი მნიშვნელობით.

აქედან შეიძლება დავასკვნათ, რომ ყოველი შემოფარგლული პათოლოგიური პროცესი ძირითადად საერთო გენერალიზებული პროცესია. ეს გენერალიზაცია უმთავრესად ხორციელდება ნერვული სისტემით. მაგრამ ამავე დროს თვით ნერვული სისტემა, თავისი კომპენსაციური თვისებების გამო, შემოფარგლავს ფუნქციურ დარღვევებს, ალოკალიზებს პროცესს. სწორედ ამიტომ „ადგილობრივი"

---

[1] И. П. Павлов. Полное собрание трудов, т. II, გვ. 452.

[2] А. Г. Иванов-Смоленский. Научная сессия, посвященная проблемам физиологического учения акад. И. П. Павлова. Академия Наук СССР, 1950, გვ. 56.

პროცესი არსებითად წარმოადგენს საერთო პროცესის ლოკალიზებულ გამოხატულებას (მ. გ. დურმიშიანი).

ადგილობრივი პროცესის და მისი მთლიან ორგანიზმთან ურთიერთკავშირის ასეთი გაგება წამოყენებულ იქნა ჯერ კიდევ 1903 წ. სამამულო გინეკოლოგიის ერთ-ერთი ფუძემდებლის ვ. თ. სნეგირევის მიერ რუსეთის მეან-გინეკოლოგების საზოგადოების პირველ ყრილობაზე. შემდგომში ამ თვალსაზრისს ემხრობოდნენ მედიცინის გამოჩენილი წარმომადგენლები. ამჟამად ეს აზრი გაბატონებულია.

წინამდებარე წიგნი მიზნად ისახავს დაეხმაროს ექიმს ავადმყოფის სასქესო სფეროს ძირითადი პათოლოგიური პროცესების გარკვევაში მაშინ, როდესაც მას საშუალება არ აქვს კონსულტაციისათვის მიმართოს სპეციალისტ გინეკოლოგს.

ჩვენ არ მოგვყავს თუნდაც მოკლედ იმ მოვლენათა მთელი კომპლექსი, რომელთაც სწავლობს გინეკოლოგია. ჩვენმა პირადმა და მრავალრიცხოვანი ამხანაგებისა და თანამშრომლების გამოცდილებამ გვიჩვენა, რომ უდიდესი მნიშვნელობა, იმ შემთხვევებში, რომლებზედაც ჩვენ ვლაპარაკობთ, აქვს გინეკოლოგიის ისეთ საკითხებს, როგორიცაა ანთებითი პროცესები, საშვილოსნოს კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკა და ავთვისებიან წარმონაქმნთა წინააღმდეგ ბრძოლა. ჩვენ უნდა დავეხმაროთ არასპეციალისტ გინეკოლოგ ექიმს, რათა მან ავადმყოფს გაუწიოს გადაუდებელი დახმარება ისეთ შემთხვევებში, როდესაც ამ უკანასკნელს მოელის მძიმე გართულებანი ან სიკვდილიც კი. ასეთია საშვილოსნოსგარე ორსულობა, რომელიც გვხვდება „მწვავე მუცლით“ დაავადებული ქალების უმრავლესობაში, და რომლებიც საჭიროებენ გადაუდებელ დახმარებას, თუმცა ეს დაავადება პრინციპულად მეანობის ნაწილს ეკუთვნის, აგრეთვე საკვერცხის სიმსივნის ფეხზე მოტრიალება, პერიტონიტი, მცირე მენჯში ჩირქგროვები, სისხლდენა საშვილოსნოდან, სასქესო ორგანოების დაზიანებანი. ყველა ამ შემთხვევაში სწრაფი და ზუსტი გამოცნობა და სამკურნალო ან ორგანიზაციული ზომების მიღება ავადმყოფს სიშიში მდგომარეობისაგან იხსნის. აი ამიტომ მივიჩნიეთ საჭიროდ სპეციალური თავი მიგვეძღვნა ქალთა სასქესო ორგანოების დაავადებების დროს გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენის საკითხებისადმი.

ჩვენ თავს ვიკავებთ სათანადო ოპერაციული დახმარების ტექნიკის დაწვრილებითი აღწერისგან. ექიმი, რომელმაც არ იცის ოპერაციის გაკეთება, არ ითავებს მუცლის ღრუს გაკვეთას, თუნდაც დაწვრილებით იყოს აღწერილი მისი ტექნიკა. ის ექიმი კი, რომელიც დაუფლებულია ქირურგიულ ტექნიკას, სათანადო აღწერას და ილუსტრირებულ მასალას იპოვის ოპერაციული გინეკოლოგიის სახელძღვანელოებში. ჩვენ ვიძლევით მხოლოდ ზოგიერთი ქირურგიული ჩარევის დაწვრილებით აღწერას გინეკოლოგიის მცირე სფეროდან, რომელთაც აქვთ განსაკუთრებული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა და მათი გაკეთება უნდა იცოდეს ყველა პრაქტიკოსმა ექიმმა. სამ კერძო თავს წინ უძღვის საერთო თავი, მიძღვნილი გინეკოლოგიურ დაავადებათა გამოკვლევის მეთოდიკისადმი. ზოგჯერ აქა-იქ გვხვდება აუცილებელი უმნიშვნელო განმეორებანი, რომელნიც, ჩვენი აზრით, არა მარტო არ არღვევენ წიგნის საერთო არქიტექტონიკას, არამედ ბევრ შემთხვევაში ხელს უწყობენ მკითხველს, არასპეციალისტ გინეკოლოგ ექიმს ამა თუ იმ საკითხზე მთლიანი წარმოდგენის შექმნაში.

მოთავსებული სურათების ნაწილი ორიგინალურია, ნაწილი კი აღებულია ი. ლ. ბრაუდეს და ა. ი. სერებროვის სახელმძღვანელოებიდან.

ავტორი ძალიან კმაყოფილი იქნება, თუ ეს წიგნი გაუადვილებს პრაქტიკოს ექიმს დიაგნოზის დასმას და სწორი მკურნალობის ჩატარებას, შეძლებისამებრ შეავსებს მის თეორიულ ცოდნას მედიცინის იმ დარგში, რომელშიც უკანასკნელ ხანებში უპირატესად ჩვენი, საბჭოთა, მეცნიერების მიერ დიდი წარმატებებია მოპოვებული.

მკითხველებს, რომლებიც დაინტერესებული არიან გინეკოლოგიის ამა თუ იმ პრობლემებით, და რომელთაც სურთ მათი უფრო დაწვრილებით შესწავლა, ჩვენ მივუთითებთ სათანადო სახელმძღვანელოებსა და მონოგრაფიებს.

ყველა კრიტიკულ შენიშვნასა და რჩევას მკითხველებისაგან ავტორი გულწრფელი მადლობით მიიღებს.

პროფ. ი. ჟორდანია

მოსკოვი,
15 მაისი, 1953 წ.

თავი I

ბინეკოლოგიური ავადმყოფის გამოკვლევის მეთოდიკა

დიაგნოზის, დიაგნოსტიკური აზროვნების, ძირითადი მიზანია ჰეშმარიტების შეცნობა, ე. ი. კონკრეტულ შემთხვევაში დაავადების გამოცნობა, იმ პათოლოგიური პროცესის არსის შეცნობა, რომლითაც შეპყრობილია ადამიანი. „...ადამიანის აზროვნებას, — წერდა ვ. ი. ლენინი, — თავისი ბუნებით შეუძლია მოგვცეს და კიდეც გვაძლევს აბსოლუტურ ჰეშმარიტებას, რომელიც შედგება შეფარდებით ჰეშმარიტებათა ჯამისაგან“[1]. მაშასადამე, ამოცანა მდგომარეობს ამ შეფარდებით ჰეშმარიტებათა მაქსიმალურ შეცნობაში.

შემეცნების თეორია დიაგნოსტიკური აზროვნების შემთხვევაში შემდეგ ძირითად სტადიებს გაივლის: ჯერ ერთი, კონკრეტული დაავადების ყველა სუბიექტური და ობიექტური ნიშნის, სიმპტომის გამოვლინება, დადგენა; მეორე, დაავადების კონკრეტული დიაგნოზის დასმა მიღებული მონაცემების საფუძველზე აბსტრაქტული აზროვნების გზით; დაბოლოს, მესამე, დასმული დიაგნოზის სისწორის შემოწმება პრაქტიკაში ავადმყოფზე შემდგომი გულმოდგინე დაკვირვების გზით, ახალი სიმპტომების გაჩენისა და ადრე აღმოჩენილი სიმპტომების გაქრობის აღრიცხვისა და სწორი შეფასების გზით, აგრეთვე დასმული დიაგნოზის საფუძველზე ჩატარებული მკურნალობის წარმატების შემოწმება. ს. პ. ბოტკინი ამას უწოდებდა „ავადმყოფის დიაგნოზს“.

ყოველგვარი პათოლოგიური პროცესი წარმოადგენს განსაზღვრული მდგომარეობებისა და ფაზების თანამიმდევრობით განვითარებას. ამიტომ დიაგნოსტიკური აზროვნების ლოგიკური თანამიმდევ-

---

[1] ვ. ი. ლენინი, თხზ., მე-14 ტ. მე-4, ქართული გამოცემა, გვ. 162.

რობა უნდა იყოს ისტორიული; მან უნდა ასახოს ის გზაც, რომელიც გაიარა პროცესმა მავნეობასთან პირველი შეხვედრის მომენტიდან იმ მომენტამდე, როდესაც დაავადებულ ორგანიზმს ექიმი იკვლევს, და ის გზაც, რომელიც გაიარა ორგანიზმმა აღნიშნულ მავნეობასთან შეხვედრამდე.

ექიმს ყოველთვის როდი აქვს ნათლად წარმოდგენილი ის გზა, რომლითაც „მოძრაობს“ მისი დიაგნოსტიკური აზროვნება. მაგრამ ეს იმას არ ნიშნავს, რომ მისი კონკრეტული აზროვნება რაღაც განსაკუთრებული გზებით წარმოებს. თუ ექიმი კარგად არის ორიენტირებული ჭეშმარიტებისა და აზროვნების კანონებში, მაშინ დიაგნოსტიკური აზროვნების პროცესი უფრო ორგანიზებულად, აქტიურად მიმდინარეობს და, მაშასადამე, იგი მაქსიმალურად უახლოვდება აბსოლუტური ჭეშმარიტების შეცნობას, დაავადების ნამდვილი დიაგნოზის გამოცნობას.

თუ დაავადების საერთო სურათში, ე. წ. ობიექტური სიმპტომების მნიშვნელობის გაგებაში, ჩვეულებრივ, არ გვხვდება აზრთა სხვადასხვაობა (იგი გამოვლინდება შემეცნების მესამე სტადიაში — კონკრეტულ შემთხვევაში ავადმყოფის საწოლთან), სუბიექტური სიმპტომების შეფასებაში ექიმები ხშირად იჩენენ უყურადღებობას, შეუფასებლობას, რაც გავლენას ახდენს დიაგნოზის სისწორეზე.

როგორ უნდა გავიგოთ დაავადების სუბიექტური სიმპტომები? ეს, ჯერ ერთი, ავადმყოფის შეგრძნებებია, რომლებიც დამოკიდებულია არსებულ პათოლოგიურ პროცესზე, მის განვითარებაზე. ჩვენი დიაგნოსტიკური გამოკვლევები ყოველთვის არ იძლევა საშუალებას მოვნახოთ მათი წარმოშობის „ობიექტურად“ დასაბუთებული მიზეზი, იქნება ეს დაავადების მორფოლოგიური სუბსტრატის ლოკალური წარმოქმნა, თუ ორგანოს ან ორგანოთა სისტემის ფიზიოლოგიური ფუნქციონირების ცენტრალური დარღვევა. მაგრამ ეს იმას არ ნიშნავს, რომ ასეთი მიზეზი არ არსებობს: პათოლოგიური გამაღიზიანებლები შინაგანი რეცეპტორების გზით იწვევს თავის ტვინის დიდი ნახევარსფეროების ქერქის ფუნქციური მდგომარეობის დარღვევას და, შედის რა მეორე სასიგნალო სისტემაში, მკლავდება იმ სახით, რა სახითაც ავადმყოფი გადმოსცემს თავის შეგრძნებებს. ა. ა. უხტომსკი მართალი იყო, როდესაც ამტკიცებდა, რომ სუბიექტური

მონაცემები იმათთვის, ვისაც შეუძლია მათი გაგება და განმარტება, ისევე ობიექტურია, როგორც სხვა დანარჩენი.

ჩვენი სამამულო მეცნიერების დიდ კორიფეთა — ი. მ. სეჩენოვის, ს. პ. ბოტკინისა და ი. პ. პავლოვის მდიდარი მემკვიდრეობის გამოყენების საფუძველზე, რომელთაც შექმნეს ნამდვილი მატერიალისტური მოძღვრება ორგანიზმის მთლიანობისა და ნერვული სისტემის როლის შესახებ როგორც ნორმაში, ისე პათოლოგიაში, ყოველი ექიმი შეძლებს გახდეს კარგი დიაგნოსტი. განუწყვეტელი თვითდახელოვნების გზით იგი მუდამ დაჟინებით უნდა ისწრაფოდეს ამისაკენ. მას ამაშიც დაუფასებელ სამსახურს გაუწევს მარქსიზმ-ლენინიზმის ცოდნა. ზოგჯერ, როდესაც ექიმი იძყოფება გამოკვლევის მრავალრიცხოვანი ინსტრუმენტული მეთოდების შთაბეჭდილების ქვეშ და, ამასთან, მიღებული აქვს კარგი შედეგები, იგი შექანიკურად იწყებს აზროვნებას. ავადმყოფი, როგორც მთლიანი ორგანიზმი, მას რჩება მხედველობიდან. ექიმი ხედავს მხოლოდ ავადმყოფის „მცირე მენჯს“, ხოლო სუბიექტური ჩივილები, ავადმყოფის პიროვნების თავისებურებანი, დაავადებაზე მისი საერთო რეაქცია უკანა პლანზე გადადის. ამ პირობებში დიაგნოზის სისწორე და, მაშასადამე, აქედან გამომდინარე, მკურნალობის სქემა საეჭვო ხდება და ხშირად ნაკლებ ეფექტურიც.

ზუსტად ასევე, მისწრაფება დიაგნოზის დასმის დროს დაავადების ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში პირველ რიგში ამა თუ იმ სიმპტომკომპლექსის არსებობის დადგენისადმი მიგვიყვანს მავნე სქემატიზაციამდე და სიმპტომების მსგავსების საფუძველზე დიაგნოზის დასმის მიდრეკილებამდე, ე. ი. დიაგნოსტიკის ყველაზე პრიმიტიულ მეთოდამდე (გ. თ. ლანგი).

ყოველივე ზემოთქმული ეხება ყოველგვარი დაავადების გამოცნობას. იგივე დებულებები სავსებით ინარჩუნებს თავის ძალას გინეკოლოგიის დარგშიც, რომლის გამოჩენილმა წარმომადგენლებმა (კ. თ. სლავიანსკიმ, ვ. თ. სნეგირევმა, დ. ო. ოტმა, ვ. ს. გრუზდევმა, ა. პ. გუბარევმა და ბევრმა სხვამ) საგრძნობი წვლილი შეიტანეს არა მარტო გინეკოლოგიური დიაგნოსტიკის განვითარებაში, არამედ დიაგნოსტიკის განვითარებაში საერთოდ.

გინეკოლოგიური, ე. ი. ქალის შარდსასქესო სფეროს, გამოკვლევა, ისე როგორც სხვა ორგანოებისა და სისტემების გამო-

კვლევა, მდგომარეობს გამოკითხვაში, დათვალიერებაში, გასინჯვაში, მოსმენაში, პერკუსიაში, ინსტრუმენტულ გამოკვლევასა და გამოკვლევის სპეციალურ მეთოდებში.

ა. ავადმყოფის გამოკვლევა გამოკითხვის მეთოდით

გინეკოლოგიური ავადმყოფის გამოკვლევის დროს ექიმს ყოველთვის უნდა ახსოვდეს, რომ მის მიერ დასმული ზოგიერთი შეკითხვა ინტიმური ხასიათისაა და ამიტომ ავადმყოფი ხშირად მორცხვობით გვერდს უვლის მათ, მიუხედავად იმისა, რომ შესაძლებელია სწორედ ამ გარემოებებმა აიძულა იგი მიემართა ექიმისათვის.

ანამნეზის შეკრების პროცესში ექიმს შესაძლებლობა აქვს ესაუბროს ავადმყოფს, დაამყაროს მასთან კონტაქტი. ეს საშუალებას აძლევს მას მიიღოს გულახდილი და მართალი პასუხი მთელ რიგ ინტიმურ შეკითხვებზე, რომლებსაც დაავადების გამოსაცნობად შეიძლება დიდი მნიშვნელობა ჰქონდეს. ყოველივე ეს ექიმისაგან დიდ ტაქტს და მაღალ კულტურას მოითხოვს.

ექიმის გარეგნობა და მშვიდი მოქცევა, ავადმყოფისადმი გულისხმიერი და ყურადღებიანი მოპყრობა, უნარი შთააგონოს ავადმყოფს, რომ აქვს დახმარების გაწევის დიდი სურვილი, მისწრაფება, ავადმყოფის ჩივილების გულდასმით მოსმენა, მისი მონაყოლის სათანადოდ შეფასება — ყოველივე ეს წარმოადგენს იმ აუცილებელ პირობებს, რომლებიც მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ავადმყოფსა და ექიმს შორის მთელი საუბრის განმავლობაში. არ არის საჭირო იმის გახსენება, რომ ე. წ. პროფესიული თავაზიანობა, რომელიც გამოიხატება ყალბ, მოჩვენებით ალერსიან, მოტკბო ტონში („გენაცვალე", „შვილო" და სხვ.), არ უნდა იქნეს გამოყენებული ავადმყოფის გასინჯვის დროს, მით უმეტეს, რომ ასეთი მოქცევა უფრო უხამსობასა ჰგავს და ვერასოდეს ვერ აღწევს მიზანს.

იმისათვის, რომ ანამნეზი საკმაოდ სრულად იყოს შეკრებილი, აუცილებელია განსაზღვრული გეგმით მოქმედება. ასეთი გეგმის ერთ-ერთი ვარიანტი,რომლითაც ჩვენ, ჩვეულებრივ, ვსარგებლობთ, მოყვანილია ქვემოთ. ის პირველ რიგში გულისხმობს ცნობების შეგროვებას ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის, მისი განვითარე-

ბის, შრომისა და ყოფა-ცხოვრების პირობების, გადატანილი დაავადებების შესახებ. შემდეგ ექიმი გადადის ქალის სასქესო აპარატის ძირითადი ფუნქციების (მენსტრუალური, სეკრეციული, სქესობრივი და შვილოსნობის) გამოკვლევაზე. გარდა ამისა, საჭიროა სასქესო ორგანოების მეზობლად მდებარე ორგანოთა ფუნქციების გამოვლინებაც, რადგან მათ შორის მჭიდრო ფუნქციური კავშირი არსებობს, რაც არასოდეს არ უნდა გამოგვრჩეს მხედველობიდან. გამოკითხვა უნდა ხდებოდეს განსაზღვრული თანამიმდევრობით. გამონაკლისი შეიძლება დავუშვათ იმ შემთხვევებში, როდესაც ავადმყოფი განსაკუთრებულ მორცხვობას იჩენს. მაშინ დროებით შეიძლება გამოვტოვოთ ზოგიერთი ინტიმური ხასიათის (მაგალითად, სქესობრივ ცხოვრებასთან დაკავშირებული) შეკითხვა იმ მოსაზრებით, რომ შემდგომში, ხელსაყრელი მომენტის შერჩევისას, კვლავ დავუბრუნდეთ მათ. ყველა დანარჩენ შემთხვევაში საჭიროა მტკიცედ დავიცვათ მიღებული სქემა და არ შევუდგეთ ავადმყოფის გამოკვლევას მანამ, სანამ ანამნეზი სავსებით არ იქნება შეკრებილი.

ანამნეზის შეკრება ავადმყოფის ჩივილებიდან იმიტომ უნდა დაიწყოს, რომ ექიმმა შეძლოს იმის განსაზღვრა, თუ რა არის ავადმყოფის მდგომარეობაში მისთვის უფრო მძიმე და არასასიამოვნო, რათა შემდგომში მან ამ მოვლენებზე გაამახვილოს თავისი ყურადღება. ამასთან ერთად, ექიმი ყურადღებას აქცევს არა მარტო იმ ფაქტებს, რომელთა შესახებაც ლაპარაკობს გამოკითხვის დროს ავადმყოფი, არამედ იმასაც, თუ როგორ გადმოსცემს იგი ამ ფაქტებს: აპათია, გამოცოცხლება, მიმიკა (წუხილი, შეშფოთება, სიხარული და სხვ.), ჟესტები, ვეგეტატიური მოვლენები (მაგალითად, ლაპარაკის დროს წითელი ლაქების გაჩენა სახისა და გულმკერდის კანზე, ოფლის გამოყოფა და სხვ.), თითების კანკალი და ა. შ.

ავადმყოფის ჩივილები

ექიმის პირველი გაცნობა ავადმყოფთან უნდა იწყებოდეს იმ საკითხის გამორკვევით, თუ რამ მიიყვანა იგი მასთან, სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, — ჩივილების გამორკვევით. ჩივილების შესახებ გამოკითხვის დროს ექიმი აზუსტებს მათ, განსაკუთრებულად ამახვილებს ყურადღებას დაავადების განვითარების ისტორიაზე, დაავა-

დებისა, რომელმაც აიძულა ავადმყოფი მიემართა ექიმის დახმარებისათვის: როდის შეამჩნია დაავადების პირველი გამოვლინება, რით ხსნის და რას უკავშირებს მის წარმოშობას, მკურნალობდა თუ არა (სისტემატურად, დროგამოშვებით), რა შედეგებით და ა. შ.

იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფი მიმართავს ექიმ სპეციალისტს გინეკოლოგიურ პოლიკლინიკაში, ქალთა კონსულტაციაში ან სამეანო-გინეკოლოგიურ ნელობა, არამედ შეავსოს კიდეც გამოკითხვის ეს ნაწილი. მაგალითად, გამოკივის ბოლოს, როდესაც ექიმმა უკვე მოასწრო ქალის სასქესო სფეროში შემავალი ორგანოებისა და სისტემების ფუნქციების გაცნობა. ამ დროს მას შეუძლია არა მარტო უკეთ შეაფასოს ავადმყოფის მიერ გადმოცემული ჩივილების მნიშვნელობა, არამედ შეავსოს კიდეც გამოკითხვის ეს ნაწილი. მაგალითად, გამოკითხვიდან ჩანს, რომ ავადმყოფი წლობით ცხოვრობს სქესობრივად და არც ერთხელ არ დაორსულებულა, თუმცა ის არ უჩივის უშვილობას, ექიმს რაღაც სხვა მიზეზით მიმართა. დამატებით მიცემული შეკითხვით კი შეიძლება გამოირკვეს, რომ უშვილობა სერიოზულად აწუხებს ავადმყოფს, მაგრამ ამ მხრივ ეფექტური სამედიცინო დახმარების იმედი არა აქვს.

გინეკოლოგიური ავადმყოფის ჩივილები არცთუ ისე მრავალრიცხოვანია. ეს ჩივილები დაკავშირებულია როგორც საკუთრივ გინეკოლოგიურ დაავადებათა სიმპტომებთან, ისე თანდართული არასქესობრივი მოშლილობების გამოვლინებასთან. ეს ჩივილები, მთელი მათი მრავალფეროვნებით, შეიძლება იყოს შემდეგი: 1) პათოლოგიური სეკრეცია საშოდან (თეთრად შლა); 2) ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში, გავის არეში — ირადიაციით ქვემო კიდურებში ან მის გარეშე, სქესობრივი კავშირის დროს — საშოს კარიბჭეში ან მის სიღრმეში; 3) უშვილობა პირველადი ან მეორადი, ჩვეული აბორტები; 4) მენსტრუალური ციკლის დარღვევა; 5) სისხლდენა (მეტრორაგია); 6) შინაგანი სასქესო ორგანოების დაწევის ან გამოვარდნის შეგრძნება; 7) სქესობრივი ცხოვრების სხვადასხვა სახის მოშლა: სქესობრივი კავშირის შეუძლებლობა, სქესობრივი გულგრილობა, დაუკმაყოფილებლობა, სქესობრივი აქტის დროს ტკივილი და სხვ.; 8) შარდის დენისა და დეფეკაციის მოშლა; 9) თვით ავადმყოფის მიერ მოსინჯვით ნახული სიმსივნეები გარეგანი სასქესო ორგანოების არეში, საშოში ან მუცლის ღრუში; 10) სხვა ჩივილები, მაგალითად,

სისხლის უეცარი მოწოლა პირისახის არეში, გულის ძგერა, ოფლიანობა, საერთო სისუსტე და სხვ., რომელთაც შეიძლება უშუალო კავშირი არც აქვთ სასქესო სფეროსთან, მაგრამ, ავადმყოფის აზრით, დაკავშირებულია ამ უკანასკნელთან, ანდა ავადმყოფი ან მისი ექიმი აუცილებლობად თვლიან ამ ჩივილების ასახსნელად გამორიცხონ სასქესო სფეროს ორგანოების დაავადებანი.

უმრავლეს შემთხვევებში ავადმყოფს აქვს რამდენიმე ჩივილი. ეს იმასთანაა დაკავშირებული, რომ გინეკოლოგიურ დაავადებათა უმეტესობა, ისე როგორც სხვა დაავადებანი, ვლინდება არა ერთი, არამედ რამდენიმე სიმპტომით.

შეიძლება აღიძრას საკითხი: შესაძლებელია თუ არა პოლიკლინიკის პირობებში პრაქტიკოსმა ექიმმა საკმაოდ დაწვრილებით შეკრიბოს მთელი ანამნეზი და ჩაწეროს იგი „პოლიკლინიკურ კარტოთეკაში“. უნდა ითქვას, რომ ექიმი, რომელმაც ისწავლა ანამნეზის სისტემატური და სრული შეკრება, თანდათან ეჩვევა შეკუმშულ ფორმულირებებს შინაარსის სიზუსტის დაცვით. ამიტომ ადვილი შესაძლებელია იგი ჩაეტიოს ამბულატორიული მიღებისათვის განკუთვნილ დროში.

საერთო ცნობები ავადმყოფის შესახებ

ასაკი და დაბადების ადგილი. ავადმყოფის გვარის, სახელის, მამის სახელის, ასაკისა და სხვა საპასპორტო ცნობების შეკრების შემდეგ ირკვევენ სად დაიბადა ავადმყოფი, სად ხდებოდა მისი ზრდა-განვითარება.

ქალის ყოველ ასაკს შეეფარდება მისი განვითარების და, კერძოდ, სქესობრივი სფეროს განვითარების, განსაკუთრებული ანატომიური და ფიზიოლოგიური თავისებურებანი. ამასთან დაკავშირებით ერთი და იგივე მდგომარეობა ერთი ასაკისათვის წარმოადგენს ფიზიოლოგიურს, ხოლო მეორისათვის — პათოლოგიურს. მაგალითად, ამენორეის კომბინაცია სასქესო ორგანოების ჰიპოპლასტიურ მდგომარეობასთან წარმოადგენს ფიზიოლოგიურს ბავშვობაში, ორგანიზმის თანდათანობითი ჭკნობის პერიოდში (menopausa) და მოხუცებულობაში (senium), მაგრამ იგი პათოლოგიურია სქესობრივი აყვა-

ვების ხანაში იმ ქალებისათვის, რომლებიც ბავშვს ძუძუთი არ კვებავენ.

ყოველ ასაკში გვხვდება დაავადებათა ესა თუ ის განსაზღვრული ჯგუფი. მაგალითად, შინაგანი სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები უფრო ხშირად ვლინდება შვილოსნობის ასაკში, საშვილოსნოს ფიბრომიომა — 40 წლის ასაკში და კლიმაქტერიულ პერიოდთან ახლომყოფ ასაკში, საშვილოსნოს ტანის კიბო — ორგანიზმის თანდათანობითი ჭკნობის პერიოდში და სხვ.

ზოგიერთი დაავადება სხვადასხვა ასაკში არა მარტო სხვადასხვანაირად მიმდინარეობს, არამედ ხშირად სხვადასხვაგვარ დახმარებასაც მოითხოვს. მაგალითად, საშვილოსნოს ინტერსტიციული ფიბრომიომის დროს კლიმაქტერიულ ასაკში ხშირად ადგილი აქვს ძლიერ სისხლდენას, მაშინ როდესაც ორგანიზმის თანდათანობითი ჭკნობის პერიოდში და მოხუცებულობაში სისხლდენა არა მარტო არ აღინიშნება, არამედ თვით სიმსივნეც განიცდის ატროფიას და მოცულობაში იკლებს, რაც ხშირად ზედმეტს ხდის ასეთი ავადმყოფების მკურნალობას — საკმარისია ისინი იმყოფებოდნენ მხოლოდ დისპანსერული მეთვალყურეობის ქვეშ.

ავადმყოფის ასაკის ცოდნა საჭიროა აგრეთვე იმისათვისაც, რომ შემდგომში მისი გასინჯვის დროს სწორად შეფასდეს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობისა და შესახედაობის შესაბამისობა მის წლოვანებასთან, ასაკთან, რასაც ზოგჯერ არცთუ მცირე მნიშვნელობა აქვს დიაგნოზისა და პროგნოზის სწორი დადგენისათვის.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის დაბადების ადგილის და განსაკუთრებით მისი ზრდა-განვითარების ადგილის დადგენას. ცნობები აუცილებელია სქესობრივი მომწიფების პერიოდის სწორი შეფასებისათვის, რადგან გეოგრაფიულ განედთან, კლიმატურ თავისებურებებთან და სხვა ფაქტორებთან დაკავშირებით აღინიშნება ზოგიერთი თავისებურება სქესობრივი მომწიფების დახასიათებაში.

შ რ ო მ ი ს ა და ყ ო ფ ა-ც ხ ო ვ რ ე ბ ი ს პ ი რ ო ბ ე ბ ი. ხშირად ავადმყოფის ჩივილების ძირითადი მიზეზები მისი ყოფა-ცხოვრების თავისებურებებში იმალება. დეტალურად უნდა გამოირკვეს პროფესია, შრომის პირობები: რამდენი წელია, რაც ავადმყოფი ამა თუ იმ პროფესიით მუშაობს, დგომელა თუ ჯდომელა მდგომარეობაში მუშაობს, საკმარისად ისვენებს თუ არა მუშაობის შემდეგ,

სახლში მუშაობის სიმძიმე, მოცულობა. მაგალითად, დგომელა მუშაობა ან ისეთი მუშაობა, რომელიც მოითხოვს ტანის იძულებით შედგომარეობაში ხანგრძლივად გაჩერებას, ხშირადაა ტკივილის მიზეზი წელის, გავის მიდამოში და სხვ. ჯდომელა მუშაობა, მაგალითად, ფეხის საკერავ მანქანაზე, იწვევს სისხლის მიწოლას მცირე მენჯის ორგანოებში, რაც შეიძლება გახდეს მიზეზი მენსტრუალური სისხლდენის გაძლიერებისა (მენორაგია). არ შეიძლება დავკმაყოფილდეთ მოკლე პასუხით, როგორიცაა: „მუშა“, „მოსამსახურე“, „დიასახლისი“ და სხვ., რადგან თითოეული ამ კატეგორიის წარმომადგენლებს შეიძლება ჰქონდეთ შრომის სრულიად განსხვავებული პირობები.

გამოვლინებული სიმპტომების სწორი შეფასებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს კვების პირობებს. დიდი ომების გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ იმ ადგილებში, სადაც მოსახლეობა სამხედრო მდგომარეობის გამო იძულებულია ცუდად იკვებოს, ხშირად აღინიშნება პათოლოგიური გადახრები ქალის სასქესო სფეროში. მაგრამ ძლიერ ნოყიერი კვებაც არანაკლებ ზიანს აყენებს ქალს.

გადატანილი სნეულებანი. დიდად საყურადღებოა გამოკითხვა ავადმყოფის მიერ წინათ გადატანილ როგორც ზოგად ექსტრაგენიტალურ, ისე ადგილობრივ გინეკოლოგიურ დაავადებათა შესახებ. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ე. წ. ზოგად დაავადებებს, პირველ რიგში, ბავშვთა ინფექციებს. წითელა, ქუნთრუშა, დიფთერია, მაღალი ტოქსიკურობის გამო, არაიშვიათად ხდება სასქესო ორგანოების განვითარების შემაფერხებელი მიზეზი, რადგან ისინი იწვევენ საკვერცხეების ქერქოვანი შრის დაზიანებას. სასქესო ორგანოების განვითარების შეფერხება შეიძლება გამოწვეული იყოს აგრეთვე სხვა ინფექციური დაავადებებით, რომლებიც გამოირჩევა ხანგრძლივი მკურნალობით და მაღალი ტოქსიკურობით. ასეთია, მაგალითად, ტიფები, მალარია და სხვ. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ფილტვების, ძვლების და სხვა ორგანოთა ტუბერკულოზს. იმ ქალებში, რომელთაც ბავშვობაში გადატანილი აქვთ ეს დაავადებანი, შემდგომში ზოგჯერ ვლინდება სიმპტომები, რომლებიც მიუთითებს იმაზე, რომ სასქესო სფეროში ყველაფერი რიგზე არ არის (მენსტრუალური ციკლის დარღვევა, უშვილობა და სხვ.).

ქალის სასქესო ორგანოების მდგომარეობაზე უარყოფით გავლენას ახდენს (მენსტრუალური ციკლის დარღვევა, უშვილობა, თეთრად შლა, ზოგიერთ შემთხვევაში ატროფიული პროცესები სასქესო ორგანოებში) აგრეთვე სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებანი, განსაკუთრებით გულის მანკები, ჰიპერტონიული დაავადება, ფილტვების ემფიზემა და სხვ.

არანაკლები მნიშვნელობა აქვს გადატანილი გინეკოლოგიური დაავადებების გამოვლინებას. მათ ხასიათს, წარმოშობის დროს, განვითარებას, ჩატარებულ მკურნალობას, მის შედეგებს და სხვ. მხედველობაში უნდა ვიქონიოთ, რომ სხვადასხვა ეტიოლოგიის გინეკოლოგიური დაავადებები ქალებში გვხვდება ყველა ასაკში — ახალშობილობის პერიოდიდან მოხუცებულობამდე.

სათანადო მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ავადმყოფის მ ე მ კ ვ ი დ რ ე ო ბ ი ს გაცნობას. ამასთან, ავადმყოფებს, განსაკუთრებით იმათ, რომლებიც შეშფოთებული ლაპარაკობენ მშობლების ან სხვა ახლობელ ნათესავთა მძიმე დაავადებების შესახებ, მაშინვე უნდა ავუხსნათ, რომ მემკვიდრეობითი დაავადებები საერთოდ არ არსებობს, მაგრამ შესაძლებელია მემკვიდრეობით ორგანიზმის ისეთი თვისებების გადაცემა, რომლებიც შეიძლება გახდეს დაავადების განვითარების საფუძველი. თვით დაავადების წარმოშობა კი როდი განისაზღვრება მემკვიდრეობით, ამისათვის საჭიროა კიდევ განსაკუთრებული არახელსაყრელი გარემო პირობების არსებობა.

ცნობები სასქესო ორგანოებისა და მათ მეზობლად მდებარე ორგანოების მდგომარეობის შესახებ

შეკრებს რა საერთო ხასიათის ცნობებს, ექიმი გადადის სასქესო და მათ მეზობლად მდებარე ორგანოების ფუნქციური მოქმედების გაცნობაზე. ეს გაცნობა იწყება ავადმყოფის მენსტრუალური ფუნქციის შესწავლით.

მ ე ნ ს ტ რ უ ა ლ უ რ ი ფ უ ნ ქ ც ი ა. ქალის ორგანიზმი მრავალ პათოლოგიურ პროცესზე პასუხობს მენსტრუალური ფუნქციის შეცვლით, განსაკუთრებით იმ პათოლოგიურ პროცესებზე, რომლებსაც ადგილი აქვს სასქესო ორგანოებში. ამიტომ წესიერი, ნორმალური მენსტრუაცია წარმოადგენს ქალის ჯანმრთელობის საკმაოდ

უტყუარ მაჩვენებელს და, პირიქით, ბევრ დაავადებას თან ახლავს ესა თუ ის მოშლილობა მენსტრუაციის მიმდინარეობაში. ამიტომ ანამნეზის ეს ნაწილი განსაკუთრებული გულმოდგინებითა და სისრულით უნდა იქნეს შეკრებილი, ხოლო მიღებული ცნობები — განსაკუთრებული ყურადღებით შეფასებული.

პ ი რ ვ ე ლ ი მ ე ნ ს ტ რ უ ა ლ უ რ ი ს ი ს ხ ლ დ ე ნ ე ბ ი (menarche) და მ ა თ ი ხ ა ს ი ა თ ი. ავადმყოფის მენსტრუალური ფუნქციის გაცნობა იწყება გამოკითხვით პირველი მენსტრუაციის შესახებ და მთელი იმ, ჩვეულებრივ, მოკლე პერიოდის შესახებ, რომელიც გარდამავალია ბავშვობიდან სქესობრივ მომწიფებამდე (pubertas). ქალის ცხოვრებაში ეს პირველი გარდამავალი პერიოდი ხასიათდება ნერვულ-ენდოკრინული არამდგრადობით და მოგვაგონებს იმ მდგომარეობას, რომელიც გამოვლინდება შემდგომში, სასქესო ფუნქციის თანდათანობით გაქრობის პერიოდში — მეორე გარდამავალ, ანუ კლიმაქტერიულ[1] პერიოდში.

ავადმყოფის მითითება პირველი მენსტრუაციის დაწყების დროის შესახებ შეფასებული უნდა იქნეს მისი დაბადებისა და ზრდა-განვითარების ადგილთან მჭიდრო კავშირში. დაწყებული სქესობრივი მომწიფების გარეგანი ნიშანი — პირველი მენსტრუაცია — საბჭოთა კავშირის შუა ზონაში, ჩვეულებრივ, მეცხრამეტდება 14—15 წლის ასაკში, სამხრეთში — 11-13 წლის, ჩრდილოეთში—16-17 წლის ასაკში. მაგრამ ქალის ორგანიზმის სრული მომწიფება ხდება უფრო გვიან— არა უადრეს 18—20 წლის ასაკში. ამიტომ, როდესაც ავადმყოფი გვეუბნება, რომ მას მენსტრუაცია დაეწყო, მაგალითად, 13 წლის ასაკში, უნდა გავითვალისწინოთ, რომ გოგონასათვის, რომელიც დაიბადა და განვითარდა საბჭოთა კავშირის შუა ზონაში, ეს დროულია. სამხრეთელი გოგონასათვის — დაგვიანებულია, ხოლო ჩრდილოელისათვის — ნაადრევი. ამასთან, თუ გოგონა დაიბადა ჩრდილოეთში, მაგრამ განვითარდა შუა ზონაში, მაშინ მენსტრუაცია მას, ჩვეულებრივ, ეწყება იმავე ასაკში, როგორც მის თანატოლებს, დაბადებულებს და განვითარებულებს შუა ზონაში.

პირველი მენსტრუაციის დაწყების ვადაზე არსებით გავლენას ახდენს აგრეთვე ცუდი კვება და მძიმე ფიზიკური შრომა, რომლე-

[1] სიტყვა კლიმაქტერიუმი წარმოდგება ლათინური სიტყვიდან climax, რაც ნიშნავს „გადასვლას“ ან „კიბეს“.

ბიც აფერხებს სქესობრივ მომწიფებას. მაგრამ ამ ფაქტორებმა, რომლებიც დამახასიათებელია კაპიტალისტური ქვეყნებისათვის, ჩვენში დაკარგა მნიშვნელობა მოსახლეობის მატერიალური მდგომარეობის განუწყვეტელ გაუმჯობესებასთან და უფლებრივი და პროფილაქტიკური ღონისძიებების ფართოდ გატარებასთან, კერძოდ, წარმოებაში ბავშვთა შრომის აკრძალვასთან დაკავშირებით.

პირველი მენსტრუაციის მოსვლის თარიღის გარკვევის შემდეგ უნდა გამოირკვეს — მაშინვე რეგულარული ხასიათი ჰქონდა მას, თუ არა, თუ არ ჰქონდა, რამდენი ხნის განმავლობაში აღინიშნებოდა ეს უწესივრობა, დიდი რაოდენობით დიოდა მენსტრუალური სისხლი თუ, პირიქით, ცოტა რაოდენობით, ხომ არ ახლდა თან ტკივილი ან საერთო მდგომარეობის მოშლილობა (სუბფებრილური ტემპერატურა, დერმატოზები, თავის ტკივილი, ტკივილი მუცლის ქვედა არეში და გავის მიდამოში, გულის წასვლა, გულისრევა, საერთო სისუსტე და სხვ.). გამოკვლევის მომენტში ყველა ამ გადახრას შეიძლება ჰქონდეს გარკვეული მნიშვნელობა სასქესო ორგანოებისა და მათი ფუნქციის მდგომარეობის შეფასებისათვის.

მ ე ნ ს ტ რ უ ა ლ უ რ ი ფ უ ნ ქ ც ი ა ს ქ ე ს ო ბ რ ი ვ ი მ ო მ წ ი ფ ე ბ ი ს პ ე რ ი ო დ შ ი. უნდა გაირკვეს შემდეგი მომენტები: 1) მენსტრუაციის ტიპი და როდის ჩამოყალიბდა იგი, menarche-დან რამდენი ხნის შემდეგ; 2) მენსტრუალური სიხლდენის ხანგრძლიობა, რომელიც, ჩვეულებრივ, შეადგენს 3—4 დღეს; 3) მენსტრუაციის პერიოდულობა, მაგალითად, 3-ან 4-კვირიანი ციკლი; ხომ არ არის იგი ძლიერ ხშირი (პროიომენორეა) ან იშვიათი (ოფსომენორეა); 4) მენსტრუაციის ინტენსივობა: მცირე (ოლიგომენორეა), საშუალო (ევმენორეა), დიდი ან ძალზე დიდი (მენორაგია); სისხლის კოლტების არსებობა ლაპარაკობს მენსტრუაციის დიდ ინტენსივობაზე. „წებვადი" გამონადენი — მცირე ინტენსივობაზე; 5) მტკივნეულობა; თუ მენსტრუაცია მტკივნეულია (დისმენორეა), მაშინ საჭიროა გამოირკვეს, როდის იწყება ტკივილი — სისხლდენის დაწყებამდე, პირველ დღეს, გრძელდება თუ არა მთელი მენსტრუაციის განმავლობაში, თუ იწყება მისი დამთავრების შემდეგ; ტკივილების ხასიათი: შეტევითი, ყრუ, ხანგრძლივი და სხვ.; 6) თან ახლავს თუ არა მენსტრუაციას საერთო მოშლილობები — წინამორბედი ტკივილი (molimina menstrualis), თავბრუ, გულის წასვლა და სხვ., 7) აღი-

ნიშნება თუ არა მენსტრუაციის დროს საძეძვე ჯირკვლების გაუხეშება. კერტების მტკივნეულობა, კერტების, მუცლის თეთრი ხაზისა და გარეთა სასქესო ორგანოების გაძლიერებული პიგმენტაცია; 8) ხომ არ შეცვლილა მენსტრუაციის ტიპი სქესობრივი ცხოვრების დაწყებასთან დაკავშირებით; სქესობრივმა ცხოვრებამ შეიძლება დადებითი გავლენა იქონიოს მენსტრუალური ციკლის მიმდინარეობაზე, მაგალითად, სასქესო ორგანოების სუსტად გამოხატული განუვითარებლობის დროს; თუმცა ხშირად სქესობრივი ცხოვრების დაწყებასთან დაკავშირებით წარმოიშვება ანთებითი დაავადებანი, რომლებიც უარყოფითად მოქმედებს მენსტრუაციის ხასიათზე; 9) დარღვეულია თუ არა მენსტრუაციის ციკლურობა მისი გაძლიერების (მეტრორაგია) ერთდროულად; 10) ხომ არ აღინიშნება სისხლდენა მენსტრუალურ სისხლდენებს შორის არსებულ შუალედებში; 11) ხომ არ აქვს ადგილი „ვიკარულ სისხლდენებს", ე. ი. სისხლდენებს უჩვეულო ადგილებიდან, რომლებიც დაწყების დროის მიხედვით ემთხვევა მენსტრუაციის მოსვლის ვადას (მაგალითად, ცხვირიდან, კერტებიდან, ჭიპიდან, სწორი ნაწლავიდან და კონიუნქტივიდანაც კი — „სისხლიანი ცრემლები"; 12) როდის ჰქონდა უკანასკნელი წესიერი მენსტრუაცია; 13) თუ მენსტრუაციის ხასიათი შეიცვალა, მაშინ როდის მოხდა და რაში გამოიხატება ეს? ეს საკითხი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, თუ მივიღებთ მხედველობაში მენსტრუალური სისხლდენების ხასიათის, რიტმისა და რაოდენობის დარღვევის პათოგნომონურობას სასქესო სფეროს პათოლოგიური პროცესებისათვის. მაგალითად, შვილოსნობის ასაკში მენსტრუაციის შეჩერება უმეტესად მიუთითებს პროგრესირებად ორსულობაზე, მაგრამ შეიძლება ეს სხვა მიზეზებზეც იყოს დამოკიდებული: რომელიმე ზოგად დაავადებაზე, ფიზიკურ ან გონებრივ გადაღლაზე, ფსიქო-ნერვულ აფექტებზე და სხვ.; თუ ამ ასაკში აღინიშნება სისხლიანი გამონადენი, ეს შეიძლება იყოს პათოლოგიური ორსულობის (ბუშტნამქერი, საშვილოსნოს შეწყვეტილი ან საშვილოსნოსგარე ორსულობა), საკვერცხეების დაზიანების მიზეზი და სხვ.; კიდევ უფრო პათოგნომონურია სისხლიანი გამონადენი უკვე ჩამოყალიბებული მენოპაუზის შემდეგ; ასეთი შემთხვევები ყოველთვის ეჭვს ბადებს ახალწარმონაქმნის არსებობაზე საკვერცხეებში ან, უფრო ხშირად, საშვილოსნოსა და საშოში.

სეკრეციული ფუნქცია. სასქესო ორგანოების პათოლოგიური სეკრეცია (თეთრად შლა) წარმოადგენს გინეკოლოგიურ ავადმყოფთა შორის ყველაზე ხშირ სიმპტომს. ძნელია ისეთი გინეკოლოგიური დაავადების დასახელება, რომლის დროს ეს სიმპტომი არ იყოს გამოხატული ამა თუ იმ ხარისხით.

საშოს კარიბჭის, საშვილოსნოს ყელის არხის, ენდომეტრიუმისა და ენდოსალპინქსის (მილის ამომფენი ლორწოვანი) ჯირკვლები ხასიათდება სეკრეციის უნარით. საშოს ლორწოვანი გარსი არ შეიცავს ჯირკვლებს, ამიტომ არც ხასიათდება სეკრეციული ფუნქციით. ამავე დროს საშო ყველაზე ხშირად წარმოადგენს პათოლოგიური გამონაყოფის წარმოქმნის ადგილს. ეს უკანასკნელი, ჩვეულებრივ, წარმოადგენს ან საშოს კედლებიდან სითხის ტრანსუდაციის პროდუქტს, განსაკუთრებით მცირე მენჯის ღრუში შეგუბებითი მოვლენების არსებობის დროს, ან ანთებით გამონაჟონს.

ქალის სასქესო ორგანოების ამომფენი ლორწოვანი გარსის ჯირკვლების სეკრეტს ფიზიოლოგიურ პირობებში თავისი დამახასიათებელი თავისებურებანი აქვს. მაგალითად, ვესტიბულური სეკრეტი, რომელსაც გამოყოფს ბართოლინის ჯირკვლები, გამჭვირვალე, ღია ფერის, ნახევრად თხიერი, მოსქო კონსისტენციისაა, ყელის არხის სეკრეტი — სქელი, მინისმაგვარი, გამჭვირვალე, ღია ფერის, ენდომეტრიუმისა და ენდოსალპინქსის ჯირკვლების სეკრეტი — თხიერი, ღია ფერის, გამჭვირვალე, მცირე. საშოს ტრანსუდატი საკმაოდ უხვი და თხიერია; მასთან შერეულია საშოს ლორწოვანი გარსის ამომფენი მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმის ჩამოფქვნილი უჯრედები, რაც გამონადენს აძლევს რძის ან ნაღების შესახედაობას.

ფიზიოლოგიურ პირობებში სრულიად ჯანმრთელ ქალებსაც კი საშოში ყოველთვის აღენიშნებათ მცირე რაოდენობის გამონადენი, სეკრეტი.

ფიზიოლოგიური მენსტრუალური ციკლის განსაზღვრულ ფაზებში აღინიშნება გამონადენის დროებითი მომატება. ასე ხდება, მაგალითად, ოვულაციის კულმინაციური პუნქტის დროს, მენსტრუაციათა შორის არსებული პერიოდის მე-12—14 დღეს, სქესობრივი აგზნების დროს, საშოს კარიბჭისა და ყელის არხის ჯირკვლების სეკრეციული მოქმედების ამაღლებისა და ამასთან დაკავშირებული ვესტიბულური და ყელიდან თეთრად შლის გაძლიერების შემდეგ, ყვი-

თელი სხეულის გაღვივების ფაზაში (მენსტრუაციათა შორის არსებული შუალედების უკანასკნელი დღეები), ენდომეტრიუმის ჯირკვლების სეკრეციასთან და ამის შედეგად საშვილოსნოდან თეთრად შლასთან დაკავშირებით. მენსტრუაციათა შორის არსებული შუალედების პირველ დღეებში თეთრად შლის ხანმოკლე — ერთი-ორი დღით — გაძლიერება შეიძლება იყოს შედეგი საშოს კედლების მომატებული ტრანსუდაციისა, რაც დაკავშირებულია მენსტრუაციის დროს მცირე მენჯში სისხლის შეგუბებასთან.

ფიზიოლოგიური სეკრეტი, ისე როგორც საშოს ფიზიოლოგიური ტრანსუდატი, შეიძლება გახდეს პათოლოგიური და შეიცვალოს თავისი ხასიათი ზოგიერთი ზოგადი დაავადების, განსაკუთრებით სისხლის დაავადებების, ხანგრძლივი ინტოქსიკაციის (ნაწლავის პარაზიტები, ქრონიკული ზოგადი ინფექციური დაავადებანი, ქრონიკული მოწამვლა და სხვ.) დროს. იგივე მოვლენებს შეიძლება ადგილი ექნეს აგრეთვე ენდოკრინული ხასიათის მოშლილობისას, მაგალითად ჰიპერთირეოზის, საკვერცხეების დისფუნქციის და პერსისტული ფოლიკულის დროს.

თუ ჰიპერსეკრეცია წარმოადგენს ანთების შედეგს და სეკრეტში აღმოჩნდება მისი გამომწვევი მიკრობები, აგრეთვე ლეიკოციტები და ეპითელური უჯრედები, მაშინ გამონაყოფის ხასიათი იცვლება: იცვლება მისი გამჭვირვალობა, ფერი, კონსისტენცია. ასე მაგალითად, გონოკოკური ინფექციის დროს სეკრეტი მომწვანო-მოყვითალო ხდება, კოლი-ბაცილური ინფექციის დროს — ჭუჭყიანი ნაცრის ფერისა, ცუდი სუნის, ტრიქომონადული ინვაზიის დროს — ბაცი მწვანე-ყვითელი ფერის და წვრილქაფიანი, ტუბერკულოზური ინფექციის დროს—ხაჭოსებური, სტრეპტო- და სტაფილოკოკური ინფექციის დროს — თხელი და წებოვანი და სხვ.

პათოლოგიური სეკრეციის გამომწვევმა პროცესმა შეიძლება დაშლითი გავლენა იქონიოს ლორწოვან გარსზე, მის ქვეშმდებარე ქსოვილებზე და მათ მკვებავ სისხლძარღვებზე, მაგალითად, კიბოვანი დაშლის დროს. ასეთ შემთხვევებში თეთრად შლასა და მის გაძლიერებას შემდგომში თან ახლავს სისხლდენა. ეს უკანასკნელი არცთუ ისე იშვიათად იწყება დაზიანებული ადგილის რაიმე მექანიკური გაღიზიანების შედეგად (coitus, ორი ხელით გასინჯვა, დეფეკაცია და სხვ.). ამ შემთხვევებში ლაპარაკობენ „კონტაქტურ სისხლდენებზე".

ეს სისხლდენები შეიძლება დაიწყოს საშვილოსნოსა და საშოში პოლიპების, ეროზიების, კიბოს და სხვა პათოლოგიური პროცესების არსებობისას.

ჰიპოსეკრეცია იშვიათია და მას შედარებით ნაკლები დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს.

თუ მხედველობაში მივიღებთ ზემოხსენებულს, მაშინ „სეკრეციული ფუნქციის“ გარშემო გამოკითხვა უნდა იფარგლებოდეს შემდეგი შეკითხვებით: 1) გამონადენის რაოდენობა (ზომიერი, დიდი რაოდენობით, მცირე რაოდენობით); 2) ფერი (რა ფერით ისვრება საცვალი): რძისფერი, ნაცრისფერი, ჭუჭყისფერი და სხვ.; 3) კონსისტენცია (თხელი, სქელი, ნაღებისებური, ქაფისებური და სხვ.); 4) სისხლიანი: უსისხლო, უმნიშვნელო რაოდენობით (შეფერილი წითლად), საგრძნობი რაოდენობით (სისხლიანი გამონადენი); 5) სუნი— გამოხატული, მკვეთრი, უსიამოვნო, უსუნო; 6) ხომ არ მატულობს გამონადენის რაოდენობა მენსტრუალური ციკლის განსაზღვრულ პერიოდში ან ნერვიულობასა და გადაღლასთან დაკავშირებით და სხვ.; 7) ხომ არ აქვს ადგილი „კონტაქტურ სისხლდენებს“.

სასქესო ფუნქცია. ზემოხსენებული მიზეზების გამო ჩივილი სასქესო ფუნქციის მოშლაზე შედარებით იშვიათია მიუხედავად იმისა, რომ ამგვარი მოშლა ხშირად აიძულებს ავადმყოფს მიმართოს ექიმის დახმარებას. ამასთან დაკავშირებულ შეკითხვათა ჯგუფის გაცნობას დიდი მნიშვნელობა აქვს დიაგნოზის გამორკვევისათვის, რადგან სასქესო ფუნქციის სხვადასხვაგვარ მოშლას ხშირად საფუძვლად უდევს რაიმე დაავადება. ასე. მაგალითად. სქესობრივ გულგრილობას (frigiditas) ადგილი აქვს ჯანმრთელთა შორისაც (საშუალოდ შემთხვევათა 30%-ში). ამავე დროს ისინი ნორმალურად ორსულდებიან და მშობიარობენ; ეს შეიძლება იყოს ნევრო-ფსიქიკური ხასიათის ანომალია ან განუვითარებლობის გამოხატულება— ზოგადი ან სქესობრივი. გაძლიერებული სქესობრივი ლტოლვა (nymphomania) შეიძლება იყოს ცენტრალური ნერვული სისტემის, ენდოკრინული სისტემის მოშლის შედეგი, განსაკუთრებით კლიმაქტერიულ პერიოდში და სხვ. დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ხანში შესულ ასაკში და მობუცებულობაშიც კი სქესობრივი მოთხოვნილების განახლებას მისი დიდი ხნით შეწყვეტის შემდეგ. ასეთი „გაახალგაზრდავება“, რაც, ჩვეულებრივ, ახარებს ავადმყო-

ფებს, ლაპარაკობს იმაზე, რომ ორგანიზმში საგრძნობი რაოდენობით წარმოიშვა ესტროგენული ჰორმონები, რომლებიც მოხუცებულობის ან ამ ასაკთან მიახლოებულ პერიოდში დაქვეითებული ფუნქციის მქონე საკვერცხეების მიერ არ გამომუშავდება. ასეთ შემთხვევაში სწორი იქნება ვიფიქროთ საკვერცხეების გრანულოზო-უჯრედოვანი სიმსივნის შესაძლებლობაზე, საშვილოსნოს ტანის ან სხვა ორგანოების კიბოზე, ასევე სხვა პათოლოგიურ პროცესებზე, რომლებიც ორგანიზმში ესტროგენული ჰორმონების რაოდენობის მომატებას იწვევენ.

უფრო ხშირად ავადმყოფები უჩივიან სქესობრივი კავშირის შეუძლებლობას ან სიძნელეს, მტკივნეულობას და სხვ. თუ ამ ჩივილების მიზეზი არ არის დამოკიდებული ქმარზე, უნდა ვიფიქროთ სასქესო აპარატის განვითარების მთლიან ან ნაწილობრივ მანკებზე, მის განუვითარებლობაზე (ვიწრო ან მოკლე საშო) და სხვ.

სქესობრივ ცხოვრებასთან არის დაკავშირებული სასქესო ორგანოებში პათოგენური მიკრობების მოხვედრის შესაძლებლობა, კერძოდ, გონოკოკების. ამასთან დაკავშირებით სასქესო ორგანოების დაინფიცირება შედარებით იშვიათად გვხვდება სქესობრივი ცხოვრების დაწყებამდე, მაგრამ საგრძნობლად ხშირდება სქესობრივი ცხოვრების დაწყების შემდეგ.

სქესობრივი ლტოლვის დაუკმაყოფილებლობის დროს (ორგაზმის უქონლობა — dyspareunia), მასთან დაკავშირებული მცირე მენჯში შეგუბებითი მოვლენების განვითარების გამო, წარმოიშვება მთელი რიგი პათოლოგიური სიმპტომი, რომელთა შესახებაც ნაწილობრივ უკვე აღვნიშნეთ (მენსტრუალური ციკლის მოშლა, სასქესო ორგანოების პათოლოგიური სეკრეცია და სხვ.), და კიდევ შევეხებით. ასეთივე შედეგებს იძლევა ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებების ხმარება, განსაკუთრებით კი სქესობრივი ცხოვრების დროს სქესობრივი კავშირის ხშირად შეწყვეტა (coitus interruptus).

სასქესო აპარატის სხვადასხვა ანომალია შეიძლება იყოს უშვილობის მიზეზი. მათ ეკუთვნის საშოში ეკრანის შეუკავებლობა მოკლე საშოს გამო, საშვილოსნოს გადანაცვლება, შორისის ანომალიები და სხვ.

ანამნეზის ამ ნაწილში ისმება შემდეგი კითხვები: 1) სქესობრივი ცხოვრების დასაწყისი (რომელ ასაკში); 2) ავადმყოფი იმყოფება

პირველ თუ განმეორებით ჭორწინებაში; თითოეულ მეუღლესთან ცხოვრების ხანგრძლიობა, განმეორებითი შეუღლების დროს ინტერვალის ხანგრძლიობა; 3) თვით ავადმყოფის მიერ შემჩნეული ცვალებადობა მის ჯანმრთელობაში სქესობრივი ცხოვრების დაწყების შემდეგ და აგრეთვე განმეორებითი შეუღლების დროს; 4) სქესობრივი დაკმაყოფილება — ლტოლვა, გულგრილობა, ორგაზმის არსებობა ან არარსებობა და სხვ.; 5) იყენებდა თუ არა ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებებს და, კერძოდ, რომელს; 6) სქესობრივი კავშირის შემდეგ იკავებს თუ არა ეაკულატს; 7) სქესობრივი კავშირის შემდეგ ხომ არ აქვს სასქესო ორგანოებიდან სისხლიანი ან სისხლნარევი გამონადენი; 8) მტკივნეულია თუ არა სქესობრივი კავშირი და მტკივნეული ადგილი.

შ ვ ი ლ ო ს ნ ო ბ ი ს ფ უ ნ ქ ც ი ა. ავადმყოფის შვილოსნობის ფუნქციის გამორკვევა ექიმს საშუალებას აძლევს საჭირო მონაცემები მიიღოს მისი გინეკოლოგიური ჯანმრთელობის, შესაძლო გინეკოლოგიურ დაავადებათა, მათი წარმოშობის მიზეზის, დროისა და პროგნოზის შესახებ. გამორკვეული უნდა იქნეს, თუ რამდენჯერ იყო ავადმყოფი ორსულად სქესობრივი ცხოვრების მთელი ხნის განმავლობაში. მეტისმეტი ნაყოფიანობა, როდესაც ერთ ორსულობას უშუალოდ მოჰყვება მეორე, წარმოადგენს ჯანმრთელობის მდგომარეობის კარგ მაჩვენებელს, საერთოდ, და, კერძოდ, სასქესო სფეროსას, ენდოკრინული და სხვა ჯირკვლების კარგი ფუნქციის მაჩვენებელს. ერთი ორსულობა, მიუხედავად მრავალი წლის სქესობრივი ცხოვრებისა, ან არც ერთი ორსულობა, პირიქით, მეტყველებს ჯანმრთელობის სისუსტეზე, თუ რასაკვირველია, ეს არ არის დაკავშირებული ქმართან ან ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებების ხმარებასთან.

თუ სქესობრივი ცხოვრების დაწყებიდან 3 წლის განმავლობაში ქალი არც ერთხელ არ დაორსულებულა, ლაპარაკობენ პირველად უშვილობაზე (sterilitas I). თუ ერთი ან რამდენიმე ორსულობის შემდეგ ქალი აღარ ორსულდება იგივე ვადის განმავლობაში, მაშინ ლაპარაკობენ მეორად უშვილობაზე (sterilitas II). თუ ორსულობა ხდება დაუბრკოლებლივ და საკმაოდ ხშირად, მაგრამ ორსულობის ბოლომდე მიტანა მაინც არ ხერხდება და მთავრდება აბორტით, ლაპარაკობენ შედარებით უშვილობაზე (infertilitas). უფრო ხშირად

უშვილობის პირველი და უკანასკნელი სახეები დაკავშირებულია განუვითარებლობასთან და ენდოკრინულ-ნერვულ მოშლილობასთან. მეორადი უშვილობა კი უმეტეს შემთხვევაში დაკავშირებულია წინა მშობიარობის ან აბორტის დროს ქალის სასქესო ორგანოებში შეპარილ ინფექციასთან. ზოგიერთ შემთხვევაში უშვილობის ეს სახე წარმოადგენს ჰორმონული წონასწორობის დარღვევის შედეგს („ჰორმონული ტრავმა"), რომელსაც არაიშვიათად ადგილი აქვს აბორტის შემდეგ (თვითნებური ან ხელოვნური).

არანაკლებ საყურადღებოა, თუ როგორ მიმდინარეობდა ორსულობა და მშობიარობა, ხომ არ ჰქონდა ადგილი ხელოვნურ ან თვითნებურ აბორტებს, როგორ მიმდინარეობდა ლოგინობის ან აბორტის შემდგომი პერიოდი. ამასთან, ექიმი ღებულობს საჭირო მონაცემებს ინფექციის, სამშობიარო გზების, საშვილოსნოს, მის გარშემო მდებარე ორგანოების ტრავმის შესაძლებლობაზე და სხვ., რომელთაც შეეძლოთ მიეცათ საწყისი იმ დაავადებისათვის, რის გამოც ავადმყოფმა ექიმს მიმართა.

ასე, მაგალითად, შინაგანი სასქესო ორგანოების გადანაცვლება და გამოვარდნა უმეტეს შემთხვევებში წარმოიშვება მშობიარობის დროს მენჯის ძირის დაზიანების შედეგად. შინაგანი სასქესო ორგანოების ქრონიკული ანთება არაიშვიათად დაკავშირებულია მშობიარობისა და ლოგინობის ხანის ინფექციასთან ან უფრო ხშირად — აბორტთან. საშვილოსნოს ყელის ჩახევები იწვევს მის დეფორმაციას და ჰიპერტროფიას, ყელის არხის ლორწოვანი არხის გამობურთვას (ectropion), ეროზიების წარმოშობას და სხვ. ყველა ეს პათოლოგიური პროცესი არაიშვიათად იძლევა ხელსაყრელ ნიადაგს კიბოს განვითარებისათვის.

გათვალისწინებული უნდა იქნეს, რომ მრავალშვილიანი ქალის საშვილოსნო მნიშვნელოვნად დიდია უშვილო ქალის საშვილოსნოსთან შეფარდებით, ამიტომ გადიდებული საშვილოსნოს აღმოჩენა არ შეიძლება სწორად იქნეს შეფასებული წინა მშობიარობის მხედველობაში მიუღებლად.

ამ სფეროში ფრიად საყურადღებოა შემდეგის გამორკვევა: 1) სქესობრივი ცხოვრების მერამდენე წელს და რომელ ასაკში მოხდა ორსულობა; 2) რამდენი ორსულობა ჰქონდა მთელი ცხოვრების მანძილზე და როგორ მიმდინარეობდა; ხომ არ ჰქონია ბუშტ-

ნამქერი, საშვილოსნოსგარე ორსულობა და სხვა გართულებანი; 3) რამდენი მშობიარობა ჰქონდა და როდის, მათი მიმდინარეობა, ხომ არ ჰქონია ადგილი რაიმე გართულებებს მშობიარობის დროს და ლოგინობის ხანაში და თუ ჰქონდა, როგორს; ჰქონდა თუ არა ადგილი ოპერაციულ ჩარევას; 4) რამდენი აბორტი ჰქონდა — ხელოვნური (სამედიცინო ჩვენებებით), საავადმყოფოს გარეშე, თვითნებური და როდის; ჰქონდა თუ არა ადგილი რაიმე გართულებებს აბორტის დროს ან აბორტისშემდგომ პერიოდში და რა ზომები იყო მიღებული; 5) როდის ჰქონდა უკანასკნელი ორსულობა, რომელ ჟამში, როგორ მიმდინარეობდა და რით დამთავრდა: მშობიარობით — სწრაფი ან ნაადრევი, აბორტით — ხელოვნური ან თვითნებური; ხომ არ ჰქონია ადგილი გართულებებს მშობიარობის დროს (აბორტის) ან ლოგინობის (აბორტისშემდგომ) ხანაში და თუ ჰქონდა, როგორს; რით და როგორ მკურნალობდა ავადმყოფი.

მ ე ზ ო ბ ე ლ ი ო რ გ ა ნ ო ე ბ ი ს ფ უ ნ ქ ც ი ე ბ ი. ქალის შინაგანი სასქესო ორგანოები მჭიდრო კავშირშია ურეთრასთან, შარდის ბუშტთან, შარდსადენთან, სწორ, სიგმოიდურ, ბრმა და ჰიანაწლავებთან. ეს კავშირი არა მარტო ტოპოგრაფიულია, არამედ ფუნქციურიც, თუ მხედველობაში მივიღებთ ინერვაციის საერთო წყაროებს. ყველა ეს ორგანო ადვილად ჩაითრევა იმ პათოლოგიურ პროცესში, რომლითაც სასქესო ორგანოები ზიანდება. და, პირიქით, ამ ორგანოებში დაწყებული პათოლოგიური პროცესები ძალიან ადვილად გადადის ამა თუ იმ სასქესო ორგანოებზე. ასე, მაგალითად, საშვილოსნო და საშო დაწევის ან გამოვარდნის დროს თან ითრევენ შარდის ბუშტს და სწორ ნაწლავს. ეს კი ბუნებრივად იწვევს შარდის ბუშტის ფუნქციის დარღვევას: შარდშეუკავებლობას, შარდზე ხშირ მიდგომას, მოშარდვის სიძნელეს, ხოლო საშვილოსნოს სრული გამოვარდნის დროს — შარდვის შეუძლებლობას, გამოვარდნილი ორგანოს მდებარეობის გაუსწორებლად. საშვილოსნოს ყელისა და საშოს კიბოს დროს ინფილტრატი, რომელიც ვრცელდება შარდის ბუშტზე და სწორ ნაწლავზე, ჯერ არღვევს მათ ფუნქციას, შემდეგ კი აზიანებს მათ. ამასთან, შარდსადენის სანათური, რომელიც კიბოვანი ინფილტრაციითაა მიჭყლეტილი, შეიძლება სავსებით დაიხუროს. ასეთ შემთხვევებში ვითარდება ჰ ი დ რ ო უ რ ე თ ე რ ი შემდგომი მძიმე გართულებებით.

კიდევ უფრო ხშირად შეინიშნება ანთებითი პროცესების გადასვლა მეზობელ ორგანოებზე. ასე, მაგალითად, მუცლის ფარის ტუბერკულოზური ანთება ხშირად ვრცელდება საშვილოსნოსა და ფალოპის ლულებზე; სასქესო ორგანოების გონორეის დროს ანთებითი პროცესი გადადის შარდსადენზე და შარდის ბუშტზე; ჩირქი საშვილოსნოს უკანა სივრცის აბსცესიდან და საშვილოსნოს ახლომდებარე უჯრედისიდან ხშირად იჭრება შარდის ბუშტსა და სწორ ნაწლავში და ამ ორგანოების მხრივ იწვევს განსაზღვრულ სიმპტომებს, რაც ძლიერ საყურადღებოა დაავადების დროულად გამოცნობისა და მკურნალობისათვის.

უნდა აღინიშნოს აგრეთვე, რომ არაიშვიათად შინაგანი სასქესო ორგანოებიდან მომდინარე სიმპტომებს შეცდომით მიაწერენ ხოლმე მეზობელ ორგანოებს და პირიქით. ასე, მაგალითად, საშვილოსნოსგარე ორსულობა ან საკვერცხის სიმსივნის ფეხზე მობრუნება სიმულირებს აპენდიციტთან და პირიქით; სიგმოიდური ნაწლავის სპაზმურ შეკუმშვებს, რაც ხშირად შეინიშნება ქალებში, განსაკუთრებით ორსულობის ან თვიურის დროს, შეცდომით თვლიან ლულების ან საშვილოსნოს პათოლოგიურ ცვლილებად.

შეიძლება უამრავი ასეთი მაგალითის მოყვანა. ჩვენთვის ცნობილია ამგვარი მაგალითების საკმაო რაოდენობა, რომელთა დროს არ იყო საჭირო ოპერაციული ჩარევა.

ამიტომ ავადმყოფის გამოკითხვისას უნდა გამოირკვეს: 1) შარდის გამოყოფის მდგომარეობა: უმტკივნეულო, მტკივნეული დასაწყისში, შარდვის დროს, გათავებისას, გაძნელებული შარდვა; ხშირი, იშვიათი. ჩვეულებრივ პიროპებში ქალი შარდავს 4—5-ჯერ დღე-ღამეში, კლიმაქტერიულ ხანაში, ჩვენი დაკვირვებით, — უფრო ხშირად; ზოგჯერ შარდი უნებლიედ გამოდის წვეთ-წვეთად ან შეკავებულია განსაზღვრული დროის განმავლობაში, მაგალითად, 1—2 საათით, ხოლო შემდეგ უნებლიედ გამოდის ნაკადის სახით; შარდშეუკავებლობის ან შარდის გამოყოფის ხასიათის დამოკიდებულება სხეულის განსაზღვრულ მდგომარეობასთან; შარდის ხასიათი: გამჭვირვალე, მღვრიე, სისხლნარევი; 2) კუჭის მოქმედების ხასიათი: ფალარათი, ქრონიკული ყაბზობა ტენეზმებით ან უტენეზმოდ, სწორი ნაწლავიდან ლორწოს გამოყოფა დეფეკაციამდე ან განავალთან ერთად, განავალში სისხლის ან ჩირქის შერევა, დეფეკაცია ხომ არ არის

გაძნელებული ან დაკავშირებული მტკივნეულობასთან; 3) სპაზმური, შეტევითი ხასიათის ტკივილი ან მათი არარსებობა თეძოების მიდამოში; ავადმყოფის დაკვირვებით ხომ არ არის ეს ტკივილი დაკავშირებული საკვების მონელების აქტთან, მენსტრუალურ ციკლთან, ორსულობასთან.

ბ. ავადმყოფის გამოკვლევა ფიზიკური მეთოდებით

გამოკითხვის შემდეგ ექიმი იწყებს ავადმყოფის გამოკვლევას ფიზიკური მეთოდებით. გამოკვლევას იწყებენ ავადმყოფის საერთო გასინჯვით, რაც, ჩვეულებრივ, იძლევა საჭირო მონაცემებს დიაგნოზისათვის. ამიტომ, თუ ექიმი ანამნეზის შეკრების შემდეგ უშუალოდ ავადმყოფის გინეკოლოგიურ გასინჯვას იწყებს, ეს მის უხეშ შეცდომად უნდა ჩაითვალოს. ქალს წინასწარ უნდა გავუსინჯოთ სხეულის ტემპერატურა, დავუთვალოთ პულსი და გავუსინჯოთ სისხლის წნევა. გამოკვლევის წინ ავადმყოფმა უნდა მოშარდოს. სასურველია აგრეთვე კუჭ-ნაწლავის დაცლა, რაც ზოგიერთ შემთხვევაში აუცილებელიცაა.

საერთო გამოკვლევა

ორგანიზმის საერთო შესახედაობა და აგებულება. პირველ რიგში უნდა განვსაზღვროთ ქალის სიმაღლე (ძლიერ მაღალი, მაღალი, საშუალო, დაბალი, ძლიერ დაბალი), აგებულება (სწორი, უსწორო), სახის ნაკვთები, რომლებიც დაკავშირებულია თავის ქალას აგებულებასთან. ამასთან ძალიან მნიშვნელოვანია იმის გამორკვევა, არის თუ არა აკრომეგალიის მოვლენები, რომლებიც შეიძლება ჰიპოფიზის უკანა ნაწილის ფუნქციის დარღვევასთან იყოს დაკავშირებული და ხშირად შემჩნეულია სხვადასხვა სამეანო და გინეკოლოგიური დაავადების დროს, მაგალითად, ორსულთა ტოქსიკოზებისა და საშვილოსნოსა და მის დანამატებში არსებული სიწ-სივნეების დროს. არსებითი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ავადმყოფის გარეგან შესახედაობას და კანქვეშა ცხიმოვანი შრის განვითარებას. ასე, მაგალითად, თვალს ხვდება ავადმყოფის სისხლნაკლებობა ან კახექსია, დაკავშირებული ხანგრძლივ სისხლდენებთან, დამაუძლურებელ დაავადებებთან. მოდუნებული კანი, განსაკუთრებით სახეზე,

იმ ქალთა შორის არის შემჩნეული, რომელთაც აქვთ შინაგანი სეკრეციის ორგანოების დაწევა. პირიქით, კარგად შენახული კანის ტურგორი, ახალგაზრდული შესახედაობა, რაც არ შეეფერება ხანში შესული ასაკის ქალს, მეტყველებს საკვერცხეების კარგ ფუნქციურ მდგომარეობაზე. საკმაო ან კარგად გამოხატული სიმსუქნე წარმოადგენს ნივთიერებათა ცვლის მოშლას და, ჩვეულებრივ, მიგვითითებს ენდოკრინული ორგანოების, განსაკუთრებით კი საკვერცხეების, ჰიპოფიზის, ფარისებრი და კუპუკანა ჯირკვლების ფუნქციის არსებით მოშლაზე. ეს ორგანოები დიდ როლს თამაშობს ზოგიერთი გინეკოლოგიური დაავადების დროს. სახისა და კიდურების შეშუპება ან პასტოზურობა, მით უმეტეს, თუ ეს შეხამებულია ტუჩების, ქვედა და ზედა კიდურების უკანასკნელი ფალანგების ციანოზთან, შეიძლება იყოს სისხლის მიმოქცევის სისტემის უკმარისობის, თირკმლების, ნეიროჰუმორალური სისტემის დაავადების მაჩვენებელი და სხვ. ამაზე მეტყველებს აგრეთვე ხელ-ფეხის გაცივებული თითები.

კ ა ნ ი ს ს ა ფ ა რ ვ ე ლ ი. კანის ელასტიკურობის (ტურგორი) გაცნობის გარდა, რასაც უკვე შევეხეთ, ყურადღება უნდა მიექცეს აგრეთვე მის ფერს. ასე, მაგალითად, ჰიპის ციანოზი და ხელისა და ფეხის გულების სიყვითლე ხშირად გვხვდება მუცლის ღრუში სისხლჩაქცევების დროს. პიგმენტაციის ანომალიებიც ასევე შველის ექიმს დაავადების დიაგნოზის ან მისი ეტიოლოგიის დაზუსტებაში. სახის კანის, კერტების ირგვლივ (areola) და აგრეთვე მუცლის თეთრი ხაზის გაძლიერებული პიგმენტაცია ან, პირიქით, კანის განსაზღვრულ ნაწილებში პიგმენტაციის უქონლობა, რის გამოც ისინი თეთროვანი (vitiligo) ხდებიან, ენდოკრინული მოშლის მაჩვენებელია. არაიშვიათად ორივე ეს პროცესი — ჰიპერპიგმენტაცია და აპიგმენტაცია — გვხვდება ერთდროულად, რის გამოც უპიგმენტო ნაწილები მკვეთრად გამოირჩევა მუქ ფონზე და უფრო მეტად აშუქებს მას. ასეთი მდგომარეობა, რომელიც სხვადასხვა ხარისხით და სხვადასხვა კომბინაციითაა გამოხატული, გვხვდება ორსულობის დროს და აგრეთვე, ჩვენი დაკვირვებებით, სქესობრივი მომწიფებისა და კლიმაქტერიულ პერიოდში, საშვილოსნოსა და საკვერცხეების ზოგიერთი სიმსივნის დროს. ამავე პერიოდში ზოგჯერ ჩნდება სხვადასხვაგვარი დერმატოზი: acne, herpes და სხვ. ზოგიერთ ავადმყოფს დერმატოზები პერიოდულად უჩნდება და უქრება, რაც დამოკიდებულია მენსტრუა-

ციის დაწყებასთან და მის პათოლოგიურ მიმდინარეობასთან. ეს კი მოწმობს ამ დერმატოზების ენდოკრინულ ეტიოლოგიას. დიდი სამამულო ომის წლებში ჩვენ მიერ აღწერილი იყო მრავალრიცხოვანი დაკვირვება, როდესაც ქალიშვილებს ჰქონდათ სხვადასხვა დერმატოზი, განსაკუთრებით სარძევე ჯირკვლებისა, ამ ქალიშვილების უმრავლესობას ერთდროულად ჰქონდა მენსტრუალური ციკლის მოშლა.

არ შეიძლება გვერდი ავუხვიოთ ისეთ ფაქტებს, როგორიცაა კანის ზედაპირზე მეჭეჭისებური წანაზარდები, ზოგჯერ ძლივს შესამჩნევი ანგიომები, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც მათი რიცხვი დიდია და თითქოს მთელ ტანზეა გაფანტული. ჩვენი დაკვირვებების თანახმად, ისინი ხშირად გვხვდებიან ორგანიზმში დაწყებული ან უკვე განვითარებული ახალწარმოქმნილი პროცესის დროს.

ზოგჯერ რუდიმენტულ დვრილებს შეცდომით თვლიან მათ მსგავს მეჭეჭებად. გამადიდებელი შუშით ყურადღებით დათვალიერებისას ისინი ადვილად განირჩევიან ერთმანეთისაგან. მათი გარჩევა შეიძლება აგრეთვე ლოკალიზაციითაც, რადგან რუდიმენტული დვრილები ლაგდება კერტების ხაზებზე.

ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის სწორი შეფასებისათვის არსებითი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე თმიანობის განვითარების ხარისხსა და ხასიათს. თმიანობა ბოქვენზე, რომელიც ვრცელდება მუცლის თეთრი ხაზის გასწვრივ (მამაკაცის ტიპი), ან ზომიერად გამოხატული თმიანობა ქვედა კიდურებზე, შორისზე, უკანა ტანის ირგვლივ, სუსტად გამოხატული თმიანობა, ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება ენდოკრინული სისტემის და მათ შორის საკვერცხეების არანორმალურობით იყოს გამოწვეული. მკვეთრი ჰიპერტრიქოზი, როდესაც ზოგჯერ მთელი ტანი თმითაა დაფარული, ულვაშები და წვერები საკმაოდ არის გამოხატული, უნდა აიხსნას, როგორც ჰორმონული წონასწორობის ღრმა დარღვევის შედეგი. საყურადღებოა მხედველობაში ვიქონიოთ ის, რომ ჰიპერტრიქოზი თან ახლავს საკვერცხეების ზოგიერთ წარმონაქმნს, მაგალითად, არენობლასტომას. იგი უჩნდებათ ქალებს მამაკაცის სასქესო ჰორმონის დიდი დოზებით არაჯანსაღი მკურნალობის შედეგადაც. ასეთ შემთხვევებში მკურნალობის შეწყვეტით ან სიმსივნის ამოკვეთით თმების პათოლოგიური ზრდა წყდება, გაზრდილი თმები კი ცვივა.

დიდი მნიშვნელობა აქვს სარძევე ჯირკვლების დათვალიერებას;

მათი პარენქიმის კარგ განვითარებას (და არა ცხიმოვანი უჯრედისს), ისე როგორც მათ ატროფიას, დიდი მნიშვნელობა აქვს სხვა ორგანოების დაზიანების შესახებ მსჯელობისათვის. ასე, მაგალითად, სარძევე ჯირკვლების კარგმა განვითარებამ ორგანიზმის თანდათანობით ჰკნობის ან მოხუცებულობის პერიოდში უნდა გვაფიქრებინოს საკვერცხეებში გრანულოზურ-უჯრედოვანი სიმსივნის არსებობაზე.

ნორმალური მენსტრუაციის მქონე ჯანმრთელ ქალებს, ოვულაციამდე 1—3 დღით ადრე, რომლის დროს, როგორც ცნობილია, ხდება ფოლიკულიდან მომწიფებული კვერცხის განთავისუფლება, ძუძუს კერტები უხდებათ ჰიპერემიული, მგრძნობიარე, დაჭიმული. მოსალოდნელი მენსტრუაციის წინა დღეებში ყურადღებას იპყრობს სარძევე ჯირკვლების გადიდება და გამაგრება. პირველი ამ ფენომენებიდან ორგანიზმის ჰიპერფოლიკულინიზაციის მაჩვენებელია, მეორე კი — ორგანიზმში ყვითელი სხეულის — პროგესთერონის — დიდი რაოდენობით არსებობის მაჩვენებელი. ამ ნიშნების უქონლობა იმ დღეებში, როდესაც მათ უნდა ჰქონდეს ადგილი, ან მათი გამოვლინება შეუფერებელ დროს (მაგალითად, მენოპაუზის პერიოდში), ექიმს აფიქრებინებს ავადმყოფის ნეირო-ჰუმორალური სისტემის არსებით გადახრებზე და აიძულებს ეძებოს მათი მიზეზი.

არსებითად დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე სარძევე ჯირკვლების სეკრეტის ხასიათის გაცნობას, რომელიც არაიშვიათად აქვთ ავადმყოფებს. ასე, მაგალითად, სარძევე ჯირკვლებიდან ხსენის გამოყოფა მიგვითითებს ორსულობის ზრდაზე, რძის გამოყოფა კი ამოცნობილი ორსულობის დროს — შეწყვეტილ ორსულობაზე; ახალი სისხლით შეფერილი სეკრეტის გამოყოფა ამტკიცებს ჯირკვლების პარენქიმაში სიმსივნის არსებობას, ხოლო ძველი სისხლით შეფერილი სეკრეტი (მენსტრუალური სისხლის მსგავსი) — ჯირკვლების პარენქიმაში ენდომეტრიოზის არსებობას. ასეთივე მუქი და შესქელებული სისხლი ზოგჯერ შეიძლება გამოვადინოთ ძუძუს კერტებიდან ჰემორაგიული მეტროპათიის დროს. ზოგჯერ მენსტრუაციის დროსაც ჩნდება ხსენი.

ყოველმა ექიმმა სავალდებულოდ უნდა ჩათვალოს მასთან მოხვედრილი ყველა ქალის სარძევე ჯირკვლების გასინჯვა, განსაკუთრებით 35 წლის ზევით ასაკში, რათა დარწმუნდეს სარძევე ჯირკვლებში სიმსივნეებისა და, განსაკუთრებით, კიბოს არარსებობაში.

ნერვული სისტემა. ამჟამად, როდესაც ჩვენი სამამულო ფიზიოლოგიის ფუძემდებლების ი. მ. სეჩენოვის, ნ. ე. ვედენსკის, ა. ა. უხტომსკის, ი. პ. პავლოვის შრომებით გამოირკვა, რომ ცოცხალ ორგანიზმში წამყვანია ნერვული სისტემის და, განსაკუთრებით, მისი უმაღლესი ნაწილის რეფლექსური მოქმედება, ყოველი ექიმისათვის ნათელია, რომ ნერვული სისტემის მდგომარეობის გამოკვლევის, მისი დათრგუნვის ან გაღიზიანების ხარისხის გამოვლინების გარეშე შეუძლებელია სწორი დიაგნოზის დასმა და მკურნალობის დანიშვნა. „რთული ურთიერთმოქმედების განხორციელებაში, — წერენ კ. მ. ბიკოვი და ი. ტ. კურცინი, — იმ გაღიზიანებებსა, რომლებიც მიიღებიან ექსტერორეცეპტორების მიერ, და იმ გაღიზიანებებს შორის, რომლებიც ეცემიან ინტერორეცეპტორებზე, ცენტრალური ნერვული სისტემის უმაღლეს განყოფილებაში ყოველთვის იქმნება აგზნებისა და შეკავების პროცესების შეფარდების ის დონე, რომელიც განსაზღვრავს როგორც ყოველი ცალკეული ორგანოს მიმდინარე რეაქციას, ისე ორგანიზმის ქცევას მთლიანად. რთული სისტემის ინტეგრაცია ხორციელდება უმაღლესი სარეგულაციო აპარატით — თავის ტვინის ქერქით... ცალკეულ პირობებში შეიძლება განვითარდეს უმაღლესი რეფლექსური ცენტრის ისეთი ფუნქციური ცვლილებების მდგომარეობა, რომლის შედეგადაც ვითარდება შინაგანი ორგანოების მუშაობის ხანგრძლივი და ღრმა მოშლილობანი“.[1]

ჩვენ ნერვული სისტემის მდგომარეობის გამოკვლევა მარტო ნევროპათოლოგებს არ უნდა მივანდოთ. რასაკვირველია, ბევრ შემთხვევაში სპეციალისტის მიერ გამოკვლევა აუცილებელია და სავსებით სწორიც, მაგრამ ჩვენ გვინდა ამავე დროს ხაზი გავუსვათ იმას, რომ ნერვული სისტემის მდგომარეობის და, განსაკუთრებით, მისი უმაღლესი ნაწილის საერთო განსაზღვრა უნდა იცოდეს ყოველმა ექიმმა. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ეძლევა ნერვული მოქმედების ტიპის განსაზღვრას, ე. ი. ქერქის და ქერქქვეშა მოქმედების ურთიერთდამოკიდებულების თავისებურებებს და პირველი და მეორე სასიგნალო სისტემების ურთიერთმოქმედების თავისებურებების განსაზღვრას. ამჟამად ჯერ კიდევ არ არსებობს საკმარისად ობიექ-

---

1 К. М. Быков и И. Т. Курцин. Кортико-висцеральная теория патогенеза язвенной болезни. Академия медицинских наук СССР, 1949.

ტური ტესტები, რომელთა დახმარებითაც შესაძლებელი იქნებოდა ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში ავადმყოფის ნერვული სისტემის ამა თუ იმ ტიპის დადგენა. პოლიკლინიკური მუშაობის პირობებში იძულებული ვართ დავკმაყოფილდეთ ავადმყოფის ნერვული სისტემის (რეფლექსები) უბრალო შესწავლით. სტაციონარის პირობებში კი ექიმს საშუალება აქვს უფრო ღრმად შეისწავლოს ავადმყოფი ხანგრძლივი დაკვირვებით და, გარდა ამისა, მას საშუალება ეძლევა მიახლოებით გამოარკვიოს ერთ-ერთი შემდეგი ტიპი (ი. პ. პავლოვის ნომენკლატურის მიხედვით)[1]:

I — ძლიერი გაუწონასწორებელი, აგზნებადი (ქოლერული);

II — ძლიერი გაწონასწორებული, მოძრავი (სანგვინური);

III — ძლიერი გაწონასწორებული, მშვიდი (ფლეგმატური);

IV — სუსტი გაუწონასწორებელი, შეკავებითი (მელანქოლიური).

ავადმყოფის ამა თუ იმ ჯგუფისადმი მიკუთვნება საშუალებას იძლევა უკეთ გამოვავლინოთ დაავადების ეტიოლოგია და პათოგენეზი, უკეთ მოვაგვაროთ რეჟიმი სტაციონარში და დავნიშნოთ უფრო ეფექტური მკურნალობა.

1951 წელს ჩვენი ხელმძღვანელობის ქვეშ მყოფი მოსკოვის II სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეან-გინეკოლოგიური კლინიკის კოლექტივი და მისი კლინიკური ბაზა—ნ. ი. პიროგოვის სახელობის მოსკოვის ქალაქის I კლინიკური საავადმყოფოს სამეანო-გინეკოლოგიური განყოფილება შეეცადნენ შეესწავლათ ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი ქალების უმაღლესი ნერვული მოქმედების ტიპოლოგიური მიდრეკილება. ამ მუშაობის მეთოდიკა და პირველი შედეგები ჩვენ მიერ მოხსენებული იყო 1952 წლის აპრილში სსრ კავშირისა და რსფსრ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სამშობიარო და გინეკოლოგიური დახმარების საბჭოს IV პლენუმზე. აღნიშნულმა პლენუმმა დაადგინა დაწყებული მუშაობის გაგრძელება და გაღრმავება.

ამ გარემოებამ და აგრეთვე ჩვენი მოხსენების შემდეგ საბჭოთა სამედიცინო პრესაში გამოქვეყნებულმა მთელმა რიგმა სტატიებმა, რომლებმაც გვიჩვენა, რომ ჩვენთან ერთდროულად ანალოგიური მუშაობა და, თითქმის ამავე მეთოდიკით, ჩაუტარებიათ სსრ კავშირის სხვა კლინიკურ დაწესებულებათა კოლექტივებსაც, მოგვცა სტიმული იმისათვის, რომ გაგვეუმჯობესებინა ჩვენ მიერ პირველად დ-

[1] უფრო დაწვრილებით იხილეთ ჩვენი სტატია «Опыт построения психопрофилактического режима работы родильного дома». Акушерство и гинекология, 1952 г. № 4.

მუშავებული მეთოდიკის შემდგომი ცდები და ფართოდ გამოგვეყენებინა იგი პრაქტიკაში.

ამ მეთოდიკას, რომლითაც ჩვენ ამჟამად ვსარგებლობთ და რომლის გაუმჯობესების მიზნითაც განვაგრძობთ მუშაობას, საფუძვლად უდევს ი. პ. პავლოვის მოძღვრება ქერქის დინამიკის შესახებ (უმაღლესი ნერვული მოქმედების ტიპების შესახებ).

როგორც ცნობილია, ადამიანის უმაღლესი ნერვული მოქმედების ტიპების კლინიკური განსაზღვრის ძირითად მეთოდებს წარმოადგენს: ა) ანამნეზის (ბიოგრაფია) გულმოდგინე და დაწვრილებითი შეკრება, ბ) კლინიკური დაკვირვებანი, გ) კლინიკურ-ექსპერიმენტული მონაცემები.

მეთოდიკის უქონლობის გამო, რომელიც ადვილად მისაწვდომი იქნებოდა პრაქტიკოსი ექიმისათვის და ამავე დროს საკმაოდ დამჯერებელიც, ჩვენ დღემდე ვსარგებლობდით ჭალის უმაღლესი ნერვული მოქმედების ტიპის განსაზღვრის აღნიშნული მეთოდებიდან მხოლოდ პირველი ორით: ანამნეზის გულმოდგინე და დაწვრილებით შეკრებისა და ავადმყოფის ქცევაზე კლინიკური დაკვირვების მეთოდით. ამასთან, საფუძვლად აღებული იყო ი. პ. პავლოვის კლასიკური ნომენკლატურა, ხოლო მის მიერ დადგენილი ნერვული მოქმედების ტიპების დაყოფა, რაც სპეციფიკურია ადამიანისათვის, „მხატვრულ“ და „მოაზროვნე“ ტიპებად, ჩვენ მიერ ჯერჯერობით არ იყო გამოყენებული ამ მიზეზით, რომ ამ მხრივ ჩვენ არ გვქონდა სათანადო გამოცდილება და მიზანშეუწონელი იქნებოდა გაგვერთულებინა ჩვენთვის ისედაც რთული საკითხი.

რადგანაც ჩვენ ხელთ არ გვქონდა დღემდე გამომუშავებული და კლინიკური გამოყენებისათვის ვარგისი რაიმე მტკიცე, საყოველთაოდ მიღებული მეთოდური დებულება ან „ტესტები“, იძულებული ვიყავით ჩვენ თვითონ გამოგვემუშავებინა ისეთი მეთოდიკა, რომელიც მოგვცემდა, თუმცა მეტად საორიენტაციოდ, ადამიანის ნერვული მოქმედების ტიპის განსაზღვრის საშუალებას. რადგან პავლოვისა და მისი მოწაფეების მიერ ძაღლებზე დადგენილი კლინიკური მეთოდიკა არ შეიძლება მექანიკურად გადავიტანოთ ადამიანზე, ამიტომ ჩვენ ამ საკითხის შესწავლა დავიწყეთ კლინიკური დაკვირვებების მეთოდით. ჩვენ შევეცადეთ დასახული ამოცანა გადაგვეჭრა კარგად შეკრებილი და მეტადრე კარგად მოფიქრებული ანამნეზით, ავადმყოფის ყოველდღიური ქცევის შესწავლით კონსულტაციაში და კლინიკაში მისი ყოფნის დროს გამოკვლევაზე და ა. შ. მისი რეაქციის შესწავლისა და სწორი შეფასების გზით.

ამგვარად, ჩვენ მიერ გამოკვლეული ჭალების უმაღლესი ნერვული მოქმედების ტიპოლოგიური მიდრეკილების შესწავლა წარმოებდა გამოკითხვით და ავადმყოფზე უშუალო დაკვირვებით. ამჟამად არ შეიძლება ეჭვი შეგვეპაროს იმაში, რომ გამოკითხვის მეთოდი არ წარმოადგენს გამოკვლევის მხოლოდ „სუბიექტურ“ მეთოდს და რომ ამიტომ არ შეიძლება იგი დავუპირისპიროთ „ობიექტურ“ გამოკვლევას. ამის შესახებ 1933 წელს თვით ი. პ. პავლოვიც წერდა ა. გ. ივანოვ-სმოლენსკის წიგნის — „უმაღლესი ნერვული მოქმედების პათოფიზიოლოგიის ძირითადი პრობ-

ლემები"—წინასიტყვაობაში: „იწყება და განხორციელდება ბუნებრივი და აუცილებელი დაახლოება, დაბოლოს, შერწყმა ფსიქოლოგიურისა ფიზიოლოგიურთან, სუბიექტურისა ობიექტურთან — გადაწყდება, ფაქტიურად, საკითხი, რომელიც დიდი ხნის განმავლობაში აწუხებდა ადამიანს, და ყოველგვარი ხელშემწყობი მოქმედება ამ შერწყმისათვის ახლო მომავალში მეცნიერების დიდი ამოცანაა"[1].

თავისთავად ცხადია, რომ ჩვენ მიერ არჩეულ მეთოდთან ერთად არსებობს აგრეთვე ფიზიოლოგიური გამოკვლევის სხვა უფრო რთული მეთოდებიც. ბუნებრივია, ჩვენ უნდა ვეცადოთ ყოველნაირად გამოვიყენოთ და გავაუმჯობესოთ ისინი. მაგრამ, სამწუხაროდ, ეს მეთოდები პრაქტიკოსი ექიმისათვის ჯერჯერობით მიუწვდომელია. ჩვენ მიერ ხმარებული გამოკითხვისა და დაკვირვების მეთოდიკა კი სავსებით მისაწვდომია ყოველი ექიმისათვის, რა პირობებშიც არ უნდა უხდებოდეს მას მუშაობა. მისი სწორი გამოყენების დროს შეიძლება გამოვავლინოთ, თუნდაც მიახლოებით, ადამიანის ძირითადი ნერვული პროცესების ხასიათი: ძალა, გაწონასწორება და ძვრადობა.

გამომუშავებულ მეთოდიკას უდავოდ ბევრი უარყოფითი მხარე აქვს. მათ შორის ძირითადია საკმაოდ ობიექტივიზირებული კრიტერიუმების, „ტესტების" უქონლობა. მის დიდ დადებით მხარედ კი ჩვენ ვთვლით ექიმის განკარგულებაში მყოფი ფაქტიური მასალის სიუხვეს. ფაქტების ასეთი სიუხვე, რის მიღებაც შეიძლება დაწვრილებითი გამოკითხვით და ყოველდღიური სისტემატური დაკვირვებით ადამიანზე, რომელიც ყოველდღიურად და ყოველ საათში განიცდის მრავალგვარ, სულ სხვადასხვა ხასიათის ზემოქმედებას, საეჭვოა, რომ მიღებულ იქნეს ყველაზე უფრო მომთხოვნი ექსპერიმენტატორის მიერაც კი, რომელიც სწავლობს ცხოველის ქცევას ლაბორატორიის პირობებში.

ამ მოსაზრებებით ვხელმძღვანელობდით მეთოდიკის არჩევის დროს, რომელსაც საფუძვლად უდევს ადამიანის ნერვული მოქმედების ტიპების განსაზღვრა კლინიკაში.

გამოკითხვას და ქალზე დაკვირვებას ჩვენ ვიწყებთ რაც შეიძლება ადრე — ქალთა კონსულტაციაში მისი მოსვლის მომენტიდანვე. ამგვარად, ნერვული მოქმედების ტიპების გამოკვლევის მასალების შეკრებას ვცდილობთ ქალის ექიმთან პირველი შეხვედრისთანავე. მასალები შემდგომ გადაეცემა სამშობიარო სახლს ან საავადმყოფოს გინეკოლოგიურ განყოფილებას, სადაც შეივსება კიდევ გასასინჯ ოთახში, სამშობიარო დარბაზში, საოპერაციოში, პალატაში და სხვ. დაბოლოს, მათი შევსება მთავრდება ქალთა კონსულტაციაში, სადაც ქალი ბრუნდება მშობიარობის შემდეგ.

მასალის შეკრების დროს ჩვენ გამოვდიოდით პავლოვის თეზისიდან, რომ უმაღლესი ნერვული მოქმედების ტიპების განსაზღვრა დამოკიდებულია ძირითად ნერვულ პროცესებზე — აგზნებასა და შეკავებაზე. როგორც პირველი გამოკითხ-

---

[1] И. П. Павлов. Полное собрание сочинений. 1951 г., т. III, кн. 2, გვ. 152.

ვის დროს, ისე შემდეგ დღეებშიც, განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ ორ მხარეს: ავადმყოფის ან ორსულის მიერ გადმოცემული ფაქტების არსს და იმას, თუ როგორ გადმოსცემს იგი ამ ფაქტებს, რა რეაქციას იწვევს ქალში მის მიერ გადმოცემული ფაქტები.

ამის შესაბამისად, გამოსაკვლევ ქალებთან საუბარს, მათ პასუხებს, ქცევასა და რეაქციას შიცემულ შეკითხვებზე ვიხილავთ ნერვული პროცესების მდგომარეობის და მათი ძირითადი თვისებების — ძალის, გაწონასწორების და ძვრადობის — ასპექტში. გამოსაკვლევი ქალის უმაღლესი ნერვული მოქმედების გაცნობა იწყება ბავშვობიდან და მოიცავს მისი ცხოვრების ყველა შემდგომ პერიოდს: სქესობრივი მომწიფების, სქესობრივი მოწიფულობის და ა. შ.

კითხვებსა და პასუხებში ასახულია: ა) გამოსაკვლევი ქალის განვითარება და აღზრდა; ბ) შრომისუნარიანობა და შრომის პირობები; გ) მისი ოჯახური ცხოვრება და ყოფა-ცხოვრების პირობები; დ) გადატანილი დაავადებანი და მათი შემდგომი გავლენა ნერვულ სისტემაზე; ე) ფსიქიკური ტრავმები; ვ) ცხოვრების სიძნელეები, მათი ხასიათი, როგორ იქნენ ისინი დაძლეული ან როგორ ძლევს ამჟამად ქალი ამ სიძნელეებს.

საუბრის დროს ექიმი ყურადღებით ადევნებს თვალს ორსულის ან ავადმყოფის ქცევას და აღნიშნავს მის რეაქციას: ა) ექიმთან პირველ შეხვედრაზე; ბ) ექიმის გასინჯვაზე მისაღებში, პალატაში, გასასინჯ ოთახში (ორი ხელით, ინსტრუმენტებით) და სხვ.; გ) გასინჯვის შემდეგ ექიმის გადაწყვეტილებაზე (დიაგნოზი, დანიშნული მკურნალობა — კონსერვატული, ოპერაციული); დ) უფროსი საექიმო პერსონალის შემოვლაზე — პროფესორის, განყოფილების გამგის (მაჯის და სუნთქვის ცვალებადობა, ვაზომოტორული მოვლენები და სხვ.); ე) სამკურნალო პროცედურებზე (ინექციები, ვენეპუნქციები, ფიზიოთერაპიული პროცედურები და ა. შ.).

ყურადღება ექცევა გამოსაკვლევი ქალის გულღიაობას, მის კონტაქტურობას პალატის მეზობლებთან და კლინიკის პერსონალთან, აგრეთვე ბრომისა და კოფეინის მოქმედებას, შთაგონებადობის ხარისხს და დერმოგრაფიზმის ინტენსივობას.

მიღებული მონაცემები ექიმს შეაქვს ქალთა კონსულტაციაში შედგენილი „გაცვლითი ბარათის“ სპეციალურ, დამატებით ფურცელში, ხოლო სტაციონარში — ავადმყოფობის ან მშობიარობის ისტორიაში. ამასთან, დაკვირვების პროცესში ჩვენ ვკმაყოფილდებით მხოლოდ ფაქტიური მასალების დაგროვებით, რომლებსაც გვაწვდის არა ერთი, არამედ რამდენიმე ექიმი: ქალთა კონსულტაციის ექიმი, პალატის ორდინატორი, მორიგე ექიმი, განყოფილების გამგე, ხოლო დასკვნა ამის შესახებ, თუ გამოკვლეული ქალი უმაღლესი ნერვული მოქმედების რომელ ტიპს მიეკუთვნება, კეთდება ხანგრძლივი დაკვირვების შემდეგ, ზოგჯერ კლინიკიდან უშუალოდ გაწერის წინ—ყველა მონაცემის შეფასების საფუძველზე.

თუ ფაქტიური მასალა შეკრებილია საკმაოდ სრულად და დასაბუთებული დასკვნების გამოტანის საშუალებას იძლევა, მაშინ გამომეღავნებული ნიშნების შეკრებით განისაზღვრება გამოკვლეული ქალის უმაღლესი ნერვული მოქმედების

ტიპოლოგიური მიდრეკილება. ამასთან, ჩვენ ვხელმძღვანელობთ შემდეგი საორიენტაციო მონაცემებით თითოეული მათგანის მიმართ.

უმაღლესი ნერვული მოქმედების ტიპების საორიენტაციო ნიშნები

ძლიერი გაუწონასწორებელი აგზნებადი ტიპის ნიშნები:

ა) პერსონალის მიმართ სიმკვახე;

ბ) გაღიზიანებულობა;

გ) თავშეუკავებლობა (საპირო ფარგლებში თავის შეკავების უუნარობა, ზომიერების უქონლობა);

დ) შიშის უქონლობა ძლიერი გამაღიზიანებლების წინაშე;

ე) მოუთმენლობა;

ვ) ბრომის დიდი დოზების ხმარებით სასურველი ეფექტის მიღწევა.

ძლიერი გაწონასწორებული მოძრავი ტიპის ნიშნები:

ა) მოუსვენრობა;

ბ) გამოცოცხლებულობა;

გ) განსაკუთრებული მოძრაობა ქცევაში, სწრაფი გადასვლა მოქმედებიდან მოსვენებაში და პირუკუ;

დ) კარგი კონტაქტურობა ირგვლივ მყოფთა მიმართ;

ე) სწრაფი ცვალებადობა მოქმედებისა მოსვენებაში და პირუკუ;

ვ) სწრაფი ჩაძინება და გაღვიძება;

ზ) კარგად გამოხატული შთაგონებადობა.

ძლიერი გაწონასწორებული ინერტული ტიპის ნიშნები:

ა) ნაკლებმოძრაობა და ინერტულობა;

ბ) სიმშვიდე ხალხთან შეხვედრის დროს („დარბაისლობა");

გ) ირგვლივ მყოფთა მიმართ სრული კონტაქტურობა;

დ) მშვიდი ქცევა ექიმის მიერ გასინჯვის დროს;

ე) ნელი ჩაძინება და გაღვიძება;

ვ) კარგად გამოხატული შთაგონებადობა.

სუსტი გაუწონასწორებელი შეკავებითი ტიპის ნიშნები:

ა) გარემო პირობებთან ნელი შეგუება;

ბ) მშიშარობა;

გ) შიში ექიმის მიერ გასინჯვის დროს (ცრემლები);

დ) წუხილი ექიმის მოლოდინში და მისი გადაწყვეტილების მიმართ დიაგნოზისა და მკურნალობის შესახებ;

ე) პესიმიზმი;

ვ) სასიცოცხლო პოზიციების შენარჩუნების უუნარობა;

ზ) გაღიზიანებითი პროცესების გაძლიერება კოფეინით.

ქვევით მოცემულია ცხრილი-სქემა, რომელშიც სისტემაშია მოყვანილი ზემოაღნიშნული კლინიკური ნიშნები, რომლებიც ჩვენ მიერ გამოყენებულია ადამიანის უმაღლესი ნერვული მოქმედების ტიპის განსაზღვრისათვის.

	ძლიერი გაუწონასწორებელი (აგზნებადი)	ძლიერი გაწონასწორებული (ხალისიანი)	ძლიერი გაწონასწორებული (ინერტული)	სუსტი გაუწონასწორებელი (შეკავებითი)
1	2	3	4	5
ა. უმაღლესი ნერვული მოქმედების ძირითადი პროცესები: 1. აგზნება; 2. შეკავება;	აგზნება სჭარბობს შეკავებას	ორივე ძირითადი პროცესი გამოხატულია თანაბრად		შეკავება სჭარბობს აგზნებას
ბ. ნერვული პროცესების ძირითადი თვისებები: 1. ძალა		შრომისუნარიანობა კარგადაა გამოხატული		სწრაფი ადვილდაღლადობა, ადვილდამორჩილებულობა, მიზნის მიღწევისათვის სიმტკიცის უქონლობა
2. გაწონასწორება	თავშეუკავებლობა, მოუთმენლობა, გარეგნულ ქცევაში გაძლიერებული რეაქცია, ზედმეტი მოძრაობანი, ჟესტები	თავდაჭერილობა და დისციპლინიანობა	ქცევებსა და მოქმედებებში შეინიშნება ზედმიწევნითი სიფრთხილე და წესიერება	შეკავებითი პროცესების სიჭარბე ორივე პროცესის ერთდროული შესუსტება
3. ძვრადობა	მოსვენების მდგომარეობიდან აგზნებაში მკვეთრი გადასვლა	ახალ გარემოსთან და ახალ პირობებთან სწრაფი შეჩვევა	ნელი შეჩვევა გარემოსთან, განსაკუთრებით ახალთან, სიზანტე მოქმედებაში	ირგვლივ მყოფთადმი და მომხდარი ამბებისადმი განურჩევლობა
ბ. უმაღლესი ნერვული მოქმედების მდგომარეობა სიცოცხლის სხვადასხვა პერიოდში: 1. საწყისი პერიოდი (განვლილი ცხოვრების პირველი მოგონებანი) 2. სქესობრივი მომწიფების პერიოდი	ცოცხალი თამაშობების მონაწილენი და მოთავენი, მისწრაფება „მბრძანებლობისადმი“ („ამტეხნი“), მშობლების მფარველობისაგან განთავისუფლებისაკენ მისწრაფება	ბავშვობასთან დაკავშირებულ მოვლენებში აქტიური მონაწილეობა	ზომიერი მონაწილეობა ცხოვრებაში მომხდარ ყველა მოვლენაში	ცოცხალ თამაშობებს თავს არიდებს, მტირალაა

1	2	3	4	5
3. სქესობრივი ზოზინფულობის პერიოდი		ოჯახურსა და საყოფაცხოვრებო პირობებში ორმხრივად თავდაპერილია		ბევრ საქმეში თავს დაჩაგრულად გრძნობს, ხშირად ტირის, ადვილად ექცევა მეგობრების გავლენის ქვეშ
4. კლიმაქსი	მკვეთრად გამოხატულია საკვერცხეების ფუნქციის „გამოვარდნის“ მოვლენები	საკვერცხეების ფუნქციის „გამოვარდნის“ მოვლენებს კარგად იტანს	საკვერცხეების ფუნქციის „გამოვარდნა“ კარგად არის გამოხატული	საკვერცხეების ფუნქციის „გამოვარდნა“ მკვეთრად არის გამოხატული
დ. ცხოვრების ცალკეული მომენტები: 1. შრომისუნარიანობა და ძალთა მარაგი	ინიციატიურობა, ძლიერ სიმტკიცეს იჩენს მიზნის მიღწევაში	დიდია შრომისუნარიანობა და ძალთა მარაგი		დამატებით საძუშაოზე ხშირი უარი, არასაკმაო ინიციატიურობა
2. ჭცევა საშიშროების დროს	სიმტკიცე ცხოვრების წინააღმდეგობათა დაძლევაში	მომხდარი ამბების სწრაფი შეფასება, რის შემდეგ დგამს ამა თუ იმ ნაბიჯს	მდგომარეობის შეფასება მიმდინარეობს უფრო ხანგრძლივად, რის შემდეგ იღებს გადაწყვეტილებას	არ არის ამტანი. გაურბის ცხოვრების მძიმე ამოცანების გადაწყვეტას
3. ჭცევა სამკურნალო დაწესებულებების პირობებში	პერსონალთან შეტაკება, მკურნალობაზე უარი		სამკურნალო დაწესებულების პირობებში სრული ნდობა ყველა მოთხოვნის მიმართ	ზედმიწევნითი მშიშარობა
ალკოჰოლი	მკვეთრი აგზნება	ზომიერი აგზნება		ორივე პროცესის სისუსტისას დამთრგუნველი ზემოქმედება

1	2	3	4	5
ეთერი	დაძინების პროცესი გახანგრძლივებულია	სწრაფად იძინებს		
ბრომი	იძლევა ძირითადი ნერვული პროცესების დროებით გაწონასწორებას			იწვევს ნერვული მდგომარეობის დათრგუნვას
კოფეინი	აგზნების გაძლიერება			შემცირებული დოზებიც კი იწვევს ამგზნები ფუნქციის გაძლიერებას

ენდოკრინული ორგანოები. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ავადმყოფის გარეგანმა გასინჯვამ შეიძლება მიგვითითოს ენდოკრინულ მოშლაზე (ჩონჩხის არასწორი ზრდა, ცხიმოვანება, ჰიპერტრიქოზი და სხვ.). ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება, რომელიც თვალითა და ხელის შეხებით ადვილად შეიძლება დავადგინოთ, ისევე როგორც ამასთან დაკავშირებული სიმპტომები: ხშირი პულსი, თვალების სიბრწყინვალე, შეშუპებანი და სხვ., ექიმმა დაავადების შეფასების დროს ყოველთვის უნდა მიიღოს მხედველობაში.

ენდოკრინული ჯირკვლების გამოკვლევა ხდება ენდოკრინულ დაავადებათა კლინიკის პრინციპებითა და მეთოდებით. ამავე დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ ცენტრალური ნერვული სისტემის ზეგავლენით რეფლექსურად იცვლება ენდოკრინული ორგანოების მოქმედებაც და ჰორმონების გამოყოფაც. ეს უკანასკნელი, სისხლში მოხვედრისას, მოქმედებს სხვადასხვა ორგანოზე და სისტემაზე უმთავრესად ნერვულ-რეცეპტორული აპარატის გამღიზიანებლების სახით, იწვევს ახალ რეფლექსურ რეაქციას — იქმნება ჯაჭვური ნერვორეფლექსური პროცესი, სადაც ჰორმონები გამოდიან უკვე ამ პროცესის ერთ-ერთი რგოლის როლში (მ. გ. დურმიშიანი). ჰორმონული ნივთიერების როლის ასეთი გაგება ექიმს ეხმარება გაარკვიოს მათი როლი დაავადების კონკრეტულ შემთხვევაში. გინეკოლოგიური ავად-

მყოფების საკვერცხეების გამოკვლევას დიდი მნიშვნელობა აქვს, ამიტომ ამ საკითხზე უფრო დაწვრილებით შევჩერდებით.

ნივთიერებათა ცვლა. ორგანიზმის სიცოცხლისათვის უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ნივთიერებათა ცვლის მოშლას. ქალის თითქმის ყველა ბიოლოგიური თავისებურება პირდაპირ და უშუალოდაა დაკავშირებული ნივთიერებათა ცვლის მდგომარეობასთან. ასე, მაგალითად, დიაბეტის დროს ძალიან ხშირად შეინიშნება შიგნითა და გარეთა სასქესო ორგანოების დაზიანება, წყლულებისა და ეროზიების წარმოშობა, მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევა. ზედმიწევნითი სიმსუქნე, რაც ლაპარაკობს შენელებულ ნივთიერებათა ცვლაზე, არა ნაკლებ ახდენს გავლენას სასქესო აპარატის ფუნქციურ მდგომარეობაზე. ამიტომ გინეკოლოგიური ავადმყოფის გამოკვლევის დროს ნივთიერებათა ცვლის მდგომარეობის შესწავლას საპატიო ადგილი უნდა ეჭიროს. საჭიროა კლინიკურ-ლაბორატორიულ გამოკვლევათა გამოყენება, რომელთა აღწერაც შეიძლება ვნახოთ სათანადო სახელმძღვანელოებში.

არაიშვიათად ავადმყოფის ფიზიკური მეთოდებით გულმოდგინე და ყოველმხრივი გამოკვლევის დროს ნახულობენ სასქესო ორგანოების ნორმალურ მდგომარეობას, მიუხედავად მათი ფუნქციის აშკარა დარღვევისა. ასეთ შემთხვევებში ექიმის ყურადღება მიმართული უნდა იყოს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობისაკენ. კერძოდ, გამორკვეული უნდა იქნეს ავადმყოფის ჩივილები ნივთიერებათა ცვლის დარღვევასთან ხომ არ არის დაკავშირებული.

უმნიშვნელოვანესი ორგანოების გამოკვლევა. ავადმყოფის უმნიშვნელოვანესი ორგანოების—გულის, ფილტვების, ღვიძლის, თირკმლების—მდგომარეობის დაწვრილებით გაცნობა ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია, რადგან მათი დაავადება გავლენას ახდენს სასქესო აპარატის მდგომარეობასა და ფუნქციაზე. ასე, მაგალითად, მცირე მენჯში შეგუბებითი მოვლენები და ამით გამოწვეული თვიურის მოშლა (მენორაგია, დისმენორეა და სხვ.) არაიშვიათად შეინიშნება გულის მანკების დროს. თავის მხრივ, სასქესო ორგანოების მდგომარეობა დიდ გავლენას ახდენს აღნიშნულ ორგანოებზე. ასე, მაგალითად, გულის კუნთის ჰიპერტროფია და მისი ფუნქციური უნარის დაქვეითება შეინიშნება საშვილოსნოს ფიბრომიომის დროს. სხვადასხვა ორგანოსა და სისტემას შორის არსებული მჭიდრო კავ-

შირი ცნობილია და მან არ შეიძლება გამოიწვიოს რაიმე ეჭვი ორგანიზმის მთლიანობის შესახებ.

ზოგიერთი ავადმყოფის უმნიშვნელოვანესი ორგანოების მდგომარეობა საშუალებას გვაძლევს სულ სხვაგვარად გავაშუქოთ გინეკოლოგიური დაავადებების ეტიოლოგიის საკითხი (მაგალითად, საშვილოსნოს დანამატების ანთების ტუბერკულოზური ეტიოლოგიის დადგენა, როდესაც ავადმყოფს აქვს ფილტვების ტუბერკულოზი და სხვ.).

კიდევ უფრო დიდი მნიშვნელობა აქვს ამ ორგანოების მდგომარეობის გაგებას მკურნალობის მეთოდის შერჩევისას. მაგალითად, გულისა და ფილტვების დაავადების დროს სამკურნალოდ სითბოს ყოველგვარი პროცედურისა და ყოველგვარი კურორტის დანიშვნა როდი შეიძლება. ასევე, ოპერაციული მკურნალობის დროს არ შეიძლება ნარკოზის ყველა სახის გამოყენება ამა თუ იმ გინეკოლოგიური ავადმყოფის მიმართ, თუ მათ სასქესო ორგანოების დაავადებასთან ერთდროულად აქვთ გულის, ფილტვების, თირკმლების, ღვიძლის ან სხვა რომელიმე ორგანოს დაზიანება.

ყურადღებით უნდა იქნეს შესწავლილი ლიმფური სისტემის მდგომარეობაც (ლიმფური კვანძების გადიდება ან მათი გამკვრივება, მტკივნეულობა და სხვ.).

ჩამოთვლილი ორგანოებისა და სისტემების მდგომარეობის განსაზღვრა წარმოებს შინაგან სნეულებათა კლინიკის ჩვეულებრივი მეთოდებით — გასინჯვით, პალპაციით, პერკუსიით, აუსკულტაციით, ელექტროკარდიოგრაფიით, რენტგენოგრაფიით, რენტგენოსკოპიით, ლაბორატორიული გამოკვლევებით და სხვ.

მ უ ც ლ ი ს ღ რ უ ს გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ა. ამ გამოკვლევას ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან ის იძლევა საშუალებას გამოვავლინოთ მთელი რიგი პათოლოგიური პროცესები მცირე მენჯის ორგანოებში და მათი გავლენა მუცლის ღრუს სხვა ორგანოებზე. გარდა ამისა, იგი იძლევა საშუალებას გავატაროთ დიფერენციული დიაგნოზი სასქესო ორგანოებისა და სხვა ორგანოთა დაზიანებას შორის. ამიტომ მუცლის ღრუს გამოკვლევის მეთოდების დახასიათებაზე უფრო დაწვრილებით უნდა შევჩერდეთ.

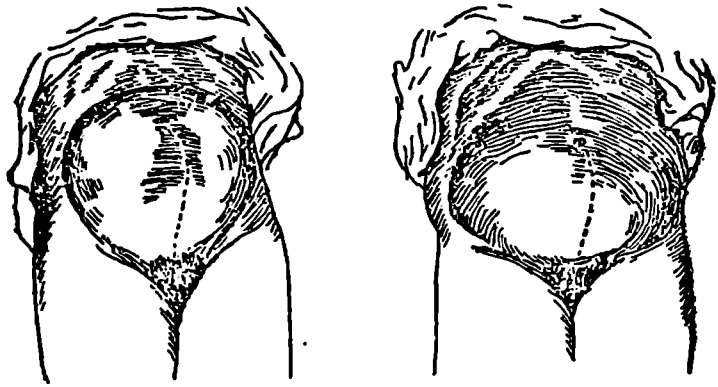
გამოკვლევას, ჩვეულებრივ, იწყებენ ს ა ე რ თ ო გ ა ს ი ნ ჯ ვ ი თ, რაზედაც ზემოთ გვქონდა ლაპარაკი. ამასთან, ზოგჯერ შეინიშნება

კანის მსუბუქი შეშუპება ან გამოხატული ვენური ქსელი. ეს ნიშნები მიგვითითებს მუცლის ღრუში შეგუბებით მოვლენებზე, რომლებიც შეიძლება წარმოიშვას მცირე მენჯში ანთებითი პროცესების შედეგად (ვ. თ. სნეგირევი).

შემდეგ გადადიან მ უ ც ლ ი ს კ უ ნ თ ე ბ ი ს მ დ გ ო მ ა რ ე ო ბ ი ს განსაზღვრაზე. ზურგზე მწოლარე ავადმყოფს გულზე ჯვარედინად დააწყობინებენ ხელებს და ასეთ მდგომარეობაში წამოაწევინებენ თავსა და ტანის ზედა ნაწილს. თუ ადგილი აქვს მუცლის სწორი კუნთების გათიშვას და თიაქრის გამობირთვას ჭიპის არეში, თეთრი ხაზის გასწვრივ და საზარდულის მიდამოში, მაშინ მათი აღმოჩენა ადვილია.

დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე მუცლის კონფიგურაციის გაცნობას. მუცლის ღრუში დიდი და საშუალო ოდენობის სიმსივნეების არსებობისას მათი აღმოჩენა შესაძლებელი ხდება ნათლად გამოხატული კონტურების საშუალებით, განსაკუთრებით კი მუცლის კედლის მოდუნების დროს. მუცლის კედლის გათხელების დროს ზოგჯერ შეიძლება შევამჩნიოთ ნაწლავთა მარყუჟების პერისტალტიკა. მუცელს ამ დროს შეიძლება ჰქონდეს ჩვეულებრივი კონფიგურაცია. უფრო ხშირად გვხვდება მუცლის გადიდება, რაც დამოკიდებულია მეტეორიზმზე, სიმსივნეების, უფრო ხშირად საკვერცხეების ცისტომების არსებობაზე, ასციტზე, რომელიც გამოწვეულია ამა თუ იმ მიზეზებით; მუცლის გასინჯვამ შეიძლება მოგვცეს ბევრი რამ დიფერენციული დიაგნოზისათვის: ასციტის დროს ავადმყოფის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში ყოფნისას მუცელი თითქოს გაწელილია („ბაყაყისებრი მუცელი“). მდგომარეობის შეცვლისას სითხე გადადის იმ მიმართულებით, რომელ მხარეზეც წევს ავადმყოფი. თუ მუცლის გადიდება გამოწვეულია არა ასციტით, არამედ დიდი სიმსივნით, მაგალითად, საკვერცხის ცისტომით, მაშინ მუცელი არ არის გვერდებზე გაწელილი და მდგომარეობის შეცვლისას მისი კონფიგურაცია უცვლელი რჩება (სურ. 1).

მ უ ც ლ ი ს გ ა ს ი ნ ჯ ვ ა წარმოებს მეთოდურად ავადმყოფის ზურგზე წოლით მდგომარეობაში, იმ ანგარიშით, რომ არც ერთი წერტილი არ დარჩეს პალპაციის გარეშე. ჩვენ ვაწარმოებთ გასინჯვას ორივე ხელის ათივე თითით (სურ. 2).



სურ. 1. მუცლის კონფიგურაცია საკვერცხის ცისტომის დროს (მარცხნივ) და ასციტის დროს (მარჯვნივ).



სურ. 2. ხელების მდებარეობა მუცლის პალპაციის დროს.

პალპაცია იწყება ნეკნთა რკალიდან და თანდათანობით გადადის ქვევით, ბოქვენის ზედა მიდამომდე. ამასთან ერთად, საზღვრავენ მუცლის მტკივნეულობასა და დაჭიმულობას. ეს უკანასკნელი ძლიერდება თითის დაჭერით („კუნთოვანი თავდაცვა“) მუცლის

ღრუში გამაგრებების, სიმსივნეების, ანთებითი ინფილტრატების, თავისუფალი სითხისა და სხვათა არსებობისას.

მუცლის ღრუში სიმსივნის აღმოჩენისას აუცილებელია მისი სიზუსტის დადგენა და იმის გამორკვევა, თუ საიდან გამოდის იგი — მუცლის ქვედა თუ ზედა ნახევრიდან. ასეთ შემთხვევებში ჩვენ ვსარგებლობთ შემდეგი დიფერენციულ-დიაგნოსტიკური მონაცემებით. თუ სიმსივნე წარმოშობილია მუცლის ზედა ნაწილიდან: 1) სიმსივნის ქვედა პოლუსი, ჩვეულებრივ, იმყოფება ბოქვენის ზემოთ, 2) ქვედა პოლუსის სიმრუდე გამობურთულია და მიმართულია ქვევითკენ; 3) აქეთ-იქით მოძრაობის ამპლიტუდა მით უფრო ნაკლებია, რაც უფრო ვშორდებით მუცლის ქვედა ნაწილს მცირე მენჯის ღრუდან. თუ სიმსივნე წარმოშობილია მუცლის ქვედა ნაწილიდან: 1) სიმსივნის ქვედა პოლუსი იმყოფება მცირე მენჯში ან უშუალოდ მის შესავალთან; 2) სიმსივნის სიმრუდე გამობურთულია და მიმართულია ზევითკენ; 3) სიმსივნის მოძრაობის ამპლიტუდა მით უფრო მცირეა, რაც უფრო მეტად ვშორდებით მის ზედა პოლუსს ქვევითკენ, მცირე მენჯის მიმართულებით.

შემდეგ ვარკვევთ სიმსივნის ზედაპირს, რომელიც შეიძლება იყოს სადა ან ხორკლიანი. სიმსივნის კონსისტენცია შეიძლება იყოს რბილი, ნაკლებად ელასტიკური, მკვრივი ან მაგარი. იკვლევენ მტკივნეულია თუ არა სიმსივნე და აგრეთვე მის სხვა თვისებებსაც.

ასციტის განსაზღვრისათვის მუცლის ორ სიმეტრიულ ადგილს მჭიდროდ ადებენ მარცხენა და მარჯვენა ხელისგულებს. როდესაც მუცლის ღრუში არის ასციტი ან თხელკედლიანი დიდი ცისტომა, მაშინ ერთი ხელის დაჭერა ან ბიძგი შეიგრძნობა მეორე ხელითაც. ერთდროულად ირკვევენ არის თუ არა სიმსივნის მოძრაობის სიმპტომი. ბიძგი ერთი ხელით სიმსივნეს მეორე ხელის მიმართულებით გადააადგილებს, რის შემდეგ სიმსივნე ბრუნდება იმ ხელისკენ, რომელმაც ბიძგი აწარმოვა. ეს სიმპტომი იმის მაჩვენებელია, რომ მუცლის ღრუში ასციტიც არის და სიმსივნეც.

მუცლის კედლის მტკივნეული დაჭიმულობის („კუნთოვანი თავდაცვა") შემთხვევებში ირკვევა მისი გავრცელება — ლოკალიზაცია რომელიმე ნაწილში, ქვედა მუცლის მთელ ნახევარში, მთელ მუცლის ღრუში და მისი გამოვლინების ხარისხი. ანთებითი ინფილტრატის აღმოჩენისას უნდა განისაზღვროს მისი კონტურები, გავრცელე-

პა, მტკივნეულობა, მუცლის კედელთან დამოკიდებულება, კანის მჭიდრო კავშირი ინფილტრატთან და მენჯის კედლებთან. ყველა ამ შემთხვევაში უნდა გაისინჯოს შჩეტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი: მტკივნეულობა ან უმტკივნეულობა მუცლის კედლის ამა თუ იმ ნაწილზე თითის დაჭერისას და მძაფრი ტკივილი თითის სწრაფი აღებისას.

მუცლის პალპაციის დროს შეიძლება შევიგრძნოთ პარიეტალური მუცლის ფარის ხახუნი სიმსივნის ზედაპირთან, რომელსაც აქვს კაფსულა (მაგალითად, ცისტომა).

პერკუსია გასინჯვასთან ერთად წარმოადგენს მუცლის ღრუს ორგანოების მდგომარეობის განსაზღვრის ერთ-ერთ ძირითად მეთოდთაგანს, რომლის მნიშვნელობა ამ შემთხვევაში არანაკლებია, ვიდრე გულმკერდის დაავადების დიაგნოზის დასმისას.

მუცლის პერკუსია წარმოებს ავადმყოფის ზურგზე წოლით მდგომარეობაში. პერკუსია შეიძლება იყოს უშუალო, როდესაც საჩვენებელი ან შუა თითის უკანასკნელი ფალანგით აწარმოებენ მოკლე და სუსტ პერკუსიას მუცლის კედელზე. თუ პერკუსირებულ ადგილებში მწვავე ანთებითი პროცესია, მაშინ მკვეთრად იქნება გამოხატული ტკივილის რეფლექსი.

არაუშუალო პერკუსიას აწარმოებენ თითის თითზე კაკუნით. ამასთან, კაკუნის სიძლიერე კონცენტრირდება მუცლის კედლის არა მარტო ერთ განსაზღვრულ წერტილში, რომელიც უშუალოდ კაკუნის ადგილის ქვეშ იმყოფება, არამედ ვრცელდება მთელ თითზე, რომელიც მთელი სიგრძით არის მოთავსებული მუცლის კედელზე და რომელზედაც მიმართულია პერკუსიული კაკუნი. ამ შემთხვევაში ტკივილის რეფლექსი საგრძნობლად ნაკლებადაა გამოხატული. ამ მეთოდით უფრო ზუსტად და სიფრთხილით, ვიდრე უშუალო პერკუსიის დროს, განსაზღვრავენ როგორც მტკივნეულობას, ისე მოყრუების საზღვრებსაც. ამიტომ უმჯობესია მუცლის კედლის არაუშუალო პერკუსია.

პერკუსია იძლევა საშუალებას აღმოვაჩინოთ მუცლის ღრუში მყოფი მკვრივი, სითხის შემცველი ან უსითხო წარმონაქმნი, რაც განისაზღვრება პერკუსიული ხმიანობის ხასიათით (ტიმპანიური, ან ყრუ — სხვადასხვა ელფერით). ტიმპანიური ტონი მიიღება ნაწლავების პერკუსიით და განსაკუთრებით გამოხატულია მეტეორიზმის

დროს. იშვიათ შემთხვევებში მას ადგილი აქვს ანთებითი ინფილტრატის ზემოთ. ასეთ შემთხვევებში უნდა ვიფიქროთ ინფექციის შესახებ, რომელიც გამოიწვიეს აირწარმომქმნელმა მიკრობებმა.

ყრუ ხმა ისმის მკვრივ და თხიერ წარმონაქმნთა პერკუსიის დროს (ანთებითი ინფილტრატები, სიმსივნეები, ასციტი, მუცლის ღრუში სისხლი ან გამსკდარი ცისტომის შიგთავსი).

მუცლის ღრუში მკვრივი წარმონაქმნის არსებობისას განსაზღვრავენ მის პერკუსიულ კონტურებს, რომლებიც ავადმყოფის მიერ მდებარეობის შეცვლისას არ იცვლება ან იცვლება უმნიშვნელოდ. მუცლის ღრუში ცოტად თუ ბევრად თავისუფალი სითხის საკმაო რაოდენობით არსებობისას მოყრუებისა და ტიმპანიური ხმის საზღვრები იცვლება ავადმყოფის მიერ მდებარეობის შეცვლასთან დაკავშირებით. ასე, მაგალითად, მოყრუებას ადგილი აქვს მუცლის დამრეც ადგილებში, როდესაც ავადმყოფი ზურგზე წევს. მოპირდაპირე გვერდზე მისი გადაწოლით ხმაც ნათელი ხდება. მაგრამ მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული, რომ მუცლის ღრუში სითხის მცირე რაოდენობით არსებობისას (განსაკუთრებით წებოვანის, როგორიცაა, მაგალითად, სისხლი, გამსკდარი ცისტომის ფსევდომუცინური შიგთავსი), ისე როგორც სითხის შემცველი შემოფარგლული ღრუების დროს, ეს სიმპტომი შეიძლება იმდენად სუსტად იყოს გამოხატული, რომ ზოგჯერ შეუმჩნეველიც რჩება.

მუცლის ღრუში სითხის არსებობაზე მეტყველებს აგრეთვე პერკუსიით გამოწვეული ყურყური: მუცელზე თითის კაკუნით გამოწვეული პერკუსიული ტალღა შეიგრძნობა მეორე ხელისგულით, რომელიც მოთავსებულია მოპირდაპირე მხარეს. კარგად გამოხატული ასციტის ან გიგანტური თხელკედლიანი ცისტომის დროს პერკუსიულ ტალღას ზოგჯერ თვალითაც დავინახავთ.

მკვრივი წარმონაქმნის ლოკალიზაცია ისაზღვრება პერკუსიული კონტურების განლაგებით მუცლის ამა თუ იმ ნაწილში, მათი პერიმეტრით ზედაპირის ზომის მიხედვით, პერკუსიული კაკუნის ძალით, რომელიც საჭიროა ყრუ ტონის ან მტკივნეულობის გამოწვევისათვის (ზომა ვერტიკალური ხაზის მიხედვით, ე. ი. მდებარეობა სიღრმეში). სიმსივნეების დროს პერკუსიული საზღვარი ნათლად არის შემოფარგლული და ემთხვევა სიმსივნის კონტურებს; პერკუსია უმ-

ტკივნეულობა; პერკუსიისა და პალპაციის საზღვრები ერთმანეთს ემთხვევა.

ანთებითი ხასიათის წარმონაქმნის დროს მწვავე ან ქვემწვავე სტადიაში პერკუსია ცოტად თუ ბევრად მტკივნეულია, რაც უმთავრესად დამოკიდებულია დაავადების სტადიაზე; მოყრუების პერკუსიული საზღვარი მდებარეობს შესიებული ადგილის პალპაციური საზღვრის ქვევით.

ამრიგად, მუცლის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებების დროს მუცლის ღრუს პერკუსია პროცესის სტადიის შესახებ მსჯელობის საშუალებას იძლევა.

მუცლის ღრუს ანთებითი პროცესების აღმოჩენის შემთხვევაში აუცილებელია გამოირკვეს, ხომ არ არის პროცესში ჩათრეული მუცლის ფარი.

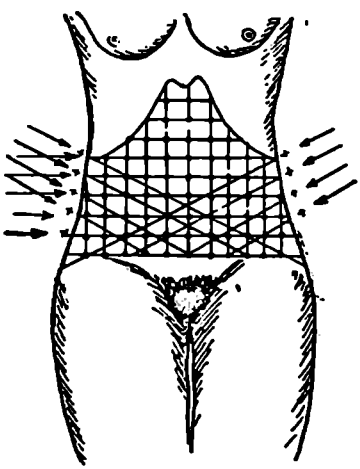
მუცლის ფარის ანთების დაწყებითი ფორმების გამოცნობისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ტკივილს, რომელსაც ხელოვნურად იწვევენ მუცლის ღრუს ზერელე პერკუსიით. მთელი მუცლის კედლის პერკუსიას აწარმოებენ ვერტიკალური, ჰორიზონტალური და ირიბი ხაზების მიმართულებით ნეკნთა რკალიდან ბოქვენამდე, მუცლის ერთი გვერდითი კედლიდან მეორისაკენ და ყოველი ზედა გვერდითი კედლიდან—მოპირდაპირე თეძოს მიდამოსაკენ (სურ. 3).

კაკუნს აძლევენ პერპენდიკულარულ მიმართულებას პერკუსიული წერტილის მიმართ, იმ ანგარიშით, რომ პერკუსიულმა ტალღამ მიაღწიოს მუცლის ღრუს სიღრმეს კაკუნის მიმართულებით.

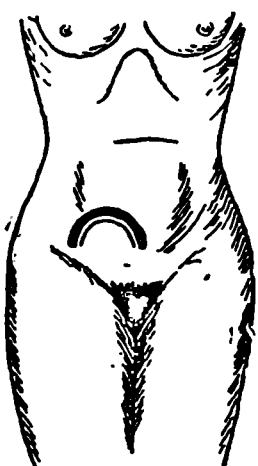
ეს ფენომენი მუცლის ფარის ანთებითი რეაქციის არსებობის თითქმის ყოველთვის უშეცდომოდ გამოვლინების საშუალებას იძლევა, მაშინ, როდესაც სხვა ნიშნები, მათ შორის შჩეტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი, უარყოფითია, ანდა უფრო მოგვიანებით მკლავდება. პერკუსიის მეთოდი საშუალებას იძლევა დროულად გამოვამჟღავნოთ დიფუზური პერიტონიტის დროს არა მარტო მთელი მუცლის ფარის ან მისი მენჯის ნაწილის (პელვეოპერიტონიტის დროს) ანთების დაწყებითი ფორმები, არამედ მისი ცალკეული ნაწილებისაც: პერიმეტრიტი, პერიადნექსიტი, პერიტიფლიტი და სხვ. და აგრეთვე მუცლის ფარის ანთებითი რეაქციაც, რომელსაც ადგილი აქვს მუცლის ღრუში სისხლის ან გამსკდარი ცისტომის შიგთავსის ჩაქცევისას.

პერკუსიული მტკივნეულობის სიმპტომის მნიშვნელობა კიდევ უფრო იზრდება მაშინ, როდესაც მას ვუპირისპირებთ პალპაციურ მონაცემებსა და პერკუსიული მოყრუების საზღვრებს: ანთებითი ადგილების კონტურების გასინჯვა და ჩელის დაჭერით მათი მტკივნეულობის განსაზღვრა; შესაძლებელია ასეთი დაპირისპირების რამდენიმე ვარიანტი.

1) გამკვრივების საზღვრები, რომლებიც პალპაციით ირკვევა, და მოყრუების საზღვრები, რომელთა დადგენა ხდება პერკუსიით, ემთხვევა ერთმანეთს; მუცლის მტკივნეულობა არ აღინიშნება არც პალპაციის და არც პერკუსიის დროს. ასეთი მდგომარეობა დამახასიათებელია მუცლის ღრუს ორგანოების სიმსივნეებისათვის, რომელთაც არ ახლავს მუცლის ფარის მხრივ რეაქტიული მოვლენები (სურ. 4).



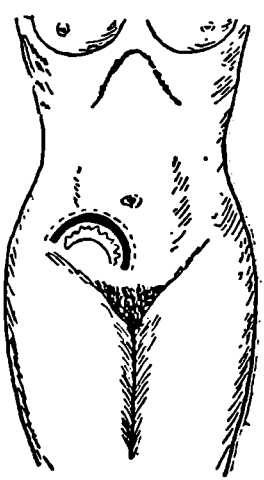
სურ. 3. მუცლის პერკუსიის სქემა. წერტილებით აღნიშნულია მუცლის წინა კედელზე პერპენდიკულარული კაკუნის ადგილები, ჯვრებით — გვერდითი და ირიბი კაკუნის. გადაჯვარედინების ადგილები, ისრებით — ამ უკანასკნელთა მიმართულება.



სურ. 4. ახალი წარმონაქმნი. პერკუსიული მოყრუების საზღვარი ემთხვევა შესივების პალპაციურ საზღვარს.
— შესივების პალპაციური საზღვარი, — მოყრუების საზღვარი.

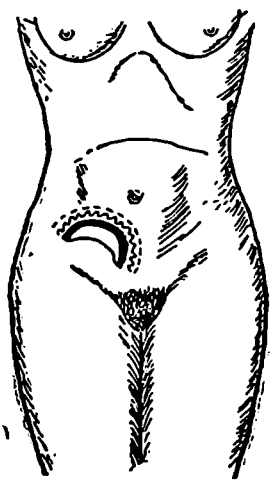
2) პერკუსიული მტკივნეულობა ნათლად არის გამოხატული; მისი ზემო საზღვარი ემთხვევა გამკვრივების საზღვარს ან მოთავსებულია ამ უკანასკნელის 1—2 სმ-ით ზევით ან ქვევით.

მოყრუების პერკუსიული საზღვარი შესივების პალპაციური საზღვრის ქვევითაა, რომელსაც ემთხვევა პალპაციური მტკივნეულობის საზღვარი. ასეთი მდგომარეობა მიგვითითებს მუცლის ფარის შემოფარგლულ ანთებაზე დაავადებული ორგანოს ირგვლივ (სურ. 5).



სურ. 5. ანთებითი კერის მყარი შემოფარგვლა საღი ორგანოებისაგან.

— შესივების პალპაციური საზღვარი. ~~ მტკივნეულობის პალპაციური საზღვარი, — მოყრუების პერკუსიული საზღვარი. - - - მტკივნეულობის პერკუსიული საზღვარი.



სურ. 6. მუცლის ფარის ქვემწვავე ანთება ანთებითი კერის ირგვლივ.

— შესივების პალპაციური საზღვარი, ~~ მტკივნეულობის პალპაციური საზღვარი, — მოყრუების პერკუსიული საზღვარი, - - - მტკივნეულობის პერკუსიული საზღვარი.

3) შესივების პალპაციური საზღვარი იმყოფება მტკივნეულობის პერკუსიული საზღვრის 1—2 სმ-ით ქვევით, მტკივნეულობის

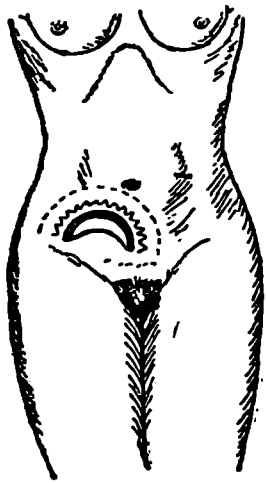
ეს საზღვარი გამოხატულია ინტენსიურად და ვრცელდება ქვევითკენ მოყრუების პერკუსიულ საზღვრამდე ან უფრო ქვევითაც. მტკივნეულობის პალპაციური საზღვარი მეტწილად იმყოფება გამკვრივებისა და მტკივნეულობის პერკუსიულ საზღვრებს შორის. ასეთი მდგომარეობა მიგვითითებს იმაზე, რომ მუცლის ფარის ანთება, რომელიც ფარავს დაავადებულ და მის ახლო მდებარე ორგანოებს — ნაწლავების მარყუჟებს, ბადექონს და სხვ., რომელნიც თავის მხრივ სავსებით ან ნაწილობრივ შეწებებული არიან ერთმანეთთან საერთო კონგლომერატში, ჯერ კიდევ სავსებით არ გამქრალა (სურ. 6).

4) პერკუსიული მტკივნეულობის ზემო საზღვარი იმყოფება პალპაციით განსაზღვრული შესივების საზღვრის 2 სმ-ით უფრო ზევით, ამასთან, პერკუსიით გამოწვეული ტკივილი მით უფრო ინტენსიურია, რაც უფრო ვუახლოვდებით ანთებითი კერის ცენტრს, განსაზღვრულს პალპაციითა (გამკვრივება და მტკივნეულობა) და პერკუსიით (მოყრუება და ინტენსიური მტკივნეულობა). მოყრუების საზღვარი იმყოფება შესივების საზღვრის ბევრად უფრო ქვევით. ასეთი მდგომარეობა დამახასიათებელია მუცლის ფარის მწვავე ანთებისათვის, რომელიც ფარავს დაავადებულ და მის ახლომდებარე ორგანოებს (სურ. 7).

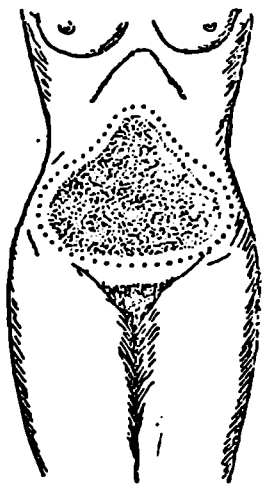
5) პერკუსიული მტკივნეულობა გამოხატულია მთელ მუცლის კედელზე ან მის უმეტეს ნაწილზე, მაგრამ მტკივნეულობის ინტენსივობა მით უფრო მატულობს, რაც უფრო ვუახლოვდებით ანთებით კერას. მტკივნეულობისა და შესივების პალპაციურ საზღვრებს ვერ განვსაზღვრავთ ისევე, როგორც მოყრუების პერკუსიულ საზღვარს. ასეთი მდგომარეობა შეინიშნება დაავადებული ორგანოს მფარავი პერიტონეუმის მწვავე ანთების ე. წ. „ღია სტადიის“ დროს, ე. ი. როდესაც ანთებითი კერა ჯერ არ არის შემოფარგლული საღი ქსოვილებისაგან, მაგალითად, პელვეოპერიტონიტის ღია სტადიის დროს, მთელი მუცლის ფარის გაღიზიანების მოვლენებთან ერთად (სურ. 8).

რეტროპერიტონეალური უჯრედისის დაზიანების დროს, კერძოდ, კედელთან ახლომდებარე უჯრედისის, თეძოს წინა-ზემო წვეტების პერკუსია იძლევა მოყრუებულ ან სავსებით ყრუ ტონს

(გ. გ. გენტერი) (სურ. 9) პელვეოპერიტონიტისაგან განსხვავებით, რომელიც იძლევა ნათელ ტიმპანიტს (სურ. 10): პირველ შემთხვე-



სურ. 7. მუცლის ფარის მწვავე ანთება, რომელიც ფარავს დაავადებულ და მის ახლო-მდებარე ორგანოებს.
— შესივების პალპაციური საზღვარი, ~~ მტკივნეულობის პალპაციური საზღვარი, — მოყრუების პერკუსიული საზღვარი, --- მტკივნეულობის პერკუსიული საზღვარი.

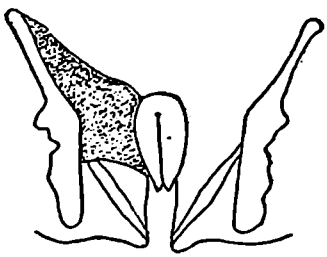


სურ. 8. დაავადებული ორგანოს ირგვლივ მდებარე მუცლის ფარის მწვავე ანთების ღია ფორმა (გაღიზიანების სტადიაში), რომელიც ვრცელდება მუცლის ფარის დანარჩენ ნაწილზე.
წყვეტილი ხაზით აღნიშნულია პერკუსიული მტკივნეულობის ადგილი და ხარისხი.

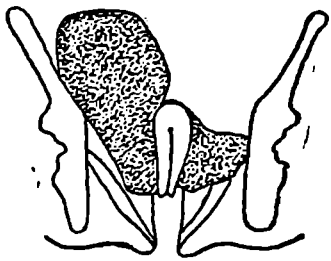
ჯაში ექსუდატი ძვალთან შეწებებულია, მეორეში კი — მხოლოდ ნაწილობრივად ეხება მას.

მ უ ც ლ ი ს ღ რ უ ს მ ო ს მ ე ნ ა გამოყენებული უნდა იქნეს აგრეთვე როგორც გამოკვლევის ერთ-ერთი მეთოდი; მისი უგულვებელყოფა კი ზოგჯერ უხეშ დიაგნოსტიკურ შეცდომებს იწვევს. ცნობილია შემთხვევები, როდესაც ამოკვეთილ იქნა სიმსივნედ მიჩ-

ნეული ორსული საშვილოსნო და მუცელი გაიკვეთა მაშინ, როდესაც არ იყო საჭირო.



სურ. 9. ექსუდატის მდებარეობა მარჯვენა პარამეტრიტის დროს (გ. გ. გენტერით).



სურ. 10. ექსუდატის მდებარეობა პელვეოპერიტონიტის დროს (გ. გ. გენტერით).

მოსმენით ირკვევენ: 1) ნაწლავების პერისტალტიკას — იგი კარგად არის გამოხატული ყურყურთან ერთად ნაწლავების მთლიანი ან ნაწილობრივი გადაგრეხის დროს, დაქვეითებულია ან სულ არ ისმის ნაწლავების პარეზის დროს, უფრო ხშირად მუცლის ფარის ანთების შედეგად; 2) მუცლის ღრუში სითხის არსებობისას შხეფის ხმას; გამომკვლევი პირი მოსმენის დროს მუცელზე ხელით ახდენს ბიძგს, ამით იწვევს ღრუში სითხის სწრაფ გადანაცვლებას, რაც მოისმინება როგორც შხეფის ხმა; 3) ხმაური, რომელსაც წარმოშობს ნაყოფი ორსულობის მეორე ნახევარში; ისმის გულის ტონები, ნაყოფის მოძრაობით გამოწვეული ბიძგის ხმა; 4) ხმაური, გამოწვეული პარიეტალური მუცლის ფარის ხახუნით კაფსულიანი სიმსივნის ჭედაპირთან; 5) დედის სისხლძარღვების ტონები — აორტული, საშვილოსნოსეული, ორსულობის ან საშვილოსნოს დიდი ფიბრომიომის დროს; ამ შემთხვევებში მოსმენა წარმოებს საშვილოსნოს სისხლძარღვების საშვილოსნოში შესვლის ადგილიდან, თეძოს მიდამოებში.

თავისთავად ცხადია, რომ გამოკვლევის ყველა ჩამოთვლილი მეთოდით მიღებული მონაცემები აუცილებლად უნდა დავუპირისპიროთ ერთმანეთს. ყოველი გამომჟღავნებული სიმპტომის მნიშვნელობა უნდა შეფასდეს ყველა დანარჩენთან დაკავშირებით. ასე,

მაგალითად, თუ მუცლის ღრუში ნახულია მკვრივი მოძრავი სიმსივნე და გამოზატული ასციტი, მაშინ უნდა ვიფიქროთ უფრო სიმსივნის არსებობაზე და, ამასთან, ავთვისებიანზე, ვიდრე ანთებით ინფილტრატზე.

სასქესო ორგანოების გამოკვლევა

სპეციალურ გინეკოლოგიურ გამოკვლევას, ჩვეულებრივ, იწყებენ მუცლის ღრუს მდგომარეობის გაცნობიდან შეხებისა და მოსმენის საშუალებით, რაზედაც ზევით იყო ლაპარაკი, და ამთავრებენ ამა თუ იმ წესით საშოს გამოკვლევითა და გარეთა სასქესო ორგანოების წინასწარი დათვალიერებით. გარდა ამისა, სხვადასხვა შემთხვევაში აუცილებელი ხდება დამატებითი გამოკვლევები: რენტგენოგრაფია, ლულების გამტარობის შემოწმება (პერტუბაცია) და სხვ.

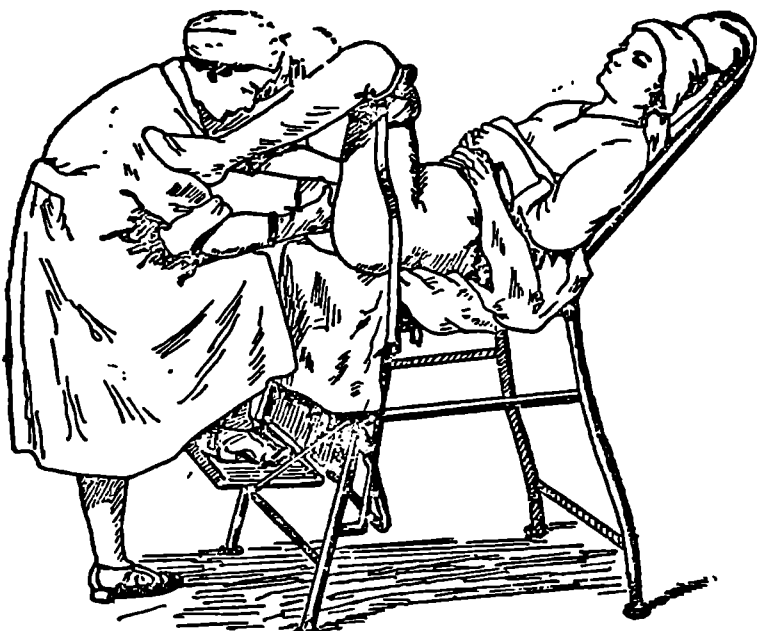
გარეთა სასქესო ორგანოების დათვალიერების დროს ყურადღება უნდა მიექცეს, ხომ არ აქვს ადგილი სასქესო ხვრელის გადანაცვლებას, რომელიც ვულვის ჰემატომის, ბართოლინის ჯირკვლების ცისტის და სხვა დაავადებების დროსაა შესაძლებელი; ერთნაირად არის თუ არა განვითარებული დიდი და მცირე სასქესო ბაგეები; ხომ არ აქვს ადგილი გარეთა სასქესო ორგანოების განუვითარებლობას და აგრეთვე სხვა პათოლოგიურ მოვლენებს: ერთი ან ორივე მცირე ბაგის ჰიპერტროფია, საფარის შეშმუხნა ან გარქავება, დერმატოზების არსებობა, ჩირქგროვები, შეშუპება და სხვ., ანდა გაღიზიანების მოვლენებს — ჰიპერემია, ჩირქოვან-წებოვანი ნადები; რამდენად მაღალია შორისი და მთელია თუ არა იგი; უკანა ტანის მდგომარეობა; გაჭინთვის დროს ხომ არ ჩამოიწევა ან გამოვარდება საშოს კედლები; წინა, უკანა, ორივე შარდის ბუშტთან (cystocele) ან სწორ ნაწლავთან (rectocele) ერთად; ხომ არ არის დაწეული საშვილოსნოს ყელი და ტანი.

დათვალიერების შემდეგ მიმართავენ საშოსმხრივ გასინჯვას.

საშოსმხრივი გასინჯვა. იგი შეიძლება წარმოებდეს შემდეგი მოდიფიკაციებით: ერთი ხელით, ორი ხელით (საშო-მუცლის კედლის, სწორნაწლავ-მუცლის კედლის, სწორნაწლავ-საშო-მუცლის კედლის) და ინსტრუმენტული.

ქალწულებს, ისე როგორც იმ ქალებს, რომელთაც სასქესო ხვრელის გაუვალობა აქვთ, სინჯავენ მხოლოდ სწორნაწლავ-მუცლის კედლის გზით.

გინეკოლოგიური გასინჯვის წარმატებისათვის აუცილებელია წინასწარ დაცარიელდეს შარდის ბუშტი და სწორი ნაწლავი. გამოსაკვლევი ქალი უნდა იწვეს სპეციალურ სავარძელში ან საოპერაციო მაგიდაზე ე. წ. „გინეკოლოგიურ მდგომარეობაში“, ე. ი. ზურგზე, გაშლილი ფეხებით, რომლებიც მოღუნული უნდა იყოს მენჯბარძაყისა და მუხლის სახსრებში (სურ. 11).



სურ. 11. ექიმისა და ავადმყოფის მდგომარეობა გინეკოლოგიური გასინჯვის დროს.

მენსტრუაციის დროს თავი უნდა შევიკავოთ საშოსმხრივი გასინჯვისაგან, თუ ეს აუცილებელი არ არის, რადგან არ არის გამორიცხული შესაძლებლობა სასქესო გზებში ინფექციის შეტანისა,

რომლის განვითარებისათვის ამ დროს ხელსაყრელი პირობებია შექმნილი. გარდა ამისა, მენსტრუალური ჰიპერემიის გამო მცირე მენჯის ორგანოების მოცულობა დიდდება, განსაკუთრებით კი საშვილოსნოსი, იცვლება მათი კონსისტენცია, მგრძნობელობა, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს დიაგნოსტიკური შეცდომები, ხოლო საშოში არსებული სისხლი მისი ჩვეულებრივი გამონადენის ხასიათის გაცნობის საშუალებას არ იძლევა.

გასინჯვა უკეთესია წარმოებდეს თხელი რეზინის ხელთათმანიანი მარჯვენა ხელით, რადგანაც მარჯვენა ხელი, ჩვეულებრივ, უკეთ არის განვითარებული არა მარტო ფიზიკურად, არამედ შეგრძნების მხრივაც. რეზინის ხელთათმანი იმით არის კარგი მოსახმარი, რომ შესაძლებელია მისი ადვილად და საიმედოდ გაუვნებლება თბილი წყლითა და საპნით და შემდეგ ხელთათმანიანი ხელის სადეზინფექციო ხსნარში ჩადებით.

უმტკივნეულო და მსუბუქი გასინჯვისათვის ხელთათმანი უნდა იყოს სრიალა. ამისათვის მას უნდა წაესვას სტერილური ვაზელინის ზეთი ან საპნის ქაფიანი ხსნარი, რომელიც ავადმყოფისათვის უვნებელია და ადვილად მოსაცილებელიც. თუ გასინჯვა წარმოებს საშვილოსნოდან სისხლიანი გამონადენის არსებობისას, მაშინ ამ მიზნით საპნის ხმარება მიზანშეუწონელია.

ექიმი დგება ავადმყოფის გაშლილ ბარძაყებს შორის, მარჯვენა ფეხს დგამს სავარძლის საფეხურზე და მარჯვენა ხელის ნიდაყვით ეყრდნობა აწეული მარჯვენა ფეხის მუხლს. ამასთან, გამსინჯავი ხელი იმყოფება თავისუფალ მდგომარეობაში, ხოლო თითები მიმართულია გავის შიგნითა ზედაპირის სათანადო მრუდისაკენ, რაც აგრეთვე წარმოადგენს ხელსაყრელ პირობას გამოკვლევის სიზუსტისათვის.

ე რ თ ი ხ ე ლ ი თ გ ა ს ი ნ ჯ ვ ა. გასინჯვას იწყებენ ერთი თითით, შემდეგ კი — ორით, თუ არ არსებობს განსაკუთრებული წინააღმდეგჩვენებები: საშოს ზედმიწევნითი სივიწროვე, გასინჯვის დროს პათოლოგიური მტკივნეულობა, რომელიც ზოგჯერ აღენიშნებათ ისტერიულ ქალებს და სხვ.

შეიძლება ითქვას, რომ სწორად ნაწარმოები ორი თითით გასინჯვა სრულიად უმტკივნეულოა არანამშობიარევი ქალებისათვისაც კი. ამავე დროს ასეთი გამოკვლევა საშუალებას იძლევა უკეთ

და უფრო ზუსტად გავეცნოთ მცირე მენჯის ორგანოებს მათი მაღლა მდებარეობის დროსაც კი. ამას ხელს უწყობს არა მარტო ორი თითის „შემგრძნები ზედაპირი“, არამედ შუა თითის სიგრძეც, რომელიც უმეტეს შემთხვევაში საჩვენებელ თითზე უფრო გრძელია.

მარცხენა ხელით ხსნიან სასქესო ნაპრალს და ათვალიერებენ გარეთა ხვრელებს: ურეთრას, სკენესა და ბართოლინის ჯირკვლების სადინარებს. ათვალიერებენ საქალწულო აპკს და არკვევენ მის მდგომარეობას: ხომ არაა იგი დარღვეული, როგორია შესახედავად, ხვრელის დიამეტრი, აგებულების თავისებურებანი; მისი დარღვევის დროს — ჩახევების ხასიათი (ზერელე, ღრმა, ახალი, ძველი).

ამის შემდეგ საშოში შეაქვთ საჩვენებელი თითი, რომელიც ხელისგულის ზედაპირით მიმართულია ზევითკენ იმ მიზნით, რომ ურეთრა ბოქვენის სახსართან მიაჭყლიტონ და გარეთ გამოადინონ შიგთავსი. სპეციალური მიზნით, მაგალითად, გონორეაზე ეჭვის დროს, ასეთი გასინჯვა უმჯობესია აწარმოონ შარდის ბუშტის დაცლამდე: ასეთ შემთხვევებში ურეთრის გამოკვლევის შემდეგ ავადმყოფს წინადადებას აძლევენ მოშარდოს, რის შემდეგ გასინჯვას აწარმოებენ ჩვეულებრივი წესით. ადგენენ ურეთრიდან და სკენეს სადინარებიდან გამონადენის ხასიათს, შემდეგ საჩვენებელ თითს აბრუნებენ ხელისგულის ზედაპირით ქვევით და გვერდებისაკენ, რომ მოსინჯონ ორივე მხარეს ბართოლინის ჯირკვლები. ამისათვის შიგნიდან საჩვენებელ, ხოლო გარედან დიდ თითს აჭერენ ქსოვილებს სასქესო ხვრელის ქვედა მესამედში. შეუცვლელი ბართოლინის ჯირკვლები არ ისინჯება, მაგრამ ადვილად ისინჯება პათოლოგიური მდგომარეობის დროს (გადიდება მუხუდოს მარცვლის ოდენობიდან მსხვილი კაკლის ოდენობამდე ან ქათმის კვერცხის ოდენობამდეც კი, გამკვრივება, ფლუქტუაცია, მტკივნეულობა). ბოლოს, საჩვენებელ თითს, რომელიც მოთავსებულია საშოს ქვედა ნაწილში, ჯერ ხელისგულის ზედაპირით მარჯვნივ, ხოლო შემდეგ მარცხნივ და ოდნავ უკან აჭერენ ქვეშმდებარე ქსოვილებს და ერთდროული სწრაფი მოძრაობით გამოაქვთ გარეთ (ისე, როგორც ამას აკეთებენ სიმებიან ინსტრუმენტზე დაკვრის დროს). ამასთან m. m. levatores ani ადვილი მისაგნებია ორივე მხრიდან ლილვაკისებრი შესახედაობისა და მათგან გამოწვეული რეფლექსის მიხედვით (ავადმყოფის შეკრთომა); იკვლევენ თითოეული კუნთის განვითარების ხარისხს,

მათ სიმეტრიულობას, ბოქვენის ძვალთან მიმაგრების სიმაღლეს, ამა თუ იმ მხრიდან რეფლექსების გამომჟღავნებას.

შემდეგ შუა თითის საშოში შეტანით უკან გაწევენ შორისს და არკვევენ რა მის ელასტიკურობას, სასქესო ნაპრალში შეაქვთ საჩვენებელი თითიც და ორივე თითით დეტალურად იკვლევენ მცირე მენჯის მთელ რელიეფს. ამასთან, საყურადღებოა გამოირკვეს შემდეგი:

1) საშოს ტევადობა. თუ შეტანილ თითს მჭიდროდ ეკვრის საშოს კედლები, მაშინ საშო ვიწროა; თუ თითებს მჭიდროდ არ ეკვრის საშოს კედლები და მათ შეიძლება თავისუფლად შევუცვალოთ მდებარეობა, მაშინ საშო საშუალო ტევადობისაა; ხოლო თუ შეტანილ თითებს სულ არ ეკვრის საშოს კედლები და შეიძლება მესამე თითის შეტანაც, მაშინ საშო ფართოა.

2) განვითარების ანომალია — ზედმიწევნით ვიწრო და გრძელი საშო, ზედმიწევნით მოკლე საშო, ძგიდის არსებობა — გასწვრივი, ცირკულარული, მთლიანი, ნაწილობრივი.

3) საშოს კედლების მდგომარეობა: ფიზიოლოგიური ნაოჭიანობა (columnae rugarum) გამოხატულია ნათლად, სუსტად, არ არსებობს; ელასტიკური კონსისტენციის ცისტისებური გაბერობურთულობის არსებობა (საშოს კედლის ცისტა, შარდის ბუშტის დივერტიკული); ზედაპირის ხასიათი — სადა, ხორკლიანი, რომელიც შეიგრძნობა ისე, როგორც შაგრენის ტყავის ზედაპირზე ხელის შეხება — (colpitis granulosa), ფისტულების სადინარების არსებობა (საშოს კედლის ჩაღრმავებანი!), რომლებიც საშოს აერთებენ საშარდე გზებთან ან ნაწლავებთან, და კედელში ინფილტრატების არსებობა; მოძრავია თუ არა საშოს ლორწოვანი გარსი ინფილტრატის ზემოთ; გავა-თეძოს სახსრების მდგომარეობა—ხომ არ არის მტკივნეული ან ხომ არ აქვს ადგილი მტკივნეულ შესივებას, რომელიც წარმოადგენს ანთებით მსხლისებურ კუნთს (ვასტენის პერიფორმიტი).

4) საშოს თაღების არქიტექტონიკა: სიმეტრიულობა მარჯვენა და მარცხენა თაღების (ერთნაირია თუ არა მათი სიღრმე), წინა და უკანა თაღის (ფიზიოლოგიურ პირობებში უკანა თაღი წინაზე უფრო ღრმაა); ხომ არ აღინიშნება რომელიმე თაღის დამოკლება, გამკვრივება ან გამობურთვა და აგრეთვე მტკივნეულო-

ბა; ხომ არ არის საშოში უცხო სხეულები (წამლიანი ტამპონი, ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებანი და სხვ.).

5) საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის მდგომარეობა. განსაზღვრავენ მის სიდიდეს და მოცულობას ავადმყოფის ასაკის გათვალისწინებით (ატროფიული, ნორმალურად განვითარებული, ჰიპერტროფიული); სიგრძეს, სიმაღლეს (საშვილოსნოს ყელის ნორმალური სიგრძის დროს გარეთა პირი მდებარეობს linea interspinalis-ზე), ყელის მაღალ მდებარეობას (elevatio uteri), ან მის ჩამოწევას (descensus uteri), საშვილოსნოს ყელის გამოსვლას საშოს საზღვრებიდან (prolapsus uteri incompletus), საშოს საზღვრებიდან არა მარტო ყელის, არამედ საშვილოსნოს ტანის გამოსვლასაც (prolapsus uteri completus); ფორმას: ნორმაში—კონუსისებური, ცილინდრული, ხოლო ცილინდრო-კონუსისებური, დეფორმირებული სიმსივნეების, ჩახევების, ნაწიბურებისა და სხვათა დროს, მომრგვალო — საშვილოსნოს ყელის ფიბრომის, ყელის ორსულობის, საშვილოსნოს ყელის კიბოს ზოგიერთი ფორმის დროს; ზედაპირს: ნორმაში — სადა, სიმსივნეების დროს — ხორკლიანი, ეროზიების დროს — ხავერდისებური, უსწორო, ელასტიკური გამობურთულობით, რეტენციული ცისტების დროს — ovulae Nabothii; კონსისტენციას: ჩვეულებრივ — მკვრივი, ორსულობის დროს— შერბილებული, მწვავე ანთებისა და მცირე მენჯში სისხლის მიმოქცევის დარღვევის დროს — შეშუპებული, ზედმიწევნით მკვრივი — ფიბროზული პროცესების, ქრონიკული ანთების დროს; მოძრაობას — ნორმაში თავისუფალი, შეზღუდული ან სრულიად უმოძრაო — ანთების ან სიმსივნეების შედეგად წარმოშობილი ინფილტრატის დროს; მტკივნეულობას ხელით შეხებისა და ექსკურსიების დროს: უმტკივნეულოა (ნორმაში), სუსტად ან ძლიერ მტკივნეულია (საშვილოსნოს ყელის ან მის ახლო მდებარე ორგანოებისა და ქსოვილების, კერძოდ, ყელის ირგვლივ მდებარე უჯრედისის მწვავე ან ქვემწვავე ანთების დროს); საშვილოსნოს პირის მდგომარეობას: დახურული, ღია; ყელის არხი თითს მთელ სიგრძეზე ატარებს თუ ნაწილობრივ; არანაშობიარევი ქალის საშვილოსნოს პირი წერტილისებურია, მრგვალია, ნაშობიარევის — გარდიგარდმო ნაპრალის მსგავსია, მრავალნაშობიარევის — ვარსკვლავისებური, ღრმა, ახალი ან ძველი ჩახევებით; საითკენ არის მიმართუ-

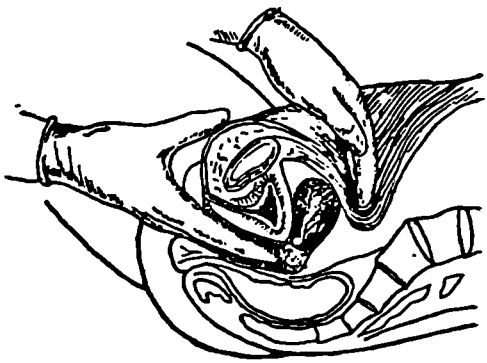
ლი საშვილოსნოს პირი: უკნისაკენ (უხშირესი ვარიანტი), წინისკენ — ბოქვენისაკენ, შუა ხაზზე იმყოფება, თუ გადახრილია მისგან; ყელი გადანაცვლებულია მენჯის მარცხენა თუ მარჯვენა ნახევრისაკენ (ჩვეულებრივ, ყელის ესა თუ ის მდებარეობა დამოკიდებულია მთლიანად საშვილოსნოს მდებარეობაზე).

საშვილოსნოს ყელის გამოკვლევით მთავრდება ერთი ხელით გასინჯვა. ამის შემდეგ ექიმი საშოდან თითების გამოუღებლად განაგრძობს ორი ხელით გასინჯვას — ერთით საშოდან და მეორეთი — მუცლის წინა კედლიდან.

საშოსმხრივი (კომბინირებული) ორი ხელით (ბიმანუალური) გასინჯვა. ორი ხელით კომბინირებული გასინჯვის მიზანია რაც შეიძლება უფრო დეტალურად გავეცნოთ მცირე მენჯის მდგომარეობას. ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს, რომ მცირე მენჯის ღრუში შეიძლება აღმოჩნდეს პათოლოგიური პროცესები, რომლებიც მარტო სასქესო ორგანოებიდან არ მომდინარეობენ. თუ ექიმს ეს გარემოება გამორჩა მხედველობიდან, მაშინ შესაძლებელია დაშვებულ იქნეს დიაგნოსტიკური შეცდომები, მაგალითად, მცირე მენჯის ღრუში ჩამოწეული თირკმელი, ბადექონის, შარდის ბუშტის, ნაწლავების სიმსივნეები შეიძლება საკვერცხის სიმსივნეებად მიიჩნიონ.

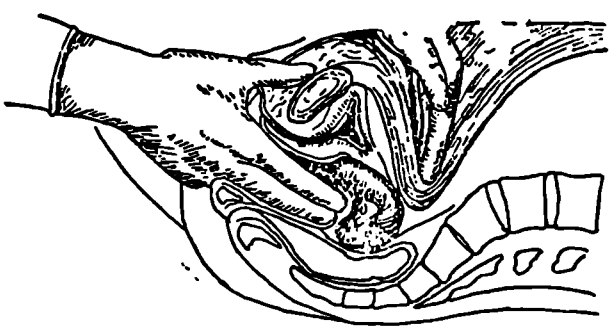
საშვილოსნოს გასინჯვა. ორი ხელით გასინჯვამდე უნდა გავეცნოთ საშვილოსნოს ტანის მდგომარეობას, რომელსაც მცირე მენჯის ღრუში ცენტრალური ადგილი უჭირავს. საშვილოსნოს ტანი რომ ვნახოთ, ამისათვის მარჯვენა ხელის ორი თითი უნდა მოვათავსოთ წინა თაღში, ე. ი. ყელის ზემოთ და მოვახდინოთ მისი ფიქსაცია. ამავე დროს მარცხენა ხელის ოთხი თითი ფრთხილად უნდა დავაჭიროთ მუცელს ბოქვენის ზედა მიდამოში და დაწოლის თანდათანობით გაძლიერებით მარცხენა ხელის თითები მივუახლოვოთ საშოში მყოფ თითებს, რომლებითაც ფიქსირებულია საშვილოსნოს ყელი. თუ მუცლის კედელი რამდენადმე მაინც რბილია, ხოლო საშვილოსნო იმყოფება anteflexioversio-ში, ე. ი. საშვილოსნოს ტანსა და ყელს შორის შექმნილია წინისაკენ გახსნილი კუთხე (anteflexio) და საშვილოსნოს ღერძი მოთავსებულია მენჯის ღერძის წინ (anteversio), მაშინ მთელი საშვილოსნო აღმოჩნდება გამომკვლევის ორ ხელს შორის და ადვილი გამოსაკვლევია (სურ. 12).

თუ ორივე ხელის თითებს შორის მხოლოდ მუცლის კედელი აღმოჩნდება, მიმართავენ გასინჯვის შემდეგ წესს: გარეთა ხელს წინანდელ მდგომარეობაში ვტოვებთ, ე. ი. ამ ხელით განვაგრძობთ მუცლის კედელზე ბოქვენზედა მიდამოში სიფრთხილით, მაგრამ რაც შეიძლება ღრმად დაწოლას, ხოლო მარჯვენა ხელის თითები წინა თაღიდან გადაგვაქვს უკანაში. ამასთან, ორივე ხელის ერთმანეთთან მიახლოებით საშვილოსნოს ტანი თავსდება მათ შორის. ასეთ შემთხვევებში ადგილი აქვს საშვილოსნოს გადახრას უკან (retroflexio uteri) (სურ. 13).



სურ. 12. ექიმის ხელების მდებარეობა ქალის შინაგანი სასქესო ორგანოების გასინჯვის დროს.

ამა თუ იმ ხერხით საშვილოსნოს გასინჯვის შემდეგ იწყებენ მის დეტალურ შესწავლას, რომლის მიზანია შემდეგი მონაცემების მიღება:



სურ. 13. ექიმის ხელების მდებარეობა რეტროფლექტირებული საშვილოსნოს გამოკვლევისას.

საშვილოსნოს მდებარეობა. თუ როგორ უნდა განისაზღვროს flexio და versio, ჩანს ზემოთ აღნიშნულიდან: საშვილოსნოს რეტროვერზიის დროს ყელი მიმართულია ბოქვენისაკენ, ტანი — გავისაკენ; anteflexioversio-ს დროს — ყელი მიმართულია უკან, ტანი კი — წინ, ამასთან, ყელსა და ტანს შორის არსებობს წინისკენ გახსნილი კუთხე: მახვილი — პათოლოგიური ანტეფლექსიის დროს (anteflexio uteri pathologica, seu hyperanteflexio uteri) და ბლაგვი — ფიზიოლოგიური ანტეფლექსიის დროს. სწორი კუთხე დამახასიათებელია გარდამავალი მდგომარეობისათვის ფიზიოლოგიურსა და პათოლოგიურს შორის. თუ ავადმყოფის მწოლარე მდგომარეობაში საშვილოსნოს ყელი მოთავსებულია ჰორიზონტალურად და მისი ტანი მიმართულია უკან, ლაპარაკობენ საშვილოსნოს რეტროფლექსიაზე. მოძრავ რეტროფლექსიაზე (retroflexio uteri mobile) იმ შემთხვევებში ლაპარაკობენ, როდესაც საშვილოსნო გადაჰყავთ ანტეფლექსიის მდგომარეობაში და იგი სწრაფად ვერ უბრუნდება პირვანდელ მდგომარეობას. ფიქსირებულ რეტროფლექსიას (retroflexio uteri fixata) უწოდებენ ისეთ მდგომარეობას, როდესაც საშვილოსნოს ანტეფლექსიის მდგომარეობაში გადაყვანა შეუძლებელია. დაბოლოს, ნახევრად ფიქსირებულ რეტროფლექსიაზე (retroflexio uteri hemifixata) ლაპარაკობენ იმ შემთხვევებში, როდესაც ხერხდება საშვილოსნოს გადაყვანა ანტეფლექსიაში, მაგრამ ის მაშინვე უბრუნდება პირვანდელ მდგომარეობას, როგორც კი თითებს მოვაშორებთ.

შემდეგ, საშვილოსნოს მდებარეობას განსაზღვრავენ უკვე ზემოთ მოყვანილი მონაცემებით, რომლებსაც საშვილოსნოს ყელის მდგომარეობის განხილვისას შევეხეთ: elevatio, descensus, prolapsus uteri, საშვილოსნოს გარეთა პირის დამოკიდებულების მიხედვით ინტერსპინალური ხაზის მიმართ, lateropositio, dextro-et sinistropositio, ante-et retropositio uteri — მთელი საშვილოსნოს გადანაცვლებით მენჯის შუა ხაზიდან ამა თუ იმ მიმართულებით და სხვ. გვხვდება სხვა ვარიანტებიც, მაგალითად, dextroversio uteri, როდესაც საშვილოსნოს ყელი მიმართულია მარცხნივ, ტანი — მარჯვნივ, ან სხვადასხვა მდგომარეობათა კომბინაცია, მაგალითად, anteflexio-retroversio-sinistropositio uteri და სხვ.

საშვილოსნოს ძვრადობა, ჩვეულებრივ, ირკვევა მისი მდებარეობის განსაზღვრის დროს, რასაც ზემოთ შევეხეთ.

საშვილოსნოს სიდიდე. გარეთა და შიგნითა ხელების თითებს შორის საშვილოსნოს ფიქსირებით და მისი პალპაციით, ისე როგორც მცირე მენჯის სხვა ორგანოებისა (ამ უკანასკნელთა პალპაციას შევეხებით ქვევით), ჩვენ თითქოს ვიღებთ შესასწავლი ორგანოს სტერეოსკოპიულ სურათს. ამასთან, გამომკვლევის ტაქტილური მგრძნობელობა და სწორი სტერეოსკოპიული სურათის შექმნის უნარი წინასწარ განსაზღვრავს საშვილოსნოს მდებარეობაზე სწორ წარმოდგენას. როგორც გამოცდილება გვიჩვენებს, ორივე ეს თვისება ექიმს ხანგრძლივი პრაქტიკით გამოუმუშავდება.

შვილოსნობის ასაკში ნორმალურ საშვილოსნოს სიდიდით ადარებენ ქათმის კვერცხს; მისი სიგრძე გარეთა პირიდან პერიმეტრიუმამდე, რომელიც ფარავს საშვილოსნოს ფუძეს, უდრის 8—9 სმ, აქედან 2 — 3 სმ მოდის ყელზე და 6 სმ კი — ტანზე. საშვილოსნო შეიძლება იყოს უფრო პატარაც განუვითარებლობის, კუნთოვან შრეში ატროფიული პროცესების გამო, ანდა შეიძლება იყოს გადიდებული ორსულობის, სიმსივნის, კუნთის ჰიპერტროფიის შედეგად. საშვილოსნოს გადიდება არაიშვიათად ხდება მისი ღრუს ძლიერი გაჭიმვით ამ უკანასკნელში არსებული პათოლოგიური შიგთავსის გამო; მაგალითად, ჩირქით — პიომეტრის დროს, სისხლით — ჰემატომეტრის დროს. საშვილოსნო თავისი სიდიდით შეიძლება იმდენად პატარა იყოს, რომ ძნელად ისინჯებოდეს მკვეთრი განუვითარებლობის ან მოხუცებულობითი ატროფიის დროს, ან შეიძლება აღწევდეს ძლიერ დიდ ოდენობას, ავსებდეს მთელ მუცლის ღრუს და იწვევდეს მუცლის კედლის გამობერილობას, მაგალითად, ფიბრომიომის, მრავალნაყოფიანი ორსულობის და ჰიდრამნიონის დროს. პატარა საშვილოსნო, ტანისა და ყელის სიგრძის პროპორციული შეფარდებით, გვხვდება ჰიპოპლასტიკური მდგომარეობის დროს (uterus hypoplasticus).

საშვილოსნოს ფორმა, მისი ტანი, ყელის შევიწროებული ნაწილი და ყელი ნორმალურ პირობებში მსხლისებრია, გაბრტყელებულია წინიდან უკან. პათოლოგიურ და ზოგიერთ ფიზიოლოგიურ პირობებში, მაგალითად, ორსულობის დროს, მისი ფორმა შეიძლება შეიცვალოს. ორსულობის პირველ კვირეებში და ე. წ.

ბურთისებური მიომის დროს იგი შეიძლება გახდეს ბურთისებური, უნაგირისებრი — განვითარების მანკების დროს; დეფორმირებული — ზოგჯერ ძალზე გამოხატული საშვილოსნოს მრავალრიცხოვანი ფიბრომიომის დროს.

ყურადღების ღირსია აგრეთვე საშვილოსნოს ტანსა და ყელს შორის პროპორციის დარღვევა მათი აბსოლუტური ზომების ნორმიდან გადახრასთან შეხამებით: საშვილოსნოს ყელის წაგრძელება ტანის ნორმალური ზომების დროს (მაგალითად, elongatio colli uteri-ის დროს); ყელის საშოსმხრივი ნაწილის უქონლობა ან ნაწილობრივი უქონლობა ტანის მცირე ზომების დროს, რაც გამოწვეულია საშვილოსნოს მოხუცებულობითი ატროფიით; წაგრძელებული, ზოგჯერ ხორთუმისებურად, და წაწვეტებული, კონუსისებური საშვილოსნოს ყელი მისი ტანის მცირე ზომების დროს, რაც საშვილოსნოს განუვითარებლობითაა გამოწვეული (uterus infantilis).

საშვილოსნოს კონსისტენციის დადგენა ხდება ნორმალური, არაორსული საშვილოსნოს კონსისტენციასთან შედარებით. არჩევენ საშვილოსნოს „წვნიანობას", მაგალითად, მისი მწვავე ანთების დროს, „ცომისებურობას" ან „პასტოზურობას" — 12 კვირისა და მეტი ხნის ორსულობის დროს, მჭიდრო ელასტიკურობას — ჰემატომეტრის, პიომეტრის შემთხვევაში, სიმკვრივეს — ფიბრომიომის დროს და სხვ.

ნორმალურ, არაორსულ მდგომარეობაში საშვილოსნოს ზედაპირი სადაა, პატარაა, მრობილო გამობურცულობებს ადგილი აქვს ორსულობის დროს და, ჩვეულებრივ, შეესაბამება განაყოფიერებული კვერცხის იმპლანტაციის ადგილს. მკვრივი ხორკლიანობა დამახასიათებელია საშვილოსნოს ფიბრომიომისათვის, უსწორო ხორკლიანი ზედაპირი, მრავალმარცვლოვანი კვანძებით — საშვილოსნოს პერიტონეუმის ტუბერკულოზისათვის.

საშვილოსნოს მტკივნეულობა. ფიზიოლოგიურ პირობებში საშვილოსნოს პალპაცია უმტკივნეულოა; ორსულობის დროს გასინჯვამ შეიძლება გამოიწვიოს სუსტი, შეტევითი ხასიათის ტკივილი. გამოხატული მტკივნეულობა პალპაციის დროს მიგვითითებს ანთებით პროცესზე: ძლიერი ტკივილი — მწვავე სტადიაში, ზომიერი — ქვემწვავეში, სუსტი — ქრონიკულში.

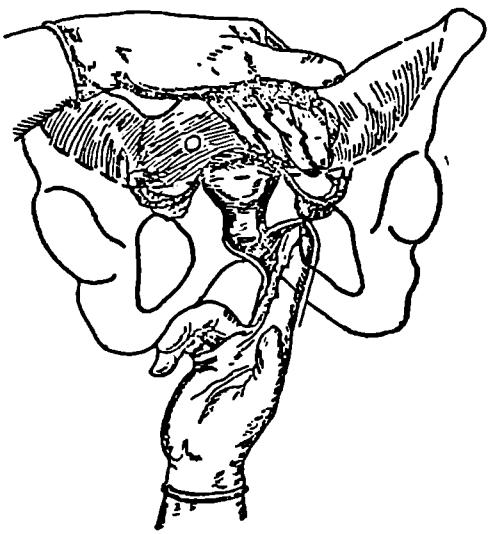
საშვილოსნოს დანამატების გამოკვლევა. საშვილოსნოს მდგომარეობის დეტალურად გაცნობის შემდეგ მიმართავენ მისი დანამატების გამოკვლევას, ე. ი. ლულების, საკვერცხეებისა და იოგოვანი აპარატის ნორმალური ლულების გასინჯვა ძნელია მათი სირბილისა და მცირე დიამეტრის გამო, თუმცა მუცლის კედლების ელასტიკურობისა და მცირე სისქისას კარგად განვითარებული შეხებითი მგრძნობელობის მქონე ექიმს შეუძლია სავსებით ნათლად გამოიკვლიოს შეუცვლელი ლულებიც. პათოლოგიურად შესქელებული ან გამკვრივებული ლულები, ჩვეულებრივ, ადვილად ისინჯება.

ლულების უკეთ გასინჯვისათვის საჭიროა გამოყენებულ იქნეს გასინჯვის შემდეგი მეთოდიკა. საშვილოსნოს ფუძის გასინჯვის შემდეგ თითებს ამოძრავებენ მისი კუთხეების მიმართულებით (რიგრიგობით), ე. ი. საშვილოსნოდან ლულების გამოსვლის ადგილებისაკენ და იქვე სინჯავენ. ლულის ისტმური ნაწილის ნახვის შემდეგ, რომელიც საშვილოსნოს კუთხესთან ახლოს მდებარეობს, მას, როგორც ზონარს, თანდათანობითი მოსინჯვით გაატარებენ ორივე ხელის თითებს შორის. ამით იქმნება წარმოდგენა ლულების სიგრძესა და სისქეზე. გრძელი, წვრილი და უმტკივნეულო ლულა მისი განუვითარებლობის ნიშანია, მსხვილი ლულა — ანთებითი დაავადებისა. ლულის კონსისტენცია მკვრივია კუნთოვანი შრის ანთების, პიოსალპინქსის დროს, მკვრივ-ელასტიკურია ჰიდროსალპინქსის დროს, პასტოზურია — ლულის ორსულობის დროს. მისი ფორმა შეიძლება იყოს სოსისისმაგვარი პიოსალპინქსის დროს, რეტორტისმაგვარი— ჰიდროსალპინქსის დროს, კრიალოსანისმაგვარი — salpingitis istmica nodosa-ს დროს, უფრო ხშირად ტუბერკულოზური ეტიოლოგიისა. შეიძლება აგრეთვე ლულების ძვრადობის დადგენაც: სრული ძვრადობა — ნორმაში, უმოძრაობას ან შეზღუდულ ძვრადობას ადგილი აქვს პერისალპინგიტის დროს. ლულა მტკივნეულია ანთებითი პროცესის შემთხვევაში, პულსაციას იძლევა მწვავე ანთებისა და ლულის ორსულობის დროს.

ლულაზე თითების თანდათანობითი გაყოლებით საშვილოსნოს კუთხიდან მის ამპულარულ ბოლომდე მივაღწევთ საკვერცხეს, რომელიც ამგვარად ადვილად ისინჯება (სურ. 14).

საკვერცხე შეიძლება იმყოფებოდეს საშვილოსნოს გვერდით,

რაც უფრო იშვიათია ან უფრო ხშირად მის ქვევით და განზე. განსაზღვრავენ საკვერცხის სიდიდესაც: ნორმალური საკვერცხე დაახლოებით ხელის დიდი თითის ბოლო ფალანგის ოდენობისაა; საკვერცხის ცისტომის დროს იგი შეიძლება აღწევდეს გიგანტურ ოდენობას. გამოკვლევისას არ უნდა დავივიწყოთ, რომ მომწიფებულმა გრააფის ფოლიკულმა ან ყვითელმა სხეულმა გაღვივების ფაზაში შეიძლება დროებით უმნიშვნელოდ გაადიდოს მისი მოცულობა. შემდეგ განსაზღვრავენ საკვერცხის ფორმას; იგი შეიძლება იყოს მომრგვალო, ნუშისმაგვარი, უფორმო (სიმსივნეების დროს); საკვერცხის ზედაპირი ნორმაში სადაა, სიმსივნეების დროს კი — ხორკლიანი; ნათლად გამოხატული ხორკლიანობა ტუბერკულოზის ერთ-ერთი ნიშანთაგანია; არკვევენ საკვერცხის კონსისტენციას — ნორმაში ჩვეულებრივი, მკვრივი — ავთვისებიანი სიმსივნეებისა და ატროფიული პროცესების დროს; მჭიდრო ან რბილი და ელასტიკურია რეტენციული ცისტების დროს. ცისტომის აღმოჩენის შემთხვევაში უნდა განისაზღვროს სხვადასხვა კონსისტენციის ცალკეული სეგმენტების რაოდენობა, რასაც ადგილი აქვს მრავალკამერიანი ცისტომების დროს. შემდეგ იკვლევენ საკვერცხის ძვრადობას: ნორმალური, შეზღუდული, უმოძრაო — გარშემო მდებარე მუცლის ფარის ანთებისა და იოგთაშორისო სიმსივნის დროს; მტკივნეულობას, რომელიც ცოტად თუ ბევრად ნორმაშიც აღინიშნება; მკვეთრი ან ძლიერი მტკივნეუ-



Სურ. 14. საშვილოსნოს მარცხენა დანამატების ორი ხელით გასინჯვა.

ლობა უმეტესად აღინიშნება საკვერცხის გარშემომდებარე მუცლის ფარის ანთების შემთხვევაში.

შემდეგ გადადიან **იოგოვანი აპარატის შესწავლა-ზე**. არაორსულ მდგომარეობაში შეუცვლელი საშვილოსნოს მრგვალი იოგებიც კი ადვილად ისინჯება მკვრივი ზონრების სახით; მრგვალი იოგების ფიბრომიომის დროს (იშვიათი დაავადებაა) ისინი დიდდებიან, მკვრივდებიან და ხორკლიანი ხდებიან; ორსულობის დროს ნორმალური მრგვალი იოგები განიცდის ჰიპერტროფიას და მეორე ნახევარში ადვილად ისინჯება მუცლის კედლიდან საშვილოსნოს ქვედა გვერდით მიდამოებში.

საშვილოსნოს ფართო იოგების მდგომარეობის გაცნობისას ვიფარგლებით მეტწილად მათი ფუძის გამოკვლევით, რომელიც ცნობილია კარდინალური იოგების სახელწოდებით. პარამეტრალური უჯრედისის ანთება, რომელიც ლოკალიზებულია ფართო იოგების ფურცლებს შორის, იწვევს კარდინალური იოგების გამკვრივებას და შეუმუხნას, რაც ადვილად ირკვევა გასინჯვის დროს. რაც შეეხება საშვილოსნოს ფართო იოგების სხვა ცვლილებებს, როგორიცაა, მაგალითად, მათი ფურცლების გაწელვა, გაწელვის ხარისხი და სხვ., ადვილად ირკვევა საშვილოსნოს სხვადასხვაგვარი გადანაცვლებისა და იოგთა შორის არსებული სიმსივნეების სიდიდის მიხედვით.

გავა-საშვილოსნოს იოგების გამოკვლევა წარმოებს საშვილოსნოს ყელის ქვეშ თითების რაც შეიძლება ღრმად შეტანით. თუ ამასთან ერთად საშვილოსნო ზევით იწევა, მაშინ გავა-საშვილოსნოს იოგები უფრო ნათლად შეიგრძნობა შიგნითა პირის მიდამოში. ყურადღებას აქცევენ მათ სიგრძეს; მოკლე, ატროფიული იოგები შეიძლება იყოს როგორც თანდაყოლილი, ისე შეძენილი, მაგალითად, ანთების შედეგად. იოგების წელადობა იმით განისაზღვრება, თუ რამდენადაა შესაძლებელი საშვილოსნოს აწევა. მათი ფორმა ნორმაში მარაოსებურია, რომლის ფართო ნაწილი გავისკენაა მიმართული; იოგების ასიმეტრია წარმოიშვება ერთ-ერთის დამოკლების შედეგად, რაც გამოწვეულია სათანადო მხარეზე ანთებითი პროცესით. იოგების სისქე შეიძლება სხვადასხვანაირი იყოს. მათი გამსხვილება და, მით უმეტეს, ინფილტრაცია ანთების შედეგია, საგრძნობი ან ძლიერი მტკივნეულობა უფრო ხშირად ანთებითი პროცესის მაჩვენებელია; ზომიერ მგრძნობელობას ადგილი აქვს ნორმაშიც.

საშვილოსნოს დანამატების — ლულების, საკვერცხეების, ოგოვანი აპარატის გამოკვლევის შემდეგ — ყურადღება უნდა მიექცეს საშოს თაღებს. ამჯერად მათ უფრო დაწვრილებით შეისწავლიან, ვიდრე ერთი ხელით გასინჯვის დროს, რაზედაც ზემოთ გვქონდა ლაპარაკი. ნორმალურ პირობებში თაღები უმტკივნეულოა, მათი ჩაზნექა, ჩვეულებრივ, საკმაოდ გამოხატულია და მიმართულია ზევითკენ; წინა თაღი, ჩვეულებრივ, უკანაზე მოკლეა, მარჯვენა და მარცხენა ერთნაირი სიღრმისაა და ერთნაირად ფართო. ასეთი მდგომარეობა აღნიშნულია პირობითი ტერმინით „თავისუფალი თაღები“. ზოგიერთი გინეკოლოგიური დაავადების დროს ერთი ან რამდენიმე თაღი იცვლის თავის ჩვეულებრივ ფორმას მცირე მენჯში ანთებითი ინფილტრატების, სიმსივნეების ან თავისუფალი სითხის — ასციტური სითხის, სისხლის, ჩირქის — არსებობის გამო. ასეთ შემთხვევებში თაღი მოკლდება, „იჭმუხნება“, მკვრივდება, გამობურთული ხდება. გამობურთულობა მიმართულია ქვევითკენ; იცვლება თაღების მგრძნობელობაც უმნიშვნელო მტკივნეულობიდან ძლიერ მტკივნეულობამდე.

პათოლოგიური პროცესის ხასიათზე, რომელმაც გამოიწვია ცვლილებები თაღებში, შეიძლება ვიმსჯელოთ მცირე მენჯში არსებული შიგთავსის კონსისტენციით, რომელიც თაღებიდან ისინჯება: მკვრივი კონსისტენცია მიგვითითებს ანთებით ინფილტრაციაზე, სიმსივნეებზე; ფლუქტუაცია — ჩირქზე, გამონაჟონზე და სხვ. საშოს კედლის უმოძრაობა და მის ქვეშ გამკვრივების არსებობა მიგვითითებს ამ ნაწილის უჯრედისის ანთებაზე.

მცირე მენჯში პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციის მიხედვით შეიძლება ვიმსჯელოთ დაზიანებულ ორგანოებზე. მაგალითად, საშვილოსნოს უკან მოთავსებული მრგვალი ფორმის ფლუქტუირებული წარმონაქმნი მიგვითითებს პელვეოპერიტონიტზე, გავა-საშვილოსნოს იოგების არეში გამკვრივების არსებობა კი — parametritis posterior-ზე და სხვ.

არაიშვიათად თაღებიდან, განსაკუთრებით გვერდითი და უკანა თაღებიდან, ისინჯება სხვადასხვა სიჩქარისა და სიმკვრივის ზოგჯერ დაკოჟრებული ზონრები. ეს წარმონაქმნები, რომელნიც გადატანილი პერიმეტრიტის (წვრილი ზონრები) ან პარამეტრიტის (მკვრივი და მასიური) ნაშთს წარმოადგენს, არღვევს მცირე მენჯის ორგანოე-

ბის ტოპოგრაფიას და იწვევს, კერძოდ, საშვილოსნოს მდებარეობის სხვადასხვაგვარ შეცვლას. ამასთან, საშვილოსნო ყოველთვის გადაიხრება იმ მხარისაკენ, სადაც წინათ ადგილი ჰქონდა ანთებით პროცესს.

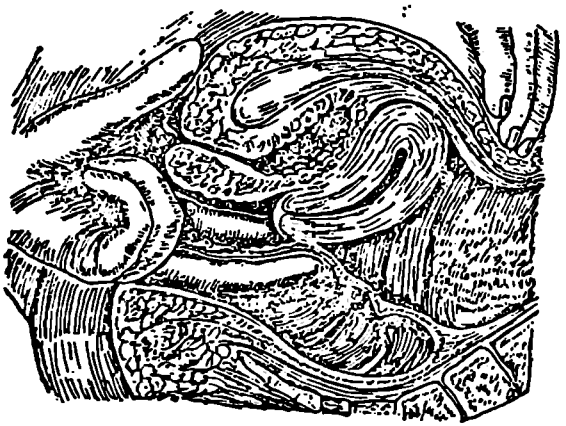
საშო-მუცლის კედლისმხრივი გამოკვლევა მთავრდება გამონადენის დათვალიერებით, რომელიც რჩება თითებზე მათი საშოდან გამოტანის შემდეგ. ამასთან ერთად ადარებენ გამონადენის ხასიათს გამოკვლევის დაწყებამდე და შემდეგ — ხომ არ არის მათ შორის განსხვავება. სისხლით შეფერილი ან სუფთა სისხლიანი გამონადენი, რომელსაც გასინჯვამდე ადგილი არ ჰქონდა, უფლებას გვაძლევს ეჭვი მივიტანოთ პოლიპზე, საშვილოსნოს ყელის ეროზიაზე, სასქესო ორგანოების კიბოვან დაზიანებაზე და სხვა პათოლოგიურ პროცესებზე; გასინჯვის შემდეგ დიდი რაოდენობით ჩირქის გამოყოფა, თუ გასინჯვამდე მას ადგილი არ ჰქონდა, ლაპარაკობს ჩირქგროვაზე საშვილოსნოს ღრუში (პიომეტრა) და სხვ.

გასინჯვა სწორი ნაწლავიდან. იმ შემთხვევებში, როდესაც საშოს მხრიდან გასინჯვა შეუძლებელია, მაგალითად, ქალწულობის, საშოს აპლაზიის, მისი ძლიერი სტენოზის დროს და აგრეთვე როდესაც აუცილებელია გავა-საშვილოსნოს იოგების, საშვილოსნოს უკანა კედლის, გავის რელიეფის, კედელთან ახლომდებარე უჯრედისის დეტალურად გამოკვლევა, მიმართავენ სწორნაწლავ-მუცლის კედლისმხრივ გასინჯვას. ეს მეთოდი შეჩვევის შემთხვევაში საკმაოდ ნათელ წარმოდგენას იძლევა მცირე მენჯის ორგანოების მდგომარეობაზე. გარდა ამისა, ის არსებითად ავსებს იმ მონაცემებს, რომლებიც მიღებულია საშოს მუცლის კედლისმხრივი გასინჯვის დროს.

სწორი ნაწლავის მხრიდან გასინჯვას აწარმოებენ შემდეგნაირად: მარჯვენა ხელის საჩვენებელ თითზე რეზინის ხელთათმანის ზემოდან იკეთებენ ვაზელინიან თხელი რეზინის სათითურს და ფრთხილად შეჰყავთ იგი სწორ ნაწლავში. ამასთან, ავადმყოფს აჭინთებენ. დანარჩენში მეთოდიკა იგივეა, რაც საშო-მუცლის კედლისმხრივი გამოკვლევის დროს.

მთელ რიგ შემთხვევებში საჭირო ხდება რთული კომბინირებული სწორნაწლავ-საშო-მუცლის კედლისმხრივი გასინჯვა. ამ მიზნით სწორ ნაწლავში შეაქვთ მარჯვენა ხელის შუა თითი, ხოლო საშოში

— საჩვენებელი. მათი მიახლოებით მარცხენა ხელის თითებთან, რომელთაც მუცლის კედლის მხრიდან აჭერენ მუცლის ქვედა არეში, ნათელი წარმოდგენა ექმნებათ მცირე მენჯის ორგანოების მდგომარეობაზე. ეს მეთოდი რეკომენდებულია ა. ი. ლებედევისა და დ. ო. ოტის მიერ. იგი განსაკუთრებით გამოსადეგია იმ შემთხვევებში, როდესაც პათოლოგიური პროცესი ლოკალიზდება საშოს კედლებსა და სწორ ნაწლავს შორის მდებარე უჯრედისში (სურ. 15).



სურ. 15. ქალის სასქესო ორგანოების სწორნაწლავ-საშო-მუცლის კედლისმხრივი გასინჯვა.

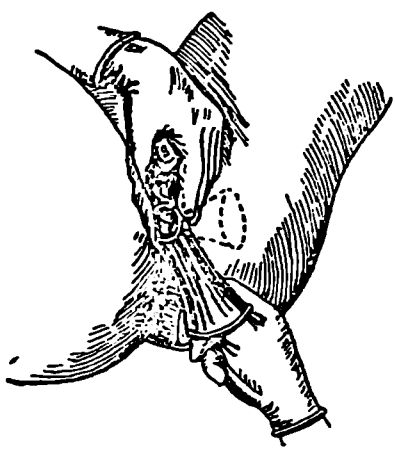
არ შეიძლება აგრეთვე იმის დავიწყება, რომ სწორ ნაწლავს ერთ-ერთი პირველი ადგილი უჭირავს კიბოვანი სიმსივნის ლოკალიზაციის სიხშირის მხრივ. ამიტომ ყოველი გინეკოლოგიური გასინჯვა, თუ იგი წარმოებს 35 წელზე ზევით ასაკში, უნდა მოიცავდეს აგრეთვე სწორი ნაწლავის თითით გასინჯვას პროფილაქტიკის მიზნით.

ბ. ავადმყოფის გამოკვლევა ინსტრუმენტების დახმარებით

საშოს გასინჯვა სარკეებით. ჩვეულებრივი, ყოველდღიურად წარმოებული გინეკოლოგიური გასინჯვა არ შეიძლება ჩაითვალოს დამთავრებულად მანამ, სანამ საშო და საშოსმხრივი საშვილოსნოს ყელი არ იქნება სარკეებით დათვალიერებული. ასე-

თი გასინჯვა აუცილებელია, რადგან გამოცდილი ექიმიც კი, მისი თითების დიდად განვითარებული მგრძნობელობის მიუხედავად, ყოველთვის ვერ აღმოაჩენს საშოს კედლებისა და საშვილოსნოს ყელის ისეთ პათოლოგიურ ცვლილებებს, როგორიცაა ეროზიები, პოლიპები, რბილ-ელასტიკური კონსისტენციის საშოს ცისტები და სხვ., რაც არაიშვიათად დიაგნოსტიკური შეცდომების მიზეზია. ასევე შეიძლება გამოგვეპაროს საშვილოსნოს ყელისა და საშოს კიბოს დაწყებითი ფორმები, ჭორიონეპითელიომის კვანძები. გასინჯვას აწარმოებენ სპეციალური სარკეების დახმარებით. სარკეები შეაქვთ მაშინ, როდესაც ავადმყოფი იმყოფება გინეკოლოგიურ სავარძელში.

გინეკოლოგიური სარკეების სხვადასხვა მოდიფიკაციის დიდი რაოდენობა, რომლებიც განკუთვნილია საშოს კედლებისა და საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი გასინჯვისათვის, შემდეგ ჯგუფებად იყოფა: 1) ცილინდრული, 2) ფირფიტოვანი, 3) კოვზისმაგვარი და 4) სარქველიანი.



სურ. 16. ცილინდრული სარკის საშოში შეტანა.

ცილინდრულ სარკეებს სხვადასხვა დიამეტრის რძისფერი მინისაგან აკეთებენ. ერთ ბოლოზე მათ აქვთ ირიბი ჭრილი, მოპირდაპირე ბოლო კი ძაბრისებურია. საშოში შეტანის წინ სარკეს უნდა წაესვას ვაზელინი და ფრთხილი ბრუნვითი მოძრაობით შეტანილ იქნეს მანამ, სანამ მის სანათურში არ ჩაიდგმება საშვილოსნოს ყელი (სურ. 16).

ამ დროს შეიძლება საშვილოსნოს ყელის, მისი არხის ხილული ნაწილის დათვალიერება, ხოლო სარკის თანდათანობითი გამოტანით — საშოს კედლებისაც მთელ მის სიგრძეზე. ეს სარკეები განსაკუთრებით გამოსადეგია ზოგიერთი სამკურნალო პროცედურის შესასრულებლად. მათ ხმარო-

ბენ, მაგალითად, საშოს მედიკამენტური აბაზანების გასაკეთებლად, ტალახის ტამპონების შესატანად. ექიმის პრაქტიკულ საქმიანობაში ეს სარკეები იშვიათად იხმარება.

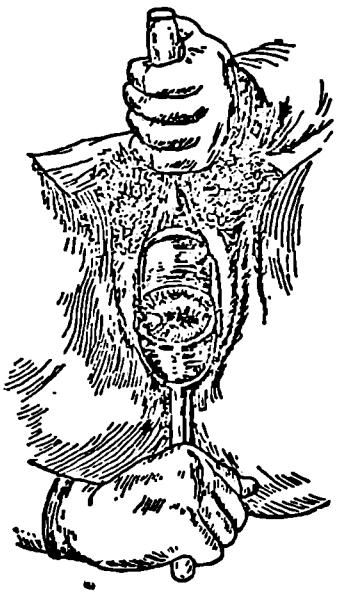
ფირფიტოვანი სარკეები მზადდება დაუჟანგავი ფოლადისაგან. კომპლექტში ყოველთვის უნდა იყოს სხვადასხვა ზომის 2 — 3 წყვილი სარკე: პატარა — არანამშობიარევი ქალებისათვის, საშუალო — ნამშობიარევი ქალებისათვის, დიდი — მრავალნამშობიარევთათვის, რომელთაც ფართო და ჩაძოშვებულკედლებიანი საშო აქვთ. ეს სარკეები ადვილად შეაქვთ საშოში. ექიმი მარჯვენა ხელით იღებს ერთ-ერთ სარკეს და მარცხენა ხელით გასწევს რა მცირე სასქესო ბაგეებს, შეაქვს საშოში სარკის ფირფიტა ოდნავ ირიბად სასქესო ნაპრალის ხვრელთან შედარებით. ფირფიტა შეაქვთ ღრმად, მის სახელურს კი სწევენ ქვევითკენ და ამრიგად უახლოებენ საშვილოსნოს ყელს. შემდეგ მეორე სარკის ფირფიტით, რომელიც საშოს გახსნილ ხვრელშია შეტანილი, ასწევენ საშოს წინა კედელს და გააშიშვლებენ როგორც საშვილოსნოს ყელს, ისე მთელ საშოს, რის გამოც ადვილმისაწვდომი ხდება მათი დათვალიერება.

ძალიან ფართო საშოს შემთხვევაში და დიდი ზომის სარკეების უქონლობისას მიზანშეწონილია მარცხენა ხელის საჩვენებელ და შუა თითებზე დოლბანდის დახვევა თითების დაცურების თავიდან ასაცილებლად. გამომკვლევ პირს ეს თითები შეაქვს საშოს სიღრმეში და აწვება უკანა კედელს, აწარმოებს რა მოძრაობას თავისკენ. ამით საშოს უკანა კედლის მნიშვნელოვანი ნაწილი გამოიტანება გარეთ, საშვილოსნოს ყელი კი უახლოვდება საშოს შესავალს. ამის შემდეგ სარკის ფირფიტას უახლოვებენ საშოში შეტანილი თითების ბოლოს და ამრიგად ადვილად ხერხდება საშვილოსნოს ყელის გაშიშვლება.

ფირფიტოვანი სარკეებით ადვილად მოინახება საშვილოსნოს ყელი, რომელიც ადვილმისაწვდომი ხდება საშოსმხრივი მანიპულაციებისათვის. ეს სარკეების დიდი ღირსებაა, მაგრამ რამდენადაც ექიმს დაკავებული აქვს ორივე ხელი, მას ყოველთვის სჭირდება დამხმარე.

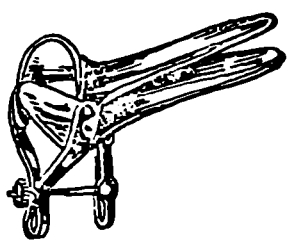
კოვზისმაგვარი სარკეები ფირფიტოვანი სარკეებისაგან განსხვავდება მხოლოდ ფირფიტის ფორმით: ეს სარკე კოვზისმაგვარადაა ჩაღრმავებული. მათი საშოში შეტანის წესი იგივეა,

რაც ფირფიტოვანი სარკეებისა. ამ სარკეებს, ჩვეულებრივ, ხმარობენ კომბინაციაში: კოვზისმაგვარი სარკე — როგორც უკანა კოვზი, ფირფიტოვანი — როგორც წინა („ამწევი") ან გვერდითი (სურ. 17).



სურ. 17. საშვილოსნოს ყელის დათვალიერება კოვზისმაგვარი სარკეებით.

სარქველიანი სარკეების ხმარება ყოველთვის არ არის ისე მოსახერხებელი, როგორც კოვზისმაგვარი და ფირფიტოვანი სარკეებისა, მაგრამ მათი საშუალებით მაინც შეიძლება მანიპულაციების ჩატარება; მათ უფრო ხშირად პოლიკლინიკურ პირობებში ხმარობენ: ნაცხის აღება ყელის არხიდან ან საშოს თაღებიდან, ყელის ეროზიების წამლებით „მოწვა", საშოში ტამპონების შეტანა და სხვ.



სურ. 18. სარქველიანი სარკე.

სარქველიან სარკეებს ის დიდი უპირატესობა აქვთ, რომ ისინი თავისთავად მაგრდებიან და მათი გამოყენებისას არ არის დამხმარე საჭირო. ასეთი სარკეების მრავალი მოდიფიკაციაა მოწოდებული, მაგრამ ყველაზე უფრო გავრცელებულია კუსკოს მოდელი (სურ. 18).

სარქველიანი სარკის საშოში შეტანის წინ ფირფიტების გარეთა ზედაპირებს უნდა წაესვას ვაზელინი. მარცხენა ხელით გადაწევენ სასქესო ბაგეებს და სარკის „ნისკარტს" მიიტანენ სასქესო ნაპრალის გასწვრივ, შემდეგ ფრთხილად, შორისზე დაწოლით შეიტანენ

მას საშოს სიღრმეში, ხოლო სახელური თანდათან წინ გადააქვთ. სახელურის მოჭერითა და მოშვებით ფირფიტები ხან იშლება, ხან მჭიდროვდება, ამავე დროს სარკის ხან უფრო ღრმად შეტანით, ხან მისი ოდნავ გამოტანით გამოჩნდება საშვილოსნოს ყელი და ამ მდგომარეობაში აწარმოებენ სარკის ფიქსაციას ხრახნის საშუალებით. საშვილოსნოს ყელისა და საშოს გვერდითი კედლების დათვალიერების შემდეგ მოუშვებენ ხრახნის საკეტს და სარკის ფირფიტები თანდათან გადააქვთ გვერდებისაკენ. სარკის თანდათან გამოტანით და ერთდროულად მისი გახსნით ათვალიერებენ საშოს წინა და უკანა კედლებს.

სარქველიანი სარკეების ხმარება მათთან შეჩვევის შემთხვევაში ძალიან მოსახერხებელია და პრაქტიკულიც.

საშვილოსნოს დაზონდვას მიმართავენ იმ შემთხვევებში, როდესაც საჭიროა იმ მონაცემების დაზუსტება, რომლებიც მიღებულია ორი ხელით გინეკოლოგიური გასინჯვის დროს. საშვილოსნოს ზონდი კეთდება დრეკადი ლითონისაგან, მისი სიგრძე უდრის 25 სმ, დიამეტრი — 3 მმ. ზონდის ბოლო ღილისმაგვარად არის მომრგვალებული. ამ ღილაკიდან 7 სმ დაშორებით ზონდი ქმნის ბლაგვ კუთხეს; ამ ადგილზე, რომელიც გვიჩვენებს ახალგაზრდა ქალის ნორმალური საშვილოსნოს ღრუს სიგრძეს, ზონდი ოდნავ მსხვილდება.

საშვილოსნოს დაზონდვას ახდენენ იმისათვის, რომ განსაზღვრონ საშვილოსნოს ღრუს მდგომარეობა და მიმართულება, მისი სიგრძე და აგრეთვე ენდომეტრიუმის რელიეფის ხასიათი.

საშვილოსნოს დაზონდვა წარმოადგენს საშიშ ჩარევას, ამიტომ მას მხოლოდ იმ შემთხვევაში უნდა მივმართოთ, როდესაც აუცილებელია.

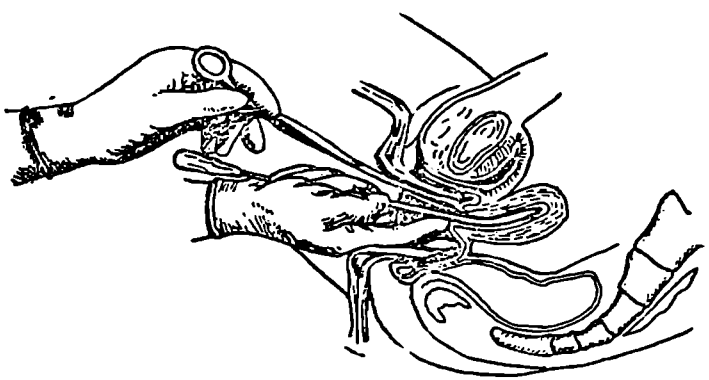
დაზონდვა წინააღმდეგნაჩვენებია საშვილოსნოს ან საშვილოსნოსგარე ორსულობაზე ეჭვის შემთხვევაში და, მით უმეტეს, დადგენილი ორსულობისა და სასქესო ორგანოებში მწვავე ან ქვემწვავე ანთებითი პროცესების დროს.

დაზონდვა უნდა წარმოებდეს ავადმყოფის სტაციონარში გამოკვლევისას ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის წესების ზუსტი დაცვით.

ზონდის გამოხარშვამდე მას ღუნავენ ისე, რომ მისი სიმრუდე შეესაბამებოდეს საშვილოსნოს მოხრილობას. ამ მოხრილობას ორი-

ენტაციით განსაზღვრავენ ორი ხელით წინასწარი გასინჯვით, რომელიც ყოველთვის წინ უნდა უძღოდეს დაზონდვას.

ავადმყოფს აწვენენ გინეკოლოგიური გამოკვლევისათვის საჭირო მდგომარეობაში. გარეთა სასქესო ორგანოებისა და საშოს დამუშავების შემდეგ საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივ ნაწილს სარკეებით გააშიშვლებენ და წაუსვამენ იოდს. საშვილოსნოს ყელის წინა ბაგეზე ადებენ ტყვიის მაშებს და საშვილოსნოს ყელს გამოსწევენ სასქესო ნაპრალისაკენ. ყელის არხს წაუსვამენ სპირტს და იოდს, რის შემდეგ ზონდის ღილაკი არხში ღრმად და ფრთხილად შეაქვთ მანამ, სანამ იგი არ მიაღწევს საშვილოსნოს ფუძეს (სურ.19). თუ ზონდს შეხვდა წინააღმდეგობა, მას ფრთხილად უვლიან გვერდს, ზონდის მიმართულების შეცვლით, რისთვისაც მას მარჯვენა ხელის თითებით იჭერენ ისე, თითქოს იგი „ჩამოკიდებულია".



სურ 19. საშვილოსნოს ღრუს დაზონდვა.

საშვილოსნოს ღრუში ზონდის შეყვანით ირკვევენ მის სიგრძეს; ნორმაში არანამშობიარევ ქალთა შორის იგი 7 სმ უდრის, მრავალნამშობიარევთა შორის კი — 8 — 9 სმ. საშვილოსნოს ღრუსა და ყელის დაგრძელება საშვილოსნოს კედელში არსებული ფიბრომიომის ნიშანია, დამოკლება კი ლაპარაკობს საშვილოსნოს ჰიპოპლაზიაზე. საშვილოსნოს ღრუს მიმართულება შეესაბამება ზონდის მდგომარეობას, რომელიც მან მიიღო ამ ღრუში შეტანისას. თუ ზონდი წინისკენ არის მიმართული — საშვილოსნო იმყოფება anteflexio-

versio-ს მდგომარეობაში, თუ ის მიმართულია უკანისკენ, — retroflexio-ში და სხვ. საშვილოსნოს ღრუს რელიეფი ნორმაში სადაა, სრიალა, საშუალო სიმკვრივისა. თუ ენდომეტრიუმის ზედაპირი რბილია ან უსწორმასწორო, შეიძლება ეჭვის მიტანა წყლულოვან პროცესზე, უფრო ხშირად ავთვისებიანი ხასიათისაზე. მკვრივი გამობურთულობის აღმოჩენა მიგვითითებს სუბმუკოზური ფიბრომული კვანძის არსებობაზე. დაზონდვით შეიძლება აგრეთვე საშვილოსნოს ღრუში ძგიდეების არსებობის ან მათი არარსებობის გამორკვევა და საშვილოსნოს ასიმეტრიულობის გამორკვევაც, თუ ზონდი მისი კუთხეებისაკენ თანაბარი სიღრმით არ მიემართება. ფრთხილი დაზონდვა ენდომეტრიუმის მთლიანობას არ არღვევს.

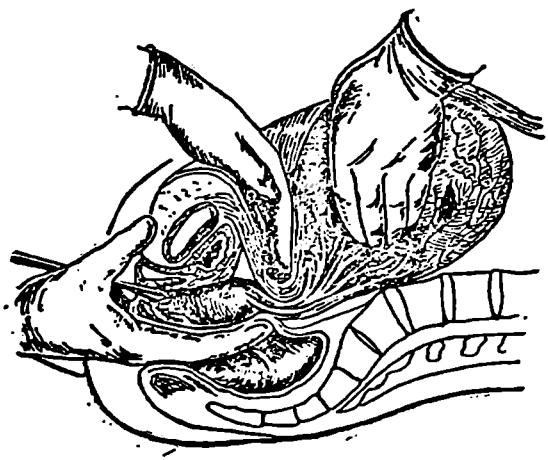
პათოლოგიურ შემთხვევებში ქსოვილები ადვილად ზიანდება, მაგალითად, პოლიპური ენდომეტრიუმისა და კიბოს დროს. ამაზე ლაპარაკობს დაზონდვის შემდეგ საშვილოსნოს ღრუდან სისხლდენა, რასაც ნორმალურ პირობებში შეიძლება მხოლოდ უშუალოდ (რამდენიმე საათით ადრე) მენსტრუაციის წინ ჰქონდეს ადგილი.

დაზონდვის დამთავრების შემდეგ ტყვიის მაშებს ხსნიან: ყელის არხს ისევ უკეთებენ დეზინფექციას და სარკეები გამოაქვთ.

ტ ყ ვ ი ი ს მ ა შ ე ბ ი თ გ ა ს ი ნ ჯ ვ ა. ამ დიაგნოსტიკურ მეთოდს, ჩვეულებრივ, სტაციონარში მიმართავენ იმ შემთხვევებში, როდესაც მუცლის ღრუში აღმოაჩენენ მოძრავ სიმსივნეს და როდესაც ჩვეულებრივი მეთოდებით ვერ ირკვევენ, თუ საიდან არის წარმოშობილი იგი, საშვილოსნოდან თუ სხვა ორგანოდან.

ავადმყოფს ათავსებენ გინეკოლოგიურ სავარძელზე. გარეთა სასქესო ორგანოებისა და საშოს დამუშავების შემდეგ სარკეებით აშიშვლებენ საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივ ნაწილს, დეზინფექციას უკეთებენ ყელის არხს და საშვილოსნოს ყელის წინა ან უკანა ბაგეს ტყვიის მაშებს ადებენ. ამის შემდეგ მუცლის წინა კედლიდან გასინჯვით მუცლის ღრუში აღმოჩენილ სიმსივნეს სწევენ ზევით მუცლის კედლიდან მასზე ხელის დაჭერით. თუ ტყვიის მაშები სიმსივნის მოძრაობასთან ერთად მოძრაობენ, ე. ი. საშოში შეიწევიან, ეს ლაპარაკობს იმაზე, რომ სიმსივნე წარმოშობილია საშვილოსნოდან ან მჭიდროდ არის მასთან დაკავშირებული. თუ ტყვიის მაშები რჩება უძრავ მდგომარეობაში, მაშინ სიმსივნეს საშვილოსნოსთან კავშირი არა აქვს (სურ. 20).

ზოგიერთ შემთხვევაში ასეთი გასინჯვის შედეგი არ არის ნათელი. მაშინ საშოს სარკეები გამოაქვთ, ხოლო საშვილოსნოს ყელზე დატოვებულ ტყვიის მაშებს დამხმარეს გადასცემენ. ეს უკანასკნელი მარცხენა ხელით ეწევა მაშებს და მარჯვენათი მუცლის წინა კედლიდან სიმსივნეს გადასწევს ზევით. გამომკვლევი ამ დროს აწარმოებს საშოს ორი ხელით გასინჯვას, შიგნითა თითებით ცდი-



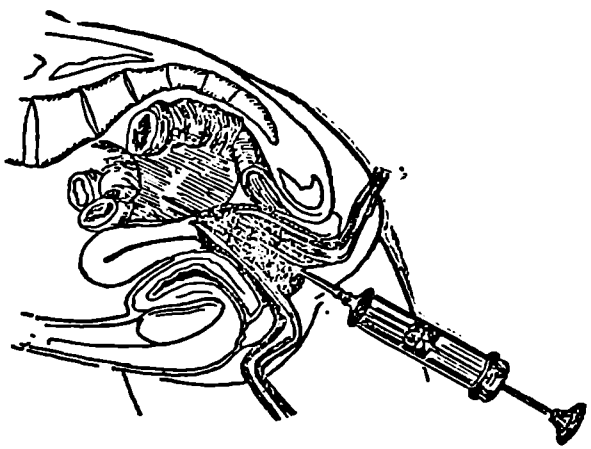
სურ. 20. კომბინირებული დიფერენციულ-დიაგნოსტიკური გასინჯვის წესი.

ლობს რაც შეიძლება ღრმად შევიდეს თაღებში, ხოლო გარეთა ხელის თითები კი მუცლის წინა კედლიდან მიუახლოოს საშოში შეტანილ თითებს. ეს მეთოდი, ჩვეულებრივ, იმის გამორკვევის საშუალებას იძლევა, თუ საიდანაა წარმოშობილი სიმსივნე, საშვილოსნოდან თუ მისი მეზობელი ორგანოებიდან.

უკანა თაღის საცდელი პუნქცია. უკანა თაღის საცდელ პუნქციას აწარმოებენ სტაციონარში, როდესაც აუცილებელია თავისუფალი სითხის არსებობის გამორკვევა მცირე მენჯის ღრუში (უმეტეს შემთხვევებში საშვილოსნოს უკანა სივრცეში) და მისი ხასიათის განსაზღვრა.

ავადმყოფს ათავსებენ გინეკოლოგიურ სავარძელზე.

სასქესო ორგანოებისა და საშოს დამუშავების შემდეგ საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივ ნაწილს სარკეებით გააშიშვლებენ, უკანა ბაგეს ადებენ ტყვიის მაშებს, რის შემდეგ ამწევ სარკეს გამოიტანენ, ხოლო უკანა კოვზისმაგვარ სარკეს დამხმარე სწევს უკან. ტყვიის მაშების დახმარებით ექიმი წინ გამოსწევს საშვილოსნოს ყელს, კიდევ უსვამს იოდს უკანა თაღის ლორწოვანს. შემდეგ უკანა თაღში, საშვილოსნოს ყელის ქვემოთ, ზუსტად შუა ხაზზე, იმ ადგილას, სადაც პალპაციით ისაზღვრებოდა „პასტოზურობა“, ფლუქტუაცია, გაბრტყელება ან გამობურთვა, შეაქვთ საკმაოდ მსხვილი ნემსი სიგრძით 10 — 12 სმ, რომელიც მჭიდროდ არის ჩამოცმული 5 — 10 გ შპრიცზე (სურ. 21). ნემსი უნდა შევიდეს 2 — 3 სმ სიღრ-



სურ. 21. უკანა თაღის საცდელი პუნქცია.

მით საშვილოსნოს უკანა ზედაპირის პარალელურად. დგუშის ნელი გამოწევით შპრიცში გროვდება პუნქციურებული სივრცის შიგთავსი. მიღებულ პუნქტატს ათვალიერებენ, საზღვრავენ ხასიათს, ფერს, გამჭვირვალობას. აწარმოებენ ნაცხთა ბაქტერიოსკოპულ ან ციტოლოგიურ გამოკვლევას, ზოგჯერ კი ბიოქიმიურ გამოკვლევასაც.

შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია. არაიშვიათად დიაგნოსტიკური მიზნით ახდენენ შარდის ბუშტის კათეტერიზაციას. გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც მას აწარმოებენ უროლოგიაში

შარდის ბუშტის ტევადობის, ნარჩენი შარდის და სხვათა გამოსაკვლევად, გინეკოლოგი მიმართავს კათეტერს დიფერენციული დიაგნოსტიკის მიზნით საშოს წინა კედლის ცისტასა და შარდის ბუშტის დივერტიკულს შორის, აგრეთვე, შარდის ბუშტის საზღვრის გამოსარკვევად ცისტოცელეს არსებობისას და სხვ. ზოგჯერ მცირე მენჯის ორგანოების დიდი და მკვრივი სიმსივნეების შემთხვევაში მათი დეტალური გამოკვლევა შესაძლებელია მხოლოდ შარდის ბუშტის კათეტერიზაციით, რომელიც საშუალებას იძლევა მთლიანად დავაცარიელოთ იგი, რაც შეუძლებელია მოშარდვის დროს საშარდე გზების ბოქვენზე მჭიდროდ მიჭყლეტის გამო.

დიაგნოსტიკური მიზნით გამოსადეგია ქალის კათეტერიც, თუმცა ჩვენ ვამჯობინებთ მამაკაცის კათეტერს, რომელსაც მეტი სიგრძეც აქვს და „ნისკარტის“ უფრო გამოხატული მოხრილობაც, რაც აადვილებს დასახული ამოცანების შესრულებას.

თავისთავად ცხადია, რომ შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია დასაშვებია მხოლოდ მკაცრი ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის წესების დაცვით.

ხშირად საჭირო ხდება კათეტერის გამოყენება შარდის მისაღებად, რადგან მხოლოდ ამ პირობებში შეიძლება საშოს გამონადენისაგან თავისუფალი შარდის მიღება.

დ. გამოკვლევა სპეციალური მეთოდებით

ინციზია საშვილოსნოს ყელიდან და საშვილოსნოს ღრუს დიაგნოსტიკური გამოფხეკა (ბიოფსია). რამდენადაც პრაქტიკოსი ექიმი გამოკვლევის ამ მეთოდებს მიმართავს იმ შემთხვევებში, როდესაც ეჭვი აქვს საშვილოსნოს კიბოვან დაზიანებაზე, ამიტომ ამ ღონისძიებათა აღწერა მოვათავსეთ III თავში.

სასქესო და მათთან ახლომდებარე ორგანოებიდან გამონაყოფის აღება მიკროსკოპული გამოკვლევისათვის. დიაგნოსტიკური მიზნებისათვის ძალიან ხშირად აუცილებელია საშოდან, ურეთრიდან, ყელის არხიდან და სწორი ნაწლავიდან გამონაყოფის გამოკვლევა. მასალას სასქესო ორგანოებიდან პლატინის მარყუჟით ან ღარიანი ზონდით იღებენ.

სწორი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის გამონაყოფის მისაღებად საშოს მხრიდან სწორ ნაწლავს თითს აჭერენ მისი გარეთა ხვრელის მიმართულებით. სწორი ნაწლავის გარეთა ნაწილი გამოიზნიქება, რის გამოც ადვილი ხდება მისი დათვალიერება და კედლებიდან მასალის აღება ბაქტერიოსკოპული გამოკვლევისათვის. ნაცხის ფიქსაცია ხდება სპირტის ნათურის ალზე მისი ერთი-ორჯერ გატარებით, რის შემდეგ იგი იგზავნება ლაბორატორიაში სათანადო დოკუმენტაციით. ჩამოთვლილი ადგილებიდან გამონაყოფს, ჩვეულებრივ, შემდეგნაირად იღებენ: ავადმყოფს აფრთხილებენ, რომ მან გამოკვლევამდე შეძლებისამებრ არ მოშარდოს და არ ჩამოიბანოს. წინასწარ გაუცხიმოვნებელსა და გაწმენდილ სასაგნე შუშას სპეციალური ფანქრით ოთხ ნაწილად ყოფენ. ერთ ნაწილზე აღნიშნავენ ასო C (cervix — ყელი), მეორეზე — V (Vagina — საშო), მესამეზე — U (uretra — შარდსადენი) და მეოთხეზე — R (rectum — სწორი ნაწლავი). ავადმყოფი წევს გინეკოლოგიურ სავარძელზე და მომზადებულია საშოდან გასინჯვისათვის. სარკეებით გამოაჩენენ საშვილოსნოს ყელს, მარყუჟით ან ღარიანი ზონდით მისგან გამოაქვთ სეკრეტი და სასაგნე შუშაზე აკეთებენ ნაცხს იქ, სადაც აღნიშნულია ასო C. უკანა თაღში დაგროვილი საშოს შიგთავსიდან აკეთებენ ნაცხს V-თან, შარდსადენიდან მიღებულ მასალას — ასო U-თან, ხოლო გამონაყოფს სწორი ნაწლავიდან — ასო R-თან. თავისთავად ცხადია, რომ პლატინის მარყუჟის ან ზონდის გამოყენება შეიძლება მხოლოდ მათი ალზე გამოწვის შემდეგ.

თუ მიზნადაა დასახული ცოცხალი ფლორის შესწავლა, მაშინ მიმართავენ დაკიდებულ წვეთში მიკრობების გამოკვლევას. ამისათვის მიღებული მასალის წვეთს აზავებენ 1 — 2 წვეთ ფიზიოლოგიურ ხსნარში, რომლის ტემპერატურა დაახლოებით 38°, და დაუყოვნებლივ სინჯავენ მიკროსკოპის ქვეშ დაბნელებულ მხედველობის არეში. ასეთი მეთოდი განსაკუთრებით გამოსადეგია ტრიქომონადის, სპერმატოზოიდებისა და სხვა აქტიურად მოძრავი უჯრედების აღმოჩენისათვის.

თუ იმაზეა ეჭვი, რომ დაავადების საფუძველია გონორეული ინფექცია, აღნიშნული ადგილებიდან გამონაყოფის ნაცხების გამოკვლევა არ არის საკმარისი. ამ შემთხვევებში გამოკვლევა უნდა წარმოებდეს ე. წ. პ რ ო ვ ო კ ა ც ი ი ს შემდეგ, რომელიც ტარდება

განსაზღვრული თანმიმდევრობით, მაგალითად, აღნიშნული ადგილებიდან ნაცხის აღება მენსტრუაციის დროს, სამმაგი პროვოკაციის მეთოდის გამოყენება (საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივ ნაწილზე და ურეთრაზე 3% აზოტმჟავავერცხლის ხსნარის წასმა, ორმაგი თერაპიული დოზით გონოვაქცინის კანქვეშ შეყვანა, გამაღიზიანებელი დიეტა). ნაცხს იღებენ პროვოკაციიდან ერთი დღე-ღამის შემდეგ.

გონორეისაგან განკურნების დადგენის მიზნით გონოვაქცინა ან რძე შეჰყავთ ორმაგი თერაპიული დოზით, ურეთრას უსვამენ ლუგოლის ხსნარს, ხოლო ყელის არხს — 3 — 5% აზოტმჟავავერცხლის ხსნარს. ამის შემდეგ ამ ორგანოებიდან აღებულ ნაცხებს 3 დღის განმავლობაში ზედიზედ სინჯავენ. გამოკვლევას იმეორებენ მენსტრუაციის დროს უპროვოკაციოდ, ხოლო მისი დამთავრების შემდეგ — პროვოკაციით.

ასეთი გამოკვლევები უნდა მეორდებოდეს 3 თვის განმავლობაში.

„ვაგინალური ნაცხის მეთოდმა“ დიდი მნიშვნელობა მოიპოვა ენდოკრინული დაავადების დიაგნოსტიკაში. იგი იძლევა საშუალებას თვალყური ვადევნოთ დინამიკაში საკვერცხეების ფუნქციურ მდგომარეობას და გამოყენებული მკურნალობის ეფექტურობას.

მეთოდის მნიშვნელობა ა. ი. სერებროვითა და ს. ს. როგოვენკოთი მდგომარეობს იმაში, რომ საშოს, საშვილოსნოს ყელის, ყელის არხის და საშვილოსნოს ღრუს ეპითელიუმის ჩამოფცქვნა და ჩამოცილება წარმოადგენს ბიოლოგიურ პროცესს, რომელიც ამ ორგანოების ნორმალურ და პათოლოგიურ მდგომარეობას ასახავს. ნაცხის აღების ტექნიკა (ე. ნ. პეტროვის): სარკის შეტანის შემდეგ უკანა თაღიდან შუშის პიპეტით, რომელსაც ჩამოცმული აქვს რეზინის ბალონი, იღებენ შიგთავსს და სასაგნე შუშაზე ათავსებენ. გაუმშრალ ნაცხს უკეთებენ ფიქსაციას სპირტსა და ეთერში (თანაბარი რაოდენობის) 15 — 20 წუთის განმავლობაში და შემდეგ ღებავენ, როგორც ჰისტოლოგიურ პრეპარატს.

მთელ რიგ შემთხვევებში კარგ შედეგს იძლევა დიაგნოსტიკური ქსოვილოვანი პუნქცია, ე. წ. ასპირაციული ბიოფსია. პუნქციის შედეგად მიღებულ მასალას, რომელიც ნემსიდან გადააქვთ სასაგნე

შუშაზე, ამუშავებენ, ისევე როგორც „ვაგინალური ნაცხის“ მასალას.

გამოკვლევის სხვა მეთოდები. სწორი დიაგნოზის დასმისათვის საჭიროა აგრეთვე შარდის, სისხლისა და ერითროციტების დალექვის რეაქციის გამოკვლევა. სათანადო ჩვენებების დროს — ვასერმანის, ბორდე-ჟანგუს, ლისოვსკაია-ფეიგელის რეაქციების დაყენება; ორსულობაზე ან ქორიონეპითელიომაზე ეჭვის დროს— აშჰეიმ-ცონდეკის, ფრიდმანის, ალპატოვისა და სხვ. რეაქციები.

მთელ რიგ შემთხვევებში დიაგნოზის დაზუსტებისათვის უნდა მივმართოთ რენტგენოგრაფიას, მაგალითად, საშვილოსნოში სუბმუკოზური ფიბრომული კვანძების არსებობის ან მათი არარსებობის გამოსაკვლევად; კოლპოსკოპიას, საშოს ან საშვილოსნოს ყელის კიბოზე ეჭვის დროს (იხ. III თავი), სხვადასხვაგვარ ენდოსკოპიას, როგორიცაა· ურეთრო-ცისტო-რექტორომანოსკოპია.

და, ბოლოს, თუ დიაგნოზის ზუსტად დასმა ვერ მოხერხდა ყველა ჩამოთვლილი მეთოდის გამოყენების მიუხედავად, მაშინ მიმართავენ მუცლის ღრუს საცდელ გაკვეთას სასიცოცხლო ჩვენების შემთხვევაში. ამ მეთოდების და კიდევ მრავალი სხვა მეთოდის აღწერაზე, რომელთა გამოყენება ექიმს იშვიათად უხდება, ჩვენ არ შევჩერდებით.

3. ფუნქციური დიაგნოსტიკა

ჩვენ მიზნად არ ვისახავთ დაწვრილებით გადმოვცეთ დიაგნოსტიკის ეს ნაწილი. ჩვენი მიზანი მარტივია: მივცეთ პრაქტიკოს ექიმს ზოგიერთი ცნობა ამ საკითხის შესახებ და მოკლედ ჩამოვთვალოთ ის გინეკოლოგიური დაავადებანი, რომელთა უფრო ღრმა შესწავლა შესაძლებელია მხოლოდ ფუნქციური დიაგნოსტიკის მეთოდით.

ფუნქციური დიაგნოსტიკის მიზანია შეისწავლოს ორგანოები, მათი სისტემები და დაავადებული ადამიანის მთელი ორგანიზმი, როგორც ერთიანი, მთლიანი ერთეული. ცალკე ორგანო შეიძლება იყოს მორფოლოგიურად შეუცვლელი და ამიტომ იგი შესაძლებელია ჯანმრთელის შთაბეჭდილებას ტოვებდეს, თუმცა მისი ცხოველმოქმედება შეიძლება დარღვეული იყოს. ასე, მაგალითად, საშვილოსნომ, რომელშიც მორფოლოგიური ცვლილებები არ აღინიშნება. შეიძლება არ უპასუხოს ან დამახინჯებულად უპასუხოს ნეირო-

ჰუმორალურ იმპულსებს, რითაც ზოგჯერ აიხსნება მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა სახის მოშლა, ამიტომ ფუნქციური გამოკვლევა ამჟამად განიხილება არა როგორც ანატომიური დიაგნოსტიკის დამატება, არამედ როგორც ავადმყოფის ძირითადი გამოკვლევის ფრიად მნიშვნელოვანი ნაწილი.

გარეთა სასქესო ორგანოების, საშოს და მენჯის ძირის გამოკვლევის დროს ჩვენ ვიკვლევთ სწორი ნაწლავის გარეთა დამხურავი კუნთის რეფლექსს უკანა ტანის ხვრელზე პერკუსიული კაკუნით. ეს მეთოდი საშუალებას გვაძლევს ვიმსჯელოთ, მთელია თუ არა ეს კუნთი, ხომ არ არის დარღვეული მისი ინერვაცია და მისი დამოკიდებულება ცენტრალურ ნერვულ სისტემასთან.

საშოში თითების შეტანით შეიძლება განვსაზღვროთ, როგორც უკვე ზემოთ აღვნიშნეთ, არა მარტო კუნთების ანატომიური მდგომარეობა, რომლებიც ზემოთ სწევენ უკანა ტანს, არამედ მათი ფუნქციური მდგომარეობაც. ამაზე მსჯელობენ ერთ ან ორივე კუნთში რეფლექსების არსებობის, შეცვლის, ან მათი უქონლობის მიხედვით, რასაც სერიოზული ყურადღება უნდა მიექცეს. ამავე გამოკვლევის დროს შეიძლება განვსაზღვროთ ვულვარული რგოლის წევადობა, რომელიც ორსულობის დროს ზოგჯერ არსებითად იცვლება მენსტრუალური ციკლის ფაზებთან და ასაკთან დაკავშირებით და ზოგჯერ კი სასქესო და სხვა ორგანოებში ავთვისებიან წარმონაქმნთა გამოც. მისი განსაზღვრა შეიძლება ვულვარული რგოლის თითებით უბრალოდ გაწევით ან სპეციალური ხელსაწყოთი. სასქესო ნაპრალის დამხურავი სისტემისა და უკანა ტანის ამწევი კუნთების ფუნქციურ მდგომარეობაზე შეიძლება ვიმსჯელოთ საშოში შეტანილი თითების გარშემოხვევის ინტენსივობის მიხედვით. განსაზღვრული დროის განმავლობაში ამ ფენომენზე დაკვირვებით, მაგალითად, ლოგინობის ხანის ყოველ კვირაში, შეიძლება ნათელი წარმოდგენა ვიქონიოთ მენჯის ძირის კუნთების ფუნქციის აღდგენის დინამიკაზე.

საშვილოსნოს ძვრადობის შესწავლით — საშვილოსნოს თითზე აწევა, გავა-საშვილოსნოს იოგების არეში ქვეევიდან ზევით დაწოლა და აგრეთვე საშვილოსნოს ყელის ტყვიის მაშებით ჩამოწევა — შეიძლება ნათელი წარმოდგენა ვიქონიოთ იოგოვანი აპარატის ფუნქციურ მდგომარეობაზე და მასში არსებული ცვლილებების დინამიკაზე.

საშოს ფუნქციურ მდგომარეობას სწავლობენ მისი ლორწოვანი გარსის პერიოდული ცვლილებებით, რაც დამოკიდებულია საშოს ფლორის სისუფთავეზე. ამისათვის ყოველდღიურად, ან 2—3 დღეში ერთხელ, საშოდან იღებენ ნაცხს და ღებავენ გრამის წესით. ნაცხის ბაქტერიოლოგიური სურათის ხასიათის ცვლილება, სისუფთავის ერთი ხარისხიდან მეორეში გადასვლა რამდენადმე იძლევა საფუძველს საშოს ფუნქციური მდგომარეობის შესახებ მსჯელობისათვის, განსაკუთრებით, თუ პარალელურად სწავლობენ მის მჟავობას. „საშოს გაწმენდა“ (IV და III ხარისხის სისუფთავის გადასვლა II და I ხარისხში), რომელიც, ჩვეულებრივ, შეხამებულია მჟავობის მომატებასთან, მიგვითითებს არა მარტო საშოს ქსოვილების ფუნქციის, არამედ საკვერცხეების ფუნქციის გაუმჯობესებაზეც, რომელთა გავლენით ხდება აღნიშნული გაუმჯობესებანი. ამას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის ამა თუ იმ მეთოდის ეფექტურობის შეფასების დროს.

ძალიან დიდი მნიშვნელობა ენიჭება საშოს ნაცხების, მისი სეკრეტის ციტოლოგიურ გამოკვლევას, საშოს კედლების სტრუქტურის ჰისტოლოგიურ ცვლილებებს.

ჯანმრთელ ქალებში ეპითელური უჯრედების მაქსიმალური რაოდენობა აღინიშნება იმ დღეს, როდესაც უნდა მოხდეს გრააფის ფოლიკულის გასკდომა. ძირითადი მნიშვნელობა აქვს საშოს შიგთავსის ცვალებადობის ციკლურობის გამომჟღავნებას, რომელიც მიგვითითებს იმ პროცესების ციკლურობაზე, რომელთაც ქალის მთელ ორგანიზმში ყოველთვიურად აქვთ ადგილი.

საინტერესოა აგრეთვე საშოს ფუნქციური მდგომარეობის, კერძოდ, მისი მოტორული ფუნქციის შესწავლა ვაგინორენტგენოგრაფიის მეთოდით საშოში კონტრასტული მასის შეტანის შემდეგ.

ყელის არხის ლორწოვანი გარსის ფუნქციურ მდგომარეობაზე ცოტად თუ ბევრად შეიძლება ვიმსჯელოთ მისი შიგთავსის მჟავობის ცვალებადობის მიხედვით. გარდა pH-ის გამოკვლევისა, ამ მხრივ ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება გამოგვადგეს სპერმატოზოიდების ძვრადობის განსაზღვრაც სქესობრივი კავშირის შემდეგ 3 საათის განმავლობაში. როგორც გამოცდილება გვიჩვენებს, ჯანსაღ ფიზიოლოგიურ პირობებში, ჩვეულებრივ, ამ ხნის განმავლობაში ნახულობენ 10 მოძრავ სპერმატოზოიდს თითოეულ მხედველობის არეში. თუ მათი

რაოდენობა 5-ზე ნაკლებია, მაშინ ეს იმის მაჩვენებელია, რომ ყელის არხის მჟავობა მომატებულია.

მეტროსალპინგოგრაფიის მეთოდი საშუალებას გვაძლევს ვიმსჯელოთ საშვილოსნოს მოტორულ ფუნქციაზე და ლულების გამტარობაზე. ამასთან, შესაძლებელი ხდება საშვილოსნოსა და ლულების პერისტალტიკური ან ანტიპერისტალტიკური შეკუმშვების გამოვლინება, რასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს უშვილობის მიზეზის გამორკვევაში. განსაკუთრებულ ინტერესს წარმოადგენს საშვილოსნოსა და ლულების შეკუმშვისუნარიანობის შესწავლა მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა ფაზაში. ლიტერატურული მონაცემებით (ა. ი. ოსიაკინა-როჟდესტვენსკაია და სხვ.) და საკუთარი გამოკვლევებით, ფიზიოლოგიურ პირობებში საშვილოსნოსა და ლულების შეკუმშვისუნარიანობა მაქსიმუმს აღწევს იმ მომენტში, რომელიც შეეფარდება ფოლიკულის მომწიფებას, და მინიმუმამდე ქვეითდება ყვითელი სხეულის აყვავების ფაზაში.

გინეკოლოგიურ დიაგნოსტიკაში ფართოდ იხმარება პერტუბაცია — ლულების გამტარობის განსაზღვრა საშვილოსნოს ღრუში ჰაერის შეყვანით ვერცხლისწყლის სვეტის 60 — 100 მმ წნევის ქვეშ (ვ. გ. ბუტომო, ა. ა. ივანოვი, ა. ე. მანდელშტამი, ს. ა. იაგუნოვი და სხვ.). თანამედროვე პერტუბაციული აპარატები იძლევა კიმოგრამებს, რომელთა მიხედვით შეიძლება ლულების გამტარობის ხარისხზე მსჯელობა.

საშვილოსნოს, საკვერცხეების და აგრეთვე რამდენადმე ლულების ფუნქციური მდგომარეობის დახასიათებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ენდომეტრიუმის ჰისტოლოგიურ ცვლილებას. მენსტრუალური ციკლის ამა თუ იმ ფაზაში წარმოებული გამოფხეკა და გამონაფხეკის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა შესაძლებლობას იძლევა გამოვარკვიოთ, შეესაბამება თუ არა ენდომეტრიუმის მდგომარეობა მოცემულ ფაზას. ასე, მაგალითად, გამონაფხეკის ჰისტოლოგიური გამოკვლევის დროს, რომელიც აღებულ იქნა მოსალოდნელ მენსტრუაციამდე 1 — 2 დღით ადრე, ანდა უმჯობესია მისი აღება მენსტრუაციის მოსვლის პირველ საათებში, ჩვეულებრივ, ნახულობენ სურათს, რომელიც შეესაბამება სეკრეციულ ფაზას. პათოლოგიურ შემთხვევებში ამავე ხანაში შეიძლება შევნიშნოთ ენდომეტრიუმის სხვა მდგომარეობაც, მაგალითად, მისი პროლიფერაციული ფაზა, რაც ამ-

ტკიცებს მენსტრუალური ციკლის პათოლოგიას (ე. წ. ოვულაციის გარეშე ან „ანოვულაციური“ სისხლდენები).

საკვერცხეების ფუნქციურ მდგომარეობაზე შეიძლება ვიმსჯელოთ საშოს კედლებში იმ ციკლურად მიმდინარე ცვლილებების მიხედვით, რომელთა შესახებ ზემოთ იყო ლაპარაკი.

დიდ ინტერესს წარმოადგენს აგრეთვე ქალის სისხლსა და შარდში სასქესო ჰორმონების განსაზღვრის თანდათანობით გაუმჯობესებული მეთოდიკა. პ. გ. შუშანიას, ფაერმარკის, ჩვენი და სხვათა შრომებით გამორკვეულია ესტროგენული ჰორმონის (ფოლიკულინის) არა მარტო რაოდენობრივი ცვლილებები ნორმალური მენსტრუაციის მქონე ქალების სისხლში, არამედ ჰორმონული ციკლის ორფაზიანობაც, რომელიც სავსებით შეესაბამება რ. შრედერის მიერ შესწავლილ ანატომიური ციკლის ორფაზიანობას (პროლიფერაციული და სეკრეციული ფაზები).

უკანასკნელ ხანებში დიდი წარმატებებია მიღწეული პრეგნანდიოლის (შარდში პროჟესთერონის პროდუქტი) რაოდენობრივი განსაზღვრის მხრივ. ამან შექმნა აუცილებელი პირობები ყვითელი სხეულის ფუნქციური მდგომარეობის შესწავლისათვის. ამ მხრივ უდავოდ საყურადღებოა შარდში აღმოჩენილი პრეგნანდიოლის განსაზღვრული რაოდენობანი ქალის სხვადასხვაგვარი ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური მდგომარეობის დროს (გ. ვ. ორდინეცი).

მენსტრუალური ციკლის დარღვევის დროს ისე, როგორც ქალის ორგანიზმის სხვა პათოლოგიური მდგომარეობის დროსაც, პრეგნანდიოლის რაოდენობა შარდში, რასაკვირველია, განსაზღვრულ ფარგლებს სცილდება. ამ ზღვარის დადგენა მნიშვნელოვანია დიაგნოსტიკისა და თერაპიის მიზნით, რადგან ეს მოგვცემს საშუალებას შევიმუშაოთ სწორი მკურნალობის მეთოდები მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვაგვარი მოშლის დროს.

ჩვენ არ შევჩერდებით ყველა აღნიშნული ფუნქციური დიაგნოსტიკური სინჯის დეტალურ აღწერაზე, რადგანაც ეს სპეციალისტი გინეკოლოგების საქმეა.

პრაქტიკოსი ექიმი ან არაგინეკოლოგი ექიმი სპეციალისტი ამ სინჯებს მიმართავს, მაგრამ მათი ცოდნა და ნათლად წარმოდგენა ყველა თანამედროვე დიაგნოსტიკური შესაძლებლობისა აუცილებელია.

ფუნქციურ გამოკვლევებს მაშინ აქვს მნიშვნელობა, როდესაც მათ აწარმოებენ ორგანიზმის საერთო მდგომარეობის, მისი რეაქტიულობის, მისი ნერვული სისტემის მდგომარეობის შესწავლის ფონზე. ამ პირობის გარეშე ფუნქციური დიაგნოსტიკა ძლიერ მცირე დახმარებას გვიწევს იმ პათოლოგიური პროცესების შეცნობაში, რომლებიც მიმდინარეობს ყოველი ავადმყოფის ორგანიზმში.

ლიტერატურა

Бубличенко Л. И., Функциональная диагностика при послеродовых заболеваниях. Медгиз, 1954.

Гентер Г. Г., Методы исследования в гинекологии (глава из «Руководства по женским болезням» под ред. проф. Л. А. Кривского, Л., 1927).

Гиляревский С. А., О диагностике. Медгиз, 1953.

Губарев А. П., Общая симптоматология (глава из «Руководства по женским болезням» под ред. проф. Л. А. Кривского, Л., 1927).

Губарев А. П., Диагностика женских болезней, ее убедительность, целесообразность и достоверность. М., 1923.

Жордания И. Ф., О распознавании начальных форм перитонита методом перкуссии. «Советская медицина», 1949, № 11.

Мандельштам А. Э., Гинекологическая диагностика, т. I (изд. Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1940).

Мандельштам А. Э., Функциональная диагностика в гинекологии. Л., 1947.

Стражеско Н. Д., Основы физической диагностики заболеваний брюшной полости, Госмедиздат УССР, 1951.

თ ა ვ ი II

ქალის სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებანი

სასქესო ორგანოების ანთებით დაავადებებს გინეკოლოგიურ დაავადებათა შორის თითქმის პირველი ადგილი უჭირავს როგორც სიხშირის, ისე გამოწვეული გართულებების სიმძიმის მხრივ. მწვავე სტადიაში ისინი წარმოადგენენ მძიმე დაავადებებს, რომლებიც ხშირად დიდი ხნით იწვევენ ავადმყოფის ლოგინად ჩავარდნასა და ზოგჯერ მის სიცოცხლისათვის სახიფათოც კი ხდებიან. შემდგომში, როდესაც საშიშროება აცდენილია, ანთებით დაავადებებს შეუძლიათ დატოვონ კვალი ავადმყოფის მთელ ორგანიზმში და, კერძოდ, მის სასქესო ორგანოებში. სისხლდენა საშვილოსნოდან, თეთრად შლა, გავის ტკივილი, ტკივილი მუცლის ქვემოთ ირადიაციით ფეხებში, უნაყოფობა — ყოველივე ეს ანთებითი დაავადებების შედეგია. ეს მოვლენები ამძიმებს ავადმყოფთა მდგომარეობას, არღვევს მათ სულიერ სიმშვიდეს, ხდება მიზეზი სხვადასხვა განცდის, აიძულებს ავადმყოფებს დახმარება ეძებონ სხვადასხვა სპეციალობის ექიმებთან.

ანთებითი გინეკოლოგიური დაავადების გამომწვევი შეიძლება იყოს სულ სხვადასხვაგვარი მიკრობები. უმრავლეს შემთხვევებში ამ დაავადებებს იწვევს პათოლოგიური მიკრობების ძლიერ მცირე რაოდენობა, რომლებიც მათ მიერ გამოწვეული პათოლოგიური პროცესების სიხშირის მიხედვით შეიძლება განლაგდნენ შემდეგი თანამიმდევრობით: სტრეპტოკოკები, სტაფილოკოკები, გონოკოკები, ნაწლავის ჩხირი, ტუბერკულოზის ჩხირი და, ბოლოს, ზოგიერთი სხვა მიკროორგანიზმიც. ლიტერატურაში დანერგილ და ბოლო დრომდე ფართოდ გავრცელებულ აზრს იმის შესახებ, რომ თითქოს ანთებით გინეკოლოგიურ დაავადებათა ეტიოლოგიაში პირველი ად-

გილი გონოკოკებს ეკუთვნის (კ. პ. ულეზკო-სტროგანოვა და სხვ.), ჩვენ ვერ დავეთანხმებით, პირიქით, 20-30 წლის წინათ გონოკოკებს ამ მხრივ პირველ ადგილს აკუთვნებდნენ, ამჟამად კი მათ მესამე ადგილი უჭირავთ აღნიშნული დაავადებების გამომწვევთა შორის. მომავალში გონორეით გამოწვეული ანთებითი გინეკოლოგიური დაავადებანი ჩვენს ქვეყანაში ფართო სახელმწიფოებრივ პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა და თანამედროვე თერაპიის მიღწევების მეოხებით მნიშვნელოვნად შემცირდება.

1903 წ. ვ. თ. სნეგირევი სტატიაში „გამოცდილებიდან“ წერდა: „ჩვენ მეტ მნიშვნელობას მიკრობებს ვაწერდით და ამით გვინდოდა აგვეხსნა ქალთა ორგანიზმის ინტოქსიკაციის მრავალი მხარე, მაგრამ ჩვენ დაგვავიწყდა, რომ ორგანიზმში შეჭრილი ყოველი მიკრობი ამთავრებს სიცოცხლეს და წარმოიშვება ახალი დამოკიდებულება შეჭრილ მიკრობსა და ორგანიზმის სხვადასხვა ქსოვილს შორის“.

ი. პ. პავლოვის მოძღვრების შუქზე ნათელი ხდება ვ. თ. სნეგირევის შეხედულების მთელი სიღრმე, რომელსაც საფუძვლად უდევს ქალთა სნეულებების კლინიკის შესწავლა. ინფექციური ანთებითი პროცესის წარმოშობისათვის, მართლაც, აუცილებელია მიკრობის არსებობა, მაგრამ შემდგომში პროცესი ვითარდება ორგანიზმის რეაგირების კანონზომიერების მიხედვით. მიკრობი წარმოადგენს მის მიერ პირველად გამოწვეული აგზნების გამაძლიერებელ გამაღიზიანებელს, შემდეგ დგება მომენტი, როდესაც ანთებითი პროცესის მიმდინარეობისათვის მიკრობის არსებობა უკვე აღარ არის აუცილებელი.

„შეხედულება იმის შესახებ, რომ მიკრობი წარმოადგენს წამყვან ეტიოლოგიურ ფაქტორს დაავადების ყველა ეტაპზე, აშკარად მექანიკური, მეტაფიზიკური ხასიათისაა. ამ შეხედულებას ინფექციური პროცესი მთელი მიმდინარეობის მანძილზე დაჰყავს უბრალო, შემდგომში უცვლელ პირველდაწყებით მიზეზამდე, არ იხილავს რა დაავადებას, როგორც დროთა განმავლობაში განვითარებად პროცესს, სადაც პირველდაწყებითი მიზეზის შედეგი თვით წარმოადგენს ახალი შედეგების მიზეზს, რითაც აიხსნება დაავადების მიმდინარეობის ფაზოვნობა... ეს კი იწვევს ახალი რეფლექსური მექანიზმების წარმოშობას, რასაც ადგილი არ ჰქონდა გამაღიზიანებლის პირველდაწყებითი მოქმედების დროს“ (მ. გ. დურმიშიანი).

აქედან გამომდინარეობს, რომ მკურნალობა, რომელიც მიმართულია მხოლოდ მიკრობის, როგორც დაავადების ეტიოლოგიური ფაქტორის, საწინააღმდეგოდ, არ არის საკმარისად ეფექტური. ცალკეულ შემთხვევებში კი უშედეგოცაა. კარგი სამკურნალო შედეგების მისაღებად ჩვენი ზემოქმედება ყოველთვის უნდა იყოს მიმართული მთელ ორგანიზმზე, როგორც მთლიან ერთეულზე, სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, იგი მუდამ უნდა იყოს არა მარტო „ადგილობრივი", არამედ „საერთოც".

მიკროორგანიზმების გარდა, ანთებითი დაავადებანი შეიძლება გამოწვეულ იქნეს მექანიკური, თერმული, ქიმიური და სხვ. გაღიზიანებით. ჩვენ არაერთხელ გვქონდა ვულვოვაგინიტების შემთხვევები, რომლებიც გამოწვეული იყო საშოს შესხურებით დეზინფექციურ საშუალებათა მაგარი ხსნარით ან ძლიერ ცხელი წყლით, ჩასახვის საწინააღმდეგო ხუფების და სხვა უცხო სხეულების საშოში დიდი ხნის განმავლობაში გაჩერებით. ეს ფაქტორები ხშირად ნიადაგს უმზადებენ ინფექციას, ხელს უწყობენ მის შეპრას და განვითარებას საფარველის მთლიანობის დარღვევის გამო.

ჩვენი შრომის მომდევნო ნაწილში დავკმაყოფილდებით იმ ანთებით დაავადებათა კლინიკისა და მკურნალობის აღწერით, რომლებიც უფრო ხშირად გვხვდება, და პრაქტიკოს ექიმსაც უფრო ხშირად უხდება მათთან შეხვედრა. მეტად იშვიათი ფორმები გამოტოვებულია, რადგან მათი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა მოითხოვს სპეციალისტ გინეკოლოგის დახმარებას.

ა. გარეთა სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებანი

ვ უ ლ ვ ი ტ ე ბ ი (vulvitis). გარეთა სასქესო ორგანოების: დიდი და მცირე სასქესო ბაგეების, კლიტორის, საშოს შესავლის ანთებას ვულვიტს უწოდებენ. ანთებითი პროცესით შეიძლება მოცული იყოს ყველა ჩამოთვლილი ორგანო ან მხოლოდ ზოგიერთი მათგანი.

უ ბ რ ა ლ ო ვ უ ლ ვ ი ტ ე ბ ი. ქალის ცხოვრების სხვადასხვა პერიოდში გარეთა სასქესო ორგანოების მდგომარეობაზე დაკვირვება, დაწყებული ახალშობილობის პერიოდიდან ვიდრე მოხუცებულობამდე, ნათელყოფს მჭიდრო კავშირს მათი განვითარების ხარისხსა და საკვერცხეების ჰორმონების მოქმედებას შორის. ეს კავშირი იმ-

აში გამოიხატება, რომ გარეთა სასქესო ორგანოები ისე, როგორც ბოქვენისა და დიდი სასქესო ბაგეების თმიანი საფარველი ვითარდება სქესობრივ მომწიფებასა და სქესობრივ მოწიფულობასთან თანმიმდევრობით და განიცდის ატროფიული პროცესების გავლენას მენოპაუზის პერიოდში. ამასთან ერთდროულად იცვლება გარეთა სასქესო ორგანოების ქსოვილების გამძლეობა გარეგანი გამღიზიანებლების — მექანიკურის, თერმულის, ინფექციურისა და სხვათა მიმართ. ვულვიტები შედარებით ადვილად წარმოიშვება გოგონებში სქესობრივ მომწიფებამდე და ხანში შესულ ქალებში—მენოპაუზის პერიოდში.

ვულვიტების განვითარებისათვის ხელსაყრელი პირობები შეიძლება შეიქმნას აგრეთვე სქესობრივი მომწიფების ხანაშიც საკვერცხეების ნორმალური ფუნქციის დარღვევის დროს.

შვილოსნობის ასაკში უფრო ხშირად გვხვდება შინაგანი სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებანი, რასაც თან ახლავს ვულვიტებიც.

ვულვის ანთების წარმოშობას ხელს უწყობს მისი ანატომიური მდგომარეობა — უშუალო სიახლოვე უკანა ტანთან და შარდსადენის ხვრელთან. დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ვულვის სისველეს, რომელიც არაიშვიათად დიდი ხნის განმავლობაშია ხოლმე შენარჩუნებული ოფლით, ცხიმოვანი ჯირკვლების პროდუქტებით, შარდის მოხვედრით შარდის გამოყოფის სხვადასხვაგვარი ანომალიების დროს, ხშირი შარდვით, საერთო დაავადების დროს (შაქრიანი დიაბეტით), მენსტრუალური გამონადენით, შინაგანი ორგანოების პათოლოგიური გამონაყოფით და აგრეთვე განავლის ნაწილაკების მოხვედრით.

ამ არახელსაყრელ პირობებს, ჩვეულებრივ, ადგილი აქვს მაშინ, როდესაც ქალი არ იცავს ელემენტარულ ჰიგიენურ წესებს, განსაკუთრებით მენსტრუაციის განმავლობაში, რომლის დროს წარმოშობილი ეპიდერმისის მაცერაცია ვულვის საფარველს ადვილად აზიანებს. ასეთ პირობებში სულ უმნიშვნელო გაღიზიანებამაც კი, მაგალითად, ვულვაზე ვიწრო და უხერხული ტანსაცმლის ხახუნმა, შეიძლება გამოიწვიოს სუბეპიდერმული შრის გაშიშვლება და მიკრობის შეჭრა უფრო ღრმადმდებარე ქსოვილებში. ამრიგად, ვულვიტის ნამდვილ მიზეზს, ჩვეულებრივ, წარმოადგენს მიკრობები; ხელშემწყობ

ფაქტორებად კი ითვლება სხვადასხვა ხასიათის მავნე ზეგავლენა: ქიმიური, თერმული, მექანიკური და სხვ.

ძირითად ხელშემწყობ ფაქტორებს უნდა მიეკუთვნოს აგრეთვე ნერვულ-ენდოკრინული დარღვევანი, პირველ რიგში, საკვერცხეების არასაკმარისი ფუნქცია, კვების დარღვევა, კერძოდ, ვიტამინური ბალანსის და სხვ. ამ ფაქტორთა როლში ჩვენ დავრწმუნდით ომის წლებში, როდესაც ახალგაზრდა ქალების დიდი რაოდენობა დაავადებული იყო ვულვიტებით და ვულვოვაგინიტებით. ავადმყოფების უმრავლესობას ვულვიტებთან ერთდროულად აღენიშნებოდა საკვერცხეების დისფუნქციის მოვლენები, ჰიპოვიტამინოზები (კერძოდ, C ჰიპოვიტამინოზი) ან ერთდროულად ერთიც და მეორეც.

ვულვიტების ეტიოლოგიაში, განსაკუთრებით, ბავშვთა ასაკში, არსებით როლს თამაშობს აგრეთვე ოქსიურები, რომლებიც იწვევენ ქავილს და ამის გამო განაკაწრების გაჩენას.

ვულვიტს პ ი რ ვ ე ლ ა დ ს უწოდებენ მაშინ, როდესაც იგი წარმოშობილია შინაგანი სასქესო ორგანოების ანთებასთან კავშირის გარეშე, და მ ე ო რ ა დ ს, როდესაც პირველად ავადდება სასქესო ორგანოები, ხოლო ვულვა ზიანდება მეორადად, საშოდან გამონადენი ჩირქით საფარველის გაღიზიანებისა და შემდგომი ინფექციის შედეგად. სქესობრივი მომწიფების პერიოდში მეორადი ვულვიტები უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე პირველადი.

პათოლოგიური სურათი ხასიათდება ანთებითი მოვლენების არსებობით: საფარველის შეწითლება, მისი შეშუპება, ალაგ-ალაგ ეპითელიუმის ექსკორაცია ზოგჯერ სუბეპიდერმული შრის გაშიშვლებამდე და ამასთან დაკავშირებით მტკივნეული პატარა წყლულების გაჩენა, კანის დვრილოვანი სხეულაკების წვრილუჯრედოვანი ინფილტრაცია. ზოგჯერ წარმოიშვება წვეტიანი კონდილომები.

ხშირად რეციდივის გამომწვევმა გარეთა სასქესო ორგანოების ანთებამ შეიძლება გამოიწვიოს მათი საფარველის დეგენერაციული ცვლილებები და ეს გახდეს ვულვიტების ზოგიერთი განსაკუთრებული ფორმის წარმოშობის მიზეზი.

მწვავე ვულვიტის ძირითადი ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი ა წებოვანი თეთრად შლა, რომელიც მუდმივად ასველებს და მეტწილად ხრწნის გარეთა სასქესო ორგანოებს და იწვევს მათში წვის გრძნობას, განსაკუთრებით შარდვის ან ჩამობანვის დროს (უსაფარველო ადგილებზე

სითხის მოხვედრის გამო), ქავილი, შეხების დროს ტკივილი, შეშუპება, მკვეთრი სიწითლე, რომელიც გავრცელებულია დიდ და მცირე სასქესო ბაგეებზე, შორისზე და, ზოგიერთ შემთხვევაში, ბოქვენსა და ბარძაყების შიგნითა ზედაპირზეც.

საშოს შესავალზე ანთებითი პროცესის გავრცელებისას ურეთრის ხვრელის, სკენესა და ბართოლინის ჯირკვლების გამომტანი სადინარების ირგვლივ შემჩნეულია შეშუპება და სიწითლე. საშოს შესავლის ანთებას ეწოდება ვ ე ს ტ ი ბ უ ლ ი ტ ი (vestibulitis).

მწვავე ვულვიტის დ ი ა გ ნ ო ზ ი ს დადგენა მოყვანილი სიმპტომების საფუძველზე ადვილია. თუმცა დანიშნული მკურნალობა მაშინ იქნება ეფექტური, როდესაც გამორკვეული იქნება დაავადების ეტიოლოგია, რომლის განსაზღვრა ყოველთვის არ არის იოლი. სწორი დიაგნოზის დასასმელად უნდა გაირკვეს: 1) პირველადია თუ მეორადი ვულვიტი; 2) ხომ არ აღინიშნება აშკარა კავშირი მის წარმოშობასა და ორგანიზმის საერთო მდგომარეობის დარღვევას შორის, ენდოკრინული დარღვევა, ავიტამინოზი და სხვ.; 3) ინფექციურია თუ არა იგი თავიდან, თუ ინფექცია დაემატა უკვე არსებულ უმიკრობო ანთებას; 4) რომელი მიკრობებითაა იგი გამოწვეული.

შემდეგ აუცილებელია გაირკვეს კიდევ ერთი საკითხი: თუ ადგილი ჰქონდა მწვავე ვულვიტს, განკურნებულია თუ არა იგი საბოლოოდ ან თუ დატოვა კვალი სკენესა და ბართოლინის ჯირკვლების გამომტან სადინარებში, შარდსადენის ხვრელში.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. მწვავე ვულვიტებით დაავადებულთა მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს არა მარტო ანთების საწინააღმდეგოდ, არამედ მისი გამომწვევი მიზეზის საწინააღმდეგოდაც. პირველი პირობა, ურომლისოდაც ძნელია მოკლე დროში განკურნების მიღწევა, არის წოლითი რეჟიმი და სასქესო ორგანოების სისუფთავე. გარეთა სასქესო ორგანოები უნდა ჩაიბანოს თბილი, ანადუღები წყლით, რომელშიც შერეულია სადეზინფექციო საშუალებანი. ჩვენ მივმართავთ მარგანეცმჟავა კალიუმის ხსნარს: Rp. Sol. Kalii hypermanganici 5%—50,0 15—20 წვეთი ლიტრ წყალზე ჩამობანისათვის; კარგად მოქმედებს გვირილის ნაყენით და აგრეთვე ბორის მჟავას 3% ხსნარით ჩამობანა. ჩამობანას აწარმოებენ დღეში რამდენჯერმე. ყოველი ჩამობანის შემდეგ გარეთა სასქესო ორგანოებს ფრთხილად ამშრალებენ სუფთა, რბილი პირსახოცით და აყრიან ინდიფე-

რენტულ პუდრს, მაგალითად ბრინჯისას, ტალკს და სხვ. შეიძლება პუდრის ხმარება მედიკამენტურ ნივთიერებებთან ერთად; მაგალითად:

Rp. Camphorae tritae 0,5
Zinci oxydati 2,5
Talci veneti ad 50,0
MDS. ჩაბანის შემდეგ მოსაყრელად.

ნერვული სისტემის დასამშვიდებლად ავადმყოფს უნიშნავენ:

1. Rp. Inf. rad. Valerianae 8,0—200,0
Kalii bromati 6,0
MDS. თითო სუფრის კოვზი 2-ჯერ დღეში.

2. Rp. Sol. Natrii bromati 4,0—200,0
Coffeini natrio-benzoici 0,1
MDS. დესერტის კოვზით 4-ჯერ დღეში.

გინეკოლოგიური ეტიოლოგიის ვულვიტების დროს მწვავე სტადიაშივე ხმარობენ სულფანილამიდურ პრეპარატებს და პენიცილინს (50.000 ერთეული ყოველ 3 საათში 6 საათის შესვენებით ღამე; დღე-ღამის განმავლობაში უშხაპუნებენ 350.000 ერთეულს. მკურნალობა გრძელდება 3 დღე).

წვეტიან კონდილომებს ამოკვეთენ ანთებითი მოვლენების გავლის შემდეგ. კონდილომებს ჭრიან ან კიურეტით ფხეკენ ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის წესების ზუსტი დაცვით. დიდი და გაფუებული კონდილომების მკურნალობა უმჯობესია რენტგენის სხივებით. ამ მიზნით ხმარობენ საშუალო სიხისტის სხივებს 200 — 300 — 450 r დოზით. კონდილომების მოსარჩენად საკმარისია 2 — 4 სეანსი, რომელიც მეორდება 2 — 3 — 4 კვირის შემდეგ.

ვ უ ლ ვ ი ტ ე ბ ი ს პ რ ო ფ ი ლ ა ქ ტ ი კ ი ს ა თ ვ ი ს საჭიროა ჰიგიენის დაცვა, განსაკუთრებით მენსტრუაციის დროს: ჰიგიენური საფენების ხმარება, გარეთა სასქესო ორგანოების ჩამობანა თბილი, ანადუღები წყლით, მათი მშრალად შენახვა, სრული საცვლების ჩაცმა ხახუნის ასაცილებლად და მათი დაცვა მტვრისაგან.

ბავშვის ვულვიტი. გოგონებში ვულვიტებს იწვევს გონოკოკი, დიფთერიის ჩხირები, სტრეპტო- და სტაფილოკოკები, ნაწლავის ჩხირი და სხვა მიკრობები. ჩვენი დაკვირვებებით გოგონებს ვულვოვაგინიტები ხშირად უვითარდებათ გრიპული ინფექციის შედეგად. ზოგჯერ საშოში ჩვენ ვნახულობდით მენინგოკოკებს, გრამუარყოფით დიპლოკოკებს, რომელთა გარჩევა გონოკოკებისაგან შეიძლება მხოლოდ ბაქტერიოლოგიური მეთოდებით (დათესვით). ეს არ უნდა დავივიწყოთ დაავადების ეტიოლოგიის გარკვევის დროს, რადგანაც ასეთ შემთხვევებში ამას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობისათვის და გონორეის მცდარი დიაგნოზის თავიდან ასაცილებლად.

ბავშვებს ვულვოვაგინიტი შეიძლება განუვითარდეთ აგრეთვე სასქესო ორგანოებში კუდმახვილას (ოქსიური) მოხვედრით, რომელიც იწვევს ქავილს და ამასთან დაკავშირებით განაკაწრებს. ამ შემთხვევებში უპირველესად უნდა ჩატარდეს ჰიების საწინააღმდეგო მკურნალობა.

ბავშვის ვულვიტების მკურნალობა და პროფილაქტიკა ისეთივეა, როგორიც სრულასაკოვანთა შორის.

ვულვის ფურუნკულოზი (furunculosis vulvae) უმეტესად ჩნდება სასქესო ბაგეებსა და ბოქვენზე. არაიშვიათად იგი წარმოადგენს საერთო დაავადების ადგილობრივ გამოვლინებას. ასეთ შემთხვევებში ფურუნკულები გვხვდება არა მარტო ვულვის არეში, არამედ ტანის სხვა ნაწილებზედაც. დაავადების გამომწვევია უმეტესად სტაფილოკოკები. ანთებითი ინფილტრატები სიდიდით ზოგჯერ აღწევს კაკლის ოდენობას და ჩირქდება. რამდენიმე ფურუნკულის შეერთებისას ვიღებთ ფლეგმონას, უხშირესად დიდი სასქესო ბაგეების მიდამოში.

ვულვის ფურუნკულოზს რეციდივისკენ აქვს მიდრეკილება, განსაკუთრებით თვიურის დროს.

მკურნალობა ისეთივეა, როგორიც საერთო ფურუნკულოზის დროს. აუცილებელია ჩატარდეს საერთო გამაჯანსაღებელი მკურნალობა, კარგ შედეგებს იძლევა სისხლის განმეორებითი გადასხმა და პენიცილინთერაპია. ადგილობრივად უნიშნავენ ცივ კომპრე-

სებს, დასველებულს ტყვიის წყალში ან ბორის მჟავას 3% ხსნარში. ფლუქტუაციის დროს მკურნალობა ქირურგიულია შემდგომში ვიშნევსკის მალამოიანი ნახვევის დადებით.

Herpes vulvae ვითარდება გარეთა სასქესო ორგანოებზე, უფრო ხშირად დიდ და მცირე სასქესო ბაგეებზე, მენსტრუაციის დროს როგორც მენსტრუალური ექზანთემა (კ. პ. ულეზკო-სტროგანოვა) ან ინფექციურ დაავადებათა და ნერვული სისტემის დაავადებათა დროს (herpes zoster-ის დროს). წარმოშობილი მრავალრიცხოვანი ბუშტუკი სწრაფად სკდება და ჩნდება ზერელე წყლულები, რომლებიც ადვილად ხორცდება. Herpes vulvae თავისთავად რჩება. ამ თვითგანკურნების დაჩქარება შესაძლებელია სუფთა ტალკის, ქაფურისა და თუთიის ნარევის ან თეთრი სტრეპტოციდის ფხვნილის მოყრით, რომელთა რეცეპტები ზევით იყო მოყვანილი.

ვულვის ქავილი (pruritus vulvae). გარეთა სასქესო ორგანოებისა და საშოს ანთების ერთ-ერთ მთავარ სიმპტომს წარმოადგენს ქავილი, რომელიც უფრო ხშირად უსუფთაობის შედეგია, თუმცა ქავილი ემართებათ ისეთ ქალებსაც, რომლებიც იცავენ პირად ჰიგიენას და გარეგანი შესახედაობით ჯანსაღი სასქესო ორგანოები აქვთ. ისეთ შემთხვევებში, როდესაც დაავადების ერთადერთი სიმპტომია ვულვისა და საშოს ქავილი, რამაც აიძულა ქალი მიემართა ექიმისათვის, ლაპარაკობენ „ესენციურ ქავილზე“. აქედან გამომდინარე, უნდა გავარჩიოთ ქავილი, როგორც სასქესო ორგანოების დაავადების სიმპტომი, და „ესენციური ქავილი“, რომელიც აღინიშნება სასქესო ორგანოების ჯანმრთელობის დროს.

„ესენციური ქავილი“, ჩვეულებრივ, ძლიერ მკვეთრადაა გამოხატული და ზოგჯერ აუტანელიც ხდება. ყველა საფუძველია ვიფიქროთ, რომ ასეთი ქავილის მიზეზი ნეირო-ჰუმორალური ხასიათის მოშლილობაა. ამის სასარგებლოდ მეტყველებს შემდეგი ფაქტები: ორივე საკვერცხის ამოკვეთის შემდეგ, მათი სიმსივნით დაზიანების დროს, პირველ თვეებშივე დაწყებული ქავილი, აგრეთვე ამ უკანასკნელის განვითარება კლიმაქტერიულ პერიოდში, ორსულობის დროს და მენსტრუაციის დროსაც კი და სხვ. ამავე კატეგორიას უნდა მიეკუთვნოს გარეთა სასქესო ორგანოებისა და საშოს ქავილი ძლიერ მსუქან ქალთა შორის, აგრეთვე იმ ქალთა შორის, რომლებიც დაავა-

დებულ• არიან თირეოტოქსიკოზით, შაქრიანი დიაბეტით, ე. ი. იმ ჭალებში, რომელთაც დარღვეული აქვთ ნივთიერებათა ცვლა.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი ს დ ა ს მ ა ადვილია. ადვილია აგრეთვე ქავილის მიზეზის დადგენა იმ შემთხვევებში, როდესაც ადგილი აქვს სასქესო ორგანოების მწვავე ან ქრონიკულ ანთებას, ძლიერ თეთრად შლას და სხვა პათოლოგიურ პროცესებს. ექიმის ამოცანა საგრძნობლად რთულდება, როდესაც ეს სიმპტომები არ აღინიშნება, ე. ი. როდესაც ადგილი აქვს „ესენციურ ქავილს“.

ყველა შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფი უმთავრესად უჩივის ვულვის ქავილს, პირველ რიგში საჭიროა გამოვარკვიოთ, არის თუ არა ეს სიმპტომი მორფოლოგიურად დასაბუთებული. ამისათვის უნდა დავრწმუნდეთ ყველა ეტიოლოგიის ვულვოვაგინიტის არსებობაში ან არარსებობაში: ინფექციური (გონოკოკური, ტრიქომონადური და სხვ.), თერმული (დამწვრობანი), მექანიკური (საშოში მყოფი უცხო სხეულებით გაღიზიანება, ტანსაცმლის ვულვაზე ხახუნი). გამორიცხული უნდა იყოს აგრეთვე ცხოველური პარაზიტებიც (კუდმახვილა, პედიკულიოზი). შემდეგ უნდა ვცადოთ ნერვული ზემოქმედების არსებობის ან არარსებობის გამორკვევა — ნევროზები, ალერგიული რეაქციის გამოვლინება სხვადასხვაგვარი საკვები პროდუქტების (მარწყვი, ხიზილალა, კიბორჩხალა და სხვ.) და მედიკამენტური ნივთიერებების მიმართ (იოდი, დარიშხანი, პენიცილინი, ასპირინი, იხტიოლი და სხვ.).

სრულად შეკრებილი ანამნეზი და ავადმყოფის დაწვრილებით გამოკვლევა, რომელიც მიმართული იქნება მისი სასქესო ორგანოების, ნერვული სისტემისა და ენდოკრინული ჯირკვლების ფუნქციის შესწავლისაკენ, დაეხმარება ექიმს იმის გამორკვევაში, თუ ქავილის რომელ ფორმას აქვს ადგილი ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში და რა სახის მკურნალობას უნდა მიმართოს.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა მდგომარეობს ვულვის ქავილის გამომწვევი მიზეზების მოშორებაში. „ესენციური ქავილის“ დროს მკურნალობა უფრო რთულია. ვულვის ძლიერი ქავილის დროს, რომელიც გამოწვეულია საკვერცხეების ფუნქციის გამოვარდნით კლიმაქტერიულ პერიოდში, ჭირურგიული კასტრაციის შემდეგ და სხვ., აგრეთვე ორსულობის დროს, ჩვენ არაერთხელ გვინახავს კარგი ეფექტი ფოლიკულინის ან სინთეზური პრეპარატების ხმარების შემდეგ, რომელ-

თაც აქვთ ესტროგენული თვისებები; ასეთია: სინესტროლი, დიეთილსტილბესტროლი და სხვ. ზოგიერთ შემთხვევაში, როდესაც ვულვის აუტანელ ქავილს ადგილი ჰქონდა ახალგაზრდა ჯანმრთელ ქალებში, რომელთაც სასქესო ორგანოების განუვითარებლობის მოვლენები აღენიშნებოდათ, კარგ შედეგს იძლეოდა კომბინირებული მკურნალობა ესტროგენული და ყვითელი სხეულის ჰორმონით ბრომთან ერთად—1 სუფრის კოვზი ბრომიანი ნატრიუმის 2%ხსნარი დღეში 3-ჯერ.

ყურადღებას იპყრობს ვულვის „ესენციური ქავილის“ მკურნალობა რენტგენის სხივებით (ს. გ. ზარეცკი). ამ მიზნით ერთბაშად ასხივებენ ვულვის დიდ არეს; სხივების ფილტრაცია ხდება ალუმინის ფირფიტით, რომლის სისქე უდრის 3—4 მმ, დოზა—200 r; კურსი — 1 ან 2 სეანსი 2 კვირის ინტერვალით.

ვულვის აუტანელი ქავილის შემთხვევებში, როდესაც იგი არ ემორჩილებოდა მკურნალობას, არაერთხელ იყო მოწოდებული nn. pudendi-ის ამოკვეთა. ასეთი ოპერაციის დადებითი შედეგები მიღებული იყო ე. ე. გიგოვსკის მიერ (1945 წ.).

ამის გარდა, რეკომენდებულია დიეტური, საერთო გამაჯანსაღებელი, ფსიქოთერაპიული ღონისძიებანი და აგრეთვე ჰიგიენური რეჟიმის დაცვა: ვულვისა და საშოს გულმოდგინედ ჩაბანა საპნით და შემდეგ მათი მოწმენდა კარბოლის მჟავას 1% ხსნარით; ვულვის დამუშავებისათვის ხმარობენ აზოტმჟავავერცხლის ხსნარს კონცენტრაციების თანდათანობითი გადიდებით: 1 — 2 —3 — 5—10% ხსნარი ყოველდღიურად ან დღეგამოშვებით, დასამუშავებელი ქსოვილების რეაქტივობის მიხედვით. მიმართავენ აგრეთვე ქავილის გამომწვევ ადგილებზე სხვადასხვა ტკივილდამაყუჩებელი საშუალების წასმას.

1. Rp. Chloroformii 3,0
   Ol. Amygdalarum dulcii 30, 0
   MDS. გარეგანი

2. Rp. Cocaini hydrochlorici 1,0
   Lanolini
   Vaselini aa 10,0
   MDS. გარეგანი

3. Rp. Cocaini hydrochlorici 3,0
Mentholi 0,5 (1,0)
Saloli
Ol. Olivarum aa 2,0
Lanolini ad 40,0
MDS. გარეგანი

ამ საშუალებებიდან ყოველმა მათგანმა შეიძლება მოგვცეს დადებითი შედეგი, თუ დაცული იქნება აუცილებელი პირობა — კარგად ჩატარებული ფსიქოპროფილაქტიკა. თუ ეს ყველაფერი არ იძლევა სასურველ შედეგებს — აუტანელი ქავილი არ წყდება, ავადმყოფს უნდა დაენიშნოს ძილით მკურნალობა. გახანგრძლივებული მედიკამენტური და პირობითრეფლექსური ძილი ბრომის პრეპარატების ხმარებასთან ერთად ასეთ შემთხვევებში კარგ შედეგებს იძლევა.

თავისთავად, ვულვისა და საშოს ქავილი სიცოცხლისათვის საშიში არ არის, მაგრამ აუტანელი ქავილი არღვევს ქალის სიმშვიდეს, იწვევს უძილობას, უარყოფითად მოქმედებს ფსიქონერვულ მდგომარეობაზე, აქვეითებს შრომისუნარიანობას. ამასთან ერთად უნდა აღინიშნოს, რომ სწორედ იმ ავადმყოფებს, რომელთაც აქვთ „ესენციური ქავილის“ ხანგრძლივი ფორმა, ხშირად უვითარდებათ ვულვის ჰიპერტროფია, ლეიკოპლაკია და კრაუროზი, რაც არაიშვიათად წინ უძღვის კიბოვან დაავადებას.

ბ ა რ თ ო ლ ი ნ ი ს ჯ ი რ კ ვ ლ ე ბ ი ს ა ნ თ ე ბ ა (bartholinitis). ბართოლინის ჯირკვლების პარენქიმის ანთება, სასქესო ბაგეების სისქეში მათი დაცული მდგომარეობის გამო, იშვიათად გვხვდება. იგი უფრო ხშირად ვითარდება ჩირქოვანი პროცესების დროს კანზე და უშუალოდ მის ქვეშ, საიდანაც შესაძლებელია მიკრობის შეჭრა მისი გამომტანი სადინარების საშუალებით. ასეთი ჰეშმარიტი ბართოლინიტები იშვიათად გვხვდება. ბართოლინიტების უმრავლესობას კი საფუძვლად უდევს სხვა ხასიათის პროცესები.

ბართოლინის ჯირკვლების გამომტანი სადინარები იხსნება საშოს შესავალში, მის ქვედა მესამედში — მცირე ბაგესა და საქალწულო აპკს შორის. მის ანთებას იწვევენ შევიწროებული სადინარის გარეთა მესამედში მოხვედრილი მიკრობები. ანთებითი შეშუპება და ინფილტრაცია მექანიკურად აწვება სადინარის ვიწრო სანათურს

და ხურავს მას. შემდგომში ეპითელიუმის დესქვამაციის გამო, რომლითაც გამოფენილია სადინარი, ხდება გარეთა ხვრელიდან დიდ თუ მცირე მანძილზე სადინარის ობლიტერაცია. ჯირკვლის სეკრეტი დიდი ხნით გუბდება სადინარის არაობლიტერირებულ ნაწილში და ჩირქდება. მთელი ჯირკვალი თანდათან დიდდება, იქცევა ჩირქოვან პარკად, რაც წარმოადგენს ე. წ. ბ ა რ თ ო ლ ი ნ ი ს ჯ ი რ კ ვ ლ ი ს ყ ა ლ ბ ა ბ ს ც ე ს ს. მალე ანთებით პროცესში ჩაითრევა აგრეთვე სასქესო ბაგეების საფარველი, რომლის სისქეშიც მოთავსებულია ჯირკვალი. შეშუპებისა და ინფილტრაციის გამო ჯირკვალი მკვრივი და მტკივნეული ხდება, მის ზემოთ მდებარე კანი წითლდება. ბართოლინის ჯირკვალი, რომელიც, ჩვეულებრივ, სულ არ ისინჯება, ამ შემთხვევაში ისინჯება ჯერ როგორც მტკივნეული გამკვრივება სიდიდით ლობიოს ოდენობიდან კაკლის ოდენობამდე, შემდეგ კი — როგორც მრგვალი მკვრივ-ელასტიკური კონსისტენციის, კაკლის, ზოგჯერ კი ქათმის კვერცხის ოდენობის, წარმონაქმნი თხიერი შიგთავსით, რომელიც იძლევა ფლუქტუაციას. ხშირად ანთებითი ჯირკვლის ზემოთ მდებარე კანი თხელდება, შეეზრდება ქვეშმდებარე ქსოვილებს. ბართოლინის ჯირკვლის აბსცესი ძლიერ მტკივნეულია. ამ დაავადებას ზოგჯერ თან ახლავს მაღალი ტემპერატურა.

ანთება შეიძლება იყოს გამოწვეული სულ სხვადასხვაგვარი მიკრობებით, რომელთა შორის პირველი ადგილი უჭირავთ სტრეპტოკოკებს, შემდეგ სტაფილოკოკებს და ნაწილობრივ გონოკოკებს.

ბართოლინის ჯირკვლების ანთება ინფილტრაციისა და დაჩირქების სტადიებშიც კი შეიძლება ჩაცხრეს; ინფილტრატი შეიწოვება და ხდება თვითგანკურნება, მაგრამ ეს დაავადება ყოველთვის ასე არ მთავრდება. ზოგჯერ დაჩირქების პროცესის პროგრესულობის გამო აბსცესი თანდათანობით დიდდება, რაც იწვევს მის თავისთავად გახსნას, უფრო ხშირად დიდი სასქესო ბაგეების კანიდან ან საშოს შესავალში. მაღალი ტემპერატურა და გარეთა სასქესო ორგანოების არეში ძლიერი ტკივილი სწრაფად ქრება და ავადმყოფი თავს განკურნებულად თვლის, მაგრამ გაივლის ხანი, პერფორაციული ადგილი შეწებდება და ბართოლინიტი ყველა თავისი შედეგით მეორდება ზოგჯერ რამდენიმეჯერ. თუ აბსცესი არ გაიხსნა და, მიუხედავად ამისა, მოხდა „თვითგანკურნება“, ღრუს ჩირქოვანი შიგთავსი თანდათანობით გამქვირვალე და სტერილური ხდება: წარმოიშვება ბარ-

თოლიინის ჯირკვლის ანთებითი ცისტა, რომელიც ისინჯება როგორც მრგვალი, მკვრივ-ელასტიკური კონსისტენციის, უმტკივნეულო, ქათმის კვერცხის ოდენობის წარმონაქმნი, რომელიც მოთავსებულია სასქესო ბაგეების ქვედა მესამედის სისქეში და ნაკლებად აწუხებს ავადმყოფს.

ბართოლინის ჯირკვლების ანთების ან მისი აბსცესის დ ი ა გ ნ ო ზ ი ს დადგენა ადვილია ანთებითი სიმსივნის დიდი სასქესო ბაგეების ქვედა მესამედის სისქეში ლოკალიზაციის, მისი მტკივნეულობის, სიმკვრივის, უფრო გვიან კი ფლუქტუაციისა და მაღალი ტემპერატურის მიხედვით. დაავადების მიკრობულ ეტიოლოგიას ირკვევენ ჩირქის ნაცხის ბაქტერიოსკოპული გამოკვლევით და აგრეთვე ბაქტერიოლოგიური დათესვით და სეროლოგიური რეაქციების მეშვეობით.

დაავადების პირველდაწყებითი ფორმით დაავადებულთა მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა, როდესაც ანთებითი ბართოლინის ჯირკვალი ისინჯება როგორც მცირე გამკვრივება, მიმართული უნდა იყოს პროცესის განვითარების შემოფარგვლისაკენ. ასეთ შემთხვევებში ავადმყოფს წოლით რეჟიმს უნიშნავენ და აძლევენ სულფანილამიდურ პრეპარატებს ან პენიცილინს, ადგილობრივად ადებენ ყინულს 30—40 წუთის განმავლობაში 15—20 წუთის შუალედებით. მიზანშეწონილია ანთებითი ჯირკვლის ირგვლივ არსებულ კანში თვით ავადმყოფის სისხლის შეყვანა 5—7 მლ რაოდენობით 2 დღის ინტერვალით, სულ 3—4-ჯერ.

თუ 2—3 დღის განმავლობაში მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, მაშინ საჭიროა ისეთი პროცედურების დანიშვნა, რომლებიც დააჩქარებს დაჩირქებას. ავადმყოფს ადგილობრივად ადებენ პირსახოცში შეხვეულ რეზინის ბუშტს ცხელი წყლით. როგორც კი იჩენს თავს ნათელი ფლუქტუაცია, აბსცესი უნდა გაიკვეთოს. გაკვეთას აწარმოებენ სკალპელით საშოს შესავლის მხრიდან ეთერის ან ქლორეთილის საერთო ნარკოზით, ამის შემდეგ გაკვეთილ ღრუში შეაქვთ საჩვენებელი თითი და არღვევენ ძგიდეებს, რომლებიც ზოგჯერ ცალკეულ ჩირქოვან კერებს საზღვრავენ. ჩირქისგან აბსცესის ღრუს დაცარიელების შემდეგ მასში შეაქვთ 5—10% იოდოვან ნაყენში გაჟღენთილი დოლბანდის ვიწრო ზონარი. 1—2 დღის შემდეგ ტამპონი გამოაქვთ და შეაქვთ ახალი ტამპონი.

ასეთ პროცედურებს ატარებენ რამდენიმეჯერ, სანამ ღრუ მთლიანად არ დაიხურება. მათი მიზანია გამოიწვიონ იოდით, როგორც ქიმიური გამაღიზიანებლით, და დოლბანდით, როგორც მექანიკური გამაღიზიანებლით, ჯირკვლის პარენქიმის ატროფია და შეაფერხონ კანის სწრაფი შეხორცება. ასეთი, თუმცა გახანგრძლივებული მეთოდის მეშვეობით ჩვენი მრავალწლიანი მუშაობის მანძილზე არც ერთხელ არ გვქონია აბსცესის რეციდივის შემთხვევა.

უკანასკნელი წლების განმავლობაში ბართოლინის ჯირკვლის ყალბი აბსცესის შემთხვევაში ჩვენ ვიყენებთ დადებითი შედეგებით მკურნალობის შემდეგ მეთოდს: ისეთი დიამეტრის მქონე ნემსით, რომელიც საკმარისი იქნება ჩირქის ამოსაღებად, ვაწარმოებთ აბსცესის პუნქციას და ამოვქაჩავთ ჩირქს, რის შემდეგ ნემსის გამოუღებლად აბსცესის ღრუში იმავე ნემსით შეგვყავს პენიცილინის ხსნარი 50.000 ერთეულის რაოდენობით, ავადმყოფს ერთდროულად ვუნიშნავთ საერთო პენიცილინთერაპიას 3 დღის განმავლობაში. სულ შეგვყავს 600.000—1.000.000 ერთეულამდე პენიცილინი. თუ ჩირქის ერთი-ორჯერ განმეორებული ევაკუაციის შემდეგ ეფექტს ვერ მივიღებთ, საჭიროა აბსცესის გაკვეთა.

ბ. საშოს ანთებითი დაავადებანი

უ ბ რ ა ლ ო ვ ა გ ი ნ ი ტ ი — კ ო ლ პ ი ტ ი (vaginitis s. colpitis simplex, s. vulgaris). ავადმყოფი უჩივის ხან ძლიერ და ჩირქოვან თეთრად შლას, ხან კი ოდნავ შესამჩნევს. საშოს ქავილი და ტკივილი სხვადასხვა ხარისხითაა გამოხატული: ზოგიერთ შემთხვევაში იგი ძლიერ აწუხებს ავადმყოფს და ზოგჯერ კი — ნაკლებად. ზოგიერთ შემთხვევაში ერთადერთი ჩივილია მტკივნეულობა სქესობრივი კავშირის დროს.

გამოკვლევის დროს არაიშვიათად ერთდროულად ირკვევა ვულვიტის მოვლენები. საშოს სარკეებით გასინჯვისას ირკვევა მისი კედლების ჰიპერემია, შეშუპება, ზოგჯერ ციანოზურობა, ალაგ-ალაგ ეპითელიუმის არარსებობა. დოლბანდის ბურთულათი საშოს გაწმენდა ზოგჯერ იწვევს სისხლიანი სითხის გამოყოფას (colpitis serosa). ზოგჯერ თითებით გასინჯვის დროსაც ირკვევა საშოს კედლების უსწორმასწორობა, დაკავშირებული არა ფიზი-

ოლოგიურ ნაოჭიანობასთან, არამედ მარცვლოვანი გამონაყარის წარმოშობასთან, რაც შეხებისას იგივე შეგრძნებას იწვევს, რასაც შაგრენის ტყავის ზედაპირზე ხელის გადასმა. ასეთ შემთხვევებში სარკეებით საშოს დათვალიერებისას მისი კედლები დიფუზურადაა შეღებილი მუქ ვარდისფრად ჟოლოს ელფერით; საშოს კედლები შესქელებულია და მოფენილია წვრილი ქინძისთავის ოდენობიდან უგრეხელის ოდენობამდე ჟოლოსფერი მარცვლოვანი შემაღლებებით, რომელთა ირგვლივ აღინიშნება წითელი ფერის გვირგვინი. ეს მარცვლოვანება გამოწვეულია დვრილოვანი შრის ანთებითი ინფილტრაციით. ეპითელიუმი, რომელიც ფარავს ამ შემაღლებებს, მაცერირებულია, ამიტომ გასინჯვისა და გაწმენდის დროს ადვილად იფცქვნება, რის გამოც დვრილები შიშვლდება და გამოყოფს სისხლნარევ სითხეს. საშოს ასეთი ანთებითი დაზიანება წარმოადგენს სეროზული კოლპიტის სახესხვაობას და ეწოდება მარცვლოვანი კოლპიტი (colpitis granulosa). აზრი იმის შესახებ, რომ მარცვლოვანი კოლპიტი სპეციფიკურია გონოკოკური ინფექციისათვის, არ დადასტურდა და ამჟამად მივიწყებულია.

უბრალო ვაგინიტის (კოლპიტის) ყველა შემთხვევაში სარკეებით გასინჯვისას საშოს უკანა თაღში ისინჯება ჩირქგროვები. ამ ჩირქგროვებს აქვთ სხვადასხვაგვარი კონსისტენცია, ფერი, სუნი, რაც დაკავშირებულია ანთების გამომწვევი მიკრობების თავისებურებასთან და აგრეთვე საშოს კედლების ცვალებადობის ხასიათთან. ასე, მაგალითად, თხიერი გამონადენი აღინიშნება შეგუბებითი მოვლენების დროს, გაძლიერებული ტრანსუდაციის გამო, მაგრამ ამ დროს მფარავი ეპითელიუმის გამოხატული მაცერაცია არ ხდება. სქელ და სისხლნარევ გამონადენს ადგილი აქვს მაშინ, როდესაც ეპითელიუმი დიდი რაოდენობით ჩამოიფცქვნება ეპითელქვეშა შრის გაშიშვლების დროს და სხვ.

საშოს პათოლოგიური გამონადენის მიკროსკოპული გამოკვლევის დროს ნახულობენ ჩამოფცქვნილი ბრტყელი ეპითელიუმის საკმაოდ დიდ რაოდენობას, ლეიკოციტებს, რომლებიც ზოგჯერ მწვავე შემთხვევებში ფარავენ მხედველობის მთელ არეს. მიკროფლორა უხვია, უმეტესად გრამუარყოფითი და კოკური. გვხვდება მხოლოდ ცალკეული გრამდადებითი საშოს ჩხირები ან სულ არ გვხვდება. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, საშოს გამონა-

დენის მიკროსკოპული სურათი შეესაბამება სისუფთავის III ან IV ხარისხს.

კოლპიტის დ ი ა გ ნ ო ზ ი ს დადგენა საკმაოდ ადვილია დამახასიათებელი ჩივილების, ავადმყოფის გამოკვლევის მონაცემებისა და საშოს შიგთავსის ნაცხის მიკროსკოპული გამოკვლევის საფუძველზე, თუმცა ყოველთვის არ ხერხდება დაავადების ეტიოლოგიის გამორკვევა. ამისათვის ზოგჯერ აუცილებელია ავადმყოფზე ხანგრძლივი დაკვირვება და არაიშვიათად ბაქტერიოლოგიური და ბაქტერიოსკოპული გამოკვლევა.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი უბრალო კოლპიტების დროს სავსებით დამაკმაყოფილებელია. დაავადების გამომწვევი მიზეზების მოშორების შემდეგ ავადმყოფი მოკლე ხანში იკურნება.

მწვავე კოლპიტით დაავადებულთა მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ისეთივეა, როგორიც ვულვიტების დროს. შემდგომში, როდესაც მწვავე მოვლენები ჩაცხრება, ავადმყოფს უნიშნავენ შესხურებას ჯერ სოდიანი (1 ლიტრ ანადუღებ თბილ წყალზე 1 კოვზი გაწმენდილი სოდა), ხოლო 2—3 დღის შემდეგ სადეზინფექციო და მწკლარტი საშუალებებით. ამ მიზნით გამოსადეგია ყველა ის საშუალება, რომელთაც ხმარობენ ვულვიტების შემთხვევაში ჩაბანის დროს.

დადებით შედეგებს იძლევა აგრეთვე შესხურებები გაუწმენდავი ხის ძმრის ხსნარით (Acetum pyrolignosum crudum), 10% ფორმალინით (Formalinum) და რძის მჟავათი (Acidum lacticum). თითოეულ ამ საშუალებას იღებენ შემდეგი რაოდენობით — სუფრის კოვზი 1 ლიტრ წყალზე.

ავადმყოფებს ერთდროულად უნიშნავენ მედიკამენტურ ტამპონებს, რომლებიც საშოში სარკეების დახმარებით შეაქვთ. ჰიგროსკოპული ბამბის ტამპონების დასასველებლად ჩვენ ვხმარობთ დიდი ხნიდან დამკვიდრებულ მედიკამენტებს:

Rp. Tannini 5,0 (10,0)
Glycerini 100,0
MDS. ტამპონებისათვის

Rp. Ichthyoli (seu Albichtoli) 5,0
Glycerini 100,0
MDS. ტამპონებისათვის

კარგ შედეგებს იძლევა აგრეთვე სულფანილამიდური ემულსიები თევზის ქონის სახით:

Rp. Emulsio streptocidi albi
(seu sulfidini).
5—10% 100,0
MDS. ტამპონებისათვის

წამლით გაჟღენთილი ტამპონის საშოში ჩადება უმჯობესია სალამოს ან ღამით. იგი ისეთი სიდიდისა უნდა იყოს, რომ კარგად ავსებდეს საშოს. ტამპონს მოაბამენ მაგარ ძაფს, რომლის ბოლო საშოდან უნდა იყოს ჩამოკიდებული. ავადმყოფი თვითონ მოკიდებს ხელს ძაფს, გამოიტანს ტამპონს 6—8 საათის შემდეგ და მაშინვე გაიკეთებს შესხურებას რომელიმე ჩამოთვლილი საშუალების წყლიანი ხსნარით. ტამპონები საშოში შეაქვთ დღეგამოშვებით, შესხურებას კი იმ დღეებში აწარმოებენ, როდესაც ტამპონი არ კეთდება, შესხურება კეთდება დღეში ორჯერ ავადმყოფის ზურგზე წოლით მდგომარეობაში, მენჯი აწეული უნდა იყოს.

უკანასკნელ ხანებში კოლპიტების მკურნალობისათვის წარმატებით ხმარობენ სინტომიცინის 1% ხსნარის ემულსიას (Emulsio sintomicini 1%). ამ ემულსიით გაჟღენთავენ ბამბის ტამპონს, შეაქვთ საშოში და ტოვებენ 24 საათის განმავლობაში. ეს პროცედურა მეორდება დღეგამოშვებით.

მკურნალობა, ჩვეულებრივ, ერთი კვირა გრძელდება.

ტრიქომონადული ვაგინიტი — კოლპიტი (trichomoniasis, colpitis trichomonada). ცნობილია, რომ კოლპიტებისა და ვულვოვაგინიტების უმეტეს ნაწილს საფუძვლად უდევს ტრიქომონადული ეტიოლოგია. ჩვენ მიერ 1942—1945 წწ. დაგროვილ მასალაზე ტრიქომონადული ეტიოლოგია დადგენილი იყო კოლპიტებით დაავადებულ ქალთა 68,2%-ში, ე. ი. ვულვოვაგინიტებითა და კოლპიტებით დაავადების 2/3-ზე უფრო მეტ შემთხვევებში (ე. გ. სუვორკინა).

Trichomonas vaginalis ეკუთვნის უმარტივეს შოლტიანებს (Protozoa flagellata). მისი სიგრძე 25—30 μ უდრის, აქვს ოვალური მსხლისებური ფორმა. წინა, უფრო მომრგვალებულ ფართო ბოლოში, cytostoma-თან ახლოს, აღინიშნება ბირთვი და პარაბაზა-

ლური სხეულაკები, რომელთაგან გამოდის 3—5 შოლტი. გარედან სხეულის ღერძის გაყოლებით მოთავსებულია ტალღისებური აპკი, ხოლო სიღრმეში — ჩონჩხოვანი მკვრივი ზონარი, აქსოსტილი. ტრიქომონადა საშოს გარემოში აქტიურად მოძრაობს, მიკროორგანიზმებსა და ჩამოფცქვნილ ეპითელურ უჯრედებს მიუახლოებს cytostoma-ს და ყლაპავს. ტრიქომონადის სხეულში შეიძლება ვნახოთ ჩაყლაპული მიკრობები, ლეიკოციტები, ერითროციტები და სპერმატოზოიდებიც კი.

ფიქრობენ, რომ ტრიქომონადა ხარბად ნთქავს გლიკოგენს, რომელსაც შეიცავენ საშოს ეპითელიუმის უჯრედები. ამიტომ საშოს ლორწოვანი გარსი ცოტად თუ ბევრად მოკლებულია გლიკოგენს. საშოს ეპითელიუმში გლიკოგენის რაოდენობის დაკლება ან მისი არარსებობა ხელსაყრელ პირობებს ქმნის სხვადასხვაგვარი მიკრობული ფლორის განვითარებისათვის. მართლაც, ტრიქომონადული კოლპიტების შემთხვევებში ადგილი აქვს საშოს მიკრობულ გაბინძურებას—III და IV ხარისხის სისუფთავე. ტრიქომონადული კოლპიტის, რომლის უშუალო გამომწვევს თვით ტრიქომონადა წარმოადგენს, პათოგენეზის შესახებ ამგვარი აზრისაა სამამულო ავტორთა ნაწილი (ვ. ს. გრუზდევი, კ. კ. სკრობანსკი და სხვ.).

ამ თვალსაზრისს ეწინააღმდეგება ის ყველასათვის ცნობილი ფაქტი, რომ სავსებით ჯანმრთელი ქალის საშოში შეიძლება აღმოჩნდეს საშოს ტიპიური ტრიქომონადები, ზოგჯერ დიდი რაოდენობით, მაშინ, როდესაც კოლპიტის სიმპტომებს ადგილი არა აქვს. ნათელია ამ ტრიქომონადების არაპათოგენობა, რომელნიც მორფოლოგიურად არაფრით არ განსხვავდებიან კოლპიტების დროს აღმოჩენილი ტრიქომონადებისაგან. ასეთი მდგომარეობა შეფასებულია, როგორც ტრიქომონადმტარებლობა (კ. თ. სლავიანსკი).

ორგანიზმის ცხოველმყოფელობის პირობებს, მისი ნერვული სისტემის უმაღლესი ნაწილების მდგომარეობას, ჰარმონიას შეკავებისა და გაღიზიანების პროცესებს შორის ძირითადი მნიშვნელობა აქვს მთელი ორგანიზმის ან მისი ცალკეული სისტემებისა და ორგანოების ამა თუ იმ ინფექციის მიმართ ამთვისებლობაში. თავისთავად ტრიქომონადების საშოში არსებობა არ ლაპარაკობს ტრიქომონადულ დაავადებაზე. ტრიქომონადებმა თავისი პათოგენური თვისებე-

ბის გამომჟღავნებისათვის უნდა ნახონ სათანადო პირობები საშოში. ამ უკანასკნელს კი, როგორც ზოგჯერ ამბობენ, უნდა ჰქონდეს უნარი პათოლოგიით უპასუხოს ტრიქომონადულ ინვაზიას. ამ საკითხის შესწავლისას 1942—1945 წწ. დიდი და მრავალფეროვანი მასალის საფუძველზე ჩვენ დავრწმუნდით შემდეგში:

ა) ტრიქომონადმტარებლობა, ე. ი. ტრიქომონადების აღმოჩენა საესებით ჯანმრთელ ქალთა საშოში არ არის იშვიათი მოვლენა. ჩვენი დაკვირვებით, ასეთ შემთხვევებს ჰქონდა ადგილი ჯანმრთელ ქალთა 19,6%-ში. ჩვენი კლინიკის თანამშრომელმა ე. გ. სუვორკინამ 1949 წელს 722 გამოკვლეული ქალიდან, ტრიქომონადმტარებლობა აღმოუჩინა 406-ს, ე. ი. 56,1%-ს.

ბ) ახალგაზრდა ასაკში საკვერცხეების ფუნქციის გამოვარდნის შემთხვევებში (მაგალითად, ომისდროინდელი ამენორეა) ტრიქომონადმტარებლობა იშვიათია — 4,5%-ში, ხოლო ტრიქომონადული კოლპიტით დაავადებულთა რიცხვი აღწევს 27,3% ქალთა იმ რიცხვთან შედარებით, რომელთაც აქვთ საკვერცხეების დისფუნქცია. ამ დროს, ჩვეულებრივ, ადგილი აქვს ვულვოვაგინიტის მოვლენებს, რაც შეიძლება შეცდომით მიეწეროს ქალების მიერ ჰიგიენური წესების დარღვევას, განსაკუთრებით მენსტრუაციის დროს. ანალოგიური, მაგრამ უფრო მკვეთრად გამოხატული მოვლენები აღენიშნებოდათ 1914—1918 და 1941—1945 წლების ომების დროს იმ ქალებს, რომელთაც ჰქონდათ ამენორეა ძიმშილობის, განსაკუთრებით ჰიპო- და ავიტამინოზის ნიადაგზე.

გ) იმ ტრიქომონადმტარებლებს, რომლებიც შემდგომში ორსულდებოდნენ, არაიშვიათად უვითარდებოდათ ტრიქომონადული ეტიოლოგიისათვის დამახასიათებელი ვულვოვაგინიტი.

მოყვანილი ფაქტები გვიჩვენებს, რომ ტრიქომონადმტარებლობა, წარმოადგენს რა უვნებელ მდგომარეობას, განსაზღვრულ პირობებში შეიძლება გადაიქცეს პათოლოგიად.

ტრიქომონადული ინფექციით საშოს დაავადება სხვადასხვა გზით ხდება. ჩვენი დაკვირვებების თანახმად, ტრიქომონადები საშოში ხვდებიან უფრო ხშირად წყლის საშუალებით. ასე, მაგალითად, 1943 წელს ყურადღება მივაქციეთ იმ გარემოებას, რომ ქალებს, რომლებიც ზაფხულობით ბანაობდნენ დამდგარ წყალსაცავებში, ტბებში, არაგამდინარე გუბურებში და სხვ., ხშირად ემართე-

ბოდათ კოლპიტები. ბაქტერიოსკოპული გამოკვლევა ამეღავნებდა დაავადების ტრიქომონადულ ეტიოლოგიას.

იმის შესაძლებლობა, რომ ნაწლავების ტრიქომონადები (Trichomonas intestinalis) ან პირის ღრუს ტრიქომონადები (Trichomonas buccalis) საშოში მოხვედრისას იძენენ პათოგენურ თვისებებს და ხანგრძლივ ვეგეტატიურობას, არავითარ ეჭვს არ ბადებს. ეს ავალდებულებს ექიმს გაითვალისწინოს ტრიქომონადული კოლპიტის წარმოშობის ეს წყაროები სამკურნალო და პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარების დროს.

ლიტერატურაში არსებობს მითითება იმის შესახებ, რომ ტრიქომონადების მოხვედრა საშოში შესაძლებელია გაბინძურებული წყლით მისი გამორეცხვის შედეგად, აგრეთვე ავადმყოფი ქალის მიერ ნახმარი ღრუბელის ან ბუნიკის გამოყენებით. განსაკუთრებული ყურადღების ღირსია ტრიქომონადმტარებლობის აღმოჩენა მამაკაცებში — საშოს ტრიქომონადების არსებობა მამაკაცის ურეთრაში და აგრეთვე მამაკაცების ტრიქომონადული ურეთრიტით დაავადების შემთხვევები ტრიქომონადული კოლპიტით დაავადებულ ქალთან სქესობრივი კავშირის შემდეგ (მატვეევი, კორჩემნიკი და სხვ.). მამაკაცს, რომელიც ტრიქომონადული ეტიოლოგიის ურეთრიტითაა დაავადებული, შეუძლია ქალის დაინფიცირება.

მოყვანილი ფაქტები იმას ადასტურებს, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლებელია კონტაქტური დაავადება ტრიქომონადული ვულვოვაგინიტით. ეს საკითხი მოითხოვს შემდგომ შესწავლას, მაგრამ ამჟამადაც ასეთი შემთხვევების შესაძლებლობა პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა არჩევისას ექიმის მიერ გათვალისწინებული უნდა იქნეს.

ტრიქომონადები შეიძლება აღმოჩენილ იქნენ საშოს შიგთავსის არა მარტო თხიერ შემადგენლობაში ან მის კედლებში, როგორც გვიჩვენა ე. გ. სუვორკინას და სხვათა გამოკვლევებმა, არამედ ყელის არხში, ურეთრაში და სწორ ნაწლავში Trichomonas intestinalis-თან ერთად. ბუნებრივია, რომ ამ მოვლენას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ტრიქომონადული კოლპიტებით დაავადებულთა მკურნალობის დროს.

ტრიქომონადული კოლპიტების **სიმპტომები** იგივეა, რაც სხვა ეტიოლოგიის კოლპიტებისა. ავადმყოფები უჩივიან დიდი რა-

ოდენობის თეთრად შლას, მწვავე შემთხვევებში მას აქვს დამაწყლულებელი მოქმედება, იწვევს ქავილს, წვას და საშოში სიმძიმის შეგრძნებას, ხოლო თუ ვაგინიტს დაერთო ვულვიტი, — მაშინ გარეთა სასქესო ორგანოების მიდამოშიც.

დაავადების მწვავე სტადიაში ობიექტურად ადგილი აქვს ზემოაღწერილ დამახასიათებელ მოვლენებს, რაც არასპეციფიკურია ვულვოვაგინიტებისათვის. სარკეებით გამოკვლევის დროს საშოს ლორწოვანის მკვეთრი ჰიპერემიის გარდა ყურადღებას იპყრობს მისი ეპითელიუმის გამოხატული მაცერაცია. ამის გამო საშოს კედლების დოლბანდის ბურთულათი ფრთხილად გაწმენდის შედეგადაც ბურთულა ვარდისფრად შეიფერება. საშოს უკანა თაღში, ჩვეულებრივ, ნახულობენ დიდი რაოდენობის ყვითელი ფერის ჩირქს, რომელსაც მომწვანო ფერი გადაკრავს, ზოგჯერ თხიერია, ზოგჯერ ოდნავ მოსქო, მაგრამ თითქმის ყოველთვის — ქაფიანი. ასეთივე გამონადენი ხშირად არის ყელის არხში და ურეთრის გარეთა ნაწილშიც.

ქრონიკულ სტადიაში ყველა ჩამოთვლილი მოვლენა ბევრად უფრო სუსტად არის გამოხატული, თუმცა ჩირქის რაოდენობა და მისი დამახასიათებელი თავისებურებანი — ქაფიანობა, მომწვანო ყვითელი ფერი, თხიერი კონსისტენცია — საკმაოდ ნათლად არის გამოხატული.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი ს დ ა ს მ ა ტრიქომონადული კოლპიტის დროს ადვილია თავისებური ჩივილებისა და გამოკვლევის მონაცემების საფუძველზე. ტრიქომონადული ეტიოლოგია დასტურდება ჩირქის დამახასიათებელი მაკროსკოპული შესახედაობისა და მიკროსკოპული გამოკვლევის საფუძველზე. ამისათვის ჩირქის ერთ წვეთს ათავსებენ ერთ წვეთ თბილ (დაახლოებით 37°) მარილის ფიზიოლოგიურ ხსნარში და შეუღებავად სინჯავენ მიკროსკოპის ქვეშ დაბნელებულ მხედველობის არეში. თუ ადგილზე ასეთი გამოკვლევის საშუალება არ არის, მაშინ მასალას ლაბორატორიაში გზავნიან. ამისათვის სტერილურ სინჯარაში ასხამენ 5—10 მლ თბილ ფიზიოლოგიურ ხსნარს და მასში აწვეთებენ საშოდან აღებულ 2—3 წვეთ ჩირქს. ავადმყოფს აძლევენ წინადადებას დაუყოვნებლივ გადასცეს სინჯარა ლაბორატორიას და ამავე დროს აფრთხილებენ, რომ სინჯარის შიგთავსი არ უნდა გაცივდეს. მიზანშეწონილი და ადვილია სინჯარის მოთავსება სარძევე ჯირკვლებს შორის ან იღლიის ფოსოში.

ერთდროულად აკეთებენ ნაცხს საშოს გამონადენიდან, რომელიც სწრაფად უნდა იქნეს ფიქსირებული ალზე. ეს უნდა გაკეთდეს ფრთხილად, რადგან ზედმეტი გაცხელება იწვევს ტრიქომონადების სხეულაკების დაშლას და ამის გამო მათი გამოცნობა ძნელდება. ლაბორატორიაში ასეთ ნაცხებს სინჯავენ გრამის წესით შეღებვის შემდეგ. ნაცხებში, განსაკუთრებით დაკიდებულ წვეთში, ტრიქომონადები ადვილი გამოსაცნობია დამახასიათებელი შესახედაობისა და მოძრაობის გამო.

ტრიქომონადული კოლპიტებით დაავადებულთა მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა საკმაოდ ძნელია. დაავადების სიმპტომები, ჩვეულებრივ, სწრაფად ქრება, ხშირად მორიგი მენსტრუაციის დამთავრების შემდეგ. ეს ხდება იმ შემთხვევებში, როდესაც მარტო საშოს მკურნალობის დროს სასქესო ორგანოებში რჩება ცოცხალი ტრიქომონადები, რომლებიც იმალებიან ყელის არხში და ურეთრაში, სადაც მედიკამენტურმა საშუალებებმა ვერ მიაღწიეს. გარდა ამისა, ხშირად სათანადო ყურადღებას არ აქცევენ ავადმყოფის საერთო მდგომარეობას, რაც, როგორც უკვე არა ერთხელ აღვნიშნეთ, უდიდეს როლს თამაშობს ტრიქომონადული კოლპიტის პათოგენეზში, არ აწარმოებენ ქმრის გამოკვლევას და ტრიქომონადების აღმოჩენის შემთხვევაში არ მკურნალობენ მას.

ამიტომ ტრიქომონადული კოლპიტებით დაავადებულთა რაციონალური თერაპია უნდა მოიცავდეს: ა) პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს, ბ) საერთო მკურნალობას და გ) ადგილობრივ მკურნალობას:

ა) პ რ ო ფ ი ლ ა ქ ტ ი კ უ რ ი ღ ო ნ ი ს ძ ი ე ბ ა ნ ი მიმართული უნდა იყოს მეორადი დაავადების თავიდან აცილებისაკენ: ბანაობის აკრძალვა დამდგარ წყალსაცავებში, აუდუღარი წყლით შესხურება და სხვ. პროფილაქტიკის უაღრესად საყურადღებო და აუცილებელ პირობას წარმოადგენს სქესობრივი კავშირის აკრძალვა მკურნალობის პერიოდში და აგრეთვე ქმრის გამოკვლევა და მკურნალობა.

ბ) ს ა ე რ თ ო ს ა მ კ უ რ ნ ა ლ ო ღ ო ნ ი ს ძ ი ე ბ ა ნ ი მიმართული უნდა იყოს ორგანიზმის საერთო მდგომარეობის გაჯანსაღებისაკენ და იმ მოვლენების თავიდან აცილებისაკენ, რომლებიც დაკავშირებული არიან ტრიქომონადული კოლპიტების წარმოშო-

ბასთან. ამ მიზნით მოწოდებულია სუსტი კვების შემთხვევაში გაძლიერებული კვება, ჰიპო-და ავიტამინოზის შემთხვევაში — ვიტამინები, განსაკუთრებით ასკორბინის მჟავა 0,3 დღეში 2—3-ჯერ ან ვიტამინებით მდიდარი საკვები, ჰორმონული თერაპია საკვერცხეების ჰორმონების დანიშვნის სახით.

გ) ადგილობრივი მკურნალობა მდგომარეობს დაავადების გამომწვევი ტრიქომონადების მოსპობაში. ამ მიზნით მოწოდებულია მრავალი საშუალება, რომელთა ჩამოთვლა ძნელია. აღვნიშნავთ მხოლოდ, რომ, ჩვეულებრივ, ყოველი სადეზინფექციო საშუალება აღწევს მიზანს, თუ იგი სისტემატურად და სწორად იქნა გამოყენებული.

ტრიქომონადული კოლპიტების ადგილობრივი მკურნალობის ყველა ცნობილი მეთოდი შეიძლება დაიყოს ორ ჯგუფად: სველი და მშრალი. პრაქტიკულად უფრო გამართლებულია კომბინირებული მკურნალობა იმ საშუალებებით, რომლებიც გამოიყენება სველი და მშრალი მეთოდებით მკურნალობისას.

სველ მეთოდს მიეკუთვნება საშოს აბაზანები, სადეზინფექციო შესხურებები, საშოს ლორწოვანის, ურეთრისა და ყელის არხის სისტემატური გამორეცხვა და მათზე წამლების წასმა.

შესხურებისათვის შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ყველა ჩამოთვლილი სადეზინფექციო საშუალებიდან ერთ-ერთი. უფრო ხშირად ხმარობენ რძის მჟავას (Rp. Acidi lactici 100,0. DS. თითო სუფრის კოვზი ერთ ლიტრ წყალზე, შესხურებისათვის). შესხურებას აწარმოებენ საერთო წესების მიხედვით 2-ჯერ დღეში.

საშოს ლორწოვანს, ყელის არხს და ურეთრას უსვამენ წყალბადის ზეჟანგს, რომელიც განსაკუთრებით ვარგისია საშოსათვის, აგრეთვე აზოტჟანგავერცხლის ხსნარს (Sol. Argenti nitrici) თანდათან გადიდებული კონცენტრაციით: 0,25—0,5—1—2%, ხოლო საშოსათვის და ყელის არხისათვის, გარდა ამისა, —3—5%. ამგვარ წასმას, თუ ავადმყოფი კარგად იტანს, აწარმოებენ ყოველდღიურად, წინააღმდეგ შემთხვევაში დღეგამოშვებით. ამ მიზნისათვის გამოსადეგია აგრეთვე მეთილენის ლილის 1% ხსნარი და 70° სპირტზე დამზადებული ბრილიანტის მწვანე.

წარმატებით ატარებენ მკურნალობას წამლით გაჟღენთილი ტამპონების საშოში შეტანით. იმ საშუალებათა გარდა, რომელთაც

ხმარობენ არასპეციფიკური კოლპიტების მკურნალობის დროს და რომელთა შესახებ ზემოთ გვქონდა ლაპარაკი, მიზანშეწონილია შემდეგი სამკურნალწამლო ნარევების ხმარება:

Rp. Boracis 10,0
Glycerini 100,0
MDS. ტამპონებისათვის.

Rp. Natrii bicarbonici 10,0
Glycerini 100,0
MDS. ტამპონებისათვის

მშრალ მეთოდს მიეკუთვნება საშოს ლორწოვანზე პუდრის მოყრა. ნაცად საშუალებებს წარმოადგენს ბორის მჟავა, ბორაკი და ოსარსოლი.

საშოს ლორწოვან გარსზე პუდრის მოყრას ყოველდღიურად შემდეგნაირად აწარმოებენ: სარკეებით გააშიშვლებენ რა საშოს კედლებს, მათ დოლბანდის მშრალი ბურთულათი გაამშრალებენ, შემდეგ კი რომელიმე ჩამოთვლილი საშუალებებიდან ერთ-ერთს მტვრისებურად შეაყრიან ისე, რომ წვრილმა ნაწილაკებმა თხელ ფენად დაფაროს მთელი ლორწოვანი გარსი, მისი ნაოჭები, საშვილოსნოს ყელი და არხის ხილული ნაწილი, რომელიც ხშირად ღიაა. აუცილებელია აგრეთვე გულმოდგინედ დამუშავდეს და გაიპუდროს გარეთა სასქესო ორგანოები, უკანა ტანის მიდამო, შორისი, ბარძაყების ზედა შიგნითა ზედაპირები. თუ ხმარობენ ოსარსოლს, მაშინ საჭიროა მისი განსაზღვრული დოზების დაცვა (Osarsoli 0,3, Glucoli 1,0). ოსარსოლი წარმოადგენს დარიშხანოვან პრეპარატს და ძალიან შხამიანია, საშოს ანთებით ლორწოვანს კი აქვს საკმაოდ გამოხატული შეწოვის უნარი. ავადმყოფს მეორე დღეს უკეთებენ შესხურებას. ამ პროცედურებს აწარმოებენ შენაცვლებით, მანამ, სანამ საშოს გამონადენში ტრიქომონადები კიდევ მოიძებნება. მათი გაქრობისთანავე მკურნალობა უნდა შეწყდეს. 10—12 დღის შემდეგ აწარმოებენ საშოს გამონადენის განმეორებით გამოკვლევას ტრიქომონადებზე. საჭიროებისამებრ ერთდროულად მკურნალობენ ქმარსაც.

ტრიქომონადული კოლპიტების მკურნალობა შეიძლება ვცადოთ აგრეთვე ხახვის, ზამთრის ბოლოკის ან ნივრის ფოტონციდებით. გამოუზამთრებელი ხახვის თავისა, ზამთრის ბოლოკისა ან

ნივრისაგან ამზადებენ ფაფას და დოლბანდის პარკში დებენ, რომელსაც საშოში 24 საათით ათავსებენ. შემდეგ ეს პარკი უკან გამოაქვთ და ავადმყოფს უკეთებენ შესხურებას სუფრის მარილის ხსნარით (ერთი სუფრის კოვზი მარილი ერთ ლიტრ ადუღებულ წყალზე). ვსარგებლობდით რა ამ მეთოდით 1940 წლიდან, ჩვენ არ გვქონია გვერდითი უარყოფითი მოვლენების არც ერთი შემთხვევა. ამ მკურნალობის დამაკმაყოფილებელი შედეგების ახსნა შეიძლება ხახვისა და ნივრის წვენის სადეზინფექციო და ბიოლოგიური თვისებებით (ბ. პ. ტოკინი, ა. მ. ფოი).

თითოეული ავადმყოფისათვის საშუალებათა უფრო ხელსაყრელი კომბინაციის შერჩევა მკურნალობის როგორც სველი, ისე მშრალი მეთოდებიდან დამოკიდებულია ექიმის გამოცდილებაზე. ჩვეულებრივ, მკურნალობის კურსი, თუ პროცედურების ჩატარება ხდება ყოველდღიურად, გრძელდება დაახლოებით 10 დღემდე. შემდეგ ავადმყოფი 8—12 კვირის განმავლობაში იმყოფება მეთვალყურეობის ქვეშ, ე. ი. არანაკლებ ორი მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში.

ტრიქომონადული კოლპიტების მკურნალობა შეიძლება ჩატარდეს შემდეგი სქემით: 1) ინიშნება საერთო მკურნალობა ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით (ჰორმონები, დიეტა, ვიტამინები და სხვ.); 2) ავადმყოფი ყოველდღიურად თვითონ იკეთებს შესხურებას რძისმჟავას ხსნარით; 3) ორი დღის შემდეგ, სულ 6—8-ჯერ ტარდება შემდეგი პროცედურა: სარკეებით გაშიშვლებული საშოს კედლები უნდა გამშრალდეს სტერილური დოლბანდით, შემდეგ 1—2 წუთის განმავლობაში გაიწმინდოს ბამბის ბურთულათი, რომელიც გაჟღენთილია ჰიპოსულფიტის 40% ხსნარში (Sol. Natrii hyposulforosi 40%), ამის შემდეგ საშოს კიდევ წმენდენ 1—2 წუთის განმავლობაში ბამბის ბურთულათი, რომელიც ამჯერად გაჟღენთილია მარილმჟავას ხსნარში.

Rp. Acidi hydrochlorici 30,0
Aq. destill. 70,0
MDS. გარეგანი

ყველა შემთხვევაში ასეთი საშუალებებით ერთდროულად მუშავდება ყელის არხი, ურეთრა, სწორი ნაწლავი, გარეთა სასქესო

ორგანოები, უკანა ტანის არე, შორისი და ბარძაყების ზედა შიგნითა ზედაპირები.

მკურნალობის ეს მეთოდი მოწოდებულია ჩვენი თანამშრომლის ა. ა. ივანოვის მიერ, ხოლო ჩვენს კლინიკაში გამოიცადა ე. კ. სუვორკინას მიერ ავადმყოფებზე შემთხვევათა 93%-ში. ეს ავადმყოფები ოთხი თვის განმავლობაში დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდნენ. ამ მეთოდმა მტკიცე განკურნება მოგვცა. მეთოდის ნაკლი მდგომარეობს იმაში, რომ ზოგჯერ აღინიშნება საშოს ლორწოვანის გაღიზიანება, საშოდან გოგირდწყალბადის არასასიამოვნო სუნი უშუალოდ პროცედურის შემდეგ და მკურნალობის გახანგრძლივება.

უნდა აღინიშნოს, რომ, ჩვენი აზრით, ტრიქომონადების როლი თეთრად შლის წარმოშობაში ძლიერ გადაჭარბებულია: თეთრად შლა წარმოადგენს გინეკოლოგიურ დაავადებათა უხშირეს სიმპტომს, რომელიც უმეტეს შემთხვევაში ახლავს მათ, ტრიქომონადები კი წარმოადგენენ საშოს აბორიგენებს („მუდმივ მცხოვრებლებს"). ამიტომ თუ ქალს აქვს თეთრად შლა რაიმე სხვა მიზეზით და არა ტრიქომონადების გამო (მაგალითად, საერთო სისხლნაკლებობის, შიგნითა სასქესო ორგანოების მდებარეობის შეცვლის ნიადაგზე და სხვ.), მაგრამ საშოდან აღებულ ნაცხში ნახულია ტრიქომონადები, დიაგნოზი „ტრიქომონადული ინვაზია" მზად არის და ქალს უსაფუძვლოდ თვლიან დაავადებულად.

ეს ექიმს ავალდებულებს აწონ-დაწონოს გარემოება იმის წინ, სანამ დასვამს დიაგნოზს და შეატყობინებს ამის შესახებ ავადმყოფს.

სოკოვანი კოლპიტები (colpitis micotica) წარმოიშვება უმთავრესად საშოში სხვადასხვა სახის სოკოს ჩანერგვით, უფრო ხშირად ობის სოკოების ჩანერგვით (Oidium albicans Leptotrix, vaginalis და სხვ.). საშოს სარკეებით დათვალიერებისას სოკოთი დაზიანებულ ადგილებზე ჩანს მუხუდოს მარცვლის ოდენობის თეთრი ან მოყვითალო ფერის ნადებები, რომლებიც მჭიდროდ ეკვრიან შეწითლებულ ლორწოვან გარსს. ეს ნადებები ქვეშმდებარე ქსოვილს შეიძლება მოვაცილოთ დოლბანდის ბურთულათი საშოს გაწმენდის გზით, რის გამოც ლორწოვანის გაშიშვლებული ნაწილებიდან მოჟონავს სისხლი. მოცილებული ნადების მიკროსკოპული გამოკვლევით აღმოჩენილია სოკოს ძაფების ხშირი ქსელი და სპორები.

სოკოვანი კოლპიტებით დაავადებულნი, ჩვეულებრივ, უჩივიან

ზომიერად ან მკვეთრად გამოხატულ საშოს ქავილსა და წვას, აგრეთვე ჩირქოვან გამონადენს, ხშირად მცირე რაოდენობით. ქალები ავადდებიან მომწიფების პერიოდში, უფრო ხშირად — ორსულობის დროს.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი ისმება ჩივილებისა და ობიექტური სურათის მიხედვით, რომელიც დამახასიათებელია ვაგინიტებისა ან ვულვოვაგინიტებისათვის. დაავადების სოკოვან ეტიოლოგიას ადასტურებენ ნადების გამოკვლევის შემდეგ ნადებში სოკოს ძაფების ქსელისა და მისი სპორების არსებობის საფუძველზე. თუმცა ეს უკანასკნელნი იმყოფებიან აგრეთვე სავსებით ჯანსაღ საშოშიც. ამიტომ სოკოვანი კოლპიტის დიაგნოზი უნდა დაისვას იმ შემთხვევებში, როდესაც სოკოებსა და მათ სპორებს აღმოაჩენენ გამოხატულ კოლპიტთან და დამახასიათებელ ნადებებთან ერთად.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა. სოკოვანი კოლპიტებით დაავადებულთა მკურნალობა მდგომარეობს იმაში, რომ საშოს მთელ ლორწოვან გარსს უნდა წაესვას აზოტმჟავავერცხლის 2—3% ხსნარი, შემდეგ საშო კარგად უნდა გამშრალდეს და 4—6 საათის შემდეგ უნდა ჩაიდოს ტამპონები, გაჟღენთილი ტანინისა და გლიცერინის 5% ხსნარში ისე, რომ საშო ამოივსოს. ასეთ პროცედურებს იმეორებენ ყოველდღიურად ან დღეგამოშვებით, იმისდა მიხედვით, თუ როგორ იტანს ავადმყოფი. ჩვეულებრივ, 10—14 დღის შემდეგ ავადმყოფი სავსებით განკურნებულია. ორსულებში, რომელთაც ხშირად აქვთ სოკოვანი კოლპიტი, არაიშვიათად ხდება თვითგანკურნება ლოგონობის ხანის 1—2 კვირის განმავლობაში.

კ ო ლ პ ი ტ ე ბ ი ი ნ ფ ე ქ ც ი უ რ ი დ ა ა ვ ა დ ე ბ ი ს დ რ ო ს გვხვდება ადრეული ასაკის ბავშვებში, თუმცა იგი სრულასაკოვან ქალებშიც ხშირია. ასეთ შემთხვევებში საქმე გვაქვს ან საშოს ნამდვილ დიფთერიასთან, რაც იშვიათია, ან, უფრო ხშირად, ცრუ დიფთერიასთან ქუნთრუშის, წითელას, ტიფების, ყვავილის, დიზენტერიის, პნევმონიის დროს. დიაგნოზს სვამენ გამოხატული ვულვოვაგინიტის სურათის საფუძველზე, რომელიც საერთო ინფექციური დაავადების შედეგად განვითარდა.

ყოველ ექიმს უნდა ახსოვდეს ასეთი გართულების შესაძლებლობა, რათა დროულად გამოამჟღავნოს დაავადება და შეუდგეს მის მკურნალობას ძირითადი დაავადების საერთო მკურნალობასთან

ერთად. ეს საშუალებას მისცემს მას თავიდან აიცილოს ავადმყოფს ამ სახის კოლპიტების შედარებით არაიშვიათი გართულება—საშოს სტენოზი ან მთლიანი ატრეზია. ასეთი გართულება შესაძლებელია განსაკუთრებით ბავშვთა შორის, რომლებიც კოლპიტით დაავადდნენ საერთო ინფექციასთან დაკავშირებით.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ი ს დროს პირველ რიგში მხედველობაში უნდა ვიქონიოთ ძირითადი დაავადება. საშოში საქალწულო აპკის ხვრელიდან კათეტერით შეაქვთ პენიცილინის, სტრეპტომიცინის ან სხვა ანტიბიოტიკის ხსნარი (1—2-ჯერ დღეში). ამასთან ერთად, თუ საქალწულო აპკი საკმარისად გამტარია, ყოველდღიურად, ძალიან ფრთხილად 6—8 საათით საშოში შეაქვთ დოლბანდის წვრილი ზონარი, გაჟღენთილი ტანინისა და გლიცერინის 2—5% ხსნარში. ამით დეზინფექციის გარდა, საშოს წინა და უკანა კედელი მჭიდროდ ვეღარ მიეკვრება ერთმანეთს და შეწებება არ მოხდება.

ე ნ დ ო გ ე ნ უ რ ი კ ო ლ პ ი ტ ე ბ ი. ენდოგენურ კოლპიტებში ვგულისხმობთ კოლპიტებს, რომლებიც წარმოიშვება საერთო არაინფექციური დაავადების შედეგად, რამაც გამოიწვია საშოს ბიოლოგიური თავისებურების ცვლილება და შექმნა პირობები ვულგარული ანთების განვითარებისათვის.

ამ ჯგუფიდან განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს მ ო ხ უ ც ე ბ უ ლ ო ბ ი ს კ ო ლ პ ი ტ ი (colpitis senilis). ეს დაავადება საკმაოდ ხშირად აქვთ იმ ქალებს, რომელთაც უკვე განუმტკიცდათ მენოპაუზა. იგი, ჩვეულებრივ, შეინიშნება 50 წლის ასაკის ზემოთ. საკვერცხეების ფუნქციის შეწყვეტის გამო საშოს კედლები განიცდის ატროფიულ პროცესებს: ეპითელიუმი ძლიერ თხელდება, ოდნავ ჩამოიფცქვნება, ამასთან, შიშველდება დვრილოვანი წრე, რომელიც იძლევა სისხლმდენ გრანულაციებს (colpitis haemorrhagica). ამასთან ერთდროულად ძლიერდება ნაწიბურიანი შემაერთებელი ქსოვილის განვითარება. საშო იჭმუხნება, მისი კედლები მკრთალდება, ხდება სადა და პრიალა, ზოგჯერ აღინიშნება წერტილოვანი სისხლჩაქცევები. ის ნაწილები, რომლებიც მოკლებული არიან ეპითელიუმს, ერთმანეთთან შეხებისას შეწებდებიან და წარმოიშვება შეწებებული კოლპიტი (vaginitis s. colpitis edhaesiva). ბუნებრივია, რომ საშოს კედლების მორფოლოგიური სტრუქტურის არსებით გარდაქმნას გავლენა აქვს მათ ფიზიოლოგიაზეც: თანდათანო-

ბით მცირდება საშოს მჟავობა, რომელიც არაიშვიათად გადადის ტუტე რეაქციაში. ეს ქმნის ხელსაყრელ პირობებს საშოს მიკრობული ფლორის განვითარებისა და ცხოველმოქმედების გაძლიერებისათვის და, ამის შესაბამისად, კოლპიტების წარმოშობისათვის, რომლებიც, ჩვეულებრივ, ქრონიკულ ხასიათს იღებენ.

მოხუცებულობის კოლპიტის ძირითადი სიმპტომია თეთრად შლა, ზოგჯერ დიდი რაოდენობით. ზოგიერთ შემთხვევაში გამონადენი შეფერილია სისხლით, რაც განსაკუთრებით აწუხებს ავადმყოფს. ხშირად მოხუცებულობის კოლპიტი მიმდინარეობს უსიმპტომოდ და ავადმყოფისათვის სრულიად შეუმჩნეველადაც.

დიაგნოზი ისმება საშოს დამახასიათებელი სურათის საფუძველზე — სიმკრთალე, სიმკვრივე, შეჭმუხნა, წერტილოვანი სისხლჩაქცევები, შეხორცებების არსებობა, რომელთა ერთმანეთისაგან მოცილება შინაგანი გასინჯვის დროს სისხლდენას იწვევს. არსებითი მნიშვნელობა აქვს იმას, რომ მხედველობიდან არ გამოგვრჩეს ახალწარმოშობილი კიბო, რომელიც შეიძლება მოხუცებულობის კოლპიტად იქნეს მიჩნეული. დიფერენციული დიაგნოზის მიზნით აუცილებელია საშოს კედლების ბიოფსია და საშვილოსნოს ღრუს ლორწოვანის საცდელი გამოფხეკა და მისი ჰისტოლოგიური გამოკვლევა.

მკურნალობა. მოხუცებულობის კოლპიტით დაავადებულთა მკურნალობა ძირითადად ორგანიზმის გამაგრებისაკენ უნდა იყოს მიმართული, რისთვისაც ავადმყოფს ენიშნება თევზის ქონი, B_1 ვიტამინი, მცენარეული დიეტა, მკურნალობა ხილით, განსაკუთრებით ყურძნით. ადგილობრივი მკურნალობა სიმპტომატურია ისევე, როგორც ვულგარული კოლპიტების დროს.

3. საშვილოსნოს ანთებითი დაავადებანი

საშვილოსნოს ყელის ანთება (metritis colli)

საშვილოსნოს ყელის ანთებით პროცესებს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს მხოლოდ მის ლორწოვანში (endocervicitis), რაც უფრო ხშირად გვხვდება, ან მთლიანად საშვილოსნოს ყელში (metritis colli).

ეტიოლოგია, პათოგენეზი. ყელის ლორწოვანი გარსი კარგად არის დაცული მიკრობებისაგან. ამ მხრივ თავისებურ

როლს თამაშობს საშოს გარემოს მჟავობის ბაქტერიოციდული თვისება, რაც აძნელებს მიკრობების შეჭრას არხში. არანაკლები მნიშვნელობა აქვს ლორწოვან საცობს — ყელის არხის ჯირკვლების ცხოველმოქმედების პროდუქტს. იგი ავსებს არხის სანათურს და მისი გარეთა ხვრელის არეში შეჭრილი მიკრობებისათვის წარმოადგენს არა მარტო მექანიკურ დაბრკოლებას, არამედ მათზე ახდენს ბაქტერიოლიტურ მოქმედებასაც. მიუხედავად ამისა, არაიშვიათად იქმნება პირობები ყელის არხში მიკრობების შეჭრისა. ფიზიოლოგიურ პირობებში ეს ხდება სქესობრივი კავშირის მომენტში, როდესაც ორგაზმის დროს ლორწოვანი საცობი არხიდან ამოვარდება, რის შემდეგ მიკრობები სპერმატოზოიდებთან ერთად ადვილად შედიან მასში.

მიკრობების შეჭრისათვის კიდევ უფრო ხელსაყრელი პირობები იქმნება მენსტრუაციის დროს, როდესაც ყელის არხში არ არის ლორწოვანი საცობი, ხოლო საშოს მჟავე გარემო მენსტრუალური გამონადენის გამო ხდება ტუტოვანი. თვით ეს გამონადენიც წარმოადგენს კარგ საკვებ ნიადაგს მიკრობების უმრავლესობისათვის.

ზოგჯერ მიკრობები უშუალოდ ყელის არხში ან თვით ყელის სისქეში იჭრებიან. ასე, მაგალითად, ყელის არხში სტრეპტოკოკების და სტაფილოკოკების მოხვედრა ხდება საშვილოსნოს დაზონდვის დროს, ხოლო ყელის სისქეში—მასზე ტყვიის მაშების დადებისას ან სხვა რაიმე სამედიცინო მანიპულაციების დროს, ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის წესების დაუცველობის შემთხვევაში.

არანაკლებ როლს თამაშობს საშვილოსნოს ყელის მთლიანობის დარღვევა, რასაც უმთავრესად ადგილი აქვს აბორტებსა და მშობიარობასთან დაკავშირებით. ასეთ შემთხვევებში ანთებითი პროცესი შეიძლება განვითარდეს ან უახლოეს დღეებში, ან ბევრად უფრო გვიან. მაგალითად, საშვილოსნოს ყელის ორმხრივი გვერდითი ჩახევის შედეგად თანდათანობით წარმოიშვება ე ქ ტ რ ო პ ი ო ნ ი— ყელის არხის ლორწოვანის გამობირთვა საშოს ხვრელში. ყელის ლორწოვანის გადმობრუნებული ნაწილი ეხება მისთვის უჩვეულო საშოს მჟავე გარემოს, ეს კი იწვევს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის კატარულ ანთებას და ამის გამო საშვილოსნოს ყელის ჯირკვლების მიერ ტუტოვანი სეკრეტის გამოყოფის გაძლიერებასაც.

საშოს გარემოს ქიმიზმი იცვლება, იქმნება ხელსაყრელი პირობები ინფექციის განვითარებისათვის საშოში და საშვილოსნოს ყელის არხში. ამ დროს ზიანდება მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმი, რომელიც ფარავს საშვილოსნოს ყელს საშოს თაღების მხრიდან, და რომელიც მკვეთრადაა გამოცალკევებული ყელის არხის ლორწოვანისაგან საშვილოსნოს გარეთა ხვრელის დონეზე.

ანთებითი ჰიპერემიისა და შეშუპების ზეგავლენით ხდება მრავალშრიანი ეპითელიუმის ჩამოფცქვნა გარეთა ხვრელის ირგვლივ; შემაერთებელი ქსოვილის დვრილოვანი შრე შიშვლდება. წარმოიშვება სისხლმდენი ე რ ო ზ ი ა, რომელიც თავისი მუქი წითელი ფერით მკვეთრად გამოირჩევა საშვილოსნოს ყელის ჯანმრთელი ნაწილის მკრთალ იისფერ ფონზე. ეროზიების ჰისტოლოგიური გამოკვლევით აშკარავდება ანთებითი პროცესისათვის დამახასიათებელი მოვლენები: მრავალი გაგანიერებული სისხლძარღვი, სტრომის შეშუპება და მისი წვრილუჯრედოვანი ინფილტრაცია, რომელიც უმთავრესად შედგება ლეიკოციტებისა, ლიმფოციტებისა და ჰისტიოციტური წარმოშობის მონოციტოიდური ფორმებისაგან (კ. პ. ულეზკო-სტროგანოვა).

ნამდვილი ეროზიისაგან უნდა გაირჩეს ყ ა ლ ბ ი ე რ ო ზ ი ა. ყალბი ეროზიის წარმოშობის დროს მორფოლოგიური ცვლილებები მდგომარეობს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის ეპითელიუმის ყელის გარეთ გადანაცვლებაში და მის მიერ საშვილოსნოს ყელის მფარავი ეპითელიუმის შენაცვლებაში.

დაზიანებული ნაწილი იფარება მაღალი ცილინდრული ეპითელიუმით, რომელიც ხშირად იქრება საშვილოსნოს ყელის სისქეში ჯირკვლოვანი წარმონაქმნების სახით. ასეთ შემთხვევებში ლორწოვანის სტრომა, შეზრდილი ჯირკვლოვანი ეპითელიუმის ჯგუფებს შორის, ქმნის დვრილოვან წარმონაქმნებს, დაფარულს ცილინდრული ეპითელიუმით. წარმოიშვება ყალბდვრილოვანი ეროზია (pseudoerosio papillaris). გასინჯვის დროს ყალბდვრილოვახი ეროზიის ზედაპირი ოდნავ ხორკლიანია და ხელის შეხებით ხაეერდოვანი. დვრილების მფარავი ეპითელიუმი ადვილად იშლება და ამიტომ ყალბდვრილოვანი ეროზიები შეიძლება სისხლმდენი იყოს.

ეროზიის ზედაპირზე ეპითელიუმის ზრდის შედეგად ან ჯირკვლოვანი სადინარების გადახრის გამო ეს უკანასკნელნი არაიშვი-

ათად იხურება და სეკრეტი, რომელიც ვერ პოულობს გამოსავალს, გროვდება, რის გამოც ჯირკვლების ღრუ იწელება.

ჯირკვალი გადაიქცევა რეტენციულ ცისტად, რომელიც მასში დაგროვილი სეკრეტის მიხედვით სხვადასხვა ოდენობისაა — ფეტვის მარცვლის ოდენობიდან ტყის კაკლის ოდენობამდე. მსგავსი ცისტები არაიშვიათად წარმოიშვებიან საშვილოსნოს ყელის მთელ სისქეში, რომელიც ასეთ შემთხვევაში განიცდის ე. წ. ფოლიკულურ ჰიპერტროფიას. ყალბი ეროზიის ასეთი სახე ატარებს ფოლიკულური ყალბი ეროზიის (pseudoerosio follicularis) სახელწოდებას, ხოლო მაკროსკოპული ხილული რეტენციული ცისტები — ნაბოთის ბუშტუკების (ovula Nabothii) სახელწოდებას.

ზოგჯერ ყელის არხის ლორწოვანი ხანგრძლივი ანთების შედეგად ხდება ჰიპერტროფიული, შესქელებული და ქმნის არხის სანათურში შეჩრილ ნაოჭებს. ლორწოვანი გარსის ნაწილები, რომლებიც შეიცავენ ნაბოთის ბუშტუკებს, შემდგომი ზრდის შედეგად გადაიქცევიან ლორწოვან პოლიპად (polypus cervicis), რომელიც დაკავშირებულია ყელის არხის ლორწოვანთან ფართო ფუძით ან წვრილი ფეხით. რაც უფრო იზრდება პოლიპი და ყელის არხიდან გამოდის, ფეხი მით უფრო გრძელდება და თხელდება. ყელის არხის ქრონიკული ანთების დროს შეიძლება რამდენიმე ასეთი პოლიპი აღმოჩნდეს. ამასთან, ზოგჯერ ისინი აღწევენ საკმაოდ დიდ ოდენობას. ფრთხილი შეხებითაც კი პოლიპები ადვილად სისხლმდენია.

საშვილოსნოს ყელის ქრონიკული ანთების ერთ-ერთი მოგვიანებითი ნიშანია ლორწოვან გარსზე ე. წ. თეთრი ლაქები (leukoplakia). ეს შემაერთებელქსოვილოვანი ნაწიბუროვანი მოთეთრო გამკვრივებანი, რომელთაც ხორკლიანი ზედაპირი აქვთ, წარმოიშვება საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივ ნაწილში მოფენილი მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმის გარქვევებით. ლეიკოპლაკია შემდგომში შეიძლება აღმოჩნდეს კიბოვანი პროცესის წარმოშობის ადგილას.

სიმპტომები, კლინიკური მიმდინარეობა, დიაგნოსტიკა. ყელის არხის ანთების მწვავე სტადიას, ჩვეულებრივ, თან ახლავს საერთო რეაქცია: ტემპერატურის აწევა

(იშვიათად 38°-ზე ზევით), საერთო სისუსტე. უფრო გამოხატულია ადგილობრივი სიმპტომები — ტკივილი მუცლის ქვედა და გავის არეში, დიდი რაოდენობით სქელი ჩირქოვანი გამონადენი. არაიშვიათად ამ მოვლენებს უერთდება მეორადი კოლპიტის ან ვულვოვაგინიტის მოვლენები. უმეტეს შემთხვევებში ანთება მხოლოდ ყელის არხით იფარგლება, მაგრამ ზოგჯერ მასთან ერთად ადგილი აქვს კოლპიტის ან ვულვოვაგინიტის მოვლენებს. მიკრობები, რომელნიც ყელის არხიდან საშვილოსნოს ყელის კუნთოვან შრეში იჭრებიან, მასში იწვევენ ანთებით პროცესს და წარმოიშვება ყ ე ლ ი ს მ ე ტ რ ი ტ ი (metritis colli). ზოგჯერ ყელის მეტრიტი წარმოიშვება პირველადად. ასე ხდება, მაგალითად, საშვილოსნოს ყელზე არასაკმარისად დეზინფიცირებული ტყვიის მაშების დადებით. ენდოცერვიციტის და თანდართული ყელის მეტრიტის შემთხვევაში ორგანიზმის ზემოხსენებული რეაქცია ინფექციაზე უფრო მკვეთრად არის გამოხატული.

აღწერილი მწვავე მოვლენები, ჩვეულებრივ, სწრაფად ნელდება და, თუ განკურნება არ მოხდა, პროცესი ჯერ გადადის ქვემწვავე, შემდეგ კი ქრონიკულ სტადიაში. ამასთან, წარმოიშვება ყელის ქრონიკული მეტრიტის ერთ-ერთი ზემოთ ჩამოთვლილი ფორმათაგან: ყალბი ეროზია, პოლიპი და სხვ.

ქრონიკულ სტადიაში ავადმყოფები უჩივიან უმთავრესად თეთრად შლას, რომელსაც აქვს სხვადასხვა ხასიათი, რაც დამოკიდებულია გამომწვევ მიკრობზე და დაზიანების ტიპზე. სისხლნარევი ან სისხლიანი გამონადენი საშვილოსნოს ყელის ეროზიების, ან პოლიპების მაჩვენებელია.

მწვავე სტადიაში ორი ხელით გასინჯვის დროს ნახულობენ ყელის გამკვრივებას, შეშუპებას და მტკივნეულობას; ქრონიკულ სტადიაში ყელი, პირიქით, უმტკივნეულოა, მაგრამ მკვრივია. ამ დროს ყელის არხი უმეტესად ღიაა, რაც სხვადასხვა ხარისხითაა გამოხატული. ყელის ჰიპერტროფიის გამოცნობა ადვილია პალპაციით მისი მოცულობის გადიდებისა, სიმკვრივისა და უსწორმასწორო ზედაპირის მიხედვით. ეროზიებზე ეჭვის მიტანა ხდება ყელის არხის ირგვლივ მისი ზედაპირის ხავერდოვნების მიხედვით. პოლიპებს, ისე როგორც ეროზიებს, პალპაციით ადგენენ მხოლოდ გამოხატულ შემთხვევებში, მაშინ როდესაც ისინი აღწევენ მნიშვნელოვან განვითარებას.

ნაბოთის ბუშტუკები ისინჯება როგორც მარცვლოვანი გამონაყარი საშვილოსნოს ყელზე, ხოლო ამათში უფრო მსხვილებს აქვთ მრგვალი ფორმა და მკვრივ-ელასტიკური კონსისტენცია.

ბევრად უფრო ნამდვილ და ზუსტ მონაცემებს იძლევა საშვილოსნოს ყელის გამოკვლევა სარკეებით. ასეთ შემთხვევებში ენდოცერვიციტს ადვილად ავლენენ სქელი, გაუმჭვირვალე ყელის გამონადენისა და აგრეთვე ყელის არხის ხილული ნაწილის მკვეთრი ჰიპერემიის მიხედვით. ადვილად ნახულობენ ეროზიასაც მისი დამახასიათებელი შესახედაობის მიხედვით.

დაავადების გამომწვევი მიკრობების ხასიათს საზღვრავენ საშვილოსნოს ყელის არხიდან პათოლოგიური გამონადენის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევით.

ზოგჯერ, საბედისწერო შეცდომების თავიდან აცილების მიზნით, საშვილოსნოს ყელის გასინჯვის დროს აუცილებელია მხედველობაში იქნას მიღებული შემდეგი გარემოებანი: ყელის არხის არაანთებითი ნორმალური ლორწოვანი გარსი არის ღია წითელი ფერის და ადვილად ზიანდება, რადგანაც მას ფარავს ნაზი ერთშრიანი ცილინდრული ეპითელიუმი. ასეთი სურათი შეიძლება შეცდომით იქნეს მიჩნეული ენდოცერვიციტად, ხოლო ექტროპიონი—ეროზიად. მაგრამ ყელის არხისა და საშვილოსნოს ყელის ლორწოვან გარსებს შორის არსებული სწორი საზღვარი და აგრეთვე ყელის ლორწოვანის დამახასიათებელი ნაოჭიანობა (plicae palmatae s. arbor vitae) წარმოადგენს საიმედო დიფერენციულ-დიაგნოსტიკურ ნიშნებს.

საშვილოსნოს ყელზე ან ყელის არხში არსებული კიბოვანი ეროზია შეიძლება მიჩნეულ იქნეს ყალბ ეროზიად. კიბოვანი ეროზიის დიფერენციული დიაგნოსტიკის ნიშნები იქნება: მისი ჩაღრმავებული კიდეები (კიბოს ენდოფიტური ფორმის დროს) ან ჭარხლისებურობა (კიბოს ეგზოფიტური ფორმის დროს); სისხლმდენობა, რომელიც ბევრად უფრო მკვეთრად არის გამოხატული კიბოვანი წყლულის დროს, ვიდრე ყალბი ეროზიის შემთხვევაში; კონსისტენცია კიბოს დროს მკვრივია, ხოლო ყალბი ეროზიის დროს—რბილი. ერთგვარი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე წყლულის რეაქციას მკურნალობაზე: ყალბი ეროზია სათანადო მკურნალობით შედარებით მოკლე დროში შუშდება.მაგრამ ყველა ეს ნიშანი ნაკლებად სანდოა, მით უმეტეს, რომ კეთილთვისებიანი ეროზია შეიძლება კიბოდ გადაგვარდეს, რაც

შედარებით არაიშვიათად ხდება. ამიტომ, როდესაც საქმე გვაქვს შესახედაობის მიხედვით საეჭვო ეროზიებთან, ან თუ ისინი არ ხორცდებიან 7—15 დღის განმავლობაში, ნაწარმოები უნდა იქნეს მათი ბიოფსია და ჰისტოლოგიური გამოკვლევა. არსებითი მონაცემების მიღება შეიძლება საშვილოსნოს ყელის საეჭვო ნაწილის კოლპოსკოპიის მეთოდითაც; კოლპოსკოპის საშუალებით ქსოვილების გადიდება შეიძლება 30-ჯერ და მეტჯერ.

ზემოთქმული მთლიანად ეხება ყელის არხის პოლიპებსაც, რომლებიც შეიძლება აგრეთვე გადაგვარდნენ ავთვისებიანად. ამ მძიმე გართულების დაწყებითი სტადიების გამომჟღავნება შესაძლებელია მხოლოდ მოკვეთილი პოლიპის ჰისტოლოგიური გამოკვლევით.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი საშვილოსნოს ყელის მწვავე და ქრონიკული ანთებისა, ისე როგორც მისი სხვადასხვა გართულებებისა, ჩვეულებრივ, ადვილად გამოიცნობა. მაგრამ ამისათვის აუცილებელია ექიმს ახსოვდეს ჩამოთვლილ მდგომარეობათა განვითარების შესაძლებლობა და საფუძვლიანად აწარმოოს არა მარტო ორი ხელით გასინჯვა, არამედ სარკეებით საშვილოსნოს ყელისა და საშოს დათვალიერებაც.

საშვილოსნოს ყელის მწვავე და ქვემწვავე ანთებით დაავადებულთა მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ი ს ას საჭიროა სიმშვიდის დაცვა. გარეთა სასქესო ორგანოები უნდა ჩამოიბანოს სადეზინფექციო ხსნარებით. ავადმყოფს უნიშნავენ სულფანილამიდურ პრეპარატებს (1,0 სულფიდინი 6-ჯერ დღეში, პირველი 4 დღის, და 3-ჯერ დღეში, შემდეგი 3—4 დღის განმავლობაში). აკეთებენ პენიცილინის ინექციებს 50.000—100.000 ერთეულის რაოდენობით ყოველ 3 საათში, ტემპერატურის დაწევამდე, განსაკუთრებით დაავადების მიმართ გონოკოკურ ან სტრეპტოკოკურ ეტიოლოგიაზე ეჭვის შემთხვევაში.

ავადმყოფს ერთდროულად უნიშნავენ ტკივილდამაყუჩებელ სანთლებს, უმჯობესია ბელადონის:

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Butyr. Cacao q. s. ut. f. suppos.
D. t. d. N. 6
S. უკანა ტანში თითო სანთელი ტკივილის დროს 2—3-ჯერ დღეში

პროცესის შენელებისას ლორწოვანი გამონადენის საწინააღმდეგოდ ხმარობენ სოდის თბილ ხსნარს (გაწმენდილი ორნახშირმჟავა სოდის 1 სუფრის კოვზი ერთ ლიტრ წყალზე). შესხურება უნდა წარმოებდეს ფრთხილად, დაბალი წნევის ქვეშ.

საშვილოსნოს ყელის ქრონიკული ანთების დროს მკურნალობის ჩატარება ხდება ისევე, როგორც ქრონიკული კოლპიტის შემთხვევაში. ავადმყოფს ადგილობრივად უნიშნავენ ანთებითი ლორწოვანი გარსის ზედაპირზე თანამიმდევრობით აზოტმჟავავერცხლის 1—2—3% ხსნარის წასმას 2—3 დღეში ერთხელ. წასმას აწარმოებენ დოლბანდის წვრილი ზონრით, რომელსაც ახვევენ ხორკლიან ზონდზე და ასველებენ ზემოხსენებულ ხსნარში. ზონდი არ უნდა შევიტანოთ შიგნითა პირამდე და მით უმეტეს ზევით, რადგანაც ამან შეიძლება ხელი შეუწყოს საშვილოსნოს ღრუში ინფექციის შეჭრას. ამის შემდეგ საშოში შეაქვთ ტანინისა და გლიცერინის 5% ხსნარში გაჟღენთილი ტამპონი. ტამპონი მჭიდროდ უნდა ეკვროდეს ყელის არხის გარეთა ხვრელს და 6—8 საათის შემდეგ უნდა გამოვიტანოთ. ამის შემდეგ აკეთებენ საშოს შესხურებას ერთ-ერთი სადეზინფექციო ხსნარით; განსაკუთრებით კარგია გაუწმენდავი ხის ძმრის ხსნარი ზემოთ მოყვანილი რეცეპტის მიხედვით.

გამოხატულ ნაბოთის ბუშტუკებს თხიერი შიგთავსისაგან აცარიელებენ ჩხვლეტით, ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის ყველა წესის დაცვით. თუ დაიწყო სისხლდენა, მაშინ მას აჩერებენ სისხლმდენ ადგილებზე დოლბანდის ბურთულას მიჭერით. შემდეგ საშოში შეაქვთ ტანინისა და გლიცერინის 5%. ხსნარში გაჟღენთილი ბამბის ტამპონი.

საშვილოსნოს ყელის ქრონიკული ანთებით დაავადებულთა მკურნალობის დროს ფართოდ იყენებენ სხვადასხვა ფიზიკურ მეთოდს იმავე პრინციპებით, რომლებიც შინაგანი სასქესო ორგანოების ქრონიკული ანთების შემთხვევაში იყო გამოყენებული, რაზედაც შემდეგში გვექნება ლაპარაკი.

საშვილოსნოს ყელის ეროზიები და პოლიპები. ყალბი ეროზიებისა და პოლიპების დროს ძირითადად ყურადღება უნდა მიექცეს ენდოცერვიციტის მკურნალობას. გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ თუ მარტო ეროზიას ვუმკურნალებთ და არ იქნება ნამკურნალევი მისი გამომწვევი ენდოცერვიციტი, მაშინ შე-

ხორცება ნელა მიმდინარეობს და მალე ექნება ადგილი რეციდივს. ამავე დროს ენდოცერვიციტის შედეგიანი მკურნალობა იწვევს ეროზიის „თვითგანკურნებას“.

ეროზიის მკურნალობისათვის მოწოდებულია მრავალი საშუალება და მეთოდი. კარგ შედეგებს იძლევა სწორად შესრულებული საშოს შესხურება. ამ პროცედურისათვის ავადმყოფი ზურგზე წვება მენჯის ოდნავ აწეულ მდგომარეობაში. შესხურებას ჯერ აწარმოებენ ნელი ნაკადით გაწმენდილი ორნახშირმჟავა სოდის სუსტი ხსნარით (1 სუფრის კოვზი ლიტრ წყალზე) ლორწოს გათხიერებისა და მოცილებისათვის, შემდეგ კი თბილი სადეზინფექციო ან შემკვრელ ნივთიერებათა ხსნარებით, რომელთა რეცეპტები ზემოთ იყო მოყვანილი. პროცედურის დამთავრების შემდეგ ავადმყოფს 10 წუთით ტოვებენ მწოლარე მდგომარეობაში იმისათვის, რომ საშოს უკანა თაღში დარჩენილმა სითხემ ყელის ეროზირებული ზედაპირი დამალოს. პირველი 3—4 დღის განმავლობაში შესხურებას აკეთებენ 1—2-ჯერ დღეში, შემდეგ კი — დღეგამოშვებით.

შესხურების ასეთი მეთოდის დროს ყელის აბაზანებით მკურნალობა შეიძლება აღარ იყოს საჭირო. ამ უკანასკნელს შემდეგნაირად აკეთებენ: საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის ცილინდრული სარკით გაშიშვლების შემდეგ მას ბამბის ბურთულათი აშრობენ. სარკეში ასხამენ შემკვრელ სადეზინფექციო ხსნარს იმ რაოდენობით, რომ ყელის ეროზირებული ზედაპირი მთლიანად იყოს დაფარული. ასეთი აბაზანებისათვის, ჩვეულებრივ, ხმარობენ აზოტმჟავავერცხლის 0,5—1% ხსნარს და აგრეთვე რძის მჟავას 1—2% ხსნარს, ხოლ ძმარს, ტანინს (Ac. tannicum) და სხვა საშუალებებს. აბაზანის ხანგრძლივობა დაახლოებით 5 წუთია.

ეროზიების ტამპონებით მკურნალობა კარგ შედეგებს იძლევა. მედიკამენტურ ნივთიერებათა შემადგენლობა და მათი გამოყენების მეთოდიკა იგივეა, რაც კოლპიტებისა და ენდოცერვიციტების მკურნალობის დროს. წამლიანი ტამპონი აუცილებლად უნდა იქნეს მიჭერილი ეროზირებულ ზედაპირზე.

ცალკეულ შემთხვევებში შესხურებებით და აბაზანებით მკურნალობა არ იძლევა ეროზიების შეხორცებას და ზოგჯერ, პირიქით, აძლიერებს ანთებით პროცესს. ამიტომ ა. ი. სერებროვის რჩევით, საშოში შეგვაქვს ცხიმოვანი მალამო და თხიერი ზეთები: ვაზელინის

ზეთი ან თევზის ქონი. ზეთების ან ცხიმების შეტანის ტექნიკა ისეთივეა, როგორიც ყელის აბაზანების გაკეთებისას. მედიკამენტური ნივთიერების საშოში შეტანის შემდეგ ავადმყოფი რამდენიმე წუთის განმავლობაში განაგრძობს ზურგზე წოლას, შემდეგ კი სასქესო ხვრელს ხურავს დოლბანდის ნაჭრით და დგება. ზეთის ან ცხიმის შეტანას აწარმოებენ ყოველდღე, ან დღეგამოშვებით.

უკანასკნელ ხანებში ეროზიების მკურნალობის კარგ შედეგებს იძლევა ელექტროკოაგულაციის მეთოდი, დამუშავებული ი. თ. ვერბოვის, ს. ა. იაგუნოვის, გ. ა. კელატის და სხვების მიერ. ელექტროკოაგულაციის ერთჯერადი სეანსი უმეტეს შემთხვევაში ეროზიის განკურნებისათვის საკმარისია, მაგრამ ამ სეანსს ავადმყოფს უტარებენ ეროზიის გამომწვევი ენდოცერვიციტის წინასწარი მკურნალობის შემდეგ და, აგრეთვე, არაეფექტური კონსერვატული მკურნალობის შემთხვევაში.

მკურნალობის ჩამოთვლილი მეთოდებით ეროზიები, ჩვეულებრივ, 15—20 დღეში ხორცდება. თუ ამ დროისათვის არ მოხდა განკურნება ან ეროზიის ზედაპირის გამოხატული ეპითელიზაცია, უნდა ვაწარმოოთ ბიოფსია შემდგომი ჰისტოლოგიური გამოკვლევით, იმისათვის, რათა გამოირიცხოს კიბო.

თუ გამოკვლევამ უარყოფითი შედეგი მოგვცა, მაგრამ ეროზია დიდხანს არ მოშუშდა, ანდა იგი მოთავსებულია პათოლოგიურად შეცვლილ საშვილოსნოს ყელზე (ექტროპიონი, ჰიპერტროფია, ნაბოთის ბუშტუკების სიუხვე და სხვ.), ნაჩვენებია ოპერაციული მკურნალობა — საშვილოსნოს ყელის ამპუტაცია. შემდეგში აწარმოებენ განმეორებით ბიოფსიებს რამდენიმე ადგილას ზუსტი ჰისტოლოგიური გამოკვლევის მიზნით. როდესაც ეროზირებულია ექტროპიონი, პროცესის კეთილთვისებიანობის დადგენისა და ეროზიის შეხორცების შემდეგ საჭიროა საშვილოსნოს ყელის პლასტიკური ოპერაციის წარმოება მისი ნორმალური მდგომარეობის აღსადგენად.

ყელისპოლიპებს ოპერაციულად მკურნალობენ მათი გადაგრეხის გზით და საშვილოსნოს ღრუს შემდგომი გამოფხეკით. მოკვეთილი პოლიპი ისე, როგორც ენდომეტრიუმის გამონაფხეკი, აუცილებლად უნდა იქნეს ჰისტოლოგიურად გამოკვლეული ავთვისებიანი პროცესის გამორიცხვის მიზნით.

(endometritis, metroendometritis, perimetritis)

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. ზემოთ უკვე აღვნიშნეთ, რომ საშვილოსნოს ღრუ კარგად არის დაცული ინფექციისაგან. ამ მხრივ განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს საშოს სეკრეტის ბაქტერიციდობას, ყელის ლორწოვან საცობს, რომელიც მექანიკურად უქმნის დაბრკოლებას მიკრობებს საშვილოსნოს ღრუში შესაჭრელად და სპობს მათ თავისი ბაქტერიოლიტური თვისებების გამო. არ შეიძლება მნიშვნელობა არ ჰქონდეს აგრეთვე ენდომეტრიუმის ფუნქციური შრის ყოველთვიურ ჩამოცილებას, რადგანაც ამ გზით ხდება საშვილოსნოს ღრუს პერიოდული თვითგაწმენდა.

განსაზღვრულ პირობებში ეს პროცესები შეიძლება შესუსტდეს ან შეიძლება სულაც არ არსებობდეს. უნდა გავითვალისწინოთ, რომ მენსტრუაციის დროს, როდესაც ხდება ენდომეტრიუმის ფუნქციური შრის ჩამოცილება, მის ბაზალურ შრეში რჩება ჩამოცილებული ჯირკვლების ნაწილაკები, რომლებშიც შეიძლება იმყოფებოდნენ ანთების გამომწვევი მიკრობები. ეს მიკრობები მრავლდებიან ენდომეტრიუმის ახალაღდგენილ შრეში და ხელს უწყობენ ანთებით პროცესს.

ენდომეტრიუმი, რომელიც ფიზიოლოგიურ პირობებშიც კი არ არის კარგად დაცული ინფექციისაგან, აბორტისა და მშობიარობის დროს, ლოგინობისა და აბორტისშემდგომ ხანაში ინფექციის მიმართ ძლიერ მგრძნობიარე ხდება. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, საშვილოსნოში ინფექცია შეიძლება შეიპრას აგრეთვე სხვადასხვაგვარი სამედიცინო მანიპულაციებისა და ოპერაციების დროს, თუ დარღვეული იქნება ასეპტიკის წესები.

ენდომეტრიტს უფრო ხშირად იწვევენ სტრეპტოკოკები, სტაფილოკოკები და გონოკოკები, შედარებით იშვიათად — ტუბერკულოზური ჩხირი და სხვა მიკრობები.

საშვილოსნოს ღრუში მოხვედრილი მიკროორგანიზმები ენდომეტრიუმის იმ ნაწილში მრავლდებიან, სადაც ამისათვის ხელსაყრელი პირობები აღმოჩნდება. ორსულებში ასეთ ადგილს წარმოადგენს პლაცენტური არე, ხოლო არაორსულებში — მენსტრუაციის დროს ენდომეტრიუმის გაშიშვლებული ბაზალური შრე. გონოკო-

კები იჭრებიან სადინარებსა და ჯირკვლებში; ისინი შეიძლება მოხვდნენ ენდომეტრიუმში მაშინაც კი, როდესაც მასზე არ მოიპოვება ჭრილობიანი ზედაპირი.

მიკრობების ჩანერგვის ადგილზე ხდება ქსოვილის ამ ნაწილის ნერვული სისტემის ტროფიკული ფუნქციის დარღვევა. ამის შედეგად ძლიერდება ქსოვილების გამტარობა და ვითარდება ანთებისათვის დამახასიათებელი ნივთიერებათა ცვლის მოშლა (დ. ე. ალპერნი), მწვავე ანთებითი რეაქცია სისხლის გაძლიერებული მიწოლის სახით, შეშუპება, წვრილუჯრედოვანი ინფილტრაცია, შემდგარი ლეიკოციტების, ლიმფოციტებისა და სხვა უჯრედებისაგან. ჯირკვალთაშორისო შემაერთებელი ქსოვილის შეშუპება და ინფილტრაცია იწვევს ჯირკვლების სანათურების დავიწროებას, რომელთა ეპითელიუმში აგრეთვე მოიპოვება იგივე მიკრობები და ლეიკოციტები. ენდომეტრიუმის ჯირკვლოვანი და საფარი ეპითელიუმი ჩამოიფცქვნება. მიკროსკოპულად იგი შეშუპებულია, გასქელებულია 1 სმ-მდე 2—3 მმ-ის ნაცვლად და მკვეთრად ჰიპერემიულია. ენდომეტრიუმში არაიშვიათად ნახულობენ ნეკროზულ, დაწყლულებულ ნაწილებს და პოლიპურ წანაზარდებსაც. ენდომეტრიუმის ანთებაზე რეაქციას იძლევა მთელი ორგანიზმი, მათ რიცხვში საშვილოსნოც, რომელშიც ადგილი აქვს შეგუბებით ჰიპერემიას და სეროზულ გაჟღენთვას. საშვილოსნო მოცულობაში რამდენადმე გადიდებულია, რბილი და მტკივნეულია.

ქრონიკული მეტრიტის დროს კუნთოვან კონებს შორის შემაერთებელი ქსოვილის ზრდა იწვევს მათ ატროფიას (კ. პ. ულეზკო-სტრონგანოვა). ამის შედეგად საშვილოსნოში შემაერთებელქსოვილოვანი ელემენტები სჭარბობენ სადა კუნთოვან ელემენტებს. შემაერთებელი ქსოვილის გაზრდის ხარჯზე საშვილოსნო მოცულობაში $1\frac{1}{2}$—2-ჯერ დიდდება და მკვრივდება. მცირდება მისი შეკუმშვის უნარი.

საშვილოსნოში მიკროსკოპულად ნახულობენ წვრილუჯრედოვან ინფილტრაციას, განსაკუთრებით ლიმფური და სისხლძარღვების კედლების გასწვრივ. ინფილტრატი იმავე ელემენტებისაგან შედგება, როგორც ანთების მწვავე სტადიაში, მაგრამ ბევრად უფრო ნაკლებ. ლეიკოციტსა და ჰისტიოციტური წარმოშობის მონოციტურ ფორმებს შეიცავს. ინფილტრატში ყოველთვის ნახულობენ დიდი თუ მცირე რაოდენობის პლაზმურ უჯრედებს. უმეტეს შემთხვევაში ან-

თებითი პროცესი ენდომეტრიუმით იფარგლება. პროცესის მწვავე სტადია თანდათანობით ნელდება და თუ განკურნება არ მოხდა, პროცესი გადადის ქვემწვავე სტადიაში, ხოლო შემდეგ—ქრონიკულში. საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი თხელდება ჯირკვალთაშორისო ქსოვილის დანაწიბურების შედეგად, სისხლძარღვები იკუმშება, რის ჟამოც ირღვევა ენდომეტრიუმის კვება. ჯირკვლების ნაწილი ატროფიას განიცდის. ქრონიკული ანთების დროს ენდომეტრიუმის ასეთი ატროფიული მდგომარეობა ძალიან მოგვაგონებს მოხუცებული ქალის საშვილოსნოს ენდომეტრიუმს. ატროფირებული ენდომეტრიუმი ნორმალურ რეაქციას ვერ იძლევა საკვერცხეების იმპულსებზე მენსტრუაციის ციკლის დროს, ამიტომ ეს უკანასკნელი ირღვევა.

როდესაც დაზიანებულია საშვილოსნოს მთელი მუსკულატურა, ხოლო პერიმეტრიუმში უკვე გამოხატულია რეაქტიული ანთება, ლაპარაკობენ საშვილოსნოს ანთებაზე — მ ე ტ რ ი ტ ზ ე (metritis). რადგან ანთებითი პროცესი წარმოიშვება უკვე არსებული ენდომეტრიტის შედეგად, ამიტომ მას აღნიშნავენ ტერმინით მ ე ტ რ ო ე ნ დ ო მ ე ტ რ ი ტ ი (metroendometritis). თუ პერიმეტრიუმში აღმოჩნდა არა მარტო რეაქტიული მოვლენები, არამედ ინფექციის შედეგად წარმოშობილი ნამდვილი ანთებითი პროცესიც, მაშინ ლაპარაკობენ პ ე რ ი მ ე ტ რ ი ტ ზ ე (perimetritis). ეს უკანასკნელი ხშირად მცირე მენჯის მუცლის ფარის ანთების გამოვლინებაა. ინფექციონ ენდომეტრიუმიდან შეიძლება გავრცელდეს საშვილოსნოს გვერდითი ნაწილებისაკენ, რომლებიც პერიტონეუმით არ არიან დაფარული. ინფექციამ, შეიჭრება რა საშვილოსნოსთან ახლომდებარე იოგთაშორისო უჯრედისში, შეიძლება გამოიწვიოს ამ უკანასკნელის ანთება— პ ა რ ა მ ე ტ რ ი ტ ი (parametritis).

ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი. კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი მ ი მ დ ი ნ ა რ ე ო ბ ა. მ წ ვ ა ვ ე ე ნ დ ო მ ე ტ რ ი ტ ი ს დ რ ო ს (მ ე ტ რ ო ე ნ დ ო მ ე ტ რ ი ტ ი) ორგანიზმის საერთო რეაქცია გამოიხატება ტემპერატურის აწევაში, საერთო სისუსტეში, ქვედა მუცლის არის მტკივნეულობაში, ზოგჯერ ირადიაციით გავასა და ბარძაყში. ტემპერატურული რეაქცია და სისუსტე დამოკიდებულია ორგანიზმის საერთო რეაქციაზე ინფექციის მიმართ, იმ ქსოვილების მდგომარეობაზე, სადაც ლოკალიზდება ინფექცია, იმ ადგილზე, სადაც მოთავსებულია ჭრილობიანი ზედაპირი, ამ უკანასკნელის სიდიდეზე და სხვ. საერთო მოვლე-

ნები განსაკუთრებით კარგად არის გამოხატული ლოგინობისა და აბორტისშემდგომი მეტროენდომეტრიტების დროს, რომლებიც უფრო ხშირად წარმოიშვება სტრეპტო- და სტაფილოკოკური ინფექციის ზეგავლენით.

ადგილობრივი სიმპტომებია ტკივილი დაზიანებული ორგანოების არეში და დიდი რაოდენობით ჩირქოვანი გამონადენი.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი ისმება ანამნეზისა და გამოკვლევის მონაცემების საფუძველზე. დაავადების ეტიოლოგია განისაზღვრება როგორც კლინიკური სურათით, ისე პათოლოგიური გამონადენის მაკრო-და მიკროსკოპული სურათით (ხასიათი, ფერი, სუნი, ამა თუ იმ მიკრობის არსებობა და სხვ.).

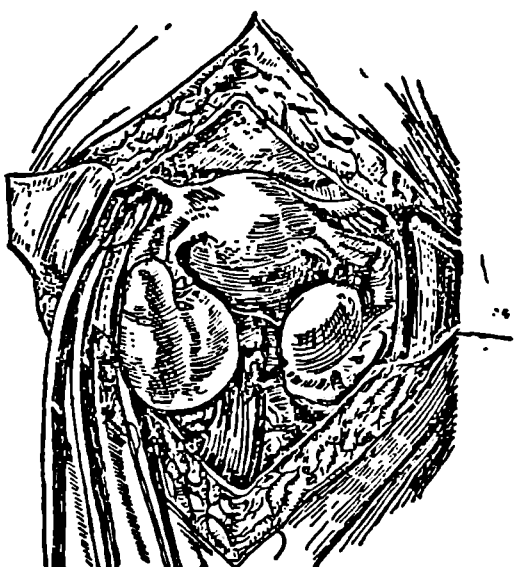
ქ რ ო ნ ი კ უ ლ ი ე ნ დ ო მ ე ტ რ ი ტ ი ს (მეტროენდომეტრიტი) ძირითადი სიმპტომებია თეთრად შლა და მენსტრუალური ფუნქციის ბოშლა. პირველი მათგანი წარმოადგენს ლორწოვანის დაზიანების შედეგს, მეორე კი დაკავშირებულია იმპულსების კორელაციის შეცვლასთან, რომლებიც მიიმართებიან თავის ტვინის ქერქისა, შინაგანი ორგანოებისა და, აგრეთვე, საშვილოსნოს კუნთოვანი აპარატისაკენ, რის შედეგადაც ქვეითდება მისი შეკუმშვის უნარი.

ქრონიკული ენდომეტრიტის დ ი ა გ ნ ო ზ ი ისმება საშვილოსნოდან პათოლოგიური გამონადენის არსებობის — თეთრად შლის — საფუძველზე. მისი გარჩევა ყელისმიერი თეთრად შლისაგან ადვილია: გამონადენი საშვილოსნოს ღრუდან უმეტესად თხიერია, ხოლო ყელისმიერი გამონადენი — წებოსებრია. საშვილოსნო არაიშვიათად გადიდებულია, გამკვრივებული, მტკივნეული ან უმნიშვნელოდ მტკივნეული. დიაგნოსტიკა ძნელდება იმ შემთხვევებში, როდესაც გვიხდება ჰიპერპლასტიკური ქრონიკული მეტრიტის დიფერენცირება მენსტრუალური ციკლის ზოგიერთ დარღვევასთან. ასეთ შემთხვევებში დიაგნოზის დასაყრდენი პუნქტი იქნება ანამნეზი, რომელშიც აღნიშნულია საშვილოსნოს ადრინდელი მწვავე ანთება.

რამდენადაც საშვილოსნოს, მისი დანამატების, მცირე მენჯის უჯრედისის და მენჯის მუცლის ფარის ანთებითი პროცესების მ კ ურ ნ ა ლ ო ბ ა ს ბევრი საერთო აქვს ერთმანეთთან, აგრეთვე შასზე ნათელი წარმოდგენის შექმნისათვის თერაპია შევიტანეთ ამ თავის ცალკე ნაწილში: „შინაგანი სასქესო ორგანოების ანთებით დაავადებულთა მკურნალობა“.

(adnexitis)

ლ უ ლ ე ბ ი ს ა ნ თ ე ბ ა (salpingitis). ჩვეულებრივ, ლულების ანთებას წინ უძღვის ენდომეტრიტი, მაგრამ ყოველთვის ასე არ ხდება. სწორედ ასევე ყველა შემთხვევაში არ აქვს ადგილი ლულების დიფუზურ დაზიანებას მთელ სიგრძეზე. თუ ინფექციით დაზიანებულია ლულის მუცლისმხრივი ბოლო, მაშინ წარმოიშვება ლულის ფოჩებისა და ახლომდებარე მუცლის ფარის რეაქტიული ანთება. ფოჩები ეწებებიან ერთმანეთს და ბურავენ ლულის მუცლისმხრივ ბოლოს. დაგროვილი თხიერი ანთებითი ექსუდატი თანდათანობით აფართოებს ლულის ღრუს მანამ, სანამ გადალახავდეს ლულის საშვილოსნოსმხრივი დაბოლოების ვიწრო სანათურის წინააღმდეგობას. ამასთან, სითხე საშვილოსნოს ღრუში ჩადის, იქედან კი საშოს საშუალებით გარეთ გამოდის (hydrops tubae profluens). თუ ლულის ინტერსტიციალური ნაწილის სანათური ობლიტერირებული აღმოჩნდა, რაც შეიძლება მოხდეს ანთების ნიადაგზე საფარიც ეპითელიუმის ჩამოფცქვნით, მაშინ სითხის რაოდენობა ლულაში თანდათანობით დიდდება. წარმოიშვება ლულის წყალმანკი — ჰიდროსალპინქსი (hydrosalpinx) (სურ. 22).



სურ. 22. ორმხრივი ჰიდროსალპინქსი.

ამ შემთხვევაში ლულა იღებს ქინძისთავის ან რეტორტის ფორმას. ჰიდროსალპინქსი შეიძლება წარმოიშვას თანდათანობით ან

ძლიერ სწრაფად. რაც უფრო დიდია წარმოქმნილი პარკი, მით უფრო მეტადაა გათხელებული მისი კედლები. დაგროვილი სითხის რაოდენობის მიხედვით ჰიდროსალპინქსს აქვს რბილი, ზომიერად ელასტიკური ან მკვრივ-ელასტიკური კონსისტენცია. ლულის კუნთოვანი შრე ამ დროს ისეა გაწელილი, რომ მაკროსკოპულად მისი დანახვა შეუძლებელია. ლორწოვანი გარსი ძლიერი გაწელვის გამო კარგავს ნაოჭიანობას და სადა ხდება; მისი საფარი ეპითელიუმი კარგავს მოციმციმე ბუსუსებს და მკვრივდება.

ჰიდროსალპინქსი შეიძლება აღწევდეს სხვადასხვა ოდენობას— 1—2 თითის ოდენობიდან ერთი წლის ბავშვის თავისა და მეტ ოდენობამდეც. დიდი ოდენობის ჰიდროსალპინქსიც კი შეიძლება შეიწოვოს. ასეთ შემთხვევებში ლულა შესახედავად ნორმალური ზომისაა, მაგრამ ლულის ანათური, ენდოსალპინქსში პათოლოგიური პროცესის შედეგად დაღუპული ეპითელიუმის ნორმალური საფარის უქონლობის გამო, განიცდის ობლიტერაციას, რაც იწვევს ლულის გაუვალობასა და უშვილობას.

არაიშვიათად ჩირქმბადი მიკრობებით გამოწვეული ენდოსალპინგიტის დროს წარმოიშვება ლულის პარკისებრი სიმსივნე (sactosalpinx), რომელიც ჩირქითაა სავსე. ამ შემთხვევაში ჩირქის დაგროვება იშვიათად ხდება მხოლოდ ლულის სანათურში. ანთებითი პროცესი აზიანებს აგრეთვე მის კუნთოვან შრესაც, რომელიც ძლიერად გამოხატული ანთებითი პროცესების დროს საგრძნობლად სქელდება. ლულის კედელში წარმოიშვება პატარა ჩირქგროვები, რომლებიც აღწევენ სეროზულ აპკს. ამის გამო ლულა შეეზრდება მეზობელ ორგანოებს: საკვერცხეს, საშვილოსნოს, ბადექონს, შარდის ბუშტს და ნაწლავების მარყუჟებს. ამ შეხორცებებს შორის წარმოქმნილ ღრუებშიც შეიძლება დაგროვდეს ჩირქი. ამის შედეგად ლულა ყველა მის შრეში გამოხატული ჩირქოვანი პროცესებით შეეწებება მეზობელ ორგანოებს და მათთან ქმნის საკმაოდ დიდ კონგლომერატს. ასეთ ჩირქოვან სალპინგიტს (pyosalpinx) ყოველთვის თან ახლავს მცირე მენჯის მუცლის ფარის ანთება (pelveoperitonitis) და თითქმის ყოველთვის — საშვილოსნოს ირგვლივ მდებარე უჯრედისის ანთება (parametritis).

ლ. ი. ბუბლიჩენკოს აზრით, საშვილოსნოს ირგვლივ მდებარე უჯრედისისა და მცირე მენჯის მუცლისმხრივი აპკის ანთება წარმოა-

დგენს წმინდა რეაქტიულ მოვლენას და არსებობს მანამ, სანამ არ შენელდება პიოსალპინქსის მწვავე მოვლენები.

შემდგომში შეგუბებითი ანთებითი თხიერი პროდუქტი (სეროზული, ჩირქოვანი, ზოგჯერ სისხლნარევი), გროვდება რა ლულაში, იწვევს პარკის კედლების ძლიერ გაწელვას. მძიმე შემთხვევებში ლულის კედელი შეიძლება გასკდეს და მაშინ ჩირქი ჩაიქცევა მასთან ახლომდებარე ღრუ ორგანოებში: ნაწლავებში, შარდის ბუშტში, საშოში ან მუცლის ღრუში. იშვიათ შემთხვევაში ჩირქგროვა მუცლის წინა კედლიდან გარეთ გამოხეთქავს.

მენჯის მუცლისმხრივი აპკის ანთება, რომელიც თან სდევს პიოსალპინქსს, ზოგჯერ შეიძლება გავრცელდეს მთელ მუცლის ღრუზე და გამოიწვიოს საერთო პერიტონიტი იმ შემთხვევებშიც, როდესაც მასში ჩირქის ჩაქცევა არ მომხდარა. ეს მძიმე გართულება თვითნებურად წარმოიშვება მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში. ჩვეულებრივ, ის წარმოადგენს რომელიმე გარეგანი ინსულტის შედეგს, კერძოდ, არასაკმარისი სიფრთხილით ნაწარმოები გინეკოლოგიური გამოკვლევის შედეგს.

ზოგჯერ პიოსალპინქსით წარმოშობილ კონგლომერატში შედის საკვერცხეც, რომელიც ასევე ჩირქდება. ასეთ შემთხვევებში ძგიდე მათ შორის იშლება და წარმოიშვება საერთო ჩირქოვანი პარკი — ტუბოოვარიული, ანუ ლულა-საკვერცხის აბსცესი.

სიმპტომები. კლინიკური მიმდინარეობა. დიაგნოსტიკა. ლულების ანთებითი დაავადების სიმპტომები ფრიად სხვადასხვაგვარია და დამოკიდებულია ავადმყოფის ორგანიზმის რეაქტივობაზე, ეტიოლოგიაზე, დაავადების ხარისხსა და სტადიაზე. ასე, მაგალითად, ლულების ტუბერკულოზური დაზიანება შეიძლება ნელ-ნელა ვითარდებოდეს, წლობით გრძელდებოდეს, იძლეოდეს სუსტად გამოხატულ ტკივილს და სუბფებრილურ ტემპერატურას. ხანდახან გონოკოკებით გამოწვეული ანთებითი პროცესიც შეიძლება ასევე შეუმჩნევლად განვითარდეს ლულებში, თუმცა ასეთ ავადმყოფებშიც ადგილი აქვს სიმპტომების თანდათანობით და თანამიმდევრობით ზრდას პერიოდული გამწვავებით. ლულების ანთების დროს, რომელიც გამოწვეულია ლოგინობის ან აბორტის შემდგომი ხანის სეფსისური ინფექციით, დაავადება თავიდანვე მწვავედ მიმდი-

ნარეობს, ძლიერი ტკივილით, პერიტონეალური მოვლენებითა და მაღალი ტემპერატურით. ასეთივე სურათი აღინიშნება პარკოვანი სიმსივნის წარმოშობის დროსაც, განსაკუთრებით პიოსალპინქსის შემთხვევაში.

ლულების ანთების ყველა ფორმის დროს ძირითად სიმპტომებს წარმოადგენს ტკივილი, თეთრად შლა, მენსტრუალური ციკლის მოშლა და უნაყოფობა.

ტკივილი დაავადების მწვავე სტადიაში ძლიერ გამოხატულია, განსაკუთრებით მუცლის ქვედა არეში, სადაც შეიძლება გამომჟღავნდეს მუცლის ფარის გაღიზიანება. პარკისებრი ანთებითი სიმსივნის წარმოშობის დროს ტკივილს ხშირად შეტევითი ხასიათი აქვს. ქრონიკულ სტადიაში ავადმყოფს აწუხებს ყრუ ტკივილი, რომელიც ძლიერდება ფიზიკური დაძაბულობისა და მენსტრუაციის დროს, როდესაც ერთდროულად იწყება ტემპერატურის აწევაც. ტკივილი ლოკალიზდება გავისა და ერთი ან ორივე თეძოს მიდამოში, ხშირად იძლევა ირადიაციას ქვედა კიდურებში. ყოველი მექანიკური ზემოქმედება — სქესობრივი აქტი, გინეკოლოგიური გასინჯვა და სხვ. — მტკივნეულია. ჰიდროსალპინქსის არსებობისას უეცრად, სიმშვიდის დროს შეიძლება დაიწყოს შეტევითი ხასიათის ტკივილი მუცლის ქვედა არეში, იმ მხარეს, სადაც ჰიდროსალპინქსია, და წარმოიშვას პერიტონეალური მოვლენები. ეს ტკივილი გამოწვეულია ჰიდროსალპინქსის ისტმური ნაწილის გადაგრეხით საშვილოსნოს კუთხესთან.

დიდი პარკისებრი ანთებითი სიმსივნეების დროს ტკივილი და სხვა არასასიამოვნო შეგრძნებანი შეიძლება გამოწვეული იყოს აგრეთვე სიმსივნის დაწოლით მეზობელ ორგანოებზე, მათი ადგილგადანაცვლებით და მათი ფუნქციის შეცვლით. ნაწლავში ჩირქის მოსალოდნელი გამოხეთქვის შემთხვევაში ავადმყოფი უჩივის მტკივნეულობას კუჭის მოქმედების დროს — ტენეზმები; შარდის ბუშტში ჩირქის მოსალოდნელი გამოხეთქვის დროს კი შარდვა ხშირი და მტკივნეულია.

ზოგიერთ შემთხვევაში ტკივილი ლულების გამოხატული ანთების დროსაც კი ნაკლებად აწუხებს ან სულ არ აწუხებს ავადმყოფს.

თ ე თ რ ა დ შ ლ ა ცოტად თუ ბევრად თან ახლავს სალპინგიტის ყველა ჩამოთვლილ ფორმას. ზოგიერთ შემთხვევაში თეთრად შლა

იმდენად არ არის დამოკიდებული მარტო ლულების ანთებაზე, რამდენადაც საშვილოსნოს და საშოს თანდართულ ანთებაზე.

საშოდან საკმაო რაოდენობის სითხის პერიოდულად გამოყოფა (სუფრის კოვზის რაოდენობით და მეტიც), განსაკუთრებით, თუ ამას წინ უძღოდა ამა თუ იმ თეძოს მიდამოში შეტევითი ხასიათის ტკივილი ან სითხის ოდნავ სისხლიანი შეფერილობა, მოწმობს ჰიდროსალპინქსის დაცარიელებას; პიოსალპინქსის დაცარიელებისას კი იღვრება ჩირქი. ამის შემდეგ რამდენიმე ხნის განმავლობაში აღინიშნება ავადმყოფის მდგომარეობის საგრძნობი გაუმჯობესება და სიმსივნის დაპატარავება.

ზოგიერთი პიოსალპინქსით დაავადებული უჩივის საშოდან დიდი რაოდენობით მუდმივ ჩირქდენას. ანამნეზიდან ჩანს, რომ ცოტა ხნით ადრე მათ მცირე მენჯის ღრუში ჰქონდათ ჩირქგროვა, რომელიც გაქვეთილ იქნა საშოს მხრიდან (კოლპოტომია). უკანა თაღის პალპაციით და სარკეებით გასინჯვისას ადვილად ნახულობენ კოლპოტომურ ხვრელს ეპითელიზირებული კიდეებით, რომლიდანაც გამოდის ჩირქი, ზოგჯერ საკმაო დიდი რაოდენობით. ეს ხვრელი არსებითად ფისტულოვანია; იგი წარმოადგენს ბუნებრივად შექმნილ გასავალს საშოსა და პიოსალპინქსის ღრუს შორის და შეიძლება წლობით არსებობდეს და ასუსტებდეს ავადმყოფს, რაც აიძულებს მას გაიკეთოს ოპერაცია — დაავადებული ლულის ამოკვეთა.

ზემოთქმულიდან ჩანს, რომ პიოსალპინქსით დაავადებულთა მკურნალობის დროს კოლპოტომია წინააღმდეგნაჩვენებია.

მ ე ნ ს ტ რ უ ა ლ უ რ ი ც ი კ ლ ი ს მ ო შ ლ ა უმთავრესად გამოიხატება მენსტრუალური გამონადენის გაძლიერებაში, სიხშირეში და ზოგჯერ მკვეთრად გამოხატულ მტკივნეულობაში.

თუ ინფექციამ არ დააზიანა საკვერცხეების პარენქიმა და არ შეიჭრა ენდომეტრიუმში, მაშინ მენსტრუაციის ციკლურობა არ ირღვევა. ასეთ შემთხვევებში საკვერცხეების დაზიანება ხდება ჩირქოვანი დაშლის ან ფუნქციის დაქვეითების შედეგად, რასაც იწვევს ანთების გამომწვევი მიკრობების მიერ გამოყოფილი ტოქსინები. ამ დროს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს მენსტრუალური ციკლის უფრო ღრმა მოშლას, რომლის დროს შესაძლებელია აციკლური სისხლდენებიც. თუ ამასთან ერთდროულად დაზიანებულია საშვილოსნოც, მაშინ მატულობს იმ სისხლის რაოდენობა, რომელსაც, ჩვეულებრივ,

კარგავს ქალი მენსტრუაციის დროს. დიდი რაოდენობის ციკლურ სისხლდენებს საშვილოსნოდან ეწოდება მენორაგია, აციკლურს კი — მეტრორაგია.

უ ნ ა ყ ო ფ ო ბ ა (sterilitas), ჩვეულებრივ, მეღავნდება მაშინ, როდესაც ანთებითი პროცესი გადადის ქრონიკულ სტადიაში. უნაყოფობა იმის მაჩვენებელია, რომ უმეტეს შემთხვევაში ორივე ლულა დაზიანებულია მათი სანათურების შემდგომი ობლიტერაციით, რასაც უფრო ხშირად ადგილი აქვს გონოკოკური ეტიოლოგიის დაავადების შემთხვევაში; მთელ რიგ შემთხვევებში კი, მიუხედავად ლულებში არსებული ანთებითი პროცესებისა, ქალი ორსულდება და ორსულობა ნორმალურად მიაქვს ბოლომდე. უნაყოფობა ხშირად წარმოადგენს ავადმყოფების ერთადერთ ჩივილს, რომლებსაც წარსულში ლულების ანთება ჰქონდათ.

არჩევენ პ ი რ ვ ე ლ ა დ უ ნ ა ყ ო ფ ო ბ ა ს, როდესაც ქალი, მიუხედავად ხანგრძლივი ნორმალური სქესობრივი ცხოვრებისა, არც ერთხელ არ ყოფილა ორსულად, და მ ე ო რ ა დ უნაყოფობას, როდესაც ქალი ორსულდებოდა და შემდეგ აღარ დაორსულებულა. მეორადი უნაყოფობა, ჩვეულებრივ, ანთებითი პროცესების შედეგია. ზოგიერთ ქალს შეიძლება ჰქონდეს ა ბ ს ო ლ უ ტ უ რ ი უ ნ ა ყ ო ფ ო ბ ა, რომლის დროს ჩასახვა საერთოდ არ ხდება. შ ე დ ა რ ე ბ ი თ უ ნ ა ყ ო ფ ო ბ ა ზ ე ლაპარაკობენ მაშინ, როდესაც უნაყოფობის გამომწვევი მიზეზები შეიძლება თავიდან იქნეს აცილებული. უნაყოფობის საკითხის გადაწყვეტისას ავადმყოფი ქალის ქმარი სპეციალურად უნდა იქნეს გამოკვლეული, რადგანაც უნაყოფო ქორწინების შემთხვევებში ზოგჯერ დამნაშავეა ქმარი.

სალპინგიტების კ ლ ი ნ ი კ ურ ი მ ი მ დ ი ნ ა რ ე ო ბ ა სხვადასხვაგვარია. ეს დაავადება ერთ შემთხვევაში იძლევა მძიმე პერიტონიტის სურათს, მეორეში — თითქმის უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. კატარული ანთების დასაწყისში სიმპტომები სუსტადაა გამოხატული და არაიშვიათად იჩრდილება საშვილოსნოს, საშოს და სხვათა დაავადების მოვლენებით, რომლებიც თან ახლავს ანთებას. ეს სიმპტომები ზოგჯერ გამოიცნობა მხოლოდ შემდგომში, როდესაც წარმოიშვება პარკისებრი სიმსივნეები. სალპინგიტის მწვავე ფორმების სიმპტომების გამომჟღავნება ყოველთვის არ არის ადვილი, რადგან მათი კლინიკური სურათი ძლიერ წააგავს მწვავე მეტროენდომეტრიტის,

პელვეოპერიტონიტის, პიოვარიუმის, პარამეტრიტის და სხვათა სურათს.

მწვავე სალპინგიტები სწორი მკურნალობისას შეიძლება სრული განკურნებით დამთავრდეს. ლულების ჩირქოვანი ანთების დროს პროცესი არა მარტო ხანგრძლივად მიმდინარეობს, არამედ იგი მიდრეკილია აგრეთვე პროგრესირებისაკენ. ამის გამო, პარკისებრი სიმსივნის კედლები თხელდება და შესაძლებელია ჩირქის გამოხეთქვა მეზობელ ორგანოებში ან თავისუფალ მუცლის ღრუში. ჩირქის მუცლის ღრუში ჩაქცევის გამო ვითარდება დიფუზური პერიტონიტი, ჩირქის შარდის ბუშტში ჩაქცევის დროს კი — ცისტოპიელიტი და სხვ. შექმნილი ფისტულოვანი ხვრელიდან, მაგალითად, ნაწლავებსა და ლულის ღრუს შორის, ინფექციური საწყისი, ამ შემთხვევაში ნაწლავის ჩხირი, შეიძლება შეიჭრას ლულის ღრუში და გაართულოს იქ არსებული ანთებითი პროცესი. საბედნიეროდ, უმეტეს შემთხვევაში, საქმე არ მიდის პარკისებრი სიმსივნეების გასკდომამდე, თუ ისინი არ განიცდიან რაიმე ძალდატანებით ზემოქმედებას, როგორც ამას ადგილი აქვს, მაგალითად, ორი ხელით უხეში გასინჯვის დროს. გასკდომის საშიშროება განსაკუთრებით დიდია, როდესაც მუცლის კედლის დაჭიმვასთან დაკავშირებით ორი ხელით გასინჯვას აწარმოებენ საერთო ნარკოზის ქვეშ, რაც პიოსალპინქსის შემთხვევებში წინააღმდეგნაჩვენებია.

ჩვეულებრივ, ანთებითი პროცესი თანდათანობით ნელდება ან (იშვიათად) სავსებით ქრება. მის მიერ გამოწვეული ცვლილებანი უკვალოდ ქრება ან, როგორც ამას უმეტეს შემთხვევაში აქვს ადგილი, რჩება შეხორცებები, რომლებიც იწვევენ მცირე მენჯის ორგანოების ტოპოგრაფიის შეცვლას. ამასთან დაკავშირებული საშვილოსნოს სხვადასხვა სახის მდებარეობის შეცვლა, ისე, როგორც საშვილოსნოს, მის დანამატებსა, ბრმა, სიგმოიდურ და სწორ ნაწლავებს შორის დაჭიმულობა, წარმოადგენს ამ ორგანოების ფუნქციის მოშლის მიზეზს. წარმოიშვება ნერვული სისტემის მოშლა. უძილობა, ქრონიკული უაბზობა, დეფეკაციის დროს ტკივილი, ხშირი შარდვა და სხვ. ყველაფერი ეს გავლენას ახდენს ორგანიზმის საერთო მდგომარეობაზე, რაც გამოიხატება ქალის შრომისუნარიანობის დაქვეითებაში.

ტოპიკური დიაგნოსტიკა ლულების ანთებითი დაავადების მწვავე სტადიაში ძალიან რთულია მუცლის ძლიერი მტკივნეულობის გამო, რაც აძნელებს პალპაციას. თუ მუცლის კედელი არ არის სქელი და ანთებითი ლულები საკმაოდ დიდია, რასაც, ჩვეულებრივ, ადგილი აქვს ლულის პარკისებრი სიმსივნეების დროს, მაშინ შეიძლება მათი კონტურების გასინჯვა. პალპაცია და პერკუსია უმეტეს შემთხვევებში იმის დადგენის საშუალებას იძლევა, რომ ანთებით პროცესში ჩათრეულია მცირე მენჯის მუცლისმხრივი აპკის პერიტონეუმი, მაგრამ არ იძლევა იმის დაზუსტების საშუალებას, თუ რომელი ორგანოებია დაზიანებული. ანალოგიურ მოვლენებს შეიძლება ჰქონდეს ადგილი აგრეთვე საშვილოსნოს, საკვერცხეების და სხვათა მწვავე ანთების დროს. ამიტომ მცირე მენჯში მტკივნეული მომრგვალო სიმსივნის ნახვის შემთხვევაში, რომელიც არ არის მკაფიოდ შემოფარგლული, დიაგნოზი დაუსაბუთებლად არ უნდა დავსვათ. ასეთ შემთხვევებში უმჯობესია დავკმაყოფილდეთ ასეთი დიაგნოზით: „დანამატების მწვავე ანთებითი სიმსივნე (adnextumor)“ ან „მწვავე პელეოპერიტონიტი“, რათა ავადმყოფზე შემდგომი დაკვირვების დროს დავაზუსტოთ პირველდაწყებითი დიაგნოზი, მით უმეტეს, რომ ყველა ამ დაავადების მკურნალობა ერთნაირია.

დიაგნოსტიკური შეცდომების წყარო შეიძლება იყოს: საკვერცხის აბსცესი — პიოვარიუმი და მისი დაჩირქებული ცისტომა, ნაკლებად გამოხატულ შემთხვევებში, მარჯვენა ლულის დაზიანების დროს, — აპენდიციტი, ლულის ორსულობა, მცირე მენჯის ექსუდატი, საკვერცხეების სიმსივნეები და სხვ.

განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს დიფერენციულ დიაგნოსტიკას ლულების ანთებით დაავადებებსა და საშვილოსნოსგარე ორსულობას შორის. ლულების ანთების სასარგებლოდ ლაპარაკობს ორსულობის ნიშნების არ არსებობა, სიმსივნის ორმხრივობა (ყოველთვის არა), ექსუდატის გაფანტული ფორმა, ჩვეული კონტურების შენარჩუნება და საკვერცხის სიმსივნის ძვრადობა.

პარკისებრივი სიმსივნის აღმოჩენის დროს, რომელიც გამოიცნობა დამახასიათებელი ფორმით (ძეხვისებური, რეტორტისებური) და ერთგვარი ელასტიკურობით, აუცილებელი ხდება დიფერენციული დიაგნოსტიკა ჰიდროსალპინქსსა და პიოსალპინქსს შორის. ეს ამოცანა არც ისე ძნელია, რადგან ჰიდროსალპინქსი უმტკივნეულოა

ან ოდნავ მტკივნეული, აქვს თხელი კედლები და ელასტიკური კონსისტენცია, მოძრავია ან მისი მოძრაობა ოდნავ შეზღუდულია, მისი ზედაპირი სადაა, ფორმით მოგვაგონებს რეტორტას ან ქინძისთავს; პიოსალპინქსის კედლები კი სქელია, ანთებითი სიმსივნე მკვრივია, მისი ზედაპირი უსწორმასწოროა, ხორკლიანი, ზოგჯერ კრიალოსნისებური; ჩირქგროვა გარშემო მდებარე ორგანოებთან და მენჯის კედლებთან არის ფიქსირებული, რის გამოც იგი უმოძრაოა; მტკივნეულობა ნათლად გამოხატულია.

დიაგნოსტიკური სიძნელეები იქმნება იმ შემთხვევებში, როდესაც დაავადების ქრონიკულ სტადიაში სიმსივნე ინტიმურად არის დაკავშირებული საშვილოსნოსთან, დიდია (ვაშლზე უფრო მეტი ოდენობის), მკვრივი და ხორკლიანია ან, პირიქით, სადა და ელასტიკურია. პირველ შემთხვევაში შეიძლება საქმე გვქონდეს საშვილოსნოს სუბსეროზულ მიომასთან, მეორეში — საკვერცხის სიმსივნესთან. ასეთ შემთხვევებში დიფერენციული დიაგნოზისათვის არსებითი მნიშვნელობა აქვს კარგად შეკრებილ ანამნეზს, კერძოდ, დაავადების განვითარების საკითხს, მუცლის პერკუსიული მტკივნეულობის განსაზღვრას, რომელიც გამოხატულია ანთებითი პროცესების დროს და სულ არ არსებობს სიმსივნეების შემთხვევაში, სისხლის ანალიზის შედეგებს, რომელშიც სიმსივნის ანთებითი ეტიოლოგიის დროს აღინიშნება ლეიკოციტოზი და ერითროციტების დალექვის რეაქციის აჩქარება, აგრეთვე, პერკუსიის დროს მოყრუების საზღვრისა და პალპაციის დროს შესივების საზღვრის დაპირისპირებას. ახალწარმონაქმნის შემთხვევაში შესივებისა და მოყრუების საზღვრები ემთხვევა ერთმანეთს, მაშინ, როდესაც ანთებითი სიმსივნის დროს მისი პერკუსიული საზღვარი პალპაციური საზღვრის ქვევითაა.

სიმსივნის დაჩირქება (სუბსეროზული ფიბრომული კვანძის ან საკვერცხის ცისტომის) ძნელად განირჩევა საშვილოსნოს დანამატების მწვავე ანთებისაგან. ასეთ შემთხვევებში მდგომარეობა იმით მსუბუქდება, რომ დაჩირქებულ სიმსივნეზე ეჭვის მიტანისას საჭიროა მუცლის გაკვეთა, რომლის დროს ისმება ზუსტი დიაგნოზი.

რამდენადაც ანთებითი პროცესის გამომწვევი მიზეზის გამორ-

კვევამ შეიძლება მოგვცეს ზოგიერთი მითითება პათოგენეზური თერაპიისათვის, ამიტომ იგი უნდა გამოვავლინოთ ყველა იმ რეაქციისა და ანალიზის დახმარებით, რომლებზედაც პირველ თავში იყო ლაპარაკი.

პ რ ო გ ნ ო ზ ი ლულების ანთების დროს იშვიათადაა სიცოცხლისათვის საშიში. ავადმყოფის სიკვდილის ზოგიერთი შემთხვევა დაკავშირებულია სეფსისურ ინფექციასთან. სიკვდილის შემთხვევები იშვიათია აგრეთვე ტუბერკულოზური ეტიოლოგიის სალპინგიტის დროსაც. სიკვდილის მიზეზს ამ შემთხვევაში წარმოადგენს არა თვით სალპინგიტი, არამედ მუცლის ფარის, ფილტვებისა და სხვა სასიცოცხლო ორგანოების თანდართული ტუბერკულოზური დაზიანება.

პროგნოზი კარგია აგრეთვე ჯანმრთელობისა და შრომისუნარიანობის აღდგენის მხრივაც. რადიკალურად ჩატარებული მკურნალობა, ჩვეულებრივ, ათავისუფლებს ავადმყოფებს მძიმე სიმპტომებისაგან და უბრუნებს მათ ნორმალური შრომისა და ცხოვრების უნარს. ავადმყოფების მხოლოდ მცირე ნაწილს აღენიშნება პერიოდული გამწვავება, რაც მოითხოვს წოლით რეჟიმს, ასუსტებს ავადმყოფს და სავსებით აინვალიდებს მას. თუმცა ასეთ მძიმე შემთხვევებშიც კი ზოგჯერ რამდენიმე წლის შემდეგ ხდება ჯანმრთელობის საგრძნობი გამოკეთება ან სრული გაჯანსაღებაც. კ. თ. სლავიანსკის დაკვირვებით, ასეთი გამოსავალი იმ შემთხვევაში აღინიშნება, როდესაც ავადმყოფი დიდი ხნით წყვეტს სქესობრივ ცხოვრებას და განაგრძობს ინტენსიურ მკურნალობას.

ლულების ანთებითი დაავადების დროს პროგნოზი უნაყოფობის საკითხში, განსაკუთრებით მათი ორმხრივი დაზიანების დროს, არადამაკმაყოფილებელია: უნაყოფობა წარმოადგენს ამ დაავადების ხშირ შედეგს, რომელიც ნაწილობრივი ან სრული ობლიტერაციის გამო ტოვებს ლულების გაუვალობას. მაგრამ ანთების საწინააღმდეგო სათანადო მკურნალობამ შეიძლება აღადგინოს ერთი ან ორივე ლულის გამტარობა და ჩასახვაც შესაძლებელი გახდეს. დაორსულების ასეთი შემთხვევები, როდესაც ქალებს გადატანილი ჰქონდათ შინაგანი სასქესო ორგანოების (ლულების ჩათვლით) მძიმე ანთებითი დაავადებანი, ცნობილია ყველა ექიმისათვის.

ეტიოლოგია, პათოგენეზი. საკვერცხეების ანთება ყველაზე უფრო ხშირია ქვედა გინეკოლოგიურ დიაგნოზს შორის, რასაც სრულიად არ შეესაბამება ამ დაავადების ნამდვილი სიხშირე. საკვერცხეების ნამდვილი ანთება შედარებით იშვიათად გვხვდება, რაც აიხსნება არა მარტო მათი ტოპოგრაფიული მდებარეობით, არამედ საკვერცხეების ქსოვილის კარგად გამოხატული უნარით — წინააღმდეგობა გაუწიოს ინფექციას. ამ მხრივ განსაკუთრებულ როლს თამაშობს ჩანასახოვანი ეპითელიუმი, რომელიც საკვერცხეს ფარავს. თუმცა განსაკუთრებულ პირობებში საკვერცხეების დაინფიცირება შესაძლებელია. ასე ხდება, მაგალითად, ყოველი ოვულაციის დროს, როდესაც საკვერცხეზე წარმოიშვება „ფიზიოლოგიური ჭრილობა“, თუ გრააფის ფოლიკულის გასკდომის მომენტისათვის საკვერცხე შეწებებული იყო ანთებით დაავადებულ რომელიმე ორგანოსთან, მაგალითად, ლულასთან, ნაწლავთან, ბადექონთან და სხვ.

ანთების მწვავე სტადიაში (oophoritis acuta) საკვერცხეში ადგილი აქვს შეშუპებას და წვრილუჯრედოვან ინფილტრაციას, რის გამოც იგი საგრძნობლად დიდდება მოცულობაში. ზოგჯერ ფოლიკულის ღრუში ან ყვითელ სხეულში წარმოიშვება ჩირქგროვა, რომლის ოდენობა უმნიშვნელოა, შეუიარაღებელი თვალით ძლივს შესამჩნევი. მაგრამ საკვერცხეში ასეთი უმნიშვნელო აბსცესებიც კი იწვევს მკვეთრ რეაქტიულ მოვლენებს მის გარშემო მდებარე მუცლის ფარის მხრივ, რომელიც ჩაპარკავს დაავადებულ ორგანოს და თითქოს „ამოაშენებს“ მას: წარმოიშვება კონგლომერატი, რომლის შემადგენლობაში საკვერცხის გარდა შეიძლება შევიდეს ლულაც საშვილოსნოს სათანადო კუთხესთან ან მის გვერდთან ერთად, აგრეთვე ბადექონი და ახლომდებარე ნაწლავების ნაწილები, მარჯვნივ — ბრმა ნაწლავი ჭიაყელა მორჩით, მარცხნივ—სიგმოიდური ნაწლავი.

თუ ანთებითი პროცესი მომატებას განაგრძობს, მაშინ წარმოიშვება ჩირქგროვა, რომელიც უერთდება საკვერცხეში არსებულ სხვა ჩირქგროვებს და ზოგჯერ აღწევს საკმაოდ დიდ ოდენობას — ახალშობილის თავის ოდენობამდე. საკვერცხის ჩირქგროვას (abscessus ovarii) აღნიშნავენ ტერმინით—პიოვარიუმი (pyovarium).

პიოვარიუმს თან ახლავს მკვეთრი რეაქცია მთელი ორგანიზმისა

და მუცლის ფარის მხრივ. ამის შედეგად წარმოშობილი პელვეოპერიტონიტი — მცირე მენჯის მუცლისმხრივი აპკის ანთება — არაიშვიათად მთელ მუცლის ფარზე ვრცელდება, რაც იწვევს მძიმე დაავადებას — დიფუზურ პერიტონიტს. ხშირად საკვერცხის ასეთი აბსცესები კონგლომერატში იმყოფება პიოსალპინქსთან, რომლისაგანაც არიან წარმოშობილი. ასეთ ტუბოოვარიულ აბსცესს ჩვენ უკვე შევეხეთ ზემოთ.

უმეტეს შემთხვევაში მწვავე ანთება შემდეგ ქრონიკულში გადადის. ქრონიკული ოოფორიტის დროს (oophoritis chronica) საკვერცხის სტრომაში ვითარდება ნაწიბუროვანი შემაერთებელი ქსოვილი. ამის შედეგად საკვერცხის ზედაპირი უსწორმასწორო ხდება, აღინიშნება ღრმა ჩაღრმავებები (ovarium gyratum): სისხლძარღვთა კედლები განიცდის ჰიალინიზაციას და სქელდება. საკვერცხის კვების მოშლის შედეგად ფოლიკულები განიცდიან წვრილ ცისტურ გადაგვარებას და საკვერცხის ზედაპირი იფარება გამჭვირვალე სეროზული სითხის ავსებული ბუშტუკებით, სიდიდით ფეტვის მარცვლიდან ქლიავის კურკის ოდენობამდე. ასეთ მდგომარეობას უწოდებენ საკვერცხის წვრილცისტურ გადაგვარებას (degeneratio ovarii microcystica). თუმცა მას შეიძლება ჰქონდეს სხვა, მაგალითად, ჰორმონული ეტიოლოგია ან შეიძლება ექნეს ადგილი საშვილოსნოს ფიბრომიომის დროს და აგრეთვე ქალის ორგანიზმის ზოგიერთი ფიზიოლოგიური მდგომარეობის შემთხვევაში — ახალშობილობის პერიოდში, ბავშვთა ასაკში, ორსულობის დროს.

საკვერცხეები, იმყოფებიან რა ქრონიკული ანთების მდგომარეობაში, მუცლის ფარის საშუალებით შეზრდილი არიან მეზობელ ორგანოებთან, პირველ რიგში, ლულის ამპულარულ ნაწილთან.

სიმპტომები, კლინიკური მიმდინარეობა, დიაგნოსტიკა. საკვერცხეების ქრონიკულ ანთებას ისეთივე სიმპტომები ახასიათებს და ისევე მიმდინარეობს, როგორც ლულების ქრონიკული ანთება. ეს იმით აიხსნება, რომ ქრონიკული სალპინგიტისაგან განსხვავებით, რომელიც შეიძლება იზოლირებული იყოს, საკვერცხის ქრონიკული ანთება თითქმის ყოველთვის მიმდინარეობს მის გვერდით მდებარე ლულის ანთებასთან ერთდროულად, რომელთანაც იგი მუცლის ფარით არის შეზრდილი. ამიტომ იმ შემთხვევებ-

ში, როდესაც არ არსებობს იმის მტკიცების საფუძველი, რომ ანთებით დაავადებულია მხოლოდ ლულა, უმჯობესია ვილაპარაკოთ საკვერცხისა და ლულის ანთებაზე (salpingo-oophoritis s. adnexitis et periadnexitis).

პიოვარიუმის სიმპტომები ძლიერ ჰგავს პიოსალპინქსის სიმპტომებს. მკვეთრად გამოხატული პერიტონეალური მოვლენები აძნელებს საშვილოსნოს დანამატების დეტალურ გამოკვლევას და არ იძლევა მათი ცალ-ცალკე კონტურირების საშუალებას. ერთგვარი დიფერენციულ-დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა შეიძლება ჰქონდეს ჩირქოვანი პარკის ერთმხრივობას და ანთებითი სიმსივნის სიმრგვალეს, რომელიც უფრო მკვეთრადაა გამოხატული პიოვარიუმის დროს, ვიდრე პიოსალპინქსის შემთხვევაში.

საკვერცხეების ჩირქოვანი ანთების კლინიკური მიმდინარეობა არ განსხვავდება ლულების ჩირქოვანი ანთებისაგან, მით უმეტეს, რომ ორივე ეს მდგომარეობა, ჩვეულებრივ, ერთდროულად აღინიშნება. ამიტომ რაც აღვნიშნეთ პიოსალპინქსის კლინიკური მიმდინარეობისა და შედეგების შესახებ, მთლიანად შეეხება პიოვარიუმსაც.

დიაგნოზი ისმება საშვილოსნოდან ერთი ან ორივე მხრით არსებული წარმონაქმნის საფუძველზე, რომელიც მრგვალი ფორმისაა, მკვრივი, მტკივნეული, შემოსაზღვრულია, მოძრავია, სხვადასხვა ოდენობისაა (პატარა კაკლის ოდენობიდან მამაკაცის მუშტის და მეტ ოდენობამდე), დაკავშირებულია საშვილოსნოსთან, არ აღწევს მენჯის კედლებს და არ არის შეზრდილი საშოს კედელთან.

თუ კონგლომერატი ერთმანეთთან შეზრდილი საკვერცხისა და ლულისაგან წარმოიქმნა, მაშინ გრძელი დიაგნოზის — „salpingo-oophoritis chronica et periadnexitis adhaesiva“ — შემოკლების მიზნით ხმარობენ არცთუ ისე შესაფერის, მაგრამ მოკლე ტერმინს „adnextumor“, რომელიც საკმაოდ კარგად გამოხატავს არსებულ მდგომარეობას.

ზემოაღნიშნულს უნდა დავუმატოთ ისიც, რომ საკვერცხის მხოლოდ უმნიშვნელო გადიდება და მტკივნეულობა, მაშინ,როდესაც მისი ძვრადობა შენარჩუნებულია, ჯერ კიდევ არ არის საკვერცხის ანთების მაჩვენებელი. სავსებით საღი საკვერცხეც კი გასინჯვის

დროს შეიძლება მტკივნეული იყოს, მისი გადიდება კი შეიძლება დაკავშირებული იყოს გრააფის მომწიფებული ფოლიკულის ან გაღვივებული ყვითელი სხეულის არსებობასთან.

ე. მენჯის უჯრედისის (pelveocellulitis, parametritis) და მენჯის მუცლისმხრივი აპკის (pelveoperitonitis) ანთებითი დაავადებანი

პარამეტრიტი, პელვეოცელულიტი

პელვეოცელულიტს უწოდებენ იმ ანთებით პროცესს, რომელიც მთლიანად მოიცავს მენჯის უჯრედისს, მაშინ, როდესაც პარამეტრიტში იგულისხმება საშვილოსნოსთან ახლომდებარე უჯრედისის ანთება. ორივე დაავადების კლინიკური სურათი მწვავე სტადიაში თითქმის ერთნაირია და ყოველთვის არ იძლევა დიფერენცირების საშუალებას. ქრონიკულ სტადიაში ტოპიკური დიაგნოსტიკა უფრო ადვილია.

ეტიოლოგია, კლინიკური მიმდინარეობა, დიაგნოსტიკა. მცირე მენჯის უჯრედისი წარმოადგენს მთლიან ერთეულს. პარამეტრალური უჯრედისის ცალკეული ნაწილები უშუალოდ გადადის ერთმანეთში და მათ მოსაზღვრე ნაწილებში: პარავაგინალურ, პარარექტალურ, პარავეზიკალურ უჯრედისში. გარდა ამისა, უჯრედისის პარავეზიკალური და პარარექტალური ნაწილები ვრცელდება ზევითაც. პირველი უერთდება უჯრედისის იმ ნაწილს, რომელიც ჰიპის დონემდე ავსებს მუცლის წინა კედლის მთელ პერიტონეუმის ქვეშმდებარე სივრცეს, მეორე — პერიტონეუმის უკანმდებარე უჯრედისს ხერხემლის გასწვრივ თირკმლებამდე.

პარამეტრიტი უფრო ხშირად წარმოიშვება მშობიარობისა და აბორტის შემდეგ ინფექციის შედეგად, არაიშვიათად მენჯის ვენების პარაფლებიტის ნიადაგზეც. ამას განსაკუთრებით უწყობს ხელს საშვილოსნოს ყელისა და საშოს ტრავმული დაავადებანი. გარდა ამისა, პარამეტრიტი ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება გამოწვეული იყოს საშოს ნაწოლებით, რომელიც წარმოიშვება საშოში უცხო სხეულების დიდი ხნით დატოვების შედეგად, აგრეთვე ზოგიერთი საექიმო მანიპულაციის დროს წარმოშობილი დაზიანებით ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის წესების დაუცველობის შემთხვევაში, როგორიცაა, მაგა-

ლითად: საშვილოსნოს დაზონდვა, მასზე ტყვიის მაშების დადება და სხვ.

საშვილოსნოსთან ახლომდებარე უჯრედისის ანთება შეიძლება განვითარდეს ჩამოთვლილ ზეგავლენათა გარეშეც. ჩვენ გვქონდა მცირე მენჯის უჯრედისის ფლეგმონის შემთხვევები სავსებით ჯანსაღი სასქესო ორგანოების მქონე ქალწულებში, თუმცა ამ შემთხვევებში ადგილი ჰქონდა სხვა დაავადებებს. ჩირქის კოლიბაცილური ხასიათი მოწმობდა იმას, რომ ინფექციის საწყისი პუნქტი ამ შემთხვევაში ნაწლავებში იყო. თუ მხედველობაში არ ვიქონიებთ ასეთ შედარებით იშვიათ, შემთხვევებს, შეიძლება ჩავთვალოთ, რომ პარამეტრიტის შემთხვევათა $^2/_3$ მიეკუთვნება „სამეანო“ შემთხვევებს და ვითარდება მშობიარობისა და აბორტის შემდეგ უახლოეს დღეებში, ხოლო $^1/_3$ გამოწვეულია სხვა მიზეზებით.

დაავადების გამომწვევი, ვ. ი. ილკევიჩის მიხედვით, ყველაზე ხშირად არის სტრეპტოკოკი, სტაფილოკოკი, ნაწლავის ჩხირი, Bac. perfringens, იშვიათად კი — სხვა მიკრობები.

პარამეტრიტის პათანატომიური სურათი საკმაოდ მრავალფეროვანია. პარამეტრალურ უჯრედისში ინფექცია იჭრება ლიმფური გზებით ან ვენების საშუალებით. ამისდა მიხედვით არჩევენ პარამეტრიტის ლიმფანგოიტურ და თრომბოფლებიტურ ან სეფსისურ ფორმებს. პირველი ვარიანტის დროს ანთებით უჯრედისში ნახულობენ ერთეულ ან მრავალ ზონარს, რომლებიც წარმოიშვება ანთებითი ლიმფური ძარღვებისაგან. მთელ სიგრძეზე ისინი ალაგ-ალაგ ფართოვდებიან და ამიტომ კრიალოსნის შესახედაობა აქვთ. მათი სიდიდე მერყეობს მუხუდოს მარცვლის ოდენობიდან ტყის კაკლის ოდენობამდე.

პარამეტრიტის თრომბოფლებიტური ფორმის დროს პარამეტრიტის წარმოშობის მექანიზმი შემდეგნაირად შეიძლება წარმოვიდგინოთ: მენჯის ვენების თრომბოფლებიტი მშობიარობის ან აბორტის შემდეგ წარმოადგენს სეფსისური პროცესის ხშირ გამოვლინებას (სეფსისის თრომბოფლებიტური ფორმა). ვენის კედლების ანთებითი პროცესი იწვევს სისხლის დენისა და სისხლის შემადგენლობის რეფლექსურ ცვლილებებს. შემდგომში ხდება ვენის კედლების გასქელება, მისი სანათურის დავიწროება და ზოგჯერ ნამდვილი თრომბის წარმოშობაც. ფლებიტის ერთ-ერთი გამოსავალი შეიძლება

იყოს დაჩირქება. ასეთ შემთხვევებში უჯრედისში, რომელიც დაზიანებული სისხლძარღვის ირგვლივ მდებარეობს, ვითარდება რეაქტიული ანთებითი პროცესი ინფილტრატის შემდგომი წარმოშობით. დაწყებით სტადიაში ანთებით უჯრედისში წარმოიშვება ჰიპერემია და შეშუპება. ზოგჯერ შეშუპება ისე მკვეთრად არის გამოხატული, რომ უჯრედისი კარგავს თავის ნორმალურ ფხვიერებას და პასტოზური ხდება. პროცესში ჩაითრევა მუცლის ფარიც, იწყება პერიტონეალური სიმპტომების გამოვლინება. პარამეტრიტის ამ პირველ სტადიას უწოდებენ შეშუპების სტადიას; ამ სტადიაშივე შეიძლება ვილაპარაკოთ პელვეოცელულიტის შესახებ.

პროცესის შემდგომი განვითარება დამოკიდებულია ინფექციის მიმართ ორგანიზმის რეაქტივობის ხარისხზე და ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციურ მდგომარეობაზე. პროცესის დამაკმაყოფილებელი მიმდინარეობის დროს უჯრედისში ცვლილებები ქრება და ქალი იკურნება, თუმცა არაიშვიათად ადგილი აქვს სხვა გამოსავალსაც: უჯრედისი განიცდის ლეიკოციტებისა და, უმთავრესად, ჰისტიოციტების (კ. პ. ულეზკო-სტროგანოვა) ინტენსიურ ინფილტრაციას, რომლებიც თავსდებიან სისხლძარღვების ირგვლივ. გამოხატულ შემთხვევებში ზიანდება მთელი უჯრედისი, რომელიც ამასთან დაკავშირებით მკვრივდება; პროცესის ამ მეორე სტადიას შეიძლება ვუწოდოთ ინფილტრაციის ან ინდურაციის სტადია.

შემდგომში უჯრედისში შეიძლება წარმოიშვას პატარა-პატარა ჩირქგროვები. განაკვეთზე იგი ლაბისებურია ცალკეული პატარა ჩირქგროვებით. ასეთი ჩირქგროვების შეერთებით წარმოიშვება ჩირქოვანი ღრუები, ზოგჯერ საგრძნობი სიდიდისა. ასე წარმოიშვება პარამეტრიტის მესამე სტადია — უჯრედისის დაჩირქების სტადია, მასში აბსცესის წარმოშობა.

პარამეტრალური უჯრედისის გარდა ანთება შეიძლება გავრცელდეს აგრეთვე მცირე მენჯის პარავეზიკალურ, პარარექტალურ და პარავაგინალურ უჯრედისზე. წარმოიშვება პარავეზიციტი, პარაპროქტიტი, პარავაგინიტი (პარაკოლპიტი), რომლებიც შეერთებისას იძლევიან მცირე მენჯის მთელი უჯრედისის ანთების სურათს (pelveocellulitis). ანთებითი პროცესი შეიძლება გავრცელდეს თირკმელთან ახლომდებარე და პერიტონეუმის წინმდებარე უჯრედისზე.

დიფერენციული დიაგნოსტიკის მიზნით პელვეოცელულიტსა

და პარამეტრიტს შორის დამოკიდებულება ანთებითი პროცესის განვითარების მსვლელობაში შეიძლება შემდეგნაირად წარმოვიდგინოთ:

1) შეპრილი ინფექცია ორგანიზმის სათანადო მდგომარეობის დროს იწვევს მენჯის უჯრედისის საერთო დიფუზურ დაზიანებას— პელვეოცელულიტის დაწყებითი სტადია, „პირველადი“ პელვეოცელულიტი; შემდგომში იგი ან ქრება, ან შემოიფარგლება (პარამეტრიტი).

2) ინფექცია დასაწყისშივე აზიანებს უჯრედისის მხოლოდ განსაზღვრულ ნაწილს (პარამეტრიტი) გარშემო მდებარე ქსოვილების უმნიშვნელო რეაქციული მოვლენებით.

3) პარამეტრიტის ტიპის ანთებითი პროცესი განაგრძობს გავრცელებას მცირე მენჯის უჯრედისზე, რის შედეგადაც საბოლოოდ წარმოიშვება „მეორადი“ პელვეოცელულიტი.

ინფილტრატის დაჩირქების შემთხვევაში წარმოშობილმა აბსცესმა შეიძლება გამოხეთქოს გარეთ მუცლის წინა კედლიდან პუპარტის იოგის ზევით ან მეზობელ ღრუ ორგანოებში: შარდის ბუშტში, სწორ ნაწლავში, საშოში. ცალკეულ შემთხვევებში ჩირქმა შეიძლება გამოხეთქოს მუცლის ღრუშიც და გამოიწვიოს დიფუზური პერიტონიტი. ზოგჯერ ჩირქი მიდის საჯდომ ან დამხურავ ხვრელთან, ან საზარდულის არხით დიდ სასქესო ბაგეებთან, საიდანაც გარეთ გამოხეთქავს.

ზოგიერთ ავადმყოფს ანთებითი პროცესის ან დაცარიელებული აბსცესის ადგილზე რჩება ცოტად თუ ბევრად გამოხატული ნაწიბუროვანი ზონრები. იშვიათ შემთხვევაში ჩირქგროვა შლის ძვლებს, მენჯის სახსრებს და იწვევს ოსტეომიელიტს.

სიმპტომები, კლინიკური მიმდინარეობა, დიაგნოზი. პარამეტრიტის სიმპტომები და კლინიკური სურათი ფრიად სხვადასხვაგვარია. არაიშვიათად დაავადება, მიუხედავად ანთების გამოხატული მოვლენებისა, მიმდინარეობს უმნიშვნელო ჩივილებით და ავადმყოფის კარგი საერთო მდგომარეობით, სუბფებრილური ტემპერატურით, კარგი პულსით. უფრო ხშირად კი დაავადება იღებს მძიმე ხასიათს, განსაკუთრებით მშობიარობისა და აბორტისშემდგომ პერიოდში. მუცლის ქვედა არეში იწყება ტკივილი, რომელიც ვრცელდება გავასა და ქვედა კიდურებზე, ძნელდება და ზოგჯერ

შეუძლებელიც ხდება შარდვა და დეფეკაცია; ავადმყოფი უჩივის თავის ტკივილს, საერთო დამტვრეულობას, ტემპერატურა საღამოობით აღწევს 39°-ს და უფრო მეტსაც. პულსი აჩქარებულია, შეესაბამება ტემპერატურას. დაავადების თრომბოფლებიტით გართულების ან მცირე მენჯის მუცლისმხრივი აპკის ანთების დროს პულსი იწყებს აჩქარებას. თრომბოფლებიტური პროცესები სისხლძარღვებში, რომლებიც საშვილოსნოს ესაზღვრებიან ან მისი კუნთების სისქეში იმყოფებიან, ორი ხელით არასაკმაო ყურადღებით გასინჯვისას შეიძლება გამოუცნობი დარჩეს.

მუცლის ფარის პროცესში ჩათრევისას ტკივილი ძლიერდება, განსაკუთრებით, თუ ექსუდატი მცირე მენჯის საზღვრებს სცილდება ან ჩირქდება. თუ წარმოშობილი აბსცესი გაიხსნა შარდის ბუშტში, ან ნაწლავებში, თავს იჩენს შემაწუხებელი ტენეზმები.

ნაწლავებში ჩირქის მოსალოდნელ გამოხეთქვაზე შეიძლება ეჭვი მივიტანოთ ნაწლავებიდან დიდი რაოდენობით ლორწოს გამოყოფის მიხედვით. ჩირქის გამოხეთქვის შემდეგ ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა და თვითგრძნობა მნიშვნელოვნად უმჯობესდება და ზოგჯერ ხდება კლინიკური გაჯანსაღებაც კი, თუ აბსცესის დაცარიელება მოხდა მთლიანად და არ გამოიწვია პიელოცისტიტი ან სხვა რაიმე გართულება. მწვავე და ქვემწვავე მოვლენები გრძელდება 3—4 კვირა. ინფილტრატის დაჩირქების შემთხვევაში პროცესი შეიძლება დიდხანს გაგრძელდეს და ავადმყოფის დაუძლურება გამოიწვიოს, მძიმე შემთხვევებში კი — კახექსიაც. პარამეტრიტის მწვავე სტადიიდან ქვემწვავე სტადიაში გადასვლის დროს შეიძლება მოხდეს თანდათანობითი განკურნება, ჩვეულებრივ, კი მწვავე და ქვემწვავე პროცესების შენელებისას დაავადება ღებულობს გახანგრძლივებულ ხასიათს, არაიშვიათად — გამწვავებით. თუ ორგანიზმმა საკმარისი დასძლია ანთებითი პროცესი, მაშინ დაავადების შემდეგ დარჩენილი ნაწიბუროვანი ზონრები იმდენად ცვლიან მცირე მენჯის ორგანოების მდებარეობას, განსაკუთრებით საშვილოსნოს მდებარეობას, რომ მათი ფუნქცია ირღვევა, ეს კი ხელს უწყობს სხვადასხვა ხასიათის ტკივილის წარმოშობას. ამიტომ გადატანილი პარამეტრიტის ეს ნაშთები შეიძლება განვიხილოთ, როგორც მისი ქრონიკული ფორმა (parametritis chronica).

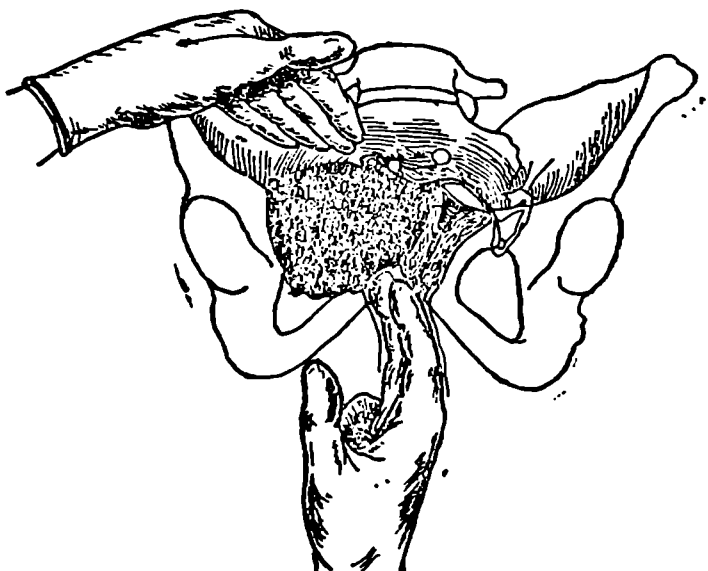
დიაგნოზის დასმა ტიპიურ შემთხვევებში ძნელი არ არის. მუცლის პალპაციის დროს, თუ ანთებითი პროცესი მცირე მენჯის საზღვრებს სცილდება, ვნახულობთ მკვრივ, ნაკლებად მტკივნეულ ინფილტრატს, რომელიც მჭიდროდ ეკვრის თეძოს ძვლის შიგნითა ზედაპირს. ინფილტრატი უმეტეს წილად ისინჯება ერთი მხრიდან. თუ მუცლის ფარი პროცესში არ მონაწილეობს, მაშინ პერკუსიული და პალპაციური მოყრუების საზღვრები ერთმანეთს ემთხვევა. ინფილტრატის დაჩირქებაზე მიგვითითებს ფლუქტუაცია, ხოლო მუცლის კედელთან ჩირქის მიახლოებაზე — ამ უკანასკნელის შეწითლება, დაჭიმულობა, გათხელება და მტკივნეულობა.

ბევრად უფრო მეტ მონაცემს ღებულობენ პარამეტრიტის დიაგნოზისათვის ორი ხელით გასინჯვის დროს. ამ შემთხვევაში პროცესის პირველ სტადიაში (შეშუპების სტადიაში) მენჯის სათანადო ნახევარში, საშვილოსნოს გვერდით, ისინჯება შეშუპებული პარამეტრიუმი „ბუნდოვანი მტკივნეული რეზისტენტულობის“ სახით. ეს რეზისტენტულობა იწყება საშვილოსნოს სათანადო გვერდის შიგნითა პირის არეში და მარაოსებურად ვრცელდება მენჯის კედლების მიმართულებით, ხოლო გამოხატულ შემთხვევებში მიდის თვით კედლებამდე და მათზეც კი ვრცელდება. არაიშვიათად ამ „ბუნდოვან რეზისტენტულობაში“ შესაძლებელი ხდება მკვრივი ზონრის შეგრძნობა, რომელიც ზოგჯერ მრგვალი და დაკლაკნილია როგორც „წვიმის ჭია“ (ვ. ი. ილკევიჩი), არაიშვიათად ბრტყელია და ჩამოსულია ქვემოთ ენისმაგვარად (პარაფლებიტური ინფილტრატი). ამ დროს საშვილოსნო, ჩვეულებრივ, გადახრილია მცირე მენჯის მოპირდაპირე ნახევრის ინფილტრატისაკენ. აღნიშნული ცვლილებები განსაკუთრებით კარგად არის გამოხატული დაავადების მეორე სტადიაში — ინფილტრაციის სტადიაში, როდესაც უჯრედისი შეზრდილია მენჯის კედლებთან და საშოს თაღების ლორწოვან გარსთან.

იმისდა მიხედვით, თუ პარამეტრალური უჯრედისის რომელი ნაწილია პროცესში ჩათრეული, არჩევენ: 1) parametritis anterior (პრეცერვიკალური უჯრედისის ანთება) და მისი გაგრძელება, plastron abdominale (პერიტონეუმის წინმდებარე უჯრედისის ანთება); 2) parametritis posterior (გავა-საშვილოსნოს იოგებს შორის მოთავსებული უჯრედისის ანთება); 3) parametritis lateralis (dextra,

sinistra) — საკუთრივ პარამეტრალური უჯრედისის ანთება, მარჯვენა ან მარცხენა (სურ. 23).

როდესაც ინფილტრატი ვრცელდება მენჯის მოპირდაპირე ნახევარზე, პროცესში ჩაითრევა საშვილოსნოს ირგვლივ მდებარე მთელი უჯრედისი. ასეთ შემთხვევებში საშვილოსნოს ყელი უმოძრაოა და თითქოს ჩაშედილია მკვრივ ინფილტრატში.



სურ. 23. მარჯვნივ არსებული პარამეტრიტის ორი ხელით გასინჯვა.

დაავადების მესამე სტადიაში (ჩათავების სტადია) სურათი საშოსმხრივი გასინჯვის დროს სხვადასხვანაირია, რაც დამოკიდებულია ინფილტრატის შეწოვაზე ან მის დაჩირქებაზე. უკანასკნელ შემთხვევაში ადვილად ისინჯება მისი დარბილება, ხოლო გამოხატულ შემთხვევებში — ფლუქტუაცია და საშოს სათანადო თაღის გამობურთვა. ინფილტრატის გავრცელებასთან დაკავშირებით საშოსთან ახლომდებარე უჯრედისის ზედა ნაწილზე საშოს თაღების ლორწოვანი გარსი ინფილტრატის ზევით უმოძრაო ხდება. პარავაგინიტის დროს ნახულობენ მკვრივ, კედელთან ახლომდებარე ინ-

ფილტრატს, რომელიც აწვება საშოს და შეზრდილია მის კედლებთან. ასეთი ინფილტრატები შეიძლება აღმოჩნდეს შარდის ბუშტის ირგვლივაც (პარავეზიციტი), სწორი ნაწლავის ირგვლივ (პარაპროქტიტი), მენჯის მთელი ანთებითი უჯრედისის დაჩირქების დროს — მცირე მენჯის უჯრედისის ფლეგმონა.

გადატანილი პარამეტრიტის ნიშნები გამოიცნობა ზოგჯერ ძლიერ მკვრივი, დაკოჟიებული და დიდი ზონრების მიხედვით, რომლებიც გვერდზე სწევენ საშვილოსნოს, სადაც წინათ ადგილი ჰქონდა მწვავე მოვლენებს, რასაც უკვე შევეხეთ ზემოთ.

დიფერენციული დიაგნოსტიკის მიზანია პარამეტრიტი განვასხვავოთ პელვეოპერიტონიტისაგან. პარამეტრიტის სასარგებლოდ ლაპარაკობს მოყრუების პერკუსიული საზღვრისა და შესივების პალპაციური საზღვრების ერთმანეთზე დამთხვევა. პელვეოპერიტონიტის დროს მოყრუების პერკუსიული საზღვარი შესივების პალპაციური საზღვრის ქვევითაა. ასეთ შემთხვევებში ჩვენ მივმართავთ აგრეთვე პერკუსიული მტკივნეულობის საზღვრების გამორკვევას: პარამეტრიტის დროს ის გამოხატულია მხოლოდ ინფილტრატის საზღვრებში, მაშინ, როდესაც პელვეოპერიტონიტის დროს იგი აღინიშნება ამ უკანასკნელის პალპაციური საზღვრის ზევითაც.

სწორი ნაწლავიდან გასინჯვის დროს გავა-საშვილოსნოს იოგების გასინჯვა არ ხერხდება, რადგან ისინი იმყოფებიან ინფილტრირებული უჯრედისის შიგნით, მაშინ, როდესაც პელვეოპერიტონიტის დროს შესაძლებელია მათი ცალკე გასინჯვა (კ. კ. სკრობანსკი).

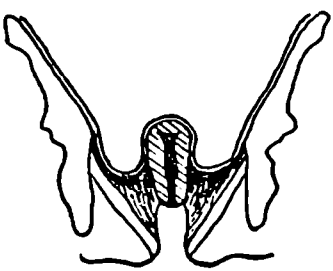
პარამეტრიტის დროს ინფილტრატი მკვრივია, გადადის მენჯის კედლებზე, ხელსათბურის („მუფტის“) სახით გარს ეხვევა საშვილოსნოს ყელის საშოსზედა და ყელის შევიწროებულ ნაწილს, საშოს ლორწოვანი გარსი შეზრდილია ინფილტრატთან (სურ. 24).

პელვეოპერიტონიტის დროს ინფილტრატი ბევრად უფრო ნაკლები სიმკვრივისაა და მენჯის კედელზე არ გადადის, გარს ეხვევა საშვილოსნოს ტანის ზედა ნახევარს. ინფილტრატის ზემოთ მდებარე საშოს ლორწოვანი გარსი მოძრავია (სურ. 25).

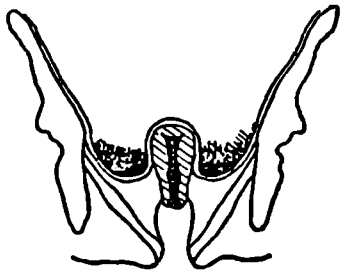
თეძოს ძვლების წინა-ზემო წვეტების პერკუსია იძლევა მოყრუებულ ტონს პარამეტრიტის დროს და ნათელ ტიმპანიტს — პელვეოპერიტონიტის დროს (გ. გ. გენტერი).

ამ მონაცემებით შეიძლება ვიხელმძღვანელოთ დიფერენციული

დიაგნოსტიკის დროსაც, ერთი მხრივ, პარამეტრიტსა და, მეორე მხრივ, პიოვარიუმსა და პიოსალპინქსს შორის. პიოსალპინქსის პარამეტრიტისაგან გასარჩევად შეიძლება ვიხელმძღვანელოთ აგრე-



სურ. 24. ექსუდატის მდებარეობა პარამეტრიტის დროს (სქემა).



სურ. 25. ექსუდატის მდებარეობა პელეოპერიტონიტის დროს (სქემა).

თვე იმით, რომ პირველი წარმოადგენს უმთავრესად ორმხრივ პროცესს, მეორე კი — ერთმხრივს.

დიფერენციული დიაგნოსტიკა რთულია იოგშიდა დაჩირქებული სიმსივნის, ფართო იოგში ექინოკოკის, პარამეტრიუმში კიბოვანი ინფილტრატის არსებობის დროს და სხვ. ასეთ შემთხვევებში საკითხი წყდება ავადმყოფის მდგომარეობაზე შემდგომი დაკვირვების გზით, საცდელი პუნქციის მონაცემების, პუნქტატის მიკროსკოპული გამოკვლევის საფუძველზე და სხვ.

სასიცოცხლო პროგნოზი კარგია. ცალკეულ შემთხვევებში პარამეტრიტი გადადის დიფუზურ პერიტონიტში და შეიძლება ავადმყოფის სიკვდილით დამთავრდეს. ასევე შეიძლება დაბოლოვდეს აგრეთვე ფლეგმონის მენჯის მთელ უჯრედისზე გავრცელების შემთხვევა. ყველა ამ შემთხვევაში სამწუხარო პროგნოზი აიხსნება მძიმე ინფექციით, განსაკუთრებით აბორტთან ან მშობიარობასთან დაკავშირებით. ჩვეულებრივ კი დაავადება განკურნებით მთავრდება. დარჩენილი პარამეტრიული ზონრები არაიშვიათად იწვევენ მძიმე სიმპტომებს, რომლებიც მოითხოვს სათანადო და ხანგრძლივ მკურნალობას.

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. საშვილოსნოსა და შის დანამატებში ანთებითი პროცესი შეიძლება გავრცელდეს მათ მფარავ მუცლის აპკზედაც. ასეთ შემთხვევებში ლაპარაკობენ პერიმეტრიტზე (საშვილოსნოს მუცლისმხრივი საფარველის ანთება) და პერიადნექსიტზე (საშვილოსნოს დანამატების — ერთდროულად ლულისა და საკვერცხის — მუცლისმხრივი საფარველის ანთება).

საკმაოდ ხშირად პროცესი მოიცავს მცირე მენჯის მუცლისმხრივი აპკის უფრო დიდ ნაწილებს ან მას მთლიანად. ასეთ შემთხვევებში ლაპარაკობენ მცირე მენჯის მთელი მუცლისმხრივი აპკის ანთებაზე — პელვეოპერიტონიტზე.

პელვეოპერიტონიტის მიზეზები და ინფექციის გავრცელების გზები საკმაოდ ნათელია იმ შემთხვევებში, როდესაც ჩირქი გამოჭაქავს მუცლის ღრუში საშვილოსნოს დანამატების პარკისებური სიმსივნეებიდან, მაგალითად პიოსალპინქსის დროს ან მცირე მენჯის უჯრედისის აბსცესიდან — მუცლის ღრუში ინფექციის შეტანის დროს, საშვილოსნოს პერფორაციასა, ლულების პერტუბაციაჰა და მცირე მენჯის ორგანოების მუცლისმხრივ ოპერაციებთან დაკავშირებით და ა. შ.

იმ შემთხვევებში, უმეტესად საავადმყოფოსგარეშე აბორტების შემდეგ, როდესაც პელვეოპერიტონიტი „პირველად“ ხასიათს ატარებს, იგი შეიძლება განვიხილოთ როგორც მწვავედ წარმოშობილი სეფსისური პროცესი, რომელიც სწრაფად ლოკალიზდება („ჩათავდება“) მცირე მენჯის მუცლისმხრივ აპკში, არაიშვიათად შემდგომი დაჩირქებით.

სიმპტომები, კლინიკური მიმდინარეობა, დიაგნოსტიკა. პელვეოპერიტონიტის დაწყებით სტადიაში (ღია სტადია) მცირე მენჯის მუცლისმხრივი აპკი იმყოფება მწვავე ანთების მდგომარეობაში. მცირე მენჯში არსებულ პროცესებს უერთდება მთელი მუცლის აპკი, რომელშიც ვითარდება რეაქციული ანთება. მუცლის ღრუში, განსაკუთრებით მის ქვედა ნაწილში, მკვეთრი ტკივილი, მაღალი ტემპერატურა, მცირე და ხშირი პულსი, პირღებინება, მკვეთრად გამოხატული შჩეტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი, ნაწლა-

ვების ატონია და მასთან დაკავშირებული მეტეორიზმი — ასეთია დაზიანების დამახასიათებელი ნიშნები.

მუცლის ქვედა ნაწილის ძლიერ ფრთხილი პერკუსიაც კი მტკივნეულია, ამასთან, ეს პერკუსიული მტკივნეულობა ვრცელდება მუცლის ზედა ნაწილებზედაც ინტენსივობის თანდათანობითი შემცირებით. გონოკოკური ეტიოლოგიის პელვეოპერიტონიტების დროს ავადმყოფების საერთო მდგომარეობა უკეთესია, მაგრამ მტკივნეულობა მუცლის არეში მათ უფრო მკვეთრად აქვთ გამოხატული.

ერთდროულად მეღავნდება აგრეთვე სიმპტომები მეზობელი ორგანოების მხრივ, განსაკუთრებით შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავის მხრივ, რომელთა ფუნქციები ირღვევა: შარდვა მტკივნეული და ხშირია, კუჭის მოქმედება შეკავებული და მტკივნეული. ყველაფერი ეს პელვეოპერიტონიტის კლინიკურ სურათს ისე ამსგავსებს დიფუზური პერიტონიტის სურათთან, რომ ქმნის დიფერენციულ-დიაგნოსტიკურ სიძნელეებს და პელვეოპერიტონიტი შეიძლება შეცდომით იქნას მიჩნეული დიფუზურ პერიტონიტად.

დაავადების დამაკმაყოფილებელი მიმდინარეობის დროს ხდება ჯანსაღი ორგანოებისა და ქსოვილების სწრაფი შემოფარგვლა შეხორცებების მეშვეობით, რომლებსაც წარმოშობს ახლომდებარე ორგანოების, განსაკუთრებით ნაწლავებისა და ბადექონის, მფარავი მუცლის აპკი. ამასთან, ჩაპარკებული შეიძლება აღმოჩნდეს აგრეთვე დიდი რაოდენობის, ზოგჯერ სეროზულ-ჩირქოვანი გამონაჟონი, რომელიც ჩადის საშვილოსნოს უკანა სივრცეში და იქ ქმნის აბსცესს (pyocele retrouterina). მას შემდეგ, რაც მენჯის მუცლისმხრივ აპკში ანთებითი პროცესი შემოიფარგლება დანარჩენი მუცლის აპკისაგან, პელვეოპერიტონიტი გადადის მეორე, დახურულ სტადიაში.

ამასთან დაკავშირებით, ავადმყოფის მდგომარეობა რამდენადმე უმჯობესდება: გულისრევა და პირღებინება წყდება, პულსი სწორდება, ტემპერატურა ოდნავ ეცემა, აქამდე შებერილი მუცელი ნორმას უბრუნდება და უმტკივნეულო ხდება, გარდა მისი ქვედა ნაწილისა, სადაც შებერილობა და მტკივნეულობა შეიძლება დიდხანს იყოს შენარჩუნებული.

მტკივნეულობის პერკუსიული საზღვარი ან ემთხვევა, ან ოდნავ ზევითაა შესივების პალპაციური საზღვრიდან, რომელიც დაავადების ამ სტადიაში უკვე საკმაოდ ნათლად ისინჯება.

პელვეოპერიტონიტის მიმდინარეობა, ჩვეულებრივ, გახანგრძლივებულია. დაწყებული გაუმჯობესება შეიძლება მოულოდნელი გაუარესებით შეიცვალოს. ამას ზოგჯერ ხელს უწყობს ისეთი, თითქოს უმნიშვნელო, მიზეზები, როგორიცაა არასაკმარისი სიფრთხილით ნაწარმოები ორი ხელით გასინჯვა, ყაბზობა და სხვ.

ექსუდატის შეწოვასთან ერთად ავადმყოფის თვითგრძნობა და საერთო მდგომარეობა უმჯობესდება. შეწოვილი გამონაჟონის ადგილას რჩება მუცლის აპკის შეხორცებები, რომლებიც ხშირად იწვევენ ნაწლავების მარყუჟების შეწებებას მცირე მენჯის ორგანოებთან. ეს იწვევს აღნიშნული ორგანოების მდებარეობის შეცვლას და მათი ფუნქციის მოშლას, თეთრად შლას, შრომისუნარიანობის დაქვეითებას.

იმ შემთხვევებში, როდესაც შეწოვა ნელა ხდება, ეჭვი უნდა მივიტანოთ პროცესის ჩირქოვან ხასიათზე. ამასთან, საშვილოსნოს უკან ჩაპარკებული ჩირქგროვა გამოხეთქავს მეზობელ ღრუ ორგანოებში ან თანდათან მკვრივდება ჩირქის გასქელების, ან მუცლის აპკის შეხორცებების გამკვრივების გამო, რომლის შედეგად მოხდა ჩაპარკება.

უფრო ხშირად ჩირქი გამოხეთქავს ნაწლავებში და შარდის ბუშტში, იშვიათად — საშოში. ჩირქის გამოხეთქვას, ჩვეულებრივ, წინ უძღვის ტენეზმები და დიდი რაოდენობით ლორწოს გამოყოფა, რომელიც შარდის ანალიზის დროს აღმოჩნდება. ნაწლავებში ჩირქის მოსალოდნელი გამოხეთქვა შეიძლება გამოცნობილ იქნას ანუსის უბრალო დათვალიერებით, საიდანაც დიდი რაოდენობით გამოიყოფა ლორწო. აბსცესის გასკდომის შედეგად ავადმყოფის მდგომარეობა უმჯობესდება, ტემპერატურა მკვეთრად ეცემა.

მენჯის მუცლისმხრივი აპკის ანთების დიაგნოზს სვამენ ზემოთ აღწერილი დამახასიათებელი კლინიკური სურათის საფუძველზე.

შემდგომში საჭიროა დაზუსტება საერთო დიფუზურ პერიტონიტთან გვაქვს საქმე, თუ პელვეოპერიტონიტთან. გამოხატულ შემთხვევებში მძიმე სეფსისური მდგომარეობის დროს, პარეზის, ნაწლავების შებერილობისა და სხვა სიმპტომების არსებობისას საკითხი ადვილად წყდება. იგი იოლად წყდება აგრეთვე შემოფარგლული

პელვეოპერიტონიტის დახურული სტადიის შემთხვევაშიც ავადმყოფის შედარებით დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის, მტკივნეულობის მკაფიო ლოკალიზაციის და მხოლოდ მუცლის ქვედა მიდამოში შესივების არსებობის საფუძველზე.

საგრძნობლად ძნელდება საქმე პელვეოპერიტონიტის ღია სტადიის შემთხვევაში, როდესაც ანთება მიმდინარეობს მცირე მენჯის მუცლისმხრივ აპკში, მის დანარჩენ ნაწილში კი ადგილი აქვს რეაქციულ მოვლენებს, ე. წ. მუცლის აპკის გაღიზიანებას — irritatio peritonei. ასეთ შემთხვევებში, როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, დაავადების სურათი იმდენად ემსგავსება დიფუზურ პერიტონიტს, რომ ხშირად მათი ერთმანეთისაგან გარჩევა პირველ ხანებში შეიძლება მხოლოდ ავადმყოფის შედარებით უფრო დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის მიხედვით, რასაც ადგილი აქვს პელვეოპერიტონიტის დროს. სურათი ნათელი ხდება მაშინ, როდესაც პროცესი ან შემოიფარგლება, ან პელვეოპერიტონიტის დიაგნოზი ხდება ნათელი, ანდა ავადმყოფის მდგომარეობა პროგრესულად უარესდება, რაც დიფუზური პერიტონიტის განვითარების მაჩვენებელი იქნება.

დიაგნოსტიკა ბევრად იოლია იმ შემთხვევებში, როდესაც ექიმს აქვს საშუალება სისტემატურად ადევნოს თვალყური ავადმყოფს. შესივების პალპაციური საზღვრის და, განსაკუთრებით, პერკუსიული მტკივნეულობის საზღვრების განმეორებითი გამორკვევა ანთებითი პროცესის გავრცელების ან შემოფარგვლის დადგენის საშუალებას იძლევა, ე. ი. მოცემულ შემთხვევაში პელვეოპერიტონიტის ღია თუ დახურულ ფორმას აქვს ადგილი.

დაავადების პირველ დღეებში ორი ხელით გასინჯვით ირკვევა მხოლოდ „თაღების დაჭიმულობა“, „ბუნდოვანი მტკივნეული რეზისტენტობა“ და ზოგიერთი სხვა გამოურკვეველი მონაცემი. ეს აიხსნება მუცლის კედლების ასეთ შემთხვევებში ჩვეულებრივი დაჭიმულობით, რის გამოც ძნელდება გასინჯვა. პიოსალპინქსი, პიოვარიუმი და სხვა პათოლოგიური მდგომარეობა, რომლებმაც გამოიწვიეს პელვეოპერიტონიტი, უფრო მოგვიანებით იჩენს თავს.

საშვილოსნოსუკანა სივრცეში აბსცესის (pyocele retrouterina) წარმოშობის დროს უკანა თაღი, ჩირქის რაოდენობის მიხედვით, ბრტყელდება ან გამოიბურთება, წარმოშობს რა „თაღის ჩამოზნექას“, და იძლევა ფლუქტუაციას. აბსცესის ზემოთ მდებარე საშოს

ლორწოვანი გარსი მოძრავია და აბსცესი მენჯის ძვლებზე არ ვრცელდება. ყველა ამ გამოსაცნობი მონაცემის მიხედვით ხერხდება აბსცესის დიფერენცირება პარამეტრული უჯრედისის ჩირქგროვისაგან.

სხვა დიფერენციულ-დიაგნოსტიკური ნიშნები, რომლებიც საშუალებას იძლევა გავარჩიოთ პერიტონიტი პარამეტრიტისაგან ისევე, როგორც მცირე მენჯის ორგანოების სხვა პათოლოგიური პროცესებისაგან, ზემოთ არის მოყვანილი (იხ. პარამეტრიტი).

ქრონიკული პელვეოპერიტონიტის გამოცნობა ხდება მუცლის ღრუს შეხორცებების მიხედვით, რომლებიც მენჯის კედლებამდე არ აღწევენ, იწვევენ მცირე მენჯის ორგანოების მდებარეობის შეცვლას და ხელს უწყობენ ზოგჯერ დიდი კონგლომერატის წარმოშობას (retroflexio uteri fixata, periadnexitis, abnextumor და ა. შ.).

3. შინაგანი სასქესო ორგანოების ანთებითი სნეულებებით დაავადებულ ავადმყოფთა მკურნალობა

შინაგანი სასქესო ორგანოების ანთებითი სნეულებებით დაავადებული ავადმყოფების მკურნალობის მეთოდები იმდენად მრავალრიცხოვანი და მრავალფეროვანია, რომ მათი მოკლე აღწერაც კი დიდ ადგილს დაიკავებდა, ამიტომ ჩვენ დავკმაყოფილდით მხოლოდ იმ მეთოდების აღწერით, რომლებიც მისაწვდომია თვით ავადმყოფისათვისაც კი ან პოლიკლინიკის პირობებში, და რომელთა ცოდნა ექიმისათვის აუცილებელია.

მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ის, რომ მკურნალობის ზეგავლენის მექანიზმების შესახებ თანამედროვე თვალსაზრისით, პირველხარისხოვანი როლი მიეკუთვნება ნერვულ მექანიზმებს. მედიკამენტურ ნივთიერებას, ანტიბიოტიკს, ფიზიოთერაპიულ ზეგავლენას, სამკურნალო ფიზკულტურასა და სისხლის გადასხმას შეუძლია რეფლექსური გზით გამოიწვიოს: 1) ორგანიზმის რეაქციული თვისების შეცვლა, რომელსაც უდიდესი მნიშვნელობა აქვს მიკრობული წარმოშობის ანთებითი პროცესის წარმოქმნასა და მიმდინარეობაში — გინეკოლოგიურ ანთებით დაავადებათა ძირითადი ჯახის წარმოშობაში და 2) ორგანიზმის შინაგანი გარემოს შეცვლა იმგვარად, რომ ეს უკანასკნელი ეწინააღმდეგება მიკრობების გამრავლებას, ხელს უშლის ზრდას, აუვნებლებს მათ მიერ გამოყოფილ

შხამიან პროდუქტებს ან წინააღმდეგობას უწევს მათ მიერ გამოწვეულ პათოლოგიურ პროცესებს. ეს განსაკუთრებით ნათლად მტკიცდება ავადმყოფების ანტიბიოტიკებით მკურნალობის დროს. დაგროვილი კლინიკური მასალა გვიჩვენებს ანტიბიოტიკებისა და სისხლის გადასხმის ერთად ხმარების ეფექტურობას მაშინ, როდესაც ცალკე ანტიბიოტიკების ხმარება დადებით ეფექტს არ იძლეოდა, ამა თუ იმ მიკრობის დამოკიდებულების შეუფარდებლობას ანტიბიოტიკის მიმართ სინჯარაში ან ცოცხალი ადამიანის ორგანიზმში, ანტიბიოტიკის ეფექტურობას ასეფსისური ანთებების დროს და სხვ.

მკურნალობის დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ ცენტრალური ნერვული სისტემის უმაღლესი ნაწილების როლი, კერძოდ, გამოყენებული აგენტების შემთხვევითი ან გვერდითი თვისებების დადებითი თუ უარყოფითი გავლენა და ის გარემო, რომელშიც ისინი იქნენ ხმარებული, ავადმყოფის შეგრძნება და სხვ.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება სიტყვის სამკურნალო ზეგავლენას. ი. პ. პავლოვის მიხედვით, სიტყვა მეტყველების ფორმაში ან გრაფიკულ გამოხატულებაში პირველ სასიგნალო სისტემასთან ურთიერთქმედებაში გავლენას ახდენს ადამიანის ორგანიზმის ყველა ფუნქციასა და ორგანიზმის ვეგეტატიური და ანიმალური სისტემების მოქმედებაზე, რომლებიც ერთმანეთთან მჭიდროდ არიან დაკავშირებული (ა. გ. ივანოვ-სმოლენსკი).

ამიტომ ამა თუ იმ დაავადების მკურნალობის მთელი კომპლექსი ორი მომენტის შეხამებაზეა აგებული — ზეგავლენა მთელ ორგანიზმზე, მის ნერვულ სისტემაზე, მის უმაღლეს ნაწილებზე და ამ ფონზე — ზეგავლენა პათოლოგიური პროცესების ადგილობრივ გამოვლინებაზე.

ავადმყოფთა მკურნალობა ანთებითი დაავადებების მწვავე სტადიაში

მწვავე ანთებითი გინეკოლოგიური დაავადებებით შეპყრობილ ავადმყოფთა მკურნალობის დროს ექიმის ამოცანას პირველ რიგში წარმოადგენს, ერთი მხრივ, შექმნას ორგანიზმისათვის სასურველი პირობები ინფექციის წინააღმდეგ ბრძოლაში, ხოლო, მეორე მხრივ,— სწორად შეარჩიოს დაავადების გამომწვევი მიზეზის საწინააღმდეგო საშუალებანი.

ამ მიზნების განხორციელებისათვის ავადმყოფს უნდა დაენიშნოს წოლითი რეჟიმი, სიმშვიდე და კარგი მოვლა: კანისა და საცვლების სისუფთავე, პალატაში სუფთა ჰაერი, ნაწლავებისა და შარდის ბუშტის ფუნქციის რეგულირება, ვიტამინებით მდიდარი რაციონალური კვება. არსებითად დიდი მნიშვნელობა აქვს გულის, ფილტვების, ღვიძლის, თირკმლებისა და სხვა ორგანოების მდგომარეობაზე დაკვირვებას. მათი დროული ტონიზირება და ყველა შესაძლებელი საშუალებით მათი ფუნქციის ცხოველმყოფელობის შენარჩუნება. აგრეთვე დაზიანებისას მათი მკურნალობა, წარმოადგენს აუცილებელ პირობას, რომელიც განსაზღვრავს ჩატარებული მკურნალობის წარმატებას.

არანაკლები მნიშვნელობა აქვს, გასაგები მიზეზების გამო, სიმპტომატურ საშუალებათა დანიშვნასაც — ტკივილდამაყუჩებელ, სისხლის შემჩერებელ, ძილის მომგვრელ და სხვა საშუალებებს.

სანიმუშოდ მოგვყავს რეცეპტები:

სისხლშემაჩერებელი საშუალებანი:

Rp. Extr. fluid. Polygonii hydropiperis 15,0
DS. 25 — 30 წვეთი 3-ჯერ დღეში

Rp. Extr. fluid. Secalis cornuti 15,0
DS. 25 — 30 წვეთი 3-ჯერ დღეში

Rp. Vicasoli 0,015
D. t. d. N 6
S. თითო ფხვნილი 3 — 4-ჯერ დღეში

Rp. Stypticini 0,15
Sol. Calcii chlorati 10% 200.0
MDS. თითო სუფრის კოვზი 3-ჯერ დღეში
ნახევარ ჭიქა რძესთან ერთად.

ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებანი:

Rp. Extr. Belladonnae 0.015
Papaverini hydrochlorici 0,02
Butyr. Cacao q. s. ut f. suppos.
D. t. d. N. 6
S. თითო სანთელი უკანა ტანში ტკივილების
დროს 1 — 2-ჯერ დღეში

Rp. Extr. Opii 0,02
Butyr. Cacao q. s. ut f. suppos.
D. t. d. N. 6
S. თითო სანთელი უკანა ტანში 1 — 2-ჯერ დღეში

Rp. Codeini 0,02
Pyramidoni
Phenacetini $\overline{aa}$ 0,2
M. f. pulv D. t. d. N. 6
S. თითო ფხვნილი 3-ჯერ დღეში

ყოველგვარ პირობებში საჭიროა გარეთა სასქესო ორგანოებისა და შორისის მდგომარეობაზე დაკვირვება, რომლებიც ჩაბანილი უნდა იქნეს დღეში 2—3-ჯერ თბილი სადეზინფექციო ხსნარით, ხოლო გამონადენის დიდი რაოდენობით გამოყოფის შემთხვევაში — უფრო ხშირადაც.

ავადმყოფს მუცლის ქვედა ნაწილში ადებენ რეზინის ბუშტს ყინულით 30—40 წუთის განმავლობაში 15—20 წუთის შუალედებით.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ანტიბიოტიკებით მკურნალობას (პენიცილინი, სტრეპტომიცინი, ბიომიცინი). ავადმყოფს პენიცილინი ეძლევა 100.000 ერთეულის რაოდენობით ყოველ 3 საათში. ერთსა და იმავე დროს უნიშნავენ აგრეთვე სულფანილამიდურ პრეპარატებს (სტრეპტოციდი, სულფიდინი, სულფაზოლი, სულფადიაზოლი, ნორსულფაზოლი) შემდეგი სქემის მიხედვით: პირველ დღეს — 5-ჯერ 1,0; მე-2 და მე-3 დღეს — 4-ჯერ 1,0; მე-4—5 დღეს — 3-ჯერ 1,0; მე-6 დღეს — 2-ჯერ 1,0 და მე-7 დღეს — 2-ჯერ 0,5; სულ 22,0. ამ საშუალებებს აძლევენ მაშინ, როდესაც ავადმყოფს ორი-სამი დღე ნორმალური ტემპერატურა აქვს და მწვავე მოვლენები აშკარად ცხრება. კარგ შედეგებს იძლევა ერთდროულად ხმარებული ერთი და იგივე ჯგუფის დონორის სისხლის გადასხმა 100—125 მლ რაოდენობით ჩვეულებრივი ან წვეთოვანი მეთოდით, 3—4-დღიანი შუალედებით; აგრეთვე კანქვეშ გლუკოზის 5% ხსნარის შეყვანა დღე-ღამეში 500 მლ რაოდენობით და ვენაში 30—40 მლ გლუკოზის 40% ხსნარი 0,05 ასკორბინის მჟავასთან ერთად.

პარკისებრი სიმსივნეების არსებობისას და მათი გასკდომის

მხრივ საშიშროების შემთხვევაში, აგრეთვე მუცელშიდა ჩირქგროვებისა და პარამეტრული აბსცესების დროს ჩირქს უნდა მივცეთ გამოსასვლელი (იხ. IV თავი). პელვეოპერიტონიტის შემოუფარგვლელობის შემთხვევაში (მის ღია სტადიაში), როგორც ჩვენი კლინიკის გამოცდილება გვიჩვენებს, უკანა თაღის პუნქცია, მით უმეტეს, კოლპოტომია უფრო მიზანშეუწონელია და მავნებელი, ვიდრე სასრგებლო. მხოლოდ შემდგომში, როდესაც პელვეოპერიტონიტი დახურულ სტადიაში გადავა, კარგ შედეგს იძლევა საშვილოსნოსუკანა სივრცის დაცარიელება თხიერი ანთებითი პროდუქტისაგან.

ავადმყოფთა მკურნალობა ანთებით დაავადებათა ქრონიკულ სტადიაში

შინაგანი სასქესო ორგანოების ქრონიკული ანთებითი დაავადებებით შეპყრობილთა მკურნალობა მოითხოვს როგორც ავადმყოფის, ისე ექიმის დიდ მოთმინებას. ექიმი კარგად უნდა გაეცნოს არა მარტო დაავადების დაწყებისა და განვითარების ისტორიას, არამედ ავადმყოფის შრომისა და ყოფა-ცხოვრების პირობებს, კვებას და სხვა ფაქტორებს, რომელთაც მკურნალობის პროცესში საკმაოდ დიდი მნიშვნელობა ექნებათ. იმ შემთხვევებში, როდესაც ავადმყოფის ყოველდღიური მუშაობა მკურნალობას აძნელებს, შრომის ხასიათი დროებით უნდა შეიცვალოს.

ჩვენ გვყავდა ქრონიკული ადნექსიტით დაავადებული ერთი ავადმყოფი, რომელსაც ხანგრძლივი დროის განმავლობაში უშედეგოდ ვმკურნალობდით. მოგვიანებით გამოირკვა, რომ ავადმყოფი თურმე პროფესიით მკერავი იყო და ყოველდღიურად უხდებოდა მუშაობა ფეხით საკერავ მანქანაზე. მას შემდეგ, რაც იგი გადაყვანილ იქნა ხელით საკერავ მანქანაზე, მკურნალობამ დადებითი შედეგი მოგვცა. ეჭვს გარეშეა აგრეთვე, რომ რაციონალური და კარგი კვება, სუფთა ჰაერზე ყოფნა, სწორად ჩატარებული ფიზკულტურული ვარჯიში და, საერთოდ, ყველაფერი ის, რაც მთელ ორგანიზმს ამაგრებს, ხელს უწყობს სწრაფ და სრულ განკურნებას.

ყველა იმ უამრავი მეთოდიდან და საშუალებიდან, რომლებიც მოწოდებულია ქრონიკული ანთებით დაავადებულ ავადმყოფთა

მკურნალობისათვის, ჩვენ მოვიყვანთ მხოლოდ ზოგიერთს, რომელნიც საკმაოდ კარგად არიან შესწავლილი და ეფექტურად მოქმედებენ.

თავისთავად ცხადია, რომ ცალკეულ შემთხვევებში ექიმმა უნდა შეარჩიოს მეთოდებისა და თერაპიულ საშუალებათა ისეთი კომბინაცია, რომელიც ავადმყოფის მკურნალობისათვის ყველაზე უფრო ხელსაყრელი იქნება და არსებულ პირობებში პრაქტიკულად ადვილად გასახორციელებელიც.

ქრონიკული ანთებითი სნეულებებით დაავადებულთა მკურნალობისათვის ხმარებული მთავარი მეთოდები და თერაპიის საშუალებანი შეიძლება შემდეგნაირად დავაჯგუფოთ: ფარმაკოლოგიური, ფიზიოთერაპიული, ბიოლოგიური და ოპერაციული.

ფარმაკოლოგიური საშუალებანი და მკურნალობის მეთოდები. ამ ჯგუფში შედის სადეზინფექციო, შემწოვი და ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებები. სადეზინფექციო პრეპარატებზე უკვე გვქონდა ლაპარაკი, იქვე იყო მოყვანილი მათი რეცეპტებიც, ამიტომ მათ შესახებ აღნიშნულს აღარ გავიმეორებთ.

ნივთიერებებს, რომლებიც შეწოვის პროცესს უწყობენ ხელს, წარმოადგენს იხტიოლი, ალბიხტოლი, იოდი, გლიცერინი და სხვ., რომლებსაც ავადმყოფებს უნიშნავენ სანთლებისა და ტამპონების სახით. შემწოვ საშუალებათა შემადგენლობაში მიზანშეწონილია ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებების შეტანა.

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Jchthyoli 0,2
Butyr. Cacao q. s. ut f. suppos.
D. t. d. N. 6
S. თითო სანთელი ძილის წინ უკანა ტანში

ასეთივე რეცეპტით ინიშნება ალბიხტოლიც (Albichtol).

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Kalii Jodati 0,1 (0,2)
Butyr. Cacao q. s. ut f. suppos.
D. t. d. N. 6
S. თითო სანთელი ძილის წინ უკანა ტანში

შემწოვ სანთლებს ავადმყოფს უნიშნავენ ძილის წინ, ამასთან, მას აძლევენ წინადადებას სანთელი სწორ ნაწლავში შეიტანოს რაც შეიძლება ღრმად. თუ სანთლები ნაწლავების ლორწოვანი გარსის გაღიზიანებას არ იწვევენ, მაშინ მათ უნიშნავენ ყოველდღე. შემწოვ საშუალებებს საშოს ბურთულების სახით ჩვენ არ ვუნიშნავთ, რადგან მათი ეფექტი ბევრად უფრო ნაკლებია რექტალური სანთლების ეფექტზე.

თუ ავადმყოფს პოლიკლინიკაში სიარული შეუძლია, უმჯობესია იგივე საშუალებების ხმარება საშოს ტამპონების სახით დღეგამოშვებით.

სანიმუშო რეცეპტი:

Rp. Jchthyoli 5,0 (10,0)
Glycerini 100,0
MDS. ტამპონებისათვის

ასეთივე რეცეპტით ინიშნება ალბიხტოლიც:

Rp. Jodi puri 0,5 (10,0)
Kalii Jodati 10,0
Glycerini 100.0
MDS. ტამპონებისათვის

ტამპონები, წამლით წინასწარ გაჟღენთილი და გაწურული, საშოში შეაქვთ ამ უკანასკნელის სარკეებით გაშიშვლების შემდეგ. ტამპონი მჭიდროდ უნდა ეკვროდეს იმ თაღს, სადაც ანთებითი პროცესია. თუ პროცესი გავრცელებულია რამდენიმე თაღზე ან საშოს კედელთან ახლომდებარე უჯრედისზე, უმჯობესია ტამპონადა კ ო ლ უ მ ნ ი ზ ა ც ი ი თ შეიცვალოს. ამისათვის დოლბანდის გრძელი ზონარი, გაჟღენთილი ზემოთ აღნიშნულ ერთ-ერთ სამკურნალო ნივთიერებაში, შეაქვთ საშოს თაღებში: მჭიდროდ — საშოს ზედა მესამედში და ფაშრად — მის დანარჩენ ნაწილში.

წამლით გაჟღენთილი ტამპონები და დოლბანდის ზონრები უმჯობესია საშოში საღამოს შევიტანოთ. ავადმყოფებს საშოდან ტამპონი თვითონ გამოაქვთ, რის შემდეგ აწარმოებენ საშოს გამორეცხვას.

შემწოვი საშუალებები შეიძლება ნახმარი იყოს აგრეთვე საშოს შხაპების სახით (იხ. ქვევით).

ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებები ინიშნება შემწოვ საშუალებებთან ერთად (იხ. სანთლების რეცეპტები შემწოვ საშუალებებთან ერთად). მათი ხმარება შეიძლება იმ შემთხვევებში, როდესაც ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობის კურსს შემწოვი ტამპონებით ან ფიზიკური მეთოდებით ატარებენ (იხ. ანთებითი დაავადებების მკურნალობა მწვავე სტადიაში).

ფ ი ზ ი ო თ ე რ ა პ ი უ ლ ი ს ა შ უ ა ლ ე ბ ე ბ ი დ ა მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ი ს მ ე თ ო დ ე ბ ი. ფიზიოთერაპიული მეთოდები ფართოდ იხმარება ქრონიკული ანთებითი გინეკოლოგიური დაავადებით შეპყრობილ ავადმყოფთა სამკურნალოდ. ამ პროცედურების უბრალო ფორმას წარმოადგენს საშოს შ ე ს ხ ურ ე ბ ე ბ ი, აგრეთვე საშოს შ ხ ა პ ე ბ ი, რომლებიც განირჩევიან შესხურებებისაგან მხოლოდ მეტი ხანგრძლიობით. ამ, ყოველგვარ პირობებში ხელმისაწვდომი, მეთოდების სწორი და სისტემატური ხმარების დროს შეიძლება ისეთი შედეგების მიღება, რომლებიც არ ჩამოუვარდება ფიზიოთერაპიული მეთოდებით მიღებულ შედეგებს. საშოს შესხურების ან შხაპების დიდი უპირატესობა იმაშიც მდგომარეობს, რომ ტემპერატურისა და სითხის წნევის მეშვეობით მიღებული ფიზიოთერაპიული ეფექტი შეიძლება გაძლიერებულ იქნეს მედიკამენტური ზეგავლენით. ეს კი შესაძლებელია სითხეში შემწოვ ან სადეზინფექციო საშუალებათა განზავებით.

პროცედურის ჩატარება შეუძლია თვით ავადმყოფს ძილის წინ. შესხურებისათვის განკუთვნილ ტოლჩას, რომელიც ავსებულია ადუღებული და შემდეგ საჭირო ტემპერატურამდე გაგრილებული წყლით, ჩამოკიდებენ 0,5—1 მ სიმაღლეზე იმ ადგილიდან, სადაც წევს ავადმყოფი. მენჯს რომ ოდნავ აწეული მდგომარეობა ჰქონდეს. გავის ქვეშ დგამენ ღამის ჭურჭელს, რომელშიაც ჩადის გამონარეცხი სითხე. ამის შემდეგ საშოს სიღრმეში შეაქვთ შუშის ბუნიკი და წყლის ნაკადს მოუშვებენ. შესხურებას აწარმოებენ იმ ვარაუდით, რომ მთელი პროცედურა გრძელდებოდეს არანაკლებ 10—15 წუთისა. თუ ტოლჩაში წყალი გამოილევა, საჭიროა მისი დამატება.

თუ შესხურების მიზანი დეზინფექცია არ არის, მაშინ მას აწარმოებენ მარილის ხსნარით. ამისათვის ერთ ლიტრ წყალს უმატებენ

ერთ სუფრის კოვზ მარილს ან უმჯობესია $^3/_4$ სუფრის კოვზი ზღვის მარილის დამატება. ასეთი ხსნარი საშოს ეპითელიუმის მაცერაციას არ იწვევს და თავისთავად განსაზღვრული შემწოვი თვისებები აქვს.

სითხის ტემპერატურა პირველი პროცედურის დროს უნდა იყოს ინდიფერენტული (37—38°). შემდგომ დღეებში ისეთი ტემპერატურის წყალს ხმარობენ, როგორსაც აიტანს ავადმყოფი — 45 —48° და მეტი. ვაზელინის შორისზე წასმა ამცირებს მის მგრძნობელობას მაღალი ტემპერატურისადმი. თუ მკურნალობის პროცესში სხეულის ტემპერატურა თუნდაც უმნიშვნელოდ მატულობს ან მუცლის ღრუში ტკივილი ძლიერდება, საჭიროა შესასხურებელი სითხის ტემპერატურის დროებით შემცირება. ამრიგად, მკურნალობა ტარდება ავადმყოფის თვითგრძნობასა (ტკივილი) და პროცედურის მიმართ ორგანიზმის რეაქციაზე (ტკივილი, სხეულის ტემპერატურა, პულსი, გამონადენი) კონტროლის ქვეშ. შესხურების შემდეგ სითბოს შეკავების მიზნით მუცლის ქვედა და გავის მიდამოზე დადებული უნდა იქნეს სათბური ან ირგვლივი გამთბობი კომპრესი. მიზანშეწონილია ფიზიოლოგიური ან ქლორიანი ხსნარის (10% ხსნარის 1 სუფრის კოვზი ნახევარ ჭიქა რძეზე გამწმენდი ოყნის შემდეგ) ცხელი ოყნების დანიშვნა.

იმ შემთხვევებში, როდესაც ავადმყოფს შეუძლია მთელი დღის განმავლობაში შინ დარჩენა, ასეთ პროცედურებს მას უნიშნავენ არა მარტო საღამოს, არამედ დილითაც, ე. ი. დღეში 2-ჯერ, თუ ეს, რა საკვირველია, არ ღლის მას და არ იწვევს პროცესის გამწვავებას.

კარგ შემწოვ ეფექტს იძლევა სინათლით მკურნალობა, რომელიც შეიძლება ვაწარმოოთ სულ უბრალოდ — ფიზიოთერაპიული აპარატით — სინათლის აბაზანით. იგი წარმოადგენს ფირფიცრის („ფანერის“) რკალს, რომლის შიგნითა ზედაპირზე დამაგრებულია 6—12 წითელი და ლურჯი ნათურა. სინათლის აბაზანას ნიშნავენ სასუნთქი და სისხლის მიმოქცევის ორგანოების დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის შემთხვევაში. პროცედურის დროს მუცლის ქვედა ნაწილს თანამიმდევრობით ანათებენ 6, 8, 10, 12 ნათურით, რომლებიც თანდათან მაღალ ტემპერატურას ავითარებენ. სეანსების ხანგრძლიობა თანამიმდევრობითია — 5—7—10—12—15 წუთი, კარგი ამტანობის დროს კი მეტიც, მაგრამ არა უმეტეს 40 წუთისა.

თუ პროცესი გამწვავდა, მკურნალობას დროებით წყვეტენ და

შემდგომში მას მეტი სიფრთხილით აწარმოებენ. ავადმყოფის მაღალი რეაქტივობის დროს, რომელიც გამოიხატება მტკივნეულობაში, ერითროციტების დალექვის რეაქციის აჩქარებაში, უმჯობესია ლურჯი სინათლის ხმარება, ხოლო რეაქტივობის დაკლების დროს—წითლისა. მკურნალობის კურსი 30—40 სეანსია დღეგამოშვებით.

ყოველი პროცედურის შემდეგ ავადმყოფი თბილად უნდა შეიფუთნოს სითბოს შეკავების მიზნით და უნდა დარჩეს მწოლარე მდგომარეობაში არანაკლებ ერთი საათისა.

ნათურა-სოლუქსი სინათლის აბაზანაზე ნაკლებ ეფექტურია. იგი საშუალებას იძლევა ინტენსიური სითბური ზეგავლენა მოვახდინოთ მუცლის მხოლოდ განსაზღვრულ ნაწილზე და არა მთელ მუცელზე.

განსაკუთრებით გავრცელდა ანთებით დაავადებათა მკურნალობა ულტრაიისფერი სხივებით. მისი დიდი დოზებით ხმარება იძლევა ნათლად გამოხატულ შემწოვ ეფექტს, რაც დამოკიდებულია კანში წარმოშობილი ცილების დაშლის პროდუქტების რეფლექსურ გავლენაზე მთელი ორგანიზმის მიმართ (გ. ს. ვარშავერი); ეს ეფექტი იმ ორგანოებზედაც ვრცელდება, რომლებიც არ იმყოფებოდნენ სხივების უშუალო გავლენის ქვეშ.

კარგ შედეგებს იღებენ აგრეთვე ა. ი. შჩერბაკის მიერ დამუშავებული დასხივების რეფლექსურ-სეგმენტური მეთოდის ხმარებით.

ინიშნება ულტრაიისფერი ერითემოთერაპია (ჩვეულებრივ, „ტრუსიკების“ სახით). დასხივების ერთ მიდამოს წარმოადგენს ჭიპიდან ბარძაყის შუა ნაწილამდე არე, მეორეს — გავა-წელის მიდამო. სასქესო ორგანოებისა და უკანა ტანის ხვრელის მიდამოები დაცული უნდა იყოს საფენი მუშამბით. სეანსებს ატარებენ ყოველდღიურად. სულ ჩატარებული უნდა იქნეს 10—15—20 სეანსი. ყოველი 5—6 სეანსის შემდეგ სასურველია ერთი-ორი დღით შესვენება.

პოლიკლინიკის პირობებში ულტრაიისფერი დასხივება უმთავრესად ნაჩვენებია ქრონიკული ანთებითი დაავადებების დროს; სტაციონარის პირობებში კი იგი შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ქვემწვავე სტადიაშიც.

დიათერმია იძლევა ტკივილდამაყუჩებელ ეფექტს და შემწოვ მოქმედებას, რაც დამოკიდებულია როგორც უშუალოდ გამთ-

ბარ ქსოვილებში ტემპერატურის აწევაზე, ისე გათბობით გამოწვეულ საერთო ჰიპერემიაზეც.

არჩევენ ორპოლუსიან გარეგან დიათერმიას—გავა-მუცლის კედლის და კომბინირებულს — საშო-მუცლის კედლის ან სწორი ნაწლავის, ანდა საშო-(ან სწორნაწლავ) გავა-მუცლის კედლის, ე. ი. სამპოლუსიანს. მოწოდებულია სხვა მეთოდებიც, მაგრამ უფრო გავრცელებულია ზემოთ აღნიშნული მეთოდები.

ორპოლუსიანი გარეგანი დიათერმია მუცლის კედლიდან გავისაკენ მცირე მენჯის ორგანოებისა და ქსოვილების ქრონიკული ანთებითი დაავადებების დროს საკმაოდ ეფექტურია. კომბინირებული დიათერმიის გამოყენება (საშო-მუცლის კედლის ან საშო-გავის) საჭიროა მხოლოდ სპეციალური მიზნით, მაგალითად, ყელის არხის გონორეის ფარული ფორმის პროვოკაციისათვის.

ელექტროდების აპლიკაციის ყველა ჩამოთვლილი ვარიანტის დროს ხმარობენ დენის ძალას 0,7-დან 1,5 A-მდე. სეანსების ხანგრძლიობა თანამიმდევრობითია 10—15—20—30 და 40 წუთი. თუ ავადმყოფი კარგად იტანს მკურნალობას და გამწვავებას ადგილი არ აქვს (ტკივილის საგრძნობი მომატება, პულსის გახშირება, სუბფებრილური ტემპერატურა, ერითროციტების დალექვის რეაქციის აჩქარება და სხვ.), უნიშნავენ ერთსაათიან და ცალკეულ შემთხვევებში ორსაათიან სეანსებს — ყოველდღიურად ან დღეგამოშვებით. ჩვეულებრივ, საკმარისია მკურნალობის 3—4 კურსი, თითო კურსზე 15—20 სეანსი. არასასურველ გართულებას, რომლის გამო დროებით გვიხდება მკურნალობის შეწყვეტა, წარმოადგენს კანის დამწვრობა; მისი თავიდან აცილების მიზნით, ელექტროდები მჭიდროდ უნდა ეხებოდნენ კანს. მთავარი კი ის არის, რომ სეანსების დროს ავადმყოფთან მუდმივად უნდა იმყოფებოდეს სამედიცინო და. ამავე მიზნით საჭიროა თვალყურის დევნება, რომ ავადმყოფებმა სეანსების დროს არ დაიძინონ.

უ ლ ტ რ ა მ ა ღ ა ლ ი ს ი ხ შ ი რ ი ს დ ე ნ ე ბ ი ს (УВЧ) გ ა მ ო ყ უ ე ნ ე ბ ა ს, მთელი რიგი ავტორების (დ. ლ. ჩერნეხოვსკი, ა. ბ. გილერსონი, ა. ბ. პრეისმანი და სხვ.) დაკვირვებით, დიათერმიასთან შედარებით ის უპირატესობა აქვს, რომ მისი გამოყენება შეიძლება ანთებითი პროცესის არა მარტო ქრონიკულ, არამედ ქვემწვავე სტადიაშიც. ბუნებრივია, რომ УВЧ თერაპიის დანიშვნა არასავებით

შენელებული ანთებითი პროცესის დროს დასაშვებია მხოლოდ სტაციონარული მკურნალობის პირობებში.

ი ო ნ თ ე რ ა პ ი ი ს (იონოფორეზის) მიზანია მუდმივი ელექტროდენის საშუალებით დაავადებულ ორგანოებში შევიყვანოთ იმ სხვადასხვა სამკურნალო ნივთიერების იონები, რომლებიც ელექტროლიტებს მიეკუთვნება, მაგალითად, კალციუმი, იოდი, თუთია, გოგირდი და სხვ. ამასთან, თვით ელექტროდენიც იძლევა სამკურნალო ეფექტს (ტკივილდამაყუჩებელი, სისხლშემაჩერებელი, სისხლძარღვების შემავიწროებელი და სხვ.). ამრიგად, იონოფორეზი თითქოს პატარა ხიდს წარმოადგენს, რომელიც აერთებს მედიკამენტურ მკურნალობას ფიზიოთერაპიასთან.

იონოფორეზს ორი საშუალებით ატარებენ — გარეგანით და გარეგან-შინაგანით. პირველის დროს მუცლის ქვედა ნაწილზე და გავაზე სველი საფენის ზემოდან ადებენ ელექტროდის თითო ფირფიტას. აქტიური ელექტროდის ქვეშ მდებარე საფენს ასველებენ სამკურნალო ნივთიერებათა ხსნარში, ხოლო ინდიფერენტულის ქვეშ მდებარეს კი — ფიზიოლოგიურ ხსნარში. მეორე მეთოდის დროს აქტიურს წარმოადგენს საშოში შეტანილი ჩასასხმელი ელექტროდი ან ე. წ. ნახშირის ელექტროდ-ტამპონი. სამკურნალო ნივთიერების ხსნარი ან ავსებს ჩასასხმელი ელექტროდის გარსებს (ცილინდრული, საშოს შუშის, ებონიტის ან ხის სარკეები), ანდა ჟღენთავს ელექტროდ-ტამპონს. ელექტროდების დადებისას ყოველთვის უნდა იყოს გათვალისწინებული სამკურნალო ნივთიერების იონების პოლარულობა. მედიკამენტურ ნივთიერებაში დასველებული საფენი იმ ელექტროდის ქვეშ უნდა მოთავსდეს, რომლის მიერ შეყვანილი იონები განიზიდებიან. ასე, მაგალითად, ქლორიანი ნატრიუმით იონოფორეზის დროს ეს უკანასკნელი შეყავთ უარყოფითი იონით, ხოლო ქლორიანი კალციუმით იონოფორეზისას — დადებითი იონით.

უკანასკნელ ხანებში ა. ვ. ბარტელსის და გ. ა. კელატის მიერ მოწოდებული იყო ორიგინალური ელექტროდები საშოს ან საშვილოსნოს შიგნითა იონოფორეზისათვის. ეს ელექტროდები ან თვითონ იჟღინთებიან მედიკამენტური ნივთიერებით (მთლიანი ხის ელექტროდი) ან ემატებათ ეს ნივთიერება (ჩასასხმელი ელექტროდები). ავტორების აზრით, მათ მიერ კონსტრუირებული ხის ელექტროდები სახმარად უფრო მოსახერხებელია და ეკონომიურიც, ვიდ-

რე დღემდე ხმარებაში არსებული. მედიკამენტური ნივთიერების სახით უფრო ხშირად ხმარობენ: ა) კალციუმის იონებს (ქლორიანი კალციუმის 2—5—10% ხსნარი), როდესაც უნდათ შემწოვი და სისხლშემაჩერებელი ეფექტის მიღება; ბ) იოდის იონებს (იოდიანი კალციუმის 1—2% ხსნარი)—მცირე მენჯის მუცლისმხრივ აპკსა და უჯრედისში წარმოშობილი ნაწიბუროვან-შეხორცებითი წარმონაქმნების შესაწოვად; გ) იხტიოლს (1—2% ხსნარები); დ) გოგირდის იონებს — ჰიპოსულფიტის 2—5% ხსნარები (მცირე მენჯის ორგანოებში ძველი ანთებითი პროცესების დროს და სხვ.); ე) ნოვოკაინის იონებს (0,5% ხსნარი), რომელიც წარმოადგენს ვიშნევსკის ბლოკადის თავისებურ მოდიფიკაციას.

გამოყენებული დენის ძალა უდრის 20—40 mA, პროცედურის ხანგრძლიობა 15 — 30 წუთია. მკურნალობის კურსი შედგება 15 — 20 სეანსისაგან, რომელსაც ნიშნავენ ყოველდღე ან დღეგამოშვებით. დაავადების სიმძიმესთან და მკურნალობის წარმატებასთან დაკავშირებით ასეთ კურსებს იმეორებენ 3—4-ჯერ თითო თვის შესვენებით.

ტალახით მკურნალობას თვალსაჩინო ადგილი უჭირავს ქრონიკული ანთებითი გინეკოლოგიური დაავადებების მკურნალობის დროს, რომელიც ტარდება როგორც კურორტზე, ისე ადგილობრივ ჩამოტანილი ტალახის თუ ტორფის გამოყენებით. ტალახით მკურნალობა კურორტზე დიდ ეფექტს იძლევა მაშინ, როდესაც მასთან ერთად, ჩვეულებრივ, მიმართავენ მკურნალობის სხვა სახეებსაც — ჰელიოთერაპიას, კლიმატოთერაპიას და სხვ. ამასთან ერთად, ავადმყოფის ორგანიზმზე კარგ გავლენას ახდენს აგრეთვე გარემო პირობების გამოცვლა კურორტზე ყოფნასთან დაკავშირებით, ახალი შთაბეჭდილებანი, ფიზიკური სიმშვიდე, სქესობრივის ჩათვლით, და სხვ.

კურორტზე შეიძლება გაგზავნილ იქნენ ქრონიკული გინეკოლოგიური სნეულებებით დაავადებულები, მაგრამ არა უადრეს 2—3 თვისა მწვავე მოვლენების ჩაცხრომის შემდეგ. წინააღმდეგნაჩვენებია იმ ავადმყოფების კურორტებზე გაგზავნა, რომელთაც აქვთ სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი ან მცირე მენჯის მუცლისმხრივი აპკისა და უჯრედისის დაჩირქებითი პროცესები. პარკისებრი სიმსივნეების დროს ტალახით მკურნალობამ შეიძლება მოგვცეს მხო-

ლოდ შეზღუდული ეფექტი — სიმსივნის გარშემომდებარე შეხორცებების შეწოვა. ავადმყოფების კურორტებზე გაგზავნის წინ მიზანშეწონილია მათი მკურნალობა ზემოჩამოთვლილი ფიზიკური მეთოდებით. ასეთი მკურნალობა გვიჩვენებს, თუ რამდენად მტკიცეა მკურნალობის შედეგად წარმოშობილი პროცესის სტაბილიზაცია. ხელმძღვანელობენ რა ამით, და, რაც მთავარია, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობით, ნერვული სისტემის, გულის, ფილტვების მდგომარეობით, მკურნალობის ჩასატარებლად ავადმყოფს უნიშნავენ სამხრეთის, ჩრდილოეთის, შუა ზონის კურორტებს და აგრეთვე შეურჩევენ წელიწადის დროსაც. ასე, მაგალითად, ჯანმრთელი სასუნთქი და სისხლის მიმოქცევის ორგანოების შემთხვევაში გინეკოლოგიური ავადმყოფების გაგზავნა კარგია სამხრეთის კურორტებზე (საკი, ევპატორია, ოდესის ლიმანებში, სლავიანსკი) ზაფხულის თვეებში. თუ გინეკოლოგიურ დაავადებებთან ერთად ადგილი აქვს სისხლის მიმოქცევის ორგანოების დაავადებებსაც, ავადმყოფების გაგზავნა ამ კურორტებზე უმჯობესია შემოდგომის თვეებში, ხოლო თუ რაიმე მიზეზით მკურნალობა აუცილებლად ზაფხულში უნდა ჩატარდეს, მაშინ—ძველ რუსაში, სერგიევის მინერალურ წყლებზე. სსრ კავშირში კურორტებისა და ტალახის სამკურნალო კურორტების სიმრავლე სხვადასხვა კლიმატურ, გეოგრაფიულ და სხვა პირობებთან ერთად ექიმს საშუალებას აძლევს თითოეულ ავადმყოფს შეურჩიოს მისთვის გამოსადეგი კურორტი წელიწადის დროის შერჩევით. ამ საკითხზე დაწვრილებითი მონაცემები მოყვანილია საკურორტო ცნობარში.

ტალახის მოქმედება მრავალ ფაქტორზეა დამოკიდებული—ქიმიურზე, მექანიკურზე, ბიოლოგიურზე და სხვა ხასიათისაზე. ყველაზე მთავარი მნიშვნელობა აქვს, როგორც ჩანს, თერმულ ფაქტორს.

ტალახით მკურნალობას უმეტესად ატარებენ აპლიკაციების გზით, ე. ი. ტალახის პატარა ფირფიტების დადებით. უმჯობესია მათი დადება მთელ მენჯზე და ზედა ნაწილებზეც „ტრუსების“ სახით; კარგია აგრეთვე მკურნალობის ჩატარება საშოს ტამპონების მეთოდით. ტალახს წინასწარ ათბობენ მზეზე ან ცეცხლზე 40—50°-მდე; ტამპონი, რომელიც შეიცავს 100,0—200,0 ტალახს, საშოს ტევადობის მიხედვით შეაქვთ ცილინდრული სარკის საშუალებით. კომბინირებულმა ტალახით მკურნალობამ სავსებით გაამართლა თავისი და-

ნიშნულება. ცალკეულ შემთხვევებში ტალახის აპლიკაციები დასაშვებია ნორმალური მენსტრუაციის დროსაც.

ტალახის პროცედურის ჩატარების შემდეგ ავადმყოფს თბილად ფუთნიან. პროცედურის ხანგრძლიობა სხვადასხვაა და დამოკიდებულია ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაზე, მკურნალობის მიმართ მის რეაქციაზე, დაავადების ხასიათზე, გამოყენებული ტალახის ტემპერატურაზე. პირველი პროცედურის დროს ტემპერატურა უფრო დაბალი უნდა იყოს, ვიდრე შემდეგი პროცედურების დროს. მკურნალობის დასაწყისში პროცედურა გრძელდება 5—7 წუთი, შემდგომში — 15—25 წუთამდე. პროცედურის დამთავრების შემდეგ ავადმყოფს ბანენ თბილი შხაპის ქვეშ, საშოდან გამოაქვთ ტალახის ნაწილები და მას თბილი ფიზიოლოგიური ხსნარით გამორეცხავენ. ამის შემდეგ ავადმყოფს 1—2 საათით აწვენენ ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში. ტალახის პროცედურებს იმეორებენ დღეგამოშვებით ან ორ დღეში ერთხელ. შუალედებში ავადმყოფს უნიშნავენ წყლის პროცედურებს.

მცირე მენჯში ექსუდატურ-შეხორცებითი პროცესების მქონე ავადმყოფების მკურნალობისას კარგ შედეგებს იძლევა ბალნეოთერაპია, განსაკუთრებით რადიოაქტიური, რადონის, გოგირდწყალბადის წყლებით წყალტუბოსა და პიატიგორსკში (ე. დ. სვეტ-მოლდავსკაია).

უკანასკნელ ხანებში ქრონიკული ანთებითი გინეკოლოგიური სნეულებებით დაავადებულთა მკურნალობისათვის ფართოდ ხმარობენ პარაფინს, ოზოკერიტს და სხვა საშუალებებს.

პარაფინთერაპია განსაკუთრებით ეფექტურია ქრონიკული პელვეოპერიტონიტისა და პარამეტრიტის ნარჩენი მოვლენების დროს (პარამეტრული ზონრები); მისი გამოყენება დიდი ხანი არაა, რაც დაიწყეს. მკურნალობის ეს მეთოდი ძალიან კარგია თავისი ტექნიკის სიმარტივით და ხელმისაწვდომია ყოველ არასპეციალიზებულ პოლიკლინიკაშიც კი. პარაფინის კეთილთვისებიანობა აიხსნება მისი დიდი თბოტევადობით დაბალი თბოგამტარობის მიუხედავად. ეს კი დაავადებულ ორგანოებზე მაღალი ტემპერატურის (60—80°) ზემოქმედების საშუალებას იძლევა. სამკურნალო ეფექტი შეიძლება აიხსნას კიდევ იმით, რომ პარაფინის გაცივების პროცესში პერიფერიულ სისხლძარღვებზე და ქვეშმდებარე ქსოვილებზე ხდება ზეწოლა, რის გამოც ისინი უკეთესად თბებიან.

პარაფინს ხმარობენ გარედანაც აპლიკაციების სახით. იგი საშოში შეაქვთ ტამპონების სახით ან ამ ორივე მეთოდს აერთებენ. 55°-მდე გამთბარ პარაფინს ფუნჯით წაუსვამენ მუცლისა და მენჯის კანზე „ტრუსების“ სახით. წარმოშობილ თხელ ქერქზე განმეორებით წაუსვამენ პარაფინს 1 სმ სისქემდე 60° ტემპერატურის ქვეშ. შომდევნო დღეებში ტემპერატურას თანდათან უმატებენ; თუ ავადმყოფი ამ პროცედურას კარგად იტანს, მაშინ ტემპერატურა შეიძლება გავზარდოთ 65—70—75°-მდე. ტემპერატურის დოზირების დროს უნდა ვიხელმძღვანელოთ ავადმყოფის ინდივიდუალური შგრძნობელობით, რათა თავიდან იქნეს აცილებული, განსაკუთრებით, გარეთა სასქესო ორგანოების დამწვრობანი. პარაფინს ზემოდან აფარებენ გაზეთილ ქაღალდს, ხოლო ქაღალდზე დებენ ბამბის ფენას. ავადმყოფს ფუთნიან თბილ საბანში და დაახლოებით 2 საათით აწვენენ. თუ მკურნალობა სტაციონარში ტარდება, ეს პროცედურა ძილის წინ უნდა ჩატარდეს და უმჯობესია ავადმყოფის დილამდე დატოვება ამ მდგომარეობაში.

საშოში პარაფინის გამოყენების დროს საშოს შესავალს ხურავენ მჭიდრო საცობით, რომელსაც აქვს ხვრელი რეზინის მილისათვის. ამ მილის საშუალებით ჟანეს შპრიცით საშოში ასხამენ, მისი ტევადობის მიხედვით, 100—200 მლ გამდნარ პარაფინს. პირველ დღეს პარაფინის ტემპერატურა არ უნდა აღემატებოდეს 55°-ს. მომდევნო პროცედურების დროს ავადმყოფის რეაქციასთან დაკავშირებით ტემპერატურას თანდათან ზრდიან და აჰყავთ 70—75°-მდეც კი. ვინაიდან საშოს ლორწოვანი გარსის დამწვრობა, უმტკივნეულობის გამო, შეიძლება თვით ავადმყოფმაც ვერ შეამჩნიოს, ამიტომ, როგორც წესი, ყოველი პროცედურის წინ გულმოდგინედ უნდა დათვალიერდეს საშო და საშვილოსნოს ყელი. პარაფინი საშოში შეიძლება დატოვებულ იქნეს 2-დან 7 საათამდე. პარაფინის კარგად გამოხატული პლასტიკურობის გამო მისი საშოდან გამოტანა არ არის ძნელი და ამიტომ ამის გაკეთება თვით ავადმყოფსაც შეუძლია.

პროცედურებს ნიშნავენ დღეგამოშვებით. მკურნალობის კურსი შედგება 15—20 პროცედურისაგან. ასეთი კურსი ავადმყოფს შეიძლება რამდენიმე დასჭირდეს. ამ შემთხვევებში პროცედურებს შორის აკეთებენ 4—6-კვირიან შესვენებას.

მაღალი ფიზიოთერაპიული თვისებებით ხასიათდება აგრეთვე

მთის ცვილი — ოზოკერიტი, რომელიც, როგორც სამკურნალო ფაქტორი, მოწოდებულია ს. ს. ლეპსკის მიერ. გინეკოლოგიური დაავადებების დროს მისი მოქმედება შესწავლილია ე. დ. სეეტ-მოლდავსკაიას მიერ. ოზოკერიტის დამაკმაყოფილებელი ეფექტი მთელი რიგი მისი თვისებებით აიხსნება—თერმული (ავადმყოფები კარგად იტანენ 60—70° ტემპერატურას), ბიოლოგიური (მის შემადგენლობაში შედის ექსტროგენული ნივთიერება, რომელსაც აქვს მიტოგენეზური გამოსხივების უნარი) და სხვ.

ოზოკერიტს ხმარობენ როგორც გარედან, ისე საშოს ტამპონების სახით. მეთოდიკა იგივეა, რაც პარაფინთერაპიის დროს. პროცედურების ხანგრძლიობა 20 წუთიდან 1 საათამდეა და მეორდება დღეგამოშვებით. მკურნალობის კურსი შედგება 10—30 პროცედურისაგან. საშოს ტამპონი გამოტანილი უნდა იქნეს ექიმის ან ექთანის მიერ მას შემდეგ, რაც მოხსნილია გავა-მუცლის აპლიკაციები. ამისათვის საშოში შეტანილი მარჯვენა ხელის თითს მიუახლოებენ ტამპონის წინა-ზედა კიდეს, დააჭერენ მას თითს და გასწევენ უკან. ამით ირღვევა კავშირი ყელსა და ტამპონს შორის. ეს პროცედურა ემსგავსება საშვილოსნოს ყელიდან კაფკას ხუფის მოხსნას.

ოზოკერიტის ხმარების მეთოდის სიმარტივე, ეფექტურობა და ოზოკერიტის შეძენის სიადვილე ხელს უწყობს მის დანერგვას ანთებით გინეკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობის პრაქტიკაში.

მკურნალობის ფიზიკურ მეთოდებს მიეკუთვნება აგრეთვე გინეკოლოგიური მასაჟი, რომელიც ნაჩვენებია მცირე მენჯში შეხორცებითი პროცესების დროს, რაც იწვევს საშვილოსნოს მდებარეობის შეცვლას. მასაჟი წინააღმდეგნაჩვენებია, როდესაც ქრონიკული სტადია ჯერ კიდევ არ არის ჩამოყალიბებული, ორსულობაზე ეჭვის დროს, გამწვავების საშიშროების გამო, მცირე მენჯის ორგანოებში სიმსივნეების დროს, ჩირქოვანი ენდოცერვიციტების, საშოსა და ყელზე ეროზიების დროს. გინეკოლოგიურ მასაჟს უნდა აწარმოებდნენ მხოლოდ სპეციალისტები.

ბიოლოგიური საშუალებები და მკურნალობის მეთოდები. ქრონიკული ანთებითი გინეკოლოგიური სნეულებებით დაავადებულთა მკურნალობის ბიოლოგიური მეთოდებიდან ყველაზე უფრო სანდოდ და ნაცადად შეიძლება ჩაითვალოს ვაქცინ-და სეროთერაპია, პროტეინთერაპია, აუტოჰემოთერაპია,

სისხლის გადასხმა, ანტიბიოტიკების შეყვანა, უპირატესად პენიცილინის, ქსოვილების გადანერგვა ვ. პ. ფილატოვის მეთოდით და ზოგიერთი სხვა მეთოდი, რომელთაც ხმარობენ სპეციალიზებულ სამკურნალო დაწესებულებებში.

ვაქცინთერაპიას იყენებენ უმთავრესად გონოკოკური ეტიოლოგიის დაავადებათა დროს. ეს საკითხი გარჩეულია გონორეის შესახებ არსებულ სახელმძღვანელოებში.

არასპეციფიკური პარენტერალური პროტეინთერაპია წარმოადგენს კარგ დამატებით მეთოდს, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ავადმყოფის რეაქცია მკურნალობაზე არასაკმარისია ან სულ არ არის გამოხატული. დუნდულოს გარეთა-ზედა კვადრანტის კუნთებში შეჰყავთ 2 მლ ანადუღები რძე, შემდეგ დოზას თანდათან უმატებენ და აღწევენ 10 მლ-მდე. ინექციას აკეთებენ ყოველდღიურად ან დღეგამოშვებით, ავადმყოფის რეაქციულობის მიხედვით.

აუტოჰემოთერაპიას იყენებენ იგივე შემთხვევებში, რა შემთხვევებშიც პროტეინთერაპიას. მეთოდიკა ცნობილია. იგი იძლევა კარგ შემწოვ და ზოგჯერ სისხლშემაჩერებელ ეფექტს. აუტოჰემოთერაპიის მოქმედება უმთავრესად რეფლექსურია, ივი მობილიზაციას უკეთებს ორგანიზმის დამცველ რეაქციებს.

ქრონიკული ანთებითი დაავადებების შორსწასული ფორმების მკურნალობის დროს, მცირე მენჯში დიდი შეხორცებითი პროცესების არსებობისას, წარმატებით მივმართავდით კუნთებში პლაცენტური სისხლის შეშხაპუნებას 2-დან 10 მლ რაოდენობით. პლაცენტურ სისხლს ვიყენებდით ჰემოოყუნების სახით (სუფთა ან ჰემოლიზირებული სისხლი). ეფექტი უფრო ნათლად იყო გამოხატული, ვიდრე არასპეციფიკური თერაპიის სხვა სახეების შემთხვევაში. ჩვენმა დაკვირვებებმა გვიჩვენა, რომ პარენტერალურად ან რექტალურად შეყვანილი პლაცენტური სისხლის მოქმედების მექანიზმში დიდ როლს თამაშობს მასში არსებული ფერმენტები და ჰორმონები.

სისხლის გადასხმა ქრონიკული ანთებითი გინეკოლოგიური დაავადების დროს წარმოადგენს თერაპიის ერთ-ერთ უძლიერეს სახეს, რომელიც იწვევს ორგანიზმის რეაქციული თვისებების სტიმულაციას. სისხლის გადასხმის დროს იზრდება ორგანიზმის წინააღმდეგობა, ქრება ინტოქსიკაციის მოვლენები, უმჯობესდება

და ნორმალური ხდება ნივთიერებათა როგორც ზოგადი, ისე ადგილობრივი ცვლა დაზიანებულ ქსოვილებში (ნ. ი. კოროტკინი და ადამსკაია). სისხლის გადასხმას აწარმოებენ ერთი და იგივე ჯგუფის დონორის სისხლით რამდენჯერმე 100—150 მლ რაოდენობით 3—5 დღის შუალედით (ს. ბ. რაფალკესი).

ქსოვილების გადანერგვა ვ. პ. ფილატოვის მეთოდით. ვ. პ. ფილატოვის, კრაუზეს ხარჩენკოს მეთოდით დამუშავებული ქსოვილების ორგანიზმში გადანერგვა იწვევს მასში ე. წ. ბიოგენური სტიმულატორების წარმოშობას (ვ. პ. ფილატოვი). ეს უკანასკნელნი ნერვული სისტემის საშუალებით ზემოქმედებას ახდენენ მთელი ორგანიზმის ფუნქციებსა და მასში მიმდინარე პროცესებზე. ამის შედეგად ხდება ორგანიზმის დამცველი აპარატების მობილიზაცია, ნორმალური ფიზიოლოგიური კორტიკო-ვისცერალური კორელაციის აღდგენა, რის შედეგად ორგანიზმი ან მთლიანად განიკურნება, ან ადგილი აქვს ხანგრძლივ რემისიებს (ვ. პ. ფილატოვი, გ. ნ. ზილოვი).

ქრონიკულ გინეკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობა ქსოვილების გადანერგვით იწვევს ანთებითი ინფილტრატების დაპატარავებას და ხშირად შეწოვასაც. მცირე მენჯის ორგანოები მოძრავი ხდება, ქრება შეხორცებები, მენსტრუალური ფუნქცია უმჯობესდება და ტემპერატურა ეცემა, ტკივილი ქრება, ორგანიზმის საერთო მდგომარეობა უმჯობესდება.

ამასთან, არ უნდა დავივიწყოთ, რომ ქსოვილების გადანერგვით მკურნალობა საუკეთესო ეფექტს იძლევა სისხლის გადასხმის, ანტიბიოტიკების, სულფანილამიდებისა და სხვათა ერთდროული გამოყენებისას, ხოლო სათანადო ჩვენებების დროს — ქირურგიული ჩარევითაც.

ტექნიკა: ადგილობრივი ანესთეზია 3—5 მლ ნოვოკაინის 0,25% ხსნარით. კანი იკვეთება 2—3 სმ სიგრძეზე. ჩლუნგი წესით იქმნება ჯიბე, რომელშიაც იდება გადასანერგი ქსოვილი. სასურველია ჭრილი და სხვა მანიპულაციები სისხლდენის გარეშე ჩატარდეს. გადანერგვა პრინციპულად შესაძლებელია ორგანიზმის ყოველ ნაწილში. უფრო ხელსაყრელია მისი წარმოება იღლიის შუა ხაზზე IX—X ნეკნის დონეზე. კანზე ადებენ 1—2 აბრეშუმის კვანძოვან ნაკერს და მშრალად ახვევენ. ნაკერებს ხსნიან მე-8—10 დღეს. განმეორე-

ბით გადანერგვას აწარმოებენ ჩვენებების შემთხვევაში, არა უადრეს 2 კვირის გავლის შემდეგ. გადანერგვის სამჯერ მეტად წარმოება არარაციონალურია. ამგვარ შემთხვევებში ეს მეთოდი ავადმყოფისათვის წინააღმდეგნაჩვენებია. ტექნიკის კარგად გამოყენების შემთხვევაში კანზე რჩება პატარა ხაზოვანი ნაწიბური. ცალკეულ შემთხვევებში აღინიშნავენ არასასურველ გართულებებს. შეიძლება მოხდეს გადანერგილი ქსოვილების დაჩირქება, რაც ბევრად ამცირებს გადანერგვის ეფექტს. ზოგჯერ წარმოიშვება პატარა ჰემატომა, რაც იწვევს ორგანიზმზე სტიმულატორების მოქმედების შენელებას. თუ ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით ვიმსჯელებთ, გადანერგვისათვის უკუჩვენებანი არ არსებობს. ჩვენც არ გვინახავს გადანერგვით გამოწვეული რაიმე გართულება. ქსოვილის გადანერგვა შეიძლება სპეციალური ლითონის ხრახნისებური შპრიცით და სქელი ნემსით; ამ შემთხვევაში კანის გაჭრა ზედმეტია. ჩხვლეტის ადგილას წინასწარ აკეთებენ კანის ანესთეზიას 0,25% ნოვოკაინის ხსნარით 1—2 მლ რაოდენობით.

პ ე ნ ი ც ი ლ ი ნ თ ე რ ა პ ი ა ს, ისე როგორც სულფანილამიდური პრეპარატებით მკურნალობას, მიმართავენ უმთავრესად ანთებითი პროცესების მწვავე და ქვემწვავე სტადიაში. პენიცილინის კუნთებში შეყვანის გარდა ჩვენს კლინიკაში წარმატებით მიმართავენ ვენაში მის შეყვანას გლუკოზის 5% ხსნართან ერთად წვეთოვანი მეთოდით. მკურნალობის ასეთმა მეთოდმა მთელ რიგ შემთხვევებში დადებითი შედეგები მოგვცა საშვილოსნოს აპკისებრი სიმსივნეების შემთხვევებშიც კი.

ჩვენ არაერთხელ შეგვიჩერებია სწრაფად მზარდი პიოსალპინქსის განვითარება მის ღრუში კონცენტრირებულ ხსნარში (2—3 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში) გახსნილი 300.000 ერთეული პენიცილინის შეყვანით წვრილი ნემსის საშუალებით, ჩირქის წინასწარი, თუნდაც ცოტაოდენი გამოშვების შემდეგ.

პენიცილინის შეყვანა შეიძლება აგრეთვე უკანა თაღიდანაც. ამ შემთხვევაში პენიცილინი შეყავთ დღეში ერთხელ 500.000-დან 1.000.000 ერთეულამდე. ტექნიკა ისეთივეა, როგორიც უკანა თაღის საცდელი პუნქციის დროს. იგი აღწერილ იქნება ქვემოთ. ეს მეთოდიკა განსაკუთრებით ნაჩვენებია დაჩირქებული პარამეტრიტის, პელვეოპერიტონიტისა და პელვეოცელულიტის დროს.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ი ს ო პ ე რ ა ც ი უ ლ ი მ ე თ ო დ ე ბ ი. ანთებითი გინეკოლოგიური დაავადებების დროს საჭირო ხდება მკურნალობა ოპერაციული ჩარევით, როდესაც მცირე მენჯის ღრუდან, პერიტონეუმის ქვეშმდებარე უჯრედისიდან, საშოსა და გარეთა სასქესო ორგანოების ჩირქგროვებიდან აუცილებელია თხიერი ანთებითი პროდუქტის დაუყოვნებლივ ამოღება.

ქრონიკული დაავადებებიდან ოპერაციული მკურნალობა ნაჩვენებია მცირე მენჯში პარკისებრი სიმსივნეების დროს მაშინ, როდესაც ისინი არ ემორჩილებიან ანთების საწინააღმდეგო სისტემატურ და შესაფერის თერაპიას. ოპერაციის გაკეთება შეიძლება მხოლოდ პროცესის უკანასკნელი გამწვავებიდან 3 წლის გავლის შემდეგ. ასეთ პირობებში ჩაპარკებული ჩირქი ჩვეულებრივ, უკვე სტერილურია და ოპერაციის დროს მისი მუცლის ღრუში მოხვედრა ავადმყოფისათვის დიდ საფრთხეს არ წარმოადგენს.

ზოგიერთ შემთხვევაში საჭირო ხდება ქალის შინაგანი სასქესო ორგანოების სასწრაფოდ ამოკვეთა (პიოსალპინქსის მოსალოდნელი გახეთქვის დროს, პიოვარიუმის, საკვერცხეების დაჩირქებული ცისტომების დროს და სხვ.).

უკანასკნელ ხანებში ჩვენი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მხრივ მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან, ავადმყოფების სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებასთან, ოპერაციული ტექნიკის გაუმჯობესებასთან, პენიცილინისა და სხვა ანტიბიოტიკების პრაქტიკაში ფართოდ გამოყენებასთან დაკავშირებით მწვავე და ქვემწვავე გინეკოლოგიურ ანთებით დაავადებათა ოპერაციული მკურნალობის გამოსავალი საგრძნობლად გაუმჯობესდა. ამრიგად, იქმნება პირობები ოპერაციული ჩარევის ჩვენებების გაფართოებისათვის.

ამ ოპერაციების ტექნიკა ძალიან რთულია მეზობელ ორგანოებთან მრავალი შეხორცებისა და კონგლომერატის გამო, რის შედეგადაც ირღვევა არა მარტო მენჯის ორგანოების ჩვეულებრივი ტოპოგრაფია, არამედ მუცლის ღრუს მთელი ქვედა ნაწილის ტოპოგრაფიაც. ამიტომ ასეთი ოპერაციების გაკეთება მხოლოდ სპეციალისტებს შეუძლიათ.

ჩვენ მიერ ზემოთ ჩამოთვლილი მეთოდებითა და საშუალებებით არ ამოიწურება ქრონიკულ ანთებით გინეკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობა. მათი დიდი რაოდენობა მისაწვდომია მხოლოდ სპეციალისტებისათვის. მკურნალობის წარმატება გამოყენებული მეთოდებისა და საშუალებების მრავალფეროვნებაზე როდია დამოკიდებული, არამედ, უმთავრესად, სისტემატურად ჩატარებულ თერაპიაზე, ავადმყოფის განკურნების სურვილზე, ექიმის გულმოდგინებაზე. ასეთ პირობებში პრიმიტიული საშუალებებით მკურნალობამაც, როგორიცაა შესხურება, სათბურები, კომპრესები, ადვილად მისაწვდომი მედიკამენტები, შეიძლება კარგი შედეგი მოგვცეს. იმ შემთხვევაში კი, როდესაც მკურნალობას აკლია მიზანდასახულობა და გულმოდგინება, ძვირი და ნაკლებად ხელმისაწვდომი მედიკამენტები, რთული ფიზიოთერაპიული აპარატურა და კურორტებზე მკურნალობაც კი შეიძლება ნაკლებად ეფექტური ან სრულიად უშედეგო აღმოჩნდეს.

ბუნებრივია, რომ მკურნალობის გეგმის შედგენის დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს რამდენიმე მეთოდისა და საშუალების კომბინირებული გამოყენება. პირობებისდა მიხედვით შესაძლებელია შემდეგი ვარიანტები.

ავადმყოფი ვერ დადის პოლიკლინიკაში. ასეთ შემთხვევებში მკურნალობას თვით ავადმყოფი ჩაიტარებს სახლში. მას ენიშნება საშოს ცხელი შხაპები, ოყნები, გამთბობი კომპრესები, მედიკამენტური შემწოვი საშუალებები სანთლების სახით.

ავადმყოფს შეუძლია პოლიკლინიკაში სიარული და ერთდროულად ზოგიერთი პროცედურის სახლში ჩატარება. ასეთ შემთხვევებში ექიმი მკურნალობას ატარებს ტამპონებით, ფიზიკური მეთოდებით. ავადმყოფი კი სახლში თვითონ იკეთებს საშოს ცხელ შესხურებებს ან შხაპებს, კომპრესებს და სხვ. გარდა ამისა, პოლიკლინიკაში წასვლისაგან თავისუფალ დღეებში იგი მკურნალობას იტარებს შემწოვი სანთლებით.

ავადმყოფს შეუძლია პოლიკლინიკაში სია-

რული, მაგრამ საშუალება არა აქვს სახლში ჩაიტაროს უბრალო პროცედურებიც კი. ასეთ შემთხვევაში მკურნალობას მთლიანად ატარებენ პოლიკლინიკაში. თვით ავადმყოფს ურჩევენ, თუ ამას საჭიროება მოითხოვს, ძილის წინ სწორ ნაწლავში გაიკეთოს მედიკამენტური სანთლები.

მკურნალობის კურსის, განსაკუთრებით, ფიზიკური მეთოდებით ჩატარების დროს საჭიროა შემდეგი წესების დაცვა:

თავდაპირველად საჭიროა ფიზიკური აგენტის გამოყენება. როგორიცაა: სითბო, მექანიკური ზეგავლენა და სხვ., მცირე დოზებით, უფრო მეტად ინდიფერენტულით და შემდგომში დოზების თანდათანობით მომატება დასაშვებ მაქსიმალურ საზღვრამდე.

მკურნალობა უნდა ტარდებოდეს ორგანიზმის საერთო (ნერვული სისტემა. გული, ფილტვები და სხვ.) და ადგილობრივ (გამწვავება) მდგომარეობაზე გულდასმითი დაკვირვების ქვეშ. საერთო მდგომარეობის გაუარესების ან ადგილობრივი პროცესის გამწვავების შემთხვევაში საჭიროა დოზირების დაკლება, ზოგჯერ მკურნალობის დროებით ან მისი სავსებით შეწყვეტაც კი.

ორსულობის დაწყების შემთხვევაში უნდა შეწყდეს ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა, რომელმაც შეიძლება არა მარტო ხელი შეუწყოს აბორტს, არამედ გამოიწვიოს დაავადების მდგომარეობის გაუარესებაც კი. ამასთან, არ უნდა დავივიწყოთ, რომ მზარდი ორსულობა თავისთავად უფრო ეფექტურია ქრონიკული გინეკოლოგიური ანთებითი დაავადებების მკურნალობის ზოგიერთ მეთოდზე.

მენსტრუაციის პერიოდში ყველა პროცედურა უნდა იქნეს მოხსნილი და მკურნალობა მხოლოდ სანთლებით უნდა წარმოებდეს. კურორტზე ტალახით მკურნალობის დროს სანატორიუმში ყოფნის მთელი ვადის გამოყენების თვალსაზრისით, შეიძლება მხოლოდ გარეგანი პროცედურების გაგრძელება. საშოს ყველა მანიპულაცია მენსტრუაციის დროს უკუნაჩვენებია.

მკურნალობის მთელი კურსის განმავლობაში ავადმყოფს უნდა განეუმტკიცოთ რწმენა გაჯანსაღებისადმი. პროცესის გამწვავების, ტკივილის გაძლიერებისა და საერთო მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში ავადმყოფს უნდა ავუხსნათ რეაქციის არსი, რომელიც ორგანიზმის დამცველი ძალების გამომხატველია.

კუპორტზე მკურნალობა დასაშვებია მხოლოდ მაშინ, როდესაც პროცესი ქრონიკულ ხასიათს მიიღებს, მაგრამ არაუადრეს 6—8 კვირის გავლისა უკანასკნელი გამწვავების შემდეგ. ავადმყოფს მუდმივ საცხოვრებელ ადგილზე წინასწარ უნდა ჩავუტაროთ ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობა, რათა დავრწმუნდეთ იმაში, რომ ანთებით პროცესს არა აქვს მიდრეკილება თუნდაც უმნიშვნელო გამწვავებისადმი.

მკურნალობის მიზანი მიმართული უნდა იყოს არა მარტო პათოლოგიური სიმპტომების აცილებისაკენ, არამედ დაავადებული ორგანოების შენარჩუნებისა და მათი ფუნქციური მოქმედების აღდგენისაკენ. ამიტომ ქალის შვილოსნობის ასაკში ოპერაციული მკურნალობა შესაძლებელია მხოლოდ სასიცოცხლო ჩვენებების არსებობის შემთხვევაში.

ერთხელ კიდევ უნდა გაესვას ხაზი იმას, რომ აღწერილი მეთოდების გამოყენება მისაწვდომია ყველა პრაქტიკოსი ექიმისათვის, თუ იგი ამგვარ ავადმყოფებს შეხვდება. იმ ექიმებს, რომლებიც მოისურვებენ უფრო ღრმად გაეცნონ გინეკოლოგიური ავადმყოფების მკურნალობის მეთოდებს, ჩვენ ვურჩევთ იხელმძღვანელონ სპეციალური სახელმძღვანელოებითა და მონოგრაფიებით.

ლიტერატურა

Атабеков Д. Н., Гнойные очаги в малом тазу. Изд. ЦИУ, М., 1953.

Брауде И. Л., Консервативное лечение женских болезней. Медгиз, 1939.

Бубличенко Л. И., Послеродовая инфекция, т. I—III, Медгиз. 1946—1948.

Жорданиа И. Ф., О распознавании начальных форм перитонита методом перкуссии живота. «Советская медицина», 1949, № 11.

Илькевич В. Я., Заболевания тазовой клетчатки и брюшины (глава из «Руководства по женским болезням» под ред. Л. А. Кривского). Изд. «Практическая медицина», Л., 1927.

Малиновский М. С., Заболевания яичников (глава из того же руководства).

Окинчиц Л. Л., Гинекологическая клиника, ч. I. Изд. «Практическая медицина». Л., 1927.

Писемский Г. Ф., Заболевания маточных труб (глава из «Руководства по женским болезням» под ред. Л. А. Кривского). Изд. «Практическая медицина». Л., 1927.

Рафалькес С. Б., Послеродовые инфекционные заболевания. Медгиз, 1948.

Свет-Молдавская Е. Д., Озокеритотерапия воспалительных заболеваний женских половых органов. Акушерство и гинекология. 1949, № 1.

Ягунов С. А., Основы лечения физическими методами гинекологических заболеваний (глава из «Учебника гинекологии» К. К. Скробанского). Медгиз, 1938.

თავი III

საშვილოსნოს კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკა. ქალის სასქესო ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეების წინააღმდეგ ბრძოლის ორგანიზაცია

სსრ კავშირში ონკოლოგიური დაწესებულებების ფართო ქსელის ორგანიზაციამ, რომლის ბადალი მსოფლიოს არც ერთ ქვეყანაში არ არის, ექიმთა წინაშე, მათი სპეციალობის მიუხედავად, დააყენა დიდმნიშვნელოვანი ამოცანა — აქტიურად და რაც შეიძლება ადრე გამოამჟღავნონ ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულები და დროულად აღმოუჩინონ მათ ეფექტური დახმარება. ამჟამად ყოველი ექიმის მოვალეობაა ავთვისებიანი სიმსივნეების ადრეული დიაგნოსტიკის მეთოდიკის დაუფლება, რომელ ორგანოშიც არ უნდა ვითარდებოდეს იგი. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ქალის სასქესო ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეების მხრივ, რომლებიც სხვა ორგანოებზე უფრო ხშირად ზიანდება. ქალის სასქესო ორგანოების ყველა ავთვისებიან სიმსივნეს შორის პირველი ადგილი უჭირავს საშვილოსნოს ყელის კიბოს. ა. ი. სერებროვის მონაცემებით, იგი გვხვდება ავადმყოფთა თითქმის 85%-ში. ამით აიხსნება საშვილოსნოს კიბოს დიაგნოსტიკის მეთოდიკის დაუფლების პრაქტიკული მნიშვნელობა. რაც შეეხება ქალის სასქესო სფეროს სხვა ორგანოების სიმსივნეებს, ამ საკითხით დაინტერესებულ პირებს შეუძლიათ მიმართონ სპეციალურ მონოგრაფიებს. ამ თავში ჩვენ არ შევეხებით აგრეთვე კიბოთი დაავადებულთა მკურნალობას და ე. წ. კიბოსწინარე მდგომარეობებს. მათი მკურნალობის აღწერა, რომელიც უნდა ტარდებოდეს სპეციალისტი ექიმის მიერ, ამ წიგნის მიზანს არ წარმოადგენს.

ჩვენ მიერ შესწავლილმა 3 მილიონზე მეტი ქალის გამოკვლევის მასალებმა, რომელიც ჩატარდა რსფსრ-ში 1946—1949 წწ., საშუალება მოგვცა დაგვედგინა, რომ იმ ქალთა რიცხვიდან, რომელთაც ალმოაჩნდათ სასქესო ორგანოების კიბო, 25%-მა დროულად მიმართა სამედიცინო დახმარებას, მაგრამ კიბო ვერ იქნა ამოცნობილი; ქალების 50%-მა, მიუხედავად საეჭვო სიმპტომებისა, არ მიმართა საექიმო დახმარებას. კიბო ძალიან ხშირად ამოიცნობოდა შემთხვევით, ავადმყოფის გინეკოლოგიურ კლინიკაში ან სტაციონარში მოხვედრისას სხვა მიზეზების გამო.

ბ. ა. არხანგელსკის, ა. ი. სერებროვის, ა. ი. ლურიეს მიერ კიბოთი დაავადებული ავადმყოფების მიერ სამკურნალო დახმარებისათვის გვიან მიმართვის მიზეზების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ შემთხვევათა 50%-ში ავადმყოფები არასაკმარისი ყურადღებით ეკიდებიან საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას, არ იცნობენ არანამკურნალევი კიბოთი გამოწვეული დაზიანების არსსა და შედეგებს, კიბოს მხრივ საეჭვო სიმპტომებს. ის სიმპტომები, რომლებიც ავადმყოფების მიერ ითვლებოდა საშვილოსნოს კიბოსთვის პათოგნომონიურად,—როგორიცაა: გამხრწნელი თეთრად შლა, არანორმალური სისხლდენა, ტკივილი — წარმოიშვება ძალიან გვიან, როდესაც ადგილი აქვს კიბოვანი სიმსივნის დაშლას და ხშირად მენჯის უჯრედისის ინფილტრაციასაც. შემთხვევათა 25%-ში კიბო უსიმპტომოდ მიმდინარეობდა. ხოლო როდესაც ჩნდებოდა დაავადების პირველი, ხშირად ბუნდოვანი სიმპტომები, მაშინ ადგილი ჰქონდა უკვე შორსწასულ დაზიანებას. დაბოლოს, შემთხვევათა 25%-ში ავადმყოფები გვიან მიმართავდნენ ონკოლოგს იმის გამო, რომ მკურნალი ექიმი არა მარტო ვერ სვამდა სწორ დიაგნოზს, არამედ საერთოდ ვერ ერკვეოდა დაავადების ნამდვილ ბუნებაში. ამის მიზეზები უმთავრესად შემდეგი იყო: 1) ანამნეზის უყურადღებოდ შევსება ან მისი შეუკრებლობა; 2) სიმპტომატური მკურნალობის დანიშვნა ზუსტი დიაგნოზის დადგენამდე, მაგალითად, საშოს სხვადასხვა შესხურების დანიშვნა მაშინ, როდესაც ავადმყოფი უჩიოდა თეთრად შლას, სისხლშემაჩერებელი საშუალებების დანიშვნა სისხლიანი გამონადენის დროს. ამას ხელს უწყობს ის გარემოება, რომ ზოგიერთი ექიმი კიბოვან დაავადებას თვლის ზედმიწევნით იშვიათობად და თუ ქალს ჯერ არ მიუღწევია კლიმაქტერიულ პერიოდამდე, სისხლდენებსა და „აცი-

ლურ მენსტრუაციებს“, რომელთაც ადგილი აქვთ ამ პერიოდზე ადრე, არავითარ მნიშვნელობას არ ანიჭებენ. სინამდვილეში კი ავადმყოფთა ერთ მესამედს, რომელსაც აღენიშნება ზემოთ ჩამოთვლილი მოვლენები, კლიმაქტერიუმის დაწყებამდე ექიმთან მიმართვისას აქვს საშვილოსნოს კიბო; 3) საშოს არასაკმაო ყურადღებით ჩატარებული გამოკვლევა, კერძოდ, გასინჯვის დროს სარკეების ნაკლებად გამოყენება (ა. ი. სერებროვის მონაცემებით, შემთხვევათა 15%-ში), რაც ხელს უწყობს იმას, რომ ექიმი ვერ ნახულობს ეროზიას, უმნიშვნელო გამკვრივებებს და ე. ი. მხედველობიდან უშვებს ე. წ. სიმსივნისწინარე მდგომარეობას; 4) ექიმის მიერ ყურადღების არასაკმაო გამახვილება საშვილოსნოს კიბოს მიმართ, რის შედეგად ავადმყოფები ძალიან დიდხანს იმყოფებიან „დაკვირვების“ ქვეშ და შემდეგ მათ გადაასცემენ უფრო გამოცდილ ექიმებს ან გადაჰყავთ სპეციალურ სტაციონარებში არაოპერაბილური ან არაკურაბილური კიბოს მდგომარეობაში. საბჭოთა კავშირში უკანასკნელ წლებში ექიმების ამგვარ შეცდომებს შემცირებისაკენ აქვთ ტენდენცია, თუმცა დროდადრო ისინი თავს იჩენენ. ამიტომ აუცილებელია მათი მოხსენიება.

ექიმისადმი ავადმყოფის ადრეული მიმართვის პრაქტიკული მნიშვნელობა არ მოითხოვს სპეციალურ მტკიცებას. მოვიყვანთ მხოლოდ კ. მ. ფიგურნოვის მონაცემებს, რომლებიც ეხება ანტებიოტიკამდელ პერიოდს: ავადმყოფთა მიერ დროული მიმართვის შემთხვევებში ოპერაციისშემდგომი სიკვდილობა შეადგენდა 4%-ს. მტკიცე გამოჯანსაღება—55%-ს; დაგვიანებული ოპერაციების შემდეგ სიკვდილობა შეადგენდა 13%-ს, ხოლო მტკიცე განკურნებას ადგილი ჰქონდა 20%-ში.

აქედან გამომდინარეობს კიბოვანი დაზიანების წინააღმდეგ ბრძოლის ორგანიზაციის ძირითადი მოთხოვნები: 1) ქალთა მოსახლეობაში სანიტარულ-განმანათლებელი მუშაობის ჩატარება იმ მიზნით, რომ მათ სათანადო ყურადღება მიაქციონ თავიანთ ჯანმრთელობას და დროულად მიმართონ ექიმის დახმარებას; 2) ექიმებისა მიერ საშვილოსნოს კიბოთი დაავადების მხრივ საეჭვო ქალების დროულად გამოვლინება და მათზე სათანადო დაკვირვებისა და მკურნალობის დაუყოვნებლივი ორგანიზაცია.

1948 წელს საბჭოთა კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ გამოცემულ იქნა ბრძანება № 312 ინსტრუქციის დართვით კიბოს პროფილაქტიკისა და კიბოვან დაავადებათა ადრეული ფორმების დიაგნოსტიკის შესახებ. ამჟამად სსრ კავშირში არსებობს ონკოლოგიურ დაწესებულებათა ფართო ქსელი და ყველა პირობაა შექმნილი იმისათვის, რომ გაუმჯობესდეს ავთვისებიანი სიმსივნეების გამოცნობა და სასწრაფოდ ალმოეჩინოს სამკურნალო დახმარება ყველა კიბოთი დაავადებულს, კერძოდ, იმ ქალებს, რომელთაც სასქესო ორგანოების კიბო აქვთ.

ამ წინაპირობებს საფუძვლად უდევს ქალთა მოსახლეობის ორგანიზებული ჯგუფების მასობრივი და სისტემატური პროფილაქტიკური გასინჯვები.

კიბოს გამოვლინების მიზნით ამგვარი გასინჯვები პირველად მოწოდებულ იქნა XIX საუკუნის დამლევს ვ. თ. სნეგირევის მიერ. სავსებით გასაგებია, რომ იმ დროს არ არსებობდა ის საზოგადოებრივ-პოლიტიკური საფუძველი, რომელიც საშუალებას მისცემდა ვ. თ. სნეგირევს პროგრესული წინადადება ცხოვრებაში განეხორციელებია.

ვ. თ. სნეგირევის მიერ გამოთქმული მოსაზრებები დავიწყებას არ მისცემია. ექიმთა საზოგადოებრიობამ პროგრესულად განწყობილ ინტელიგენციასთან ერთად დიდ ქალაქებში დაიწყო ე. წ. „კიბოს კვირეულების“ ჩატარება, რომელთა მიზანი იყო 40 წელზე მეტი ასაკის ქალთა ქალაქის ამბულატორიებში უფასო პროფილაქტიკური გასინჯვის ორგანიზაცია. ამ „კვირეულებს“ ჰქონდათ ეპიზოდური ხასიათი, რის გამოც მათი მნიშვნელობა შეზღუდული აღმოჩნდა. განსაკუთრებით დიდ პროპაგანდას ეწეოდნენ და „კიბოს კვირეულებს“ ახორციელებდნენ ომისწინა წლებში ნ. ნ. პეტროვი და ლ. ლ. ოკინჩიცი (ლენინგრადი).

ქალთა ჰეშმარიტად მასობრივი საყოველთაო პროფილაქტიკური გასინჯვის ორგანიზაცია პირველად განხორციელებულ იქნა გინეკოლოგების მიერ დიდი სამამულო ომის დროს 1941—1945 წწ. მტრისგან განთავისუფლებულ ტერიტორიებზე. თუმცა ეს გასინ-

ჯვები მიზნად არ ისახავდა სასქესო ორგანოების მხოლოდ კიბოს გამოვლინებას, მაგრამ მათი გამოცდილება ძლიერ სასარგებლო აღმოჩნდა შემდგომში ქალებში კიბოს გამომჟღავნების მიზნით[1] ჩატარებული პროფილაქტიკური გასინჯვებისათვის. ეს ცდა განაგრძეს ომის დამთავრების შემდეგაც: ომის შემდგომ წლებში მასობრივი გინეკოლოგიური პროფილაქტიკური გასინჯვები, კერძოდ, სასქესო ორგანოების კიბოს გამომჟღავნების მიზნით, უველგან ტარდებოდა და დიდი გავრცელება მიიღო რუსეთის ფედერაციულ რესპუბლიკაში, უკრაინის სს რესპუბლიკასა და სხვა მოკავშირე რესპუბლიკებში.

ქალთა პროფილაქტიკური გინეკოლოგიური გასინჯვები უნდა ატარებდეს ნამდვილად მასობრივ ხასიათს. საჭიროა მათი სისტემატურად ჩატარება — 6 თვეში ერთხელ, და შეძლებისდაგვარად უნდა გაისინჯოს გამოსაკვლევი რაიონის ქალთა მთელი მოსახლეობა. იქ, სადაც ეს შესაძლებელია, ქალების გინეკოლოგიურ გასინჯვასთან ერთად, რომელსაც აწარმოებენ გინეკოლოგი ექიმები, უნდა ჩატარდეს მათი გამოკვლევა სხვა სპეციალისტი ექიმების მიერაც.

იმისათვის, რომ გინეკოლოგ ექიმს გაუადვილდეს მუშაობა და საშუალება მიეცეს მთელი თავისი დრო დაუთმოს და უურადღება გაამახვილოს იმ ქალებზე, რომლებიც საეჭვო არიან სასქესო ორგანოების „სიმსივნისწინარე" მდგომარეობისა და, მით უმეტეს, კიბოთი დაავადების მხრივ, მიზანშეწონილია მასობრივ პროფილაქტიკურ გინეკოლოგიურ გასინჯვებში ჩავაბათ ექთანები და ბებიაქალები იმ პირობით, რომ მათ აწარმოონ მხოლოდ ჯანმრთელი ქალების გადარჩევა.

ომის წლებში და ომის შემდეგ პირველ ხანებშიც ექთანები და ბებიაქალები აქტიურად და ოსტატურად ეხმარებოდნენ ექიმებს მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვებისა და სხვა გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების ჩატარებაში როგორც დროებითი ოკუპაციისაგან განთავისუფლებულ ტერიტორიებზე მყოფ ქალთა შორის, ისე იმ ქალთა შორის, რომლებიც ბრუნდებოდნენ სამშობლოში მტრის

[1] იხ. სტატიები: 1. И. Ф. Жорданиа, Военно-медицинский журнал, 1945, № 4—5; 2. И. Ф. Жорданиа, Энциклопедический словарь военной медицины, т. I, 1946, стр. 1230; 3. А. Ю. Лурье, Ф. А. Сыроватко, И. Ф. Жорданиа и других авторов в журнале «Акушерство и гинекология», 1949, № 4.

ზურგიდან, სადაც ისინი ნაძალადევად იყვნენ გარეკილი საბჭოთა კავშირის დროებით დაპყრობილი ტერიტორიებიდან. ომის წლებში გინეკოლოგების მიერ მიღებული ეს გამოცდილება წარმატებით იქნა გამოყენებული მათ მიერ ამავე მიზნით ომისშემდგომ წლებშიც.

იმისათვის, რომ ქალების პერიოდულმა პროფილაქტიკურმა გასინჯვებმა მიზანს მიაღწიოს, აუცილებელია გაისინჯოს უეჭველად გასასინჯი ყველა ქალი (ე. ი. 30 წელზე ზევით ასაკში) როგორც ორგანიზებული მოსახლეობიდან, ისე შეძლებისამებრ, დიასახლისები, ინვალიდები და ე. წ. არაორგანიზებული მოსახლეობის სხვა წარმომადგენლები. ამასთან, ჩატარებული უნდა იყოს სათანადო მოსამზადებელი ღონისძიებანი, რომელთა შორის მთავარია: 1) მოსახლეობისთვის ხელსაყრელი ადგილისა და დროის შერჩევა: 2) უეჭველად გასასინჯი ქალების სიების დროული მომზადება: 3) პროფილაქტიკური გასინჯვებისათვის გათვალისწინებული გინეკოლოგიური კაბინეტების აუცილებელი ნივთებით მომარაგება (სარეშოს სარკეები, სპაგანე შუშები ნაცხებისათვის და „ანაბეჭდებისათვის“ და სხვ.); 4) მედიცინის მუშაკთა წინასწარი ინსტრუქტაჟი გამოკვლევის მეთოდიკის, ამოცანებისა და წესების შესახებ. კერძოდ. ზუსტად უნდა იყოს გამორკვეული, თუ რომელ შენობაში უნდა წარმოებდეს ნაცხების აღება ციტოლოგიური გამოკვლევისათვის. სად უნდა წარმოებდეს ბიოფსია, სად უნდა იყოს შესწავლილი ნაცხები, „ანაბეჭდები“ და ბიოფსიის მასალა, საჭიროების შემთხვევაში რომელ კონსულტანტებთან უნდა გაიგზავნონ ავადმყოფები. სად უნდა იყვნენ სტაციონირებული ისინი ქირურგიული ან სხივებით მკურნალობისათვის და სხვ.; 5) გასინჯვის მოსამზადებელ მუშაობაში სათანადო პარტიული, პროფკავშირული და საბჭოთა ორგანიზაციების ჩაბმა, კერძოდ, წითელი ჯვრისა და წითელი ნახევარმთვარის რაიკომებისა; 6) ქალთა მოსახლეობაში სათანადო სანიტარულ-განმანათლებელი მუშაობის ჩატარება.

სანიტარულ-განმანათლებელი მუშაობა, საბჭოთა კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სანიტარული განათლების ინსტიტუტის აზრით (ლ. ორლოვსკი), უნდა ისახავდეს შემდეგ ძირითად მიზნებს:

1) ქალებს უნდა გავაცნოთ სასქესო ორგანოების კიბოს და კიბოსწინარე მოვლენების ნიშნები. ეს გაცნობა იმგვარად უნდა

იყოს ორგანიზებული, რომ დასახული მიზნის ნამდვილად მიღწევის რწმენით ვიყოთ გამსჭვალული;

2) მოსახლეობისათვის იმ აზრის ჩანერგვა, რომ კიბო იკურნება, განსაკუთრებით ადრეულად გამოვლინების შემთხვევაში;

3) კიბოს ქირურგიული მეთოდით მკურნალობისადმი არსებული შიშის გაფანტვა და იმ აზრის ჩანერგვა, რომ ეს მეთოდი ძლიერ ეფექტურია, თუ ოპერაცია დროულად იქნება წარმოებული, რაც შესაძლებელია მხოლოდ ექიმისადმი ქალის მიერ დროულად მიმართვით;

4) პროფილაქტიკური გასინჯვების მიზნისა და მათზე სისტემატურად და დროულად გამოცხადების მნიშვნელობის ახსნა-განმარტება;

5) ექიმის დანიშნულებების ზუსტად შესრულებისა და პროფილაქტიკური ღონისძიებების დაცვის ჩანერგვა, რომელთა მიზანია კიბოს განვითარების თავიდან აცილება;

6) განმარტება ყოველგვარი ცრურწმენის მავნე გავლენისა, რომელსაც ჯერ კიდევ აქვს ადგილი ზოგიერთ ქალთა შორის (მაგალითად, აზრი, რომ განსაზღვრულ ასაკში „სისხლი ირევა", რომ „თეთრად შლა ყველას აქვს" და სხვ.).

სანიტარული განათლების ყველა ეს მიზანი შეიძლება მიღწეულ იქნეს სხვადასხვა გზით: რადიოგადაცემებით, ფურცლების გავრცელებით, გამოფენის ორგანიზაციით, სპეციალური სამეცნიერო-პოპულარული წიგნების, კედლის გაზეთების, ბიულეტენების, საერთო პრესაში სტატიების გამოშვებით.

სანიტარულ-განმანათლებელი მუშაობის ყველაზე ეფექტურ მეთოდად უნდა ჩაითვალოს ლ ე ქ ც ია, რომელსაც მაღალ პოლიტიკურ და სამეცნიერო დონეზე ატარებენ და წაკითხულის ილუსტრირებას ახდენენ დიაპოზიტივებით, კინოსურათებით, გამოფენებით და სხვ. ამ მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს ლექტორის ორატორულ ნიჭს, მის მეცნიერულ მომზადებას, მის მიმართ მსმენელთა განწყობილებას. დასაბრულ, იმ დაწესებულებას, რომელიც ატარებს გასინჯვებს, უნდა დაეხმაროს ფაბრიკის, ქარხნის, დაწესებულების, კოლმეურნეობის სანიტარული აქტივი.

სანიტარულ-განმანათლებელი მუშაობის ასეთი დაყენება სა-

შუალებას იძლევა გასინჯვებზე გამოცხადების რიცხვი აყვანილ იქნეს 95 და მეტ პროცენტამდე (ლ. ორლოვსკი).

გასინჯული პირების აღრიცხვის ფორმა და მეთოდიკა მოყვანილია ზემოაღნიშნულ ინსტრუქციაში, რომელიც № 312 ბრძანებასთანაა დართული, და რომელსაც ყველა ექიმი უნდა გაეცნოს.

ასევე ძალზე სასურველია ქირურგებისა და თერაპევტების მიერ გამოგზავნილი ქალების გასინჯვა იმ შემთხვევებში, როდესაც ამ ექიმების მიერ სასქესო ორგანოების კიბოზე იყო მიტანილი ეჭვი.

კიბოთი დაავადების მხრივ საეჭვო ქალები დაუყოვნებლივ უნდა იქნენ სპეციალურად გასინჯული (იხ. ქვევით „საშვილოსნოს კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკა") და დიაგნოზის დადასტურების შემთხვევაში სპეციალური მკურნალობისათვის უნდა გაიგზავნონ სათანადო დაწესებულებაში, ხოლო საეჭვო ან უარყოფითი პასუხების შემთხვევებში აყვანილი უნდა იქნენ განსაკუთრებული დ ი ს პ ა ნ ს ე რ უ ლ ი დ ა კ ვ ი რ ვ ე ბ ი ს ქვეშ, რომლის დროს სპეციალურად უნდა ისინჯებოდნენ 4—6 კვირაში ერთხელ და განმეორებით უნდა წარმოებდეს საჭირო გამოკვლევები.

ფრიად საყურადღებოა უკრაინის რესპუბლიკის მიხედვით ა. ი. ლურიეს მიერ მიღებული მონაცემები, რომლებიც ნათლად გვიჩვენებენ პროფილაქტიკური გასინჯვების მნიშვნელობას.

ასე, მაგალითად, კიევის ონკოლოგიური კლინიკის მიერ შეჯამებული სტატისტიკის მიხედვით 1947 წ. დაავადების პირველ თვეშივე ექიმს მიმართა ქალების მხოლოდ 8%-მა, ხოლო 1948 წ. — 32%-მა. ხარკოვის ონკოლოგიური ინსტიტუტის მონაცემებით, უკრაინის მთელი მარცხენა სანაპიროს მოსახლეობიდან 1948 წ. პირველ თვეში ექიმს მიმართა ავადმყოფთა 47,1%-მა, 2-დან 3 თვემდე — 20,1%-მა, 4-დან 6 თვემდე — 25%-მა. კიევის ონკოლოგიური დისპანსერის მონაცემებით, 1948 წ. I კვარტალში პირველი სიმპტომების გამოჩენიდან ექიმისადმი მიმართვამდე გადიოდა 71,5 დღე, II კვარტალში საშუალოდ — 50,5 დღე; ავადმყოფის მიერ ექიმისადმი მიმართვის შემდეგ დიაგნოზის გამოცნობამდე I კვარტალში გადიოდა 10 დღე, II კვარტალში — 7 დღე. დიაგნოზის დასმიდან ჰოსპიტალიზაციამდე გავლილი დრო I კვარტალში უდრიდა 10 დღეს, II კვარტალში — 4 დღეს.

განსაკუთრებით დიდ ინტერესს წარმოადგენს გადახრები, რომ-

ლებიც წარმოიშვება ოპერაბილური ავადმყოფების (I და II სტადიის კიბოს გავრცელება) არაოპერაბილური ავადმყოფების რიცხვთან შეფარდების თვალსაზრისით (III და IV სტადიის კიბო).

მაგალითად, კიევში ეს შეფარდება 1945 წ. შეადგენდა 57,4 და 42,5%, 1948 წ. — 64,4 და 35,6%, სუმსკის ოლქში 1948 წ. — 52 და 48%, ოდესის ოლქში — 81,2 და 18,8%, კიევის ოლქში — 68,7 და 32,3%, ხერსონის ოლქში — 77,3 და 22,7%.

დიდ ინტერესს წარმოადგენს აგრეთვე ის მონაცემები, რომლებიც მოწმობენ I სტადიაში კიბოს გამოვლინებას. კიევში 1948 წელს საშვილოსნოს I სტადიის კიბო დადგენილი იყო შემთხვევათა 34,2%-ში, ოდესის ოლქში—67,%-ში, ზაპოროჟიეს ოლქში— 40,8%-ში, კიევის ოლქში — 37%-ში.

ა. ი. ლურიეს, თ. ა. სიროვატკოს, ა. ს. ბაიუროვას და სხვა ავტორთა მონაცემები ადასტურებენ ქალთა მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების იდეის არა მარტო აქტუალობას, არამედ ცხოვრებაში მისი პრაქტიკულად დანერგვის შესაძლებლობასაც.

ბუნებრივია, რომ გასასინჯად მოსული ქალები. განსაკუთრებით სოფლად, ერთდროულად დაინტერესებული არიან არა მარტო გინეკოლოგიური გასინჯვით, არამედ თავიანთი ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობის გამორკვევითაც. ამიტომ გასინჯვების ჩატარების დროს აუცილებლად უნდა იქნეს გათვალისწინებული სხვა დაავადებების გზადაგზა გამომჟღავნების შესაძლებლობა „კომპლექსური გამოკვლევის“ გზით.

ამას შეიძლება დავუმატოთ ისიც, რომ სასქესო ორგანოების კიბოსწინარე მდგომარეობის ან კიბოს ადრეული გამომჟღავნების საქმეში ქალების პერიოდულ პროფილაქტიკურ გასინჯვებთან ერთად დიდ როლს თამაშობს იმ ქალთა აუცილებელი გინეკოლოგიური გამოკვლევა, განსაკუთრებით 30 წელზე ზევით ასაკში, რომელნიც მკურნალობდნენ საავადმყოფოების ყველა განყოფილებაში. ავადმყოფების ფართო დისპანსერიზაცია და სხვა პროფილაქტიკური ღონისძიებები.

იმ შემთხვევებში, როდესაც რაიმე მიზეზით არ შეიძლება ფართო მასშტაბით პროფილაქტიკური გასინჯვების ორგანიზაცია, მაშინ ასეთი გასინჯვები ყოველ შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს მუშა ქა-

ლებს, განსაკუთრებით, წამყვანი პროფესიების მუშა ქალებს შორის.

ქალების მასობრივ პროფილაქტიკურ გასინჯვებთან ერთად სამშობიარო სახლებში, პოლიკლინიკებში და ქალთა კონსულტაციებში სისტემატურად უნდა ჩატარდეს შემდეგი ღონისძიებანი: 1) ყველა ორსული ქალის გასინჯვა სარკეებით მათი კონსულტაციაში პირველად მისვლისთანავე და 35-კვირიანი ორსულობის შემთხვევებში; 2) ყველა პირველმშობიარის და იმ განმეორებითმშობიარეების სარკეებით გასინჯვა, რომელთაც შეიძლება ჰქონდეთ საშვილოსნოს ყელის ახალი ჩახევა (დიდი ნაყოფით მშობიარობა, სწრაფი მშობიარობა, მშობიარობა გაშლითი ჩაყენებისას და სხვ.); 3) საშვილოსნოს ყელის თუნდაც უმნიშვნელო არასისხლმდენი ჩახევების გაკერვა; 4) ყველა მელოგინის განმეორებითი გასინჯვა სარკეებით მათი სამშობიარო სახლიდან გაწერის წინა დღით; 5) ყველა პათოლოგიური პროცესის მკურნალობა. რომლებიც იწვევენ საშვილოსნოს ყელის დაზიანებას, როგორიცაა: ყელის არხის ლორწოვანი გარსის გადმობრუნება, ქრონიკული ეროზიები, პოლიპები, ლეიკოპლაკიები (იხ. ქვევით).

უნდა ვეცადოთ აგრეთვე რაც შეიძლება მოკლე ხნის განმავლობაში მივაღწიოთ შინაგანი სასქესო ორგანოების ანთებით დაავადებათა სრულ განკურნებას. სავსებით გასაგებია, რომ ამგვარ ავადმყოფთა მკურნალობა, განსაკუთრებით, როცა წინათ ჩატარებული მკურნალობა არასაკმაოდ ეფექტური იყო, რაც შეიძლება ადრე უნდა მივანდოთ სპეციალისტ გინეკოლოგებს.

საშვილოსნოს კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკა

მკვლევართა დიდ უმრავლესობასთან და პრაქტიკოს ექიმებთან ერთად ჩვენ, უპირველეს ყოვლისა, ხაზი უნდა გავუსვათ იმ გარემოებას, რომ საშვილოსნოს კიბოს დაწყებითი ფორმების ე. წ. კარდინალური სიმპტომები, განსაკუთრებით თუ მათ ადგილი აქვთ 35 წელზე მეტი ხნის ქალებში ან კლიმაქტერიულ პერიოდში, — მენსტრუაციის მოშლა, კონტაქტური სისხლდენები. თეთრად შლა, ტკივილი — არა მარტო არ წარმოადგენს პირველადს, არამედ უფრო ხშირად მიგვითითებს დაზიანების საგრძნობ გავრცელებაზე,

სიმსივნის დაშლის დაწყებაზე (რასაკვირველია, იმ აუცილებელი პირობით, რომ ეს სიმპტომები სინამდვილეში დამოკიდებულია საშვილოსნოს ან საშოს კიბოზე).

როგორც წესი, საშვილოსნოს კიბო თითქმის უსიმპტომოდ იწყება. იმ ქალების გულმოდგინე გამოკვლევისა და გამოკითხვის დროს, რომელთაც შემდგომში აღმოაჩნდებათ საშვილოსნოს კიბო, ჩვეულებრივ, მეღავნდება მთელი რიგი ბუნდოვანი სიმპტომები, რომლებიც ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობის მხრივაა საეჭვო. უბნის ექიმის მიერ კიბოს დროულად გამოვლინების მიმართ ყურადღების გამახვილება გაცილებით უფრო ეფექტურია, ვიდრე მრავალრიცხოვანი და რთული დიაგნოსტიკური საშუალებანი, რომელთაც იყენებენ მაღალკვალიფიციური გინეკოლოგები. ეს გასაგებიცაა, თუ გავიხსენებთ, რომ ავადმყოფები მათ, ჩვეულებრივ, მაშინ მიმართავენ, როდესაც კიბოზე ეჭვი უკვე არსებობს. ექიმის ასეთი მოქცევის შედეგად „დროული და ნამდვილად ადრეული დიაგნოსტიკა ავადმყოფისათვის უზრუნველყოფილი იქნება“ (ა. ი. სერებროვი).

გ ა მ ო კ ი თ ხ ვ ა. დაწვრილებით და კარგად შეკრებილმა ანამნეზმა I თავში აღწერილი მეთოდებითა და პრინციპებით, დაკვირვებულ ექიმს შეიძლება ბევრი რამ მისცეს იმისათვის, რომ საშვილოსნოს კიბოზე იქნეს ეჭვი მიტანილი. ასე, მაგალითად, მენსტრუალური სისხლდენების რიტმის დარღვევა, დიდი რაოდენობით გამონადენი (თეთრად შლა), რომელიც არ შეიძლება სასქესო ორგანოებში ანთებითი პროცესებით იქნეს ახსნილი, განსაკუთრებით, თუ ამას ადგილი აქვს კლიმაქტერიულ პერიოდში და მენოპაუზის დროს, საეჭვოდ უნდა იქნეს მიჩნეული. ტკივილს ბევრად უფრო ნაკლები მნიშვნელობა აქვს, რადგან იგი საკმაოდ გვიან მეღავნდება, მაშინ, როდესაც კიბოვანი პროცესი გადასულია მცირე მენჯის ქსოვილებზე.

გამომეღავნებული გართულებების ყოველგვარი სიმპტომატური მკურნალობა სასტიკად უნდა იქნეს უკუგდებული მანამ, სანამ არ იქნება გამორიცხული ეჭვი საშვილოსნოს კიბოზე. სულ მცირე ხნის განმავლობაში გულმოდგინე დაკვირვებითაც კი შესაძლებელია დაავადების ნამდვილი მიზეზის გამორკვევა. ასევე უნდა მიექცეს ყურადღება ავადმყოფის საერთო მდგომარეობასაც და თუ ამ მხრივ

რაიმე ცვლილებებს ექნება ადგილი, მაშინ საჭიროა მათი ბუნების გამორკვევა.

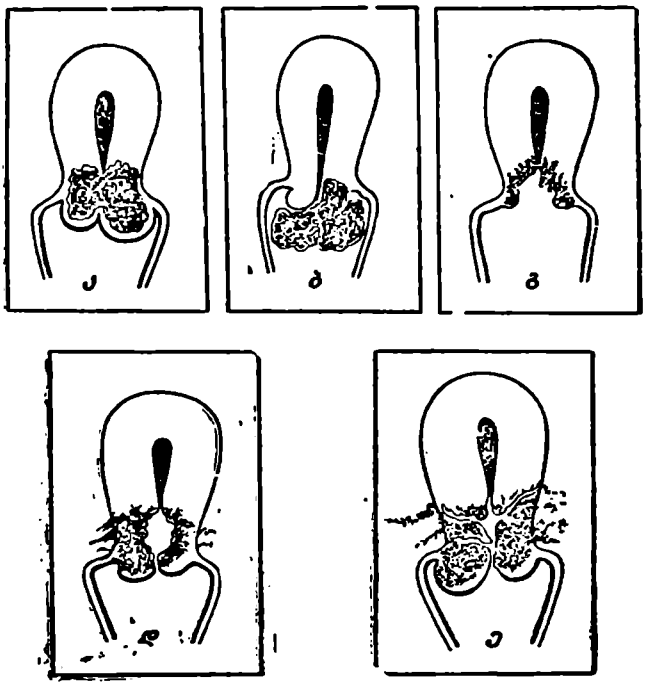
ავადმყოფის ფიზიკური გამოკვლევა. ავადმყოფის საერთო გამოკვლევის შემდეგ წარმოებს მისი საშოსმხრივი გასინჯვა. ეს უკანასკნელი უნდა იწყებოდეს საშვილოსნოს ყელის, მისი ტანისა და მცირე მენჯის ყველა დანარჩენი ორგანოს ორი ხელით გასინჯვით. აუცილებელია აგრეთვე სწორნაწლავ-საშოსმხრივი გასინჯვა, რადგან იგი იძლევა მენჯის უჯრედისში, გავა-საშვილოსნოს იოგებში არსებული ცვლილებებისა და აგრეთვე სწორი ნაწლავის კიბოს ან მასზე ეჭვის გამოვლინების საშუალებას. სასქესო ორგანოებთან სწორი ნაწლავის ანატომიური სიახლოვე, მისი კიბოთი დაზიანების სიხშირე სავსებით გასაგებს ხდის სწორი ნაწლავის გამოკვლევისა და დათვალიერების აუცილებლობას. ყოველგვარი საშოსმხრივი გასინჯვა აუცილებლად უნდა მთავრდებოდეს სარკეებით ყელისა და საშოს ფრთხილი დათვალიერებით, ამისათვის ყველაზე კარგია ზომების მიხედვით შერჩეული კოვზისმაგვარი და ამწევი სარკეების ხმარება, რომლებიც ნაკლებად ტრავმულია.

ორი ხელით საშოსმხრივმა გასინჯვამ დაზიანების დაწყებით სტადიებში შეიძლება არ მოგვცეს რაიმე ცვლილებების გამოვლინების საშუალება. ზოგიერთ შემთხვევაში თითით ნახულობენ ყელის ერთგვარ გასქელებასა და გამკვრივებას, რომელიც უშუალოდ უმტკივნეულოდ გადადის მის საღ ნაწილზე. ეს გასქელება განსაკუთრებით კარგად ირკვევა მაშინ, როდესაც თითი შეიძლება შეტანილ იქნეს ყელის არხში მისი პირის გახსნის დროს. ამ შემთხვევებში აღინიშნება ორგანოს ელასტიკურობის არარსებობა, ქსოვილებისა და სისხლძარღვების სიმყიფე, ადვილად გამოსაწვევი სისხლდენა ზონდის სუსტად შეხების დროსაც კი. დეტალური გამოკითხვისას განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია გამოვლინებული სისხლმდენობის დაკავშირება არსებულ კონტაქტურ სისხლდენასთან — სქესობრივი აქტის შემდეგ, ფიზიკური დაძაბულობის დროს.

ჩვეულებრივ, არჩევენ საშვილოსნოს ყელის სიმსივნის შემდეგ ფორმებს: 1) ეგზოფიტურ ფორმას, რომლის დროს ყელში ისინჯება ზოგჯერ ფაშარი და ზერელედ მდებარე ცალკეული ხორკლიანი წარმონაქმნები; 2) ენდოფიტურ ფორმას, რომლის დროს ყელი შეშუპებულია, სადაა, მკვრივია, არაელასტიკურია; 3) შერეულ ფორ-

მაგ — ენდოფიტური და ეგზოფიტური ფორმების კომბინაცია; 4) წყლულოვან (კრატერისმაგვარ) ფორმას (სურ. 26).

სარკეებით გამოკვლევა საშუალებას იძლევა გამოვავლინოთ ეროზიები, ექტროპიონის კვანძოვანი და პაპილარული წანაზარდები



სურ. 26. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სხვადასხვაგვარი ფორმები (ა. ი. სერებროვით).

(ზოგჯერ ყვავილოვანი კომბოსტოსმაგვარი), საშვილოსნოს ყელზე არსებული გამობურთულობანი, რომელთაც ფარავს შეუცვლელი, ოდნავ ციანოზური ლორწოვანი გარსი.

კიბოვანი წყლული დამახასიათებელი შესახედაობისაა: მისი ზედაპირი უსწორმასწოროა, თითქოს ხორკლიანია, ქსოვილი შეხების დროს მკვრივია, მისი ფერი გარშემო მდებარე ქსოვილებზე

უფრო მუქია; წყლულის ქსოვილი მყიფეა, ადვილად სისხლმდენი, გარშემო მდებარე ქსოვილებზე ამაღლებული არ არის, ზოგიერთ შემთხვევაში ქსოვილების საზღვარზე შეიძლება ჩაღრმავების გარჩევა.

კიბოვანი და არაკიბოვანი დაზიანებების ერთმანეთში არევის მიზეზია სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობა, რომლებიც ერთი შეხედვით იძლევიან კიბოს მსგავს სურათს, თუ დაზიანების კერა მდებარეობს საშვილოსნოს ყელზე. ასეთ მდგომარეობებს მიეკუთვნება:

1) მაგარი შანკრი—მრგვალი ან ოვალური წყლული ოდნავ აწეული და ჩაუღრმავებელი კიდეებით. წყლულის ფსკერი სადაა და დაფარულია მცირე ცხიმოვანი ნადებით. გარშემო მდებარე ქსოვილები დაუზიანებელია და ანთებით მოვლენებს ადგილი არ აქვს, წყლული არ არის მიდრეკილი სისხლდენისაკენ. საზარდულის ლიმფური კვანძები მკვეთრად გადიდებულია. სიფილისზე ეჭვის დროს აუცილებელია ვასერმანის რეაქციის დაყენება, წყლულის გამონადენის გამოკვლევა მკრთალ სპიროქეტაზე.

2) დაშლილი მიომები და პოლიპები, დაბადებული და დასაბადებელი, მოგვაგონებენ დაშლილ კიბოს და იძლევიან ატიპიურ სისხლდენებს. მაგრამ ამასთან, უმეტეს შემთხვევაში ხერხდება სიმსივნის ფეხის აღმოჩენა, რომელიც შედის საშვილოსნოს ღრუში, და სიმსივნის ზემოთ გარეთა პირის კიდეების ნახვა.

3) კეთილთვისებიანი პაპილომები და წვეტიანი კონდილომები თითქმის ყოველთვის მრავალია და სისხლმდენი. არაიშვიათად ერთდროულად მდებარეობენ საშოშიც და შორისზეც.

4) ენდომეტრიოზები—მცირე, ჩვეულებრივ, ძლიერ დაჭიმული კვანძები, რომლებიც საშვილოსნოს ყელის უკანა კედლის ღრმა ნაწილებში გვხვდება. გამოკვლევის დროს მიღებული მონაცემები იმის მიხედვით იცვლება, ეს გამოკვლევა ნაწარმოებია მენსტრუაციის დამთავრებისთანავე, შუამენსტრუალურ პერიოდში, თუ მენსტრუაციის დაწყებამდე. მენსტრუაციის დროისათვის კვანძები მოცულობაში დიდდება სასქესო ორგანოების ჰიპერემიასთან დაკავშირებით და ეს იწვევს თეთრად შლას.

არსებობს ლიტერატურული მონაცემები ენდომეტრიოზების ავთვისებიანად გარდაქმნის შესაძლებლობის შესახებ.

5) ტუბერკულოზური წყლულები ფეტვისმაგვარად არის გამოყრილი პერიფერიაზე. წყლულის ფსკერი ნაცრისფერი ნადებითაა დაფარული, მისი კიდეები ჩაღრმავებულია, ფსკერი უსწორმასწოროა, ადვილად სისხლმდენი (ა. ი. ლურიე). ჩვეულებრივ, წყლული კომბინირდება შინაგანი სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზურ დაზიანებასთან (კ. პ. ულეზკო-სტროგანოვა).

6) უბრალო ეროზია, რომლის დამახასიათებელ თვისებებს უკვე შევეხეთ II თავში.

ქალის ყოველი გამოკვლევის შემდეგ აუცილებლად უნდა გაირკვეს სარძევე ჯირკვლების მდგომარეობა. I თავში უკვე აღვნიშნეთ, თუ რა მნიშვნელობა აქვს დიაგნოზისათვის სარძევე ჯირკვლებში ამა თუ იმ პათოლოგიურ პროცესს. ვიმეორებთ, რომ სარძევე ჯირკვლებიდან ხსენის გამოყოფა, როდესაც ორსულობას არ აქვს ადგილი, სისხლიანი გამონადენი კერტებიდან, ორივე ჯირკვლის სხვადასხვა სიდიდე, მათ სისქეში გამკვრივებელი ნაწილების პოვნა და სხვ. სიმსივნეზე ბადებს ეჭვს.

ზემოთ აღნიშნული პირდაპირი და დიფერენციული მეთოდები მთელ რიგ შემთხვევებში არ წარმოადგენს აბსოლუტურ საფუძველს კიბოს არსებობის ან არარსებობის საკითხის გადაწყვეტისათვის. ამიტომ დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით მოწოდებულ იქნა გამოკვლევების დიდი რაოდენობა. ჩვენ არ შევჩერდებით მათ ჩამოთვლასა და აღწერაზე. ბევრ მათგანს შედარებითი მნიშვნელობა აქვს, ხოლო ბევრის ჩასატარებლად კი საჭიროა სპეციალური აპარატურა, რომელიც მისაწვდომია მხოლოდ მაღალკვალიფიციური გინეკოლოგიური დაწესებულებებისათვის. ამიტომ ყურადღებას გავამახვილებთ გამოკვლევის მხოლოდ იმ მეთოდებზე, რომლებიც მისაწვდომია პრაქტიკოსი ექიმისათვის ჩვეულებრივ პირობებში და საკმარისად ეფექტურია იმისათვის, რომ ბუნდოვანი ეჭვი კიბოზე ან განმტკიცდეს, ან უარყოფილ იქნეს და, რომ შეიძლებოდეს ავადმყოფის დაუყოვნებლივ გადაგზავნა სპეციალურ დაწესებულებაში დიაგნოზის საბოლოო დადგენისათვის ან მკურნალობისათვის.

მათ მიეკუთვნება:

1) სინჯი ლუგოლის ხსნარით. საშვილოსნოს ყელს

უსვამენ ლუგოლის ხსნარს; რამდენიმე წუთის შემდეგ კიბოთი დაუზიანებელი და გლიკოგენის შემცველი ქსოვილები იღებება მუქწაბლისფრად, დაზიანებული ნაწილები კი სრულიად არ იცვლიან ფერს. სინჯი საკმაოდ სანდო არ არის, მაგრამ ბევრ შემთხვევაში იგი დახმარებას გვიწევს. ბიოფსიისათვის (იხ. ქვემოთ) ნაწილებს იღებენ შეუღებავი ქსოვილებიდან, რადგან ლუგოლის ხსნარით შეღებილი ნაწილები დაფარულია ნორმალური ეპითელიუმით,—ამაში მდგომარეობს სინჯის ძირითადი მნიშვნელობა. მხედველობაში უნდა ვიქონიოთ აგრეთვე, რომ შეუღებავი ნაწილები შეიძლება მიღებულ იქნეს სხვა დაზიანების დროსაც, მაგალითად, ლეიკოპლაკიისა და ჰიპერკერატოზის დროს, რასაც ამჟამად იხილავენ როგორც სიმსივნისწინარე მდგომარეობას.

2) **საშოს გამონადენის ციტოლოგიური გამოკვლევა, ანაბეჭდების მეთოდი.**

3) **ქსოვილოვანი პუნქცია** ან ასპირაციული ბიოფსია პირველად მოწოდებულ იქნა ს. პ. ბოტკინის მოწაფეების —ბელოგოლოვისა და იაპას მიერ.

გამოკვლევის ამ მეთოდებზე ლაპარაკი იყო I თავში.

ე. ი. სტავსკაიას და დ. ვ. ლევინას მონაცემებით, ციტოლოგიური გამოკვლევები შესასწავლი უჯრედების ატიპიაზე, ანაპლაზიაზე და ჰეტეროტიპიაზე მსჯელობის საშუალებას იძლევა. მიღებული მორფოლოგიური სურათი უნდა განვიხილოთ ციტოგრამებში, როგორც ციტოლოგიური სიმპტომკომპლექსი, რომელიც წარმოადგენს უჯრედის ბიოლოგიური გარდაქმნის სურათს კიბოთი დაზიანების დროს.

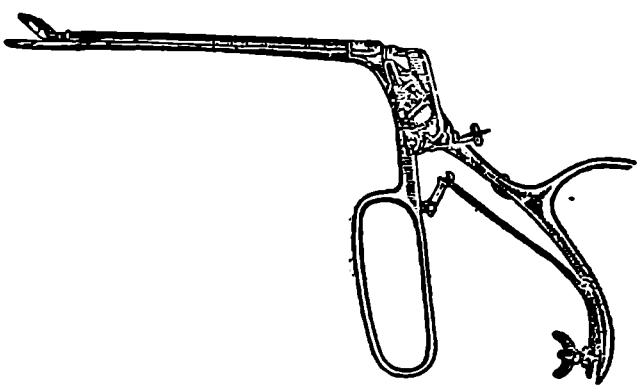
ე. ვ. ნოვიკოვას მონაცემებით, დიაგნოზების შეუფარდებლობას კიბოზე ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევის დროს ადგილი ჰქონდა შემთხვევათა 6,8%-ში, რაც ამ მეთოდს პრაქტიკულ ღირებულებას აძლევს, განსაკუთრებით პროფილაქტიკური გასინჯვების დროს, მით უმეტეს, რომ იგი ავადმყოფს ტრავმას არ აყენებს. ნაცხების შეღებვა უმჯობესია რომანოვსკის წესით, თუმცა სეკრეტის ციტოლოგიური მონაცემები შემდეგ ყოველთვის ბიოფსიით უნდა შემოწმდეს.

4) **ნატიური პრეპარატების მეთოდი** ა. ე. ალტჰაუზენის მიხედვით. გამონადენს იღებენ ბამბის ტამპონით, მოაცილებენ

მკვრივ ნაწილაკებს და სასაგნე შუშაზე ათავსებენ, ტამპონის თხიერ შემადგენლობას კი გამოწურავენ იმავე შუშაზე. პრეპარატი ისინჯება წინასწარი ფიქსაციისა და შეღებვის გარეშე.

5) ინციზია საშვილოსნოს ყელიდან და საშვილოსნოს ღრუს დიაგნოსტიკური გამოფხეკა (ბიოფსია) წარმოადგენს კიბოს დიაგნოსტიკაში ყველაზე მნიშვნელოვან მეთოდს; იგი ყოველთვის უნდა იქნეს გამოყენებული იმ შემთხვევებში, როდესაც ეჭვი მიტანილია საშვილოსნოს ტანის (გამოფხეკა) ან ყელის (ინციზია) კიბოზე.

ბიოფსიას (ინციზიას) საშვილოსნოს ყელიდან აწარმოებენ შემდეგნაირად: საშვილოსნოს ყელის სარკეებით გაშიშვლებისა და მასზე სპირტის წასმის შემდეგ საღ ბაგეს ადებენ ტყვიის მაშებს და გამოსწევენ; დაზიანებული ადგილიდან (ეროზია, ლეიკოპლაკია და სხვ.) ამოჭრიან სოლისმაგვარ ნაჭერს იმ ანგარიშით, რომ მასში იყოს პათოლოგიურად შეცვლილი და საღი ქსოვილიც (სურ. 27, 28, 29 და 30).

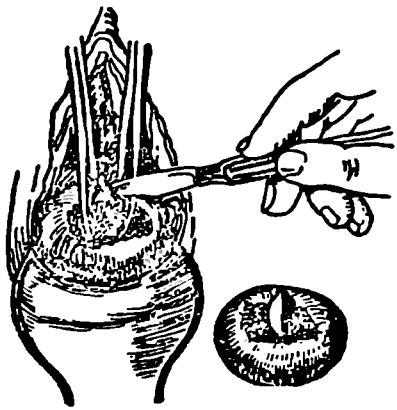


სურ. 27. კონქოტომი, რომელსაც ხმარობენ ბიოფსიისათვის.

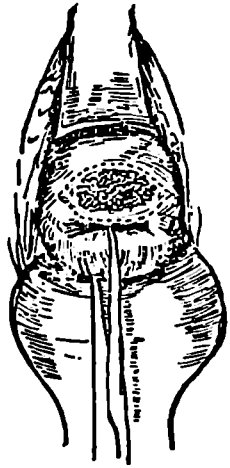
თუ წარმოშობილი ჭრილობა სისხლმდენია, მასზე ადებენ ლიგატურებს (სურ. 31) ან 1-2 წუთით ნახევარპროცენტიან ერთნახევარქლორიან რკინას, შემდეგ კი საშოში დებენ დოლბანდის ტამპონებს 4 საათით. მასალა ბიოფსიისათვის ყელიდან შეიძლება აღებულ იქ-

ნეს მოკვნეტითაც (სურ. 32). ბიოფსია უნდა წარმოებდეს სტაციონარში.

ენდომეტრიუმის გამონაფხეკის მისაღებად საცდელი გამოფხე-



სურ. 28. სოლისმაგვარი ნაკრის ამოკვრა საშვილოსნოს ბაგის ეროზიიდან (ი. ლ. ბრაუდეთი).



სურ. 29. ეროზიის ამოკვეთა საღ ნაპირებთან ერთად (ი. ლ. ბრაუდეთი).

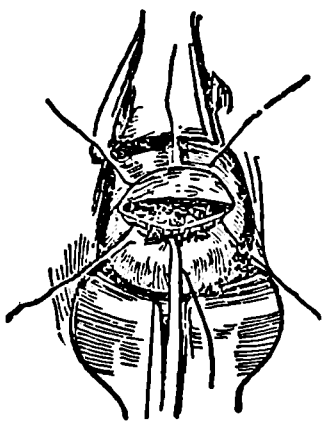
კის დროს აწარმოებენ გარეთა სასქესო ორგანოების და საშოს დეზინფექციას და სარკეებით საშვილოსნოს ყელის გაშიშვლების შე-



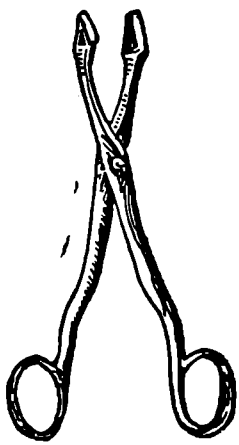
სურ. 30. ყელის არხის დაწყებითი კიბო.
1 — ყელის საშოსმხრივი ნაწილის ხედი გარედან.
2 — ყელის საგიტალური ჭრილი.

მდეგ მასზე ადებენ ტყვიის მაშებს, ქვევით სწევენ და აწარმოებენ მის დეზინფექციას. ყელის არხის №9-მდე გამაგანიერებლებით გაფართოების შემდეგ პატარა მახვილი კოვზით აწარმოებენ ენდომეტრიუმის და სათანადო შემთხვევებში ენდოცერვიქსის მთელი ზედაპირის გამოფხეკას, განსაკუთრებით კი იმ ნაწილებისა, სადაც ისინჯება სირბილე ან უსწორმასწორობა. გამოფხეკას აწარმოებენ მხოლოდ სტაციონარის პირობებში.

მიღებულ მასალას (გამონაფხეკი, ამოკვეთილი ნაწილი) დაუ-



ხურ. 31. ყელიდან ქსოვილის ამოკვეთის შემდეგ ლიგატურების დადება (ი. ლ. ბრაუდეთი).



სურ. 32. საკვნეტი, მოწოდებული ვ. ს. გრუზდევის მიერ საშვილოსნოს ყელიდან ბიოფსიისათვის.

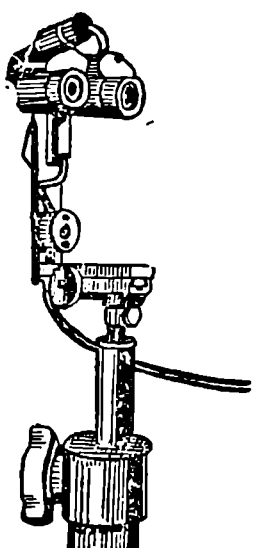
ყოვნებლივ ათავსებენ 10% ფორმალინის ხსნარში, რის შემდეგ გზავნიან ჰისტოლოგიურ ლაბორატორიაში დეტალური დოკუმენტაციის თანდართვით. ამ დოკუმენტში უნდა იყოს აღნიშნული შემდეგი: 1) რომელი დაწესებულებიდან და განყოფილებიდან არის გამოგზავნილი მასალა; 2) ავადმყოფის გვარი, სახელი, მამის სახელი; 3) ასაკი; 4) საიდან არის აღებული მასალა; 5) კლინიკური დიაგნოზი; 6) მასალის აღების თარიღი.

იმ შემთხვევებში, როდესაც საშვილოსნოს ყელის სარკეებით გასინჯვა არაფერს საეჭვოს არ ამჟღავნებს, მაგრამ ანამნეზი და კლი-

ნიკური მოვლენები ეჭვს ბადებენ კიბოზე, საჭიროა ღრმა ბიოფსიის წარმოება. თუ კიბოვანი სიმსივნე ზერელედ არის მოთავსებული, პალპაციამ საშვილოსნოში შეიძლება არ გამოავლინოს რაიმე გამკვრივება. ამ შემთხვევებში ნაჩვენებია ყელის არხის ლორწოვანის გამოფხეკა და გამონაფხეკის შემდგომი ჰისტოლოგიური გამოკვლევა.

6) გამოკვლევის ინსტრუმენტული მეთოდებიდან კარგ მეთოდად ითვლება კ ო ლ პ ო ს კ ო პ ი ა — საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილისა და საშოს დათვალიერება გამადიდებელი შუშების სისტემის საშუალებით და სპეციალური განათებით კოლპოსკოპის დახმარებით (სურ. 33). ამასთან, ადვილად გამოირკვევა მფარავი ქსოვილების მთლიანობის სხვადასხვაგვარი დარღვევა. კოლპოსკოპით გასინჯვის ტექნიკა ძლიერ მარტივია.

ჩვენი რჩევაა არასოდეს არ დავკმაყოფილდეთ გამოკვლევის ჩამოთვლილი მეთოდებიდან მხოლოდ ერთით, არამედ გამოვიყენოთ ყველა მეთოდი, მით უმეტეს, რომ ამის გაკეთება ერთდროულადაა შესაძლებელი. ლაბორატორიულ გამოკვლევებში ბიოფსიას გადამწყვეტი მნიშვნელობა ეძლევა.



სურ. 33. კოლპოსკოპი.

ყოველივე ზემოაღნიშნული ეხებოდა უმთავრესად საშვილოსნოს ყელის კიბოს ადრეულ დიაგნოსტიკას.

ს ა შ ვ ი ლ ო ს ნ ო ს ტ ა ნ ი ს კ ი ბ ო ს ადრეული დიაგნოსტიკა ბევრად უფრო ძნელი და რთულია. კიბოზე ეჭვს ბადებს შემდეგი სიმპტომები: საშვილოსნოს ტანის გადიდება იმასთან შედარებით, რაც მოსალოდნელია ჟამყოფის ახლანდელ მდგომარეობაში (ასაკი, კლიმაქტერიუმი), საშვილოსნოს არაჩვეულებრივი ჰიპერტროფია მენოპაუზის დაწყების დროს, საშვილოსნოს ტანის ასიმეტრია, მისი მრგვალი ფორმა, გარბილება. ძალიან დამახასიათებელია მასაჟის დროს საშვილოსნოს ღრუდან

სისხლიანი გამონადენი და აგრეთვე სირედეის წესით საშვილოსნოს ტანის ყელის მიმართ მახვილი კუთხით გადაღუნვისას მყრალსუნიანი სისხლნარევი გამონადენი, სხვადასხვა ხასიათის სისხლდენები, განსაკუთრებით მენსტრუაციათა შორის პერიოდებში და მენოპაუზის შემდეგ, თეთრად შლა.

საშვილოსნოს ტანის კიბოზე ეჭვის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ უნდა იყოს ნაწარმოები საშვილოსნოს ღრუს დიაგნოსტიკური გამოფხეკა და გამონაფხეკის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა. დიფერენციული დიაგნოსტიკის მხრივ მხედველობაში უნდა გვქონდეს დაშლილი ლორწქვეშა მიომა და საშვილოსნოს ღრუს საკმაოდ იშვიათი ტუბერკულოზი. პირველ და მეორე შემთხვევაში საკითხს წყვეტს გამონაფხეკის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა, რომელსაც იღებენ საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკით, ხოლო ტუბერკულოზზე ეჭვის დროს კი საშვილოსნოს ღრუს გარდა სასქესო არხის სხვა ნაწილებისა და სხვა ორგანოების, მაგალითად, ფილტვების, ტუბერკულოზით დაზიანება.

ე. წ. სიმსივნისწინარე მდგომარეობის დიაგნოსტიკა

საშვილოსნოს ტანისა და ყელის კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკის მეთოდიკის შესწავლის დროს, ბუნებრივია, ისმრს საკითხი ე. წ. სიმსივნისწინარე მდგომარეობის დიაგნოსტიკის შესახებ, ე. ი. იმ მდგომარეობისა, როდესაც კიბოვანი პროცესი ჯერ კიდევ არ განვითარებულა, მაგრამ ორგანიზმში არსებობს პირობები, რომლებიც ამისათვის ხელსაყრელ ნიადაგს ქმნიან.

ნ. ნ. ანიჩკოვის აზრით, ყველა სახის კიბოს დროს, რომელიც წარმოიშვება ქრონიკული გაღიზიანების შედეგად, აუცილებლად არსებობს ერთი შუალედური სტადია ნორმალურ და სიმსივნურ უჯრედს შორის. ეს არის სიმსივნისწინარე მდგომარეობის სტადია, მაგრამ საჭიროა კვლავ რაღაც გარეგანი და შინაგანი გამაღიზიანებელი, რომ გაკეთდეს ის „ნახტომი" (კ. პ. ულეზკო-სტროგანოვა), რომლის შემდეგაც ჩნდება სრულიად ახალი თვისებების მქონე კიბოვანი უჯრედები (ნ. ნ. პეტროვი).

ამ მხრივ საინტერესოა მ. კ. პეტროვას გამოკვლევები, რომელმაც შეძლო დაემტკიცებინა ექსპერიმენტული ნევროზებისა და ნერ-

ვული სისტემის ქრონიკული დაჭიმულობის გავლენა სიმსივნეების, მათ შორის კიბოვანი სიმსივნეების, წარმოშობაზე.

კიბოთი დაავადების მხრივ საეჭვო არიან ის ქალები, რომლებსაც სამკურნალო ღონისძიებები ჩაუტარდათ კიბოს მხრივ საეჭვო პათოლოგიური პროცესების ლიკვიდაციის მიზნით, მაგრამ უშედეგოდ, და რომელთაც ბიოფსიის დროს აღებულ ქსოვილებში აღმოაჩნდათ მორფოლოგიური ცვლილებები, როგორიცაა: საშვილოსნოს ყელის ჯირკვლოვან-კუნთოვანი ჰიპერპლაზია, წყლულები, ნაწიბურები, გამკვრივებები ყელზე და სხვ., განსაკუთრებით თუ ისინი დიდებიან, მათი კიდეები მკვრივდება, ხოლო წყლული იშლება. კიბოზე ეჭვს ბადებს ვულვის ლეიკოპლაკიისა და კრაუროზის გამოვლინება.

კიბოს განვითარებაში არსებითი მნიშვნელობა აქვს საშვილოსნოს ხანგრძლივ ქრონიკულ ანთებით დაავადებებს, საშვილოსნოს ყელის გაუკერავ ჩახევებს, საშვილოსნოს აციკლურ სისხლდენებს, განსაკუთრებით 35 წლის ასაკს ზევით, საშვილოსნოს ფიბრომიომებს. ყველა ეს მდგომარეობა მოითხოვს, პირველ რიგში, ზუსტ დიაგნოსტიკას და სისტემატურ მკურნალობას. თუ მკურნალობა არ იძლევა შედეგს, ექიმი ვალდებულია გაგზავნოს ავადმყოფი სპეციალისტ გინეკოლოგთან ან კონსულტაციაში სამკურნალოდ. ყურადღება უნდა მივაქციოთ აგრეთვე ყელის ტაკვს საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაციის შემდეგ, სადაც შეიძლება განვითარდეს კიბოვანი პროცესი.

მთელ რიგ შემთხვევებში პრაქტიკოს ექიმს უხდება კიბოთი დაავადებულთათვის გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენა, ძირითადად სისხლდენების დროს.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს გართულებულ შემთხვევებში სისხლდენა იწყება სიმსივნის დაშლასთან დაკავშირებით. ასეთ შემთხვევებში საშოს მჭიდრო ტამპონადა არ არის სასურველი, რადგან იგი აკავებს საშოში იქოროზულ რღვევას, რომელიც მდიდარია პათოგენური და მაღალვირულენტური მიკრობებით, კერძოდ, ჰემოლიზური სტრეპტოკოკებით. ტამპონადა კი ქმნის სეფსისური ინფექციის გავრცელებისა და მისი გენერალიზაციის საშიშროებას.

ასეთ შემთხვევებში გადაუდებელი დახმარება უნდა მდგომარეობდეს საშვილოსნოს ყელის სათანადო დამუშავებაში. არალრმა

ნარკოზის ქვეშ ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის ყველა წესის დაცვით მახვილი კოვზით აწარმოებენ სიმსივნის დაშლილი ქსოვილების გამოფხეკას, რის შემდეგაც მიმართავენ სიმსივნის ელექტროკოაგულაციას, ხოლო იქ, სადაც ამის შესაძლებლობა არ არის, აწარმოებენ მის მოწვას პაკელენის აპარატით ან უბრალოდ, გახურებული რკინით. ამასთან, ყველა ზომა უნდა იქნეს მიღებული საშვილოსნოს დამწვრობის თავიდან ასაცილებლად. ასეთ შემთხვევებში გამოყენებული უნდა იქნეს ხის ლულოვანი სარკე და არა შუშის ან ლითონის, რომლებიც ადვილად ხურდება. დაშლილი სიმსივნის მოწვა უნდა წარმოებდეს მის დანახშირებამდე, რაც იწვევს სისხლდენის შეწყვეტას. წარმოშობილ კრატერში შეყავთ იოდოფორმიანი ან 10% სტრეპტოციდის ემულსიაში გაჟღენთილი დოლბანდის ზონარი, რომელიც ავსებს საშოსაც.

რამდენიმე ავადმყოფს ჩვენ შევუჩერეთ სისხლდენა დაშლილი სიმსივნის 1% ერთნახევარქლორიანი რკინის ხსნარით მოწვის გზით, რაც იწვევდა კარგად გამოხატული ქერქის წარმოშობას და სისხლდენის შეჩერებას. კრატერის ხანმოკლე, დაახლოებით ერთ წუთამდე, მოწვის შემდეგ საშოში 4—6 საათით ვდებდით იოდოფორმიანი დოლბანდის ზონარს.

როდესაც სისხლდენა შეჩერებულია, ნაჩვენებია სისხლის გადასხმა, ქლორიანი კალციუმი, ხოლო ინფექციის თავიდან ასაცილებლად, პენიცილინ-და სულფამიდთერაპია, საგულე საშუალებანი და ვიტამინები.

საშვილოსნოს ტანის კიბოს დროს დიდი რაოდენობით სისხლიანი გამონადენი ატარებს მუდმივ ხასიათს ან ხშირად იძლევა რეციდივებს და ძლიერდება ფიზიკური დაძაბულობის შედეგად. ზოგჯერ სისხლდენა წყდება იმის გამო, რომ დანეკროზებული სიმსივნისაგან მოცილებული ნაწილი ხურავს საშვილოსნოს ყელს. წარმოიშვება ჰემატო-ან პიომეტრა, რომელსაც თან ახლავს შემცივნება, საშვილოსნოს გადიდება, ტკივილი. უფრო ახალგაზრდა ასაკში აღინიშნება მენსტრუალური გამონადენის გაძლიერება, რომელიც არ წყდება მენსტრუალურ შუალედშიც კი.

გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენისათვის, უპირველეს ყოვლისა, უნდა დაისვას დიაგნოზი. როგორც აღვნიშნეთ, საშვილოსნოს ტანის კიბოს დროს ეს ყოველთვის ადვილი არ არის გამოკვლევის

ჩვეულებრივი მეთოდების ხმარების შემთხვევაში, ამიტომ საჭიროა სასწრაფოდ და ფრთხილად საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკა და გამონაფხეკის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა. გამოფხეკის უკუჩვენებებია სასქესო ორგანოებში არსებული მწვავე და ქვემწვავე ანთებითი პროცესები.

ჰისტოლოგიურ გამოკვლევამდე რეკომენდებულია სისხლის გადასხმა და საერთო გამაჯანსაღებელი მკურნალობა.

ლიტერატურა

Жорданиа И. Ф., Об участии гинекологов в санитарно-эпидемиологической разведке в действующих частях Советской Армии. Военно-медицинский журнал, 1945, № 4—5.

Жорданиа И. Ф., Методика массовых профилактических осмотров женщин в целях выявления гинекологической заболеваемости (в частности, раком матки). Акушерство и гинекология, 1947, № 4.

Лурье А. Ю., Профилактика, клиника и терапия рака матки. Медгиз, УССР, 1947.

Лурье А. Ю., Первые итоги борьбы против рака женской половой сферы. Акушерство и гинекология, 1947, № 4.

Нудольская О. Е., Предраковое состояние шейки и тела матки. Медгиз, 1947.

Серебров А. И., Рак шейки матки. Изд. АМН СССР, 1947.

Сыроватко Ф. А. и Баюрова А. С., Раннее выявление рака шейки матки путем массовых профилактических осмотров женщин. Акушерство и гинекология, 1948, № 4.

თავი IV

გადაუდებელი დახმარება ქალთა სასქესო ორგანოების დაავადების დროს

როგორც წინასიტყვაობაში იყო აღნიშნული, ამ თავში მოცემული იქნება ძირითადი ცნობები გინეკოლოგიური ავადმყოფებისათვის გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენის შესახებ. ამიტომ აქ არ არის გადმოცემული არც ამა თუ იმ დაავადების სისტემატური დიაგნოსტიკა და კლინიკა და არც მათი მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები. მოყვანილია მხოლოდ ის, რის ცოდნაც აუცილებელია პრაქტიკოსი ექიმისათვის ან არასპეციალისტი გინეკოლოგისათვის, რათა მათ შეძლონ დიაგნოზის სწრაფად დასმა და ადგილობრივ მიიღონ საექიმო დახმარების აუცილებელი ზომები ან დროულად გადაგზავნონ ავადმყოფი სამკურნალო დაწესებულებაში.

ა. „მწვავე მუცელი"

საშვილოსნოსგარე ორსულობა

საშვილოსნოსგარე ორსულობის სხვადასხვა ვარიანტიდან უმრავლეს შემთხვევებში მისი ლოკალიზაცია კვერცხსავალში აღინიშნება. კვერცხსავლის ორსულობა, რომელიც შეწყვეტილი არ არის და პროგრესულად იზრდება, ძნელი გამოსაცნობია. უმეტეს შემთხვევაში ექიმს საქმე აქვს კვერცხსავლის უკვე შეწყვეტილ ორსულობასთან — კვერცხსავლის გასკდომასთან (ნაყოფის ბუდის გარეგანი გასკდომა) ან კვერცხსავლის აბორტთან (ნაყოფის ბუდის შინაგანი გასკდომა).

ანამნეზიდან ირკვევა, რომ დაავადებას წინ უძღოდა მენსტრუა-

ციის შეჩერება; გამოხატულია აგრეთვე ორსულობის ზოგიერთი ნიშანი. შემდეგ სავსებით ჯანმრთელ ქალს უეცრად ეწყება ერთერთი თეძოს მიდამოში შეტევითი ხასიათის ტკივილი, შემდეგ გულისრევა და პირღებინება, ავადმყოფი ცუდად ხდება და ხანდახან ცნობიერებასაც კარგავს. მალე საშვილოსნოდან იწყება მცირე რაოდენობის სისხლიანი გამონადენი.

მწვავე შემთხვევებში ავადმყოფის გასინჯვის დროს ადგილი აქვს სისხლნაკლებობისა და შოკის მოვლენებს: კანის საფარველის ხილული ლორწოვანი გარსების სიმკრთალე, ცივი ოფლი, ხშირი ან შენელებული პულსი, ზომიერად შებერილი მუცელი, მსუბუქი პალპაციისა და პერკუსიის დროს — მტკივნეული; შჩეტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი დადებითი. პერკუსიით მკვლივდება მუცლის ღრუში თავისუფალი სითხის არსებობა: ავადმყოფის ზურგზე წოლის დროს მოყრუება მუცლის ქვედა ნაწილებში, რომელიც ნათელი ხდება მარჯვენა გვერდზე გადაწვენისას; დამახასიათებელია აგრეთვე მოყრუება ბოქვენის ზემო მიდამოში. ორი ხელით გინეკოლოგიური გასინჯვის დროს, ჩვეულებრივ, ნახულობენ საშოდან მუქი ფერის სისხლიან გამონადენს. საშოს შესავალს აქვს მოლურჯო ფერი. საშვილოსნო ოდნავ გადიდებული და გარბილებულია. ერთ-ერთ გვერდით თაღში აღინიშნება არანათელი, ცომისებრი, მტკივნეული რეზისტენტობა. უკანა თაღი დამოკლებული, გაბრტყელებული და გამობურთულია; ახლადმომხდარი საგრძნობი სისხლდენის დროს შიგნითა ხელის თითებით თაღში ისინჯება ფლუქტუაცია. ხშირად შესაძლებელი ხდება გასქელებული კვერცხსავლის გასინჯვა, რომელიც პულსაციას იძლევა.

კვერცხსავლის გასკდომის შემთხვევებში, როდესაც მუცლის ღრუში უეცრად დაწყებული სისხლდენა ძლიერია, დიაგნოსტიკა ძნელი არ არის. ნათელია მუცლის დაუყოვნებლივ გაკვეთის აუცილებლობაც. დაავადება იწყება უეცრად, ადგილი აქვს ორსულობის ნიშნებს. ტკივილი, ჩვეულებრივ, ძლიერი და შემტევი ხასიათისაა, რომელიც გადაეცემა მხარში, ბეჭებში და კისრის მიდამოში. ზოგჯერ იწყება პირღებინება. მუცელი ოდნავ შებერილია, მის ქვედა ნაწილებში პერკუსიით აღინიშნება მოყრუება. ადგილი აქვს აგრეთვე მუცლის ფარის გაღიზიანების ნიშნებს. ტემპერატურა ნორმალური ან სუბფებრილურია. კანის საფარველი და ხილული ლორწოვანი გარ-

სები მკრთალია; ტუჩები და ფრჩხილები მოლურჯო; სკლერა ოდნავ ყვითელი. გამონადენი სასქესო ორგანოებიდან მუქი მოყავისფროა, მცირე რაოდენობის (კვერცხსავლის გასკდომის პირველ საათებში საშოდან სისხლიანი გამონადენი, ჩვეულებრივ, არ აღინიშნება). საშვილოსნო რამდენადმე გადიდებულია, შეშუპებული, მოძრავი, მისი გადანაცვლება უმტკივნეულოა. სიმსივნე, როგორც წესი, ერთმხრივია, უფრო ხშირად ძეხვისებური, არანათელი კონტურებით. უკანა და გვერდითი თაღები ხშირად გაბრტყელებული ან გამობურთულია, თითქოს ჩამოკიდებული; ზოგჯერ მათში ისინჯება ფლუქტუაცია ახალი და დიდი სისხლდენის შედეგად. საშვილოსნოსუკანა ძველი ჰემატომის დროს ვიღებთ თოვლის ხრაშუნის შეგრძნებას და ისინჯება არანათლად გამოხატული რეზისტენტობა. საშვილოსნოს ერთი მხარე გადიდებულია, დანამატები მტკივნეულია და პულსაციას იძლევა. უკანა თაღის პუნქციის დროს იღებენ სისხლს. ადგილი აქვს მწვავე სისხლნაკლებობას, შოკის მოვლენებს. ერითროციტების დალექვის რეაქცია არ არის აჩქარებული ან აჩქარებულია უმნიშვნელოდ. ლეიკოციტების რაოდენობა, სისხლის წებოვნება ნორმის ფარგლებშია: დაკლებულია ჰემოგლობინის პროცენტი და ერითროციტების რაოდენობა. აშჰეიმ-ცონდეკის რეაქცია დადებითია, თუმცა პასუხი მიიღება მხოლო 3 საათის შემდეგ, რის გამოც გადაუდებელ შემთხვევებში იგი გამოუყენებელია. მაგრამ ასეთი ტიპიური სურათი ყოველთვის არ აღინიშნება. თუ სისხლჩაქცევა მუცლის ღრუში ნელა, მცირე რაოდენობით ხდება და საშვილოსნოსუკანა ან კვერცხსავლის ახლო სიმსივნე წარმოიშვება, როგორც ამას ადგილი აქვს კვერცხსავლის აბორტის დროს, დაავადების მიმდინარეობა შეიძლება სულ სხვაგვარი იყოს.

ატიპიური შეიძლება აღმოჩნდეს, უპირველეს ყოვლისა, ანამნეზი, რადგანაც ავადმყოფი ზოგჯერ თვიურის შეჩერებას ყურადღებას არ აქცევს, ზოგჯერ კი თვიურის შეჩერებას შესაძლებელია არც ექნეს ადგილი. ასე ხდება, მაგალითად, საშვილოსნოსგარე ორსულობის ყველაზე ადრინდელ ვადებში, როდესაც მომდევნო თვიურის მოსვლის დრო ჯერ არ დამდგარა. ორსულობის სუბიექტურ ნიშნებს შეიძლება ადგილი არ ჰქონდეს, რადგან, როგორც ცნობილია, ეს სუბიექტური ნიშნები ყოველთვის არ არის გამოხატული. საშვილოსნოს უმნიშვნელო გადიდებას და გარბილებას, დანამატების გადიდებას

და მტკივნეულობას, უკანა თაღის დამოკლებას, სასქესო ორგანოებიდან მცირე რაოდენობით სისხლიან გამონადენს, სარძევე ჯირკვლებიდან ხსენის ან რძის გამოყოფას ზოგჯერ ხსნიან სხვა პათოლოგიური მდგომარეობით, რომელთა შესახებ ქვევით გვექნება ლაპარაკი.

ასეთ შემთხვევაში საშვილოსნოსგარე ორსულობის დიაგნოზის გამოცნობა რთულია. საბედნიეროდ, თანდათანობითი შინაგანი სისხლდენა უმეტესად ლატენტურად მიმდინარეობს, რაც ავადმყოფზე საკმაოდ ხანგრძლივი დაკვირვების საშუალებას იძლევა — რამდენიმე დღის, ზოგჯერ კი კვირეების განმავლობაში, მაგრამ ყოველთვის აუცილებლად სტაციონარში.

კვერცხსავლის შეწყვეტილი ორსულობის დიაგნოზს სვამენ ორი ძირითადი ფაქტის მიხედვით: ორსულობის არსებობა და მუცლის ღრუში სისხლდენა. ამის ამოცნობა შემდეგი ნიშნების მიხედვით ხდება: თვიურის შეჩერება, რის შემდეგ საშოდან ხდება მუქი ფერის, მცირე რაოდენობის სისხლიანი გამონადენის გამოყოფა, საშოს შესავლის და საშვილოსნოს ყელის სილურჯე; საშვილოსნოს სულ უმნიშვნელო გადიდება და გარბილება; მუცლის ღრუში თავისუფალი სითხის არსებობა (სისხლის), რასაც უპირატესად პერკუსიისა და პალპაციის მეთოდებით ირკვევენ.

თუ ექიმი დიაგნოზის სისწორეში ღრმად არ არის დარწმუნებული, მას კარგ დახმარებას გაუწევს უკანა თაღის საცდელი პუნქცია (იხ. I თავი). არ უნდა დავივიწყოთ, რომ პუნქციის უარყოფითი შედეგი აბსოლუტურად ვერ უარყოფს მუცლის ღრუში სისხლდენის არსებობას, რადგან მაშინაც კი, როდესაც ეჰვგარეშეა საშვილოსნოს-უკანა არეში სისხლის არსებობა, იგი შეიძლება არ მოხვდეს შპრიცში, თუ მაგალითად, ნემსი საშვილოსნოს კუნთოვან შრეშია მოხვედრილი. მაგრამ შეიძლება მოხდეს, პირიქით, როდესაც მუცლის ღრუში სისხლი არ იმყოფება, მაგრამ შპრიცით შეიძლება ამოღებულ იქნეს სისხლი, თუ ნემსის წვერი შემთხვევით მოხვდა ან საშვილოსნოს სისხლძარღვში, რომელიც საშვილოსნოს კედლის სისქეში იმყოფება, ან რეტროფლექტირებული საშვილოსნოს ღრუში, რომელშიც იმყოფებოდა სისხლი არასრული აბორტის ან მენსტრუაციის შედეგად. უმეტეს შემთხვევებში კი საცდელი პუნქცია სწორი დიაგნოზის დასმის საშუალებას იძლევა.

დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ცნობილი მრავალრიცხოვანი ნიშნიდან ზოგიერთი, რომელთაც მეორეხარისხოვანი მნიშვნელობა აქვთ. ჩვენს კლინიკაში მათგან ვიყენებთ შემდეგს: 1) ფენომენს, ცნობილს „ფრენიკუს სიმპტომის“ სახელწოდებით — ტკივილი მხრის, ბეჭების ან ბეჭებშორის მიდამოებში დიაფრაგმული ნერვის გაღიზიანების დროს. ეს ტკივილი მუცლის ღრუში სისხლჩაქცევის შემთხვევაში გამოწვეულია დიაფრაგმული ნერვის (n. phrenicus) სისხლით გაღიზიანებით; 2) ფენომენს, ცნობილს „დუგლასის ხმაურის“ სახელწოდებით, — უკანა თაღის მკვეთრი ტკივილი თითით გასინჯვის დროს და 3) ლანდაუს ფენომენს — საშოს ძლიერი მტკივნეულობა გამომკვლევის მიერ ხელის თითების საშოში შეტანისას საშვილოსნოს ყელთან და საშოს თაღებთან მათ შეხებამდე.

შეწყვეტილი საშვილოსნოსგარე ორსულობის კლინიკური მიმდინარეობის მრავალფეროვნების გამო დიფერენციულ დიაგნოსტიკას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს. ყველა ასეთ შემთხვევაში დიაგნოზის დაზუსტება აუცილებელია იმიტომაც, რომ საშვილოსნოსგარე ორსულობა, რომელიც თავისთავად მოითხოვს გადაუდებელ ჩარევას, დიფერენცირებული უნდა იქნეს ისეთი საშიში მდგომარეობისაგან, როგორიცაა მწვავე აპენდიციტი, ნაწლავების გაუვალობა და სხვ. ამ შემთხვევებში დიაგნოზის სწორ გამოცნობასა და დროულად მიღებულ ზომებზე დამოკიდებულია ავადმყოფის სიცოცხლე.

უფრო სწრაფი ორიენტაციისათვის ი. ლ. ბრაუდემ მოგვაწოდა შემდეგი დიფერენციულ-დიაგნოსტიკური შედარებითი ცხრილი.

საშვილოსნოსგარე ორსულობა	საშვილოსნოს ორსულობა
1. მტკივნეულობა სწორნაწლავ-საშვილოსნოს ჩაღრმავების არეში, საშვილოსნოსუკანა სისხლიანი სიმსივნის წარმოშობის შემთხვევებში უკანა თაღიდან გასინჯვის დროს საკმაოდაა გამოხატული.	1. ორსული საშვილოსნოს ტანი, რომელიც მდებარეობს სწორნაწლავ-საშვილოსნოს ჩაღრმავებაში (არაინფიცირებული აბორტის დროს), საშოს უკანა თაღიდან გასინჯვის დროს უმტკივნეულოა.

საშვილოსნოსგარე ორსულობა	საშვილოსნოს ორსულობა
2. რექტალური გამოკვლევის დროს გავა-საშვილოსნოს ოოგების საშვილოსნოდან გამოსვლის ადგილი მდებარეობს დაბლა. ბოქვენზემოთ გარეთა ხელით ისინჯება საშვილოსნოს ტანი.	2. რექტალური გამოკვლევის დროს გავა-საშვილოსნოს ოოგების საშვილოსნოდან გამოსვლის ადგილი მდებარეობს ყელის ზემოთ. იქ, სადაც უნდა იყოს საშვილოსნოს ტანი, არაფერი არ ისინჯება.
3. გაძნელებული შარდვა იშვიათია საშვილოსნოსგარე ორსულობის უფრო მოგვიანო ვადებშიც კი (V თვის შემდეგ).	3. გაძნელებული შარდვა, მაგალითად, რეტროდევიაციის დროს, იწყება ორსულობის III — IV თვეს.
4. ტკივილის ინტენსიური შეტევები და სისხლიანი გამონადენი აღინიშნება კვერცხსავლის ორსულობის შეწყვეტის მომენტში, ე. ი. ორსულობის პირველ კვირეებშივე.	4. სისხლიანი გამონადენი იშვიათია, მაგრამ თუ აღინიშნა, მაშინ ბევრად უფრო გვიან. მტკივნეულობა ან სულ არ აღინიშნება, ან სუსტადაა გამოხატული. ჩიყლებიდან პირველ ადგილზეა დიზურიის მოვლენები.

კვერცხსავლის აბორტი	დანამატების ქრონიკული ანთება
1. საშვილოსნო ოდნავ გადიდებული და გარბილებულია.	1. თუ საშვილოსნო გადიდებულია, მას აქვს მკვრივი კონსისტენცია.
2. კვერცხსავლის აბორტის დროს სიმსივნე ხშირად მდებარეობს კვერცხსავლის ამპულარულ ან ისტმურ ნაწილში (ორსული კვერცხსავლის გასკდომა უფრო ხშირად ხდება კვერცხის იმპლანტაციის დროს ისტმურ ნაწილში, ვიდრე ამპულარულში); ამის შედეგად სიმსივნის საშვილოსნოდან გამოსვლის ადგილზე ზოგჯერ გასქელებას ვერ ნახულობენ და თუ მისი ნახვა მოხერხდა, პალპაციის დროს ოდნავ მტკივნეულია.	2. დანამატების ანთებითი სიმსივნე ფართოდ გამოდის საშვილოსნოს კუთხიდან და მასთან ხშირად ქმნის თითქოს ერთ მთლიან ერთეულს. კვერცხსავლის საშვილოსნოდან გამოსვლის ადგილი გასქელებულია და პალპაციის დროს მტკივნეული.

კვერცხსავლის აბორტი	დანამატების ქრონიკული ანთება
3. კვერცხსავლის აბორტის დროს საკვერცხე სომსიენისაგან განცალკევებულად ისინჯება. 4. საშვილოსნოს ძვრადობა; ჩვეულებრივ, შენარჩუნებულია.	3. დანამატების ანთებითი სიმსივნეების დროს საკვერცხე ცალკე არ ისინჯება. 4. საშვილოსნოს მოძრაობა შეზღუდულია ან სულ უმოძრაოა ფართო შეხორცებების გამო.

კვერცხსავლის აბორტი	საშვილოსნოს აბორტი
1. გადიდებულ საშვილოსნოს აქვს მსხლისებური ფორმა, მაგრამ მისი გადიდება სავსებით არ ეფარდება მენსტრუაციის შეჩერების ვადას.	1. საშვილოსნო გადიდებულია მენსტრუაციის შეჩერების ვადასთან შეფარდებით, აქვს მრგვალი ფორმა; ყელის აბორტის დროს საშვილოსნოს ყელი იღებს ბალონის ფორმას, ხოლო საშვილოსნოს ტანი მასზე ჩამომჯდარია პატარა ქუდისებურად.
2. უმნიშვნელო გარეგანი სისხლდენა, მცირე რაოდენობის, მოყავისფრო; ჩვეულებრივ, იწყება ტკივილის შეტევების შემდეგ. 3. სისხლნაკლებობის ხარისხი არ ეფარდება დაკარგული სისხლის რაოდენობას.	2. საკმაოდ დიდი რაოდენობის გარეგანი სისხლდენა ღია წითელი ფერის და კოლტებით, იწყება ტკივილის წარმოშობამდე. 3. სისხლნაკლებობის ხარისხი ეფარდება დაკარგული სისხლის რაოდენობას.
4. ტკივილი უპირატესად ლოკალიზდება ერთ-ერთი საზარდულის მიდამოში და აქვს ჯერ გახანგრძლივებული, შემდეგ კი შეტევითი ხასიათი. 5. ხშირად აღინიშნება დეციდუალური გარსის გამოყოფა ან მთლიანად, ან წვრილი ნაფლეთების სახით. თუ ამ ქსოვილს დავათვალიერებთ სინათლეზე წყლიან ჭიქაში, დავინახავთ წყალში მოციმციმე წვრილ, დამახასიათებელ ბუსუსებს.	4. ტკივილს აქვს შეტევითი ხასიათი და აღინიშნება უმთავრესად მუცლის ქვემოთ, შუა ადგილას და გავაში. 5. აღინიშნება პლაცენტური ქსოვილის გამოყოფა, რომელიც ხასიათდება ბუსუსების არსებობით, შეუიარაღებელი თვალით ადვილად დასანახია, როდესაც ამ ქსოვილს ათვალიერებენ სინათლეზე წყლიან ჭიქაში.

კვერცხსავლის აბორტი	საშვილოსნოს აბორტი
6. კვერცხსავლის ორსულობის შეწყვეტა უმეტესად იწყება მე-4 და მე-6 კვირეებს შორის.	6. საშვილოსნოს ორსულობის სპონტანური დარღვევა უმეტესად ხდება მოგვიანებით (მე-8 და მე-12 კვირეებს შორის).
7. გარეთა პირი ღიაა.	7. გარეთა პირი ოდნავ ღიაა.
8. დიდი დოზებით ჰვაევის რჩის პრეპარატების შეყვანა სისხლდენას არ აჩერებს.	8. სისხლდენა დროებით წყდება ან კლებულობს.

აუცილებელია აგრეთვე დიფერენციული დიაგნოსტიკის გატარება შემდეგ დაავადებებთან:

ა) ა პ ე ნ დ ი ც ი ტ ს ა და საშვილოსნოსგარე ორსულობასთან. აპენდიციტის დროს ორსულობის ნიშნები არ აღინიშნება, თუ მასთან ერთდროულად არ არის ორსულობა. არ აღინიშნება აგრეთვე სასქესო ორგანოებიდან სისხლიანი გამონადენი, თუ, რასაკვირველია, გასინჯვა არ წარმოებს მენსტრუაციის დროს. ადგილი აქვს გულისრევას და პირღებინებას, მაღალ ტემპერატურას. ავადმყოფი ხშირად აგზნებულია. გამოხატულია მუცლის ფარის გაღიზიანების მოვლენები, განსაკუთრებით მაკ ბურნეის მიდამოში (კუნთების დაჭიმულობა, პალპაციისა და პერკუსიის დროს მუცლის მტკივნეულობა, შჩეტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი დადებითია). კანის საფარველს აქვს ნორმალური შეფერილობა. საშვილოსნო არც გადიდებულია და არც გარბილებული. თაღები თავისუფალია. მუცლის პალპაციის და ორი ხელით გასინჯვის დროს ნახულობენ ინფილტრატს და მტკივნეულობას მაკ ბურნეის და არა საშვილოსნოს დანამატების მიდამოში. სწორი ნაწლავიდან გასინჯვა უმტკივნეულოა, დუგლასის ჯიბე პალპაციით მტკივნეულია, ხოლო საშვილოსნოს ყელის აწევა — უმტკივნეულო (პრომპტოვის სიმპტომი). უკანა თაღის პუნქციის დროს სისხლი არ მიიღება. სისხლის ანალიზი გვიჩვენებს ერითროციტების დალექვის რეაქციის მკვეთრ აჩქარებას, ლეიკოციტოზს 12.000—15.000-მდე და უფრო მეტსაც.

საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს საშვილოსნო გადიდებულია, უკანა თაღი გაბრტყელებულია ან გამობურთულია, მტკივ-

ნეულია, აქვს ცომისებრი კონსისტენცია. პრომპტოვის სიმპტომი უარყოფითად ან სუსტადაა გამოხატული. პალპაციის დროს დუგლასის ჯიბის ფუძე უმტკივნეულოა ან უმნიშვნელოდ მტკივნეულია, საშვილოსნოს თითით აწევა და მისი მიტანა საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივ ნაწილთან იწვევს მკვეთრ ტკივილს. ერითროციტების დალექვის რეაქცია არ არის აჩქარებული ან უმნიშვნელოდ აჩქარებულია.

ბ) საკვებით ინტოქსიკაციასა და საშვილოსნოსგარე ორსულობასთან. პირველი განსხვავდება ანამნეზითაც და ობიექტური მონაცემებითაც. ორივე დაავადებისათვის საერთოს წარმოადგენს კოლაპტოიდური მდგომარეობა, ტკივილი მუცლის ღრუში და პირღებინება, რაც იწვევს დიაგნოსტიკურ შეცდომებს. საკვებით ინტოქსიკაციის დროს აღინიშნება თითქმის განუწყვეტელი პირღებინება, მაშინ, როდესაც საშვილოსნოსგარე ორსულობის შეწყვეტისას პირღებინება პერიოდულია და დაკავშირებულია მუცლის ღრუში სისხლის ახალი პორციების ჩაქცევასთან.

ახალგაზრდა ქალებში საკვებით ინტოქსიკაციის შემთხვევებში სწორი დიაგნოზის დადგენისათვის აუცილებლად უნდა ვიფიქროთ საშვილოსნოსგარე ორსულობის შესაძლებლობაზე. მარტო ამ ერთმა გარემოებამ შეიძლება ექიმს თავიდან ააცილოს დიაგნოზის შეცდომით დასმა და, მაშასადამე, არასწორი მკურნალობის დანიშვნა. საეჭვო შემთხვევებში მას კარგ დახმარებას გაუწევს საცდელი პუნქცია.

გ) ორსულობის დროს ნაწლავების გადაგრეხასა და ორსული კვერცხსავლის გასკდომასთან. ორივე მდგომარეობას აქვს ბევრი საერთო ნიშანი, რაც აძნელებს დიფერენციულ დიაგნოსტიკას. ორივე შემთხვევაში ნაჩვენებია დაუყოვნებლივ მუცლის გაკვეთა, რომლის დროსაც ირკვევა დიაგნოზი.

დ) საკვერცხის აპოპლექსიასთან (მომწიფებული ფოლიკულის ან ყვითელი სხეულის გასკდომა მუცლის ღრუში სისხლჩაქცევით). საკვერცხის აპოპლექსია იძლევა საშვილოსნოსგარე ორსულობის მსგავს კლინიკურ სურათს. დიფერენციულ-დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით, მნიშვნელობა აქვს ანამნეზის მონაცემებსა და ორსულობაზე ბიოლოგიურ რეაქციებს. საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს ადგილი აქვს მენსტრუაციის შეჩერებას, ორსუ-

ლობის სუბიექტურ ნიშნებს, ორსულობაზე ბიოლოგიური რეაქციები დადებითია (აშჰეიმ-ცონდეკის, ალპატოვისა და ფრიდმანის რეაქციები). საკვერცხის აპოპლექსიის დროს მუცლის ღრუში სისხლჩაქცევის მოვლენები თავს იჩენს მომწიფებული ფოლიკულის მოსალოდნელი გასკდომის დღეს ან რამდენიმე დღით გვიან; მენსტრუაცია არ არის შეჩერებული და არც ორსულობის სუბიექტური ნიშნებია გამოხატული; ბიოლოგიური რეაქციები ორსულობაზე უარყოფითია.

მუცლის ღრუში მნიშვნელოვანი სისხლდენის დროს, მიუხედავად იმისა, ეს საკვერცხის აპოპლექსიის შედეგად მოხდა თუ საშვილოსნოს ორსულობის შეწყვეტით, წარმოიშვება „მწვავე მუცლის“ მოვლენები, რომლებიც ორივე შემთხვევაში მუცლის გადაუდებელ გაკვეთას მოითხოვს. მუცლის ღრუს გაკვეთის შემდეგ საკვერცხეებისა და კვერცხსავლების გასინჯვა ზუსტი დიაგნოზის დადგენის საშუალებას იძლევა.

საშვილოსნოსგარე ორსულობის მსგავსი სხვა დაავადებების დროს, მაგალითად, ჰემორაგიული მეტროპათიის, შარდსადენის კოლიკისა და სხვათა დროს, დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით აუცილებელია დაკვირვების წარმოება ავადმყოფზე რამდენიმე დღის განმავლობაში სტაციონარის პირობებში. თუ ავადმყოფის მდგომარეობის სიმძიმე მოითხოვს გადაუდებელ ჩარევას, ნაჩვენებია მუცლის ღრუს საცდელი გაკვეთა.

ეს უკანასკნელი უნდა წარმოებდეს ყველა სხვა, დიაგნოსტიკის მხრივ მძიმე შემთხვევებში, როდესაც ავადმყოფის სრული და გულმოდგინე გამოკვლევის მიუხედავად ექიმს არ შეუძლია მუცლის ღრუში სისხლჩაქცევის არსებობის არც მტკიცება და არც უარყოფა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს მხოლოდ ოპერაციულია. ზოგჯერ საეჭვოა დაუყოვნებლივ მუცლის გაკვეთის შესაძლებლობა ავადმყოფის უკიდურესად მძიმე მდგომარეობის გამო; ამას, ჩვეულებრივ, ადგილი აქვს ნაყოფის ბუდის ახალი გასკდომის დროს და დაკავშირებულია ძლიერ შინაგან სისხლდენასთან. ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობიდან კონსერვატული მეთოდებით გამოყვანის ცდა და მხოლოდ ამის შემდეგ ოპერაციის გაკეთება თითქმის ყოველთვის შეცდომას წარმოადგენს და ავად-

მყოფის მდგომარეობის შემდგომ გაუარესებას იწვევს. გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ავადმყოფის გადარჩენის ერთადერთი საშუალებაა სისხლის სასწრაფოდ გადასხმა, სისხლდენის წყაროს — ორსული კვერცხსავლის დაუყოვნებლივ მოცილება და საიმედო ჰემოსტაზი.

ამიტომ ყოველგვარი საგულე საშუალებების დანიშვნა სასწრაფო ოპერაციის მაგივრად საშიშია არა მარტო იმიტომ, რომ იკარგება ძვირფასი დრო, არამედ უმთავრესად იმის გამო, რომ საგულე საშუალებების მიცემა ჯერ კიდევ გადაუკვანძავი სისხლმდენი ძარღვების შემთხვევაში მხოლოდ აძლიერებს სისხლდენას და ავადმყოფის ისედაც მძიმე მდგომარეობას კიდევ უფრო ამძიმებს. იმ მოკლე ხნის განმავლობაში, რომელიც საჭიროა საოპერაციოდ მზადებისათვის, ავადმყოფს კანქვეშ უნდა შეეუშხაპუნოთ 1 მლ პანტოპონის 2% ხსნარი, თავქვეშ ამოვუდოთ თბილი სათბურა და გადავუსხათ სათანადო ჯგუფის დონორის სისხლი. ავადმყოფის განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობის დროს, შოკის დროს, ვენაში სისხლის გადასხმას წინ უნდა უძღოდეს არტერიის შიგნით სისხლის გადასხმა 150—180 მლ რაოდენობით ვ. ა. ნეგოვსკის მიხედვით, გადასხმული სისხლის საერთო რაოდენობა დამოკიდებულია ავადმყოფის მდგომარეობასა და მის მიერ დაკარგული სისხლის რაოდენობაზე.

პანტოპონის და მორფინის ინექციები შეიძლება ნაწარმოები იქნეს საშვილოსნოსგარე ორსულობის მტკიცედ დადგენილი დიაგნოზის დროს. წინააღმდეგ შემთხვევაში ამ საშუალებების დანიშვნა მიზანშეუწონელია, რადგან აღნიშნული ნარკოტიკების მოქმედება აბუნდოვანებს დაავადების კლინიკურ სურათს და აძნელებს დიაგნოზის დასმას.

თუ რაიმე მიზეზით სისხლის გადასხმა შეუძლებელია, მაგალითად, დონორის სისხლის უქონლობის გამო, მაშინ აწარმოებენ სისხლის შემცვლელი სითხეების გადასხმას, თუმცა ამას აწარმოებენ მას შემდეგ, რაც მუცლის ღრუ გაიკვეთება და დაზიანებულ კვერცხსავალზე დადებული იქნება მომჭერები, ე. ი. როდესაც საიმედო ჰემოსტაზი უკვე მიღწეულია. მანამდე კი სისხლის შემცვლელი სითხეების გადასხმა სერიოზულ შეცდომას წარმოადგენს, რადგან სითხის გადასხმა გამოიწვევს სისხლძარღვში დარჩენილი სისხლის გამორეცხვას და ავადმყოფის მდგომარეობის გაუარესებას.

ხაშვილოსნოსგარე ორსულობასთან დაკავშირებით ოპერაციას ყოველთვის ვაწარმოებთ ეთერის ნარკოზით. მუცლის კედელი იკვეთება შუა ხაზზე სიგრძით, რადგანაც ეს მოითხოვს ნაკლებ დროს და ქირურგს აძლევს მოქმედების დიდ თავისუფლებას, რაც მნიშვნელოვანია ოპერაციის სწრაფი შესრულებისათვის.

მუცლის ღრუში ჩაქცეული სისხლის დიდი რაოდენობის მიუხედავად, სწრაფად უნდა მოიძებნოს საშვილოსნო და ხელით უნდა იქნეს ამოტანილი საოპერაციო არეში, რის შემდეგ ადვილად მოიძებნება სისხლდენის წყარო, რომელსაც წარმოადგენს ან ერთი, ან მეორე კვერცხსავალი. მეზოსალპინქსზე, კვერცხსავლის გასწვრივ, დაუყოვნებლივ იდება მომჭერები. ეს იწვევს სისხლდენის შეწყვეტას საკვერცხის არტერიის კვერცხსავლისმხრივი ტოტიდან. მეორე მომჭერი უნდა დაედოს კვერცხსავლის საშვილოსნოს მხრივ ბოლოზე. დადებული მომჭერების ბოლოები ერთ წერტილში უნდა ერთდებოდეს (სურ. 34). ამ დროს იხშობა კვერცხსავლის სისხლით მომარაგების მეორე წყაროც — საშვილოსნოს არტერიის კვერცხსავლისმხრივი ტოტი.



სურ. 34. მეზოსალპინქსზე დადებულია ორი მომჭერი.

ამ მომენტიდან დაწყებული სისხლდენა წყდება. დგება დრო, როდესაც ავადმყოფს დაუყოვნებლივ უნდა მიეცეს საგულე საშუალებანი, გაუკეთდეს ჟაფური, კორდიაზოლი, საჭირო დოზით განმეორებით გადაესხას სისხლი. კვერცხსავალი ამოიკვეთება მომჭერებს შორის. მეზოსალპინქსის ტაკვზე იდება ჰემოსტაზური კეტგუტის

ლიგატურა. კვერცხსავლის ინტერსტიციალურ ნაწილს საშვილოსნოს კუთხიდან სოლისმაგვარად კვეთენ მისი დაინფიცირებისა და შემდგომში ანთებითი პროცესის განვითარების საშიშროების თავიდან ასაცილებლად. წარმოშობილ ჭრილობას ხურავენ კეტგუტის ჯვრისებური ლიგატურით, რის შემდეგ სისხლდენა წყდება. პერიტონიზაციას, ჩვეულებრივ, აწარმოებენ საშვილოსნოს მრგვალი იოგების ხარჯზე. ამის შემდეგ გულმოდგინედ ათვალიერებენ მეორე კვერცხსავალს და მსჯელობენ დატოვონ თუ ამოკვეთონ იგი. ამაზე საჭიროა დაფიქრება, რადგან ხშირად (ჩვენი კლინიკის მონაცემებით, შემთხვევათა 10,4%-ში) მეორე კვერცხსავალი შემდგომში განმეორებითი საშვილოსნოსგარე ორსულობის წარმოშობის მიზეზი ხდება.

მეორე კვერცხსავალს, ჩვეულებრივ, ვტოვებთ, თუ იგი, რასაკვირველია, არ არის ანთებითი ან რაიმე სხვა პათოლოგიური პროცესებით იმდენად მკვეთრად შეცვლილი, რომ მისი სანათურის გამტარობაში არ ვართ დარწმუნებული. მრავალშვილიანი ქალებისათვის, რომლებიც ასაკით ახლოს არიან კლიმაქტერიულ ხანასთან, მეორე კვერცხსავლის ამოკვეთა ფართოდაა ნაჩვენები: კვერცხსავლის ამოკვეთას მიმართავენ მაშინ, როდესაც მას ანთებითი შესართავები აკრავს გარს, და მაშინ, როდესაც იგი განუყოფელი ნაწილია ანთებითი პროცესის ნიშნებს ატარებს (გაგრძელება, გათხელება, ზედმიწევნითი დაკლაკნილობა და სხვ.).

ასეთ შემთხვევებში აუცილებელია ავადმყოფისაგან წინასწარი თანხმობის მიღება, რომელსაც ოპერაციამდე აუხსნიან მეორე კვერცხსავლის დატოვების შემთხვევაში საშვილოსნოსგარე განმეორებითი ორსულობის საშიშროებას.

დღემდე სხვადასხვა აზრი არსებობს იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა მოვიქცეთ იმ შემთხვევებში, როდესაც მუცლის ღრუში სისხლია დაგროვილი. ჩვენ ვამჯობინებთ შეძლებისდაგვარად სისხლის კოლტებისა და თხიერი სისხლის მთლიანად ამოღებას, ოპერაციის შემდგომი პერიოდის გართულებისა (ინფექცია) და შემდგომში მძიმე სიმპტომების გამომწვევი გავრცელებული შეხორცებების განვითარების თავიდან ასაცილებლად.

ოპერაციისშემდგომ პერიოდში მოვლა, მეთვალყურეობა, მკურნალობა და რეჟიმი საერთო წესების მიხედვით ტარდება.

საკვერცხის სიმსივნეების დროს ფეხის გადაგრეხა წარმოადგენს ერთ-ერთ უხშირეს მძიმე გართულებას. ჩვენს კლინიკაში საკვერცხის სიმსივნით შეპყრობილ 306 ავადმყოფზე ფეხის გადაგრეხა აღინიშნებოდა 37 შემთხვევაში, ე. ი. 12%-ში (ტ. ა. კაპონეროვა).

ფეხის თანდათანობითი გადაგრეხის დროს სიმსივნის სისხლით მომარაგება მკვეთრად არ ირღვევა, რის გამოც ამ გართულების სიმპტომები სუსტად არის გამოხატული. ფეხის უეცარი გადაგრეხის დროს კი მისი სიმპტომები სწრაფად, მძაფრად მჟღავნდებიან და მომატებისაკენ იჩენენ ტენდენციას. ეს სერიოზული გართულება ასეთ შემთხვევებში ვითარდება შემდეგნაირად.

რაიმე ფიზიკური დაძაბულობის შემდეგ, ზოგჯერ კი უამისოდაც, მუცლის ღრუში იწყება მწვავე ტკივილი. ავადმყოფს უვითარდება შოკის მოვლენები: ხშირდება პულსი, იწყება გულისრევა, პირღებინება, მას ახსამს ცივი ოფლი, მუცელი ებერება, წარმოიშვება პერიტონიტის მოვლენები, ე. ი. მუცლის ფარის გაღიზიანება (irritatio peritonei). ერთდროულად ფეხის გადავრეხისა და სიმსივნის ქსოვილში სისხლჩაქცევების დროს აღინიშნება სისხლნაკლებობის მოვლენები, რომლებიც თანდათან მატულობს; ასეთია: ხშირი და ძაფისებური პულსი, კანის საფარველის სიმკრთალე, ტუჩებისა და ფრჩხილების ციანოზი. თუ ავადმყოფს ასეთ მდგომარეობაში ზომების მიუღებლად დავტოვებთ, შეიძლება განვითარდეს დიფუზური პერიტონიტი დანეკროზებული სიმსივნის ნაწლავის ჩხირით ან სხვა მიკრობებით დაინფიცირების შედეგად. გარდა ამისა, ცილების დაშლის შედეგად წარმოშობილი შხამიანი პროდუქტები შეიწოვება მუცლის ფარის მიერ და შეიძლება გამოიწვიონ მწვავე ნეფრიტი, ნაწლავების პარალიზური გადაგრეხა და სიცოცხლისათვის სახიფათო სხვა დაავადებანი.

თუმცა საკვერცხის სიმსივნის ფეხის გადაგრეხის ყველა შემთხვევა ასე არ ბოლოვდება, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, ყოველი ასეთი გართულება უნდა მივიჩნიოთ მძიმედ, რამაც უნდა აიძულოს ექიმი ავადმყოფს გაუწიოს გადაუდებელი ქირურგიული დახმარება.

დიაგნოზი არ არის ძნელი „მწვავე მუცლის“ სურათის სწრაფი განვითარების გამო, განსაკუთრებით, როდესაც ავადმყოფისა ან

ექიმისათვის ცნობილია მცირე მენჯიდან გამოსული საკვერცხის მოძრავი სიმსივნის არსებობა. დიაგნოზს დაწყებით სტადიებში გამოიცნობენ დაავადების მწვავედ დაწყების საფუძველზედაც, მუცლის დაჭიმულობისა და მკვეთრი მტკივნეულობის მიხედვით პალპაციისა და პერკუსიის დროს, განსაკუთრებით პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციის მიდამოში. გარდა ამისა, პალპაციით შეიძლება სიმსივნის კონტურების განსაზღვრა, რომლებიც სისხლჩაქცევების შემთხვევაში სწრაფად მატულობს მოცულობაში. ორი ხელით გასინჯვა ასეთ შემთხვევებში მუცლის კედლის ჩვეულებრივი დაჭიმულობის დროსაც საკვერცხის სიმსივნის ქვედა პოლუსის ნახვის საშუალებას იძლევა. რაც უფრო მეტი დროა გასული დაავადების დაწყებიდან, მით უფრო ძნელია სიმსივნის კონტურების განსაზღვრა, რის გამოც შესაძლებელია დიაგნოსტიკური შეცდომების დაშვება. ამიტომ დიფერენციული დიაგნოსტიკის საკითხებს ასეთ შემთხვევებში დიდი მნიშვნელობა აქვს.

სიმსივნის ფეხის გადაგრეხით წარმოშობილი სიმპტომების მსგავსი კლინიკური სურათი შეიძლება მოგვცეს მთელმა რიგმა პათოლოგიურმა მდგომარეობებმა. მათ მიეკუთვნება: საშვილოსნოსგარე ორსულობა, საკვერცხიდან სისხლდენა (საკვერცხის აპოპლექსია), საშვილოსნოს დანამატების ანთებითი დაავადებანი (გადაგრეხილი ჰიდროსალპინქსი, პიოვარიუმი), საშვილოსნოს გადაგრეხილი სუბსეროზული კვანძი, ნაწლავების გადაგრეხა, აპენდიციტი, თორმეტგოჯა ნაწლავის პერფორირებული წყლული, კუჭის პერფორირებული წყლული, პიოსალპინქსის, პიოვარიუმის, პარამეტრული აბსცესის და სხვათა გასკდომის შედეგად ჩირქის ჩაქცევა მუცლის ღრუში.

მაგრამ ყველა ამ შემთხვევაში ხანგრძლივი დიფერენციულ-დიაგნოსტიკური მსჯელობა დაუშვებელია. ყველა ეს ჩამოთვლილი დაავადება, რომლებიც იძლევა სიმსივნის ფეხის გადაგრეხის სიმპტომების მსგავს სურათს, მოითხოვს დაუყოვნებლივ მუცლის გაკვეთას, რომელიც არამცთუ განსაზღვრავს მუცლის ღრუში მომხდარი კატასტროფის არსს, არამედ მოგვცემს ავადმყოფის გადარჩენის საშუალებასაც.

დიფერენციულ-დიაგნოსტიკურ შეცდომაში შეიძლება შეგვიყვანოს ჩაჭედილმა თიაქარმა და თირკმლის ან ღვიძლის არეში ჩხვლე-

ტითი ხასიათის ტკივილმა. ამიტომ ჩაჭედილი თიაქრის გამორიცხვის მიზნით, საჭიროა ოპერაციისშემდგომი ნაწიბურებისა და თიაქრის ყველა ხვრელის დაკვირვებით გამოკვლევა: საზარდულის, ბარძაყის, ჰიპის და თეთრი ხაზისა (თ. ე. პეტერბურგსკი). თირკმლების ან ღვიძლის არეში ჩხვლეტითი ხასიათის შეტევები, ჩვეულებრივ, ხანმოკლეა, რამდენიმე საათის შემდეგ ქრება, მაშინ, როდესაც ტკივილი ცისტის გადაგრეხილი ფეხის დროს მუცლის ფარის გაღიზიანების შედეგად განუწყვეტლივ ძლიერდება (მ. ს. მალინოვსკი). გარდა ამისა, თირკმლების არეში ჩხვლეტითი ხასიათის ტკივილის დროს პასტერნაცკის სიმპტომი წელის სათანადო მიდამოში დადებითია. თირკმლის არეში ჩხვლეტითი ტკივილის შემდეგ შარდის პირველ პორციაში, ჩვეულებრივ, ნახულობენ გამორეცხილ ერითროციტებს.

მკურნალობა ოპერაციულია. ისმის კითხვა: ავადმყოფს ოპერაცია დაუყოვნებლივ გაუკეთდეს, როგორც კი ამოცნობილ იქნება დიაგნოზი, თუ ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის გამო რამდენიმე ხნის შემდეგ, რათა ავადმყოფი გამოვიდეს შოკის მდგომარეობიდან, ან შენელდეს პერიტონეალური მოვლენები.

ამჟამად კლინიცისტების უმრავლესობა სასწრაფო ოპერაციული ჩარევის მომხრეა. ჩვენს კლინიკაში წლების განმავლობაში სასწრაფოდ ვუკეთებთ ავადმყოფებს ოპერაციას მას შემდეგ, რაც დიაგნოზი დასმულია. ჩვენ ყოველდღიურად ვრწმუნდებით ასეთი ტაქტიკის სისწორეში — ოპერაციამდე ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობა სწრაფად უმჯობესდება ქირურგიული ჩარევის შემდეგ. სასწრაფო ოპერაციის მიზანშეწონილობა კიდევ იმაში გამოიხატება, რომ დროულად ჩარევის დროს ის ტექნიკურად უფრო ადვილი შესასრულებელია, რადგან ამ დროისათვის მეზობელ ორგანოებთან მკვრივი შეხორცებანი ჯერ კიდევ ვერ ასწრებენ განვითარებას, რაც, თავის მხრივ, აუმჯობესებს ოპერაციის შემდგომი მიმდინარეობის პროგნოზს.

ვიღებთ რა მხედველობაში შეხორცებების შესაძლებლობას და დიფერენციულ-დიაგნოსტიკურ შეცდომებს, სიმსივნის ფეხის გადაგრეხის მოვლენების არსებობისას ავადმყოფის ოპერაცია უნდა წარმოებდეს მუცლის კედლისმხრივი გაკვეთით, მაშინაც კი, თუ სიმსივნე მცირე ოდენობისაა.

ასეთ შემთხვევაში ჩვენ ვამჯობინებთ ინჰალაციურ ეთერის

ნარკოზს. განაკვეთს ვაკეთებთ შუა ხაზზე სიგრძით, ბოქვენსა და ჯიპს შორის. ჭრილის სიგრძე დამოკიდებულია სიმსივნის სიდიდეზე.

დაინფიცირებული სიმსივნიდან მიკრობების მოხვედრის თავიდან ასაცილებლად მცირე მენჯის ორგანოებს მუცლის ღრუსაგან საფენებით აცალკევებენ. ხელის ხერხისმაგვარი მოძრაობით სიმსივნეს ათავისუფლებენ შეხორცებებისაგან, თუ მათ მოასწრეს განვითარება, და იგი გამოაქვთ გარეთ. ოპერაციის მოხერხებულად წარმოებისათვის საშვილოსნოს კუთხეზე, რომელიც სიმსივნეს შეესაბამება, ადებენ გრძელ სწორ დამჭერს საშვილოსნოს გვერდთან ახლოს, იმ ვარაუდით, რომ დამჭერი მოხვდეს კვერცხსავალსა და საკვერცხის საკუთარ იოგს. ამგვარად დადებული დამჭერი გასწევს სახელურის მაგივრობას, რომლითაც შეიძლება საშვილოსნოს დაჭერა. ერთდროულად იგი საჰემოსტაზო კლემსაც წარმოადგენს. ამის შემდეგ სიმსივნეს ამოკვეთენ, მაგრამ მისი ფეხის წინასწარ გაშლას არ აწარმოებენ ემბოლიის საშიშროების გამო, რომელიც წარმოიშვება სიმსივნის ფეხის ვენიდან სისხლის მიმოქცევის წრეში მოხვედრილი თრომბით. ასეთი ემბოლია წარმოადგენს მძიმე გართულებას და შეიძლება ავადმყოფის უეცარი სიკვდილით დამთავრდეს.

თუ სიმსივნეს აქვს წვრილი გრძელი ფეხი, მაშინ მჭიდრო დამჭერს მთელ ფეხზე ადებენ და სიმსივნეს ამოკვეთენ. იმისათვის, რომ ლიგატურა არ მოსხლტეს, ტაკვზე ადებენ მსხვილ კეტგუტის ნაკერს და კვანძავენ დამჭერის ქვემოთ. ამის შემდეგ ტაკვს გულმოდგინედ ათვალიერებენ, რათა დარწმუნდნენ ტაკვიდან სისხლდენის არსებობაში. თუ აღმოჩნდა უმნიშვნელო სისხლდენა, ადებენ დამატებით ლიგატურებს.

თუ სიმსივნეს აქვს ფართო ფეხი, მაშინ ცალ-ცალკე თითოეულ წარმონაქმნზე, რომლებიც შედიან ფეხის შემადგენლობაში, ადებენ სამ დამჭერს: მენჯ-ძაბრისებურ იოგზე, საკვერცხის საკუთარ იოგზე და კვერცხსავალზე. პერიტონიზაციას, ჩვეულებრივ, აწარმოებენ ფართო იოგით. ამის შემდეგ ათვალიერებენ მეორე საკვერცხესაც და თუ მასში აღმოჩნდა სიმსივნის ელემენტები, მასაც ამოკვეთენ.

შვილოსნობის ასაკში, თუ საკვერცხის სიმსივნე ავთვისებიანობის მხრივ ეჭვს არ ბადებს, ჩვენ ვაწარმოებთ სიმსივნის რეზექციას ჭსოვილების საღი ნაწილების ფარგლებში. დარჩენილი საკვერცხის

უმნიშვნელო ნაწილიც კი ინარჩუნებს ქალისათვის ამ უმნიშვნელოვანესი ორგანოს ენდოკრინულ ფუნქციას. რეზექციის შედეგად მიღებულ ჭრილობას კერავენ კეტგუტის უწყვეტი ნაკერით.

ერთმხრივი, მაგრამ ავთვისებიანი წარმოშობის, საკვერცხის სიმსივნის შემთხვევაში რეციდივის აცილების მიზნით საჭიროა საშვილოსნოს მთლიანი ექსტირპაციის წარმოება ორივე საკვერცხისა და კვერცხსავლის ამოკვეთით, მიუხედავად ავადმყოფის ასაკისა.

მუცლის ღრუს დახურვის წინ მასში ასხამენ პენიცილინის ხსნარს 300.000—500.000 ერთეულის რაოდენობით.

თუ მწვავე მუცლის მოვლენები შენელდა ან იწყებს შენელებას და ხდება მცირე მენჯის ორგანოების შემოფარგვლა მუცლის ღრუს დანარჩენი ნაწილისაგან (შემოფარგლული პელვეოპერიტონიტი), ხოლო ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა საგრძნობლად გაუმჯობესდა, მაშინ სასწრაფო ოპერაცია არ არის აუცილებელი. ასეთ შემთხვევებში ავადმყოფს უნიშნავენ ანტიბიოტიკებს და ატარებენ თერაპიას იმავე პრინციპებით, რომლებითაც მცირე მენჯის ორგანოებში მწვავე და ქვემწვავე ანთებითი პროცესების დროს (იხ. II თავი). საკვერცხის სიმსივნის ამოკვეთას ასეთ შემთხვევებში აწარმოებენ მოგვიანებით, როდესაც მუცლის ღრუს მწვავე და ქვემწვავე პროცესები გამქრალია და ავადმყოფის მდგომარეობა საგრძნობლად გაუმჯობესებულია.

პერიტონიტი

პერიტონიტი ქალთა სასქესო ორგანოების დაავადებათა კლინიკაში შედარებით იშვიათად გვხვდება. ჩვეულებრივ, იგი წარმოიშვება ან ჩაპარკებული ჩირქგროვის მუცლის ღრუში გასკდომის შედეგად, ან როგორც ოპერაციისშემდგომი გართულება („ქირურგიული პერიტონიტი“).

დიფუზური პერიტონიტის სიმპტომები ფრიად მრავალფეროვანი და მრავალრიცხოვანია. დაავადების ესა თუ ის სიმძიმე, ე. ი. კლინიკური სურათი, ხასიათდება მთელი რიგი ფაქტორებით, რომელთა შორის განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმის რეაქციულ, დამცველ თვისებებს, ჭსოვილების მდგომარეობას პირველადი დაზიანების კერის მიდამოში, მიკრობების დახასიათებას, რომელთაც

გამოიწვიეს ეს რეაქცია (მიკრობის სახეობა და შტამი, მისი ტოქსიკურობა, ვირულენტობა და სხვ.).

დიფუზური პერიტონიტის სიმპტომების მრავალფეროვნების მიუხედავად, შეიძლება მათგან გამოვყოთ ზოგიერთი დამახასიათებელი სიმპტომი, რომლებიც დაავადების უმეტეს შემთხვევაში გვხვდება. მათ მიეკუთვნება: საერთო სისუსტე, შებოჭილობა ან, პირიქით, აგზნებულობა, პირღებინება, სახის ნაკვთების წამახვილება, მაღალი ტემპერატურა, ხშირი და სუსტი პულსი, მშრალი ენა, კუჭის მოქმედებისა და აირების შეკავება, ნაწლავების ატონიის გამო მუცლის შებერილობა და დაჭიმულობა. შემდგომში ადგილი აქვს კუჭის მოქმედების სიხშირეს თხიერი და მყრალსუნიანი გამონაყოფით, მუცელი ჩავარდნილია, მკვეთრად მტკივნეული, ბლუმბერგ-შჩეტკინის სიმპტომი დადებითია, მუცლის ფრთხილი პერკუსიის დროს მუცლის მთელ მიდამოში მკვეთრი მტკივნეულობა, ხშირი და ზერელე სუნთქვა მუცლის მონაწილეობის გარეშე; სისხლში ერითროპენია, ჰემოგლობინის დაქვეითებული პროცენტი, ნეიტროფილური ჰიპერლეიკოციტოზი, ანეოზინოფილია, მონოციტოპენია; სისხლიდან ითესება მიკრობები (პერიტონეალური სეპტიცემია). საშოს გასინჯვა, ჩვეულებრივ, არ იძლევა რაიმე ახალ არსებით ნიშნებს. დაავადების ბოლო სტადიაში ტემპერატურა ეცემა ნორმამდე და უფრო დაბლაც, პულსი კი ხშირდება, ხდება ძაფისებური, არიტმული, არტერიული წნევა ეცემა.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ოპერაციულია, რითაც წარმატებას ვაღწევთ იმ შემთხვევებში, როდესაც ავადმყოფის ორგანიზმის დამცველი ძალები ჯერ კიდევ კარგად არის გამოხატული და როდესაც ოპერაციას აკეთებენ დიფუზური პერიტონიტის განვითარების პირველ საათებში. ოპერაციას აწარმოებენ ადგილობრივი ინფილტრაციული ანესთეზიით ან ეთერის მსუბუქი ნარკოზით. განაკვეთი კეთდება ფენა-ფენად შუა ხაზზე, ჭიპის ქვევით. მუცლის ღრუს გახსნის შემდეგ შიგ მყოფ სითხეს შეძლებისდაგვარად იღებენ. თუ ავადმყოფის მდგომარეობა საშუალებას იძლევა, მაშინ ამოკვეთენ აგრეთვე ინფექციის წყაროს (კვერცხსავლებს, საკვერცხეებს, საშვილოსნოს); წინააღმდეგ შემთხვევაში კმაყოფილდებიან მუცლის ღრუს დრენაჟით. ამისათვის საშოში შეაქვთ გრძელი მოღუნული კორცანგი, რომლის ჩაკეტილ ბოლოს აჭერენ უკანა თაღს. ამის მეშვეობით ოპერატორი

ხედავს დუგლასის ჯიბის ნაწილს, რომელიც უნდა გაჭრას სადრენაჟო ხვრელის გასაკეთებლად. ასისტენტი შლის კორცანგის ბოლოებს, ოპერატორი კი ჭრის ამ ბოლოებს შორის გადაჭიმულ ქსოვილებს და აგრეთვე დუგლასის ჯიბის ფსკერისა და საშოს უკანა თაღის ქსოვილებს. კორცანგის ბოლოებით იღებენ დოლბანდის ზონარდრენაჟს, გაჟღენთილს პენიცილინის ხსნარში, და მისი ბოლო გამოაქვთ საშოში და რამდენადმე გარეთ. მუცლის ღრუში ასხამენ პენიცილინის ხსნარს (800.000—1 მილიონი ერთეულის რაოდენობით). ხოლო კოლიბაცილური ინფექციის დროს — სტრეპტომიცინის ხსნარს (1 გ). მუცლის ღრუს ყრუდ ხურავენ.

დოლბანდის ზონარს, მეორე-მესამე დღიდან დაწყებული, საშოდან თანდათან გამოსწევენ. ერთდროულად ატარებენ კონსერვატულ თერაპიას: საგულე საშუალებების და ანტიბიოტიკების ინექციები, სისხლის გადასხმა, უმჯობესია წვეთოვანი მეთოდით, ვენაში გლუკოზის 40% ხსნარი 30—50 მლ რაოდენობით. ინექციები კანქვეშ—გლუკოზის 5% ხსნარი ფიზიოლოგიურ ხსნარში 500 მლ რაოდენობით, კუჭის ამორეცხვა და სხვ. ავადმყოფს აწვენენ საწოლში ისე, რომ ტანის ზედა ნაწილი ოდნავ აწეულ მდგომარეობაში ჰქონდეს. ამით ჩირქს სადრენაჟო ხვრელიდან საშოში ჩასვლის საშუალება ეძლევა.

დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ოპერაციისშემდგომ პერიოდში მოვლას. განსაკუთრებით ნაჩვენებია ნაწლავების ატონიის წინააღმდეგ ბრძოლა სითხის დიდი რაოდენობით შეყვანის გზით, ნ. გ. ბელენკოვის არაჰპეციფიკური შრატის შეყვანა და სისხლის განმეორებით გადასხმა.

მცირე მენჯის ჩირქგროვები

დაავადების ამ ჯგუფს მიეკუთვნება ჩირქის დაგროვება საშვილოსნოსუკანა სივრცეში (pyocele retrouterina), კვერცხსავლის ღრუში (pyosalpinx), საკვერცხეში (pyovarium), საშვილოსნოს ირგვლივ მდებარე უჯრედისში (parametritis purulenta), ანდა მცირე მენჯის მთელ უჯრედისში (pelveocellulitis purulenta) ან მთელი მენჯის — როგორც მცირე, ისე დიდი მენჯის უჯრედისში (phlegmona pelvis).

ამ შემთხვევებში აუცილებელია გადაუდებელი დახმარება,

მუცლის ღრუში ჩირქის ჩაქცევის, დიფუზური პერიტონიტისა და მძიმე საერთო ინტოქსიკაციის საშიშროების გამო. მაგრამ თუ ამ უმძიმეს გართულებას ადგილი არ ექნა და ჩირქმა გამოხეთქა მეზობელ ღრუ ორგანოებში (შარდის ბუშტი, ნაწლავები), მცირე მენჯში ჩირქოვანი პროცესის ამ შედარებით დამაკმაყოფილებელი გამოსავლის დროსაც ხშირად ვითარდება პიელოცისტიტი ან ჩირქგროვის ღრუს განმეორებითი დაინფიცირება ნაწლავის ჩხირით. ამის შედეგად შეიძლება განვითარდეს სეპტიკოპიემია, მარეციდივირებელი აბსცესის გამო, და სხვა გართულებანი. ორგანიზმის ძლიერი დასუსტების გამო ზოგჯერ ავადმყოფი იღუპება.

II თავში აღწერილია მცირე მენჯში ჩირქის დაგროვებასთან დაკავშირებული მთელი რიგი პათოლოგიური პროცესების ეტიოლოგია, პათოგენეზი, კლინიკა და დიაგნოსტიკა. ამიტომ შემდეგში ჩვენ შევეხებით ექიმის მოქმედების ხასიათს ამ საშიშ მდგომარეობათა ყოველი უმნიშვნელოვანესი ვარიანტის დროს გადაუდებელი დახმარების გაწევის მიზნით.

პ ი ო ს ა ლ პ ი ნ ქ ს ი (pyosalpinx) — კვერცხსავლის ჩირქოვანი ანთება მიმდინარეობს პელვეოპერიტონიტის ფონზე, რომელიც პარამეტრთან არის შეხამებული. მენჯისმხრივი პერიტონეუმი ამ დროს უმეტესად იმდენად კარგად შემოფარგლავს ჩირქოვან კერას მუცლის ფარის დანარჩენი ნაწილისაგან, რომ დიფუზური პერიტონიტის საშიშროება უმნიშვნელოა. ამიტომ ასეთ ავადმყოფებს, როგორც წესი, მხოლოდ კონსერვატულად მკურნალობენ.

ზოგჯერ კვერცხსავლის ღრუში ჩირქის დაგროვება იმ რაოდენობამდე აღწევს, რომ ღრუს კედელი ძლიერ იჭიმება და იქმნება გასკდომის საშიშროება. ამას ჩვენ ვიგებთ პიოსალპინქსის მოცულობის თანდათანობითი გადიდების, მუცლის სათანადო ნაწილში მტკივნეულობის მომატებისა და საერთოდ მწვავე პელვეოპერიტონიტის ზემოთკენ განვითარების ტენდენციის მიხედვით.

პიოსალპინქსის მოსალოდნელი გასკდომის დროს მუცლის ფარის გაღიზიანების მოვლენები იმდენად ძლიერდება, რომ ხშირად ძნელია მისი გარჩევა დიფუზური პერიტონიტისაგან. მთელ რიგ ასეთ შემთხვევებში წინა კედლიდან ან საშოდან გასინჯვის დროს აღინიშნება ფლუქტუაცია. მუცლის კედლის მკვეთრი მტკივნეულობისა და დაჭიმულობის გამო შეუძლებელია ზუსტი გამოკვლევა, მით

უმეტეს, რომ იგი უნდა წარმოებდეს ძალიან ფრთხილად ჩირქგროვის კედლის შესაძლებელი გასკდომის გამო. ასეთი, სწრაფად განვითარებული პიოსალპინქსების დროს, როდესაც იზრდება ჩირქგროვის გასკდომის და ჩირქის მუცლის ღრუში ჩაღვრის საშიშროება და როდესაც კონსერვატული თერაპიის ყველა მეთოდის ხმარება ვერ წყვეტს ჩირქგროვის განვითარებას, ყოველ წუთს შესაძლებელია მისი კედლის გასკდომა.

ჩირქგროვის პერფორაცია შეიძლება მოხდეს ან თავისთავად, ან ტრავმის შედეგად. ეს უკანასკნელი ავადმყოფს შეიძლება მივაყენოთ, თუ მას ორი ხელით არასაკმარისად ფრთხილად გავსინჯავთ. პიოსალპინქსის კედლის თავისთავად გასკდომას, ჩვეულებრივ, წინ უძღვის ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის გაუარესების სტადია პერიტონეალური მოვლენების გაძლიერებით—ე. წ. პ რ ე პ ე რ ფ ო რ ა ც ი უ ლ ი სტადია. პიოსალპინქსის კედლის გასკდომის სიმპტომები საკმაოდ დამახასიათებელია: უეცრად იწყება მწვავე, ჩხვლეტითი ტკივილი მუცლის არეში („ხანჯლის ჩაცემა"); ხშირად ავადმყოფები აცხადებენ, რომ „მუცელში რაღაც გაუსკდათ". ამის შემდეგ სწრაფად იზრდება დიფუზური პერიტონიტის მოვლენები.

პიოსალპინქსი ხშირად თავსდება საშვილოსნოსუკანა სივრცეში და ერთდროულად შედის მენჯის ან მარჯვენა, ან მარცხენა მხარეში იმის მიხედვით, თუ რომელი კვერცხსავალია დაზიანებული. ამიტომ პიოსალპინქსის პუნქცია შეიძლება უკანა თაღიდან ვაწარმოოთ.

პ ი ო ს ა ლ პ ი ნ ქ ს ი ს პუნქციას აწარმოებენ ეთერის მსუბუქი ნარკოზის ქვეშ. ავადმყოფი იმავე მდგომარეობაშია, როგორც საშოს ოპერაციების დროს. სარკეებით საშვილოსნოსა და საშოს თაღების გამოჩენის შემდეგ საოპერაციო არეს ამუშავებენ სპირტით და იოდით. უკანა ბაგეს ადებენ ტყვიის მაშებს და საშვილოსნოს ყელს ფრთხილად სწევენ ზევით. ლორწოვანი გარსიდან, რომელიც ფარავს უკანა თაღს, მისი შუა ხაზის გასწვრივ შეაქვთ შპრიცზე გაკეთებული მსხვილი და გრძელი ნემსი, მის წვერს მიმართავენ ოდნავ გვერდით, სადაც ნავარაუდევია ჩირქგროვა. როგორც კი შპრიცში ჩირქი გამოჩნდება, დგუშს მაშინვე გამოსწევენ და მაქსიმალურად ამოსწოვენ ჩირქს. იმავე ნემსით ჩირქგროვის ღრუში ასხამენ პენიცილინის ხსნარს 200.000—300.000 ერთეულის რაოდენობით.

ცალკეულ გამონაკლის შემთხვევებში, როდესაც ჩირქგროვის

პუნქცია არ ხერხდება, ხოლო რადიკალური ჩარევა (მუცლის ღრუს გაკვეთა — პიოსალპინქსის ამოკვეთა ან მისი დრენირება) რაიმე მიზეზით შეუძლებელია ან არ არის სასურველი, მაშინ აუცილებელია ჩირქგროვის დაცარიელება კ ო ლ პ ო ტ ო მ ი ი ს მეთოდით. ამ მიზნით ნემსით ჩხვლეტის ადგილიდან ოდნავ ზევით, ნემსის გამოუღებლად, საშვილოსნოს ყელიდან ერთი სანტიმეტრის დაშორებით საშოს ლორწოვან გარსზე სკალპელით აკეთებენ 2 სმ სიგრძის გარდიგარდმო განაკვეთს. ლორწოვან გარსს ჩლუნგი წესით გვერდებზე ოდნავ გაჰოაშრევებენ (გარდიგარდმო გაკვეთისას წინისაკენ და განსაკუთრებით უკანისაკენ), რათა არ დააზიანონ საშვილოსნოს სისხლძარღვები, შარდსადენი და საშოსთან ახლომდებარე სწორი ნაწლავის კედელი, და აგრეთვე გააშიშვლონ ლორწოვანში შრე. ამის შემდეგ იღებენ მოხრილ და ოდნავ წაწვეტებულბოლოიან კორცანგს და სუსტი დარტყმით ჩხვლეტენ მუცლის ფარს, რომლითაც ამოფენილია საშვილოსნოს უკანა სივრცე, შემდეგ კი პიოსალპინქსის კედელსაც. ჩხვლეტას აწარმოებენ აბსცესის ღრუში შემავალი ნემსის მიმართულებით. ხვრელიდან მაშინვე გამოჩნდება ჩირქი. ჩირქის ნაკადი დიდდება მას შემდეგ, რაც კორცანგს გავხსნით და გავადიდებთ პერფორაციულ ხვრელს.

ზოგჯერ ჩირქის მაგივრად გამოდის სეროზული სითხე. ასეთ შემთხვევებში მიღებული სითხე უნდა შევადაროთ იმ სითხეს, რომელიც შპრიცშია. სითხეებში განსხვავება იმის მაჩვენებელია, რომ კორცანგმა ჯერ ვერ მიაღწია პიოსალპინქსის ღრუს და საშვილოსნოსუკანა სივრცეში გაჩერდა. სეროზული სითხე კი იმის მაჩვენებელია, რომ საშვილოსნოსუკანა სივრცესა და პიოსალპინქსის კედელს შორის წარმოიშვა ჩაპარკებული ღრუ, რომელიც შეიცავს ანთებით ექსუდატს (serocele).

როგორც კი ჩირქდენა შეწყდება, ჩირქგროვის ღრუში ხიშტისმაგვარი პინცეტით ან კორცანგით შეაქვთ დოლბანდის რბილი ზონრის ბოლო. შემდეგ ბრაუნის შპრიცით იღებენ 10—15 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში განზავებულ 500.000—800.000 ერთეულ პენიცილინს და ასხამენ ჩირქგროვის ღრუში. ღრუში შეტანილი დოლბანდის ზონრის ბოლო საცობის როლს ასრულებს, რომლის მიზანია ღრუში პენიცილინის შეკავება. პენიცილინის შეყვანის შემდეგ დოლბანდის იმავე ზონრით არამჭიდროდ ადრენირებენ აბსცესის ღრუს.

დრენაჟს და პენიცილინის შეყვანას აწარმოებენ ყოველდღიურად ან დღეგამოშვებით. ასეთი ჩარევის შედეგად ავადმყოფის მდგომარეობა უმჯობესდება.

მეთოდის დიდ ნაკლს წარმოადგენს ის, რომ პერფორაციული ხვრელის კიდეები უმეტეს შემთხვევაში განიცდიან სწრაფ ეპითელიზაციას, რის გამო კვერცხსავლის ღრუსა და საშოს შორის, როშელიც განუწყვეტლად გამოყოფს ჩირქს, იქმნება ფისტულოვანი გასავალი. ასეთი ფისტულები, მიუხედავად მკურნალობისა, დიდხანს არ ხორცდება და ჩირქის მუდმივი დენის გამო, რაც ზოგჯერ რამდენიმე წელი გრძელდება, ასუსტებს ავადმყოფს. ამის შედეგად ვითარდება უმძიმესი, ავადმყოფის სიცოცხლისათვის საშიში დაავადება — ამილოიდოზი, უპირატესად ელენთის, ღვიძლის, თირკმლების, თირკმელზედა ჯირკვლების და სხვა ორგანოებისა.

ასეთ შემთხვევებში შესაძლებელია მკურნალობის ერთადერთი საშუალების გამოყენება — დაავადებული კვერცხსავლის შემდგომი ამოკვეთა. ამიტომ პიოსალპინქსის დროს კოლპოტომია იშვიათად უნდა იყოს გამოყენებული, მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევაში.

თუ პიოსალპინქსი მდებარეობს მაღლა და საშოს თაღებიდან მასთან მიღწევა არ შეიძლება, ხოლო ამასთან ერთად სასიცოცხლო ჩვენებების მიხედვით ჩირქი აუცილებლად უნდა იქნეს გამოშვებული, მიმართავენ მუცლის ღრუს გაკვეთას. ამ უკანასკნელს მიმართავენ იმ შემთხვევებშიც, როდესაც ჩირქმა უკვე გამოხეთქა მუცლის ღრუში; ასეთ შემთხვევებში მუცლის გაკვეთა რაც შეიძლება ადრე უნდა მოხდეს.

ოპერაციის ტექნიკა მდგომარეობს მუცლის წინა კედლის შუა ხაზზე გაკვეთაში, ნოვოკაინის ადგილობრივი ანესთეზიით. მუცლის ღრუს ჩირქისაგან ათავისუფლებენ დოლბანდის დიდი ბურთულებით და აკეთებენ დრენაჟს, როგორც დიფუზური პერიტონიტის ოპერაციის დროს (იხ. ზევით). თუ ოპერაციას აწარმოებენ პიოსალპინქსის კედლის გასკდომის პირველ საათებში და ავადმყოფის მდგომარეობა საშუალებას იძლევა, არ უნდა დავკმაყოფილდეთ მხოლოდ ჩირქის ამოღებით და მუცლის ღრუს დრენაჟით და უნდა ამოკვეთოთ დაზიანებული კვერცხსავალიც, ხოლო თუ ამავე დროს საშვილოსნოც იმდენადაა დაზიანებული, რომ მისი დატოვება საშიშია, მაშინ უნდა ამოიკვეთოს საშვილოსნოც. ასეთ შემთხვევაში საშვილოსნოს საშოს-

ზედა ამპუტაციას უნდა ვამჯობინოთ მისი მთლიანი ექსტირპაცია. გახსნილი საშო არ უნდა დაიხუროს. იგი გამოყენებული უნდა იქნეს როგორც ხვრელი მუცლის ღრუდან დოლბანდის დრენაჟის ამოსაღებად.

კვერცხსავლებისა და საკვერცხეების ერთდროულად დაზიანების დროს აწარმოებენ საკვერცხეების ამოკვეთასაც, მაგრამ საჭიროა შემდეგი პირობის ზუსტად დაცვა: შეილოსნობის ასაკში დატოვებული უნდა იქნეს საკვერცხის საღი ქსოვილის მცირე ნაწილი მაინც, რათა მისი ენდოკრინული ფუნქცია არ გამოითიშოს, რაც ქალის ორგანიზმის ფიზიოლოგიაში დიდ როლს თამაშობს.

დანარჩენში ექიმის მოქმედება ოპერაციის დროს და მის შემდეგ არაფრით არ განსხვავდება დიფუზური პერიტონიტის დროს წარმოებული ოპერაციისაგან.

პიოვარიუმის (pyovarium) დროს ექიმის მოქმედება და საჭირო ჩარევანი იგივეა, რაც პიოსალპინქსის დროს. ამ შემთხვევაშიც გადაუდებელი დახმარების ძირითად მეთოდს წარმოადგენს ჩირქგროვის პუნქცია და მასში პენიცილინის შეყვანა.

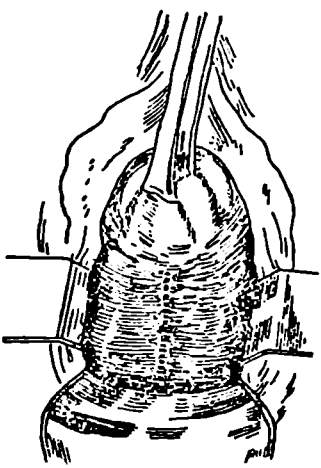
აწარმოებენ 2—3 პუნქციას. ჩირქის გამოღებისათვის წარმოებულ პუნქციასთან ერთად უნდა ჩატარდეს საერთო მკურნალობა პენიცილინით (800.000 ერთეული დღე-ღამეში), სულფანილამიდებით (5—6-ჯერ დღე-ღამეში 1,0), რამდენჯერმე სისხლის გადასხმა 150 მლ რაოდენობით. გარდა ამისა, კანქვეშ შეყვანილი უნდა იქნეს გლუკოზის 5% ხსნარი, ხოლო ვენაში — მისი 40%. ხსნარი, ავადმყოფს უნდა მიეცეს აგრეთვე ვიტამინები და საგულე საშუალებანი.

საშვილოსნოსუკანა სივრცის აბცესი (pyocèle retrouterina). როგორც კი დასვამენ ამ აბსცესის დიაგნოზს. და საშოსუკანა თაღი იწყებს გამობურთვას, იგი უნდა გაიხსნას კოლპოტომის საშუალებით. ოპერაციის წინ ნაწარმოები უნდა იქნეს საეჭვო ჩირქგროვის სადიაგნოსტიკო პუნქცია, რათა ნამდვილად დავრწმუნდეთ საშვილოსნოსუკანა ჩირქგროვის არსებობაში.

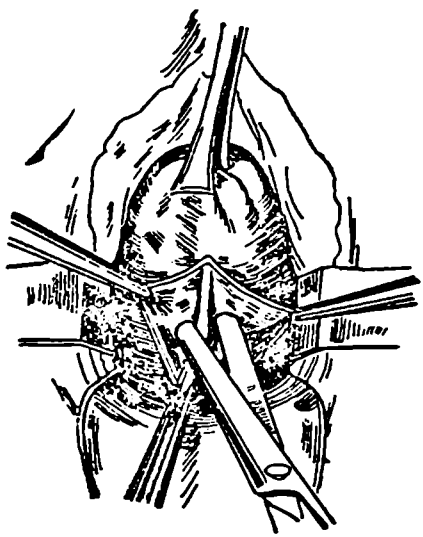
კოლპოტომიის ტექნიკა ასეთ შემთხვევებში ზემოთ აღწერილისაგან მხოლოდ იმით განსხვავდება, რომ მუცლის ფარს ხსნიან მაკრატლით და განთავისუფლებულ ღრუში დრენაჟი არ შეაქვთ, სამაგიეროდ ყოველდღიურად ან დღეგამოშვებით აწარმოებენ კოლპოტომიური ხვრელის გაგანიერებას კორცანგით მანამ, სანამ ჩირქდენა

არ შეწყდება. პიოსალპინქსისაგან განსხვავებით მწვავე მოვლენების შენელებისა და ჩირქდენის შეწყვეტის შემდეგ ხდება კოლპოტომიური ხვრელის შეხორცება, რის გამოც ფისტულა არ წარმოიშვება (სურ. 35 და 36).

აბსცესიდან ჩირქის გამოღება შეიძლება აგრეთვე პუნქციებით. მჯსში პენიცილინის შემდგომი შეყვანით. პუნქციებს აწარმოებენ



სურ. 35. უკანა კოლპოტომია. პუნქტირით აღნიშნულია განაკვეთის ხაზი.



სურ. 36. უკანა კოლპოტომია. გაჭრილია საშოს უკანა კედელი. განაკვეთის კიდეები ერთიმეორისაგან განცალკევებულია. პინცეტით გაწეულია საშვილოსნოსუკანა სივრცის პერიტონეუმის ნაოჭი და მაკრატლით გახსნილია პერიტონეუმი.

ყოველდღიურად. თუ 1—2 პუნქციის შემდეგ გაუმჯობესება არ აღინიშნა, ნაჩვენებია კოლპოტომია. სწორნაწლავ-საშოსმხრივი გასინჯვის დროს, რომელსაც აწარმოებენ 2—3 დღეში ერთხელ, იღებენ საკმაო მონაცემებს მეთოდის ეფექტურობის შესაფასებლად.

ოპერაციისშემდგომ პერიოდში ავადმყოფი აუცილებლად უნდა

მოთავსდეს ისე, რომ მისი ტანის ზედა ნაწილი ოდნავ წამოწეული იყოს ჩირქდენის გასაადვილებლად და იმ ზოგადი ღონისძიებების ჩასატარებლად, რომლებიც ჩამოთვლილი იყო ზემოთ პიოსალპინქსისა და პიოვარიუმის დროს ავადმყოფებისათვის სასწრაფო დახმარების აღმოჩენის აღწერისას.

ჩირქოვანი პარამეტრიტი (parametritis purulenta), ჩირქოვანი პელვეოცელულიტი (pelveocellulitis purulenta), მენჯის ფლეგმონა (phlegmona pelvis)

ჩირქის დაგროვება საშვილოსნოსთან ახლომდებარე უჯრედისში— მცირე მენჯის ან მთელი მენჯის უჯრედისში — მხოლოდ პირობით შეიძლება მიეკუთვნოს „მწვავე მუცელს“, რომელიც წარმოიშვება როგორც მუცლის ფარის რეაქცია მუცლის ღრუში ისეთ პათოლოგიურ პროცესებზე. როგორიცაა ანთება, სისხლჩაქცევა, ცისტომების თხიერი შიგთავსის მუცლის ღრუში გამოხეთქვა და სხვ.

პრაქტიკულად გამართლებულია, რომ მენჯში პერიტონეუმის ქვეშ ჩირქის დაგროვებას მიაკუთვნებენ დაავადებათა იმ ჯგუფს, რომელთა მიმდინარეობა წარმოებს „მწვავე მუცლის“ სინდრომით, რასაც შემდეგი მოსაზრებები უდევს საფუძვლად:

1) მენჯში, პერიტონეუმის ქვეშ, ჩირქის დაგროვება ხშირად აღინიშნება მუცლის ქვედა ნაწილის პერიტონეუმის ანთებასთან ერთად, რომელიც ვითარდება მუცლის ღრუს ორგანოების დაჩირქების პროცესებთან დაკავშირებით, მაგალითად, პიოსალპინქსის ან პიოვარიუმის დროს. ამიტომ მუცლის ღრუსა და მის გარეშე აბსცესების ერთმანეთისაგან ზუსტად გარჩევა ხშირად შეუძლებელია.

2) მენჯის უჯრედისის მწვავე ანთების დროს, განსაკუთრებით მისი დაჩირქებისას, არაიშვიათად მის თანამგზავრს წარმოადგენს პერიტონეუმის იმ ნაწილების რეაქციული ანთება, რომელთა ქვეშ წარმოიშვება ჩირქგროვა, ამიტომ ამის შედეგად წარმოშობილი პერიტონიზმის მოვლენები ხანდახან შეუძლებელს ხდის დიფერენციაცია გატარდეს მწვავე პელვეოპერიტონიტსა და მწვავე პელვეოცელულიტს შორის.

3) ყოველი ამ მდგომარეობის დროს ექიმის მოქმედება და სასწრაფო დახმარების ხასიათი ერთი და იგივეა.

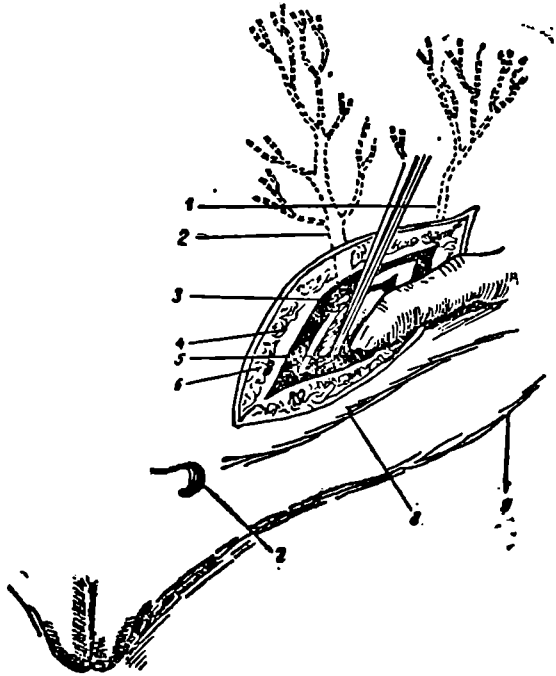
ზევით აღნიშნული იყო, რომ პერიტონეუმის ქვეშმდებარე უჯრედისში დაგროვილი ჩირქი ხშირად გამოხეთქავს გარეთ მუცლის კედლიდან პუპარტის იოგის ზევით. ხშირად იგი გამოხეთქავს აგრეთვე მეზობელ ღრუ ორგანოებში—შარდის ბუშტში, სწორ ნაწლავში, საშოში ან მუცლის ღრუშიც, ხოლო ცალკეულ შემთხვევებში — უშუალოდ საშვილოსნოს ღრუში ან დიდი საჯდომი ხვრელის საშუალებით დუნდულოს დიდი კუნთის ქვეშ, შორისიდან.

როგორც კი აღმოჩნდება ფლუქტუაცია, რომელიც აბსცესის მომწიფების მაჩვენებელია, მეტი ცდა არ შეიძლება; ჩირქს უნდა მიეცეს გამოსავალი სასურველი მიმართულებით. მაშასადამე, ყოველი ამოცნობილი აბსცესი უნდა გაიხსნას.

მიზანშეწონილია დავაცარიელოთ ჩირქგროვა მანამ, სანამ მისი პატარა კერები ჯერ კიდევ არ შეერთებულან ერთ მთლიან ღრუდ. ასეთ შემთხვევაში ოპერაციული ჩარევა მიზანს ვერ აღწევს, რადგან შეუძლებელია ყველა იმ პატარა ჩირქგროვის ნახვა და გაკვეთა, რომლებიც დროთა განმავლობაში გადაიქცევა დიდი მოცულობის ჩირქგროვებად და საჭირო გახდება ახალი ჩარევა. ამასთან ერთად, ასეთი ცდები საშიშიცაა, რადგან უჯრედისის სიღრმეში მოთავსებული ჩირქგროვის გაკვეთის დროს მანიპულაციების წარმოება ექსუდატის ადგილას გვიხდება. მუცლის ფარის, მეზობელი ორგანოების, მსხვილი სისხლძარღვების დაზიანება ამ დროს სავსებით რეალურია. თავისთავად ცხადია, თუ რარიგ სერიოზული შედეგები მოჰყვება ამგვარ გართულებებს.

ჩირქგროვის მდებარეობის მიხედვით იგი შეიძლება გაიხსნას მუცლის კედლის მხრიდან ან საშოდან. პირველ შემთხვევაში, როდესაც მოსალოდნელია ჩირქის გამოსვლა პუპარტის იოგის ზევით. აწარმოებენ ოპერაციას, რომელიც ცნობილია laparotomia externa s. extraperitonealis-ის სახელწოდებით.

იმისათვის, რომ სწორი წარმოდგენა ვიქონიოთ აბსცესის მდებარეობაზე, მის პუნქციას აკეთებენ მსხვილი ნემსით. ჩირქის მიღების შემდეგ შემდგომი ორიენტირებისათვის ნემსს ტოვებენ იმავე მდგომარეობაში. ჩირქგროვას ხსნიან, ჭრიან რა მასზე მოთავსებულ კანს, უჯრედისსა და ფასციას. მუცლის ფარი რომ არ დაზიანდეს. ე. ი. რომ ოპერაცია წარმოებდეს ექსტრაპერიტონეალურად, კანს ჭრიან პუპარტის იოგის პარალელურად, საზარდულის ნაკეციდან ორი თითით ზევით (სურ. 37).

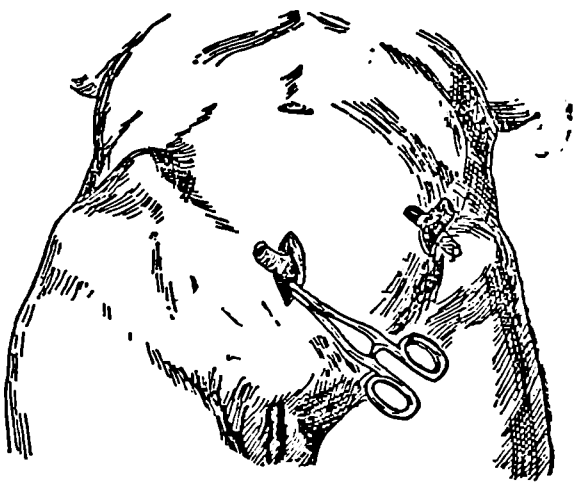


სურ. 37. გარეგანი ლაპაროტომია. განაკვეთი გატარებულია პუპარტის იოგის პარალელურად (8) ერთი თითით იოგის ზემოთ ან ორი თითით საზარდულის ნაოჭის ზემოთ (9) კანისა და კანქვეშა უჯრედისის, გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზის (4), შიგნითა ირიბი კუნთისა (3) და გარდიგარდმო ფასციის გავლით (5). ფენა-ფენად გაკვეთის დროს პროფილაქტიკის მიზნით გადაიკვანძება vasa epigastricae superficialis (1), vasa epigastricae inferior (2), vasa pudend. ext. (6). ჩირქგროვისაკენ შემდგომი გზა კეთდება ღარიანი ზონდით. ზონდი მიმართული უნდა იყოს ქვემოთკენ და უკან, პუპარტის იოგის უკანა კიდისა და tuberculum pubis-კენ (7).

ამ დროს ხშირად იწყება სისხლდენა. ეს იმის მაჩვენებელია, რომ გადაშრილია აქ გამავალი ეპიგასტრიუმის არტერიის ტოტი. ამ

ტოტის ორივე ბოლოს უნდა დაედოს მომჭერები და კარგად გადაიკვანძოს ძლიერი სისხლდენის აცილების მიზნით, რომელიც ზოგჯერ ოპერაციის შემდეგაც იწყება.

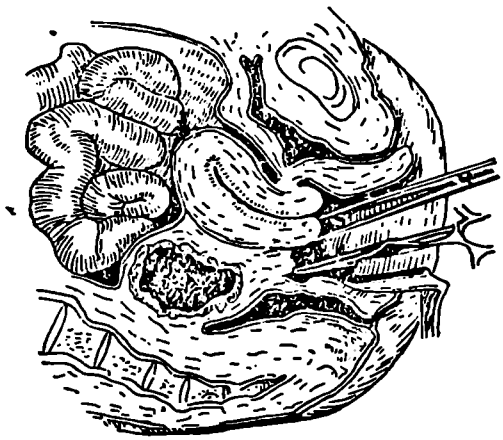
თუ ჩირქმა ფასციიდან გამოხეთქა, მაშინ მას კანის გაკვეთისთანავე ნახულობენ. ასეთ შემთხვევებში, თუ ოპერატორი თითს გააყოლებს ძვლის გასწვრივ, მაშინვე მოხვდება ჩირქგროვაში. ფრთხილად, მუცლის ფარის დაუზიანებლად, თითით გააფართოებს რა წარმოშობილ ხვრელს, ოპერატორი ჩირქგროვის ღრუს აცარიელებს და აკეთებს დრენაჟს რეზინის მილით ან პენიცილინის ხსნარში გაჟღენთილი დოლბანდის ზონრით: დრენაჟს ჭრილობაში ტოვებენ 3—4 დღის განმავლობაში (სურ. 38).



სურ. 38. მუცლის ღრუს დრენირება რეზინის მილით. კორცანგი შეტანილია მუცლის ჭრილობაში მუცლის წინა კედლის უკანა ზედაპირისაკენ და გამობურთავს მას იმ ადგილზე, სადაც უნდა გაკეთდეს მოპირდაპირე ხვრელი.

თუ ჩირქგროვა ღრმად არის მოთავსებული, მუცლის კედელს კვეთენ ფენა-ფენად (კანს, უჯრედისს, ფასციას) პერიტონეუმის ქვეშმდებარე უჯრედისამდე. ჩირქგროვის ღრუს ეძებენ ჩლუნგი გზით —

ღარისებური ზონდით ან უმჯობესია თითით. ამ დროს უნდა ვიმოქმედოთ თეძოს ძვალთან რაც შეიძლება ახლოს, ვინაიდან მუცლის ფარის დაზიანებით შესაძლებელია ჩირქი ჩაიქცეს მუცლის ღრუში და გამოიწვიოს აქედან გამომდინარე მძიმე შედეგები. ოპერაციის ტექნიკის ყველა წესის უაღრესად ზუსტად შესრულების დროს ამ სერიოზულ გართულებას თითქმის არა აქვს ადგილი, რადგან პერიტონეუმის ქვეშმდებარე უჯრედისში ჩირქის დიდი რაოდენობით დაგროვების დროს პერიტონეუმი, ჩვეულებრივ, მაღლა იწევს.



სურ. 39. აბსცესის გახსნა საშოს უკანა თაღის კვეთით. ტყვიის მაშა დადებულია საშვილოსნოს ყელის უკანა ბაგეზე და ფრთხილად გაწეულია წინისაკენ. გრძელი პინცეტით აღებულია საშოს უკანა თაღის კედელი უშუალოდ ყელთან, სადაც უნდა გატარდეს გარდიგარდმო განაკვეთი საშოს კედლის გავლით.

ზოგიერთ შემთხვევაში, როდესაც ჩირქგროვა მენჯის ფსკერს აღწევს, საჭირო ხდება მოპირდაპირე ხვრელის — კონტრაპერტურის გაკეთება. ამისათვის ჩირქგროვის ღრუში კედლის მიმართულებით შეაქვთ მოღუნული კორცანგი, რომლის ბოლოთი გამობურთავენ საშოს კედელს მის ერთ-ერთ გვერდით ან უკანა თაღში, იმის მიხედვით, თუ სად მდებარეობს ჩირქგროვა. მიზანშეწონილია, რომ დამხმარემ ამ დროს საშოში შეტანილი ორი თითით ფიქსაცია გაუკეთოს.

გასახვრეტ თაღს. საშოში შეტანილი კორცანგით მუცლის კედლისკენ შეაქვთ რეზინის მილი, რომელიც გვერდებზეა გახვრეტილი. შემდგომ, ჩირქოვანი ღრუს შემცირებასთან დაკავშირებით, ჭრიან მილის ზედა ნაწილს, ხოლო ქვედა ნაწილი კი თანდათან გამოაქვთ საშოდან. ოპერაციისშემდგომი პერიოდის ასეთნაირი ჩატარების შედეგად გრანულაციები და, მაშასადამე, ღრუს შეხორცებაც ხდება ჰეტად ხელსაყრელი მიმართულებით — ზევიდან ქვევით.



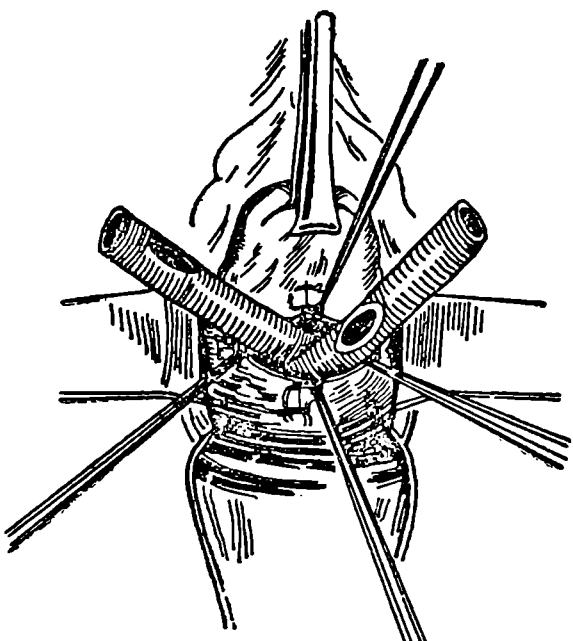
სურ. 40. აბსცესის გახსნა (უკანა პარამეტრიტის დროს). ჭრილობაში შეტანილი თითის კონტროლით. რომელიც ხელისგულის ზედაპირით მიმართულია საშვილოსნოს ყელისაკენ, აწარმოებენ ინფილტრირებული უჯრედისის ჩლუნგი გზით გათიშვას (მაგალითად, გაუხსნელი მაკრატლით) ჩირქგროვის მიმართულებით.

ზოგიერთ შემთხვევაში, როგორც აღვნიშნეთ, ჩირქგროვა დუნდულოების მიდამოში ან შორისში პოულობს გამოსავალს. ასეთი აბსცესების გახსნა იმ ადგილებში ხდება, სადაც აღინიშნება კანის გაწითლება და გათხელება.

ჩირქგროვები საკმაოდ ხშირად გამოხეთქავს აგრეთვე საშოს თაღებიდანაც, რაც ადვილად ირკვევა ორი ხელით გასინჯვისას, რომლის

დრ.ოს ნახულობენ თაღების გამობურთულობას და ფლუქტუაციას. ასეთ შემთხვევებში აწარმოებენ კოლპოტომიას, რომელიც ტექნიკურად ისევე სრულდება, როგორც საშვილოსნოსუკანა აბსცესის დროს (იხ. ზევით). კოლპოტომიას წინ უნდა უძღოდეს ჩირქოვანი ღრუს პუნქცია (სურ. 39, 40 და 41).

პერიტონეუმის ქვეშმდებარე უჯრედისში მანიპულაციების დროს არასოდეს არ უნდა დავივიწყოთ აქ გამავალი მსხვილი სისხლძარღვებისა და შარდსადენის დაზიანების შესაძლებლობა.



სურ. 41. მენჯის ჩირქგროვის ღრუს დრენირება რეზინის მილებით.

უკანასკნელ ხანებში ჩირქგროვების მკურნალობისათვის დიდი წარმატებით მიმართავენ შპრიცის საშუალებით მათგან ჩირქის მაქსიმალურად გამოღების შემდეგ ჩირქოვან ღრუში პენიცილინის შეყვანას 500.000—800.000 ერთეულის რაოდენობით, რომელიც გან-

ზავებულია 10 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში. ამ ეთ მანიპულაციებს ყოველდღიურად ვაწარმოებთ მანამ, სანამ ღრუში ჯერ კიდევ არის ჩირქი. შემდეგი 2—3 დღის განმავლობაში კიდევ შეგვყავს პენიცილინის ხსნარი და ავადმყოფს ვუნიშნავთ შემწოვ თერაპიას (უმჯობესია ფიზიოთერაპია) — დიათერმიას, ულტრაიისფერ დასხივებას. ტალახს, ოზოკერიტს, პარაფინს, ცხელ მიკროოყუნებს და სისხლის გადასხმას.

თავისთავად ცხადია, რომ ეს მეთოდი მოითხოვს დიდ სიფრთხილეს და უკანა თაღში ნემსის შეყვანის ყველა სათანადო წინააღმდეგჩვენების გათვალისწინებას.

ოპერაციისშემდგომ პერიოდში მცირე მენჯში ჩირქის დაგროვების დროს ნაჩვენებია ინტენსიური პენიცილინთერაპია კუნთებში სულფანილამიდთერაპიასთან ერთად, აგრეთვე სისხლის განმეორებითი გადასხმა 100—150 მლ რაოდენობით.

ბ. სისხლდენა საშვილოსნოდან, რომელიც საჭიროებს გადაუდებელ დახმარებას

გინეკოლოგიური სისხლდენებიდან, რომელთაც ორსულობასთან არ აქვთ კავშირი, გადაუდებელ დახმარებას მოითხოვს პოლიპის, ფიბრომის და კიბოს ნიადაგზე წარმოშობილი სისხლდენები. საშვილოსნოდან სისხლდენა შესაძლებელია აგრეთვე ენდოკრინული მოშლილობის ნიადაგზეც.

საშვილოსნოს ფიბრომიომა. პოლიპები. ფიბრომული პოლიპები წარმოიშვება საშვილოსნოს სუბმუკოზური ფიბრომიომების დროს, რომლებიც უფრო ხშირად, ვიდრე სხვა ლოკალიზაციის ფიბრომული კვანძები, წარმოადგენენ დიდი რაოდენობის, არაიშვიათად პროფუზული სისხლდენის მიზეზს მენსტრუაციის დროს (მენორაგია). შემდგომში, სიდიდის მომატებასთან ერთად, ფიბრომული კვანძი სულ უფრო და უფრო მეტად შეიჭრება საშვილოსნოს ღრუში, გამობურთავს რა მის მფარავ ენდომეტრიუმის ნაწილს და აძლიერებს მენსტრუალურ სისხლდენას. კვანძის საშვილოსნოს ღრუში შეჭრის გამო საშვილოსნო იკუმშება და თანდათან გარეთ აძევებს მას. კვანძის ფუძის გამოძევების პროცესის ხანგრძლიობასთან დაკავშირებით, იგი იწელება და წვრილდება — წარ-

მოიშვება კვანძის ფეხი, რომელიც შეიცავს მის მკვებავ სისხლძარღვებს. კვანძის ფეხის გაწელვა და დაწვრილება იწვევს მისი კვების გაუარესებას. იწყება სიმსივნის დანეკროზება, პირველ რიგში, მის ქვედა პოლუსში და, ამასთან დაკავშირებით, უკანასკნელიდან — სისხლდენა. ასე წარმოიშვება საშვილოსნოს აციკლური სისხლდენა — მეტრორაგია. სისხლდენა კვანძიდან, რომელიც თან ერთვის ვენორაგიას, ხშირად იწვევს მენომეტრორაგიას.

საშვილოსნოს სუბმუკოზური ფიბრომების დროს ავადმყოფებს არაიშვიათად აქვთ სისხლნაკლებობა ხანგრძლივი და დიდი რაოდენობის მენსტრუაციების შედეგად, რაც თვიდან თვემდე სისტემატურად მეორდება. თუ ამ ფონზე იწყება აციკლური სისხლდენები, თუნდაც მცირე რაოდენობით, ვითარდება მწვავე სისხლნაკლებობა, რომელიც დაუყოვნებლივ ჩარევას მოითხოვს.

ბუნებრივია, რომ რაც უფრო დიდია ფიბრომული კვანძი და რაც უფრო დაზიანებულია საშვილოსნოს მუსკულატურა ფიბრომული კვანძებით, მით უფრო მეტია საშვილოსნოდან სისხლდენა, თუმცა ამ მხრივ სრული პარალელიზმი არ აღინიშნება. ხშირად სისხლდენა ძლიერია მაშინ, როდესაც გამოსაძევებელი ან უკვე გამოძევებული კვანძი უმნიშვნელო ოდენობისაა. ასეთ შემთხვევებში უნდა ვიფიქროთ საშვილოსნოს ღრუში სხვა სუბმუკოზური კვანძების არსებობაზე.

ფიბრომული პოლიპების დროს გადაუდებელი დახმარების აუცილებლობა აიხსნება, ერთი მხრივ, დიდი რაოდენობის სისხლის დაკარგვით, რაც იწვევს ავადმყოფის მწვავე სისხლნაკლებობას, მეორე მხრივ, — ინფექციის საშიშროებით, რომელიც წარმოიშვება მაშინვე, როგორც კი კვანძი ჩამოიწევს ყელის არხში ან, მით უმეტეს, საშოში.

მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება წარმოიშვას დიფერენციულ-დიაგნოსტიკური სიძნელეები.

ფიბრომული კვანძი, რომელიც ფართო ფუძით გამოდის ყელის არხიდან, შეიძლება შეცდომით მიჩნეულ იქნეს ყელის არხის ეგზოფიტურ კიბოდ და საშვილოსნოს ყელის სარკომად. ამას ხშირად ადგილი აქვს დანეკროზების გამომწვევი კვანძის იქოროზული დაშლის დროს.

დაშლილი ფიბრომული კვანძის კიბოსაგან გარჩევა არ არის

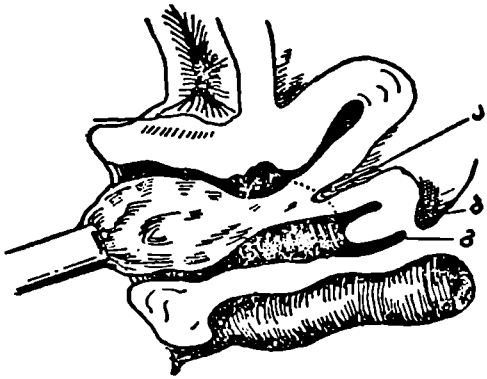
ძნელი: ყველგან ერთნაირად მკვრივი კონსისტენცია, მკრთალი ვარდისფერი ან რუხი-წითელი ფერი, დაშლის ადგილიდან უმნიშვნელო სისხლდენადობა ფიბრომული კვანძის დამადასტურებელია. კიბოვანი კვანძის კონსისტენცია კი, პირიქით, უსწორ-მასწოროა: იგი უფრო მკვრივია პერიფერიისაკენ, ცენტრში უფრო რბილია და იფხვნება. დაშლილი სიმსივნის ნაწილების მოცილება პალპაციის დროს არაიშვიათად ძლიერი სისხლდენის მიზეზია.

სარკომულ კვანძს ფიბრომისაგან განსხვავებით მტევნის შესახედაობა და რბილი კონსისტენცია აქვს, განაკვეთზე ტვინისებურია.

ზოგიერთ შემთხვევაში ისეთი მდგომარეობანი, როგორიცაა ფიბრომული კვანძის გაჩენა და „აბორტის წინმსვლელობა“, იძლევა კლინიკური სურათის დიდ მსგავსებას. ასე, მაგალითად, მუცლის ქვედა არეში შეტევითი ხასიათის ტკივილი, რასაც თან სდევს საშვილოსნოდან სისხლდენა, გადიდებული მრგვალი საშვილოსნო, ყელის ღია არხი, რომელშიც მოჩანს მომრგვალო წარმონაქმნი, იძლევა „აბორტის წინმსვლელობის“ სრულ ილუზიას, მაგრამ ეს მოვლენები აგრეთვე სუბმუკოზური-ფიბრომული კვანძის გამოძევების მაჩვენებელიცაა (მრგვალი მიომის დროს), როდესაც საშვილოსნო თანაბრად არის გადიდებული და ყოველთვის არ არის მკვრივი.

ჩვენ ერთხელ იმის მოწმე ვიყავით, თუ როგორ დაუშვა მსგავსი შეცდომა მაღალკვალიფიცირებულმა კლინიცისტმა. იგი გაერკვა მხოლოდ მას შემდეგ, როცა აბორტცანგით ვერ მოახერხა ფიბრომული კვანძის გამოტანა, რომელიც ყელის არხიდან თავისი ფართო ფუძით იყო ჩამოკიდებული, და რომელიც შეცდომით სანაყოფე კვერცხად მიიღო. ცნობილია შემთხვევები, როდესაც ფიბრომული კვანძის გამოტანის ცდები იწვევდა საშვილოსნოს კედლის ნაძალადევ გადმობრუნებას (სურ. 42).

დ ი ა გ ნ ო ზ ი არ ამოიწურება მხოლოდ ფიბრომული პოლიპის ნახვით. ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში საჭიროა გაირკვეს, საიდან წარმოიშვება იგი, ე. ი. შეერთებულია თუ არა ფეხის საშუალებით საშვილოსნოს ან ყელის არხის კედელთან; ამასთან ერთად, გარკვეული უნდა იქნეს ფეხის სიგრძე და სიგანე (სურ. 43, 44, 45 და 46). ამისათვის აუცილებელია საშვილოსნოს ღრუს გულმოდგინედ დათვალიერება, ზოგჯერ მისი ზონდირება და რენტგენომეტროგრაფიაც.

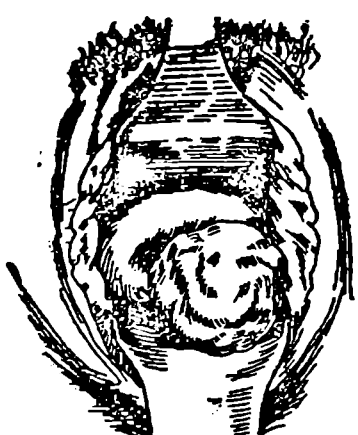


სურ. 42. საშვილოსნოს კედლის გადმობრუნება პოლიპის გამოწევის დროს: ა — საშვილოსნოს უკანა კედლის გადმობრუნება; ბ —სწორნაწლავ-საშვილოსნოს ჯიბე; გ — საშოს უკანა თაღი.

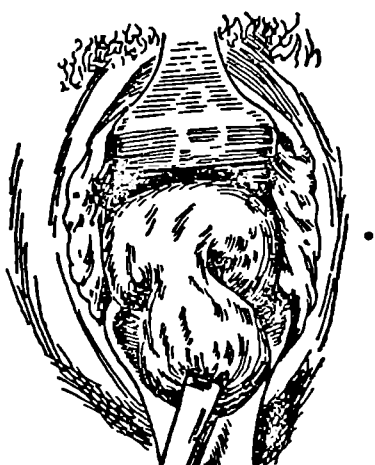
პუნქტირით ნაჩვენებია საშვილოსნოს კედლის შესაძლო დაზიანების ადგილი პოლიპის ფეხის მოკვეთის დროს.

თუ ავადმყოფმა უკვე საკმაო რაოდენობით დაკარგა სისხლი, რაც ხშირი მოვლენაა ფიბრომიომური პოლიპების დროს, და სისხლდენა მაინც გრძელდება, საჭიროა მისი დაუყოვნებლივ შეჩერება. ასეთ შემთხვევებში არ უნდა დავეყრდნოთ მხოლოდ სისხლის შემაჩერებელი საშუალებების ხმარებას, არამედ აუცილებელია ოპერაციული დახმარება.

პალიატურ, მაგრამ აქტიურ ჩარევას წარმოადგენს ადვილად შესას-

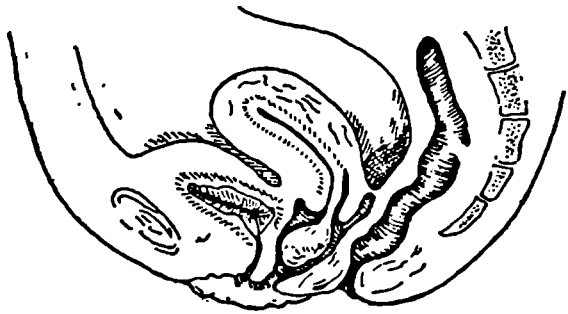


სურ. 43. პოლიპი, რომელიც ხურავს საშვილოსნოს პირს.



სურ. 44. პოლიპი, რომელიც წარმოშობილია საშვილოსნოს პირის წინა ბაგიდან.

რულებელი ოპერაცია — პოლიპის ფეხის გადაკვანძვა და მოკვეთა. ეს შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როდესაც ფეხი წვრილი და ადვილად მისაწვდომია, ე. ი. როდესაც ფიბრო-



სურ. 45. პოლიპი წვრილ ფეხზე, რომელიც წარმოშობილია ყელის არხიდან.

მული პოლიპი გამოვიდა ყელის არხიდან, ან, ყოველ შემთხვევაში, არხში იმყოფება. პოლიპის ფეხს რაც შეიძლება მაღლა ადებენ დამჭერს, რის შემდეგ მას მოკვეთენ დამჭერის ქვევით (სურ. 47). თუ მოკვეთილი ფეხი მისაწვდომია გადაკვანძვისათვის, მაშინ დამჭერის ზემოთ ადებენ კეტგუტის მჭიდრო კვანძს. თუ ეს რაიმე მიზეზით არ მოხერხდა, მაშინ დამჭერს არ ხსნიან და ტოვებენ საშოში ერთი დღეღამის განმავლობაში.

მაღალფეხიანი და ფართოფუძიანი პოლიპის შემთხვევაში ასეთი ოპერაცია საშიში და ძნელი შესასრულებელია. საშიშროება იმაში მდგომარეობს, რომ ლიგატურის კარგად მოჭერის მიუხედავად მსხვილ ფეხში მყოფი სისხლძარღვები შეი-



სურ. 46. საშვილოსნოს ღრუს პოლიპი.

ძლება სავსებით არ დაიხუროს და ამიტომ ადგილი ექნეს სისხლდენას.

პოლიპის გამოძევების პროცესში მისი ფართო ფეხი ეწევა საშვილოსნოს კედელსაც, საიდანაც გამოდის იგი, რაც ზოგჯერ საშვილოსნოს ნაწილობრივი გადმობრუნების მიზეზია. თუ ასეთ პირობებში გადავჭრით პოლიპის ფეხს, მაშინ მასთან ერთად შეიძლება მოვჭრათ საშვილოსნოს კედლის ნაჭერიც, რაც გამოიწვევს მძიმე გართულებებს, პირველ რიგში, ძლიერ სისხლდენას. საშვილოსნოს კედლის ღრმა დაზიანება შესაძლებელია აგრეთვე ფიბრომული კვანძის მოკვეთის დროს ინსტრუმენტის მუცლის ღრუში მოხვედრით.



სურ. 47. პოლიპის მოკვეთა.

ამიტომ ფართო ფეხის შემთხვევაში მისი მოკვეთა წინააღმდეგნაჩვენებია. ამ ოპერაციის გაკეთება შეუძლია მხოლოდ იმ ექიმს, რომელიც კარგადაა დაუფლებული გინეკოლოგიური ოპერაციების მეთოდიკას.

ზოგჯერ ფიბრომულ პოლიპს აქვს წვრილი და გრძელი ფეხი და ჩანს არა მარტო მენსტრუაციის დროს, არამედ მენსტრუაციათაშორისო შუალედებშიც. მაგრამ გადაკვანძვისათვის ფეხი შეიძლება მიუწვდომელი იყოს მისი ფუძის მაღალი მდებარეობის გამო. თუ ამ შემთხვევაში შესაძლებელია ინფექციის გამორიცხვა, მაშინ ძლიერი სისხლდენის დროს დასაშვებია პოლიპის ფეხის ფრთხილი გადაგრეხა მასზე დადებული ტყვიის მაშების ან რაიმე სხვა ინსტრუმენტის საშუალებით. პოლიპის ფეხის მოცილების შემდეგ აწარმოებენ საშვილოსნოს ღრუს ფრთხილად გამოფხეკას ბლაგვი კოვზით.

გამოფხეკის დროს ზოგჯერ საშიშია გვერდით მდებარე მეორე ლორწქვეშა ფიბრომული კვანძის კაფსულის დარღვევა, რაც შეიძ-

ლება მისი დაინფიცირებისა და დაჩირქების მიზეზი გახდეს. ამიტომ გამოფხეკის დროს საჭიროა უაღრესად დიდი სიფრთხილე, განსაკუთრებით ენდომეტრიუმის გამობურთულ ადგილებზე მანიპულაციების შემთხვევაში, რომელთა შეგრძნობა დახელოვნებული ექიმისათვის ძნელი არაა. თავისთავად ცხადია, რომ ყველა ამგვარი ჩარევა უნდა ხდებოდეს სტაციონარში ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის წესების ზუსტი დაცვით.

პოლიპის გადაგრეხის წინ მომზადებული უნდა იყოს ყველაფერი ის, რაც საჭიროა მუცლის ღრუს სასწრაფო გაკვეთისათვის, რომელიც შესაძლებელია საჭირო გახდეს სისხლდენის გაძლიერების შემთხვევაში. ზოგჯერ შეიძლება თავიდან ავიცილოთ მუცლის გაკვეთა საშოს მჭიდრო ტამპონაციით გრძელი დოლბანდის საშუალებით, რომელსაც, ჩვეულებრივ, 12 — 24 საათით ტოვებენ.

უკანასკნელ ხანებში ჩვენ იშვიათად მივმართავთ ასეთ პალიატურ ოპერაციებს. ლორწქვეშა ფიბრომული კვანძის გამოძევების და, მით უმეტეს, თანდართული ძლიერი სისხლდენის შემთხვევებში, ჩვენ მაშინვე ვამჯობინებთ რადიკალურ ოპერაციას — საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაციას ან მის მთლიან ექსტირპაციას, თუ საამისო წინააღმდეგჩვენებებს ადგილი არ აქვს.

საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაციას ჩვენ იმ შემთხვევებში ვაწარმოებთ, როდესაც მისი ყელი სავსებით საღია. ე. ი. როდესაც მასში არ არის ფიბრომული კვანძები, ძველი ჩახევები, ექტროპიონები, ეროზიები, მრავალრიცხოვანი ნაბოთის კვერცხები, დეფორმაციები, ჰიპერტროფიული პროცესები და სხვ., ყელში ერთ-ერთი ამ პათოლოგიური პროცესის არსებობის შემთხვევაში ჩვენ ვამჯობინებთ საშვილოსნოს მთლიან ამოკვეთას. ეს უკანასკნელი ნაჩვენებია აგრეთვე ფიბრომული კვანძის ავთვისებიანად გადაგვარებაზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში. ამ დროს საშვილოსნოსთან ერთად ამოკვეთენ მის დანამატებსაც.

საშვილოსნოს დანამატების შენარჩუნების ან მათი საშვილოსნოსთან ერთად ამოკვეთის საკითხის გადაწყვეტის დროს გათვალისწინებული უნდა იქნეს არა მარტო მათი დაზიანება, არამედ ავადმყოფის ასაკიც. 45 წლის ასაკში მყოფ ქალებს საშვილოსნოს დანამატები უნდა შევუნარჩუნოთ, თუ მათ ამოსაკვეთად რაიმე სერიოზული საფუძველი არ არსებობს. დანამატების ამოკვეთა აუცილებე-

ლია საკვერცხეებში ახალ წარმონაქმნთა აღმოჩენის შემთხვევაში.

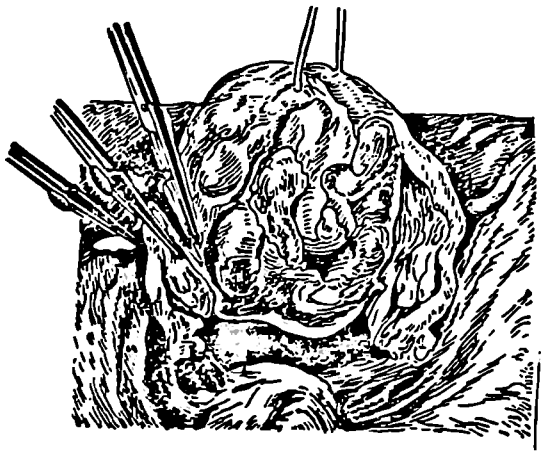
ასეთ შემთხვევაში დაავადებული საკვერცხე ახალგაზრდა ქალსაც უნდა ამოეკვეთოს, პროცესის კეთილთვისებიანობის შემთხვევაში საკვერცხის საღი ქსოვილის ნაწილის დატოვებით. ერთ-ერთ საკვერცხეში ავთვისებიანი პროცესის არსებობისას საჭიროა საშვილოსნოსთან ერთად ორივე საკვერცხის ამოკვეთა. საკვერცხეების წვრილცისტური გადაგვარება არ არის მათი ამოკვეთის ჩვენება. თუ საკვერცხეები საგრძნობლადაა გადიდებული, შეიძლება გაკეთდეს მათი ნაწილობრივი რეზექცია და დატოვებულ იქნას ისეთი ოდენობის ქსოვილები, რომლებიც შეესაბამება ნორმალურ საკვერცხეს.

საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაციის ტექნიკა

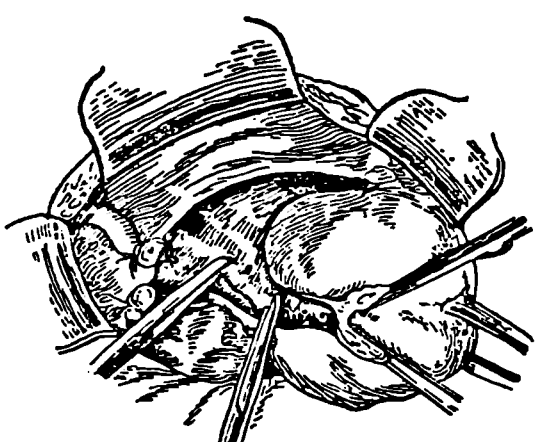
მუცლის ღრუს შუა ხაზზე ფენა-ფენად გაკვეთის შემდეგ, რომელსაც აწარმოებენ ბოქვენსა და ჯიპს შორის, ორკაპა მაშით ჭრილობაში გამოაქვთ საშვილოსნოს ფუძე ან გამობურთული ფიბრომული კვანძი. საშვილოსნოს მარცხენა გვერდზე ადებენ გრძელ, სწორ და მაგარ მომჭერს იმ ვარაუდით, რომ მან მოიცვას ფალოპის ლულის საშვილოსნოსმხრივი ნაწილი, საკვერცხის საკუთარი და საშვილოსნოს მრგვალი იოგი (სურ. 48). ამის შემდეგ ყველა ჩამოთვლილ ნაწილზე ცალ-ცალკე ადებენ მომჭერებს, ჭრიან და კვანძავენ თითოეულ მათგანს და მაკრატლით აგრძელებენ ფართო იოგის ფურცლების ჭრილს: უკანას—საშვილოსნოს უკანა ზედაპირის მიმართულებით საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის დონეზე და წინას — შარდისბუშტ-საშვილოსნოს ნაოჭისაკენ. ამ უკანასკნელს პინცეტით მაღლა სწევენ და კვეთენ მაკრატლით.

საშვილოსნოს გადაწევენ რა მარჯვნივ, გამოაჩენენ საშვილოსნოს არტერიას მასთან მდებარე თანამოსახელე ვენებთან ერთად, რომლებიც ნათლად ჩანს საშვილოსნოს გვერდით ზედაპირზე, საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის მიდამოში. სისხლძარღვებს ედება ორი მომჭერი, რომელთაგან ერთი, საშვილოსნოს ყელთან ახლოს დადებული, წარმოადგენს კონტრაკლემს. სისხლძარღვები მაშინვე იკვანძება კეტგუტის მაგარი ძაფით (სურ. 49). ყველა წარმონაქმნის გადაკვანძვის შემდეგ იხსნება მათზე დადებული მომჭერები.

იგივე მანიპულაცია, ასეთივე თანმიმდევრობით, კეთდება მარჯვენა მხარეზეც.



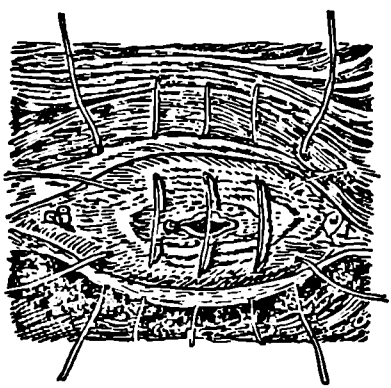
სურ. 48. საშვილოსნოს დანამატებზე მომკერების დადება და მათი გადაკრა.



სურ. 49. საშვილოსნოს არტერიის მარცხენა ასწვრივი ტოტის გაშიშვლება და მასზე მომკერის დადება.

ამჯერად საშვილოსნოს ტანი, რომელიც მოკლებულია სისხლმომარაგების ყველა წყაროს, მთლიანად განთავისუფლებულია მუცლის ფარისაგან საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის ქვემოთ. დოლბანდის ბურთულიანი დამჭერით ქვევით ჩამოსწევენ შარდის ბუშტს, რის შემდეგ საშვილოსნოს ტანს დანით მოკვეთენ საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის დონეზე.

ტაკვის უფრო მოხერხებულად და კარგად დახურვისათვის უმჯობესია საშვილოსნოს ტანის მოკვეთა ყელიდან სოლისებური ორი ჭრილით. ყელის ტაკვის ჭრილობის ზედაპირს და ყელის არხის ხვრელს მოწვავენ იოდიანი ნაყენით, შემდეგ კი ტაკვის წინა და უკანა ბაგეს ერთმანეთს უახლოებენ 3 — 5 კვანძოვანი ნაკერით (სურ. 50). ამისათვის ჯერ ტაკვის შუა ადგილას ადებენ კეტგუტის ლიგატურას. ლიგატურის გამოწვევით საშვილოსნოს ყელის ტაკვს უახლოებენ მუცლის ჭრილს, რაც აადვილებს შემდგომ მანიპულაციებს.



სურ. 50. საშვილოსნოს ყელის ტაკვზე ნაკერების დადება.

ამის შემდეგ თითო ასეთი ლიგატურა იდება აგრეთვე ტაკვის კუთხეებზეც. ამასთან, ასისტენტი საშვილოსნოს სისხლძარღვების ტაკვებს სწევს და უახლოებს საშვილოსნოს ყელის ბაგეებს შორის არსებულ ხვრელს, რიგ-რიგობით მარცხნივ და მარჯვნივ, იმ ვარაუდით, რომ ისინი მიბმული აღმოჩნდნენ (და, მაშასადამე, მეორედ გადაკვანძული) საშვილოსნოს ყელთან, რომლის თითოეული ბაგის ნაპირები მჭიდროდ ეკვრიან ერთმანეთს.

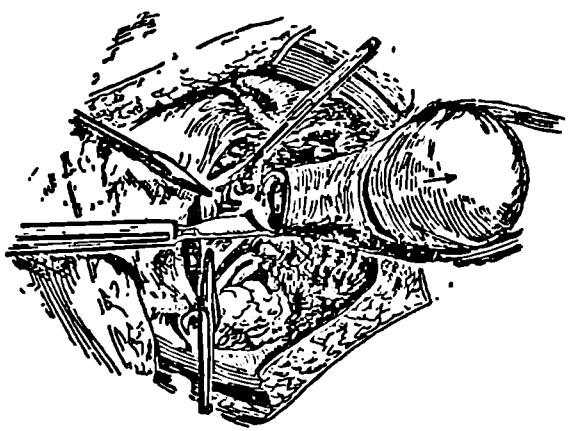
პერიტონიზაციას აწარმოებენ ისე, რომ ტაკვს ჩაუშვებენ ფართო იოგის ფურცლებს შორის და შარდბუშტ-საშოს ნაოჭის კიდეს აერთებენ მუცლის ფართან, რომელიც ფარავს საშვილოსნოს ყელის უკანა ზედაპირს.

მუცლის ღრუს მეორედ დათვალიერების შემდეგ, რწმუნდე-

ბიან რა იმაში, რომ სისხლდენას, უცხო სხეულებს ან რაიმე პათოლოგიურ მდგომარეობას, რომლებიც მოითხოვს ქირურგიულ მკურნალობას, ადგილი არ აქვს, მასში ყრიან 5 — 10 გ თეთრ სტრეპტოციდს ან ასხამენ პენიცილინს 300.000 — 500.000 ერთეულის რაოდენობით. მუცლის კედლის ჭრილს ფენა-ფენად ყრუდ ხურავენ.

საშვილოსნოს მთლიანი ამოკვეთის ტექნიკა (ექსტირპაცია)

საშვილოსნოს მთლიანი ექსტირპაციის ტექნიკა შარდის ბუშტის ჩამოწევის მომენტამდე არაფრით არ განსხვავდება ზემოთ აღწერილი ტექნიკისაგან. შარდის ბუშტი საშვილოსნოს მთლიანი ამოკვეთის დროს უფრო ქვევით ჩამოაქვთ, ვიდრე საშოსზედა ამპუტაციის დროს, იმ ვარაუდით, რომ იგი განაცალკევონ არა მარტო



სურ. 51. საშოს ამოკვეთა საშვილოსნოს მთლიანი ექსტირპაციის დროს.

საშვილოსნოს ყელისაგან, არამედ საშოსზედა ნაწილისაგანაც. ამის შემდეგ გავა-საშვილოსნოს იოგებს ადებენ მომჭერს, კვანძავენ და ამოკვეთენ. საშოს წინა კედელს ადებენ მომჭერს და მის ზევით, იქ, სადაც საშოს თაღები საშვილოსნოს ყელზე გადადიან, აკეთებენ განაკვეთს. შექმნილი სანათურის საშუალებით საშოში შეაქვთ

5% იოდიან ნაყენში გაჟღენთილი დოლბანდის ზონარი. ამის შემდეგ საშოს ირგვლივი გაკვეთით მისგან აცალკევებენ საშვილოსნოს (სურ. 51).

საშოს ჭრილობის კიდეებს უსვამენ იოდიან ნაყენს და ყრუდ კერავენ კეტგუტის რამდენიმე ლიგატურით. პერიტონიზაციას აწარმოებენ ოპერაციის მსვლელობის დროს გათიშული ფართო იოგის ფურცლებისა და აგრეთვე შარდბუშტ-საშვილოსნოს და სწორნაწლავ-საშვილოსნოს ნაოჭების ხარჯზე, რომელთა შორის ათავსებენ ყველა ტაკვს. შემდგომში ოპერაციას აწარმოებენ ისევე, როგორც საშვილოსნოს საშოსზედა ამპუტაციის დროს. ოპერაციის დამთავრებისთანავე საშოდან გამოაქვთ დოლბანდის ზონარი.

საშვილოსნოს ტანისა და ყელის კიბოს ნიადაგზე წარმოშობილი სისხლდენები

ამ სახის სისხლდენის დროს გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენის შესახებ აღნიშნულია III თავში.

სისხლდენებს ენდოკრინული მოშლილობის ნიადაგზე ადგილი აქვთ ე. წ. ჰემორაგიული მეტროპათიების დროს, რომლებიც წარმოიშვება საკვერცხეების ფოლიკულური აპარატის პათოლოგიური დაზიანების შედეგად. ფოლიკულები ვერ აღწევენ თავისი განვითარების უკანასკნელ სტადიას—ყვითელი სხეულის წარმოქმნას[1]. ამ დროს საკვერცხე გადიდებულია, მასში რამდენიმე მცირე ცისტაა. დამახასიათებელ ცვლილებებს განიცდის საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი, რომლის ფუნქციურ შრეში გამოხატულია პროლიფერაციული პროცესები — ჰიპერპროლიფერაცია. საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკის შედეგად მიღებული გამონაფხეკი შესახედავად ჰგავს დეციდუალურ გარსს. ჰისტოლოგიური გამოკვლევის დროს აღინიშნება სხვადასხვა ფორმის ჯირკვლების ჰიპერპლაზია, ცისტური გადაგვარებისადმი მიდრეკილებით. ლორწოვანი გარსის ფუნქციური შრე ალაგ-ალაგ დანეკროზებულია, სისხლ-

[1] ზოგიერთ შემთხვევაში ჩვენ გვქონდა ჰემორაგიული მეტროპათიების ტიპიური კლინიკური სურათი საკვერცხეში ყვითელი სხეულის არსებობის დროს. ეს გვაძლევს საშუალებას გამოვთქვათ აზრი, რომ ჰემორაგიული მეტროპათიის ერთ-ერთი ეტიოლოგიური მომენტთაგანია ყვითელი სხეულის დისფუნქცია.

ძარღვები თრომბირებულია. საშოს მხრიდან გასინჯვის დროს, ჩვეულებრივ, ნახულობენ გადიდებულ რბილ საშვილოსნოს. ყელის არხი ადვილგამტარია.

სისხლდენა, ჩვეულებრივ, იწყება მენსტრუაციის ხანგრძლივი „შეჩერების“ შემდეგ. სინამდვილეში კი ფოლიკულის პერსისტირების ზეგავლენით, ისე, როგორც ფოლიკულების გაძლიერებული ატრეზიის ზეგავლენით, ნამდვილ მენსტრუაციას არ აქვს ადგილი, სისხლდენა კი იწყება ზედმიწევნით ჰიპერპლაზირებული საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის დანეკროზების შედეგად. ამ სახის სისხლდენის მიზეზის გამოცნობა დაავადების ტიპიური მიმდინარეობის დროს არ წარმოადგენს დიდ სიძნელეს. დაწვრილებით შეკრებილი ანამნეზი ექიმს ხელს უწყობს დიაგნოზის დაზუსტებაში. დიაგნოზის დასაზუსტებლად აუცილებელია საშვილოსნოს ღრუს საცდელი გამოფხეკა და გამონაფხეკის შემდგომი ჰისტოლოგიური გამოკვლევა. ამ გამოკვლევის მონაცემები საბოლოო დიაგნოზის დასმის საშუალებას იძლევა.

დიაგნოსტიკური გამოფხეკა წარმოადგენს სამკურნალო ღონისძიებასაც — სისხლდენა წყდება საკმაოდ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, ზოგჯერ რამდენიმე თვით. ავადმყოფს ერთდროულად ენიშნება წოლითი რეჟიმი და სისხლის გადასხმა.

ამ შემთხვევებს, როდესაც გვიხდება გადაუდებელი დახმარების გაწევა, მიეკუთვნება აგრეთვე ე. წ. „იუვენილური სისხლდენები“, ე. ი. ისეთი სისხლდენები, რომლებიც ეწყებათ გოგონებსა და ახალგაზრდა ქალებს საკვერცხეების დისფუნქციის შედეგად. ამ დიაგნოზის დასმა მოითხოვს იმ სხვა მდგომარეობების გამორიცხვას, რომლებიც იწვევენ საშვილოსნოდან სისხლდენას. ასაკი და საქალწულო აპკის მთლიანობა არ წარმოადგენს საკმაო საფუძველს ორსულობის გამორიცხვისათვის. აუცილებელია აგრეთვე გამოირიცხოს საშვილოსნოს პოლიპები, საკვერცხეებისა და საშვილოსნოს სიმსივნეები, ორგანიზმის საერთო დაავადებანი, სისხლის, თირკმლებისა და ღვიძლის დაავადებანი, გულის მანკები და სხვ. გასაგები მიზეზების გამო საშოდან გასინჯვა ამ შემთხვევებში ძნელია, ამიტომ, უპირველესად ყოვლისა, გასინჯვა უნდა წარმოებდეს სწორი ნაწლავიდან. თუ ეს მეთოდი არ იძლევა საჭირო შედეგებს, მაშინ ავადმყოფი უნდა გაისინჯოს საშოდან. ასეთ შემთხვე-

ვებში ავადმყოფი დაუყოვნებლივ უნდა გადავცეთ სპეციალისტ გინეკოლოგს. ასეთი ავადმყოფები უნდა იყვნენ გინეკოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ მაშინაც, როდესაც სისხლდენა შეჩერებულია ან მნიშვნელოვნად შემცირებული. სისხლდენის შესაჩერებლად ხმარობენ ჰორმონთერაპიას ქვემოაღწერილი პრინციპების მიხედვით, დონორის სისხლის ნაწილ-ნაწილ გადასხმას 50 — 70 მლ რაოდენობით 2 — 3 დღეში ერთხელ, ვენაში C ვიტამინის შეყვანას 500 — 600 მგ რაოდენობით ან 2000 მგ per os, აგრეთვე ვიკასოლს, სტიპტიცინს (გ. ა. ბაქშტი). ზოგჯერ საჭირო ხდება საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკა.

ჰემორაგიული მეტრორაგიით და იუვენილური სისხლდენებით დაავადებულთა ჯორმონული პრეპარატებით მკურნალობის პრინციპები[1]

ენდოკრინული მოშლილობის აღნიშნული ფორმებით დაავადებულთა მკურნალობის რამდენიმე ვარიანტი არსებობს.

ვ ა რ ი ა ნ ტ ი 1. მკურნალობას იწყებენ სისხლდენის დროს საშვილოსნოს ღრუს წინასწარი გამოფხეკის გარეშე. მიმართავენ პ რ ო გ ე ს ტ ე რ ო ნ ი ს კუნთებში შეყვანას 5 მგ რაოდენობით (1 ამპულა) ყოველდღიურად, 6 — 8 დღის განმავლობაში ან პ რ ე გ ნ ი ნ ი ს — ენის ქვეშ 10 მგ რაოდენობით დღეში 3-ჯერ 6 — 8 დღის განმავლობაში.

მკურნალობის ბოლოს სისხლდენა შეიძლება გაძლიერდეს და გაგრძელდეს მკურნალობის კურსის დამთავრების შემდეგ კიდევ 5 — 10 დღის განმავლობაში, რის შემდეგ იგი, ჩვეულებრივ, სავსებით წყდება. სხვა შემთხვევებში სისხლდენა წყდება მკურნალობის პროცესში, მაგრამ მკურნალობის შემდეგ ისევ განახლდება და გრძელდება 5 — 7 დღის განმავლობაში (მენსტრუაციისმაგვარი რეაქცია).

პროგესტერონით ან პრეგნინით განმეორებითი მკურნალობის კურსი ტარდება მეტრორაგიის რეციდივის საშიშროების არსებობისას, რასაც ადგენენ როგორც კლინიკური ნიშნების საფუძველზე,

---

[1] აღწერილია სპეციალური ინსტრუქციის შესაბამისად, რომელიც თან ერთვის სსრ კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის 1949 წ. 20 დეკემბრის № 953 ბრძანებას.

ისე საკვერცხეების ფუნქციური მდგომარეობის დიაგნოსტიკური მეთოდების დახმარებით, სისხლდენის შეწყვეტიდან 15 — 20 დღის შემდეგ, რათა თავიდან იქნეს აცილებული მეტრორაგიის რეციდივი.

თუ განმეორებითი მკურნალობის კურსის ჩვენებების დროული დადგენა შეუძლებელია, მაშინ მას ნიშნავენ წინამეტრორაგიის შეწყვეტიდან ერთი თვის შემდეგ, თუ ამ დროისათვის მენსტრუაცია არ დაწყებულა.

ვ ა რ ი ა ნ ტ ი 2. მკურნალობას იწყებენ ამენორეის სტადიაში, წინა მენორაგიის შეწყვეტიდან არა უადრეს 15 — 20 დღის შემდეგ. ამ მიზნით მიმართავენ პ რ ო გ ე ს ტ ე რ ო ნ ი ს კუნთებში შეყვანას 5 მგ რაოდენობით (თითო ამპულა ყოველდღიურად 6 — 8 დღის განმავლობაში) ან პ რ ე გ ნ ი ნ ს — ენის ქვეშ 10 მგ 3-ჯერ დღეში 6 — 8 დღის განმავლობაში.

მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ უახლოეს დღეებში 1 — 5 დღის შემდეგ იწყება მენსტრუაციისმაგვარი სისხლდენა, რომელიც გრძელდება 3 — 7 დღე.

თუ მკურნალობის პროცესში სისხლიანი გამონადენი გამოჩნდა, მკურნალობის შეწყვეტა ან მისი კურსის შემცირება არ შეიძლება.

ჩვენებების შემთხვევაში განმეორებით კურსს ისევე ატარებენ, როგორც აღნიშნული იყო პირველ ვარიანტში.

ვ ა რ ი ა ნ ტ ი 3. მკურნალობას იწყებენ საშვილოსნოს ღრუს წინასწარი გამოფხეკის შემდეგ.

პროგესტერონით ან პრეგნინით მკურნალობას იწყებენ საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკიდან 10 — 20 დღის შემდეგ, ხმარობენ რა იმავე დოზებს, რასაც პირველ და მეორე ვარიანტებში.

ვ ა რ ი ა ნ ტ ი 4. მკურნალობას იწყებენ საშვილოსნოს ღრუს წინასწარი გამოფხეკის შემდეგ.

საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკის შემდეგ როგორც კი შეწყდება სისხლიანი გამონადენი, მკურნალობას ატარებენ 10 — 12 დღის განმავლობაში ესტროგენული პრეპარატებით 5.000 — 10.000 ME დღეში (ფოლიკულინი ან სინესტროლი). ამის შემდეგ მკურნალობის კურსს ატარებენ პროგესტერონით ან პრეგნინით, იმავე დოზებით, როგორც პირველ და მეორე ვარიანტებში.

ჩვენებების დროს მკურნალობის კურსის განმეორება შეიძლება

ან მხოლოდ პროგესტერონით, ან მხოლოდ პრეგნინით, ან ესტროგენული პრეპარატებითა და პროგესტერონით ან პრეგნინით.

ამ ვარიანტის მიხედვით ნაჩვენებია უფრო ახალგაზრდა ასაკის ავადმყოფების მკურნალობა, განსაკუთრებით საშვილოსნოს განუვითარებლობის დროს. ამ ვარიანტის ხმარება კლიმაქტერიულ პერიოდში არ არის რეკომენდებული. კლიმაქტერიული ფუნქციური სისხლდენების დროს (კლიმაქტერიუმის ჰიპერფოლიკულინის ფაზა) უნდა გამოვიყენოთ პროგესტერონი ან პრეგნინი მესამე ვარიანტით. უფრო მოგვიანებით კლიმაქტერიულ პერიოდში (ჰიპერფოლიკულინის ფაზა) ფოლიკულინითა და პრეგნინით მკურნალობა არ არის ნაჩვენები.

ქალის სასქესო ორგანოების ჭრილობები და დაზიანებანი

სასქესო ორგანოების ჭრილობა და დაზიანება უფრო ხშირად დაკავშირებულია მშობიარობის აქტსა და ხელოვნურ აბორტთან და ამიტომ მეანობის საგანს წარმოადგენს. აღნიშნული მიზეზების გარდა სასქესო ორგანოების ტრავმა შეიძლება დაკავშირებული იყოს სქესობრივ აქტთან, დაცემასთან, აგრეთვე მჩხვლეტავი, მჭრელი საგნებითა და ცეცხლმსროლი ჭურვით დაზიანებასთან. ქალის სასქესო ორგანოების ჭრილობა და დაზიანება აღინიშნება როგორც მშვიდობიანობის დროს, საწარმოო და საყოფაცხოვრებო ტრავმის შედეგად ისე, განსაკუთრებით, ომის დროს.

სასქესო ორგანოების დაზიანება, დაკავშირებული სქესობრივ აქტთან. ამ სახის დაზიანებას განიცდის საქალწულო აპკი, საშო და შორისი.

საქალწულო აპკის დაზიანება, თითქმის როგორც წესი, ხდება პირველი სქესობრივი აქტის დროს. მაგრამ ამ დროს მომხდარი „ფიზიოლოგიური ჩახევები“ ჩვეულებრივ პირობებში არ არის ღრმა და უმნიშვნელოდ სისხლმდენია. ზოგიერთ შემთხვევაში ჩახევა ღრმაა, აღწევს საქალწულო აპკის ფუძეს. თუ საქალწულო აპკთან ერთად იხევა მისი მკვებავი სისხლძარღვი, იწყება საგრძნობი სისხლდენა. ეს გართულება შედარებით ხშირად ემართებათ ხანში შესულ ქალებს რიგიდული საქალწულო აპკით, რომელთაც გვიან დაიწყეს

სქესობრივი ცხოვრება. მაგრამ ასეთ გართულებას ადგილი აქვს აგრეთვე ახალგაზრდა ქალთა შორისაც, მაგალითად სქელი საქალწულო აპკის შემთხვევაში, სასქესო ორგანოების განუვითარებლობის დროს და სხვა მიზეზების გამო. ზოგჯერ ჩახევა ვრცელდება საშოს კედელზე ან შორისზედაც (იხ. ქვემოთ.).

დ ი ა გ ნ ო ს ტ ი კ ა არ არის ძნელი დამახასიათებელი ანამნეზის გამო: სისხლდენის დაწყება პირველ, ჩვეულებრივ, მტკივნეულ, სქესობრივ აქტთან დაკავშირებით. გამოცნობა ადვილდება იმით, რომ საქალწულო აპკი თვალით შესამჩნევია. ჩახევისა და მისი ლოკალიზაციის ნახვა ადვილია, თუ სისხლმდენ ადგილს სტერილური დოლბანდით მოვწმენდთ.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა მდგომარეობს სისხლმდენ ძარღვზე მომჭერის დადებაში და გადაკვანძვაში წვრილი, მაგრამ მაგარი კეტგუტის ძაფით. თუ სისხლძარღვი, რომელიც პულსაციას იძლევა, არ არის აღმოჩენილი, მაშინ სისხლმდენ არეს ადებენ ღრმა, ჯვრისებურ კვანძს. საქალწულო აპკისა და საშოს ან შორისის ერთდროული დაზიანების დროს ჩახეული ნაწილების კიდეებს აერთებენ კეტგუტის კვანძოვანი ლიგატურებით.

საშოს დაზიანება, ჩვეულებრივ, მაშინ ხდება, თუ სქესობრივი აქტი მომხდარია მცირეწლოვანებთან ან ხანში შესულ ქალებთან, რომელთაც დიდი ხნის განმავლობაში არ ჰქონიათ მენსტრუაცია და არ ეწეოდნენ სქესობრივ ცხოვრებას. საშოს დაზიანებას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს აგრეთვე სქესობრივად მომწიფებულ ქალებში, როდესაც ნორმალური სქესობრივი ცხოვრება ხდებოდა სიმთვრალეში, და კიდევ სხვა მიზეზების გამო.

საშოს კედლები უფრო ხშირად სკდება მის ზედა მესამედში, უკანა ან გვერდითი თაღების არეში. საშოს გვერდითი კედლების ღრმა ჩახევის დროს შიშველდება ცხიმოვანი უჯრედისი, რომელიც ყოფს მას ძვლოვანი მენჯის კედლებისაგან. აღწერილია უფრო მძიმე გართულებები — ჩახევა აღწევს საშვილოსნოსუკანა სივრცეს, რასაც თან სდევს ნაწლავების მარყუჟების გამოვარდნა. ჩვენ გვქონდა შემთხვევა, როდესაც ქალს მთვრალ ქმართან სქესობრივი აქტის შემდეგ ჩაეხა საშო საშარდე ბუშტამდე. მას აღმოაჩნდა კიბოვანი პროცესი, რომელიც საშვილოსნოს ყელიდან გადასული იყო საშოს წინა თაღზე და შემდეგ შარდის ბუშტზე.

ზოგჯერ საშოს ჩახევა პირველად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს; სათანადო ნიშნები უფრო მოგვიანებით იჩენენ თავს და, ჩვეულებრივ, დაკავშირებული არიან საშოსთან ახლომდებარე უჯრედისის დაინფიცირებასთან. მაგრამ საშოს ჩახევები უმეტეს შემთხვევაში დაკავშირებულია სქესობრივ აქტთან და პირველადვე გამოხატულია ორი სიმპტომით — ტკივილით და დიდი რაოდენობის სისხლდენით.

დ ი ა გ ნ ო ზ ს სვამენ ანამნეზის საფუძველზე, სარკეებით საშოს დათვალიერებისა და პალპაციური გამოკვლევის მონაცემებზე, რომლის დროს ჩახევის ადგილზე აღმოჩენილია ჩაღრმავება.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა ქირურგიულია: სისხლმდენი ძარღვების გადაკვანძვა და ჩახეული საშოს კედლების ნაპირების შეერთება კეტგუტის კვანძოვანი ნაკერით. დაინფიცირების შემთხვევაში შეიძლება დავკმაყოფილდეთ მხოლოდ სისხლმდენი ძარღვების გადაკვანძვით ან სათანადო ადგილის გაკერვით, ჭრილობის კიდეებზე ნაკერების დაუდებლად. საშოს, განსაკუთრებით ჭრილობის ზედაპირზე, აყრიან თეთრ სტრეპტოციდს. დაინფიცირების შემთხვევებში და უმნიშვნელო სისხლდენის დროს შეიძლება დავკმაყოფილდეთ საშოს სულფანილამიდური ან სინტომიცინის ემულსიაში გაჟღენთილი ტამპონადით.

ნაკერის დადების შემთხვევაში უნდა გვახსოვდეს, რომ საშოს წინა კედელთან უშუალოდ შარდის ბუშტი მდებარეობს, ხოლო უკანა კედელთან — სწორი ნაწლავი, ამიტომ ნემსის ღრმად შეტანა საშიშია. ახალი ჩახევების დროს, როდესაც ისინი აღწევენ მეზობელ ორგანოებს, ჭრილობა თანმიმდევრობით უნდა იქნეს გაკერილი, ე. ი. ჯერ უნდა გაიკეროს დაზიანებული ორგანოების კედლები, ხოლო შემდეგ — საშო. იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ოდნავ გვეგებება ეჭვი ნაწლავების მარყუჟების დაზიანებაზე, ნაჩვენებია ლაპაროტომია.

შორისის დაზიანება, რომელიც დაკავშირებულია სქესობრივ აქტთან, ჩვეულებრივ, თან ახლავს საქალწულო აპკის ღრმა ჩახევას. მაგრამ მას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს აგრეთვე ამ უკანასკნელის მთლიანობის დაურღვეველადაც. ჩვენ გვქონდა შორისის I და II ხარისხის დაზიანების შემთხვევები სქესობრივი აქტის შემდეგ. მისი გამოცნობა ადვილია გასინჯვის შედეგად. არადაინფიცირებულ ჭრი-

ლობას თეთრ სტრეპტოციდს აყრიან და კეთავენ ფენა-ფენად კუნთებსა და კანს, დაინფიცირების შემთხვევებში კი მკურნალობა წარმოებს ღია წესით.

სასქესო ორგანოების დაზიანება ბლაგვი ტრავმით. სქესობრივი კავშირის გარეშე სასქესო ორგანოები შეიძლება დაზიანდეს ბლაგვი ტრავმის გამო სხვადასხვა პირობებში. ასეთი ტრავმის შედეგია გარეთა სასქესო ორგანოებისა და საშოს ჰემატომა, მღვიმოვანი სხეულებისა და კლიტორის ჩახევა, ძვლოვანი მენჯის დაზიანება.

გარეთა სასქესო ორგანოების (ვულვის) და შორისის ჰემატომები უფრო ხშირად წარმოიშვება მათზე ბლაგვი საგნის უშუალო მოქმედებით, მაგალითად, დაჟეჟვით. მაგრამ ისინი შეიძლება წარმოიშვან არაპირდაპირი გზითაც, მაგალითად, ძვლოვანი მენჯის დაჟეჟვის ან ტყვიით მისი დაჭრის შედეგად.

ტრავმის ადგილას იწყება ტკივილი, ზოგჯერ აუტანელი; შარდვა ხშირი და მტკივნეულია. თუ ჰემატომა გავრცელდა სწორ ნაწლავთან ან საშოსთან ახლომდებარე უჯრედისზე, იწყება ტენეზმები, ძნელდება დეფეკაცია და შარდვა.

გამოკვლევის დროს ადვილი შესამჩნევია მოლურჯო-წითელი ან მოლურჯო-შავი შემსივნება. რომელიც მომკვრივოა ან ფლუქტუაციის გამომწვევი. იგი უმეტესად ცალმხრივია, მოთავსებულია სასქესო ბაგეებზე, შორისის ან კლიტორის მიდამოში (სურ. 52). სასქესო ხვრელი ხდება უსწორმასწორო.



სურ. 52. მარჯვენა დიდი სასქესო ბაგის ჰემატომა.

შემსივნების სიდიდე შეიძლება იყოს მსხვილი ქლიავის ოდენობიდან ახალშობილის თავის ოდენობამდე. ჰემატომის ზემოთ, უჯრედისისაკენ გავრცელებისას პირველ რიგში თავს იჩენს მწვავე სისხლნაკლებობის მოვლენები, გარეგანი სისხლდენის არარსებობის მიუხედავად. ჰემატომის დახურული ფორმის დროს, ე. ი. როდესაც მისი საფარი დაუზიანებელია, ავადმყოფის ტემპერატურა, ჩვეულებრივ, ნორმალურია, ღია ფორმის

დროს კი, ჰემატომის დაინფიცირების გამო — მომატებული. ამასთან, ავადმყოფი უჩივის საერთო სისუსტეს.

როგორც კი გამოიცნობა ჰემატომა, დაუყოვნებლივ უნდა ვიზრუნოთ უჯრედისში სისხლჩაქცევის შეჩერებაზე, ჰემატომის საფარის მთლიანობის შენარჩუნებაზე მისი დაინფიცირების თავიდან აცილების მიზნით და ტკივილის შესუსტებაზე. ამ მიზნით ნიშნავენ ტკივილდამაყუჩებელ საშუალებებს (ძლიერი ტკივილის დროს მორფინი ან პანტოპონი), ჰემატომის ადგილას ადებენ დამწოლ ნახვევს, მის ზემოთ—ყინულიან ბუშტს. თუ ჰემატომა დიდდება ან სისხლნაკლებობის მოვლენები იზრდება, მას ფართოდ ხსნიან, უმჯობესია — მედიალური მხრიდან, ასუფთავებენ სისხლის კრლტებისაგან და სისხლმდენ ძარღვებზე ადებენ ნაკერებს. ჰემატომის ღრუს ადრენირებენ სულფანილამიდური ემულსიით ან ვიშნევსკის მალამოში გაჟღენთილი დოლბანდის ზონრით, რის შემდეგ ადებენ დამწოლ ნახვევს. პროფილაქტიკური მიზნით ავადმყოფს უნიშნავენ პენიცილინს, სულფანილამიდებს. საგრძნობი სისხლდაკარგვის შემთხვევაში აწარმოებენ სისხლის გადასხმას. ჰემატომის დაჩირქების დროს ნაჩვენებია ჩირქგროვის გაკვეთა.

მენჯის ძვლების დახურული მოტეხილობის ნიადაგზე წარმოშობილი ჰემატომის დროს ყველა ღონისძიება პირველ რიგში მოტეხილობის მკურნალობისაკენ უნდა იყოს მიმართული.

საშოს ჰემატომა უმეტესად თან სდევს გარეთა სასქესო ორგანოების ჰემატომას და წარმოადგენს მის გაგრძელებას. ჰემატომა გამოიცნობა როგორც გარეთა სასქესო ორგანოების დათვალიერებით, ისე საშოს თითებით გასინჯვის გზით. ამასთან, აღინიშნება მისი სანათურის მკვეთრი დავიწროება, რაც გამოწვეულია ფლუქტუაციის გამომწვევი (ახალი ჰემატომა) ან ხრაშუნა (ერთი დღე-ღამის ან მეტი ხნის ჰემატომა) შემსივნების არსებობით მთელ საშოზე ან მის ერთ-ერთ კედელზე.

მკურნალობა იმავე პრინციპებით ტარდება, როგორც გარეთა სასქესო ორგანოების ჰემატომის დროს.

საშვილოსნოს ფართო იოგების ჰემატომები ძალიან საშიშია. ისინი, ჩვეულებრივ, თან ახლავან საშვილოსნოს და მისი დანამატების ჭრილობებს და ამიტომ მათთან ერთად შევეხებით.

კლიტორის ტრავმა. მშობიარობის აქტის გარდა კლიტორის ტრავმა შეიძლება მოხდეს მასზე ბლაგვი საგნის უშუალო მოქმედებით. კლიტორი შეიძლება ტრავმირებული იქნეს არაპირდაპირი გზითაც — მენჯის მოტეხილობის დროს თეძოს ძვლების დაცილების გამო.

კლიტორის დაზიანებას თან სდევს ძლიერი სისხლდენა, რაც ამ ორგანოში სისხლძარღვთა სიუხვით აიხსნება. თუ კლიტორის საფარველი არ არის დაზიანებული, წარმოიშვება ჰემატომა, რომელიც სწრაფად ვრცელდება სხვა გარეთა სასქესო ორგანოებზეც. სისხლჩაქცევა ხშირად გადადის საშვილოსნოს და შარდის ბუშტის ახლომდებარე უჯრედისზე და უფრო ზევითაც კი. ამის შედეგად წარმოიშვება გარეთა სასქესო ორგანოების, საშოს, საშვილოსნოს ფართო იოგების და მენჯის უჯრედისის სხვა ნაწილების დიდი ჰემატომები. ასეთი ავადმყოფები საჭიროებენ გადაუდებელ დახმარებას ძლიერი ტკივილისა და სწრაფად მზარდი სისხლნაკლებობის გამო, მიუხედავად გარეგანი სისხლდენის არარსებობისა.

ექიმის მოქმედება და გადაუდებელი დახმარების ხასიათი ისეთივეა, როგორიც, საერთოდ, სასქესო ორგანოების ჰემატომების დროს, რასაც უკვე შეეხეთ ზემოთ. კლიტორის დაზიანების დროს მხედველობაში უნდა გვქონდეს სისხლძარღვებზე ნაკერის დადების სიძნელეები, რადგანაც ყოველი ნაჩხვლეტი თავისთავად შეიძლება გახდეს სისხლდენის წყარო. ამიტომ, თუ სისხლის შესაჩერებელი ნაკერების დადების ცდები არ იძლევა საჭირო შედეგს, მათ თავი უნდა დავანებოთ. ასეთ შემთხვევებში შეიძლება დავკმაყოფილდეთ მთელი სისხლმდენი არის ბოქვენის ძვალზე სტერილური ტამპონის საშუალებით ხანგრძლივი მიჭერით. იქ, სადაც სისხლმდენი ძარღვები ჩანს, მიზანშეწონილია მათზე მომჭერების დადება და ერთი და მეტი დღით დატოვება. ერთდროულად კლიტორზე ადებენ დამწოლ T-ს მაგვარ ნახვევს. ასეთი ავადმყოფებისათვის ძალიან კარგია ფილატოვის ჰემოსტაზური ღრუბელი, რომელიც მზადდება სისხლის ფიბრინისაგან ლენინგრადის სისხლის გადასხმის წითელდროშოვანი ინსტიტუტის მიერ.

ინფექციის პროფილაქტიკის მიზნით ავადმყოფს უნიშნავენ პენიცილინს, სულფანილამიდებს, გლუკოზას. აუცილებელია სისხლის განმეორებითი გადასხმა.

ძვლოვანი მენჯის დაზიანება. ძვლოვანი მენჯის დაზიანებას უმეტეს შემთხვევებში თან ახლავს სასქესო ორგანოების მძიმე დაზიანებანი: მენჯის უჯრედისის დიდი ჰემატომები, კლიტორის, ურეთრის, შარდის ბუშტის, საშოს გახევა, გასკდომა, ზოგჯერ მათი მოგლეჯა გარშემო მდებარე ქსოვილებისაგან. ამასთან, ხშირად ზიანდება შინაგანი ორგანოებიც. ამიტომ ერთ-ერთ ამ აღნიშნულ მდგომარეობაზე ოდნავი ეჭვის შემთხვევაში ნაჩვენებია მუცლის ღრუს სასწრაფო გაკვეთა. მისი მიზანია სისხლდენის შეჩერება და დაზიანებული ორგანოების მთლიანობის აღდგენა, სათანადო შემთხვევებში — მათი ამოკვეთაც კი. ტრავმის სიმძიმის მიხედვით შეიძლება საჭირო გახდეს რთული ქირურგიული ჩარევა. თუ შინაგან სისხლდენაზე ან მუცლის ღრუს ორგანოების მთლიანობის დარღვევაზე ეჭვი არ გვებადება, მაშინ შეიძლება დავკმაყოფილდეთ კონსერვატული მკურნალობით. ასეთ შემთხვევაში აწარმოებენ ჭრილობის ქირურგიულ დამუშავებას — გაწმენდას, თეთრი სტრეპტოციდის მოყრას, დრენირებას, შეხვევას და სხვ.

ერთდროულად შეჰყავთ ტეტანუსის და განგრენის საწინააღმდეგო შრატი და ატარებენ პროფილაქტიკურ მკურნალობას პენიცილინით და სულფანილამიდებით, აწარმოებენ სისხლის გადასხმას.

სასქესო ორგანოების ჭრილობები, გამოწვეული მჩხვლეტავი და მჭრელი საგნებითა და ცეცხლმსროლი ჭურვით. ქალის სასქესო ორგანოების ჭრილობა შესაძლებელია გამოწვეული იქნეს მახვილი, მჩხვლეტავი საგნებითა და იარაღით — მჭრელით და ცეცხლმსროლით. უმეტეს შემთხვევებში ასეთი ჭრილობები თან ახლავს მუცლის, მენჯისა და ბარძაყების დაზიანებებს, მაგრამ ისინი შეიძლება იზოლირებულიც იქნენ, მაგალითად, გარეთა სასქესო ორგანოების ჭრილობების დროს ზოგჯერ შიგნითა სასქესო ორგანოები ზიანდება შარდის ბუშტთან და სწორ ნაწლავთან ერთად, მაგრამ მუცლის ფარის დაუზიანებლად. ჩვენ გვქონდა შემთხვევა, როდესაც სასქესო ნაპრალში გამოვარდნილ საშვილოსნოსა და საშოს დაზიანებასთან ერთად დაზიანდა აგრეთვე მათთან ახლომდებარე შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავის ნაწილები.

ქალის სასქესო ორგანოების ყველა ცეცხლნასროლი ჭრილობის დროს მათ პირველად დამუშავებას აწარმოებენ საერთო პრინციპებით. ერთდროულად შეყავთ ტეტანუსის და განგრენის საწი-

წაალმდეგო შრატი, ავადმყოფს უსხამენ სისხლს, უნიშნავენ პენიცილინთერაპიას და სულფანილამიდებს.

საშოს ცეცხლნასროლი ჭრილობები. ჭრილობის მიმყენებელი საგნები (ტყვია, ჭურვის ნამსხვრევები და სხვ.) საშოში შეიძლება მოხვდეს მუცლის ღრუდან, შარდის ბუშტიდან, გარეთა სასქესო ორგანოებიდან, შორისიდან და მენჯიდან, განსაკუთრებით დუნდულოების ჭრილობის დროს. ასეთ შემთხვევებში საშოში ჭრილობის ხვრელები ყოველთვის გარეთ გამოდის.

ექვი საშოს ჭრილობაზე შეიძლება მივიტანოთ ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც ტყვიის ან ნამსხვრევის შესავალი ხვრელი იმყოფება მუცლის ქვედა ნაწილში, მენჯში ან ბარძაყების ზედა მესამედში და საშოდან ადგილი აქვს სისხლიან გამონადენს. ასეთი შესავალი ხვრელების უქონლობისას საშოს ჭრილობა ხშირად გამოუცნობი რჩება. საბოლოო დიაგნოზს სვამენ საშოს სარკეებით დათვალიერების შემდეგ. ამასთან, შეიძლება ადგილი ჰქონდეს საშოს კედლებისა და თაღების ჩახევას, საშვილოსნოს არტერიის ტოტების დაზიანებას, ხოლო განსაკუთრებით მძიმე ჭრილობების დროს — მუცლის ფარის ჩახევას და საშოში ბადექონის ან ნაწლავის მარყუჟის გამოვარდნას. ამ შემთხვევებში ავადმყოფის სიცოცხლე საფრთხეშია. შედარებით მსუბუქი ჭრილობის დროს მარტო საშოს კედლის და მცირე მენჯის კედელთან ახლომდებარე უჯრედის დაზიანების დროსაც ავადმყოფის მდგომარეობა სერიოზულია ინფექციის გამო, რომლის განვითარებისათვის ხელსაყრელი პირობები არსებობს.

ჩვენი დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა რამდენიმე ახალგაზრდა ქალი, რომელთაც ჭრილობები მიყენებული ჰქონდათ მუცლის ქვედა არეში, გავაში, დუნდულოებში, ბარძაყების ზედა მესამედში. არც თვით დაჭრილებს და არც მათ ექიმებს არ ებადებოდათ ექვი იმის შესახებ, რომ ჭრილობის გამოსავალი ხვრელი საშოში იმყოფებოდა. ეს აღმოჩნდა მხოლოდ რამდენიმე წლის შემდეგ, როდესაც საშოს ნაწიბუროვანი შეკუმშვის ნიადაგზე გაძნელდა ან შეუძლებელი გახდა არა მარტო მშობიარობა, არამედ ერთ შემთხვევაში სქესობრივი ცხოვრებაც კი. ამიტომ ერთ-ერთ ზემოჩამოთვლილ სფეროში ჭრილობის მიყენების შემთხვევაში აუცილებელია დაკვირვებით იქნეს გამოკვლეული საშოც.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა მდგომარეობს ჭრილობის პირველად ქირურგიულ დამუშავებაში და ჰემოსტაზური ნაკერების დადებაში. ტკივილის შემთხვევაში ავადმყოფს უკეთებენ მორფინს ან პანტოპონს. მუცლის ფარის მთლიანობის დარღვევისას სასწრაფოდ უნდა იქნეს ნაწარმოები მუცლის ღრუს გაკვეთა. ასეთ შემთხვევებში ჭრილობა გამავალია და საშოში გამოსავალი ხვრელი შეიძლება გამოყენებულ იქნეს დრენაჟის გასატარებლად. ავადმყოფს ერთდროულად უნიშნავენ პენიცილინს და სულფანილამიდებს, სისხლის გადასხმას.

საშვილოსნოს და მისი დანამატების ჭრილობები გამონაკლის შემთხვევებში გვხვდება მუცლის სხვა ორგანოების ჭრილობებთან კომბინაციაში. ჩვეულებრივ კი მათ ნახულობენ მაშინ, როდესაც მუცლის ღრუს ჭრილობის გამო აწარმოებენ მის გაკვეთას. საშვილოსნოს ჭრილობაზე შეიძლება ეჭვი მივიტანოთ იმ შემთხვევაში, როდესაც ადგილი აქვს გარეგან სისხლდენას სასქესო ორგანოებიდან, რომელიც ქალს მუცელში მიყენებული ჭრილობისთანავე დაეწყო, თუ გამორიცხულია მენსტრუაცია. საშვილოსნო განსაკუთრებით ადვილად ზიანდება ორსულობის დროს, როდესაც იგი მცირე მენჯის საზღვრებს სცილდება. საშვილოსნოს დაზიანების აღმოჩენისას აწარმოებენ მის ამოკვეთას. თუ ქალი დაჭრილია შვილოსნობის ასაკში და შეიძლება ნამდვილად გამოვრიცხოთ ინფექცია, ნაჩვენებია ოპერაციული მკურნალობის მეთოდები — ჭრილობის გაკერვა ან საშვილოსნოს დეფუნდაცია.

საშვილოსნოს ლულის ჭრილობის შემთხვევაში აწარმოებენ მის ამოკვეთას. შვილოსნობის ასაკში საკვერცხეში მიყენებული ჭრილობის შემთხვევაში აწარმოებენ დაზიანებული ნაწილის რეზექციას, ხოლო 45 წლის ზევით ასაკში — საკვერცხის მთლიან ამოკვეთას. ახალგაზრდა ასაკში ორივე საკვერცხის დაზიანების დროს აუცილებელია შენარჩუნებული იქნეს საკვერცხის საღი ქსოვილის მცირე ნაწილი მაინც.

ფართო იოგების ჰემატომა აღინიშნება მენჯის ორგანოების ჭრილობის დროს. კერძოდ, ის წარმოიშვება საშვილოსნოს, საკვერცხეებისა და ლულების გვერდითი ნაწილების ჭრილობის დროს, თუ სისხლი დაზიანებული სისხლძარღვებიდან იღვრება ფართო იოგების ფურცლებს შორის. ჩვენ გვქონდა ორი შემთხვევა, როდესაც მენ-

ჯის ჭრილობის დროს ფართო იოგებში წარმოიშვა დიდი ჰემატომა მუცლის ღრუს დაუზიანებლად.

ასეთი ჭრილობების შედეგად წარმოშობილი მუცლის ფარის სისხლიანი სიმსივნეები მდებარეობს უშუალოდ საშვილოსნოს გვერდით და, ჩვეულებრივ, თავსდება რამდენადმე მის წინ და უკან. ამასთან დაკავშირებით საშვილოსნო ჰემატომის მოპირდაპირე გვერდზე გადაიხრება. ძლიერი სისხლჩაქცევების დროს ჰემატომა შეიძლება გავრცელდეს ქვემოთ — მენჯის ძირამდე, გვერდით — მენჯის კედლამდე, ზევით — თირკმლების მიდამომდე და წინ — ჰიპამდე.

ამ უაღრესად მძიმე გართულების ძირითადი ნიშნებია მუცლის ქვედა არეში ძლიერი ტკივილი, ხშირად შეტევითი ხასიათისა, აგრეთვე შინაგანი სისხლდენის სიმპტომები და შოკი.

ჰემატომის პროგრესულად ზრდის დროს აღინიშნება „მწვავე მუცლის“ მოვლენები. ჩამოთვლილი ნიშნების საფუძველზე დიაგნოზის დასმა დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს.

მკურნალობა ოპერაციულია. მუცლის ღრუს სასწრაფო გაკვეთის მიზანია სისხლმდენი ძარღვების გადაკვანძვა, ჰემატომის დაცარიელება და იოგთაშორისო სივრცის დრენირება საშოს უკანა თაღიდან. აუცილებელია სისხლის გადასხმა, პენიცილინ-და სულფანილამიდური თერაპია.

დამწვრობანი გარეთა სასქესო ორგანოებისა, საშოს და ყელის, წარმოიშვება უმრავლეს შემთხვევებში ძლიერ ცხელი წყლით საშოს შესხურებების შედეგად ან შესასხურებელ სითხეში სადეზინფექციო საშუალებების დოზების გადაჭარბებულად ხმარებით. ზოგჯერ დამწვრობა წარმოიშვება გარეთა სასქესო ორგანოებზე და საშოზე იოდის წასმის შედეგად, მაგალითად, საშოსმხრივი ოპერაციების წინ. მაგრამ მათ შეიძლება ადგილი ექნეთ სხვა მდგომარეობის დროსაც.

შეიძლება ადგილი ექნეს გარეთა სასქესო ორგანოების, შორისის, ბარძაყების შიგნითა ზედაპირის და აგრეთვე საშოს ქვედა მესამედის დამწვრობებს, რომელიც ნამშობიარევ ქალებს ოდნავ ღია აქვთ, ხოლო მისი ქვედა ნაწილი — რამდენადმე გარეთ გამობურცული.

გარეთა სასქესო ორგანოებისა და საშოს დამწვრობის ჩვენს შემთხვევებში დამწვრობას, რომელიც გამოწვეული არ იყო სამედიცინო და ჰიგიენური მანიპულაციებით, ადგილი ჰქონდა მზარეულ

ქალთა შორის, რომელთაც საუმლის დამზადების დროს გადაესხათ წვენი ან მდუღარე წყალი.

ხაზი უნდა გაესვას იმ მდგომარეობას, რომ გარეთა სასქესო ორგანოების კანის და საშოს შესავლის ლორწოვანი გარსის, ისე როგორც თვით საშოს სინაზის გამო, მათზე მოკლე ხნით მაღალი ტემპერატურის ზეგავლენა იწვევს II და ზოგჯერ III ხარისხის დამწვრობას. ასეთმა დამწვრობამ შემდგომში შეხორცების დროს შეიძლება გამოიწვიოს სასქესო გზების დეფორმაცია, რის გამო მშობიარობის აქტი ძნელდება ან შეუძლებელი ხდება. ამიტომ ამ შემთხვევებში დამწვარი სასქესო ორგანოების მქონე ქალებს სასწრაფოდ უნდა აღმოვუჩინოთ სამკურნალო დახმარება.

მ კ უ რ ნ ა ლ ო ბ ა — დაზიანებული ნაწილების კალიუმის მარგანეცის მაგარი ხსნარით უხვად დასველება, წოლითი რეჟიმი, ნარკოტიკები, საგულე საშუალებები, სისხლის გადასხმა. ინფექციის პროფილაქტიკის მიზნით ავადმყოფს უნიშნავენ პენიცილინს და სულფანილამიდებს. აუცილებელია ტეტანუსის საწინააღმდეგო შრატის შეყვანა. შემდგომში ადებენ ნახვევს ვიშნევსკის მალამოთი.

ლ ი ტ ე რ ა ტ უ რ ა

Атабеков Д. Н., Гнойные очаги в малом тазу у женщин. Изд. ЦИУ., М., 1953.

Аловский А. Д., Клиника внематочной беременности. Л., Медгиз, 1945.

Браудс И. Л., Оперативная гинекология. Медгиз, 1952.

Жордания И. Ф., Половые органы женщины. Травматические их повреждения. Энцикл. словарь военной медицины, т. 4, стр. 153—156, Медгиз, 1948.

Окончиц Л. Л., Оперативная гинекология. Л., Биомедгиз, 1938.

Яковлев И. И., Неотложная помощь при акушерской патологии. Медгиз, 1953.

შ ი ნ ა ა რ ს ი

შ ე ს ა ვ ა ლ ი 3
თ ა ვ ი I. გინეკოლოგიური ავადმყოფის გამოკვლევის მეთოდიკა 7
თ ა ვ ი I I. ქალის სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებანი . 38
თ ა ვ ი I I I. საშვილოსნოს კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკა. ქალის სასქესო ორგანოების ავთვისებიან სიმსივნეთა წინააღმდეგ ბრძოლის ორგანიზაცია 182
თ ა ვ ი IV. გადაუდებელი დახმარება ქალთა სასქესო ორგანოების დაავადების დროს . 206