

არჩილ ხომასურიძე / ლალი ფხალაძე

რეპროდუქტოლოგია ყველასათვის



არჩილ ხომასურიძე

ლალი ფხალაძე

რეპროდუქციოლოგია ყველასათვის

რედაქტორი

თამარ მამაცაშვილი

კორექტორა

ნატო ტოროშელძე

დაკაბადონება, დიზაინი

ლევან ლაცაბიძე

ISBN 978-9941-8-5124-7

არჩილ სომასურიძე

ლალი ფხალაძე

რეპროდუქციოლოგია ყველასათვის

შესავალი

„რეპროდუქტოლოგია ყველასათვის“ არის პოპულარულ ენაზე დაწერილი სამედიცინო ინფორმაციის შემცველი წიგნი, რომელიც განკუთვნილია ფართო მასებისათვის: სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტებისთვის, რეზიდენტებისთვის, ოჯახის ექიმებისთვის, რეპროდუქტოლოგებისთვის, გინეკოლოგებისთვის, ენდოკრინოლოგებისა და სხვადასხვა პროფილის ექიმებისთვის, აგრეთვე პაციენტებისთვის და მათთვის, ვისაც სურს მიიღოს ინფორმაცია რეპროდუქციული სისტემის ფიზიოლოგიისა და პათოლოგიების შესახებ.

წიგნში მოთხრობილია საქართველოში რეპროდუქტოლოგიის განვითარების ისტორია, მოცემულია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განმარტება, განხილულია გამრავლებისა და ორსულობის ფიზიოლოგია, სქესობრივი მომწიფებისა და რეპროდუქციული სისტემის ჩამოყალიბების თავისებურებები, რეპროდუქციული სისტემის დარღვევები: მენსტრუაციული ციკლის სხვადასხვა სახის მოშლა, უნაყოფობა და მისი გამომწვევი მიზეზები, მათ შორის – ჰორმონული დისფუნქცია,

ანთებითი დაავადებები, ენდომეტრიოზი, საკვერცხის ცისტები. გაეცნობით ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტის მიზეზებს, მოზარდობის პერიოდის გინეკოლოგიურ-ენდოკრინოლოგიურ დარღვევებს, მენსტრუაციის წინა სინდრომის თავისებურებებს, სასქესო ორგანოებიდან სისხლდენის გამომწვევ მიზეზებს, მათ შორის – საშვილოსნოს კეთილთვისებიან ნარმონაქმნებს. მიიღებთ ინფორმაციას კლიმაქსური პერიოდის მიმდინარეობაზე, კონტრაცეფციის მეთოდებზე, ხელოვნურ განაყოფიერებასა და რეპროდუქტოლოგიის სხვა მნიშვნელოვან საკითხებზე.

ინფორმაცია მოწოდებულია კითხვა-პასუხის ფორმით, რაც აადვილებს მის აღქმას და უფრო საინტერესოს ხდის მკითხველისთვის.

წიგნის ავტორები არიან საქართველოში რეპროდუქტოლოგიის დამაარსებელი პროფ. არჩილ ხომასურიძე და ექიმი რეპროდუქტოლოგი, გინეკოლოგი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი ლალი ფხალაძე, მრავალწლიანი საექიმო გამოცდილებით.

რედაქტორისაგან

სარჩევნი

შესავალი	4
<i>რედაქტორისაგან</i>	
რეპროდუქტოლოგია საქართველოში	11
<i>არჩილ ხომასურიძე, ლალი ფხალაძე</i>	
რეპროდუქციული ჯანმრთელობა. ქალის რეპროდუქციული სისტემა. მენსტრუაციული ციკლის თავისებურებები, ოვულაცია	19
<i>ლალი ფხალაძე</i>	
მამაკაცის რეპროდუქციული სისტემა. ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენს მამაკაცის შვილოსნობის უნარზე	24
<i>ლალი ფხალაძე</i>	
განაყოფიერება და ორსულობა; ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენს განაყოფიერების პროცესზე. როგორ შევუწყოთ ხელი ორსულობას?	30
<i>ლალი ფხალაძე</i>	
ორსულთა გულისრევა და ღებინება. ქვედა კიდურების კრამპი. ორსულობა და მედიკამენტები	37
<i>ლალი ფხალაძე</i>	
უშვილობა, გამომწვევი მიზეზები, ქალისა და მამაკაცის ფაქტორით გამომწვეული უნაყოფობა, დიაგნოსტიკის მეთოდები	42
<i>ლალი ფხალაძე</i>	

<p>უშვილობის მკურნალობის ძირითადი პრინციპები. ინ ვიტრო განაყოფიერება <i>ლალი ფხალაძე</i></p>	49
<p>ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტა, ორსულობის განმეორებითი დანაკარგები, მიზეზები, დიაგნოსტიკა, მართვა <i>ლალი ფხალაძე</i></p>	60
<p>ჰიპერანდროგენული მდგომარეობები – ჭარბთმიანობა, აკნე, სებორეა, ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტა, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა <i>ლალი ფხალაძე</i></p>	71
<p>პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომი, გამომწვევი მიზეზები, კლინიკური ნიშნები, გართულებები, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ძირითადი პრინციპები <i>ლალი ფხალაძე</i></p>	82
<p>ენდომეტრიოზი, ადენომიოზი, საკვერცხის ენდომეტრიომა, სიხშირე, კლინიკური გამოვლინებები, გართულებები, დიაგნოსტიკა, ჰორმონული და ქირურგიული მკურნალობა <i>ლალი ფხალაძე</i></p>	92
<p>საკვერცხის ცისტები – ფუნქციური, ყვითელი სხეულის, ენდომეტრიული, თანდაყოლილი; გართულებები, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა <i>ლალი ფხალაძე</i></p>	101

სისხლდენა საშვილოსნოდან, ფიბროიდები,
ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია, პოლიპები,
ფუნქციური სისხლდენა; ჯანმრთელობის რისკები,
დიაგნოსტიკა, მკურნალობა 111
ლალი ფხალაძე

მენსტრუაციისწინა სინდრომი, კლინიკური ნიშნები,
მკურნალობა 123
ლალი ფხალაძე

კლიმაქსური სინდრომი. მიზეზები, სიმპტომები,
გართულებები, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა 131
ლალი ფხალაძე

კონტრაცეფცია. ჰორმონული მეთოდები – აბები,
ინიექციები, პლასტირები, კაფსულები, ვაგინალური
რგოლები; არაჰორმონული მეთოდები – კონდომი,
სპერმიციდები; საშვილოსნოსშიგა საშუალებები;
ოჯახის დაგეგმვის ბუნებრივი მეთოდები; ქალისა და
მამაკაცის ქირურგიული სტერილიზაცია 142
ლალი ფხალაძე

ბავშვთა და მოზარდთა გინეკოლოგიისა და
რეპროდუქციული ენდოკრინოლოგიის აქტუალური
საკითხები 162
ლალი ფხალაძე

ავად სახსენებელი აბორტი 175
არჩილ ხომასურიძე

უმტკივნეულო მშობიარობა 181
არჩილ ხომასურიძე

ქალის ჰიგიენა	186
<i>არჩილ ხომასურიძე</i>	
ისევ ენდომეტრიოზი	190
<i>არჩილ ხომასურიძე</i>	
ისევ საკვერცხეების პოლიკისტოზი	195
<i>არჩილ ხომასურიძე</i>	
ადრენოგენიტალური სინდრომი	200
<i>არჩილ ხომასურიძე</i>	
თანამედროვე კონტრაცეფცია	207
<i>არჩილ ხომასურიძე</i>	
საქართველოს დემოგრაფიული მდგომარეობა	214
<i>არჩილ ხომასურიძე</i>	
განა ჩვენი ქვეყანა არ იმსახურებს, იყოს რაიმე დარგში მსოფლიო პიონერი?!	218
<i>არჩილ ხომასურიძე</i>	
პროფესორი არჩილ ხომასურიძე – რეპროდუქტოლოგიის ფუძემდებელი საქართველოში – 80 წლისაა!	224
<i>თამარ მამაცაშვილი</i>	

რეპროდუქტოლოგია საქართველოში

არჩილ ხომასურიძე, ლალი ფხალაძე

რეპროდუქტოლოგია არის მედიცინის დარგი ქალისა და მამაკაცის სქესობრივი და რეპროდუქციული ფუნქციის ფიზიოლოგიისა და პათოლოგიის შესახებ. ის შეისწავლის სიცოცხლის ყველა ეტაპზე ქალისა და მამაკაცის რეპროდუქციული სისტემის ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს, რეპროდუქციული პათოლოგიების ეტიოლოგიას, პათოგენეზს, კლინიკას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობას, პროფილაქტიკასა და პროგნოზს; წყვილის გამრავლებისა და შთამომავლობის კვლავნარმოების ფიზიოლოგიას, პათოლოგიას, მისი რეგულირების მეთოდებს.

რეპროდუქტოლოგია მედიცინის კომპლექსური დარგია, რომელიც მოიცავს რეპროდუქციულ ენდოკრინოლოგიას, გინეკოლოგიას, ანდროლოგიას, გენეტიკას, იმუნოლოგიასა და ქირურგიას.

საქართველო არის მსოფლიოში პირველი ქვეყანა, სადაც რეპროდუქტოლოგია ჩამოყალიბდა როგორც დამოუკიდებელი სამედიცინო დისციპლინა. ეს ლოგიკურიც იყო, რადგან რეპროდუქტოლოგიის განვითარებას საფუძველი ჩაეყარა სწორედ საქართველოში. 1958 წელს თბილისში ცნობილმა გინეკოლოგმა, პროფესორმა იოსებ ყორდანიამ, დააარსა უშვილობის საავადმყოფო, რითაც დაახლოებით 30 წლით გაუსწრო თავის ეპოქას. ეს იყო

მსოფლიოში პირველი ამ ტიპის სამედიცინო დაწესებულება. მხოლოდ 21 წლის შემდეგ დაარსდა მსგავსი ტიპის კლინიკა ამერიკის ქალაქ ნორფოლკში.

სამწუხაროდ, პროფესორი იოსებ ჟორდანიას 1962 წელს ავიაკატასტროფაში დაიღუპა, როდესაც რიო-დე-ჟანეიროდან მოფრინავდა. ყველასათვის კარგად ცნობილია მისი გმირობის ამბავი: თუ როგორ დაუთმო თავისი მაშველი ჟილეტი უბილეთო ბრაზილიელ პატარა გოგონას, თვითონ კი ცურვა არ იცოდა. სიმბოლურია, რომ პროფესორმა იოსებ ჟორდანიამ სიცოცხლეც და სიკვდილიც ქალისა და ბავშვის კეთილდღეობას მიუძღვნა.

ჟორდანიას გარდაცვალების შემდეგ ინსტიტუტს მისი სახელი მიენიჭა და ხელმძღვანელობა გადაიბარა მისმა მოადგილემ პროფესორმა ჯემალ ციციშვილმა, რომელსაც ძალიან დიდი წვლილი მიუძღოდა ინსტიტუტის დაარსებასა და ორგანიზებაში. შემდეგი დირექტორი იყო თენგიზ მესხი.

1985 წლიდან ინსტიტუტის დირექტორად დაინიშნა პროფესორი არჩილ ხომასურიძე და დაიწყო ახალი ეტაპი რეპროდუქტოლოგიის განვითარებაში. მან თავის თანამებრძოლებთან ერთად (პროფ. ნუნუ მაისურაძე, პროფ. ზურაბ საბახტარაშვილი, პროფ. ჯენარო ქრისტესაშვილი) ბოლომდე მიიყვანა იოსებ ჟორდანიას დაწყებული საქმე.

ჟორდანიას ინსტიტუტში მიმდინარეობდა არა მხოლოდ პრაქტიკული სამედიცინო საქმიანობა, არამედ სამეცნიერო მოღვაწეობა. 1959 წელს იოსებ ჟორდანიამ ჩაატარა პირველი საერთაშორისო კონფერენცია, სადაც მოწვეული იყვნენ უცხოელი და საბჭოთა მეცნიერები. შეიქმნა ახალი ლაბორატორიები და განყოფილებები.

ჟორდანიას ინსტიტუტი გახლდათ დაწესებულება, სადაც პირველად ჩამოყალიბდა ანდროლოგიის, ჰორმონუ-

ლი დიაგნოსტიკის, ექსპერიმენტული ენდოკრინოლოგიის, სამედიცინო გენეტიკის, ემბრიოლოგიის ლაბორატორიები, გინეკოლოგიური ენდოკრინოლოგიის, ანდროლოგიის (სტაციონარი და ამბულატორია), უშვილობის თერაპიის, ბავშვთა და მოზარდთა გინეკოლოგიური ენდოკრინოლოგიის და კლინიკური სექსოლოგიის განყოფილებები.

პოსტსაბჭოთა სივრცეში პირველად ჟორდანიას ინსტიტუტში ჩატარდა ლაპაროსკოპიული ოპერაცია (1986 წ.), დაარსდა კონტრაცეფციის განყოფილება (1986 წ.), დაიწყო ქალებში საშვილოსნოს ყელისა და სარძევე ჯირკვლების სკრინინგის განხორციელება (1993 წ.) და, რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, 1997 წელს რეპროდუქტოლოგია, როგორც დამოუკიდებელი სამედიცინო სპეციალობა, გამოეყო გინეკოლოგიას, დადგინდა მისი ნომენკლატურა და გრიფი – 14.00.50.

1998 წელს საქრთველოს დიპლომის შემდგომ სამედიცინო აკადემიაში დაარსდა რეპროდუქტოლოგიის პირველი კათედრა. იმავე წელს დაიწყო ქართული სამედიცინო ჟურნალის, „რეპროდუქტოლოგიის“, გამოცემა. 2000 წელს დაიბადა პირველი ინ ვიტრო ბავშვი. 1997 წელს ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში მედიცინის ფაკულტეტზე ჩამოყალიბდა რეპროდუქტოლოგიისა და მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტი (ხელმძღვანელი პროფ. არჩილ ხომასურიძე).

ჟორდანიას ინსტიტუტს წლების განმავლობაში მინიჭებული ჰქონდა საბჭოთა კავშირში მოთავე დაწესებულების სტატუსი, რომელიც განსაზღვრავდა პოლიტიკას და გასცემდა რეკომენდაციებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში.

1985 წლიდან ჟორდანიას ინსტიტუტმა საქრთველოს რეგიონებში შექმნა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის

კაბინეტების ქსელი. ჟორდანიას ინსტიტუტი წლების განმავლობაში უფასოდ აწვდიდა ქალებს ერთჯერად ჰიგიენურ საფენებს.

1988 წლიდან ჟორდანიას ინსტიტუტი წარმოადგენდა საბჭოთა კავშირში მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ერთადერთ სათანამშრომლო ცენტრს, სადაც ჩატარდა 10 მულტიცენტრული კვლევა, 1996 წლიდან დაიწყო რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში გაეროს მოსახლეობის ფონდისა და სხვა საერთაშორისო პროექტების განხორციელება: UNFPA/WHO „GEO 1996 მხარდაჭერა რეპროდუქციული სამსახურების გაუმჯობესებისათვის“.

2001 წელს დაფუძნდა საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ასოციაცია (პრეზიდენტი პროფ. არჩილ ხომასურიძე), რომელიც 2007 წლიდან გაერთიანდა ნაყოფიერებისა და უნაყოფობის მსოფლიო ფედერაციაში (IFFS). მისი ეგიდით დღემდე ჩატარებულია 40-ზე მეტი სამეცნიერო კონფერენცია, მათ შორის – საერთაშორისო.

ჟორდანიას ინსტიტუტის თანამშრომლებს მონაწილეობა აქვთ მიღებული 400-ზე მეტ საერთაშორისო კონგრესსა თუ კონფერენციაში.

რეპროდუქტოლოგია ტურბულენტურად განვითარებადი დარგია. მისი ძალისხმევით უშვილო ოჯახებში ყოველდღიურად იზადება ახალი სიცოცხლე. 2020 წელს რეპროდუქტოლოგია იურიდიულად საბოლოოდ გახდა სრულიად დამოუკიდებელი სამედიცინო დისციპლინა. ყოველივე ამას, რა თქმა უნდა, ხელი შეუწყო ჟორდანიას ინსტიტუტის დაარსებამ და მოღვაწეობამ ბოლო 35 წლის განმავლობაში.

ჟორდანიას ინსტიტუტის დამსახურებათა შორის განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია ხელოვნური, მათ შორის – კრიმინალური აბორტის დამარცხება. მხოლოდ

1987 წელს საქართველოში გაკეთდა 300 000-ზე მეტი ხელოვნური აბორტი. ჩვენს ქვეყანას მყარად ეკავა პირველი ადგილი მსოფლიოში აღნიშნული „ანტიმაჩვენებლის“ მიხედვით. თანამედროვე კონტრაცეფციის გამოყენებით ეს რიცხვი საგრძნობლად შემცირდა, 2009 წლისთვის 20 000-მდე დაეცა ანუ 15-ჯერ შემცირდა, ხოლო კონტრაცეფციის გამოყენებამ 0%-დან 70%-ს მიაღწია. ეს გახლდათ ყველაზე სწრაფი ნახტომი აბორტიდან კონტრაცეფციამდე მსოფლიო ისტორიაში, თუ გავითვალისწინებთ კრიმინალური აბორტების შემდგომ დედათა მოკვდავობის მაღალ მაჩვენებელს, გასაგები ხდება, თუ რამდენი სიცოცხლე გადარჩა.

დემოგრაფიული პრობლემები მსოფლიოს წინაშე მდგარ გლობალურ პრობლემათა შორის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესია. უკანასკნელ პერიოდში საქართველოში უმძიმესი დემოგრაფიული მდგომარეობა ჩამოყალიბდა. 1992 წლიდან დაიწყო შობადობის მნიშვნელოვანი შემცირება, ხოლო 2002 წლიდან – მოსახლეობის შემცირება. აღსანიშნავია 1992 წლიდან მიგრაციის დონის მნიშვნელოვანი მასშტაბებიც, რაც დღესაც მაღალი რჩება.

საქსტატის მონაცემებით, საქართველოში 2020 წელს ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობა 12,5 იყო, რაც ყველაზე დაბალია აქამდე არსებულ მაჩვენებლებს შორის. გარდაცვლილთა რიცხოვნობამ კი მიაღწია 50 537-ს. გარდაცვალების კოეფიციენტი 1000 კაცზე იყო 13,6, რაც აღემატებოდა ცოცხლადშობილთა რიცხოვნობას. 2020 წელს პირველად დაფიქსირდა ბუნებრივი მატების უარყოფითი მაჩვენებელი – -4 017. ბუნებრივი მატების კოეფიციენტმა შეადგინა -1,1. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ ბუნებრივი მატება წლების განმავლობაში ხეობდა არაქართველი მოსახლეობის ხარჯზე. 2021-2022 წელს

გრძელდება იგივე ტენდენცია – ყოველთვიურად გარდაცვლილთა რიცხოვნობა აღემატება ცოცხლადშობილთა რიცხოვნობას. არსებული ვითარება კიდევ უფრო დაამძიმა კოვიდ 19 პანდემიით განპირობებულმა მოკვდაობის არნახულად მაღალმა რიცხვებმა. არსებული ტენდენციების შენარჩუნების პირობებში ქვეყანას მოკლე ხანში ელის დეპოპულაცია.

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, სასიცოცხლო მნიშვნელობას იძენს ისეთი ღონისძიებების გატარება, რომლებიც დადებით გავლენას მოახდენს დემოგრაფიაზე.

ჟორდანიას ინსტიტუტი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ასოციაცია ბოლო 35 წლის განმავლობაში გულმოდგინედ აკვირდება საქართველოს დემოგრაფიულ მდგომარეობას, რის შედეგადაც იქმნება შთაბეჭდილება, რომ ქვეყანაში არ მოქმედებს არცერთი სოციალური პროგრამა, რომელსაც შეიძლება ჰქონდეს დადებითი გავლენა მის დემოგრაფიაზე.

მედიცინის როლის ხვედრითი წონა ქვეყნის დემოგრაფიულ სიტუაციაში, ჩვენი გამოთვლით, არ აღემატება 15%-ს და შემოიფარგლება ქალისა და მამაკაცის უშვილობის პროფილაქტიკითა და მკურნალობით. თუ ვიმსჯელებთ ცალკეული კლინიკების მონაცემებით (მაგალითად, მარტო ჟორდანიას ინსტიტუტში ყოველწლიურად იბადებოდა 1000-მდე ბავშვი მანამდე უშვილო ოჯახებში და მარტო ინ ვიტრო მეთოდის გამოყენებით უკვე დაბადებულია 10 000-მდე ბავშვი), გამოხატულება შთამბეჭდავია, თუმცა ფაქტია, რომ ხსენებული აბსოლუტური რიცხვები დემოგრაფიული სიტუაციის საერთო სტატისტიკაზე ვერ მოქმედებს. მსგავსი სიტუაციაა ევროპის განვითარებულ ქვეყნებში, რომელთა დემოგრაფიისათვის

დამახასიათებელია შობადობის შემცირება და მოსახლეობის გადაბერება. ამ პროცესებზე ზემოქმედება ძალიან რთულია. მიუხედავად ამისა, განვითარებულ ქვეყნებში მუშაობს მრავალი სოციალური და სამედიცინო პროგრამა, რომელთა მიზანია უკვე არსებული დემოგრაფიული სიტუაციის შენარჩუნება.

ევროპის პრაქტიკულად ყველა ქვეყნის მთავრობის ყურადღების ცენტრშია უშვილობის მედიცინა, რაც ნაწილობრივ გამოიხარტება იმაში, რომ სახელმწიფო აფინანსებს ამ დაავადების მკურნალობის ელიტარული მეთოდის – ინ ვიტრო განაყოფიერების – ერთ მცდელობას მაინც. უშვილობა გათანაბრებულია ჩვეულებრივ დაავადებებთან და სადაზღვევო კომპანიების უმრავლესობა აფინანსებს მის მკურნალობას. ჩვენს ქვეყანაში კი ერთი და მეორეც აბსურდულად გამოიციხულია.

ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაცია მოითხოვს ყველა სახელმწიფოსგან უშვილობის მართვის სახელმწიფო პოლიტიკასა და მხარდაჭერას (დედათა და ბავშვთა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამები, სერვისებისა და მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა, რეპროდუქციული უფლებები).

უშვილობის მონიტორინგში სახელმწიფოს მონაწილეობის ოდენობის განსაზღვრისათვის აუცილებელია გვექონდეს ამ დაავადების ეპიდემიოლოგიური მონაცემები. სამწუხაროდ, ჩვენი ქვეყნის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ბოლო ეპიდემიოლოგიური კვლევა ჩატარებულია 2010 წელს და წარიმართა სერიოზული ხარვეზებით. ჩვენს ხელთ არსებული მონაცემები კი გახლავთ შემდეგი: ოფიციალური მონაცემებით, ამჟამად საქართველოს მოსახლეობა შეადგენს დაახლოებით 3 688 647 ადამიანს, რომელთაგან 1 769 995 ქალია. აქედან ერთი

მესამედი, ანუ 589 998, არის რეპროდუქციული ასაკის (15-49 წლის). მათ შორის ნახევარი, ანუ 294 999, ეწევა რეგულარულ სქესობრივ ცხოვრებას. მსოფლიოს და საქართველოს მოსახლეობის 10-15% უშვილოა, მათი სურვილის მიუხედავად. თუ გავითვალისწინებთ, რომ უშვილო ქორწინებაში ქალისმიერი სამედიცინო მიზეზების ხვედრითი წონა საშუალოდ შეადგენს 50%-ს, საქართველოს უშვილო ქალთა აბსოლუტური რიცხვი უნდა განისაზღვროს 48 165-ით. დაახლოებით იგივე რიცხვია უშვილო მამაკაცებისა, ანუ სულ საქართველოში დაახლოებით 100 000 უშვილო ადამიანია.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე აუცილებლად მიგვაჩნია შემდეგი პირველადი ღონისძიებების განხორციელება:

1. ჩატარდეს ქალთა და მამაკაცთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეპიდემიოლოგიური კვლევა;
2. მომზადდეს კანონი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ საქართველოს პარლამენტში წარსადგენად;
3. მოინახოს რესურსები სახელმწიფოს მიერ ინ ვიტრო განაყოფიერების თუნდაც ერთი მცდელობის დასაფინანსებლად.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობა. ქალის რეპროდუქციული სისტემა. მენსტრუაციული ციკლის ფიზიოლოგიური თავისებურებები, ოვულაცია

ლალი ფხალაძე

– რას ემსახურება ადამიანის რეპროდუქციული სისტემა და რას გულისხმობს რეპროდუქციული ჯანმრთელობა?

– სიტყვა „რეპროდუქცია“ კვლავწარმოებას ნიშნავს, ამდენად, რეპროდუქციული სისტემა ადამიანის გამრავლებასა და შთამომავლობის გაგრძელებას ემსახურება. რეპროდუქციული ჯანმრთელობა მოიცავს ქალისა და მამაკაცის ყოვლისმომცველ ფიზიკურ, გონებრივ და სოციალურ კეთილდღეობას და გულისხმობს ჯანმრთელი შთამომავლობის გაგრძელებას.

– რა არის რეპროდუქციული სისტემა და როგორ ხდება განაყოფიერება?

– ქალისა და მამაკაცის რეპროდუქციული სისტემა წარმოდგენილია რეპროდუქციული ორგანოებით, ძირითადად, ეს არის ქალისა და მამაკაცის შიდა და გარეთა სასქესო ორგანოები. მნიშვნელოვანი ფუნქცია აქვს სასქესო ჯირკვლებს – საკვერცხეებსა და სათესლეებს, სა-

დაც მნიფდება ქალისა და მამაკაცის სასქესო უჯრედები, კვერცხუჯრედები და სპერმატოზოიდები. ეს პროცესები იმართება თავის ტვინის უმაღლესი ცენტრების – ჰიპოთალამუსისა და ჰიპიფიზის მიერ.

კვერცხუჯრედის და სპერმატოზოიდის შერწყმა დასაბამს აძლევს ახალ სიცოცხლეს და ამ მოვლენას ეწოდება სწორედ განაყოფიერება.

– რამდენი კვერცხუჯრედი აქვს ქალს და როგორ მნიფდება კვერცხუჯრედები?

– მდედრობითი სქესის ნაყოფს მუცლადყოფნის პერიოდში აქვს დაახლოებით შვიდი მილიონი კვერცხუჯრედი, მაშინ როცა დაბადების მომენტისათვის ახალშობილ გოგონას აქვს ორი მილიონი კვერცხუჯრედი, ხოლო სქესობრივი მომწიფების პერიოდისათვის – მხოლოდ 400 ათასი.

კვერცხუჯრედების რაოდენობა გენეტიკურადაა განპირობებული. გოგონა იბადება გარკვეული მარაგით, დაბადების შემდეგ ახალი კვერცხუჯრედები აღარ წარმოიქმნება.

საკვერცხეები სქესობრივი მომწიფების, იმავე პუბერტატის, პერიოდამდე მოსვენებულია. შემდეგ იწყება კვერცხუჯრედების მომწიფება. ერთი მენსტრუაციული ციკლის განმავლობაში მნიფდება ერთი ან ორი (იშვიათად მეტი) კვერცხუჯრედი. დანარჩენები განიცდის უკუგანვითარებას. ამ პროცესს ფოლიკულების ატრეზია ეწოდება, რაც აგრეთვე გენეტიკურადაა განპირობებული, ნაწილობრივ კი დამოკიდებულია გარემო ფაქტორებზე. რადიაცია, მედიკამენტები, თამბაქო უარყოფითად მოქმედებს ამ პროცესებზე. როდესაც კვერცხუჯრედების მარაგი ამოიწურება, დგება მენოპაუზა.

– რა ძირითადი ჰორმონული ცვლილებები მიმდინარეობს რეპროდუქციულ სისტემაში?

– სქესობრივი მომნიფების პერიოდისთვის ფუნქციონებას იწყებს თავის ტვინის უმაღლესი ცენტრები – ჰიპოთალამუსი და ჰიპოფიზი. ისინი გამოყოფენ ჰორმონებს. უმაღლესი ჯირკვალთა ჰიპოთალამუსი, ის გამოიმუშავებს ე.წ. გონადოტროპინ რილიზინგ ჰორმონს, რომელიც თავის მხრივ ასტიმულირებს ქვემოთ მდებარე ჯირკვალს – ჰიპოფიზს. ეს უკანასკნელი ახდენს ე.წ. ფოლიკულომასტიმულირებელი (ფმჰ) და მალუთეინიზებელი ჰორმონების (მლჰ) სეკრეციას. მათ გონადოტროპინები ჰქვია, რადგან ისინი არეგულირებენ გონადების, კერძოდ, საკვერცხის ფუნქციას.

ფმჰ მენსტრუაციული ციკლის პირველ ნახევარში ეხმარება ფოლიკულის მომნიფებას. სწორედ ამიტომ მენსტრუაციული ციკლის პირველ ნახევარს ფოლიკულურ ფაზას უწოდებენ. ფმჰ ასტიმულირებს საკვერცხეში ქალის ძირითადი სასქესო ჰორმონების – ესტროგენების გამომუშავებას. ესტროგენების პიკი აღინიშნება ციკლის შუა პერიოდში, ის თავის მხრივ ხელს უწყობს ჰიპოფიზის მიერ მლჰ-ის პიკურ გადმოსროლას, რაც იწვევს სწორედ ოვულაციას. ოვულირებული ფოლიკულიდან წარმოიქმნება ყვითელი სხეული. ის გამოყოფს ქალის მეორე მნიშვნელოვან ჰორმონს – პროგესტერონს. განაყოფიერებისას პროგესტერონი ორსულობის შენარჩუნებას ეხმარება.

– რა ცვლილებები ხდება საშვილოსნოში მენსტრუაციული ციკლის განმავლობაში?

– საკვერცხეების პარალელურად, ციკლური ცვლილებები მიმდინარეობს საშვილოსნოს შიგნითა გარსში – ენდომეტრიუმში. ესტროგენების გავლენით მენსტრუაციული ციკლის პირველ ნახევარში ხდება ენდომეტრიუმის უჯრედების პროლიფერაცია – გამრავლება. მას პროლიფერაციულ ფაზას უწოდებენ. ოვულაციის შემდეგ, მენ-

სტუაციული ციკლის მეორე ნახევარში, პროგესტერონის გავლენით, ენდომეტრიუმი კიდევ უფრო სქელდება და ემზადება ორსულობისთვის კვერცხუჯრედის განაყოფიერების შემთხვევაში. მას სეკრეციის ფაზას უწოდებენ. თუ ორსულობა არ დგება, ყვითელი სხეული უკუგანვითარებას განიცდის, ესტროგენების და პროგესტერონის დონე ეცემა და ენდომეტრიუმი ჩამოიფცქვნება, რაც მენსტრუაციის სახით გამოვლინდება. მენსტრუაციას „იმედგაცრუებული საშვილოსნოს ცრემლებსაც“ უწოდებენ.

– რა არის ოვულაცია და როდის ხდება ის?

– ოვულაცია არის მომნიჭებული ფოლიკულიდან კვერცხუჯრედის გამოთავისუფლება. ამ პროცესს „ფოლიკულის გასკდომასაც“ უწოდებენ. ოვულაცია, როგორც წესი, მენსტრუაციული ციკლის შუა პერიოდში ხდება, დაახლოებით მე-11-14 დღეს. ეს ინდივიდუალურია და დამოკიდებულია ციკლის ხანგრძლივობაზე.

ოვულაციის არსებობა მიუთითებს ქალის რეპროდუქციული სისტემის ნორმალურ ფუნქციაზე, რაც აუცილებელია შვილოსნობისთვის.

– როგორ დავადგინოთ, აქვს თუ არა ქალს ოვულაცია?

– ოვულაციის დადგენა მნიშვნელოვანია, განსაკუთრებით უშვილობის დროს, რეპროდუქციული სისტემის პათოლოგიებისა და ჰორმონული დარღვევებისას. სახლის პირობებში ოვულაციის დადგენა შესაძლებელია ე.წ. ბაზალური თერმომეტრით. ეს გულისხმობს დილაობით, სანოლიდან ადგომამდე და აქტიური ფიზიკური მოძრაობების შესრულებამდე რექტალური (უკანა ტანის) ტემპერატურის გაზომვას. ნორმალურ შემთხვევაში ოვულაციამდე უკანა ტანში ტემპერატურა 37 გრადუსზე ნაკლებია. ოვულაციის წინ კიდევ უფრო ეცემა, ოვულაციის შემდეგ კი მკვეთრად (4-6 გრადუსით) იმატებს და 37 გრადუსზე

მეტი ხდება. ნორმალური ოვულაციის არსებობისას რექტალური ტემპერატურა 10 დღე და მეტი რჩება მაღალი. ეს ორფაზიანი ბაზალური ტემპერატურაა და მიუთითებს ნორმალურ ოვულაციაზე.

ტემპერატურის გაზომვა ყოველთვის არ არის ინფორმაციული. მაგალითად, ბუასილის, ყაბზობის არსებობისას, ჰორმონული მედიკამენტების მიღების ფონზე შეიძლება რექტალური ტემპერატურა იყოს მუდმივად მომატებული.

არსებობს ოვულაციის სწრაფი ტესტები, რაც შარდში ე.წ. მალუთეინიზებული ჰორმონის პიკის განსაზღვრას ეფუძნება. თუმცა მხოლოდ მათზე დაყრდნობა არაა მიზანშეწონილი.

ყველაზე უზუსტია ულტრასონოგრაფიით ფოლიკულის ზრდაზე დაკვირვება. კვლევა იწყება მენსტრუაციული ციკლის მე-6-7 დღეს და შემდეგ ტარდება დღეგამოშვებით (ციკლის 9-11-13-15 დღეებში). ნორმალურ შემთხვევაში, ოვულაციის წინ ფოლიკულის ზომა 18-23 მმ-ია, ოვულაციის შემდეგ კი ფიქსირდება ზომით შემცირებული შეჭმუხნილი ფოლიკული. ოვულირებულ ფოლიკულში ფიქსირდება ყვითელი სხეულიც, რასაც სისხლის მიმოქცევა აქვს გაძლიერებული. დუგლასის ფოსოში კი აღინიშნება ოვულაციის შემდგომი სითხეც.

ოვულაციის დადგენაში გვეხმარება მენსტრუაციული ციკლის შესაბამის დღეებში ჰორმონული ანალიზები – ესტრადიოლის, პროგესტერონის, ფოლიკულომასტიმულირებელი და მალუთეინიზებული ჰორმონების განსაზღვრა.

ოვულაციის დასადაგენად, მეტი სიზუსტისთვის, ზემოთ აღნიშნული მეთოდები ერთდროულად გამოიყენება.

მამაკაცის რეპროდუქციული სისტემა. ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენს მამაკაცის შვილოსნობის უნარზე

ლალი ფხალაძე

– რომელი ორგანოებით არის წარმოდგენილი მამაკაცის რეპროდუქციული სისტემა?

– მამაკაცის ძირითადი რეპროდუქციული ორგანოებია სათესლე ჯირკვლები – ტესტიკულები და სასქესო ასო.

სათესლეები გახვეულია სათესლე პარკში, რომელიც თავის მხრივ წარმოდგენილია მრავალრიცხოვანი სათესლე ბაგირაკით. ისინი ერთიანდებიან და ქმნიან სათესლე დანამატს – ეპიდიდიმის, საიდანაც გამოდის სათესლე დანამატის სადინარი.

სათესლეებში გამომუშავდება მამაკაცის სასქესო უჯრედები – სპერმატოზოიდები და მამაკაცის ძირითადი სასქესო ჰორმონი – ტესტოსტერონი.

სათესლე დანამატის სადინარი ერწყმის სათესლე ბუშტუკებს და ხდება თესლის გამომტანი სადინარის ფორმირება, რომელიც პროსტატის გავლით იხსნება ურეთრაში. პროსტატის, იმავე წინამდებარე ჯირკვლის, მიერ გამომუშავებული სითხე მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სპერმატოზოიდების ცხოველმყოფელობასა და აქტივობაში.

ასოს სისქეში მოთავსებული ურეთრის საშუალებით ხდება სპერმისა და შარდის გამოყოფა.

– რომელი ჰორმონები მონაწილეობენ მამაკაცის რეპროდუქციული ფუნქციის რეგულაციაში?

– მამაკაცების რეპროდუქციულ სისტემას, ქალების რეპროდუქციული სისტემის ანალოგიურად, არეგულირებს ორი ძირითადი ჰორმონი – ფოლიკულომასტიმულირებელი და მალუთეინიზებელი ჰორმონები, რომლებიც თავის ტვინში ჰიპოფიზის მიერ გამოიშვებებიან. მათ, თავის მხრივ, უფრო მაღლა მდგომარე ცენტრი – ჰიპოთალამუსი – ე.წ. გონადოტროპინ რილიზინგ ჰორმონის მეშვეობით აკონტროლებს.

ფოლიკულომასტიმულირებელი ჰორმონი ასტიმულირებს სათესლე ბაგირაკებში სპერმატოზოიდების გამოყოფას, მალუთეინიზებელი ჰორმონი კი ასტიმულირებს სათესლის სპეციალურ უჯრედებს – ლეიდიგის უჯრედებს, რომელთა მიერ ხდება მამაკაცის ძირითადი სასქესო ჰორმონის – ტესტოსტერონის სეკრეცია. ტესტოსტერონს უკავშირდება მამაკაცური მახასიათებლების გამოვლინება და სპერმის პროდუქციის გაძლიერება.

– როგორ ხდება სპერმატოზოიდების პროდუქცია და არის თუ არა სხვაობა ქალისა და მამაკაცის სასქესო უჯრედების მომწიფების თვალსაზრისით?

– მამაკაცის სასქესო უჯრედები – სპერმატოზოიდები – ვითარდებიან უწვრილეს სათესლე ბაგირაკებში, გადაადგილდებიან უფრო მსხვილ ბაგირაკებში და ბოლოს გადაინაცვლებენ ეპიდიდისში, სადაც მთავრდება მათი საბოლოო ფორმირება. ისინი აქ იძენენ მოძრაობის უნარს და შესაბამისად, შეუძლიათ გაანაყოფიერონ კვერცხუჯრედი. სპერმატოზოიდების პროდუქცია, რომლებიც გადიან განვითარების რამდენიმე სტადიას უმწიფრობიდან

მომნიფებამდე, ხდება ფოლიკულომასტიმულირებელი ჰორმონისა და ტესტოსტერონის ზემოქმედებით.

თითოეული სპერმატოზოიდი შედგება სამი ნაწილისაგან. თავში მოთავსებულია გენეტიკური მასალა – ქრომოსომები, შუა ნაწილი არის ენერჯის წყარო, ხოლო კუდის საშუალებით ხდება მათი გადაადგილება ქალის რეპროდუქციულ ტრაქტში.

სპერმატოზოიდების ზომა დაახლოებით 0.05მმ-ია და მათი დანახვა მხოლოდ მიკროსკოპითაა შესაძლებელი.

ქალებისაგან განსხვავებით, რომლებიც იბადებიან კვერცხუჯრედების განსაზღვრული მარაგით, მამაკაცებს სპერმატოზოიდების პროდუქცია ეწყებათ ე.წ. პუბერტატის – სქესობრივი მომნიფების – პერიოდიდან და მიმდინარეობს გაშუღმებით.

– რა დროა საჭირო სპერმატოზოიდების პროდუქციისათვის და რა შემადგენლობა და მოცულობა აქვს სპერმას?

– სპერმატოზოიდების მომნიფებისათვის საჭიროა დაახლოებით 60 დღე და კიდევ დამატებით ორი კვირა, რომ მოხდეს სპერმატოზოიდების გადაადგილება ეპიდიდიმისა და თესლის გამომტან სადინარში.

სპერმა (ეაკულატი) არის სითხე, რომელიც სპერმატოზოიდებთან ერთად შეიცავს სათესლე ბუშტუკების, პროსტატისა და სხვა ჯირკვლების სეკრეტს. ის უზრუნველყოფს სპერმატოზოიდების გადაადგილებას, შენახვასა და განახლებას. ნორმაში ეაკულატის (თესლის) მოცულობა არის 2,5-3 მლ, იგი საშუალოდ 100 მლნ სპერმატოზოიდზე მეტს შეიცავს.

– რა ემართება სპერმას ეაკულაციის შემდეგ და რამდენ ხანს ცოცხლობს სპერმატოზოიდი ქალის რეპროდუქციულ ტრაქტში?

– ტერმინი ეაკულაცია სპერმის დაღვრას ნიშნავს. ეაკულაციის შემდეგ სპერმის მნიშვნელოვანი ნაწილი გადმოიღვრება საშოდან, დარჩენილი ნაწილი თხიერდება საშოში 20-30 წუთის განმავლობაში. უფრო აქტიური სპერმატოზოიდები 2 წუთში გადიან ცერვიკალური არხის ლორწოვან საცობს და 5 წუთში შესაძლებელია მიაღწიონ საშვილოსნოს მილებს.

სპერმის გარკვეული რაოდენობა რჩება ცერვიკალურ ლორწოში, ნაწილი შთაინთქმება საშვილოსნოს შიგნითა გარსის – ენდომეტრიუმის უჯრედების მიერ. დაახლოებით 200 სპერმატოზოიდი აღწევს კვერცხუჯრედამდე, რამდენიმე შეიჭრება კვერცხუჯრედში, მაგრამ მხოლოდ ერთი ერწყმის მას და ხდება განაყოფიერება. ფაქტობრივად მიმდინარეობს „ბრძოლა გადარჩენისათვის და ძლიერი იმარჯვებს“.

ნორმალურ შემთხვევაში სპერმატოზოიდები საშოში მოძრაობის უნარს ინარჩუნებენ 2-4 საათი, თუმცა მოძრავი სპერმატოზოიდები საშოში სქესობრივი კავშირიდან 16 საათის შემდეგაც ნახეს.

სპერმატოზოიდი ქალის რეპროდუქციულ ტრაქტში საშუალოდ 3-4 დღე ცოცხლობს, მაქსიმალური დრო შეიძლება იყოს 7 დღე. ამიტომაც კვერცხუჯრედის განაყოფიერება შესაძლებელია მოხდეს სქესობრივი აქტიდან 7 დღის განმავლობაში.

– მოქმედებს თუ არა სქესობრივი კავშირის ინტენსივობა სპერმის ხარისხსა და რაოდენობაზე?

– თუ არ მოხდება ეაკულაცია, სპერმატოზოიდები გარკვეული პერიოდის შემდეგ კარგავენ განაყოფიერების უნარს და საბოლოოდ განიცდიან გადაგვარებას. ხანგრძლივი თავშეკავების შემდეგ სპერმაში იზრდება ხანდაზმული სპერმატოზოიდების შემცველობა. სპერმატო-

ზოიდების საერთო რაოდენობაც ზომიერად შეიძლება გაიზარდოს, მაგრამ სპერმის ხარისხი არ უმჯობესდება. სწორედ ამიტომაც, რომ სქესობრივი კავშირისაგან თავშეკავება – აბსტინენცია – არ აუმჯობესებს შვილოსნობის უნარს.

განაყოფიერებისათვის იდეალურად ითვლება 3-5-დღიანი ინტერვალები.

– რა გავლენას ახდენს ავადმყოფობა, ალკოჰოლი და სიგარეტი მამაკაცის შვილოსნობის უნარზე?

– ნებისმიერი ავადმყოფობა – ყელის ტკივილი, გრიპი და ა.შ., რაც საჭიროებს ანტიბიოტიკების მიღებას, დამორტუწველად მოქმედებს სპერმატოზოიდების პროდუქციაზე. ნიკოტინი და ალკოჰოლიც უარყოფითად ზემოქმედებს მამაკაცის შვილოსნობის უნარზე. სიგარეტის მოწევა ამცირებს სპერმატოზოიდების რაოდენობასა და მოძრაობას, ალკოჰოლის მიღება კი – ამცირებს სპერმის გამოყოფას. ის არღვევს აგრეთვე ტესტოსტერონის გამომუშავებას და შესაბამისად, იწვევს ლიბიდოს – სქესობრივი ლტოლვის – დაქვეითებას. ალკოჰოლიზმი იმპოტენციის მნიშვნელოვანი მიზეზია.

– მოქმედებს თუ არა მედიკამენტები და ნარკოტიკები მამაკაცის რეპროდუქციულ ფუნქციაზე?

– ბევრი მედიკამენტი, მაგალითად, ანტიბიოტიკები, წნევის დაწვევი, კუჭის წყლულის, ეპილეფსიის სამკურნალო და სხვა საშუალებები იწვევს სპერმატოზოიდების რაოდენობის შემცირებას.

დამტკიცებულია, რომ მარისუანას მოხმარება იწვევს მამაკაცთა უშვილობას. მორფი და ჰეროინიც არის უშვილობისა და იმპოტენციის მიზეზი.

– რომელი ფაქტორები მოქმედებენ უარყოფითად სპერმაზე?

– სპერმის პროდუქციასა და ხარისხზე უარყოფითად მოქმედებს ჰორმონული დარღვევები – ჰიპერპროლაქტინემია, ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები, ჰიპერინსულინემია, ისეთი პათოლოგიები, როგორებიცაა ვარიკოცელე, ანთებითი დაავადებები, ინფექციური აგენტები, აუტოიმუნური პროცესები, ფიზიკური ფაქტორები – რადიაცია, ტოქსიკური ნივთიერებები და ა.შ.

– როგორია ნორმული სპერმის პარამეტრები და რა კავშირი აქვს მათ მამაკაცის შვილოსნობის უნართან?

– განაყოფიერებისთვის ვარგისი სპერმის პარამეტრებია: მოცულობა – 1,5-6 მლ, სპერმატოზოიდების რაოდენობა – სულ მცირე, 15-20 მილიონი 1 მილილიტრში, პროგრესულად მოძრავი სპერმატოზოიდები ეაკულაციის შემდეგ – სულ მცირე, 50%, ნორმალური ფორმის (მორფოლოგიის) სპერმატოზოიდები – 60%-ზე მეტი.

სპერმის ასეთი მაჩვენებლები საჭიროა ფიზიოლოგიური ორსულობისათვის. ე.წ. რეპროდუქციის დამხმარე ტექნოლოგიების გამოყენების შემთხვევაში სპერმის უფრო დაბალი პარამეტრების ფონზეც შესაძლებელია ორსულობის მიღწევა.

სპერმის ანალიზის შედეგები შეიძლება იყოს ცვალებადი, რადგან ის ადვილად ექვემდებარება გარე ფაქტორთა ზემოქმედებას. ამიტომ, სასურველია, სპერმა შეფასდეს რამდენჯერმე – სხვადასხვა დროს.

საზოგადო რეკომენდაციაა, რომ სპერმის გამოკვლევა მოხდეს სქესობრივი კავშირისაგან 3-5-დღიანი თავშეკავებისა და გარკვეული კვებითი შეზღუდვების (მჟავე, ცხარე, მწარე საკვების, ალკოჰოლის აკრძალვა) ფონზე.

განაყოფიერება და ორსულობა. ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენს განაყოფიერების პროცესზე. როგორ შევუწყოთ ხელი ორსულობას

ლალი ფხალაძე

– როგორ მიმდინარეობს განაყოფიერების პროცესი და როგორ დგება ორსულობა?

– ორსულობა დგება ქალისა და მამაკაცის სასქესო უჯრედების – კვერცხუჯრედისა და სპერმატოზოიდის შერწყმის შედეგად. კვერცხუჯრედი გარშემორტყმულია ჟელეს მსგავსი ნივთიერებით, რომელსაც მბრწყინავი გარსი – „zona pellucida“ ჰქვია. მას თავის მხრივ გარს აკრავს უჯრედების თხელი ფენა – სხივური გვირგვინი – „corona radiata“. როდესაც სპერმატოზოიდები ხვდებიან კვერცხუჯრედს, ქიმიური რეაქციების წყალობით გარსი ირღვევა და მხოლოდ ერთი სპერმატოზოიდი ახერხებს მასში შეღწევას. სპერმატოზოიდი და კვერცხუჯრედი შეიცავს 23-23 ქრომოსომას. მათი შერწყმის შემდეგ განაყოფიერებულ კვერცხუჯრედში – ზიგოტაში – უკვე 46 ქრომოსომაა, ანუ როგორც დედის, ასევე მამის გენეტიკური ინფორმაცია. მომდევნო დღეების განმავლობაში განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი იყოფა ორ, ოთხ, რვა, თექ-

ესმეტ და ა.შ. უჯრედად. ჯერ წარმოიქმნება „მორულა“, უჯრედებში სითხის დაგროვების შემდეგ ის გადაიქცევა „ბლასტოცისტად“. განაყოფიერებიდან დაახლოებით 5-7 დღის შემდეგ ხდება ბლასტოცისტის ჩანერგვა საშვილოსნოს შიგნითა გარსში – იმპლანტაცია ენდომეტრიუმში და დგება ორსულობა, რაც დაახლოებით 280 დღე ანუ 40 კვირა გრძელდება.

– როდის დგება ორსულობა და რამდენი დღეა ფერტილური მენსტრუაციული ციკლის განმავლობაში?

– დაორსულება ხდება ოვულაციის დროს, რაც დაახლოებით მენსტრუაციული ციკლის შუა პერიოდს ემთხვევა. ოვულაციის დღეები შეიძლება იყოს ცვალებადი. რადგან სპერმატოზოიდების სიცოცხლის ხანგრძლივობა დაახლოებით 48 საათია (მაქსიმუმ შვიდი დღე), ხოლო კვერცხუჯრედის სიცოცხლის ხანგრძლივობა – 24 საათი (სულ მცირე 6-8 საათი), ფერტილური პერიოდი საშუალოდ შეიძლება სამი-ოთხი დღე გაგრძელდეს. 28-დღიანი მენსტრუაციული ციკლის შემთხვევაში ეს პერიოდი ემთხვევა მე-12, მე-13, მე-14, მე-15 დღეს. მაგალითად, თუ ოვულაცია მე-14 დღეს ხდება, ორსულობა შეიძლება დადგეს მე-9 დღიდან მე-15 დღემდე პერიოდში სქესობრივი ურთიერთობის ფონზე.

ზოგადად, „ფერტილური პერიოდი“ მენსტრუაციული ციკლის ფაზაა, როდესაც დაორსულების შანსი ყველაზე მაღალია.

– ახდენს თუ არა გავლენას სქესობრივი კავშირის დრო და ინტენსივობა განაყოფიერების პროცესზე და როგორ შეიძლება გავზარდოთ დაორსულების შანსი?

– ორსულობის ალბათობა რომ გაიზარდოს, უმჯობესია წყვილს სქესობრივი კავშირი ჰქონდეს ზუსტად ოვულაციის წინ, რადგან სპერმატოზოიდების სი-

ცოცხლის ხანგრძლივობა ეაკულაციის შემდეგ აღემატება ოვულირებული კვერცხუჯრედების სიცოცხლის ხანგრძლივობას.

არსებობს მოსაზრება, რომ ოვულაციამდე სქესობრივი კავშირისგან ხანგრძლივი თავშეკავება, იგივე აბსტინენცია, აუმჯობესებს ფერტილობას, ანუ შვილოსნობის უნარს. ეს არ შეესაბამება სინამდვილეს. მართალია, აბსტინენციამ შეიძლება უმნიშვნელოდ გაზარდოს სპერმატოზოიდების რაოდენობა, მაგრამ ხანგრძლივმა თავშეკავებამ, პირიქით, შესაძლებელია უარყოფითად იმოქმედოს სპერმატოზოიდების ხარისხზე, რადგან სპერმულ სითხეში იზრდება ხანდაზმული სპერმატოზოიდების რაოდენობა.

ორსულობის შანსების გასაზრდელად წყვილებისათვის ოპტიმალურად ითვლება სქესობრივი კავშირი ოვულაციის პერიოდში 36-48-საათიანი ინტერვალებით.

– ყოველთვის დგება თუ არა ორსულობა, როდესაც ჯანმრთელ წყვილს სქესობრივი კავშირი აქვს ოვულაციის დღეებში?

– ასეთ შემთხვევაში ერთი ციკლის განმავლობაში დაორსულების ალბათობა მხოლოდ 15-25%-ია. მნიშვნელოვანი ფაქტია ის, რომ წყვილის ნორმალური რეპროდუქციული ფუნქციისა და რეგულარული სქესობრივი ცხოვრების მიუხედავად, ოვულატორული ციკლების 75-80%-ში არ დგება ორსულობა.

– რა გავლენას ახდენს ასაკი დაორსულების შესაძლებლობაზე?

– ასაკის მატებასთან ერთად შვილოსნობის უნარი ქვეითდება. ეს განსაკუთრებით ქალებს ეხებათ. ძირითადი მიზეზი არის ასაკის მატებასთან ერთად კვერცხუჯრედების რაოდენობის შემცირება და ხარისხის დაქვეითება.

ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება სხვადასხვა დაავადებების – ენდომეტრიოზის, საშვილოსნოს პათოლოგიების სინშირეც, რაც ასევე უარყოფითად მოქმედებს შვილოსნობის ფუნქციაზე.

მაგალითად, 25 წლის ახალგაზრდა ჯანმრთელი ქალის დაორსულობა თუ ხდება ორი-სამი თვის განმავლობაში, 35 წლისა და მეტი ასაკის ფერტილურ ქალებს ორსულობის მისაღწევად ექვსი თვე და მეტი შეიძლება დასჭირდეთ.

რაც შეეხება მამაკაცებს, მათი შვილოსნობის უნარი ასაკის მატებასთან ერთად მცირედ ქვეითდება, 60 წლის შემდეგ კი მნიშვნელოვნად.

ცნობილია, რომ მშობლების ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება ბავშვთა გენეტიკური პათოლოგიების განვითარების რისკი. თუმცა ეს ზოგადი თვალსაზრისია. ჩვეულებრივ, უფროსი ასაკის მშობლებს ჯანმრთელი შვილები ჰყავთ.

– აუცილებელია თუ არა ორგაზმის არსებობა ორსულობის მისაღწევად?

– არსებობს მოსაზრება, რომ ქალებთან ორგაზმის არარსებობა უარყოფითად მოქმედებს შვილოსნობაზე. ეს არის „მითი“, ორსულობა არაა დაკავშირებული სექსუალურ სიამოვნებასთან. ამას ადასტურებს ის ფაქტიც, რომ ორსულობა დგება ხელოვნური განაყოფიერების შემდეგაც.

– ახდენს თუ არა სხეულის წონა გავლენას დაორსულების პროცესზე, კერძოდ, მოქმედებს თუ არა უარყოფითად სიმსუქნე შვილოსნობაზე?

– სხეულის წონა გარკვეულწილად მოქმედებს რეპროდუქციულ ფუნქციაზე, რადგან სხეულის მცირე და ქარბი წონა შეიძლება ასოცირდებოდეს ჰორმონულ დისბალანს-

სთან. არსებობს სხეულის კრიტიკული წონა, რაც აუცილებელია შვილოსნობისათვის. ცნობილი ფაქტია, რომ გოგონებსა და ქალებს, რომლებიც ე.წ. დიეტების ფონზე სწრაფად კარგავენ სხეულის წონას და აქვთ მასის დეფიციტი, ანუ როდესაც მასის ინდექსი 18-ზე ნაკლები აქვთ, უწყდებთ მენსტრუაცია.

ისიც ცხადია, რომ ძალიან გამხდარ და მსუქან ქალებს ხშირად არ აღენიშნებათ რეპროდუქციული ფუნქციის რაიმე დარღვევა და ჰყავთ შვილები.

სიმსუქნე, რომელიც გამოწვეულია ჭარბი კალორიების მიღებით, არ იწვევს უშვილობას. მაგრამ ხშირად სიმსუქნე ასოცირდება ისეთ დაავადებებთან, როგორებიცაა პოლიციისტური საკვერცხეების სინდრომი, სხვადასხვა ჰორმონული დისფუნქცია – ინსულინის სეკრეციის დარღვევა, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითება, რაც უარყოფითად მოქმედებს ოვულაციაზე.

– რა ითვლება სხეულის ნორმალურ წონად და როგორ გამოვთვალოთ მასის ინდექსი?

– მასის ინდექსი – BMI გამოითვლება შემდეგნაირად: სხეულის წონა კილოგრამებში იყოფა სიმაღლის კვადრატზე მეტრებში. რეპროდუქციულ ასაკში მასის ინდექსის ნორმული მაჩვენებელია 19-25. როდესაც მასის ინდექსი 19-ზე ნაკლებია, ეს მიუთითებს წონის დეფიციტზე, ხოლო როდესაც 26 და მეტია, საქმე გვაქვს ჭარბ წონასთან...

– როგორ მოქმედებს სტრესი რეპროდუქციულ ფუნქციაზე?

– სტრესი, უარყოფითი ემოციები არ არის უშვილობის გამომწვევი დამოუკიდებელი მიზეზი. თუმცა ზოგიერთი თანმხვედრი პათოლოგიის დროს, მაგალითად, ნერვული ანორექსიის შემთხვევაში (ადამიანი შეგნებულად ამბობს

უარს საკვების მიღებაზე, რაც მის ფსიქიკაზე უარყოფითად აისახება) ხდება ჰორმონული ცვლილებები და ირღვევა ოვულაცია. სტრესის ფონზე ჭარბად გამოიყოფა სხვადასხვა ჰორმონი – პროლაქტინი და კორტიზოლი, რაც თავისთავად უარყოფითად მოქმედებს ოვულაციაზე.

სტრესი უშვილობის თანმხლები მნიშვნელოვანი მდგომარეობაა, რასაც ყოველთვის სჭირდება სათანადო მართვა.

ცნობილია, რომ დადებითი ემოციები, ფიზიკური ვარჯიში, სტრესიდან ყურადღების გადატანა მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს შვილოსნობის ფუნქციას. ხშირი შემთხვევაა, როდესაც უშვილო ოჯახში ბავშვის აყვანის შემდეგ ქალი მალე თვითონვე ორსულდება.

– მოქმედებს თუ არა კვების თავისებურებები ჩასახვაზე და რაიმე ზოგადი ან კონკრეტული რეკომენდაცია თუ არსებობს ამ თვალსაზრისით ორსულობის წინ?

– ზოგადად, ჯანსაღი კვება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს განაყოფიერებისა და ჩასახვის პროცესებსა და ორსულობის მიმდინარეობაზე. თანამედროვე ადამიანებს ხშირად აღენიშნებათ სხვადასხვა მიკროელემენტისა და ვიტამინების დეფიციტი. ეს განპირობებულია არაჯანსაღი და არასრულფასოვანი კვებით და უარყოფითად აისახება ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

ცნობილია, რომ ნაყოფის ნერვული ღეროს დახურვა სრულდება ჩასახვიდან 28-ე დღეს. ამ პერიოდში დედის ორგანიზმში ფოლიუმის მჟავას დეფიციტი დაკავშირებულია ნაყოფის ნერვული ღეროს დეფექტებისა და სხვა თანდაყოლილი ანომალიების განვითარების მომატებულ რისკთან. ამიტომ აქტუალურია, რომ რეპროდუქციული ასაკის ქალმა ჯანსაღი საკვების საშუალებით მიიღოს ყველა საჭირო ნივთიერება. ჩასახვამდე სულ მცირე ორი

თვით ადრე კი ქალმა აუცილებელია მიიღოს ფოლიუმის მჟავა, რაც უნდა გაგრძელდეს ორსულობის მე-12 კვირამდე და შემდეგაც, რადგან ნაყოფის ნერვული სისტემის განვითარების გარდა, ფოლიუმის მჟავა სისხლნარმოქმნის პროცესშიც მონაწილეობს.

მულტივიტამინების პროფილაქტიკური დოზებით მიღება კი, დღევანდელი ეკოლოგიის პირობებში, სულ უფრო აქტუალური ხდება.

ორსულთა გულისრევა და ღებინება, ჭვედა კიდურების კრამპი. ორსულობა და მედიკამენტები

ლალი ფხალაძე

– რამდენად ხშირია ორსულობის დროს ე.წ. „ტოქსიკოზი“ და რა გავლენას ახდენს ის დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობაზე?

– ორსულთა ე.წ. „ტოქსიკოზი“, იგივე ორსულთა გულისრევა და ღებინება, აღენიშნება ქალების 50-80%-ს. ფეხმძიმე ქალებს უფრო ხშირად აქვთ მსუბუქი გულისრევის შეგრძნება დილაობით, რასაც „დილის სისუსტესაც“ უწოდებენ. ეს არის ორსულისათვის ჩვეული ფიზიოლოგიური მდგომარეობა, რომელიც სასიცოცხლო ფუნქციებზე გავლენას არ ახდენს. საშუალოდ და მძიმედ გამოხატული გულისრევა და ღებინება კი უარყოფითად მოქმედებს ქალის ჯანმრთელობაზე, მის ფიზიკურ და ემოციურ მდგომარეობაზე. ეს შეიძლება უარყოფითად აისახოს ოჯახურ ურთიერთობებზე, გამოიწვიოს შრომის უნარისა და ცხოვრების ხარისხის დაქვეითება.

– როდის ჩნდება ეს პათოლოგია და რა გართულებები შეიძლება გამოიწვიოს?

– გულისრევა და ღებინება ორსულობის დროს ძირითადად ჩნდება 5-6 კვირის ვადაზე, პიკს აღწევს 9 კვირა-

ზე და ქრება 12-16 კვირაზე. შესაძლებელია გაგრძელდეს ორსულობის ბოლომდე. უფრო ხშირია მრავალნაყოფიანი ორსულობის, ბუშტნამქერის დროს, შაკიკის მქონე ქალებში, როდესაც ნაყოფი მდედრობითი სქესისაა.

შეუჩერებელი გულისრევა, რაც ორსულის გულისრევის და ღებინების სპექტრის უკიდურესი გამოვლინებაა, ინვევს მძიმე ავადობას. იმის გამო, რომ ქალი საკვებს და სითხეს ვერ იღებს, ირღვევა სისხლში ელექტროლიტების შემცველობა, ღვიძლის, თირკმლის, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია, ხდება წონის კლება. მაღალია ნაყოფის ზრდის შეფერხების, ნაადრევი მშობიარობისა და სხვა გართულებების განვითარების ალბათობა.

– რა ინვევს ორსულთა გულისრევასა და ღებინებას?

– მიზეზი, თუ რატომ ვითარდება ორსულებში გულისრევა და ღებინება, ზუსტად ცნობილი არ არის. აღნიშნული მდგომარეობა ასოცირდება მემკვიდრეობითობასთან, დედის მცირე წონასა და ემოციურ-ფსიქიკურ დარღვევებთან, ჰორმონულ ცვლილებებთან, კუჭ-ნაწლავის პათოლოგიურ პერისტალტიკასთან, საკვებისა და ზოგიერთი მიკროელემენტის ნაკლებობასთან.

– როგორია რეკომენდაციები ამ დროს?

– ორსულთა გულისრევისა და ღებინების დროული გამოვლენა და სწორი მართვა მნიშვნელოვანია ორსულობის ნორმალური მიმდინარეობის, სხვადასხვა გართულების თავიდან აცილების, ქალის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების თვალსაზრისით.

მკურნალობის ტაქტიკა დამოკიდებულია სიმპტომების სიმძიმეზე და პირველ რიგში მოიცავს ცხოვრების, ძილისა და კვების რეჟიმის მონესრიგებას. მნიშვნელოვანია, რომ ორსული მოერიდოს გამაღიზიანებელ ფაქტორებს

(სხვადასხვა სურნელი, გარემო, მენტოლიანი კბილის პასტა). რეკომენდებულია მცირე ულუფებით კვება 1,5-2-საათიანი ინტერვალებით და სასურველი საკვების მიღება. უპირატესობა აქვს გრილ, მშრალ, მყარ საკვებს. ჭამის შემდეგ წყლის გამოვლებამ შესაძლოა შეამსუბუქოს სიმპტომები. წყლის მიღება უნდა მოხდეს ყლუპებად კვებათა შორის. კარგად მოქმედებს სანოლიდან ადგომამდე დილით კრეკერებით, არაქისის კარაქით, ყველით წახემსება. შესაძლებელია მათი მიღება ღამის განმავლობაში. მდგომარეობას აუმჯობესებს ჯინჯერის შემცველი პროდუქტების (ჩაი, ორცხობილა, სანუნნი კანფეტი) მიღება.

ორსულთა გულისრევისა და ღებინების დროს პირველ ტრიმესტრში რკინის მაღალი შემცველობის ორსულთა ვიტამინები უნდა ჩანაცვლდეს სუფთა ფოლიუმის მჟავათი.

ძალზე მნიშვნელოვანია, რომ ორსულობის დროს გამოვიყენოთ ის მედიკამენტები, რომელთაც არ აქვს ტერატოგენული ეფექტი – არ იწვევს ნაყოფის სიმახინჯეს.

ორსულთა გულისრევისა და ღებინების დროს მედიკამენტებიდან, პირველი რიგში, ინიშნება პირიდოქსინი – B₆ ვიტამინი, დამოუკიდებლად ან სხვა ნივთიერებებთან, მაგ. ჯინჯერთან კომბინაციაში. მძიმე შემთხვევებში შემდგომ ეტაპზე საჭირო ხდება სხვა მედიკამენტების დანიშვნა, სითხისა და მინერალების ინტრავენური გადასხმა. უკიდურეს შემთხვევაში საკვების მიწოდება ხდება ზონდით.

– რამდენად უსაფრთხოა ორსულობის დროს მედიკამენტების გამოყენება?

– ორსულობის დროს მედიკამენტების დანიშვნა უნდა მოხდეს რისკისა და სარგებელის გათვალისწინებით. ამერიკის საკვებისა და მედიკამენტების სააგენტოს მიერ

(FDA) გამოყოფილია ორსულობის დროს სხვადასხვა სამკურნალწამლო საშუალების გამოყენების რისკის კატეგორიები – A, B, C, D, X, N. მაგალითად, A კატეგორიის მედიკამენტები აბსოლუტურად უსაფრთხოა ორსულისთვის. ამ ჯგუფს მიეკუთვნება ფოლიუმის მჟავა, ლევოთიროქსინი. X კატეგორიის მედიკამენტების გამოყენება კი კატეგორიულად არ შეიძლება ორსულობის დროს, რადგან ისინი იწვევს ნაყოფის სიმახინჯეს. ამ ჯგუფს მიეკუთვნება A ვიტამინი, იზოტრეტინონი, ლითიუმის პრეპარატები. ორსულობის დროს მაქსიმალურად უნდა მოვერიდოთ წამლების მიღებას ექიმის დანიშნულების გარეშე. თუმცა არის მდგომარეობები, როდესაც მედიკამენტების დანიშვნა გარდაუვალია და მათი სარგებელი რისკს აღემატება.

– ორსულ ქალებს, განსაკუთრებით ორსულობის მე-2 და მე-3 ტრიმესტრებში, აღენიშნებათ ქვედა კიდურებში ე.წ. „კრუნჩხვები“. რასთან არის ეს დაკავშირებული და როგორ შეიძლება მისი თავიდან აცილება?

– ორსულობის II და III ტრიმესტრებში საკმაოდ ხშირია ქვედა კიდურების კრამპი. ეს არის უეცრად განვითარებული კუნთების უნებლიე მტკივნეული შეკუმშვა, რაც უპირატესად ღამით აღინიშნება, იწვევს ძილის დარღვევას და ცხოვრების ხარისხის დაქვეითებას. მიზეზი შეიძლება იყოს ორსულობის დროს ვენებში სისხლის დინების შენელება, მუცლის ღრუში წნევის გაზრდა, ნაყოფის ძვლების განვითარების გამო სისხლში კალციუმის, მაგნიუმისა და ფოსფორის მეტაბოლიზმის დარღვევა. ამ დროს მიმართავენ კუნთების დაჭიმვას, მასაჟს, სითბოს გამოყენებას, რასაც ნაკლები ეფექტი აქვს. ორსულთა კრამპის დროს სხვადასხვა კვლევამ დაადასტურა მაგნიუმის, კალციუმის, B ჯგუფის ვიტამინებისა და C ვიტამინის ეფექტურობა, თუმცა უპირატესობა აქვს მაგნიუმის პრეპარატებს.

– რა გავლენა აქვს კვებას ორსულობის მიმდინარეობაზე და რას წარმოადგენს ე.წ. „ენდოკრინული სისტემის დამაზიანებლები“?

– ჯანსაღი კვება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ნაყოფიერებისა და ჩასახვის პროცესებზე, ორსულობის მიმდინარეობაზე. არაჯანსაღი და არასრულფასოვანი კვება იწვევს სხვადასხვა მიკროელემენტისა და ვიტამინების დეფიციტს. ამის გამო ხშირია ორგანიზმში ე.წ. ოქსიდაციური სტრესის დონის მომატება, რაც სხვადასხვა დავადების განვითარების საფუძველია. აღნიშნული მდგომარეობის ერთ-ერთი გამომწვევი მიზეზი არის აგრეთვე გარემოს დაბინძურება, ყოველდღიური მოხმარების საყოფაცხოვრებო პროდუქტებში (პლასტმასის ბოთლები და კონტეინერები, კოსმეტიკური საშუალებები) მავნე ნივთიერებების შემცველობის მატება. ეს ნივთიერებები – ტყვია, ფტალატები, ბისფენოლები და ა.შ. – არიან ე.წ. „ენდოკრინული სისტემის დამაზიანებლები“, ორსულობის დროს უარყოფითად მოქმედებენ ნაყოფის ენდოკრინული სისტემის ფორმირებაზე. ამიტომ მნიშვნელოვანია „ანტი-ოქსიდანტების“ მიღება. ეს არის ნივთიერებები, რომლებიც ხელს უშლიან უჯრედებში თავისუფალი რადიკალების წარმოქმნას და ოქსიდაციური სტრესის განვითარებას. ანტიოქსიდანტური თვისებები ახასიათებს მიკროელემენტებს და ვიტამინებს. ორსულობის დროს მათი გამოყენება სულ უფრო და უფრო აქტუალური ხდება.

უშვილობა, გამომწვევი მიზეზები, ქალისა და მამაკაცის ფაქტორით გამომწვეული უნაყოფობა, დიაგნოსტიკის მეთოდები

ლალი ფხალაძე

– რას ნიშნავს ტერმინები – „უშვილობა“ და „უნაყოფობა“ და რა განსხვავებაა მათ შორის?

– ეს ორი ტერმინი ფაქტობრივად იდენტურია. საზოგადოებაში მეტად გავრცელებულია ტერმინი – „უშვილობა“. უშვილობის პრობლემაზე ვსაუბრობთ მაშინ, როდესაც წყვილს ერთი წლის განმავლობაში აქვს რეგულარული და დაუცველი სქესობრივი კავშირი და ორსულობა არ დგება. დაუცველი კონტაქტი არის კოიტუსი ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენების გარეშე.

წყვილს, რომელსაც ნორმალური რეპროდუქციული ფუნქცია აქვს, ფერტილურს უწოდებენ, უნაყოფო წყვილს კი – ინფერტილურსა და სტერილურს.

უნაყოფო – ინფერტილურ პაციენტს სამედიცინო დახმარების გარეშე არ შეუძლია ჰყავდეს შვილი. პაციენტები, რომელთაც დაქვეითებული აქვთ შვილოსნობის ფუნქცია, სუბფერტილურები არიან.

უნაყოფობა პირველადია, როდესაც ქალს არც ერთი ორსულობა არ ჰქონია, ხოლო თუ ჰქონდა ერთი ორსულო-

ბა მაინც, რომელიც შეწყდა ან დამთავრდა მშობიარობით, ამის შემდეგ კი ერთი და მეტი წლის განმავლობაში აღარ დგება განმეორებითი ორსულობა, მაშინ ვსაუბრობთ მეორეულ უშვილობაზე.

– როგორია უშვილობის სიხშირე საქართველოში?

– უშვილობის მაჩვენებელი საქართველოში, ისევე როგორც მთელ მსოფლიოში, სტაბილურად მაღალია და საშუალოდ – 10-15%-ს შეადგენს, რაც იმას ნიშნავს, რომ ყოველი მე-5 და მე-6 წყვილი დგას ამ პრობლემის წინაშე. აღნიშნავენ ამ მაჩვენებლის მატების ტენდენციას, რაც, სავარაუდოდ, დაკავშირებულია ეკოლოგიასთან, თანამედროვე ცხოვრების რიტმთან, კვების თავისებურებებთან, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების სიხშირის მატებასთან, გვიან ქორწინებასთან და ა.შ.

უშვილობა ერთნაირად ეხება ქალსა და მამაკაცს და ამდენად, ის წყვილის პრობლემაა.

უშვილობა, თავისი მასშტაბებიდან და შედეგებიდან გამომდინარე, არა მხოლოდ სამედიცინო, არამედ მნიშვნელოვანი სოციალური პრობლემაცაა.

– რა არის უშვილობის ძირითადი მიზეზი?

– უშვილობის მიზეზები მრავალრიცხოვანია. ის შეიძლება გამონეუული იყოს როგორც ქალის, ასევე მამაკაცის ფაქტორით ან ერთდროულად წყვილის პრობლემით. უნაყოფო ქორწინების დაახლოებით 30-40% მხოლოდ მამაკაცის ფაქტორითაა განპირობებული, 30-40% – მხოლოდ ქალის ფაქტორით, დანარჩენ შემთხვევაში კი ხდება ორივე მიზეზის შერწყმა.

– რას ნიშნავს მამაკაცის ფაქტორით განპირობებული უშვილობა?

– მამაკაცის ფაქტორით განპირობებული უშვილობის დროს აღინიშნება სპერმატოზოიდების რაოდენობის

შემცირება – ოლიგოსპერმია, მათი მოძრაობის უნარის დაქვეითება – ასტენოზოოსპერმია, პათოლოგიური და მკვდარი ფორმების სიჭარბე – ტერატო- და ნეკროსპერმია, ან საერთოდ სპერმატოზოიდების არარსებობა, აზოოსპერმია. სპერმოგრამაში პათოლოგიური ცვლილებები, თავის მხრივ, სხვადასხვა ფაქტორით შეიძლება იყოს განპირობებული. ესენია თანდაყოლილი პათოლოგიები, ინფექციები, ანთებითი პროცესები, ჰორმონული და მეტაბოლური დარღვევები.

– რას მიზეზები იწვევს ქალის უშვილობას?

– ქალთა უნაყოფობის გამომწვევ ძირითად მიზეზებს მიეკუთვნება ე.წ. ტუბო-პერიტონეალური და ენდოკრინული ფაქტორები. ტუბო-პერიტონეალური ფაქტორი გულსხმობს საშვილოსნოს მილების გაუვალობას ან ფუნქციის დაქვეითებას, მცირე მენჯის ღრუში შეხორცებების არსებობას. ენდოკრინული ფაქტორი კი მოიცავს ოვულაციის პროცესის დარღვევას – არარსებობას, იშვიათ და არასრულფასოვან ოვულაციას. ანოვულაცია, თავის მხრივ, განპირობებულია სხვადასხვა ჰორმონული დარღვევით. არცთუ იშვიათად უშვილობის მიზეზი არის ენდომეტრიოზი, საშვილოსნოს პათოლოგიები – ფიბროიდები (მიომა), ტიხარი საშვილოსნოს ღრუში, პოლიპები და ა.შ.

– უნაყოფობის მიზეზი შეიძლება იყოს წყვილს შორის შეუთავსებლობა?

– უნაყოფობა აგრეთვე შეიძლება დაკავშირებული იყოს სექსოლოგიურ პრობლემებთან.

შესაძლებელია დაისვას აუხსნელი გენეზის უშვილობის დიაგნოზიც, როდესაც მიზეზის დადგენა ვერ ხერხდება.

ეს შეიძლება იყოს ლიბიდოსა და პოტენციის დაქვეითება, რის გამოც წყვილს სქესობრივი კონტაქტი იშვიათად

აქვს. აღსანიშნავია ვაგინიზმის პრობლემა. ამ დროს ქალს აქვს სქესობრივი კონტაქტის შიში, ეწყება საშოს კუნთების უნებლიე სპაზმი, ეს იწვევს ძლიერ ტკივილს, რის გამოც სქესობრივი კავშირი საერთოდ შეუძლებელი ხდება.

– როდის და ვის უნდა მიმართოს ქალმა უშვილობის გამო?

– უშვილობის დროს საჭიროა წყვილმა ერთდროულად მიმართოს ექიმ-რეპროდუქტოლოგს, რადგან ეს პრობლემა თანაბრად ეხება ქალსაც და მამაკაცსაც.

რეპროდუქტოლოგი – ეს არის სპეციალისტი, რომელიც ქალისა და მამაკაცის რეპროდუქციული ფუნქციის პათოლოგიებს მართავს.

როდესაც წყვილს აქვს კონკრეტული ჩივილი ან ისეთ შემთხვევებში, როდესაც ისინი ეჭვობენ, რომ არსებობს გარკვეული პრობლემა, ცხადია, მაშინვე უნდა ჩატარდეს რეპროდუქტოლოგის კონსულტაცია.

ასე მაგალითად, როდესაც ქალს არ აქვს რეგულარული მენსტრუაციული ციკლი, ეს შეიძლება მიუთითებდეს ანოვულაციაზე. მტკივნეული და გახანგრძლივებული მენსტრუაცია, ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში, მტკივნეული სქესობრივი აქტი და ა.შ. ეჭვს ბადებს ენდომეტრიოზსა და ანთებით დაავადებებზე.

მნიშვნელოვანი ფაქტორია ასაკი. კონკრეტული ჩივილების არარსებობის შემთხვევაში უშვილობის გამო ექიმთან მისვლა ერთი წლის შემდეგ არის საჭირო. უფროსი ასაკის წყვილმა კი უფრო ადრე – ექვსი თვის შემდეგ უნდა დაიჭიროს თადარიგი.

– რა გამოკვლევები ტარდება უნაყოფობის მიზეზების დასადგენად?

– მამაკაცის გამოკვლევა შედარებით მარტივია და დიდ დროს არ მოითხოვს. პირველ რიგში კეთდება სპერ-

მის ანალიზი. ექიმი აფასებს სპერმოგრამის პარამეტრებს – სპერმატოზოიდების რაოდენობას, მოძრაობას, მორფოლოგიას და ა.შ. პათოლოგიური ცვლილებების შემთხვევაში საჭიროა ჩატარდეს შემდგომი კვლევა – ჰორმონული, ინფექციური და იმუნური ფაქტორების.

ქალებს საჭიროა დაუდგინდეთ ოვულაციის არსებობა. ყველაზე მარტივი ტესტი არის ე.წ. „ბაზალური თერმომეტრია“. ამისათვის ქალმა ყოველდღე, დილაობით, ერთსა და იმავე დროს, სანოლიდან ადგომამდე უკანა ტანში, უნდა გაიზომოს ტემპერატურა. ოვულაციაზე მიუთითებს ე.წ. ორფაზიანი რექტალური ტემპერატურა.

„ბაზალური თერმომეტრია“ ყოველთვის არ გვაძლევს საშუალებას ზუსტად შევაფასოთ ოვულაცია, ამიტომ ტარდება ოვულაციის ულტრაბგერითი მონიტორინგი. ვაკვირდებით ფოლიკულის მომწიფებას – მისი ზომის ზრდის დინამიკას, საშვილოსნოს შიგა გარსის – ენდომეტრიუმის სისქეს, ვაფიქსირებთ ოვულაციის შემდგომ სითხეს და ყვითელი სხეულის არსებობას. ყვითელი სხეულის ფუნქციაზე, ბაზალურ ტემპერატურასთან ერთად, შეიძლება ვიმსჯელოთ სისხლში პროგესტერონის კონცენტრაციით.

მენსტრუაციული ციკლის დარღვევებისა და ანოვულაციის არსებობისას საჭიროა ჩატარდეს ჰორმონული კვლევა, რასაც რეპროდუქტოლოგი განსაზღვრავს ინდივიდუალურად – ჩივილების, ანამნეზისა და ობიექტური გასინჯვის მონაცემების საფუძველზე.

ტარდება ზოგადი ულტრაბგერითი კვლევა, მათ შორის 4D ექოსკოპია, რაც საშუალებას გვაძლევს შევაფასოთ საშვილოსნოსა და საკვერცხეების მდგომარეობა, მათი ზომა, სტრუქტურა, მოვახდინოთ ფიბროიდების (მიომა), ცისტების, პოლიპებისა და ა.შ. დიაგნოსტიკა. 4D ექოს-

კოპია განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია საშვილოსნოს ღრუს შესაფასებლად. ის საშუალებას გვაძლევს გამოვაფიქროთ საშვილოსნოს ღრუში ე.წ. ტიხრის არსებობა, რაც ხშირად ორსულობის შეწყვეტის მიზეზია სხვადასხვა ვადაზე.

აუცილებლად უნდა შეფასდეს საშვილოსნოს მილების გამავლობა. ამ მიზნით ყველაზე ინფორმატიულია ჰისტეროსალპინგოგრაფია – საშვილოსნოსა და მილების რენტგენული კვლევა. ამ დროს ვადგენთ არა მხოლოდ ფალოპის მილების გამავლობას, არამედ საშვილოსნოს ღრუს ფორმას, ღრუში ტიხრის, კვანძის, პოლიპის არსებობას, მცირე მენჯის შეხორცებით პროცესს. ამ მიზნით შეიძლება ჩატარდეს აგრეთვე ექოჰისტეროსალპინგოგრაფია.

საშვილოსნოს მილების გამავლობის შეფერხების ან გაუვალობის შემთხვევაში საჭიროა გამოვიკვლიოთ გამომწვევი მიზეზები. ეს შეიძლება იყოს ინფექციური ფაქტორები, რისთვისაც ტარდება სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების – ქლამიდიის, ურეაპლაზმის, მიკოპლაზმის კვლევა. პათოლოგიური ცვლილებების მიზეზი შეიძლება იყოს აგრეთვე ენდომეტრიოზი, რომელსაც ყოველთვის თან ახლავს ადგილობრივი ანთება.

– რას ნიშნავს წყვილის შეუთავსებლობა და როგორ ხდება მისი დიაგნოსტიკა?

– წყვილს შორის შეუთავსებლობის დროს ქალის ორგანიზმში გამომუშავდება მამაკაცის სასქესო უჯრედების – სპერმატოზოიდების სანინაალმდეგო ანტისხეულები, რის გამოც საშვილოსნოს ყელის ლორწოში ხდება მათი დაღუპვა და განაყოფიერება არ ხდება.

თუ ქალს აქვს ნორმალური ოვულაცია, გამავალი საშვილოსნოს მილები, ხოლო მამაკაცს – ნორმული სპერმა და ორსულობა მაინც არ დგება, მაშინ ტარდება ტესტი შე-

თავსებაზე – ე.წ. პოსტკოიტალური ტესტი. ოვულაციამდე 1-2 დღით ადრე, კოიტუსიდან 6-12 საათის შემდეგ, ქალის საშვილოსნოს ყელიდან იღებენ ლორწოს, რომელშიც ფასდება სპერმატოზოიდების რაოდენობა და მოძრაობა. შესაძლებელია აგრეთვე სისხლსა და სპერმაში განისაზღვროს ანტისპერმული ანტისხეულების დონე.

– როგორ უნდა მოვიქცეთ იმ შემთხვევაში, როდესაც ქალსაც და მამაკაცსაც ყველა მაჩვენებელი ნორმალური აქვს და ორსულობა მაინც არ დგება?

– უშვილობის დიაგნოსტიკაში ოქროს სტანდარტად არის აღიარებული ლაპაროსკოპია. ეს არის ქირურგიული პროცედურა, რომელსაც გაჭრის გარეშე ოპერაციასაც უწოდებენ. რეალურად ამ დროს მუცლის წინა კედელზე კეთდება ორი ან სამი 1 სმ-იანი განაკვეთი. მენჯის ღრუში ხდება სპეციალური მინიხელსაწყოების – ვიდეოკამერის და მანიპულატორების – შეტანა, რაც საშუალებას გვაძლევს ზუსტად შევაფასოთ საშვილოსნოს და მილების, საკვერცხეების მდგომარეობა, მოვახდინოთ ენდომეტრიოზის დიაგნოსტიკა და სხვა. ლაპაროსკოპიასთან ერთად ტარდება ჰისტეროსკოპია – საშვილოსნოს ღრუს დათვალიერება მინივიდეოკამერის მეშვეობით.

ლაპაროსკოპია და ჰისტეროსკოპია უშვილობის დიაგნოსტიკის საბოლოო ეტაპია. ეს კვლევა აუცილებლად უნდა ჩაუტარდეს ყველა ქალს, როდესაც უშვილობის მიზეზი ვერ დგინდება. სადიაგნოსტიკო ლაპაროსკოპია და ჰისტეროსკოპია ტარდება იმ შემთხვევაშიც, როდესაც ორნლიანი მკურნალობის მიუხედავად ვერ ვიღებთ ორსულობას.

უშვილობის მკურნალობის ძირითადი პრინციპები. ინ ვიტრო განაყოფიერება

ლალი ფხალაძე

– როდის უნდა დავიწყოთ უშვილობის მკურნალობა და რა ფაქტორებს ექცევა ამ დროს ყურადღება?

– უშვილობის დიაგნოზის შემდეგ, ანუ როდესაც ერთი წლის განმავლობაში რეგულარული დაუცველი სქესობრივი ცხოვრების ფონზე ორსულობა არ დგება, საჭიროა ნყვილმა დაგეგმოს ვიზიტი რეპროდუქტოლოგთან.

როგორც აღვნიშნეთ, უშვილობის სტრუქტურაში მნიშვნელოვანი ხვედრითი წილი აქვს ე.წ. ტუბო-პერიტონეალურ ფაქტორს, რაც გულისხმობს საშვილოსნოს მილერების დაზიანებას და მენჯის ღრუს შეხორცებითი პროცესის არსებობას. ეს არის ინფექციებით გამოწვეული ანთებითი დაავადებების ან ენდომეტრიოზის შედეგი. ინფექციური ფაქტორების გამოკვლევის შემდეგ ინიშნება შესაბამისი ანტიბაქტერიული თერაპია. ენდომეტრიოზის მკურნალობა კი ხდება ჰორმონული პრეპარატებით. მძიმე ენდომეტრიოზი და მე-3, მე-4 ხარისხის შეხორცებითი პროცესი არის ჩვენება ლაპაროსკოპიული მკურნალობისათვის.

უნაყოფობის მნიშვნელოვანი მიზეზი არის ოვულაციასთან დაკავშირებული დარღვევები, რაც, თავის მხრივ, განპირობებულია ჰორმონული დისფუნქციით – ჰიპერ-

პროლაქტინემიით, ჰიპერანდროგენული მდგომარეობებით, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის მოშლით და ა.შ. შესაბამისად უნდა მოხდეს მათი კორექცია. ჰორმონული პროფილის მონესრიგების შემდეგ ინიშნება ე.წ. ოვულაციის სტიმულატორები საკვერცხეში ფოლიკულების მოსამნიფებლად. ზოგჯერ ფოლიკულის გასახეთქად საჭირო ხდება ჰორმონის – ქორიონული გონადოტროპინის დანიშვნა.

თანდაყოლილი და შეძენილი თრომბოფილიის შემთხვევაში (სისხლის შედედების სისტემის პათოლოგია), რაც არის ორსულობის როგორც ადრეული, ასევე გვიანი დანაკარგების მიზეზი, ინიშნება ანტიკოაგულაციური თერაპია.

საშვილოსნოს ღრუს და ყელის არხის პოლიპები, მრავლობითი დიდი ზომის მიომური კვანძები, მათ შორის ე.წ. სუბმუკოზური კვანძები, რომლებიც საშვილოსნოს ღრუსში მდებარეობენ და იწვევენ მის დეფორმაციას, ჩვენებაა ჰისტეროსკოპიისა და ლაპაროსკოპიული მკურნალობისათვის. თუმცა ოპერაციამდე აუცილებელია ჰორმონული ფონის მონესრიგება.

წყვილს შორის შეუთავსებლობის შემთხვევაში ნაჩვენებია საშვილოსნოსშიგა ინსემინაცია ან ინ ვიტრო განაყოფიერება. ასეთ დროს წყვილს უწევენ რეკომენდაციას ნ თვის განმავლობაში სქესობრივი კავშირი ჰქონდეთ პრეზერვატივით. შეიძლება დაინიშნოს სტეროიდები.

ვაგინიზმისა და სხვა სექსოლოგიური დარღვევებისას, როგორც ქალის, ასევე მამაკაცის შემთხვევაში, მკურნალობის პროცესში აუცილებლად უნდა ჩაერთოს სექსოლოგი.

– როგორ ხდება მამაკაცის ფაქტორით განპირობებული უშვილობის მკურნალობა? აზოოსპერმიის დროს მამა-

კაცს აქვს თუ არა პერსპექტივა, რომ მკურნალობის შემდეგ გამოსწორდება მდგომარეობა?

– მამაკაცის ფაქტორით განპირობებული უშვილობა გულისხმობს სპერმაში პათოლოგიური ცვლილებების არსებობას. მიზეზი ამ დროს შეიძლება იყოს სხვადასხვა: ინფექციებით გამონვეული ანთება, ჰორმონული და მეტაბოლური დარღვევები, თანდაყოლილი პათოლოგიები და ა.შ. შესაბამისად, უნდა ჩატარდეს ანთების საწინააღმდეგო და ანტიბაქტერიული მკურნალობა, ჰორმონული დისფუნქციის კორექცია. ვარიკოცელეს (სათესლე ჯირკვლებისა და ბაგირაკის ვენების ვარიკოზული გაგანიერება) შემთხვევაში ტარდება ოპერაციული მკურნალობა.

სპერმოგრამაში მძიმე დარღვევების არსებობისას დღის წესრიგში დგება დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიების გამოყენების საკითხი – საშვილოსნოსშიგა ინსემინაცია ან ექსტრაკორპორალური განაყოფიერება.

აზოოსპერმია, ანუ სპერმულ სითხეში სპერმატოზოიდების არარსებობა, არ არის განაჩენი მამაკაცისათვის. ასეთ შემთხვევებში სათესლეებიდან სხვადასხვა მეთოდით (ძირითადად ეს არის სპერმატოზოიდების ტესტიკულებიდან ექსტრაქცია – TESE) სპერმატოზოიდებს იღებენ, საჭიროების შემთხვევაში ყინავენ და შემდეგ კვერცხუჯრედების სინჯარაში ანაყოფიერებენ ან ე.წ. ინტრაციტოპლაზმური სპერმის ინიექციას აკეთებენ (ICSI). ამ დროს ემბრიოლოგს ერთი სპერმატოზოიდი შეჰყავს კვერცხუჯრედის ციტოპლაზმაში. ამიტომ საკმარისია მოიძებნოს ერთი ჯანმრთელი სპერმატოზოიდი მაინც, რომ შესაძლებელი ხდება ორსულობის მიღება.

– რამდენ ხანს შეიძლება გაგრძელდეს წყვილის მკურნალობა უშვილობის დროს და როგორ ვიქცევით, როცა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ვერ ვიღებთ შედეგს?

– მკურნალობის ხანგრძლივობა ინდივიდუალურია და დამოკიდებულია ბევრ ფაქტორზე, პირველ რიგში, პათოლოგიასა და მის სიმძიმეზე.

უნდა აღინიშნოს, რომ უშვილობა არ არის მხოლოდ სამედიცინო, არამედ მნიშვნელოვანი სოციალური პრობლემაცაა. ის წყვილის სერიოზული ფსიქოემოციური დაძაბულობის მიზეზი ხდება. ამიტომაც უშვილო პაციენტებს განსაკუთრებული ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა სჭირდებათ. არცთუ იშვიათია შემთხვევები, როდესაც ქალი მას შემდეგ ორსულდება, რაც მოადუნებს ყურადღებას და სხვა პრობლემაზე გადაერთვება, მაგალითად, შვილის აყვანაზე, ძალის შექენაზე და ა.შ.

როდესაც წყვილი ზედმინევენით ასრულებს ექიმის მითითებებს და დანიშნულებას და მიუხედავად ამისა, ორი წლის განმავლობაში ორსულობა არ დგება, რეკომენდებულია სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო ლაპაროსკოპიის ჩატარება. განვიხილავთ საშვილოსნოსშიგა ინსემინაციისა და ინ ვიტრო განაყოფიერების ჩატარების საკითხსაც.

– რას გულისხმობს ხელოვნური განაყოფიერება?

– ხელოვნური განაყოფიერება არის უშვილობის მკურნალობის მეთოდი, რომელსაც თანამედროვე ლიტერატურაში დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიების (ART) სახელით მოიხსენიებენ. ის, თავის მხრივ, მოიცავს ორ ძირითად მეთოდს – ხელოვნურ ინსემინაციას და ინ ვიტრო, იგივე სინჯარაში განაყოფიერებას...

– რას ნიშნავს ხელოვნური ინსემინაცია და როდის უნდა გაკეთდეს ის?

– ხელოვნური ინსემინაციის დროს ექიმს სპეციალური კათეტერის საშუალებით საშვილოსნოს ღრუში შეჰყავს სათანადო ნიადაგებში დამუშავებული სპერმა (მეუღლის ან დონორის). ამ მეთოდს საშვილოსნოსშიგა ინ-

სემინაცია ეწოდება. შესაძლებელია სპერმა შეიყვანონ საშვილოსნოს ყელში. ამ უკანასკნელს ამჟამად იშვიათად იყენებენ.

საშვილოსნოსშიგა ინსემინაციის ჩვენებაა წყვილს შორის შეუთავსებლობა, ანტისპერმული ანტისხეულების მომატება, სპერმოგრამის პარამეტრების შეცვლა – სპერმატოზოიდების რაოდენობისა და მოძრაობის უნარის დაქვეითება. მას იყენებენ უცნობი გენეზის უშვილობის დროსაც.

საშვილოსნოსშიგა ინსემინაცია უნდა ჩატარდეს იმ შემთხვევაში, როდესაც ქალს გამოკვლეული აქვს საშვილოსნოს მილები და ცნობილია, რომ ნორმალურად ფუნქციონირებს. აუცილებელია ნორმალური ოვულაციის არსებობაც. რეკომენდებულია პროცედურის ჩატარება ფოლიკულის სტიმულაციის ფონზე. საშვილოსნოს ღრუში სპერმა უნდა მოხვდეს ოვულაციის წინა პერიოდში.

– რა არის ინ ვიტრო განაყოფიერების არსი?

– ინ ვიტრო განაყოფიერებას (ინგლისურად – IVF) სინჯარაში განაყოფიერებას, იმავე ექსტრაკორპორალურ განაყოფიერებასაც უწოდებენ. ის უშვილობის მკურნალობის ელიტარული მეთოდია, რომლის დროსაც განაყოფიერებისა და ემბრიონის განვითარების ადრეული ეტაპები ორგანიზმის გარეთ, სინჯარაში მიმდინარეობს. ბაზისური პრინციპი არის საკვერცხიდან ერთი ან მეტი მომწიფებული კვერცხუჯრედის (სამედიცინო ტერმინი არის ოოციტი) მიღება, პარტნიორის ან დონორის სპერმით ორგანიზმის გარეთ (სინჯარაში) განაყოფიერება და შემდგომ ერთი ან მეტი განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის (პრე-ემბრიონის) საშვილოსნოში გადატანა.

დამხმარე რეპროდუქციულ ტექნოლოგიებს მიეკუთვნება აგრეთვე ინტრაციტოპლაზმური სპერმის ინიექცია,

სპერმისა და კვერცხუჯრედის დონაციის და სუროგაციის პროგრამები.

– რას გულისხმობს დონაციისა და სუროგაციის პროგრამები?

– დონაციის პროგრამა გულისხმობს ინ ვიტრო განაყოფიერების დროს სხვა ქალის – დონორის – კვერცხუჯრედების გამოყენებას. დონორის კვერცხუჯრედებს ანაყოფიერებენ ქმრის ან დონორის (სხვა მამაკაცის) სპერმატოზოიდებით და პრე-ემბრიონები გადააქვთ დედის საშვილოსნოში. ამ შემთხვევაში ბავშვი დედისთვის არ არის გენეტიკური შვილი, მაგრამ ატარებს მას მთელი ორსულობა.

სუროგაციის პროგრამის შემთხვევაში დედისაგან მიღებული კვერცხუჯრედების განაყოფიერების შემდეგ პრე-ემბრიონები გადააქვთ სხვა ქალის – სუროგატი დედის საშვილოსნოში. სუროგაციის შემთხვევაში ბავშვი არის დედისათვის გენეტიკური შვილი, მაგრამ მას მთელი ორსულობა ატარებს სუროგატი დედა.

– ვის სჭირდება ინ ვიტრო განაყოფიერება?

– პირველი წარმატებული ინ ვიტრო განაყოფიერება პატრიკ სტეპტოუმ და რობერტ ედვარდსმა 1978 წელს გაუკეთეს ქალს (მისი სახელი იყო ლიზა ბრაუნი), რომელსაც ორმხრივად დახურული ჰქონდა საშვილოსნოს მიღები. ასეთ დროს სპერმატოზოიდებისა და კვერცხუჯრედების შეხვედრა ბუნებრივად ვერ მოხდება.

დღესაც საშვილოსნოს მიღების დაზიანება არის ექსტრაკორპორალური განაყოფიერების ძირითადი ჩვენება. ინ ვიტრო განაყოფიერების ჩატარება საჭიროა, როდესაც მამაკაცს აქვს მძიმე დარღვევები სპერმოგრამაში. ეს მეთოდი ეხმარება ქალს გადაჭრას უშვილობის პრობლემა მენჯის შეხორცებითი პროცესის, ენდომეტრიოზის, იმუ-

ნური ფაქტორით განპირობებული და აუხსნელი გენეზის უნაყოფობის დროს, გვიან რეპროდუქციულ ასაკში, როდესაც დროის ლიმიტი შეზღუდულია და ა.შ.

– რა ძირითად საფეხურებს მოიცავს ინ ვიტრო განაყოფიერების პროცედურა?

– ეს არის ხუთი ძირითადი საფეხური:

1. საკვერცხეების სტიმულაცია მრავლობითი ფოლიკულების მოსამნიფებლად, რისთვისაც გამოიყენება სხვადასხვა ჰორმონული პრეპარატი (ძირითადად ანტი-ესტროგენები და გონადოტროპინები); 2. ფოლიკულების ზრდაზე დაკვირვება და მომნიფებული კვერცხუჯრედების შეგროვებისათვის შესაფერისი დროის განსაზღვრა. კვერცხუჯრედების საბოლოო მომნიფებისა და გახეთქვის მიზნით კეთდება ჰორმონი – ქორიონული გონადოტროპინი; 3. კვერცხუჯრედების შეგროვების პროცედურა, რომელიც ტარდება ქორიონული გონადოტროპინის ინიექციიდან 34-36 საათში ულტრასონოგრაფიის ან, იშვიათად, ლაპაროსკოპიის კონტროლით; 4. საშვილოსნოს გარეთ, სინჯარაში ხდება კვერცხუჯრედების (ოოციტების) განაყოფიერება სპერმატოზოიდებით ემბრიოლოგის მიერ; 5. პრე-ემბრიონის გადატანა საშვილოსნოს ღრუში განაყოფიერებიდან 3-4 დღის შემდეგ – ემბრიოტრანსფერი.

– რა უპირატესობა აქვს საკვერცხეების სტიმულაციას და მრავლობითი კვერცხუჯრედების მიღებას?

– საშვილოსნოს ღრუში რამდენიმე პრე-ემბრიონის გადატანა ზრდის ორსულობის შესაძლებლობას, ამიტომ ცდილობენ, სტიმულაციის გზით მიიღონ მრავლობითი ოოციტები, რაც თავისთავად ზრდის განაყოფიერებული კვერცხუჯრედების რიცხვს და შესაბამისად, ორსულობის სიხშირეს.

– რომელი მედიკამენტები გამოიყენება საკვერცხეების სტიმულაციისთვის, აქვთ თუ არა მათ გვერდითი მოვლენები და რა ზიანი შეიძლება მიაყენოს ჰორმონულმა პრეპარატებმა ქალის ჯანმრთელობას?

– არსებობს საკვერცხეების სტიმულაციის სხვადასხვა რეჟიმები – ე.წ. პროტოკოლები, რომელთაც ინდივიდუალურად – ქალის ასაკის, საკვერცხის რეზერვის, დიაგნოზისა და სხვა ფაქტორების გათვალისწინებით არჩევენ. ძირითადად გამოიყენება ანტიესტროგენები, ფოლიკულომასტიმულირებელი და მალუთეინიზებელი ჰორმონების, ქორიონული გონადოტროპინის ანალოგები, გონადოტროპინ რილიზინგ ჰორმონის აგონისტები და ანტაგონისტები.

ინ ვიტრო განაყოფიერების წინ ყველა ქალს უტარდება გამოკვლევა, რომ გამოირიცხოს ჯანმრთელობის რაიმე სერიოზული პრობლემა. ამდენად, მინიმუმამდეა დაყვანილი ჰორმონული მედიკამენტების მიღებასთან დაკავშირებული გვერდითი მოვლენები, თუმცა ყოველთვის არსებობს გართულებების პოტენციური რისკი.

ყველაზე ხშირი გართულებაა ჰიპერსტიმულაციის სინდრომი და მრავალნაყოფიანი ორსულობა. ამ უკანასკნელის შემთხვევაში ხშირია ნაადრევი მშობიარობა, მრავალნაყოფიანობა, არტერიული ჰიპერტენზია და ა.შ. ეს ყოველივე საფრთხეს უქმნის დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობას.

– რას ნიშნავს საკვერცხეების ჰიპერსტიმულაციის სინდრომი?

– საკვერცხეების ჰიპერსტიმულაციის სინდრომი ინ ვიტრო განაყოფიერების ერთ-ერთი საშიში გართულებაა. განარჩევენ მსუბუქ, საშუალო, მძიმე და კრიტიკულ ფორმებს. მისი განვითარება უკავშირდება კვერცხუჯრდების სტიმულაციისთვის ჰორმონული პრეპარატების დიდი

დოზებით მიღებას. საკვერცხეების ჰიპერსტიმულაციის სინდრომის დროს საკვერცხეების მოცულობა იზრდება, მასში ჩნდება მრავლობითი დიდი ზომის ცისტები, მოგვიანებით სითხე ჩნდება მუცლის ღრუში და პლევრულ სივრცეში. პაციენტს აქვს გულისრევა, ლებინება, მუცლის დაჭიმულობა, ქოშინი. მძიმე და კრიტიკული ფორმები სიცოცხლისათვის ძალიან საშიშია, ამ დროს პაციენტი მკურნალობს სტაციონარში.

– რა შანსები აქვს ქალს, დაორსულდეს ინ ვიტრო განაყოფიერების პირველივე მცდელობისას?

– ინ ვიტრო განაყოფიერების ეფექტიანობა დამოკიდებულია პაციენტის ასაკზე, დიაგნოზზე, ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ახალგაზრდა ქალების მაქსიმალური მაჩვენებელი ერთ მცდელობაზე დაახლოებით 45-50%-ია, გვიან რეპროდუქციულ ასაკში კი – მხოლოდ 5-15%.

– შესაძლებელია თუ არა, ინ ვიტრო განაყოფიერების დროს წინასწარ განისაზღვროს, ბავშვი ჯანმრთელი დაიბადება თუ არა?

– შესაძლებელია. პაციენტის მოთხოვნით შეიძლება ჩატარდეს პრეიმპლანტაციური გენეტიკური სკრინინგი (PGS) და პრეიმპლანტაციური გენეტიკური დიაგნოსტიკა (PGD).

პრეიმპლანტაციური გენეტიკური სკრინინგი არის ინ ვიტრო განაყოფიერების შედეგად მიღებული ემბრიონის გენეტიკური გამოკვლევა მათი ქრომოსომული ნაკრების შესწავლისათვის. ამ დროს ხდება ე.წ. ქრომოსომული ანეუპლოიდიის დიაგნოსტიკა.

ქრომოსომული ანეუპლოიდია ნიშნავს ემბრიონში ქრომოსომების რაოდენობრივ დარღვევას, რაც წარუმატებელი ინ ვიტრო განაყოფიერებისა და საზოგადოდ, უშვილობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიზეზია. ის გაცილებით ხშირია უფროსი ასაკის ქალებთან.

პრეიმპლანტაციური გენეტიკური დიაგნოსტიკა გულისხმობს სხვადასხვა გენეტიკური დაავადების გამოვლენას ემბრიონის საშვილოსნოს ღრუში გადატანამდე.

– სად და როდის ჩატარდა საქართველოში ინ ვიტრო განაყოფიერება?

– საქართველოში ინ ვიტრო განაყოფიერება დაინერგა იოსებ ჟორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის ს/კ ინსტიტუტში, პროფესორ არჩილ ხომასურიძის ხელმძღვანელობით. 1999 წელს მთელი სამხრეთ კავკასიის მასშტაბით პირველი ინ ვიტრო ბავშვი დაიბადა საქართველოში, ჟორდანიას ინსტიტუტში. 2004 წელს ჩატარდა პირველი წარმატებული ICSI მიკრომანიპულაცია (მამაკაცის სათესლე ჯირკვლებიდან სპერმის ექსტრაქცია), ხოლო 2006 წელს დაიბადა პირველი ბავშვი კვერცხუჯრედების დონაციის პროგრამით.

დღეისათვის საქართველოში ათეულობით ხელოვნური განაყოფიერების კლინიკაა, სადაც ტარდება ყველა თანამედროვე პროცედურა.

– რა რეკომენდაციებია უშვილობის მკურნალობასთან დაკავშირებით?

– საზოგადოდ, სამედიცინო და სამეცნიერო საზოგადოებების მიერ მოწოდებულია სხვადასხვა დაავადებათა მართვის პროტოკოლები და რეკომენდაციები, რაც ემყარება მტკიცებულებებზე დამყარებულ კვლევებსა და გამოცდილებას. ეს ეხმარება ექიმებს, განსაკუთრებით ახალგაზრდა, დამწყებ ექიმებს, რომ სწორად და ეფექტიანად მართონ ესა თუ ის პათოლოგია. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ყველა პაციენტი ინდივიდუალურია – განსხვავებული ასაკით, ჯანმრთელობის მდგომარეობით, ინტელექტით, სოციალური თუ ეკონომიკური სტატუსით.

ამიტომ ბოლო პერიოდში სულ უფრო მეტი ყურადღება ექცევა პერსონალიზებულ მედიცინას.

– რა რეკომენდაციები არსებობს უშვილო წყვილებისთვის?

– რეპროდუქტოლოგიაში მნიშვნელოვანია, რომ წყვილი მაქსიმალურად იყოს ინფორმირებული საკუთარი პრობლემის შესახებ და გააზრებულად ჩაერთოს გამოკვლევებისა და მკურნალობის პროცესში.

წარმატების მისაღწევად აუცილებელია პაციენტს ჰქონდეს ექიმის ნდობა, რომლის მითითებებით გეგმაზომიერად და მოთმინებით ჩაიტარებს გამოკვლევებსა და მკურნალობას.

ზუსტი დიაგნოსტიკა ეფექტური მკურნალობის გარანტია, ამიტომ პაციენტებმა უნდა მიმართონ სათანადო გამოცდილების მქონე სპეციალიზებულ რეპროდუქციულ კლინიკას.

სადღეისოდ გადაუჭრელი პრობლემა არ არსებობს. მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების, მათ შორის დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიების გამოყენებით უშვილობის ყველა ფორმა დაიძლევა.

ორსულობის თვითნებითი შენწყვეტა, ორსულობის განმეორებითი დანაკარგები, მიზეზები, დიაგნოსტიკა, მართვა

ლალი ფხალაძე

– რას ნიშნავს ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტა და რით განსხვავდება ის ორსულობის განმეორებითი დანაკარგებისგან?

– ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტა არის ორსულობის შეწყვეტა მანამ, სანამ ნაყოფი გახდება სიცოცხლისუნარიანი. ეს არის ქალის ორგანიზმის რეაქცია საკუთარი ჯანმრთელობის, ნაყოფის ჯანმრთელობის, გარემო პირობებისა და მრავალი სხვა ფაქტორის პათოლოგიურ ცვლილებაზე. ორსულობის თვითნებით შეწყვეტას 2-ჯერ და მეტჯერ ორსულობის განმეორებით დანაკარგებს უწოდებენ.

ორსულობის თვითნებით შეწყვეტად ითვლება ორსულობის შეწყვეტა 22 კვირამდე. ორსულობის 22 კვირაზე ნაყოფის მასაა 500 მგ. ასეთი ნაყოფი ითვლება სიცოცხლისუნარიანად. 22 კვირის შემდეგ ორსულობის შეწყვეტას ეწოდება ნაადრევი მშობიარობა.

– როდის არის ხშირი ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტა?

– ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტა განსაკუთრებით ხშირია ორსულობის პირველი ორი კვირის განმავლობაში. თუმცა ამ ვადაზე მათი დიაგნოსტიკა პრაქტიკულად ვერ ხდება. ცნობილია, რომ ორსულობების 50%-ზე მეტი მენსტრუაციის გადაცდენამდე წყდება.

18 წლამდე გოგონებსა და 40 წელზე მეტი ასაკის ქალებს ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტის რისკი მაღალი აქვთ. მცირე ასაკში რეპროდუქციული სისტემა ბოლომდე ჩამოყალიბებული არ არის. უფროს ასაკში კი იმატებს სხვადასხვა ქრონიკული გინეკოლოგიური და არაგინეკოლოგიური დაავადების სიხშირე, რაც უარყოფითად მოქმედებს ორსულობის მიმდინარეობაზე.

– რა მიზეზებმა შეიძლება გამოიწვიოს ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტა?

– ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტის მიზეზი მრავალია. ხშირია რამდენიმე ფაქტორის თანხვედრა: მაგ., დედის სასქესო ინფექციები, გენეტიკური ფაქტორები, ნეიროენდოკრინული (ჰორმონული) დარღვევები, სამვილოსნოს განვითარების ანომალიები, ორსულობასთან დაკავშირებული დარღვევები (მაგ., ორსულთა პრეეკლამფსია, მრავალნაყოფიანი ორსულობა), არაგინეკოლოგიური ქრონიკული დაავადებები, თანდაყოლილი და შექცნილი თრომბოფილიები, დედასა და ნაყოფს შორის იმუნური შეუთავსებლობა.

– როგორ იწვევს სხვადასხვა ფაქტორები ორსულობის შეწყვეტას?

– ორსულობის შეწყვეტის განმაპირობებელ ფაქტორებს აქვს ემბრიოტოქსიკური (ემბრიონის დაღუპვის გამომწვევი), ტერატოგენული (ნაყოფის სიმახინჯეთა გამომწვევი) მოქმედება. ეს ფაქტორები განსაკუთრებით აზიანებს იმ ორგანოს, რომელიც მათი ზემოქმედების პე-

რიოდში აქტიური ჩამოყალიბების პროცესშია. ეს განსაკუთრებით I ტრიმესტრს შეეხება – სწორედ ამ დროს ყალიბდება ნაყოფის ორგანოები და ორგანოთა სისტემები და ხდება მათი დიფერენციაცია.

– როგორია გენეტიკური ფაქტორების როლი?

– I ტრიმესტრში თვითნებურ აბორტთა 50% გენეტიკური მიზეზით არის განპირობებული. აქ იგულისხმება ქრომოსომული ანომალიები და გენური მუტაციები. შესაძლოა, მშობლები არც იყვნენ მუტაციის (პათოლოგიური ცვლილების) მატარებელნი და იგი უშუალოდ სასქესო უჯრედში ან განაყოფიერებულ კვერცხუჯრედში – ზიგოტაში – განვითარდეს. გენეტიკური მუტაციის შემთხვევაში თვითნებური აბორტი ორსულთა 95%-შია მოსალოდნელი. ბუნება თავისთავად იშორებს არასრულფასოვან ნაყოფს.

– რა როლი აქვთ ჰორმონულ ფაქტორებს, მათ შორის – მამაკაცური ჰორმონების სიჭარბეს, ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტის დროს?

– ორსულობის I ტრიმესტრში ხშირად ვითარდება ნეირო-ენდოკრინული დარღვევები. ორსულობის შეწყვეტის 80-90%-ში ყვითელი სხეულის ნაკლებობა იწვევს. ეს დარღვევა დამოუკიდებლადაც შეიძლება არსებობდეს ან ჰიპერანდროგენემიით, ანუ სისხლში მამაკაცური ჰორმონების მომატებული სეკრეციით, და სხვა პათოლოგიითაც იყოს განპირობებული.

ჰიპერანდროგენემია გავრცელების მაღალი სიხშირის გამო ქართველთა ნაციონალურ პრობლემად არის მიჩნეული.

ნორმალურ შემთხვევებში ქალის ორგანიზმში გარკვეული რაოდენობით მამაკაცურ ჰორმონებს საკვერცხე და თირკმელზედა ჯირკვალი გამოიმუშავებს. საკვერცხის-

მიერი ჰიპერანდროგენემია აღინიშნება პოლიციტური საკვერცხეების სინდრომის დროს. თირკმელზედა ჯირკვლის მიერ ანდროგენების ჭარბი გამოყოფა კი ყველაზე ხშირად ხდება ადრენოგენიტალური სინდრომის დროს.

– რა დაავადებაა ადრენოგენიტალური სინდრომი?

– ამ პათოლოგიას თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის თანდაყოლილ ჰიპერპლაზიას ან თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის თანდაყოლილ დისფუნქციას უწოდებენ. ეს არის გენეტიკურად განპირობებული დაავადება. ამ დროს აღინიშნება ჰორმონების სინთეზში მონაწილე ფერმენტების დეფიციტი, რაც იწვევს კორტიზოლის უკმარისობას და მამაკაცური ჰორმონების – ანდროგენების – სიჭარბეს. ამ დაავადების კლასიკური, თანდაყოლილი ფორმების დროს მდედრობით ახალშობილებში ხშირად სქესის დადგენაც კი გართულებულია, რადგან ანდროგენების სიჭარბე იწვევს კლიტორის გადიდებას და პენისს ემსგავსება. მკურნალობის დაწყება საჭიროა დაბადებისთანავე ჰორმონებით, იმისათვის, რომ სქესობრივი მომწიფების პროცესი წარიმართოს ქალური ტიპით – ნორმალურად. ჰორმონულმა დისბალანსმა შეიძლება გამოიწვიოს უშვილობა. პრაქტიკაში ხშირად გვხვდება ადრენოგენიტალური სინდრომის გვიან გამოვლენილი ფორმები, რომლებიც მსუბუქი მიმდინარეობით ხასიათდება. მათთვის დამახასიათებელია ჭარბთმიანობა, აკნე, მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა და ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტა. ზოგჯერ დაავადება ყოველგვარი კლინიკური ნიშნების გარეშე მიმდინარეობს, შეიძლება აღინიშნებოდეს მხოლოდ ზედმეტად ფორიანი და ცხიმოვანი კანი ან ორსულობის შეწყვეტა.

– რა მკურნალობაა საჭირო ორსულობის შესანარჩუნებლად, როდესაც ქალს მომატებული აქვს სისხლში ანდროგენების დონე?

თირკმელზედა ჯირკვლისმიერი ჰიპერანდროგენემიის არსებობისას ორსულ ქალს უნდა დაენიშნოს ჰორმონული პრეპარატები (პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი). დაავადების თანდაყოლილი კლასიკური ფორმების არსებობისას მათი მიღება აუცილებელია მთელი ორსულობის განმავლობაში.

– რა როლი აქვს სხვა ენდოკრინულ პათოლოგიებს ორსულობის დანაკარგებში?

– ორსულობის შეუნარჩუნებლობის მნიშვნელოვანი მიზეზია ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის მოშლა. ორსულობის განმეორებითი დანაკარგების დროს აუცილებლად უნდა ჩატარდეს სისხლში თირეოტროპული ჰორმონისა და ფარისებრი ჯირკვლის ანტისხეულების გამოკვლევა. ენდოკრინულ პათოლოგიებს შორის აღსანიშნავია შაქრიანი დიაბეტი. ორსულობის დროს ზოგჯერ თავს იჩენს გესტაციური დიაბეტი, რაც ართულებს ორსულობის მიმდინარეობას.

– კიდევ რა მიზეზებთან არის დაკავშირებული ორსულობის თვითნებური შეწყვეტა?

– ორსულობის შეწყვეტის მიზეზი შეიძლება გახდეს ორსულთა გულისრევა, ღებინება და ამ ფონზე ორგანიზმში განვითარებული მეტაბოლური (ნივთიერებათა ცვლის) ცვლილებები.

✓ ხშირად ორსულობის შეწყვეტის მიზეზი საშვილოსნოს განვითარების ანომალიებია – ორქიანი საშვილოსნო ან ტიხარი საშვილოსნოს ღრუში. ამ პათოლოგიების დიაგნოსტიკა შესაძლებელია 4D ულტრაბგერითი კვლევით და რენტგენული კვლევით – ჰისტეროსალპინგოგრაფიით.

✓ ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტის მიზეზია საშვილოსნოს ყელის უკმარისობაც, რომელიც შეიძლება ტრავმის (ხშირი აბორტისა და სხვა მანიპულაციების,

მშობიარობის შემდგომი ტრავმის) ან ჰორმონულ დარღვევათა შედეგი იყოს. ყელის უკმარისობა ძირითადად ორსულობის II ტრიმესტრში ვითარდება. ასეთ დროს საშვილოსნოს ყელზე ე.წ. ცირკულარულ ნაკერს ან სილიკონის „პესარიებს“ ადებენ, რაც ორსულობის ვადამდე მიტანის შესაძლებლობას იძლევა.

✓ საშვილოსნოს პათოლოგიური წარმონაქმნებიდან, კერძოდ, საშვილოსნოს ფიბროიდებიდან, ორსულობის შეწყვეტის საფრთხეს ქმნის ღრუში არსებული (სუბმუკოზური) კვანძები, ნანილობრივ საშვილოსნოს კედელში არსებული (ინტრამურული) მიომური კვანძები, როდესაც მათი რაოდენობა ბევრია, ზომები კი – დიდი.

✓ ორსულობის შეწყვეტა შეიძლება დაკავშირებული იყოს ადენომიოზთან. ეს დაავდება არის ენდომეტრიოზის ერთ-ერთი ფორმა, რომლის დროსაც საშვილოსნოს შიგა გარსის უბნები ჩაზრდილია შუა გარსში – მიომეტრიუმში.

საშვილოსნოს ღრუში არსებული პათოლოგიების – ტიხარი, სუბმუკოზური კვანძები – მოცილება ჰისტერორეზექტოსკოპის მეშვეობით შეიძლება. ამ პროცედურის დროს საშვილოსნოს ღრუში სპეციალური ოპტიკური ხელსაწყოთი შედიან. ქირურგი მონიტორზე ხედავს საშვილოსნოს ღრუს, მასში არსებულ პათოლოგიებს და ახდენს მიზანმიმართულად მათ კორექციას.

– **ინვესს თუ არა ინფექციები ორსულობის შეწყვეტას?**

– ორსულობის შეწყვეტის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია ქრონიკული ენდომეტრიტი – საშვილოსნოს შიგნითა გარსის ანთება, რასაც ძირითადად სქესობრივი გზით გადამდები და სხვა ინფექციები ინვესს. ორსულობის შეწყვეტა შეიძლება დაკავშირებული იყოს ტოქსოპლაზმოზთან, წითურასთან, ციტომეგალოვირუსულ და ჰერპესვირუსულ ინფექციებთან. ეს ინფექციები პლაცენ-

ტის გავლით დედის ორგანიზმიდან ნაყოფზე გადადის. ორსულობის დროს საშიშია პირველადი ინფექცია.

ძალზე გავრცელებული დაავადებაა ქლამიდიოზი. ის ძირითადად კვერცხსავალ მილებს აზიანებს და უშვილობას იწვევს, თუმცა მის მიერ გამოწვეულმა ქრონიკულმა ენდომეტრიტმა შესაძლოა მიმდინარე ორსულობასაც შეუქმნას საფრთხე. ორსულობის შეწყვეტის მაღალ რისკთანაა დაკავშირებული ურეაპლაზმას და მიკოპლაზმას არსებობა.

– რა როლი აქვს იმუნურ ფაქტორებს ორსულობის შეწყვეტაში?

– ნაყოფი არის როგორც დედის, ასევე მამის გენეტიკური ინფორმაციის მატარებელი, ესე იგი შეიცავს დედის ორგანიზმისთვის უცხო ცილას. მიუხედავად ამისა, დედის იმუნური სისტემა ისეა მოწყობილი, რომ არ ებრძვის ნაყოფს და არ იშორებს მას. თუ დაირღვა დაცვის ეს მექანიზმები სხვადასხვა იმუნური პათოლოგიის დროს, მაშინ დედა იშორებს მისთვის ე.წ. უცხო ცილას – ნაყოფს და ვითარდება თვითნებითი აბორტი.

– რა გავლენა აქვს სისხლის შედედების სისტემის პათოლოგიებს ორსულობის მიმდინარეობაზე?

– ორსულობის განმეორებითი დანაკარგების გამომწვევი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიზეზია სისხლის შედედების სისტემის პათოლოგიები – ე.წ. თანადყოლილი ან შექნილი თრომბოფილიები. თანადყოლილი თრომბოფილიების დროს პაციენტებს აღენიშნებათ სისხლის შედედების სხვადასხვა ფაქტორის გენეტიკურად განპირობებული დეფექტები. შექნილ თრომბოფილიებს მიეკუთვნება ანტიფოსფოლიპიდური სინდრომი. ამ დროს სისხლში გამოიშვება ე.წ. ანტიფოსფოლიპიდური ანტისხეულები, რაც იწვევს საშვილოსნო-პლაცენტური სისხლის მიმოქცევის სისტემაში თრომბოზების განვითარებას.

რებას. თრომბოფილიები იწვევს ორსულობის სხვადასხვა გართულებას, მათ შორის – ორსულობის შეწყვეტას.

– რა გავლენას ახდენს ასაკი და მამაკაცის ფაქტორი ორსულობის შეწყვეტაზე?

– ასაკი უარყოფითად მოქმედებს ორსულობის მიმდინარეობაზე. ქალის ასაკის მატებასთან ერთად ორსულობის განმეორებითი დანაკარგების რისკი იზრდება, რაც დაკავშირებულია კვერცხუჯრედების ხარისხის დაქვეითებასთან. საყურადღებოა მამაკაცის ფაქტორიც, რადგან ნაყოფის ჯანმრთელობაზე პასუხს აგებს ორივე მშობელი. პათოლოგიური სპერმატოზოიდების არსებობა ასოცირდება ორსულობის შეწყვეტასთან. შეიძლება სპერმოგრამაში მაჩვენებლები ნორმაში იყოს, მაგრამ მომატებული იყოს ე.წ. ოქსიდაციური სტრესი და დნმ ფრაგმენტაცია. ამიტომ თუ ქალს აქვს რამდენჯერმე შეწყვეტილი ორსულობა, აუცილებელია მამაკაცის გამოკვლევა, სპერმოგრამასთან ერთად დნმ ფრაგმენტაციისა და ოქსიდაციური სტრესის განსაზღვრა.

საზოგადოდ, დიდი მნიშვნელობა აქვს ორსულობის დროს ქალის ფსიქოემოციურ განწყობას. ქალს უნდა სჯეროდეს, რომ ორსულობას ბოლომდე მიიტანს და ჯანმრთელი შვილი ეყოლება.

– რა ნიშნები მიუთითებს ორსულობის შეწყვეტის საშოშროებაზე?

– ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტის საშიშროების დროს ვითარდება ტკივილი და სიმძიმის შეგრძნება მუცლისა და წელის არეში, საშოდან მოყავისფრო ან სისხლიანი გამონადენი. ორსულობის გვიან ვადებზე ქალს შეიძლება ჰქონდეს შეტევის მსგავსი ტკივილები. ზოგჯერ ქალს ორსულობის შეწყვეტის არავითარი კლინიკური ნიშანი არ აღენიშნება და ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს შემთხვევით

აღმოჩნდება, რომ ორსულობის კალენდარული ვადა არ შეესაბამება ნაყოფის ზომებს, არ არის ნაყოფის გულისცემა, აღინიშნება ე.წ. რეტოპერიტონეალური ჰემატომები (სისხლჩაქცევა), საშვილოსნოს ყელი დამოკლებულია და ა.შ.

– როგორ უნდა მოიქცეს ქალი ორსულობის შეწყვეტის დროს?

– ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტის შემთხვევაში ქალმა აუცილებლად უნდა მიმართოს ექიმს, თავი შეიკავოს შემდგომი დაორსულებისაგან, სულ მცირე, 3 თვის განმავლობაში. საზოგადოდ ითვლება, რომ ორსულობათა შორის ოპტიმალური ინტერვალი ორი წელია, თუმცა და, როდესაც ქალს სურს ორსულობა და ასაკის გამო დროში შეზღუდულია, ეს ვადა მცირდება.

ორი და მეტი ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტის შემთხვევაში აუცილებელია კომპლექსური გამოკვლევა. შემდეგი ორსულობა უნდა დაიგეგმოს მხოლოდ მკურნალობისა და სათანადო მომზადების შემდეგ.

– რა გამოკვლევები უნდა ჩატარდეს ორსულობის შეწყვეტის მიზეზების დასადგენად?

– დიდი მნიშვნელობა აქვს ანამნეზის შეკრებას – ჩივილების, მენსტრუაციული ციკლის ხასიათის (მენსტრუაციის გადაცდენები, ჭარბი და ხშირი მენსტრუაციები, ტკივილი მენსტრუაციის დროს, ყავისფერი ჩამონაშალი მენსტრუაციამდე და შემდეგ), სქესობრივი ფუნქციის შეფასებას, გენეტიკურ ფაქტორებს, გადატანილ ინფექციებს. მნიშვნელოვანია ობიექტური (პათოლოგიური თმინობის, გამონაყარის არსებობა) და გინეკოლოგიური გასინჯვის მონაცემები.

საკვერცხის ფუნქციის შესაფასებლად ინფორმაციულია რექტალური ტემპერატურის გაზომვა – უკანა ტანიდან ტემპერატურის ყოველდღიური მონაცემების გაანალიზება,

ძალიან მნიშვნელოვანია ჰორმონული კვლევა, რასაც ექიმი საჭიროების მიხედვით განსაზღვრავს: მამაკაცური ჰორმონების – ანდროგენების, ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების გამოკვლევა. ულტრაბგერითი კვლევით დავადგენთ, აქვს თუ არა ქალს ოვულაცია. 4D ექოსკოპია საშუალებას გვაძლევს შევაფასოთ საშვილოსნოსა და საკვერცხეების მდგომარეობა, მათი ზომა, სტრუქტურა, მოვახდინოთ ფიბროიდების (მიომური კვანძების), პოლიპების, საშვილოსნოს შიგა გარსის – ენდომეტრიუმის – ანთების, საშვილოსნოს ანომალიების (მაგ. ღრუში ტიხრის, მცირე მენჯის შეხორცებების, საკვერცხის ცისტების) დიაგნოსტიკა.

ორსულობის განმეორებითი დანაკარგების შემთხვევაში რეკომენდებულია წყვილის გენეტიკური გამოკვლევა – კარიოტიპის (ქრომოსომული ნაკრების) შესწავლა. თანდაყოლილი თრომბოფილიების დიაგნოსტიკის მიზნით კეთდება გენეტიკური კვლევა შედეგების ფაქტორების მუტაციების (ცვლილებების) გამოსავლენად. შეძენილი თრომბოფილიის დიაგნოსტიკის მიზნით სისხლში საზღვრავენ სპეციალურ ანტისხეულებს.

ქალებისათვის, რომლებსაც აქვთ რამდენჯერმე შეწყვეტილი ორსულობა, რეკომენდებულია საშვილოსნოს რენტგენოლოგიური გამოკვლევის (მეტროსალპინგოგრაფია, იგივე ჰისტეროსალპინგოგრაფია) გაკეთება. ეს მეთოდი საშუალებას გვაძლევს შევაფასოთ ფალოპის მილების გამავლობა, საშვილოსნოს ფორმა, ღრუში ტიხრის (ძვიდის), ფიბროიდული კვანძების, პოლიპების, მცირე მენჯის შეხორცებითი პროცესის არსებობა.

ორრქიანი საშვილოსნოს შემთხვევაში, თუ საშვილოსნოს ერთ-ერთი რქა დიდია, ორსულობის ბოლომდე მიტანის შანსი არსებობს. ყოველი მომდევნო ორსულობა კი შემდგომის ვადამდე მიტანის შესაძლებლობას ზრდის.

ინფექციური ფაქტორების გამოკვლევის ყველაზე ზუსტი მეთოდია დნმ-დიაგნოსტიკა. მნიშვნელოვანია სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების, მათ შორის – ქლამიდიის, ურეაპლაზმის, მიკოპლაზმის, ჰერპესვირუსის და ა.შ. გამოკვლევა.

აუცილებელია მამაკაცის გამოკვლევა – სპერმის ანალიზი, დნმ ფრაგმენტაციის ტესტი, საჭიროების შემთხვევაში – ჰორმონული ანალიზი და ინფექციური აგენტების დიაგნოსტიკა.

– რა სისშირით უნდა ჩაუტარდეს ორსულს ექოსკოპია?

– ჯანმრთელ ორსულს სავალდებულო ულტრაბგერითი კვლევა უნდა ჩაუტარდეს ორსულობის მე-12 კვირაზე (13 კვირამდე). ამ ვადაზე მნიშვნელოვანია ნაყოფის კისრის ნაოჭის სისქისა და ცხვირის ძვლის ზომების შეფასება. შემდგომი კვლევა სასურველია ჩატარდეს 22 კვირაზე, როცა ნაყოფის ყველა ორგანო ფორმირებულია. მაღალი რისკის ორსულობის და ორსულობის შეწყვეტის საშიშროების დროს ულტრაბგერითი კვლევა კეთდება უფრო ხშირად, კლინიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე. თუ საჭირო გახდა, ულტრაბგერითი კვლევა უფრო ხშირადაც შეიძლება ჩატარდეს. ეს ნაყოფს არავითარ საფრთხეს არ უქმნის.

– როგორია რეკომენდაციები ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტისას?

– ხშირად ორსულობის თვითნებით შეწყვეტას ერთდროულად რამდენიმე მიზეზი განაპირობებს. ასეთ დროს მნიშვნელოვანია ძირითადის გამოყოფა. ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტის შემდეგ ქალმა მალევე, ხელმეორედ დაორსულებამდე, უნდა მიმართოს ექიმს, რათა თავიდან აიცილოს ორსულობის განმეორებითი შეწყვეტა და უშვილობის პრობლემა.

ჰიპერანდროგენული მდგომარეობები – ჭარბთმიანობა, აკნე, სებორეა, ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტა, დიაბნოსტიკა, მკურნალობა

ლალი ფხალაძე

– რას გულისხმობს ჭარბთმიანობა ქალებში და რა შეიძლება იყოს მისი გამომწვევი მიზეზი?

– ჭარბთმიანობის შესატყვისი სამედიცინო ტერმინი არის ჰირსუტიზმი. ქალებში ჭარბთმიანობას იწვევს სისხლში მამაკაცური ჰორმონების – ანდროგენების – სიჭარბე. ამ დროს თმიანობა ქალისთვის უჩვეულო ადგილებზე ჩნდება (ნიკაპზე, სახეზე, კისერზე, გულმკერზე, მუცელზე, ზურგზე, კიდურებზე). თმის ღერი უხეში და მაგარია. არსებობს ჭარბთმიანობის ე.წ. არაჰორმონდამოკიდებული ფორმა – ე.წ. ჰიპერტრიქოზი, როდესაც ქალს აქვს შედარებით ჭარბად განვითარებული თმიანობა მისთვის ჩვეულ ადგილებზე – ულვაშის არეში, წინამხრებზე, წვივებზე. ზოგჯერ კი მთელი სხეული ბუსუსებიტაა დაფარული. თმიანობის ეს ფორმა გენეტიკური ფაქტორებითაა განპირობებული.

– კიდევ რა კანისმიერი ნიშნები ახასიათებს ანდროგენების სიჭარბეს?

– ჰირსუტიზმის გარდა, ანდროგენების სიჭარბე იწვევს აკნეს, სებორეის განვითარებას. მათ ანდროგენულ დერმატოპათიებსაც უწოდებენ. აკნე არის კანის ცხიმოვანი ჯირკვლების სადინარების ჰიპერკერატოზისა და ცხიმის შეგუბების შედეგად ფორმირებული კომედონი. მას შეიძლება თან დაერთოს ინფექცია.

სებორეა არის კანის ცხიმოვანობისა და ფორიანობის მატება, რაც ასევე დაკავშირებულია მამაკაცური სასქესო ჰორმონების – ანდროგენების – სიჭარბესთან.

ანდროგენების სიჭარბეს გარკვეულწილად უკავშირდება ე.წ. კანის „შავი აკანტოზი“. ამ დროს აღინიშნება კანის მუქი შეფერილობა, უპირატესად ბარძაყების შიგა ზედაპირზე. მისი განვითარების მიზეზი ინსულინის რეცეპტორების მგრძობელობის დაქვეითება და ინსულინის დონის მატებაა.

– როდის ჩნდება აღნიშნული დერმატოპათიები და რა გავლენას ახდენს ქალის ჯანმრთელობაზე?

– მათი გამოვლინება ხშირად ემთხვევა პირველ მენსტრუაციას და თან ახლავს მენსტრუაციული ციკლის მოშლა. სხვადასხვა დერმატოპათია არცთუ იშვიათად ერთდროულად აღინიშნება. განსაკუთრებით მტკივნეულად აღიქვამენ მას მოზარდი გოგონები. ჭარბთმიანობა და აკნე აქვეითებს გოგონას და ქალის თვითშეფასებას და შეიძლება გამოიწვიოს დეპრესია. ეს სიმპტომები შეიძლება სხვადასხვა დაავადების გამოვლინება იყოს. ძალიან ხშირია პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომის დროს. ამიტომ ძალზე მნიშვნელოვანია, დადგინდეს გამომწვევი მიზეზები.

– რა გამოკვლევები უნდა ჩატარდეს ასეთ დროს?

– ჭარბთმიანობის დროს, პირველ რიგში, უნდა შეფასდეს, ჰირსუტიზმთან გვაქვს საქმე თუ ჰიპერტრიქოზთან.

უნდა შეფასდეს, მომატებულია თუ არა ანდროგენების დონე ორგანიზმში და განისაზღვროს ანდროგენების ჭარბი სეკრეციის წყარო – ეს არის საკვერცხე, თირკმელზედა ჯირკვალი თუ სხვა ფაქტორები. შესაბამისად, ტარდება ანდროგენების სხვადასხვა გამოკვლევა სისხლში. ტესტოსტერონის და სექსჰორმონშემაკავშირებელი გლობულინის კონცენტრაციის საფუძველზე ფასდება ანდროგენების თავისუფალი ინდექსი, განისაზღვრება თირკმელზედა ჯირკვლისმიერი ანდროგენები – დეჰიდროეპიანდროსტერონ-სულფატი და 17 α ჰიდროქსიპროგესტერონი.

– როგორ მკურნალობენ ანდროგენდამოკიდებულ დერმატოპათიებს?

– ჰირსუტიზმის, აკნესა და სებორეის დრო, კოსმეტიკურ პროცედურებთან ერთად, აუცილებელია ანტიანდროგენული პრეპარატებით მკურნალობა. გასათვალისწინებელია თანმხლები მდგომარეობების არსებობა – მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა, სიმსუქნე, უშვილობა, ანამნეზში ორსულობის შეწყვეტა და ა.შ. მედიკამენტები უნდა შეარჩიოს ექიმმა გამომწვევი მიზეზების დადგენის შემდეგ. მნიშვნელოვანია პაციენტის განწყობისა და დამოკიდებულების გათვალისწინება ამა თუ იმ პრეპარატის მიმართ, განსაკუთრებით – მოზარდი გოგონების შემთხვევაში. ხშირად დედებს არ სურთ, რომ მათმა შვილმა მიიღოს ე.წ. ჰორმონი. მათ აქვთ გარკვეული შიში, რომ ჰორმონული პრეპარატები გამოიწვევს გასუქებას და ზიანს მიაყენებს გოგონას ჯანმრთელობას. მნიშვნელოვანია ჯანსაღი კვებისა და ფიზიკური აქტივობის ფონზე მოხდეს წონის კორექცია, ეს ხელს უწყობს ჭარბთმიანობის შემცირებას. თმის ღერის განვითარების ციკლი დაახლოებით 7 თვეს მოიცავს, ამიტომ პათოლოგიური თმიანობის შემცირება მკურნალობის დაწყებიდან მხოლოდ

ექვი თვის შემდეგ არის შესამჩნევი. შესაბამისად, ჰირსუტიზმის მკურნალობა ხანგრძლივი პროცესია. ყველაზე სწრაფად მკურნალობას ემორჩილება სებორეა, შემდეგ – აკნე. მკურნალობის დაწყებიდან 3 თვეში აკნე და სებორეა შესამჩნევად მცირდება.

– რა უნდა გაითვალისწინონ გოგონებმა და ქალებმა, რომლებსაც ჭარბთმიანობა აწუხებთ?

– ჭარბთმიანობა, იგივე ჰირსუტიზმი, აკნე, სებორეა – ეს არ არის მხოლოდ კოსმეტიკური პრობლემა. ისინი სხვადასხვა გინეკოლოგიურ-ენდოკრინოლოგიური დაავადებების დროს ვითარდება, რამაც შესაძლოა ჯანმრთელობის სერიოზული პრობლემები გამოიწვიოს. ამიტომ არ უნდა შემოიფარგლოთ მხოლოდ კოსმეტიკური პროცედურებით, აუცილებელია რეპროდუქტოლოგისა და გინეკოლოგ-ენდოკრინოლოგის კონსულტაცია.

– რამ შეიძლება გამოიწვიოს ანდროგენების რაოდენობის მატება?

– ანდროგენები, ძირითადად, საკვერცხესა და თირკმელზედა ჯირკვალში გამომუშავდება, ისინი წარმოქმნება ასევე პერიფერიაზე – ცხიმოვან ქსოვილშიც. აქედან გამომდინარე, ქალის ორგანიზმში ანდროგენების მატების მიზეზი საკვერცხეების ან თირკმელზედა ჯირკვლების პათოლოგიებია. საკვერცხისმიერი ჰიპერანდროგენემია, უმეტესად, საკვერცხეების პოლიკისტოზის დროს ვითარდება. თირკმელზედა ჯირკვლისმიერი ჰიპერანდროგენემიის ძირითადი მიზეზი კი მისი ქერქის თანდაყოლილი დისფუნქცია, ე.წ. ადრენოგენიტალური სინდრომია. ძალზე იშვიათია საკვერცხისა და თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნეები.

– რა სხვაობაა ჰიპერანდროგენემიასა და ჰიპერანდროგენიზმს შორის?

– ჰიპერანდროგენემია ბიოქიმიური ტერმინია და ასახავს სისხლში ანდროგენების სიჭარბეს. ჰიპერანდროგენიზმი კი არის სისხლში ანდროგენების დონის მატების – ჰიპერანდროგენემიის – კლინიკური შედეგი, გამოვლინება.

– რა სიმპტომები ახასიათებს ჰიპერანდროგენემიას, როგორ უნდა მივიტანოთ ეჭვი მის არსებობაზე?

– ანდროგენების სიჭარბე იწვევს მენსტრუაციული ციკლის დარღვევას – დამახასიათებელია არათანაბარი, ძირითადად გახანგრძლივებული, ინტერვალების მქონე ციკლის არსებობა (არარეგულარული, 21 დღეზე ნაკლები და 35 დღეზე მეტი ხანგრძლივობის მენსტრუაციული ციკლი დარღვევად ითვლება). ჰიპერანდროგენემია ხელს უშლის საკვერცხეში ფოლიკულის მომნიფებას და კვერცხუჯრედის გამოთავისუფლებას – ოვულაციას, რის გამოც არ დგება ორსულობა. ანოვულაციით განპირობებული უშვილობების 80% საკვერცხეების პოლიკისტოზზე მოდის. შეიძლება განვითარდეს ყვითელი სხეულის ნაკლებობა. ამ შემთხვევაში, თუ ორსულობა მაინც დადგა, ხშირია ორსულობის თვითნებური შეწყვეტა – სპონტანური აბორტი. სხვადასხვა ავტორის მონაცემებით, თვითნებითი აბორტების 20-დან 80%-მდე სწორედ ჰიპერანდროგენემიით არის განპირობებული. ამ მდგომარეობას ახასიათებს გარკვეული გარეგნული გამოვლინებებიც – პათოლოგიური თმიანობა, კანის ცხიმოვანობისა და ფორიანობის მატება, აკნეს ტიპის გამონაყარი (ე. წ. ჰიპერანდროგენული დერმატოპათიები). ქალმა მსგავსი სიმპტომებისას აუცილებლად უნდა მიმართოს ექიმს. ერთი შეხედვით, უბრალო ქარბთმიანობის უკან შესაძლოა უშვილობის პრობლემა იდგეს.

ჰიპერანდროგენემიას ხშირად თან ახლავს სიმსუქნე და თავადაც მრავალი პათოლოგიის განვითარებას იწვევს.

საკვერცხეების პოლიკისტოზის დროს სიმსუქნე ქალების ნახევარზე მეტს აღენიშნება. ამ დროს დაქვეითებულია უჯრედების მგრძნობელობა ინსულინის მიმართ – ინსულინრეზისტენტობის გამო ვითარდება კომპენსატორული ჰიპერინსულინემია. იქმნება მანკიერი წრე – სიმსუქნე იწვევს ინსულინრეზისტენტობა-ჰიპერინსულინემიას, რაც ხელს უწყობს სიმსუქნის განვითარებას. აქედან გამომდინარე, პრობლემის მოგვარებისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია წონის კორექცია.

– შეიძლება თუ არა ქალს ისე ჰქონდეს ჰიპერანდროგენემია, რომ არავითარი სიმპტომი არ აღენიშნებოდეს?

– დიახ, ასეთი შემთხვევებიც არსებობს. მაგალითად, თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის თანდაყოლილი დისფუნქცია (რაც, როგორც სახელწოდებიდანაც ჩანს, არის თანდაყოლილი გენეტიკური პათოლოგია) შეიძლება მთელი ცხოვრება კომპენსირებული იყოს – ქალს ჰიპერანდროგენემიის არავითარი გამოვლინება არ აქვს და დაავადება მხოლოდ სტრესულ სიტუაციაში იჩენს თავს, ზოგჯერ – მხოლოდ ორსულობის თვითნებურად შეწყვეტის სახით. ეს დაავადება ხშირად ვლინდება მოზარდობისას, სქესობრივი ცხოვრების დაწყებისას, ორსულობის დროს.

ჰიპერანდროგენემიის კლინიკური გამოვლინებების სიმძიმე დამოკიდებულია სისხლში ანდროგენების შემცველობაზე. მნიშვნელობა აქვს ქალის ეთნიკურ კუთვნილებასაც. ცნობილია ე.წ. კავკასიელი ქალების ჰირსუტიზმის (ჭარბთმიანობის) ფენომენი. სხვადასხვა რასისა და ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენლებში კანის რეცეპტორების მგრძნობელობა ანდროგენების მიმართ განსხვავებულია. ის მომატებული აქვთ კავკასიელებს, ამიტომაც უფრო ხშირია ჭარბთმიანობა და სხვა ჰიპერანდროგენული პრობლემები. სლავ ქალებს კი, სისხლში ანდროგენე-

ბის სიჭარბის მიუხედავად, შესაძლოა კანისმიერი პრობლემები არ ჰქონდეთ.

თუ ქალს აქვს უშვილობის პრობლემა ან აღენიშნება თვითნებითი აბორტები, აუცილებელია ჰიპერანდროგენემიის გამორიცხვა.

– როგორ ხდება ჰიპერანდროგენული მდგომარეობების დიაგნოსტიკა?

– დაავადებაზე ეჭვი, პირველ რიგში, გარეგნული ნიშნებით მიგვაქვს. საყურადღებოა ანამნეზური მონაცემები, გენეტიკას აქვს უდიდესი მნიშვნელობა. პაციენტის ახლო ნათესავებში – დედის ან მამის ხაზით – შეიძლება აღინიშნებოდეს მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა, პათოლოგიური თმისა, მუცლის მოშლა. იმის გამო, რომ საკვერცხეების პოლიკისტოზი პირდაპირ უკავშირდება ჰიპერინსულინემია-ინსულინრეზისტენტობას, ხშირია შაქრიანი დიაბეტი ტიპი II-ის არსებობა.

ექიმი აფასებს ობიექტურ მონაცემებს, ჭარბთმიანობის ხარისხს, აკნეს ხასიათს, სხეულის მასის ინდექსს. საყურადღებოა ცხიმის გადანაწილების თავისებურება. ჰიპერანდროგენული გაცხიმოვნების ანუ მამკაცური ტიპის სიმსუქნისთვის დამახასიათებელია ცხიმოვანი ქსოვილის უპირატესად სხეულის ზედა ნაწილში, მუცლის არეში განვითარება. ინსულინრეზისტენტობის კანისმიერი ნიშანია შავი აკანტოზი, ანუ ბარძაყის შიგა ზედაპირზე კანის მუქი პიგმენტაცია. ხშირად ქალები ამას სიმსუქნის გამო ხახუნის შედეგად მიიჩნევენ, რაც არასწორია.

ცხადია, ჰიპერანდროგენემიის დიაგნოზის დადასტურება ჰორმონული კვლევით ხდება. სისხლის შრატში ისაზღვრება მამკაცის სასქესო ჰორმონები, სახელდობრ თირკმელზედა ჯირკვლისმიერი და საკვერცხისმიერი ანდროგენები, რათა დადგინდეს ანდროგენების წყარო. სა-

ჭიროა ჩატარდეს კვლევა ჰიპერინსულინემია-ინსულინ-რეზისტენტობაზე.

ინფორმაციულია ექოსკოპიური კვლევა. შემუშავებულია საკვერცხეების პოლიკისტოზის ულტრასონოგრაფიული დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები. სამწუხაროდ, ხშირია დიაგნოსტიკური შეცდომები. საკვერცხეებში მხოლოდ მრავლობითი ცისტური ჩანარები არ მიუთითებს პოლიკისტოზზე. მაგალითად, მოზარდობის პერიოდში ასეთი ჩანარების არსებობა საკვერცხეში ფიზიოლოგიური მდგომარეობაა.

– რა საფრთხეს უქმნის ჰიპერანდროგენემია ორსულობას და რა ვადაზე?

– ჰიპერანდროგენემია ორსულობას საფრთხეს უქმნის ძირითადად მე-12 კვირამდე. ის უმეტესად იწვევს ყვითელი სხეულის უკმარისობას. ანდროგენები ასევე უშუალოდაც მოქმედებენ საშვილოსნოს სისხლძარღვებზე და უშლიან ხელს ჩანასახის შემდგომ განვითარებას.

– რა ნიშნები და გამოვლინებები ახასიათებს თვითნებით აბორტს?

– ორსულობის შეწყვეტის საშიშროებაზე მიუთითებს სისხლიანი ჩამონაშალი სასქესო გზებიდან. ყვითელი სხეულის უკმარისობის გამო საშვილოსნო იკუმშება, სანაყოფე გარსი აშრევდება საშვილოსნოს კედელს, წარმოიქმნება სისხლჩაქცევა, რაც კლინიკურად ვლინდება სისხლიანი გამონადენით. ამ პროცესს ხშირად თან ახლავს ტკივილიც. ყურადღებამისაქცევია მენსტრუაციის მაგვარი ტკივილის და მუცლის ქვედა არეში ძლიერი ქაჩვის შეგრძნება. ამ სიმპტომების არსებობისას ქალმა აუცილებლად უნდა მიმართოს ექიმს. დროული ჩარევის შემთხვევაში დიდია ორსულობის შენარჩუნების ალბათობა.

– **ჰიპერანდროგენული მდგომარეობის დროს, თუ 12 კვირამდე არ მოხდა ორულობის თვითნებითი შეწყვეტა, საშიშროება მერეც რჩება? ნაყოფის ჯანმრთელობას ხომ არ ემუქრება საფრთხე?**

– გარკვეული რისკები ორსულობის შეწყვეტასთან დაკავშირებით შემდეგაც არსებობს, მაგრამ ნაკლებად. მოგვიანებით ვალებზე თვითნებითი აბორტების მიზეზი სხვა პათოლოგიები უფროა. თუმცა ნაყოფის – ბავშვის – განვითარებას და მის ჯანმრთელობას თავისთავად ჰიპერანდროგენემია საფრთხეს არ უქმნის. მას არ ახასიათებს ნაყოფზე ტერატოგენული ზემოქმედება, ანუ არ იწვევს სიმახინჯეს. მაგრამ, ვინაიდან ჰიპერანდროგენემია უხშირესად სხვადასხვა გენეტიკური დაავადებით არის განპირობებული, მაგალითად საკვერცხეების პოლიკისტოზით და ადრენოგენიტალური სინდრომით, შესაძლოა ეს პათოლოგიები შემდგომში ბავშვსაც აღმოაჩნდეს. თუმცა არა იმიტომ, რომ დედას ორსულობისას ჰიპერანდროგენემია ჰქონდა ან ჰორმონული პრეპარატებით მკურნალობდა; ეს უბრალოდ გენეტიკური დამემკვიდრებაა.

– **განმეორებითი ორსულობების დროს ჰიპერანდროგენემიის პრობლემა ისევ რჩება?**

– მომდევნო ორსულობების დროს ხშირად ჰიპერანდროგენემია აღარ აღინიშნება, რადგან ჰორმონული დარღვევები კომპენსირებულია.

– **როგორ ხდება ჰიპერანდროგენემიის მკურნალობა? მკურნალობის რა საშუალებებია დასაშვები ორსულობაში?**

– როგორც აღვნიშნეთ, მკურნალობის ტაქტიკა იმაზეა დამოკიდებული, სად არის ანდროგენების წყარო. თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის თანდაყოლილი დისფუნქციის დროს ჰორმონული პრეპარატების გამოყენება ფაქტობრივად გარდაუვალია, განსაკუთრებით მაშინ,

როცა დარღვევები ღრმავა. ზოგჯერ პაციენტები ჰორმონული თერაპიის მიმართ სკეპტიკურად არიან განწყობილი, მაგრამ თუ გარედან, ხელოვნურად არ შევავსეთ ჰორმონული დეფიციტი (ისევე როგორც შაქრიანი დიაბეტის დროს – ინსულინით და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითების დროს – თიროქსინით), ძალიან გაგვიჭირდება პრობლემის მოგვარება. მთავარია, შეირჩეს პრეპარატების მინიმალური ეფექტური დოზა. თანაც არ არის საჭირო პაციენტმა ჰორმონული პრეპარატები მთელი ცხოვრება მიიღოს. დაავადების მსუბუქი ფორმების ჰორმონოთერაპია უნდა ჩატარდეს სასურველი ეფექტის მიღწევამდე, მაგალითად, ორსულობის დადგომამდე ან ორსულობის მე-12 კვირამდე. ეს ძალიან ინდივიდუალურია. ორსულობის 12 კვირის შემდეგ ნაყოფის თირკმელზედა ჯირკვალი თავად იწყებს ჰორმონების გამომუშავებას, პლაცენტაც თავის თავზე იღებს ყვითელი სხეულის ფუნქციას და ორსულობის შეწყვეტის რისკიც ნაკლებია.

მიდგომა განსხვავებულია, თუ ჰიპერანდროგენემიის წყარო საკვერცხეებია. ორსულობის მისაღწევად საკვერცხეების პოლიკისტოზის დროს მკურნალობის ძირითადი მეთოდი იყო ქირურგიული ოპერაცია. დღეს თანამედროვე მედიცინას პრობლემის მოგვარება კონსერვატიული – მედიკამენტური – მკურნალობით შეუძლია.

ორსულობა იმდენად სათუთი და გასაფრთხილებელი მდგომარეობაა, რომ ფეხმძიმე ქალმა უნდა მიიღოს მხოლოდ აუცილებელი მედიკამენტები. არის შემთხვევები, როცა მედიკამენტებს ვერ გავექცევით. ასეთ დროს სასწორის მეორე პინაზე ის საფრთხეები იდება, რაც პრეპარატის მიუღებლობას სდევს. ასეთი საფრთხეა სწორედ ჰიპერანდროგენემიის დროს ორსულობის თვითნებური შეწყვეტა ანუ მუცლის მოშლა.

ორსულობის დროს საჭიროების მიხედვით ინიშნება ყვითელი სხეულის პრეპარატები – პროგესტერონის ნატურალური ანალოგები, მინიმალური ეფექტური დოზით და ხანგრძლივობით.

ორსულებაში ჭარბი წონისა და სიმსუქნის დროს არსებობს ორსულობის შეწყვეტის, ნაადრევი მშობიარობის, გესტაციური დიაბეტის (ორსული ქალის შაქრიანი დიბეტი) განვითარების საფრთხე, რის პრევენციასაც სწორი კვება აკეთებს.

განსაკუთრებით ხაზგასასმელია ცხოვრების ჯანსაღი წესის მნიშვნელობა ქალის რეპროდუქციული ფუნქციის (გამრავლების, შთამომავლობის გაგრძელების) ნორმალური ფუნქციონირებისათვის. სწორი კვების რეჟიმი, ზომიერი ფიზიკური აქტივობა, დადებითი ემოციები – ჰორმონული დარღვევების მოწესრიგების აუცილებელი წინაპირობაა. მოგეხსენებათ, თავის ტვინი ყველანაირ გარე ფაქტორზე რეაგირებს. მისგან კი ინფორმაცია მთელ ორგანიზმს გადაეცემა. ცხოვრების დარღვეული რეჟიმი, დაძაბული რიტმი ჩვენი ორგანიზმისთვის ერთგვარი სტრესია, რაც სხვადასხვა პათოლოგიით ვლინდება.

პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომი, გამომწვევი მიზეზები, კლინიკური ნიშნები, გართულებები, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ძირითადი პრინციპები

ლალი ფხალაძე

— რას ნიშნავს საკვერცხეების პოლიკისტოზი? რა სხვაობაა საკვერცხეების პოლიკისტოზსა და პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომს შორის?

— „საკვერცხეების პოლიკისტოზი“ — ამ სახელთან ასოცირდება ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული დაავადება გინეკოლოგიურ და რეპროდუქტოლოგიურ პრაქტიკაში. რეალურად, ეს მორფოლოგიური ტერმინია და გულისხმობს საკვერცხეებში მრავლობითი მცირე ზომის სითხური ჩანართის არსებობას.

სამედიცინო ლიტერატურაში აღნიშნულ დაავადებას პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომს უწოდებენ. მას სხვა სინონიმებიც აქვს. ყველაზე ხშირად გვხვდება — „შტეინ-ლევენტალის სინდრომი“. ეს სახელი უკავშირდება იმ ექიმების გვარებს, რომლებმაც პირველად აღწერეს პათოლოგია.

პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომი არის დამოუკიდებელი დაავადება, რომელსაც აქვს სპეციფიკური

კლინიკური გამოვლინებები. საკვერცხეების პოლიკისტოზი კი შეიძლება თან ახლდეს ბევრ სხვა ენდოკრინულ დარღვევას.

– რამდენად ხშირია ეს დაავადება საქართველოში?

– პოლიკისტური საკვერცხეების სინდრომი გავრცელებული პათოლოგიაა. სხვადასხვა პოპულაციაში მისი სიხშირე 3%-დან 26%-მდე ცვალებადობს. საკმაოდ ხშირად გვხვდება საქართველოში. მას ქართველი ქალების ნაციონალურ დაავადებასაც უწოდებენ.

– რა ინვეს საკვერცხეების პოლიკისტოზის განვითარებას?

– საკვერცხეების პოლიკისტოზი არის გენეტიკურად განპირობებული მულტიფაქტორული დაავადება. ეს იმას ნიშნავს, რომ ადამიანს აქვს ცვლილებები გენების დონეზე და სხვადასხვა ფაქტორი ახდენს დაავადების გამოვლენის პროვოცირებას. პირველ რიგში ეს არის არასწორი კვება, დაბალი ფიზიკური აქტივობა, ემოციური და ფიზიკური სტრესორები, მუცლად ყოფნის პერიოდში მავნე აგენტების ზემოქმედება და ა.შ.

დავაზუსტებ, ქალს აქვს გენეტიკური წინასწარგანწყობა ამ პათოლოგიის მიმართ და ზემოთ აღნიშნული გარემო ფაქტორები ხელს უწყობენ მის განვითარებას.

– როდის შეიძლება გამოვლინდეს დაავადება?

– პოლიკისტური საკვერცხეების სინდრომი ასოცირდება მენსტრუაციული ციკლის დარღვევასთან. შესაბამისად, დაავადება შეიძლება გამოუვლინდეთ მოზარდ გოგონებს პირველი მენსტრუაციის დაწყებისთანავე.

– როდის უნდა მივიტანოთ ეჭვი პოლიკისტური საკვერცხეების სინდრომზე? რა ნიშნებით ვლინდება დაავადება?

– პოლიკისტური საკვერცხეების სინდრომის არსებობაზე მიუთითებს არარეგულარული მენსტრუაციული

ციკლი. ამ დროს ქალს ყოველთვიურად არ აქვს მენსტრუაცია. გადაცდენები შეიძლება იყოს რამდენიმე დღიდან რამდენიმე თვემდე. მნიშვნელოვანი სიმპტომები დაკავშირებულია მამაკაცური ჰორმონების – ანდროგენების სიჭარბესთან. ეს არის ზედმეტმიანობა, აკნე, კანის ცხიმოვანობის მატება. შედარებით იშვიათია თმის ცვენა. პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომის მქონე პაციენტების ნახევარზე მეტს აქვს ქარბი წონისა და სიმსუქნის პრობლემა, რაც ორგანიზმში ინსულინის ქარბ სეკრეციას უკავშირდება. დამახასიათებელია ე. წ. შავი აკანტოზის არსებობა. ამ დროს ზოგიერთ ადგილას, უფრო ხშირად ბარძაყების შიდა ზედაპირზე, კანი მუქადაა შეფერილი. ამას ქალები სიმსუქნის გამო ხახუნს აბრალებენ, რაც, ცხადია, არ არის მართებული.

– რა კავშირია სიმსუქნესა და პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომს შორის?

– პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომს ხშირად თან ახლავს სიმსუქნე, რაც ამძიმებს დაავადების მიმდინარეობას. იქმნება მანკიერი წრე – დაავადება იწვევს სიმსუქნეს და სიმსუქნე ამძიმებს დაავადებას. ამ დროს პაციენტებს უჭირთ წონის დაკლება, ამიტომ აუცილებელია მკურნალობა.

– იწვევს თუ არა საკვერცხეების პოლიკისტოზი უშვილობას?

– დაავადება უშუალოდ უკავშირდება უშვილობის პრობლემას, რადგან პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომის მთავარი ნიშანი ოვულაციის არარსებობაა. თუ ქალს არ უმნიფდება კვერცხუჯრედი, ცხადია, განაყოფიერება ვერ მოხდება. ფოლიკულები უკუგანვითარებას განიცდის და საკვერცხეებში ჩნდება მრავლობითი ცისტური ჩანართი.

**– საკვერცხეების პოლიკისტოზის დროს რამდენად შე-
საძლებელია ორსულობა?**

– საკვერცხეების პოლიკისტოზის დროს ქალს იშვია-
თად შეიძლება ჰქონდეს სპონტანური ოვულაცია და ორ-
სულობა დგება მკურნალობის გარეშე. საკმაოდ დიდი
ორსულობის მიღების ალბათობა სწორი მკურნალობის
ფონზე. აუცილებლად მინდა გაგიზიაროთ ჩვენი გამოც-
დილება – როდესაც გოგონას, პოლიციკისტური საკვერცხე-
ების სინდრომის დიაგნოზის გამო, მოზარდობის პერი-
ოდთანვე ვუტარებთ მკურნალობას, რეპროდუქციულ
ფუნქციასთან დაკავშირებით მას პრობლემები ნაკლებად
აქვს.

**– საკვერცხეების პოლიკისტოზის დროს დაორსულე-
ბის შემთხვევაში რა გართულებები შეიძლება განვითარ-
დეს?**

– პოლიციკისტური საკვერცხეების სინდრომის დროს
ორსულობის მიღების შემდეგ მნიშვნელოვანია მისი ბო-
ლომდე მიყვანა. ასეთ პაციენტებს სჭირდებათ განსაკუთ-
რებული მეთვალყურეობა, რადგან შეიძლება განვითარ-
დეს სხვადასხვა გართულება – ორსულობის შეწყვეტა,
არტერიული წნევის ციფრების მატება, გესტაციური (ორ-
სულობასთან დაკავშირებული) დიაბეტი, ნაადრევი მშო-
ბიარობა და სხვა.

**– როგორია საკვერცხეების პოლიკისტოზის მქონე დე-
დების მიერ მკურნალობის შედეგად დაბადებული ბავშვე-
ბის ჯანმრთელობა?**

– ჩვენი ინსტიტუტის მრავალწლიანი გამოცდილებით,
საკვერცხეების პოლიკისტოზის მქონე დედების მკურნა-
ლობის შედეგად დაბადებული ბავშვების ჯანმრთელობა
არ განსხვავდება ჯანმრთელი ქალების შთამომავლობი-

საგან. თუმცა მათ ქალიშვილებს საკვერცხეების პოლიკისტოზის განვითარების რისკი შედარებით მეტი აქვთ.

საზოგადოდ, რადგან ეს დაავადება გენეტიკურადაა განპირობებული, ხშირია ოჯახური შემთხვევები. ეს იმას ნიშნავს, რომ ერთ ოჯახში (დედებს, შვილებს, დებს, დეიდებს, მამიდებს, ბებიებს) რამდენიმე ადამიანს შეიძლება ჰქონდეს საკვერცხეების პოლიკისტოზი.

– რა გართულებები შეიძლება გამოიწვიოს საკვერცხეების პოლიკისტოზმა გვიან ასაკში?

– პოლიციტური საკვერცხეების სინდრომს უწოდებენ დაავადებას მთელი სიცოცხლის მანძილზე. დაავადების გამოვლინება იწყება სქესობრივი მომწიფების პერიოდთან და გრძელდება მენსტრუაციის შეწყვეტის შემდეგაც. უფრო სწორად, ამ პერიოდში ვითარდება საკვერცხეების პოლიკისტოზის შორეული გართულებები – მეტაბოლური სინდრომი და საშვილოსნოს შიგნითა გარსის, ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია (გასქელება).

– რა არის მეტაბოლური სინდრომი და რა კავშირი აქვს მას საკვერცხეების პოლიკისტოზთან?

– მეტაბოლური სინდრომი არის პოლიციტური საკვერცხეების სინდრომის ერთ-ერთი გართულება და ძირითადად მოიცავს მეორე ტიპის შაქრიან დიაბეტს, არტერიული წნევის ციფრების მატებას, ლიპიდური ცვლის დარღვევას. ის შეიძლება განვითარდეს დაავადების ყველა ეტაპზე. განვითარების რისკი მაღალია გვიან რეპროდუქციულ ასაკში და მენოპაუზურ პერიოდში.

– როგორ ხდება პოლიციტური საკვერცხეების დიაგნოსტიკა?

– მნიშვნელოვანია დაავადების კლინიკური ნიშნების არსებობა – მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა, ჭარბთმიანობა, აკნე და ა.შ. ძალიან გვეხმარება ექოსკოპი-

ური კვლევა. საკვერცხეების პოლიკისტოზის დროს საკვერცხეების ზომა მომატებულია, მასში ჩანს მრავლობითი სითხური ჩანართები, საკვერცხის კაფსულა გასქელებულია. ტარდება სისხლის ჰორმონული ანალიზი.

– რამდენად სანდოა ექოსკოპიის მონაცემები პოლიცისტური საკვერცხეების დიაგნოსტიკაში?

– ექოსკოპიური მონაცემები მნიშვნელოვანია, მაგრამ მხოლოდ მათზე დაყრდნობა არ შეიძლება. გასათვალისწინებელია სხვადასხვა ფაქტორი. მაგალითად, მოზარდი გოგონებისთვის ექოსკოპიურად საკვერცხეების პოლიცისტური გადაგვარება ფიზიოლოგიური მდგომარეობაა და არ განიხილება პათოლოგიად, თუ მას თან არ ახლავს სხვა სიმპტომები.

– რომელი ჰორმონები უნდა გამოვიკვლიოთ საკვერცხეების პოლიკისტოზის დიაგნოზის დასასმელად და როდის უნდა ჩატარდეს ჰორმონული კვლევა?

– პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომის დროს საკვერცხეში ანდროგენების სეკრეცია ძლიერდება, ამიტომ დიაგნოსტიკის მიზნით ტარდება ანდროგენების, ძირითადად, ტესტოსტერონის გამოკვლევა. სექსჰორმონშემაკავშირებელი გლობულინის დონის მიხედვით ისაზღვრება თავისუფალი ანდროგენების ინდექსი. საჭიროა თირკმელზედა ჯირკვალში გამომუშავებული ანდროგენების – დეჰიდროეპიანდროსტერონ-სულფატისა და 17 α ჰიდროქსიპროგესტერონის გამოკვლევა საკვერცხეების პოლიკისტოზის სხვადასხვა ფორმის დიაგნოსტიკისათვის. ინფორმაციულია ჰიპოფიზის ჰორმონების – ფოლიკულომასტიმულირებელი და მალუთეინიზებელი ჰორმონების გამოკვლევაც. ბოლო წლებში აქტიურად ხდება ანტიმიულერის ჰორმონის განსაზღვრა. საჭიროა ინსულინის სეკრეციის შეფასება.

სისხლის ალება უნდა მოხდეს უზმოზე, მენსტრუაციული ციკლის პირველ ნახევარში, მე-7 დღემდე. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ამ წესების დაცვა ზოგიერთ ჰორმონზე.

ჰორმონული მაჩვენებლები შეიძლება ნორმალური იყოს დაავადების კლინიკური ნიშნების არსებობის მიუხედავად. მიზეზი ის არის, რომ ყველა ჰორმონს აქვს მეტ-ნაკლებად გამოხატული დღელამური რიტმი. ამიტომაც საკვერცხეების პოლიკისტოზის დიაგნოსტიკაში მხოლოდ ჰორმონულ ანალიზს ვერ დავყვრდნობით, საჭიროა ყველა მონაცემის შეჯერება.

– როდის უნდა დავინწყოთ საკვერცხეების პოლიკისტოზის მკურნალობა?

– მკურნალობა უნდა დავინწყოთ დაავადების პირველი ნიშნების გამოვლენისთანავე, როცა დადასტურდება პოლიციისტური საკვერცხეების სინდრომის დიაგნოზი. მზარდ გოგონებთან არ ვჩქარობთ. მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა, აკნე, ექოსკოპიით საკვერცხეში მრავლობითი სითხური ჩანართის არსებობა, იგივე მულტიფოლიკულოზი, მენსტრუაციის დაწყებიდან პირველი ორი წლის განმავლობაში პათოლოგიად არ განიხილება.

– როგორ მკურნალობენ საკვერცხეების პოლიკისტოზს?

– დაავადების მკურნალობა კომპლექსურია, რაც იმას ნიშნავს, რომ შეიძლება დაგვჭირდეს სხვადასხვა მედიკამენტის გამოყენება. ეს დამოკიდებულია პაციენტის ასაკზე, კლინიკურ გამოვლინებებსა და სიმძიმეზე, პაციენტის სურვილზე – რა არის მისთვის პრიორიტეტული – მენსტრუაციული ციკლის მონესრიგება, ჭარბთმიანობის შემცირება, ორსულობის მიღება თუ სხვა.

ვინაიდან პაციენტების უმრავლესობას აქვს ჭარბი წონისა და სიმსუქნის პრობლემა, აუცილებელია წონის კორექცია. საკვერცხეების პოლიკისტოზის დროს პირველი

რიგის რეკომენდაცია არის ცხოვრების ჯანსაღი წესის პრინციპების დაცვა.

ვიყენებთ ანტიანდროგენულ და ინსულინის დონის დასარეგულირებელ მედიკამენტებს, ოვულაციის სტიმულატორებს და ა.შ.

– რა არის ცხოვრების ჯანსაღი წესის ძირითადი პრინციპები?

– ეს არის სამი ძირითადი პრინციპი: სწორი კვება (მაქრის შემცველი პროდუქტების, ფქვილის ნაწარმის, ცხიმოვანი საკვების შეზღუდვა, ორ ლიტრამდე წყლის, ცილოვანი საკვებისა და ბოსტნეულის მიღება), ფიზიკური აქტივობა (ვარჯიში, ყოველდღიურად მინიმუმ ნახევარი საათი სწრაფი ენერგიული ნაბიჯით სიარული) და ძილის რეჟიმის მოწესრიგება.

– იკურნება თუ არა საკვერცხეების პოლიკისტოზი? რამდენ ხანს გრძელდება მკურნალობა?

– ეს ძალიან მტკივნეული საკითხია პაციენტებისთვის. დაავადებისგან განკურნება სრულად ვერ ხდება, ვინაიდან საკვერცხეების პოლიკისტოზს გენეტიკური ფაქტორები იწვევს. მკურნალობა ხანგრძლივია, შეიძლება თვეობით გაგრძელდეს. შედეგების მიღება ინდივიდუალურია. ვაგვარებთ კონკრეტულ პრობლემას, ანუ მკურნალობის მიზანი შეიძლება იყოს მენსტრუაციული ციკლის მოწესრიგება, ჭარბთმიანობისა და აკნეს შემცირება, უშვილობის პრობლემის გადაჭრა და ა.შ. საბოლოოდ ეს ყველაფერი ქალს იცავს ისეთი გართულებების განვითარებისგან, როგორებიცაა მეტაბოლური სინდრომი, შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2, ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია, მისი ავთვისებიანი გადაგვარება და ა.შ.

ცხოვრების რეჟიმის მოწესრიგება მნიშვნელოვნად ამსუბუქებს დაავადების ნიშნებს და ხელს უწყობს ხან-

გრძლივ რემისიას, ანუ დაავადების სიმპტომების დროებით გაქრობას.

– საკვერცხეების პოლიკისტოზის დროს ჰორმონული მედიკამენტების მიღება აუცილებელია? რა გვერდითი მოვლენები ახლავს მკურნალობას და რა გართულებები შეიძლება გამოიწვიოს ჰორმონებმა?

– პოლიკისტოზური საკვერცხეების სინდრომის დროს ჭარბთმიანობის სამკურნალოდ ძალიან ეფექტურია და გამოიყენება ანტიანდროგენული მოქმედების მქონე ჰორმონული პრეპარატები, ძირითადად კონტრაცეპტივები. ვინაიდან თმის განვითარების ციკლი დაახლოებით შვიდ თვეს მოიცავს, ეფექტის მისაღებად საჭიროა ხანგრძლივი მკურნალობა. ძირითადი გვერდითი მოვლენა კონტრაცეპტივების მიღების ფონზე მადის გაძლიერება და წონისმატებაა. მნიშვნელოვანია მკურნალობის დანიშვნის წინ შეფასდეს ქალის ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობა, თრომბოზებისა და სარძევე ჯირკვლის კიბოს განვითარების რისკი და ა.შ.

სწორად შერჩეული ჰორმონული მკურნალობა უსაფრთხოა, მას მხოლოდ სარგებელი მოაქვს პაციენტისთვის.

– როდის ტარდება ოპერაციული მკურნალობა?

– საკვერცხეების პოლიკისტოზის დროს ოპერაციული მკურნალობა ფაქტობრივად აღარ ტარდება. სწორი მედიკამენტური მკურნალობა საკმარისია სასურველი შედეგების მისაღწევად. ოპერაციული მკურნალობის ძირითადი მიზანი ოვულაციის აღდგენაა. ოპერაციული მკურნალობა დაუშვებელია მოზარდ გოგონებსა და ქალიშვილებში, რომლებიც ჯერ არ გეგმავენ ორსულობას, რადგან გარკვეული პერიოდის შემდეგ დაავადება შეიძლება თავიდან განვითარდეს. ოპერაცია შეიძლება ჩატარდეს თანდართული პათოლოგიების შემთხვევაში ან ძალზე იშვიათად,

როდესაც მედიკამენტური მკურნალობით ვერ ვაღწევთ ოვულაციას და არ დგება ორსულობა.

– რა ძირითადი რჩევა სჭირდებათ მათ, ვისაც საკვერცხეების პოლიკისტოზისთვის დამახასიათებელი ნიშნები აქვს?

– ასეთ დროს საჭიროა დედებმა დროულად მიიყვანონ გოგონები რეპროდუქტოლოგთან, რადგან, კოსმეტიკური პრობლემების (აკნე, ჭარბთმიანობა, სიმსუქნე, რომლებსაც თან ახლავს ფსიქოლოგიური პრობლემებიც – დაბალი თვითშეფასება) გარდა, საკვერცხეების პოლიკისტოზი შემდგომში ხდება უშვილობის, შაქრიანი დიაბეტისა და სხვა გართულებების მიზეზი.

სწორი დიაგნოზი და დროულად დანყებული მკურნალობა თავიდან აგვაცილებს ყველანაირ გართულებას.

ენდომეტრიოზი, ადენომიოზი, საკვერცხის ენდომეტრიოზი, სიხშირე, კლინიკური ნიშნები, გართულებები, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მეთოდები

ლალი ფხალაძე

– რა დავადებაა „ენდომეტრიოზი“?

– ენდომეტრიოზი არის ქალთა ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული დაავადება და იწვევს მნიშვნელოვან ცვლილებებს ორგანიზმში. ამ დროს საშვილოსნოს შიგნითა გარსის – ენდომეტრიუმის ქსოვილის ნაწილები მცირე ზომის „კუნძულების“ სახით გვხვდება საშვილოსნოს გარეთ, მისთვის უჩვეულო ადგილებში – საკვერცხეზე, საშვილოსნოს ყელზე, მენჯის ღრუში და ისეთივე ცვლილებებს განიცდის, როგორსაც ენდომეტრიუმი მენსტრუაციული ციკლის ფაზების შესაბამისად. დაავადების ამ ფორმას გენიტალური ენდომეტრიოზი ჰქვია, ხოლო ამ უბნებს ენდომეტრიულ ჰეტეროტოპიებს უწოდებენ.

ენდომეტრიოზის უბნები შეიძლება შეგვხვდეს სხვა ორგანოებშიც – შარდის ბუშტში, ნაწლავში, ფილტვში, ცხვირის ლორწოვანში, თვალში. დაავადების ამ ფორმას ექსტრაგენიტალური ენდომეტრიოზი ჰქვია.

ამგვარად, გვაქვს ენდომეტრიოზის ორი ძირითადი ფორმა: გენიტალური და ექსტრაგენიტალური. გენიტა-

ლურ ენდომეტრიოზს მიეკუთვნება აგრეთვე ადენომიოზი და საკვერცხის ენდომეტრიოზი.

– რას ნიშნავს „ადენომიოზი“ და რა არის „ენდომეტრიოზი“?

– ადენომიოზი არის გენიტალური ენდომეტრიოზის ერთ-ერთი ფორმა, რომლის დროსაც საშვილოსნოს შიგნითა გარსის – ენდომეტრიუმის უბნები პათოლოგიურადაა ჩაზრდილი საშვილოსნოს კედლის სიღრმეში – მის კუნთოვან შრეში.

ენდომეტრიოზას უწოდებენ საკვერცხის ენდომეტრიულ ცისტას. ამ დროს საკვერცხეში არის ცისტური ნარმონაქმნი, რომლის კედლის შიგნითა გარსი ამოფენილია ენდომეტრიუმის მსგავსი ქსოვილით, ხოლო შიგთავსი არის სისხლნარევი, ბლანტი, შოკოლადისებრი სითხე. ამიტომ მათ შოკოლადისებრ ცისტებსაც უწოდებენ.

– რამდენად ხშირია ენდომეტრიოზი?

– ენდომეტრიოზით მსოფლიოში დაახლოებით 3 მილიონი ქალია დაავადებული, აღენიშნება რეპროდუქციული ასაკის ქალების 5-10%-ს. ენდომეტრიოზის სისშირე ძალიან დიდია მტკივნეული მენსტრუაციის – 40-60%, მენჯის ქრონიკული ტკივილის – 75% და უშვილობის დროს – 35-50%.

– რა ინვევს ენდომეტრიოზს?

– დაავადების განვითარების შესახებ ერთიანი თეორია არ არსებობს. შესაძლებელია ის უკავშირდებოდეს გენეტიკურ ფაქტორებს და მუცლად ყოფნის პერიოდიდანვე იყოს განსაზღვრული. არსებობს რეტროგრადული მენსტრუაციის თეორია, რომლის მიხედვითაც საშვილოსნოდან მენსტრუაციული სისხლი საშვილოსნოს მიღების გავლით ხვდება მენჯის ღრუში და „ენდომეტრიული კუნძულების“ სახით მიემაგრება სხვა ორგანოებს. ენდომეტრიოზის უბ-

ნები სისხლისა და ლიმფის ნაკადით შეიძლება გავრცელდეს მთელ ორგანიზმში. არსებობს სხვა თეორიებიც.

– რა ნიშნები ახასიათებს ენდომეტრიოზს? როდის შეიძლება მივიტანოთ ეჭვი ამ დაავადების არსებობაზე?

– ენდომეტრიოზისთვის ყველაზე დამახასიათებელი ნიშანი არის ტკივილი მენსტრუაციის დროს, ყავისფერი ჩამონაშალი მენსტრუაციის წინ და შემდეგ, ქრონიკული ტკივილი მენჯის ღრუში – მუცლის ქვედა ნაწილში, ტკივილი სქესობრივი კონტაქტის დროს, გახანგრძლივებული და ჭარბი მენსტრუაცია. ნაწლავისა და შარდის ბუშტის ენდომეტრიოზზე შეიძლება მიუთითებდეს ტკივილი კუჭის მოქმედების და შარდვის დროს.

ენდომეტრიოზის გამოვლინება შეიძლება იყოს ქრონიკული დაღლილობის სინდრომი.

– როდის შეიძლება გამოვლინდეს დაავადების პირველი ნიშნები?

– დაავადების პირველი ნიშნები შეიძლება გამოვლინდეს მოზარდებთან მენსტრუაციის დაწყებისთანავე, მტკივნეული მენსტრუაციის სახით. ამ ფაქტს ყოველთვის არ ექცევა სათანადო ყურადღება, რადგან მტკივნეული მენსტრუაცია მიიჩნევა ჩვეულებრივ მოვლენად.

ზოგჯერ ახალშობილ გოგონებს დაბადების შემდეგ აქვთ სისხლიანი ჩამონაშალი, რაც დაკავშირებულია დედის ორგანიზმში მიმდინარე ჰორმონულ ცვლილებებთან. არსებობს მოსაზრება, რომ ე.წ. ახალშობილთა მენსტრუაცია შეიძლება იყოს ენდომეტრიოზის პირველი გამოვლინება.

– მტკივნეული მენსტრუაცია ყოველთვის მიუთითებს თუ არა ენდომეტრიოზზე?

– მტკივნეული მენსტრუაცია ყოველთვის არ მიუთითებს ენდომეტრიოზზე. მენსტრუაციული ტკივილი შეიძლება

ლება იყოს ფუნქციური ხასიათის, დაკავშირებული ემოციურ ფონთან, ჰორმონულ ცვლილებებსა და ანთებით პროცესებთან.

– შეიძლება თუ არა ქალს ჰქონდეს ენდომეტრიოზი, მაგრამ არაფერი ანუხებდეს?

– დიახ, ენდომეტრიოზი შეიძლება მიმდინარეობდეს ყოველგვარი კლინიკური ნიშნების გარეშე. ხშირია შემთხვევები, როდესაც ქალს სხვა მიზეზით უტარდება ოპერაცია და შემთხვევით აღმოაჩენენ ენდომეტრიოზს.

– რა ცვლილებებს იწვევს ენდომეტრიოზი ქალის ორგანიზმში?

– ენდომეტრიოზის უბნების ირგვლივ ყოველთვის აღინიშნება ადგილობრივი ანთება, რაც იწვევს შეხორცებების განვითარებას. ენდომეტრიოზს თან ახლავს აგრეთვე ჰორმონული დისბალანსი. დაავადება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ქალის ფსიქიკასა და ხასიათზე.

– რა გართულებები შეიძლება გამოიწვიოს ენდომეტრიოზმა?

– ენდომეტრიოზი არის ქრონიკული პროგრესირებადი დაავადება, რაც იმას ნიშნავს, რომ მკურნალობის გარეშე ის ხანგრძლივად მიმდინარეობს და თანდათან მძიმდება.

ენდომეტრიოზის გართულებად შეიძლება ჩავთვალოთ უშვილობა, მძიმე შეხორცებების განვითარება, რასაც თან ახლავს ძლიერი ტკივილი და შრომის უნარის დაქვეითება. ამის გამო ენდომეტრიოზს ქალის ინვალიდობის მიზეზად ასახელებენ.

– ენდომეტრიოზი ყოველთვის იწვევს თუ არა უშვილობას და რა მექანიზმით?

– ენდომეტრიოზი განიხილება უნაყოფობის ერთ-ერთ მიზეზად, განსაკუთრებით მისი ზოგიერთი ფორმა – ღრმა ენდომეტრიოზი, ადენომიოზი.

ენდომეტრიოზს თან ახლავს ჰორმონული დარღვევები და შესაბამისად – ოვულაციის დარღვევა. ენდომეტრიული ცისტები აზიანებენ საკვერცხის ქსოვილს და კვერცხუჯრედებს. თანმხლები ანთება ენდომეტრიოზის უზნებობის გარშემო ხელს უწყობს შეხორცებების განვითარებას და შეიძლება დააზიანოს საშვილოსნოს მილები, გამოიწვიოს მათი გაუვალობა. ადენომიოზის დროს საშვილოსნოში გაძნელებულია განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის მიმაგრება და ორსულობის შენარჩუნება.

– ენდომეტრიოზის დიაგნოზი არის თუ არა განაჩენი, რომ ქალს შვილი არ ეყოლება?

– ეს ასე არ არის. ცნობილია, რომ ქალების დაახლოებით 40%-ს, ვისაც აქვს ნორმალური რეპროდუქციული ფუნქცია და ჰყავს შვილები, ამავდროულად აქვს ენდომეტრიოზი.

ამასთან, დღეს ენდომეტრიოზით გამოწვეული უშვილობის პრობლემა თითქმის გადაჭრილია. მაღალეფექტური მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები ეხმარება ქალს ორსულობის მიღწევაში.

– როგორ შეიძლება დავადგინოთ ენდომეტრიოზის არსებობა? რა მეთოდებით ხდება დიაგნოზის დასმა?

– ენდომეტრიოზის დიაგნოზი შეიძლება დავსვათ კლინიკური ნიშნების საფუძველზე. ინფორმაციულია ექოსკოპიური გამოკვლევა, ის საკვერცხეების ენდომეტრიული ცისტების დიაგნოსტიკის საშუალებას გვაძლევს. ღრმა და ექსტრაგენიტალური ენდომეტრიოზის აღმოსაჩენად ტარდება მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია.

რეპროდუქციულ პრაქტიკაში ოქროს სტანდარტია სადიაგნოსტიკო ლაპაროსკოპია. ამ დროს მუცლის ღრუში ერთი სანტიმეტრის განაკვეთის საშუალებით შეაქვთ ლაპაროსკოპი, რომელზეც მინივიდეოკამერაა დამაგრებული

ლი და ხდება ენდომეტრიოზის უბნების უშუალო დათვალიერება. შესაძლებელია ამ უბნების ამოკვეთა და ჰისტომორფოლოგიური შესწავლა.

– როგორ მკურნალობენ ენდომეტრიოზს და რამდენ ხანს გრძელდება ეს პროცესი?

– ენდომეტრიოზს მკურნალობენ მედიკამენტური და ქირურგიული მეთოდებით. მკურნალობა ყოველთვის უნდა დაიწყოს მედიკამენტებით. არსებობს ე.წ. სიმპტომური თერაპია, როდესაც ვცდილობთ დაავადების სიმპტომების შემსუბუქებას და ე.წ. პათოგენეზური თერაპია, როდესაც ზემოქმედებას ვახდენთ დაავადების განვითარების მექანიზმებზე, რაც, საბოლოოდ, დაავადების უკუგანვითარებით სრულდება. ამ მიზნით გამოიყენება სხვადასხვა ჰორმონული მედიკამენტი. მკურნალობა ხანგრძლივია, შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე თვე, რაც განისაზღვრება ინდივიდუალურად და დამოკიდებულია პაციენტის ჩივილებსა და დაავადების სიმძიმეზე.

– ენდომეტრიოზის დროს რა გართულებები აქვს ჰორმონულ თერაპიას?

– ჰორმონული თერაპიის დანიშვნისას წინასწარ აფასებენ პაციენტისათვის რისკსა და სარგებელს. როგორც წესი, ეს მკურნალობა უსაფრთხოა და სერიოზულ რისკებს არ უკავშირდება. მკურნალობის თანმხლები მოვლენა შეიძლება იყოს მენსტრუაციის დროებითი შეწყვეტა, რაც მკურნალობის დასრულების შემდეგ უბრუნდება ჩვეულებრივ რეჟიმს.

– როდის და რა სახის ქირურგიული მკურნალობა ტარდება ენდომეტრიოზის დროს?

– ენდომეტრიოზის დროს ქირურგიული მკურნალობა რეკომენდებულია ძლიერი ტკივილებისას, საკვერცხის დიდი ზომის ენდომეტრიული ცისტების შემთხვევაში, უშ-

ვილობის დროს, როცა მედიკამენტური მკურნალობით შედეგს ვერ ვიღებთ.

მკურნალობა ტარდება ლაპაროსკოპიული მეთოდით. ენდომეტრიოზის მცირე ზომის უბნების შემთხვევაში ხდება მათი კოაგულაცია – მოწვა, ღრმა ენდომეტრიოზის დროს – მათი მოკვეთა, ენდომეტრიული ცისტებისას ცისტების შიგთავსის ასპირაცია და კაფსულის ამოღება. ძალიან მნიშვნელოვანია ამ დროს არ დაზიანდეს ფოლიკულური აპარატი, მაქსიმალურად შენარჩუნდეს საკვერცხის ჯანსაღი ქსოვილი.

– აუცილებელია თუ არა საკვერცხის ენდომეტრიული ცისტების ამოკვეთა?

– ფოლიკულური ცისტებისაგან განსხვავებით, ენდომეტრიული ცისტა თავისით არ ქრება. ოპერაციული მკურნალობის საკითხი უნდა გადაწყდეს ცისტის ზომისა და პაციენტის ჩივილების მიხედვით. როდესაც საკვერცხის ენდომეტრიული ცისტა მცირე ზომისაა (არ აღემატება 3 სმ-ს), ხელს არ უშლის ოვულაციას და არ იწვევს ტკივილს, ოპერაციისგან თავს იკავებენ, რადგან ცისტის ამოკვეთას თან ახლავს საკვერცხეში კვერცხუჯრედების მარაგის შემცირებაც. ეს განსაკუთრებით აქტუალურია უფროსი ასაკის ქალებთან, რომლებსაც შვილის ყოლა სურთ.

ამგვარად, მცირე ზომის ენდომეტრიომებს აკვირდებიან დინამიკაში, დიდი ზომის ცისტებს კი, განსაკუთრებით – თანმხლები ჩივილებით, კვეთენ საკვერცხის ჯანსაღი ქსოვილის მაქსიმალური შენარჩუნებით.

– ენდომეტრიოზის გამო ჩატარებული ოპერაციის შემდეგ რამდენ ხანში შეიძლება, ქალი დაორსულდეს?

– ეს დამოკიდებულია ენდომეტრიოზის ფორმაზე, სიმძიმეზე. მცირე ფორმების დროს, როდესაც ტარდება ენ-

დომეტრიოზის უბნების კოაგულაცია, ქალს შეიძლება მაშინვე მივცეთ დაორსულების უფლება. ღრმა ენდომეტრიოზის დროს, ოპერაციის შემდეგ რეკომენდებულია მედიკამენტური მკურნალობა, საშუალოდ სამი-ექვსი თვე, რაც განისაზღვრება ინდივიდუალურად.

– ენდომეტრიოზისა და უშვილობის დროს ხელოვნური განაყოფიერება აუცილებელია?

– ენდომეტრიოზი არაა ჩვენება ინ ვიტრო განაყოფიერებისთვის. ეს პროცედურა ტარდება იმ შემთხვევაში, როცა ჩვეულებრივი მეთოდებით მკურნალობა არ გვაძლევს შედეგს. ამ დროს აუცილებელია პაციენტის სათანადო მომზადება. წინასწარ ჩატარებული მედიკამენტური მკურნალობა ზრდის ორსულობის შანსს. კვერცხუჯრედების სტიმულაციისთვის იყენებენ სპეციალურ პროტოკოლებს.

ცნობილი ფაქტია, რომ ენდომეტრიოზის დროს კვერცხუჯრედების ხარისხი შეიძლება დაქვეითდეს, რასაც, თავის მხრივ, უნდა მიექცეს განსაკუთრებული ყურადღება.

– ენდომეტრიოზი თუ გადადის დედიდან შვილზე და რა საშიშროება არსებობს ორსულობის დროს?

– ენდომეტრიოზის დროს გვხვდება ოჯახური შემთხვევები – თუ დედას ჰქონდა ენდომეტრიოზი, არსებობს რისკი, რომ მის შვილსაც ექნება ეს დაავადება.

რაც შეეხება ორსულობას, ადენომიოზის შემთხვევაში არსებობს ორსულობის შეწყვეტის საშიშროება და სხვა გართულებების რისკი, მით უმეტეს, თუ ქალს ჰქონდა დაორსულების პრობლემა. ამიტომ ასეთ პაციენტებს სჭირდებათ სათანადო მომზადება ორსულობისათვის.

– რა არის ძირითადი რჩევა ენდომეტრიოზის მქონე ქალებისთვის?

– ქალებს, რომელთაც აქვთ ენდომეტრიოზის დადასტურებული დიაგნოზი ან ეჭვია მის არსებობაზე, სჭირდებათ მკურნალობის დროული დაწყება. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ეს მოზარდი გოგონებისთვის. ამას ყურადღება უნდა მიაქციონ დედებმა, რათა შემდგომში მათ შვილებს არ შეექმნათ შვილოსნობის პრობლემები.

არანაკლებ საყურადღებო ფაქტია, რომ ენდომეტრიოზი წლების განმავლობაში პროგრესირებს, ტკივილი ძლიერდება და იწვევს შრომის უნარის დაქვეითებას, დეპრესიას. შესაბამისად, ქვეითდება ქალის ცხოვრების ხარისხი.

ამიტომ, ასეთ დროს, არ გადადოთ ვიზიტი ექიმთან!

საკვერცხის ცისტები, მათი წარმოშობა, გამომწვევი მიზეზები, გართულებები, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მეთოდები

ლალი ფხალაძე

– რა წარმონაქმნია საკვერცხის ცისტა?

– საკვერცხის ცისტა – ეს არის, უპირატესად, სითხის შემცველი ან ნაწილობრივ სითხური შიგთავსის მქონე მოცულობითი წარმონაქმნი, რომელიც გარედან დაფარულია გარსით. მინდა განვმარტო, რომ ტერმინები – „საკვერცხის ცისტა“ და „საკვერცხის კისტა“ იდენტურია, მათ შორის არანაირი პრაქტიკული სხვაობა არ არის.

– რა სახის ცისტები გვხვდება საკვერცხეში?

– საკვერცხეში ცისტური წარმონაქმნი სხვადასხვა სახისა შეიძლება იყოს. არსებობს ფოლიკულური, ყვითელი სხეულის, თეკა-ლუთეინური (ორსულობასთან ასოცირებული), დერმოიდული, ენდომეტრიული და ა.შ. ცისტები. ამათგან ზოგიერთი არის თანდაყოლილი.

საკვერცხის ცისტების უმრავლესობა კეთილთვისებიანია, თუმცა ცისტა შეიძლება იყოს ავთვისებიანი და მოსაზღვრე მდგომარეობის.

– რას ნიშნავს რეტენციული ცისტა?

– საკვერცხის რეტენციული ცისტები ფუნქციური ცისტებია. ისინი თავისით განიცდის უკუგანვითარებას. მათ, ძირითადად, არ სჭირდება მკურნალობა. რეტენციულია ფოლიკულური და ყვითელი სხეულის ცისტები.

– რა არის ფოლიკულური და ყვითელი სხეულის ცისტები, როგორ ვითარდება ისინი?

– ფოლიკულური ცისტა არის ფოლიკულური სითხის შემცველი თხელი კაფსულის მქონე წარმონაქმნი, ყვითელი სხეულის ცისტა კი არის, შესაბამისად, ყვითელი სხეულის შემცველი ცისტური წარმონაქმნი.

ქალის ორგანიზმში სქესობრივი მომნიფების პერიოდიდან მენოპაუზამდე, ანუ მენსტრუაციის შეწყვეტამდე, ხდება კვერცხუჯრედების მომნიფება. კვერცხუჯრედები ფოლიკულებშია მოთავსებული. მენსტრუაციული ციკლის პირველ ნახევარში საკვერცხეში იზრდება ფოლიკული, შუა პერიოდში ხდება ოვულაცია – ფოლიკულიდან მომნიფებული კვერცხუჯრედის გადამოსვლა, მეორე ნახევარში – ოვულირებული ფოლიკულიდან ყვითელი სხეულის წარმოქმნა. მენსტრუაციის შემდეგ ხდება ყვითელი სხეულის უკუგანვითარება.

ფოლიკულური ცისტა ჩნდება იმ შემთხვევაში, როდესაც სხვადასხვა მიზეზის გამო არ ხდება ოვულაცია. ამ დროს ფოლიკული იზრდება და ფოლიკულურ ცისტად გადაიქცევა.

ყვითელი სხეულის ცისტის განვითარება დაკავშირებულია ოვულაციის შემდეგ წარმოქმნილი ყვითელი სხეულის ზრდასა და ცისტად გარდაქმნასთან. როდესაც ყვითელი სხეული არ განიცდის უკუგანვითარებას, მენსტრუაციის დაწყების შემდეგ ის საკვერცხეში ყვითელი სხეულის ცისტის სახით რჩება.

– რამდენად ხშირია და ვის შეიძლება განუვითარდეს ფოლიკულური ცისტები?

– ფოლიკულური ცისტების განვითარება ხშირია იმ პაციენტებთან, ვისაც სხვადასხვა სახის ჰორმონული დარღვევა აქვს. საკვერცხის ფოლიკულური ცისტები შეიძლება გაჩნდეს პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომის დროს.

ფუნქციური ცისტები ძირითადად რეპროდუქციულ ასაკში ვითარდება. ხშირია შემთხვევები მოზარდ გოგონებთან, რადგან მათ სრულად არ აქვთ ჩამოყალიბებული რეპროდუქციული სისტემა. საკვერცხის ცისტები გვხვდება ბავშვებთანაც, რაც ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების ნიშნების განვითარებას იწვევს.

საკვერცხის ფოლიკულური ცისტები წარმოიქმნება პრემენოპაუზურ პერიოდშიც, რადგან ამ დროს ქალს აღენიშნება პროგესტერონის უკმარისობა. თუმცა, ამ ასაკში ონკოლოგიური დაავადებების დიდი რისკის გამო, საკვერცხის ცისტების დიაგნოსტიკას განსაკუთრებული სიფრთხილით უნდა მოვეკიდოთ.

– რა ჩივილები ახასიათებს, საზოგადოდ, საკვერცხის ცისტებს?

– ყველაზე მეტად დამახასიათებელი ჩივილებია ტკივილი, სიმძიმე და დისკომფორტი ცისტის მხარეს. საკვერცხის ფოლიკულური ცისტის არსებობისას ხშირია მენსტრუაციული ციკლის გადაცდენა. როდესაც ცისტა დიდი ზომისაა, მეზობელ ორგანოებზე ზეწოლის გამო შეიძლება გაჩნდეს შარდვასა და დეფეკაციასთან დაკავშირებული დისკომფორტი. საკვერცხის ენდომეტრიული ცისტებისთვის დამახასიათებელია დისპარეუნია – მტკივნეული სქესობრივი აქტი. ხშირად პაციენტს არანაირი ჩივილი არ აქვს და ცისტა შემთხვევით გამოვლინდება ექოსკოპიური გამოკვლევით.

– რა ზომისა შეიძლება იყოს საკვერცხის ცისტა და რა კავშირი აქვს მის ზომას დაავადების სიმძიმესთან?

– საკვერცხის ცისტური წარმონაქმნი ცისტად განიხილება, თუ მისი ზომა 3 სანტიმეტრი და მეტია. არსებობს დიდი და გიგანტური ცისტები, რომელთა ზომა 10 სმ-ზე მეტია და მთლიანად იკავებს მენჯის ღრუს.

ანოვულაციის შემთხვევაში, როდესაც ფოლიკულის ზომა იზრდება, ამ მოვლენას ფოლიკულის პერსისტენციას უწოდებენ. თუ მისი ზომა 3 სანტიმეტრზე ნაკლებია, მას პერსისტირებული ფოლიკული ჰქვია და ცისტად არ განიხილება.

საკვერცხის ცისტის ზომა ყოველთვის არ განსაზღვრავს დაავადების სიმძიმეს. დიდი ზომის ფოლიკულური ცისტებიც განიცდის უკუგანვითარებას მენსტრუაციის შემდეგ. მნიშვნელობა აქვს ცისტის კაფსულის სისქეს.

ამასთან, ისეთი საშიში გართულების რისკი, როგორცაა საკვერცხის შემოგრება, ნაკლებია დიდი ზომის ცისტების დროს.

– როგორ უნდა მოვიქცეთ საკვერცხის ფოლიკულური ცისტების არსებობისას?

– საკვერცხის ფოლიკულური ცისტის არსებობა მიუთითებს საკვერცხის ფუნქციის მოშლაზე, ანოვულაციაზე, რაც, თავის მხრივ, ჰორმონული დარღვევებითაა განპირობებული. საკვერცხის ფოლიკულური ცისტები უფრო ხშირად მენსტრუაციული ციკლის მეორე ნახევარში ჩნდება და თავისით ქრება მენსტრუაციის შემდეგ.

როდესაც შემთხვევით ექოსკოპიით საკვერცხეში ფოლიკულური ცისტის დიაგნოსტიკა ხდება და პაციენტს ჩივილები არ აქვს, არანაირი მკურნალობა არ ტარდება. მით უმეტეს, არაა საჭირო ოპერაცია. ასეთ დროს კეთდება განმეორებითი ექოსკოპია და თუ ცისტა ისევ რჩება, ვინცებთ მედიკამენტურ თერაპიას.

პარალელურად აუცილებელია ჩატარდეს ჰორმონული კვლევა, რომ დადგინდეს საკვერცხის ფუნქციის დარღვევის მიზეზი.

– რა სახის მკურნალობა ტარდება საკვერცხის ფოლიკულური ცისტების დროს?

– საკვერცხის ფოლიკულური ცისტების მკურნალობა ძირითადად ტარდება კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივებით, საჭიროების შემთხვევაში – რამდენიმე ციკლის განმავლობაში. თანმხლები ანთებითი დაავადებების დროს ინიშნება ანთების საინინაალმდეგო თერაპია. შეიძლება დაინიშნოს ფერმენტული გამწოვი თერაპია.

ამ დროს მნიშვნელოვანია ორგანიზმის ზოგადი ჰორმონული ფონის მონესრიგება, რომ არ მოხდეს საკვერცხის ცისტების განმეორებითი წარმოქმნა.

– საკვერცხის რომელი ცისტა თანდაყოლილი?

– თანდაყოლილია ე.წ. დერმოიდული ცისტები – ტერატომები. მათ ჩანასახოვან ცისტებს უწოდებენ, რაც იმას ნიშნავს, რომ გოგონას დაბადებისას უკვე აქვს საკვერცხეში წარმონაქმნი. შიგთავსი შეიძლება წარმოდგენილი იყოს ფრჩხილებით, ცხიმით, თმებით, კბილებით, ძვლებით, ხრტილებით. დერმოიდული ცისტა თავისით არ ქრება და არ ექვემდებარება მედიკამენტურ თერაპიას. როდესაც მისი ზომა 3 სმ-ზე მეტია, აუცილებელია ოპერაციული მკურნალობა – ქირურგიული გზით ამოკვეთა, რადგან არსებობს ჯანმრთელობისთვის გარკვეული რისკები.

– როგორია საკვერცხის ენდომეტრიული ცისტები?

– საკვერცხის ენდომეტრიულ ცისტებს, იმავე ენდომეტრიომებს, შოკოლადისებრ ცისტებს უწოდებენ, რადგან მათი შიგთავსი არის მუქი, ბლანტი, შოკოლადისებრი. ენდომეტრიული ცისტები ხშირად თან ახლავს ენდომეტრიოზს.

ენდომეტრიულ ცისტებს ახასიათებთ ზრდა. მათი კაფსულა იმდენადაა ჩაზრდილი საკვერცხის ქსოვილში, რომ ზიანდება ფოლიკულური აპარატი და მნიშვნელოვნად ქვეითდება ქალის რეპროდუქციული ფუნქცია.

ულტრაბგერითი კვლევით ზოგჯერ რთულია ენდომეტრიული ცისტის გარჩევა ფოლიკულურისაგან, როდესაც ამ უკანასკნელის შიგთავსი არის ჰემორაგიული – შემღვრეულია სისხლით. დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება განმეორებითი ექოსკოპია. თუ წარმონაქმნი იგივე რჩება მენსტრუაციული ციკლის შემდეგ, ესე იგი, ეს არის ენდომეტრიული ცისტა.

ენდომეტრიომა ოპერაციული მკურნალობის გარეშე თავისით არ ქრება. თუმცა, თუ მისი ზომა 3 სმ-ს არ აღემატება, ოპერაციას არ აკეთებენ, ხდება დაკვირვება. განსაკუთრებული სიფრთხილე გვმართებს იმ პაციენტებთან, ვისაც ჯერ არ ჰყავს შვილი.

არსებობს მკურნალობის მეთოდები, რომელთა საშუალებით შესაძლებელია საკვერცხის ენდომეტრიული ცისტების ზომის მცირედი შემცირება.

– რა გართულებებს იწვევენ საკვერცხის ცისტები?

– საკვერცხის ცისტების ყველაზე საშიში გართულებაა საკვერცხის შემოგრება. ამ დროს ირღვევა სისხლის მიმოქცევა, იწყება საკვერცხის ქსოვილის ნეკროზი – კვდომა და აუცილებელი ხდება მთლიანად საკვერცხის ამოკვეთა.

ერთ-ერთი გართულებაა ცისტისა და საკვერცხის გახეთქვა, რასაც თან ახლავს სისხლდენა – დიდი რაოდენობით სისხლის ჩაღვრა მუცლის ღრუში. შეიძლება განვითარდეს პერიტონიტი. ასეთ შემთხვევებში აუცილებელია გადაუდებელი ოპერაციული მკურნალობა.

მნიშვნელოვანი გართულებაა ცისტის ზომის ზრდის გამო საკვერცხის ფოლიკულური აპარატის დაზიანება,

რაც ხშირია ენდომეტრიომების შემთხვევაში. ტკივილი და შემდგომ შეხორცებების განვითარება შეიძლება გამოიწვიოს ცისტების ე.წ. მიკროპერფორაციებმა – შიგთავსის გამოყოფამ.

– რა განსხვავებაა საკვერცხის ცისტასა და საკვერცხის პოლიკისტოზს შორის?

– საკვერცხის ცისტა – ეს არის ერთი ცისტური წარმონაქმნი საკვერცხეში, რომლის ზომა 3 სმ და მეტია. საკვერცხეების პოლიკისტოზის დროს კი საკვერცხეში არის მრავლობითი – 12 და მეტი მცირე ზომის ცისტური წარმონაქმნი, რომელთა ზომა საშუალოდ 4-12 მმ-ია.

საკვერცხეების პოლიკისტოზი, იგივე პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომი, არის გენეტიკურად განპირობებული დაავადება, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ანოვულაცია და ამდენად, ამ ფონზე საკვერცხეში შეიძლება გაჩნდეს ფოლიკულური ცისტაც.

– კიდევ რა სახის ცისტა შეიძლება შეგვხვდეს საკვერცხეში?

– არსებობს ე.წ. პარაოვარიული ცისტა, თხელი კაფსულის მქონე სითხის შემცველი წარმონაქმნი, რომელიც საკვერცხიდან არ ვითარდება, მაგრამ იმდენად მჭიდროდ ეხება მას, რომ ექოსკოპიით ზოგჯერ რთულია გარჩევა საკვერცხის ფოლიკულური ცისტისგან. დიდი ზომის პარაოვარიული ცისტები აწვება საშვილოსნოს მილებს და შეიძლება დააზიანონ ქალის რეპროდუქციული ფუნქცია. ასეთ დროს ტარდება ოპერაციული მკურნალობა.

– რა განსხვავებაა საკვერცხის კეთილთვისებიან დაავთვისებიან ცისტებს შორის?

– ფოლიკულური, ყვითელი სხეულის, ენდომეტრიული ცისტები არის კეთილთვისებიანი წარმონაქმნები, მათი არსებობა ქალის სიცოცხლეს საფრთხეს არ უქმნის. მო-

საზღვრეა, მაგალითად, საკვერცხის პაპილარული ცისტადენომა, მისი ამოკვეთა აუცილებელია, რადგან არსებობს ავთვისებიანად გადაგვარების რისკი. ავთვისებიან ცისტებს მიეკუთვნება მუცინოზური და სეროზული ცისტადენოკარცინომები. ამ დროს ტარდება სასწრაფო ოპერაცია.

– ინვევს თუ არა საკვერცხის ცისტა უშვილობას, შეიძლება თუ არა დაორსულდეს ქალი საკვერცხის ცისტით?

– ვინაიდან საკვერცხის ცისტები სხვადასხვა სახისაა, ერთმნიშვნელოვანი პასუხის გაცემა ამ კითხვაზე შეუძლებელია. საკვერცხის ცისტა იმ შემთხვევაში გამოინვევს უშვილობას, თუ ის ხელს უშლის საკვერცხეში კვერცხუჯრედების მომწიფებას.

ქალი შეიძლება დაორსულდეს დიდი ზომის საკვერცხის ცისტების არსებობის დროსაც, თუნდაც, ენდომეტრიომების ფონზე, თუ მას იმავე ან მეორე საკვერცხეში მოუმწიფდება ფოლიკული და ოვულაცია ექნება.

– როგორ ხდება საკვერცხის ცისტების დიაგნოსტიკა?

– საკვერცხის ცისტების დიაგნოსტიკა ხდება ულტრაბგერითი კვლევის – ექოსკოპიის საფუძველზე. საკვერცხის ცისტების შეფასებისას, პირველ რიგში, ყურადღებას აქცევენ მის სტრუქტურას, ზომას, კაფსულის სისქეს. საჭიროა განმეორებითი ექოსკოპიების გაკეთება მენსტრუაციული ციკლის სხვადასხვა ფაზაში.

მნიშვნელობა არ დაუკარგავს ქალის გინეკოლოგიურ გასინჯვას სავარძელზე.

განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს ცისტების დიაგნოსტიკა პრემენოპაუზურ პერიოდში. საეჭვო შემთხვევაში ტარდება მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია. სისხლში ისაზღვრება სპეციალური მარკერები. ტარდება სადიაგნოსტიკო ლაპაროსკოპია.

– რა შემთხვევაში ტარდება ოპერაციული მკურნალობა და რა სახისაა ეს მკურნალობა?

– საკვერცხის ცისტების ოპერაციული მკურნალობის საკითხი დამოკიდებულია იმაზე, რა სახის და რა ზომისაა ცისტა, რა ჩივილები აქვს პაციენტს და რა მიზანი. ამის მიხედვით, ოპერაციული მკურნალობა შეიძლება იყოს გეგმური, სასწრაფო ან გადაუდებელი.

ფოლიკულურ ცისტას ოპერაციული მკურნალობა არ სჭირდება, მასზე ხდება დაკვირვება. თუ ის თავისთავად არ გაქრა და შემდეგ არ დაექვემდებარა მედიკამენტურ მკურნალობას სამი ციკლის განმავლობაში, შესაძლებელია დაიგეგმოს ოპერაცია. განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როდესაც ცისტა დიდი ზომისაა, პაციენტს აქვს ჩივილები და/ან არსებობს გართულებების რისკი.

თუ ფოლიკულური ცისტა სამი და მეტი ციკლის განმავლობაში მკურნალობის მიუხედავად კვლავ აღინიშნება, ამ დროს აუცილებლად უნდა გამოირიცხოს სეროზული ცისტების არსებობა, რომლებიც მოსაზღვრე წარმონაქმნებია კეთილთვისებიან და ავთვისებიან ცისტებს შორის. ამ დროს აუცილებლად უნდა ჩატარდეს ლაპაროსკოპია.

დერმოიდული და ენდომეტრიული ცისტების შემთხვევაშიც ინიშნება გეგმური ოპერაცია, როდესაც წარმონაქმნების ზომა დიდია და პაციენტს აქვს ჩივილები, უშვილობის პრობლემა.

სასწრაფო ოპერაცია კეთდება მოსაზღვრე და ავთვისებიანი ცისტების არსებობის დროს.

გადაუდებელი ოპერაციის ჩვენებაა ექვი საკვერცხის შემოგრეხაზე, ცისტის გახეთქვა, სისხლდენა საკვერცხიდან.

უპირატესობა ენიჭება ლაპაროსკოპიას – ოპერაციას „გაჭრის გარეშე“. მნიშვნელოვანია, რომ ჩარევა იყოს მინიმალური, რათა მაქსიმალურად შენარჩუნდეს საკვერ-

ცხის ჯანსაღი ქსოვილი, განსაკუთრებით იმ პაციენტებთან, რომელთაც ჯერ შვილი არ ჰყავთ.

– როგორ შეიძლება ავირიდოთ გართულებები?

– მნიშვნელოვანია, ყურადღება მივაქციოთ მენსტრუაციული ციკლის დარღვევებს – არარეგულარული, მტკივნეული მენსტრუაციების არსებობას, ტკივილებს და ნებისმიერი სახის დისკომფორტს მუცლის არეში. ამ შემთხვევებში უნდა ჩატარდეს, სულ მცირე, ექოსკოპიური კვლევა.

საკვერცხის ცისტების არსებობის დროს საჭიროა მოვერიდოთ ნებისმიერი სახის ფიზიკურ დატვირთვას, რადგან ეს შეიძლება გახდეს საკვერცხის შემოგრების მიზეზი.

დროული ვიზიტი ექიმთან და კვალიფიციური სპეციალისტის მიერ დაგეგმილი მკურნალობა დაგვიცავს გართულებებისგან.

სისხლდენა საშვილოსნოდან, ფიბროიდები, ენდომეტრიოზის ჰიპერპლასტია, პოლიპები, ფუნქციური სისხლდენა, ჯანმრთელობის რისკები, მართვა

ლალი ფხალაძე

– რას ნიშნავს პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან?

– პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან არის სისხლდენა, რომელიც არაა დაკავშირებული მენსტრუაციასთან ან მდგომარეობა, როდესაც მენსტრუაცია იღებს სისხლდენის სახეს რაოდენობისა და/ან ხანგრძლივობის გაზრდის გამო.

პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ქალის ჯანმრთელობაზე, ცხოვრების ხარისხზე და არცთუ იშვიათად სიცოცხლის გარკვეულ რისკებსაც უკავშირდება.

ცალკე უნდა განვიხილოთ სისხლდენა ორსულ ქალებში. ორსულობის ნებისმიერ ვადაზე სისხლიანი ჩამონაშალი პათოლოგიაა და მოითხოვს სათანადო შეფასებას.

საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის დროს სისხლიანი გამონადენის ინტენსივობა შეიძლება იყოს

ჭარბი, კოლტების შემცველი ან მცირე რაოდენობის, მოვარდისფრო ან ყავისფერი ჩამონაშალის სახით.

რეგულარული მენსტრუაციის გახანგრძლივებას 7 დღეზე მეტად ან 80 მლ-ზე მეტ სისხლის დანაკარგს მენსტრუაციის დროს მენორაგიას უწოდებენ. არარეგულარული სისხლდენის ეპიზოდებს, რომლებიც არაა დაკავშირებული მენსტრუაციასთან, მეტრორაგია ჰქვია.

– რა ასაკში შეიძლება განვითარდეს პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან და რამდენად ხშირია ეს პრობლემა?

– საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენა შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერ ასაკში – სექსობრივი მომწიფების პერიოდიდან მენსტრუაციის შეწყვეტის შემდგომი პერიოდის – პოსტმენოპაუზის – ჩათვლით. შეიძლება აღინიშნოს ახალშობილ გოგონებშიც, რაც დაკავშირებულია ორსულობის პერიოდში დედის ჰორმონების ზემოქმედებასთან.

პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან გინეკოლოგთან მიმართვის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი მიზეზია და უპირატესად გვხვდება გვიანი რეპროდუქციული ასაკის ქალებში.

– რა შეიძლება იყოს საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის მიზეზი?

– საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენა შეიძლება მრავალმა მიზეზმა გამოიწვიოს. ესენია ე.წ. ორგანული პათოლოგიები და ფუნქციური დარღვევები. ორგანულ პათოლოგიებს მიეკუთვნება საშვილოსნოს ღრუსა და საშვილოსნოს ყელის არხის პოლიპები, მიომური კვანძები (ფიბროიდები), სიმსივნური პროცესები. ფუნქციურია ჰორმონულ დარღვევებთან დაკავშირებული სისხლდენა – ე.წ. დისფუნქციური სისხლდენები. საშ-

ვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის მიზეზი შეიძლება იყოს სისხლის შედედების სისტემის პათოლოგია – კოაგულოპათია და საშვილოსნოს შიგნითა გარსის – ენდომეტრიუმის ანთება. სისხლდენას იწვევს ზოგიერთი მედიკამენტი ან მათი არასწორი გამოყენება, მაგალითად კონტრაცეპტივებისა.

საშვილოსნოს სისხლდენა შეიძლება უკავშირდებოდეს ორულობის შეწყვეტას ან საშვილოსნოსგარე ორსულობას.

– რას წარმოადგენს საშვილოსნოს პოლიპი, რა კლინიკური ნიშნები ახასიათებს მას, როგორ ხდება დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, აუცილებელია თუ არ მისი ქირურგიული მეთოდით მოცილება?

– სასქესო ორგანოების პოლიპებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება საშვილოსნოს ღრუსა და საშვილოსნოს ყელის არხის პოლიპები. პოლიპი კეთილთვისებიანი წარმონაქმნია და შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერ ასაკში, საშვილოსნოს ღრუსა და ყელის არხის ნებისმიერ ადგილას, არის ერთეული ან მრავლობითი, ზომით – რამდენიმე მილიმეტრიდან რამდენიმე სანტიმეტრამდე. პოლიპები სტრუქტურულად განსხვავდება ერთმანეთისგან. მათი განვითარების მიზეზი შეიძლება იყოს ჰორმონული დისფუნქცია, ხშირად ვითარდება ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესების ფონზე. გარკვეულ როლს თამაშობს გენეტიკური ფაქტორები.

საშვილოსნოს ღრუსა და ყელის არხის პოლიპებს ახასიათებს მენსტრუაციის გახანგრძლივება, მენსტრუაციათაშორისი და მენსტრუაციისწინა სისხლიანი ჩამონაშალი. დიდი ზომის პოლიპები ხელს უშლიან დაორსულებას. შესაძლოა პოლიპს არავითარი კლინიკური გამოვლინება არ ჰქონდეს და მისი დიაგნოსტიკა შემთხვევით მოხ-

დეს გინეკოლოგიური გასინჯვისა და ექოსკოპიური გამოკვლევის დროს.

საშვილოსნოს ყელის არხის პოლიპები კარგად ჩანს გინეკოლოგიური სარკეებით დათვალიერების შემთხვევაში. საშვილოსნოს ღრუს პოლიპების დიაგნოსტიკა კი ხდება ექოსკოპიური კვლევით – ულტრასონოგრაფიით.

თუ პოლიპი უსიმპტომოა, ასეთ შემთხვევაში საჭიროა მასზე დაკვირვება. 4 მმ-ზე ნაკლები ზომის პოლიპის არსებობისას ქირურგიული ჩარევისაგან თავს იკავებენ.

საშვილოსნოს ღრუსა და ყელის არხის პოლიპები, რომლებიც ინვევენ მენსტრუაციის გახანგრძლივებას, მენსტრუაციათაშორის სისხლიან ჩამონაშალს, კონტაქტურ-სქესობრივი კავშირის შემდგომ სისხლიან გამონადენს, აგრეთვე მზარდი და დიდი ზომის პოლიპები საჭიროებენ ქირურგიული გზით მოცილებას ჰისტეროსკოპიის გამოყენებით.

მნიშვნელოვანია თანმხლები ჰორმონული დარღვევებისა და ანთებითი პროცესების მკურნალობა.

– რა ინვეს საშვილოსნოს ფიბროიდების განვითარებას, რა კლინიკური ნიშნები ახასიათებთ და მკურნალობის რა მეთოდები გამოიყენება ამ შემთხვევებში?

– საშვილოსნოს ფიბროიდები, იგივე საშვილოსნოს მიომური, ფიბრომული კვანძები, საშვილოსნოს კეთილთვისებიანი სიმსივნური წარმონაქმნებია. ეს პათოლოგია საკმაოდ გავრცელებულია ქალთა პოპულაციაში, ვითარდება უპირატესად რეპროდუქციულ ასაკში. არსებობს სამი სახის კვანძი: სუბსეროზული კვანძი ლოკალიზებულია საშვილოსნოს ზედაპირზე, ინტრამურული კვანძი ვითარდება საშვილოსნოს კედელში, სუბმუკოზური კვანძი მდებარეობს საშვილოსნოს ღრუში.

მიომური კვანძების განვითარება დაკავშირებულია გენეტიკურ ფაქტორებთან, ჰორმონულ დარღვევებთან, ადგილობრივი სისხლის მიმოქცევის მოშლასთან.

საშვილოსნოში ერთდროულად შეიძლება არსებობდეს რამდენიმე სხვადასხვა მდებარეობის მიომური კვანძი. მცირე ზომის სუბსეროზულ და ინტრამურულ კვანძებს არ აქვთ რაიმე კლინიკური გამოვლინება. კვანძებს ახასიათებს ზომაში ზრდა. დიდი ზომის ინტრამურულმა კვანძმა შეიძლება გამოიწვიოს საშვილოსნოს ღრუს დეფორმაცია. მრავლობითი კვანძების ფონზე ხშირია მენსტრუაციის გახანგრძლივება და ჭარბი მენსტრუაციული გამონადენი.

მსგავსი დარღვევები აღინიშნება ადენომიოზის დროს. ადენომიოზი არის ე. წ. შიგა ენდომეტრიოზი, როდესაც საშვილოსნოს შიგნითა გარსის – ენდომეტრიუმის უბნები ჩაზრდილია შუა გარსში – მიომეტრიუმში. ამ პათოლოგიისათვის, საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის გარდა, დამახასიათებელია მტკივნეული მენსტრუაცია.

საყურადღებოა სუბმუკოზური კვანძი, რომელიც მოთავსებულია საშვილოსნოს ღრუში, იწვევს მის დეფორმაციას და პათოლოგიურ სისხლდენას. სუბმუკოზური მიომა ხელს უშლის ორსულობას.

საშვილოსნოს მიომის მკურნალობა განისაზღვრება ქალის ასაკის, ჩივილების, კვანძების რაოდენობის, ზომის, მდებარეობის, რეპროდუქციული გეგმების მიხედვით.

ძალზე მნიშვნელოვანია ცხოვრების ჯანსაღი წესის პრინციპების დაცვა, რადგან სიმსუქნე, ალკოჰოლი, თამბაქო, ცხოვრების უმოძრაო წესი განიხილება, როგორც რისკფაქტორები საშვილოსნოს მიომის განვითარებისთვის.

მკურნალობის მიზნით, ზოგადი ჰორმონული პროფილის მონესრიგების ფონზე, გამოიყენება ჰორმონული პრეპარატები: გესტაგენები, გონადოტროპინ რილიზინგ ჰორმონის ანალოგები, ანტიპროგესტერონები.

ოპერაციული მკურნალობა ტარდება დიდი ზომის მრავლობითი მიომური კვანძის შემთხვევაში, თუ აღინიშნება მათი ზრდა, ქალს აქვს ქარბი და გახანგრძლივებული მენსტრუაცია, რაც იწვევს ანემიას (სისხლის დანაკარგის გამო ჰემოგლობინის დაბალ შემცველობას). ოპერაცია ნაჩვენებია უშვილობის დროს. კვანძების ამოღება ხდება ლაპაროსკოპიულად (გაჭრის გარეშე ოპერაცია). სუბმუკოზური მიომის შემთხვევაში ტარდება ჰისტერორეზექტოსკოპია – საშვილოსნოს ღრუში კვანძის შრეობრივად ჩამოთლა და გამოტანა.

– რას ნიშნავს დისფუნქციური სისხლდენა საშვილოსნოდან, რა ასაკში გვხვდება და რა მიზეზებითა გამოწვეული, როგორ ხდება მართვა?

– დისფუნქციური სისხლდენა ასოცირდება ორგანიზმში ჰორმონულ დარღვევებთან და გვხვდება სხვადასხვა ენდოკრინული პათოლოგიის დროს. შეიძლება განვითარდეს ყველა ასაკში, დანყებული პუბერტატული პერიოდის დან (სქესობრივი მომწიფება) პრემენოპაუზამდე (მენსტრუაციის შეწყვეტა).

მოზარდ გოგონებში ნორმალური მენსტრუაციული ციკლის მახასიათებლებია: მენსტრუაციათა შორის 21-40-დღიანი ინტერვალი, 2-7 დღის ხანგრძლივობის მენსტრუაცია და 20-80 მლ მოცულობის სისხლის დანაკარგი. ნებისმიერი გადახრა ამ მაჩვენებლებიდან მიუთითებს პათოლოგიაზე.

დისფუნქციური სისხლდენა მოზარდებში შეიძლება განვითარდეს მენარქეს (პირველი მენსტრუაცია) შემ-

დგომ პერიოდში, რადგან ამ დროს ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხეების სისტემა ბოლომდე არ არის მომწიფებული. გოგონების უმრავლესობას მენარქედან პირველი ორი წლის განმავლობაში აქვს არარეგულარული მენსტრუაციული ციკლი, რაც ფიზიოლოგიურია ამ პერიოდში.

მოზარდებში განსაკუთრებით საყურადღებოა პირველ მენსტრუაციასთან დაკავშირებული სისხლდენა. ამ დროს აუცილებლად უნდა გამოირიცხოს ე.წ. თანდაყოლილი კოაგულოპათია (სისხლის შედედების სისტემაში პათოლოგიური ცვლილებები), ჩატარდეს სისხლის საერთო ანალიზი, კოაგულოგრამა, საჭიროების შემთხვევაში – ჰემატოლოგის კონსულტაცია.

ყველაზე ხშირია პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომთან ასოცირებული დისფუნქციური სისხლდენა. ამ დროს გოგონას აქვს არარეგულარული მენსტრუაციული ციკლი, მენსტრუაციის გადაცდენის შემდეგ ეწყება ჭარბი გახანგრძლივებული სისხლდენა, რომელიც შეიძლება ერთ თვემდეც გაგრძელდეს, თუ არ მოხდება სათანადო ჩარევა. თანმხლები სიმპტომები შეიძლება იყოს ჭარბთმიანობა, აკნე, ჭარბი წონა და სიმსუქნე.

საყურადღებოა ე.წ. პრემენოპაუზური პერიოდის დისფუნქციური სისხლდენა, რომელიც შეიძლება განვითარდეს 40-დან 55 წლამდე და დაკავშირებულია ამ პერიოდისთვის დამახასიათებელ ჰორმონულ ცვლილებებთან. ქალს აქვს არარეგულარული სისხლიანი გამონადენი, რომელიც არ უკავშირდება მენსტრუაციას ან აღენიშნება მენსტრუაციის გახანგრძლივება სისხლდენის სახით. მნიშვნელოვანია ექოსკოპიური გამოკვლევის ჩატარება საშვილოსნოს შიგნითა გარსის – ენდომეტრიუმის – შესაფასებლად. ხშირია ჰიპერპლაზიური პროცესების

(ენდომეტრიუმის გასქელება) არსებობა, რაც აუცილებლად საჭიროებს საშვილოსნოს ღრუდან სადიაგნოსტიკო ნიმუშის აღებას ე.წ. Pipelle ბიოფსიის ან საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკის საშუალებით. ეს უკანასკნელი ამავდროულად მკურნალობის მეთოდიცაა.

მოზარდ გოგონებსა და რეპროდუქციული ასაკის ქალებში დისფუნქციური სისხლდენების დროს სისხლდენის გაჩერება – ჰემოსტაზი ხდება ჰორმონული მედიკამენტებით – კონტრაცეპტივებით, გესტაგენებით (ესტროგენებისა და პროგესტერონის შემცველი მედიკამენტები), გონადოტროპინრილიზინგ ჰორმონის აგონისტებით. იყენებენ არაჰორმონულ თერაპიას – მედიკამენტებს, რომლებიც უშუალოდ მოქმედებენ სისხლის შედედების სისტემაზე.

მკურნალობის ქირურგიულ მეთოდებს – ჰისტერორეზექტოსკოპიას, ჰისტეროსკოპიასა და საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკას მიმართავენ ჰიპერპლაზიური პროცესების, პოლიპების არსებობისას, იმ შემთხვევებში, როდესაც მედიკამენტებით მკურნალობა შედეგს არ გვაძლევს. მწვავე ძლიერი სისხლდენის დროს, როდესაც დიდია სისხლის დანაკარგი, პირდაპირ ტარდება საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკა.

– რა არის ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია და რამდენად საგანგაშოა ის?

– ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია არის პათოლოგიური მდგომარეობა, როდესაც აღინიშნება საშვილოსნოს შიგნითა გარსის – ენდომეტრიუმის გასქელება. ენდომეტრიუმის სისქე იცვლება მენსტრუაციის დღეების მიხედვით, მენსტრუაციის შემდეგ იწყებს ზრდას და მაქსიმუმს აღწევს მენსტრუაციისნინა პერიოდში (არა უმეტეს 14 მმ). რეპროდუქციულ ასაკში ენდომეტრიუ-

მის სისქე 15 მმ და მეტი მიუთითებს ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიაზე.

ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია და პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან შეიძლება განვითარდეს ზოგიერთი მედიკამენტის მიღების ფონზე, მაგალითად ე.წ. ანტიესტროგენებით (ტამოქსიფენი) სარძევე ჯირკვლის კიბოს მკურნალობისას.

ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიური პროცესების განვითარების რისკი მაღალია პრემენოპაუზურ პერიოდში. ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიის დიაგნოსტიკის მიზნით ექოსკოპიას ატარებენ მენსტრუაციული ციკლის მე-7 დღეს. მენოპაუზური ჰორმონოთერაპიის ფონზე ენდომეტრიუმის სისქე 7 მმ-ზე მეტი მიუთითებს მის ჰიპერპლაზიაზე.

პოსტმენოპაუზურ პერიოდში, როდესაც ქალს წელიწადზე მეტხანს არ აქვს მენსტრუაცია, ენდომეტრიუმის სისქე 4 მმ-ს არ უნდა აღემატებოდეს. როდესაც ენდომეტრიუმის სისქე 4 მმ-ს აღემატება, მაღალია კარცინომის (ავთვისებიანი პროცესის) განვითარების რისკი, ამიტომ ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია ენდომეტრიუმის ბიოფსიის ჩატარება.

საზოგადოდ, მენოპაუზურ პერიოდში – 1 წლის განმავლობაში მენსტრუაციის შეწყვეტის შემდეგ – საშვილოსნოდან ნებისმიერი სახის სისხლიანი გამონადენი ძალზე საყურადღებოა.

ექოსკოპიურად ენდომეტრიუმის შეფასების დროს მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ მისი სისქე, არამედ სტრუქტურაც. ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიის და სხვა საექვო სიტუაციების დროს დიაგნოზის დასაზუსტებლად აუცილებელია საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკა და გამონაფხეკის ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევა.

– სიცოცხლისათვის რა რისკებთანაა დაკავშირებული საშვილოსნოდან სისხლდენა და რას უნდა მიექცეს ყურადღება ამ დროს?

– სისხლდენასთან დაკავშირებული მთავარი საფრთხე არის სიცოცხლესთან შეუთავსებელი დიდი რაოდენობით სისხლის დაკარგვა.

გახანგრძლივებული და ქარბი სისხლიანი გამონადენი ინვევს სისხლში ჰემოგლობინის დონის სხვადასხვა ხარისხით დაქვეითებას – ანემიას, რასაც თან ახლავს კანი-სა და ლორწოვანი გარსების სიფერმკრთალე, საერთო სისუსტე, ადვილად დაღლა, თავის ტკივილი, გულისცემის აჩქარება, ყურებში შუილი, შრომის უნარის დაკარგვა. ეს ყოველივე უარყოფით გავლენას ახდენს არა მხოლოდ ქალის ჯანმრთელობაზე, არამედ სიცოცხლის ხარისხზე.

– როგორ უნდა მოვიქცეთ და რა გამოკვლევები უნდა ჩატარდეს საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის დროს?

– საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის დროს, პირველ რიგში, უნდა გამოირიცხოს ორსულობა, განსაკუთრებით საყურადღებოა საშვილოსნოგარე ორსულობის დიაგნოსტიკა. ტარდება შარდის ტესტი ორსულობაზე ან სისხლში ქორიონული გონადოტროპინის გამოკვლევა.

ანამნეზის დეტალური შესწავლის შემდეგ ტარდება ქალის გინეკოლოგიური გასინჯვა, სარკეებში საშვილოსნოს ყელის დათვალიერება, პაპ-ტესტი, კოლპოსკოპია. სისხლდენის გამომწვე მიზეზებთან დაკავშირებით მნიშვნელოვან ინფორმაციას გვაძლევს ექოსკოპიური გამოკვლევა. ზოგჯერ შეიძლება საჭირო გახდეს მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის გაკეთება. ჰიპერპლაზიური პროცესების დროს მნიშვნელოვანი როლი დიაგნოსტიკაში აქვს ენდომეტრიუმის ბიოფსიას.

პარალელურად უნდა ჩატარდეს სისხლის საერთო ანალიზი, სისხლში ჰემოგლობინის განსაზღვრა, რადგან საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის დროს მაღალია ანემიის (სისხლნაკლებობის) განვითარების რისკი. საჭიროების შემთხვევაში ხდება რკინის, ფერიტინის განსაზღვრა, კოაგულოგრამის ანალიზი, ჰორმონული პროფილის შეფასება, ინფექციურ ფაქტორებზე გამოკვლევა.

– მკურნალობის რომელი მეთოდები გამოიყენება საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის დროს?

– მკურნალობის მეთოდის არჩევა დამოკიდებულია სისხლდენის გამომწვევ ფაქტორებზე, კლინიკურ გამოვლინებებზე, ასაკზე, ზოგად მდგომარეობაზე, კვლევის შედეგებზე. საზოგადოდ, საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის მკურნალობა კონსერვატიული და ქირურგიულია. მკურნალობის კონსერვატიული მეთოდები, თავის მხრივ, შეიძლება იყოს ჰორმონული და არაჰორმონული. ქირურგიული მეთოდები მოიცავს საშვილოსნოს ღრუს კიურეტაჟს (გამოფხეკას), ჰისტერორეზექტოსკოპიას, ენდომეტრიუმის რეზექციას, აბლაციას (საშვილოსნოს შიგნითა გარსის მოხსნას), პოლიპებისა და მიომური კვანძების მოკვეთას, ჰისტერექტომიას (საშვილოსნოს ამოღებას) საჭიროების შემთხვევაში.

– რა რეკომენდაციები არსებობს ქალბატონებისთვის, რომლებსაც აღენიშნებათ პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან?

– გინეკოლოგიური სისხლდენა მეტად ყურადსაღები მდგომარეობაა ყველა ასაკში, რადგან ის შეიძლება იყოს სიცოცხლისათვის საფრთხის შემცველი დაავადების გამოვლინება. აღსანიშნავია აგრეთვე ამ მდგომარეობის თანმხლები გართულებები – სისხლის დიდი რაოდენო-

ბით დაკარგვა და ანემიის განვითარება, რაც ასევე უქმნის საფრთხეს ქალის ჯანმრთელობას. ამიტომ აუცილებელია, ასეთ სიტუაციაში არ გადადოთ ვიზიტი ექიმთან. დროული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ჯანმრთელობის შენარჩუნების აუცილებელი პირობაა.

მენსტრუაციისწინა სინდრომი, გამოვლინებები, მიზეზები, მკურნალობა

ლალი ფხალაძე

– რას არის მენსტრუაციისწინა სინდრომი და როდის ვითარდება?

– პირველ რიგში, უნდა აღვნიშნო, რომ მენსტრუაციული ფუნქცია ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების მნიშვნელოვანი მაჩვენებელია. მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა მოქმედებს ქალის ცხოვრების ხარისხზე, აისახება ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობაზე, ემოციებზე, ფსიქიკაზე. ერთ-ერთი ასეთი დარღვევაა მენსტრუაციისწინა სინდრომი.

მენსტრუაციისწინა სინდრომი საკმაოდ გავრცელებული პათოლოგიაა სხვადასხვა ასაკის ქალებში. სიმპტომებმა განსაკუთრებული სიმძაფრე შეიძლება შეიძინონ ე.წ. გარდამავალ პერიოდში. დაავადება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ცხოვრების ხარისხზე, მაგრამ რატომღაც ქალბატონები იშვიათად მიმართავენ ექიმს. მთავარი მიზეზი ინფორმაციის ნაკლებობაა.

მენსტრუაციისწინა სინდრომი არის მდგომარეობა, რომელიც გავლენას ახდენს ქალის ემოციებზე, ქცევასა და ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე მენსტრუაციული ციკლის განსაკუთრებულ დღეებში. ძირითადად ეს ხდება მენსტრუაციისწინა პერიოდში. სიმპტომები იწყება მენ-

სტრუქციამდე 2-14 დღით ადრე და ქრება მენსტრუაციის დაწყების შემდეგ. მძიმე შემთხვევებში სიმპტომები შეიძლება გაგრძელდეს მენსტრუაციის დროსაც.

მენსტრუაციისწინა სინდრომი ნეიროენდოკრინულ დაავადებად განიხილება.

– რამდენად ხშირია ეს დაავადება და ვის აღენიშნება?

– სხვადასხვა ხარისხით გამოხატული მენსტრუაციისწინა სინდრომი აღენიშნება იმ ქალების თითქმის 90%-ს, რომლებსაც აქვთ მენსტრუაციული ციკლი, მათ შორის არიან ქალები მენსტრუაციული ციკლის დარღვევებით, მოზარდები სქესობრივი მომწიფების პერიოდში, ქალები ჰისტერექტომიის (საშვილოსნოს ამოკვეთა) შემდგომ. მენსტრუაციისწინა სინდრომი ყველაზე ხშირად გვხვდება 30-დან 40 წლამდე ასაკში. დაავადების კლინიკური ნიშნები მეტ სიმძაფრეს იძენს და სიხშირე კიდევ უფრო იზრდება რეპროდუქციულიდან მენოპაუზამდე გარდამავალ პერიოდში. შესაძლებელია მისი არსებობა მენოპაუზის დროსაც.

მენსტრუაციისწინა სინდრომს ცივილიზაციის დაავადებას უწოდებენ, რადგან მეტად დამახასიათებელია ინტელექტუალური საქმიანობით დაკავებული ქალებისა და ქალაქში მაცხოვრებლებისთვის.

უნდა აღინიშნოს, რომ დაავადების შესახებ ცნობები უძველეს ლიტერატურულ წყაროებშიც არსებობს.

– რა არის დაავადების განვითარების მიზეზი?

– მენსტრუაციისწინა სინდრომის განვითარების მიზეზი ზუსტად არ არის ცნობილი. არსებობს მოსაზრება, რომ ის დაკავშირებულია ჰორმონულ ცვლილებებსა და სეროტონინის შემცველობასთან.

საკვერცხეში გამომუშავებული სასქესო სტეროიდების – ესტროგენებისა და პროგესტერონის – დონე ციკ-

ლურად იცვლება მენსტრუაციული ციკლის ფაზების შესაბამისად, რაც მოქმედებს ქალის ხასიათზე და განსაზღვრავს მენსტრუაციისწინა სიმპტომების განვითარებას. სეროტონინი არის ქიმიური ნივთიერება, რომელიც გამოიმუშავდება თავის ტვინში და პირდაპირ გავლენას ახდენს გუნება-განწყობაზე, ემოციებზე.

მენსტრუაციისწინა სინდრომის განვითარებაში შეიძლება მონაწილეობდეს ბიოლოგიურად აქტიური სხვადასხვა ნივთიერების დისბალანსი თავის ტვინში, ჰიპოფიზის ჰორმონის – პროლაქტინის – სეკრეციის მომატება.

დაავადების განვითარებაში გარკვეულ როლს შეიძლება თამაშობდეს აგრეთვე გენეტიკური წინასწარგანწყობა. არსებობს რისკფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობენ მენსტრუაციისწინა სინდრომის განვითარებას.

– რა არის მენსტრუაციისწინა სინდრომის რისკფაქტორები?

– ესენია ანამნეზში ფსიქოემოციური დარღვევა, დეპრესია, მათ შორის – მშობიარობის შემდგომი, ფიზიკური და ემოციური ტრავმა, ძალადობა, მენსტრუაციისწინა სინდრომის ოჯახური შემთხვევები, ცხოვრების არასწორი რეჟიმი – არასრულფასოვანი კვება, ფიზიკური აქტივობის დაქვეითება, ნეიროენდოკრინული დარღვევები, სიმსუქნე და ა.შ.

– რა კლინიკური ნიშნებით ვლინდება მენსტრუაციისწინა სინდრომი?

– მენსტრუაციისწინა სინდრომის გამოვლინებები ძალიან მრავალფეროვანია. კლინიკური ნიშნების მიხედვით გამოყოფენ დაავადების სხვადასხვა ფორმას: ნეიროფსიქიკური ფორმა მოიცავს ხასიათის შეცვლას, გაღიზიანებადობას, აგრესიულობას, დეპრესიას, უმიზეზო ტირილს, შფოთვას, უძილობას, მადის გაძლიერებას, მგრძნობელო-

ბის გაზრდას სუნებისა და ხმების მიმართ, ლიბიდოს – სქესობრივი ლტოლვის – დაქვეითებას და ა.შ.; ცეფალგიური ფორმა მოიცავს თავის ტკივილს, რასაც შეიძლება თან ახლდეს გულისრევის შეგრძნება და ლებინება, გულისცემის აჩქარება, არტერიული წნევის მატება, თავბრუსხვევა, კოორდინაციის დარღვევა; შეშუპებითი ფორმა ვლინდება სითხის შეკავებით, რასაც თან ახლავს სხეულის სხვადასხვა ნაწილის შეშუპება, სარძევე ჯირკვლების შებერილობა და ტკივილი, წონის მატება, სახსრების ტკივილი, მუცლის შებერილობა, შეკრულობა და სხვა.

არსებობს მენსტრუაციისწინა სინდრომის ე.წ. არატიპური ფორმები, რომლებიც შეიძლება მოიცავდეს ალერგიის, სტომატიტის, ეპილეფსიის შეტევების განვითარებას, აკნეს, სხეულის ტემპერატურის მატებას და ა.შ.

საზოგადოდ, ამ პათოლოგიისათვის დამახასიათებელია ნებისმიერი ქრონიკული დაავადების სიმპტომების გამწვავება მენსტრუაციისწინა პერიოდში.

კლინიკური გამოვლინებები შეიძლება იყოს მსუბუქი, საშუალო სიმძიმის და მძიმე. სიმპტომების სიმძაფრესთან ერთად მნიშვნელოვანია დაავადების ხანგრძლივობა. მსუბუქი ფორმების დროს სიმპტომები მხოლოდ მენსტრუაციამდე რამდენიმე დღის განმავლობაში აღინიშნება, მძიმე ფორმების შემთხვევაში კი დაავადება მოიცავს მენსტრუაციის მთელ პერიოდს, ხანმოკლეა უსიმპტომო ინტერვალი.

– როგორ აისახება მენსტრუაციისწინა სინდრომი სოციალურ ურთიერთობებზე?

– საყოველთაოდ ცნობილია, რომ ქალებს მენსტრუაციისწინა პერიოდში მნიშვნელოვნად ეცვლებათ ხასიათი. ქალი ემოციურად გაუწონასწორებელი ხდება, რაც ზრდის კონფლიქტური სიტუაციების აღბათობას ოჯახსა

და სამსახურში. ეს ყოველივე უარყოფითად აისახება პირად ურთიერთობებზეც. მენსტრუაციისწინა პერიოდში „ცხელ გულზე“ მიღებული გაუაზრებელი გადაწყვეტილებები შემდგომში სინანულის მიზეზი ხდება.

სტატისტიკის თანახმად, ავტო-საგზაო შემთხვევების, თვითმკვლელობების, მძიმე დანაშაულების მნიშვნელოვანი ნაწილი სწორედ ქალის მენსტრუაციისწინა პერიოდს ემთხვევა. ზოგიერთ ქვეყანაში ეს ფაქტი დანაშაულის შემამსუბუქებელ გარემოებადაც კი განიხილება.

– რა სხვაობაა მენსტრუაციისწინა სინდრომსა და მენსტრუაციისწინა დისფორიულ აშლილობას შორის?

– მენსტრუაციისწინა დისფორიული აშლილობა პრაქტიკულად არის მენსტრუაციისწინა სინდრომის მძიმე, მწვავე ფორმა, რომელიც შედარებით იშვიათია და აღენიშნება რეპროდუქციული ასაკის ქალების დაახლოებით 5%-ს. მისთვის დამახასიათებელია მძიმე დეპრესია, პანიკური შეტევები, ხშირი უმიზეზო ტირილი, ყველაფრის მიმართ ინტერესის დაკარგვა, სასონარკვეთა, ფიქრები სუიციდზე – თვითმკვლელობაზე, გაღიზიანება, აგრესია გარშემო მყოფთა მიმართ, ძლიერი საერთო სისუსტე და ა.შ.

– ქალის ცხოვრებაში რომელ პერიოდს უწოდებენ გარდამავალს და რა ძირითადი ჰორმონული ცვლილებები ხდება ამ დროს?

– გარდამავალი პერიოდი არის გარდამავალი ეტაპი რეპროდუქციული ასაკიდან მენოპაუზამდე. საკვერცხის ფუნქცია თანდათან ქვეითდება, იწყება მენსტრუაციული ციკლის დარღვევები, ქალი კარგავს შვილოსნობის უნარს და საბოლოოდ დგება მენოპაუზა – უკანასკნელი მენსტრუაცია. ეს არის პრემენოპაუზური პერიოდი, რომელიც ყველა ქალს ინდივიდუალურად, 40-45 წლის ასაკის

შემდეგ ეწყება. ინდივიდუალურია მენოპაუზის ასაკიც – საშუალოდ 51-52 წელი.

გარდამავალ პერიოდში ქალის ორგანიზმში ხდება მნიშვნელოვანი ჰორმონული ცვლილებები. თავდაპირველად ქვეითდება პროგესტერონის სეკრეცია, ხოლო შემდეგ ვითარდება ესტროგენების უკმარისობა. პრემენოპაუზაში ჰორმონული ძვრები ხელს უწყობს სხვადასხვა პათოლოგიური სიმპტომის გამოვლენას.

– როგორია გარდამავალი პერიოდის ჰორმონულ ცვლილებებთან დაკავშირებული სიმპტომები?

– პირველ რიგში, უნდა აღვნიშნოთ, რომ გარდამავალ პერიოდში, ჰორმონული გადაწყობის ფონზე რეგულარული მენსტრუაციული ციკლის არარსებობის მიუხედავად, ქალებში შეიძლება გაჩნდეს ან გაძლიერდეს ციკლური ხასიათის მენსტრუაციისწინა სინდრომის მსგავსი მოვლენები, რასაც ტრანსფორმირებულ მენსტრუაციისწინა სინდრომს უწოდებენ. ეს არის იგივე პრემენოპაუზური პერიოდის მენსტრუაციისწინა სინდრომი.

გარკვეული დროის შემდეგ ამას შეიძლება დაემატოს ესტროგენების დეფიციტთან დაკავშირებული ფსიქომოციური და ვეგეტოსისხლძარღვოვანი დარღვევები – ალები, ოფლიანობა, თავის ტკივილი, გულისცემის აჩქარება, არტერიული წნევის მატება ან დაქვეითება, დეპრესია, შფოთვა, აკვიატებული იდეები, გულმავიწყობა, უყურადღებობა, სექსუალური დარღვევები, შრომის უნარის დაქვეითება და სხვა.

– ვის უნდა მიმართოს ქალმა ამ დროს და რა გამოკვლევების ჩატარებაა რეკომენდებული?

– მენსტრუაციისწინა სინდრომის არსებობისას გოგონებმა და ქალებმა ნებისმიერ ასაკში უნდა მიმართონ სათანადო კვალიფიკაციის ექიმს – რეპროდუქტოლოგს

ან გინეკოლოგს. დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია სიმპტომების სწორი შეფასება და ანამნეზის შესწავლა. შესაძლოა ინდივიდუალურად საჭიროდ ჩაითვალოს ჰორმონული გამოკვლევის, ექოსკოპიისა და სხვა კვლევების ჩატარება.

– როგორია მკურნალობის სტრატეგია?

– მენსტრუაციისწინა სინდრომის მკურნალობა კომპლექსურია. მედიკამენტებისა და მათი დოზების შერჩევა, მკურნალობის ხანგრძლივობის განსაზღვრა ინდივიდუალურად ხდება.

მნიშვნელოვანია ე.წ. კოგნიტური ქცევითი თერაპია. მენსტრუაციისწინა სინდრომის სიმპტომების შემსუბუქება და შემდგომი გართულებების თავიდან აცილება შესაძლებელია ცხოვრების ჯანსაღი წესის პრინციპების დაცვით. დაავადების მიმდინარეობაზე დადებითად მოქმედებს კვების, დასვენებისა და ძილის რეჟიმის მოწესრიგება, კოფეინის, ალკოჰოლის, მჟავე და ცხარე საკვების შეზღუდვა, სტრესისა და გადაღლის თავიდან აცილება, ფიზიკური აქტივობა.

ეფექტურია სხვადასხვა ჰორმონული პრეპარატი, მათ შორის დროსპირენონის შემცველი ორალური კონტრაცეპტივები. რეკომენდებულია ანტიდეპრესანტების დანიშვნა.

მკურნალობის არსენალშია ე.წ. კომპლემენტარული მედიცინა – აკუპუნქტურა, რეფლექსოთერაპია, ფიტოთერაპია, ვიტამინოთერაპია (B₆, D ვიტამინი), მაგნიუმის და კალციუმის პრეპარატები.

საჭიროების შემთხვევაში ინიშნება პროლაქტინის დონის დასარეგულირებელი მედიკამენტები, შარდმდენები, ანთებისსაწინააღმდეგო ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატები. რთულ შემთხვევებში განიხილება საკვერცხეების ამოკვეთა.

– რა რეკომენდაციები არსებობს ქალბატონებისთვის, რომლებსაც აღენიშნებათ მენსტრუაციისწინა სინდრომი და დისკომფორტი გარდამავალ პერიოდში?

– ჯანსაღი კვება, ძილისა და დასვენების რეჟიმის მონესრიგება, სუფთა ჰაერზე სეირნობა, ვარჯიში, ცურვა, დადებითი ემოციები, საყვარელ ადამიანებთან ურთიერთობა მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს მენსტრუაციისწინა სინდრომის მიმდინარეობას. არ შეიძლება ჩივილების მოთმენა, საჭიროა დროულად მიმართოთ ექიმს. ყოველივე ეს სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესების წინაპირობაა.

კლიმაქსური სინდრომი, მიგრაციები, სიმპტომები, გართულებები, დიაგნოსტიკა, მკურნალობის მეთოდები

ლალი ფხალაძე

– რას ნიშნავს ტერმინები – „კლიმაქსი“ და „მენოპაუზა“?

– „კლიმაქსი“ ბერძნული წარმოშობის სიტყვაა და საფეხურს ნიშნავს. კლიმაქსი ცხოვრების გარდამავალი ეტაპია ახალგაზრდობიდან სიბერემდე. უფრო ზუსტად, კლიმაქსი აღნიშნავს გარდამავალ პერიოდს რეპროდუქციული ფაზიდან იმ მდგომარეობამდე, როდესაც ქალს ბუნებრივი გზით აღარ შეუძლია შვილის ყოლა.

„მენოპაუზა“ მენსტრუაციული ციკლის შეწყვეტას ნიშნავს. ქალის ცხოვრებაში უკანასკნელ მენსტრუაციას მენოპაუზა ეწოდება, ის კლიმაქსური პერიოდის გარდამტეხი მოვლენაა. უკანასკნელი მენსტრუაციიდან თუ გასულია 12 თვე და მეტი, შეიძლება ითქვას, რომ ქალი მენოპაუზურ პერიოდშია.

მენოპაუზა შეიძლება იყოს ბუნებრივი და ხელოვნური. ბუნებრივი მენოპაუზა გამონვეულია საკვერცხის ფოლიკულური აქტივობის სრული შეწყვეტით. ხელოვნური მენოპაუზა დგება ორივე საკვერცხის ქირურგიული გზით ამოკვეთის შემდეგ, ან მავნე ფაქტორების – რადიოთერაპია, ქიმიოთერაპია – ზემოქმედებით, როდესაც საკვერცხეში ზიანდება ფოლიკულური აპარატი.

კლიმაქსურ პერიოდს მენოპაუზური პერიოდი ეწოდება. მენსტრუაციის შეწყვეტამდე – პრემენოპაუზური, მენსტრუაციის შეწყვეტის შემდეგ კი პოსტმენოპაუზური პერიოდია.

– რა სხვაობაა კლიმაქსსა და კლიმაქსურ სინდრომს შორის?

– ადამიანები ხშირად ხმარობენ ფრაზებს: „კლიმაქსი დამენო“, „კლიმაქსი მაქვს“. ამ დროს შეიძლება იგულისხმებოდეს ცხოვრების აღნიშნული ეტაპის დაწყება, და/ან ამ ეტაპის პათოლოგიური სიმპტომების არსებობა.

კლიმაქსი ცხოვრების პერიოდია, ხოლო კლიმაქსური სინდრომი არის იმ პათოლოგიური ცვლილებებისა და სიმპტომების ერთობლიობა, რომლებიც კლიმაქსურ პერიოდში ჰორმონული ცვლილებების გამო ვითარდება.

– რამდენად ხშირია კლიმაქსური სინდრომი?

– თანამედროვე ქალის სიცოცხლის ხანგრძლივობა მნიშვნელოვნად გაიზარდა. ევროპის ქვეყნებში ქალები საშუალოდ 80 და მეტი წელი ცხოვრობენ, მათ შორის, საქართველოშიც. ესე იგი, დღეს ქალები სიცოცხლის ერთ მესამედს კლიმაქსურ პერიოდში ატარებენ.

კლიმაქსი ქალის ცხოვრების ფიზიოლოგიური ეტაპია, რაც იმას ნიშნავს, რომ ეს პერიოდი ყველა ქალის ცხოვრებაში, ადრე თუ გვიან, აუცილებლად დადგება, მაგრამ კლიმაქსური სინდრომი შეიძლება არ გამოვლინდეს ყველა შემთხვევაში. კლიმაქსურ პერიოდში ქალების ნაწილს ჩივილები საერთოდ არ აქვს.

კლიმაქსური სინდრომი აღენიშნება ქალების დაახლოებით 60%-ს. ამათგან 1/3-ს ჩივილები ეწყება მენსტრუაციის შეწყვეტამდე, 1/3-ში ემთხვევა მენსტრუაციის შეწყვეტას, 20%-ს სიმპტომები ეწყება მენოპაუზიდან 1-2 წლის შემდეგ, მცირე ნაწილს – დაახლოებით 2%-ს – სიმ-

პტომები შეიძლება დაენყოს ძალიან გვიან, მენსტრუაციის შეწყვეტიდან 5 და მეტი წლის შემდეგ.

– რა მოვლენებს უკავშირდება ქალების კლიმაქსური სინდრომის განვითარება?

– კლიმაქსური პერიოდის განვითარება უმთავრესად უკავშირდება ქალის ორგანიზმში მიმდინარე ფიზიოლოგიურ პროცესებს, კერძოდ, საკვერცხის ფუნქციის დაქვეითებას. გოგონას დაბადებისას აქვს კვერცხუჯრედების გარკვეული მარაგი, რაც წინასწარ არის გენეტიკურად განსაზღვრული. სქესობრივი მომნიშვნის პერიოდის შემდეგ საკვერცხეში ყოველთვიურად მნიშვნელოვანი კვერცხუჯრედი და გამოიმუშავდება სასქესო ჰორმონები, ძირითადად – ესტროგენები და პროგესტერონი. ასაკის მატებასთან ერთად, კვერცხუჯრედების მარაგი მცირდება, შესაბამისად, მცირდება საკვერცხეში ჰორმონების სეკრეციაც. როდესაც ფოლიკულების მარაგი საბოლოოდ ამოიწურება, დგება მენოპაუზა – ქალს აღარ აქვს მენსტრუაცია. საკვერცხე წყვეტს ფუნქციონირებას, აღარ გამოიმუშავებს სასქესო ჰორმონებს, ვითარდება ესტროგენების დეფიციტი, რაც კლიმაქსური ჩივილების განვითარების ძირითადი მიზეზია.

– როდის იწყება ქალების კლიმაქსური პერიოდი და რა ფაქტორები ზემოქმედებენ მასზე?

– 33 წლის შემდეგ საკვერცხის ფუნქცია თანდათან ქვეითდება, ჯერ პროგესტერონის დონე იკლებს, შემდეგ – ესტროგენების. მენოპაუზის საშუალო ასაკი 51-52 წელია. თუ ქალს მენსტრუაცია 40-დან 45 წლამდე უწყდება, ეს ითვლება ადრეულ მენოპაუზად, 55 წლის შემდეგ კი – გვიან მენოპაუზად. 40 წლამდე განვითარებულ მენოპაუზას ნაადრევ მენოპაუზას უწოდებენ.

გარემო ფაქტორებიც მოქმედებენ მენოპაუზის ასაკსა და მიმდინარეობაზე. მაგალითად, სიგარეტი, ალკოჰოლი, არაჯანსაღი კვება, მასის დეფიციტი ან სიჭარბე უარყოფითად აისახება კლიმაქსური სინდრომის გამოვლინებებზე.

მენოპაუზაში სიმპტომების გამოვლინების სიმძაფრე დამოკიდებულია ესტროგენების დონის დაქვეითების ხარისხზე.

– მენსტრუაციის ადრეული ან გვიანი შეწყვეტა რამდენად საშიშია ქალის ჯანმრთელობისათვის?

– მენსტრუაციის ადრეული ან გვიანი შეწყვეტა ჯანმრთელობის გარკვეულ რისკებს უკავშირდება, თუმცა ეს ფაქტი რაიმე სერიოზულ საშიშროებაზე შესაძლოა არ მიუთითებდეს. ნაადრევი მენოპაუზით იზრდება ოსტეოპოროზისა და შესაბამისად, მოტეხილობების განვითარების რისკი. გვიანი მენოპაუზის დროს დიდია ესტროგენდამოკიდებული სიმსივნეების განვითარების ალბათობა.

– შეიძლება თუ არა ქალმა წინასწარ იგრძნოს კლიმაქსური პერიოდის მოახლოება, როგორ ვლინდება პირველი ნიშნები?

– კლიმაქსური პერიოდის მოახლოების პირველი ნიშანი შეიძლება იყოს ცვლილებები მენსტრუაციული ციკლის ხასიათში. ეს არის მენსტრუაციათაშორისი ინტერვალების შემოკლება. მაგალითად ქალებს, რომელთაც ჰქონდათ 30-35-დღიანი მენსტრუაციული ციკლი, მენსტრუაციათაშორისი ინტერვალები 26-21 დღემდე უმცირდებათ. საკვერცხეების პოლიკისტოზის მქონე პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებოდათ მენსტრუაციის გადაცდენა, პრემენოპაუზურ პერიოდში ციკლი რეგულარული უხდებათ.

მენსტრუაციული გამონადენის შემცირება, მენსტრუაციის დაგვიანებაც შეიძლება დაკავშირებული იყოს პრემენოპაუზური პერიოდის ჰორმონულ ცვლილებებთან.

კლიმაქსურ პერიოდში საყურადღებოა ე.წ. მენოპაუზასთან ასოცირებული პათოლოგიური სისხლდენები.

კლიმაქსის მოახლოება ქალმა შეიძლება იგრძნოს სუბიექტური ჩივილებითაც. ეს არის: ხასიათის შეცვლა, უგუნებობა, ინტერესის დაკარგვა ცხოვრების მიმართ, გაღიზიანება, შფოთვა, თავის ტკივილი, უძილობა და ა.შ.

– რა სახის დარღვევები ვითარდება კლიმაქსურ პერიოდში და ყველაზე ხშირად რა ჩივილები აქვს ქალს ამ დროს?

– ესტროგენებისადმი მგრძნობიარე რეცეპტორები მთელ ორგანიზმში გვხვდება, ამიტომ მენოპაუზურ პერიოდში პათოლოგიური ცვლილებები მიმდინარეობს თითქმის ყველა ორგანოსა და სისტემაში.

კლიმაქსური პერიოდის ჩივილები შეიძლება დავეყოს სამ ჯგუფად. პირველ ეტაპზე ვითარდება ე.წ. ვეგეტოსისხლძარღვოვანი და ფსიქომოციური სიმპტომები: ეს არის ალები, ცხელების შეგრძნება სახისა და თავის არეში, რაც შემდეგ ვრცელდება მთელ სხეულში, ოფლიანობა, გულისცემის აჩქარება, არტერიული წნევის ციფრების მატება ან კლება, თავის ტკივილი, გაღიზიანება, უმიზეზო ტირილი, დეპრესია, შფოთვა, უძილობა. ეს ჩივილები ქალებს ჯერ კიდევ მენსტრუაციის შეწყვეტამდე ეწყებათ და შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე წელი.

შემდეგ ჩნდება მეორე ეტაპის, ე.წ. შუა პერიოდის უროგენიტალური დარღვევები. ეს არის შარდ-სასქესო სისტემის პათოლოგიურ ცვლილებებთან დაკავშირებული სიმპტომები: შარდის შეუკავებლობა, გახშირებული შარდვა, ღამის შარდვა, საშოს სიმშრალე, რაც იწვევს ტკივილს სქესობრივი კონტაქტის დროს, ვერ მიიღწევა ორგაზმი. ხშირია ე.წ. ატროფიული კოლპიტის განვითარება, რაც გამოიხატება წვის შეგრძნებით, ქავილითა და შემაწუხე-

ბელი გამონადენით საშოდან. ამ დროს მკურნალობა ანტიბაქტერიული პრეპარატებით არაეფექტურია, რადგან პრობლემა უკავშირდება ესტროგენების დეფიციტს. საშოს კედლების ელასტიკურობის დაქვეითების გამო ვითარდება მისი დაწევა.

მენოპაუზურ პერიოდში ესტროგენების დეფიციტს უკავშირდება სახსრების ტკივილი, თვალის ლორწოვანის სიმშრალე. კოლაგენისა და ელასტინის დაკარგვის გამო კანზე ჩნდება ნაოჭები.

საყურადღებოა მესამე – ბოლო ეტაპზე განვითარებული პათოლოგიური ცვლილებები: გულ-სისხლძარღთა პათოლოგიები, მეტაბოლური დარღვევები, ოსტეოპოროზი.

კლიმაქსური პერიოდის პირველივე ეტაპზე ჩნდება მეხსიერების პრობლემები, გულმავიწყობა. გვიან პოსტმენოპაუზაში ამას შეიძლება დაემატოს სერიოზული ნევროლოგიური დარღვევები – მოხუცებულთა ჭკუასუსტობა, ალცჰაიმერის დაავადება.

– რა ითვლება მენოპაუზური პერიოდის ყველაზე საშიშ პათოლოგიად?

– კლიმაქსური პერიოდის ყველაზე საშიშ გართულებად ითვლება ბოლო ეტაპზე განვითარებული პათოლოგიური ცვლილებები, მათ შორის ოსტეოპოროზი.

ოსტეოპოროზი ჩონჩხის სისტემური დაავადებაა, რომლის დროსაც ძვლები კარგავს სიმკვრივეს, მყიფე ხდება და ადვილად ტყდება. ხერხემლის მიკრომოტეხილობის გამო ძალიან შემანუხებელია ტკივილი ხერხემალში. ხერხემლის ოსტეოპოროზს უკავშირდება ის ფაქტი, რომ ადამიანი კლიმაქსურ პერიოდში პატარავდება სიმაღლეში. განსაკუთრებით საშიშია ბარდაყის ძვლის თავის მოტეხილობა, რადგან ის სიცოცხლისათვის მნიშვნელოვან რისკებს მოიცავს.

– რა კავშირი აქვს ალცჰაიმერის დაავადებას კლიმაქსურ ცვლილებებთან?

– როგორც აღმოჩნდა, ალცჰაიმერის დაავადების განვითარების რისკი დიდი აქვთ ქალებს, ვისაც ხშირად აქვს ალები. ალების მომენტში თავის ტვინში ვითარდება ჰიპოქსია. ჟანგბადის ხანგრძლივი უკმარისობა კი ხელს უწყობს თავის ტვინში პათოლოგიური ცვლილებების განვითარებას.

– მამაკაცებს თუ აქვთ კლიმაქსი?

– კლიმაქსური პერიოდი და შესაბამისი ჩივილები მამაკაცებსაც აღენიშნებათ. ეს დაკავშირებულია მამაკაცის ძირითადი სასქესო ჰორმონის – ტესტოსტერონის კონცენტრაციის დაქვეითებასთან. მამაკაცების კლიმაქსურ პერიოდს ანდროპაუზას უწოდებენ. ქალების მსგავსად, ამ პერიოდში მამაკაცებსაც სჭირდებათ სათანადო მკურნალობა და მხარდაჭერა.

– კლიმაქსური სინდრომის დიაგნოზის დასადასტურებლად საჭიროა თუ არა გამოკვლევების ჩატარება, მათ შორის ჰორმონული ანალიზების?

– კლიმაქსური პერიოდის დარღვევები ტიპურია და თუ ჩივილები 50 წლის შემდეგ ჩნდება. დიაგნოზის დაზუსტებას განსაკუთრებული გამოკვლევების ჩატარება არ სჭირდება, მათ შორის, ჰორმონული ანალიზების. ამ დროს ყოველთვის მომატებულია გონადოტროპინების შემცველობა, განსაკუთრებით მაღალია ფოლიკულომასტიმულირებელი ჰორმონის დონე, დაბალია ესტროგენების კონცენტრაცია.

კლიმაქსური სიმპტომების ადრეულ ასაკში დანყების შემთხვევაში, ჰორმონული კვლევა გვეხმარება დიაგნოსტიკაში.

საზოგადოდ, როდესაც ქალი კლიმაქსური ჩივილებით მიმართავს ექიმს, ყველაზე მნიშვნელოვანია კონ-

სულტაციის ყურადღებით ჩატარება: სიმპტომების შეფასება, ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობის განსაზღვრა, თანმხლები დაავადებების დაზუსტება, ოჯახური ანამნეზის შესწავლა. საჭიროა ჩატარდეს გინეკოლოგიური გამოკვლევა – ქალი უნდა გაისინჯოს სავარძელზე, გაკეთდეს პაპ-ტესტი. კოლპოსკოპია და ნაცხის ბაქტერიოსკოპიული ანალიზი კეთდება საჭიროების მიხედვით. რუტინულად ტარდება მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფიული კვლევა. ამ დროს აქცენტი კეთდება საშვილოსნოს შიგნითა გარსის – ენდომეტრიუმის სისქეზე. მენოპაუზაში 4 მმ-ზე მეტი ენდომეტრიუმი უკვე საყურადღებოა. ძალიან მნიშვნელოვანია სარძევე ჯირკვლის გამოკვლევა და მამოლოგის კონსულტაცია. განსაკუთრებულ ყურადღებას ვაქცევთ სისხლის შედედების სისტემის გამოკვლევას – კოაგულოგრამას.

ინდივიდუალურად შესაძლებელია საჭირო იყოს სხვა კვლევების ჩატარება – ჰორმონული, ბიოქიმიური ანალიზები, დენსიტომეტრია – ძვლის მინერალური სიმკვრივის განსაზღვრა და ა.შ.

– საჭიროა თუ არა კლიმაქსური სინდრომის მკურნალობა?

– პასუხი ერთმნიშვნელოვანია – კლიმაქსური სინდრომის მკურნალობა აუცილებელია! მენოპაუზაში მკურნალობასთან დაკავშირებით ქალების სამი ტიპი იკვეთება: პირველი – ფატალისტები, რომელთაც არ სურთ მკურნალობა, მეორე – ქალები, რომლებიც რეკლამებს ადევნებენ თვალს და თვითმკურნალობას ეწევიან და მესამე კატეგორია, რომელიც მიდის ექიმთან სამკურნალოდ.

სამწუხარო რეალობაა, რომ ქალები ყურადღებას აქცევენ მხოლოდ ისეთ თვალსაჩინო სიმპტომებს, როგორც

ბიცაა ალები და ოფლიანობა. თუ ეს სიმპტომები ძალიან შემანუხებელი არ არის, არ მიმართავენ ექიმს.

აღნიშნული ჩივილების პარალელურად კი ორგანიზმის ყველა სისტემაში მიმდინარეობს ესტროგენების დეფიციტთან დაკავშირებული პათოლოგიური ცვლილებები, რომლებიც მოგვიანებით იჩენენ თავს. მაგალითად, როგორც უკვე აღვნიშნე, ხშირი ალები ალცჰაიმერის დაავადების განვითარების რისკს ზრდის, ამიტომ ძალზე მნიშვნელოვანია, რომ ქალმა „არ მოითმინოს ალები“ და იმკურნალოს.

– როგორ ხდება კლიმაქსური სინდრომის მკურნალობა?

– მკურნალობის მეთოდები მრავალგვარია. კლიმაქსური სინდრომის სამკურნალოდ ოქროს სტანდარტია ნატურალური ესტროგენებით ჩანაცვლებითი თერაპია, რასაც მენოპაუზური ჰორმონული თერაპია ეწოდება. ფარმაცევტულ ბაზარზე ამ ტიპის პრეპარატები ბევრია. ტაბლეტების გარდა გამოიყენება კანის პლასტიკები, ვაგინალური სანთლები. ეს უკანასკნელი განსაკუთრებით ეფექტურია შარდ-სასქესო სისტემის პათოლოგიური ცვლილებების დროს.

არსებობს გარკვეული შეზღუდვები ჰორმონების გამოყენებისას, რაც ძირითადად უკავშირდება გენეტიკური განწყობის მქონე პაციენტთა სარძევე ჯირკვლების კიბოსა და თრომბოზების განვითარების რისკებს.

საზოგადოებაში ამის გამო არსებობს ე.წ. „ჰორმონოფობია“ – ონკოლოგიური დაავადებების გაჩენის შიში. ქალებს ძალზე ალელვებთ ასევე ჰორმონული მედიკამენტების მიღების ფონზე წონის მატების პრობლემა. ცხადია, ეს ერთმნიშვნელოვნად ასე არ არის.

მენოპაუზური ჰორმონოთერაპია არის ყველაზე ეფექტური კლიმაქსური პერიოდის გართულებებისა და სიმ-

პტომების დროს, ამიტომაც ის კვალიფიციურმა რეპროდუქტოლოგმა და გინეკოლოგმა უნდა დანიშნოს, რომელიც სწორად შეაფასებს რისკებსა და სარგებელს.

– როგორია კლიმაქსური სინდრომის მკურნალობის არაჰორმონული და ალტერნატიული მეთოდები?

– კლიმაქსური სიმპტომების სამკურნალოდ ძალზე პოპულარულია ე.წ. ფიტოპრეპარატები. ცნობილია, რომ ბევრ მცენარეს აქვს ქალის ნატურალური ჰორმონების – ესტროგენების მსგავსი მოქმედება. ასეთია სოია, ბრინჯი, სვია, წითელი სამყურა, ციმციციფუგა. ქალის ორგანიზმში ისინი ესტროგენების რეცეპტორებს უკავშირდება და ეფექტურია მსუბუქად გამოხატული კლიმაქსური ჩივილების დროს. ცნობილია ის ფაქტი, რომ ჩინელ და იაპონელ ქალებს, რომელთა კვების რაციონი მდიდარია სოიოსა და ბრინჯის პროდუქტებით, კლიმაქსური სიმპტომები ნაკლებად აქვთ გამოხატული.

არსებობს მონაცემები, რომ ზოგიერთ მცენარეში შემავალ იზოფლავინებს აქვთ ე.წ. მამოპროტექტორული ეფექტებიც – ხელს უშლიან სარძევე ჯირკვლების ავთვისებიანი პროცესების განვითარებას.

ქალები რეკლამის, ინტერნეტის, მეგობრების საშუალებით იღებენ ინფორმაციას ფიტოპრეპარატების შესახებ და თვითმკურნალობას მიმართავენ. მართალია, ამ პრეპარატების გამოყენებით გართულებების რისკები ნაკლებია, მაგრამ მიღებამდე სასურველია, ჩატარდეს ექიმის კონსულტაცია. ეფექტურობის გაზრდის მიზნით, ფიტოპრეპარატებთან ერთად, შესაძლოა საჭირო იყოს სხვა მედიკამენტების დანიშნაც კომბინაციაში, მაგალითად, მელატონინის – ძილის მოსაწესრიგებლად. აქტუალურია ვიტამინებისა და მიკროელემენტების მიღება – კალციუმის, D ვიტამინის.

იყენებენ მკურნალობის ფიზიკურ მეთოდებსაც – რეფლექსოთერაპიას, აკუპუნქტურას და ა.შ.

– რა როლი აქვს ცხოვრების ჯანსაღ წესს კლიმაქსური სინდრომის მართვისას?

– ცხოვრების ჯანსაღი წესის პრინციპების დაცვა, როგორც ყოველთვის, მთავარი და მნიშვნელოვანი რეკომენდაციაა. ჯანსაღი კვება – კალციუმით, ცილებით, ომეგა 3-ით მდიდარი საკვების მიღება, ადვილად შეწოვადი ნახშირწყლების შეზღუდვა, რეგულარული ფიზიკური ვარჯიში, ცურვა, სუფთა ჰაერზე სეირნობა, ძილის რეჟიმის მონესრიგება, ახლობელი ადამიანების გარემოცვაში ყოფნა და დადებითი ემოციებით დატვირთვა მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს კლიმაქსური პერიოდის მიმდინარეობას.

– შესაძლებელია თუ არა კლიმაქსური პერიოდის გართულებათა არიდება?

– მენოპაუზა აუცილებლად დადგება ყველა ქალის ცხოვრებაში, მაგრამ მთავარია, ეს პერიოდი განსაკუთრებული დისკომფორტისა და გართულებების გარეშე მიმდინარეობდეს. ამის მიღწევა შესაძლებელია პროფილაქტიკური ღონისძიებებით და მკურნალობის დროული დანყებით. ცხოვრება მშვენიერია მენოპაუზის შემდეგ. ქალი საზოგადოებისათვის ყველაზე სასურველი სწორედ 50 წლის შემდეგ არის. ჯანმრთელი და ბედნიერი ქალი სჭირდება ყველას – მშობლებს, მეუღლეს, შვილებს, შვილიშვილებს, მეგობრებს.

**კონტრაცეფცია. ჰორმონული
მეთოდები – აბები, ინიექციები,
პლასტირები, კაფსულები;
საშვილოსნოსშიგა
საშუალებები; არაჰორმონული
მეთოდები – კონდომი,
სპერმიციდები; ოჯახის
დაგეგმვის ბუნებრივი
მეთოდები; ქალისა და
მამაკაცის ჭირურგიული
სტერილიზაცია**

ლალი ფხალაძე

– როგორია მსოფლიო სტატისტიკა კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენებასთან დაკავშირებით და რა სიტუაციაა ამ მხრივ საქართველოში? რამდენად მნიშვნელოვანი და აქტუალურია კონტრაცეფციის გამოყენება?

– მსოფლიო სტატისტიკის მიხედვით, ორსულობების 25% მთავრდება ხელოვნური აბორტით. სხვადასხვა ქვეყნის მონაცემებით, აბორტს უკავშირდება დედათა სიკვდილობის 4.7%-13.2%.

საქართველოში ყოველი მესამე ორსულობა აბორტით მთავრდება. კვლავ აქტუალური რჩება სელექციური

აბორტების პრობლემა, როდესაც მშობლებს შვილისათვის „განაჩენი“ მხოლოდ იმიტომ გამოაქვთ, რომ მისი სქესი არ არის მათთვის სასურველი.

80-იანი წლებიდან დღემდე საქართველოში აბორტების მაჩვენებელი 300 000-დან 23 000-მდეა შემცირებული. ეს ყოველივე კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების დანერგვის დამსახურებაა, რაც ჟორდანიას ინსტიტუტის და მისი დირექტორის, პროფესორ არჩილ ხომასურიძის სახელს უკავშირდება. ამ პერიოდში საქართველოში კონტრაცეფციის გამოყენება 0-დან 60%-მდე გაიზარდა.

მსოფლიოში რეპროდუქციული ასაკის (15-49 წელი) ქალების 44% იყენებს კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებს, 4% კი ორსულობისაგან თავს იცავს ტრადიციული მეთოდებით.

აბორტი ქალთა ავადობისა და ინვალიდობის გამომწვევი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია. მას უკავშირდება სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები, უშვილობა, ორსულობის თვითნებური შეწყვეტა, ფსიქოლოგიური პრობლემები, დეპრესია და ა.შ. ამდენად, ხელოვნურ აბორტებთან ბრძოლა სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობის ამოცანაა.

აბორტებთან ბრძოლის ერთ-ერთი ეფექტური საშუალება სწორედ კონტრაცეფციაა.

– რას ნიშნავს სიტყვა კონტრაცეფცია, რა დანიშნულება აქვს კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენებას.

– კონტრაცეფცია ინგლისურიდან ითარგმნება როგორც ჩასახვის საწინააღმდეგო და ამიტომაც კონტრაცეფციის მეთოდებს ჩასახვის საწინააღმდეგო მეთოდებსაც უწოდებენ. მათ სხვა სინონიმებიც აქვს – შობადობის რეგულირებისა და ოჯახის დაგეგმვის მეთოდები.

კონტრაცეფციის მთავარი დანიშნულება არასასურველი ორსულობისაგან თავის დაცვაა და ამდენად, ის ეხმარება წყვილს დაგეგმოს ორსულობა სასურველ დროს, ჰყავდეს შვილების სასურველი რაოდენობა, დაიცვას ინტერვალები ორსულობებს შორის.

კონტრაცეფცია ხელოვნური აბორტის უსაფრთხო ალტერნატივაა და ეხმარება წყვილს ჰარმონიულ ურთიერთობაში.

– კონტრაცეფციის რა მეთოდები არსებობს და რომელია ყველაზე პოპულარული მათ შორის?

– ორსულობისაგან თავის დასაცავად ადამიანები უძველესი დროიდან მიმართავდნენ სხვადასხვა საშუალებას. დღეს, ტრადიციულ მეთოდებთან ერთად, ხელმისაწვდომია კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდები, მათ შორის ჰორმონული კონტრაცეფცია, ქალისა და მამაკაცის ქირურგიული სტერილიზაცია.

კონტრაცეფციის მეთოდები სხვადასხვა მახასიათებლის მიხედვით დაყოფილია ჯგუფებად. შეუქცევადია კონტრაცეფცია, რომლის გამოყენების შემდეგ ქალს ან მამაკაცს ბუნებრივი გზით აღარ შეუძლია ჰყავდეს შვილი (ქალისა და მამაკაცის ქირურგიული სტერილიზაცია). შექცევადია მეთოდები, რომელთა გამოყენების შეწყვეტის შემდეგ ქალს ან მამაკაცს აღუდგება შვილოსნობის ფუნქცია (ჰორმონული კონტრაცეფცია, საშვილოსნოსშიგა საშუალებები, ბარიერული მეთოდები და ა.შ.). ჩვენ თითოეულ მათგანს ცალ-ცალკე განვიხილავთ.

სტატისტიკური მონაცემების საფუძველზე შეიძლება ითქვას, რომ გამოყენების მიხედვით მსოფლიოში ყველაზე პოპულარული მეთოდია ქალის ქირურგიული სტერილიზაცია (24%), მამაკაცის კონდომი (21%), საშვილოსნოსშიგა საშუალებები (17%) და ჰორმონული აბები (16%).

– რა თვისებებით უნდა ხასიათდებოდეს კონტრაცეფციის იდეალური მეთოდი, რა ძირითადი მოთხოვნები არსებობს?

– იდეალური კონტრაცეფციის ცნება თავისთავად არასწორია, რადგან უნივერსალური კონტრაცეპტივი არ არსებობს. ყოველი კონკრეტული წყვილისათვის ინდივიდუალურად უნდა შეირჩეს „იდეალური“, ანუ შესაფერისი კონტრაცეპტივი.

მთავარი კრიტერიუმი, რასაც უნდა აკმაყოფილებდეს მეთოდი, ის არის, რომ იყოს სანდო და ეფექტური, საიმედოდ იცავდეს ქალს არასასურველი ორსულობისგან. მეორე კრიტერიუმი არის ის, რომ იყოს ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო, ნაკლებად გამოხატული გვერდითი მოვლენებით, მესამე – ხასიათდებოდეს კარგი ამტანობით და კომფორტული იყოს გამოსაყენებლად, მეოთხე – იყოს შექცევადი, ანუ მისი გამოყენების შეწყვეტის შემდეგ შვილოსნობის ფუნქცია მაშინვე აღდგეს.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია დამატებითი სასარგებლო ეფექტები, რაც კონტრაცეფციის ბევრ მეთოდს გააჩნია. სწორედ ამის გამო ჰორმონული კონტრაცეპტივები აქტიურად გამოიყენება სხვადასხვა გინეკოლოგიური და ენდოკრინული დაავადების სამკურნალოდ.

– რა არის გასათვალისწინებელი კონტრაცეფციის მეთოდის არჩევისას?

– კონტრაცეფციის მეთოდის არჩევის დროს გასათვალისწინებელია ბევრი ფაქტორი: წყვილის ასაკი, სქესობრივი ცხოვრების სიხშირე, ჯანმრთელობის მდგომარეობა, თანმხლები დაავადებები, მავნე ჩვევები – თამბაქოს, ალკოჰოლის გამოყენება, სოციალურ-ეკონომიური მდგომარეობა, რელიგიური და კულტურული შეხედულებები, სურვილები და ა.შ.

კონტრაცეფციის მეთოდი უნდა აირჩიოს ნწყვილმა შესაბამისი კონსულტირების შემდეგ, რომლის დროსაც ექიმში მაქსიმალურად მიაწვდის მათ ინფორმაციას მეთოდების შესახებ და დაეხმარება სწორი არჩევანის გაკეთებაში.

– რას გვეტყვით ჰორმონულ კონტრაცეფციაზე, რა სახის მეთოდები არსებობს?

– ჰორმონული კონტრაცეფცია ერთ-ერთი ყველაზე დიდი ჯგუფია, წარმოდგენილია აბების, ინექციების, კანის პლასტირების, კანქვეშა იმპლანტების, ვაგინალური რგოლებისა და საშვილოსნოსშიგა საშუალებების სახით.

შემადგენლობის მიხედვით ჰორმონული კონტრაცეფცია შეიძლება იყოს კომბინირებული, სადაც შედის ორი კომპონენტი – ქალის ძირითადი სასქესო ჰორმონების, ესტროგენებისა და პროგესტერონის სხვადასხვა სინთეზური ანალოგები, და მხოლოდ პროგესტერონემცველი კონტრაცეფცია.

– რა მექანიზმებით იცავს ჰორმონული კონტრაცეფცია ქალს ორსულობისაგან?

– ჰორმონული კონტრაცეფცია ერთ-ერთი ყველაზე მაღალეფექტური მეთოდია, ის საიმედოდ იცავს ქალს არარასაურველი ორსულობისაგან. მთავარი მექანიზმი არის ოვულაციის დათრგუნვა, რაც იმას ნიშნავს, რომ მისი გამოყენების ფონზე არ მნიფდება კვერცხუჯრედი და შესაბამისად ვერ მოხდება განაყოფიერება. ჰორმონული კონტრაცეფცია მოქმედებს საშვილოსნოს ყელის ლორწოზეც, ცვლის მის თვისებებს, რის გამოც ფერხდება მამაკაცის სასქესო უჯრედების – სპერმატოზოიდების შეღწევა საშვილოსნოში. ჰორმონული კონტრაცეფციის გამოყენების ფონზე საშვილოსნის შიგნითა გარსი გათხელებულია, რაც არახელსაყრელია ემბრიონის მიმაგრებისათვის.

– არსებობს მოსაზრება, რომ კომბინირებული ორალური აბების გამოყენება იწვევს კიბოს განვითარებას. რამდენად რეალურია ეს, რა საფრთხეები არსებობს და რა არის გასათვალისწინებელი მათი გამოყენებისას?

– მოსაზრება, თითქოს ჰორმონული აბები კიბოს განვითარებას იწვევს, მცდარია. პირიქით, მრავალრიცხოვანმა კვლევამ დაადასტურა, რომ ჰორმონული კონტრაცეფციის გამოყენების ფონზე მნიშვნელოვნად მცირდება საკვერცხის, საშვილოსნოს შიგნითა გარსის, სწორი ნაწლავის კიბოს რისკი. გარკვეული საფრთხეები არსებობს მხოლოდ იმ ქალების სარძევე ჯირკვლებზე, რომელთა პირველი რიგის ნათესავებს (დედა, დეიდა, ბებია, მამიდა) აღენიშნება სარძევე ჯირკვლის კიბო.

კომბინირებული ჰორმონული აბების დანიშვნას ძალიან ვერიდებით, თუ ქალს აქვს მიდრეკილება თრომბოზებისკენ და ახლო ნათესავებსაც აქვთ ეს პრობლემა.

საყურადღებოა 35 წელზე მეტი ასაკი და სიგარეტის გამოყენება, სიმსუქნე, არტერიული წნევის მატება. კომბინირებულმა ჰორმონულმა კონტრაცეფციამ შეიძლება გაამწვავოს შაკიკი.

– რა არის ყველაზე გავრცელებული გვერდითი მოვლენა ჰორმონული აბების გამოყენებისას? როგორ მოვიქცეთ ამ დროს? როგორ მოქმედებს ჰორმონული კონტრაცეფცია ნონაზე?

– ჰორმონული კონტრაცეფციის ფონზე გვერდითი მოვლენების განვითარება ხშირი არ არის, აღინიშნება გამოყენების პირველ თვეებში და ინდივიდუალურია. ტიპურია გულისრევის შეგრძნება, თავის ტკივილი, დეპრესია, მადის გაძლიერება, სარძევე ჯირკვლების გადიდება და მტკივნეულობა, საშოდან სისხლიანი ჩამონაშალი. ჰორმონული კონტრაცეფციის ფონზე შეიძლება აღინიშნოს

წონის მატება, თუმცა ეს დაკავშირებულია მადის მომატების გამო ჭარბი რაოდენობით საკვების მიღებასთან.

თუ გვერდითი მოვლენები არ ქრება და ძალიან შემაწუხებელია, შესაძლებელია მოხდეს კონტრაცეპტივის შეცვლა სხვა შემადგენლობის აბებით, მათ შორის ესტროგენის უფრო დაბალი შემცველობის აბებით. ქალებს ვაძლევთ რეკომენდაციას, რომ ჰორმონული კონტრაცეპტივების მიღების ფონზე აკონტროლონ მადი, რომ არ მოიმატონ წონა.

– რა უპირატესობებით ხასიათდება ჰორმონული კონტრაცეფცია?

– ჰორმონულ კონტრაცეფციას ბევრი ღირსება აქვს, გამოხატული აქვს სამკურნალო ეფექტი, რის გამოც ფართოდ გამოიყენება რეპროდუქციულ და გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში.

კომბინირებული აბების გამოყენების ფონზე ხდება მენსტრუაციული ციკლის რეგულირება, მენსტრუაციული ტკივილის კუპირება, ჭარბი მენსტრუაციის შემცირება, რაც მნიშვნელოვანია ანემიის (დაბალი ჰემოგლობინის) შემთხვევებში. ჰორმონული აბები ეფექტურია ჭარბთმინობის და აკნეს სამკურნალოდ, ფოლიკულური ცისტების არსებობისას. მათი გამოყენების ფონზე მცირდება სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესების განვითარების ალბათობა და ა.შ.

– როგორ უნდა მოხდეს აბების სწორად მიღება?

– ფიზიოლოგიურად გამართლებულია, რომ ჰორმონული კონტრაცეპტივების მიღება ქალმა დაიწყოს მენსტრუაციული ციკლის მე-5 დღიდან (1-5 დღის განმავლობაში). კონტრაცეპტივების უმრავლესობა 21 აბით არის წარმოდგენილი, თუმცა ზოგიერთი თანამედროვე კონტრაცეპტივის შემადგენლობაში არის 28 აბი. აბების მი-

ლება უნდა ხდებოდეს ყოველდღე ერთსა და იმავე დროს. ერთი ან ორი აბის დავინყების შემთხვევაში დაუყოვნებლივ უნდა მივიღოთ გამოტოვებული აბები, როგორც კი გაგვახსენდება, და ჩვეულ რეჟიმში გავაგრძელოთ დანარჩენების მიღება. სამი და მეტი აბის გამოტოვების შემთხვევაში ინყება მენსტრუაციისმაგვარი გამონადენი და პრეპარატის გაგრძელებას აზრი არ აქვს.

– რა შემთხვევაში გამოიყენება მხოლოდ პროგესტერონშემცველი აბები, რა ნაკლოვანებებით ხასიათდება ისინი და როგორია მათი მიღების წესი?

– მხოლოდ პროგესტერონის შემცველ აბებს სუფთა პროგესტინებსაც უწოდებენ. მათი გამოყენება შესაძლებელია იმ შემთხვევებში, როდესაც ესტროგენის მიღება უკუნაჩვენებია. ეს მეთოდი მინი-პილის სახელით არის ცნობილი, რადგან შეიცავს პროგესტერონის სხვადასხვა სინთეზურ ანალოგს ძალიან მცირე დოზებით. მეძუძურ დედას მინი-პილი შეუძლია გამოიყენოს მშობიარობის შემდეგ მაშინვე, ის არ მოქმედებს რძის რაოდენობასა და ხარისხზე.

მხოლოდ პროგესტერონშემცველი აბების მიღების ფონზე ხშირია მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა, სისხლიანი ჩამონაშალის არსებობა მენსტრუაციათაშორის ინტერვალში.

აბები უნდა მიიღონ ყოველდღე, უწყვეტად, ერთსა და იმავე დროს, მათ შორის მენსტრუაციის დღეებში.

– დაახასიათეთ ჰორმონული კონტრაცეფციის ყველა მეთოდი ცალ-ცალკე. რა არის ინიექციური კონტრაცეფცია?

– ინიექციური კონტრაცეფცია, აბებისაგან განსხვავებით, მიეკუთვნება გახანგრძლივებული მოქმედების ჰორმონულ კონტრაცეფციას, რაც იმას ნიშნავს, რომ

პრეპარატის ერთჯერადი ინიექციის შემდეგ ქალი ორსულობისაგან დაცულია 1-3 თვის განმავლობაში. ინიექციური კონტრაცეფცია შეიძლება იყოს კომბინირებული და მხოლოდ პროგესტერონის შემცველი. მოქმედების მექანიზმი, გვერდითი მოვლენები, ნაკლოვანებები მეტნაკლებად საერთო აქვს ყველა ჰორმონშემცველ კონტრაცეპტივს. მეთოდი მისაღებია გულმავიწყი ქალებისათვის, ვისთვისაც რთულია ყოველდღიურად აბების მიღება. მისმა ხანგრძლივმა გამოყენებამ შეიძლება გაზარდოს ოსტეოპოროზის (ძვლის სიმეიფის დაქვეითება, რაც იწვევს მოტეხილობებს) რისკი. ეს პრეპარატები აგრეთვე გამოიყენება გინეკოლოგიური და ონკოლოგიური დაავადებების სამკურნალოდ.

– რა არის კანქვეშა იმპლანტები, როგორ ხდება მათი გამოყენება?

– კანქვეშა იმპლანტები წარმოდგენილია ჰორმონშემცველი სილიკონის კაფსულებით, რომლებიც თავსდება მხარზე კანქვეშ. მიეკუთვნება გახანგრძლივებული მოქმედების პროგესტერონშემცველ კონტრაცეფციას. ამ მეთოდის გამოყენებისას ქალი დაცულია არასასურველი ორსულობისაგან 3-5 წლის განმავლობაში. გამოხატული გვერდითი მოვლენაა სისხლიანი ჩამონაშალი მენსტრუაციათა შორის ინტერვალში. იმპლანტის ჩადგმა და ამოღება მარტივი ხანმოკლე ქირურგიული მანიპულაციაა.

– რას წარმოადგენს კანის პლასტირები, რა უპირატესობები აქვს მას სხვა მეთოდებთან შედარებით?

– კანის პლასტირები შეიცავს ესტროგენს და პროგესტერონს დაბალი დოზებით, თავსდება კანის ზედაპირზე მუცლის, ბარძაყის ან დუნდულოს მიდამოში მენსტრუაციული ციკლის 1-5 დღეს. ქალი დაცულია ორსულობისაგან მთელი ციკლის განმავლობაში. ჰორმონული პლასტი-

რების ფონზე ნაკლებადაა გამოხატული გვერდითი მოვლენები. მეთოდი კარგი ამტანობით ხასიათდება.

– რა არის ვაგინალური რგოლები, როგორ ხდება მათი გამოყენება?

– ვაგინალური რგოლები მიეკუთვნება კომბინირებულ ჰორმონულ კონტრაცეფციას, ეს არის სილიკონის რგოლი მასში მოთავსებული ესტროგენით და პროგესტერონით. ორგანიზმში ჰორმონები გამოთავისუფლდება ყოველდღიურად მცირე დოზებით. რგოლი საჭიროა მოთავსდეს საშოში მენსტრუაციული ციკლის მე-5 დღეს და ამოიღონ 21 დღის შემდეგ. ქალი დაცულია ორსულობისაგან მთელი თვე. ამ მეთოდის გამოყენება ხელს არ უშლის სქესობრივ ცხოვრებას, ნაკლებად აქვს გამოხატული გვერდითი მოვლენები.

კანის პლასტიკებისა და ვაგინალური რგოლების ღირებულება შედარებით მაღალია.

– რას წარმოადგენს საშვილოსნოსშიგა საშუალებები და საშვილსნოსშიგა სისტემა?

– საშვილოსნოსშიგა საშუალებები კონტრაცეფციის ერთ-ერთი პოპულარული მეთოდია, განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებში. ის მიეკუთვნება გახანგრძლივებული მოქმედების კონტრაცეფციას, თავსდება საშვილოსნოს ღრუში, ქალი ორსულობისაგან დაცულია 3-7 წლის განმავლობაში. საქართველოში მას „სპირალის“ სახელით იცნობენ.

საშვილოსნოსშიგა საშუალებები არის ორი სახის – ინერტული მეტალისაგან დამზადებული და ჰორმონშემცველი. ინერტული მეტალისაგან დამზადებული „სპირალები“ სხვადასხვა ფორმისა და ზომისაა.

საშვილოსნოსშიგა საშუალებების გამოყენების დროს არსებობს პერფორაციისა (საშვილოსნოს ღრუს დარღვე-

ვა) და ინფიცირების რისკი. ამიტომ, აუცილებელია ქალის წინასწარ გინეკოლოგიური გასინჯვა, საშოს ფლორის გამოკვლევა. დაუშვებელია პროცედურის ჩატარება გენიტალიების ანთებითი პროცესების, ინფექციების, საშვილოსნოს ყელის ეროზიის ან სხვა სახის დაზიანების არსებობისას. ეს შეიძლება გახდეს აღმავალი ინფექციისა და ანთების დამატებითი წყარო.

ჰორმონშემცველი საშვილოსნოსშიგა სისტემა მიეკუთვნება გახანგრძლივებული მოქმედების ჰორმონულ კონტრაცეფციას, შეიცავს პროგესტერონის სინთეზურ ანალოგს – ლევონორგესტრელს, რომელიც ყოველდღიურად მცირე დოზებით გამოთავისუფლდება. გარდა იმისა, რომ ის იცავს ქალს არასასურველი ორსულობისაგან, გააჩნია სამკურნალო ეფექტები. საშვილოსნოსშიგა ჰორმონული სისტემა ამცირებს ქარბ მენსტრუაციულ გამონადენს, ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიურ პროცესებს. ხშირ შემთხვევებში ის ქირურგიული პროცედურის ალტერნატივაა.

საშვილოსნოსშიგა ჰორმონშემცველი სისტემა კონტრაცეფციის ერთ-ერთი ძვირად ღირებული მეთოდია.

– რა მეთოდებს აერთიანებს არაჰორმონული კონტრაცეფცია, რით განსხვავდება ის ჰორმონული კონტრაცეფციისგან, რა უპირატესობები და ნაკლოვანებები აქვს მას?

– არაჰორმონული კონტრაცეფცია აერთიანებს სხვადასხვა მეთოდს: ეს არის საშვილოსნოსშიგა საშუალებები, რომლებიც საკმაოდ პოპულარულია და უკვე განვიხილეთ წინა ნომერში; საკმაოდ დიდი ჯგუფია ბარიერული მეთოდები, რაც, თავის მხრივ, წარმოდგენილია სხვადასხვა საშუალებით; არაჰორმონულ კონტრაცეფციას მიეკუთვნება ოჯახის დაგეგმვის ბუნებრივი მეთოდები, მათ შორის არის ე.წ. ლაქტაციური ამენორეა; ცალკე ჯგუფია ქალისა და მამაკაცის ქირურგიული სტერილიზაცია.

დაუცველი სქესობრივი კონტაქტის შემდეგ ქალმა შეიძლება გამოიყენოს ე.წ. გადაუდებელი კონტრაცეფცია. ეს მეთოდი ძირითადად ჰორმონულ აბებს მოიცავს.

ყველა ზემოთ აღნიშნული საშუალება, გადაუდებელი კონტრაცეფციის მეთოდების გამოკლებით, არ შეიცავს ჰორმონს. თუმცა ეს არ ნიშნავს, რომ ამის გამო მათ უპირატესობა აქვთ ჰორმონულ კონტრაცეფციასთან შედარებით.

საზოგადოდ, არაჰორმონული კონტრაცეფცია, თუ არ ჩავთვლით ქირურგიულ სტერილიზაციას, ნაკლებად ეფექტურია არასასურველი ორსულობისაგან თავის დასაცავად, მაგრამ ჯანმრთელობის ზოგიერთი პრობლემის დროს მათი გამოყენება შეუზღუდავად შეიძლება.

– რომელია კონტრაცეფციის ბარიერული მეთოდები?

– ბარიერულ მეთოდებს მიეკუთვნება ქალისა და მამაკაცის კონდომი, დიაფრაგმა, ჩაჩი, ხუფი, პესარია. ამ მეთოდების გამოყენების დროს მექანიკურად იქმნება ბარიერი სასქესო უჯრედების – სპერმატოზოიდებისა და კვერცხუჯრედების შესახვედრად. ამ ჯგუფში განიხილავენ სპერმიციდებს.

მამაკაცის კონდომი, იგივე პრეზერვატივი, არის კონტრაცეფციის ერთ-ერთი ყველაზე ძველი, მარტივი, პოპულარული და ხშირად გამოყენებული საშუალება. თანამედროვე კონდომები დამზადებულია ლატექსისაგან, მთავარი ღირსება არის ის, რომ მათ აქვთ ორმაგი დაცვა – სწორად გამოყენებისას ქალს იცავს არასასურველი ორსულობისაგან და წყვილს – სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან. კონდომის გამოყენება განსაკუთრებით აუცილებელია შემთხვევითი სქესობრივი ურთიერთობების დროს. არასწორად გამოყენებისა თუ დაზიანების შემთხვევაში დიდია დაორსულების შესაძლებლობა.

იშვიათად შეიძლება აღინიშნოს ალერგიული რეაქცია ლატექსზე.

ქალის კონდომი, დიაფრაგმა, ჩაჩი, ხუფი, პესარია ნაკლებად პოპულარულია. მათი მოთავსება საშოში საჭიროა სქესობრივი აქტის წინ, კონტრაცეფციული ეფექტურობა არ არის დიდი.

სპერმიციდი არის ნივთიერება – ნონ-ოქსილონ 9, რომელიც იწვევს სპერმატოზოიდების მოძრაობის შეფერხებას, მათი აქტივობის დაკარგვას. სპერმიციდები წარმოდგენილია სანთლების, ტაბლეტების, კრემის, ქაფის სახით, თავსდება საშოში სქესობრივი აქტის წინ 10-15 წუთით ადრე და ხელს უშლის სპერმატოზოიდების შეღწევას საშვილოსნოში. სპერმიციდებს ქალები უპირატესობას ანიჭებენ იმის გამო, რომ არ შეიცავს ჰორმონს, ინდივიდუალურად შეიძლება გამოხატული იყოს ალერგიული რეაქცია, ქავილი.

სპერმიციდების კონტრაცეფციული ეფექტურობა დაბალია, 100 ქალიდან დაახლოებით 18-21 შემთხვევაში შეიძლება დაორსულება.

– როგორ დაიცვას ქალმა თავი არასასურველი ორსულობისაგან ბუნებრივი გზით?

– ორსულობისაგან თავის დაცვა შესაძლებელია კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენების გარეშეც, ბუნებრივი გზით.

პოპულარულია შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი. სქესობრივი აქტის შეწყვეტა ხდება ეაკულაციამდე, რის გამოც მამაკაცის სასქესო უჯრედები – სპერმატოზოიდები არ ხვდება ქალის სასქესო ტრაქტში.

არასასურველი ორსულობა ქალმა შეიძლება აირიდოს კალენდარული მეთოდით. ამ მეთოდის არსი ისაა, რომ სქესობრივი კონტაქტისგან თავის შეკავება ხდება ოვუ-

ლაციის პერიოდში, როდესაც კვერცხუჯრედი გამოთავისუფლდება ფოლიკულიდან. ეს არის ე.წ. ფერტილური, შვილოსნობისათვის ხელსაყრელი პერიოდი, რაც ყველა ქალს ინდივიდუალურად აქვს და დაახლოებით ემთხვევა მენსტრუაციული ციკლის მე-11-15 დღეს.

ფერტილური დღეების დადგენა შესაძლებელია ბაზალური თერმომეტრით (დილით, ადგომამდე გაზომილი ტემპერატურა უკანა ტანში), ექოსკოპიით ფოლიკულის მომნიშვნელობაზე დაკვირვებით, ოვულაციის ტესტებით. აღსანიშნავია ოვულაციის წინ ესტროგენების სეკრეციის მომატების გამო საშვილოსნოს ყელის ლორწოს გამოყოფის გაძლიერება. ამ დროს ქალს აქვს საშოდან ჭარბი ლორწოვანი გამონადენი, რაც მიუთითებს ფერტილური დღეების მოახლოებაზე.

კალენდარული მეთოდი არ არის ყოველთვის სანდო, რადგან ქალს ოვულაცია შეიძლება ჰქონდეს სხვადასხვა დღეს, გასათვალისწინებელია სპერმის ხარისხიც. ზოგიერთი სპერმატოზოიდი შვიდი დღეც კი ცოცხლობს. ორსულობის აღბათობა დიდია, როდესაც ქალს სქესობრივი ურთიერთობა აქვს ოვულაციამდე ან ოვულაციის დღეებში.

ოჯახის დაგეგმვის ბუნებრივ მეთოდს მიეკუთვნება ე.წ. ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი. ცნობილია, რომ მშობიარობის შემდეგ ქალი, რომელიც ძუძუს აწოვებს ბავშვს, გარკვეული პერიოდი არ ორსულდება.

ოჯახის დაგეგმვის ბუნებრივი მეთოდების გამოყენება ყოველთვის შეიძლება, მათ არანაირი გვერდითი მოვლენა არ ახლავს, მაგრამ კონტრაცეფციული ეფექტურობა დიდი არ არის და ქალი შეიძლება დაორსულდეს.

– რას ნიშნავს ლაქტაციური ამენორეა და ორსულობისაგან დაცვის რა მეთოდების გამოყენება შეუძლია მეძუძურ ქალს?

– მეძუძურმა ქალმა ორსულობის ასარიდებლად შეიძლება გამოიყენოს ე.წ. ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი. ამისათვის საჭიროა სამი პირობის დაკმაყოფილება: პირველი – ბავშვი უნდა იყოს მხოლოდ ძუძუთი კვებაზე, არ უნდა იღებდეს დამატებით საკვებს, მათ შორის – არც წყალს; მეორე – მშობიარობიდან გასული არ უნდა იყოს ექვს თვეზე მეტი და მესამე – ქალს არ უნდა ჰქონდეს მენსტრუაციული ციკლი. ასეთ შემთხვევაში ეს მეთოდი არის ორსულობისაგან დაცვის საიმედო საშუალება. მას ბევრი უპირატესობა აქვს – მშობიარობის შემდეგ ქალს იცავს საშვილოსნოსმიერი სისხლის დენისაგან. დედის რძე ბავშვისათვის არის საუკეთესო საკვები. ძუძუთი კვების დროს ხდება ახალშობილის პასიური იმუნიზაცია, რაც მნიშვნელოვანია ინფექციებისაგან დასაცავად. ლაქტაციური ამენორეის მეთოდის გამოყენება ეკონომიური თვალსაზრისითაც გამართლებულია.

როდესაც ბავშვს აძლევენ დამატებით საკვებს, ან თუ ქალს აღუდგება მენსტრუაცია, ან მშობიარობიდან გავა ექვს თვეზე მეტი, ეს მეთოდი აღარ მუშაობს და საჭიროა ქალმა გამოიყენოს კონტრაცეფციის სხვა მეთოდი. ძალზე ეფექტიანია ე.წ. „მინი პილი“ – მხოლოდ პროგესტერონშემცველი აბები. მისი გამოყენება შესაძლებელია მშობიარობის შემდეგ, მაშინვე. ამ მეთოდის შესახებ უკვე მოგაწოდეთ ინფორმაცია.

მეძუძურმა დედამ კონტრაცეფციის მიზნით შეიძლება გამოიყენოს ბარიერული მეთოდები, ქირურგიული სტერილიზაცია. მშობიარობიდან ექვსი თვის შემდეგ დასაშვებია კონტრაცეფციის ყველა მეთოდის გამოყენება, მათ შორის – ჰორმონული საშუალებები.

– რას წარმოადგენს ქალის ქირურგიული სტერილიზაცია?

– ქალის ქირურგიული სტერილიზაციის მეთოდი საკმაოდ პოპულარულია მსოფლიოში. მეთოდის არსი საშვილოსნოს მილების „გადაკეტვაა“. საშვილოსნოს მილებს ფალოპიუსის მილებს უწოდებენ, ეს არის წყვილი ორგანო, სადაც ხდება განაყოფიერება – სპერმატოზოიდებისა და კვერცხუჯრედების შეხვედრა. როდესაც საშვილოსნოს მილების გამავლობა დარღვეულია, ვეღარ ხდება განაყოფიერება.

ქალის სტერილიზაცია ქირურგიული პროცედურაა, სრულდება ლაპაროსკოპიის, ლაპაროტომიის ან ჰისტეროსკოპიის საშუალებით.

ლაპაროსკოპიის დროს მუცელი არ იკვეთება, ნარკოზით მცირე მენჯის ღრუში 0.5-1სმ-ის განაკვეთით შეაქვთ ლაპაროსკოპი – სპეციალური მინი ვიდეოკამერა და ინსტრუმენტები. მათი საშუალებით საშვილოსნოს მილებზე ადებენ „კლიფსებს“, კვანძს ან აკეთებენ კოაგულაციას, რის შემდეგაც კვერცხუჯრედი და სპერმატოზოიდი ვეღარ ხვდება ფალოპიუსის მილებში.

ქალის ქირურგიული სტერილიზაცია შეიძლება ჩატარდეს მუცელკვეთით გეგმურად ან საკეისრო კვეთის დროს.

ერთ-ერთი თანამედროვე მეთოდია ჰისტეროსკოპიის საშუალებით საშვილოსნოს ღრუდან ფალოპიუსის მილების სანათურში სპეციალური მიკროზამბარების მოთავსება.

ქალის ქირურგიულ სტერილიზაციას პრაქტიკულად არ ახლავს გვერდითი მოვლენები, თუ არ ჩავთვლით ლაპაროსკოპიის შესაძლო გართულებებს. სტერილიზაცია არ ცვლის ქალის მენსტრუაციულ და სქესობრივ ფუნქციას, უარყოფითად არ მოქმედებს ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ხასიათზე.

სტერილიზაციის გამოყენება რეკომენდებულია მაშინ, თუ ქალს ჰყავს სამი შვილი და მეტი, მყარად აქვს გადაწყ-

ვეტილი, რომ აღარ სურს ჰყავდეს მეტი შვილი, ან როდესაც ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო აღარ შეიძლება მეტი ორსულობა. სტერილიზაციას არ უკეთებენ 30 წელზე ნაკლები ასაკის ახალგაზრდა ქალებს, ვისაც არ ჰყავს შვილი, ვისაც აქვს ფსიქოლოგიური პრობლემები.

ქალის ქირურგიული სტერილიზაცია კონტრაცეფციის ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტიანი მეთოდია, ეფექტი დგება დაუყონებლივ, შესასრულებლად საჭიროა საოპერაციო ოთახი და სათანადო კვალიფიკაციის მქონე ქირურგი. პროცედურის წინ ქალმა ხელი უნდა მოაწეროს ინფორმირებულ თანხმობას, საჭიროა მეუღლის თანხმობაც.

– როგორ ხდება მამაკაცის ქირურგიული სტერილიზაცია?

– მამაკაცის ქირურგიულ სტერილიზაციას ვაზექტომია ჰქვია. ეს მეთოდი ძალიან პოპულარულია. ვაზექტომიის დროს თესლის გამომტანი სადინარი იზლოკება, სპერმატოზოიდები ვეღარ ხვდებიან სათესლე სითხეში. პროცედურა არ არის ძვირად ღირებული და ტექნიკურად ადვილად შესასრულებელია. სტერილიზაცია არ ცვლის მამაკაცის სქესობრივ ფუნქციას – არ მოქმედებს პოტენციაზე, ერექციაზე, ეაკულაციაზე, არ ახლავს რაიმე გვერდითი მოვლენა. კონტრაცეფციული ეფექტი დგება სამი თვის შემდეგ.

– შესაძლებელია თუ არა, ქირურგიული სტერილიზაციის შემდეგ ქალს ან მამაკაცს ჰყავდეს შვილი?

– ქალისა და მამაკაცის ქირურგიული სტერილიზაცია კონტრაცეფციის შეუქცევადი მეთოდია, რაც იმას ნიშნავს, რომ აღნიშნული პროცედურების ჩატარების შემდეგ ქალს ან მამაკაცს აღარ შეუძლიათ ბუნებრივად შვილის ყოლა. ქირურგიული სტერილიზაციის ჩატარების შემდეგ შვილოსნობის აღდგენა შესაძლებელია მხოლოდ ხელოვნ-

ნური განაყოფიერების გზით. უნდა აღინიშნოს, რომ „სინჯარაში განაყოფიერება“ მკურნალობის საკმაოდ ძვირად ღირებული მეთოდია, ამიტომ სტერილიზაციის გადაწყვეტილებამდე ნყვილი კარგად უნდა დაფიქრდეს.

– რას ნიშნავს გადაუდებელი კონტრაცეფცია, როდის არის საჭირო და როგორ ხდება მისი გამოყენება?

– გადაუდებელ კონტრაცეფციას პოსტკოიტალურ, ავარიულ კონტრაცეფციასაც უწოდებენ. ამ მეთოდის გამოყენება საჭირო ხდება იმ შემთხვევაში, თუ ქალს ჰქონდა დაუგეგმავი, შემთხვევითი სქესობრივი კონტაქტი და არ იყენებდა კონტრაცეფციას. ასეთი აუცილებლობა შეიძლება გაჩნდეს ძალადობის შემთხვევებშიც. კონტრაცეფციის სხვა მეთოდებისაგან განსხვავებით, გადაუდებელი კონტრაცეფციის გამოყენება ხდება სქესობრივი აქტის შემდეგ, ამიტომ მას შემდეგი დილის აბებსაც უწოდებენ.

გადაუდებელი კონტრაცეფციის მიზნით გამოიყენება ჰორმონული აბები, საშვილოსნოსშიგა საშუალებები, ანტიპროგესტერონები.

ფარმაცევტულ ბაზარზე არის სპეციალურად გადაუდებელი კონტრაცეფციისათვის შექმნილი პროგესტერონის მაღალი შემცველობის აბები, რომელთა მიღება უნდა მოხდეს დაუცველი სქესობრივი კონტაქტის შემდეგ დაუყოვნებლივ, მაქსიმუმ 72 საათის განმავლობაში. მეთოდი მაღალი ეფექტით ხასიათდება და საიმედოდ იცავს ქალს არასასურველი ორსულობისაგან. გვერდითი მოვლენებიდან შეიძლება აღინიშნოს გულისრევა, ღებინება, მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა.

– არსებობს თუ არა სიახლეები კონტრაცეფციის მიმართულებით?

– კონტრაცეფციის გავრცელება და სხვადასხვა მეთოდის მიმართ ხელმისაწვდომობა რეპროდუქციული

ჯანმრთელობის ერთ-ერთი ინდიკატორია. ეს მიმართულება დღითი დღე ვითარდება. თანამედროვე ჰორმონულ კონტრაცეფციასთან ერთად, პერსპექტივაში იმუნური კონტრაცეფციის შექმნა, რაც გულისხმობს ვაქცინაციას სპერმატოზოიდების სანინალმდეგო ანტისხეულების გამოსამუშავებლად. მუშავდება სპეციალური მიკროჩიპები, რომელთა საშუალებით 16 წლის განმავლობაში შესაძლებელი იქნება ქალის ორგანიზმში ჰორმონის გამოყოფა და ორსულობისაგან ხანგრძლივი დაცვა.

– როგორ უნდა მოიქცეს წყვილი, რომელსაც ორსულობისგან თავის დაცვა სურს, აუცილებელია თუ არა ექიმთან ვიზიტი კონტრაცეფციის შესარჩევად და შეიძლება თუ არა კონტრაცეფციის გამოყენება ექიმის რჩევის გარეშე?

– არასასურველი ორსულობისაგან თავდასაცავად და ხელოვნური აბორტის ასარიდებლად საჭიროა კონტრაცეფციის გამოყენება. კონტრაცეფცია გვეხმარება ორსულობის სასურველ დროს დაგეგმვაშიც.

დღეს კონტრაცეპტივების დიდი არჩევანია, დაწყებული ძველი, ტრადიციული მეთოდებით, დამთავრებული თანამედროვე საშუალებებით.

კონტრაცეფციის შესარჩევად წყვილმა კონსულტაცია უნდა გაიაროს რეპროდუქტოლოგთან. არასწორია კონტრაცეპტივების მიღება მეგობრის რეკომენდაციით, რეკლამით მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე. ეს არ ეხება ოჯახის დაგეგმვის ბუნებრივ მეთოდებს, კონდომის გამოყენებას.

მეთოდის შერჩევისას ყურადღება ექცევა სხვადასხვა ფაქტორს: წყვილის ასაკს, ჯანმრთელობის მდგომარეობას, ანამნეზსა და გენეტიკაში სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის, თრომბოზების არსებობას. გასათვალისწინებელია

წყვილის ტემპერამენტი, რელიგიური შეხედულებები, სურვილები. საჭიროების შემთხვევაში ტარდება სათანადო გამოკვლევები. საბოლოოდ, ექიმის დახმარებით წყვილი თვითონ აკეთებს გაცნობიერებულ არჩევანს.

ბავშვთა და მოზარდთა გინეკოლოგიისა და რეპროდუქციული ენდოკრინოლოგიის აქტუალური საკითხები

ლალი ფხალაძე

– სად და როდის ჩამოყალიბდა ბავშვთა და მოზარდთა გინეკოლოგიური ენდოკრინოლოგიის სამსახური საქართველოში და რა გამოცდილება არსებობს ქვეყანაში ამ მიმართულებით?

– ბავშვთა და მოზარდთა გინეკოლოგიური ენდოკრინოლოგიის სამსახური საქართველოში ჩამოყალიბდა იოსებ ჟორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის სამეცნიერო კვლევით ინსტიტუტში. განყოფილება შეიქმნა 1972 წელს, პროფესორ ჯემალ ციციშვილის მიერ და იყო პირველი და ერთადერთი არა მარტო საქართველოში, არამედ მთელ სამხრეთ კავკასიაში. ჩვენს ინსტიტუტს პაციენტები მომართავდნენ არა მხოლოდ საქართველოდან, არამედ სომხეთიდან, აზერბაიჯანიდან, ჩრდილოეთ კავკასიიდან და რუსეთიდანაც კი. ამდენად, ამ მიმართულებით უნიკალური გამოცდილება დაგროვდა. ამ პროფილის ექიმში დღესაც ძალიან ცოტაა. ქალბატონები – ნანა ჩოფიკაშვილი და ნანა მინდელი არიან საქართველოში ამ დარგის წამყვანი სპეციალისტები უდიდესი გამოცდილებით.

– რეპროდუქციული სისტემის ჩამოყალიბების რა სახის დარღვევები შეიძლება აღინიშნოს ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში და ყველაზე ხშირად რა პრობლემებია ამ ასაკის პაციენტებში?

– ჟორდანიას ინსტიტუტის თანამშრომლების მიერ რეგულარულად ტარდებოდა პროფილაქტიკური გასინჯვები არა მარტო თბილისის სკოლებში, არამედ რეგიონებშიც. აღმოჩნდა, რომ ყოველ მე-7 გოგონას აქვს რეპროდუქციული სისტემის ესა თუ ის დარღვევა, რაც ამ ასაკობრივი ჯგუფის დაახლოებით 16%-ს შეადგენს. ვაჟებთან ეს მაჩვენებელი გაცილებით დაბალია. დარღვევების მაღალი სიხშირის მიუხედავად, ეს კონტინგენტი ჩვენ არცთუ ისე ხშირად მოგვმართავს. ერთ-ერთი მიზეზი მშობლების ნაკლები ინფორმირებაა.

მომართვის ყველაზე ხშირი მიზეზებია: ჩვილ გოგონათა სასირცხო ბაგეების შეხორცება, სისხლიანი ჩამონაშალი; შემდგომ პერიოდში შეიძლება იყოს გამონადენი საშოდან, ქავილი და წვა სასქესო ორგანოების არეში, უცხო სხეულის არსებობა საშოში; შედარებით იშვიათია გარეთა სასქესო ორგანოების არასწორი განვითარება; საკმაოდ ხშირად მოგვმართავენ მოზარდები მენსტრუაციული ციკლის სხვადასხვა სახის დარღვევით, მტკივნეული მენსტრუაციით, ჭარბთმიანობის, აკნეს, სიმსუქნის, ვარდისფერი სტრიების არსებობის გამო და ა.შ. ვაჟების შემთხვევაში ვიზიტის ძირითადი მიზეზი სქესობრივი განვითარების შეფერხებაა.

– როგორ მიმდინარეობს გოგონებისა და ვაჟების სქესობრივი მომწიფება, მათი რეპროდუქციული სისტემის ჩამოყალიბება და რა ფაქტორებზეა დამოკიდებული ეს პროცესები?

– საზოგადოდ, ადამიანის ფიზიკური და სქესობრივი განვითარება განისაზღვრება გენეტიკური თავისებურებებით. ზრდისა და სასქესო ჰორმონები არეგულირებენ ფიზიკურ და სქესობრივ განვითარებას და გარემო ფაქტორები (გარემოს დაბინძურება, სტრესი, კვების დარღვევა), ბავშვთა ინფექციები და ა.შ. გავლენას ახდენენ ამ პროცესებზე.

ბავშვობას მოსდევს სქესობრივი მომწიფების პერიოდი, რასაც პუბერტატი ეწოდება – ჩნდება ე.წ. მეორეული სასქესო ნიშნები, რაც გოგონას განასხვავებს ვაჟისაგან. გოგონების სქესობრივი მომწიფება დაახლოებით 8-დან 13 წლამდე ასაკში იწყება, ვაჟების ეს პერიოდი 1-1.5 წლით გვიან დგება, საშუალოდ ეს არის 12-13 წელი.

გოგონების სქესობრივი მომწიფების პირველი გარეგანი გამოვლინება არის სარძევე ჯირკვლების ზრდა – არეოლების ქვეშ ჯირკვლოვანი ქსოვილი მკვრივდება, დვრილის გარშემო შეფერილობა იცვლება. შესაძლებელია იყოს ასიმეტრია, რაც ზოგჯერ მთელი ცხოვრება რჩება. დაახლოებით 3-ნ თვის შემდეგ იწყება გათმიანება. ერთეული თმები ჩნდება სასირცხო ბაგეებზე, შემდეგ ბოქვენზე. მოგვიანებით გათმიანება ჩნდება ილიაში. შესაძლებელია, სარძევე ჯირკვლებისა და სასქესო თმთანობის განვითარება დაინწყოს ერთდროულად. ეს ყოველივე წინ უსწრებს პირველ მენსტრუაციას – მენარქეს. ამ პროცესებს წარმართავენ სასქესო ჰორმონები, ძირითადად, ესტროგენები და ანდროგენები. როცა ესტროგენების დონე პიკს აღწევს, ზრდის ზონები იხურება და გოგონას სიმალეში ზრდა სრულდება. ეს პროცესი დამოკიდებულია სქესობრივი მომწიფების ტემპზე.

პარალელურად იცვლება სხეულის აღნაგობა. ცხიმოვანი ქსოვილი გროვდება დუნდულოებისა და ბარძაყის მიდამოში. იმატებს საოფლე და ცხიმოვანი ჯირკვლების

სეკრეცია. მოზარდებს ამ ასაკში დამახასიათებელი სუნი აქვთ. კანი ხდება ცხიმოვანი და ჩნდება აკნე, რაც ამ პერიოდისათვის ნორმალური მოვლენაა.

ვაჟთა სქესობრივი მომწიფების დაწყების პირველი ნიშანი არის სათესლე ჯირკვლის ზომების ზრდა, რასაც თან ახლავს სათესლე პარკის ცვლილებები, დანაოჭება, გამუქება. სათესლეების მოცულობის ზრდასთან ერთად იზრდება სასქესო ასოც. თავდაპირველად თმინობა ჩნდება ბოქვენზე, 1-1.5 წლის შემდეგ – ილიაში, ყველაზე გვიან – სახეზე. ანდროგენების გავლენით იცვლება აღნაგობა, იზრდება კუნთოვანი მასა, მატულობს კანის ცხიმოვანობა, იწყება ხმის დაბოხება. შეიძლება განვითარდეს სარძევე ჯირკვლების ზომიერი გადიდება – გინეკომასტია და მტკივნეულობა. თუ გინეკომასტია ძალიან არ არის გამოხატული, ის პათოლოგიად არ განიხილება.

პუბერტატის ბოლოს სქესობრივი მომწიფება მეტ-ნაკლებად დასრულებულია, მაგრამ ეს იმას არ ნიშნავს, რომ გოგონა ან ვაჟი ამ პერიოდში მზადაა რეპროდუქციული ფუნქციის განსახორციელებლად.

რეპროდუქციული სისტემის ფუნქციონირებას აკონტროლებენ თავის ტვინის უმაღლესი ცენტრები – ჰიპოთალამუსი და ჰიპოფიზი, სადაც გამოიმუშავდება მარეგულირებელი ჰორმონები. ისინი საკვერცხეებსა და სათესლეებში ასტიმულირებენ სასქესო სტეროიდების – ესტროგენებისა და ანდროგენების სეკრეციას. პუბერტატის პერიოდში რეპროდუქციული სისტემა მოუმწიფებელია – ბოლომდე ჩამოყალიბებული არ არის, ამიტომ შეიძლება გამოვლინდეს სხვადასხვა გადახრა.

– როგორ ვლინდება ვაჟებისა და გოგონების სქესობრივი განვითარების დარღვევა და ყველაზე ხშირად რა ინვევს მას?

– სქესობრივი მომწიფების დარღვევის გამოვლინება შეიძლება იყოს მეორეული სასქესო ნიშნების განვითარების ვადებისა და თანმიმდევრობის დარღვევა, სასქესო ორგანოების არასანორად ჩამოყალიბება. ეს უკავშირდება ჰორმონულ და გენეტიკურ პათოლოგიას, სოციალურ-ეკონომიკურ ფაქტორებს.

– რას ნიშნავს ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება და სქესობრივი მომწიფების დაგვიანება, რა მიზეზებით შეიძლება იყოს ეს განპირობებული?

– თუ მეორეული სასქესო ნიშნების განვითარება გოგონებს 8 წლამდე, ვაჟებს კი 9 წლამდე ეწყებათ, ეს ნაადრევ სქესობრივ მომწიფებას მიუთითებს, რაც შეიძლება განაპირობოს სხვადასხვა პათოლოგიამ – ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებებმა, სიმსივნეებმა, თანდაყოლილმა დაავადებებმა, საკვერცხეების ცისტებმა.

თუ 14 წლის ვაჟს სათესლე ჯირკვლების მოცულობა 4 მლ-ზე ნაკლები აქვს (ან 2,5 სმ-ზე ნაკლები), ეს შეიძლება ჩაითვალოს სქესობრივი მომწიფების შეფერხებად.

გოგონების შემთხვევაში დაგვიანებულ სქესობრივ მომწიფებად განიხილება 13 წლამდე სარძევე ჯირკვლების განუვითარებლობა და 16 წლამდე მენსტრუაციის არარსებობა.

სქესობრივი მომწიფების შეფერხება მნიშვნელოვან ფსიქოსოციალურ პრობლემებს უქმნის მოზარდს. იმის გამო, რომ ისინი განსხვავდებიან თავიანთი თანატოლებისაგან, აქვთ დაბალი თვითშეფასება, შფოთვა, დეპრესია და ზოგჯერ აგრესიაც სხვათა მიმართ.

ხშირად სქესობრივი განვითარების შეფერხება გამოწვეულია თანდაყოლილი გენეტიკური პათოლოგიებით. უკვე მუცლადყოფნის პერიოდში ხდება სასქესო ჯირკვლების არასწორი ჩამოყალიბება. დაბადებისას, ზოგ-

ჯერ, სქესის დადგენაც კი გაძნელებულია. ეს დარღვევები შესამჩნევი ხდება სქესობრივი მომნიშვნის პერიოდში და ვლინდება ფიზიკური და სქესობრივი განვითარების შეფერხებით.

სქესობრივი მომნიშვნის შეფერხება შეიძლება იყოს დაკავშირებული არასაკმარის კვებასთან, კონსტიტუციურ ფაქტორებთან, ინფექციებთან, ტრავმებთან, ნერვული სისტემის დაზიანებასთან.

მნიშვნელოვანია, რომ მშობელს ჰქონდეს ინფორმაცია და აკვირდებოდეს, რამდენად სწორად მიდის მისი შვილის ფიზიკური და სქესობრივი განვითარება. გადახრების არსებობისას კი აუცილებლად მიმართოს ბავშვთა გინეკოლოგ-ენდოკრინოლოგს.

– როგორ აისახება სქესობრივი განვითარებისა და რეპროდუქციული სისტემის ჩამოყალიბების დარღვევები მოზრდილებთან და რამდენად მნიშვნელოვანია ექიმთან დროული ვიზიტი?

– რადგან სქესობრივი განვითარებისა და რეპროდუქციული სისტემის ჩამოყალიბების დარღვევები თითქმის ყოველთვის უკავშირდება სხვადასხვა პათოლოგიურ მდგომარეობას, ცხადია, ასეთ მოზარდებს შემდგომში აქვთ გარკვეული პრობლემები რეპროდუქციული ფუნქციის მოშლის კუთხით. მათი დროული აღმოჩენა და მკურნალობა მნიშვნელოვანია რეპროდუქციული ფუნქციის დარღვევების პრევენციისათვის. იმ გოგონებს, რომლებიც მოზარდობის პერიოდში იწყებენ მკურნალობას, მოზრდილობაში პრობლემები ნაკლებად აქვთ, ადვილად ორსულდებიან. ნაადრევი სქესობრივი მომნიშვნის ან განვითარების შეფერხების დროული მკურნალობა ხელს უწყობს ფიზიკური მონაცემების (სიმაღლე, სხეულის სწორად ფორმირე-

ბა) კორექციასაც და დადებითად აისახება მოზარდის ფსიქიკაზე.

რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის დაწყება ბავშვობისა და მოზარდობის პერიოდიდანვეა საჭირო.

– რას უკავშირდება ახალშობილთა სასირცხო ბაგეების შეხორცება და როგორ გვარდება ეს პრობლემა?

– გოგონების სიცოცხლის პირველ წლებში ხშირია სასირცხო ბაგეების არეში ნაზი შეხორცებების, ე.წ. სინექიების ან უხეში შეხორცებების განვითარება. ამის მიზეზია ჰიპოესტროგენული მდგომარეობა და გარეთა სასქესო ორგანოების არასწორი ჰიგიენა. ასეთი შეხორცებები ზოგჯერ შარდვის პროცესსაც უშლის ხელს. ამ დროს ტარდება ადგილობრივი მკურნალობა ესტროგენის შემცველი პრეპარატებით და პრობლემა სწრაფად გვარდება, პრაქტიკულად არაა საჭირო შეხორცებების ქირურგიული გათიშვა. მნიშვნელოვანია ახალშობილის სწორი ჰიგიენა, რაც მოიცავს დაბანას წინიდან უკან, რომ ბაქტერიები საშოში არ მოხვდეს. არ არის რეკომენდებული ხშირი დაბანა საპნით და სხვა საშუალებებით, რაც გამოიწვევს კანისა და ლორწოვანის გამოშრობას.

– რასთან არის დაკავშირებული გამონადენი სასქესო ორგანოებიდან და რატომ შეიძლება ჰქონდეს გენიტალიების ქავილი გოგონას?

– ახალშობილებს ზოგჯერ აქვთ სისხლიანი ჩამონაშალი, ასევე თეთრი ფერის გამონადენი, რაც, ცხადია, მშობლების შემფოთებას იწვევს. ეს დედის ჰორმონების გავლენაა და საშიში არ არის. საყურადღებოა მოყვითალო, მომწვანო გამონადენის არსებობა, რაც დაკავშირებულია ინფექციასთან. მიზეზი შეიძლება იყოს დედის ინფექცია, რაც ხშირად გადადის გოგონებთან მშობიარობის დროს,

ჰიგიენური ნორმების დაუცველობით, საერთო თეთრეულის გამოყენებით და ა.შ.

გენიტალიების ქავილი, ინფექციების გარდა, შეიძლება დაკავშირებული იყოს ჰელმინთებით ინვაზიასთან – ჭიების არსებობასთან.

საშოდან გამონადენი შეიძლება გამონვეული იყოს უცხო სხეულის არსებობით, რაც ბავშვებს თვითონ შეაქვთ საშოში და ეს არცთუ იშვიათია.

აღნიშნულ შემთხვევებში მნიშვნელოვანია დროული გამოკვლევა და სათანადო მკურნალობა. ამასთან, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ჰიგიენური წესების დაცვას.

– ჭარბთმიანობა, კანის ცხიმოვანობა და გამონაყარი – არის თუ არა საფუძველი, რომ მოზარდი გინეკოლოგიური და ენდოკრინოლოგიური პრობლემების წინაშე დგას? არსებობს თუ არა სხვა რაიმე კლინიკური ნიშნები, რაც შესაძლოა ჰორმონულ დარღვევებზე მიუთითებდეს?

– ჭარბთმიანობა, გამონაყარი, კანის ცხიმოვანობა არის მნიშვნელოვანი პრობლემა მოზარდი გოგონებისთვის და საკმაოდ ხშირია. ეს ყველაფერი არის მამაკაცის სასქესო ჰორმონების სიჭარბის შედეგი. აღნიშნული სიმპტომები შეიძლება იყოს ისეთი დაავადებების გამოვლინება, რაც იწვევს უშვილობას, მეტაბოლურ დარღვევებს, შაქრიანი დიაბეტის განვითარებას და ა.შ. მხოლოდ კოსმეტიკური პროცედურები პრობლემას ვერ მოაგვარებს. ამ დროს აუცილებელია ჰორმონული გამოკვლევების ჩატარება, რომ დაისვას ზუსტი დიაგნოზი და ჩატარდეს სწორი მკურნალობა.

მოზარდ გოგონებს წონის მატებისას ზოგჯერ სხეულზე უჩინდებათ ვარდისფერი სტრიები, რაც აღინიშნება არა მხოლოდ ჭარბი წონისა და სიმსუქნის დროს, არამედ ნორ-

მალური წონის შემთხვევაშიც. ეს დაკავშირებულია თავის ტვინის უმაღლეს ცენტრებში ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების დისბალანსსა და ჰორმონულ დისფუნქციასთან.

ჭარბი წონისა და სიმსუქნის შემთხვევებში ხშირია ბარდაყების შიგა ზედაპირზე კანის გამუქება, ე.წ. შავი აკანტოზი, რაც ინსულინის სეკრეციის მატებასა და ინსულინრეზისტენტობაზე მიუთითებს.

ამდენად, კანზე აღნიშნული ნიშნების განვითარება ჰორმონული დარღვევების გამოვლინებაა და გარკვეული გინეკოლოგიურ-ენდოკრინოლოგიური დარღვევების არსებობაზე მიანიშნებს.

– მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა – რამდენად ხშირია დღეს ეს პრობლემა გოგონებთან და როგორ ექვემდებარება მკურნალობას?

– მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა გამოიხატება მენსტრუაციის რეგულარული რიტმის არარსებობით. ნორმალურ შემთხვევაში მენსტრუაციათა შორის ინტერვალები 21 დღიდან 35 დღემდე მერყეობს. სისხლიანი გამონადენის ხანგრძლივობა 3-დან 7 დღის ფარგლებშია, სისხლის დანაკარგი 80 მლ-ს არ უნდა აღემატებოდეს. მენარქედან პირველი 2 წლის განმავლობაში მენსტრუაციის რიტმი შეიძლება არ იყოს რეგულარული და ეს პათოლოგიად არ განიხილება.

მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა შეიძლება გამოიხატებოდეს დაგვიანებაში, როდესაც გოგონას მენსტრუაცია რამდენიმე თვე არ აქვს. ასეთი სახის დარღვევები დაკავშირებულია ჰორმონულ პათოლოგიასთან, მაგალითად, საკვერცხეების პოლიკისტოზთან, რამაც შემდგომში უშვილობა და ჯანმრთელობის სხვა პრობლემები შეიძლება გამოიწვიოს.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს სისხლდენების სახით მენსტრუაციული ციკლის დარღვევას, რაც გვხვდება შემთხვევების 30%-ში. ამ დროს შეიძლება განვითარდეს სიცოცხლისათვის საშიში გართულებები სისხლის დიდი რაოდენობით დაკარგვის გამო. მოზარდ გოგონებს, ნებისმიერი სახის საშვილოსნოსმიერი სისხლდენის დროს, აუცილებლად ესაჭიროებათ მოზარდთა გინეკოლოგ-ენდოკრინოლოგის დაუყოვნებლივი ჩარევა.

არის შემთხვევები, როდესაც გოგონას აქვს ყოველთვიური ძლიერი მოვლითი ტკივილები და მენსტრუაციული ციკლი არ ეწყება. მიზეზი არის დახურული საქალწულე აპკი, რომლის დროსაც მენსტრუაციული სისხლი გარეთ ვერ გამოდის და ყალიბდება ე.წ. ჰემატოკოლპოსი (სისხლის დაგროვება საშოში). ასეთ დროს საჭირო ხდება ქირურგიულად საქალწულე აპკის გაკვეთა.

– როგორ უნდა მოვიქცეთ, როდესაც გოგონას საკვერცხის ცისტა აღენიშნება?

– ხშირია მოზარდ გოგონათა საკვერცხის რეტენციული ცისტები. მიზეზი არის ის, რომ რეპროდუქციული სისტემა ბოლომდე არ არის მომწიფებული. საკვერცხეში კვერცხუჯრედი არ მწიფდება, ფოლიკული არ სკდება და ცისტად გარდაიქმნება. ასეთი წარმონაქმნები მკურნალობის გარეშე თავისთავად ქრება მომდევნო მენსტრუაციის შემდეგ და მით უმეტეს, ქირურგიულ ოპერაციას არ საჭიროებს. შეიძლება დაინიშნოს ჰორმონული მკურნალობა.

ციისტების საშიში გართულებაა შემოგრება ან გასკდომა. დიდი ზომის ცისტების შემთხვევაში აუცილებელია ექიმის მეთვალყურეობა, ექოსკოპიური დაკვირვება, სათანადო მკურნალობა, რათა თავიდან ავიცილოთ ქირურგიული ჩარევა. აუცილებელია დამზოგველი რეჟიმი – მოზარდი

უნდა მოერიდოს ფიზიკურ აქტივობას. სწორი მართვის პირობებში იშვიათადაა საჭირო ქირურგიული ოპერაცია. საზოგადოდ, უპირატესობა ენიჭება ლაპაროსკოპიას.

იშვიათია ჰორმონაქტიური ცისტები, პაპილარული ცისტადენომები. ამ დროს საჭიროა ქირურგიული მკურნალობა. დერმოიდული და ენდომეტრიული ცისტების შემთხვევაში, თუ მათი ზომა დიდი არ არის, ხდება დაკვირვება.

– ნორმალურია თუ არა მტკივნეული მენსტრუაცია მოზარდისთვის?

– მტკივნეული მენსტრუაცია, როგორც წესი, მიუთითებს დარღვევებზე. მოზარდ გოგონათა მენსტრუაციული ციკლის ჩამოყალიბების სანყის ეტაპზე ეს დაკავშირებულია ჰორმონულ უკმარისობასთან. უნდა გვახსოვდეს, რომ მტკივნეული მენსტრუაცია შეიძლება იყოს, მაგალითად, ენდომეტრიოზის სიმპტომი, რაც არის საკმაოდ რთული დაავადება. თუ მტკივნეულ მენსტრუაციას არ მივაქცევთ ყურადღებას, შეიძლება შემდგომ განვითარდეს ისეთი გართულებები, რომლებიც გამოიწვევს უშვილობას, ცხოვრების ხარისხის გაუარესებას.

– ჭარბი წონა და სიმსუქნე – რაც თანამედროვე მსოფლიოს და მათ შორის ჩვენი პრობლემაცაა – როგორ აისახება მოზარდების სქესობრივ განვითარებაზე, რა რისკებთან არის დაკავშირებული და როგორ უნდა დავძლიოთ პროფესიონალების დახმარებით ეს პრობლემა?

– ბავშვებსა და მოზარდებში სხეულის წონა, ისევე როგორც სიმაღლე, ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი მახასიათებელია. სიმსუქნე მიეკუთვნება ენდოკრინულ-მეტაბოლურ დარღვევას. სიმსუქნის დროს ცხიმოვანი ქსოვილი ჭარბად გროვდება ორგანიზმში, ის გამოწვეულია ენერგეტიკული დისბალანსით, როდესაც მიღებული კალორიები აღემატება დახარჯულს. სიმსუქ-

ნის შესაფასებლად გამოიყენება მასის ინდექსი – სხეულის წონა სანტიმეტრებში გაყოფილი სიმაღლის კვადრატზე.

ჭარბწონიან და სიმსუქნის მქონე ბავშვებს უფრო ადრე ეწყებათ სქესობრივი მომწიფება ნორმალური წონის თანატოლებთან შედარებით და პირიქით. იმისათვის, რომ გოგონას დაეწყოს მენსტრუაცია, მას უნდა ჰქონდეს სხეულის გარკვეული მასა.

ბავშვები და მოზარდები ჭარბი წონით და სიმსუქნით მაღალი რისკის ქვეშ არიან საკვერცხეების პოლიკისტოზის და მეტაბოლური სინდრომის განვითარების თვალსაზრისით.

სიმსუქნე შეიძლება იყოს სხვადასხვა ენდოკრინული დაავადების თანმხლები მდგომარეობა, რომელიც აზიანებს პრაქტიკულად ყველა ორგანოს.

ამ პრობლემის დაძლევაში მნიშვნელოვანი როლი აქვს მშობელს, რომელმაც ხელი უნდა შეუწყოს შვილს სწორ კვებაში, მხარი დაუჭიროს მის ჩართვას ფიზიკურ აქტივობებში. მოზარდმა უნდა გააცნობიეროს პრობლემის სერიოზულობა და სიმსუქნის პოტენციური ზიანი რეპროდუქციულ ფუნქციასა და ჯანმრთელობაზე.

სიმსუქნეს ხშირად თან ახლავს სხვა ჰორმონული და მეტაბოლური დარღვევები – ჰიპოთალამური სინდრომი, ჰიპერპროლაქტინემია, ჰიპერინსულინემია, ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპოფუნქცია და სხვა. ამ დროს სათანადოდ უნდა შეფასდეს ჰორმონული ფონი და დაინიშნოს მკურნალობა.

– ძალიან ხშირად მოზარდები სპეციალისტის ჩარევის გარეშე მიმართავენ დიეტას. რა დარღვევები შეიძლება გამოიწვიოს თვითნებურმა დიეტებმა?

– კვებითი ქცევის დარღვევამ შეიძლება მიგვიყვანოს მძიმე შედეგებამდე, როგორცაა, მაგალითად – ანორექ-

სია, საკვების მიუღებლობით გამოწვეული ძლიერი სიგამხდრე. ეს უფრო მეტად დამახასიათებელია 13-16 წლის გოგონებისთვის, რომლებიც სხეულის სასურველი წონის მისაღწევად მიმართავენ სხვადასხვა დიეტას, ძირითადად შიმშილობენ და საკვების მიღების შემდეგ გულსაც ირევენ. საკვების უკმარისობის პირველი სიმპტომი არის მენსტრუაციის დაკარგვა. ამ დარღვევის სიმძიმე დამოკიდებულია არა მხოლოდ მასის დეფიციტზე, არამედ შიმშილის ხანგრძლივობაზე. ზოგჯერ დროული მკურნალობის დაწყების შემდეგაც კი ძალიან ძნელია მენსტრუაციის აღდგენა. ხშირად საჭირო ხდება ფსიქოლოგის და ფსიქიატრის ჩართვაც.

– რას უნდა მიაქციოს მშობელმა ყურადღება შვილთან დაკავშირებით და როდის უნდა დაიწყოს ზრუნვა შვილის ჯანმრთელობასა და ჯანსაღ მომავალზე?

– შვილის რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ახალშობილობიდან უნდა დაიწყოს და გაგრძელდეს მთელი ბავშვობა და მოზარდობის პერიოდი. ეს მოიცავს ჰიგიენას, გენიტალიების სწორად დაბანას, მეორეული სასქესო ნიშნების განვითარებაზე დაკვირვებას, კვების ნორმალური რეჟიმის უზრუნველყოფას. მშობელმა ყურადღება უნდა მიაქციოს კანზე ვარდისფერი სტრიების გაჩენას, გოგონათა ჭარბთმიანობას, სახეზე აკნეს გამონაყარს, მენსტრუაციული ციკლის რეგულარობას, გადაცდენებს, ხშირ და ჭარბ მენსტრუაციას, ტკივილს მენსტრუაციის დროს, სხეულის ზედმეტ წონას ან ძალიან სიგამხდრეს, თავის ტკივილს. გადახრების არსებობისას აუცილებელია ექიმთან დროული ვიზიტი და მოზარდის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა.

მოზარდების ეტაპობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვა სქესობრივი მომწიფების ფიზიოლოგიური მიმდინარეობის დროსაც კი აუცილებელია.

ავად სახსენებელი აბორტი

არჩილ ხომასურიძე

(ინტერვიუ ჩაინერა თამარ მამაცაშვილმა)

– ბ-ნო არჩილ, თქვენ ამასწინანდელ ინტერვიუში აღნიშნეთ, რომ საქართველოში „აბორტი დამარცხებულია და ის ფეხზე ვედარ დადგება“. არსებულ ოფიციალურ სტატისტიკაში კი აღნიშნულია, რომ ხელოვნური აბორტების რიცხვი საქართველოში აღემატება 36000-ს. ხომ არ აჭარბებს ეს რიცხვი თვითდაჯერების ზღვარს?

– მიუხედავად იმისა, რომ ტერმინი „თვითდაჯერება“ ჩემთვის მიუღებელია, მაინც მინდა გითხრათ, „ბარაქალა“ საქმიანი და ლოგიკური შეკითხვისთვის. ვეცდები თქვენ და ჩვენს რესპონდენტებს დამაჯერებელი პასუხი გავცე.

პირველ რიგში, მიზანშეწონილად მიმაჩნია, რომ გავიხსენო მცირედი ისტორია. უპირველესად ის ფაქტი, რომ ცნობილი ინსტიტუტის დაარსებისას პროფ. ი. ჟორდანიამ დაისახა ორი მიზანი: ერთი იყო უშვილობის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მეთოდების დახვეწა და მეორე – ხელოვნურ აბორტთან ბრძოლა. შესაბამისად, მე და ჩემმა კოლეგებმა გასული საუკუნის ოთხმოცდაათიანი წლებიდან დავიწყეთ ორივე მიზნის სისრულეში მოსაყვანად ბრძოლა. პირველი ამოცანის შესრულება მიმდინარეობდა გეგმაზომიერად, რის შესახებაც ბევრი ითქვა და დაიწერა. ეს პროცესი გრძელდება ამჟამადაც.

ხელოვნურ აბორტებთან ბრძოლა კი შემიძლია შევადარო ძღვევამოსილ მაფიასთან შერკინებას. ოთხმოციანი წლებისთვის საქართველში ჩამოყალიბებული იყო ტიპური „აბორტმახერთა მაფია“, რომელშიც შედიოდნენ როგორც ექიმები, ისე არაექიმები. მათ დიდი ზეგავლენა ჰქონდათ თითქმის ყველა ინსტანციაზე. ამგვარად, მათთან ბრძოლა სასიკვდილო საფრთხე იყო. ყოველ შემთხვევაში, ფაქტია, რომ როდესაც მე პირადად გამოვუცხადე ბრძოლა ხელოვნურ აბორტს, მაშინვე დაიწყო პირდაპირი და ირიბი მუქარები – რომ მომკლავდნენ, თუ არ დავტოვებდი საქართველოს. მაგრამ, როგორც ხედავთ, ღმერთმა გადამარჩინა.

იმ პერიოდისთვის 5,5-მილიონიან საქართველოში ოფიციალურად აღირიცხებოდა 100 000 ხელოვნური აბორტი, რასაც ემატებოდა ორჯერ მეტი კრიმინალური აბორტი, ანუ ჯამურად 1987 წლისთვის საქართველოში კეთდებოდა დაახლოებით 300 000 ხელოვნური აბორტი. ამ ბარბაროსული მაჩვენებლით საქართველო მსოფლიო ანტირეკორდსმენი იყო. თანამედროვე ჩასახვის სანინააღმდეგო საშუალებების გამოყენება კი 0-ს უტოლდებოდა.

2000 წლისთვის საქართველოში ხელოვნური აბორტების რიცხვმა იკლო დაახლოებით 10-ჯერ, თანამედროვე კონტრაცეპტივების გამოყენებამ კი გადააჭარბა 70%-ს. ასეთი ნახტომი იმ დროისთვის თანამედროვე კონტრაცეფციის ისტორიაში მსოფლიო რეკორდი იყო.

ხსენებული მონაცემები ემყარებოდა ი. ჟორდანიას იდეოლოგიას და ჩემს მრავალწლიან გამოცდილებას ამ სფეროში. ოფიციალური მონაცემები ხელოვნური აბორტების შესახებ საბჭოთა პერიოდში სრულად ფაქტობრივი იყო, მის შემდგომ ხანაში კი დიდი სიზუსტით არ გამოირჩეოდა. ამიტომ მე არ მიკვირს, რომ თქვენ მი-

ერ მოხმობილი რიცხვი – 36 000 – 2014 წელს განეკუთვნება. მას შემდეგ სახელმწიფო აღარც დაინტერესებულა აბორტების რიცხვის აღნუსხვით. იმის მიხედვით, რასაც პრაქტიკოსი ექიმები ვხედავთ, ეს რიცხვი არ უნდა აღემატებოდეს 12-15 ათასს. ამიტომ დაინტერესებულ პირებს მიგვაჩნია, რომ აბორტების ლიკვიდაციის პროცესი გრძელდება და თანდათანობით სულ უფრო შეუქცევადი ხდება. ჩვენი საზოგადოების ოჯახები კი სულ უფრო ხშირად გეგმავენ ოჯახს თანამედროვე კონტრაცეპტივების საშუალებით. მათ შესახებ ადეკვატური ინფორმირების დონე იმდენად ამაღლდა (75%-80%-მდე), რომ ჩვენ დარწმუნებულები ვართ ხელოვნური აბორტების ლიკვიდაციის რეალობაში უახლოესი 2-3 წლის განმავლობაში და ამ პროცესის შეუქცევადობაში.

– როგორ გგონიათ, ხელოვნური აბორტების სიხშირის შემცირებას ხელს ხომ არ შეუწყობდა მათი იურიდიული აკრძალვა?

– ცალსახად შემიძლია გიპასუხოთ, რომ არა. არცერთ აკრძალვას არავითარი დადებითი შედეგი არ მოუტანია მსოფლიო ისტორიაში, მათ შორის – არც აბორტის აკრძალვას. მრავალწლიანმა გამოცდილებამ გვაჩვენა, რომ აბორტების აკრძალვას მივყავართ არა მათი სიხშირის რეალურ შემცირებასთან, არამედ არალეგალური აბორტების რაოდენობისა და შესაბამისად, დედათა და ახალშობილთა სიკვდილის მომატებასთან. დღესდღეობით ევროპაში ხელოვნური აბორტების წარმოება კანონით არის აკრძალული მხოლოდ მალტასა და პოლონეთში. ეს ხდება, ძირითადად, კონსერვატული კათოლიკური ეკლესიის ზეწოლით. ამის შედეგი ის არის, რომ ამ ქვეყნების მოქალაქეები შესაბამის სამედიცინო მომსახურებას იღებენ მეზობელ ქვეყნებში, სადაც ხელოვნური აბორტი კანონით

ნებადართულია. საინტერესო მაგალითია ირლანდიის ისტორია, სადაც ხელოვნური აბორტი წლების განმავლობაში იყო უპირობოდ აკრძალული. ამ ქვეყანაში აბორტის სრულმა ლეგალიზაციამ არათუ გაზარდა დე ფაქტო აბორტების რიცხვი, არამედ, პირიქით, ბოლო 2-3 წლის განმავლობაში მათი შემცირება გამოიწვია.

მე სრულად დარწმუნებული ვარ, რომ აბორტები კი არ უნდა აიკრძალოს, უნდა აღმოიფხვრას და ეს უნდა მოხდეს საზოგადოების სწორი ინფორმირებით, ოჯახის და გეგმვის თანამედროვე მეთოდების დანერგვით, ისეთი პირობების შექმნით, რომ ყველა ბავშვი ყველა მშობლისთვის სასურველი გახდეს.

უნდა აღინიშნოს, რომ მდგომარეობა ჩვენს ქვეყანაში ამ მხრივ ოპტიმალურად არის დაბალანსებული, რაც განპირობებულია თანამედროვე კონტრაცეპტივების ხელმისაწვდომობით (ხშირად მათი სიძვირის მიუხედავად) და პაციენტების სწორი სამედიცინო ინფორმირებით.

– როგორ მოხერხდა ასეთი ბალანსის მიღწევა ჩვენს რეალურ სიტუაციაში?

– აკი გითხარით, რომ ყველაფერი მოახერხა ჟორდანიას ინსტიტუტმა შედარებით მოკლე პერიოდში იმ ელემენტარული მიზეზის გამო, რომ ჯერ კიდევ ოთხმოცდაათიანი წლებიდან შეიმუშავა სტრატეგიული გეგმა, რომელიც იყო დამყარებული მსოფლიოს განვითარებული ქვეყნების გამოცდილებაზე და მოიცავდა რეპროდუქციული ფუნქციის რეგულირების სხვადასხვა მეთოდის ეტაპობრივ გამოყენებას, დაწყებული უსაფრთხო სამედიცინო აბორტით (მინიაბორტი) და დამთავრებული ულტრათანამედროვე კონტრაცეპტული საშუალებების გამოყენებით. ყველა ამ მეთოდის დანერგვაში ჩვენ დიდი დახმარება გავგინია, როგორც უკვე მოგახსენეთ წინა ინტერვიუში,

მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებმა და სწორად მოაზროვნე ჟურნალისტებმა. არ შემოიძლია არ აღვნიშნო, რომ აბორტთან ბრძოლაში ყოველთვის გვეხმარებოდა ჯანდაცვის მინისტრთა უმრავლესობა. ჩემთვის საამაყოა ის ფაქტიც, რომ, როგორც მორწმუნეს, დიდი ხნის განმავლობაში მქონდა საშუალება მიმენოდებინა სრული ინფორმაცია ჩვენი ინსტიტუტის მოღვაწეობის შესახებ ჩვენი ეკლესიის უმაღლესი იერარქისთვის.

– რა აზრის ხართ ე.წ. გენდერულ აბორტზე?

– დარწმუნებული ვარ, რომ თუ კი ვინმეს სძულს გენდერული აბორტი, პირველ რიგში, ჩემი კოლეგა ექიმი რეპროდუქტოლოგები არიან. აბორტზე უარესი, ალბათ, არაფერია ქალის ჯანმრთელობისთვის. ე.წ. „გენდერული აბორტი“ კი, ჩემი აზრით, სრული უმსგავსოებაა, მიზანმიმართული მკვლელობა, რომელიც უნდა დაიგმოს და სრულად აღმოიფხვრას. ალბათ, ხელოვნური აბორტის ეს ვარიანტი შესაძლებელია აიკრძალოს კიდევ როგორც, სულ მცირე, ამორალური აქტი. კარგია, რომ ჩვენი ქვეყანა მონაწილეობს გენდერული თანასწორობის საკითხებზე საერთაშორისო პროგრამებში, აქცენტი – „გენდერულ აბორტზე“. მაგრამ ისიც ფაქტია, რომ ჩვენი საზოგადოებისთვის „გენდერული აბორტი“ არ არის ისეთი მტკივნეული საკითხი, როგორც, მაგალითად, აღმოსავლეთის განვითარებადი ქვეყნებისთვის.

– ასეა თუ ისე, ხელოვნური აბორტი ჯერჯერობით რჩება ჩვენი ცხოვრების რეალობად. მათი რიცხვი საქართველოში მეტია, ვიდრე ევროპის განვითარებულ ქვეყნებში. რას ურჩევთ ჩვენს ქალებს?

– არა მარტო ქალებს, მათ სქესობრივ პარტნიორებსაც ვურჩევდი, რომ არ მიმართონ ხელოვნურ აბორტს და გამოიყენონ ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე საშუალებე-

ბი. მაგრამ თუ „დაიქცა ქვეყანა“ და წარმოიშვა ხელოვნური აბორტის აუცილებლობა, დროულად მიმართონ ექიმ რეპროდუქტოლოგს, მისი მეთვალყურეობით ჩაიტარონ ე.წ. „მედიკამენტური აბორტი“. თავის დროზე, როდესაც ჩვენს ქვეყანაში დროებით, ალტერნატიულად შემოვიღეთ ე.წ. მინიაბორტი, ეს განპირობებული იყო ქალის ორგანიზმზე ამ პროცედურის ნაკლები ზიანით ტრადიციულ ქირურგიულ აბორტთან შედარებით. დღესდღეობით კი ჩვენ შემოვიღეთ და პრაქტიკაში დავნერგეთ, ასევე დროებით, ალტერნატიულად, ე.წ. „მედიკამენტური აბორტი“, რომლის უარყოფითი ზეგავლენა ქალის ორგანიზმზე მინიმალურია. მაგრამ მაინც, ყველა ტიპის აბორტი არის ცუდი. ჩვენი მიზანია ხელოვნური აბორტის სრული აღმოფხვრა ჩვენი პრაქტიკიდან. ეს კი შესაძლებელია თანამედროვე კონტრაცეფციის ტოტალური დანერგვით.

მშობიარობა ტკივილის ბარეში!

არჩილ ხომასურიძე

(ინტერვიუ ჩაინერა თამარ მამაცაშვილმა)

– თქვენს ამასწინანდელ ინტერვიუში დაასახელეთ მიფეპრისტონი, როგორც თანამედროვე რეპროდუქტოლოგიის „ეპოქალური ეტაპი“. რა არის და რას აკეთებს განსაკუთრებულს ეს შენაერთი?

– იმედია, თავს არ შეგანყენთ კომპლიმენტებით, მაგრამ რა უნდა ვქნა, იმსახურებთ კომპეტენტური შეკითხვებით. ბარაქალა თქვენ!

მიფეპრისტონი არის ანტიპროგესტერონი. იყო პერიოდი, როდესაც მიფეპრისტონს დაუმსახურებლად უწოდებდნენ „აბორტის აბს“. მისი სინთეზი პარიზის ფარმაცევტულ კომპანია „Roussel Uclaf“-ში მოახდინა ბიოლოგმა და ენდოკრინოლოგმა, ეტიენ ემილ ბოლიომ, დაახლოებით 50 წლის წინ. თავდაპირველად ის გამოიყენებოდა | ტრიმესტრის ორსულობის შესაწყვეტად. ამის გამო პრეპარატს პერიოდულად ჰქონდა დიდი „რელიგიური“ უსიამოვნებები, რამდენჯერმე აიკრძალა კიდევ. მაგრამ ისიც ფაქტია, რომ მიფეპრისტონის გამოყენება | ტრიმესტრის ორსულობის შესაწყვეტად უფრო ეფექტური აღმოჩნდა, ვიდრე ისეთი ბარბაროსული მეთოდი, როგორცაა ქირურგიული აბორტი. მისი ეფექტურობა აღწევს 54%-ს მონოთერაპიაში და 97-98%-ს – პროსტოგ-

ლანდინებთან ერთად გამოყენების დროს. ჩემი აზრით კი, მთავარი უპირატესობა ქალის ჯანმრთელობისათვის ნაკლები ზიანია, არა მხოლოდ ქირურგიულ, მინიაბორტთან შედარებითაც.

პირველი მინიაბორტი საბჭოთა კავშირში, კერძოდ კი, მოსკოვში შევასრულე. რა თქმა უნდა, იძულებით და ალტერნატიულად რეალური აუცილებლობის გათვალისწინებით. როდესაც მინიაბორტმა „მოჭამა ქირი“, პირველი მედიკამენტური აბორტიც, იმავე მიზეზით, ჯერ მოსკოვში და მერე საქართველოში შესრულდა ჩემი ხელმძღვანელობით.

მე ყოველთვის აღენიშნავ, რომ ყველა აბორტი არის ცუდი და დიდი ცოდვა. ალბათ, ეს ავად სახსენებელი მანიპულაცია ყველაზე მეტად გვეზიზღება მე და ჩემს კოლეგებს. ჩვენ დარწმუნებულები ვართ, რომ აბორტთან ბრძოლა საჭიროა არა ცრუ აკრძალვით, რომელიც არავითარ შედეგს არ იძლევა, არამედ მისი აღმოფხვრით, განათლებით, ინფორმირებით, შეგონებით, ახსნა-განმარტებით და, რა თქმა უნდა, თანამედროვე კონტრაცეფციის დანერგვით. ამ გზას ადგას მთელი პროგრესული მსოფლიო.

ღმერთმა ინებოს, რომ არც მედიკამენტური აბორტი იყოს საჭირო. მაგრამ სანამ ის ჩვენი ცხოვრების რეალობაა, ჩვენი კეთილშობილური ვალია მაქსიმალურად გავუფრთხილდეთ არა მარტო ქალის ჯანმრთელობას, არამედ მის უფლებებსაც.

– ბ-ნო არჩილ, როდის დაიწყება მიფეპრისტონის ეპოქა?

– იგი უკვე დაიწყო საქართველოში 1985 წლიდან, ისევე ჟორდანიას ინსტიტუტში. როდესაც პირადად მე და ჩემმა კოლეგებმა კარგად შევისწავლეთ მიფეპრისტონისა და

მისი ანალოგების მოქმედების მექანიზმი, მივედით იმ მოსაზრებამდე, რომ ანტიპროგესტერონები აუცილებელია ყოველთვის, როცა პროგესტერონი საჭირო აღარ არის.

მოგეხსენებათ, რომ პროგესტერონი ქალის ძირითადი სასქესო ჰორმონია, რომელიც არის ორსულობის მთავარი ფაქტორი. მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც იგი აღარ არის საჭირო. მაგალითად, მაშინ, როდესაც ნაყოფი იღუპება მუცლადყოფნის პერიოდში ან სიცოცხლისთვის შეუძლებელია სიმბინჯე აქვს. ასეთ დროს აუცილებელია ნაყოფის საშვილოსნოდან გამოძევება ქალის ჯანმრთელობის დაუზიანებლად. მიფეპრისტონამდე ამ მანიპულაციებს ასრულებდნენ ისეთი ბარბაროსული მეთოდებით, როგორებიცაა საშვილოსნოს ღრუში ფიზიოლოგიური ხსნარის შეყვანა და ქირურგიული ევაკუაცია. მიფეპრისტონმა კი საშუალება მოგვცა, იგივე მანიპულაცია ქალისთვის 1000-ჯერ უფრო ნაკლები ზიანით შეგვესრულებინა.

ამ მიმართულებით შემდგომში ჩატარდა მრავალი კვლევა, როგორც ჩვენთან, ისე საზღვარგარეთ და დადგინდა მიფეპრისტონის მნიშვნელოვანი უპირატესობები.

ჩვენ კი გავაგრძელებთ, რა თქმა უნდა, ყველა კანონს დაქვემდებარებული კვლევები და, დეტალებით თავი რომ არ მოგანწყინოთ, მივადექით ფიზიოლოგიურ მშობიარობას. მანამდე იყო ორსულობის ისეთი უმნიშვნელოვანესი გადახრები, როგორებიცაა ვადაგადაცილებული ორსულობა და სამშობიარო მოქმედებების სისუსტე. ყველა შემთხვევაში მიფეპრისტონმა ბრწყინვალედ გამოიჩინა თავი. მეტსაც გეტყვით, აღმოჩნდა, რომ მიფეპრისტონი არის საშვილოსნოს პროგესტერონდამოკიდებული მიომების ეფექტური სამკურნალო საშუალება. ამას გარდა, შენაერთი მაღალეფექტური პოსტკოიტალური კონტრაცეპტივია, ანუ მისი გამოყენება შესაძლებელია დაუცველი

სქესობრივი აქტის შემდეგ ორსულობისაგან თავდასაცავად. მიფეპრისტონის გამოყენება წარმატებით შეიძლება კომბინირებული კონტრაცეპტივების შემადგენლობაშიც.

– როგორ ახერხებს ამას ეს შენაერთი?

– თქვენი ეს შეკითხვა ჩემთვის ადვილი საპასუხოა, ვინაიდან წლების განმავლობაში ჩვენ დაწვრილებით შევისწავლეთ მიფეპრისტონის მოქმედების მექანიზმი. გთხოვთ, ტრაბახში ნუ ჩამომართმევთ, მაგრამ ამ მხრივ მსოფლიო პიონერი ისევ ჟორდანias ინსტიტუტი იყო. დღეს მსგავს კვლევებს აგრძელებს მსოფლიოს მრავალი მაღალი დონის კლინიკა. მიფეპრისტონის „ავტორი“, ე. ე. ბოლიო, ორჯერ იყო სტუმრად ჟორდანias ინსტიტუტში გასული საუკუნის 90-იან წლებში.

ყველა ხსენებული კვლევით უკვე დადგენილია, რომ მიფეპრისტონი პროგესტერონის აბსოლუტური ანტაგონისტია (აქვს მისი საპირისპირო მოქმედება), რასაც ის აკეთებს ორსულობის ჰორმონის რეცეპტორების დაკავებით. ამის გამო პროგესტერონი ვეღარ ზემოქმედებს მიზნობრივ სისტემაზე, მათ შორის – საშვილოსნოს ყელზე, რაც რეალურად ვლინდება საშვილოსნოს ყელის სწრაფი მომწიფებით. მოკლედ რომ ვთქვათ, მიფეპრისტონისა და მისი ანალოგების მოქმედების ძირითადი მექანიზმი საშვილოსნოს ყელის სწრაფი მომზადებაა სამშობიაროდ, მისი დაზიანებისა და ტკივილის გარეშე.

და აი, ჩვენ უკვე მივაღწიეთ „მიფეპრისტონის ეპოქას“ რეპროდუქტოლოგიაში. ის საქართველოში უკვე დაიწყო, მაგრამ როგორც ყოველთვის, ვანყდებით რეტროგრადული ძალების წინააღმდეგობას. ასე იყო ყოველთვის, როგორც კი ჩვენ რაიმე ნოვატორულს ვქმნიდით. მაგალითად, როდესაც ვნერგავდით თანამედროვე კონტრაცეფციას, ქალის ჰიგიენისა და სქესობრივი აღზრდის პრინცი-

პებს, ანდროლოგიას და ლაპაროსკოპიასაც კი, მე პირადად მიწევდა ბრძოლა „აბორტმახერებთან“ თუ საკეისრო კეცეთის სამედიცინო ჩვენების გარეშე გამკეთებლბთან და ა.შ.

რაც შეეხება მიფეპრისტონს, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, მისი ზემოქმედების ერთ-ერთი მთავარი რგოლი გახლავთ ორსული ქალის საშვილოსნოს ყელი და მისი მომზადება.

მრავალმა კვლევამ გვიჩვენა, რომ მიფეპრისტონი მცირე დოზებით (200-400 მგ) იწვევს საშვილოსნოს ყელის მომნიფებას ისე, რომ არა მხოლოდ აღარ ზიანდება ის, ტკივილიც კი ეხსნება ქალს. ამ მხრივ ჩვენ დაგვიგროვდა საკმაოდ დიდი გამოცდილება, შედეგები არაერთხელ მოხსენდა მთავარ ლექციად უმაღლესი დონის საერთაშორისო ფორუმებსა და კონგრესებზე.

– ბ-ნო არჩილ, თუ სწორად გაგიგეთ, ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს მიფეპრისტონის ეფექტურობა გქონდათ მხედველობაში, როდესაც მას „ეპოქალური“ უწოდეთ.

– განა ახალი ეპოქა არ გახლავთ „მშობიარობა ტკივილის გარეშე“?!

ქალის ჰიგიენა

არჩილ ხომასურიძე

(ინტერვიუ ჩაინერა თამარ მამაცაშვილმა)

– ბ-ნო არჩილ, ერთ-ერთ ინტერვიუში ძველ ჟორდანიას ინსტიტუტში თქვენ მიერ დანერგილ მიმართულებათა შორის ქალის ჰიგიენა გამოყავით. ხომ ვერ გახსნიდით საკითხს: რატომ არის ეს უკანასკნელი ასე მნიშვნელოვანი?

– დავინწყებ მცირე ისტორიით: ოცდაათიოდე წლის წინ, როდესაც საქართველოში დავბრუნდი, ქვეყანაში არ არსებობდა ქალის ჰიგიენური საშუალებები და ჩვენი ქალები მხოლოდ ბამბას იყენებდნენ. დიდი ძალისხმევა დაგვჭირდა იმისათვის, რომ არა მარტო უფასოდ შემოგვეტანა ეს საშუალებები, არამედ ჩაგვეტარებინა დიდი საგანმანათლებლო კამპანია. ამჟამად ქვეყანაში ალბათ შეუძლებელია ისეთი ქალის მონახვა, რომელიც არ იყენებს პირადი ჰიგიენის აღნიშნულ საშუალებებს.

– ამით შემოიფარგლება ქალის ჰიგიენა?

– რა თქმა უნდა, არა. ქალის ჰიგიენის დაცვა გაცილებით მეტს გულისხმობს. ის მნიშვნელოვნად განსხვავდება მამაკაცის ჰიგიენისგან და შედარებით რთულიც არის. ნება მიბოძეთ, დავინყო კურიოზული ფაქტით. ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში ჩვენს ქვეყანაში ხორციელდებოდა საერთაშორისო პროგრამა, რომელსაც ეწოდებოდა „wash“ (ქართულად – „დაბანა“) და გულისხმობდა სწორედ ამ პროცედურის სწავლებას. ჩემთვის ძნელი სათქმელია,

ამ პროგრამამ გამოიღო შედეგი თუ არა, მაგრამ ერთი რამ კი ცხადია – პრობლემა უალრესად მნიშვნელოვანია, განსაკუთრებით – ჩვენი ქალებისთვის.

– თქვენ გულისხმობთ, რომ ქალისა და მამაკაცის დაბანის პროცედურა მნიშვნელოვნად განსხვავდება ერთმანეთისგან?

– დიახ, ქალის ანატომიისა და ფიზიოლოგიური თავისებურებების გამო მისი დასაბანი საშუალებები მნიშვნელოვნად განსხვავდება მამაკაცისთვის განკუთვნილი საშუალებებისგან. თუ მამაკაცებისთვის არსებული დასაბანი საშუალებების ფართო ასორტიმენტი სრულად მისაღებია, მათ შორის – ხელის საპონი, ქალებმა სხეულის ინტიმური ჰიგიენისთვის მხოლოდ სპეციალური თხევადი დასაბანი საშუალებები უნდა გამოიყენონ. დაბანის პროცედურა ქალმა უნდა ჩაიტაროს, სულ მცირე, ორჯერ დღეში, დილას და საღამოს. სასქესო ორგანოები ქალმა უნდა ჩაიბანოს ნახევრად მჯდომარემ, წინიდან უკანა მიმართულებით. არ არის რეკომენდებული აბაზანაში ჩანოლა. დაბანის წინ აუცილებელია აბაზანის დეზინფიცირება, განსაკუთრებით – მენსტრუაციის პერიოდში. უალრესად მნიშვნელოვანია მენსტრუაციული საფენებისა და ტამპონების დროული გამოცვლა როგორც ქალებისთვის, ისე ქალიშვილებისთვის.

მენოპაუზური ასაკის ქალების დაბანის ძირითადი პრინციპები და სიხშირე არ იცვლება. იმ შემთხვევებში, როდესაც ქალს დანიშნული აქვს მკურნალობა გენიტალიების სხვადასხვა დაავადების გამო, ჩაბანის სიხშირე და საშუალებები შეირჩევა ინდივიდუალურად.

ქალის ჰიგიენის მთავარი პრინციპი უცვლელია: როგორც კი გოგონას პუბერტატი ანუ სქესობრივი მომწიფების პერიოდი დაეწყება, დედამ აუცილებლად უნდა შეაჩ-

ვიოს ის სპეციალისტის (რეპროდუქტოლოგი, მოზარდთა გინეკოლოგი) კონსულტირებას, გინეკოლოგიური გასინჯვის ჩათვლით. დადგენილია, რომ რეგულარული კონსულტირება იცავს გოგონას, მოზარდს, ქალიშვილს და ქალს ჯანმრთელობისთვის საშიში ბევრი გართულებისგან. ზრდასრული ქალებისათვის აუცილებელია პროფილაქტიკური გასინჯვა, სულ მცირე, წელიწადში ორჯერ, მიუხედავად იმისა, ანუხებთ რამე თუ არა.

– რას ურჩევთ გოგონებს, მოზარდებსა და ქალებს საცურაო აუზის გამოყენებისას?

– სამწუხაროდ, კარგს ვერაფერს. პრობლემა ისაა, რომ ჩვენი აუზების დიდი უმრავლესობის დონე არ აკმაყოფილებს ქალის ჰიგიენისთვის აუცილებელ პირობებს.

ამ მხრივაც განსხვავებაა ქალებსა და მამაკაცებს შორის. ქალებმა, მათი ანატომიისა და ფიზიოლოგიური თავისებურებების გამო, მხოლოდ შესაბამისი ჰიგიენური პირობებით უზრუნველყოფილი საცურაო აუზებით უნდა ისარგებლონ. ასეთი აუზები თბილისში თითქმის ჩამოსათვლელია, რომ აღარაფერი ვთქვათ საქართველოს სხვა ქალაქებზე.

– რას იტყვით ზღვაში ბანაობაზე?

– გააჩნია, რომელ ზღვას ვგულისხმობთ. ვერც ჩვენი ქვეყნის სანაპირო ზონების სისუფთავის დონე უძლებს კრიტიკას. მიუხედავად იმისა, რომ ზღვის მარილიან წყალს მადეზინფიცირებელი თვისებები აქვს, საქართველოში დასახლებულ სანაპირო ზონებში ზღვის წყლის სისუფთავე არ შეესაბამება ქალისთვის მისაღებ ჰიგიენურ ნორმებს. განვითარებული ქვეყნების საზღვაო სანაპირო ზონებში საკანალიზაციო მილების მინიმალური სიგრძე 9 კილომეტრია. არ მგონია, რომ ჩვენს სანაპირო ზოლებში ეს ნორმა დაცული იყოს. ამას ემატება მზის ირადია-

ციის მაღალი დონე, რომელიც აღინიშნება ჩვენი ქვეყნის ბევრ რეგიონში, განსაკუთრებით – წლის ცხელ პერიოდში. ზღვის სანაპიროზე ირადიაციის დონე ორმაგდება, რაც მნიშვნელოვნად აღემატება ქალის ორგანიზმისთვის დასაშვებ ზღვარს. ამის გამო ცალსახად ვერ ვურჩევდი ჩვენს ქალებს ზღვის პირას გარუჯვას დღის 12 საათიდან საღამოს 17 საათამდე.

– ბ-ნო არჩილ, ზოგიერთი თქვენი რეკომენდაცია უარყოფითად ხომ არ იმოქმედებს თქვენს ავტორიტეტზე?

– ალბათ, არა, რადგან მთელი შეგნებული ცხოვრების მანძილზე ქალის ჯანმრთელობას ვემსახურები და არ მგონია, ჩემი რეკომენდაციები მათთვის უსარგებლო და მიუღებელი იყოს.

ისევ ენდომეტრიოზი

არჩილ ხომასურიძე

(ინტერვიუ ჩაინერა თამარ მამაცაშვილმა)

– ბ-ნო არჩილ, რატომ „ისევ ენდომეტრიოზი“?

– იმიტომ, რომ ხსენებული დაავადება ძალიან ახალგაზრდაა. ყოფილ საბჭოთა კავშირში სიტყვა „ენდომეტრიოზი“ პირველმა მე ვახსენე 1970-იანი წლების დასაწყისში მოსკოვში. თბილისში კი იგივე გავაკეთე ჟორდანიას ინსტიტუტში გადმოსვლის პირველივე დღეებში, 1985 წლის იანვარში.

შემდგომ წლებში, შეიძლება ითქვას, განვითარდა ენდომეტრიოზის ეპიდემია. ეს დაავადება ადრეც არსებობდა, მაგრამ ფაქტია, რომ არ ისმებოდა მისი დიაგნოზი.

ენდომეტრიოზის ფართო დიაგნოსტიკა დაკავშირებულია გერმანელი პროფესორის, კურტ ზემის კვლევებთან, რაც ძირითადად დამყარებული იყო ენდოსკოპიურ (ლაპაროსკოპიულ) მეთოდებზე. პროფ. ზემი გახლავთ ლაპაროსკოპიის მსოფლიო პიონერი, რომელიც, სხვათა შორის, ორჯერ იყო ჟორდანიას ინსტიტუტის სტუმარი. მეც გახლდით სტუმრად მის კლინიკაში, ქ. კილში.

დღეისათვის ჩვენ მთელ მსოფლიოში ენდომეტრიოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სწრაფი პროგრესის მონმენი ვართ.

– რა არის ამ დაავადების არსი?

– ენდომეტრიოზის არსი გახლავთ საშვილოსნოს შიგნითა გარსის – ენდომეტრიუმის – პათოლოგიური ჩაზ-

რდა ქალის ორგანიზმის ისეთ ადგილებში, სადაც ნორმის დროს ის არ უნდა იყოს, მაგალითად, მუცლის ღრუში, შარდის ბუშტში, ფილტვის პლევრასა და პერიკარდიუმში, თვალისა და ცხვირის ლორწოვან გარსში, თავის ტვინშიც კი.

– რა არის ენდომეტრიოზის პათოგენეზი – რატომ ვითარდება ეს დაავადება?

– ჯერ მოგახსენებთ ეტიოლოგიურ ფაქტორებზე. პირველ რიგში, განიხილება ენდომეტრიოზის გენეტიკური (შთამომავლობითი) ხასიათი. ამ მოსაზრებას ამყარებს დაავადების საკმაოდ ხშირი ოჯახური შემთხვევების არსებობა. თუმცა, დარწმუნებული ვარ, რომ ენდომეტრიოზის ყველაზე ხშირი მიზეზი არის ავადსახსენებელი ხელოვნური აბორტი, რომელიც მასობრივად იყო გავრცელებული ჩვენს ქვეყანაში გასული საუკუნის 90-იან წლებამდე.

ჩვენი გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ენდომეტრიოზის ხშირი მიზეზი შეიძლება იყოს „რეტროგრადული მენსტრუაცია“, დაკავშირებული, მაგალითად, სპორტულ ტრავმებთან. არსებობს ენდომეტრიოზის სხვა მიზეზებიც.

– როგორია ენდომეტრიოზის კლინიკა და რაზე დამოკიდებული დაავადების სიმძიმე?

– ყველაფერი დამოკიდებულია ენდომეტრიოზის ლოკალიზაციისა და გავრცელების მასშტაბზე. მაგალითად, გენიტალური ენდომეტრიოზის მთავარი გამოვლინებაა მტკივნეული და გახანგრძლივებული თვიური, ხშირია აციკლური სისხლდენები. მძაფრი ტკივილები აღინიშნება როგორც თვიურის წინ, მისი მიმდინარეობის დროსაც. საშვილოსნოს მილების ენდომეტრიოზის დროს დაავადება შეიძლება იყოს უშვილობის მიზეზი. უფრო ხშირად კი

ენდომეტრიოზსა და უშვილობას შეიძლება ჰქონდეს საერთო მიზეზებიც.

რაც შეეხება ექსტრაგენიტალური ენდომეტრიოზის (ამ დროს ენდომეტრიოზის კერები მდებარეობს სასქესო ორგანოების გარეთ) კლინიკურ გამოვლინებებს, ყველაფერი დამოკიდებულია მათ ლოკალიზაციაზე. მაგალითად, ენდომეტრიოზის პლევრულ ლოკალიზაციას შეიძლება თან ახლდეს ყველა ციკლური გამოვლინება (ტკივილი, სისხლდენა). ასეთი შემთხვევები აღწერილია შესაბამის ლიტერატურაში. მე პირადად მინახავს გოგონების ყოველთვიური ენდომეტრიული სისხლდენა ცხვირიდან.

– **გამოდის, მიუხედავად იმისა, რომ ენდომეტრიოზი არის „ახალგაზრდა“, მისი პათოგენეზი და კლინიკა კარგად შესწავლილია. მაშ, რა არის ის განსაკუთრებული, რაც უაღრესად აქტუალურია დღეს?**

– ეს გახლავთ ენდომეტრიოზის მართვა, ანუ მისი მკურნალობის საკითხი, რომელიც ბოლო წლების განმავლობაში განსაკუთრებული დინამიკურობით გამოირჩევა.

უპირველესად, უნდა აღინიშნოს, რომ მკურნალობის მეთოდი ძალიან არის დამოკიდებული პაციენტთა კონტინგენტსა და დაავადების ფორმაზე. ყველაზე რთული, მაგრამ პროგნოზის თვალსაზრისით კეთილსაიმედო გახლავთ ენდომეტრიოზის ის ფორმა, რომელსაც თან ახლავს უშვილობა. საქმე ისაა, რომ თუ ექიმებმა მოვახერხეთ პაციენტის მშობიარობამდე მიყვანა, შეიძლება ჩაითვალოს, რომ ენდომეტრიოზი დამთავრებულია.

გაცილებით რთულად დგას საკითხი ენდომეტრიოზის მკურნალობასთან დაკავშირებით მაშინ, როდესაც საქმე ეხება გაუთხოვარ ქალებს ან მოზარდ გოგონებს.

იყო დრო, როდესაც ენდომეტრიოზს მკურნალობდნენ მხოლოდ ქირურგიული მეთოდით, რაც ხშირ შემთხვევებ-

ში არ იძლეოდა სასურველ შედეგს. სამწუხაროდ, ასეთი შემთხვევები ამჟამადაც არის. მაგრამ ენდომეტრიოზის მაღალი კლასის სპეციალისტები, მათ შორის – ქირურგები, იხრებიან იმ მოსაზრებისკენ, რომ ენდომეტრიოზი სულ უფრო მეტად ხდება კონსერვატიული მიდგომის (მედიკამენტური მკურნალობა) ობიექტი. ამის მიზეზი ისიცაა, რომ თუ პაციენტი არის დროულად და სწორად ნამკურნალები კონსერვატიულად, მაგრამ მაინც რჩება ქირურგიული ჩარევის აუცილებლობა (მაგალითად, საკვერცხეების დიდი ზომის ენდომეტრიული კისტების არსებობის შემთხვევაში), ქირურგებს უადვილდებათ ტექნიკურად ჩარევა და საბოლოო შედეგი გამოირჩევა მაღალი ეფექტურობით.

ენდომეტრიოზის მკურნალობის კონსერვატიულ მეთოდებს შორის გამოირჩევა სინთეზური პროგესტაგენები, მაგალითად, ნორკოლუტი, დუფასტონი და დიენოგესტი (კომერციული სახელით „ვიზანა“). არ დაუკარგავს მნიშვნელობა ე.წ. გონადოტროპინ რილიზინგ ჰორმონის ანტაგონისტებსაც. პაციენტების ასაკის, დაავადების ხანგრძლივობისა და სიმძიმის მიხედვით, საკმაოდ ხშირად გამოიყენება ინ ვიტრო განაყოფიერებაც.

ყველაზე გამართლებული და პათოგენეზურად მაღალი ეფექტის მქონეა ჩვენი, ჟორდანიას ინსტიტუტისეული მიდგომა, რომლის ძირითადი პრინციპი გამოიხატება ორი სიტყვით – „ნუ ვიჩქარებთ!“

კლინიკური და ასაკობრივი ინტერესების გამო პაციენტისთვის უნდა შეირჩეს კონსერვატიული თერაპია 3-ნთვის განმავლობაში. თუ ამ პერიოდში არ მიიღწევა ორსულობა ან დაავადების თითქმის სრული კლინიკური სტაბილიზაცია, მიზანშეწონილია ფრთხილი ქირურგიული მიდგომა ლაპაროსკოპიული მეთოდით. როგორც აღ-

ვნიშნე, ჩატარებული სრული კონსერვატიული თერაპია უადვილებს ქირურგს სამუშაოს და იძლევა იმის გარანტიას, რომ საკვერცხის ენდომეტრიული ცისტების დროს არ მოხდება საკვერცხეების სალი ქსოვილის რეზექცია (ამოკვეთა).

ქირურგიული ჩარევის შემდეგ საჭიროა ისევ ხანმოკლე კონსერვატიული თერაპია მანამდე, ვიდრე პაციენტს მივცემთ დაორსულების რეკომენდაციას. პაციენტს თუ ჯერ არ სურს ორსულობა, უნდა დაველოდოთ შედეგს სტაბილური ოვულაციის აღდგენის მეშვეობით.

მოკლედ რომ გამოვსახოთ ენდომეტრიოზის თერაპიის ჩვენი ძირითადი სქემა, ის ამგვარად გამოიყურება: „კონსერვატიული თერაპია – ქირურგიული ჩარევა – ისევ კონსერვატიული თერაპია“.

– რამდენად ეფექტურია ენდომეტრიოზის მკურნალობის თქვენი მიდგომა?

– სრულად შესრულების შემთხვევაში ჩვენი მიდგომის ეფექტურობა, ოვულაციის აღდგენის თვალსაზრისით, აღწევს 75-80%-ს. შემდგომ რამდენად მიზანმიმართულად გამოიყენება აღდგენილი ოვულაცია, ეს პაციენტის ინტერესებზეა დამოკიდებული.

ისევ საკვერცხეების პოლიკისტოზი

არჩილ ხომასურიძე

(ინტერვიუ ჩაინერა თამარ მამაცაშვილმა)

– ბ-ნო არჩილ, რატომ „ისევ და ისევ“? ეს უკვე მეორე შემთხვევაა, როდესაც თქვენ გამოთქვამთ სურვილს, „ისევ“ დაუბრუნდეთ უკვე განხილულ საკითხს. ეს ინტერვიუს დაზუსტების თქვენთვის მისაღები მეთოდია თუ ამას მოითხოვს აუცილებლობა?

– უფრო მეტად – ეს უკანასკნელი, მაგრამ მე მაინც დაზუსტებდი საკითხს, რატომ „ისევ პოლიკისტოზი“.

ჩვენთან უმეტესად მიღებულია შემდეგი: გააკეთებენ „თაგვისხელა“ საქმეს და აჩვენებენ, როგორც „სპილოს“, თანაც „ტაშფანდურით“.

მე არ მინდა ვთქვა, რომ ჩვენი ინსტიტუტი იყო და არის რაღაც განსაკუთრებული, მაგრამ განსხვავებული კი ნამდვილად არის. და ეს განსხვავება სწორედ ის არის, თუ რა გაუკეთა მან ქვეყანას და მედიცინას რეალურად. აღარ გავიმეორებ, ვინაიდან ამის შესახებ ჩვენ ნაწილობრივ უკვე ვისაუბრეთ. მაგრამ ფაქტია, რომ ერთ პატარა ინტერვიუში შეუძლებელია ყველა იმ მიღწევისა თუ საკითხის გაშუქება, რაც განეკუთვნება ჟორდანიას ინსტიტუტს. მათ შორის არის საკვერცხეების პოლიკისტოზის მართვა.

– თქვენმა თანამშრომელმა, ქალბატონმა ლალი ფხალაძემ, ამასწინანდელ ინტერვიუში აგრეთვე ისაუბრა

საკვერცხეების პოლიკისტოზზე. ხომ არ დაგვიზუსტებდით, რა განსხვავებული მიდგომა და გამოცდილება აქვს თქვენს ინსტიტუტს ამ დავააღებასთან ისეთი, რაც ვერ გაშუქდა ზემოთ აღნიშნულ ინტერვიუში?

– ქ-ნი ლალი ფხალაძე არის ჩვენი ქვეყნის ერთ-ერთი საუკეთესო პრაქტიკოსი რეპროდუქტოლოგი. შესაბამისად, მის მიერ მოწოდებული ინფორმაცია საკვერცხეების პოლიკისტოზის შესახებ არის ნამდვილად სასარგებლო და ასახავს საკვერცხეების პოლიკისტოზზე არსებულ მსოფლიო გამოცდილებას.

მაგრამ კიდევ არსებობს ჟორდანიას ინსტიტუტის მრავალწლიანი, ფაქტებზე დაფუძნებული, გამოცდილების კონგლომერატი, რომელსაც ასევე ვერსად გავექცევით. მით უმეტეს, რომ ამ გამოცდილებით მუშაობა იძლევა ბრწყინვალე შედეგებს. კერძოდ, უშვილობის პრობლემის თითქმის 75%-იან მოგვარებას და მენსტრუაციული ციკლის აღდგენის 84%-იან გარანტიას. ასეთი შედეგები თითქმის არავის აქვს მსოფლიოში. ამასთან, ყველაზე მნიშვნელოვანია ის, რომ საკვერცხეების პოლიკისტოზისადმი ჩვენი, „ჟორდანიას ინსტიტუტისეული მიდგომა“ მთლად არ ემთხვევა ევროპისა და ამერიკის მიდგომას. ჩვენთვის არ არის აუცილებელი ყველაფერში დასავლეთის ბრმად მიბაძვა, იმიტომ რომ გვაქვს მრავალწლიანი გამოცდილება, რომელიც იძლევა არანაკლებ, ზოგ შემთხვევაში კი უკეთეს პრაქტიკულ შედეგს.

– იქნებ აგვიხსნათ, რა არის ეს განსხვავება.

– აი, სწორედ ამიტომაც ვსაუბრობ „ისევ პოლიკისტოზზე“. ვეცდები არამედიკოსი მკითხველისთვის გასაგებად ავხსნა ეს განსხვავება.

საკვერცხეების პოლიკისტოზი ურთულესი რეპროდუქტოლოგიური პათოლოგიაა, რომლის ყველაზე მანი-

ფესტირებული გამოვლინებებია მენსტრუაციული ციკლის მოშლილობა, ზედმეტმიანობა (ჰირსუტიზმი), ზედმეტი წონა და უშვილობა. პათოლოგია იმდენად რთულია, რომ მრავალი წელია მიმდინარეობს მისი შესწავლა, მაგრამ მსოფლიოში არსებული მეტ-ნაკლებად ყურადსაღები კონსენსუსი ამ დაავადებების პათოგენეზზე, დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე, იგივე „როტერდამის კონსენსუსი“ (2003 წ.), ჩემი აზრით, სპეციალისტების კრიტიკას ვერ უძლებს. ამიტომ მე ვიტყვდი მეტად „მსუბუქად“, რომ მსოფლიოში დღემდე არსებული დისონანსი საკვერცხეების პოლიკისტოზის საკითხის სწორად აღქმაში განაპირობებს მეორე დისონანსს, რომლის გადაწყვეტა ძალიან ადვილვებს ამ დაავადების უშუალო „რესპონდენტს“ – პაციენტს.

– თქვენ როგორ ახერხებთ ასეთი პაციენტების დაკმაყოფილებას?

– მე სრულიადაც არ მინდა ვთქვა, რომ ჩვენ ვართ „ჯადოსნები“ და „სასწაულმოქმედები“. თუმცა თქვენთვისაც, ალბათ, კარგად არის ცნობილი, რომ „ასეთები“ ძალიან მომრავლდნენ ქართულ მედიცინაში ეგზალტირებული კომერციალიზაციის გამო. დარწმუნებული ვარ, მავანი იტყვის, არჩილ ხომასურიძე ბევრს „იბრალებსო“. ისინი მე არ მალეღვებენ, მაგრამ თქვენს ჟურნალს კი ვცემ პატივს და დავაზუსტებ, ყოველთვის, როდესაც ვახსენებ ჟორდანიას ინსტიტუტს და მის დამაარსებლებს, მხედველობაში მაქვს ის ჟორდანია ინსტიტუტი, რომელიც წლების განმავლობაში ფუნქციონირებდა კოსტავას 43-ში (ფილარმონიის პირდაპირ), ამჟამად კი გადასულია თევდორე მღვდლის 13-ში (სადგურთან). სწორედ აქ მომუშავე ადამიანებმა შექმნეს ყველაფერი ის, რის შესახებაც მე ვსაუბრობ. მათ გარეშე, მარტო მე ვერაფერს მოვახერხებდი.

სწორედ მათი დამსახურებაა (ჩემი მონაწილეობით) ისიც, რაზეც ახლა უნდა მოგახსენოთ.

თავის დროზე, როდესაც დაიწყო მსოფლიო აჟიოტაჟი საკვერცხეების პოლიკისტოზის გამო, ჟორდანიას ინსტიტუტის ექიმებმა, მათ შორის – ერთ-ერთმა გენიალურმა ქირურგმა, პროფესორმა ე. ვეინბერგმა, აღმოაჩინეს, რომ საკვერცხეების პოლიკისტოზი კავკასიელ ქალებთან თითქმის სამჯერ უფრო ხშირი იყო დანარჩენ მსოფლიოსთან შედარებით. ინსტიტუტმა დაიწყო ამ საკითხზე მუშაობა ჩემს ჩამოსვლამდე. მე მაშინ ვმუშაობდი მოსკოვში და პოლიკისტოზის საკითხმა იქ მიიპყრო ჩემი ყურადღება. აღმოჩნდა, რომ პოლიკისტოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პიონერები ფაქტობრივად არიან რუსი გინეკოლოგები: ს. ლესნოი, მ. მანდელშტამი, კ. კვატერი და მ. კრიმსკაია. უკანასკნელი ხელმძღვანელობდა სწორედ იმ განყოფილებას, რომელშიც მე მხვდა წილად მუშაობის ბედნიერება. სწორედ მ. კრიმსკაიამ შექმნა საკვერცხეების პოლიკისტოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მსოფლიოში პირველი ალგორითმი, რომელიც ემყარებოდა ამ ნოზოლოგიის 4 კლინიკურ ფორმას. ფაქტობრივად ეს იყო დაავადების პათოგენეზზე (განვითარების მექანიზმზე) დაფუძნებული პოლიკისტოზის კლასიფიკაცია.

საკვერცხეების პოლიკისტოზის ოთხი კლინიკური ფორმის პათოგენეზის ათვისება და აპრობირება შევეძელი წლების განმავლობაში, ჯერ მოსკოვში და შემდგომ გადმოვიტანე და დავნერგე თბილისში, ჟორდანიას ინსტიტუტში. ხსენებულ მიდგომას შემდგომში, ჩემი და პროფ. ე. ვეინბერგის ინიციატივით, დაემატა ინოვაცია საკვერცხეების დემედულაციის ოპერაციის სახით, რა თქმა უნდა, პაციენტთა კონტინგენტის ინდივიდუალური მიდგომის ფონზე. სწორედ ასეთი კონსერვატიული ქირურგიუ-

ლი მიდგომა გამოიყენებოდა და გამოიყენება ამჟამადაც არა მარტო ჩვენთან, არამედ ზოგიერთ სხვა კლინიკაშიც (მაგ. რამაზ ჩარექიშვილის მიერ).

დარწმუნებული ვარ, რომ საკვერცხეების პოლიკისტოზის სწორედ 4 კლინიკური ფორმის პათოგენეზურმა მიდგომამ და ქირურგიული ჩარევის ინდივიდუალიზაციამ (აქცენტით დემედულაციაზე) მიგვიყვანა იმ ეფექტიანობამდე, რომლითაც ჩვენ ვაჯობებთ დასავლეთს და რომლის შესახებაც ვთქვი ინტერვიუს დასაწყისში. დასავლელ კოლეგებს კი სულ მოუწოდებ, რომ კარგია თეორიული კვლევა, მაგრამ პაციენტს აინტერესებს მკურნალობის შედეგი. დარწმუნებული ვარ, ამ მხრივ ჩვენ გაგვანჩნია უპირატესობა.

– ხომ ვერ ჩამოგვითვლიდით საკვერცხეების პოლიკისტოზის იმ კლინიკურ ფორმებს, რომლებზეც თქვენ საუბრობდით?

– ესენია:

1. საკვერცხეების პოლიკისტოზის კლასიკური ფორმა ანუ შტეინ-ლევენტალის სინდრომი;
2. საკვერცხეების პოლიკისტოზის ჰიპოთალამური ფორმა;
3. საკვერცხეების პოლიკისტოზის კომბინაცია ადრენოგენიტალურ სინდრომთან;
4. ზემოაღნიშნულის კომბინაციები.

ბოლოს, მინდა შევახსენო ჩვენს კოლეგებს, რომ საკვერცხეების პოლიკისტოზის ხსენებული ოთხი კლინიკური ფორმის აღიარება სულაც არ გამორიცხავს იმას, რომ დაავადებას შეიძლება დაემატოს სხვა პათოლოგიები, როგორებიცაა, მაგალითად, ენდომეტრიოზი, ანთებითი პროცესები და სხვა, რომლებიც აგრეთვე მოითხოვენ ცალკე მონიტორინგს.

ადრენოგენიტალური სინდრომი

არჩილ ხომასურიძე

(ინტერვიუ ჩაინერა თამარ მამაცაშვილმა)

– ჩვენი ჟურნალის მკითხველები არცთუ იშვიათად გვეკითხებიან, რა დაავადებაა ადრენოგენიტალური სინდრომი. რაში მდგომარეობს ამ დაავადების არსი?

– ადრენოგენიტალური სინდრომი (აგს) გავრცელებული დაავადებაა ჩვენს პოპულაციაში და მსოფლიოს ზოგიერთ ქვეყანაში. რადგან მისი განვითარება დაკავშირებულია გენეტიკურ ფაქტორებთან, იგი მეტად დამახასიათებელია დახურული საზოგადოებისთვის. ასეთი იყო ნაწილობრივ ჩვენი ქვეყანა წლების განმავლობაში. მსოფლიო პოპულაციაში აგს-ის სიხშირე მერყეობს 5000-3000 ფარგლებში, რაც მიუთითებს მის საკმაოდ მაღალ სამედიცინო მნიშვნელობაზე. დაავადების ეტიოლოგიური ფაქტორი – გამომწვევი მიზეზი – არის რეცესიული აუტოსომური (არასასქესო) გენის მუტაცია – ცვლილება. დაავადების კლინიკური გამოვლინება არ ხდება მანამდე, სანამ ეს უკანასკნელი არ შეიძენს დომინანტურ ხასიათს. როგორც უკვე აღვნიშნე, ეს დამახასიათებელია დახურული საზოგადოებისთვის და განსაკუთრებით – ისეთი ეთნიკური ჯგუფებისთვის, სადაც დაშვებულია ნათესავთა ქორწინება. გენის მუტაციის შედეგად ვითარდება ე. წ. სტეროიდული ჰორმონების სინთეზის სხვადასხვა დონის

დეფექტი თირკმელზედა ჯირკვალში, რაც იწვევს მრავალფეროვანი კლინიკური გამოვლინების განვითარებას.

– რა კლინიკური გამოვლინებები ახასიათებს ადრენოგენიტალურ სინდრომს?

– ეს გამოვლინებები საკმაოდ ნაირფეროვანია. შესწავლილია დაავადების სამი კლინიკური ფორმა: 1. ჰიპერტონიული; 2. მარილდამკარგავი და 3. სქესობრივი, ე.წ. ვირილური ფორმა. პირველი ორი ვარიანტი გვხვდება მხოლოდ ახალშობილებში, ატარებს უმძიმეს ხასიათს და შემთხვევების დიდი უმრავლესობა თავდება ლეტალურად – ახალშობილები იღუპებიან იმის გამო, რომ არ ხდება სწორი და დროული დიაგნოსტიკა. ახალშობილებში გარდაცვალების უშუალო მიზეზები სწრაფად განვითარებული მწვავე ჰიპერტენზიული მდგომარეობა და/ან მინერალების დაკარგვაა. თირკმელზედა ჯირკვლებში ჰორმონების სხვადასხვა ტიპის დარღვევის დროული დიაგნოსტიკის პირობებში შესაძლებელია ავადმყოფი ახალშობილების გადარჩენა. ასეთმა პაციენტებმა მთელი ცხოვრების განმავლობაში ჰორმონები უნდა მიიღონ.

ნაკლები აგრესიულობით გამოირჩევა აგს-ის სქესობრივი, იგივე ვირილური, ფორმები. ამჟამად ჩვენ, რეპროდუქტოლოგები, ვარჩევთ დაავადების ამ ფორმის სამ კლინიკურ ვარიანტს: პრეპუბერტატულს, ფარულსა და კომბინირებულს.

ყველაზე დროულად ხდება აგს-ის სქესობრივი ფორმის პრეპუბერტატული ფორმების დიაგნოსტიკა, ვინაიდან სქესობრივი განვითარების დარღვევას დაბადებისთანავე აქცევს ყურადღებას ექიმი. სქესობრივი განვითარების დეფექტის მართო აღმოჩენა საკმარისი არ არის პაციენტის სწორი მართვის თვალსაზრისით. მკვეთრად გამოხატული ადრენოგენიტალური სინდრომი დაბადების

მომენტში შეიძლება გახდეს ახალშობილისთვის არასწორი სქესის მინიჭების მიზეზი. თირკმელზედა ჯირკვლებში ჰორმონების სინთეზის – ე. წ. სტეროიდოგენეზის – დარღვევა იწვევს ანდროგენიზაციას (მამაკაცური ჰორმონების სიჭარბით განპირობებული მდგომარეობა) ჯერ კიდევ ემბრიოგენეზის (მუცლად ყოფნის პერიოდი) დროს. გენეტიკურად მდედრობითი სქესის ახალშობილს უვითარდება მამრობითი ტიპის გარეთა სასქესო ორგანოები: ცრუ პენისი (ჰიპერტროფირებული კლიტორი), დახურული საშო (უროგენიტალური სინუსი) და ა.შ., რაც განაპირობებს მდედრობითი ახალშობილის სქესის არასწორ განსაზღვრას. ჩვენს პრაქტიკაში ჯერ კიდევ გვხვდება შემთხვევები, როდესაც გენეტიკურად მდედრობითი სქესის ახალშობილები წლების განმავლობაში მიჩნეულნი არიან ვაჟებად და მხოლოდ პრეპუბერტატულ (სქესობრივი მომწიფების წინა) პერიოდთან მიახლოებისას მშობლებს უჩნდებათ ეჭვები ბავშვის სქესთან მიმართებით. სწორად ორიენტირებულმა მშობლებმა უნდა მიმართონ ბავშვთა და მოზარდთა რეპროდუქტოლოგს, რომელიც შესაბამისი კლინიკური და ჰორმონული კვლევების საფუძველზე დაადგენს დიაგნოზს, დაუნიშნავს პაციენტს ადეკვატურ მკურნალობას და მისცემს შემდგომი ცხოვრების სწორი ორიენტაციის შესაძლებლობას.

ისეთ შემთხვევებში, როდესაც მდედრობითი სქესის ახალშობილის სქესი არასწორად განისაზღვრა, პაციენტს სჭირდება შესაბამისი შენაცვლებითი ჰორმონოთერაპია. პარალელურად ექიმი პაციენტს აძლევს ქირურგიული ჩარევის რეკომენდაციას, რომლის დროსაც ხდება გარეთა სასქესო ორგანოების პლასტიკა. ამ დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს როგორც თვითონ პაციენტის, ისე მისი მშობლების ფსიქოლოგიურ რეაბილიტაციას.

აგს-ის სქესობრივი ფორმის დროული დიაგნოსტიკისა და ადეკვატური თერაპიის დანყება გართულებულია მაშინ, როდესაც საქმე გვაქვს მამრობითი სქესის ახალშობილთან. ასეთ შემთხვევებში დაავადების დიაგნოსტიკა გვიანდება. ვაჟებში აგს-ის კლინიკური გამოვლინებაა ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება.

ყურადღება უნდა გავამახვილოთ გოგონებსა და ქალებში აგს-ის მსუბუქ ან უსიმპტომო მიმდინარეობაზე. ასეთ შემთხვევებში დაავადების დიაგნოზი ისმება ლაბორატორიულად, ყველაზე ხშირად – უშვილობის კლინიკებში. აგს შეიძლება კლინიკურად გადაფაროს სხვა დაავადებებმა მათთან კომბინაციაში არსებობის დროს, მაგალითად, საკვერცხეების პოლიციისტოზის კომბინირებული ფორმების შემთხვევაში.

– თუ სწორად გაგიგეთ, აგს-ის ვირილური ფორმის დროს გენეტიკურად მდედრობითი ახალშობილის სქესის განსაზღვრაში საკმაოდ ხშირია შეცდომები. ხდება ისეც, რომ წლების განმავლობაში ასეთი ბავშვები ვითარდებიან როგორც ბიჭები. შესაბამისი ადეკვატური კონსერვატიული და ქირურგიული მკურნალობის შედეგად ხდება ბავშვის სქესის კორექცია. როგორი მიმდინარეობა აქვს ასეთ გოგონებში ქალური საწყისისა და, კერძოდ, შვილოსნობის ფუნქციის ფორმირებას?

– სწორი სამედიცინო მონიტორინგის პირობებში გოგონებში აგს-ის დროს ქალური საწყისისა და შვილოსნობის ფორმირება მინდინარეობს უპრობლემოდ. მათ უყალიბდებათ ნორმალური მენსტრუაციული ციკლი, ადვილად ორსულდებიან და გართულებების გარეშე შობენ საკუთარ შვილებს.

– სწორ პათოგენეზურ მკურნალობას მივყავართ აგს-ის მიმდინარეობის რემისიასთან, რაც განაპირობებს

კეთილსასურველ კლინიკურ შედეგს, მაგრამ არსებული დომინანტური გენეტიკური დეფექტი ხომ ვერსად გაქრება? აქედან გამომდინარე, ნუთუ ასეთი პაციენტები განწინრულნი არიან მომავალში მუდმივი შენაცვლებითი ჰორმონთერაპიისთვის?

– თქვენს შეკითხვაში დომინირებს ლოგიკური სამედიცინო შეფასება, რომელსაც მე შემეძლია ვუპასუხო ჯერჯერობით აუხსნელი კლინიკური ფაქტით: ჩვენი და საერთაშორისო პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ თუ აგს-ის დიაგნოზის პაციენტის მონიტორინგი წარმატებით სრულდება მშობიარობით, ზემოხსენებული დაავადება უმრავლეს შემთხვევებში აღარ ვლინდება. როგორ?! რატომ?! გულახდილად გიპასუხებთ, რომ არ ვიცი არც მე და არც ჩვენმა უცხოელმა კოლეგებმა, მაგრამ ფაქტია. აქედან გამომდინარე, აგს-ის მკურნალობის დროს ექიმისა და პაციენტის მიზანი უნდა იყოს ამ პროცესის ორსულობითა და მშობიარობით დაგვირგვინება.

– აგს-ის სიმპტომატიკას ნაწილობრივ უკვე შეეხეთ, მაგრამ ხომ ვერ გამოყოფდით დაავადების კლინიკური გამოვლინებების ძირითად ხასიათს?

– როგორც უკვე აღვნიშნე, აგს-ს ახასიათებს მრავალფეროვანი კლინიკური გამოვლინებები, რაც ხშირად უკავშირდება ასაკობრივ დიაგნოსტიკას, რომელიც იწყება დაბადებისთანავე და სრულდება ზრდასრული ასაკით. აგს-ის ვირილური ფორმის გამოვლინება გახლავთ გოგონას ან ბიჭის ჰიპერანდროგენიზაცია – მამაკაცური ჰორმონების სიჭარბე და მასთან დაკავშირებული კლინიკური ნიშნები. გვიან გამოვლენილი ფორმების დროს გოგონებსა და ქალებში ეს შეიძლება იყოს ჭარბთმიანობა, აკნე, მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა, უნაყოფობა, ორსულობის თვითნებური შეწყვეტა.

– თუ გავითვალისწინებთ აგს-ის კლინიკურ მრავალსახეობებს, ალბათ ძნელია მკურნალობის გენერალური ხაზის მკვეთრად გამოხატვა და იგი ატარებს ძალიან ინდივიდუალურ ხასიათს.

– დიახ, აგს-ის თერაპია ძალიან ინდივიდუალურია, მაგრამ მხოლოდ დოზირების თვალსაზრისით. გენერალური ხაზი კი ყოველთვის ერთია – ეს გახლავთ მკურნალობა ჰორმონებით – გლუკოკორტიკოიდებით. თუ ისევ გავიხსენებთ დაავადების პათოგენეზს, გასაგები გახდება, რომ დაავადებას იწვევს სწორედ გლუკოკორტიკოიდების უკმარისობა. აქედან გამომდინარე, დაავადების პათოგენური მონიტორინგის ძირითადი მექანიზმი შეიძლება იყოს მხოლოდ გლუკოკორტიკოიდების უკმარისობის გარედან შევსება. გლუკოკორტიკოიდების ტიპსა და დოზას არჩევს სპეციალისტი – ექიმი-რეპროდუქტოლოგი. დოზის შერჩევა ხდება ძირითადად პაციენტის ჰორმონული გამოკვლევის შედეგების ფაქიზი შეფასების საფუძველზე.

– თუ სწორად გაგიგეთ, თქვენ ოპტიმისტურად ხართ განწყობილი აგს-ის მკურნალობის პროგნოზის თვალსაზრისით. მსგავსი ოპტიმიზმი საკმაოდ იშვიათია რთულ რეპროდუქტოლოგიურ პათოლოგიებთან მიმართებით. რა გაძლევთ ასეთი ოპტიმიზმის საფუძველს?

– დაგეთანხმებით, აგს-ის ჩვენს ხელთ არსებული პათოგენეზური თერაპია იძლევა სრულიად დამაკმაყოფილებელ შედეგებს, რაც დაავადების პროგნოზის მიმართ ოპტიმისტური განწყობის საფუძველია. განა ბედნიერება არ არის, როდესაც დარღვეული ემბრიოგენეზის შედეგად „ბუნების მიერ დაჩაგრულ ბავშვს, არასწორად მიკუთვნილებული ბიჭუნას სქესით“ დავაყენებთ სიცოცხლის სწორ გზაზე და შემდგომში იგი თვითონ ხდება დედა? ჩვენთვის ისიც დიდი ბედნიერებაა, როდესაც ფიზიოლო-

გიური დონის მკურნალობით დაავადების ფარული ფორმების დროს უშვილობისგან განვკურნავთ ქალს. ამიტომ ჩემი მონოდება კოლეგებისადმი შემდეგია: „შეისწავლეთ ადრენოგენიტალური სინდრომი, იყავით გულწრფელი პაციენტების მიმართ და გააბედნიერეთ ისინი“.

თანამედროვე კონტრაცეფცია

არჩილ ხომასურიძე

(ინტერვიუ ჩაინერა თამარ მამაცაშვილმა)

– თქვენ ერთ-ერთ სანყის ინტერვიუში ბრძანეთ, რომ აბორტი საქართველოში დამარცხებულია თანამედროვე კონტრაცეფციით. ნუთუ ასე კარგად არის საქმე ჩვენთან და მსოფლიოში?

– დავიწყებ ჩვენი ქვეყნით. კიდევ ერთხელ ცალსახად ვადასტურებ, საქართველოში ავად სახსენებელი აბორტი დამარცხებულია ძველი ჟორდანიას ინსტიტუტის მიერ თანამედროვე კონტრაცეფციის დანერგვით და ჩვენი პაციენტებისა და მასმედიის დახმარებით. ჩვენი საზოგადოების თვითშეგნებამ ამ მხრივ ისეთ სიმაღლეს მიაღწია, რომ ის აბორტს არასოდეს დაუბრუნდება. ეს არ ნიშნავს იმას, რომ აბორტები სრულად არის აღმოფხვრილი, მაგრამ ინფორმირების დონე იძლევა იმის სრულ იმედს, რომ 3-4 წელიწადში მისი დე ფაქტო ნიველირება მოხდება. ეს პროცესი შეუქცევადია. შეგიძლიათ მიაქციოთ ყურადღება, რომ აბორტი, როგორც სამედიცინო პრობლემა, აღარც ფიგურირებს სპეციალურ ლიტერატურასა და ოფიციალურ დოკუმენტებში. ამასთან, არ შეიძლება არ აღინიშნოს, რომ ჩვენს ქვეყანაში ფაქტობრივად აღარ გამოიყენება ყველაზე ინვაზიური ქირურგიული მეთოდი და კიდევ შემორჩენილ 10-15000 აბორტს წელიწადში ავ-

სებს ე.წ. მედიკამენტური აბორტი, რომელიც თავის დროზე ალტერნატიულად (დროებით) შემოღებულია ისევ და ისევ ძველი ჟორდანიათა ინსტიტუტის მიერ, პირადად ჩემი ინიციატივითა და ძალისხმევით.

რაც შეეხება დანარჩენ მსოფლიოს, აბორტისა და თანამედროვე კონტრაცეფციის სიტუაცია ვარიანტულია. ევროპის, ჩრდილოეთ ამერიკისა და აზიის განვითარებულ ქვეყნებში ხელოვნური აბორტი, ფაქტობრივად, ლიკვიდირებულია. აფრიკის, სამხრეთ ამერიკისა და სამხრეთ-დასავლეთ აზიის ბევრ ქვეყანაში საქმე საკმაოდ რთულადაა. ყველაფერი დამოკიდებულია იმაზე, რა მიზნით სჭირდებათ თანამედროვე კონტრაცეფცია და ოჯახის დაგეგმვა აღნიშნული რეგიონების ქვეყნებს. ყველასთვის ცხადია ის ფაქტი, რომ მოსახლეობის კვლავწარმოების ტემპში მსოფლიოს ხსენებულ რეგიონებში აჭარბებს მოსახლეობის კეთილდღეობის საშუალებების წარმოებას, რასაც აუცილებლად მივყავართ შიმშილობასთან, პოლიტიკურ კონფლიქტებთან და ა.შ. ამიტომ ამ ქვეყნებისთვის შექმნილი მდგომარეობიდან ერთ-ერთი გამოსავალია ოჯახის დაგეგმვის საშუალებების (კონტრაცეფციის) დანერგვა.

– თუ თანამედროვე კონტრაცეფციის საშუალებები ამცირებს მოსახლეობის კვლავწარმოებას, მაშინ როგორ არის ისინი მისაღები საქართველოსთვის, სადაც შობადობა ისედაც დაბალია?

– საქმე ისაა, რომ ჩვენს ქვეყანაში თანამედროვე კონტრაცეფცია დაინერგა არასასურველი ორსულობებისა და ხელოვნური აბორტის რიცხვის და არა შობადობის შესამცირებლად. ამასთან, ჩვენ, რა თქმა უნდა, გავითვალისწინეთ ის ცნობილი დემოგრაფიული ფაქტი, რომ თანამედროვე კონტრაცეფცია ამცირებს შობადობას მხო-

ლოდ იმ ეთნიკურ ჯგუფებში, სადაც შობადობის ინდექსი (ბავშვების რიცხვი 1 წყვილზე) აღემატება 4,0-4,2-ს. ჩვენს ქვეყანაში კი ხსენებული ინდექსი არ აღემატება 2,2-ს, რომელიც, როგორც ცნობილია, გამოირჩევა ვარიაბელურობით. ცალკეულ რეგიონებში – კახეთი, ქართლი, რაჭა, იმერეთი, გურია – შობადობის ინდექსი არ აღემატება 1,7-ს, 1,5-სა და 1,1-საც კი. ასე რომ, შეიძლება გიპასუხოთ ცალსახად, რომ საქართველოში თანამედროვე კონტრაცეპტივები გამოიყენება არასასურველი ორსულობისა და ხელოვნური აბორტის რიცხვის და არა შობადობის შესამცირებლად. ამასთან, საგულისხმოა ის ფაქტი, რომ აბორტის აღმოფხვრა ნიშნავს ქალთა შორის ანთებიითი დაავადებების პროფილაქტიკას, რომლებიც, როგორც ცნობილია, რჩება უშვილობის ერთ-ერთ ძირითად მიზეზად.

– რამდენად არის ჩვენი ქვეყანა და მსოფლიო უზრუნველყოფილი ჩასახვის საწინააღმდეგო თანამედროვე საშუალებებით?

– შეიძლება ითქვას, რომ თანამედროვე კონტრაცეპტივების არჩევანი მთელ მსოფლიოში დიდია. მათ შორის – საქართველოშიც. მაგრამ საქართველოს პრობლემად რჩება კონტრაცეპტივების ფასი, რაც, უმრავლეს შემთხვევაში, ძალიან მაღალია. არაობიექტურად და პარადოქსულად მაღალია თანამედროვე კონტრაცეპტივების ღირებულება ჩვენს ქვეყანაში, სადაც გადამწყვეტი ფაქტორია წამლებით ვაჭრობის მონოპოლიზაცია ფარმაცევტული კომპანიების მიერ. მე მახსენდება გასული საუკუნის 90-იანი წლები და ამ საუკუნის დასაწყისი, როდესაც კონტრაცეპტივების დონაციასა და იმპორტს საქართველოში კოორდინირებას უწევდა ძველი ჟორდანიას ინსტიტუტი და 13 წლის განმავლობაში ყველაზე თანამედროვე კონტრაცეპტივები უფასო იყო ჩვენი პაციენტებისთვის.

სწორედ ამ ფაქტმა განაპირობა ის წარმატება, რომელსაც მიაღწია ჩვენმა ქვეყანამ კონტრაცეპტივების დარგში და შეასრულა მსოფლიო ისტორიაში ყველაზე სწრაფი ნახტომი თანამედროვე ჩასახვის სანინააღმდეგო საშუალებების გამოყენებაში – 0%-დან 75%-მდე.

დღეს, მიუხედავად იმისა, რომ თანამედროვე კონტრაცეპტივებს სხვა წამლებივით „ცეცხლის ფასი“ აქვს, ჩვენი ქალები გმირულად ინარჩუნებენ თანამედროვე კონტრაცეფციის მიღწეულ ზღვარს. ამიტომ ჩვენს ექიმებს აქვთ შესაძლებლობა, პრაქტიკულად ყველა მსურველს მათთვის შესაბამისი კონტრაცეპტივი შეურჩიონ.

– რამდენად იდეალურია თანამედროვე კონტრაცეპტივები უკუჩვენებებისა და გართულების თვალსაზრისით?

– მოგეხსენებათ, მედიცინაში არ არსებობს აბსოლუტური კრიტერიუმი. მით უმეტეს, არ შეიძლება არსებობდეს იდეალური წამალი. ყველას აქვს რაიმე უკუჩვენება. რადგან თანამედროვე კონტრაცეფციულ საშუალებებს ხშირად პრაქტიკულად ჯანმრთელი ადამიანები იყენებენ, კონტრაცეპტივების უკუჩვენებები და გართულებები მინიმუმამდეა შემცირებული. ეს კი იძლევა იმის საშუალებას, რომ თანამედროვე კონტრაცეპტივები და მათ შორის ყველაზე ეფექტური – ჰორმონული საშუალებები – დაენიშნოს ყველა მსურველს. რა თქმა უნდა, ზოგიერთ შემთხვევაში აუცილებელია მაღალი კლასის სპეციალისტ-რეპროდუქტოლოგის კონსულტირება. თქვენს ბოლოს დასმულ შეკითხვას ხანდახან საკმაოდ ტრივიალურადაც ვპასუხობ ხოლმე: რა უკუჩვენებები და გართულებებიც უნდა ჰქონდეს კონტრაცეპტივებს, აბორტზე უარესი ხომ მაინც არ იქნება?!

– როგორც ცნობილია, თანამედროვე კონტრაცეფციას არ მიეკუთვნება მხოლოდ ჰორმონული საშუალებები.

ნომ ვერ დაგვისახელებდით თანამედროვე ჩასახვის სანინალმდეგო სხვა მეთოდებსაც?

– მართალი ბრძანდებით. მეტსაც გეტყვით, პოპულარობის თვალსაზრისით, ჰორმონული კონტრაცეფცია არ დგას პირველ ადგილზე, მიუხედავად მისი დიდი ეფექტურობისა. ეს დაკავშირებულია კონსულტირების სირთულესთან. ჰორმონული საშუალებები ევროპაში უფრო ხშირად ინიშნება, მაგრამ ასე არ ხდება ბევრ განვითარებულ ქვეყანაში, მაგალითად, ჩრდილოეთ ამერიკაში, რასაც თავისი მიზეზები აქვს. აშშ-ის ბევრ შტატში (განსაკუთრებით სამხრეთით) კონტრაცეფციის ყველაზე პოპულარულ მეთოდად ითვლება ქირურგიული სტერილიზაცია, განსაკუთრებით მამაკაცების (ვაზექტომია და ვაზოკლუზია). ასევეა სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის ქვეყნებში.

ჩვენს ქვეყანაში კი ლიდერობს კონტრაცეფციის ბარიერული და მექანიკური მეთოდები, როგორებიცაა – კონდომი და საშვილოსნოსშიგა საშუალებები. ეს არ არის ცუდი ფაქტი, რადგან თანამედროვე ლატექსის კონდომები იცავენ არა მარტო არასასურველი ორსულობისგან, არამედ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისგანაც. მაღალი კონტრაცეფციული ეფექტით და სამკურნალო თვისებებით გამოირჩევა სპილენძისა და გესტაგენების შემცველი საშვილოსნოსშიგა საშუალებები. თუმცა მათი გამოყენებისას გაზრდილია წინააღმდეგჩვენებების რიცხვიც და, შესაბამისად, გართულებულია კონსულტირების პროცესი. ქირურგიულ მეთოდებს კი ინდივიდუალური ჩვენებები აქვს.

აღსანიშნავია, რომ თანამედროვე საშუალებებიდან ქირურგიულმა მეთოდებმა ვერ მოიკიდეს ფეხი იმ ელემენტარული მიზეზით, რომ ჩვენს ინსტიტუტს აღარ გააჩნია სამედიცინო პროპაგანდის ის შესაძლებლობები, რომლებ-

საც 20 წლის წინ ფლობდა. სხვა მსგავსი დაწესებულებები კი, სამწუხაროდ, კომერციალიზაციის ზეგავლენით ვინრო მერკანტილური პრობლემებით შემოიფარგლნენ (მაგალითად, სუროგატული დედობის „სამაჭანკლო“ ნაწილი).

სამწუხაროდ, ეგზალტირებული და კომერციალიზებულია ჩვენი საქმის პროპაგანდის მთავარი დამხმარე ძალაც – მასმედია (თქვენი ჟურნალი მცირე გამონაკლისია). ამიტომ ძალიან გაძნელდა ჯანსაღი სამედიცინო პროპაგანდის გატარება. რეპროდუქტოლოგიის ფართო პოპულარიზაციისა და აღიარების მიუხედავად, სახელმწიფო (და არა მარტო სახელმწიფო, არამედ კერძო სექტორიც) არავითარ რეალურ ადმინისტრაციულ და ფინანსურ დახმარებას არ უწევს ამ უმნიშვნელოვანეს დისციპლინას, რომელიც, კიდევ ერთხელ ვიმეორებ, არის ქვეყნის დემოგრაფიულ სიტუაციაზე ზემოქმედების ერთადერთი ბერკეტი.

ასეა თუ ისე, შემიძლია დაგარწმუნოთ, რომ დღეს-დღეობით ჩვენი ქვეყანა სრულად არის უზრუნველყოფილი ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე საშუალებებით და ყველა ჩვენგანის ვალია, ვიბრძოლოთ მათი ადეკვატური გამოყენებისთვის. სწორედ ეს მოულებს ბოლოს ავად სახსენებელ აბორტს ჩვენს ქვეყანაში.

– ცნობილია, რომ ზოგიერთ თანამედროვე საშუალებას სამკურნალო ეფექტი აქვს. რას გვეტყვით ამასთან დაკავშირებით?

– დავაზუსტებ, თითქმის ყველას. დღეს ყველასთვის ცხადია, რომ თანამედროვე კონტრაცეპტივები, გამონაკლისის გარეშე, აუმჯობესებენ ცხოვრების ხარისხს. გარდა ამისა, ცხადია ისიც, რომ ჰორმონული კონტრაცეპტივები გამოიყენება მთელი რიგი გინეკოლოგიური და

რეპროდუქტოლოგიური პათოლოგიების კომპლექსურ თერაპიაში.

– ხომ ვერ ჩამოგვითვლიდით ძირითად კონტრაცეპტივებს, რომლებიც ხელმისაწვდომია ჩვენს რეალურ ცხოვრებაში?

– აღსანიშნავია თანამედროვე კონტრაცეფციის ჰორმონული საშუალებები. პირველ რიგში, უნდა აღმოიფხვრას პოსტულატი – „ჰორმონები საშიშია“. მსგავსი დამოკიდებულება მიუთითებს მედიკოსის დაბალ სამედიცინო ინტელექტზე. ყველაფერს რომ თავი დავანებოთ, ჰორმონია ინსულინიც, რომელიც ყოველდღიურად აცოცხლებს მრავალ ასეულ მილიონ პაციენტს.

დღეს ჩვენს ქვეყანაში ხელმისაწვდომია ყველანაირი ჰორმონული კონტრაცეპტივი. აუცილებლად უნდა გაგრძელდეს თანამედროვე კონდომების პოპულარიზაცია, რომლებიც იცავენ წყვილებს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისგანაც. სწორად გამოყენებით კონტრაცეფციის ყველა საშუალება შექცევადია, ანუ მათი გამოყენების შეწყვეტის შემდეგ ფერტილობის უნარი სრულად აღდგება. ნაყოფიერების აღდგენა შესაძლებელია ისეთი შეუქცევადი მეთოდების გამოყენებითაც კი, როგორცაა ქალისა და მამაკაცის ქირურგიული სტერილიზაცია, ცხადია, დამხმარე რეპროდუქციული მეთოდების საშუალებით.

– ხომ არ გაქვთ კონტრაცეფციის გლობალური ლოზუნგი?

– „გამოიყენეთ თანამედროვე კონტრაცეპტივები იმისთვის, რომ გაიუმჯობესოთ ცხოვრების ხარისხი და ყველა ბავშვი ოჯახში იყოს სასურველი და ჯანმრთელი“.

საქართველოს დემოგრაფიული მდგომარეობა

არჩილ ხომასურიძე

(ინტერვიუ ჩაინერა თამარ მამაცაშვილმა)

– რა ვითარებაა დღეს საქართველოში დემოგრაფიული მდგომარეობის თვალსაზრისით?

– უკანასკნელ პერიოდში საქართველოში უმძიმესი დემოგრაფიული ვითარება ჩამოყალიბდა. 2020 წელს პირველად დაფიქსირდა ბუნებრივი მატების უარყოფითი მაჩვენებელი. 2021 წელს გრძელდება იგივე ტენდენცია – ყოველთვიურად გარდაცვლილთა რიცხოვნება აღემატება ცოცხლადშობილთა რიცხოვნებას. არსებულ ვითარებას კიდევ უფრო ამძიმებს კოვიდ 19-ის პანდემიით განპირობებული სიკვდილობის არნახულად მაღალი რიცხვი. დემოგრაფიული მონაცემების არსებული ტენდენციების შენარჩუნების პირობებში ქვეყანას მოკლე ხანში დეპოპულაცია ელის.

– საქართველოს პრეზიდენტმა ამას წინათ ერთ-ერთ გამოსვლაში ყურადღება გაამახვილა ქვეყნის დემოგრაფიულ მდგომარეობაზე, საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიამ მნიშვნელოვანი სესია მიუძღვნა ხსენებულ საკითხს, თქვენ პერიოდულად უბრუნდებით ამ პრობლემას. შეიძლება გაგვარკვიოთ, რა ხდება ამ მხრივ?

– რა თქმა უნდა, აუცილებელია ამ პრობლემის განხილვა. თქვენ მიერ ნახსენები ფაქტები შემთხვევითი არ გახ-

ლავთ, იმ ელემენტარული მიზეზის გამო, რომ ჩვენი ქვეყანა არის უმძიმეს და, შეიძლება ითქვას, კატასტროფულ მდგომარეობაში. კატასტროფულ ემიგრაციას ემატება არანაკლებ კატასტროფული დაბალი შობადობის დონე. ემიგრაციის მიზეზები სხვა სპეციალისტებისთვის მიმინდვია. რაც შეეხება დაბალ შობადობას, ვიტყვოდი, რომ აქაც მდგომარეობა არის უმძიმესი შემდეგი მიზეზების გამო: იმისთვის, რომ ქვეყანაში შეიქმნას დადებითი შობადობის ბალანსი, თითო წყვილზე უნდა მოდიოდეს, სულ მცირე, 2,2 ბავშვი. ჩვენს ქვეყანაში ეს მაჩვენებელი არ აღემატება 2,0-ს. ამ ციფრსაც ჯერჯერობით ვინარჩუნებთ არაადგილობრივი მოსახლეობის ხარჯზე. თუ ცალკეულ რაიონებს განვიხილავთ, მაჩვენებლები დაახლოებით ასეთია: შობადობის ინდექსი რაჭაში არის 1,1, სამეგრელოსა და გურიაში – 1,2, იმერეთში – 1,3 და ა.შ. დეპოპულაციის ზღვარი კი 1,7 ბავშვია წყვილზე, ანუ დღეს ვართ დემოგრაფიული კატასტროფის ზონაში. თუ ასე გაგრძელდა და ჩვენ არაფერი მოვიმოქმედეთ, დაახლოებით 2040 წლისთვის საქართველოში ქართველები აღმოვჩნდებით უმცირესობაში, ამიტომ – დრამატული შედეგებით.

– როგორია მედიცინის როლი საქართველოს დემოგრაფიულ პროცესებში?

– მედიცინის როლი არის ხარისხობრივად ძალიან დიდი, მიუხედავად იმისა, რომ რაოდენობრივად არ აღემატება 15%-ს და ფაქტობრივად შემოიფარგლება მხოლოდ უშვილობის მკურნალობით. რაც შეეხება ხარისხობრივ მხარეს, თვითონ განსაჯეთ: ჩვენი ქვეყნის დაახლოებით 3,7 მილიონ მოსახლეობაზე უშვილო წყვილთა სიხშირე მერყეობს 10-15%-იან ინტერვალში (ასევეა მთელ მსოფლიოში), რაც შეადგენს დაახლოებით 100 000 პაციენტს. ჩვენ პერმანენტულად ვმკურნალობთ მათ. მარტო იმ

ვიტრო ტექნოლოგიის გამოყენებით ქვეყანაში უკვე დაბადებულია 10 000-ზე მეტი ბავშვი. მხოლოდ ჩვენი ძველი ჟორდანიას ინსტიტუტი ყოველწლიურად „ანარმონებდა“ 1000-მდე ახალშობილს, ანუ 2,7-ზე მეტს ყოველდღიურად. ამას ემატება მზარდი რიცხვი ჩვენი პროფილის დაწესებულებებისა. აი, ჩვენი „პროდუქცია“. ახლა თქვენთვის მომინდვია მისი ღირებულების განსაზღვრა საერთოდ და განსაკუთრებით – ჩვენი დემოგრაფიული მდგომარეობის მქონე ქვეყნისთვის. არა მგონია ამაზე ძვირფასი „პროდუქცია“ არსებობდეს ბუნებაში. ამასთან, ისიც ფაქტია, რომ ჩვენი 15 პროცენტი სტატისტიკურად სარწმუნოდ ვერ მოქმედებს საერთო დემოგრაფიულ სიტუაციაზე. ამისთვის საჭიროა, ხსენებულმა პროცენტმა მიაღწიოს დადებით 27-ს. მაგრამ სად არიან დემოგრაფიული მდგომარეობის სოციალური ფაქტორების „უსტაბაშები“? არიან, მაგრამ არაფერს აკეთებენ დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით. მიუხედავად მრავალწლიანი და მაღალფარდოვანი პოლემიკებისა, არ სრულდება არც ერთი სოციალური პროგრამა ქვეყნის დემოგრაფიული სიტუაციის გამოსასწორებლად. მიუხედავად ჩემი არაერთი მიმართვისა შესაბამისი ინსტანციებისადმი, არც ერთ მათგანს არ გაუმახვილებია ყურადღება წლების განმავლობაში. დღეს არ შემოიძლია არ აღვნიშნო თქვენ მიერ ნახსენები პრეზიდენტის ინიციატივა და მეცნიერებათა აკადემიის გადანყვეტილება, რომელთა მიმართ მე იმედით ვარ განწყობილი. იქნებ რაიმე შეიცვალოს, თორემ დემოგრაფიული კატასტროფა გარდაუვალი გახდება.

– როგორ გესახებათ დემოგრაფიულ სიტუაციაზე ზემოქმედების თქვენეული ძირითადი ქმედითი სოციალური ზომები?

– მოგეხსენებათ, მე არც სოციოლოგი ვარ და, მით უმეტეს, არც პოლიტიკოსი. მე ვარ ნამდვილი ექიმი და გამიჭირდება თქვენს შეკითხვაზე ზუსტი პასუხის გაცემა. ერთს კი მოგახსენებთ იმასთან დაკავშირებით, თუ რა აუცილებელი მედიკო-სოციალური ღონისძიებებია ჩასატარებელი უახლოეს მომავალში. იმისთვის, რომ დავინწყოთ მიზანმიმართული მუშაობა, საჭიროა ვიცოდეთ, რა გვაქვს დღეს. ამისთვის სასწრაფოდ უნდა დამტკიცდეს კანონი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ და ჩატარდეს ამ მიმართულებით ფართომასშტაბიანი სოციალური კვლევა. მთავრობას კი ვთხოვდი, უახლოეს მომავალში გამონახოს შესაძლებლობა უშვილობის მკურნალობისა და ხელოვნური განაყოფიერების თუნდაც ერთი მცდელობის დაფინანსებისა, როგორც ეს არის ევროპის ყველა ქვეყანაში. სამწუხაროდ, მხოლოდ საქართველოა გამონაკლისი.

ბანა ჩვენი ქვეყანა არ იმსახურებს, იყოს რაიმე დარგში მსოფლიო პიონერი?!

არჩილ ხომასურიძე

(ინტერვიუ ჩაინერა თამარ მამაცაშვილმა)

– ბატონო არჩილ, თქვენ ბრძანდებით რეპროდუქტოლოგიის დამაარსებელი ჩვენს ქვეყანაში. რა ხდება ამჟამად ამ მიმართულებით?

– დაგეთანხმებით, რომ ეს მართლაც ასეა. მაგრამ რეპროდუქტოლოგიის მთავარი იდეოლოგი ჩვენს ქვეყანაში და მსოფლიოშიც იყო პროფ. იოსებ ჟორდანიას, რომელმაც 1958 წელს დააარსა უშვილობის პირველი საავადმყოფო და ხსენებული ფაქტით გაუსწრო თავის ეპოქას დაახლოებით 30 წლით. სამწუხაროდ, იოსებ ჟორდანიამ ვერ მიიყვანა ბოლომდე მის მიერ ჩაფიქრებული საქმე, ვინაიდან, მოგეხსენებათ, დაიღუპა ავიაკატასტროფაში. შემდგომ კი მის საქმეს მივხედე მე და გამომივიდა ის, რაც გამომივიდა: დღეს საქართველო გახლავთ მსოფლიო პიონერი დამოუკიდებელი რეპროდუქტოლოგიის თვალსაზრისით. რატომაც არა?! განა ჩვენი ქვეყანა არ იმსახურებს, იყოს რაიმე დარგში მსოფლიო პიონერი?! თავის დროზე, როდესაც ი. ჟორდანიამ დააარსა ისტორიაში პირველი რეპროდუქტოლოგიური საავადმყოფო, რომელიც იყო 21 წლის განმავლობაში ერთადერთი მსოფლიოში და ამით დღესაც ამყობს ჩვენი მედიცინა, ცუდია ეს?! ასევე ის ფაქტი,

რომ რეპროდუქტოლოგია საქართველოში გახდა დე ფაქტო დამოუკიდებელი 1997 წელს, დე იურე კი – 2020 წელს. ეს მოხდა აგრეთვე პირველად მსოფლიოში. რა არის ამაში უარყოფითი?!

რეპროდუქტოლოგიის დამოუკიდებლობის უშუალო პრაქტიკული მიზეზები გახლდათ შემდეგი ფაქტორები:

1. რეპროდუქტოლოგიის ტურბულენტური განვითარება ჩვენს ქვეყანაში – დაწყებული 1985 წლიდან;

2. რეპროდუქტოლოგიის, როგორც სამედიცინო დისციპლინის, ის თავისებურება, რომ იგი მოიცავს არა მარტო ქალებს, არამედ მამაკაცებსაც (ანდროლოგია), რომლებიც ვერანაირად ვერ დარჩებოდნენ მეანობა-გინეკოლოგიის ობიექტებად;

3. ჩვენი ქვეყნის რეპროდუქტოლოგიური სამსახურის მსოფლიო აღიარება ბოლო წლების განმავლობაში.

დეტალებზე არ შევჩერდები, მაგრამ, როგორც ყოველთვის, ჩვენს ქვეყანაში გამოჩნდნენ რეტროგრადები, რომლებიც ებრძვიან ყველაფერ პროგრესულს, ამ შემთხვევაში რეპროდუქტოლოგიას. ისინი დამარცხდნენ, მაგრამ არიან ჩასაფრებულები. ჩვენც ფრთხილად უნდა ვიყოთ.

– ბატონო არჩილ, რა აზრის ბრძანდებით ჩვენი დღევანდელი მედიცინის მდგომარეობაზე?

– პირდაპირ გეტყვით: ცუდის! საქართველოს დღევანდელი მედიცინა ორგანიზაციულად ერთ-ერთი ყველაზე „მძიმე ავადმყოფია“ მსოფლიოში. არავისთვის არის საიდუმლო ის ფაქტი, რომ ჩვენი ქვეყნის მოსახლეობას ძალიან უჭირს ღირსეული სამედიცინო მომსახურების მიღება, რომლის ძირითადი გამოვლინებაა ნორმალური კვალიფიკაციის მქონე ექიმთა დეფიციტი, გაძნელებული

მომსახურება და წამლების სიძვირე. ხსენებულ სირთულეებს მრავალი მიზეზი გააჩნია. მათ შორის ეგზალტაციით გამოირჩევა თუნდაც ის ფაქტი, რომ ჩვენი ქვეყანა იმ სრული აბსურდის დონეზეა, როდესაც სამედიცინო დაწესებულებები ფარმაცევტული ან სადაზღვევო კომპანიების საკუთრებაა, რომლებიც არეგულირებენ სამედიცინო მომსახურების ხარისხსა და ფასს. ნორმალურ ქვეყნებში არსებობს სამი ტიპის მედიცინა: სახელმწიფო, სადაზღვევო და საკუთარი. პაციენტებს გააჩნიათ მათი არჩევის შესაძლებლობა. ჩვენთან პაციენტებისათვის ხელმისაწვდომი სახელმწიფო მედიცინა რეალურად არ არსებობს. დაკანონებული მონოპოლიზაციისა და მახინჯი კომერციალიზაციის ზეგავლენით კი სადაზღვევო და კერძო გაიგივებულია. დარწმუნებული ვარ, რომ ჩვენი ქვეყნის მედიცინა ვერ გამოჯანმრთელდება მანამდე, სანამ თუნდაც ზემოხსენებული „ეტიოლოგიური ფაქტორები“ არ მოიხსნება.

– ბატონო არჩილ, უკაცრავად, მაგრამ პირადად თქვენ და თქვენმა კოლეგებმა რა იღონეთ იმისთვის, რომ გაუმჯობესებულიყო ჩვენი მედიცინის მდგომარეობა?

– მე და ჩემმა კოლეგებმა გავაკეთეთ ის, რაც შევძელით: ქვეყანაში დავამარცხეთ ავად სახსენებელი აბორტი, შემოვიღეთ ლაპაროსკოპია, დავაარსეთ კონტრაცეფცია, ინ ვიტრო განაყოფიერება, ქალის ჰიგიენა, შვიფარეთ ანდროლოგია და სექსოლოგია და ა.შ. არ ვლაპარაკობ ცალკეული თანამედროვე მეთოდების დანერგვაზე. დაიკვებოს ნებისმიერმა, ვინც ჩვენზე მეტი გაუკეთა საქართველოს მედიცინას. კომერციალიზაციას კი უნდა მოუაროს სახელმწიფომ საკანონმდებლო დონეზე. ჩვენ კანონებს ვერ შევქმნით.

– რა არის ახალი რეპროდუქტოლოგიაში?

– რეპროდუქტოლოგიის ერთ-ერთი სპეციფიკა ის არის, რომ არის „ტურბულენტურად“ განვითარებადი სამედიცინო დისციპლინა. ყოველდღიურად სიახლე გვაქვს. ყველაფერს რომ თავი დავანებოთ, ყოველდღე რომ თუნდაც რამდენიმე ახალი სიცოცხლე დაიბადება მანამდე უშვილო ოჯახში, განა სიახლე არ არის?! სწორედ ახალი სიცოცხლეების შექმნა გახლავთ რეპროდუქციული საწარმოს „პროდუქცია“. ყველანაირი მაღალი ხარისხის მედიცინა საჭიროა, მაგრამ ჩვენი „პროდუქცია“ მაინც უნიკალურია.

– მაინც რაზეა ფოკუსირებული თქვენი დღევანდელი მოღვაწეობა?

– სასწავლო ანუ საგანმანათლებლო პროცესზე. მე ვარ ივ. ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის რეპროდუქტოლოგია-მეანობა-გინეკოლოგიის კათედრის გამგე. სტუდენტებთან მუშაობა მიმაჩნია ძალიან საინტერესო და პრიორიტეტულ საქმედ. ვარ აგრეთვე რეპროდუქტოლოგიაში დიპლომისშემდგომი განათლების სახელმწიფო პროგრამის დირექტორი. რეზიდენტებთან მუშაობაც ძალიან საპასუხისმგებლო და საინტერესო საქმეა. ჩემი ასაკის მიუხედავად, ვცდილობ, დავრჩე ნოვატორად სამეცნიერო სფეროშიც. თავის დროზე საქართველოში მე დავწერე ანტიპროგესტინებისა და მათ შორის – მიფეპრისტონის გამოყენება. ცხოვრებამ გვიჩვენა, რომ ხსენებული შენაერთები თანამედროვე რეპროდუქტოლოგიისა და საერთოდ, მედიცინის ეპოქალური ნაწილია. უაღრესად აქტუალურ პრობლემად მიმაჩნია უშვილობის მკურნალობით მიღებული თაობის მენტალური და ფიზიკური შეფასება.

– როგორ გავლენას ახდენს რეპროდუქციულ ფუნქციაზე კოვიდ 19?

– ალბათ, ახდენს, მაგრამ ჯერჯერობით სერიოზული მეცნიერული დასკვნების გამოტანა ნაადრევია. უკვე არსებული მცირედი სამედიცინო გამოცდილება მიუთითებს იმაზე, რომ, საბედნიეროდ, ჯერჯერობით ჩვენს სფეროში მოღვაწეობის ტაქტიკის სერიოზული შეცვლის საფუძველი არ არსებობს. ამასთან ერთად, ამ მიმართულებით აუცილებელია საზოგადოდ მიღებული პრინციპების მკაცრად დაცვა.

– ბოლო შეკითხვა: ჟურნალისტების მიმართ სკეპტიკურად ხომ არ ხართ განწყობილი?

– გიპასუხებთ ყოველგვარი ქათინაურის გარეშე, რომ სწორედ პირიქით, პრაგმატულად და ემოციურად, ჩემი მოღვაწეობის უმნიშვნელოვანეს ნაწილად ყოველთვის მიმაჩნდა მუშაობა პრესის წარმომადგენლებთან. მაგალითად, დარწმუნებული ვარ, რომ თავის დროზე ძალიან გამიძნელებოდა აბორტმახერებთან ბრძოლა, რომ არ მქონოდა ჟურნალისტების მხარდაჭერა. შეუძლებელია პრესის ჯანსაღი მხარდაჭერის გარეშე ისეთი სოციალური ელფერის მქონე საკითხებზე მსჯელობა, როგორც ბიცაა ქალის ჰიგიენა, სექსოლოგია, ოჯახის დაგეგმვა და სხვა. მაგრამ პრესის საშუალებებიც, მოგეხსენებათ, გახლავთ ნაირფეროვანი. მაგალითად, ისეც არ შეიძლება, რომ სამედიცინო საკითხებზე „იბჟუტუროს“ ყველამ, ვინც კი ამისთვის ფულს გადაიხდის. სამწუხაროდ, ასეთი შემთხვევები ჩვენს ქვეყანაში ძალიან ხშირია და ისინი ელემენტარულ ზიანს აყენებენ ჩვენი საზოგადოების ჯანმრთელობის საქმეს. მედიცინა ფართო გაგებით გახლავთ სრულიად განყენებული განზომილებების მქონე ფენომენი. დარწმუნებული ვარ, რომ მისი დეტალების გაშუქებას სჭირდება თავშეკავებული პროფესიული ცენზურა, რომელმაც უნდა შეზღუდოს მედიცინაზე კომერციული-

ზაციის უარყოფითი ზეგავლენის ზომები. ტელევიზიის, რადიოსა და გაზეთის საშუალებით სამედიცინო საკითხებზე საზოგადოებას უნდა ელაპარაკებოდეს გამოცდილი და პაციენტების მიერ აღიარებული ექიმი და არა ყველა, ვინც მოისურვებს და ამაში ფულს გადაიხდის.

პროფესორი არჩილ ხომასურიძე – რეპროდუქტოლოგიის ფუძემდებელი საქართველოში – 80 წლისაა!

თამარ მამაცაშვილი

პროფესორი არჩილ ხომასურიძე დაიბადა ქალაქ თბილისში 1942 წლის 11 თებერვალს. მას 2022 წელს 80 წელი შეუსრულდა.

მისი დედა, ვანანა ცინცაძე, დიასახლისი იყო, რომელსაც განსაკუთრებული ადგილი აქვს ბატონი არჩილის ცხოვრებაში და ყველაზე მეტად უყვარს. ამბობს, რომ დედა ერთადერთი ადამიანია, ვის ამაგსაც ვერასოდეს გადაიხდის და ვისი ვალიც აქვს.

მამა, გიორგი ხომასურიძე, წლების განმავლობაში თბილისის აბრეშუმის ფაბრიკის მთავარი ინჟინერი გახლდათ. უზადოდ იცოდა თავისი საქმე, შეიძლება ითქვას, იგი იყო მსუბუქი მრეწველობის ერთ-ერთი დამფუძნებელი საქართველოში.

ბავშვობის პერიოდი ია-ვარდით არ ჰქონდა მოფენილი. მამა ტუბერკულოზით იყო დაავადებული. დედის ძალისხმევითა და მზრუნველობით პატარა არჩილს ეს დაავადება არ შეხვდა და ჯანმრთელი გაიზარდა. იზრდებოდა ორჯონიკიძის ქუჩაზე მდებარე პატარა ბინაში. შემდეგ მამას

აბრეშუმის ფაბრიკიდან ბინა დოლიძის ქუჩაზე მისცეს და იქ გადავიდნენ საცხოვრებლად.

დედა წარმოშობით გურიიდან გახლდათ. დედის მშობლიური სოფელი – ჩოხატაურის რაიონის სოფელი იანეული – განსაკუთრებით უყვარს ბატონ არჩილს. აქ ალადგინა და გაარემონტა მამაპაპისეული ძველი ხის სახლი და დღემდე მისი საყვარელი ადგილია. ძალიან დიდ დროს ატარებს იანეულში. თვლის, რომ უფრო გურულია, ვიდრე რაჭველი.

დაამთავრა თბილისის რკინიგზის მე-7 ვაჟთა სკოლა, სადაც ბევრი კარგი მეგობარი შეიძინა. ბავშვობიდან საუკეთესოდ შეისწავლა უცხო ენები – ინგლისური და რუსული. სკოლის დამთავრებისთანავე ჩაირიცხა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტში. იყო საუკეთესო სტუდენტი.

უყვარდა სპორტი. იყო საკმაოდ პერსპექტიული კალათბურთელი, თამაშობდა საქართველოს მოსწავლეთა ნაკრებში, იყო გუნდის კაპიტანიც, საბჭოთა კავშირის სპარტაკიადების არაერთგზის გამარჯვებული.

სპორტი მისი ცხოვრების განუყოფელი ნაწილია, კარგად თამაშობდა ჩოგბურთს. არის საბჭოთა კავშირში ჩოგბურთის ფედერაციის ერთ-ერთი თანადამფუძნებელი, რის გამოც ხშირად იყო ოლიმპიური კომიტეტის წევრი და ესწრებოდა ოლიმპიადებს უცხოეთში. დღემდე ვარჯიშობს.

სამედიცინო ინსტიტუტის დამთავრების შემდეგ პრაქტიკა გაიარა ჟორდანიას ინსტიტუტში, ბატონ თამაზ ბეგიაშვილთან, რომელიც იყო ცნობილი ფიზიოლოგი და ანდროლოგის ერთ-ერთი დამფუძნებელი საქართველოში. ახალგაზრდა არჩილს ყურადღება მიაქცია ჟორდანიას ინსტიტუტის მაშინდელმა დირექტორმა, ჯემალ ციციშვილმა, რომელსაც შემდეგ ძალიან დაუმეგობრდა.

ბატონი არჩილი ასპირანტურაში ჩაირიცხა მოსკოვში, ურთიერთობა ჰქონდა მედიცინის კორიფეებთან, გამოჩენილ მეცნიერებთან. მას ერთ-ერთი პირველი შეხვედრა ჰქონდა ქართველ პროფესორთან, გიორგი ცერცვაძესთან, რომელიც შემდგომში იხსენებს, როგორი ნიჭიერი, მშრომელი და მიზანდასახული ახალგაზრდა იყო არჩილ ხომასურიძე, ქართველისათვის უჩვეულო თვისებებით, რომელმაც განუცხადა, რომ გინეკოლოგია ნაკლებად აინტერესებდა და რეპროდუქციულ საკითხებზე მუშაობა სურდა.

მისი საკანდიდატო დისერტაციის თემა იყო: „ჰიპოთირეოზის გავლენა შთამომავლობის ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციაზე“, ხოლო თემის ხელმძღვანელი გახლდათ პროფესორი გოლბერი. 26 წლის ასაკში იგი გახდა მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი, 36 წლისამ დაიცვა სადოქტორო დისერტაცია თემაზე: „ჰორმონული კონტრაცეფციის გავლენა ფარისებრ, თირკმელზედა, კუჭუკანა ჯირკვლებზე, თირკმელებისა და ღვიძლის ფუნქციაზე“. დოქტორანტურაში მისი კონსულტანტი იყო ცნობილი მეცნიერი პერსიანინოვი, რომელსაც განსაკუთრებული სითბოთი და პატივისცემით იხსენებს.

ბატონი არჩილის ცხოვრებაში პროფესიული თვალსაზრისით დიდი კვალი დატოვა მარი ლვონა კრიმსკაიამ, რომელიც იყო ცნობილი გინეკოლოგ-ენდოკრინოლოგი, პოლიციისტური საკვერცხეების სინდრომის კლასიფიკაციის ავტორი.

არჩილ ხომასურიძე მოსკოვში დიდი პოპულარობით სარგებლობდა თავისი ცოდნის, ნიჭისა და გარეგნობის წყალობით. მოსკოვის დედათა და ბავშვთა დაცვის ინსტიტუტში იყო განყოფილების გამგე. მისი ძირითადი ინტერესის სფეროს ადამიანის რეპროდუქციული ფუნქცია წარმოადგენდა.

გამორჩეული ინტელექტისა და ინგლისური ენის სრულყოფილად ცოდნის გამო იგი ყურადღებას იქცევდა საერთაშორისო შეხვედრებზე და ბევრი მეგობარი შეიძინა – ცნობილი მეცნიერები, გინეკოლოგიის მსოფლიო კორიფეები. ის აირჩიეს რეპროდუქტოლოგიის საერთაშორისო აკადემიის აკადემიკოსად, იყო მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ექსპერტი, კითხულობდა ლექციებს. მოსკოვში 20-წლიანი წარმატებული კარიერის შემდეგ მას შესთავაზეს თბილისში ჟორდანიას ინსტიტუტის დირექტორად გადმოსვლა, რაზეც უარი განაცხადა, მაგრამ როდესაც მოხუცმა დედამ დაურეკა ტირილითა და იმავე თხოვნით, აღარც დაფიქრებულა, მაშინვე დათანხმდა.

1985 წელს არჩილ ხომასურიძე ჟორდანიას ინსტიტუტის დირექტორად დაინიშნა. ეს იყო უშვილობის პირველი კლინიკა მსოფლიოში, რომელიც პროფესორმა იოსებ ჟორდანიამ 1958 წელს დააარსა და ოთხი წლის შემდეგ ავიაკატასტროფაში დაიღუპა. საზოგადოებისთვის კარგად არის ცნობილი, როგორ დაუთმო პროფესორმა ჟორდანიამ თვითფრინავის ბორტზე მყოფ უბილეთო პატარა გოგონას თავისი მაშველი ჟილეტი, თვითონ კი დაიღუპა.

არჩილ ხომასურიძის საქართველოში დაბრუნების პერიოდში ჟორდანიას ინსტიტუტი დასუსტებული იყო, მის დახურვას და ჩაჩავას ინსტიტუტთან შეერთებას გეგმავდნენ. როდესაც იმდროინდელ მთავრობის ხელმძღვანელს – შევარდნაძეს – მოახსენეს ამის შესახებ, მას უთქვამს, როგორ შეიძლება საქართველოში უშვილობის ინსტიტუტის დაკეცვა, ვინმე მოძებნეთ, რომ უხელმძღვანელოს ინსტიტუტსო. ამის გამო ბატონი არჩილი ძალიან აფასებდა ედუარდ შევარდნაძეს და შემდგომში მეგობრული ურთიერთობა ჰქონდა მის ოჯახთან.

ჩამოსვლისთანავე მან უმაღლეს დონეზე აიყვანა ჟორდანია ინსტიტუტი, რომელსაც მიენიჭა საბჭოთა კავშირის სათავო ინსტიტუტის სტატუსი, წლების განმავლობაში იყო მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის სათანამშრომლო ცენტრი, ხორციელდებოდა სხვადასხვა პროგრამა, ინსტიტუტი მონაწილეობდა საერთაშორისო პროექტებში და ეს ყველაფერი ხდებოდა პროფესორ არჩილ ხომასურიძის ავტორიტეტითა და ძალისხმევით.

საქართველოში დაბრუნებისთანავე მან დაიწყო ხელოვნურ აბორტებთან ბრძოლა, რაც თანამედროვე კონტრაცეფციის დანერგვით გახდა შესაძლებელი. 80-იან წლებში საქართველოში ხელოვნური აბორტის რიცხვი 300 ათასი იყო, ახლა კი მათი რიცხვი 10 ათასს არ აღემატება. ხელოვნური აბორტი ჩაანაცვლა ჯერ მინიაბორტმა და შემდეგ – მედიკამენტურმა აბორტმა. საინტერესოა ბატონი არჩილის ინიციატივა – ე. წ. სააბორტე აბების, მიფეპრისტონის, გამოყენება უმტკივნეული მშობიარობისთვის. წლების განმავლობაში საქართველოში მოსახლეობას უსასყიდლოდ აძლევდნენ კონტრაცეპტივებს, კონდომებს. მისი ძალისხმევით, საქართველოში, ჟორდანია ინსტიტუტში პირველად შემოიტანეს ქალის ჰიგიენური საშუალებები.

არჩილ ხომასურიძე არის ნოვატორი, ამ პერიოდში მედიცინაში დანერგილი ყოველი სიახლე მის სახელს უკავშირდება. მისი ინიციატივით საქართველოში დაინერგა არაერთი ინოვაცია: 1986 წელს ჟორდანია ინსტიტუტში გაკეთდა პირველი ლაპაროსკოპია, 2000 წელს ინსტიტუტში ჩატარდა ამიერკავკასიაში პირველი ინ ვიტრო განაყოფიერება, 1996 წელს რეპროდუქტოლოგია გამოეყო მედიცინის სხვა დარგებს, მიენიჭა დამოუკიდებელი გრიფი, შეიქმნა დისერტაციების დაცვის სპეციალიზებული საბჭო რეპროდუქტოლოგიაში, 1998 წელს მეცნიერებათა

აკადემიაში დაარსდა რეპროდუქტოლოგიის პირველი კათედრა, 1998 წელს გამოიცა პირველი სამეცნიერო ჟურნალი „რეპროდუქტოლოგია“.

მნიშვნელოვანი იყო, ბატონ როინ მეტრეველის ინიციატივით, 1997 წელს ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში ჯერ მედიცინის ფაკულტეტის და შემდეგ მეანობა-გინეკოლოგიის კათედრის აღდგენა, რაც არჩილ ხომასურიძის მონაწილეობით განხორციელდა. იგი დღემდე ამ კათედრას ხელმძღვანელობს.

სტუდენტები და, საზოგადოდ, ახალგაზრდა ექიმებისა და მომავალი თაობების აღზრდა მისი პრიორიტეტია. იგი არის სარეზიდენტო პროგრამის – „რეპროდუქტოლოგია“ – დირექტორი და ძალიან კარგი პედაგოგი. სტუდენტები და რეზიდენტები ყოველთვის დიდი ინტერესით უსმენენ მის ლექციებს.

ბატონი არჩილი არის საქართველოს რეპროდუქციული ასოციაციის დამფუძნებელი და პრეზიდენტი. ძალიან ნაყოფიერია ამ საზოგადოების საქმიანობა, რეგულარულად იმართება საერთაშორისო კონფერენციები ექიმების ცოდნის ასამაღლებლად. ასოციაციის მიერ შეიქმნა ორიგინალური კითხვები ექიმების სალიცენზიო გამოცდისთვის რეპროდუქტოლოგიაში, სხვადასხვა დაავადების გზამკვლევები, სარეზიდენტო პროგრამა რეპროდუქტოლოგიაში და სხვა მრავალი.

არჩილ ხომასურიძე არის ახალი დარგის, რეპროდუქტოლოგიის, ფუძემდებელი საქართველოში. 2019 წელს მისი ძალისხმევით რეპროდუქტოლოგია გამოეყო მეანობა-გინეკოლოგიას და, ბევრი წინააღმდეგობის მიუხედავად, გახდა დამოუკიდებელი დისციპლინა. რეპროდუქტოლოგია დღეს ძალიან პოპულარული და ტურბულენტურად განვითარებადი დარგია არა მხოლოდ საქართველოში, არამედ მსოფლიოში.

ბატონმა არჩილმა თაობები აღზარდა. დღეს თუ ვინმე ავტორიტეტული ექიმია რეპროდუქტოლოგიაში, ყველა ჟორდანიას ინსტიტუტშია აღზრდილი. მისი მონაფეები წამყვან რეპროდუქციულ კლინიკებს ხელმძღვანელობენ საქართველოში, ზოგიერთი უცხოეთში მოღვაწეობს. ხშირად ის გულისტკივილით აღნიშნავს, რომ ზოგიერთ მონაფეს არ ახსოვს მისი ამაგი და საერთოდ არ ახსენებს ჟორდანიას ინსტიტუტს.

პროფესორი არჩილ ხომასურიძე არის პროფესიონალი, ამასთან, ძალზე წესიერი ექიმი, ყოველთვის ცდილობს პაციენტის დახმარებას, ხშირად ანალიზებსაც უფასოდ უკეთებს, არასდროს აუღია კონსულტაციის საფასური. თავისი კლინიკის ექიმებსაც ამ სულისკვეთებით მუშაობისკენ მიუთითებს.

ძალიან წუხს, რომ მედიცინაში ღრმადაა შეჭრილი კომერციალიზაცია, კრიტიკულად უყურებს სუროგაციის პროგრამებსაც ინ ვიტრო განაყოფიერებაში, თვლის, რომ ეს მხოლოდ ალტრუისტული უნდა იყოს და არა გამდიდრების წყარო.

დღეს ის ხელმძღვანელობს პროფ. ჟორდანიას და პროფ. ხომასურიძის რეპროდუქტოლოგიის ინსტიტუტს, რომელიც, ძველი ჟორდანიას ინსტიტუტის მსგავსად, რჩება დედა ინსტიტუტად. აქ გრძელდება თაობების აღზრდა, უშვილობის მკურნალობა ტრადიციული და თანამედროვე მეთოდებით. პრიორიტეტულ მიმართულებად რჩება გინეკოლოგიური ენდოკრინოლოგია, კლიმაქსის მკურნალობა, ბავშვთა და მოზარდთა გინეკოლოგია, ანდროლოგია, სექსოლოგია და ა.შ.

„ოჯახის მკურნალის“ რედაქცია ულოცავს ბატონ არჩილ ხომასურიძეს იუბილეს, ვუსურვებთ მას დიდხანს ჯანმრთელ სიცოცხლეს რეპროდუქტოლოგიის, მედიცინისა და ქვეყნის საკეთილდღეოდ.

მხარდაჭერისთვის
მადლობას ვუხდით
ფარმაცევტულ
კომპანიებს:

ინოთიმი (ინოფოლიკი)

ვორლდ ფარმა (სოლურო დუო)

სანოფი

ეპოტი (დუფალაკი)

ალკენ ფარმა (კლიმაქტოპლანი)

ჯე ფარმა (ომესამი D3)

თბილისი
2023 წელი



პროფესორი არჩილ ხომასურიძე, რეპროდუქტოლოგიის ინსტიტუტის გენერალური დირექტორი; ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის, რეპროდუქტოლოგიისა და მენოპა-გინეკოლოგიის კათედრის ხელმძღვანელი; საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ასოციაციის დამფუძნებელი და პრეზიდენტი.



ლალი ვცალაძე, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ექიმი რეპროდუქტოლოგი, გინეკოლოგი, პროფ. ჟორდანიას და პროფ. ხომასურიძის რეპროდუქტოლოგიის ინსტიტუტის" კლინიკური დირექტორი; ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის რეპროდუქტოლოგიისა და მენოპა-გინეკოლოგიის კათედრის მონვეული ლექტორი.

