

## 3. შუშანი

# ბ ი ნ ე ქ ო ლ ო ბ ი ა

### მეოთხე გამოცემა

საქართველოს სსრ უმაღლესი და საშუალო საეკონომიკური განათლების სამინისტროს მიერ დამტკიცებულია  
სახელმძღვანელოდ სამედიცინო ინსტიტუტის  
სტუდენტებისათვის

ПЛАТОН ГЕОРГИЕВИЧ ШУШАНИЯ

ГИНЕКОЛОГИЯ

(На грузинском языке)

რედაქტორი ო. კ ა ნ ი შ ვ ი ლ ი  
გამომცემლობის რედაქტორი დ. ნ ა თ ი შ ვ ი ლ ი  
გარეკანის მხატვარი ვ. გ ი ო რ გ ა ძ ე  
მხატვრ. რედაქტორი ს. ბ ო ტ კ ო ვ ე ლ ი  
ტექნორედაქტორი თ. დ ა უ შ ვ ი ლ ი  
კორექტორი თ. ხ ა ტ ი ა შ ვ ი ლ ი

ხელმოწერილი დასაბეჭდად 25/XI-68 წ ქალაღის  
ზომ 70X108. ნაბეჭდი თაბ ხი 20 ს აღრიცხვო-  
საგამომცემლო თაბახი 24.

ტირაჟი 5.000 შეკე № 831.

ფასი 1 მახ. 18 კაბ.

გამომცემლობა „განათლება“, თბილისი, კაშოს ქ № 18  
Изд-во Ганатлеба . Тбилиси, ул Камо 18

---

საქართველოს სსრ მინისტრთა საბჭოს ბეჭდვითი სიტყვის ს ხელმწიფო  
კომიტეტის მთავარპოლიგრაფმრეწველობის თბილისის სტამბა № 4  
Тбилисская типография № 4 Главполиграфпрома Государственного  
комитета Совета Министров Грузинской ССР по печати

## ქალის სასქესო ორგანოების ანატომია

### გარეთა სასქესო ორგანოები

თუ ქალს გულაღმა დავაწვენთ და ქვემო კიდურებს მუხლსა და მენჯ-ბარძაყში მოვუხრით და აქეთ-იქით გადავუწევთ, მხოლოდ მაშინ დავინახავთ კარგად გარეთა სასქესო ორგანოებს.

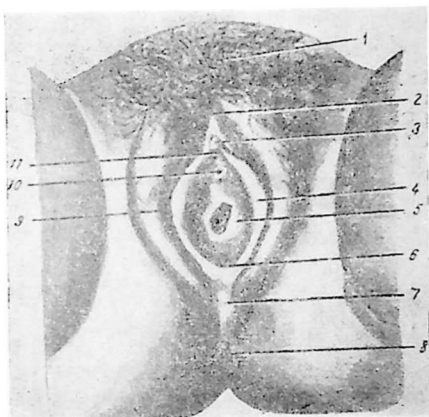
გარეთა სასქესო ორგანოების გარეგანი შესახედობის მიხედვით შეიძლება ვიმსჯელოთ იმის შესახებ — ასაკოვანია ქალი, თუ არა. ქალის სქესობრივი მომწიფების ერთ-ერთი დამადასტურებელია თმიანობა გარეთა სასქესო ორგანოებზე.

როგორი ფერის თმაც აქვს ქალს სასქესო ორგანოებზე, ისეთივე ფერის თმა აქვს მას თავზე და ორგანიზმის სხვა ნაწილებზედაც.

სასქესო ორგანოებზე თმიანობის არასაკმაო განვითარება ინფანტილიზმის ერთ-ერთი მაჩვენებელია, მაგრამ შეიძლება ადგილი ჰქონდეს საწინააღმდეგო მოვლენასაც — ხშირი თმიანობის დროს სასქესო ორგანოები არ იყოს კარგად განვითარებული.

თმით დაფარულია ბოქვენო, დიდი სასქესო ბაგეების გარეთა ნაწილი; თმიანობა გრძელდება აგრეთვე ქვევით — შორისისაკენ.

თმიან ადგილს დაახლოებით სამკუთხედის ფორმა აქვს, რომლის ფუძე მოთავსებულია ბოქვენის დასაწყისში. ზოგჯერ ბოქვენიდან თმის ზოლი მიიმართება ზევით — კიბისაკენ. ასეთი ფორმა აქვს მამაკაცის ტიპის თმის დალაგებას.



სურ 1. ქალის გარეთა სასქესო ორგანოები.

- 1 — ბოქვენის თმიანობა, 2 — სასირცხო ბაგეების წინა შესართავი, 3 — საენებოს თავი, 4 — შიკრე სასირცხო ბაგე, 5 — საქალწულე აკი, 6 — ნაისებრი ფოსო, 7 — სასირცხო ბაგეების ლაგამი, 8 — ყთა ნაწლავი, 9 — დიდი სასირცხო ბაგე, 10 — შარდსადინარის გარეთა პირი, 11 — სასირცხო ბაგეების ლაგამი.

**ბოქვენნი** (mons pubis s. mons veneris) მუცლის წინა კედლის ქვედა ნაწილია. ეს ადგილი მდიდარია თმით. უმრავლეს შემთხვევაში აქ კარგად არის განვითარებული კანქვეშა ცხიმოვანი.

**დიდი სასქესო ბაგეები**, ანუ ე. წ. სასიცხო ბაგეები (labia pudenda majora) წარმოადგენს კანის სქელ, ზოგჯერ კი საკმაოდ თხელ ნოკებს. მათორი ზედაპირი აქვთ: ლატერალური — თმებით დაფარული და მედიალური — უთმო, უფრო ნაზი, მკრთალი ვარდისფერი, ლორწოვანი გარსის მაგვარი. დიდი სასქესო ბაგეები დიდი რაოდენობით შეიცავს ცხიმს და ოფლის ჯირკვლებს.

**მცირე სასქესო ბაგეები** (labia pudenda minora). ზოგი ავტორი ვუწოდებს უწოდებს მთლიანად გარეთა სასქესო ორგანოებს. სინამდვილეში კი ვუწოდება ეწოდება გარეთა სასქესო ორგანოების იმ ნაწილს, რომელსაც ჩვენ ვხედავთ დიდი სასქესო ბაგეების აქეთ-იქით გადაწევის შემდეგ.

მცირე სასქესო ბაგეებიც წარმოადგენს კანის ნოკებს, მაგრამ საცხებით უთმოა და ნაზია. მცირე სასქესო ბაგეებს აქვს სამკუთხედის ფორმა, რომლის მწვერვალი წინ და ქვევით არის მოთავსებული. ახალგაზრდა გოგონებს მცირე სასქესო ბაგეები მეტწილად ვარდისფერი აქვთ. შემდეგში კი ეს ორგანო მუქ პიგმენტაციას განიცდის.

მცირე სასქესო ბაგეები იშვიათად დაფარულია დიდი სასქესო ბაგეებით. ეს უკანასკნელი მცირე სასქესო ბაგეებთან ერთად ხურავს სასქესო ნაპრალს (rima pudendi).

სასქესო ნაპრალი ახალგაზრდა და არანაშობიარებ ქალებს დახურული აქვთ. თუმცა ზოგჯერ მათ შორისაც ვხვდებით ისეთ შემთხვევებს, როცა სასქესო ნაპრალი ღიაა.

საერთოდ მცირე სასქესო ბაგეები ცვალებადი სიგრძისაა — ხშირად დიდ სასქესო ბაგეებზე გაცილებით უფრო წინ და ქვევითაა ჩამოწეული. მცირე სასქესო ბაგეების სიგრძის მომატებას და მუქ ფერს ზოგი ავტორი ონანიზმს მიაწერს. მაგრამ ეს ასე არ არის. შეიძლება ონანიზმს ექნეს ადგილი, მაგრამ მცირე ბაგეების სიგრძე არ შეიცვალავს; რაც შეეხება მის ფერს, იგი უფრო ასაკზეა დამოკიდებული.

ზევით, საენებოსაკენ, მცირე ბაგეების ორივე ტოტი იყოფა კიდევ ორორად. ორად გაყოფილი ტოტები მიიმართება საენებოსაკენ და მის ქვეშ ქმნის საენებოს ლაგამს (frenulum clitoridis), მის ზემოთ კი საენებოს ჩუჩას (praeputium clitoridis).

ქვევით და უკან მცირე ბაგეები გადადის დიდ ბაგეებში და შეერთების ადგილას ქმნის ბაგეების უკანა ლაგამს (frenulum labiorum posterior).

უკანა ლაგამის შიგნით, შორისისაკენ, მოთავსებულია ნავისებური ფოსო (fossa navicularis).

მცირე სასქესო ბაგეები ზევიდან დაფარულია მრავალშრიანი კუბური ეპითელით; იგი შეიცავს ცხიმს, ოფლისა და ლორწოს ჯირკვლებს, აგრეთვე, მკრძნობიარე ნერვულ სხეულებს და მათ დაბოლოებებს.

**საენებო** (clitoris). საენებო ანატომიური აღნაგობის მიხედვით წაგავს შამაკაციის პენისს. იგი შედგება ფეხებისა, ტანისა და თავისაგან.

საენებოს ფეხები (crura clitoridis) ორი მღვიმეოვანი სხეულია (cor-

pora evernosa), რომლებიც იწყება საჯდომი ძვლის აღმავალი და ბოქვენის ძვლის დაღმავალი ტოტებიდან.

საენებოს ფეხები, სანამ ბოქვენის რკალის ქვემო კიდეს მიაღწევდეს, ერთდება და ქმნის საენებოს ტანს (corpus clitoridis).

საენებოს თავი (glans clitoridis) არ შეიცავს მღვიმოვან სხეულებს, მაგრამ მდიდარია სისხლძარღვებით.

მღვიმოვანი სხეულები შეიცავს წვლტუ კუნთოვან ბოქკოებს და მკერძე შემაერთქსოვილს, რომელშიც დიდი რაოდენობითაა ელასტიკური ბოქკოები. მღვიმოვანი სხეულები გარედან დაფარულია მკვრივი შემაერთქსოვილით (tunica albuginea).

გარედან კლიტორი, ისე როგორც კანი, დაფარულია მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელით. საენებო მეტად მდიდარია მგრძნობიარე ნერვებით, რის გამოც იგი მგრძნობელობის მთავარ ცენტრად ითვლება.

გარეკანი, ცრუ პერმეფროლიტიზმის დროს კლიტორს შეიძლება ჰქონდეს მამაკაცის პენისის სიდიდე.

საშოს კარიბჭე (vestibulum). თუ მცირე ბაგეებს აქეთ-იქით გადაეწევთ, დაინახავთ საშრს კარიბჭეს.

საენებოს ქვევით მოთავსებულია შარდსადენის გარეთა პირი (orificium urethrae externum), რომელიც ზოგიერთ შემთხვევაში საკმაოდ არის დაცილებული საენებოსაგან ქვემო და შიგნითა მხარეს, რაც მენჯის დაზარილობაზეა დამოკიდებული.

შარდსადენის გარეთა ხერხელის ქვემოთ მოთავსებულია რამდენიმე ყრუ ხერხელი, რომლებსაც სკენეს ჯირკვლები, ანუ უბეები ეწოდება. ეს უბეები შიგნიდან დაფარულია მრავალშრიანი ცილინდრული ეპითელით და ხელსაყრელ ნიადაგს წარმოადგენს გონოკოკებისათვის.

ბართოლინის ჯირკვლები (glandulae Bartholini), რომლებსაც აგრეთვე საშოს კარიბჭის დიდ ჯირკვლებს (glandulae vestibularis majoris) უწოდებენ, დაახლოებით თხილის კაკლის სიდიდისაა და მოთავსებულია საშოს შესავლის გვერდებზე, დიდი ბაგეების ქვემო ნაწილში.

ბართოლინის ჯირკვლები შედგება რამდენიმე მილისაგან, რომლებიც შიგნიდან მარტივი, ცილინდრული ერთშრიანი ეპითელითაა ამოფენილი. ჯირკვლოვანი მილები თავს იყრის ერთ საერთო პარკში, რომელიც ზემოთ დაფარულია კუბური ეპითელით, სიღრმეში კი — ცილინდრული ეპითელით.

ბართოლინის ჯირკვლების სადინარები დაფარულია მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელით. იმ ადგილას, სადაც მცირე ბაგეები გადადის დიდ ბაგეებში (Sulcus nimbophymenalis), ეს სადინარები ორივე მხარეზე იხსნება. თუ სადინარებში განვითარებულია მწვავე ანთებითი პროცესი, განსაკუთრებით გონორეული ხასიათის, მაშინ კარგად ჩანს მათ გარეთა პირზე წითელი წინწკალი (macula gonorrhoeica).

ენებათა ლეღვის დროს ბართოლინის ჯირკვლებიდან გამოდის სეკრეტი და ასეველებს ვულვას.

საშოს კარიბჭის ზოლქვები (bulbi vestibuli). საშოს კარიბჭის ბოლქვები მოთავსებულია კარიბჭის გვერდებზე — დიდი და მცირე ბაგეების ფუძეში. ისინი ზევიდან დაფარული არიან m. bulbo-cavernosus-ით და წარმოადგენენ მძლავრ ვენტურ მარყუევებს, რომლებიც წააგავს მღვიმოვანი სხეულის ქსოვილს

და წარმოადგენს მამაკაცის შარდსადენის მღვიმოვანი სხეულების ჰომოლოგს.

**საქალწულე აპკი (hymen).** ემბრიონული განვითარების დროს საქალწულე აპკი მთლიანი ეპითელიური მასაა. მხოლოდ ემბრიონული განვითარების მეექვსე თვიდან მასში შეიქმნება ხვრელი. საქალწულე აპკი ყოფს ერთმანეთისაგან საშოს კარიბჭესა და საშოს.

საქალწულე აპკი შედგება შემაერთებული ქსოვილისაგან. მისი ხვრელის ფორმა სხვადასხვანაირია — ბეჭდისებრი (hymen annularis), ნახევარმთვარისებრი (semilunaris), წილაკოვანი (lobatus), დაკბილული კიდეებით (fimbriatus), დაცხრილული (cribrosus), ტიხრით (septus), არასრული ტიხრით (subseptus), სავსებით მთლიანი (imperforatus),

ამ უკანასკნელ შემთხვევაში მენსტრუალური სისხლი ვერ გამოვა გარეთ, გროვდება საშოში, ზოგჯერ კი საშვილოსნოსა და ფალოპის ლულებშიც. ამიტომ საჭიროა ოპერაციული ჩარევა. ჰიმენის ხვრელი ზოგჯერ ისეთი სიდიდისაა, რომ შეუძლია გაატაროს ორი თითიც კი, ისე რომ არ დაირღვეს მისი მთლიანობა.

ჩვეულებრივ, ჰიმენის მთლიანობა პირველი სქესობრივი კავშირის დროს ირღვევა — ის ჩაიხვევა ერთ, ორ ან მეტ ადგილას და იქმნება carunculae hymenialis. მშობიარობის შედეგად კი უფრო პატარა ნაკუწებად იქცევა (carunculae myrtiformes).

ჰიმენის მთლიანობის გამოსარკვევად შეიძლება შემდეგნაირად მოვიქცეთ: ქალი უნდა დავაწვინოთ გულალმა, მოხრილი, აქეთ-იქით გადაწეული ქვემო კიდურებით.

ვათვალიერებთ გარეთა სასქესო ორგანოებს, გადავწევთ აქეთ-იქით მის დიდ და მცირე სასქესო ბაგეებს და ვაკვირდებით ჰიმენს — არის თუ არა ფუძისაკენ მიმავალი ნახლერი.

ორივე ხელის ცერებზა და საჩვენებელ თითებს ვკიდებთ სასქესო ბაგეების ქვემო ნაწილს, ვწევთ მას წინ და გარეთ. ამ მანიპულაციით საშოს შესავალი გაიჭაჩება, საქალწულე აპკი გასწორდება და დაიჭიმება, რის შედეგად გამოჩნდება მისი ფორმა. ამ დროს ადვილად შევამჩნევთ მის დაზიანებას.

**შორისი (perineum).** შორისი ეწოდება იმ არეს, რომელიც მოთავსებულია სასქესო ბაგეების უკანა ლაგამსა და ანუსის წინა კიდეც შორის. მისი სიგრძე დაახლოებით უდრის 3—5 სმ.

შორისი შედგება შემაერთებული ქსოვილისა და კუნთოვანი ბოჭკოებისაგან, რომლებიც ეუთვნის მენჯის დიაფრაგმას (diaphragma pelvis).

არჩევენ აგრეთვე უკანა შორისს, რომელიც მოთავსებულია ანუსის უკანა კიდეცა და კუდუსუნს შორის.

## შიგნითა სასქესო ორგანოები (genitalia interna)

**ხაშო (Vagina, colpos).** შიგნითა სასქესო ორგანოები საშოთი იწყება. საშო აერთებს გარეთა სასქესო ორგანოებს საშვილოსნოს ღრუსთან. საშოს საშუალებით საშვილოსნოდან გამოდის მენსტრუალური სისხლი, მშობიარობის დროს კი — ნაყოფი. საშოს საშუალებითვე ხდება სქესობრივი კავში-

რის შემდეგ სპერმატოზოიდების ასევე ზევით — კვერცხუჯრედის გასანაყოფიერებლად.

საშო ფორმით ლულაა, რომელიც ირგვლივ შემოხვეულია საშვილოსნოს ყელზე. საშვილოსნოს ყელის საშოსმბრივი ნაწილი მოთავსებულია საშოში. ეს უკანასკნელი ყელის გარშემო ქმნის საშოს თაღებს (*fornix vaginae*) — წინას, უკანასა და გვერდითებს.

წინა თაღი უფრო ბრტყელია, უკანა კი უფრო ღრმა და ფართოა. საშოს წინა და უკანა კედლები შუა ადგილას ერთიმეორეს ეხება. საშოს უკანა კედლის სიგრძე  $1\frac{1}{2}$  სმ-ით მეტია, ვიდრე წინა კედლის სიგრძე, ეს უკანასკნელი კი საშუალოდ უდრის 8 სმ. მაგრამ საშვილოსნოს ზევით აწევისა და საშოს კედლის გაქაჩვის შემთხვევაში მისი სიგრძე გაცილებით უფრო მატულობს.

საშოს წინა და უკანა კედლებზე ვარჩევთ გარდიგარდმოდ მდებარე ლორწოვანი გარსის მეტად კარგად გამოხატულ ნაოქებს (*columna rugarum anterior et posterior*). ლორწოვანი გარსის ნაოქები საშოს ზემო ნაწილში თანდათან მცირდება, თაღებში კი საესებით ქრება. არც საშოს გვერდებზე არის ნაოქები გამოხატული.

ხანგრძლივი სქესობრივი ცხოვრებისა და ხშირი მშობიარობის შედეგად ლორწოვანი გარსის ნაოქები თანდათან სწორდება. ამიტომ საშოს ლორწოვანი გარსი სრულასაკოვან ქალებს თითქმის სრულიად სწორი აქვთ.

საშოს სივანე და სიგოძეც საკმაოდ ცვალებადია, რაც დამოკიდებულია სქესობრივ ცხოვრებაზე, ასაკზე, მშობიარობის სიხშირესა და ინდივიდუალურ თავისებურებებზე. ზოგიერთი ნაშობიარები ახალგაზრდა ქალის საშო ფართოა, ზოგიერთის საშოზე კი მშობიარობა მეტად მცირე კვალს ტოვებს.

საშო, ისე როგორც სასქესო აპარატის დანარჩენი ნაწილები, მოხუცებულობაში ვიწროვდება, მოკლდება და უკუგანვითარებას განიცდის. ეს ცვლილებები, პირველ ყოვლისა, გამოწვეულია საკვერცხის ჰორმონის — ფოლიკულისის შემცირებითა და მისი თანდათანობითი გაქრობით. რამდენადაც ახალგაზრდა ქალის საშო გამწევი და ელასტიკურია, იმდენად მოხუცებულთა საშო რადრეკადი და არაელასტიკურია და იოლად ზიანდება.

საშოს კედელი შედგება ლორწოვანი გარსისაგან (*tunica mucosa*), ლორწქეუა გარსისაგან (*tunica submucosa*) და კუნთოვანი გარსისაგან (*tunica muscularis*). ყველა ამ გარსის სისქე დაახლოებით 3 სმ უდრის.

ლორწოვანი გარსი შედგება მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელისაგან. ეპითელის ზედა შრე ხანგამოშვებით სცილდება და აქ ჩამონადენ საშვილოსნოს ყელის სეკრეტთან ერთად ქმნის საშოს შიგთავსს. ეპითელი შეიცავს გლიკოგენს, რომლის რაოდენობა დამოკიდებულია საკვერცხეების შინაგანი სეკრეციის მდგომარეობაზე.

ასაკთან დაკავშირებით ეპითელის შრეების რაოდენობა კლებულობს. მოხუცებულ ასაკში ლორწოვანი გარსი ძლიერ თხელია. ზოგჯერ ეპითელის მხოლოდ ერთ შრეს ვხვდებით.

ლორწოვანი გარსის ქვეშ მოთავსებულია ლორწქეუა შემაერთებული ქსოვილი, რომელშიაც დიდი რაოდენობით არის ელასტიკური

ბოქკოები, სისხლისა და ლიმფის ძარღვები. შემაერთებელი ქსოვილი ქმნის ებითელში ნათლად გამოსახულ დვრილებს.

საშოს ლორწოვანი გარსი ჯირკვლებს არ შეიცავს.

კუნთოვან გარსში არჩევენ წულტუ კუნთების ორ შრეს — შიგნითა შრე სიგრძივად მიიმართება, გარეთა შრე კი ირკვლივია.

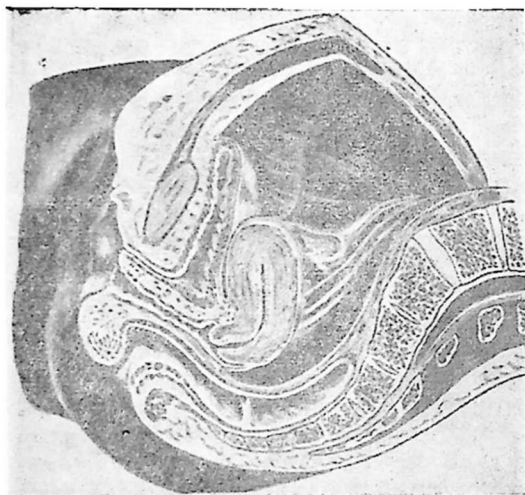
საშოს შესავალში აღინიშნება გარდიგარდმოზოლიანი კუნთების წნები (sphincter vaginae). საშოს წინა კედელი მთელ სიგრძეზე ესაზღვრება შარდის ბუშტის ფუძესა და შარდსადენს.

შარდბუშტ-საშოს ტიხრი (septum vesico-vaginale) შედგება ფარის შემაერთებელი ქსოვილისაგან, შარდსადენ-საშოს ტიხრი (septum urethro-vaginale), კი

პირიქით, შედგება მეტად მკვრივი შემაერთებელი ქსოვილისაგან, რომელიც მკიდროდ უკავშირებს ერთმანეთს ამ ორ ორგანოს.

საშოს უკანა კედლის ზედა ნაწილი, ე. ი. უკანა თაღი, მუცლის ღრუს მხრივ დაფარულია დუგლასის მიდამოს პერიტონეუმით. უკანა თაღიდან შეიძლება მუცლის ღრუში იოლად შესვლა — თაღის გაკვეთით.

საშოს უკანა კედელს ესაზღვრება სწორი ნაწლავი. სწორი ნაწლავი საშოს უკავ-



სურ. 2. ქალის მენჯის საკიტალური განაკვეთი — შიგნითა სასქესო ორგანოებით.

შირდება საშო-სწორი ნაწლავის შემაერთებელ ქსოვილოვანი ტიხრით (septum recto-vaginale).

საშოს ქვედა ნაწილი ესაზღვრება შორისს.

საშვილოსნო (uterus). საშვილოსნო შედგება ტანისა და ყელისაგან. საშვილოსნოს ტანსა (corpus uteri) და საშვილოსნოს ყელს (cervix uteri) შორის არის დაახლოებით 1 სმ სიგრძის არე, რომელსაც საშვილოსნოს ისთმური ნაწილი (isthmus uteri) ეწოდება.

საშვილოსნოს ყელში ვარჩევთ ორ ნაწილს. ერთ ნაწილს, რომელიც მოთავსებულია საშოში, საშოს თაღების ქვემოთ, ეწოდება საშოს მხრივი ნაწილი (portio vaginalis). იგი დაფარულია ბრტყელი მრავალშრიანი ეპითელით, ისე როგორც საშო.

საშვილოსნოს ყელის მეორე ნაწილს, რომელიც მოთავსებულია თაღებს ზემოთ, ეწოდება საშოს ზემო ნაწილი (portio supravaginalis).



საშვილოსნოს ყელს აქვს არხი (canalis cervicalis). იგი აერთებს ერთმანეთთან საშვილოსნოს ტანსა და საშოს.

საშვილოსნოს ღრუდან ეს არხი იწყება საშვილოსნოს ყელის არხის შიგნითა პირით (os internum canalis cervicalis).

საშვილოსნოს ყელის არხი საშოს მხარეს მთავრდება საშვილოსნოს ყელის არხის გარეთა პირით (os externum canalis cervicalis). იგი არანაშვობიარებ ქალებში მრგვალი და ვიწროა, ნაშვობიარებ ქალებში კი ბრტყელი (გვერდებზე ჩახვევის გამო) და უფრო ფართოა.

საშვილოსნოს ტანში ვარჯეთ საშვილოსნოს ფსკერს (fundus uteri). ის მოთავსებულია ფალოპის ლულების ზერელების ზემოთ. საშვილოსნო მთლიანად წააგავს გაბრტყელებულ, წელში გამოყვანილ თავდაღმა გადმობრუნებულ მსხალს. საშვილოსნოს ასეთი ფორმა ახასიათებთ სქესობრივად მოწიფებულ და ნორმალურად განვითარებულ ქალებს. ჩანასახისა და ბავშვის (ინფანტილური) საშვილოსნოს ტანი უფრო პატარაა, ყელი კი — უფრო გრძელი.

თუ საშვილოსნოს ღრუს კარგად გავსინჯავთ, დავრწმუნდებით, რომ საშვილოსნოს წინა და უკანა კედლები ერთიმეორეს ეხება.

არაორსული და არანაშვობიარები ქალის საშვილოსნოს სიგრძე, ფსკერიდან გარეთა პირამდე, ე. ი. ყელიანად, უდრის 6—6,5 სმ, ორსული და ნაშვობიარები ქალის საშვილოსნოს სიგრძე კი — 7—8 სმ. საშვილოსნოს ყელის სიგრძე 3 სმ უდრის.

საშვილოსნო შედგება სამი გარსისაგან:

1) ლორწოვანი გარსისაგან, რომელიც შიგნიდან ფარავს საშვილოსნოს ღრუსა და საშვილოსნოს ყელის არხს (endometrium cavi uteri et cervicis);

2) კუნთოვანი გარსისაგან (miometrium) — შუა გარსია;

3) სეროზული გარსისაგან (perimetrium), რომელიც მუცლის ღრუს პერიტონეუმის ნაწილია.

ლორწოვანი გარსი (endometrium). საშვილოსნოს ტანის ლორწოვანი გარსი მეტად ცვალებადია ასაკთან და მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა პერიოდთან დაკავშირებით.

საშვილოსნოს ტანის ლორწოვანი გარსი შედგება ორი შრისაგან — ბაზალური და ფუნქციური შრისაგან. ბაზალური შრე მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში უცვლელია. მენსტრუაციის შემდეგ მასკან ვითარდება ფუნქციონალური შრე.

ბაზალური შრის სტრუქტურა შედგება მკვრივი შემაერთებელი ქსოვილისაგან, რომელშიც დიდი რაოდენობით არის თითისტარის მსგავსი უჯრედები. მასში ჯირკვლების მიმართულება ირბია. ჯირკვლების ებითელი მენსტრუალური ციკლთან დაკავშირებით არ იცვლება. იგი დაბალი კუბური ებითელია და შეიცავს დიდსა და მუქი ფერის ბირთვს.

ფუნქციური შრის სტრუქტურა, პირიქით, ძლიერ ფაშარია და შეიცავს ვარსკვლავისებრი ფორმის საკმაოდ მოზრდილ უჯრედებს. ფუნქციური შრეში დიდი რაოდენობითაა მილაკოვანი ჯირკვლები, რომლებიც არ ტოტიანდება. მათი მიმართულება სწორია. ეს ჯირკვლები იმუშავენ ცილას, ცხიმს, გლიკოგენს და მარილებს.

საკერცხის პორმონების გავლენით ფუნქციური შრის ჯირკვლები მენ-

სტრუქტურული ციკლის განმავლობაში დიდ ცვლილებებს განიცდის (იხ. ნორმალური მენსტრუალური ციკლი).

საშვილოსნოს ღრუს ლორწოვანი გარსი დაფარულია დაბალი ცილინდრული მოციმციმე ეპითელით. მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ მოციმციმე ეპითელი ყველგან არ არის. ციმციმი საშვილოსნოს ყელისაკენ მიმართული.

საშვილოსნოს ტანის ლორწოვანი გარსის სისქე იცვლება მენსტრუალურ ციკლთან დაკავშირებით. ის აღწევს 3—5 მილიმეტრს.

ისტმური ნაწილის ლორწოვანი გარსი სუსტად არის განვითარებული, ჯირკვლების რაოდენობაც ნაკლებია, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, მასში აქვს ადგილი ციკლური ხასიათის ცვლილებებს (ისე როგორც საშვილოსნოს ტანის ფუნქციურ შრეში), ოღონდ ეს ცვლილებები შედარებით სუსტად არის გამოხატული.

საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსი (endocervix) მაღალი მოციმციმე ცილინდრული ეპითელით არის დაფარული. ბუსუსების ნიავეისებრი ციმციმი გარეთაა მიმართული. ლორწოვანი გარსის სისქე საშუალოდ 2—3 მმ უდრის.

საშვილოსნოს ყელში მოთავსებულია მილაკოვანი ჯირკვლები. მათი სადინარები ვიწროა, ანთებისაგან ხშირად იზშობა და ჩნდება ლომის მარცვლის სიდიდის რეტენციული კისტები, რომლებიც ამობურცულია საშვილოსნოს საშოსმხრივ ნაწილზე და რომლებსაც ეწოდება ოვულა ნაბოთი (ovula Nabothi).

საშვილოსნოს ყელის ჯირკვლები არ ტოტიანდება. ისინი იმუშავენ ლორწოს, გლიკოგენს კი არა. ჯირკვალთა ეპითელის ბირთვები ბაზალურად მდებარეობს.

საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსი სიგრძივად და ირიბ ნაოკებადაა დალაგებული. ამ სურათს უწოდებენ ცხოვრების ხეს (arbor vitae).

კუნთოვანი გარსი (myometrium). საშვილოსნოს კუნთოვანი შრის სისქე უდრის 1—1½ სმ. საშვილოსნოს კუნთოვანი ბოჭკოები თითისტარს ემსგავსება. კუნთოვანი ბოჭკოების სიგრძე 50—60 მიკრონამდე აღწევს.

საშვილოსნოს კუნთები წყლტუ კუნთებს ეკუთვნის. კუნთებს შორის არის შემაერთებული ქსოვილი და ელასტიკური ბოჭკოები.

საშვილოსნოს ყელი და მისი ისტმური ნაწილი მდიდარია შემაერთებული ქსოვილითა და ელასტიკური ბოჭკოებით, საშვილოსნოს ტანი კი — პირიქით.

დღემდე კიდევ არ არის სრულიად შესწავლილი საშვილოსნოს კუნთების ბოჭკოების არქიტექტონიკა, რადგან მათი შენება და ურთიერთდამოკიდებულება მეტად რთულია.

სრულსაკოვანი ქალის საშვილოსნოში კუნთების ბოჭკოთა მიმართულე-ბა იმდენად მრავალგვარია და ისინი ისე მკვიდროდ არიან დაკავშირებული ერთმანეთთან, რომ მათი დაცილება და მათ შესახებ სწორი დასკვნის გამოტანა უძარესად ძნელია.

გრუსდევისა და სხვა ავტორთა შრომებმა ამ საკითხში ერთგვარი გარკვეულობა შეიტანა. მაგალითად, ცნობილი გახდა, რომ კუნთების ბოჭკოთა მიმართულე ბოგჯერ სიგრძივია, ზოგჯერ ცირკულარული, ზოგჯერ ირიბი და ა. შ.

სეროზული გარსი (perimetrium). საშვილოსნო ზემოდან დაფარულია სეროზული გარსით. პერიტონეუმის იმ ნაწილს, რომლითაც დაფარულია საშვილოსნო, ეწოდება პერიმეტრიუმი (perimetrium).

საშვილოსნოს ტანზე სეროზული გარსი მტკიცედ არის შეზრდილი კუნთოვან შრესთან და მისი დაცილება არ ხერხდება.

სეროზული გარსი გადადის საშვილოსნოს წინა კედელზე და მიმართება ქვევით — საშვილოსნოს ყელის არხის შივნიითა პირის ღონემდე; აქედან აღის ზემოთ და ფარავს შარდის ბუშტის უკანა კედელს, რის შემდეგ აყვება ზევით მუცლის კედლის უკანა ზედაპირს.

საშვილოსნოს ყელის წინა ნაწილი შეერთებულია შარდის ბუშტთან ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილით და აქ პერიტონეუმის აცლა ადვილად ხერხდება.

სეროზული გარსი ფარავს საშვილოსნოს უკანა კედელს და ყელს, ღრმად ჩადის ქვევით დუგლასის არეში და გადადის საშოს უკანა თალზე, რის შემდეგ მიიმართება ზევით — სწორ ნაწლავსა და მუცლის უკანა კედელზე.

ამოივად, სეროზული გარსით დაფარულია საშვილოსნოს ფსკერი, მისი წინა და უკანა კედლები, აგრეთვე საშვილოსნოს კედლებზე მდებარე ფალოპის ლულები.

ფალოპის ლულებიდან სეროზული გარსის ორ-ორი ფურცელი მიიმართება ქვევით მენჯის ფუძისაკენ და ქმნის საშვილოსნოს გვერდებზე ორ ფართო იოგს (lig. lata).

**საშვილოსნოს მდებარეობა.** საშვილოსნო მოთავსებულია მცირე მენჯის ღრუში, მის შუა ადგილას მისი ფუძე მიქცეულია ბოჭვენის სახსრისაკენ, მაგრამ ნორმალურ პირობებში არ ეხება მას. ამოივად, საშვილოსნოს ტანი წინაა გადმოწეული, რასაც ანტევერზია (anteversio) ეწოდება. ამასთან, იგი გადმოღუნულიცაა, რასაც ანტეფლექსიას (anteflexio) უწოდებენ.

საშვილოსნოს წინ გადმოღუნვის გამო ტანსა და ყელს შორის იქმნება კუთხე, რომლის სიდიდე 100°-მდე აღწევს. საშვილოსნო იმის გამო, რომ წინა გადმოწეული წინა ზედაპირით ეხება შარდის ბუშტის უკანა კედელს.

საშვილოსნოს უკანა ზედაპირი, თუ შარდის ბუშტი დაცილია, თითქმის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაშია. მასზე ზემოდან მოთავსებულია წვრილი ნაწლავები.



სურ. 3. საშვილოსნოს ფრინტალური კრილი.

ნორმალურ პირობებში საშვილოსნოს მოძრაობა არ არის შეზღუდული, პირიქით. იგი ძლიერ მოძრავია. თუ მიზეზს, რომელიც საშვილოსნოს არანორმალურ მდებარეობას იწვევს, მოვსობთ, საშვილოსნო მაშინვე უბრუნდება ნორმალურ მდებარეობას. მაგალითად, თუ შარდის ბუშტი ან სწორი ნაწლავი ძალიან ავსებულია, მაშინ იცვლება საშვილოსნოს მდებარეობაც; მათი დაცლის შემდეგ კი საშვილოსნო ჩვეულებრივ მდებარეობას უბრუნდება.

საშვილოსნოს თავისუფალი მოძრაობა საჭიროა თვიურის, ორსულობისა და მშობიარობის ნორმალური მიმდინაეობისათვის.

**კვერცხსავალები, ფალოპის ლულები (salpings-salpinges, tubae Fallopii).** საკვერცხებიდან საშვილოსნოში კვერცხის გადატანა ხდება ფალოპის

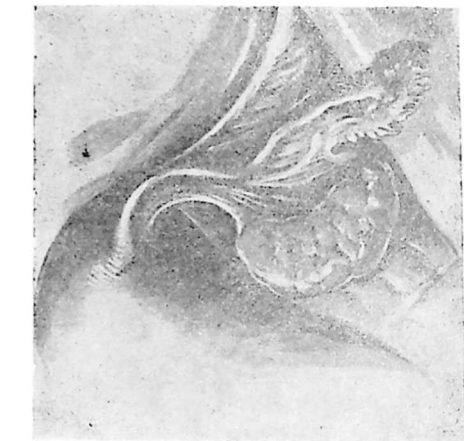
ლულების საშუალებით.

ფალოპის ლულის სიგრძე საშუალოდ უდრის 12 სმ-ს. იგი შედგება სამი ნაწილისაგან:

1) ამპულარული ნაწილი (pars ampularis)— ყველაზე უფრო ფართოა; მისი სიგრძე უდრის  $1\frac{1}{2}$ —2 სმ-ს;

2) ისთმური ნაწილი (pars isthmica)— ყველაზე უფრო გრძელი ნაწილია; ამპულარულ ნაწილთან შედარებით, უფრო ვიწროა; მისი სიგრძე უდრის 8—10 სმ.

3) ინტერსტიციული უფრო ნაწილი (pars



სურ. 4. ფალოპის ლულა საკვერცხით.

interstitialis)— ყველაზე უფრო მოკლეა, ამასთან, მეტად ვიწროა; მოთავსებულია საშვილოსნოს გვერდითი კედლის სისქეში.

თუ ფალოპის ლულას სიგრძეზე გავკვეთავთ, დავინახავთ, რომ აქ არის ლორწოვანი გარსის სიგრძივი ნაოქები. ნაოქთა რაოდენობა ამპულარული ნაწილისაკენ მატულობს.

ამპულარულ ნაწილს აქვს ფოჩები — fimbria, რომელთა რაოდენობა 10 — 15 აღწევს. ერთი მათგანი უფრო განვითარებულია, აღწევს საკვერცხეს და მას საკვერცხის ფოჩი (fimbria ovarica) ეწოდება. ფალოპის ლულების ლორწოვანი გარსი დაფარულია ერთშირიანი ცილინდრული მოციმციმე ეპითელით. ეპითელის ციმციმი მიმართულია საშვილოსნოსაკენ.

დადგენილია, რომ გარდა მოციმციმე ეპითელისა, აქ არის ჩხირისებრი უჯრედებიც, რომლებსაც სეკრეციის უნარი უნდა ჰქონდეს, ეს კი საჭიროა მოძრაობაში მყოფი კვერცხის კვებისათვის — სანამ ის საშვილოსნოს ლორწოვან გარსს მიემაგრებოდეს. ფალოპის ლულების ლორწოვანი გარსი ჯირკვლებს არ შეიცავს.

კუნთოვანი გარსი შედგება ორი შრისაგან — გარეთა გასწვრივისა და შიგნითა ცირკულარული საგან.

ფალოპის ლულები მხოლოდ ზემოდანაა დაფარული სეროზული გარსით. მისი ქვემო კიდეები კი, რომლებიც მცირე მენჯისკენაა მიქცეული, მთელ სიგრძეზე თავისუფალია სეროზული გარსისაგან.

ლულის ქვემოთ მდებარე სეროზული გარსის ფურცლებს ეწოდება ლულის ჯორჯალი (mesosalpings). ის შეიცავს შემაერთებელ ქსოვილს და სისხლძარღვებს, რომლებიც ფართო იოგიდან გამოდის.

რადგან კვერცხი მოკლებულია მოძრაობის უნარს, ამიტომ ფიქრობდნენ, რომ მისი გადატანა საშვილოსნოში ხდება ფალოპის ლულების მოციმციმე ეპითელიის საშუალებით.

მაგრამ შემდგომმა გამოკვლევებმა დაადასტურა, რომ კვერცხი გადააქვს ფალოპის ლულების კუნთებს, რომლებიც პერისტალტიკური მოძრაობით კვერცხს დენის ლულის ამპულარული ნაწილიდან საშვილოსნოსაკენ.

ეპითელიის ბუსუსები კი ხელს უწყობს კვერცხის მოძრაობას. მათ არ შეუძლიათ 200 — 250 მიკრონის სიგრძის კვერცხუჯრედის გადატანა.

საკვერცხე (ovarium, oophor). საკვერცხე დაახლოებით ქლიავის ოდენაა. საკვერცხეებში მოთავსებულია კვერცხუჯრედები, რომლებიც განვითარების სხვადასხვა სტადიაში იმყოფება.

საკვერცხეები, გარდა იმისა, რომ გამოყოფს კვერცხუჯრედებს, შინაგანი სეკრეციის ორგანოებიცაა. იგი იმუშავებს რამდენიმე სახის ჰორმონს. კარგადაა ცნობილი საკვერცხის ორი ჰორმონი — ქალის სექსუალური, ანუ ფოლიკულური ჰორმონი და ყვითელი სხეულის ჰორმონი, ანუ ლუთეოჰორმონი.

საკვერცხეები მოთავსებულია ფალოპის ლულების ქვემოთ, ფართო იოგების უკანა ფურცლებზე. ფართო იოგების ნაოქი კმნის საკვერცხეებისათვის ჯორჯალს (mesovarium).

საკვერცხე საშვილოსნოს გვერდითს კიდესთან დაკავშირებულია საკვერცხის საკუთარი იოგით (lig. ovarium proprium), მენჯის კედელთან კი საკვერცხის საკიდი იოგით (lig suspensorium ovarii ან lig. infundibulo-pelvicum).

თუ საკვერცხეს გავკვეთავთ, მასში მაკროსკოპულადაც შეგვიძლია გავარჩიოთ ორი შრე. — შიგნითა ტვინოვანი — (substantia medullaris) და გარეთა ქერქოვანი (substantia corticalis). ქერქოვანი შრე გარედან ეკვრის ტვინოვან შრეს, გარდა საკვერცხის ჰილუსისა (hilus ovaru), საიდანაც საკვერცხეში შედის სისხლძარღვები.

საკვერცხე, სეროზული გარსის ნაცვლად, ზემოდან დაფარულია კუბური ეპითელით, რომელსაც ჩანასახის ეპითელი ეწოდება. მის ქვემოთ მოთავსებულია მკერძოვი შემაერთებელი ქსოვილი (tunica albuginea).

ქერქოვანი შრე შედგება სტრომისა (stroma ovaru) და პარენქიმისაგან. სტრომა შედგება თითისტარის მსკავის შემაერთებელ ქსოვილოვანი უჯრედებისაგან, პარენქიმა კი — პრიმორდიალური (folliculus primarius). მოზარდი და მომწიფებაში მყოფი ფოლიკულებისაგან.

პრიმორდიალურ ფოლიკულაში მოთავსებულია კვერცხუჯრედი, რომელსაც გარედან აკრავს გრანულოზური უჯრედების ერთი შრე.

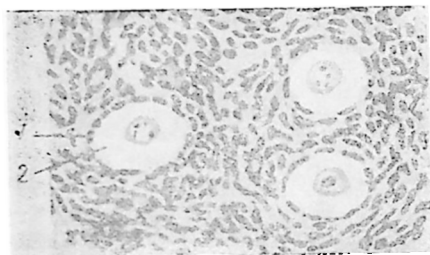
პრიმორდიალური ფოლიკულების რაოდენობა უცვლელია. სხვადასხვა ავ-

ტორის მიხედვით, ეს რაოდენობა განსხვავებულია — აღწევს 70000-დან 400000-მდე ორივე საკვერცხეში ერთად.

ფოლიკულების რაოდენობა ასაკთან დაკავშირებით ცვალებადია. ახალშობილებში ფოლიკულების რაოდენობა ყველაზე დიდია. შემდეგ ასაკის მატებასთან ერთად იგი კლებულობს. ღრმა მოხუცებულობაში ფოლიკულები სავსებით ქრება და მათ ადგილს შემაერთებელი ქსოვილი იკვრის.

პრიმორდიალური ფოლიკულებიდან ვითარდება მოზარდი ფოლიკულები და შემდეგ ხდება მათი მოშლითობა. ეს პროცესი ხასიათდება გრანულოზური უჯრედების გამრავლებით. მათში ფოლიკულის სითხის (liquor folliculi) გაჩენით.

ფოლიკულის სითხე პერიფერიისაკენ სწევს გრანულოზური უჯრედებსა და კვერცხს. ამგვარად, ფოლიკული იზრდება, მწიფდება, მისი სიდიდე აღწევს 16—20 მმ-მდე. მას ეწოდება გრააფის ბუშტი უკან ფოლიკული (იგი აღმოაჩინა გრააფმა 1672 წელს).



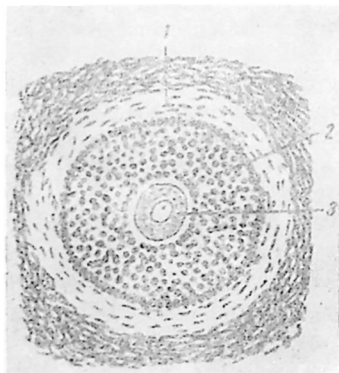
სურ. 5. საკვერცხის პირველადი ფოლიკულები  
1—კერცხუჯრედის ეპითელი, 2—კერცხუჯრედი.

ფოლიკულის სითხეში აღმოჩენილია ფოლიკულის ჰორმონი, ანუ ქალის სექსუალური ჰორმონი, რომლის შესახებ ქვემოთ გვექნება ლაპარაკი.

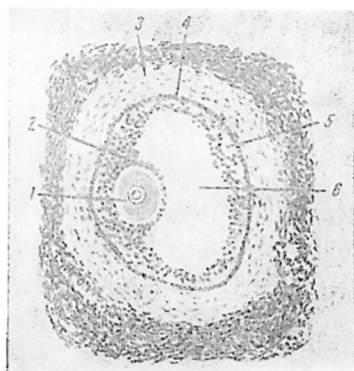
მწიფე ფოლიკულაში შემდეგი შრეებია:

1) theca externa — შედგება

შედარებით მკვრივი შემაერთებელი ქსოვილისაგან:



სურ. 6. ფოლიკული მოშლითობის დაწყებით სტადიაში  
1—theca folliculi; 2—membrana granulosa; 3—კერცხუჯრედი.



სურ. 7. ფოლიკული სითხის წარმოშობის სტადია  
1—კერცხუჯრედი, 2—cumulus ovis; 3—theca folliculi externa; 4—theca folliculi interna; 5—membrana granulosa; 6—ფოლიკულის ღრუ სითხით.

2) *theca interna* — შედგება უფრო ნაზი შემაერთებული ქსოვილისაგან — მრავალკუთხიანი უჯრედებითა და ბლომად სისხლის კაპილარებით;

3) გ რ ა ნ უ ლ ო ზ უ რ ი შ რ ე — შეიცავს გრანულოზური უჯრედების რამდენიმე წყებას.

ფოლიკულის შიგნითა კედლის ერთ ადგილას გრანულოზური უჯრედები შეეგუფებულია და ქმნის ე *წ. discus, s. cumulus oophori s. proligerus*-ს. გრანულოზური უჯრედების შეეგუფების ცენტრში მოთავსებულია ტვერცხუჯრედი. კვერცი გარშემორტყმულია გრანულოზური უჯრედების რამდენიმე შრით, რომლებიც ქმნის სხივოსან გვირგვინს (*corona radiata*). სხივოსანი გვირგვინის შიგნით კვერცი დაფარულია გამჟვინვრვალე გარსით (*zona pellucida*).

კვერცხის პროტოპლაზმაში ექსცენტრულად მოთავსებულია ბირთვი (*vesicula germinativa*), რომელიც შეიცავს ბირთვაკს (*macula germinativa*).

მომწიფებული ფოლიკული მენსტრუალური ციკლის მე-14—16 დღეს სკდება და იქიდან გამოდის კვერცხუჯრედი. ამ პროცესს ოვულაცია ეწოდება.

თვეში მწიფდება ერთი ფოლიკული, ზოგჯერ — ორი. მეტად იშვიათ შემთხვევაში კი ერთსა და იმავე დროს შეიძლება სამი ფოლიკული მომწიფდეს.

გამსკდარი ფოლიკულისაგან ვითარდება ყვითელი სხეული. იგი შინაგანი სეკრეციის დროებითი ორგანოა, რომელიც საჭიროა საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის მომზადებისათვის, რათა განაყოფიერებული კვერცი მიემგროს მას და განვითარდეს.

ყვითელი სხეულის ლუტეინის უჯრედები ვითარდება გრანულოზური უჯრედებისაგან, *theca interna* კი, როგორც სისხლძარღვებით მდიდარი, გაძლიერებულად კვებას მათ.

თუ განაყოფიერება მოხდა, მაშინ ყვითელ სხეულს უწოდებენ ორსულობის ყვითელ სხეულს (*corpus luteum graviditatis*). ხოლო, თუ განაყოფიერება არ მოხდა, — მენსტრუალურ ყვითელ სხეულს (*corpus luteum menstrualis*). ზოგი ავტორი ამ უკანასკნელს ცრუ ყვითელ სხეულს უწოდებს, მაგრამ ეს არ არის სწორი, რადგან ისიც ყვითელი სხეულის პროორმის შეიცავს.

თუ ორსულობა განვითარდა, მაშინ ყვითელი სხეული განაგრძობს არსებობას სამ-ოთხ თვემდე. იმ შემთხვევაში, კი, თუ განაყოფიერება არ მოხდა, ყვითელი სხეული სწრაფ უკუგანვითარებას განიცდის.

ყვითელი სხეულის განვითარებაში ვარჩევთ შემდეგ ფაზებს.

პირველი ფაზა ეს არის პროლიფერაციის ფაზა. ამ დროს ადგილი აქვს გრანულოზური უჯრედების სწრაფ გამრავლებას.

მეორე ფაზა არის ვასკულარიზაციის ფაზა. ამ დროს გრანულოზური უჯრედები გარდაიქმნება დიდ ლუტეინის უჯრედებად. მათ პროტოპლაზმაში ჩნდება ერთკარი ნივთიერება — ლუტეინი, რომელიც უჯრედს ყვითელ ფერს აძლევს, *theca interna* კი გზავნის იქ სისხლის კაპილარებით მდიდარ შემაერთებული ქსოვილის მორჩებს. ამრიგად, იქმნება შინაგანი სეკრეციის ორგანო.

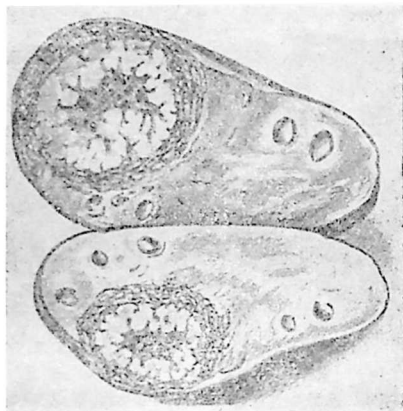
მესამე ფაზა — აყვავების ფაზა. ამ დროს ლუტეინის უჯრედები

ლაგდება ნაოქვად, ქისისებურად, შუაში კი სისხლის კოლტებია ორგანიზებული. ამ სტადიაში ყვითელი სხეული სიდიდით ორჯერ მეტია, ვიდრე ფოლიკული.

მეოთხე ფაზა — უკუგანვითარების ფაზა ხასიათდება ლუტეინის უჯრედების დეკენერაციული მოვლენებით. შემაერთებული ქსოვილის სიდიდე მატულობს. რის შედეგადაც ყვითელი სხეულისაგან იქმნება მკრთალი ჰიალინურ-ფიბროზული სხეული (corpus fibrosus s. albicans).

ყველა ფოლიკული არ განიცდის სრულ განვითარებას. ზოგი მათგანია აღწევს განსაზღვრულ სიდიდეს, რის შემდეგაც მასში ვითარდება უკუგანვითარების პროცესები, კერძო ილუბება და ფოლიკულური სითხე შეისრუტება, theca interna მრავლდება და ჰიალინურად გადაგვირდება. ამრიგად, ფოლიკულისაგან შეიქმნება მოთეთრო ნაწიბური (corpus albicans).

ასეთი ატრეზიული ფოლიკულები ზოგ ავტორს მიიჩნია შინაგანი სეკრეციის ორგანოდ.



სურ. 8. ყვითელი სხეული.

ორი წვრილი არტერიისაგან — საშვილოსნოს არტერიისაგან (ar. uterina) და სათესლის, ანუ საკვერცხის არტერიისაგან (a. spermatica s. ovarica).

Ar. uterina გამოდის ar. hypogastrica, s. ar. iliaca interna-დან, მიდის ქვემოთ და მიიმართება საშვილოსნოს გვერდითი კილისაკენ. საშვილოსნოს ყელის გვერდითი კილიდან 2 სმ დაშორებით ar. uterina წანიდან და ზემოდან გადაეჯვარდინება შარდსაწვეთს. შემდეგ კი მიდის საშვილოსნოს კიდეზე და აყვება მას ქვემოდან ზევით.

საშვილოსნოს ყელის შივნითა პირის დონეზე ar. uterina ამარაგებს ტოტებით საშვილოსნოს ყელსა და საშოს ზემო ნაწილს. გზადაგზა ar. uterina საკმარაოდნობით აძლევს ტოტებს საშვილოსნოს კუნთებს, აგრეთვე მრგვალი იოგსაც (lig. rotundum).

საშვილოსნოს ზემო კუთხესთან ar. uterina გამოდის ლატერალურად, ერთვის ar. ovarica-ს და ქმნის საერთო რკალს. ამ საერთო რკალიდან იკვებება ფალოპის ლულები.

Ar. spermatica s. ovarica მარცხნივ გამოდის უშუალოდ აორტიდან, მარჯვნივ კი ის ხშირად თირკმლის არტერიიდან (ar. renalis) გამოდის. იგი მიიმართება ქვემოთ და დაყვება მუცლის ღრუს უკანა კედელს. იგი მოთავსებულია შარდსაწვეთიდან ლატერალურად, შემდეგ კი უხვევს შიგნით, მიიმართება საკვერცხის საკიდ იოგში (lig. suspensorium ovarii s.

### ვასკულარიზაცია და ინერვაცია

სახსლმარღვები. საშვილოსნო უმთავრესად იკვებება



lig. infundibulo-pelvicum) და მიდის საკვერცხესთან. საკვერცხესთან ახლოს ის ქმნის ანასტომოზს ar. uterina-სთან.

ვულვასა და შორის უმთავრესად კვებავს ar. pudenda, რომელიც ar. hypogastrica-დან გამოდის.

ვენები უმთავრესად თან ახლავს თანამოსახელე არტერიებს: ზოგან ვე-



სურ. 2. ქალის მენჯის სისხლძარღვები (ტოლდტი).

ნები ქმნის მძლავრ ვენურ წნულებს. საერთოდ სასქესო ორგანოებისა და მენჯის ვენები ძლიერ განვითარებულია.

ლიმფური სისტემა ისევე კარგადაა განვითარებული, როგორც სისხლძარღვები.

**ინერვაცია.** სასქესო ორგანოების ინერვაცია ხდება ხერხემლის ტვინის მრავალი ნერვული ტოტის საშუალებით. მაგრამ, ამავე დროს, სასქესო ორგანოების ინერვაციაში უღიადეს როლს ასრულებს ვეგეტატიური ნერვული სისტემა — მისი სიმპათიკური და პარასიმპათიკური ტოტები, ინტერორგანებტორული აპარატი.

სასქესო ორგანოებისა და საერთოდ მენჯის ღრუს ინერვაცია მეტად რთულია და ჯერ კიდევ საკმაოდ შესწავლილი არ არის.

-----

## თ ა ვ ი II

### გინეკოლოგიურ ავადმყოფთა გამოკვლევის მეთოდები

გინეკოლოგიური ავადმყოფის გამოკვლევის მეთოდები მრავალგვარია. ზოგი მათგანი შედარებით მარტივია — მათი წარმოება ამბულატორიულ პირობებშიც შეიძლება, ზოგი კი საკმაოდ რთულია და საჭიროებს სათანადო აპარატურის გამოყენებასა და დროს. ამიტომ გამოკვლევის ჩატარების მიზნით ზოგჯერ გვიხდება ავადმყოფის სტაციონარში მოთავსება.

გინეკოლოგიური დაავადება არ არის ადგილობრივი, მხოლოდ სასქესო ორგანოების დაავადება, მისი წარმოშობა მკვიდროდაა დაკავშირებული მთელ ორგანიზმთან.

ყოველგვარი დაავადების შესწავლის დროს საჭიროა ორგანიზმი განვიხილოთ როგორც მთლიანი, რადგან უჯრედებსა, ქსოვილებსა და ორგანოებს შორის არსებობს მუდმივი, მკვიდრო კავშირი და ურთიერთგავლენა.

გინეკოლოგიური დაავადების შესწავლის დროს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ნერვული სისტემის, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის, ფილტვების, ღვიძლის, ელენთის, კუჭ-ნაწლავის, საშარდე სისტემის, შინაგანი სეკრეციის ორგანოების მდგომარეობას. მხედველობაში უნდა მივიღოთ ორგანიზმის კონსტიტუციური თავისებურებები. უნდა შევისწავლოთ ავადმყოფის მუშაობის ხასიათი და საყოფაცხოვრებო პირობები.

ანამნეზის შეკრების დროს ავადმყოფს ფრთხილად უნდა მივუდგეთ. მას უნდა ვაგრძნობინოთ, რომ უკეთესია გულახდილობა გამოიჩინოს. ზოგი ავადმყოფი ნაკლებად შეგნებულია და მალავს ბევრ რაიმეს იმ იმედით, რომ კარგი ექიმი ყველაფერს თავისით გამოიცნობს. ზოგჯერ კი ქალი შეგნებულად გვაწვდის არასწორ ცნობებს, რის მიზეზიც არის ან სირცხვილის გრძნობა, ან კიდევ შიში იმისა, რომ არ გამოუმკლავდეს მისი საიდუმლოება, მაგალითად, უკანასკნელი სქესობრივი კავშირის დრო, მენსტრუაციის ვადა, ორსულობა, მუტელის მოშლის მიზეზი და სხვ.

ქალის მიერ სამკურნალოდ მიმართვა გინეკოლოგისათვის დიდ ნდობად უნდა ჩაითვალოს. ამიტომ ექიმიც ვალდებულია დიდი გულისხმიერება გამოიჩინოს ავადმყოფისადმი.

არსებობს ავადმყოფის გამოკვლევის ორი ძირითადი მეთოდი — სუბიექტური გამოკვლევა, ე. ი. ანამნეზი, და ობიექტური გამოკვლევა (status praesens), რომელიც გულისხმობს ავადმყოფის შესწავლას ამა თუ იმ შემთხვევაში საჭირო ყოველგვარი საშუალებით.

## ანამნეზი

გვარი, სახელი, მამის სახელი;

ასაკი;

პროფესია;

საცხოვრებელი ადგილი;

ეროვნება;

რას უჩივის, როდის გახდა ავად და რა მოვლენები აღენიშნება;

წინათ გადატანილი დაავადება ხომ არ წააგავს ამ უკანასკნელს;

წინათ ჩატარებული მკურნალობა;

ქმრის ჯანმრთელობა, მშობლების ჯანმრთელობა;

უკანასკნელი თვიური და მისი ხასიათი;

კუჭ-ნაწლავის მოქმედება;

შარდის ბუშტის მოქმედება, ტკივილი შარდის დროს;

ბავშვობისას გადატანილი დაავადებები;

სქესობრივი მომწიფების ხანა;

პირველი თვიური;

მენსტრუალური ციკლის ხასიათი;

თვიურის ხანგრძლიობა, ტკივილი;

დაკარგული სისხლის რაოდენობა;

სქესობრივი ცხოვრების დასაწყისი და მენსტრუალური ციკლის ცვლილებები;

ჩირქიანი ან თეთრად შლა;

ორსულობა დროული მშობიარობით;

პირველი და უკანასკნელი მშობიარობა (ორსულობის, მშობიარობისა და ლო-

გინობის პერიოდის მიმდინარეობის ხასიათი);

ნაადრევი მშობიარობა (მიზეზი, ვადა, გართულება, დრო);

აბორტი (მიზეზი, ვადა, გართულება, დრო, ხელოვნური, სპონტანური)

ს ა ე რ თ ო დ ა თ ვ ა ლ ი ე რ ე ბ ა დ ა გ ა ს ი ნ ჯ ვ ა

წონა;

სიმალღე;

ტემპერატურა;

მაჯა;

სუნთქვა;

გული;

ფილტვები;

ნერვული სისტემა;

საჭმლის მომწიფებელი სისტემა;

ღვიძლი;

ელენთა;

საშარდე სისტემა;

სისხლის წნევა;

შინაგანი სეკრეცია.

ს ა ს კ ე ს ო ო რ გ ა ნ ო ბ ი ს დ ა თ ვ ა ლ ი ე რ ე ბ ა დ ა გ ა ს ი ნ ჯ ვ ა  
მუცლის დათვალიერება (პალპაცია, პერკუსია, აუსკულტაცია);

გარეთა შარდსასქესო ორგანოების დათვალიერება (განვითარება, ცვლილებები, შორისის მდგომარეობა);  
სარკეებით დათვალიერება (საშოსა და საშვილოსნოს ყელის მდგომარეობა, შიგთავსი და მისი ხასიათი);  
ბიმანუალური გასინჯვა (ურეთრის მასაჟი, მტკივნეულობა, გამონადენი);  
საშო, მასი თაღები, საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილი;  
საშვილოსნოს სიდიდე, ფორმა, კონსისტენცია, მდებარეობა, მოძრაობა, მკრძნობიარობა;  
დანამატები (ფალოპის ლულები, საკვერცხეები);  
პარამეტრიუმი და იოკები;  
გასინჯვა სწორი ნაწლავის მხრიდან.

### ლაბორატორიული გამოკვლევა

- 1) შარდის;
- 2) სისხლის;
- 3) ნაცხის (ურეთრიდან, საშოდან, საშვილოსნოს ყელიდან, სწორი ნაწლავიდან);
- 4) ბიოფსიური მასალის;
- 5) ციტოლოგიური.

### ანამნეზი

ანამნეზის შეკრება უნდა დავიწყოთ უმთავრესად ჩივილებით, რამაც აიძულა ავადმყოფი მოსულიყო ჩვენთან, შემდეგ კი თანდათან უნდა გადავიდეთ ისეთ კითხვებზე, რომლებიც შეავსებს და უფრო ნათელს გახდის ანამნეზურ ცნობებს.

ანამნეზში აღნიშნულ ყველა კითხვას სათანადო მნიშვნელობა აქვს. ავადმყოფის ასაკის დადგენის საფუძველზე საშუალება გვეძლევა ვიმსჯელოთ ორსულობის, ავთვისებიანი სიმსივნეებისა და სისხლდენის განვითარების შესაძლებლობაზე.

ავადმყოფის პროფესიის დადგენა საშუალებას მოგვცემს გავერკვეთ — შეიძლება თუ არა დაავადების განვითარებაზე რაიმე გავლენა მოეხდინა სამუშაოს ხასიათს.

საცხოვრებელი ადგილის გაგებასაც აქვს ერთგვარი მნიშვნელობა, რადგან ყველა მხარეთა და რაიონში არ არის ერთნაირი კლიმატური პირობები, დაავადების გავრცელება და სხვ.

ბავშვობისას გადატანილი დაავადებებიდან, მაგალითად, რაქიტს, შეეძლო გავლენა მოეხდინა ავადმყოფის ძელოვანი მენჯის განვითარებაზე; მწვავე ინფექციურ დაავადებებს (ქუნთრუშას, დიფთერიას და სხვ.), რომლებიც ერთგვარ გავლენას ახდენენ საერთოდ ორგანიზმზე და კერძოდ შინაგანი სეკრეციის ორგანოებზე, შეეძლო ემოქმედა სასქესო ორგანოებისა და მენტრუალური ციკლის განვითარებაზე.

ცნობას პირველი თვიურის შესახებ დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან, თუ პირველი თვიური გვიან დაიწყო, ეს ინფანტილიზმის ერთ-ერთი მაჩვენებელია.

თუ მენსტრუალური ციკლის ხასიათი შეიცვალა, ვთქვათ, მაგალითად, ოთხკვირეული ციკლი სამკვირეულად გადაიქცა, ან სხსლდენა გაგრძელდა ან გაძლიერდა, ან შესუსტდა, ეს მიუთითებს სასქესო ორგანოებში მომხდარ ცვლილებებზე.

სქესობრივ ცხოვრებასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან მასთან დაკავშირებულია არა მარტო ორსულობის შესაძლებლობა, არამედ ზოგიერთი დაავადება, მაგალითად, სუსუნატი და მისი ვართულეები, გაძლიერებული ან დაქვეითებული ლიბიდო და სხვ. მშობიარობისა (იშვიათად) და აბორტის (საკმაოდ ხშირ შემთხვევებში) შედეგად შეიძლება განვითარდეს სასქესო ორგანოების მრავალკვარი დაავადება.

თუ როდის გახდა აღამიანი ავად, ამასაც აქვს ერთგვარი მნიშვნელობა. მაგალითად, მაშინ, როდესაც ქალს საშვილოსნოს ყელის გონორეა აქვს, თეიურთან დაკავშირებით შეიძლება განვითარდეს პელეოპერიტონიტი.

წინათ გადატანილი დაავადების ცოდნა გვინტერესებს იმიტომ, რომ შესაძლებლობა გვექნება განვსაზღვროთ, თუ როგორი ცვლილებების გამოწვევა შეეძლო მას სასქესო ორგანოებსა და მთელ ორგანიზმში. თუ უკანასკნელი დაავადება წააგავს წინათ გადატანილს, ამასაც ერთგვარი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს.

ავადმყოფის ქმრისა და მშობლების ჯანმრთელობის ცოდნა საშუალებას მოგვცემს დავადგინოთ — გადაედო თუ არა ავადმყოფს მახლობლებისაგან დაავადება. თუ მსგავსი დაავადება დედ-მამასა და მასწობელ ნათესაებს ჰქონდათ, ეს მიუთითებს დაავადების ან გადიდებაზე, ან შთამომავლობით გადაცემაზე.

შარდის ბუშტი და ნაწლავები ტოპოგრაფიულად ახლოს მდებარეობს სასქესო ორგანოებთან და ერთგვარ გავლენას ახდენს მათზე — საშვილოსნოს მდებარეობის შეცვლა, ინტოქსიკაცია ყაბზობის შედეგად და სხვ.

ანამნეზი მეტად სეოიოზულად და გულმოდგინედ უნდა შევკრიბოთ. ავადმყოფმა უნდა იგარძნოს, რომ ყოველივე ეს საჭიროა სწორი დიაგნოზის დასმისა და წესიერი მკურნალობის ჩატარების მიზნით.

## ობიექტური გამოკვლევა

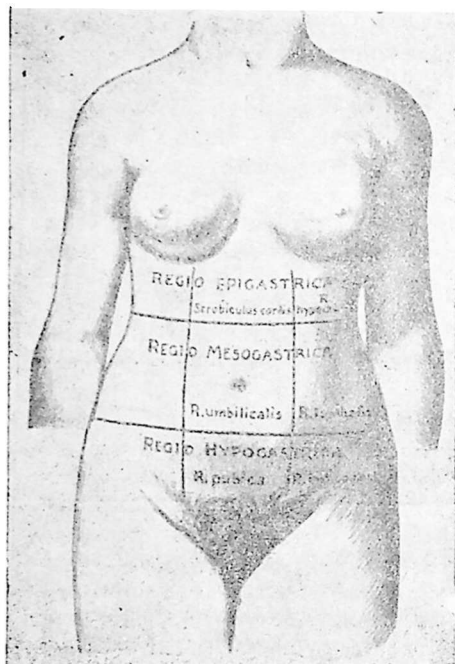
ობიექტური გამოკვლევა გულისხმობს ექიმის მიერ გულის, ფილტვების, სასქესო ორგანოებისა და სხვ — დათვალიერებასა და შესწავლას.

ანამნეზით მიღებული ცნობები ობიექტურად გასინჯვის დროს კრიტიკულად უნდა განვიხილოთ. თუ ეს ცნობები ექიმის მიერ გასინჯვით მიღებულ მონაცემებს არ შეესაბამება, მაშინ ავადმყოფს დამატებითი შეკითხვები უნდა მივცნოთ და ნათელყოთ გაურკვეველი საკითხები.

ავადმყოფი უნდა დავაწვინოთ გინეკოლოგიურ მაგიდაზე; ქვემო კიდურები გადავადებინოთ ფეხის დამკერზე. პერანგი ზევით უნდა იწნეს აწეული, რათა შესაძლებელი იყოს მუცლის დათვალიერება.

უნდა დავადგინოთ როგორია მუცლის ფორმა, მისი წინა კედელი — მოღუნებულია, ჩამოკიდებული, ძლიერ ცხიმოვანი, თუ გამხდარი. ამასთან, უნდა გამოვიკვლიოთ კანის მდგომარეობა, ნაკვდევები, პიგმენტაცია, ნაწიბურები, სწორი კუნთების ურთიერთდაცილება და სხვ.

პალპაცია. პალპაციას ვაწარმოებთ ორივე ან ცალი ხელით. საჭიროა ხელისუკლები მთლად ეხებოდეს მუცლის წინა კედელს. ერთიმეორესთან მიას-  
ლოებული თითები კი ღრმა პალპაციას აწარმოებდეს. პირველად ღრმად არ  
უნდა დავაწვეთ, რათა მუცლის წინა კედლის რეფლექტორული დაკვიშვა



სურ. 10. მუცლის სხეულისგა მიღამო.

თავთ აგრეთვე მუცლის პერკუსიას, განსაკუთრებით მაშინ, თუ მუცლის  
ღრუში რაიმე სიმსივნეს, ინფილტრატს ან სითხეს შევივარძნობთ.

აუსკულტაცია. მუც-  
ლის აუსკულტაციას  
ვაწარმოებთ იმ შემთხვევაში,  
თუ ეჭვი გვაქვს ორსულობა-  
ზე და საჭიროა დიფერენ-  
ციული დიაგნოზის  
გატარება ორსულობასა და  
სიმსივნეს შორის.

გარეთა ხახქესო ორგა-  
ნოების დათვალიერება

მუცლის დათვალიერე-  
ბის, პალპაციისა და პერკუ-  
სიის

არ გამოვიწვიოთ, არა-  
მედ თანდათან შევჩვიოთ  
იგი დაწოლას.  
უნდა მოვახდინოთ  
ლევძლის, ელენთის, კუ-  
კის, თირკმლების, წვრი-  
ლი და მსხვილი ნაწლავე-  
ბის პალპაცია. განსაკუთ-  
რებული ყურადღება უნ-  
და მივაქციოთ ილერ-  
ცეკალურ მიდამოსა  
და მაკბურნიის წერ-  
ტილს. შარდბუშტი-  
სა და საზარდულის  
მიდამოებს.

პალპაციის დროს უნ-  
და აღვიშნოთ ყველა შე-  
გრძნობილი ცვლილება —  
სიმსივნე, მტკივნე-  
ული წერტილები და  
სხვ. პალპაციის დროს  
ზოგჯერ სასურველია  
ავადმყოფმა ღრმად ისუნ-  
თქოს.

პერკუსია. გარ-  
და პალპაციისა, მიემარ-

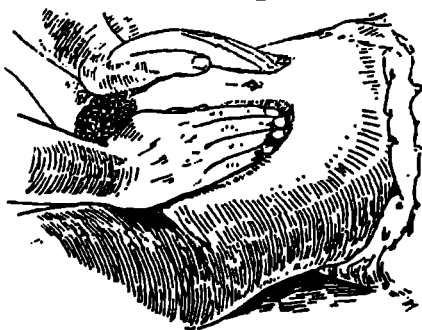


სურ. 11. ღრმა პალპაცია ცალი ხელით

სიის შემდეგ გადავლივართ გარეთა სასქესო ორგანოების დათვალბერებასა და გასინჯვაზე.

ყურადღებას ვაქცევთ მათ განვითარებას, ვულვის ფერს, კანის მდგომარეობას, ვენების გაგანიერებას, საშოს შესავალს (დახურულია, თუ ღიაა სასქესო ნაპრალი), ზომ არ არის ჩამოწეული ან გამოვარდნილი შიგნითა სასქესო ორგანოები, როგორია შორისი, გამონადენი და სხვ.

ამასთან, თითებიც ვსინჯავთ ბარტოლინის ჯირკვლებს. დიდი სასირცხო ბაგეების ქვედა მესამედში ვათვალბერებთ ბარტოლინის ჯირკვლის სადინარის პირს და სხვ.



სურ. 12. პალპაციის საშუალებით მუცლის ღრუს სხედასხვა ორგანოების მდგომარეობის გამოკვლევა.

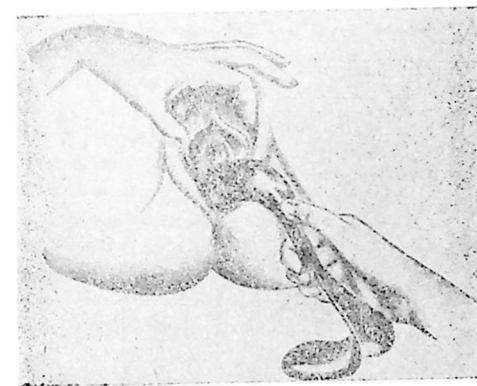
### სარკეებით დათვალბერება

გარეთა სასქესო ორგანოების დათვალბერებისა და პალპაციის შემდეგ ყოველთვის გვას მივმართავთ.

გასინჯვისას საშუალება

შინაგან გასინჯვამდე სარკეებით გასინჯ

გვაქვს კარგად დავენახოთ გამონადენი, რომელიც საწოში არის, და დავიდლოთ ნაცტი.



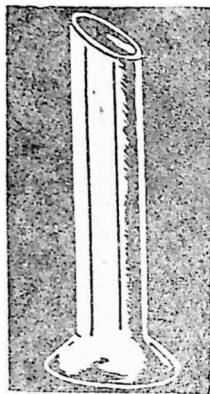
სურ. 13. სარკის ჩადგმა საშოში.

სარკის წინა ნაწილი სველი უნდა იყოს, სარკის წვერით უნდა დავაწვეთოთ შორისს და სარკე თანდათან (აქეთ-იქით ნელი ვაწვეით) ღრმად უნდა შევიტანოთ; ცილინდრული სარკის გრძელი წვერი საშოს უკანა თაღში უნდა მოთავსდეს, რათა საშვილოსნოს საშოსმხრები ნაწილი სარკის ნაპრალში ჩადგეს.

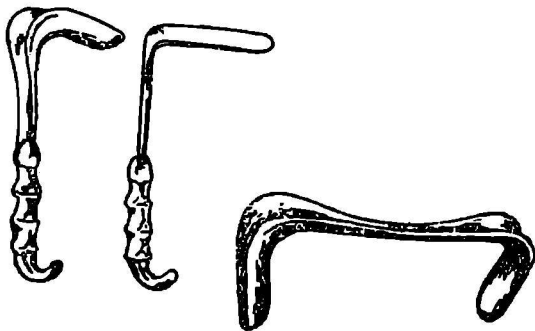
თუ საშოს კედლები ფართოა და ქვემოთაა ჩამოწეული ან საშვილოსნო

უკანაა გადაწეული, მაშის საშვილოსნოს საწოსმხრივი ნაწილის მოძებნა და ცილინდრული სარკის მოთავსება ნაბრალში უტბად არ ხერხდება. საჭიროა სარკის ვანძრევა, წინ წამოწევა, აქეთ-იქით გადაწევა და ხელახლა ღრმად შეტანა.

კოვზისებრი სარკით საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილის მოძებნა ადვილია, მაკრამ ზოგჯერ ამ ღროს საჭიროა საშოს წინა კელის ამწევი სარკის გამოყენება. ჩვეულებრივ კოვზისებურ სარკეს სხვადასხვა სიდიდის კოვზები აქვს.



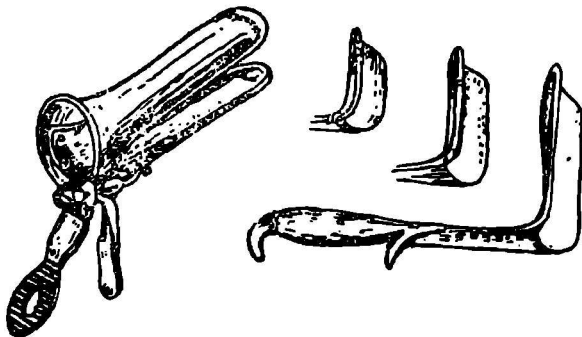
სურ. 14. ცილინდრული სარკე.



სურ. 15. კოვზისებრი და საშოს წინა კელის ამწევი სარკეები.

არის ისეთი კოვზისებრი სარკეც, რომლის ტარზე შეიძლება სხვადასხვა სიდიდის კოვზების გაკეთება.

მრგვალი, ცილინდრული სარკეებიც სხვადასხვა სიდიდისაა, მისი სიდიდე საწოს სიდიდეს უნდა შეესაბამებოდეს.



სურ. 16. თვითღამუკრი და ფირფიტისებრი სარკეები.



იმ მიზნით, რომ საჭირო არ იყოს საშოს წინა კედლის ამწევი სარკე და დამხმარე პერსონალი, მოწოდებულია მრგვალი თეთი დამჭერი სარკეები. ეს სარკე შედგება ორი კოეზისაგან, რომელიც კიდეებით ერთიმეორეზეა დალაგებული. ხრახნის საშუალებით შეიძლება მათი გაფართოება.

ფირფიტისებრი ბრტყელი სარკე უმთავრესად საშოსმხრივი ოპერაციის დროს იხმარება.

საშარდე მილიდან, საშოს კედლიდან და საშვილოსნოს ყელიდან ვიღებთ ნაცხს მიკროსკოპული გამოკვლევისათვის.

საშოს ვწმენდთ ბაშბით, რომელიც კორნცანგის წვერით გვიჭირავს, რის შემდეგაც საშვილოსნოს საშოსმხრივ ნაწილზე არსებულ ცვლილებებს უფრო კარგად დავინახავთ.

### კომპონირებული, ბიმანუალური, ანუ ობი ხელით გასინჯვა

სარკეებით საშოს კედლებისა და საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილის დათვალიერების შემდეგ გადავიდეთ შინაგან გასინჯვაზე.

სანამ უშუალოდ სასქესო ორგანოების შინაგან გასინჯვაზე გადავიდოდეთ, უნდა გავესინჯოთ ურეთრა და სკენეს ჯირკვლები. ამიტომ ჩვენ საშოს შესავალში ვდებთ მცირეოდენ ბაშბას, რათა საშოს გამონადენი არ შეერიოს ურეთრის გამონადენს. შემდეგ საშოში შევიღებთ მარჯვენა ხელის საჩვენებელი თითით, ვაყოლებთ მის საშოს წინა კედელს, სწორედ იქ, სადაც შარდსადენია მოთავსებული, და, ურეთრის მიმართულებით, უკანდან წინ, ვაწარმოებთ მსუბუქ მასაჟს.

თუ ურეთრაში ჩირქია, იგი წინ წამოვლინდება. ასეთი მასაჟის შედეგად წინ წამოვლინდება აგრეთვე სკენეს ჯირკვლების შიგთავსიც. თუ აღინიშნება ურეთრიდან და სკენეს სადინარებიდან გამონადენი, მაშინ ვიღებთ ნაცხს.

ურეთრისა და სკენეს ჯირკვლების შემოწმების შემდეგ უკან გამოვვაქვს ბაშბა და საშოში შეგვაქვს საჩვენებელი და შუა თითები. თითები უმოკლესია სველი იყოს, ამასთან, საშოს კარბიჭესაც წინასწარ სველი ბაშბა უნდა ჩამოვუსვათ; იდაყვი უნდა იყოს ქვევით დაწეული, ნეკი და უსახელო თითი — მოკეცილი, ცერი კი — გვერდზე გადაწეული.

საშოში შეტანილი თითებით ვაწვებით შორისს და თანდათან ღრმად შევიღებთ, რაც შეიძლება ფრთხილად და დაზოკვით უნდა გავსინჯოთ, რათა ქალს ტკივილი არ მიუყენოთ, ტკივილი გამოიწვევს ბუცლის წინა კედლის რეფლექტორულ დაკომპენსაციას და ღრმა პალპაცია შეუძლებელი იქნება.

ზოგი ავტორის აზრით, უნდა შეგვეძლოს როგორც მარჯვენა, ისე მარცხენა ხელით გასინჯვა. ამ მხრივ ჩვენ სავსებით ვეთანხმებით სკრობანსკის, რომელიც ამბობს, რომ უმჯობესია კარგად ვიცოდეთ გასინჯვა ერთი ხელით, ვიდრე ცუდად ვფლობდეთ ორივე ხელით გასინჯვას.

საშოში თითების შეტანის დროს მათი ზედაპირები საშოს გვერდითი კედლებისაკენ უნდა იყოს მიქცეული.

თუ საშო ძლიერ ვიწროა, მაშინ იძულებული ვართ ერთი თითით გავსინჯოთ, მიუხედავად იმისა, რომ იგი ნაკლებ შედეგაინა.

საშოში შეტანილი თითები უკანა თალში უნდა მოვათავსოთ. თითების შიგნითა ზედაპირს უნდა ეხებოდეს საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილის

უკანა ზედაპირი. შემდეგ გადავდივართ წინა თალში. მარცხენა ხელისგუ-  
ლი მთლიანად მოთავსებულია ბოქვენის ზევით. მუცლის ზედაპირზე თითების  
საშუალებით (არა თითის წვერებით) ვახდენთ ღრმა პალპაციას და ვცდილობთ  
საშოში მოთავსებულ თითებსა და იმ თითებს შორის, რომლებითაც პალპა-  
ციას ვაწარმოებთ, მოვამწყვდიოთ გამოსაკვლევი ორგანო.

წინა თალში მოთავსებული თითებით უკან ვწევთ საშვილოსნოს ყელს და  
გარეთ დარჩენილ და შიგნით შეტანილ თითებში ვაქცევთ საშვილოსნოს ტანს.  
ქალი თავისუფლად უნდა სუნთქავდეს.

ვარკვევთ საშვილოსნოს მდებარეობას (იხ. საშვილოსნოს მდებარეობის ანომალიები) სიდიდეს, კონსისტენციას, მტკივნეულობას, მოძრაობის უნარს და სხვ.

საშვილოსნოს ტანის გასინჯვის შემდეგ გადავდივართ მის გვერდებზე და თითებს ვაყოლებთ მენჯის გვერდითი კედლისაკენ მარჯვნივ და მარცხნივ. აქ უნდა გავსინჯოთ ფალოპის ლულები.

ნორმალურ პირობებში ფალოპის ლულებს ვერ შევივარძნობთ, რადგან ისინი ძლიერ რბილი და წვრილია. სამაგიეროდ ლულების ქვეშ მდებარე ნორმალური საკვერცხეების გასინჯვა ძნელი არ არის.

ნორმალურ პირობებში პარამეტრიუმში არაფერი არ უნდა ისინჯებოდეს.

საშვილოსნოს, დანამატებისა და პარამეტრიუმის გასინჯვის შემდეგ თითებს ვათავსებთ უკანა თალში და საშვილოსნოს ყელს ეწევთ წინ, რაც ნორმალურ პირობებში თავისუფლად წარმოებს და ტკივილს არ იწვევს.

ჩვენ არ შევკვიძლია აქ აღწეროთ ყველა ის ცვლილება, რასაც ვნახულობთ სასქესო ორგანოებში კომბინირებული გასინჯვის დროს. ეს ცვლილებები განხილულია სახელმძღვანელოში სათანადო დაავადებების მიხედვით. მხოლოდ აღვნიშნავთ, რომ ნორმალური მდგომარეობის დროს ფალოპის ლულები არ ისინჯება, ან თები თი პროცესის დროს კი — ისინი შემსხვილებული და მტკივნეულია; საშვილოსნო მოძრაობაში შეზღუდული და მგრძობიარეა, არაიშვიათად მომატებულია მოცულობაში; პარამეტრიუმში ისინჯება ექსუდატი; საშვილოსნოს ყელის წინ წამოწევა იწვევს ტკივილს — საშვილოსნო-გავის იოგების დამოკლებისა და ანთებითი პროცესის გამო.

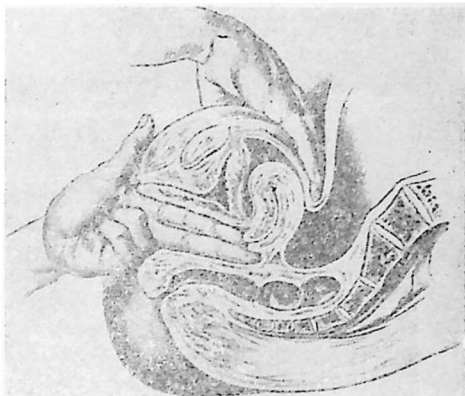
ზოგჯერ მივმართავთ რექტალურ გასინჯვასაც, რაც საშუალებას გვაძლევს უფრო უკეთ შევივარძნოთ საშვილოსნოს უკანა ზედაპირი და დუგლასის მიდაწო. რექტალურ გასინჯვას მივმართავთ მაშინაც, როდესაც ქალი სქესობრივ ცხოვრებას არ ეწევა და მისი ჰიმენი დარღვეული არ არის.

ზოგი ავტორი აწარმოებს თითების შეტანას ერთსა და იმავე დროს საშოშიც და რექტუმშიც. საშოში შეაქვთ საჩვენებელი თითი, რექტუმში კი — შუა თითი, ან კიდევ, საშოში შეაქვთ შუა თითი, რექტუმში კი — საჩვენებელი თითი. ასეთი გასინჯვა, ჩვენი აზრით უსარგებლოა.

ბიზანუალური გასინჯვის შედეგი ყოველთვის ერთნაირი არ არის. თუ ქალს მუცლის წინა კედელი სქელი აქვს (ჭარბი ცხიმის გამო) ან იგი მუცლის წინა კედელს რეფლექტორულად ჰიმავეს, მაშინ საშვილოსნოს ტანის მომწყვდივა თითებში და კარგად გასინჯვა არ ზერხდება. ამიტომ ამ დროს საშვილოსნოს ყელს მიმართულების მიხედვით ვმსჯელობთ საშვილოსნოს მდებარეობაზე (იხ. საშვილოსნოს მდებარეობის ანო-

მალიები). ასეთ შემთხვევაში ზოგჯერ მიზანშეწონილია ქალი გავსინჯოთ ზრგადი ნარკოზის ქვეშ.

ბიმაწულური გასინჯვის წინ შარდბუშტი და სწორი ნაწლავი და ცლილი უნდა იყოს (განსაკუთრებით შარდბუშტი). წინააღმდეგ შემთხვევაში, სავსე შარდის ბუშტი შეიძლება სიმსივნედ მოგვეჩვენოს, ამასთან, საშვილოსნომდე ზოგჯერ ვერც მივალწევთ. შიგთავსით სავსე სწორი ნაწლავი გამობურცავს საშოს უკანა კედელს და უსწორმასწორო ზედაპირიანი სიმსივნის შთაბეჭდილებას ტოვებს.



სურ. 17. გარეთა და შიგნითა თითების დაღაგება ბიმაწულური გასინჯვის დროს.

თვიურის დროს შინაგანი გასინჯვა სასურველი არ არის, მაგრამ ზოგჯერ, თუ მდგომარეობა მოითხოვს, იძულებული ვართ ჩავატაროთ იგი.

გასინჯვის წინ, რა თქმა უნდა, ხელები კარგად უნდა დაეიბანოთ წყლით. საპნითა და ჯაგრისით, რათა დაავადება არ გადაეიტანოთ ერთი ავადმყოფიდან მეორეზე. გასინჯვა უმჯობესია ვაწარმოოთ გასტერილებული რეზინის ხელთათმანებით.

კარგად უნდა დაეიბანოთ წყლით. საპნითა და ჯაგრისით, რათა დაავადება არ გადაეიტანოთ ერთი ავადმყოფიდან მეორეზე. გასინჯვა უმჯობესია ვაწარმოოთ გასტერილებული რეზინის ხელთათმანებით.

### უკეთრიდან, საშოდან და საშვილოსნოს ყელიდან ნაცხის აღებინა და მისი უაღვაწის მეთოდები

ურეთრიდან მასალის აღების წინ ქალმა ორ საათზე ადრე არ უნდა მოშარდოს, რათა ურეთრის შიგთავსი არ გამოირეცხოს. საშოში ჩვენ ვურჩევთ ბაშბის ჩადებას, რათა საშოსი და ურეთრის გამოწადენი ერთმანეთში არ აირიოს.

ურეთრის გარეთა პირს და საშოს კარიბჭეს სუსტი საღებინფექციო ხსნარით ჩამოვბანთ. დიდ და მცირე სასქესო ბაგეებს მარცხენა ხელის ცერითა და საჩვენებელი თითით აქეთ-იქით გადავწევთ. საშოში ურეთრის პარალელურად შეგვაქვს მარჯვენა ხელის საჩვენებელი თითი და უკანაიდან წინ ვაწარმოებთ მსუბუქ მასაჟს. ამრიგად, ურეთრის შიგთავსი წინ, საშარდე მის გარეთა პირისაკენ წამოიწინდება.

გამონადენს ვიღებთ ჩხირზე დახვეული სტერილური ბაშბით, პატარა ყულფით ან ნაცხისათვის განკუთვნილი პატარა კოვზით. მასალა უნდა ავიღოთ ფრთხილად, რათა არ მოხდეს ქსოვილის გაღიზიანება და დაზიანება.

აღებული მასალა გადაგვაქვს სპირტში და ეთერში გაწმენდილ სასაგნე მინაზე, ვაშრობთ სპირტის ალზე 60°-მდე და ვღებავთ მას მეთილენის ლილით ან გრამის წესით.

აუ ვლუბავთ მეთილენის ლილის კონცენტრირებული ხსნარით; მაშინ საკვარისია მასში პრეპარატის ჩაშვება  $\frac{1}{2}$  წუთის განმავლობაში. თუ ხსნარი არაკონცენტრირებულია, მაშინ ვასხამთ მას პრეპარატზე და ვაჩერებთ 5—10 წუთის განმავლობაში, რის შემდეგაც პრეპარატს ვრეცხავთ და ვსინჯავთ მიკროსკოპში—იმერსიის წესით.

გრამის წესით შემდეგნაირად ვლუბავთ: პრეპარატს ფიქსირების შემდეგ ვასხამთ გენციანეიოლეტის ახალგაფილტრულ ხსნარს და ვაჩერებთ 3—5 წუთის განმავლობაში. შემდეგ გენციანეიოლეტის ხსნარს ვღვრით, სასაგნე მინაზე ვასხამთ ლუგოლის ხსნარს და ვაჩერებთ 1—2 წუთის განმავლობაში. ლუგოლის ხსნარს ვღვრით და მინაზე ვასხამთ სპირტს—მასალის გაუფერულდებად, რის შემდეგ მას ვრეცხავთ წყლით.

დამატებით პრეპარატი ილუბება ფუქსინით—ნახევარი წუთის განმავლობაში. შემდეგ მას ვრეცხავთ წყლით და ვსინჯავთ იმერსიის წესით. გრამიარყოფითი გონოკოკები შეიღებება ვარდისფრად, დანარჩენი მიკრობები კი—შავად.

საზოდან მასალა უნდა ავიღოთ მისი შუა ან ზემო მესამედიდან (რბოთისაც მასში სარკე უნდა შევიტანოთ), რადგან საშოს ქვემო მესამედში, განსაკუთრებით მაშინ, როცა ქალი ნაშობობიარებია, მრავალგვარი მიკრობები გვხვდება. ნაცხს ვიღებთ პიპეტის, ჩხირზე დახვეული სტერილური ბამბის, პატარა კოვზის ან ყულფის საშუალებით (საშოს ფლორის შესახებ იხ. ქვემოთ).

სავეილოსნოს ყელიდან მასალა იმავე მეთოდით უნდა ავიღოთ, მხოლოდ ამ დროს საჭიროა სავეილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილი სტერილური ბამბით ჩამოეწმინდოთ. სავეილოსნოს ყელის არხის შუა და ზემო მესამედი ნორმალურ პირობებში ბაქტერიებს არ შეიცავს (იხ. სავეილოსნოს ყელის გონორეა).

ნაცხის შეღებვისა და გამოკვლევის მეთოდები ისეთივეა, როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული.

### **მეტროგენული ჰორმონების მდგომარეობის მანსაზღვრა ძალის ორბანიჭში საზ.უ.ს ციტოლოგიური სურათის მიხედვით**

ქალის ორგანიზმში ესტროგენების (ფოლიკულური ჰორმონი) გამოკვლევის მიზნით მიემართავეთ ბიოლოგიურ, ქიმიურ-ფოტომეტრიულ და პისტოლოგიურ გამოკვლევას. ამ უკანასკნელი წლების მანძილზე კი ამავე მიზნით ვსარგებლობთ საზოდან აღებული ნაცხის ციტოლოგიური გამოკვლევით.

ციტოლოგიური მეთოდი საშუალებას გვაძლევს შევისწავლოთ საკვერცხეების ფუნქციური მდგომარეობა და ორგანიზმის ესტროგენებით დატვირთვის ხარისხი. გამოკვლევის ტექნიკა მარტივია. საჭიროა ის ფართოდ შექოვილოთ ყველა კონსულტაციასა და პოლიკლინიკაში. მისი ჩატარებისათვის საჭიროა მიკროსკოპი და მარტივი საღებავები.

საშოს ზემო ნაწილიდან, სახელდობრ უკანა თალიდან, პიპეტის, ყულფის ან ჩხირზე დახვეული ბამბის საშუალებით ვიღებთ შიგთავსს, ვათავსებთ სასაგნე მინაზე და თანაბრად ვანაწილებთ მის მთელ ზედაპირზე; ვაშობობთ პატრზე ან სპირტის ალზე, ისე რომ მინა 60°-ზე მეტად არ გაცხელდეს; ერთი წუთის განმავლობაში ვლუბავთ ფუქსინის სპირტიან ხსნარში, ვრეცხავთ წყლით და ვაშობობთ.

ამის შემდეგ პრეპარატი მზად არის გამოსაკვლევეად. ოგი ისინჯება შიკროსკოპით — იმერსიის საშუალებით.

უქანასკნელ ხანებში დადგენილია, რომ მენსტრუალურ ციკლთან დაკავშირებით ჰორმონების საშუალებით ხდება საშოს მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელის ციკლური ცვლილებები.

გასაგები მიზეზების გამო საშოს ციკლური ცვლილებები არ განვითარდება სქესობრივ მომწიფებამდე და ღრმა მოხუცებულობის დროს. საშოს რიტმული, პერიოდული ცვლილებები დარღვეულია ნეიროჰუმორალური მოშლილობის დროს.

სქესობრივად მომწიფებული ქალის საშო ეპითელის სამ სხვადასხვა შრეს შეიცავს:

1) შუდა შრე — ბრტყელი ეპითელი, რომელსაც გარქაების ტენდენცია აქვს; მისი უჯრედები ყველაზე უფრო დიდი — მეტად პატარა ბირთვებით; ნაცხში მათი დიდი რაოდენობით არსებობა მენსტრუალური ციკლის ფოლიკულური ფაზისათვისა და მახასიათებელი;

2) შუამდებარე უჯრედების შრე — შეიცავს მოპრგვალ ფორმის უჯრედებს, რომელთა ბირთვები უფრო დაბალია, ვიდრე ზედა შრის უჯრედებისა; ეს უჯრედები უმთავრესად მენსტრუალური ციკლის ლუთეინის ფაზაში გვხვდება;

3) ბაზალური, ანუ ატროფიული უჯრედების შრე — წარმოსდგება საშოს კედლის ღრმა ფენებიდან; შედგება ყველაზე უფრო მცირე უჯრედებისაგან, რომელთაც ახასიათებთ დიდი ბირთვი და მცირე პროტოპლაზმა; ბაზალური ანუ ატროფიული უჯრედები დიდი რაოდენობით გვხვდება მენოპაუზისა და აგრეთვე საკვერცხეების ჰიპოფუნქციის შემთხვევებში.

ამავე დროს ნაცხში სხვადასხვა რაოდენობით გვხვდება ლეიკოციტები.

აღნიშნული უჯრედების რაოდენობრივი შეფარდება განსაზღვრავს საკვერცხეების ფუნქციას.

საკვერცხეების ესტროგენული ფუნქციის ციტოლოგიური შეფასებისათვის შემდეგი კლასიფიკაციით ვსარგებლობთ:

I ხარისხი — ესტროგენების მკვეთრი ნაკლებობა; ნაცხში სრულიად არ აღინიშნება გარქაებული ან მცირე ბირთვიანი და დიდპროტოპლაზმიანი უჯრედები; არ აღინიშნება აგრეთვე საშოს შუამდებარე შრის უჯრედები; ნაცხი შედგება მხოლოდ ბაზალური შრის უჯრედებისა და ლეიკოციტებისაგან;

II ხარისხი — ესტროგენების ზომიერი ნაკლებობა; ნაცხში აღინიშნება ბაზალური და შუამდებარე შრის უჯრედები. უფრო დიდი რაოდენობითაა ბაზალური შრის უჯრედები; ბევრია აგრეთვე ლეიკოციტებიც;

III ხარისხი — ესტროგენების მცირე ნაკლებობა; ნაცხი შედგება სხვადასხვა ფორმისა და სიდიდის შუამდებარე შრის უჯრედებისაგან — არამკვეთრი კონტურებით; გვხვდება უჯრედთა გროვები; მცირედი რაოდენობით აღინიშნება აგრეთვე ბაზალური უჯრედებიც;

IV ხარისხი — ესტროგენების საკმაო რაოდენობით არსებობა; ნაცხში აღინიშნება პატარა ბირთვიანი, დიდპროტოპლაზმიანი, გარქაების ტენდენციის მქონე უჯრედები; ბაზალური უჯრედები და ლეიკოციტები არ გვხვდება.

## ქალის ხასჟესო ორგანოების კიბოს დიაგნოსტიკის მიზნით ლიაგნოსტიკა

ქალის ხასჟესო ორგანოების კიბოს დიაგნოსტიკის მიზნით მრავალი საშუალება არსებობს. ლაბორატორიული მეთოდებიდან ამჟამად ყველაზე უფრო სიიშვლიანია საშვილოსნოს ღრუს გამონაფხეკისა და საშვილოსნოს ყელიდან აღებული ქსოვილის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა.

რაც შეეხება ავთვისებიანი სიმსივნეების ციტოლოგიურ გამოკვლევას, იგი დამხარე საშუალებაა და მისი ჩატარების ტექნიკა შედარებით ადვილია, მხოლოდ საჭიროა დიდი გამოცდილება — უჯრედთა სწორი დიფერენცირებისათვის.

ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს ადგილი აქვს ეპითელის ჩამოცლას. ასეთი ჩამოცილი მასალის გამოკვლევას ეყრდნობა ციტოლოგიური მეთოდი. ციტოლოგია ჰისტოლოგიის ერთი ნაწილია, რომელიც სწავლობს სიმსივნური უჯრედოვანი ელემენტების კომპლექსს. ციტოლოგია არ კმაყოფილება ერთეული უჯრედის ფორმისა და მდგომარეობის შესწავლით, არამედ სწავლობს უჯრედთა ჯგუფებს ორგანიზმის საერთო ცვლილებებთან დაკავშირებით.

**გამონადენის გამოკვლევა.** არსებობს გამონადენის გამოკვლევის ორი მეთოდი: 1) მიკროსკოპით ახლად აღებული მასალის შეუღლებად გამოკვლევა (ამ მეთოდით გამოკვლევა შემთხვევათა 96%-ში იძლევა სწორ პასუხს); 2) მეორე მეთოდისათვის საჭიროა პრეპარატის წინასწარი შეღებვა.

მასალის აღებისა და გამოკვლევის ტექნიკა: საშოში ვედებთ კოვზისებურ სარკეს გრძელი მინის მილით, რომელსაც ბოლოზე დამაგრებული აქვს რეზინის ბალონი. ვახდენ უკანა თალის შიგთავის ასპირაციას. მასალა გადაგვაქვს სასაგნე მინაზე და ვამზადებთ ნაცხს.

მასალის აღება შეიძლება აგრეთვე ჩხირზე დასველებული სტერილური დოლბანდით, პუნქციის, ზერეზე ანაფხეკისა და პრეპარატ-ანაბექტის სახით.

პუნქციისათვის ვხმარობთ შპრიცს. ნემსი შეგვაქვს სიმსივნეში განსაზღვრულ სიღრმეზე, მაგალითად, ზერეზე წყლულის დროს — 0,5 სმ სიღრმეზე, ხოლო, თუ წყლული ღრმაა, — 2 — 3-სმ სიღრმეზე. დგუშს ბოლომდე ვჭაჩავთ. ასპირაციული მასალა გადაგვაქვს სასაგნე მინაზე.

პრეპარატ-ანაბექტის მისაღებად ვსარგებლობთ პატარა სტერილური შშრალი სასაგნე მინით, რომელსაც ვადებთ გამოსაკვლევ ობიექტს. გამოსაკვლევ მასალის მოსაფხეკად ვიყენებთ ბლავგ შპადელს.

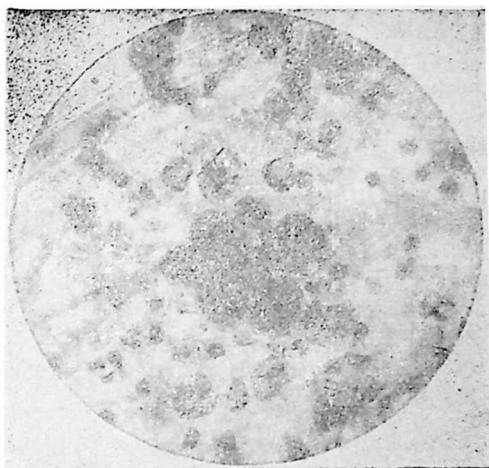
საშვილოსნოს ტანის კიბოს დიაგნოზის დადგენის მიზნით გამოსაკვლევ მასალას ვიღებთ უკანა თალიდან, აგრეთვე მივმართავთ უშუალოდ საშვილოსნოს ღრუდან მასალის ასპირაციას ბრაუნის შპრიცით. ამა თუ იმ წესით აღებულ მასალას ვფიქსირებთ სასაგნე მინაზე 15 წუთის განმავლობაში — სპირტისა და ეთერის თანაბარი რაოდენობის ხსნარში, რის შემდეგ პრეპარატს ვღებავთ სხვადასხვა საღებავით — 0,5 — 1%-იანი მეთილენის ლილის ხსნარით, გიპზით, ჰემატოქსილინით, გრამის წესით.

თუ საქმე გვაქვს ქეთილთვისებიანი სიმსივნესთან, ციტოლოგიურად აღინიშნება თანაბარი და ერთიმეორის მსგავსი უჯრედები; ბირთვი

მრაველია ან ოვალური; მასში ვნახულობთ პატარა ბირთვებს; პროტოპლაზმაში კომოგენური სტრუქტურისაა.

ავთეისებრიანი სიმსივნის უჯრედებისათვის დამახასიათებელია ბირთვისა და პროტოპლაზმის პოლიმორფიზმი; ბირთვებში რამდენიმე ბირთვებს ვნახულობთ; ზოგჯერ ბირთვი დიდია, პროტოპლაზმა კი — ძლიერ მცირე; ზოგჯერ პრეპარატში უპროტოპლაზმო, შიშველი ბირთვები გვხვდება.

ავთეისებრიანი სიმსივნისათვის დამახასიათებელია ზემოაღნიშნული უჯრედების ჯგუფებად და კომპლექსებად დალაგება. ნაცხში ზოგჯერ საკმაო რაოდენობით გვხვდება ერითროციტები და ლეიკოციტები. გამოსაკვლევად ვიღებთ რამდენიმე პრეპარატს.



სურ. 18. კიბოს უჯრედები.

### სპერმის გამოკვლევის მეთოდულია

ქალის სტერილობის შემთხვევაში საჭიროა მამაკაცის გამოკვლევა. ამისათვის საჭიროა შევისწავლოთ სპერმა (სპერმის ლაბორატორიულ შესწავლამდე საჭიროა მამაკაცი 3—4 დღის განმავლობაში სქესობრივი კავშირისაგან თავი შეიკავოს).

მასალის მისაღებად საჭიროა განზორციელდეს შეწყვეტილი სქესობრივი კავშირი (coitus interruptus). სპერმას ვასხამთ კიჭაში, რომელიც წინასწარ უნდა გავასუფთავოთ თბილი წყლით. სასურველია, გამოვაყოლოთ ნატრიუმის ბიკარბონატის სუსტი ხსნარი.

ლაბორატორიაში სპერმა მიტანილი უნდა იქნეს coitus-ის შემდეგ არა უგვიანეს 30—40 წუთისა.

გამოკვლევისათვის სპერმის ერთი წვეთი უნდა მოვათავსოთ სასაგნე მინაზე და გავსინჯოთ მიკროსკოპით. ნორმალურ პირობებში მთელი მხედველობის არე მოძრავი სპერმატოზოიდებით იქნება დაფარული. შეიძლება შეგვხვდეს აგრეთვე რამდენიმე ლეიკოციტი.

დაავადების შემთხვევაში სპერმატოზოიდები უძრავია ან შეიძლება სუსტად მოძრაობდნენ. შეიძლება ზოგი მოძრავი, ზოგი კი უძრავი იყოს. თუ უძრავი სპერმატოზოიდები შეადგენს საერთო რაოდენობის 10—15%-ს, ეს მდგომარეობა განაყოფიერებას ხელს არ შეუშლის. სპერმატოზოიდების მცირე რაოდენობით არსებობის დროს შეიძლება ვიფიქროთ რაიმე ზოგად დაავადებაზე ან გადაღლაზე.

## საშვილოსნოს ყელიდან ტოვების აღება (biopsia)

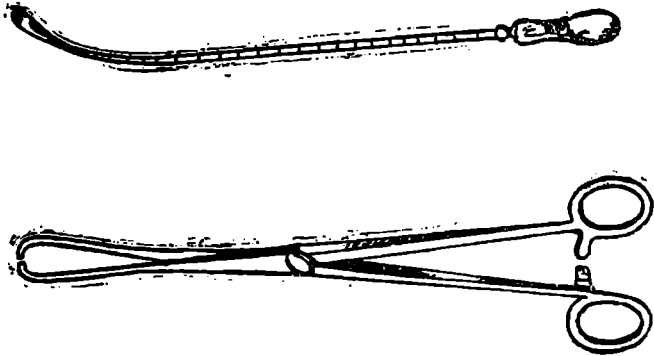
საშოდან და საშვილოსნოს ყელიდან ნაცხის აღების გარდა, ზოგჯერ საჭიროა ამ ადგილებიდან ქსოვილის ნაწილის ამოკვეთა პისტო-პათოლოგიური გამოკვლევებისათვის. ეს განსაკუთრებით საჭიროა მაშინ, როდესაც ეჭვია რაიმე ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობაზე.

ქსოვილის ნაწილის ამოჭრის წინ გარეთა სასქესო ორგანოები და საშოკარგად უნდა მოვამზადოთ — ასექტიკისა და ანტისექტიკის ყველა წესის დაცვით. ვკვეთავთ დაზიანებული ქსოვილის მცირედ ნაწილს იმ ადგილას, სადაც ქსოვილი მაკროსკოპულად ჯერ კიდევ სალია. ამოკვეთა შეიძლება მაკრატლით ან სკალპელით. წინასწარ საშოში ვდებთ კოვზისებურ სპარკეს. საშვილოსნოს ყელზე ვადებთ ტყვიის მამუბს და ვჭაჩავთ ქვევით.

სისხლმდენ ქსოვილს ვადებთ ნაკეოს ან საშოში ვდებთ მაგარ ტამპონს. ამოკვეთილ ქსოვილს ვრეცხავთ წყალში, რათა მას სისხლი მოვაცილოთ, და ვთავსებთ 10%-იან ფორმალინში ან 96%-იან სპირტში. ვამზადებთ პისტოპათოლოგიურ პრეპარატს და ვიკვლევთ მას.

## საშვილოსნოს ღრუს დათვალიერება

საშვილოსნოს ღრუს დათვალიერება შეიძლება ზონდის, თითებისა და სხვა იარაღების საშუალებით.



სურ. 19. საშვილოსნოს ზონდი და ტყვიის მამა.

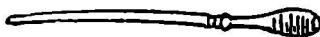
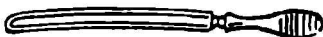
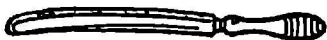
თითოთ დათვალიერებისათვის საჭიროა საშვილოსნოს ყელის წინასწარი გაგანიერება ჰეგარის ჩხირებით. ზონდით შესვლის დროს კი წინასწარი გაგანიერება საჭირო არ არის.

ზონდირება შეიძლება საშვილოსნოს სპეციალური ზონდის საშუალებით. ზონდი რბილი ლითონისგანაა დამზადებული. შეიძლება მისი ფორმის შეცვლა ისე, როგორც ამას მდგომარეობა მოითხოვს. მისი სიგრძე 20 — 30 სანტიმეტრია; თავდება მომსხო წვერით. წვერიდან ტარისაქენ ზონდი მსხვილდება 8 სმ სიგრძეზე, რაც საშვილოსნოს ნორმალურ სიგრძეს შეეფარდება.



ზონდირებას შეიძლება მოყვეს გართულება, როგორცაა, მაგალითოდ, ინფექციის შეტანა. საშვილოსნოს პერფორაცია და სხვ. ზონდირებით გამოკვლევის შედეგი უმნიშვნელოა. ჩვენი აზრით, არც თითებიც დათვალიერებაა მიზანშეწონილი.

საშვილოსნოს ღრუს დასათვალერებლად ზოგმა ავტორმა გამოიყენა ურეთროსკოპის მსგავსი იარაღი, ეკრეთ წოდებული ჰისტეროსკოპი, რომელმაც ჯერჯერობით სათანადო პოპულარობა და გავრცელება ვერ ჰპოვა. საშოს დასათვალიერებლად არსებობს სპეციალური აპარატი — კოლპოსკოპი.



სურ. 20. ჰეგარის ჩხირები.

**საშვილოსნოს ღრუს  
საცდელი გამოკვლევა  
(abrasio cavi uteri explorativa)**

საშვილოსნოს ღრუში არსებული პათოლოგიური მოვლენების სწორი დიაგნოზისათვის ზოგჯერ იმულებული ვართ მივმართოთ საშვილოსნოს ღრუს ლორწოვანი გარსის გამოფხეკას და ჰისტოლოგიურ გამოკვლევას.

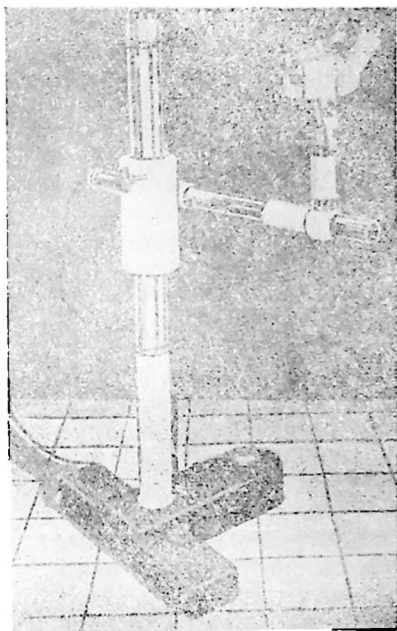
ეს მარტივი ოპერაცია ზოგჯერ მეტად საჭირო ცნობებს გვაძლევს. იგი ნათელყოფს დიაგნოზს და იძლევა მკურნალობის სწორად ჩატარების შესაძლებლობას.

საცდელი გამოფხეკისათვის საჭიროა საშოს კოფისებრი სარკე, ტყვიის მამა, ჰეგარის გამაგანეირებელი (1-დან 10 №-მდე), ზონდი და კიურეტი.

ოპერაციის დაწყებამდე

ბიმიანუალური ვასინჯვა უნდა ჩატარდეს საშვილოსნოს მდებარეობის, სიდიდისა და მოძრაობის გამოსაკვლევად. ოპერაცია უნდა ჩატარდეს ასეპტიკის წესების სრული დაცვის პირობებში.

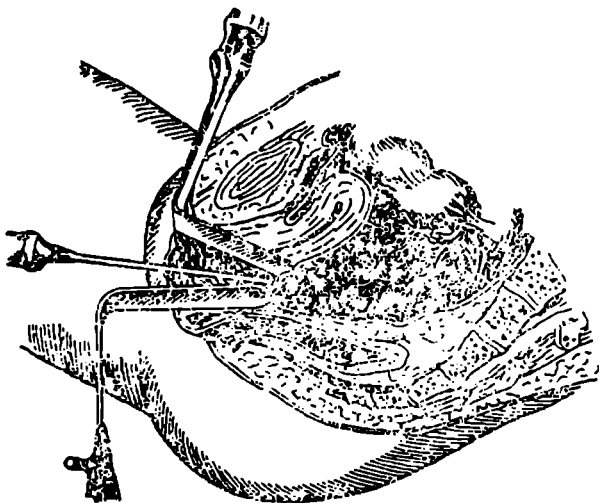
მარდის ბუშტი და სწორი ნაწლავი წინასწარ უნდა დაიცალოს. გარეთა სასქესო ორგანოები უნდა გაიპარსოს, და საშოსთან ერთად კარგად უნდა იქნეს დაბანილი თბილი წყლითა და საპნით, გამოირეცხოს სულემის ხსნარით (1:1000) და სპირტით გამთიფშინდოს.



სურ. 21. კოლპოსკოპი.

საჭიროა საშოში შევიტანოთ სარკე. ყელზე ტყვიის მაშა დავადოთ და საშოს კედლებსა და საშვილოსნოს საშოსმხრივ ნაწილზე იოდის ხსნარი წავესვათ. ნებდევ საშოში ფრთხილად უნდა შევიტანოთ ზონდი — საშვილოსნოს სივრცისა და ყელის მიმართულების გამოსაკვლევად. ყელი ჰეგარის ჩხირებით (№ 3 — 10) უნდა გავაკანაწიროთ და საშვილოსნოს ღრუ კიურტით ვამოჭრავოთ. უნდა გამოიფხიკოს საშვილოსნოს წინა, უკანა და გვერდითი კედლები.

გამონაფხევი უნდა შეეკრიბოთ, გაერეცხოთ და 10%-იანი ფორმალინის



სურ. 22. უკანა თალის პუნქცია.

ხსნარში მოვათავსოთ, რის შემდეგ უნდა ჩავატაროთ მისა პისტოპათოლოგიური გამოკვლევა.

ოპერაციის შემდეგ საშოს ხელახლა ვასუფთავებთ სპირტით. ვუსვამთ იოდის ხსნარს და მასში ვდებთ მცირეოდენ მშალ ტამპონს — 3 — 4 საათის განმავლობაში.

### უკანა და გვერდითი თალის პუნქცია

უკანა და გვერდითი თალის პუნქციას მეტად დიდი დიაგნოსტიკური და საკურნალო მნიშვნელობა აქვს მაშინ, როდესაც დუგლასის სარესა და დანამატებში დაგროვილია შიგთავსი (რაიმე სითხე).

პუნქციისათვის საჭიროა 10 ან 20-გრამიანი შპრიცი და 10 — 12 სმ სიგრძის ნეშა. გარეთა სასქესო ორგანოებისა და საშოს სათანადო მომზადების შემდეგ საშოში ვდებთ სარკეს; საშვილოსნოს ყელის უკანა ბაგეს ვადებთ

ტყეოის მაშას; ყელს ვწევთ ჰვემოთ. წინ და ზევით; ნემსი შეგვაქვს უკანა თალიდან ღუგლასის არეში ან დანამატში, რის შემდეგ ვწევთ შპრიციის ღუგუს.

თუ ღუგლასის მიდამოში ან დანამატში არის სითხე სისხლის, სეროზული ექსუდატის ან ჩირქის სახათ, მაშინ ის შპრიციში ჩაშოვა.

უკანა თალის პუნქცია, სხვათა შორის, საუკეთესო დიაგნოსტიკური და სამკურნალო საშუალებაა საშვილოსნოსნოსგარეშე ორსულობის, ჩირქიანი პარამეტრიტისა და ჩირქიანი დანამატების არსებობის დროს.

ჩვენს პრაქტიკაში ამ შესანიშნავი მანიპულაციის შემდეგ არასოდეს არ ჰქონია ადგილი გართულებას, შედეგი კი ყოველთვის კარგი ყოფილა.

### პერტუბაცია და სალპინგოგრაფია

ფალოპის ლულების პერიტალტიკური მოძრაობისა და მისი გამავლობის შესწავლის პირველი ცდები ეკუთვნით ა. გუბაროვს და დ. ოტს.

გუბაროვი მუცლის გაკვეთის შემთხვევაში ფალოპის ლულის ხერელის აბდომინალურ ნაწილზე აყრიდა სტერილური გრაფიტის ფხვნილს, საშვილოსნოს საშოსპხრივ ნაწილზე კი სუფთა თეთრ ტამპონს ადებდა. ამ ცდის საფუძველზე ავტორმა დაადგინა, რომ გრაფიტის ფხვნილი 8 საათის შემდეგ აღწევს ტამპონამდე. ამრიგად, მან დაადგინა ლულების პერიტალტიკური მოძრაობის არსებობა და ნაწილობრივ მათი გამავლობის შესახებაც მიუთითა.

დ. ოტმა შემდგომ გააღრმავა გუბაროვის გამოკვლევები. მას ღუგლასის მიდამოში შპრიციის საშუალებით შეჰყავდა სხვადასხვა საღებავი ნივთიერება. 12—24 საათის შემდეგ საშვილოსნოს ყელის ლორწო უკვე შეიცავდა ამ მასალას.

ამ მეთოდებმა პრაქტიკულ გამოყენება ვერ ჰპოვეს, მაგრამ მათ საფუძველზე შემდეგ მკვლევარებმა გამოიჩინეს ფალოპის ლულათა გამავლობის ისეთი სადიაგნოზო საშუალებები, როგორცაა პერტუბაცია და უტეროსალპინგოგრაფია.

ფალოპის ლულების გამავლობის სწორ გამოკვლევას მნიშვნელობა აქვს განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როდესაც საქმე ქალის სტერილობას ეხება.

ქალის სტერილობის ერთ-ერთი მთავარი მიზეზი სწორედ ფალოპის ლულების გაუვალობაში მდგომარეობს — მათი დახშვის გამო ანთებითი პროცესის ან სიმსივნის შედეგად.

ლულების გამავლობას იკვლევან პერტუბაციით ან სალპინგოგრაფიით. ეს მეთოდები შეიმუშავა რუბინმა (1920 წ.), საბჭოთა კავშირში კი — ა. მანდელშტამმა.

რუბინის ბალონი (რომლითაც ჰაერს ვდენით), მანომეტრი (რომლითაც განვსაზღვრავთ არსებულ წნევას), მინის კოლბი (რომელშიც მოთავსებულია წყალბადის ზეჟანგი) და კათეტერი ან ლითონის მილი (რომელსაც აქვს შემსხვილება წვერიდან დაახლოებით 5 სმ მანძილზე ან მასზე წამოკმულია ტარნოვსკის შპრიციის რუბინის წვერი, რის გამოც მისი შეჰყანის შემდეგ საშვილოსნოში არსებული ჰაერი უკან არ გამოდრს) ერთმანეთთან შეერთებულია რუბინის მილებით.

ამჟამად პერტუბაციითა და ვაშლიზებული აპარატები გვაქვს.

მანდელშტამი არჩევს ადვილად გამავალ ფალოპის ლულებს

(როდესაც მათი გამავლობის ნიშნები აღინიშნება მანომეტრის 75 დანაყოფზე), საშუალო გამავალ ლულებს (როდესაც გამავლობა აღინიშნება 75-დან 125-მდე დანაყოფზე); როცა გამავლობის ნიშნები აღინიშნება 125 მილიმეტრის ზევით, ეს მილის სტენოზის მაჩვენებელია.

პოზდიხსკის მიხედვით, ფალოპის ლულების გამავლობის დამახასიათებელია მილში გასული ჰაერის ხმიანობა.

საშვალოსნოს ყელის გარეთა პირის არაშეიძროდ დაცობის დროს ჰაერი გამოდის გარეთ, რამაც შეიძლება შეცდომაში შეგვიყვანოს.

მანომეტრში წნევის დაცემა, ღვიძლის მოყრუების საზღვრის მომატება (ზემოთ), ფრენიკუსის სიმპტომი და ტკივილი ბეჭის მიდამოში მილის გამავლობის მაჩვენებელია.

პერტუბაცია უნდა გაკეთდეს მწვავე პროცესის აქტიური მკურნალობის ჩატარებიდან ორი თვის შემდეგ, მენსტრუაციის დაწყებიდან 5—10 დღემდე დროის განმავლობაში.

პერტუბაციის წინააღმდეგ ჩვენებებია საშვილოსნოსა და მისი დანაპატების სიმსივნე, სასქესო ორგანოების განვითარების მანკები, მწვავე და ქვეშეწვაე ანთებითი პროცესები.

წინასწარ საჭიროა სიხლის, ნაცხისა და ტემპერატურის გამოკვლევა. პერტუბაციის შემდეგ საჭიროა სიწყნარე. ლულების სპაზმური შეკუმშვის გამო პირველი სამი საათის განმავლობაში ქალს აღენიშნება ტკივილი. ისე როგორც პერტუბაცია, სალბინგოგრაფია უნდა ჩატარდეს აქტიური მკურნალობის დამთავრებიდან ორი თვის შემდეგ.

ავადმყოფს ეუნიშნავთ საკონტრასტო ნივთიერებას 3—5 კუბ. სმ რაოდენობით, ინფანტილური საშვილოსნოს დროს კი — 2—3 კუბ. სმ რაოდენობით. მრავალშობიარე ქალს საჭიროა საშვილოსნოში შევეშხაპუნოთ 4—6 კუბ. სმ საკონტრასტო ნივთიერება.

ერთდროულად უნდა ვაწარმოოთ საშვილოსნოსა და დანაპატების სერიული გადაღება, რითაც ვადასტურებთ საკონტრასტო ნივთიერების თანდათან გადასვლას საშვილოსნოდან ფალოპის ლულებსა და მუცლის ღრუში.

პირველი გადაღება უნდა ვაწარმოოთ საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანისთანავე, მეორე — 1—2 წუთის შემდეგ, მესამე კი — 5—10 წუთის შემდეგ.

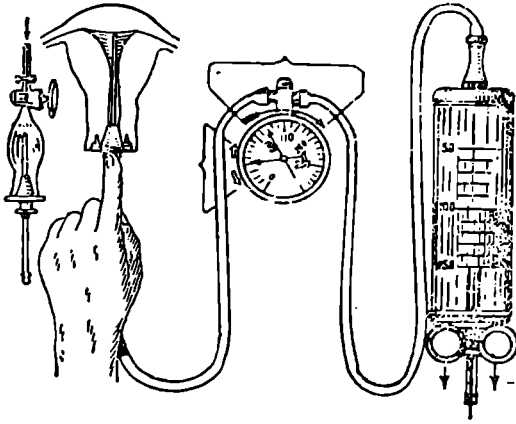
რენტგენოგრაფიის ჩატარება დასაშვებია ერთი საათის შემდეგაც, მაგრამ ამ დროს საკონტრასტო ნივთიერების მეორედ შეყვანა საჭირო არ არის.

უტეროსალბინგოგრაფიის მიხედვით შეიძლება ვიმსჯელოთ არა მარტო ფალოპის ლულების გამავლობაზე, არამედ მათ ფუნქციურ მდგომარეობაზეც.

ამ მნიშვნელობის დროს შესაძლოა შემდეგი გართულებები: ლულაში არსებული ინფექციის შეჭრა მუცლის ღრუში და პერიტონიტი, ტკივილი მხრის წინა და უკანა ზედაპირზე, ემბოლია და სხვ.

ჩვენი აზრით, პერტუბაციის საფუძველზე მიღებული შედეგებიც არ არის ზუსტი, რადკან ის, რაც ჰაერისათვის არის გამავალი, განაყოფიერებული

კვერცხუჯრედისათვის ყოველთვის გამაველი არ შეიძლება იყოს. პერი შეზღო-  
 ცებათა ქსელში აღვილად გავა, კვერცხუჯრედი კი — ვერა.



სურ. 23. ფალოპის მილის გამტარობის შესამოწმებელი  
 ხელსაწყო (ახდელშტაპის).

სალპინგოგრაფია ემყარება ფალოპის ლულებში საკონტრასტო  
 სითხის შეყვანას და რენტგენოგრამას. საკონტრასტო სითხედ ხმარობენ ლი-  
 ბიოდოლს, იოდინსა და სხვ.

სწვა მეთოდებთან შედარებით, სალპინგოგრაფია უფრო საიმე-  
 დოა. მისი გამოყენების წინააღმდეგ ჩვენებებია: მწვავე და ქვემწვავე  
 ანთებითი პროცესები, საშვილოსნოს დახამატების ანთებითი სიმსივნეები, ჩირ-  
 ჭოვანი გამონადენი საშვილოსნოს ყელიდან, ეროზია, მენსტრუაცია და საერ-  
 თოდ სისხლიანი გამონადენი, კიბო და ორსულობა.



**ქალის გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოების  
განვითარების მანქები**

**ფსევდოჰერმაფროდიტიზმი**

ც რ უ ჰერმაფროდიტიზმი, ანუ ფსევდოჰერმაფროდიტი-  
ზმი განვითარების ისეთი მანქია, როდესაც განვითარებულია გარკვე-  
ული (მამრობითი ან მდედრობითი სქესის) სასქესო ჯირკვალი, მაგრამ დანარჩენი  
გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოების განვითარებაში ისეთი შეუსაბამობაა,  
რომ სქესის გამოცნობა ძნელდება. მაგალითად, მამრობით სასქესო  
ჯირკვლებთან ერთად გარეთა სასქესო ორგანოები ქალის სასქესო ორგანოებს  
ჩამოგავს ან, პირიქით, მდედრობით სასქესო ჯირკვლებთან ერთად გარეთა  
სასქესო ორგანოები მოგვაგონებს მამრობით სასქესო ორგანოებს.

**მამრობითი ფსევდოჰერმაფროდიტიზმი (Pseudohermaphroditismus mas-  
culinus).** მამრობითი ფსევდოჰერმაფროდიტიზმის დროს მამრო-  
ბითი სასქესო ჯირკვალი შეჩერებულია მუცლის ღრუში ან საზარდულის  
ხერელში, გარეთა სასქესო ორგანოები კი განუვითარებელია და წააგავს რო-  
გორც მამრობით, ისე მდედრობით სასქესო ორგანოებს. Penis-ი პატარაა, ის  
უფრო clitor-ს წააგავს. აგრეთვე ადგილი აქვს ჰიპოსპადიას, ე. ი. შარ-  
დის მილის არხი გათიშულია და მოგვაგონებს სასქესო ბაგეებს.

მამრობითი ფსევდოჰერმაფროდიტიზმი შეიძლება სხვაგვარადაც იყოს  
გამოხატული: გარეთა სასქესო ორგანოები თითქმის ნორმალურადაა განვითა-  
რებული, მაგრამ შიგნითა სასქესო ორგანოების განვითარებაში ადგილი აქვს  
მთელ რიგ შეუსაბამობებს; მამრობით სასქესო ჯირკვალთან ერთად აღინიშნე-  
ბა საშო, იშვიათად საშვილოსნო და ფალოპის ლულებიც.

**მდედრობითი ფსევდოჰერმაფროდიტიზმი (Pseudohermaphroditismus  
feminis).** მდედრობითი ფსევდოჰერმაფროდიტიზმის დროს გან-  
ვითარებულია საკვერცხეები, საწვილოსნო, ფალოპის ლულები და კუდალურ  
ნაწილში შეფიწროებული საშო; გარეთა სასქესო ორგანოები კი მამაკაცის  
სასქესო ორგანოებს მოგვაგონებს. კლიტორი ჰიპერტროფიულია,  
სასქესო ბაგეები შეზრდილია და ჩამოგავს სკარტუმს, რომელშიც შეიძლება  
იქნეს საკვერცხე, ეს უკანასკნელი ზოგჯერ მუცლის ღრუშია მოთავსებული.

**ნამდვილი ჰერმაფროდიტიზმი (Hermaphroditismus verus).**

გარდა მდედრობითი და მამრობითი ფსევდოჰერმაფროდიტიზმისა, შედა-  
რებით უფრო იშვიათად გვხვდება აგრეთვე ნამდვილი ჰერმაფროდი-  
ტიზმიც. ამ შემთხვევაში ერთსა და იმავე ჯირკვალში ვნახულობთ ორი-  
ვე სქესის ჯირკვლის ქსოვილის ელემენტებს (ovotestia).

ბუ ასეთ შერეულ ჯირკვალს ჰისტოლოგიურად გამოვიკვლევთ, მასში ვნახავთ ფოლიკულებსა და კვერცხუჯრედებს. ფოლიკულები იმყოფება განვითარების სხვადასხვა სტადიაში. ვნახულობთ აგრეთვე ყვითელ სხეულებსაც. მაგრამ არასოდეს არ არის შენთხვევა, რომ ჩანასახის ეპითელი განვითარებული იყოს სპერმატოზოიდის სტადიამდე. მათი განვითარება შეჩერებულია.

ამრიგად, ნამდვილი ჰერმადროდიტიზმის დროს მაინც სჭარბობს მდედრობითი სქესის ჯირკვლის ელემენტები. ამასთან ყველა ეს ელემენტი ფოლიკულია. კვერცხუჯრედი და ყვითელი სხეული საესეგზით დიფერენცირებულია. მამრობითი სქესის ჯირკვლის ელემენტი კი მცირეა და, ამასთან, არ არის საბოლოოდ განვითარებული და ჩამოყალიბებული.

### გინატრეზია

გინატრეზია ეწოდება სასქესო არხის გამტარებლობის დარღვევას. არხი შეიძლება მთლიანად ან ერთ ან რამდენიმე ადგილას იყოს დასწული. შეიძლება დასწული იყოს ჰიმენი — მასში ხვრელის არარსებობის გამო (რაც შედარებით უფრო სწოლია) ან საშო, ან კიდევ საშვილოსნო.

სასქესო არხის დასწვა შეიძლება იყოს თანდაყოლილი, რაც ვითარდება სასქესო არხის გასწვრივი ეპითელური უჯრედების სრული ან ნაწილობრივი შესრუტვის შედეგად.

გინატრეზია შეიძლება განვითარდეს აგრეთვე მშობიარობის შემდეგ საშოში სხვადასხვა ინფექციის (დიფთერია, ქუნთრუშა, ყვავილი და სხვ.) შვკრის შედეგად წარმოშობილი ანთებითი პროცესის გამო. შეიძლება იგი განიწივის მძიმე პუერპერალურმა დაავადებამ და საშოს დაწყულულებამ.

საშოს ეპითელის მოსობობას და ნეკროციების გაჩენას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს კონცენტრული მედიკამენტური საშუალების მიღების შედეგადაც. იყო შემთხვევა, როცა ორსულ ქალს ორსულობის შეწყვეტის მიზნით საწონი ჩაუყრია დიდი რაოდენობით შაბი, რასაც გამოუწყვევია ძლიერი შეხორცება და მენსტრუალური სისხლის დაგროვება საშვილოსნოში.

### ჰიმენის ატრეზია (Atresia hymenalis)

როგორც ანატომიურ ნაწილში აღვნიშნეთ, ემბრიონულ ხანაში, ექვს თვემდე, ჰიმენს სრულებით არა აქვს ხვრელი. სწრაფი მასში შემდეგ ვითარდება. შეიძლება ემბრიონულ ხანაში სრულებით არ განვითარდეს ხვრელი და ბავშვი მთლიანი, ატრეზიული ჰიმენით დაიბადოს. შეიძლება აგრეთვე, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ადგილი ჰქონდეს ჰიმენის შეხორცებას ანთებითი პროცესის შედეგად.

ამ ანომალიის დროს სქესობრივ მომწიდეებასა და თვიურის დაწყებასთან დაკავშირებით ვითარდება შეტევითი ხასიათის ტკივილი — ვერეთწოდებული *molimina menstrualia*, თვიურის სისხლი გარეთ ვერ გამოდის და საშოში გროვდება. რამდენიმე მენსტრუაციის შემდეგ საწონი ძლიერ გაიჭიმება და შეიძლება სისხლი საშვილოსნოს ღრუში დალულებშიც დაგროვდეს (*haematocolpos*, *haematometra*, *haematosalpinx*).

ჰიმენის ატრეზიის დროს საჭიროა ოპერაციული ჩარევა. ჰიმენს

კვეთათ ჯვარისებურად. საშოსა და საწვილოსნოში დაგროვილი სისხლი გარეთ გამოდის. სისხლი მწებავია და მისი კონსისტენცია სქელია. ოპერაციის შედეგად ადვილი აქვს სრულ განკურნებას.

### საშოს ატრეზია (Atresia vaginalis)

საშოს ატრეზია, ისე როგორც ჰიმენის ატრეზია, შეიძლება იყოს თანდაყოლილი და შექცენილი. შეიძლება საშოს მილი მთელ სიგრძეზე სრულიად არ არსებობდეს ან დახშული იყოს ჰიმენთან ახლოს, ან კიდევ— შეიძლება დახშუა არსებობდეს საშოს ქვემო ნაწილში, მაგრამ არ არსებობდეს ზემო ნაწილში.

საშოს ატრეზიის დროს შეუძლებელია მენსტრუალური სისხლის გარეთ გამოსვლა. ამ შემთხვევაშიც ადვილი ექნება იმავე მოვლენებს, რასაც ჰიმენის ატრეზიის დროს. სისხლი სასქესო არხის ზედა ნაწილებში დაგროვდება და განვითარდება *molimina menstrualia*.

მაგრამ, თუ საშო დაბადებიდანვე სრულებით არ არსებობს, მაშინ, ჩვეულებრივ, საშვილოსნოც ძლიერ განუვითარებელია, რის გამოც მენსტრუაციას ადვილი არა აქვს, სქესობრივი კავშირი კი შეუძლებელია.

### საშვილოსნოს ატრეზია (Atresia uteri)

საშვილოსნოს თანდაყოლილი ატრეზია შედარებით იშვიათია. უფრო ხშირად იგი მოხუცებულობის ასაკში— ვითარდება. საშვილოსნოს ყელის არხის ატრეზიას ხელს უწყობს კვების დაქვეითება, ანთებითი პროცესი, საშვილოსნოს ყელის კიბო, მოხუცებულობა და სხვ.

საშვილოსნოს ყელის არხის დახშობის ნიადაგზე მოხუცებულობის ასაკში შეიძლება განვითარდეს *pyometra*.

საშვილოსნოს ყელის არხის დახშობას ახალგაზრდა ასაკში თან სდევს *haematometra*-ს გაჩენა, რის შემდეგ მენსტრუალური სისხლი შეიძლება გადავიდეს ფალოპის ლულებშიც და განვითარდეს *hematosalpinx*-ი.

თუ საშვილოსნოს ყელის შესორცება ძლიერია და ზერელის აღდგენა არ მოხერხდება, იძულებული ვართ საშვილოსნოს ექსტირპაციასაც კი მივმართოთ.

ლიტერატურაში აღწერილია საშვილოსნოს სრული არარსებობის შემთხვევები, მაგრამ ამ დროსაც ორგანიზმში მაინც უნდა არსებობდეს საშვილოსნოს მცირეოდენი ქსოვილი, რადგან მიუღერის სადინარების (რომლებსაგანაც საშვილოსნო ვითარდება) სრული აპლაზია დანამდვილებით დამტკიცებული არ არის.

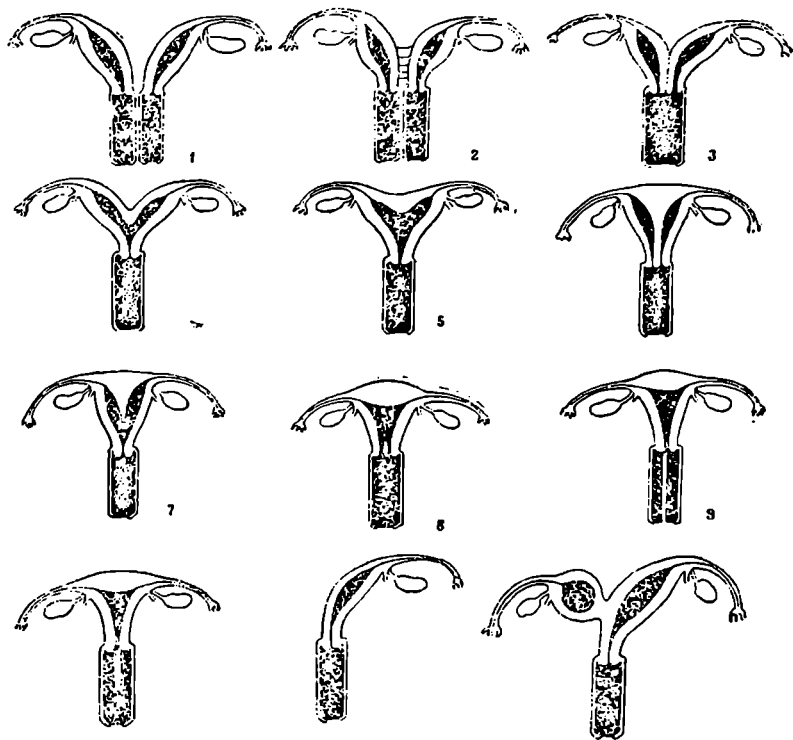
### ორმაგი საშვილოსნო ორი უღლითა და ორი საშოთი (Uterus didelphus, uterus duplex separatus cum vagina duplex separata)

ეს ანომალია ვითარდება ნაყოფის სხვა სიმპაზინჯისთან ერთად. მისი განვითარების დროს მიუღერის ორი სადინარი კი არ ერთდება, არამედ ცალ-ცალკე ვითარდება, რის გამოც მიიღება ორ-ორი სრულიად დამოუკი-



დებელი სასქესო ორგანო — ორი საშვილოსნო (დანამატებით), ორი საშვილოსნოს ყელი და ორი საშო.

ლიტერატურაში აღწერილია ამ ანომალიის დროს ორსულობის შემთხვევებიც.



სურ. 24. საშვილოსნოს განვითარების ანომალიები.

1—Uterus didelphys; 2—Uterus duplex et Vagina duplex; 3—Uterus bicornis bicollis; 4—Uterus bicornis unicollis; 5—Uterus arcuatus; 6—Uterus septus duplex; 7—Uterus subseptus; 8—Uterus biforis; 9—Vagina septa; 10—Vagina subsepta; 11—Uterus unicornus; 12—Uterus bicornus; ერთი რკა რუდემენტალურია.

### ერთ ორგანი საშვილოსნო საშოს ტიხრით (uterus pseudodidelphus cum vagina septa)

ასეთი ანომალიის დროს მიუღერის სადინარები ცალ-ცალკე ვითარდება. მაგრამ განსაზღვრულ ადგილას ისინი ერთმანეთთან მჭიდროდ დააკავშირებული. უმეტეს შემთხვევაში ეს დაკავშირება საშვილოსნოს ყელის მიდამოში ხდება. ამ ანომალიის დროს ხშირად საშოც ტიხრითაა გამოყოფილი.

## ორჩიანი საშვილოსნო ორი ხელით (uterus bicornis bicollis)

ორჩიანი საშვილოსნოს დროს საშვილოსნოს ტანი გაყოფილია ორად. მაგრამ შუა ადვილას, მცირე მანძილზე, ეს ორი ნაწილი მაინც შეერთებულია ერთმანეთთან. განსაკუთრებით მკიდროდაა დაკავშირებული ერთიმეორესთან ორივე ყელი.

## ორჩიანი საშვილოსნო ერთი ხელით (uterus bicornis unicollis)

როდესაც განვითარებულია ორჩიანი საშვილოსნო ერთი ყელით, მაშინ ადვილი ექნება ორკამერიანი საშვილოსნოს. ეს კამერები ქვემოთ ერთდება და ქმნის ერთ ყელს. შეიძლება საშვილოსნოს ერთ-ერთი კამერა რუდიმენტალურ მდგომარეობაში იყოს.

## უნაზირისმაგვარი საშვილოსნო (uterus arcuatus)

ამ ანომალიის დროს საშვილოსნოს ფსკერზე აღინიშნება უნაზირისებური ჩაღრმავება, რომელიც ზოგჯერ ვრცელდება საშვილოსნოს ღრუზეც.

## საშვილოსნოს მთლიანი და ნაწილობრივი გაყოფა ტიხრით (uterus septus et uterus subseptus)

ამ დროს საშვილოსნოს ტანი შედარებით თხელი ტიხრით ორადაა გაყოფილი. ეს გაყოფა შეიძლება იყოს მთლიანი და ნაწილობრივი.

მენსტრუალური ციკლის დროს ორივე ნაწილი განიცდის თანაბარ ცვლილებებს ან შეიძლება ერთ-ერთ მათგანში ციკლი სუსტად იყოს განვითარებული.

ამ ანომალიის შემთხვევაში საშვილოსნოს გარეგანი ფორმა ჩვეულებრივია.

ერთჩიანი საშვილოსნოს დროს ვითარდება მხოლოდ ერთი მიუღერის სადინარი, მეორე სადინარი კი ან სრულ ატროფიას განიცდის, ან რუდიმენტალურად ვითარდება.

ასეთი დამატებითი რქა საშვილოსნოს ღრუსთან შეიძლება სრულიად არ იყოს შეერთებული, რის გამოც აქ გროვდება მენსტრუალური სისხლი და ვითარდება ჰემატომეტრი. შეიძლება აგრეთვე ასეთ დამატებითს რქაში განვითარდეს ორსულობაც — სპერმატოზოიდის ან განაყოფიერებული კვერცხის ეგრეთ წოდებული გარეგანი მოგზაურობით.

## ემბრიონული და ინფანტილური საშვილოსნო UTERUS FOETALIS და UTERUS INFANTILIS

Uterus infantilis-ის დროს საშვილოსნო არ არის ნორმალურად განვითარებული — მისი ზრდა შეჩერებულია ემბრიონულ ან ინფანტილურ სტადიაში. ასეთი საშვილოსნოს ყელი გრძელია, ტანი კი — პატარა და განუვითარებელი; საკვერცხეები განუვითარებელია და მათი ფუნქ-

ცია დაქვეითებულია; განუვითარებელია საშო და გარეთა სასქესო ორგანოებიც; შეიძლება ადგილი ექნეს საერთო ინფანტილიზმსაც.

საშვილოსნოს განვითარების ეს ანომალია შეიძლება გამოწვეული იყოს ან პირველადი განუვითარებლობის გამო, ან შემდეგ ზრდაში ჩამორჩენის შედეგად.

ახალშობილის საშვილოსნო ორი წლის ასაკამდე არ მატულობს მოცულობაში, პირიქით, კლებულობს კიდევ. მესამე წლიდან საშვილოსნო იწყებს მომატებას და მხოლოდ 10 წლის ასაკში აღწევს პირველად სიდიდეს.

ამ ასაკშიც საშვილოსნოს ფორმა ისეთივეა, როგორც ახალშობილობის პერიოდში. სახელდობრ, ყელი გრძელია (მთელი საშვილოსნოს  $\frac{1}{2}$ ), ტანი — პატარა (საშვილოსნოს  $\frac{1}{3}$ ). შემდეგ კი, თუ სქესობრივი განვითარება ნორმალურად მიმდინარეობს, საშვილოსნოს ყელისა და ტანის სიდიდის შეფარდება იცვლება — საშვილოსნოს ტანი ორჯერ მეტი სიგრძისაა, ვიდრე ყელი.

Uterus foetalis-ის და uterus infantilis-ის ერთმანეთისაგან განსხვავება შეიძლება მხოლოდ საშვილოსნოს გაკვეთის შემდეგ.

Uterus foetalis-ის დროს plicae palmatae არსებობს არა მარტო საშვილოსნოს ყელის მთელ სიგრძეზე, არამედ საშვილოსნოს ტანშიც და ფუძეშიც კი.

Uterus infantilis-ის დროს plicae palmatae არსებობს მხოლოდ ყელში საშვილოსნოს ტანში კი არ გვხვდება (სკრობანსკი).

### ჰიპოპლასტიკური საშვილოსნო (Uterus Hypoplasticus)

გარდა ინფანტილური და ფეტალური საშვილოსნოსი, ზოგი ავტორი არჩევს აგრეთვე ჰიპოპლასტიკურ საშვილოსნოსს. ამ ანომალიის დროს საშვილოსნო ნორმალური ფორმისაა — მისი ტანი ორჯერ მეტია, ვიდრე ყელი, მაგრამ იგი საერთოდ მცირე სიდიდისაა, ჩამორჩენილია ზრდაში.

### საკვერცხის ანომალიები

ორივე საკვერცხის არარსებობას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს გაშინ, როდესაც განვითარებულია ნაყოფის სხვა ორგანოების მეტად თვალსაჩინო სიმახინჯეებიც, როდესაც ნაყოფი საესებით მოკლებულია სიცოცხლის უნარს.

შეიძლება განვითარდეს მხოლოდ ერთი საკვერცხე, მაგრამ ამ სიმახინჯეს მეტად იშვიათ მოვლენად თვლიან. დასაშვებია, რომ განვითარების შემდეგ ერთ-ერთმა საკვერცხემ, ადგილობრივად სისხლის მიმოქცევისა და კვების მოშლის გამო, განიცადოს სრული უკუგანვითარება და იგი დაიღუპოს.

ზოგი ავტორი აღწერს დამატებით, მესამე საკვერცხის არსებობას, მაგრამ ამ შემთხვევაში საქმე უნდა ეხებოდეს არა დამატებით საკვერცხის განვითარებას, არამედ ემბრიონულ ხანაში ერთ-ერთი საკვერცხის ორად გაყოფას.

მესამე საკვერცხის დამოუკიდებლად განვითარების შესაძლებლობის დასამტკიცებლად საჭიროა დამტკიცდეს სამი ვოლფის სადინარის, სამი epo-

phoron-ისა და სამი მიულერის სადინარის არსებობა, რაც ჯერჯერობით არ არის მიღწეული.

გვხვდება როგორც ძლიერ პატარა, ისე არაჩვეულებრივად დიდი საკვერცხეები. ორივე შემთხვევაში საქმე ეხება არა საკვერცხის პარენქიმის სიღრმის მომატებას, არამედ, პირიქით, პარენქიმის სუსტ განვითარებას და შემაერთებელი ქსოვილის სიპარბეს.

### დიაგნოზი და მკურნალობა

სასქესო ორგანოების ზემოთ აღნიშნული ანომალიების დიაგნოზი უნდა დაისვას როგორც ზედმიწევნით გარეგანი დათვალიერების, ისე ბიძანუალური გასინჯვის საფუძველზე.

აღნიშნულ ანომალიათა შორის პრაქტიკული თვალსაზრისით მეტად საყურადღებოა საშვილოსნოს დამატებითი რქის არსებობა. განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც დამატებით რქაში ადგილი აქვს სისხლის დაგროვებას ან კიდევ ორსულობას. ორსულობის შემთხვევაში დამატებითი რქის გასჯდომის ნიადაგზე შეიძლება განვითარდეს ისეთი სურათი, როგორც საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის დროს.

დამატებითი რქის დიაგნოზის დასმის დროს მხედველობაში უნდა ექიპონოთ დანამატის სიმსიენე, კისტა, საშვილოსნოს ფიბრომატოზული კვანძი და სხვ.

სასქესო ორგანოების ორად გაყოფა ადვილად შეიძლება დადასტურდეს, თუ საშოში და საშვილოსნოს ყელში გვაქვს ტიხრი. ორივე ნახევარი შეიძლება თანაბრად ფუნქციონირებდეს.

თუ საშოში ტიხრია, სქესობრივი კავშირი შეიძლება ხან ერთ ნახევარში განორცილდეს, ხან მფორეში. თუ საშოს ორივე ნაწილის სიდიდე თანაბარი არ არის, ე. ი. თუ საშოს ერთი ნაწილი მცირეა, მაშინ სქესობრივი კავშირი ხორციელდება მფორე, უფრო დიდი მოცულობის ნაწილში.

ორმაგი საშვილოსნოს არსებობისას ორსულობა და მშობიარობა შეიძლება ისე მიმდინარეობდეს, რომ ქალმა ამ ანომალიის შესახებ არც კი იცოდეს.

უნაგირისებურ საშვილოსნოზე მიუთითებს საშვილოსნოს ფუძის გაფართოება და ჩაღრმავება.

თუ ადგილი აქვს საშოსა და საშვილოსნოს ატრეზიას, მაშინ დიაგნოზი გარეგანი დათვალიერებისა და რექტალური გასინჯვის საფუძველზე უნდა დაისვას.

როგორც ვთქვით, ორმაგი საშვილოსნოს არსებობისას ორსულობა და მშობიარობა უფრო ხშირად შეიძლება ისე ნორმალურად მიმდინარეობდეს, რომ მკურნალობა არ იყოს საჭირო. რაც შეეხება საშოს ტიხრს, ის შეიძლება ამოიკვეთოს.

დამატებითი რქის არსებობის შემთხვევაშიც არ არის იშვიათი ნორმალური ორსულობა და მშობიარობა საშვილოსნოს უფრო განვითარებულ ნაწილში. თუ ორსულობა დამატებით რქაში განვითარდა, მაშინ მკურნალობა უნდა ჩავატაროთ ისე, როგორც საშვილოსნოსკარეშე ორსულობის დროს, რადგან დამატებითი რქა გასკდება, ამიტომ ის უნდა ამოიკვეთოს.

თუ ადგილი აქვს საშოს ნაწილობრივ ატრეზიას, მაშინ ოპე-

რაციული ჩარევის გზით შედარებით ადვილია ცოტად თუ ბევრად ნორმალური საშოს აღდგენა. ამისათვის საჭიროა ზერელი დავაგრძელოთ ბლაგვი წესით და ჰეგარის ჩხირის საშუალებით. შემდეგ უნდა ჩავდოთ ტამპონი, რომელიც ხშირად უნდა გამოვეცვალოთ, რათა შეზორცება არ მოხდეს. ამასთან, საშოს ნაწილზე არსებული ბრტყელი ეპითელი უნდა გავრცელდეს იმ ნაწილზეც, სადაც იგი არ არის — ე. ი. სადაც ატრეზიას აქვს ადგილი.

ზოგი გინეკოლოგი ხელოვნური საშოსათვის აკეთებს ხერელს შარდის ბუშტისა და სწორ ნაწლავს შორის და მასში გადააქვს კანიდან (ქვეო კიდურებიდან) აცლილი თხელი შრე — ხელოვნური საშოს ეპითელიზაციის მიზნით. ამ ოპერაციის შედეგი, როგორც სხვადასხვა ავტორის მონაცემებიდან ჩანს, არ არის დამაკმაყოფილებელი.

გარდა ამ საშუალებისა, არსებობს სხვა მეთოდებიც, მაგალითად, შუბერტ-პოპოვის მეთოდი. ამ ოპერაციის დროს იყენებენ სწორი ნაწლავის თავისუფალ ნაწილს და ის ჩამოაქვთ ქვევით, ახლად შექმნილ ზერელში.

ბალდუინის მეთოდის დროს კი იყენებენ წერილი ნაწლავების ნაწილს, რისთვისაც ახდენენ ნაწლავის რეზექციას, ისე რომ ხელოვნური საშოსათვის გამოყენებული ნაწლავის ნაწილი კვების მხრივ მაინც იყოს დაკავშირებული ნაწლავების დანარჩენ ნაწილთან (იხ. ოპერაციულ გინეკოლოგია).

---

## ნორმალური გენიტალური ციკლი და მისი მოშლილობანი

ქალის მთელი ცხოვრება შეიძლება დავყოთ რამდენიმე პერიოდად, რაც მეტად მნიშვნელოვანია საერთოდ მედიცინის, კერძოდ კი მენ-გინეკოლოგიის თვალსაზრისით. ზოგიერთი პერიოდი ხანკრძლივია, ზოგიერთი კი — ხანმოკლე. მაგრამ თითოეული მათგანი თავისებური მოვლენებით ხასიათდება, აგრეთვე მენსტრუალური ციკლისა და მენსტრუაციის მხრივაც.

ეს პერიოდები შემდეგია: ახალშობილობის, ბავშვობის, სქესობრივი მომწიფების, მოწიფულობის, პრეკლიმაქტერიუმის, კლიმაქტერიუმისა და მოხუცებულობის.

ქალი მამაკაცისაგან განსხვავდება როგორც პირველადი, ისე მეორადი სასქესო ნიშნებით.

ქალის პირველადი სასქესო ნიშნებია საკვერცხეები, კვერცხსაგლები, საშვილოსნო, საშო, მცირე და დიდი სასქესო ბაგეები, საენებო, საქალწულე აკი და სხვ.

მეორადი სასქესო ნიშნები გამოიხატება ქალის სქესისათვის დამახასიათებელი მთელი ორგანიზმის თავისებურ განვითარებაში, ძვლების, განსაკუთრებით მენჯის ძვლის აღნაგობაში, კანქვეშა ცხიმისა და კუნთების თავისებურებაში. ქალს კანქვეშ მოთავსებული ცხიმი შედარებით მეტი აქვს, ვიდრე მამაკაცს. კუნთები უფრო ნაზად აქვს განვითარებული. ქალს არა აქვს ულვაშები და წვერები, მისი ხმა მკაფიოდ განსხვავდება მამაკაცის ხმისაგან.

ქალის ძუძუები წარმოადგენს სარძევე ჯირკვლებს და მათ აქვთ სპეციალური დანიშნულება — ბავშვის კვება.

თუ გოგონა სქესობრივ მოქწიფებამდე არის კასტრირებული, მაშინ მეორადი სასქესო ნიშნები არ ვითარდება. პირველადი სასქესო ორგანოები განვითარდება, მაგრამ მალე შეიკუმშნება, დაპატარავდება.

### ბავშვობის პერიოდი

ბავშვობის პერიოდი გრძელდება 10 — 11 წლამდე. ამ ხნის განმავლობაში მენსტრუალური ციკლი და მენსტრუაცია არ ვითარდება, ამიტომ ვაჟი და გოგონა, თუ არ მივიღებთ მხედველობაში სასქესო ორგანოთა აღნაგობას, გარეგნობით მცირედით განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან. მათი ფსიქიკა კი სხვადსხვაგვარია.

## სქესობრივი მომწიფების პერიოდი

სქესობრივი მომწიფების პერიოდს პუბერტეტი (pubertet) ეწოდება ან დაახლოებით 3—4 წელი გრძელდება. ამ ხნის განმავლობაში ხდება ქალის ტიპის ჩამოყალიბება, მისი გარეკანი და შინაგანი ორგანოების განვითარება. სქესის თვისებები თანდათანობით ვლინდება.

მატულობა შიგნითა და გარეთა სასქესო ორგანოების სიდიდე. ლ. ოკინჩიციის და გ. ასათიანის გამოკვლევების მიხედვით, ახალშობილობის პერიოდში საშვილოსნოს წონა მცირედ განსხვავდება სქესობრივი მომწიფების წინა პერიოდის საშვილოსნოს წონისაგან.

სქესობრივი მომწიფება და მასთან დაკავშირებით ორგანიზმში მომხდარი ნეიროჰორმონული ძვრები სწრაფად იწვევს სასქესო ორგანოებისა და მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარებას.

ჯერ კიდევ სქესობრივი მომწიფების გარეგან გამოხატულებამდე, ე. ი. პირველ მენსტრუაციამდე, ხდება მეორადა სასქესო ნიშნების განვითარება, ქალის ტიპის გაფორმება.

ახალგაზრდა გოგონას ეზრდება თმა გარეთა სასქესო ორგანოებზე, ილიის ფოსოში. ეზრდება სარძევე ჯირკვლები, ინტენსიურად იზრდება ძვლოვანი მენჯი, მენჯის ირკვლივ და ბარძაყებზე მატულობს ცხიის რაოდენობა.

გოგონას ეცვლება ხმა, გუნებგანწყობა. ის, რასაც მანამდე ყურადღებას არ აქცევდა, საინტერესო ხდება მისთვის. მოწინააღმდეგე სქესი მას იზიდავს. მასთან მიახლოება და შეხება უჩვეულო გრძობებს გვრის.

ამ პერიოდში, როგორც ვთქვით, ახალგაზრდა გოგონას მენსტრუაცია კიდევ არ აღენიშნება, მაგრამ საკვერცხეების შინაგანი სეკრეციის მოქმედებასა და ფარულ მენსტრუალურ ციკლს მაინც აქვს ადგილი.

ჯერ კიდევ სლოვიანსკი (1870 წ.) აღნიშნავდა, რომ მენსტრუაციის დაწყებამდე ადგილი აქვს ფოლიკულების ზრდას, თუმცა ისინი ვერ აღწევენ სრულ მომწიფებას. — ხდება მათი ატრეზია, უკუგანვითარება, დაცარიელება.

ატრეზიულ ფოლიკულებში ვითარდება შემაერთებელი ქსოვილი. ასეთ ატრეზიულ ფოლიკულებს ზოკიერთი უწოდებს ინტერსტიციალურ ჯირკვალს. ბუენი, ლიმონი, შტეინახი და ტანდლერი მათ მიაწერენ ჰორმონის გამომუშავების განსაკუთრებულ თვისებას, რომლის საშუალებითაც ხდება მეორადი სასქესო ნიშნების ჩამოყალიბება. ზოკი მეცნიერი ამ აზრს არ იზიარებს.

სასქესო ნიშნების ჩამოყალიბება ნეიროჰუმორალური სისტემის ზეგავლენით ხდება, რაშიც მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ტვინის დანაშტის გონადოტროპული და საკვერცხეების ფოლიკულისა და ყვითელი სხეულის ჰორმონები.

ფოლიკულის ჰორმონი იწვევს საშვილოსნოს კუნთების ბოჭკოების, საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსისა და სარძევე ჯირკვლების ზრდას. ყვითელი სხეულის ჰორმონი კი საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში ჯირკვლების სეკრეციას ავითარებს.

განვითარდება პირველი მენსტრუალური ციკლი — ეს ნიშნავს, რომ მომწიფდება პირველი ფოლიკული, მომწიფდება კვერცხუჯრედი, ხდება ფოლიკულის გასკდომა, კვერცხუჯრედის ფოლიკულიდან განთა-

ვისუფლება და გამსკდარი ფოლიკულის ადგილზე წარმოიშვება ყვითელი სხეული.

საკვერცხეში მომხდარ ამ ცვლილებათა შესაბამისად საშვილოსნოს ლორწოვან გარსშიც ვითარდება სათანადო პროცესები — ლორწოვანი გარსის პროლიფერაცია და მისი სეკრეცია. პირველი მომწიფებული კვერცხუჯრედის დალუპავსთან დაკავშირებით იწყება მენსტრუაცია — ე. ი. ხდება საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის დესკვაშიაცია, მისი სისხლძარღვთა დასკდობა და მონადურ სისხლთან ერთად გარეთ გამოძევება.

რამ გამოიწვია საკვერცხეების სეკრეციის გააქტივება? საკვერცხეების სეკრეციის გააქტივება გამოიწვია ნორმალურად განვითარებულ შინაგანი სეკრეციის ორგანოებზე, მათ შორის უპირველეს ყოვლისა საკვერცხეებზე, გარემოს ზემოქმედებამ — ნერვული სისტემისა და დიდი ტვინის ქერქის მეშვეობით.

გარემოს გავლენაში ზოგი ავტორი გულისხმობს მხოლოდ კლიმატურ პირობებს. აღნიშნული მოსაზრების დასამტკიცებლად ისინი ეყრდნობიან იმ ფაქტს, რომ ჩრდილოეთში თვიური გვიან ეწყებათ, სამხრეთში კი — უფრო ადრე. ზოგ ავტორს მოჰყავს უფრო მარტივი აზრი — თითქოს მთაში თვიური გვიან ეწყებათ, ბარში კი ადრე.

პირველი მენსტრუაციის დაწყება არ არის მარტივი ფიზიოლოგიური მოვლენა. ის არ არის დამოკიდებული გარემოს რომელიმე ერთ ფაქტორზე. მის განვითარებაში წამყვან როლს ასრულებს სოციალური, საყოფაცხოვრებო პირობები.

თუ ორგანიზმში ადგილი არ ექნა რაიმე პათოლოგიურ მოვლენას და საერთოდ ორგანიზმის ან რომელიმე ორგანოს (ამ შემთხვევაში სასქესო ორგანოს) განვითარება არ ჩამორჩა, მაშინ მენსტრუალური ციკლის ადრე თუ გვიან დაწყებაში მნიშვნელობა აქვს კვებას, მუშაობის ხასიათს, საყოფაცხოვრებო პირობებს, ჰავას და სხვ.

იმისათვის, რომ მენსტრუალური ციკლი თავის დროზე განვითარდეს, არ კმარა მხოლოდ ცხელი ჰავის პირობებში ცხოვრება. თუ ორგანიზმის კვება არ არის დამკამყოფილებელი, მუშაობის პირობები მძიმეა, ასევე ცუდია საყოფაცხოვრებო პირობები (საცხოვრებელი ბინა ბნელი და ნესტიანია და სხვ.), მაშინ მარტო მზის სხივებს არ შეუძლია გადამკრელი გავლენა იქონიოს მენსტრუალური ციკლის დროულ განვითარებაზე.

მართლაც, კაპიტალისტურ ქვეყნებში, მძიმე სოციალური და საყოფაცხოვრებო პირობების გამო, მუშა ქალებს პირველი მენსტრუაცია გაცილებით უფრო გვიან უვითარდებათ, ვიდრე შეძლებულ კლასთა წარმომადგენლებს.

ჩვენს ქვეყანაში ნორმალურ საყოფაცხოვრებო პირობებთან დაკავშირებით, მენსტრუალური ციკლი და პირველი თვიური საშუალოდ 13 — 14 წლის ასაკში ვითარდება.

სრულ სქესობრივ მომწიფებას ქალი გაცილებით გვიან აღწევს, სახელდობრ 18 — 20 წლის ასაკში.

ზოგჯერ მენსტრუაცია შეიძლება ადრე დაიწყოს — 9 — 11 წლის ასაკში (menstruatio praecox), ზოგჯერ კი მოგვიანებით — 16 — 18 წლის ასაკში (menstruatio tarda).

9 — 11 წლის ასაკში მენსტრუაციის დაწყება არ არის ძლიერ იშვიათი მოვლენა.



მოგვიანებით მენსტრუაციის დაწყება ხშირად მთელი ორგანიზმის ან სასქესო ორგანოების განუვითარებლობის შედეგია.

მენსტრუაციის დაწყებიდან 1-2 წლის განმავლობაში არაიშვიათად გვხვდება მენსტრუალური ციკლის და მენსტრუაციის სხვადასხვა სახის მოშლილობა: შემოკლებული, გაგრძელებული და ფარული მენსტრუალური ციკლი — ხშირი და იშვიათი თვიური, ამენორეა, თვიურის არარსებობა, გაძლიერებული თვიური, სისხლდენა და სხვ.

ორგანიზმის სრულ გაფორმებასთან ერთად ყალიბდება ორფაზიანი ფიზიოლოგიური მენსტრუალური ციკლი, რითაც მთავრდება სქესობრივი მომწიფება.

## მოწიფულობის პერიოდი

სქესობრივი მომწიფებიდან დაწყებული მენსტრუაცია საშუალოდ გრძელდება 45—47 წლამდე. ამ ხნის განმავლობაში ქალს აქვს ჩასახვის, ორსულობისა და მშობიარობის უნარი. უნდა აღინიშნოს, რომ 40 წლის ასაკიდან ორსულობის უნარი მკვეთრად კლებულობს.

რა არის ნორმალური მენსტრუაცია? ნორმალური მენსტრუაცია ეწოდება სქესობრივად მომწიფებული ქალის საშვილოსნოდან პერიოდულ სისხლდენას, უხშირესად 26—27 დღეში ერთხელ, 3—4 დღის ხანგრძლიობით. ეს პროცესი ორგანიზმში ფოლიკულისა და ყვითელი სხეულის ჰორმონის ცენტრაციის დაცემის, კვერცხუჯრედის დაღუპვისა და სეკრეტორულ ფაზაში არსებული ენდომეტრიუმის დესქვამაციის შედეგია.

მენსტრუაციის შემთხვევათა უმრავლესობაში (90,4%-ში) ადგილი აქვს 26—27 დღეში ერთხელ, იშვიათად კი (შემთხვევათა 1,4%)—21 დღეში ერთხელ. შემთხვევათა 80%-ში მისი ხანგრძლიობა უდრის 3—4 დღეს, 6,8%-ში 7 დღეს, შემთხვევათა 6,2%-ში—5 დღეს, 4,8%-ში—6 დღეს, 2,2%-ში—2 დღეს (ჩვენი კლინიკის მასალის მიხედვით).

რა არის ნორმალური გენიტალური ციკლი? მენსტრუალური ციკლი (უკეთ რომ ვთქვათ, გენიტალური ციკლი) ამზადებს ქალის ორგანიზმს კვერცხუჯრედის გასანაყოფიერებლად, ჩასახვისა და განვითარებისათვის.

თვიურის დროს ქალი კარგავს საშუალოდ 50—100 მლ სისხლს. ეს რაოდენობა შეიძლება იყოს მეტი ან ნაკლები.

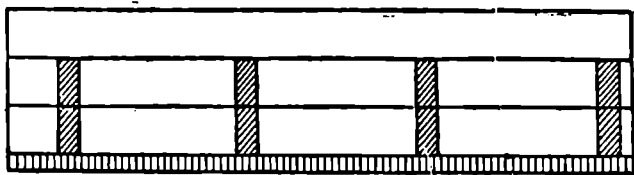
თვიურის დროს დაკარგული სისხლის რაოდენობა დამოკიდებულია ქალის ცენტრალური ნერვული სისტემის მდგომარეობაზე, ავზნებითი და შეკავებითი პროცესების ურთიერთ ნორმალურ დამოკიდებულებაზე, პრემენსტრუალურ პერიოდში მცირე მენჯისაკენ მიღწეული სისხლის რაოდენობისაგან საკვერცხის სტეროიდული ჰორმონების — ესტროგენების, პროექსტერონისა და ანდროგენების — ერთმანეთთან რაოდენობრივ და თვისობრივ დამოკიდებულებაზე, გონადოტროპულ ჰორმონებსა და საშვილოსნოს კუნთების შეკუმშვის უნარზე.

თვიურის სისხლი შეიცავს საკმარის რაოდენობით ლორწოს (რომელიც უმთავრესად საშვილოსნოს ყელიდან მოდის). საშვილოსნოს ღრუს ლორწოვანი გარსის უმცირეს ნაწილაკებს (რომელთა დანახვა მხოლოდ მიკროსკოპის საშუალებით შეიძლება) და საშოს შიგთავსს.

ქიმიური შემადგენლობით მენსტრუალური სისხლი განსხვავდება ჩვეუ-

ლემბრევი სისხლისავან იმით, რომ იგი შეიცავს გლიკოგენის დიდ რაოდენობას, ლიპოლიპიდს, ფოსფორს, დაროშხანს, ტრიპსინს და პროტეოლიზურ ფერმენტებს.

თვიურის სისხლს აქვს თავისებური სუნი, მაგრამ, თუ ადგილი არა აქვს სასქესო ორგანოების რაიმე დაავადებას, იგი არ უნდა იყოს მყრალი.



სურ. 25. ნორმალური მენსტრუალური ციკლისა და მენსტრუაციის სქემა.

თვიურის სისხლი არ დედდება, რადგან მასში ვხვდებით საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსისაგან წარმოქმნილ ტრიპტულ ფერმენტს, აგრეთვე გლიკო და ლიპოლიზურ ფერმენტებს, რომლებიც შლის ფიბრინის გამომშუშავეებელ ფერმენტებს.

ამ ფერმენტების გამოქვეყნება უნდა მიეწეროს საკვერცხის შინაგან სეკრეტორულ ფუნქციას.

თუ სასქესო ორგანოები ნორმალურადაა განვითარებული, ნერვული სისტემა არ არის აგზნებული და საერთოდ ორგანიზმა ჯანსაღია, მაშინ თვიური უმტყვენელოდ მიმდინარეობს. ყოველკვარ საფუძველს მოკლებულია ზოკი გინეკოლოკის აზრი თითქოს მენსტრუაციის დროს ქალი არ შეიძლება სავსებით ნორმალურ ადამიანად ჩაითვალოს, თითქოს ამ დროს ორგანიზმის ყველა სასიცოცხლო ფუნქცია დაქვეითებულია და ქალი პათოლოკიურ მდკომაოეობაში იმყოფება.

მათალია, თვიურის შემდეგ სექსუალური ჰორმონის გამომქვეყნება უფრო ძლიერდება ახალა მოზარდი ფოლკულების ინტენსიურ წარმოშობასთან დაკავშირებით და ქალი უფრო აქტუური ხდება, მაკრამ იკი თვიურის დროსაც სავსებით ნორმალური და შოომისუნარიანი რჩება. როკორც აღენიშნეთ მენსტრუაცია არც ერთ ცხოველს არა აქვს, გარდა უმაღლესი ჯიშის მაიმუნებისა, რომელთა საშვილოსნოს ლორწოვან გარსზე პლაცენტის მიმაკრება ისეთივეა, როკორიც ადამიანებში. სამაკიეროდ ცხოველს ახასიათებს მძუნაობა, რაც ოველაციასთანაა დაკავშირებული.

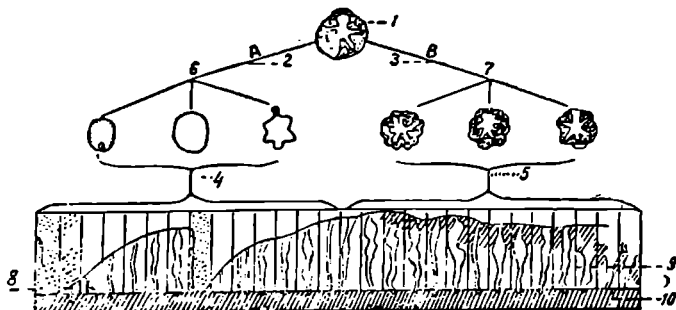
მენსტრუაციის წან ადკილა აქვს სარჩევე ჯირკვლების დამქიმების შეგრძნებას, იშვიათად — უშნიშენლო სეკრეციასაც.

მატულობს აკრეთვე ფარისებრი ჯირკვლისა და თირკმელზედა ჯირკვლის სადადე. ამ უკანასკნელში ადკილი აქვს გრანულოზური შრის სიდილისა და ლაპოადების რაოდენობის მომატებას.

ს. ჟახარევა (1895 — 1895 წწ.) შეამჩნია სისხლის წნევისა და ტემპერატურის ოდენვი მომატება. ტემპერატურის მომატებას (36,9 — 37,0°-მდე და უფრო მეტად) ადკილი აქვს ოველაციიდან მენსტრუაციამდე. დღეს ეს ფენომენი ოველაციის ერთ-ერთ სიმბტომად არის მიჩნეული. ტემპერატურის მომა-

ტემა განსაკუთრებით თვალსაჩინოა მაშინ, თუ ორგანიზმში ადვილი აქვს ქრონიკულად ან ქვემწვავედ მიმდინარე ანთებებს პროცესს.

მენსტრუაცია, ისე როგორც ორგანიზმში მიმდინარე სხვა პროცესები, არ არის იზოლირებული, დამოუკიდებელი პროცესი. ცენტრალური ნერვული სისტემა არეგულირებს ყველა ორგანოს, ქსოვილისა და უჯრედის ფუნქციას. მენსტრუალური ციკლის რეკულაციაში განსაკუთრებულ როლს ასრულებს თავის ტვინის დანამატი, მისი წინა ნაწილი ანუ ადენოჰიპოფიზი და პიპოთალამუსი.



სურ. 26. 1 — ჰიპოფიზი; 2—A პროლანი (ფოლიკულის ზრდის ჰორმონი); 3—B პროლანი (ლუთენინაზციის ჰორმონი); 4—ფოლიკულური ჰორმონი; 5 — ყვეთელი სხეულის ჰორმონი; 6 — პროლაფერაციული ფაზა; 7 — სეკრეტორული ფაზა; 8 — საშვილსნოს პირველი ფაზა; 9 — საშვილსნოს მეორე ფაზა; 10 — საშვილსნოს ლორწოვანი გარსის ბაზალური შრე.

პიპოფიზი მდებარეობს თუოქელ კვხზე და უერთდება მესამე პარაკუტის ძირს. იგი შედგება ორი მთავარი ნაწილისაგან — წინა ნაწილისა (pars glandularis) და უკანა ნაწილისაგან (pars neurosa). მათ შორის მოთავსებულია შუამდებარე თხელი ნაწილი (pars intermedia).

პიპოფიზი გამოიმუშავებს სხვადასხვა ჰორმონს და სხვადასხვა ფუნქციას ასრულებს. ჩვენ შევეჩებით მის მხოლოდ წინა ნაწილს, რომელიც შედგება სამი წყება ეპითელური უჯრედებისაგან: ქრომოფილური (მთავარი) — რომლებიც სუსტად იღებება, ეოზინოფილური — იღებება მკავე საღებავებით, ბაზოფილური — იღებება ძირითადი საღებავებით.

ტვინის დანამატის წინა ნაწილი, ანუ ადენოჰიპოფიზი ცენტრალური ნერვული სისტემის მეშვეობით არეგულირებს საკვერცხეების ფუნქციას. 1927 წელს ცონდემმა და ევანსმა პრეპიპოფიზში აღმოაჩინეს ჰორმონი, რომელსაც მათ პროლანი უწოდეს.

ცონდემის აზრით, ადენოჰიპოფიზი და მის მიერ გამომუშავებული პროლანი საკვერცხეების ფუნქციისა და მთელი მენსტრუალური ციკლის მოტორია. პავლოვის მოძღვრების თანახმად, პროლანი მხოლოდ არეგულირებს საკვერცხეების ფუნქციასა და მენსტრუალურ ციკლს, მოტორი კი თავის ტვინის ქერქია.

ტვინის დანამატის გარეშე არ არსებობს საკვერცხეების

ფუნქცია, ადვილი არა აქვს საკვერცხეების მიერ ჰორმონების გამომუშავებას და, მაშასადამე, არც იმ ჰისტოლოგიურ ცვლილებებს, რომლებიც ვითარდება საკვერცხეების ფუნქციასთან დაკავშირებით.

## საკვერცხეების, საშვილოსნოს და საშოს ლორწოვანი ბარსის ფაზები

საკვერცხეებში და საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში ვარჩევთ ორ ძირითად ფაზას.

საკვერცხის ფოლიკულური ფაზა (პირველი ფაზა) — მდგომარეობს პრიმორდიალური ფოლიკულის ზრდასა და მომწიფებაში, მისი გრანულოზური უჯრედების გამრავლებაში, theca interna-სა და externa-ს განვითარებაში, ფოლიკულში მოთავსებული კვერცხუჯრედის მომწიფებაში, ფოლიკულის ვასკლომაში. მთელი ეს პროცესი ცნობილია ოვულაციის სახელწოდებით. ამ ფაზაში უმთავრესად ტენის დანამატის ფოლიკულის სასტიმულაციო ჰორმონი მოქმედებს საკვერცხეებზე, ფოლიკულებზე და იწვევს ფოლიკულის ზრდას.

ერთსა და იმავე დროს საკვერცხეებში, ჩვეულებრივ, ერთი ფოლიკული მწიფდება; იშვიათად მწიფდება ორი ფოლიკული; გამონაკლის შემთხვევაში კი — სამი.

ფოლიკულის ზრდა იწყება მენსტრუაციის დაწყების შემდეგ. მისი ნორმალური ზრდისა და მომწიფებისათვის საჭიროა 14—16 დღე. ე. ი. მომწიფებული ფოლიკულის ვასკლომა და მასში მოთავსებული კვერცხუჯრედის განთავსებულება — ოვულაცია — ხდება დაახლოებით ერთი თვიურიდან მეორე თვიურამდე არსებული დროის შუალედში, მწიფე ფოლიკულის სიდიდე აღწევს 1—2 სანტიმეტრამდე, პრიმორდიალური ფოლიკულის სიდიდე კი — 40—45 მიკრონამდე.

მწიფე ფოლიკული, რომ სწორედ ერთი თვიურიდან მეორე თვიურამდე არსებული დროის შუალედში სკდება და ოვულაცია ხდება ხშირად მე-14—16 დღეს, ეს დამტკიცებულია ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევებით, აგრეთვე ჩვენ მიერ ჩატარებული ცდების საფუძველზე (ჰორმონების გამოკვლევა).

ამის დასამტკიცებლად ამეამად სხვა საშუალებებიც არსებობს, როგორცაა, მაგალითად, ტემპერატურული ტესტი (მე-14—16 დღიდან ტემპერატურის 37°-მდე და მეტად მომატება, მენსტრუაციის დროს კი მისი ნორმამდე დასვლა), საშვილოსნოს ყელის არხში გამკვირვალე სექრეტის გაჩენა (საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირი მასში მოთავსებული გამკვირვალე სითხით გუვას მოკვავონებს).

ფოლიკულის ვასკლომა. მე-15—16 დღეს არ წარმოადგენს მექანიკურ პროცესს, არამედ რთული ბიოლოგიური მოვლენაა, რომლის მიზეზი უერჯერობით ჩვენთვის საკმაოდ ცნობილი არ არის. ვფიქრობთ, რომ იგი არის ნეიროჰუმორალური გზით განვითარებული რთული ფიზიოლოგიური რეფლექსი.

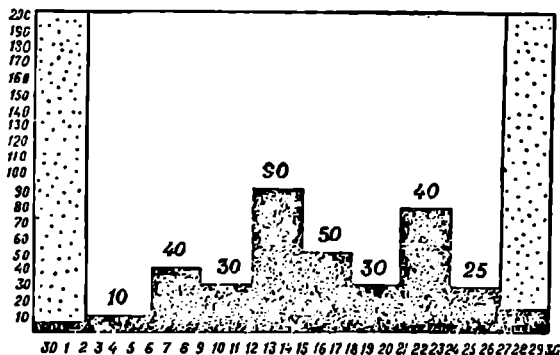
მოზარდი ფოლიკული და მწიფე ფოლიკული შეიცავს ფოლიკულის ჰორმონს (ესტროგენს, ქალის სექსუალურ ჰორმონს). ეს ჰორმონი მოთავსებულია ფოლიკულის სითხეში. ფოლიკული შეიცავს აგრეთვე ყვითელი სხეულის ჰორმონს და ანდროგენებს.

ფოლიკულის სითხეში ქალის სექსუალური ჰორმონის რაოდენობა ერთდროულად დაახლოებით 5 — 10 თავის ერთეულს უდრის.

ესტროგენული ჰორმონი მენტრუალური ციკლის განმავლობაში განიცდის მეტაბოლიზმს. მაგალითად, ფოლიკულის ზრდის პერიოდში ორგანიზმში ვნახულობთ ესტრონს, ლუთეინის ფაზაში — ესტროლს, პრემენსტრუალურ პერიოდში კი ესტრადიოლს.

theca interna-ს მრავალი სისხლძარღვის საშუალებით ხდება ჰორმონების გადასვლა სისხლის საერთო მიმოქცევაში.

სისხლის საშუალებით ფოლიკულის ჰორმონი გავლენას ახდენს მთელ



სურ. 27. ფოლიკულური ჰორმონის გამომუშავებისა და ორგანიზმიდან გარეთ გამოყოფის დიაგრამა. მე-14 დღეს ჰორმონის გამოყოფის ტალღა მაღალია, რადგან ამ დროს ხდება ოვულაცია.

ორგანიზმზე, განსაკუთრებით საშვილოსნოს ლორწოვან გარსზე — მის ინტერორეცეპტორულ აპარატზე; იწვევს ლორწოვანი გარსის პროლიფერაციას და ზრდას. ფოლიკულის ჰორმონი მოქმედებს საშვილოსნოს კუნთებზედაც — იწვევს ბოჭკოების გადიდებას.

ფოლიკულის ჰორმონის გამომუშავება დაკავშირებულია ფოლიკულის ზრდასთან.

საკვერცხეში ფოლიკულური ფაზა მთავრდება გრაფის ბუშტუკის ფაქტობრივად და კვერცხის გარეთ გამოძევებით. ამ დროისათვის ფოლიკულის ჰორმონი შარდში დიდი რაოდენობითაა.

საკვერცხის ყვითელი სხეულის ფაზა (მეორე ფაზა) — იწყება გამსკდარი ფოლიკულის ნაპირების დალაგებით კალთებად, ქისისებურად, გრანულოზური უჯრედების ზრდით და მათი გარდაქმნით ლუთეინის უჯრედებად.

გამსკდარი ფოლიკულიდან ვითარდება შინაგანი სეკრეციის დროებითი ჯირკვლი, სახელობრ, ყვითელი სხეული. ეს პირველად აღნიშნა 1896 წელს პ. პოდვისოცკიმ.

ყვითელი სხეული განიცდის განვითარებას, აყვავებას და, თუ კვერცხი არ განაყოფიერდა, ოვულაციიდან მე-10 — 12 დღეს იწყება მისი უკუგანვითა-

რება, რასაც მენსტრუაცია მოჰყვება. ჩვენი გამოკვლევების თანახმად, მენსტრუაციის წინ ორკვიანობაში ადგილი აქვს ფოლიკულის ჰორმონის რაოდენობის მკვეთრ დაქვეითებას. მკვეთრად დაქვეითდება აგრეთვე პროესტერონისა და ანდროკენების რაოდენობაც.

თუ კვერცხი განაყოფიერდა, მაშინ ყვითელი სხეული განაგრძობს არსებობას ორსულობის მთელ პირველ ნახევარში, რადგან ის საჭიროა განაყოფიერებული კვერცხის ზრდა-განვითარებისათვის მანამ, სანამ საშვილოსნოში საბოლოოდ მოიკიდებდეს ფეხს და სავსებით განვითარდებოდეს შინაგანი სეკრაციის დროებითი, მაგრამ ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ორგანო პლაცენტა.

ყვითელი სხეულის მიერ გამომუშავებული ლუთეოჰორმონი მოქმედებს მთელ ორგანიზმზე, განსაკუთრებით კი საშვილოსნოს ლორწოვან გარსზე. და იწვევს მის ჯირკვლებში სეკრაციას.

ამგვარად, მთავრდება საკვერცხეში მენსტრუალური ციკლის მეორე (ყვითელი სხეულის) ფაზა.

ზემოთ აღწერილი მონაცემების მიხედვით, ჰიპოფიზისა და საკვერცხეს შორის არსებობს შემდეგი კავშირი: A-პროლანი იწვევს ფოლიკულის ზრდას და მომწიფებას, ამავდროს, ის ფოლიკულში წარმოქმნის ფოლიკულის ჰორმონს; B-პროლანი იწვევს გამსკლარ ფოლიკულში გრანულოზური უჯრედების ლუთენინიზაციას და წარმოქმნის ლუთეოჰორმონს.

ჰიპოფიზისა და საკვერცხის ჰორმონების მოქმედების მექანიზმის გაგების საკითხში, უკანასკნელი წლების გამოკვლევათა მიხედვით შეტანილია ზოგიერთი ახალი მომენტი.

ფოლიკულის მასტიმულირებელი ჰიპოფიზური ჰორმონი (FSH) (იგულისხმება A-პროლანი) იწვევს theca interna-ს უჯრედების ზრდას, მაგრამ ეს უჯრედები ფოლიკულის ჰორმონს ვერ წარმოქმნის მანამ, სანამ ფოლიკულის ზრდის მასტიმულირებელი ჰორმონის მოქმედება არ მიემატება ლუთენინიზაციის გამომწვევი მეორე ჰიპოფიზური ჰორმონის (LH) მოქმედება (იგულისხმება B-პროლანი). ამის შემდეგ theca interna-ს უჯრედები იწყებს ფოლიკულის ჰორმონის პროდუციობას. ფოლიკულის ჰორმონი (FH). თავის მხრივ, მოქმედებს გრანულოზურ უჯრედებზე და იწვევს მათ ზრდა-განვითარებას.

ფოლიკულის მასტიმულირებელი ჰორმონის (FSH) მოქმედება საკმარისი არ არის ფოლიკულის ღრუს წარმოქმნისათვის. ამისათვის საჭიროა ერთობლივი მოქმედება: ფოლიკულის მასტიმულირებელი ჰორმონისა, ლუთეოჰორმონისა (LH) და, ალბათ, ანდროგენული ჰორმონისა (AH), სექსუალური ჰორმონისა (რომელსაც მამაკაცის ორგანიზმში წარმოქმნის მამაკაცის სასქესო ჯირკვალი, ქალის ორგანიზმში კი — საკვერცხე, სახელობო, საკვერცხის შუამდებარე უჯრედები — ლუთეოჰორმონის ზეჯალენით).

ფოლიკულის გასკდომისა, ყვითელი სხეულის წარმოშობისა და ყვითელი სხეულის ჰორმონის განვითარებისათვის საჭიროა კიდევ ჰიპოფიზის ინკრეტინი — ლუთეოტროპული ჰორმონი (LTH), რომელიც, ზოგი ავტორის აზრით, პროლაქტინის იდენტური უნდა იყოს, რომ საკვერცხის მიერ ფოლიკულის ჰორმონის გამომუშავებას (შენ-

სტრუქტურის ციკლებს ორნივე ფაზაში აქვს ადგილი, ეს დღეს საბოლოოდ დამტკიცებულად ითვლება.

რაც შეეხება ყვითელი სხეულის ჰორმონის წარმოშობის საკითხს, ადრე ვიცოდით, რომ საკვერცხეში მისი გამოშვება მენსტრუალური ციკლის მხოლოდ მეორე ნახევარში ხდება. ამ ბოლო ხანებში კი ყვითელი სხეულის ჰორმონი ზოგმა ავტორმა (მათ შორის ჩვენც) მენსტრუალური ციკლის პირველ ნახევარშიც ნახა. მაგრამ ჯერ კიდევ არ არის საბოლოოდ გადაჭრილი საკითხი იმის შესახებ — მენსტრუალური ციკლის პირველ ნახევარში არსებული ყვითელი სხეულის ჰორმონი მართო საკვერცხიდან არის წარმოშობილი; თუ თირკმელზედ, ჯირკვლიდანაც.

ახლა განვიხილოთ, თუ როგორ გავლენას ახდენს საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსზე საკვერცხეების ორი ფაზა.

საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი, როგორც ანატომიიდან ვიცით, შედგება ორი შრისაგან — ბაზალურისა და ფუნქციურისაგან. ბაზალური შრე თელია — 0,5 მმ სისქისაა. იგი ანატომიურად ციკლურ ცვლილებებს არ განიცდის; უშუალოდ ეკვრის კუნთოვან შრეს. მასზე მოთავსებულია ფუნქციური შრე, რომლის სისქე 4 — 5 მმ და მეტსაც აღწევს.

ყოველი თვიურის დროს ფუნქციური შრე იშლება და მენსტრუალურ სისხლთან ერთად გარეთ გამოიყოფა, რჩება მხოლოდ ბაზალური შრე.

საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის პროლიფერაციის ფაზა (პირველი ფაზა). საკვერცხეების პირველი, ფოლიკულური ფაზის (სახელდობრ ფოლიკულის, ანუ ეგრეთ წოდებული ესტროგენული ჰორმონის) ზეგავლენით ხდება მენსტრუაციის გამო გაშიშვლებული საშვილოსნოს შიგნითა ზედაპირის ეპითელიზაცია, ბაზალური შრიდან ვითარდება ფუნქციური შრე, მიმდინარეობს მისი სწრაფი პროლიფერაცია, რის გამო საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის პირველ ფაზას ეწოდება პოლიფერაციის ფაზა.

ჯირკვლები იზოდება, მატულობს მოცულობაში და, ამასთან, იკლავება. მათი ეპითელი საშუალო ცილინდრულია. მათ ცენტრში მოთავსებულია მუქი, არაგამჭვირვალე ბირთვები. ამ ბირთვებში იწყება უჯრედთა გამოავლების პროცესი — შიტოზი, რასაც განუწყვეტელი ხასიათი აქვს.

სტრომის უჯრედები ვარსკვლავისებრი ფორმისაა. ფუნქციური შრე თანდათანობით ფაზა ხასიათს ღებულობს. ლორწოვანი გარსის გამოავლებას თან სდევს ლიმფური სადინარებისა და სისხლძარღვებით გავრცელების პროცესი.

საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის პროლიფერაცია და სრული რეგენერაცია, როგორც აღვნიშნეთ, ხდება საკვერცხის ესტროგენული, ანუ ფოლიკულის ჰორმონის ზეგავლენით და მთავოდება მენსტრუაციის დაწყებიდან მე-14 — 16 დღეს.

ეს არის საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის განვითარების პირველი ფაზა, რაც საკვერცხის პირველ (ფოლიკულურ) ფაზას შეესაბამება და მასზეა დამოკიდებული.

საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის სეკრეტორული ფაზა (მეორე ფაზა). ამ ფაზის განვითარება ხდება საკვერცხის მეორე ჰორმონის — ყვითელი სხეულის ჰორმონის — ზეგავლენით.

საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის მეორე ფაზის განვითარება იწყება მენსტრუაციის შემდეგ მე-14 — 16 დღეს, როგორც ვთქვით, ყვითელი სხეუ-

ლის ზეგავლენით. მის დამთავრებას ადგილი აქვს მენსტრუაციის დაწყებინდან 27 — 28-ე დღეს.

პროლიფერირებულ ლორწოვან გარსში (მის ჯირკვლებში) ყვითელი სხეულის პორმონის ზეგავლენით ვითარდება მეტად თვალსაჩინო მოვლენები — ჯიოკვლის სანათური თანდათან იზრდება, იკლავება და ბოლოს ემსგავსება ხერხის პირს.

ჯირკვლის ეპითელი და მისი არე უფრო ნათელი ხდება. ბირთვები უჯრედის ბაზალური ნაწილიდან ჯირკვლის სანათურისაკენ გადაინაცვლებს, რის გამოც რჩება თავისუფალი გამჭვირვალე არეები. ქრება ბირთვებში კარიოკინეზული დაყოფა. ჯირკვლის სანათურში ჩნდება ლორწო, გლიკოგენი; ციმი და მარილები.

დიდ ცვლილებას განიცდის აგრეთვე საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ფუნქციური შრის სტრომაც. მისი უჯრედები, რომლებიც თითისტარისებური ფორმის იყო, უფრო ფართო და მომრგვალო ფორმის ხდება.

ამ დროისათვის საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში ვარჩევთ სამ შრეს.

ზევით, საშვილოსნოს ღრუსაკენ, მოთავსებულია კომპაქტური შრე, რომელიც შედგება დიდი და მომრგვალო ფორმის უჯრედებისაგან. ეს უჯრედები ერთიმეორეზეა მიწყობილი. მათ შორის თითქმის არ არის შემაერთებული ქსოვილი, არამედ მოჩანს ბადისებრი ნაზი სისხლძარღვები.

შემდგომი შრე ფაშარია. აქ მოთავსებულია ხერხის პირისებურად დაკლანილი მრავალი ჯირკვალი. ეს არის ეგრეთ წოდებული ღრუბლისებრი შრე.

მესამე შრე არის ბაზალური შრე. მას ვიწროსანათურიანი ჯირკვლები აქვს, რომლებიც ირიბადაა დალაგებული. ბაზალური შრის ჯირკვლების ეპითელში ციკლური ხასიათის ცვლილებები გერჯერობით ნახული არ არის.

ბაზალური შრის სტრომა შედგება შემაერთებელი ქსოვილის უჯრედებისაგან, რომლებსაც აქვს პროტოპლაზმით ღარიბი თითისტარისებრი ფორმის ბირთვები.

ლორწოვანი გარსის მეორე ფაზის დამთავრების დამახასიათებელი ნიშნები თავს იჩენს მეოთხე კვირის ბოლო დღებში. თხელკედლიანი სისხლძარღვები ჭარბად ივსება სისხლით, სტრომა უფრო ფხვიერდება. ლეიკოციტების რაოდენობა ძლიერ მატულობს. შემდეგ სკდება ლორწოვანი გარსის სისხლძარღვები, რომლებიც ბაზალური შრიდან მოდის. ფუნქციური შრე თითქმის რამდენიმე საათის განმავლობაში ისპობა და სცილდება. ხდება მისი დესქვამაცია ბაზალურ შრემდე.

ჩვენის აზრით, პრემენსტრუალური საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის დაშლისა და თვიურის სისხლის დენის ერთ-ერთი მიზეზი არის საშვილოსნოს ინტერორეცეპტორების გაღიზიანება — გამოწვეული ორგანიზმში ფოლიკულური პორმონის კონცენტრაციის მკვეთრი დაქვეითებით, რაც იწვევს საშვილოსნოს კუნთების რიტმულ შეკუმშვებს და ამის შედეგად ენდომეტრიუმის კვების დარღვევასა და მის დესქვამაციას.

გარეთ გამოდის სისხლი და დაშლილი ლორწოვანი გარსი, ვითარდება მენსტრუაცია.



ამით მთავრდება როკორც საკვერცხის, ისე საშვილოსნოს ლორწოვანის მეორე ფაზა.

საშვილოსნოს ყელის ლორწოვან გარსში თვიურის წინ და თვიურის დროს ადგილი აქვს საკმაო რაოდენობით სისხლის მოწოლას, ჯირკვლებიდან ლორწოს დენის გაძლიერებას; ქაოვილის გაუღწევას. საფიქრებელია, რომ აქაც ვითარდება ციკლური ცვლილებები.

საშვილოსნოს ისთმური ნაწილის ლორწოვანი გარსი. საშვილოსნოს ტანის ლორწოვან გარსთან ერთად განიცდის ციკლურ ცვლილებებს, მაგრამ ეს ცვლილებები შედარებით სუსტადაა გამოხატული.

ფალოპის ლულების ლორწოვანი გაოსის ცვლილებები დამოკიდებულია საკვერცხიდან კვერცხის მოგზაურობაზე. მაგალითად მენსტრუალური ციკლის პირველ ფაზაში ლულის ეპითელის მოციმციმე ბუსუსების რაოდენობა მატულობს, რაც, ლულის პერიტალტიკასთან ერთად, ხელს უწყობს კვერცხის გადატანას საშვილოსნოს ღრუსაკენ.

მენსტრუალური ციკლის მეორე პერიოდში მოციმციმე ბუსუსების რაოდენობა კლებულობს.

საშოს ლორწოვანი გარსის მრავალშრიან ეპითელშიაც გენიტალური ციკლის სხვადასხვა ფაზასთან დაკავშირებით ხდება ცვლილებები. მაგალითად, პროლიფერაციის პერიოდში საშოდან აღებულ ნაცხში ენახულობთ დიდ, ბრტყელ ეპითელურ უჯრედებს პატარა ბირთვებითა და დიდი პროტოპლაზმით, სეკრეტორულ ფაზაში კი ნაცხში გვხვდება შეკეცილი დეგენერაციის ეპითელი, აგრეთვე მათი სხვადასხვა ფორმის დეგენერაცია.

სქესობრივი მომწიფებიდან დაწყებული მენსტრუალური ციკლის ხასიათი თითქმის არ იცვლება — თუ ორგანიზმში რაიმე სერიოზულ მოვლენას არ ექნა ადგილი.

როგორც აღენიშნეთ, მენსტრუალურ ციკლს აქვს ორი მთავარი ფაზა — როგორც საკვერცხებში, ისე საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში. იგი ნეიროჰუმორალური სისტემის განსაზღვრული კანონზომიერების საფუძველზე მიმდინარეობს და ქრება იმისათვის, რომ ახალი მენსტრუალური ციკლი განვითარდეს.

ი. პავლოვის მოძღვრების თანახმად, ორგანიზმის მრავალფეროვან ფუნქციათა მოწესრიგებაში წამყვანი როლი ენტრალურ ნერვულ სისტემას ეკუთვნის. მაშასადამე გენიტალურ ციკლსაც ენტრალური ნერვული სისტემა აწესრიგებს.

საკვერცხეს ახასიათებს ორი მთავარი მოქმედება — ვეგეტატიური და გენერაციული.

საკვერცხის ვეგეტატიური ფუნქცია მდგომარეობს იმაში, რომ იგი იმპულსს აძლევს სასქესო ორგანოების (საშვილოსნოს, საშოს, ფალოპის ლულების, მენჯის შემაერთებელი ქსოვილის, თვით ფოლიკულის შემადგენელი ნაწილების) ზრდას. ეს ფუნქცია გამოიხატება აგრეთვე მეორადი სასქესო ნიშნების ჩამოყალიბებით — მენჯის, სარძევე ჯირკვლების, თმის ზრდა, ხმის და გუნებაგანწყობის შეცვლა და სხვ.

საკვერცხის გენერაციული ფუნქცია კი მდგომარეობს მენსტრუალური ციკლის ტემპის მოწესრიგებაში, კვერცხის დროულად მომწიფებაში, ყვითელი სხეულის წარმოშობასა და უკუგანვითარებაში, მენსტრუალური ციკლის ფაზების დაცვაში და სხვ.

ქალის ორგანიზმის განვითარების მესამე პერიოდი სქესობრივი მორფოლოგიის პერიოდია, ე. ი. ის პერიოდი, როდესაც ზემოთ აღწერილი ნორმალური მენსტრუალური ციკლი მიმდინარეობს. ეს ხანა საშუალოდ 30 წელიწადს გრძელდება. ამ პერიოდის განმავლობაში, როგორც აღვნიშნეთ, ქალს აქვს ორსულობისა და მშობიარობის უნარი, მისი ორგანიზმი მთლიანად, და კერძოდ სასქესო ორგანოები, ფუნქციურად სრულყოფილია.

ეს, რაც ჩვენ მენსტრუალური ციკლის შესახებ აღვნიშნეთ, არის თანამედროვე მეცნიერული აზრი.

წინათ ფიქრობდნენ, რომ ოველაციასა და მენსტრუაციას ადგილი აქვს ერთსა და იმავე დროს, რომ ყვეთელი სხეულის განვითარება არ ხდება ფოლიკულის გასკდომის პირველ დღეებში (ლეობოლი).

მენსტრუალური ციკლის განვითარებაში ნეიროჰუმორალური ფაქტორები ნაკლებად იყო შესწავლილი. საკვერცხის შინაგან სეკრეციას არავითარ მნიშვნელობას არ აკუთვნებდნენ, რადგან ქალის სექსუალური და ტვინის დანაშაუტის წინა ნაწილის ჰორმონები უკანასკნელ ხანებში იქნა აღმოჩენილი.

თანამედროვე ნეიროჰუმორალური თეორიის ნაცვლად არსებობდა მექანიკური თეორია. ამ თეორიის მიხედვით, მოზარდი ფოლიკული იწვევს საკვერცხის გაღიზიანებას, რასაც თან სდევს მუცლის ქვემო ნაწილის სისხლძარღვების ძლიერი ავსება, მათი კედლების გაჯანსიერება, საშვილოსნოს ღრუს ლორწოვან გარსში სისხლძარღვების დასკდომა (ფლიუგერი).

არაფერი იცოდნენ საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ციკლური ცვლილებების შესახებ, მასში ვერ არჩევდნენ ბაზალურ და ფუნქციურ შრეებს, არ იცოდნენ მენსტრუაციის დროს ფუნქციური შრის სრული დესქამაციისა და მისი გარეთ გამოძეების შესახებ.

ფიქრობდნენ, რომ პრემენსტრუალურ პერიოდში ხდება ლორწოვანი გარსის შეშუპება და სისხლძარღვების ჰარბად ავსება სისხლით, საფარი ეპითელის ქვეშ სუბეპითელური ჰემატომის გაჩენა, ზოგან ეპითელის აცლა და სისხლის დენა, ბოლოს კი, მოკლე ხანში, ეპითელის სრული აღდგენა (გებპარტ-რუგე).

პრემენსტრუალურ პერიოდში ჯირკვლების გაფართოებას, მათ სეკრეტორულ ფუნქციას პათოლოგიურ მოვლენად თვლიდნენ და მას ჯირკვლოვან ენდომეტრიტს (endometritis glandularis) უწოდებდნენ.

ეს შეხედულებები, როგორც აღვნიშნეთ, სრულიად არ შეესაბამება თანამედროვე მეცნიერულ გამოკვლევებს.

### პრეკლიმაქსიმისა და კლიმაქსიმის (praeclimax, climax) პერიოდი

ქალის ცხოვრების კლიმაქტერიუმის პერიოდი ეწოდება მოწიფულობიდან მოხუცებულობაში გარდამავალ პერიოდს. იგი ხასიათდება ნეიროჰორმონული, მორფოლოგიური და სხვა სახის მოშლილობით.

კლიმაქტერიუმის პერიოდი საშუალოდ 45 — 47 წლის ასაკიდან იწყება. მაგრამ იშვიათ შემთხვევაში იგი შეიძლება დაიწყოს უფრო ახალგაზრდა ასაკშიც. ამ შემთხვევაში ადგილი ექნება ნაადრევ კლიმაქსს (climax).

praecox). შეიძლება აგრეთვე ადვილი ჰქონდეს მოკვიანებრთ კლ-  
მაქსსაც (climax tarda).

კლიმაქტერიუმს წინ უძღვის პრეკლიმაქტერიუმში, რომელიც, ჩვე-  
ნი დაკვირვებით, ხშირად 40 წლის ასაკიდან 45—47 წლის ასაკამდე  
გრძელდება.

პრეკლიმაქტერიუმისა და კლიმაქტერიუმის მოვლენები თვალსაჩინოდ  
განსხვავდება ერთმეორისაგან.

პრეკლიმაქტერიუმში უმთავრესად ხასიათდება მენსტრუალური  
ციკლის მოშლილობით: ორფაზიანი შემოკლებული მენსტრუალური  
ციკლი — ხშირი თვიურით, ორფაზიანი გაკრძელებული მენსტრუალური  
ციკლი — იშვიათი თვიურით, ფარული მენსტრუალური ციკლი — ამენორეა.

ამრიგად, პრეკლიმაქტერიუმის დროს იცვლება მენსტრუალური ციკლისა  
და თვიურის ხასიათი.

მენსტრუალური ციკლის მოშლილობასთან ერთად ადვილი აქვს გამო-  
ვარდნის მოვლენებსაც — სახის აალებას, წამოხურებას, წამოწითლებას,  
ოფლიანობას და სხვ.

არაიშვიათად თვიურის დროს სისხლის რაოდენობა ჰარბია, ზოგჯერ კი,  
პირიქით, მცირეა.

ხშირი მენსტრუაციის შემდეგ (კვირაში ორჯერ) შეიძლება მენსტრუ-  
ალურმა ციკლმა ნორმალური ოთხკვირეული ხასიათი მაილოს. მალე თვიურსა  
და თვიურს შორის ინტერვალის ხანგრძლიობა მატულობს — ამენორეა გრძელ-  
დება 3—4 თვე, ზოგჯერ მეტ ხანსაც. ამენორეას შეიძლება რამდენიმე ნორ-  
მალური მენსტრუაცია მოყვეს, რის შემდეგ თვიურის ხასიათი ისევ ირღვევა  
და ზოგჯერ ის სრულიად ქრება. არის ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც მენს-  
ტრუაცია ერთბაშად წყდება.

სქესობრივი მოშლილებების დასაწყის პერიოდშიც დაახლოებით ასეთივე სუ-  
რათს აქვს ადვილი, მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ ახალგაზრდათა მე-  
ნსტრუალური ციკლის მრუდი მიდის მაღლა, ე. ი. ციკლი უმჯო-  
ბესდება, პრეკლიმაქტერიუმის პერიოდში კი, პირიქით, მენსტრუალური  
ციკლის მრუდი მიდის ქვემოთ — ე. ი. ციკლი თანდათან უარესდება  
და ბოლოს სრულიად ისპობა.

კლიმაქტერიუმში ძირითადად ხასიათდება ზედმიწვი ამენორეით და ეგრეთ-  
წოდებული გამოვარდნის მოვლენებით — სახეზე წამოხურება, წამო-  
წითლება, ოფლიანობა, თავბრუ, თვლებში ციმციმი, მაჯის აჩქარება ან შე-  
ნელება, ცნობიერების დაკარგვა, შიშის გრძნობა, იშვიათად ფსიქიკური მოვ-  
ლენებიც.

კლიმაქტერიუმის დროს განვითარებული გამოვარდნის მოვლენები 60  
წლის ასაკამდე შეიძლება გავრძელდეს, ზოგჯერ კი ქრება ერთი წლის გან-  
მავლობაში.

ჩვენი დაკვირვების მიხედვით, კლიმაქტერიუმის პერიოდში განვითარე-  
ბული გამოვარდნის მოვლენები ზოგჯერ მკვეთრი ფორმით მიმდინარეობს. ამ  
დროს ნორმალური მენსტრუაცია არ არსებობს. ხშირად ანოვულაციურ  
ციკლს აქვს ადვილი, ე. ი. ქალს აღენიშნება დროგამოშვებითი, ზოგჯერ  
სისტემატური სისხლდენა, მაგრამ ეს არ არის ნამდვილი მენსტრუაცია. არ  
ბდება ოვულაცია, ყვითელი სხეულის წარმოშობა და საშვილოსნოს ლორწო-  
ვან გარსში სეკრეტორული ფაზის განვითარება.

**ზინაზანი და გარეგანი სასქმისო ორბანობის შორეოლოგიური  
და ჰორმონული ხურათი კლიმატურიშინა და  
მოხუცეგულობის დროს**

**ზორფოლოგიური ხურათი**

**საკვერცხეები.** კლიმაქტერიუმის პერიოდში ხდება საკვერცხეების ფუნქციის თანდათანობითი უკუგანვითარება. ამასთან დაკავშირებით იცვლება ნერვული სისტემის მუშაობა, ნივთიერებათა ცვლა, კარდიოვასკულარული სისტემის მოქმედება და სხვ., რის გამოც კლიმაქტერიუმის პერიოდს სხვაგვარად ცვალებადობის წლებსაც უწოდებენ.

კლიმაქტერიუმის დაწყებიდან თანდათანობით თვალსაჩინო ხდება სასქმისო ორბანობის უკუგანვითარება. ღრმა მოხუცებულობის პერიოდში ეს ორბანოები ფუნქციურად საკმაოდ უძლური ხდება.

საკვერცხეები იცვლება როგორც შორეოლოგიურად, ისე ჰორმონების გამომუშავების მხრივ. 30—40 წლის ქალის საკვერცხე წონით 10 გ აღწევს. შემდეგ წლებში მისი წონა განუწყვეტლივ კლებულობს და 60—70 წლის ასაკში 4 გ-მდე მცირდება.

ამასთან ერთად, თანდათან ქრება საკვერცხის უსწორმასწორო ზედაპირი. მოხუცებულობის ასაკში საკვერცხეს უკვე სწორი ზედაპირი აქვს.

კლიმაქტერიუმის დროს საკვერცხეში ფოლიკულები იზრდება, მაგრამ არ მწიფდება, ხდება მათი ატრეზია. მაშასადამე, ადგილი აქვს ამენორეას.

უკანასკნელი თვიურის შემდეგ თითქმის 15 და მეტი წლის მანძილზე ფოლიკულები იზრდება, მაგრამ ფოლიკულები ნორმალურ სიდიდეს ვერ აღწევს. ამრიგად, ამ ხნის განმავლობაში ორგანიზმში ჯერ კიდევ არის სექსუალური ჰორმონი.

საკვერცხეებში თანდათან ვითარდება შემეარებელი ქსოვილი, სისხლძარღვები კი სკლეროზული ხდება. მოხუცებულობის ხანაში ფოლიკულები საბოლოოდ ქრება.

**კვერცხსავალები.** უკუგანვითარებას განიცდის კვერცხსავალებიც. კლებულობს მათი სიცოცხლის უნარი. ქსოვილში თანდათან მცირდება ელასტიკური ბოჭკოების რაოდენობა.

კვერცხსავალის ღორწოვანი გარსის მაღალი ცილინდრული მოციმციმე ვითელი კარგავს ბუსუსებს, დაბლდება და თანდათან ქრება. არაიშვიათად ადგილი აქვს კვერცხსავალის ობლიტერაციას. კუნთოვან შრეში ვითარდება შემეარებელი ქსოვილი.

**საშვილოხნო.** კლიმაქტერიუმის დაწყებასთან დაკავშირებით საშვილოხნო კლებულობს წონაში. მასში კუნთოვანი ბოჭკოების ნაცვლად ვითარდება შემეარებელი ქსოვილი.

ყველაზე უფრო თვალსაჩინო ცვლილებებია საშვილოხნოს ღორწოვან გარსში — ჯერ განსაკუთრებით ფუნქციურ შრეში, შემდეგ კი ბაზალურშიც.

რადგან საკვერცხეში ფოლიკულები კიდევ იზრდება, ღორწოვანი გარსის ფორმის მხრივ პირველ ხანებში ცვლილებას თითქმის ვერ ვამჩნევთ, მით უმეტეს, თუ უკანასკნელი თვიურის შემდეგ დიდი დრო არ არის გასული. ამ

პერიოდში საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში კარგად ვარჩევთ ზემოთ მდებარე ფაშარ ფუნქციურ შრეს, რომლის სისქე თითქმის ორჯერ მეტია, ვიდრე ბაზალური შრის. ჯირკვლების ეპითელი საშუალო სიმაღლისაა, ზოგჯერ კი მაღალია, ისე როგორც მსუბუქი ამენორეის დროს.

ლორწოვანი გარსის ჯირკვლების ეპითელი შეჯგუფებულია და ისეთ შთაბეჭდილებას ქმნის, თითქოს მასი რამდენიმე შრე არსებობდეს.

ეპითელის ბირთვებში ადგილი აქვს კარიოკინეზს. მაშასადამე, პროლიფერაცია ხდება, მაგრამ ის ბოლომდე ვერ აღწევს. ეს პროცესი გრძელდება ფოლიკულის ზრდის საბოლოო შეწყვეტამდე, ე. ი. ესტროგენული პორმონის მოქმედების შეწყვეტამდე.

ფოლიკულების ზრდის შეწყვეტასთან ერთად რადიკალურად იცვლება ლორწოვანი გარსის მდკომარეობაც. პირველ ხანებში ეპითელი ცილინდრულიდან კუბურად გადაიქცევა. ჯირკვლების სანათური ვიწროვდება. ზოგი მათგანი შეიძლება კისტურად გადაგვარდეს და მოსაზღვრე ჯირკვლის სანათურს შეუერთდეს.

ლორწოვანი გარსის სისქე საერთოდ კლებულობს. სტრომა ერთიმეორესთან უფრო ახლოა დალაგებული. ისპობა განსხვავება ფუნქციურ და ბაზალურ შრეებს შორის.

უქვანვითარების პროცესი თანდათან პროგრესულობს. უფრო მკიდრდება როგორც ფუნქციური, ისე ბაზალური შრის სისქე. ჯირკვლები ვიწროვდება, ეპითელი დაბალი ხდება. ბოლოს ჯირკვლები და სტრომა სავსებით ქრება. საშვილოსნოს კუნთები იფარება ერთშიანი, თითქმის ბრტყელი ეპითელით.

საშვილოსნოს ყელის მდკომარეობაც არ არის უკეთესი. მაგრამ უნდა ითქვას, რომ მისი ჯირკვლები შედარებით უფრო დიდხანს ინარჩუნებს მოქმედების უნარს. ატროფიის პროცესი მართალია ნელა, მაგრამ აქაც მიმდინარეობს და საბოლოოდ ადგილი აქვს საშვილოსნოს ყელის ჯირკვლებზე სრულ ლიკვიდაციას.

მოსალოდნელია როგორც საშვილოსნოს ღრუს, ისე საშვილოსნოს ყელის ობლიტერაციის განვითარება. ამ უქანასკნელს შეიძლება მოჰყვეს პიომეტრა.

**საშო. საშო ვიწროვდება, მოკლდება. მისი ქსოვილი უხეში ხდება.**

თუ ახალგაზრდა ქალის საშო მოჭილი და ელასტიკურია, მოხუცებულ ქალის საშოში ორი თითის შეტანაც კი ძნელია.

საშოს ეპითელი, რომელიც ახალგაზრდა ასაკში მრავალშრიანია, ფოლიკულის პორმონის შემცირებისა და ბოლოს სრული გაქრობის გამო სისქეში ძლიერ კლებულობს და თანდათან განილევს. საშოს ფლორა იცვლება. არაიშვითად ადვილი აქვს ვაგინიტების განვითარებას.

ქრება საშოს ეპითელის ციკლური ცვლილებები. საშოდან აღებულ ნაცხში ვნახულობთ საშოს ეპითელის ღრმა ფენების ელემენტებს დიდი ბირთვითა და მცირე პროტოპლაზმით. გვხვდება აგრეთვე ატროფიული უჯრედები და საკმაო რაოდენობით ლეიკოციტები.

**გარეთა სასქესო ორგანოები.** ქვეითდება ამ ორგანოების სიცოცხლის უნარიც. ადვილი აქვს მათ შეკუმხვნას, დაპატარავებას. კლებულობს მათი თმიანობა. ჯირკვლების ატროფიის გამო ქრება ცხიმის, ოფლისა და ლორწოს

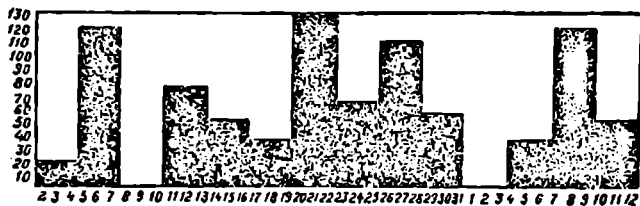
ჯირკვლების სეკრეცია, რაც მანამდე უზრუნველყოფდა ვულვის მუდმივ სისველეს.

ასეთია მოკლედ ქალის შივნითა და გარეთა სასქესო ორგანოების ანატომიური სურათი კლიმაქტერიუმისა და მოხუცებულობის დროს.

### ჰორმონული სურათი

ესტროგენული (სექსუალური) ჰორმონის გამოკვლევით საინტერესო შედეგი მივიღეთ. ჰორმონების მდგომარეობის სურათი სავსებით ეთანამება იმ ჰისტოლოგიურ სურათს, რომელიც გვაქვს საკვერცხეებში კლიმაქტერიუმისა და მოხუცებულობის დროს.

კლიმაქტერიუმის დროს ხშირად ფოლიკულის ჰორმონი ორგანიზმში არ რჩება და ექსკრეტებთან ერთად სწრაფად გამოიყოფა გარეთ. ჰორმონების გა-



სურ. 28. კლიმაქტერიუმის დროს ორგანიზმიდან ფოლიკულური ჰორმონის გამოყოფის დიაგრამა.

მოყოფის ტალღა წააგავს ჰექტიური ტემპერატურის სურათს.

ზოგჯერ კი, პირიქით, პრეკლიმაქტერიუმის დროს ფოლიკულის ჰორმონი დიდი რაოდენობით რჩება ორგანიზმში და იწვევს ჰემორაგიული მეტროპათიის განვითარებას (იხ. ჰემორაგიული მეტროპათია).

კლიმაქტერიუმის დროს საკვერცხეები დიდი რაოდენობით იმუშავენ ფოლიკულურ ჰორმონს, მაგრამ ის არ ხმარდება ორგანიზმს, საშვილოსნოს ლორწოვან გარსს და, როგორც აღვნიშნეთ, ექსკრეტების საშუალებით გარეთ გამოიყოფა. კავშირი საკვერცხეებსა და საშვილოსნოს შორის გაწყვეტილია.

ღრმა მოხუცებულობის პერიოდის დაწყებასთან დაკავშირებით (საშუალოდ 60 წლის ასაკის შემდეგ) ფოლიკულური ჰორმონი სავსებით ქრება, ქრება მენსტრუალური ციკლიც. ე. ი. ორგანიზმში აღარ არსებობს არც ლუთეოჰორმონი და არც ესტროგენული ჰორმონი.

### კლიმაქტერიუმის კლინიკური სურათი

კანი კარგავს ტურგორს — კანქვეშა ელასტიკური ქსოვილების მოღუნების გამო, რის შედეგადაც მასზე ვითარდება ღარები და ნაოჭები.

ზოგჯერ ცხიმის ახალი ფენები ვითარდება სახეზე, მუცლის ქვემო ნაწილზე, ბარძაყებსა და სხვა ადგილებზე. უფრო იშვიათად კი ადგილი აქვს არსებული ცხიმის განლევის.

შინაგანი სეკრეციის ფუნქციის მოშლასთან დაკავშირებით აგზნებულ მდგომარეობაშია ვაზომოტორული ცენტრი. ამიტომ ქალს უვითარდება კლიმაქტერიუმის ნევროზები, ვგრეთ წოდებული კლიმაქტერიუმის გამოვარდნის მოვლენები — დღეში რამდენჯერმე აღენიშნება თავბრუ, წამოწითლება, წამოხუზება სახეზე, ოფლიანობა, ციმციმი თვალებში, შუილი ყურებში, სინძიმის გრძნობა გულის არეში, გაძლიერებული და ხშირი გულისცემა. ცნობიერების დაკარგვა, შიშის გრძნობა და სხვ.

სისხლის წნევა ხშირად მომატებულია. წითელი ბურთულების რაოდენობა ოდნავ მომატებულია. ლეიკოციტების რაოდენობა უცვლელია, ლიმფოციტების რაოდენობა კი ოდნავ შემცირებულია. ზოგჯერ ადგილი აქვს ეოზინოფილების მომატებას.

კალიუმისა და კალციუმის ცვლა იშლება. მათი რაოდენობა მატულობს.

### დიაგნოზი და მკურნალობა

პრეკლიმაქტერიუმისა და კლიმაქტერიუმის პერიოდი გარდამავალი ხანაა მოწიფულობის პერიოდიდან მოხუცებულობის პერიოდში და მრავალფეროვანი მოვლენები ახასიათებს. ეს მოვლენები ქალისათვის შემაწუხებელია. ამიტომ ამ დროს საჭიროა ექიმის მეთვალყურეობა და მკურნალობა.

თუ მსედველობაში მივიღებთ ზემოაღწერილ სურათს და ასაკს, დიაგნოზის დასმა არ არის ძნელი.

პრეკლიმაქტერიუმის დროს, პირველ ყოვლისა, ყურადღება უნდა მივაქციოთ გენიტალური ციკლისა და მენსტრუაციის მოშლილობას, სისხლის დენას, გაძლიერებულ თვიურს, შემოკლებულ გენიტალურ ციკლს, სისხლდენას, რაც არ უნდა შეევეშალოს კარცინომის შედეკად განვითარებულ სისხლდენაში. ამიტომ საჭიროა სათანადო კლინიკური და ლაბორატორული გამოკვლევების ჩატარება, აგრეთვე საშვილოსნოს გამოფხვკა.

კლიმაქტერიუმის ნევროზების სამკურნალოდ ვაყენებთ ესტროკენულ პორმონებს — ფოლიკულინს, სინესტროლს, დიეთილსტილბესტროლს და სხვ. აგრეთვე ბრომისა და ვალერიანის პრეპარატებს, ანდროკენებსა და სხვ.

### მოხუცებულობის პერიოდი

ეს პერიოდი ხასიათდება ასაკთან დაკავშირებული მთელი ორგანიზმის ცვლილებებით და ცალკეულ ორგანოთა ფუნქციის პროგრესული დაქვეითებით.

მენსტრუალური ციკლი საესებით მოსპობილია საკვერცხეების სრული უქუვანეითარების გამო.

მოხუცებულობაში საშვილოსნოდან ზოგჯერ აღინიშნება თვიურის მსგავსი სისხლდენა. ზოგჯერ ამის მიზეზია შინაგანი სასქესო ორგანოების სისხლძარღვების შექანიკური დაზიანება — სკლეროზული სისხლძარღვის გასკდომა.

ხშირად (შემთხვევათა 52 — 70%-ში) ადგილი აქვს ავთვისებიან სიმსივნეს, რის გამოც საჭიროა გამოკვლევა გულმოდკინედ ჩავატაროთ.

## გენიტალური ციკლის მოშლილობანი

ნორმალური მენსტრუალური ციკლის აღწერის დროს აღვნიშნეთ, რომ იგი შედგება ორი ძირითადი ფაზისაგან. ორ ფაზას ადგილი აქვს როგორც საკვერცხეში, ისე საშვილოსნოშიც.

ნორმალურად მენსტრუალური ციკლი გრძელდება 26—28 დღის განმავლობაში. ნორმალურ პირობებში მენსტრუალურ ციკლს რიტმული ხასიათი აქვს. ეს იმას ნიშნავს, რომ ერთი ფაზის დამთავრებას მეორე ფაზა მოჰყვება. და არც ერთი ფაზა შემოკლებული, გაგრძელებული ან გამოვარდნილი არ არის, რის გამოც თვიური განსაზღვრულ ვადეცში მოდის.

უმრავლეს შემთხვევაში (შემთხვევათა 80,2%-ში) თვიური 3—4 დღე გრძელდება, სისხლდენა კი საშუალო ინტენსივობისაა. იშვიათად (შემთხვევათა 0,6%-ში) თვიური 9 დღემდე გრძელდება.

თუ სიმსივნის, ანთებითი მოვლენის, შინაგანი სეკრეციის მოშლის ან სხვა მიზეზის გამო სისხლდენა თვიურის დროს ძლიერ ჰარბია, მაშინ სისხლი დედდება და კოლტებად მოდის.

მენსტრუალური ციკლის მოშლილობა ეწოდება ნეიროჰორმონული და მორფოლოგიური ხასიათის ცვლილებებით გამოწვეულ მენსტრუალური ციკლის ფაზების, რიტმისა და ხანგრძლივობის მოშლილობას. ეს გადახრები იწვევს კვერცხუჯრედის მომწიფების ტემპისა და მისი ცხოველმყოფელობის მოშლას, რასაც თან სდევს მენსტრუაციის ტემპის დარღვევა.

გენიტალური ციკლის მოშლილობათა სახეები:

1. შემოკლებული, ერთ- და ორფაზიანი, 14—25-დღიანი გენიტალური ციკლი;
2. გაგრძელებული, ერთ- და ორფაზიანი, 30—45-დღიანი გენიტალური ციკლი;
3. ფარული ერთ- და ორფაზიანი გენიტალური ციკლი;
4. ერთფაზიანი, 26—28-დღიანი ანოვულატორული გენიტალური ციკლი;
5. ცვალებადი ხასიათის — შემოკლებულ-გაგრძელებული ერთ- და ორფაზიანი გენიტალური ციკლი.
6. გენიტალური ციკლის ფაზების განუვითარებლობა.

### შემოკლებული ერთ ან ორფაზიანი გენიტალური ციკლი

შემოკლებული მენსტრუალური ციკლის დროს მენსტრუალური ციკლის განვითარებას და თვიურის მოსვლას სჭირდება არა 26—28 დღე, არამედ უფრო ნაკლები — 14—24 დღე.

შემოკლებული მენსტრუალური ციკლის დროს საკვერცხეებსა და საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში ადგილი აქვს შემდეგ მორფოლოგიურ სურათს: ფოლიკული იზრდება, მწიფდება, ზოგჯერ ოვულაციაც ხდება, მაგრამ კვერცხუჯრედი ნაადრევად იღუპება.

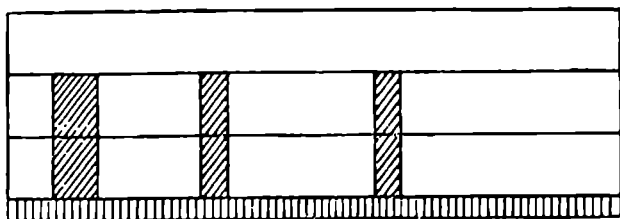
კვერცხუჯრედის დაღუპვასთან დაკავშირებით ყვითელი სხეული განიცდის სწრაფ უკუგანვითარებას ან სრულიად არ განვითარდება.

საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში ვითარდება პროლიფერაცია, მაგრამ ყვითელი სხეულის სწრაფი უკუგანვითარების გამო სეკრეტორული ფაზა მოკლდება და ხდება ლორწოვანი გარსის სწრაფი დესქვამაცია ან



სეკრეტორული ფაზა არ ვითარდება. მენსტრუალური ციკლის ამ სახის მოშლილობის დროს ყვეთელი სხეულის პორმონის მოქმედება მცირდება ან სრულებით არ არის — კვერცხის ნაადრევი დაღუპვის გამო. ესტროგენები კი ამ შემთხვევაში ორგანიზმში საკმაო რაოდენობითაა.

ამრიგად, შემოკლებული მენსტრუალური ციკლის დროს შემოკლებულია მეორე ფაზა, პირველი ფაზა ხშირად ნორმალური ხანგრძლივობისაა.



სურ. 29. ხშირი თეიური შემოკლებული ოვ-რიალურ-გენიტალური ციკლის დროს.

**ეტოპათოგენეზი.** ამ მოშლილობის ეტიოლოგია ერთფეროვანი არ არის. შემოკლებული მენსტრუალური ციკლისა და ხშირი თეიურის ძირითადი გამომწვევი მიზეზებია სასქესო და სხვა ორგანოების დაავადებები ან ასაკთან დაკავშირებული თავისებურებები.

1) საკვერცხეების არასაკმაოდ განმტკიცებული ფუნქცია სქესობრივი მომწიფების ხანაში და ცვლილებები პრეკლიმაქსის დროს;

2) ზედა სასქესო ორგანოების მწვავე და განსაკუთრებით ქრონიკული ანთებითი პროცესები;

3) სიმსივნეები, განსაკუთრებით ფიბრომიომა;

4) შინაგანი სასქესო ორგანოების მდებარეობის ანომალიები, განსაკუთრებით რეტროდევიაციები შეხორცებებით და სხვ.;

5) შინაგანი სეკრეციის ზოგადი ორგანოს — ფარისებრი ჯირკვლის, ჰიპოფიზის და სხვ. — მოშლილობა;

6) ფსიქიკური და მექანიკური ტრავმა;

7) მწვავე და ქრონიკული ზოგადი ინფექციური დაავადებები — სეფსისი, ტიფი, გრიპი, მალარია, ტუბერკულოზი და სხვ.

ჩამოთვლილ ფაქტორთა უმრავლესობა (სისხლძარღვთა ფუნქციის მოშლა და სხვ.) იწვევს მცირე მენჯში სისხლის დიდი რაოდენობით მოწოლას, პასიური ჰიპერემიის განვითარებას, ნაშირქანკის დაგროვებას, ჟანგბადის სიმცირეს, ინტოქსიკაციის განვითარებას და სხვ. ყოველივე ეს მოქმედებს სასქესო ორგანოების რეცეპტორულ აპარატზე, აღიზიანებს მას, რასაც ცენტრალური ნერვული სისტემა სათანადოდ პასუხობს.

ამ მიზეზების გამო მცირე მენჯის ღრუს ორგანოებს არა აქვს ნორმალური კვება, რის შედეგადაც კვერცხუჯრედი არ არის ისე ცხოველმყოფელი, როგორც ფიზიოლოგიურ პირობებში, და ადრე იღუპება.

მცირე მენჯში პასიური ჰიპერემიის, შეხორცებების განვითარების, საშვი-

ლოსნოს ცუდი შეკუმშვის გამო სისხლის დენა თვიურის დროს ჰარბი და ხან გრძლივია. იგი ხშირად 7 — 8 დღეს და მეტ ხანსაც გრძელდება.

შემოკლებული მენსტრუალური ციკლის დროს, როგორც აღვნიშნეთ, მენსტრუაცია ხშირია, მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც -მისი ინტენსიურობა და ხანგრძლიობა დარღვეული არ არის, მენსტრუაცია 3 — 4 დღე გრძელდება და საშუალო რაოდენობისაა.

შემოკლებული გენიტალური ციკლის არსებითი მიზეზია საკვერცხების პათოლოკურ-მორფოლოგიური და ფუნქციური მოშლილობანი. მათ მიერ ჰორმონების არაწესიერი და არათანმიმდევრობითი გამომუშავება. მაგალითად, ესტროგენების სიჰარბე, პროესტერონის არასაკმაო რაოდენობა ან სრული არარსებობა.

**კლინიკური სურათი, დიაგნოზი და მკურნალობა.** ავადმყოფები უჩივიან თვიურის ნაადრევად მოსვლას, რასაც ზოგჯერ თან ახლავს სისხლის ჰარბი რაოდენობით დენა და სისხლდენის გახანგრძლივება.

ზოგჯერ ხშირ თვიურს თან ერთვის ტკივილი — დისმენორეა. შემოკლებული გენიტალური ციკლის დროს უმრავლეს შემთხვევაში ორსულობას არა აქვს ადგილი.

ტკივილი და სტერილობა აიხსნება მცირე მენჯის ღრუში ანთებითი შეზორცებების არსებობითა და ქრონიკული პროცესით.

ობიექტური გასინჯვისას სასქესო ორგანოებში აღინიშნება სხვადასხვა სახის ცვლილებები — შეზორცებები, შინაგანი სასქესო ორგანოების მდებარეობის შეცვლა, სიმსივნეები და სხვ. ზოგჯერ პალპატორულად ვერავითარ ცვლილებას ვერ ვნახულობთ, განსაკუთრებით პრეკლიმაქსის დროს. მაგრამ შეიძლება შევიგრძნოთ ქლიავის ან პატარა მანდარინის სიდიდის კისტური წარმონაქმნი — საკვერცხის კისტა ან პერსისტული ფოლიკული. ამ შემთხვევებში სისხლდენა განსაკუთრებით შეუპოვარია.

საშოდან აღებული ნაცხის მიკროსკოპული გამოკვლევა ჰორმონებზე იძლევა IV ხარისხის რეაქციას. შარდში ესტროგენები საკმაო რაოდენობითაა.

საკვერცხეში ხშირად ადგილი აქვს წერილიკისტურ გადაგვარებას. ფოლიკულები იზრდება უსისტემოდ, არათანმიმდევრობით. ადგილი აქვს მათ ატრეზიას. ყვითელი სხეულის განვითარება ხანმოკლეა ან იგი სრულიად არ ვითარდება. საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ჯიოკვლებში არ ზდება სეკრეცია.

შემოკლებული მენსტრუალური ციკლის დიაგნოზი ანამნეზის, პალპატორული და ლაბორატორიული მონაცემების საფუძველზე უნდა დაისვას.

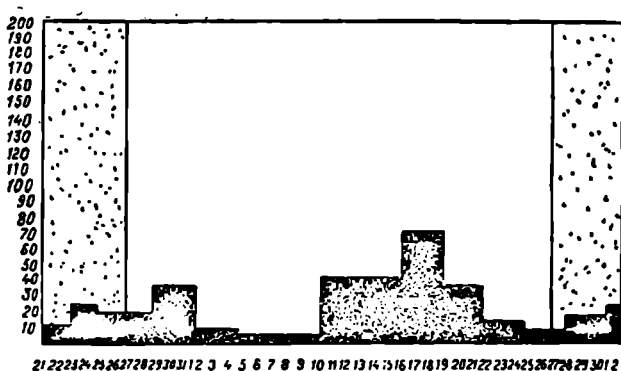
სწორი მკურნალობა დამოკიდებულია დაავადების დიაგნოზის დადგენაზე. იგი მიმართული უნდა იყოს ძირითადი მიზეზების — ანთების, ფიბრომიომის, რეტროდენიციების, ასაკთან დაკავშირებული ცვლილებების, ექსტრაგენიტალური მიზეზებისა და სხვათა წინააღმდეგ. ამასთან ერთად საჭიროა ჰორმონები, ვიტამინები, სულფამიდური პრეპარატები, ანტიბიოტიკები, ფიზიოთერაპია და სხვ.

## გაგრძელებული ერთ- და ორზაზიანი გენიტალური ციკლი

გაგრძელებული გენიტალური ციკლის შესახებ ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც გენიტალური ციკლი მთავრდება არა 26 — 28 დღის განმავლობაში, არამედ მას განვითარებას სჭირდება გაცილებით მეტი დრო — 30 — 45 დღე.

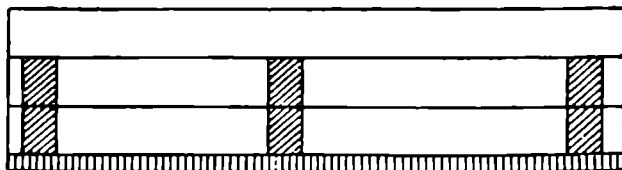
საკვერცხეში, როგორც აღენიშნეთ, ნორმალური გენიტალური ციკლის დროს თვიურის შემდეგ იზრდება ფოლიკული, ვითარდება და მწიფდება კვერცხუჯრედი. მე-14 — 16 დღეს მომწიფებული ფოლიკული გასკდება და კვერცხუჯრედი გამოძევდება.

გაგრძელებული გენიტალური ციკლის დროს კი თვიურის შემდეგ საკვერცხეში ფოლიკული არ იზრდება, საკვერცხის ფუნქცია ფერხდება, მაშასადამე, ფოლიკულის ჰორმონის გამომუშავებაც დროებით წყდება ან უმცირესი რაოდენობითაა. თვიურის შემდეგ ან ცოტა უფრო მოგვიანებით ფოლიკული იწყებს ზრდას, მაგრამ მალე მისი მომწიფება წყდება და იწყება მისი უკუგანვითარება — იგი ატრეზიული ხდება. საკვერცხის ფუნქციის შეფერხება გრძელდება რამდენიმე ხანს, რის შემდეგ იწყება ახალი ფოლიკულის განვითარება და ზოგჯერ მომწიფებაც. ამგვარად, მენსტრუალური ციკლის პირველი ფაზა გრძელდება. ზოგჯერ ხდება ოულაცია.



სურ. 30. ჰორმონების დიაგრამა გაგრძელებული გენიტალური ციკლის დროს.

ჰორმონების გამოკვლევის დიაგრამა (სურ. 30) გვიჩვენებს, რომ მენსტრუაციის შემდეგ დაწყებული ფოლიკულის ზრდა, მასში მცირე რაოდენობით გამომუშავებულია ჰორმონი. მაგრამ მალე აღვილი ჰქონია მის უკუგანვითარებას და საკვერცხის ფუნქცია დროებით შეფერხებულა. შემდეგ კი ახალ ფოლიკულს დაუწყია ზრდა და მას სრულ განვითარებამდე მიუღწევია.



სურ. 31. მენსტრუაციის სქემა გაგრძელებული გენიტალური ციკლის დროს.

დიაგრამა აგრეთვე გვიჩვენებს, რომ თვიურის დაწყებიდან პირველ მაღალ პორმონულ ტალღამდე (ფოლიკულის გასკდომამდე) 27 დღე გასულა. ფიზიოლოგიურ პირობებში კი ეს პროცესი 14—16 დღეში მთავრდება. სამაგიეროდ საკვერცხის მეორე ფაზა შემოკლებულია, რაც კარგადაა გამოხატული იმავე სურათზე. მაღალი პორმონული ტალღიდან თვიურის დაწყებამდე 8 დღე გასულა, ნაცვლად 14—12 დღისა. ამრიგად, გაგრძელებული გენიტალური ციკლის დროს გაგრძელებულია პირველი ფაზა, მეორე ფაზა შემოკლებულია ან ნორმალური ხანგრძლივობისა.

**ეტიოპათოგენეზი.** გაგრძელებული გენიტალური ციკლის მიზეზი სხვადასხვაგვარია. ერთი ჯგუფი მიზეზებისა უშუალოდაა დაკავშირებული სასქესო ორგანოებთან, სახელდობრ, საკვერცხეებთან და საშვილოსნოსთან. მიზეზთა მეორე ჯგუფი ექსტრაგენიტალური ხასიათისაა.

ეტიოლოგიური მიზეზები: 1) საკვერცხეების არასაკმარის განმტკიცებული ფუნქცია სქესობრივი მომწიფების ხანაში (პუბერტეტი) ან ფუნქციის დაქვეითება პრეკლიმაქტერიუმის პერიოდში;

2) ზოგადი და სასქესო ორგანოების ინფანტილიზმი;

3) სასქესო ორგანოების მძიმედ მიმდინარე მწვავე და ქრონიკული პროცესები;

4) მწვავე და ქრონიკული ინფექციური დაავადებანი: ტიფი, მალარია, ტუბერკულოზი და სხვ.;

5) შინაგანი სეკრეციის ორგანოების, განსაკუთრებით ფარისებრი ჯირკვლისა და პიოფიზის ფუნქციათა მოშლილობა;

6) ცუდი საყოფაცხოვრებო პირობები—ცუდი კვება, ხანგრძლივი და მძიმე ფიზიკური შრომა და სხვ.

7) ფსიქიკური და მექანიკური ტრავმა და სხვ.

ზემოთ ჩამოთვლილი მიზეზები იწვევს გაგრძელებულ, მენსტრუალურ ციკლს. მაგრამ, თუ მიზეზი ძლიერია და ხანგრძლივად მოქმედებს, მაშინ გენიტალური ციკლის ეს ანომალია უფრო რთულ ფორმაში გადაიზრდება, სახელდობრ, განვითარდება ფარული მენსტრუალური ციკლი.

**კლინიკური სურათი, დიაგნოზი.** გაგრძელებულ მენსტრუალურ ციკლს შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში იწვევს ქალის სასქესო ორგანოების ჰიპოპლაზია და ინფანტილიზმი.

პალპატორულად საშვილოსნო პატარაა, ხშირად მახვილი კუთხითაა გადმობრილი წინ. ხშირად ადგილი აქვს თვიურის სიმციერეს—ჰიპომენორეას. იშვიათად კი ჰარბ თვიურს—ჰიპერმენორეას. ორივე მოვლენა საკვერცხეების სუსტ მოქმედებას ადასტურებს. ამ შემთხვევაში ქალი უჩივის იშვიათ თვიურს, სტერილობას და თვიურის დროს ხშირად ტკივილს—დისმენორეას.

ამ მოშლილობის დროს ზოგჯერ ადგილი აქვს პათოლოგიურ გასუქებას—ადიპოზიტას (ნივთიერებათა ცვლის მოშლის ნიადაგზე).

## ფარული მართ- ან ორფაზიანი გენიტალური ციკლი

ფარული გენიტალური ციკლი მიმდინარეობს მენსტრუაციის გარეშე. ფარული ორფაზიანი მენსტრუალური ციკლის დროს ვითარდება როგორც პირველი, ასევე მეორე ფაზაც. ე. ი. საკვერცხეში ადგილი აქვს ფოლიკულის

მომწიფებას, მის გასკდომას დაწყებითელი სხეულის განვითარებას. საშვილოსნოს ლორწოიან გარსში კი შესაბამისად ვითარდება პროლიფერაცია და სეკრეტორული ფაზა. პალპატორულად საშვილოსნოც ნორმალური ოდენობისაა.

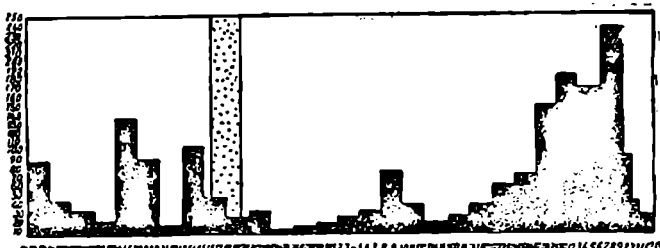
ფოლიკულური პორმონის რაოდენობა ნორმამდე აღწევს, ასევე ნორმამდე ყვითელი სხეულის პორმონი. ამოიგად, ფარული ორფაზიანი მენსტრუალური ციკლის დროს შესაძლებელია ნორმალური ორსულობა.

თვიურის არარსებობა აიხსნება ორგანიზმიდან პორმონების არასწრაფი, არამედ ხანგრძლივად და მცირე რაოდენობით გამოყოფით, რის გამო ხდება საშვილოსნოს ლორწოიანი გარსის ფუნქციური შრის თანდათანობითი უკუგანვითარება და არა მისი დესკვამაცია.

ფარული ერთფაზიანი მენსტრუალური ციკლის დროს ადგილი აქვს მხოლოდ ციკლის პირველი ფაზის განვითარებას. ე. ი. საკვერცხეში ვითარდება ფოლიკული, რომელიც არ სკდება და, ამრიგად, ყვითელი სხეული არ ვითარდება. საშვილოსნოს ლორწოიან გარსში შესაბამისად ვითარდება მხოლოდ პროლიფერაციის ფაზა, ისიც არასრულყოფილად, გამოვარდნილია სეკრეტორული ფაზა. ამრიგად, ფარული ერთფაზიანი მენსტრუალური ციკლის დროს გამორიცხულია ორსულობის შესაძლებლობა, რადგან ადგილი არა აქვს ფოლიკულის გასკდომას — ოვულაციას.

ფარული ერთფაზიანი მენსტრუალური ციკლის დროსაც სისხლდენის არარსებობა აიხსნება იმავე მიზეზით — როგორც ფარული ორფაზიანი მენსტრუალური ციკლის დროს.

ფარული ერთ- და ორფაზიანი მენსტრუალური ციკლის დროს შესაძლებელია ქალს თვიური არასოდეს არ ჰქონდეს; ზოგჯერ კი იგი დროებითი ხასიათისაა და შესაძლებელია თვიურის განვითარება.



სურ. 32. ფარული ერთ- და ორფაზიანი მენსტრუალური ციკლის პორმონების დიაგრამა.

**ეტიოპათოგენეზი.** ფარული მენსტრუალური ციკლი შეიძლება იყოს პირველადი (თანდაყოლილი) და მეორადი (შემენილი). ფარულ მენსტრუალურ ციკლს საფუძვლად უდევს ნეირო-ჰორმონული მოშლილობანი — ორგანიზმის პიპო- ან პიპერპორმონული მდგომარეობა, რომლებიც გამოვლინარეობენ ადენოპიპოფიზიდან, საკვერცხეებიდან, თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქიდან, ფარი-სებრი ჯირკვლიდან და პერიფერიული, ვეგეტატიური და ცენტრალური ნერ-ვეული სისტემების მარეგულირებელი ძალების უკმარისობის გამო.

**კლინიკური სურათი, დიაგნოზი და მკურნალობა.** ავადმყოფები უჩივიან

დროდადრო თვიურის არარსებობას, უშვილობას, ხშირად ტკივილებს მცირე მენჯის არეში.

ჰორმონული გამოკვლევა ზოგჯერ რაიმე, თვალსაჩინო სურათს არ გვაძლევს უკმარისობის მხრივ. ზოგჯერ კი პირიქით, მათი რაოდენობა ჰარბია ამ შემთხვევაში არც ბიმანუალური გასინჯვა იძლევა რაიმე თვალსაჩინო ცვლილებებს შინაგანი სასქესო ორგანოების მხრივ.

ჰორმონების განსაკუთრებით ესტროგენების, ჰარბი რაოდენობის შემთხვევაში ხშირად დანამატებში ენახულობთ მოზრდილ საკვერცხეებს, ფოლიკულს, კისტას, პერსისტულ ფოლიკულს და სხვ.

ღიაგნოზი ემყარება ანამნეზს, კლინიკას და ჰორმონულ გამოკვლევებს.

მკურნალობა პათოგენეტურია. ჰორმონების ნაკლებობის დროს უნდა ვიხმაროთ: ხორიალური გონადოტრიპინი, ესტროგენები, პროგესტერინი, და სხვები. ვიტამინები. სასარგებლოა წყალტუბოს აბაზანები, თბილისის გოგირდწყალბადოვანი აბაზანები და სხვა ფიზიოთერაპიული საშუალებანი.

### ერთფაზიანი 26 — 28-დღიანი ანოვულატორული მენსტრუალური ციკლი

ერთფაზიანი 26 — 28 დღიანი ანოვულატორული მენსტრუალური ციკლი მიმდინარეობს საკვერცხეებსა და საშვილოსნოში მეორე ფაზის განვითარების გარეშე. მიუხედავად იმისა, რომ ციკლის ხანგრძლიობა შეადგენს 26 — 28 დღეს.

ეს დრო 26 — 28 დღე ხმარდება მენსტრუალური ციკლის პირველი ფაზის განვითარებას, რასაც მოსდევს საშუალო ინტენსივობის სისხლდენა, ხშირად 3 — 4 დღის განმავლობაში. რა თქმა უნდა, ეს არ არის ნორმალური თვიური, იგი გამოწვეულია ორგანიზმში დაგროვილი ესტროგენული ჰორმონის სწრაფი ელიმინაციით.

გასაკვებია, რომ მენსტრუალური ციკლის ამ მოშლილობის დროს ორსულობა გამოირიცხულია.

საკვერცხეებში ფოლიკული იზრდება, შედარებით დიდი რაოდენობით გამოშვავდება ფოლიკული ჰორმონი, მაგრამ ფოლიკული არ სკდება და ყვითელი სხეული არ ვითარდება. ამრიგად, ორგანიზმს აკლია ყვითელი სხეულის ჰორმონი. საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსში ვითარდება პროლიფერაციის ფაზა, რომელიც, როგორც აღვნიშნეთ, გახანგრძლივებულია, მაგრამ ყვითელი სხეულის ჰორმონის არარსებობის გამო ფუნქციური შრის პროლიფერაციული ფაზის ტრანსფორმაცია სეკრეტორულ ფაზად არ ხდება.

ბიმანუალურად ზედა სასქესო გზებში რაიმე ცვლილებებს ვერ ვნახულობთ.

მენსტრუალური ციკლის ეს ანომალია უხშირესად სქესობრივი მომწიფების ხანაში გვხვდება, კიდევ უფრო ხშირად კლიმაქსის პირველ პერიოდში. პირველ შემთხვევაში ეს ანომალია აიხსნება სასქესო ორგანოების, საკვერცხეებისა და საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ჯერ კიდევ არასაკმარის განვითარებით; მეორე შემთხვევაში კი უკუქცევითი მოვლენებით, რომლებსაც ადგილი აქვთ მთელ ორგანიზმში და განსაკუთრებით საკვერცხეებსა და საშვილოსნოში კლიმაქსთან დაკავშირებით.

ერთფაზიანი ანოვულატორული მენსტრუალური ციკლი იშვიათად, მაგ-

რამ მაინც გვხვდება სქესობრივი მოწიფულობის პერიოდშიაც, როგორც დროებითი მოვლენა, ამიტომ ორსულობა საერთოდ საცხებით შესაძლებელია.

მოწიფულობის ასაკში ანოვულატორულად მიმდინარე ციკლის მიზეზები საბოლოოდ დადგენილი არ არის. ვფიქრობთ, აქაც გარკვეული მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს ნერვულ-ფისიქიკურ ფაქტორებს.

მენსტრუალური ციკლის ეს ანომალია მკურნალობას არ მოითხოვს თუ მას რაიმე სხვა მოვლენები არ დაერთო, ან კიდევ თუ მან ხანკარძლივი ყიმდინარეობა არ მიიღო განსაკუთრებით მოწიფულობის ასაკში. ამ შემთხვევაში საჭიროა ჰორმონოთერაპიის გამოყენება.

მენსტრუალური ციკლის აღნიშნული ანომალიის დიაგნოზის დადგენისათვის საჭიროა ჰორმონული და მორფოლოგიური გამოკვლევები.

### ცვალებადი ხასიათის შემოკლებულ-გაგრძელებული მათ- და ორფაზიანი მენსტრუალური ციკლი

როგორც თვით სახელწოდება გვიჩვენებს ცვალებადი ხასიათის შემოკლებულ-გაგრძელებული ერთ- ან ორფაზიანი მენსტრუალური ციკლი მიმდინარეობს ზოგჯერ შემოკლებულად და ზოგჯერ გაგრძელებულად. ციკლის შემოკლება ან გაგრძელება განისაზღვრება რამდენიმე დღით ნორმალურ მენსტრუალურ ციკლთან შედარებით. უეჭირესად 4—5 დღით.

ბიძანუალური გასინჯვით ხშირად რაიმე თვალსაჩინო ცვლილებებს საშვილო-ოსნოსა და დანამატებში ვერ ვნახულობთ. ზოგჯერ დანამატები მგრძნობიარეა, მტკივნეული. მენსტრუალური ციკლის ეს ანომალია არ იწვევს სტერილობას, მხოლოდ ცალკეულ შემთხვევებში შეიძლება ადგილი ჰქონდეს მეორადი ხასიათის დროებითს უშვილობას და იგი დაკავშირებული უნდა იყოს მენსტრუალური ციკლის ანოვულატორულ, ერთფაზიან მიმდინარეობასთან.

ეტაობათგენეზი დღესდღეობით დაუდგენელია. გარკვეული მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს ნერვულ ფაქტორებს; უარყოფით ემოციებს, საყოფაცხოვრებო პირობების ცვალებადობას, არამკვეთრად მიმდინარე ზედა სასქესო გზების ანთებად პროცესებს და სხვ.

კლინიკა, დიაგნოზი და მკურნალობა. კლინიკურად, როგორც აღვნიშნეთ, მენსტრუალური ციკლის ეს მოშლილობა ხასიათდება მენსტრუალური ციკლის ორგვაროვანი დარღვევით — მენსტრუალური ციკლი ზოგჯერ შემოკლებულია რამდენიმე დღით, ზოგჯერ კი პირიქით რამდენიმე დღით გრძელდება.

დიაგნოზი ეყარება ძირითადად ანამნეზურ მონაცემებს.

მკურნალობისათვის გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ჰორმონოთერაპიას, ანტიბიოტიკებს მცირე დოზებით და უარყოფითი ემოციების მოხსნას.

### გენიტალური ციკლის ფაზების განუვითარებლობა

გენიტალური ციკლის ფაზების განუვითარებლობის დროს მენსტრუალური ციკლის ფაზების განუვითარებაში მონაწილე ორგანოები, განსაკუთრებით კი საკვერცხეები და საშვილოსნო, არიან ნაწილობრივი ან სრული უმოქმედობის მდგომარეობაში.

როგორც დროებითი ფიზიოლოგიური მოვლენა, გენიტალური ციკლის ფაზების განუვითარებლობა გვხვდება სქესობრივ მოწიფებამდე, ლაქტაციის

პერიოდსა და მოხუცებულობის ასაკში. რაც შეეხება კლიმაქტერიულ ხანას მენსტრუალური ციკლი არსებობს, ოღონდ იგი ერთფაზიანია (პირველი ფაზა).

როგორც პათოლოგიური მოვლენა გენიტალური ციკლის ფაზების განუვითარებლობა გვხვდება მძიმე და ხანგრძლივი დაავადებების დროს როგორც გენიტალური სისტემის, ასევე სხვა ორგანოების და მთელი ორგანიზმის ზოგადი და მძიმე დაავადების დროს. მენსტრუალური ციკლის ფაზების პათოლოგიური განუვითარებლობის შემთხვევებში საშვილოსნო და საკვერცხეები განიცდიან უკუგანვითარებას, მათი ოდენობა მკვეთრად კლებულობს.

დაავნოზი ემყარება ანამნეზურ მონაცემებს მონიქტურ და ლაბორატორიულ გამოკვლევებს.

მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს ძირითადი დაავადების წინააღმდეგ.

### მენსტრუაციის მოშლილობანი

მენსტრუაციის მოშლილობებს ეკუთვნის:

- 1) ხშირი თვიური;
- 2) იშვიათი თვიური;
- 3) თვიურის არარსებობა;
- 4) ხანგრძლივი თვიური;
- 5) ხანმოკლე თვიური;
- 6) ჭარბი თვიური;
- 7) მცირე თვიური;
- 8) მტკივნეული თვიური;
- 9) ზემოჩამოთვლილ მოშლილობათა კომბინაცია.

მენსტრუაციის მოშლილობანი ძირითადად დაკავშირებულია მენსტრუალური ციკლის მოშლილობასთან. ასე მაგალითად, შემოკლებული მენსტრუალური ციკლის დროს ადგილი აქვს ხშირ თვიურს, რომელიც იმ ცვლილებების შედეგია, რამაც გამოიწვია მენსტრუალური ციკლის შემოკლება:

თვიური ხშირად გრძელდება 3 — 4 დღის განმავლობაში, ზოგჯერ კი თვიური ჭარბია, ხანგრძლივობაც მეტია, ვიდრე ფიზიოლოგიურ პირობებში, ზოგჯერ იგი მეტრორაგიულ ხასიათს ღებულობს.

იშვიათი თვიურის დროს გაგრძელებულია მენსტრუალური ციკლი, ე. ი. ციკლი ფიზიოლოგიურ ვადებში არ მთავრდება, რის გამოც თვიური იშვიათია, მისი რიცხვი წლის განმავლობაში ნაკლებია, ვიდრე ნორმალური მენსტრუალური ციკლის დროს.

თვიურის სისხლის რაოდენობა ხშირად მცირეა, ხანგრძლივობაც შემოკლებულია, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში მისი ხანგრძლივობა 5 — 7 და მეტ დღესაც აღწევს.

არაიშვიათად მენსტრუალური ციკლისა და თვიურის ამ ანომალიას თან სდევს ტკივილებიც.

**აზნორეა ანუ თვიურის არარსებობა.** პათოლოგიურ პირობებში გამოწვეულია მრავალი ფაქტორით და იმ მორფოლოგიური და ჰორმონული ცვლილებებით, რომლებსაც ადგილი აქვს ფარულ მენსტრუალური ციკლის დროს.

თვიურის არარსებობა ფიზიოლოგიურ პირობებშიაც გვხვდება. ასე მაგალითად, სქესობრივ მომწიფებამდე, ორსულობის დროს, ლაქტაციის პერიოდში, კლიმაქსის მეორე პერიოდსა და მოხუცებულობის ხანაში.



თვიურის არსებობა გასაგები მიზეზების გამო ჯდება საშვილოსნოს ან საკვერცხეების ამოკვეთის შემდეგ. ამენორეა არის პირველადი და მეორადი ხასიათის. ე. ი. თანდაყოლილი და შეძენილი. პირველადი ამენორეის მიზეზები სასქესო ორგანოების ან მთლიანად მთელი ორგანიზმის არასაკმარის განვითარებაა.

შეძენილი ანუ მეორადი ამენორეა დამოკიდებულია როგორც სასქესო ორგანოების არასაკმარის განვითარებაზე, აგრეთვე სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესის შედეგად მათ მეორადად დაკნინებაზე. ასეთ შემთხვევაში მენსტრუაცია დროდადრო გამოვარდნილია, მას ადვილი აქვს მხოლოდ რამდენიმე თვეში ერთხელ.

პირველადი ამენორეა უმძიმეს ფორმად უნდა ჩაითვალოს, მეორადი კი შედარებით მსუბუქ ფორმად.

პირველადი ამენორეის მიზეზებია ზოგადი ან გენიტალური სისტემის ინფანტილიზმი, სასქესო ორგანოების განვითარების მაჩვენებლები და სხვ. მეორადი ამენორეის მიზეზი შეიძლება იყოს სასქესო ორგანოების მძიმე ანთებადი პროცესები ნერვული და ფსიქიკური დაავადებანი, შინაგანი სეკრეციის მოშლილობანი, მწვავე და ქრონიკული ზოგადი ინფექციური დაავადებანი (ქუნთრუშა, მალარია, სეფსისური დაავადებები, ტუბერკულოზი, დიაბეტი, ქლოროზი და სხვ.), ცუდი საყოფაცხოვრებო პირობები და სხვა.

აღსანიშნავია ე. წ. ომის დროის ამენორეა, რომელიც ემყარება ნერვულ-ფსიქიკურ ფაქტორებს.

ხანგრძლივი თვიური გრძელდება არა 3—4 დღე, არამედ გაცილებით მეტი 5—9 დღემდე. მისი მიზეზები უნდა ვეძებოთ საშვილოსნოს კუმშვადობის დაქვეითებაში, რაც ხშირად გამოწვეულია ზედა სასქესო გზების ანთებადი პროცესებით, საშვილოსნოს კუნთების ბოქვების გადაგვარებით. გარკვეული მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე სისხლის შედელების უნარიანობის დაქვეითებას. პორმონული ბალანსის დარღვევას, კერძოდ, ესტროგენების სიჭარბესა და პროუესტოინის ნაკლებობას.

ხანგრძლივი თვიური ხშირად დაკავშირებულია თვიურის სიჭარბესთან და მენსტრუაციის ეს მოშლილობა ზოგჯერ მეტრორაგიულ სისხლდენაში გადაიზრდება.

ხანმოკლე თვიური გრძელდება 1—2 დღეს, არაიშვიათად ხანმოკლე თვიურს თან ერთვის თვიურის სიმცირე. ამ ანომალიის ძირითადი მიზეზი უნდა ვეძებოთ საკვერცხეებისა და საშვილოსნოს არასაკმარის განვითარებაში. ესტროგენების სიმცირესა და არაიშვიათად მენსტრუალური ციკლის მეორე ფაზის გამოვარდნაში. ზოგჯერ კი აღნიშნული ფაქტორები პირიქით იწვევენ გახანგრძლივებულ და ჭარბ თვიურს.

### მტკივნეული თვიური

თვიურთან დაკავშირებით ზოგიერთ ქალს ტკივილი აწუხებს. ასეთ მტკივნეულ თვიურს დისმენორეას ვუწოდებთ.

დისმენორეა არ არის განსზღვრული დაავადება, არამედ სასქესო ორგანოების, ნერვული სისტემისა და სხვა დაავადებათა სიმპტომა.

ავადმყოფები თვიურის დროს უჩივიან ტკივილს მუცლის ქვემო არეში, გავის მიმართულებით. ხშირად ტკივილი ბარძაყზეც ვრცელდება. ტკივი-

ლი ზოგჯერ ყრუ ხასიათისაა, არაინფილტრაციული — მწვავე, შეტევილი ხასიათის.

ადკილობრივი ხასიათის ტკივილის ზოგჯერ თან ერთვის ორგანიზმის ზოგადი მოვლენებიც: — გულისრევა, პირღებინება, თავის ტკივილი და სხვ.

ზოგჯერ ტკივილი იმდენად აუტანელი ხდება, რომ ქალი იძულებულია დაიცვას წოლით რეჟიმი რამდენიმე დღის განმავლობაში.

ზოგჯერ ტკივილი იწყება მენსტრუაციამდე რამდენიმე დღით ადრე და გრძელდება მენსტრუაციის დამთავრებამდე.

თვიურის დროს ტკივილი შეიძლება გამოწვეული იყოს სასქესო ორგანოების ცუდი განვითარების ნივთიერება — კერძოდ, საშვილოსნოს ინფანტილიზმის შედეგად; აგრეთვე მცირე მენჯის ორგანოებში ქრონიკული ანთებითი პრ.ცივის არსებობით, როდესაც განვითარებულია მრავალი შეხორცევა და ნაწიბური, რის გამოც საშვილოსნოს საშუალება არა აქვს თვიურის დროს სათანადოდ შეიკუმშოს და გამოაძეგოს იქ დაგროვილი სისხლი.

დისმენორეული ტკივილი აღენიშნებათ აგრეთვე ფსიქიკურად არაწონასწორ და ნევროსთენით შეპყრობილ ქალებს, რომელთათვისაც ჩვეულებრივი მენსტრუაცია მტკივნეულია.

## DYSMENORRHOEA MEMBRANACEA

დისმენორეის განსაკუთრებული ფორმა. ამ დროს სასტიკ ტკივილთან ერთად საშვილოსნოს ღრუდან ხშირად გამოდის დაურღვეველი, მთლიანი ფუნქციური ლორწოვანი გარსი. ამ შემთხვევაში ლორწოვანი გარსი ვნახულობთ ისეთ მორფოლოგიურ სურათს, რომელიც დამახასიათებელია პრაგრავიდალური ლორწოვანი გარსისათვის.

ლორწოვანის დაუმლელობის მიზეზი ჯერ კიდევ არ არის გარკვეული. ფიქრობენ, რომ ეს გამოწვეულია ტრიპტიული ფერმენტის არარსებობით.

## DYSMENORRHOEA NASALIS

ასეთი სახის დისმენორეა პირველად ფლისმა აღწერა. მისი აზრით, დისმენორეის გამოწვევა შეიძლება, თუ გავალიზიანებთ ცხვირის ნიჟარაში ზოგიერთ ეგრეთ წოდებულ გენიტალურ წერტილს. ამიტომ ავტორი გვიჩვენებს ასეთი სახის დისმენორეის დროს მკურნალობის მიზნით აღნიშნულ წერტილებზე ვიმოქმედოთ 10 — 20% -იანი კოკაინის ხსნარით.

## დისმენორეა და ინფანტილიზმი

განსაკუთრებით საინტერესოა დისმენორეა სასქესო ორგანოების ინფანტილიზმის დროს, რაც გამოწვეულია საკვერცხეების არასაკმარის მოქმედებით. ამ დროს საშვილოსნო პატარაა, მკვრივია და არაინფილტრაციული მახვილი კუთხითაა წინ გადმოხრილი. საშო არ არის საკმარის განვითარებული, მოკლე და ვიწროა. საშვილოსნოს იოგოვანი აპარატი მოღუნებულია და ნაკლებად ელასტიკურია. ასეთი საშვილოსნო, რა თქმა უნდა, ვერ გამოაძეგებს სისხლს კარგად, რადგან მისი კუნთები სუსტადაა განვითარებული. ამასთან, მახვილი კუთხე,

რომელიც არის საშვილოსნოს ყელსა და ტანს შორის, სისხლის გამოშვების-  
თვის წარმოადგენს ერთგვარ მექანიკურ დაბრკოლებას.

ინფანტილური, ბავშვური საშვილოსნოს ტანი ყელზე მცირეა. ნორმალუ-  
რად კი საშვილოსნოს ტანის სიგრძე 4 სანტიმეტრს უდრის, ყელის სიგრძე  
— 3 სანტიმეტრს.

ინფანტილურ საშვილოსნოს თან სდევს არა მარტო დისმენორეული ტყი-  
ვილი, არამედ უშვილობაც.

**მკურნალობა.** დისმენორეული ხასიათის ტკივილის სამკურნალოდ  
მრავალი საშუალება არსებობს. მათგან ზოგიერთი განკურნების ნაცვლად  
მდგომარეობას აუარესებს.

საშვილოსნოს ცუდი განვითარებით გამოწვეული დისმენორეული ღასია-  
თის ტკივილის დროს შტოკელი საშვილოსნოს ყელს აგანიერებდა ლამინარიფე-  
ბის საშუალებით, რის შემდეგ იოდოფორმიანი დოლბანდის ტამპონს დებდა  
საშვილოსნოში და ტოვებდა ორი დღის განმავლობაში. მიმართავდნენ აგრეთ-  
ვე საშვილოსნოს გარეთა პირის ორმხრივ დისციზიას.

ზოგი გინეკოლოგი მიმართავდა საშვილოსნოს ყელის გაფართოე-  
ბას კეგარის ჩხირებით (№ 16-მდე). შემდეგ ფხეკდა საშვილოსნოს დრუს,  
სერავდა საშვილოსნოს ყელს შიგნითა პირთან და საშვილოსნოს ღრუში დებ-  
და ზეთიანი ქსეროფორმით გაქვნილ ტამპონს.

ჩვენშიც მრავალი გინეკოლოგი მიმართავდა და ახლაც მიმართავს ასეთ  
არამიზანშეწონილ მანიპულაციას იმ მიზნით, რომ მოსპოს დისმენორეული ხა-  
სიათის ტკივილი და შესაძლებელი გახადოს ორსულობა. მაგრამ კარგი შედე-  
გი ჯერ არავის მიუღია. პირიქით, ხშირად ეს მეთოდი იწვევს მდგომარეობის  
გაუარესებას.

გაჭირდ საშვილოსნოს ყელში ადვილად შედის ბაქტერიები და იწვევს  
მის მუდმივ კატარს. ბაქტერიები ზემოთაც ადვილად იჭრება, აზიანებს საშვი-  
ლოსნოს ლორწოვან გარსს, დანაშატებს, იწვევს მათ ანთებას და ამ ადგილებში  
სიმსივნის გაჩენას.

ამრიგად, საშვილოსნოს ყელის დისციზია არ არის  
დისმენორეის მიზანშეწონილი სამკურნალო საშუალება  
იგი უვარგისია აგრეთვე, როგორც ორსულობის გამოწვევის  
ხელშემწყობი საშუალება.

ამიტომ ეს მეთოდი ერთხელ და სამუდამოდ უნდა უქუვავდოდ.

შესანიშნავ შედეგს იძლევა ჰორმონთერაპია. ჰორმონთერაპიის  
შემდეგ საშვილოსნოს მკვრივი და უხეში კუნთები რბილი და სისხლით საყვ  
ხდება, დისმენორეული ხასიათის ტკივილი ქრება და ხშირად შესაძლებელი  
ხდება ორსულობაც.

Rp.: Folliculini (10000 ერთეული)  
in amp. N 15

D. S. თითო ამპულა კანქვეშ, მენსტრუაციის შემდეგ.  
ტკივილების დაყუჩების მიზნით ვხმარობთ:

Rp.: Ext. belladonae 0,015  
Pyramidoni 0,3  
But. cacao

q. s. m. f. Supp. d. t. d. № 6

D. S. თითო სანთელი ორჯერ დღეში უკანა ტანში

Рр.: Antipirini 0,6  
d. t. d. № 3

D. S. თითო ფხენილი მეოთხედი ჩაის კიკა თბილ  
წყალში — ოყნისათვის.

მორთუუმის კანქვეშ ხშირმა შეშხაპუნებამ შეიძლება გამოიწვიოს ადამიანის ორგანიზმის შეჩვევა ამ პრეპარატისადმი. ამიტომ ამას უნდა ვერილოთ.

## მენსტრუაციის მხბავნი სისხლდენა

### სისხლდენა ახალშობილთა ხასქესო ორგანოებიდან

ახალშობილს ზოგჯერ მეორე-მეშვიდე დღეს სასქესო ორგანოებდა ეწყება სისხლდენა წვეთობით, რაც 24 — 48 საათის განმავლობაში გოძელდება. სისხლში შერეულია ლორწო. ამ მოვლენას ზოგიერთი უწოდებს ახალშობილთა მენსტრუაციას.

ეს არც ისე იშვიათია. მაგალითად, ზახარაისის მონაცემების მიხედვით 400 ახალშობილი გოგონადან ამ მოვლენას ადგილი ჰქონდა 25 შემთხვევაში. ჰალბანის მონაცემების მიხედვით კი 21 შემთხვევიდან (გაკვეთილი გვაში) იგი ნახულ იქნა 8 შემთხვევაში.

ახალშობილთა სასქესო ორგანოებიდან სისხლდენა არ არის ნამდვილი მენსტრუაცია, რადგან ამ დროს საკვერცხეში და საშვილოსნოს ლორწოვან, გარსში არ ხდება მენსტრუალური ციკლის ფაზების განვითარება. ამ დროს საკვერცხეში არ არის გაზრდილი ფოლიკული, არ არის განვითარებული ყვითელი სხეული. საშვილოსნოს ლორწოვან გარსშიც არა აქვს ადგილი სეკრეტორულ ფაზას და მის დესქვამაციას. გარდა ამისა, ცნობილია, რომ მენსტრუაცია ვითარდება მხოლოდ სქესობრივი მომწიფების შემდეგ.

ახალშობილთა სისხლდენის დროს საშვილოსნოს სისხლძარღვები და კაპილარები გაგანიერებულია და სავსეა სისხლით. ამასთან, საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში გვხვდება სუბეპითელური ჰემატომები.

ახალშობილთა სისხლდენის განვითარების მიზეზს სწორად ვერ ხსნიდნენ. ზოგი ფიქრობდა, რომ მას იწვევს ტრავმა — თითქოს შშობიარობის დროს ხდებოდა ნაყოფის სასქესო ორგანოების დაზიანება.

ზოგის აზრით კი ახალშობილთა სისხლდენაზე გავლენას ახდენს ის ნივთიერებები, რომლებიც ორსული ქალის ორგანიზმშია. ეს აზრი უფრო ახლო იდგა სინამდვილესთან.

მას შემდეგ, რაც ახალშობილთა შარდში ფოლიკულის ჰორმონი აღმოაჩინეს, ეს საკითხი გადაჭრილად უნდა ჩაითვალოს.

დაბადების პირველ დღეებში ახალშობილის შარდში ფოლიკულის ჰორმონი ჰარბანი რაოდენობითაა. შემდეგ მისი რაოდენობა თანდათან კლებულობს და მე-7 — 10 დღეს შარდში იგი აღარ აღინიშნება.

ნაყოფი პლაცენტრიდან დიდი რაოდენობით ღებულობს ესტროგენებს, პროექსტერონს, ანდროგენებს. ჰორმონები იწვევს ახალშობილის სასქესო ორგანოებისა და საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ჰიპერტ-

მას, სისხლძარღვების გაფართოებას, სუბებიტელური ჰემატომის გაჩენას და მცირედ სისხლდენას.

სისხლდენას ადგილი არა აქვს მანამ, სანამ ახალშობილის საშვილოსნო და მისი ლორწოვანი გარსი განუწყვეტლად ლეზულობს ჰორმონებს (დედის საშვილოსნოში ყოფნის დროს).

შშობიარობის შემდეგ კი ჰორმონების მიწოდება წყდება. ახალშობილის საშვილოსნო და მისი ლორწოვანი გარსის ჰორმონებით გაძლიერებული მოპარაგება თანდათან მცირდება. ახალშობილის ორგანიზმში არსებული ჰორმონები ექსკრეტებთან ერთად გარეთ გამოდის. ფოლიკულური ჰორმონებით ორგანიზმის გაღარიბების შემდეგ იწყება საშვილოსნოს კუნთების შეკუმშვა, მცირდება ლორწოვანი გარსის კვება და იწყება სისხლდენა.

ამრიგად, ახალშობილთა სისხლდენა არ არის ნამდვილი მენსტრუაცია. ეს სისხლდენა მკურნალობას არ საჭიროებს. ის თავისთავად გაივლის.

### **სისხლდენა ორსულთა ხასკესო ორგანოებიდან**

შტაცმა პირველმა აღწერა ორსულთა მენსტრუაცია. ორსულობის დროს (ორსულობის პირველი თვიდან სამ თვემდე) თვიურის მსგავსი სისხლდენა სხვა აეტორთა მიერაც არის აღწერილი. ასეთი სისხლდენა მენსტრუაციად არ ჩაითვლება.

ორსულობა მენსტრუაციის საწინააღმდეგო მოვლენაა, რაც ნიშნავს განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის ზრდას, გამსკდარი ფოლიკულიდან ყვითელი სხეულის განვითარებასა და მის არსებობას ოთხ თვემდე, საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის სეკრეციის გაგრძელებასა და მის გაფარებას.

მენსტრუაცია კი ნიშნავს კვერცხუჯრედის დაღუპვას და ყვითელი სხეულის უკუგანვითარებას, საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის დესკამაციას, მის დაშლას და გარეთ გამოძევებას.

ორსულობის პირველ თვეებში სისხლდენა გამოწვეულია განაყოფიერებული კვერცხის გარსების მოცილებით, ეროზიით, საშვილოსნოს ყელის პოლიპითა და სხვ. ამრიგად, ორსულთა სისხლდენას მენსტრუაციასთან არავითარი კავშირი არა აქვს.

### **სისხლდენა მოხუცებულთა ხასკესო ორგანოებიდან**

აღწერილია შემთხვევები ღრმა მოხუცებულობაში თვიურის განვითარებისა, რაც ფაქტიურად შეუძლებელია, რადგან ამ დროისათვის სასკესო ორგანოები, და მათ შორის საკვერცხეები ძლიერ უკუგანვითარებულია; ჯირკვლოვანი ნაწილის ნაცვლად განვითარებულია შემაერთებული ქსოვილი.

მენოპაუზისა და ღრმა მოხუცებულობის დროს სასკესო ორგანოებიდან სისხლდენა შემთხვევათა თითქმის 75%-ში გამოწვეულია ავთვისებიანი სიმსივნით, საშვილოსნოს ყელის ან ტანის პოლიპით, ეროზიით, კოლპიტით, ვარიკოზული კვანძების კედლის მთლიანობის დარღვევით, საშვილოსნოს სკლეროზირებული სისხლძარღვების მთლიანობის დარღვევითა და სხვ.

ღრმა მოხუცებულობაში სენილურ საკვერცხეში ზოგჯერ ჩნდება

გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსივნე. ეს სიმსივნე ორგანიზმს დიდი რაოდენობით აძლევს ესტროგენულ ჰორმონს, რომლის საშუალებითაც შეიძლება განვითარდეს საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის პროლიფერაცია შემდგომი სისხლდენით.

ჩვენ დავადგინეთ (1930 წ.), რომ გრანულოზურუჯრედოვან სიმსივნეს აქვს შინაგანი სეკრეციის უნარი, რის გამოც ის იწვევს საშვილოსნოს კუნთების ბოკოების ზრდას, ლორწოვანი გარსის პროლიფერაციას და მასში პირველი ფაზის განვითარებას.

დიდად გაზრდილ ლორწოვან გარსში აქა-იქ ჩნდება ნეკროზი — კვების დარღვევის ნიადაგზე, რადგან ფოლიკულური ჰორმონი ორგანიზმიდან ექსკრეტების საშუალებით გარეთ გამოდის და იწყება საშვილოსნოს შეკუმშვები.

ამრიგად, მოხუცებულობის დროს საკვერცხეში აღნიშნული სიმსივნის განვითარების შემთხვევაში საშვილოსნოს ღრუდან იწყება სისხლდენა.

გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსივნე უფრო ხშირად საკვერცხეში ერთ მხარეს ვითარდება, იშვიათად — ორივე მხარეს (დიაგნოზი იხ. თავში — სიმსივნეები).

მკურნალობა ოპერაციულია, რის შემდეგაც ორგანიზმში ქრება ჰორმონები.

ასეთ სისხლდენას ზოგიერთი გინეკოლოგი მოხუცებულთა მენსტრუაციას უწოდებს. ზემოაღნიშნულიდან ნათლად ჩანს, რომ მას მენსტრუაციასთან არავითარი კავშირი არა აქვს.

მოხუცებულობის ხანაში იშვიათად ხდება ნამდვილი მენსტრუაციის ერთჯერადი განვითარებაც.

### ოვულაციური სისხლდენა

ზოგჯერ ორი ერთმანეთის მომდევნო მენსტრუაციის შუალედში ადგილი აქვს საშვილოსნოდან სისხლდენას. სისხლი წვეთობით მოდის და გრძელდება მხოლოდ რამდენიმე წუთის ან საათის განმავლობაში, იშვიათად კი მთელი დღე.

ასეთი სისხლდენა, რა თქმა უნდა, არ არის მენსტრუაცია. ის დაკავშირებულია ოვულაციასთან, რადგან იწყება სწორედ ფოლიკულის გასკდომის დროს — მენსტრუაციის დაწყებიდან მე-14 — 16 დღეს.

იგი, ჩვენი აზრით, გამოწვეულია იმით, რომ ამ დროისათვის ორგანიზმიდან ფოლიკულური ჰორმონი დიდი რაოდენობით გამოიყოფა, რის შედეგადაც საშვილოსნოს კუნთები იკუმშება. ეს კი მოქმედებს მის ლორწოვან გარსზე და იწვევს ნეკროზსა და სისხლდენას.

ოვულაციური სისხლდენა მკურნალობას არ საჭიროებს.

### ვიკარული სისხლდენა

არის იშვიათი შემთხვევები, როდესაც საშვილოსნოდან თვიურის სისხლდენას თან ერთვის სისხლდენა სხვადასხვა ორგანოს ლორწოვანი გარსიდან ან საშვილოსნოდან სისხლდენის ნაცვლად ადგილი აქვს სისხლდენას ცხვირიდან, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსიდან, თვალის ბადურიდან, სარძევე ჯირკვლებიდან, ბრონქებიდან, საშარდე ბუშტიდან და სხვ. ეს არის ეგრეთ წოდებული ვიკარული სისხლდენა.

გინეკოლოგიური სისხლდენა ეწოდება ქალის სასქესო ორგანოებიდან ყოველგვარ სისხლდენას, რომელიც ვითარდება მისი ცხოვრების ყველა ეტაპზე, არ არის დამოკიდებული ორსულობაზე და არ თავსდება ამა თუ იმ პირისათვის ნორმალური მენსტრუალური ციკლისა და მენსტრუაციის ფარგლებში.

გინეკოლოგიურ სისხლდენას შეიძლება ჰქონდეს მენორაგიული და მეტრორაგიული ხასიათი. მენორაგიულს უწოდებენ მაშინ, როდესაც სისხლდენა მენსტრუალურ ციკლთან და მენსტრუაციასთან არის დაკავშირებული, მეტრორაგიული სისხლდენა კი მენსტრუაციასთან კავშირში არ არის — მას ადგილი აქვს ორი მენსტრუაციის შუალედში, სქესობრივ მომწიფებამდე, კლიმაქსის ან მოხუცებულობის ხანაში. აქ მთავარია ის, რომ გინეკოლოგიური სისხლდენა არ არის დაკავშირებული განაყოფიერებულ კვერცხუჯრედთან, ორსულობასთან.

ორსულობასთან დაკავშირებული სისხლდენა სამეანო სისხლდენაა, რომელსაც ადგილი აქვს მაგალითად, აბორტის, პლაცენტის წინამდებარეობის, ნორმალურად მიმავრებული პლაცენტის ნაადრევი წოცილების, ატონიური სისხლდენისა და სხვ. დროს.

სამეანო ხასიათის სისხლდენას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს მხოლოდ მოწიფულობის პერიოდში, სხვა დროს მას ადგილი არა აქვს. გინეკოლოგიური სისხლდენა კი, როგორც აღვნიშნეთ, ვითარდება ქალის ცხოვრების ყველა პერიოდში — დღიდან დაბადებისა უღრმეს მოხუცებულობამდე.

გარდა ამისა, გინეკოლოგიური სისხლდენა ინდივიდუალური ხასიათისაა. ის, რაც ერთი პირისათვის ნორმალურად ითვლება მენსტრუაციის განვითარებიდანვე, არ შეიძლება ნორმალურად ჩაითვალოს მეორე პირისათვის. მაგალითად, თუ ქალს თავიდან განუვითარდა 5—6—7—8—9-დღიანი მენსტრუაცია, მაშინ ეს ამ პირისათვის ნორმალურია. მაგრამ მეორე პირისათვის, რომელსაც თავიდანვე სამდღიანი მენსტრუაცია განუვითარდა, 5—6—7—8—9-დღიანი მენსტრუაცია ნორმალურად არ ჩაითვლება — ეს მისთვის იქნება სისხლდენა.

ამრიგად, გინეკოლოგიური სისხლდენაა 1) სისხლდენა, რომელიც ვითარდება მენსტრუალური ციკლისა და მენსტრუაციის მოშლილობისაგან — ეს იქნება ე. წ. ფუნქციური სისხლდენა; 2) მენსტრუაციის მსგავსი სისხლდენა, გარდა ორსულთა მენსტრუაციის მსგავსი სისხლდენისა; 3) სასქესო ორგანოების ტრავმით ან კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული სისხლდენა.



## ჰალის შინაგანი სეკრეცია და მისი მოშლილობანი

შინაგანი სეკრეციის შემსწავლელ დარგს ენდოკრინოლოგია ეწოდება. ენდოკრინოლოგია მრავალ მნიშვნელოვან საკითხს შეისწავლის. აქ ჩვენ შევეხებით მხოლოდ იმ ძირითად საკითხებს, რომლებიც დაკავშირებულია გინეკოლოგიასთან და ამდენად ამ სახელმძღვანელოში მათი განხილვა აუცილებელია.

შინაგანი სეკრეციის ორგანოები, ისე როგორც ორგანიზმის ყველა ორგანო, ქსოვილი და უჯრედი, მჭიდროდაა დაკავშირებული ერთმანეთთან. ამიტომ ისინი უნდა განვიხილოთ არა იზოლირებულად, ერთმანეთისაგან მოწყვეტილად, არამედ მთელ ორგანიზმთან კავშირში, რომლის მოქმედებასაც ცენტრალური ნერვული სისტემა განაგებს. ადამიანის ორგანიზმის წამყვანი მარეგულირებელი ცენტრია ცენტრალური ნერვული სისტემის უმაღლესი ნაწილი — თავის ტვინის ქერქი.

რეფლექსის ინტენსივობა, მისი არსებობა ან არარსებობა უშუალოდ დამოკიდებულია რეფლექტორული ცენტრის აგზნებაზე. ხოლო ეს უკანასკნელი, თავის მხრივ, მუდმივ დამოკიდებულებაშია სისხლის ქიმიურ და ფიზიკურ თვისებებთან (ცენტრების ავტომატური გალიზიანება) და სხვადასხვა რეფლექსის ურთიერთკავშირთან (ი. პავლოვი). ჰორმონები კი ქიმიური ბუნებისაა და მათი სინთეზი შინაგანი სეკრეციის ორგანოებში ხდება.

ამრიკად, ი. პავლოვის მოძღვრების მიხედვით, შინაგანი სეკრეციის ორგანოები ერთგვარ მარეგულირებელ როლს ასრულებს ორგანიზმის მოქმედებაში. მათ მიერ გამოყოფილი ნივთიერებები — ჰორმონები — შედის სისხლში და ცვლის მის ქიმიურ-ფიზიკურ თვისებებს. ჰორმონების ჭარბი თუ მცირე რაოდენობით გამომუშავება ან მათი სრული არარსებობა სათანადო გავლენას ახდენს როგორც ორგანოთა ინტერორეცეპტორულ აპარატზე, ისე ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე.

ზოგი გინეკოლოგიური დაავადება, მათ შორის მენსტრუალური ციკლის მოშლილობა, დამოკიდებულია ნერვული სისტემისა და შინაგანი სეკრეციის ამა თუ იმ მოშლილობაზე, რაც ნაწილობრივ უკვე განვიხილეთ მენსტრუალური ციკლის შესწავლის დროს.

შინაგანი სეკრეციის მეცნიერულ შესწავლას არც თუ ისე დიდი ხნის ისტორია აქვს. თანამედროვე ენდოკრინოლოგიის, როგორც მეცნიერების, ჩამოყალიბებას წინ უძღოდა მრავალი ათეული წლის მოსამზადებელი მუშაობა.

უძველესი დროის მედიცინაში გვხვდება ისეთი საკითხები, რომლებსაც ენდოკრინოლოგია დღესაც დიდ ყურადღებას აქცევს. ასეთია, მაგალითად, ორგანთერაპია. უძველეს დროშიც მკურნალობდნენ ამა თუ იმ დაავადებას ცხოველთა ორგანოებით — ღვიძლით, ელენთით, გულით, ტვინითა და სხვ.



ანატომია და ფიზიოლოგია პირველი ცნობები იმ ჯირკვლების შესახებ, რომლებიც თავიანთ ნივთიერებას სისხლში გამოყოფენ, XVII საუკუნეს ეკუთვნის.

XIX საუკუნე უნდა ჩაითვალოს ენდოკრინოლოგიის დარგში მცნვიერული, ექსპერიმენტული და კლინიკური კვლევა-ძიებითი მუშაობის დასაწყისად. ცნობილმა ფიზიოლოგმა და ნევროპათოლოგმა შარლ ბროუნ-სეკარმა შინაგანი სეკრეციის ორგანოთა ნაჟურის, ჰორმონების გამოყენება სცადა ადამიანის მკურნალობის მიზნით.

ბროუნ-სეკარმა ცდა საკუთარ თავზე ჩაატარა. 72 წლის მოხუცმა წეიმბაუნა ახალგაზრდა ძაღლებისა და ზღვის გოჭების სასქესო ჯირკვლების ნაჟური (წყალში გახსნილი და გაფილტრული), რის შედეგადაც მან იგოდნო სიმბნეე, მოგმატა ძაღლონე და სასქესო ორგანოთა ტონუსი გაუძლიერდა.

ბროუნ-სეკარმა ამ ცდებისა და დაკვირვების შესახებ მოხსენება გააკეთა პარიზის ბიოლოგიურ საზოკადოებაში 1889 წელს.

რა თქმა უნდა, ბროუნ-სეკარის მონაცემებში ბევრი რამ სუბიექტურია, მაგრამ ფაქტია ის, რომ მის მიერ ჩატარებულმა ცდებმა ჩაუყარა საფუძველი დღევანდელ ორგანთერაპიას.

ბროუნ-სეკარი ახალგაზრდა სასქესო ჯირკვლებში ეძებდა ნივთიერებას, რომელიც, მისი აზრით, განსაკუთრებულად მოქმედებდა მოხუცებულ ორგანიზმზე — შეძლო ადამიანის გაახალგაზოდაეება.

როგორც გამოიკვია, შინაგანი სეკრეციის ყველა ორგანო გამოყოფს მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელ ნივთიერებას. ამ ნივთიერებას, სეკრეტს, ეწოდება ჰორმონი. ეს სიტყვა ბერძულია (ჰორმონ) და ნიშნავს ვაგზხებ, ვაზარებ.

შინაგანი სეკრეციის ორგანოები მჭიდროდაა ერთმანეთთან დაკავშირებული — ერთი რომელიმე მათგანის მოშლილობა არაიშვიათად იწვევს სხვათა მოშლილობას, რის გამოც, გარდა მონოგლანდულარული მოშლილობებისა, ვარჩევთ პოლი, ანუ პლურეგლანდულარულ მოშლილობებს.

შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების ურთიერთმოქმედება, ანუ კორელაცია გამოიხატება მოქმედების ან შეფერხებაში, ან აგზნებაში.

შინაგანი სეკრეციის ჯირკვალთა დაავადების დროს ადგილი აქვს მის ჰიპერფუნქციას ან ჰიპოფუნქციას, ან კიდევ ფუნქციის სრულ შეწყვეტას.

შინაგანი სეკრეციის ორგანოებს ეკუთვნის ფარისებრი და პარათარისებრი ჯირკვლები, თიმუსი, ებიფიზი, ჰიპოფიზი, თირკმელზედა ჯირკვლები, კუპქვემა ჯირკვალი, სარქვეე ჯირკვლები, სასქესო ჯირკვლები და პლაცენტა.

შინაგანი სეკრეციის სათუო ორგანოებია ღვიძლი, ელენთა, თირკმლები, სანერწყვეე ჯირკვლები, საშვილოსნო და სხვ.

## საკვერცხე

საკვერცხეს აქვს ორი ფუნქცია: ევგეტატიური — ჰორმონების გამომუშავების და გენერატიული — კვერცხუჯრედის გამოყოფის.

როგორც ანატომიური ნაწილიდან ვიცით, საკვერცხე შედგება ორი შრი-

საქმე: 1) გარეთა — პარენქიმალა (zona parenchymatosa), ანუ ქერქოვანისა გან; 2) შიგნითა — სისხლძარღვოვანი (zona vasculosa), ანუ ტვინოვანისაგან.

გარეთა პარენქიმული შრე შეიცავს პრიმორდიალურ და განვითარების სხვადასხვა სტადიაში მყოფ ფოლიკულებს, რომლებშიც მოთავსებულია კვერცხები.

სისხლძარღვოვანი, ანუ ტვინოვანი შრე მდიდარია შემაერთებული ქოვილით, რომელშიც მრავლადაა მოთავსებული სისხლძარღვები და ლიმფური ძარღვები, ნერვები და ელასტიკური ბოჭკოები.

ქერქოვან შრეში ფოლიკულებისა და მათში მოთავსებული კვერცხუჯრედების რაოდენობა დაბადებიდანვე განსაზღვრულია.

სქესობრივ მოწიფებადღე საკვერცხეში ფოლიკულები იზრდება, მაკრამ არ მწიფდება, არამედ უკუგანვითარებას, ანუ ატრეზიას განიცდის.

სქესობრივი მოწიფების დამახასიათებელი ნიშნებია ფოლიკულის მოწიფება, მასში ფოლიკულური ჰორმონის გამომუშავება და გაცდომა, კვერცხუჯრედის განთავისუფლება და გამსკდარ ფოლიკულში ყვითელი სხეულის განვითარება.

თუ საკვერცხეებს ბავშვობის ასაკში ამოკვეთთ, ე. ი. მოვახდენთ მათ კასტრაციას, მაშინ მეორადი სასქესო ნიშნები არ განვითარდება, ქალს მენსტრუალური ციკლი არ ექნება, არ ექნება არც თვიური.

თუ საკვერცხეებს სრულასაკოვან ქალს ამოკვეთთ, მაშინ დაიწყება შიგნითა სასქესო ორგანოების უკუკანვითარება, ადკილი ექნება ორკანიზმის ნაადრევ მოხუცებას — მენსტრუალური ციკლი და თვიური მოისპობა.

თუ კასტრაცია მთლიანი არ არის, ე. ი. ორკანიზმში დარჩენილია საკვერცხის პარენქიმა ან ერთი საკვერცხე, მაშინ ადკილი არ ექნება კასტრაციის მოვლენებს.

თუ კასტრირებულ ქალს გადავუნერგავთ საკვერცხეს, კასტრაციის მოვლენები ქება, საშვილოსნო, ფალოპის ლულები და საშო ნორმალური ხდება, აღდგება მენსტრუალური ციკლი და იწყება თვიური. ეს მდგომარეობა გრძელდება მანამ, სანამ გადანერგილი საკვერცხე არ შეიწოვება.

სხვათა შორის, აღსანიშნავია ისიც, რომ გადანერგვის დროს საკვერცხის პარენქიმა ადვილად ეყუება ყოველგვარ არახელსაყრელ პირობებს, შედარებით კარგად ცოცხლობს ახალ ადკილას და კარგად გადააქვს ანთებით პროცესებს.

თუ მღედრობითი სქესის დაბერებულ ცხოველს გადავუნერგავთ ახალგაზრდა საკვერცხეს, მოხდება მისი დროებითი გაჯანსაღება — „გაახალგაზრდავება“, მას ეწყება მტუნაობა.

თუ მამრობითი სქესის ახალგაზრდა კასტრირებულ ცხოველს გადავუნერგავთ საკვერცხის პარენქიმას, მას განუვითარდება არა მამრობითი სქესის არამედ მღედრობითი სქესის ნიშნები, ე. ი. მოხდება ფემინიზაცია.

თუ ორი ცხოველის (რომელთაგან ერთი კასტრირებულია) ორგანიზმებს ამა თუ იმ ზედაპირით შევზრდით ერთმანეთში რაიმე ქირურგიული საშუალებით, ადკილი ექნება ჰორმონულ მოქმედებას კასტრირებული ცხოველიდან მეორეზე — სისხლის გზით. არაკასტრირებული ცხოველის საკვერცხეებში განვითარდება მძლავრი სეკრეცია, რაც აიხსნება კასტრირებული ცხოველიდან ჰიპოფიზის გაძლიერებული მოქმედებით. ამ მოვლენას პარაბიოზი ეწოდება.

საკვერცხე გამოიშუშავებს სამ ჰორმონს — ფოლიკულურს, ანუ სექსუალურს, ყვითელი სხეულის ჰორმონს და მამაკაცის სექსუალურ ჰორმონს. მათ გარდა, სხვა ჰორმონი ჯერჯერობით ცნობილი არ არის.

**ფოლიკულური, ანუ სექსუალური ჰორმონი**

1917 წელს დადგენილ იქნა, რომ ზღვის გოჭებს საკვერცხეების ფუნქციასთან დაკავშირებით საშოში აღენიშნებათ პერიოდული ხასიათის ციკლური ცვლილებები. ასეთივე ცვლილებები აღმოაჩინეს თეთრი თავის საშოშიც. თუ თავის საკვერცხეებს ამოვეყვით, მაშინ საშოს ციკლური ცვლილებები ქრება. მაგრამ, თუ ცხოველს შევეშაპუნებთ საკვერცხის მოშფიფებული ფოლიკულის სითხეს, ციკლური ცვლილებები კვლავ წარმოიშვება დაახლოებით შემხაპუნებიდან 24 საათის შემდეგ და ქრება შემხაპუნებიდან 84 საათის შემდეგ.

ამ აღმოჩენამ დიდი გავლენა მოახდინა ქალის სექსუალური ჰორმონის შესწავლაზე. ამ რეაქციით საშუალება გვაქვს აღმოვაჩინოთ ქალის სექსუალური ჰორმონი ყოველგვარ სითხეში ან ქსოვილში, თუ კი ის იქ არის.

მწიფე ფოლიკული შეიცავს ფოლიკულური ჰორმონის დაახლოებით 8—10 თავის ერთეულს. ასე რომ, ამ სითხიდან სამკურნალო მიზნით ჰორმონის მოზადებას აზრი არა აქვს, რადგან სამკურნალოდ ერთი ადამიანისათვის საჭიროა 100 ათასიდან 250 ათასამდე თავის ერთეული.

სამაგიეროდ ორსულობის მეორე ნახევარში ქალის შარდი ამ მხრივ წარმოადგენს კარგ მასალას, რადგან ამ დროს ლიტრ შარდში ფოლიკულური ჰორმონის 10 ათასიდან 20 ათასამდე თავის ერთეულია. დიდი რაოდენობითაა ფოლიკულური ჰორმონი კვიციანი ფაშატი ცხენის შარდში — 1 ლიტრში 100 000 თავის ერთეული და მეტიც და კიდევ უფრო მეტი მამალი კვიცის შარდში.

ამყამად ფოლიკულინს ორსული ცხენის შარდისგან ამზადებენ. ფოლიკულური ჰორმონის იდენტური პრეპარატები სინთეზურადაა მიღებული სინესტროლის, დიეთილსტილბესტროლის სახით და სხვ.

ფოლიკულური ჰორმონის გამოყენება შეიძლება საშვილოსნოს კუნთების განუეითარებლობის დროს და მის შედეგად განუეითარებული მოვლენების შემთხვევაში, როგორცაა, მაგალითად, დისმენორეა, სტერილობა და სხვ., აგრეთვე მენსტრუალური ციკლის მოშლილობის შემთხვევებში (იხ. მენსტრუალური ციკლი).

ფოლიკულინის, ანუ ესტროგენული ჰორმონის რაოდენობა გამოიხატება თავის ერთეულებით, საერთაშორისო ერთეულებით, გამებით და მილიგრამობით.

ერთი თავის ერთეული ეწოდება ქალის სექსუალური ჰორმონის იმ მინიმალურ რაოდენობას, რომელიც იწვევს კასტრირებული თეთრი თავის მძუნაობას და ამასთან დაკავშირებულ საშოს ლორწოვანი გარსის ცვლილებებს.

თეთრი თავისა და საერთოდ მღრღნელებს მძუნაობის დამადასტურებელია საშოდან აღებულ ნაცხში უბირთეო, გარქავებული ეპითელის არსებობა.

გარდა ფოლიკულური სითხისა, ქალის სექსუალური ჰორმონი გამოყოფილ იქნა არაორსულ ქალთა ექსკრეტებში, ახ.ლ. შობილთა შარდში, ორსულთა და არაორსულთა სისხლში, პლაცენტაში და სხვ.

ჩვენ ეს ჰორმონი შევისწავლეთ ფიზიოლოგიური მენტრუალური ციკლისა და მისი მოშლილობის შემთხვევებში. შინაგანი სეკრეციის დროებით ორგანოში — პლაცენტაში დიდი რაოდენობითაა ოვარიალური ჰორმონი.

ქალის სექსუალური ჰორმონი ჩვენ აღმოვაჩინეთ აგრეთვე მამაკაცის ექსკრეტებში და მოხუცებული ქალის ორგანიზმში — გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსივნის განვითარების დროს.

ქალის სექსუალური ჰორმონი იწვევს საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის პროლიფერაციას — მენტრუალური ციკლის პირველ ნახევარში, საშვილოსნოს კუნთების ბოჭკოების ზრდას, მიდრეკილებას ახალი ბოჭკოების წარმოშობისადმი\*, ინფანტილური ცხოველის ძუძუების ზრდას და სხვ.

ფოლიკულური ჰორმონის

ხანგრძლივი შემზაბუნება იწვევს მამრობითი სქესის ახალგაზრდა ცხოველის სასქესო ჯირკვლის ზრდის შეფერხებას. ამრიგად, იგი ანტიმასკულინია. ფოლიკულური ჰორმონის შემზაბუნება საკვერცხეებზე არავითარ გავლენას არ ახდენს.

ფოლიკულური ჰორმონი კარგად იტანს ტემპერატურას. ექსკრეტებიდან ამ ჰორმონის გამოსაყოფად ჩვენ გვიხდებოდა დიდი ტემპერატურის გამოყენება, მაგრამ ჰორმონი მუდამ უცვლელი რჩებოდა.

წყალში გახსნილი ჰორმონი იტანს 250°-მდე ტემპერატურას და 40 ატმოსფერულ წნევას. იგი კარგად იტანს აგრეთვე მჟავებსა და ტუტეებს. კუჭისა და კვებულება ფერმენტები ვერ შლის მას. ფოლიკულის ჰორმონი ამჟამად კრისტალების სახითაც მოკვებოვება.

თანამედროვე საშუალებებით ფოლიკულური ჰორმონი ქალის სქესობრივ მოწიფებამდე იშვიათად შეიძლება აღმოვაჩინოთ მის ექსკრეტებსა და სისხლში.

\* პ. შ. შ. ა. ა., ქალის ჰორმონალური სექსუალური ციკლი და მისი მოშლილობა.

ში, სქესობრივი მომწიფების შემდეგ კი მთელი მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში მას ეხედებით როგორც ექსკრეტებში, ისე სისხლშიც.

ჩვენი კლინიკის გამოკვლევების საფუძველზე ექსპერიმენტულად დადასტურდა, რომ სქესობრივ მომწიფებამდე აღრილი აქვს ფოლიკულური ჰორმონის გავლენას საშვილოსნოზე (მ. პაიტაშვილი). ღრმა მოხუცებულობის პერიოდში ქალის ორგანიზმში აო აღინიშნება ფოლიკულური ჰორმონი, თუ არ წაიშლინება ე. წ. გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსივნე.

გამორკვეა, რომ ფოლიკულური ჰორმონის რაოდენობაზე, მის გამოშვებაზე და ორგანიზმიდან განაყოფაზე დამოკიდებულია მენსტრუალური ციკლის ნორმალური მიმდინარეობა და მოშლილობა.

### ყვითელი სხეულის ჰორმონი (Progesteron)

გარდა ფოლიკულური ჰორმონისა, საკვერცხეში აღმოჩენილია ყვითელი სხეულის ჰორმონიც.

მე-14 — 16 დღეს სკდება მომწიფებული ფოლიკული და კვერცხუჯრედი გარეთ გამოდის, გაშლადი ფოლიკული ვითარდება ყვითელი სხეული (corpus luteum), რომელიც იმუშავებს ლუთეოჰორმონს. ფოლიკულის გასკდომითა და მისი კედლის შექუხებით მარცვლოვანი უჯრედები ერთმეორეს უახლოვდება, რის შემდეგ სწრაფად განიცდის ჰიპერტროფიას. ამ დროისათვის ფოლიკულის მოსახლეე მემბრანა გაშსკდარია, ხოლო theca interna-ს კაპილარები — დახეტილი. ახალგაზრდა შემავითებელი ქსოვილი და სისხლძარღვები მიიპოთება რადიალურად — გრანულოზური უჯრედებისაკენ. უჯრედები მატულობს სიდიდენი, მათი ბირთვი კი პატარაა. თუ კვერცხუჯრედმა სიცოცხლის უკანასკნელ დღეებში არ მოასწრო განაყოფიერება, ყვითელი სხეული დაიწყებს უკუგანჯთავობას მენსტრუალური ციკლის დაახლოებით 26 — 27-ე დღეს.

ყვითელი სხეულის ასაკი გამოიცნობა შემავითებელი ქსოვილის, ჩაქცეული სისხლისა და მარცვლოვანი უჯრედების ორგანიზაციისა და ვასკულარიზაციის სიძლიერით. ამის შემდეგ იწყება შემავითებელი ქსოვილის გამოავლება.

კვერცხის გაუნაყოფიერებლობისა და სიკვდილის შემდეგ ყვითელი სხეული იწყებს უკუგანჯთავობას. ყვითელი სხეულის სიდიდე თანდათან მცირდება, ისე რომ ექვსი კვირის შემდეგ მისი დანაცვა შეიძლება მხოლოდ მიკროსკოპის საშუალებით, შვიდი კვირის შემდეგ კი იგი სრულიად ქრება.

თუ განაყოფიერება მოხდა, მაშინ ყვითელი სხეული მეთხე თვემდე განაგრძობს არსებობას. ამკვარად, ყვითელი სხეულის სახით ვითარდება დროებითი შინაგანი სეკრეციის ორგანო, რომელიც გამოიმუშავებს ლუთეოჰორმონს და ფოლიკულური ჰორმონისაგან პროლიფერირებული საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის უჯრედებში იწყებს სეკრეტორული ფაზის განვითარებას.

ლუთეოჰორმონი მგრძობიარეა ტემპერატურის მიმართ. 70 — 80° ტემპერატურაზე იკი ისობა, ასევე ვერ იტანს იგი მყავებს. მაკალითად, კუქის წვენი მას შლის.

თუ ფოლიკულური ჰორმონის პრეპარატები შეიძლება ვიხმაროთ დასალევად, ლუთეოჰორმონი იხმარება მხოლოდ კანქვეშ, სუბლინგუალურად და per rectum.

ლუთეოპორმონის რაოდენობა გავიზატულია კურდლის ერთეულებით და მილიგრამობით. ერთი კურდლის ერთეული ეწოდება ლუთეოპორმონის იმ უმცირეს რაოდენობას, რომელიც იწვევს კასტრირებული კურდლის ფოლიკულური ჰორმონით პროლიფერირებული საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის სეკრეციას.

როგორც ვიცით, თვიურის დროს ადგილი აქვს საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ფუნქციური შრის დეკვიამაციას, სრულ მოცილებას. მისი აღდგენისათვის საჭიროა ფოლიკულური ჰორმონის 250 000 თავის ერთეული.

პროლიფერირებული ლორწოვანი გარსის ჯირკვლების სეკრეტორულ ფაზაში გადასაყვანად საჭიროა ლუთეოპორმონი დაახლოებით 30—50 კურდლის ერთეულამდე. როგორც ვთქვით, საკვერცხე გამოიმუშავებს აგრეთვე შედარებით მცირე რაოდენობით მამაკაცის სექსუალურ ჰორმონს, რომელსაც ვხმარობთ ფუნქციური სისხლდენების სამკურნალოდ.

### ინტეგსტივიალური ჯირკვალი

საკვერცხეში ყველა მოზარდი ფოლიკული მომწიფების სტადიას ვერ აღწევს. ბევრი მათგანი განიცდის უკუგანვითარებას — ატრეზიას კვერცხი კი ილუბება და ფოლიკულური სითხე შეიწოვება. Theca interna-დან ვითარდება შემაერთებელი ქსოვილი, რომელიც განიცდის ჰიალინიზაციას. ასეთი ატრეზიული ფოლიკულიდან ჩნდება პატარა, კრიალასხეული — corpus albicans, რომელიც საკვერცხეში დიდხანს რჩება.

ზოგი სპეციალისტი ასეთ სხეულს უწოდებს ინტერსტიციალურ ჯირკვალს და მას შინაგანი სეკრეციის უნარს მიაწერს, რაც ჩვენი აზრით, არ არის სწორი.

საკვერცხეების განვითარებაში გვხვდება ზოგი სახის ანომალია, მათზე დამოკიდებულია ქალის სასქესო ორგანოების როგორც განვითარების სიმახინჯეები, ისე ფუნქციის მოშლილობა, რომელთაც ქვემოთ განვიხილავთ.

### ჰერმადრომიტიზმი

ადამიანის ორგანიზმში იშვიათად, მაკრამ მაინც შეიძლება ერთდროულად არსებობდეს მდებრობითი და მამრობითი სასქესო ჯირკვლები ან ერთსა და იმავე სასქესო ჯირკვალში შეიძლება იყოს მდებრობითი და მამრობითი სასქესო ჯირკვლების პაოენქიზმა. ასეთ შემთხვევებში ადამიანი როგორც გარეგანი შესახედაობით, ისე სასქესო ნივთების მიხედვით ორივე სქესს ემსგავსება. ეს არის ეკტოჰორმონული ნამდვილი ჰერმადრომიტიზმი.

ერთ ჰერმადრომიტიზმის დროს გარეთა სასქესო ორგანოები არ არის ამა თუ იმ სქესისათვის გარკვეულად ჩამოყალიბებული — ჰგავს პენისსაც და კლიტორსაც, დიდ სასქესო ბაგეებსაც და სკოტუმსაც. ორგანიზმში კი არსებობს ცუდად განვითარებული გარკვეული სქესის ჯირკვალი. ასეთ პირობებში სასქესო ჯირკვლის სთანადო ფუნქციას არ ექნება ადგილი, მენსტრუალური ციკლი და მენსტრუაცია არ განვითარდება.

### ინფანტილიზმი

ინფანტილიზმი შეიძლება იყოს ზოგადი და ადგილობრივი.

თუ ადრეულ ასაკში მოხდება მთელი ორგანიზმის განვითარების შეფერხება, მაშინ საქმე გვაქვს ზოგად ინფანტილიზმთან. თუ ინფანტილიზმი

რომელიმე ერთ ორგანოს ახასიათებს, მაშინ ეს იქნება ადგილობრივი ინფანტილიზმი.

ხშირად გვხვდება სასქესო ორგანოების ინფანტილიზმი, რაც გამოწვეულია საკვერცხეების არასაკმარის განვითარებითა და მათი ფუნქციის დაქვეითებით. ამ ანომალიის დროს ქალის სექსუალური პორმონის რაოდენობა მცირეა, მაგრამ მენსტრუალური ციკლი და მენსტრუაცია მაინც ვითარდება.

### ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება (Pubertas praecox)

არის შემთხვევები, როდესაც საკვერცხეები ნაადრევად დაიწყებს მოქმედებას, რის გამო ვითარდება მეორადი სასქესო ნიშნები, ვითარდება მენსტრუალური ციკლი და იწყება მენსტრუაცია.

ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების გამომწვევი მიზეზია საკვერცხის, თირკმელზედა ჯირკვლისა და სხვა შინაგანი სეკრეციის ორგანოების სიმსივნეები.

ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების დროს აღწერილია ორსულობა ნწლის ასაკში. სიმსივნის ამოკვეთის შემდეგ მეორადი სასქესო ნიშნები ქრება და ბავშვი ნორმალურად იწყებს განვითარებას. ჩვენს კვლევაში გვქონდა შემთხვევა, როდესაც 4 თვის ძუძუმწოვარა ბავშვს მენსტრუაცია დაეწყო და მოდიოდა რეგულარულად.

### ტვინის დანამატი (hypophysis cerebri)

1927 წელს ცონდემმა და ევანსმა ტვინის დანამატის წინა ნაწილში აღმოაჩინეს პორმონი, რომელიც განაგებს საკვერცხეების ფუნქციას. ამ პორმონს ცონდემმა პროლანტი უწოდა. ცონდემის აზრით, ჰიპოფიზი სექსუალური ფუნქციის მოტორია.

თუ პროლანტი შეეუშნაბუნებო ინფანტილურ ცხოველს, მაგალითად, თეთრ თავს, მივიღებთ ცხოველის ნაადრევ სქესობრივ მომწიფებას, მის საკვერცხეში ფოლიკულების ზრდა-მომწიფებას და ატრეზიული ყვითელი სხეულის წაოპოშობას.

მომწიფებულ ფოლიკულში, რომელიც შეიცავს ოვარიალურ პორმონს, თავის მხრივ, მოქმედებს საშვილოსნოსა და საშოზე, იწვევს მათი კუნთებისა და ლორწოვანი გარსის ზრდას, აგრეთვე საშოს ეპითელის პროლიფერაციასა და შოლენის წარმოშობას.

თუ რეაქციის მიღების შემდეგ პროლანტის შენახულებას შეეწყვეტთ, ინფანტილური ცხოველის სასქესო ორგანოები უბრუნდება პირვანდელ მდგომარეობას და თეთრი თავი განვითარებას იწყებს ისე, როგორც სხვა საკონტროლო ცხოველი.

ინფანტილური ცხოველის საკვერცხეების ნაადრევი მომწიფება არის ამა თუ იმ სითხეში ტვინის დანამატის წინა ნაწილის პორმონის აღსებობის დამამტკიცებელი ბიოლოგიური რეაქცია.

ერთი თავის ერთეული ეწოდება პროლანტის იმ უმცირეს რაოდენობას, რომელიც იწვევს ინფანტილური თეთრი თავის ნაადრევ სქესობრივ მომწიფებას და ყვითელი სხეულის წარმოშობას.

პროლანტი მოქმედებს მამრობითი ცხოველის სასქესო ორგანოებზეც. თუ მამრობითი სქესის ცხოველს გადაუწერგავთ ჰიპოფიზს, არა-

ვითარ შედეგს არ მივიღებთ. სამაგიეროდ, თუ მას შევეუშაბუნებთ წყალში ვახსნილ პოლანს, მაშინ მივიღებთ დანამატისა და სათესლე ბუშტუკების თვალსაჩინო ზრდას.

პროლანი ტემპერატურისადმი მეტად მგრძობიარეა, 70° ტემპერატურაზე იგი იშლება. კუჭისა და კუჭკვეშა ფერმენტები მას ადვილად შლის. ამიტომ არავითარი აზრი არა აქვს სამკურნალო მიზნით მის ხმარებას *per os*. პროლანი შეიძლება ვიხმაროთ კანკვეშ. მაგრამ, რადგან წყალში ვახსნილი მალე იშლება, მას მშრალი ფხვნილის სახით ამზადებენ. საკვიროების შემთხვევაში შეიძლება შეშაბუნების წინ მისი გახსნა სითხეში.

პოლანს ენახულობთ თვით ჰიპოფიზში ორსულობის პირველი დღიდანვე. იგი დიდი რაოდენობით გვხვდება ორსულთა შარდში, პლაცენტაში, შეღავებით მცირე რაოდენობითაა სისხლში და სხვ.

ორსულობის დროს შარდში პროლანის დიდი რაოდენებით არსებობის საფუძველზე შეიძლება ორსულობის ადრეული გამოცნობა — პირველი დღიდანვე. თუ ორსული ქალის შარდს შევეუშაბუნებთ ინფანტილურ თეთრ თავგებს, მივიღებთ მათი საკვერცხეების ნაადრევ მომწიფებას. ორსულობის დასაწყისში პროლანის რაოდენობა 1 ლიტრ შარდში 5000 თავგის ერთეულამდე აღწევს.

ცონდეის აზრით, პროლანი შეიცავს ორ ფრაქციას — A და B. A-პროლანი, ცონდეის აზრით, იწვევს ფოლიკულის მომწიფებას, ე. ი. ფოლიკულური ჰორმონის წარმოშობასა და ოვეულაციას. B-პროლანი კი იწვევს განსკდარი ფოლიკულის ლუთინიზაციას, ყვითელი სხეულის განვითარებას.

ზოგა ავტორი უარყოფს ამ ფრაქციების არსებობას და ფიქრობს, რომ ასეთი მოქმედება დამოკიდებულია მხოლოდ პროლანის რაოდენობაზე.

ტენის დანამატის წინა ნაწილი, გარდა პროლანისა, შეიცავს კიდევ სხვა სახის ჰორმონსაც, როგორცაა, მაგალითად შარდის ჰორმონი, თირეოტროპული ჰორმონი და სხვ. ტენის დანამატის უკანა ნაწილი კი შეიცავს საზეილოსნოს შემკუმშავ ჰორმონს — პიტუიტრინს, რომელიც აგრეთვე იწვევს სისხლის წნევის მომატებას.

პროლანი გონადოტროპული ჰორმონია, მაგრამ არასპეციფიკური. ოვარიალური ჰორმონი კი სპეციფიკური სექსუალური ჰორმონია.

თუ ახალგაზრდა ცხოველს ჰიპოფიზს ამოვკვეთთ, მაშინ იგი სქესობრივად აღარ მომწიფდება. თუ სქესობრივად მომწიფებულ ცხოველს ჰიპოფიზს ამოვკვეთთ, მაშინ მოხდება სასქესო ორგანოების ატროფია, ფოლიკულები აღარ გაიზრდება. ამრიგად, ტენის დანამატის წინა ნაწილი მოქმედებს საკვერცხეების ფუნქციაზე — უფრო აქტიურს ხდის მას.

პროლანის გავლენით საკვერცხეები, თავის მხრივ, იმუშავენ სექსუალურ ჰორმონს, რომელიც მოქმედებს საზეილოსნოზე.

პროლანს ვიყენებთ საკვერცხეების ფუნქციის დაქვეითების ან მათი სუსტი განვითარების დროს.

საკვერცხეების ფუნქციის დაქვეითებას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ორგანიზმის როგორც ზოგადო, ისე ადგილობრივი დაავადების დროს. რაც შეეხება საკვერცხეების სუსტ განვითარებას, იგი გვხვდება როგორც ზოგადი, ისე ადგილობრივი და გენიტალური ინფანტილიზმის დროს (იხ. თავი — მენსტრუალური ციკლი და მისი მოშლილობა).



კარცინომის დროს  $\Delta$  პროლანი შარდში ხშირად თითქმის ათჯერ მეტად რაოდენობითაა, ვიდრე ნორმალურ პირობებში. ასევე დიდი რაოდენობითაა იგი ქორიონეპითელიომისა, გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსივნის დროს და სხვ.  $\Delta$  პროლანი დიდი რაოდენობით გვხვდება ოპერაციული კასტრაციიდან დაახლოებით ათი დღის შემდეგ. რენტგენით კასტრაციის შემთხვევაში კი მისი რაოდენობა უფრო გვიან მატულობს.

კლმაქტერიუმის დასასრულს და მოხუცებულობის პერიოდში, ე. ო. მაშინ, როდესაც საკვერცხეები განიცდის ფიზიოლოგიურ უკუგანვითარებას, პროლანის (განსაკუთრებით  $\Delta$  პროლანის) რაოდენობა შარდში მატულობს. ეს აიხსნება იმით, რომ პროლანი საკვერცხეებს უკვე აღარ ხმარდება. პროლანის გამოყოფა შეიძლება გაგრძელდეს ღრმა მოხუცებულობამდე.

ორსულობის პირველ ნახევარში, როგორც ვთქვით, პროლანის რაოდენობა 1 ლიტრ შარდში დაახლოებით 5 ათასამდე თავისი ერთეულს აღწევს, ორსულობის მეორე ნახევარში მისი რაოდენობა კლებულობს. სამაგიეროდ ძლიერდება ფოლიკულური ჰორმონის ორგანიზმიდან გამოყოფა.

პროლანი შეიძლება გამოვიყენოთ როგორც მსუბუქი, ისე მძიმე ამნორეის დროს, სისხლდენის დროს — თუ ქალი მოხუცებული არ არის (ჰემორაგიული მეტროპათია), ინფანტილიზმის შემთხვევაში და სხვ.

### ჰიპოფიზური კახეზისია

ჰიპოფიზის ფუნქციის მოშლილობებიდან აღსანიშნავია ჰიპოფიზური კახეზისია. ამ დაავადების დროს ადვილი აქვს ჰიპოფიზის ფიბროზულ გადაგვარებას, მენსტრუალური ციკლი გამოვადინილია. არ აღინიშნება თმიანობა გარეთა სასქესო ორგანოებზე და ილიის ფოსოში. დამახასიათებელია საერთო კახეზისია და მოხუცებულობის ნიშნების არსებობა.

### ჰიპოფიზური მასუძმბა (Dystrophia adiposogenitalis)

ამ დაავადების დროს ტვინში არის სიმსივნე, რომელიც აწევა ჰიპოფიზს. დაავადება ზოგჯერ ძლიერ ახალგაზრდა ასაკში იწყება. ამ დროს თვიური აღარ ვითარდება. არ ვითარდება თმიანობაც. თუ დაავადება უფრო მოგვიანებით განვითარდა, მაშინ მენსტრუალური ციკლის მიმდინარეობა ირღვევა და ბოლოს იგი ქრება კიდევ. ცხიმი არაჩვეულებრივად მატულობს გულმკერდსა, მუცელსა და ბარძაყებზე. ავადმყოფი გრძნობს დაღლილობას, მიუხედავად ნორმალური ძილისა, მას მაინც ეძინება და სხვ.

დაავადება დიდხანს გრძელდება. ზოგჯერ ავადმყოფი მალე იღუპება.

### აკრომეგალია (acromegalia)

ამ დაავადების დროს უნდა არსებობდეს ჰიპოფიზის ჰიპერფუნქცია. მისი დამახასიათებელია მოთენთილობა, აპათია, თავის ტკივილი, ქვედა ყბის, ცხვირის, ტუჩების, ყურების და საერთოდ მთელი სახის დამახინჯებული გადიდება. ადვილი აქვს მენსტრუალური ციკლის მოშლილობას, ზოგჯერ კი იგი სრულიად გამოვარდნილია.

დაავადება გვხვდება სრულასაკოვან ადამიანებში.

## ბიზანტური ზრდა

ამ დაავადების დროსაც დამახასიათებელია მენსტრუალური ციკლის მოშლილობა, მისი ვაჰოვარდნა, სასქესო ორგანოების ცუდი განვითარება. საშვილოსნო ძლიერ პატარაა.

საერთოდ სხეულის ყველა კუნთი სუსტად არის განვითარებული. ჰიპოფიზი აორთქელებოივად აოის გადიდებული. ფარისებრი ჯირკვლი ზოგიერთ შემთხვევაში გადიდებულია, ზოგჯერ კი — დაპატარავებული.

### ფარისებრი ჯირკვალი (glandula thyroidea)

მენსტრუალური ციკლის მიჰდინარეობასა და მოწესრიგებაში ფარისებრი ჯირკვალს შინაგანი სეკოეციის ორგანოებს შორის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს.

სქესობრივ მომწიფებასთან დაკავშირებით, როდესაც ვითარდება საკვერცხეების ფუნქცია, ფარისებრი ჯირკვალი თვალსაჩინოდ დიდდება. ასეთივე გადიდება ემჩნევა მას პრემენსტრუალურ ხანაში და ორსულობის დროს. კასტრაციის შედეგად ფარისებრი ჯირკვალი მოცულობაში ძლიერ კლებულობს. ჩვეულებრივ აბორტის ეტიოლოგიაში ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის მოშლილობას დიდი მნიშვნელობა აქვს.

ცნობილია ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის მოშლილობის შემდეგი სახეები.

#### ბაზილოვის დაავადება

ფარისებრი ჯირკვალი გამოყოფს ჰორმონს, რომელსაც თირეოიდინი ეწოდება.

საერთოდ ყოველი ორგანოს ფუნქციის მოშლილობა იწვევს გარკვეულ დაავადებას. ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის მოშლილობასაც თან სდევს განსაზღვრული სახის დაავადება. ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერფუნქცია იწვევს დაავადებას, რომელსაც ბაზილოვის დაავადება ეწოდება. იგი ხასიათდება ტრიადით — გადმოკაკლული თვალები, ჩიყვი, ტაქიკარდია.

#### მიქსედემა (myxoedema)

მიქსედემის დროს ადვილი აქვს ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპოფუნქცია.

მიქსედემა ვითარდება ფარისებრი ჯირკვლის თავიდანვე განუვითარებლობის გამო ან მისი შემდგომი გადაგვარების შედეგად.

დაავადება ხასიათდება ლორწოვანის შემუშებით, კანის სისველითა და გაუქნებებით, გულის მოქმედების შესუსტებით, დაბალი ტემპერატურით სხის ცუდი გამომეტყველებით და სხე.

#### ენდოკრინული კრეტინიზმი (cretinismus)

კრეტინიზმის დროს ადვილი აქვს ფარისებრი ჯირკვლის გადაგვარებას ჩიხვად ან მისი ნეკროზის სიდიდენი, ატროფიას. ორივე შემთხვევაში აღინიშნება ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპოფუნქცია.

დაავადების ენდემური გავრცელების მიზეზად ასახელებენ იოდის ნაკლებობას სასმელ წყალში. ენდემური კრეტინიზმი გავრცელებულია სუანეთში. იგი კარგად აქვს შესწავლილი ს. ასლანიშვილს. მისი მონაცემების მიხედვით, თუ ჩიყვიან ადგილებში ჯანსაღი რაიონების წყალს იხმარებენ, დაავადება იკურნება.

ბაზედოვის დაავადების, მიქსედემისა და კრეტინიზმის დროს, როგორც ვთქვით, ადგილი აქვს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის მოშლას. მოშლილია მენსტრუალური ციკლი, ძლიერ ხშირად აღინიშნება ამენორეა. არ არის იშვიათი მენორაგიული ხასიათის სისხლდენაც. ამ შემთხვევაში მენსტრუალური ციკლის მოშლილობის მკურნალობა არ უნდა ჩაატაროთ აღნიშნულ (ძირითად) დაავადებათა მკურნალობის გარეშე.

## პარაფარისებრი ჯირკვლები, ეპითელური სხეულები

(*glandulae parathyreoidea*)

პარაფარისებრი ჯირკვლებსა და საკვერცხეებს შორის უნდა არსებობდეს განსაზღვრული კავშირი. პარაფარისებრი ჯირკვლების ამოკვეთა იწვევს სისხლში კალციუმის მარილების რაოდენობის მკვეთრ შემცირებას და კრუნჩხვის განვითარებას. მათი სრული ამოკვეთის შედეგად კი ადგილი აქვს სიკვდილს.

ეპითელური სხეულები მოცულობით პატარაა — დაახლოებით მუხუდოს მარცვლის სიდიდის და წყვილადაა მოთავსებული ფარისებრი ჯირკვლის ზევით და ქვევით. ეპითელური სხეულები იმუშავებს ჰორმონს, რომელსაც პარათიროიდინი ეწოდება.

თუ ცხოველს ამოუკვეთავენ ეპითელურ სხეულს, განვითარდება კრუნჩხვები. მაგრამ, თუ მას შევეუხაპუნებთ პარათიროიდინს, მაშინ კრუნჩხვები წყდება და ცხოველი განაგობს სიცოცხლეს.

ორსულობის დროსაც ხშირად აქვს ადგილი კუნთების, განსაკუთრებით სახისა და ქვედა კიდურების კუნთების კრუნჩხვითის შეკუმშვას.

საერთოდ, ორსულობის დროს კუნთის აგზნებულობა მომატებულია, რაც გამოწვეული უნდა იყოს იმით, რომ ორსულობის დროს ორგანიზმი გაძლიერებული რაოდენობით საჭიროებს პარათიროიდული ჯირკვლების ჰორმონს.

## თირკმელზედა ჯირკვალი (*glandulae suprarenalis*)

მენსტრუალური ციკლისა და განაყოფიერებული კვერცხის ზრდა-განვითარებაში თირკმელზედა ჯირკვლებს აუცილებლად დიდი მნიშვნელობა აქვს.

ორსულობის დროს თირკმელზედა ჯირკვლის როგორც ქერქოვანი, ისე ტვინოვანი შრე ძლიერ იზრდება და ხდება ლიპოიდების კაობი დაგროვება, რაც დამოკიდებული უნდა იყოს პლაცენტის მიერ გამოშვებული ფოლიკულური ჰორმონის დიდი რაოდენობით არსებობაზე.

თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითებას, ხშირად თან სდევს სასქესო აპარატის ჰიპოპლაზია, ფოლიკულებების რაოდენობის შემცირება, მათი ზრდის შეფერხება და ყვითელი სხეულის განუვითარებლობა. თირკმელზედა

ჯირკვლის მთლიანად ამოკვეთის შედეგად ცხოველი იღუპება კუნთების სისუსტით, ტუბერკულოზის დაქვეითებითა და კარუნსებებით (ბოკომოლეცი, სერდიუკოვი, ზავიალოვი).

ღიდი მორფოლოგიური მსკავებაა თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრის ეპითელიურ ელემენტებსა და ყვითელი სხეულის უჯრედებს შორის (სერდიაუკოვი, პოდფისოცი).

თირკმელზედა ჯირკვლისა და სასქესო ჯირკვლის პორმონები ქიმიურად ახლოს დვას ერთმანეთთან. პროექტერონს იმუშავებს როგორც საკვერცხის ყვითელი სხეული, ისე თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრე.

თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვან ნაწილში სამ შრეს ვარჩევთ: 1) გარეთა, ანუ გორგლოვან ზონას; 2) კონოვან შრეს; 3) ბადისებრ ზონას.

ესტროგენების ორგანიზმში შეყვანის შედეგად ხდება ქერქოვანი შრის ჰიპერტროფია. ანდროგენები, პირიქით, იწვევს მისი სისქის შემცირებას.

ქალის ორგანიზმში თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრე იმუშავებს ანდროგენებსაც, მაგალითად, 17 კეტოსტეროიდს. ის იმუშავებს აკრეთვე დეზოქსიკორტიკოსტერონს, რომელსაც აქვს სუსტი პოოესტერონული, ესტროგენული და ანდროგენული მოქმედება.

ზოგი ავტორის მიხედვით, თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრიდან 28 სხვადასხვა შენაერთია გამოყოფილი.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ სასქესო აპარატის ანომალიის შემთხვევებში, მაგალითად, ჰერმაფროდიტიზმის დროს, დიდ ცვლილებებს აქვს ადგილი თირკმელზედა ჯირკვლის მხრივ. თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრიდან აქვამად უკვე ცნობილია პოომონი, რომელსაც ინტერრენინი ანუ კორტინი ეწოდება. კორტინის შესაბუნებისას სისხლის წნევა ქვეითდება. 1933 წელს ქერქოვანი შრიდან გამოყვეს აკრეთვე ნივთიერება, რომელსაც კორტილაქტინი ეწოდება: ის იწვევს ლაქტაციის გაძლიერებას. თირკმელზედა ჯირკვლის ტინოვანი შრიდან მიღებულია კრისტალური ნივთიერება, რომელიც იწვევს სისხლის წნევის მომატებას და რომელსაც ადრენალინი ეწოდება. ქერქოვან შრეს, როგორც ეს მოავალი ცდის საფუძველზეა დამტკიცებული, დიდი მნიშვნელობა აქვს აკრეთვე შესამების განეიტოალების საქმეში.

თირკმელზედა ჯირკვლის დაავადებათა შორის აღსანიშნავია ადისონის დაავადება, რომლის განვითარების ეტიოლოგიაში მთავარია ტუბერკულოზი, აკრეთვე სხვა პათოლოგიური პროცესები, ზოგჯერ ლუესური ინფექცია.

დაავადებას ახასიათებს კანისა და ლორწოვანი გარსების ბრინჯაოსფერი პიგმენტაცია, სისხლის წნევის დაქვეითება, ძლიერი საერთო სისუსტე და სხე. მენტრუალური ციკლი მოშლილია. ადგილი აქვს ამენორეას, უშვილობას, მეცლის მოწყვეტას, ნადრევე ნშობიარობას და სხე.

ოქსელობის დროს სახეზე, თეთრი ზაზის მიმართულებით, საშოს ლორწოვან გარსზე და სხვა ადგილებში ჩნდება დაახლოებით ადისონის დაავადებისათვის დამახასიათებელი პიგმენტაცია, რაც თირკმელზედა ჯირკვლის გაძლიერებული ფუნქციით უნდა იყოს გამოწვეული.

## მეირღუქანა ჯირკვალნი (thymus)

თიმუსი ასაკთან დაკავშირებით დიდ ცვალებადობას განიცდის. ის ყველაზე უფრო მეტად ვითარდება ბავშვობის პერიოდში, იზრდება სქესობრივ მომწიფებამდე. შემდეგ კი თანდათან მცირდება. საკვერცხეების განვითარება და ღუნქვია აქვეითებს თიმუსის მოქმედებას და იწვევს მის უკუგანვითარებას, თუმცა იგი არასოდეს სავსებით არ ქრება.

აღსანიშნავია პერსისტული თიმუსი (status thymicolymphaticus). ამ დროს თიმუსის უკუანვითარება არ ხდება და ადვილი აქვს ლიმფური აპარატის ჰიპერპლაზიას. ასეთი ავადმყოფები განსაკუთრებით მკარნობიარე არიან ქლოროფორმისა და საერთოდ ნარკოზისადმი. სანარკოზე ნივთიერების პირველმა წვეთებმა შეიძლება სიკვდილი გამოიწვიოს. პერსისტული თიმუსის დროს ქალები უფრო ხშირად სტერილური არიან. ორსულობა და საკვერცხეების გადანეოგვა ამ ორგანოს კიდევ უფრო აპატარავენს.

## სარძევე ჯირკვლები (mammae)

სარძევე ჯირკვლების ზრდა იწყება სქესობრივ მოწიფებამდე დაახლოებით ორი წლით ადრე. სქესობრივ მომწიფებასთან ერთად ისინი კიდევ უფრო იზრდებიან. მათი ზოდა ხდება შემადერთებელი ქსოვილისა და ცხიმის დაგროვების ხარჯზე.

ორსულობასთან დაკავშირებით ჯირკვლოვანი ნაწლი ინტენსიურად მრავლდება. მიუხედავად ჯირკვლების ეპითელის გამზავლებისა, ორსულობის დროს მათ ნამდვილ სეკრეციას არა აქვს ადვილი. სარძევე ჯირკვლების სეკრეციას აფერხებს პლაცენტის მიერ გამოთუშეული ესტროგენული ჰორმონები. პლაცენტის გამოძევების შემდეგ იწყება სარძევე ჯირკვლების ნამდვილი სეკრეცია.

სარძევე ჯირკვლებს აქვთ გარეკანი და შინაგანი სეკრეციის უნარი. გარეკანი სეკრეცია — ეს არის რძის გამოყოფა. შინაგანი სეკრეცია კი მამინის გამოთუშეება, რომელიც ჯერჯერობით არ არის ცნობილი ნამდვილ ჰორმონად და რომელიც უნდა იწვევდეს საშვილოსნოს კუნთების უკუგანვითარებას (იხმარება საშვილოსნოს ფიბრომიომის დროს).

## პლაცენტა (placenta)

ამჟამად დამტკიცებულია, რომ პლაცენტა შინაგანი სეკრეციის ორგანოა. დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს აგრეთვე ის, რომ პლაცენტა იმუშავებს ფოლიკულურ, ყუითელი სხეულის გონადოტრობულ ჰორმონებს, ანდოგენებს (შეიძლება სხვა ჰორმონებსაც).

პროფ. ა. უსტიაშვილმა პლაცენტა მიაჩნია პროლანის გამომთუშეებელ ორგანოდ. ჩვენც ამ აზრს ვიზიარებთ.

## საშვილოსნო (Uterus)

ზოგი ავტორი — გრამატიკატი, ფეოლოროვი, სერდიუკოვი — საშვილოსნოს თელის შინაგანი სეკრეციის ორგანოდ, რაც ჩვენი აზრით. ჯერ დამტკიცებულად ვერ ჩაითვლება.

როკორც აღნიშნეთ, შინაგანი სეკრეციის ორგანოების ფუნქციას ცენტრალური ნერვული სისტემა განაყებს. ნერვული და შინაგანი სეკრეციის ორგანოთა მოქმედებაში უდადესი მნიშვნელობა აქვს გარემოს, რომელშიც ორგანიზმა იმყოფება. შინაგანი სეკრეციის ორგანოთა მოქმედება დამოკიდებულია კვებაზე. ჰაერზე. გუშაობის ხასიათზე და სხვ.

გარემოს მოქმედება ორგანიზმზე არ შეიძლება ყოველთვის თანაბარი იყოს. საჭიროა ორგანიზმს თავიდანვე შევეუქმნათ ნორმალური განვითარების პირობები. წინააღმდეგ შემთხვევაში, მისი ფუნქცია არ იქნება ფიზიოლოგიური.

როკორც ვხედავთ, შინაგან სეკრეციას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს როგორც გინეკოლოგიურ დაავადებათა განვითარებაში, ისე მთელი ორგანიზმის ფიზიოლოგიურ მოქმედებაში. ქალის ჰორმონული შესწავლისათვის კიდევ ბევრი რამ არის საჭირო. გარდა მენსტრუალური ციკლის მოშლისა, ხშირად ადვილი აქვს ქალის სქესობრივი ლტოლვის მოშლას, დაქვეითებას (*dysparennia feminae frigitas*), სქესობრივი ანესთეზიას (*anaesthesia sexualis*), სქესობრივი ლტოლვის გაძლიერებას (*hyperesthesia sexualis*) და სხვ.

მენსტრუალური ციკლი ვითარდება ნერვული სისტემისა და ჰორმონების ზეკავლენით. ფსიქოსექსუალური ცენტრის (შუა ტვინი) გაღიზიანება გადაეცემა ჰიპოფიზის წინა ნაწილს. ის იმუშავებს პროლანს, რომელიც მოქმედებს საკვერცხეზე. საკვერცხე კი ამ ზემოქმედების საფუძველზე იმუშავებს ქალის სექსუალურ და ყვითელი სხეულის ჰორმონს, რომლებიც მოქმედებს სასქესო ორგანოებსა და მთელ ორგანიზმზე.

როგორც კ. ბიკოვი ამბობს, შინაგანი სეკრეციის ორგანოების მიერ გამოშვებული ჰორმონები ორგანიზმში ასრულებს მარეგულირებელ როლს რთული რეფლექტორული აქტების სახით; მათი რეგულირება კი თავის ტვინის ქერქიდან ხდება.

---

## საშვილოსნოსა და საშოს მდებარეობის ანომალიები

საშვილოსნოსა და საშოს მდებარეობის ანომალიები საკმაოდ ხშირია. ზოგიერთი მათგანი სრულებით არ იწვევს რაიმე უსიამოვნო შეგრძნებას, ზოგი კი იძლევა საკრძოვზ გართულებას: აქვეითებს ქალის შრომის უნარს, ზოგჯერ კი მას სრულიად შრომისუუნაროს ხდის.

მდებარეობის ანომალებიდან განსაკუთრებით აღსანიშნავია საშვილოსნოსა და საშოს ნაწილობრივი და სრული კამოეარდნა, საშოს წინა და უკანა კედლების საკრძოვზი დაწვევა და, ამასთან დაკავშირებით, შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავის ფუნქციის მოშლილობები, დისჰემორეული ხსიათის ტივილი, უშვლობა და სხვ.

იმისათვის, რომ კარვად გავივით საშვილოსნოსა და საერთოდ სასქესო ორგანოების მდებარეობის ანომალების ბუნება, საჭიროა სრული წარმოდგენა გვექონდეს საშვილოსნოს ნორმალური მდებარეობის შესახებ.

ნორმალური, არაორსული საშვილოსნო საშუალოდ 50 გრამს იწონის, ე. ი. იგი არ არის დიდი მოცულობის ორგანო.

საშვილოსნო მცირე მენჯის ღრუს შუა ადგილზეა მოთავსებული. მისი ფუძე მიქცეულია ბოქვენის სახსრის ზედა კიდისაკენ, წინა ზედაპირით იგი ეხება შარდის ბუშტს. საშვილოსნოს უკანა ზედაპირს კი, როველიც თითქმის პორიზონტალურად მდებარეობს, წვრილი ნაწლავები ეხება.

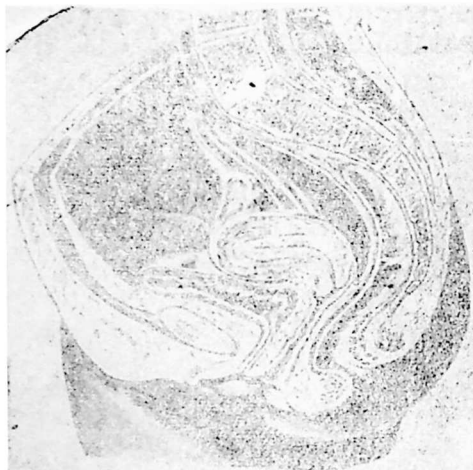
საშვილოსნოს ასეთი მდებარეობის დროს წვრილ ნაწლავებს არა აქვს საშუალება გადაინაცვლოს წინ — საშვილოსნო-შარდბუშტის მიდამოში (*cavum vesico uterinum*-ში). საშვილოსნოს საშოსმბრივი ნაწილი (*portio vaginalis uteri*) მოთავსებულია *planum interspinosum*-ში.

საშვილოსნოს ფუძე არ სცილდება მენჯის შესავლის სიბრტყეს. საშვილოსნოს საშოსმბრივი ნაწილი არ სცილდება ქვემოთ *linea interspinosa*-ს. საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირი მიმართულია ქვემოთ და უკან. თუ ქალს გულ-ღმა დაეაწვენთ, საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირი თითქმის ეხება საშოს უკანა კედელს. ამრივად, საშვილოსნოს მდებარეობა არაა ვერტიკალური — საშვილოსნო წინაა გადმოწეული (*anterversio*). გარდა ამისა, საშვილოსნო გადმოღუნულიცაა (*anteflexio*).

მოდუნვის ადვილი მდებარეობს საშვილოსნოს ტანსა და ყელს შორის, სახელობრ, საშვილოსნოს ყელის შიგნათა პირის ზეოთ, იქ, სადაც ისთმური ნაწილია. საშვილოსნოს ტანსა და ყელს შორის არსებული ბლაგვი კუთხის სიდიდე 100°-ს აღწევს. კუთხე წინ არის გახსნილი.

საშვილოსნოს ნორმალური მდებარეობა ფიზიოლოგიურ პირობებშიც არ

არის უცვლელი. საშვილოსნო მეტად მოძრავი ორგანოა, რასაც დადებითი მნიშვნელობა აქვს სხედასხვა ფიზიოლოგიური ფუნქციის განხორციელებაში. მაკალითად, მიუხედავად იმისა, რომ საშვილოსნოს წინა ზედაპირი ენება შარდის ბუშტის უკანა ზედაპირს, ეს ხელს არ უშლის ამ უკანასკნელის შარდით ავსებას, საშვილოსნო ადვილად აიწევა ზემოთ. ან კიდევ, როდესაც სწორი ნაწლავის ამპულარული ნაწილი შიგთავსითაა სავსე, საშვილოსნო წინ გადმოიწევს ან ზემოთ აიწევა.



სურ. 33. საშვილოსნოს ფიზიოლოგიური მდებარეობა.

საშვილოსნოს თავისუფალ მოძრაობას უთუოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს მენსტრუაციის დროსაც, როდესაც საჭიროა მისი კუნთების თავისუფალი შეკუმშვა და შიგდაკროვილი სისხლის გარეთ გამოძევა, თუ საშვილოსნო ქრონიკული ანთებითი შეზოროცებით არის ფიქსირებული და მისი მოძრაობა შეზღუდულია, მაშინ ვითარდება გაძლიერებული სისხლდენა და თვიურის დროს ზშირად ადვილი აქვს

ძლიერ ტკივილს, რაც აიხსნება საშვილოსნოს კუნთების შეკუმშვისა და მოძრაობის უნარის დაქვეითებით.

საშვილოსნოს მოძრაობის უნარს დიდი მნიშვნელობა აქვს ორსულობის, მშობიარობისა და ლოკინობის ხანაში.

ამრიგად, საშვილოსნო თავისი დანამატებით მეტად მოძრავი ორგანოა. მაგრამ მას მაინც უკავია მუცლის ღრუში განსაზღვრული ადგილი — ისე როგორც მუცლის ღრუს სხვა ორგანოებს.

მუცლის ღრუს ორგანოები ამაგრებს ერთიმეორეს, რითაც ისინი ინარჩუნებენ წონასწორობას და კმნიან მუცლის ღრუს ორგანოების მთლიან ბლოკს.

მუცლის ღრუს ორგანოთა ამ სისტემაზე მოქმედებს მუცელში და წნევა — შექმნილი მუცლის კედლების, დიაფრაგმისა და მენჯის ფუძის კუნთებისაგან. მათი პარმონიული თანაბარი მოქმედებით იქმნება მუცლის ღრუს ნორმალური წნევა.

საშვილოსნოს (ისე როგორც მთელი სასქესო აპარატის) ნორმალურ მოძრაობას და მის მიერ განსაზღვრული მდებარეობის შენარჩუნებას ხელს უწყობს აგრეთვე საშვილოსნოზე გადაფარებული პერიტონეუმი, იოგები, ფაშარი შემაერთებული ქსოვილით, კუნთებითა და ფასციებით მდიდარი მენჯის ფუძე.



საშვილოსნოს ნორმალური მდებარეობის განხილვისას აღნიშნული ყო, რომ საშვილოსნო მოთავსებულია მცირე მენჯის ღრუს ცენტრში.

საშვილოსნო შეიძლება გადაიწიოს ცენტრიდან მენჯის ღრუს პერიფერიისაკენ სიმსივნის, ანთებითი ექსუდატის, ჩირქვროვის, სისხლჩაქცევისა და სხვა მიზეზების გამო. ამ შემთხვევებში ადგილი აქვს ზეწოლას საშვილოსნოზე და მის მიახლოებას მენჯის კედელთან. ამრიგად, იქმნება საშვილოსნოს არასწორი მდებარეობა.

ვარჩევთ საშვილოსნოს მდებარეობის ოთხ სხვადასხვა პოზიციას:

### **საშვილოსნოს წინ, სიმპიზისაკენ წამოწმვა (antepositio uteri)**

ამ ანომალიის დროს საშვილოსნო მთლიანადაა წამოწეული ბოქვენის სახისაკენ. საშვილოსნო შარდის ბუშტს აწევება და საშუალეხას არ აძლევს მას დაიტოოს ნორმალური რაოდენობით შარდი. საშვილოსნო ზევით არის აწეული და მისი ტანი პორიზონტალური მდებარეობიდან ნაწილობრივ გადადის ვერტიკალურში.

საშვილოსნოს მდებარეობის ეს ანომალია წარმოიშვება საშვილოსნოს უკან, დუგლასის არეში არსებული სიმსივნის, ანთებითი ექსუდატის, ჩირქვროვის, ქემატოცელეს ან საშვილოსნოსა და შარდის ბუშტს შორის განვითარებული ანთებითი შეზორცების შედეგად.

ანთებითი ხასიათის შეზორცებები ქაჩავს საშვილოსნოს შარდის ბუშტი-საკენ და ანტეპოზიციისაში აყენებს მას.

საშვილოსნოს უკან განვითარებული სიმსივნეები შეიძლება იყოს როგორც კეთილთვისებიანი, ისე ავთვისებიანი.

მხედველობაში უნდა მივიღოთ ფიბრომიომები (რომლებიც საშვილოსნოს ტანისა და ყელის უკანა კედლიდან ვითარდება), საკვერცხების კისტები, სარკომები, სიმსივნეები (რომლებიც შეიძლება სწორი ნაწლავიდან წარმოიშვას—მაგალითად, კიბო), აგრეთვე გავს ძვლიდან წარმოშობილი სიმსივნეები და სხვ.

შეიძლება აგრეთვე ანთებითი პროცესის შედეგად საშვილოსნოს უკან, დუგლასის არეში ჩაპარკდეს ჩირქვროვა ან ადგილი ექნეს სისხლჩაქცევას, მაგალითად, საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის შემთხვევაში — თუ იგი დროზე არ იქნა გამოცნობილი, თუ სისხლი შედედდა და ჩაიპარკა.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, საშვილოსნოს წინ წამოწევა შეიძლება გამოიწვიოს აგრეთვე სწორი ნაწლავის შიგთავსმა. ეს მდგომარეობა დროებითი ხასიათისაა.

როგორც ვთქვით, საშვილოსნოს antepositio-ში მდებარეობა შარდის ბუშტს საშუალეხას არ აძლევს საკმარის რაოდენობის შარდი დაიტოოს, რის გამოც ადგილი აქვს ხშირ შარდვას და მოშარდვის განუწყვეტელ სურვილს. მოშარდვის განუწყვეტელი სურვილი შეიძლება ავხსნათ შარდის ბუშტის ინტეროკუპტორების გაღიზიანებით, რაც უთუოდ საშვილოსნოს ზეწოლით არის გამოწვეული.

### **საშვილოსნოს მთლიანად უკან, გავის ქვლისაკენ გაწმვა**

(retropositio uteri)

საშვილოსნოს ამ ანომალიას ხშირად თან ერთვის საშვილოსნოს უკან გადახრა (retroversio uteri).

საშვილოსნოს რეტროპოზიციამი მდებარეობა ვითარდება იმავე მიზეზებით, რომლებიც ანტეროპოზიციას იწვევს, იმ განსხვავებით, რომ, თუ ამ შემთხვევაში მიზეზი სიმსივნეა, იგი მდებარეობს საშვილოსნოს წინ, აწევბა საშვილოსნოს, სწევს მას უკან და ქვევით.

ანთებითი პროცესი, სხვადასხვა სახის ექსულატი, სისხლის კოლტები და სხვ., რომლებიც განვითარებულია საშვილოსნოს უკან, მწვავე პროცესის არსებობის შემთხვევაში ამ უკანასკნელს სწევს წინ. მწვავე პროცესის გაქრობა და ანთებითი შეზორცების განვითარება იწვევს საშვილოსნოს მიზიდვას უკან, სწორო ნაწლავისაკენ. ამ პროცესში ხშირად ჩაბმულია საშვილოსნო-გავის იოგებიც, რომლებიც დამოკლებულია. გასინჯვის დროს საშვილოსნოს ყელის წინ წამოწვევა ძლიერ ტკივილს იწვევს. ტკივილი ხშირად წელის მიდამოში აღინიშნება, ზოგჯერ მოშარდება გაძნელებულია და მტკივნეულიც.

### **საშვილოსნოს მდებარეობა მენჯის მარტ-მარტი მხარის მახლოვლად—მარჯვნივ ან მარცხნივ (lateropositio uteri—dextropositio, sinistropositio)**

საშვილოსნოს ამ არასწორი მდებარეობის მიზეზებიც იგივეა, რაც ზემოთ იყო აღნიშნული.

გარდა ამისა, საშვილოსნოს მარჯვნივ ან მარცხნივ გადაწევას იწვევს ერთ-ერთი ფართო იოგის განუვითარებლობა. ამ შემთხვევაში გადაწევას უფრო ხშირად მარცხნივ აქვს ადგილი. განუვითარებელი ფართო იოგის მხარეზე დამოკლებულია ფალოპის ლულა და საკვერცხის საკილი იოგიც. დიაგნოზი და მკურნალობა. საშვილოსნოს მდებარეობის ამ ანომალიების დადენა შეიძლება გარეგანი და ბიმანუალური გასინჯვით.

საშვილოსნოს წინ, უკან და გვერდებზე განვითარებული სიმსივნის, ექსულატის ან შედედებული სისხლის მდებარეობის გამოცნობაში დიდ დახმარებას გვიწევს რექტალური გასინჯვაც.

თუ ზემოთ ნათქვამს გავითვალისწინებთ, გასაგები იქნება, რომ საშვილოსნოს მდებარეობის აღნიშნული ანომალიები მეორადი ხასიათისაა—გამოწვეულია ამა თუ იმ დაავადებით. მაშასადამე, მკურნალობაც ძირითადი მიზეზისაკენ უნდა იყოს მიმართული, რათა საშვილოსნო თავის ნორმალურ მდებარეობას დაუბრუნდეს.

### **საშვილოსნოს გადაგება (Torsio uteri)**

მდებარეობის ამ ანომალიის დროს საშვილოსნო მობრუნებულია თავისი სიგრძივი ღერძის იოგვლივ, უკეთ რომ ვთქვათ, გადაგრებილია. ზოგჯერ ასეთი მობრუნება მკვეთრად არის გამოხატული—აღწევს 180°-ს და უფრო მეტსაც.

ანომალიის მიზეზია დანამატებისა და საშვილოსნოს სიმსივნის გადაგრება, რასაც თან სდევს თვით საშვილოსნოს გადაგრებაც.

### **საშვილოსნოს ზედმეტად წინ გადაღწევა (hyperantversio uteri)**

მენჯის ღრუს შუა ადვილას მდებარე საშვილოსნოს ფუძე ნორმალურ პირობებში, როგორც აღნიშნეთ, აღმოწეულია წინ, შარდის ბუშტისაკენ მდ.

(anteversio uteri). საშვილოსნოს ტანსა და ყელს შორის არსებობს ბლაგვი კუთხე და, ამრიგად, საშვილოსნო მშვილდოვით არის მოღუნული (anteflexio). საშვილოსნოს ყელი და მისი გარეთა პირი უკან და ქვევით არის მიქცეული.

Hyperanteversio-ს დროს კი საშვილოსნო ნორმაზე მეტადაა გადაწეული წინ, ბოქვენის სახსრისაკენ. საშვილოსნოს ტანსა და ყელს შორის არსებული ბლაგვი კუთხე უკვე არ არსებობს და, ამრიგად, საშვილოსნოს ტანი და ყელი ერთ მთლიან სწორ ღერძზე მდებარეობს. საშვილოსნოს ყელი მიქცეულია უკან და ხშირად უფრო მაღლა მდებარეობს, ვიდრე საშვილოსნოს ტანი.

ანომალიის მიზეზი შეიძლება იყოს ანთებითი პროცესი და საშვილოსნოს იოგთა ელასტიკურობის მოსპობა.

### საშვილოსნოს უკან გადაწევა (retroversio uteri)

ამ შემთხვევაში საშვილოსნოს ტანი გადაწეულია უკან სწორი ნაწლავისაკენ, საშვილოსნოს ყელი კი მიქცეულია წინ ბოქვენის სახსრისაკენ.

საშვილოსნოს ტანსა და ყელს შორის ზოგჯერ არსებობს კუთხე, რომელიც ხან წინ და ზევითაა მიქცეული, ხან კი — უკან და ქვევით.

შეიძლება საშვილოსნო იყოს მოძრავი ან მისი მოძრაობა იყოს შეზღუდული ანთებითი პროცესის გამო, ან იგი იყოს სრულიად უმოძრაო. ეს ანომალია, გარდა ანთებითი პროცესისა, შეიძლება წარმოიშვას საშვილოსნოს არასათანადო განვითარების შედეგადაც.

ავადმყოფი უჩივის ტკივილს წელის მიდამოში, სიმძიმის შეგრძნებას მუცლის ქვემო მიდამოში, მცირე, ზოგჯერ კი გაძლიერებულ თვიურს, უშვილობას.

უშვილობა და გაძლიერებული თვიური გამოწვეულია ანთებითი შეხორცების არსებობით, უშვილობა და მცირე თვიური კი—საშვილოსნოს არასაკმაო განვითარებით და სათანადო ტურგორის არარსებობით.



სურ. 34. საშვილოსნოს უკან გადახრა — რეტროვერზია.

### საშვილოსნოს ტანის გადაწევა გვერდულად (lateroversio)

საშვილოსნოს მდებარეობის ამ ანომალიის დროს საშვილოსნო გადაწეულია მარჯვნივ ან მარცხნივ. ის განივად მდებარეობს.

იმისდა მიხედვით, თუ საით არის მიმართული საშვილოსნოს ფუძე, ჩვენ

ელაპარაკობთ dextroversio-ს ან sinistroversio-ს შესახებ. საშვილოსნოს ყელი საშვილოსნოს ფუძის საწინააღმდეგო მხარეს არის მოთავსებული.

ანომალიის ხშირი მიზეზი დანამატების ან პარამეტრიუმის ცალმხრივი ანთებითი პროცესია.

თუ, მაგალითად, საშვილოსნოს ყელის მიდამოში განვითარდა ანთებითი პროცესი ქრონიკულ სტადიაში, საშვილოსნოს ყელი გადაიწვევა მენჯის გვერდითი კედლისაკენ, რის გამოც საშვილოსნოს ტანი საწინააღმდეგო მხარეს გადაიწვევა.

ლატეროვეზია შეიძლება გამოიწვიოს ფართო იოგების არასაკმაო განვითარებამ და დანამატებზე არსებულმა სიმსივნეებმა.

**ღიაგნოზი და მკურნალობა.** ავადმყოფის ჩივილების, ბიმანუალური და რექტალური გასინჯვით მიღებული მონაცემების საფუძველზე ღიაგნოზის დასმა ძნელი არ არის.

მკურნალობა მიმართული უნდა იქნეს ძირითადი დაავადების წინააღმდეგ.

### მახვილი კუთხით წინ გადმოღუნული საშვილოსნო (hyperanteflexio uteri)

უნდა გავარჩიოთ აგრეთვე საშვილოსნოს მდებარეობის ანომალიები, რომლებიც დაკავშირებულია საშვილოსნოს ფორმის შეცვლასთან, მის ზედა მუცელისკენ გადაღუნვასთან (flexio).

როგორც ვთქვით, საშვილოსნოს ყელსა და ტანს შორის, იქ, სადაც საშვილოსნოს ისთმული ნაწილია, არსებობს კუთხე, რომლის სიდიდე უდრის 100°-ს.

როდესაც ადგილი აქვს hyperanteflexio-ს, მაშინ ზემოთ აღნიშნული კუთხე მახვილია და გასინჯვის დროს მასში თითო ძლივს ეტევა. ეს კუთხე იხსნება წინ, ბოქვენის სახსრისაკენ.

საშვილოსნოს ტანი და ყელი თითქმის პარალელურად მიიმართება წინ. ყელი გრძელია და კონუსის მოყვანილობისაა — სუსტად განვითარებული კუნთებით (collum conicum). საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილის გარეთა პირი მრგვალი და ვიწროა. ყელის არხის გარეთა პირი საშოს წინა კედლისაკენ არის მიმართული. ტანი ნორმალურზე პატარაა და ძლიერ მოძრავია.

ყოველივე ეს დამახასიათებელია ინფანტილიზმისათვის. ამიტომ ამ შემთხვევაში შეიძლება არსებობდეს ინფანტილიზმიც (hyperanteflexio uteri infantilis).

ფალოპის ლულები ნორმალურზე გრძელია. მათ დაკლანძილი და ვიწრო სანათური აქვთ.

ასეთი ფორმის საშვილოსნო იშვიათად, მაგრამ მაინც შეიძლება განვითარდეს—საშვილოსნო-გავის მიდამოში ანთებითი პროცესის არსებობის ნიადაგზე (შირშოვი.) Hyperanteflexio იშვიათად ვითარდება სიმსივნის ნიადაგზეც, თუ ეს უკანასკნელი საშვილოსნოს სისქეშია მოთავსებული და ამინჯებს მის ფორმას (სკრობანსკი).

შემთხვევათა უმრავლესობაში საშვილოსნოს მახვილი კუთხით წინ გად-

მოდუნვა ვითარდება ინფანტილიზმის ნიადაგზე. ასეთი საშვილოსნოს მკონე ქალები უჩივიან იშვიათ, ხანმოკლე და მცირე თვიურს, დისმენორეული ხასიათის ტკივილსა და სტერილობას.

მახვილი კუთხით წინ გადმოხრილი საშვილოსნოს ჰორმონული სურათის შესწავლის საფუძველზე ნათელია, რომ ამ დროს ადგილი აქვს საკვერცხეების ფუნქციის დაქვეითებას, საკვერცხეების მიერ ფოლიკულის ჰორმონის მცირე რაოდენობით გამოშვებებს.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ფოლიკულის ჰორმონი ისეთი ნივთიერებაა, რომელიც იწვევს საშვილოსნოს კუნთების ბოჭკოების ზრდა-განვითარებას და ახალი ბოჭკოების შექმნასაც კი, აგრეთვე საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ზრდას. მის პროლიფერაციას.

აქედან ვასაგებია, რომ თუ საკვერცხეების ფუნქციის დაქვეითების ან მოშლილობის შედეგად ორგანიზმს აკლია ფოლიკულის ჰორმონი, საშვილოსნო ნორმალურზე უფრო პატარა იქნება.

საშვილოსნოს კუნთები ცუდადაა განვითარებული და ლორწოვანი გარსის ზრდა მენსტრუალური ციკლის პირველ პერიოდში არ ხდება ისე, როგორც ამას ნორმალური მდგომარეობის დროს აქვს ადგილი.

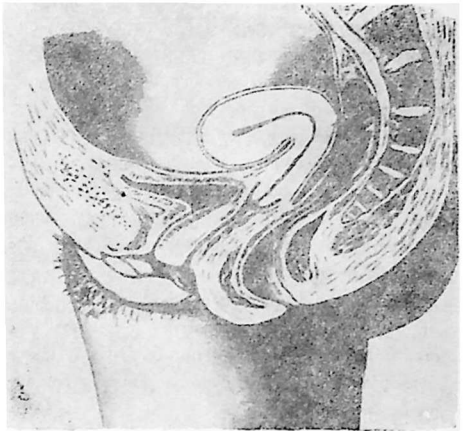
ასეთი პატარა, სათანადო სირბილესა და სისხლით ავსებას მოკლებული საშვილოსნოს შემთხვევაში ადგილი აქვს გახანგრძლივებულ მენსტრუალურ ციკლს, ტკივილს მენსტრუაციის დროს და უნაყოფობას.

საკვერცხის ფუნქციის მოშლილობის შემთხვევაში თვით კვერცხუჯრედსაც არ ახასიათებს სათანადო ცხოველყოფილობა და არც საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი საკმაოდ მოზადებული კვერცხის მისაღებად.

**დიაგნოზი და მკურნალობა.** დიაგნოზის დასმა ძნელი არ არის. საშვილოსნო პატარაა; მისი ყელი გრძელია; ყელსა და ტანს შორის არსებობს მახვილი კუთხე; საშო ვიწრო და მოკლეა; თვიური მცირეა და მტკივნეულია; ადგილი აქვს უშვილობას.

მახვილი კუთხით წინ გადმოდუნული საშვილოსნოს შემთხვევაში დისმენორეისა და სტერილობის საწინააღმდეგოდ ბევრი მიმართავდა (ზოგი ამჟამადც მიმართავს) საშვილოსნოს ყელის გაგანიერებას, აბრაზიოს და შემდეგ საშვილოსნოში გლიციონით გაჟღენთილი ტამპონის ჩადებას.

მიმართავენ აგრეთვე საშვილოსნოს ყელის გაკეთას ერთ ან რამდენიმე ადგილას, საშვილოსნოს ყელიდან სოლისმაგვარი ნაწილის ამოკეთას, ე. ი. ექსციზიას (excisio) და სხვ.



სურ. 35. საშვილოსნოს წინ, სოფთისაკენ წამოწევა.

ამ ოპერაციას აკეთებენ იმ მიზნით, რომ მენსტრუალური სისხლი თავისუფლად გამოვიდეს საშვილოსნოს ღრუდან და, ამასთან, სპერმატოზოიდებმა დაუბრკოლებლად შეაღწიონ საშვილოსნოს ღრუში.

ეს ოპერაცია, ჩვენი აზრით, არ არის მიზანშეწონილი. შეიძლება ითქვას, რომ ასეთ შემთხვევებში, ჩვენი დაკვირვებების მიხედვით, მდგომარეობის მხოლოდ მკვეთრ გაუარესებას აქვს ადგილი. ის ქალები, რომელთაც დისციზია ან ექსციზია გაუკეთდათ, უჩივიან არა მარტო დისმენორეული ხასიათის ტკივალს და უშვილობას, არამედ აგრეთვე მუდმივი ხასიათის ტკივილს, გაძლიერებულ თეთრად და ჩირქიან შლას, მენსტრუაციის მოშლილობას, პოლიმენორეას (ე. ი. შემოკლებულ მენსტრუალურ ციკლს ხშირი თვიურით), გაძლიერებულ სისხლდენას და სხვ.

გაკრილ და დაზიანებულ საშვილოსნოს ყელში ადვილად შედის ყველა ის ბაქტერია, რომელიც იმყოფება ეულვაზე და არაიშვიათად საშოში. აღმაავალი ინფექცია კი იწვევს ზემოაღნიშნულ მოვლენებს.

ჩვენ არ უარვყოფთ, რომ დისმენორეული ხასიათის ტკივილის მიზეზია მენსტრუალური სისხლისათვის მექანიკური დაბრკოლების არსებობა, რასაც ადგილი აქვს მახვილი კუთხით წინ გადმოღუნული საშვილოსნოს დროს. მაგრამ საქმე ის არის, რომ ამ მექანიკური დაბრკოლების უნეში გზით მისპობის დროს მდგომარეობა კიდევ უფრო უარესდება, უფრო მკვეთრი გართულება ვითარდება.

გარდა ამისა, ექვს იწვევს საკოთხი იმის შესახებ, მართლა ვერ შედის სპერმატოზოიდი (ეს მიკროსკოპული, 60 მიკრონის სიდიდის მქონე სხეული) საშვილოსნოში მისი ყელის სივიწროვის გამო, თუ საქმე ეხება უფრო რთულ მოვლენას, საეგლდობრ, საშვილოსნოს კუნთების განუვითარებლობას, ლორწოვანი გარსის არასათანადო ზრდას და თვით კვერცხუჯრედის არასაკმაო ცხოველმყოფელობას. ყოველივე ეს საკვერცხეების ფუნქციის დაქვეითებით აიხსნება. ჩვენი აზრით, ამავე მიზეზით აიხსნება უნაყოფობაც.

ჩვენ კატეგორიულად წინააღმდეგი ვართ საშვილოსნოს ყელის ყოველგვარი დამახინჯებისა.

რაც შეეხება საშვილოსნოს ღრუს აბრაზიოს, საშვილოსნოს ყელის გაგანეირებას ჰეგარის ჩხოებით ან ლამინარიის საშუალებით, მათ არავითარი მნიშვნელობა არა აქვთ, რადგან საშვილოსნო, რომელიც მოკლებულია საკვერცხეებთან სათანადო იმპულსის მიღებას, არ შეიძლება ყელის გაგანეირებით ნორმალური გახდეს— ის ისევ თავის ძველ მდგომარეობას დაუბრუნდება.

მახვილი კუთხით წინ გადმოღუნული საშვილოსნოს მკურნალობის საუკეთესო საშუალებად ჰორმონთერაპია უნდა ჩაითვალოს.

საშვილოსნო უნდა უზრუნველვეყოთ იმ ჰორმონით, რომელიც მას აკლდა— ე. ი. ფოლიკულისა და ყვითელი სხეულის ჰორმონით. ფოლიკულინი იხმარება მენსტრუალური ციკლის პირველ ნახევარში. ყვითელი სხეულის ჰორმონი კი მენსტრუალური ციკლის მეორე ნახევარში. ფოლიკულინი და ყვითელი სხეულის ჰორმონი უშუალოდ მოქმედებს საშვილოსნოს კუნთებსა და ლორწოვან გარსზე, საკვერცხეებზე კი ნაწილობრივ ზეგავლენას ახდენს.

ფოლიკულინის სმარებას მენსტრუალური ციკლის მეორე ნახევარში ჩვენ არ ვერჩევთ, რადგან ექსპერიმენტული და კლინიკური გამოკვლევების საფუ-

ძველზე იმ დასკვნამდე მივედით, რომ მენსტრუალური ციკლის მეორე ნახევარში ფოლიკულური ჰორმონი (ორგანიზმში არსებულიც კი) გარეთ გამოდის.

ეს მოვლენა საესებით ფიზიოლოგიურია, რადგან მენსტრუალური ციკლის მეორე ნახევარში საკვერცხეები იმუშავენს არა ფოლიკულის ჰორმონს, არამედ ყვითელი სხეულის ჰორმონს. სწორედ ეს უკანასკნელია საჭირო საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის სეკრეციისათვის.

Rp.: Folliculini 5000 თ. ე.

in amp. № 20

D. S. თითო ამპულა კანქვეშ მენსტრუაციის შემდეგ.

Rp.: Folliculini 10000 თ. ე.

in amp. № 10

D. S. თითო ამპულა კანქვეშ მენსტრუაციის შემდეგ.

Rp.: Progesteroni 0,5%

in amp. № 10

D. S. თითო ამპულა კანქვეშ მენსტრუაციის დაწყების შემდეგ მე-15 დღიდან.

კარგია თბილისის გოგირდოვანი აბაზანები, წყალტუბოს წყლები, დიათერმია, ტალახის აბაზანები და სხვ.

#### უკან გადაწეული და გადახრილი საშვილოსნო (Retroflexio-versio uteri)

რეტროფლექსიას ყოველთვის თან ახლავს რეტროვერზია. Retroflexio-versio ეწოდება საშვილოსნოს მდებარეობის ისეთ ანომალიას, როდესაც საშვილოსნო უკან არის გადაწეული და გადაღუნული, მაშასადამე საშვილოსნოს ტანსა და ყელს შორის არსებული კუთხე მიმართულია არა წინ, ბოქვენის სახსრისა და შარდის ბუშტისაკენ, არამედ უკან, ქვევით და სწორი ნაწლავისაკენ.

საშვილოსნოს მდებარეობის ეს ანომალია ვითარდება ინფანტილიზმისა და საკვერცხეების ფუნქციის უკმარისობის ნიადაგზე ამ შემთხვევაში პარამეტრიუმში შევიწროებულა. საშვილოსნოს ტანი პატარაა, ყელი კი—გრძელი.

იგი ვითარდება აგრეთვე მუცლის ღრუს იოგოვანი აპარატის ტონუსის მოღუწების შედეგად, რაც ასთენიის ერთ-ერთი დამახასიათებელი ნიშანია— როდესაც საშვილოსნოს დაწვეასთან ერთად სხვა ორგანოების დაწვეასაც აქვს ადგილი. ამ შემთხვევაში აღინიშნება მენჯის ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილის სიმცირე, საშვილოსნოს ტონუსის დაქვეითება, საერთო სიგამზდრე და სხვ.

მენჯის ფუძის დასუსტება და დაზიანება რითაც არ უნდა იყოს იგი გამოწვეული—მშობიარობით, თუ ნერვების დამბლით (spina bifida occulta), ხელს უწყობს ამ ანომალიის განვითარებას.

საშვილოსნოს უკან განვითარებული ანთებითი პროცესებიც იწვევს საშვილოსნოს ფიქსაციას უკან. აგრეთვე, თუ სიმსივნე განვითარდა შარდბუშტისა საშვილოსნოს არეში, მაშინაც შეიძლება ადგილი ჰქონდეს საშვილოსნოს უკან გადაწეასა და გადაღუნვას.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ლოგინობის ხანაში საშვილოსნოს ნორმალურ უკუკანთვითარებას.

შობიარობის შემდეგ მრავალი დღის განმავლობაში უძრავად გულადმა წოლამ შეიძლება გამოიწვიოს ამ ანომალიის წარმოშობა. ამიტომ ამ პერიოდში მოძრაობას აუცილებლად დიდი სარგებლობის მოტანა შეუძლია.

**Retroflexio-versio** ყოველთვის არ იძლევა ერთნაირ სიმპტომს. პირველ ყოვლისა საყურადღებოა ის, თუ როგორ რეტროფლექსიასთან გვაქვს საქმე—მოძრაე, ფიქსირებულ, პატარა თუ დიდ საშვილოსნოსთან.

თუ საშვილოსნო ფიქსირებულია. მაშინ გასაგებია, რომ ადგილი აქვს ანთებით პროცესს. ანთებითი პროცესის გარეშე შეუძლებელია განვითარდეს საშვილოსნოს უკან შეხორცება. ანთებითი პროცესით გამოწვეული ფიქსირების შემთხვევაში ხშირად აღინიშნება ტკივილი უკან, გავის მიდამოში, და ქვევით, რაც ზოგჯერ ქვემო კიდურებზეც ვრცელდება.

მენსტრუალური ციკლი ხშირად პოლიმენორეის ხასიათისაა — შემოკლებული მენსტრუალური ციკლი ხშირი, გაძლიერებული და ჭარბი თვიურით. თვიურის დროს ზოგჯერ ტკივილიც ვითარდება.

ტკივილი აღინიშნება სქესობრივი კავშირის დროსაც. ხშირია უშვილობა, თეთრად შლა და სხე.

თუ საშვილოსნო გავსინჯავთ ბიმანუალურად, ვნახავთ, რომ იგი ზოგჯერ ნორმალურზე დიდა და უკანაა გადაწეული და გადაღუნული, მისი ყელი მიჭკრულია ქვევით და ნაწილობრივ წინაა მიმართული.

საშვილოსნოს ტანის ზევით ამოწევა არ ხერხდება—ის დუგლასის არეშია ფიქსირებული.

საშვილოსნოს ზევით ამოწევა ძლიერ ტკივილს იწვევს. დამოკლებული და მტკივნეულია საშვილოსნო-გავის იოგები.

ზოგჯერ ადგილი აქვს მოძრაე, მაგრამ ნორმალურზე დიდ საშვილოსნოს. ამ შემთხვევაშიც ავადმყოფები უჩივიან ტკივილს წელის მიდამოში, გაძლიერებულ თვიურს და სხე.

ლაპარატომიის დროს ვრწმუნდებით, რომ საშვილოსნო, მართლაც, ნორმალურზე დიდა; განვითარებულია პასიური ჰიპერემია; ფართო იოგები გადაგრეხილია; იოგებში მოთავსებული სისხლძარღვები (განსაკუთრებით ვენები) გაგანიერებულია.

პასიური ჰიპერემიის ნიადაგზე ხდება ნახშირბადის დაგროვება და ქსოვილების მოწამელა შხამებით, კვერცხუჯრედის ნაადრევი დაღუპვა, მენსტრუალური ციკლის შემოკლება.

აღნიშნული მიზეზების გამო საშვილოსნო სათანადოდ ვერ იკუმშება, რის შედეგადაც, როგორც ვთქვით, მენსტრუაცია გაგრძელებული და ხშირად მტკივნეულია.

სხვა შემთხვევაში საქმე ეხება პატარა ინტანტილურ საშვილოსნოს, რომელიც თითქმის არავითარ სიმპტომს არ იძლევა და შეიძლება შემთხვევით აღმოვაჩინოთ გინეკოლოგიური გასინჯვის დროს.

ამ დროს ქალები უჩივიან გაგრძელებულ მენსტრუალურ ციკლს, მცირე თვიურსა და უშვილობას. კარგია ჰორმონული მკურნალობის ჩატარება.

**დიაგნოზი და მკურნალობა.** საშვილოსნოს უკან გადაწევისა და გადაღუნვის დიაგნოზის დასმის დროს განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო, რათა გადაღუნული საშვილოსნოს ტანი არ შეგვეშალოს საშვილოსნოს უკან მო-



თავსებულ ფიბრომიომაში, კისტაში, ორსულ მილში, პროსალბინგქსში და სხვ. ავადმყოფი მოხერხებულად და ფრთხილად უნდა გაესინჯოთ. თუ საშვილოსნო მოძრავია, მაშინ შეიძლება მისი ზევით ამოწვევა. ამისათვის საშოში შეტანილი ორი თითით, რომლებსაც ვათავსებთ უკან თაღში, საშვილოსნოს ვწვეთ ზევით. ამავე დროს, მეორე ხელის თითები გარედან გვაქვს დადებულნი მუცელზე. მათი საშუალებით ხელს ვუწყობთ ამ მანიპულაციის ჩატარებას — ვიჭერთ საშვილოსნოს ტანს და ვწვეთ მას ზევით.

შემდეგ შიგ მოთავსებული თითები გადმოვკვავებს წინა თაღში. საშვილოსნოს ყელს თითების ლატერალური კილით ვაწვეწვნი და ვწვეთ უკან.

შეიძლება რომ საშოში შეტანილი ორი თითი თავიდანვე წინა თაღში მოვთავსოთ, მივაწვეთ საშვილოსნოს ყელს და გავეწოთ იგი უკან, გარედან მოთავსებული თითებით კი საშვილოსნოს ტანი დაეჭიროთ და ზევით ავწიოთ.

ასეთი მანიპულაციის ნიადაგზე საშვილოსნოს ტანი, თუ ის თიქსირებული არ არის, უფრო ადვილად აიწვეს ზევით.

ზოგი გვირჩევს საშვილოსნოში შევიტანოთ მხრელი ზონდი და დავეწვეთ მას შორისსაკენ. ჩვენი აზრით, ეს მანიპულაცია დაუშვებელია, რადგან ორსულობის შემთხვევაში ეითარდება ორსულობის შეწყვეტა, თუ საშვილოსნოს ყელში ინფექციაა, იგი შეიძლება აღმაელი გახდეს, შეიძლება აგრეთვე ზონდით გამოვიწვიოთ საშვილოსნოს პერფორაცია.

ერთი სიტყვით, ამ მანიპულაციის, ისე როგორც მრავალი სხვა მანიპულაციის წარმოება გამოცდილების საქმეა. მაკრამ ხშირად გამოცდილი და დახელოვნებული გინეკოლოგისათვისაც შეუძლებელი ხდება უმოძრაო რეტროვერზიულ-ფლექსიური საშვილოსნოს ზევით ამოწვევა.

თუ საქმე ეხება ისეთ ქალს, რომელსაც მუცლის წინა კედელზე ცხიმი ქარბად აქვს განვითარებული ან რეფლექტორულად მუცლის წინა კედელი დაკბიმილი აქვს, მაშინ შეუძლებელია მუცლის წინა კედლის მოღუნება.

ასეთ პირობებში საშვილოსნოს თიქსირების გამოსარკვევად შეიძლება ქალს ეთერის ნარკოზი მივცეთ, მაშინ მუცლის პალპაცია თავისუფლად შეიძლება. არ არის საკმარისი საშვილოსნოს ზემოთ ამოწვევა და მისთვის დაახლოებით ნორმალური მდებარეობის მიცემა. საჭიროა საშვილოსნომ შეინარჩუნოს მიღებული მდებარეობა.

ამისათვის არსებობს ორი საშუალება — ორთოპედიული და ოპერაციული.

ორთოპედიული წესის დროს იხმარება ეგრეთ წოდებული პესარები — სხვადასხვა მოყვანილობის რგოლები.

პესარები მზადდება სხვადასხვა მასალისაგან, მაკალითად, ლითონისაგან. რომელსაც გარედან რეზინი აქვს შემოხვეული. თუ ლითონი ელასტიკურია, მაშინ შეიძლება პესარისათვის სასურველი ფორმის მიცემა. პესარი მზადდება აგრეთვე ალუმინისაგან, ცელულოზისაგან, ხის მასალისაგან, მინისაგან, კაუჩუკისაგან, პლასტმასისაგან და სხვ.

საშოში შეტანილი პესარის ფართო ნაწილი უნდა მოვთავსოთ უკანა თაღში, ვიწრო ნაწილი — საშოს შესავალში, ბოქვენის სახსრის ქვემოთ. პესარის თავისუფალ არეში მოთავსდება საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილი. ასე მოთავსებული პესარი ქაჩავს საშოს უკანა თაღს უკან და ზევით. იგი საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივ ნაწილსაც ზევით და უკან სწევს. პესარი საშუალო სიდიდის უნდა იყოს. თუ პატარაა, მაშინ

იგი გამოვარდება. იგი არ უნდა იყოს არც დიდი, თორემ გამოიწვევს ქსოვილების ნეკროზს.

საკიროა ვაწარმოოთ საშოს ყოველდღიური გამორეცხვა სუსტი საღებინ-ფექციო ხსნარით. აუცილებელია ექიმის მეთვალყურეობა—კონსულტაცია თვეში ერთხელ.

ჩვენ პესარების გამოყენების მომხრე არა ვართ, რადგან ამ მანიპულაციით საბოლოო მიზანს ვერ ვაღწევთ—როგორც წესი, არა ხდება განკურნება. პერიქით, პესარის ხანგრძლივი ხმარების შედეგად გაქაჩული საშო კიდევ უფრო მეტად უწყობს ხელს საშვილოსნოს უწყსო მდებარეობის განვითარებას.

ზოგი ავტორი გვირჩევს გინეკოლოგიური მასაჟის წარმოებას, ჩვენი აზრით, გინეკოლოგიური მასაჟით არ შეიძლება წესიერი მდებარეობა მიიღეს არც ფიქსირებულ და არც მოძრავ საშვილოსნოს.

საშვილოსნოს ისეთი ანომალიის შესახებ, რომელიც არავითარ სიმპტომს არ იძლევა და მკურნალობას არ საჭიროებს, ავადმყოფს არაფერი არ უნდა ვაგაძნობინოთ.

თუ ადგილი აქვს ფიქსირებულ რეტროვერზიო-ფლექსიოსს, ხშირად ვითარდება ტკივილი, განსაკუთრებით წელის მიდამოში: აგრეთვე სქესობრივი კავშირისა და მენსტრუაციის დროს. საშვილოსნოს მდებარეობის ასეთი ანომალიის დროს ბუნებრივია უშვილობა. მენსტრუალური ციკლი შემოკლებულია, მენსტრუაცია ხშირი, ხანგრძლივი და ჭარბია.

ასეთ შემთხვევაში მკურნალობის მიზნით კარგია თბილი აბაზანები, დიათერმია, ტალახის აბაზანები.

ზემოაღნიშნულ მკურნალობასთან ერთად სასარგებლოა ჰორმონებით მკურნალობის ჩატარება. გაძლიერებული თვიურის დროს ინმარება მეთილ-ტესტოსტერონი, ქლორ-კალციუმი, ერგოტინი და სხვ.

Rp.: Methyltestosteron  
in tabl. I tub.

D. S. თითო ტაბლეტი სამჯერ დღეში ენის ქვეშ.

Rp.: Sol. calcii chlorati 10<sup>0</sup>/<sub>10</sub>—300,0

D. S. სუფრის კოვზი სამჯერ დღეში.

აღნიშნული პრეპარატები უნდა მიეცეთ მენსტრუაციის დაწყებამდე ერთი კვირით ადრე და მენსტრუაციის დროს.

საშვილოსნოს მდებარეობის ამ ანომალიის სამკურნალოდ მრავალი ოპერაცია არსებობს.

### საშვილოსნოს და საშოს დაწევა და გამოვარდნა (descensus et prolapsus uteri et vaginae)

საშვილოსნოს დაწევისა და გამოვარდნის წინამორბედად უნდა ჩაითვალოს საშვილოსნოს რეტროვერზია.

შულცე საშვილოსნო-საშოს დაწევისა და გამოვარდნის მთავარ მიზეზად ასახელებდა საშვილოსნოს იოგთა კუნთოვანი ბოქოების სისუსტეს. ამ მხრივ ის განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს მრგვალ და საშვილოსნო-გა-

ვის იოგებს. ავტორის აზრით, ამ იოგთა კუნთების ბოქკოების ტონუსის დაკარგვის საფუძველზე ვითარდება სა შვილოსნოს უკან გადაწევა (retroversio uteri), რის შემდეგაც საკმარისია მეტელის ღრუს ნორმალური წნევა, რომ მოხდეს საშვილოსნოსა და საშოს ნაწილობრივი დაწევა და მთლიანი გამოვარდნა კი.

ეს შეხედულება დიდხანს იყო გამეფებული და ითვლებოდა ერთადერთ სწორ შეხედულებად. მაგრამ შემდეგ ჰალბანმა და ტანდლეომა მასში ცვლილებები შეიტანეს.

ეს ავტორები საშვილოსნოს და საშოს დაწევისა და გამოვარდნის ეტიოლოგიაში უდიდეს როლს აკუთნებენ მენჯის ფუძის კუნთების, განსაკუთრებით *m. levator ani*-ს სიმთელს.

მენჯის ფუძე (*diaphragma pelvis*) შედგება კუნთებისა და ფასციების სამი შრისაგან, რომლებიც ხურავს ქვევიდან მეტელის ღრუს. ჩება მხოლოდ კუნთებით გარშემორტყმული ხვრელები—შარდსადენისა, საშოსა და სწორი ნაწლავისათვის. თუ ეს შრეები მთელი და ნორმალურია, მაშინ ადგილი არა აქვს საშვილოსნოსა და საშოს დაწევის ან გამოვარდნას. ასეთია ჰალბანისა და ტანდლეის აზრი.

ავტორების მესამე ჯგუფი მარტინის მეთაურობით საშვილოსნოს და საშოს დაწევისა და გამოვარდნის მთავარ მიზეზად ასახელებს საშვილოსნოს, საშოს, შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავის ირგვლივმდებარე ფაშარი შემაერთებული ქსოვილისა და მასში არსებული ფიბროზული ბოქკოების ნორმალური მდგომარეობის მოშლას.

ეს ავტორები აღნიშნავენ, რომ საშვილოსნო არც კი ეხება მენჯის ფუძეს და თავის ფიზიოლოგიურ მდებარეობას ინარჩუნებს პარამეტრალური, პარავაგინალური, პარავეზიკალური და პარარექტალური შემაერთებული ქსოვილებისა და მათგან გამომდინარე იოგების საშუალებით.

რაც შეეხება მენჯის ფუძის კუნთებს, ამ მხრივ მარტინი მათ მეორეხარისხოვან მნიშვნელობას ანიჭებს. ამრიგად, არც ერთი ზემოჩამოთვლილი თეორია ცალკე აღებული სწორი არ არის, არ ასახავს სინამდვილეს.

ჩვენ ვფიქრობთ, რომ საშვილოსნოსა და საშოს ნორმალური მდებარეობისათვის, მენჯის ფუძის, შემაერთებული ქსოვილისა და იოგოვანი აპარატის ნორმალური მდგომარეობის გარდა, არანაკლები მნიშვნელობა აქვს თვის საშვილოსნოს კუნთების ტონუსსაც.

ამ ფაქტორების ჰარმონიული მოქმედება საშუალებას არ აძლევს მეტელის ღრუს შინაგან წნევას დაარღვიოს სასქესო ორგანოთა ნორმალური მდებარეობა.

თუ მათი ფიზიოლოგიური მოქმედება და ურთიერთდამოკიდებულება დაირღვა (იქნება ეს გამოწვეული მშობიარობის დროს განვითარებული ტრავმით, მენჯის ფუძის ნერვების დამბლით—*spina bifida occulta*, თუ კონსტიტუციური ფაქტორებით), ადგილი ექნება საშვილოსნოს და საშოს დაწევისა და გამოვარდნას.

მხოლოდ ერთი რომელიმე ფაქტორის დარღვევა, თუ დანარჩენი ფაქტორები ნორმალურ მდგომარეობაში დარჩა, დიდხანს არ გამოიწვევს საშვილოსნოს და საშოს დაწევისა და გამოვარდნას.

მაგალითად. მიუხედავად იმისა, რომ მენჯის ფუძეს ამ მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს, მაინც ხშირია შემთხვევები, როდესაც მენჯის ფუძის მთლიანობის დარღვევისას საშვილოსნო და საშო დიდი ხნის განმავლობაში არ იწვევს ქვევით, რადგან საშვილოსნოსა და საშოს ირგვლივმდებარე ფაშარი შემაერთებული ქსოვილი და ფიბროზული ბოჭკოები კარგადაა განვითარებული. კარგია აგრეთვე საშვილოსნოს იოგები და თვით საშვილოსნოს ტონუსი.

საშვილოსნოს დაწვევაზე ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც იგი მდებარეობს ჩვეულებრივზე უფრო ქვევით, მისი საშოსმხრივი ნაწილი კი უშუალოდ მენჯის ფუძეზე მოთავსებული.

არჩევნ საშვილოსნოს ნაწილობრივ გამოვარდნას (*prolapsus uteri partialis*) ანუ არასრულ გამოვარდნას (*prolapsus uteri incompletus*). როდესაც სასქესო ნაპრალიდან მოჩანს მხოლოდ საშვილოსნოს ყელი. და საშვილოსნოს მთლიან გამოვარდნას (*prolapsus uteri totalis*).

საშვილოსნოს მთლიანი გამოვარდნის დროს საშვილოსნო მდებარეობს მენჯის დრუს ვარეთ. ვარეთა სასქესო ორგანოების წინ და მოთავსებულია საშოს გადნობილხებულ პარკში.

საშვილოსნოსა და საშოს დაწვეისა და გამოვარდნის ეტიოლოგიაში დიდი მნიშვნელობა აქვს მშობიარობას და ლოგინობის ხანას, განსაკუთრებით მაშინ, თუ მშობიარობა სწრაფია ან გახანგრძლივებული; თუ მშობიარე ხანძესულია ან ძლიერ ახალგაზრდაა, ან თუ მას ჰიპობლაზიური სასქესო ორგანოები აქვს; თუ ადგილი ჰქონდა ხელოვნურ ჩარევას — მაშების ხმარება, ნაყოფის მობიუნება, ნაყოფის ექსტრაქცია და სხვ. (ამ მანიპულაციების დროს ადვილად ზიანდება საშვილოსნოსა და საშოს ირგვლივმდებარე ფაშარი შემაერთებული ქსოვილი).

ამ მხრივ მნიშვნელოვანია აგრეთვე ისეთი მდგომარეობა, როცა მშობიარობის შემდგომი ინვოლუცია სათანადო ტემპით არ მიმდინარეობს ან ადგილი აქვს მენჯის ფუძის კუნთებისა და ფასციების (განსაკუთრებით *levator ani*-ის) დრმა დაზიანებას.

დიდი მნიშვნელობა აქვს საერთო ასთენიას. ასთენიური კონსტიტუციის დროს ადგილი აქვს არა მარტო საშვილოსნოსა და საშოს დაწვევა-გამოვარდნას, არამედ სხვა წინაგანი ორგანოების — კუჭის, თირკმლების, ღვიძლისა და სხვ. — დაწვევასაც.

ასთენია შეიძლება გამოწვეული იყოს ისეთი დაავადების შედეგად, რომელიც ძლიერ აქვეითებს ქსოვილთა კვებას, მაგალითად, ქლოროზით, მძიმე ინფექციური დაავადებით, ტუბერკულოზით, საჭმლის მომწელებელი აპარატის მოშლილობით და სხვ.

საშვილოსნოსა და საშოს დაწვევა-გამოვარდნაში დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე მენჯის ფუძის კუნთების ინერვაციას. თუ ადგილი აქვს გავის ნეოების დაზიანებას (მაგალითად, *spina bifida occulta*-ს დროს), შეიძლება განვითარდეს საშვილოსნოს გამოვარდნა.

მოხუცებულობის დროს მნიშვნელობა აქვს ცხიმის დაკლებასა და მოხუცებულობით გამოწვეულ ატროფიას.

იმ აპარატის ატროფია, რომელიც იჭერს (იმაგრებს) სასქესო ორგანოებს.

შეიძლება განვითარდეს აგრეთვე საკვერცხეების ფუნქციის ძლიერი დაქვეითების ნიადაგზეც. ამ აპარატს შეადგენს მენჯის ფუძის კუნთები, პერიტონეუმი (რომლითაც დაფარულია მუცლის ღრუს ორგანოები), საშვილოსნოს, საშოს, სწორი ნაწლავის, საშარდე ბუშტისა და სხვა ორგანოების ირვლივ მოთავსებული ფაშარი შემაერთებული ქსოვილი და იოგები.

საშვილოსნო-საშოს დაწვევასა და გამოვარდნას უფრო ხშირად ადგილი აქვს ნაშობიარებ ქალთა შორის. თუმცა ზოგჯერ ის შეიძლება განვითარდეს არანაშობიარებ ქალებშიც.

დაწვევისა და გამოვარდნის დასაწყისში საშვილოსნოს ტანი ყელთან ერთად ჩაეჩხირება hiatus genitalis-ის ხერელში, რის გამოც ვითარდება შეშუპებითი მოვლენები და ადგილი აქვს საშვილოსნოს საშოს-მხრივი ნაწილის დაგრძელებას (elongatio colli), არაიშვიათად — საშვილოსნოს დაგრძელებასაც.



სურ. 36. საშვილოსნოს სრული გამოვარდნა.

საშოს წინა კედლის დაწვევასთან ერთად ქვევით იწვევს შარდის ბუშტიც, რადგან ისინი მჭიდრო კავშირშია ერთმანეთთან. ამ შემთხვევაში შარდის ბუშტი მოთავსებულია საშოს წინა კედლის უკან. ის გამობურცულია და ქვევითა დაწეული. ამ მოვლენას ცისტოცელე (cystocele) ეწოდება.

თუ განვითარდა ცისტოცელე, მაშინ შარდის დაგროვების შედეგად იგი იზრდება. შარდის ბუშტი მთლიანად არ იცლება — შიგ რჩება შარდის ნაწილი, რის გამოც ადვილია ინფექციის განვითარება და ცისტიტის წარმოშობა, აგრეთვე ქვების განვითარებაც.

შარდის ბუშტი ამ შემთხვევაში ორ ნაწილად არის გაყოფილი. ერთი ნაწილი მოთავსებულია სიმფიზის ქვემოთ, მეორე კი — სიმფიზის ზემოთ.

ცისტოცელეს ზრდასთან დაკავშირებით შარდადენი იჭაჩება. სფინქტერი ვეღარ ასრულებს მის დანიშნულებას, რის გამოც დახველების, ცხვირის დაცემინების ან სიცოლის შემთხვევაში შარდი უნებლიედ იქცევა წვეთ-წვეთად. ამ პერიოდში შეიძლება აღმავალი ინფექციაც განვითარდეს.

რაც შეეხება საშოს უკანა კედლის დაწვევას, მას ყოველთვის თან არ ახლავს სწორი ნაწლავის ჩამოწევა და გამობურცვა, რადგან საშოს უკანა კედელი არაა ისე მჭიდრო კავშირში სწორ ნაწლავთან, როგორც საშოს წინა კედელი შარდის ბუშტთან. საშოს უკანა კედელს და სწორ ნაწლავს შორის მოთავსებულია საკმაო სიდიდის ფაშარი შემაერთებული ქსოვილი, თუ საშოს

უკანა კედელთან ერთად გამოიბურცა სწორი ნაწლავიც, მაშინ განეთარდება რექტოცელე (rectocele).

საშვილოსნო-საშოს დაწვეისა და გამოვარდნის დროს ავადმყოფები უჩინიან სიმძიმის შეგრძნებას მუცლის ქვემო ნაწილში—განსაკუთრებით სიარულისა და ზეზარების დროს; ტკივილს ამავე მიდამოში, აგრეთვე წელისა და საზარდულის მიდამოებში; ამასთან, აღნიშნავენ ხშირ შარდვას, შარდვის გაძნელებას, ზოგჯერ სრულ შეუძლებლობას. ამ დროს ყაბზობაც არაა იშვიათი მოვლენა. მენტრეტალური ციკლი შენარჩუნებულია. არაიშვიათად აღვითი აქვს შემოკლებულ მენტრეტალურ ციკლს კარბი და ხშირი თეიური. ორსულობა იშვიათად, მაგრამ მაინც ვითარდება ხოლმე.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ზოგიერთი ქალი საშვილოსნოს და საშოს სრული გამოვარდნის დროსაც კი ნაკლებად უჩივის რაიმე უსიამოვნო შეგრძნებას, ურიგდება ამ მდგომარეობას და წლების განმავლობაში ატარებს გარეთ გამოვარდნილ სასქესო ორგანოებს.

გარეთ გამოვარდნილი საშოს ლორწოვანი გარსი მშრალი, უბეში და ვარქავებულია, ეს გარემოება ვასაგებია, მით უმეტეს, რომ საშოს ლორწოვან გარსს არა აქვს საკუთარი ჯირკვლები. ხშირად საშვილოსნოს საშოს მხრივ ნაწილზე ჩნდება წყლულები — ეროზია.

**ღიაგნოზი და მკურნალობა.** საშვილოსნო-საშოს დაწვეისა და გამოვარდნის დიაგნოზის დასმა ძნელი არ არის. ავადმყოფი უნდა დავაწვინოთ გინეკოლოგიურ მაგიდაზე, რათა მას შეეძლოს ისე გაკინთვა, რომ მუცლის ღრუს შინაგანი წნევის მომატების ნიადაგზე საშვილოსნომ ქვევით დაიწიოს.

საშოს კედლების დაწვეა ადვილი შესამჩნევია, ისინი ჩამოწეული და გამობურცულია. გაკინთვის დროს კი საშვილოსნო კიდევ უფრო ქვევით იწევს გამოიბერება და მისი ქვედა ნაწილი გადმობრუნდება.

საშვილოსნოს ნაწილობრივი გამოვარდნის დროს სასქესო ნაპრალიდან მოჩანს მხოლოდ საშვილოსნოს ყელი. მთლიანი გამოვარდნის შემთხვევაში კი საშვილოსნო არის გადმობრუნებული საშოს პარქში და სასქესო ნაპრალის წინაა მოთავსებული.

ღიაგნოზის დასმის დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ საშოს წინა კედლის სიმსიენე, საშოს კისტა, ფიბრომიომა და ანთებითი ინფილტრატი საშვილოსნო-შარდუშტის მიდამოში.

პროფილაქტიკა უმთავრესად გულისხმობს მშობიარობისა და ლოგინობის ხანის რაციონალურად ჩატარებას. უნდა ვერიღოთ სწრაფ მოშობიარებას — უმიზნოდ მაშების დადებას, ნაყოფის მობრუნებასა და სწრაფად გამოყვანას (თუ ეს აუცილებელი არ არის). ჩახეული შორისი და დაზიანებული levator ani დაუყოვნებლივ უნდა აღვადგინოთ.

ლოგინობის ხანაში დიდხანს წოლა უფრო აღუნებს მენჯის ფუძის კუნთებს. ამ შემთხვევაში არ ხდება საშვილოსნოს სათანადო ინვოლუცია. მიზანშეწონილია მშობიარობის შემდეგ მოძრაობის დროულად დაწყება და მე-5—6 დღეს აღვამო, თუ მშობიარობის დროს ადგილი არ ჰქონდა სასქესო გზების დაზიანებას და ნაკერები არ იყო დადებული.

საშვილოსნო-საშოს დაწვეისა და გამოვარდნის მკურნალობა ორი სახისაა — კონსერვატიული და ოპერაციული.

კონსერვატიული წესი მდგომარეობს პესარების საშუალებით სა-

შვილოსნოს აწევაში და მისთვის დაახლოებით ნორმალური მდებარეობის მიცემაში. პესარები არ გამოდგება იმ შემთხვევაში, თუ საშვილოსნო-საშოს დაწევისთან ერთად ადგილი აქვს რექტოცელეს ან საშვილოსნოს ყელის დაგრძელებას. გარდა ამისა, უნდა აღვნიშნოთ, რომ პესარების გამოყენებით არ შეიძლება მივალწიოთ საშვილოსნო-საშოს დაწევის ან გამოვარდნის სრულ განკურნებას. მათი ხმარება დასაშვებია იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფი ძალზე დასუსტებული და მოხუცებულია.

ზოგი ავტორი გვირჩევს ჯავატაროთ გინეკოლოგიური მასაჟი. როგორც აღვნიშნეთ, ამ მანიპულაციით არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება ქვევით დაწეული და მით უმეტეს გამოვარდნილი საშვილოსნოს და საშოს ნორმალური მდებარეობის აღდგენა. ამრიგად, უპირატესობა ენიჭება მკურნალობის ოპერაციულ მეთოდს.

ოპერაციის მეთოდის შერჩევისას მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ქალის ასაკი.

საშოს წინა კედლის დაწევისა და ცისტოცელეს შემთხვევაში საჭიროა გავაკეთოთ წინა კოლპორაფია (colporrhaphia anterior). ამისათვის საშოს წინა კედლიდან, საზარღე მილის გარეთა პირის ცოტა ქვემოთ, ვაცლით ლორწოვან გარსს, რომელიც ოვალური ფორმისა უნდა იყოს.

შარდის ბუშტისათვის მტკიცე ფუძის შექმნის მიზნით შარდის ბუშტს ნახევრად ბლაგვი მეთოდით ვწვეთ ზევით და ვადებთ ქისისებრ ნაკერს. შემდეგ საშოს ლორწოვანი გარსის კიდეებს ნაკერის საშუალებით ვუახლოებთ ერთმანეთს.

საშოს უკანა კედლის დაწევის დროს ვაკეთებთ უკანა კოლპორაფიას (colporrhaphia posterior). ამისათვის საშოს უკანა კედლიდან ვაცლით სამკუთხედის ფორმის ლორწოვან გარსს. თუ ადგილი აქვს რექტოცელესაც, მაშინ ვადებთ ქისისებრ ნაკერს და საშოს კიდეებს ვუახლოებთ ერთიმეორეს.

უკანა კოლპორაფიასთან ერთად ვაკეთებთ შორისის პლასტიკურ ოპერაციას — perineorrhaphia-ს.

პერინეორაფიის დროს აუცილებლად უნდა მივიღოთ მხედველობაში — არის თუ არა დაზიანებული levator ani. დაზიანების შემთხვევაში საჭიროა დაზიანებული ნაწილების ერთიმეორესთან მიახლოება და ნაკერების დადება, რითაც იქმნება მტკიცე ფუძე.

ქვევით დაწეული გამოვარდნილი საშვილოსნოს მდებარეობის აღდგენისათვის ეს ოპერაციები საკმარისი არაა. ამიტომ ამ შემთხვევაში მივმართავთ საშვილოსნოს იოგებების დამოკლებას ან უშუალოდ საშვილოსნოს ფიქსაციას.

ჩვენ უპირატესობას ვანიჭებთ იოგების დამოკლებას ალექსანდერ-ადამის ან დოლერის ოპერაციის საშუალებით.

ალექსანდერ-ადამის ოპერაცია. განაკვეთი ვაგვეყავს პუპარტის იოგის გასწვრივ. საზარღულის მილში მოვქებნით მოკვალ იოგს, რომელიც უნდა ამოვწიოთ დაახლოებით საჩვენებელი თითის სიგრძის ოდენობამდე, რათა საშვილოსნოს ტანი მიუუახლოვოთ წინ ბოქვენის სახსარს.

იოგებს თან ამოყვება მათზე შემოხვეული პერიტონეუმის მცირე ნაწილი, რომელსაც პინცენტის საშუალებით უკან ჩავწევთ. იოგს მივაკერებთ m. obliquus externus-ის აპონევროზზე. ასევე ვაკეთებთ მეორე მხარეზეც.

ალექსანდერ-ადამის ოპერაციის შედეგად საშვილოსნო იღებს ფიზიოლო-  
კურ მდებარეობას. მაგრამ ამ ოპერაციის გაკეთება საზარდულის მილის მზოივ  
შეიძლება მაშინ, თუ საშვილოსნოსა და დანამატებში ანთებითი პროცესის შე-  
დეგად არ არის განვითარებული შეხორცებები.

მისა გაკეთება შეიძლება აგრეთვე ლაპარატომიის გზითაც, თუ მუცლის  
წინა კედელს განვიად გავკვეთავთ, მაშინ შეიძლება იოვების დამოკლებაც და  
ნეხორციების დაცილება.

დოლერის მეთოდი. მუცლის ღრუ იკვეთება თეთრი ხაზის მიმარ-  
თულებით. იქვე სიმფიზთან. განაკვეთის ქვემო კიდიდან ლატერალურად, 2 სმ  
დამორებით ვხვრეტთ აპონევოზს, სწორ კუნთსა და პერიტონეუმს კოხერის  
საშუალებით.

საშვილოსნოს კიდიდან 3—4 სმ დაშორებით კონსერით ვიჭერთ მრგვალ  
იოვს, ამოკვავებს იგი ხელოვნურად გაკეთებულ ხვრელში და აპონევოზს ვა-  
დგებთ ნაკეობს. ასევე ვიჭვევით მეორე მხარეზეც.

ბალდის მეთოდი. მრგვალი იოვები გაგვყავს ფართო იოვებში გაკე-  
თებულ ხელოვნურ ხვრელებში და ვამაგრებთ მათ საშვილოსნოს უკანა ზედა-  
პიოზე.

მენკეს მეთოდი. მრგვალი იოვების დამოკლების მიზნით ვაკეთებთ  
მარუფებს და ვაკერებთ მათ საშვილოსნოს წინა კედელზე.

მორე ჯკუფის ოპერაციები გულისხმობს თვით საშვილოსნოს ტანის  
ფიქსაციას. ამიტომ ისინი უნდა ჩაითვალოს ნაკლებ ფიზიოლოგიურად. მათი  
გაკეთება დასაშვებია მაშინ, როდესაც ქალი მენოპაუზაში იმყოფება, როდესაც  
ადგილი არა აქვს თვიურს და არ არის ორსულობის შესაძლებლობა.

საშვილოსნოს ფიქსაციის მიზნით მოწოდებულია რამდენიმე მეთოდი: ვა-  
გინოფიქსაცია დურსენის მიხედვით—საშვილოსნოს ტანის წინ-  
კედელს ვაკერებთ საშოზე; ვეზიკოფიქსაცია მაკენდორფის მიხე-  
დვით—საშარდვ ბუშტის უკანა კედელს ვაკერებთ საშვილოსნოს წინა კე-  
დელზე; ენტროფიქსაცია ჩერნი-ლეოპოლდის წესით—საშვილო-  
სნოს ფუძეს ვაკერებთ მუცლის წინა კედელზე.

საერთოდ იმ ოპერაციულ მეთოდებს შორის, რომლებიც იხმარება საშვი-  
ლოსნოს დაწევა-გამოვარდნასა და რეტროფლექსია-ვერზიას დროს, როგორც  
ვთქვით, ჩვენ უპირატესობას ვაძლევთ ალექსანდერ-ადამისა და დო-  
ლერის მეთოდებს. ამ ოპერაციების შედეგად საშვილოსნო იღებს ყველაზე  
უფრო ფიზიოლოგიურ მდებარეობას.

მოკლედ შევხებით საშვილოსნოს ინტერპოზიციას (*interposi-  
tio uteri vesicovaginalis*), რომლის ტექნიკა დაამუშავეს ვერტკაიმშაუტმა და  
ს. ალექსანდროვმა. ამ ოპერაციას მიმართავენ ქალის მენოპაუზაში ყოფნის დროს.

შარდვსაღენის გარეთა პირიდან ცოტა ქვევით საშოს ლორწოვან გარსზე  
გაგვყავს პირდაპირი განაკვეთი—თითქმის *orificium externum canalis cervi-  
calis*-ის ღონემდე და საშოს ლორწოვან გარსს ფართოდ ვაცილებთ ორივე  
მხარეზე. შემდეგ შარდის ბუშტს ვწვეთ ზევით, *plica vesicouterinae*-მდე, და  
ვკვეთავთ მას. ტყვიის მაშებით თითის კონტროლის ქვეშ შევდივართ მუცლის  
ღრუში, გამოგვავქვს საშვილოსნო და ვათავსებთ შარდის ბუშტის ქვემოთ—  
აქეთ-იქით გადაწეულ საშოს ორ ფურცელს შორის.

აქ საშვილოსნოს რამდენიმე ნაკერით ვამაგრებთ. შემდეგ საშოს კიდეებს  
უეაზლობით ერთიმეორეს ისევე ნაკერების საშუალებით.



## საშვილოსნოს გადმობრუნება (Inversio uteri)

საშვილოსნოს გადმობრუნება საკმაოდ იშვიათი მოვლენაა. შეიძლება იყოს ნაწილობრივი და მთლიანი.

ნაწილობრივი გადმობრუნების დროს საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირიდან მოჩანს საშვილოსნოს მხოლოდ ნაწილი, ჩვეულებრივ, ფუძე.

მთლიანი გადმობრუნების დროს საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირის წინ მოთავსებულია გადმობრუნებული, ლორწოვანი გარსით დაფარული საშვილოსნოს ღრუ. იქ, სადაც მუცლის ღრუში, ჩვეულებრივ, საშვილოსნოს ფუძე უნდა იყოს, არსებობს ჩაღრმავება.

თუ გადმობრუნების შემდეგ საკმაოდ დრომ განვლო, მაშინ საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი მკრთალ ფერს მიიღებს და აქა-იქ დაფარება გარქვევული ეპითელით.

პირველ ხანებში სისხლის მიმოქცევის მოშლის გამო საშვილოსნო დიდი და რბილია, შემდგომ კი სდება მისი ატროფია.

საშვილოსნოს გადმობრუნებას შედარებით უფრო ხშირად ადვილი აქვს მშობიარობის შემდეგ, როდესაც საშვილოსნოს ყელი ფართოა, ტანი კი — ძლიერ რბილი.

საშვილოსნოს სრული ან ნაწილობრივი გადმობრუნება შეიძლება განვითარდეს კრედე-ლაზარევიჩის მეთოდით მანიპულაციის უცეზად ჩატარების ან კიპლარის დაქაჩვის შემთხვევაში.

საშვილოსნოს გადმობრუნება შეიძლება გამოიწვიოს საშვილოსნოს ფსკერზე განვითარებულმა სიმსივნეებმა, რომელიც ქვევით, საშვილოსნოს ყელისაკენ მიიწევს და თან მიაჭებს საშვილოსნოს ფსკერს. თუ სიმსივნე საშვილოსნოდან გარეთ გამოდის, საშვილოსნოს ფსკერსაც თან გამოიტანს.

**ღიაგნოზი და მკურნალობა.** გადმობრუნებული საშვილოსნოს ღიაგნოსის ვსვამთ შემდეგი მონაცემების საფუძველზე: პალპაციის დროს აღინიშნება, რომ საშვილოსნოს ფუძე არ არის მუცლის ღრუში სათანადო ადგილზე — იქ ვნახულობთ ძაბრისმაგვარ ჩაღრმავებას; მთლიანად გადმობრუნებული საშვილოსნოს ფუძის აქეთ-იქით მოჩანს ფალოპის ღვლებების ხერგელები; საშვილოსნოს ყელში ზონდი ღრმად არ შედის, მაკრამ, უნდა გვახსოვდეს, რომ, თუ ამ დროს საქმე ეხება საშვილოსნოს ყელში გაჩილ სიმსივნეს, მაშინ სიმსივნის გვერდით შეტანილი ზონდი შედარებით ღრმად შევა.

გადმობრუნებული საშვილოსნო უკანვე უნდა შევებრუნოთ. ზოგჯერ ყელის აქეთ-იქით ვაწვეითა და გადმობრუნებული საშვილოსნოს ფსკერზე მრწოლის საშუალებით შედარებით ადვილად ხდება საშვილოსნოს უკან შებრუნება.

ზოგ შემთხვევაში კარგია ავადპოფის პენჯის აწევა ზევით, საშოს მავარი ტამპონაცია ან კოლპეირინტერის მოთავსება საშოსში, მისი ძლიერ ავსება და 12—24 საათის განმავლობაში იქ დატოვება. თუ აღნიშნული საშუალებით მიზანს ვერ მივალწვეთ, უნდა მიემართოთ ოპერაციას.

კიუსტნერი გვირგვინს გავკვეთთ უკანა თალი, შევიდეთ მუცლის ღრუში თითოთ, მოვძებნოთ ჩაღრმავებული ძაბრი, გავკვეთთ საშვილოსნოს უკანა კედელი, გადმოვებრუნოთ ის და შემდეგ დავადოთ ნაკერები.

ზოგი ავტორი გვიჩვენებს ავწიოთ შარდის ბუშტი, გავკვეთოთწინა თალი, შევიდეთ მუცლის ღრუში, გავკვეთოთ გადმობრუნებული საშვილოსნოს წინა კედელი, გადმოვაბრუნოთ საშვილოსნო და დავადოთ ნაკერები რის შემდეგ უნდა მოვახდინოთ მისი ჟიქსაცია წინ.

შეიძლება აგრეთვე მივმართოთ საშვილოსნოს ექსტერპაციას — თუ საკმე ეხება ხანშესულ ქალს და საშვილოსნოს შებრუნება არ ხერხდება.

### საშვილოსნოს თიაქარი (Hernia uteri)

საშვილოსნო იშვიათად შეიძლება მოთავსდეს თიაქრის პარაკში. თუ ეს მოხდა, მაშინ ვლაპარაკობთ საშვილოსნოს თიაქარზე — hernia uteri ზე ან hysterocoele-ზე. შედარებით უფრო ხშირია — hernia uteri inguinalis, უფრო იშვიათი — hernia uteri femoralis და სხვ.

აღწერილია თიაქრის პარაკში მოთავსებული ორსული საშვილოსნოს შემთხვევებიც.

მკურნალობა ოპერაციულია. საშვილოსნო უნდა გავათავი-სუფლოთ თიაქრის პარაკსგან და ნორმალურ ადგილზე გავამაგროთ.

---

## ქალის სასქესო ორგანოების ტრავმული დაზიანება

ქალის სასქესო ორგანოების ტრავმული დაზიანება გაცილებით უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე სხვა ორგანოებისა. ეს აიხსნება იმ გარემოებით, რომ, გარდა ჩვეულებრივი ტრავმისა, რაც ვითარდება ადამიანის სხეულის ყველა ნაწილზე, აქ შეიძლება ადგილი ჰქონდეს რაიმე სპეციფიკური ფაქტორის ზეგავლენას.

სასქესო ორგანოების ტრავმა შეიძლება განვითარდეს მშობიარობასთან დაკავშირებით, აბორტის დროს, სქესობრივი კავშირის შედეგად და ა. შ. სხვა მიზეზებით გამოწვეულ შიგნითა სასქესო ორგანოების ტრავმას შედარებით იშვიათად აქვს ადგილი. ეს აიხსნება სასქესო ორგანოების ტოპოგრაფიული მდებარეობით. სასქესო ორგანოები მოთავსებულია ბარძაყთაშუა არესა და მუცლის ღრუში და, ამიტომ, სხეულის სხვა ნაწილებთან შედარებით უფრო დაცულია. მაგრამ, მიუხედავად მდებარეობის თავისებურებისა, გარეთა სასქესო ორგანოების დაზიანება დარტყმის (განსაკუთრებით დაცემისა და ჩამოვარდნის) ნიადაგზე არც ისე იშვიათი შემთხვევაა.

გარეთა სასქესო ორგანოებიდან უფრო ხშირად ზიანდება დიდი სასქესო ბაგეები. ჩვენ არაიშვიათად შეგვხვდებოდა ეულვის დაზიანების შემთხვევა ძლიერი სისხლდენით. ხშირია აგრეთვე ჩამოვარდნის დროს წვეტიან საგანზე სასქესო ორგანოებით დაცემის შედეგად გამოწვეული დიდი და ღრმა დაზიანების შემთხვევები.

რა თქმა უნდა, ყველა ასეთ შემთხვევაში მხოლოდ ქირურგიული დახმარებაა საჭირო.

სასქესო ორგანოების დაზიანება შეიძლება განვითარდეს პესარების არასათანადო ხმარების შედეგად. თუ პესარი დიდია, ის იწვევს ქსოვილის ნეკროზს და დეფექტის წარმოშობას. ჩვენ გვქონდა შემთხვევა, როცა ორსულობის თავიდან აცილების მიზნით საშვილოსნოს ყელში პესარის მოთავსებას გამოუწვევია პარამეტრიუმის დიდი დანეკროზების, მძიმე დაზიანებისა და სექტიკური პროცესის განვითარება.

ონანიზმის დროს ზოგ ქალს, გარდა იმისა, რომ გარეთა სასქესო ორგანოებს ილიზიანებს, საშოში შეაქვს უცხო სხეული. ამ საშუალებით სქესობრივი მოთხოვნილების დაკმაყოფილებას თან სდევს სასქესო ორგანოების დაზიანება. სქესობრივი აგზნების დროს ეს საგნები ისე ღრმად შეაქვთ საშოში, რომ ხშირად (განსაკუთრებით მაშინ. თუ ისინი დიდია) საშოს კარიბჭის ირგვლივმდებარე კუნთების შეკუმშვის გამო მათი გამოღება ხერხდება მხოლოდ ექიმის დახმარებით.

სასქესო ორგანოების დაზიანება სქესობრივი კავშირის დროს ჩვეულებრივი მოვლენაა. პირველი სქესობრივი კავშირის დროს ირღვევა ჰიმენის

მთლიანობა, რაც უშიშვანლო სასხლდენას იწვევს. თუმცა ვვხვდებით ჰარბი სისხლდენის შეთხვევებიც. ჩვენთან კლინიკაში რამდენჯერმე ვიყავით იძულებული ჰიპენ-ის დეფექტზე ლიკატურა დაკვედვა. გარდა ჰიპენისა, შეიძლება დაზიანდეს სასქესო ორგანოების სხვა ნაწილებიც — შორისი, მცირე სასიცოცხლო ბაგეები, საშოს თალები და სხვ.

ჩვენ შემახვევთა ვეჭონდა კლინიკაში გვენახა შარდსადენის გარეთა პირის ძლიერი ვეჭონდა, ვამოწვეული სქესობრივი კავშირით, საშოს ატრეზიის გამო. კლინიკაში ამ უკანასკნელი წლების განმავლობაში შემოვიდა რამდენიმე ქალი, რომელთაც დაზიანებული ჰქონდათ საშო სქესობრივი კავშირის დროს. ერთი მათგანი იყო მცირეწლოვანი გოგონა. ამ შემთხვევაში სასქესო ორგანოს დაზიანება ვამოწვეული იყო მამაკაცის penis-ის სიდიდისა და გოგონას საშოს სობატარაგის გამო. დანარჩენ შემთხვევებში არ ჰქონია ადგილი ძალდატანებით სქესობრივ კავშირის. სრულასაკოვან ქალებს ვანუეითარდათ ტრავმა იმ მამაკაცებთან სქესობრივი კავშირის დროს, რომლებთანაც დიდხანს ცხოვრობდნენ.

ამ შემთხვევაში დაზიანების მოვლენები შეიძლება ვამოწვეული იყოს ძლიერ ავანუეული სქესობრივი კავშირით, სწორი ნაწლავისა და შარდის ბუშტის სავსეობით, ქალის არაწესიერი მდებარეობით. მკურნალობა, რა თქმა უნდა, ოპერაციულია. იგი ითვალასწინებს სისხლდენის შეჩერებას და პერიტონიტის ვანუეითარების თავიდან აცილებას.

ყველაზე უფრო ხშირად სასქესო ორგანოების დაზიანება ხდება აბორტისა და ვანსაკუთრებით მშობიარობის დროს. იშვიათად თუ შევხვდებით ისეთ ნამშობიარებ ქალს, რომლის სასქესო ორგანოებზე მშობიარობას თავისი ვვალი არ დავინონს—შორისისა და საშვილოსნოს ყელის მცირედი ჩახვევა მაინც არ ვამოწვევოს.

ვარჩევთ შორისს ჩახვევის სამ ხარისხს (ruptura perinei grad. I, grad. II, grad. III). პირველი ხარისხის ჩახვევის დროს დაზიანებულია ლორწოვანი გარსი და უკანა ლაგამი. მეორე ხარისხის ჩახვევის შემთხვევაში მთლიანადაა დაზიანებული შორისის კუნთები. მესამე ხარისხის ჩახვევის დროს ზიანდება როგორც შორისი, ისე ანუსის სფინქტერი და სწორი ნაწლავი.

დაზიანებული შორისი დროულად უნდა აღვადვინოთ. ეს საჭიროა როგორც სისხლდენის შეჩერების მიზნით, ისე ინფექციის შემდგომი ვავრცელების თავიდან აცილებისა და საშოს დაწვევის პროფილაქტიკის მიზნით.

შორისის დაზიანებამ შეიძლება ხელი შეუწყოს საშოს კედლების კატარის ვანვითარებასა და სასქესო ორგანოების დაწვევას. თუმცა, როგორც ეს მდებარეობის ანომალიების ვანსილვის დროს ვნახეთ, მსოლოდ შორისის დაზიანება ყოველთვის არ არის საკმარისი სასქესო ორგანოების დაწვევისა და ვამოვარდნისათვის. ამისათვის საჭიროა იოკოვანი აპარატის მოღუნება, ფაშარი შევაერთებელი ქსოვლის ვანლევა ან დაზიანება, მენჯის ლუქის კუნთების დეფექტი და სხვ.

თუ ახალგაზრდა ქალს შორისი დიდი ხნია დაზიანებული აქვს და თუ მას კიდევ მოვლის მშობიარობა, მაშინ უმჯობესია დავაცადოთ, რადგან ამ შემთხვევაში აღდგენილი შორისი უფრო მეტად ზიანდება.

რა თქმა უნდა, ეს ეხება პირველი და მეორე ხარისხის დაზიანებას. მესამე ხარისხის დაზიანება იწვევს მრავალი არასასიამოვნო მოვლენის ვანვითარებას. მათ შორის ვახებისა და ვანავლის ნუუკავებლობას. ამ სახის დაზიანება მოითხოვს დაუყოვნებლივ ოპერაციულ ჩარევას.

მეორე და მით უმეტეს მესამე ხარისხის დაზიანება სწორად იწვევს უშვილობას, რადგან ამ შემთხვევაში სპერმა ვერ ჩერდება საშოს უკანა თაღში სათანადო დროის განმავლობაში:—იგი უკან იღვრება.

საშვილოსნოს ყელის ცოტად თუ ზევრად მნიშვნელოვანი დაზიანება მშობიარობის დროს აუცილებელია. ასეთი დაზიანება ერთ-ერთი მთავარი მიზეზებელია იმისა, რომ ქალი ნაშობიარეობს. საშვილოსნოს ყელის გვერდებზე თაღებისაკენ დაზიანებას ეწოდება ემეტის ნახევი.

გახანგრძლივებული მშობიარობის დროს შეიძლება აგრეთვე განვითარდეს საშვილოსნოს ყელის ცირკულარული დაზიანება და მთლიანი მოვარდნა ან წინა ბაგის დანეკროზება და მოცილება, ხანში შეიძლება უკანა ბაგის მოკვეთა და მათი გათანაბრება.

თუ ყელის დაზიანება დრმა და მისი კატარის გამო არაიშვითად აღმავალ ინფექციასაც აქვს ადგილი, მაშინ უმჯობესია ყელის მთლიანობა აღვადგინოთ ემეტის ოპერაციის საშუალებით, რაც გულსისმობს ყელის კიდვების გასისხლიანებასა და გაკერვას.

აბორტის დროს საშვილოსნოს ყელისა და მისი დანარჩენი ნაწილების დაზიანება შეიძლება მაშინაც კი, როცა ოპერაციას ატარებს გამოცდილი გინეკოლოგი. მაგრამ მან ეს დროულად უნდა შეინიშნოს და უნდა მიიღოს სათანადო ზომები.

გამოუცვლელი ექიმის მიერ წარმოებული ოპერაციის დროს გამოწვეული დაზიანება მრავალფეროვანია და შეუმჩნეველი რჩება. ადგილი აქვს არა მარტო საშვილოსნოს, არამედ ნაწლავების, შარდის ბუშტისა და სხვა ორგანოთა ისეთ ღრმა დაზიანებას, რომლის გამოსწორება ზოგჯერ შეუძლებელია.

უეცი ადამიანის მიერ გაკეთებულ აბორტს ხშირად მოყვება ისეთი ძლიერი დაზიანებები „თითქოს ცოფიან ძაღლს დაეკლიჯოს აქაურობა“ (გ. ლამბარაშვილი).

მუცლის მოშლის მიზნით ზოგ ქალს საშოში და საშვილოსნოს ყელში სხვადასხვა საკანი შეაქვს. ჩვენს კლინიკაში ყოფილა შემთხვევები, როცა საშვილოსნოს ყელიდან გამოგვიღია ასანთის ღერები, ფრინველის ფრთა, ბალახის ძირები, გათლილი ჯოხები და სხვ.

აბორტის გაკეთების დროს განვითარებული დაზიანება ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში ზედმეწეწებით კარგად უნდა შევისწავლოთ. მხედველობაში უნდა მივიღოთ დაზიანების ადგილი, ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის პირობები, ვის მიერ არის გამოწვეული პერფორაცია (გამომწვევე პირის კვალიფიკაცია) და სხვ., რათა შემდგომი ჩვენი მოქმედება მიზანშეწონილი იყოს.

დახმარება უმეტეს შემთხვევაში ოპერაციულია. იშვიათად შეიძლება კონსერვატიული მკურნალობით დავკმაყოფილდეთ, მაგალითად, როცა ადგილი არა აქვს დიდი ხნის ორსულობას და მანობელი ორგანოები დაუზიანებელია, ოპერაცია ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის ყველა წესის ზედმიწევნით დაცვის პირობებშია ჩატარებული, სისხლდენა არ აღინიშნება და სხვ.

არ შეიძლება მოკლედ მაინც არ აღვნიშნოთ სასქესო ორგანოების დაზიანებები, რომელთა ნიადაგზეც ვითარდება ფისტულები. ეს იწვევს მოავალ არასასიამოვნო მოვლენასა და ქალის წარმის უნარის დაკარგვას.

სასქესო ორგანოების ფისტულებები უფრო ხშირად ვითარდება პათოლოგიური მშობიარობის დროს—ვიწრო მენჯი, ნაყოფის მდებარეობის ანომალიები და სხვ., აგრეთვე ქრონის მიერ მკრელი ან ბლავი იაოლის (პერ-

ფორატორი, მანები, კრანოკლასტი და სხვ.) არასათანადო სიფრთხილით გა-  
ზოცუნების შემთხვევაში.

როგორც ვაგინალური, ისე აბლომინალური ოპერაციების დროს მოსა-  
ლოდნელია შარდის ბუშტის, შარდსაწვეთის, სწორი ნაწლავისა და სხვა ორ-  
განოთა დაზიანება.

ფისტულები ვითარდება რადიუმის სხივების არასათანადო ტექნიკითა და  
დოზებით ხპარების, რენტგენის სხივების გამოყენების შემთხვევებში, ავთვისე-  
ბიანი სიმსივნეებისა და ჩირქოვანი ანთებითი პროცესების დროს.

ვარჩევთ შემდეგი სახის ფისტულებს: 1) სა შო-შარდსადენის, 2) სა-  
შო-შარდბუშტის; 3) შარდბუშტ-ყელის, 4) შარდსაწვეთ-საშოს, 5)  
შარდსაწვეთ-ყელის, 6) საშო-სწორნაწლავის და სხვ.

ფისტულები იწვევს შარდისა და განავლის შეუკავებლობას, საშოსა და  
გარჯთა სასქესო ორგანოების გაღიზიანებას, ანთებას, ეგზემის განვითარებას  
და სხვ.

აღსანიშნავია ისიც, რომ ფისტულების არსებობის დროს ზოგჯერ ადგი-  
ლი აქვს მენსტრუალური ციკლის ძლიერ მოშლილობას, როგორცაა, მაგალით-  
თად, ამენორეა, რომელიც გაივლის დეფექტის აღდგენის შემდეგ. ფისტუ-  
ლამ შეიძლება გამოიწვიოს ორგანიზმის ზოგადი დაძაბუნება და დაავადებაკი.

ღიაგნოზი. ფისტულის აღმოჩენა თითის საშუალებით ყოველთვის არ  
ხერხდება. ამიტომ საჭიროა მიემართოთ სარკეებს. ღიაგნოსტიკური მიზნით

კარგია კათეტერის საშუალებით შარდის ბუშტში შევიყვანოთ რაიმე ფერადი სითხე, მაგალითად, მეთილენის ლილით კარგად შეღებილი გაღადღებულ თბილი წყალი. ხმარობენ აგრეთვე სტერილურ რძესაც.

ამ დროს საშოში კოვზისმაგვარი სარკე უნდა მოვათავსოთ, რათა საშოს წინა კედელი თავისუფალი იყოს. ამ შემთხვევაში დეფექტის ადგილს შედარებით ადვილად შევამჩნევთ.

ზუსტი ღიაგნოზის დასმის მიზნით საჭიროა მიემართოთ ცისტოსკოპიასაც. თუ ფისტულა შარდსაწვეთიდან არის, მაშინ შარდის ბუშტის სათანადო ადგილას და სათანადო მხარეზე შარდი არ ჩამოდის. ცისტოსკოპიის წარმოებისათვის იმ შემთხვევაში, თუ ფისტულა შარდბუშტ-საშოსია, საჭიროა საშოში სითხით გაუღწეოთ ტამპონის ჩადება.



სურ. 37. შორისის შესაბე ხარისხის ჩხევა.

სხვა სახის დაზიანების დიაგნოსტიკა ძნელი არ არის, თუ სასქესო ორგანოებს კარგად დავათვალიერებთ.

მკურნალობა. თუ, მაგალითად, ოპერაციის წარმოების დროს მოხდა შარდის ბუშტის დაზიანება, საჭიროა მაშინვე გაიკეთოს დაზიანებული ადგილი. დაზიანება უფრო ხშირად მოსალოდნელია ვაგინალური ოპერაციების დროს, მათ შორის დიურსენის ოპერაციის შემთხვევაში (ვაგინალური საკეისრო გაკვეთა). შარდსაწვეთის დაზიანების დროს, თუ დაზიანება მაღლა არ არის, მისი გადაჭოლი ზედა ბოლო უნდა ჩავაკეოთ შარდის ბუშტში — ამ უკანასკნელის წინასწარი გაკვეთის შემდეგ.

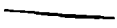
ერთი სიტყვით, ოპერაციის დროს მომხდარი დეფექტი შესაძლებლობის ფარგლებში იმ წუთშივე უნდა აღვადგინოთ.

სულ სხვა აოის მშობიარობის დროს, განსაკუთრებით ქსოვილის დანეკროზების ნიადაგზე განვითარებული ფისტულები. ასეთი ფისტულების ოპერაციას ვაკეთებთ მოლოგინების შემდეგ არა უადრეს ოთხ-სამი თვისა, როდესაც ორგანიზმში გამოსწორდება ორსულობით და მშობიარობით გამოწვეული ცვლილებები. ამ ხნის განმავლობაში პატარა ოდენობის ფისტულა შეიძლება თავისით დაიშუროს და ოპერაცია ზედმეტი შეიქნეს.

ოპერაციის წინა დღეებში საჭიროა ავადმყოფის მომზადება. ამ მიზნით, ადგილობრივ უნდა მოხდეს შარდის დენისგან დაზიანებული ქსოვილის ნორმალური მდგომარეობის აღდგენა, რისთვისაც იყენებენ თბილ აბაზანებს და იცავენ სათანადო სისუფთავეს. კარგია ანტიბიოტიკებისა და უროტროპინის დანიშნა, მაილიმეცას 3<sup>1</sup>/<sub>6</sub>-ანი ხსნარის მიცემა (შალი რამ მთავე რეაქციისა იქნეს).

ოპერაციის დროს ფისტულის კიდეები უნდა გავასისხლიანოთ და ისე შევკეროთ. უმჯობესია, თუ შოეებს ელთიმეორესგან დავაცილებთ და შოეების მიხედვით გავკერავთ, რასაც განშრევეების წესი ეწოდება.

ფისტულების ოპერაციული მკურნალობა ტექნიკურად ძნელია. შედეგიც არ არის ყოველთვის საიმედო.



## ქალის გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოების არაგონორეული ანთებითი პროცესები

ამ ნაწილში უნდა განვიხილოთ ქალის გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოების არაგონორეული ანთებითი პროცესები და სეპტიკური დაავადებები.

ქალის გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოების არაგონორეული ანთებითი პროცესი არ იძლევა ორგანიზმის მძიმე ზოგად მოვლენებს, უკეთ რომ ვთქვათ, ამ დროს ორგანიზმის ზოგადი მოვლენები ყოველთვის ნათლად გამოხატული არ არის და პროცესი შედარებით მსუბუქად მიმდინარეობს.

ანთებისა და სეპტიკური დაავადების გამოწვევები მიკროორგანიზმები (სტრეპტო-სტაფილოკოკები) აღამიანის ორგანიზმში შეიძლება შეიქრას მაშინ, როდესაც ამა თუ იმ ორგანოს ზედაპირი დაზიანებულია, როდესაც ადგილი აქვს ქსოვილის მთლიანობის დარღვევას.

ქალის სასქესო ორგანოების დაზიანება არც ისე იშვიათი მოვლენაა. საწვილსნოს ლორწოვანი გარსის მთლიანობის დარღვევასა და დაზიანებას ადგილი აქვს თვისურობის, აბორტისა და მშობიარობის შედეგად.

მშობიარობის შემდეგ სასქესო ორგანოებში ქსოვილები საკმაოდაა დაზიანებული. ეულვაზე, საშოში, საშვილოსნოს ყელსა და თვით საშვილოსნოს ღრუში არსებობს კრილობები. ბაქტერიების გავრცელებისათვის განსაკუთრებით ხელსაყრელია ის ადგილი, სადაც მშობიარობამდე პლაცენტა იყო მიმაგრებული და მისი ბუსუსები უშუალოდ იყო ჩაშვებული სისხლით საესე ბუსუსთაშორის არეებში.

თითქმის ასეთივე კრილობები რჩება აბორტის შემდეგაც, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ორსულობა მეორე ნახევარშია შეწყვეტილი. ნაადრევი აბორტის დროსაც საკმაო სიღრმის კრილობებია საშვილოსნოს ღრუში და მრავალი ხელშეწყობი პირობა არსებობს სეპტიკური ინფექციის განვითარებისათვის.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, მენტრუაციის დროს საშვილოსნოს ღრუს ზედაპირი სისხლმდენია, აღარ არსებობს საშვილოსნოს ღრუს ლორწოვანი გარსის ფუნქციური შრე და საფარი ეპითელი. გასაგებია, რომ ამ შემთხვევაში ინფექციამ ადვილად შეიძლება მოიკიდოს ფეხი ორგანიზმში.

კრილობის ინფიცირება ხშირად და ადვილად ხდებოდა მაშინ, როდესაც არაეითარი წარმოდგენა არ ჰქონდათ ბაქტერიებზე, არ იყო აღმოჩენილი პათოგენური მიკრობები, გამეფებული იყო თეორია მიაზმების შესახებ, არ იცნობდნენ ინფექციის არსს და მისი გავრცელების გზებს.

კრილობის დაცვა მავნე მიკრობებისაგან, სეპტიკური ინფექციისა და ამის შედეგად სიკვდილონის შემთხვევათა მკვეთრი შემცირება შესაძლებელი გახდა იმ უდიდესი ნეცნიერული აღმოჩენების საფუძველზე, რომლებიც ეკუთვნის



გამოჩენილ მკვლევარებს გინეკოლოგ ზემელვეისს, ქირურგ ლისტერს და ბაქტერიოლოგ პასტერს.

ზემელვეისმა ჯერ კიდევ გასული საუკუნის ორმოციან წლებში (1846—1849 წწ.) გამოთქვა აზრი იმის შესახებ, რომ ჭრილობაში ორგანიზმის მომწამლავი ნივთიერება შეაქვს გარედან ექიმს, ბებია ქალს, სტუდენტს ან სხვა რომელიმე პირს, რომელიც ჭრილობას ეხება. „ეს არის ინფექცია, რომელიც გარედან არის შეტანილი და რომელიც შეიძლება აღვკვეთოთ“.

ასეთი სწორი დებულების საფუძველზე მან შემოიღო ქლორიანი წყლით ხელის დაბანა, რამაც მკვეთრად შეაძვირა მშობიარობის შემდგომ სეპტიკურ დაავადებათა განვითარებისა და ამის შედეგად სიკვდილობის შემთხვევები.

ამას მოჰყვა გამოჩენილი ფრანგი მიკრობიოლოგის ლუი პასტერის შესანიშნავი შრომების გამოქვეყნება მიკრობთა მნიშვნელობის შესახებ დუდილენსა და დაჩირქებით პროცესებში. 1857 წელს მან ექსპერიმენტულად დაამტკიცა, რომ დუდილის პროცესს იწვევს მიკროორგანიზმები.

პასტერის აღმოჩენის სწორი ანალიზი და ქირურგიულ პრაქტიკაში მისი გამოყენება ეკუთვნის ქირურგ ჟოზეფ ლისტერს. 1877 წელს ჭრილობაში ინფექციის შეჭრის თავიდან აცილების მიზნით მან შემოიღო კარბოლის მჟავათი გაქვინილი ნასვევები. ამრიგად, ლისტერმა საფუძველი ჩაუყარა ანტი-სეპტიკას.

1891 წელს გამოქვეყნდა ბერკმანის შრომა ანტი-სეპტიკის შესახებ. ჩირქმზადი მიკრობების აღმოჩენასთან დაკავშირებით გვერცელდა აზრი, თითქოს სტრეპტოკოკი იყოს ერთადერთი მიკრობი, რომელიც იწვევს სეპტიკური დაავადების განვითარებას. მაგრამ შემდგომი დაკვირვებების საფუძველზე ცხადი გახდა, რომ სეპტიკურ პროცესს იწვევს არა მხოლოდ სტრეპტოკოკი, არამედ სხვა ბაქტერიებიც. ვარდა ამისა, დადასტურდა, რომ სეპტიკური დაავადების გამოწვევები ერთსა და იმავე დროს შეიძლება იყოს ორგანიზმში შეჭრილი და განვითარებული რამდენიმე სახის მიკროორგანიზმი — ე. წ. შერეული ინფექცია.

ამჟამად ცნობილია, რომ სეპტიკურ დაავადებებს უფრო ხშირად იწვევს ჩირქმზადი კოკები — სტრეპტოკოკები, სტაფილოკოკები, გონოკოკები, პნევმოკოკები. ეს უკანასკნელი ქალის სასქესო ორგანოებში იშვიათად გვხვდება. აქ იშვიათია აგრეთვე გრიპის გამომწვევი ბაცილა და ნაწლავის ჩიორი. ზოგჯერ ქალის სასქესო ორგანოებში გვხვდება და უშუალოდ ან მეტასტაზური გზით ვრცელდება პათოგენური ანაერობული ბაცილები — bac. perfringens, bac. oedematis, vibron septique, bac. lysotiliticus, ტეტანუსის გამომწვევი ბაცილები (bac. tetani).

ქალის გარეთა სასქესო ორგანოებზე ეხედებით მრავალჯერ მიკრობებს — ჰემოლოზურ სტრეპტოკოკებსაც კი. მაგრამ საშოში მათი შეჭრისა და განვითარებისათვის ყოველთვის ხელსაყრელი პირობები არ არსებობს. საშოს შიგთავსის მჟავობა, საშოს ჩხირების არსებობა და საშოს ბაქტერიციდიული თვისება ვულვაზე არსებულ ბაქტერიებს არ აძლევს საშოში განვითარების საშუალებას.

იმ შემთხვევებში, როდესაც გარემო პირობები იცვლება და ორგანიზმის ბრძოლის უნარი კვეთილდება, მიკრობები, რომლებიც მანამდე ლატენტური, უვნებელი იყო, აგრესულად ხდება. მიკრობებისათვის ასეთი ხელსაყრელი პირობები იქმნება თეიურის, აბორტისა და მშობიარობის დროს.

გაძიხნილმა რუსმა მეცნიერმა ი. მენიკოვმა დაადასტურა, რომ ორგანიზმში შევრილი ინვექციის მოსპობა უმთავრესად სისხლის ფაგოციტური რეაქციის საშუალებით ხდება, რის შესახებაც დაწვრილებით ქვემოთ გვექნება ლაპარაკი.

მოკლედ შევხებებით იმ მიკრობებს, რომლებიც შედარებით ხშირად გვხვდება ქალის სასქესო ორგანოებში.

**სტრეპტოკოკი.** (streptococcus). სტრეპტოკოკი პირველად 1881 წელს რ. კონმა აღმოაჩინა ქსოვილში წითელი ქარის დროს და აღწერა, როგორც ჩირქოვანი პროცესის გამომწვევი. იმავე წელს იგი აღწერა ოგსტონმა. 1879 წელს კი პასტერმა ის აღმოაჩინა მელოგინის სისხლში, რომელიც ლოგინობის ცხელებით იყო დაავადებული.

სტრეპტოკოკები ბუთისებრი ბაქტერიებია, რომლებსაც ზოგჯერ მოგრიძო ფორმა აქვთ. მიეკუთვნება კოკების ჯგუფს. დალაგებულია ჯაჭვისმაგვარად, რომელიც სხვადასხვა სიგრძისაა.

სტრეპტოკოკის დიამეტრი აღწევს 0,5—1 მიკრონამდე. იგი კარგად იღებება ანილინის საღებავებით, მოკლებულია მოძრაობის უნარს, სპორებს არ ქმნის, გრამდადებითია.

ბიოქიმიური თვისებები. სტრეპტოკოკების უმრავლესობა ფაგულტატური ანაერობია. მისი ზრდის ტემპერატურული ოპტიუმში 37°-ია. მათი ზრდა შესაძლებელია აგრეთვე 18—41-მდე ტემპერატურის პირობებში.

მარტივ საკვებ ნიადაგზე სტრეპტოკოკები, განსაკუთრებით მათი პათოგენური ფორმები, ცუდად ან სრულიად არ იზრდება. სტრეპტოკოკების ინტენსიური ზრდისა და გამოავლებისათვის საჭიროა ასეთ საკვებ ნიადაგს დაეუმატო 1%-იანი გლუკოზა, 5—10%-იანი სისხლი, 10—20%-იანი შრავი ან ასციტური სითხე. ნიადაგს უნდა ჰქონდეს სუსტი ტუტე რეაქცია (pH—7,2—7,6).

სტრეპტოკოკები, სტაფილოკოკებისაგან განსხვავებით, პიგმენტს არ ქმნის. სისხლიან აგარზე სტრეპტოკოკის ზოგიერთი კულტურა იწვევს მის ჰემოლიზს, ზოგიერთი კულტურა სისხლის პიგმენტს ღებავს მწვანე ფერად (ჰემომეტამორფოზი), ზოგიერთი კი არაავითარ ცვლილებას არ იწვევს. სტრეპტოკოკების აღნიშნულ სვისებაზე დამყარებულია შოტ-მიულერის კლასიფიკაცია.

კლასიფიკაცია. სტრეპტოკოკებს რამდენიმე სახედ ყოფენ—შეღებვის, ჯაჭვის სიდიდის, ზრდის სისწრაფის, ცხოველისა და ადამიანის მიმართ პათოგენობის, სისხლის ჰემოლიზის თვისებისა და სხვა მაჩვენებლების მიხედვით. ამჟამად უკვე მისი 60 სხვადასხვა ფორმაა აღწერილი.

შოტ-მიულერი არჩევს სტრეპტოკოკების შემდეგ სამ სახეს: 1) streptococcus haemolyticus—იწვევს სისხლის ჰემოლიზს; 2) streptococcus viridans—იწვევს ჰემომეტამორფოზს, სისხლის ფერად ნივთიერებას ღებავს მწვანე ფერად; 3) Streptococcus anhaemolyticus—სისხლის არაავითარ ცვლილებას არ იწვევს.

ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი (streptococcus haemolyticus). თუ ამ სახის სტრეპტოკოკებს დავეთსავთ სისხლიან საკვებ ნიადაგზე, მათ გარშემო 24—48 საათის შემდეგ იქნება გამჟვირვალე არეები, რაც სისხლის დაშლის, ჰემოლიზის ნიშანია. ჰემოლიზური სტრეპტოკოკები ითვლება ყველაზე უფრო პათოგენურად.

მწვანე სტრეპტოკოკი (streptococcus viridans). მწვანე სტრეპტო-

კრებები ქმნის მომწვანო-მორუხო ფერის კოლონიებს, იწვევს ჰემოქეტამორფოზს და გადაყავს ჰემოგლობინი მეტჰემოგლობინად. მწვანე სტრეპტოკოკები იწვევს სეპტიკური ენდოკარდიტის განვითარებას.

**არაჰემოლიზური სტრეპტოკოკი (streptococcus anhaemoliticus).** ეს სტრეპტოკოკები სისხლის აგარზე არ იწვევენ არც ჰემოლიზს და არც ჰემოქეტამორფოზს, არ არის პათოგენური, ამიტომ მათ საპროფიტულ სტრეპტოკოკებს უწოდებენ.

**ანაერობული სტრეპტოკოკი (streptococcus anaerobicus).** ანაერობული სტრეპტოკოკი ჩვეულებრივ, არ არის ჰემოლიზური, ხასიათდება ანაერობული თვისებებით, გვხვდება მშობიარობისა და აბორტის შემდეგ. ხელსაყრელ პირობებში შეიძლება გამოიწვიოს ნამდვილი სეფსისის განვითარება.

შოტ-მიულერის მიერ აღწერილი სამი ფორმა, თანამედროვე სწავლების მიხედვით, შეიძლება იყოს ერთი და იგივე ფორმის სტრეპტოკოკის განვითარების სხვადასხვა საფეხური—წარმოშობილი შეცვლილი პირობების ზეგავლენით.

**პათოგენობა ადამიანისა და ცხოველების მიმართ.** სტრეპტოკოკების მიმართ განსაკუთრებით მგრძობიარეა ადამიანი, ლაბორატორიულ ცხოველთა შორის კი—ბუკები, ზღვის გოჭები და თეთრი თაგვები, უფრო ნაკლებად — ზღვის გოჭები (ეს უკანასკნელები განსაკუთრებით მგრძობიარე არიან ტუბერკულოზური ჩხირის მიმართ).

ხელოვნურ საკვებ ნიადაგზე გადათესვისას სტრეპტოკოკების ვირულენტობა კლებულობს. პირიქით, ადამიანის ან ცხოველის ერთი ორგანიზმიდან მეორეში გადატანა იწვევს მათი ვირულენტობის მკვეთრ მომატებას.

როგორც ხელოვნურ საკვებ ნიადაგზე, ისე ადამიანისა და ცხოველის ორგანიზმში სტრეპტოკოკის ერთი ფორმა შეიძლება გადავიდეს მეორე ფორმაში — სხვადასხვა პირობების მიხედვით. ამიტომ ზოგი ავტორი გამოთქვამს აზრს, რომ არის სტრეპტოკოკის მხოლოდ ერთი ძირითადი სახე, რომელიც სხვადასხვა პირობებში იცვლება და სხვადასხვა თვისებებს იღებს.

**რეზისტენტობა.** სტრეპტოკოკები კარგად იტანს დაბალ ტემპერატურას და სიმშრალეს. მშრალ ჩირქში და სისხლში ინარჩუნებს ცხოველმყოფელობას კვირებისა და თვეების განმავლობაში. 100° ტემპერატურის პირობებში იღუპება რამდენიმე წუთში. სულემის ხსნარი 1:1000 განზავებით, 3—5%-იანი კარბოლის მჟავა და ლიზოლი სპოზს მათ 15 წუთის განმავლობაში.

**ტოქსინების გამოშვებების თვისება.** სტრეპტოკოკები იმუშავენს ეგზოტოქსინს (რომლის აღმოჩენა შეიძლება სტრეპტოკოკების ფილტრატებში), ჰემოლიზინს, ანუ სტრეპტოლიზინს (რომელიც იწვევს ერითროციტების დაშლას, ამასთან, მას ჰემოგლობინი გადაყავს მეტჰემოგლობინად), ლეიკოციდინს და ფიბრინოლიზინს. ლეიკოციდინს იმუშავენს სტრეპტოკოკების განსაკუთრებით ვირულენტური შტამები.

ფიბრინოლიზინი შლის ადამიანის ფიბრინს 45 წუთის განმავლობაში 37° ტემპერატურის პირობებში. იგი მეტად გამძლეა ტემპერატურის მიმართ, მაგალითად, 100° ტემპერატურის პირობებში იგი არ იშლება ერთი საათის განმავლობაში.

სტრეპტოკოკების შხამს აქვს აგრეთვე ქსოვილების დანეკროზე-

ბის თვისება. ვარა ეგზოტოქსინისა, სტრებტოკოკები შეიცავს შხამიან ნივთიერებებს ენდოტოქსინის სახით.

ადამიანის ორგანიზმში გავრცელების მხრივ სტრებტოკოკს არ გააჩნია ქსოვილების მიმართ არჩევითი მოქმედების უნარი, ისე როგორც ეს გონოკოკს ახასიათებს, რომელიც უმთავრესად ლორწოვან გარსზე ვრცელდება. სტრებტოკოკები შეიძლება გავრცელდეს და ვანეთარდეს ადამიანის ორგანიზმის ყველა ორგანოსა და ყველა ქსოვილში, ამიტომ ისინი განსაკუთრებით საშიში არიან.

სტრებტოკოკები, მიუხედავად ზოგიერთი შტამის დიდი ვირულენტობისა, ხშირად ადამიანის ორგანიზმს ვერ ერევა — ორგანიზმი ბრძოლაში გამარჯვებული გამოდის.

ინფექციის განვითარებისა და გავრცელების თელსაზრისით უდიდესი მნიშვნელობა აქვს მაკროორგანიზმის მდგომარეობას. დასუსტებულ, სისხლნაკლულ, არასათანადო კვების შედეგად დაძაბუნებულ ორგანიზმს ინფექცია ადვილად ერევა. პირიქით, როდესაც ორგანიზმი ჯანსაღია, მას თავდაცვის ძლიერი უნარი აქვს.

სტრებტოკოკები დიდი რაოდენობითაა გარემოში, რომელშიც ადამიანს უხდება ყოფნა. ხშირად გვხვდება აგრეთვე ადამიანის პირის ღრუში და ქალის საშოში. არახელსაყრელი პირობების არსებობის დროს ისინი უწინებულ, ლატენტურ მდგომარეობაში იმყოფებიან. მაგრამ, როდესაც საშოს ნორმალური ფლორა ირღვევა, როდესაც ქსოვილები ზიანდება მექანიკური ფაქტორების ზემოქმედების, აბორტის ან მშობიარობის შედეგად, მაშინ სტრებტოკოკებისათვის, ისე როგორც სხვა ბაქტერიებისათვის, იქმნება ხელსაყრელი პირობები ორგანიზმში შესაღწევად.

ყველაზე ხშირად ქალის ორგანიზმში სეფსისის განვითარების მიზეზად ჰემოლიზური სტრებტოკოკი უნდა ჩაითვალოს. მამწვეანებელი სტრებტოკოკი კი მეტწილად იწვევს ქრონიოსეფსისის განვითარებას.

იმუნიტეტი. სტრებტოკოკების მიმართ ადამიანს მტკიცე იმუნიტეტი არა აქვს. თუკი ზოგიერთის ორგანიზმში სტრებტოკოკი ნაკლებად იკიდებს ფეხს, მაგრამ არიან ისეთი პირებიც, რომელთა ორგანიზმში განსაკუთრებით ლაბილურია სტრებტოკოკების მიმართ. სტრებტოკოკების მიმართ შექმნილი იმუნიტეტი მყარი არ არის. იმ ადამიანის სისხლში, რომელმაც გადაიტანა სტრებტოკოკული ინფექცია, გვხვდება სპეციფიკური ბაქტერიოტროპინები, აგრეთვე აგლუტინინები და პრეციპიტინები.

ცხოველების იმუნოზაციის, სტრებტოკოკის კულტურის ფილტრატების შექმნის გზით ვლებულობთ ანტიტოქსიკურ შრატს, რომელსაც შეუძლია სტრებტოკოკების შხამიანი ნივთიერების განეიტრალება. ასეთია, მაგალითად, ჰემოტოქსინი, ლეიკოციდინი, ფიბრინოლიზინი.

ბაქტერიოლოგიური დიაგნოსტიკა. მასალას (ჩირქი, ანთებითი ექსუდატი და სხვ.) ვათავსებთ სასაგნე მინაზე. ფიქსირების შემდეგ ვღებავთ მას გრამის წესით და ვისინჯავთ მიკროსკოპის საშუალებით. თუ მასში არის სტრებტოკოკები, ვნახულობთ ზემოთ აღნიშნული ფორმის კოკებს.

ზოგჯერ ნაცხში სტრებტოკოკები დალაგებულია დიპლოკოკების მსგავსად და არა ჯაჭვისებურად. ამიტომ მათი გამოცნობა ყოველთვის ადვილი არ არის. საჭიროა მასალა დაეთესოთ სისხლიან ავარზე — პეტრიის ლამბაქში, რათა მივიღოთ იზოლირებული კოლონიები წმინდა კულტურის სახით.

პეტრის ლაბმაჟზე დათესილ კოლონიებს ვათავსებთ თერმოსტატში, სადაც ტემპერატურა უდრის 37°-ს. 42 საათის შემდეგ, თუ მასალა გაიზარდა, ვარჩევთ სტრეპტოკოკის სამ ფორმას — *streptococcus haemoliticus*, *viridans* და *auhaemoliticus*. სისხლს შემდეგნაირად ვეთესავთ: ასეპტიკის წესების დაცვით ვიღებთ არა ნაკლებ 10 კუბ. სმ სისხლს იდაყვის ვენიდან და ვეთესავთ შაკრიან ბულიონზე (1%/იანი გლუკოზა) ან 10%/იანი შრატის ბულიონზე. მასალას ვათავსებთ თერმოსტატში — 37° ტემპერატურაზე, 2—3 და მეტი დღის განმავლობაში. ვაწარმოებთ მიკროსკოპულ გამოკვლევას — 24—48 და 72 საათის შემდეგ.

**სტაფილოკოკები (staphylococcus).** სტაფილოკოკები 1880 წ. პასტერმა ცალკე კულტურად გამოყო. სტაფილოკოკს ბურთისებრი მოყვანილობა აქვს. მისი დიამეტრი საშუალოდ 0,8—0,9 მიკრონს უდრის. სტაფილოკოკების დალაგება მოგვაგონებს ყურძნის მტევნის მარცვალთა დალაგებას. დალაგების ეს ფორმა დამოკიდებულია სტაფილოკოკების დაყოფაზე. ნაცხში შეიძლება შევხვდეთ ამ მიკრობების ცალკეული კოკები — ზოგჯერ კოკებად ან მოკლე ჯაჭვად დალაგებულნი.

სტაფილოკოკები იღებება ანილინის საღებავებით, გრამდადებითა, სპორებს არ ქმნის. მათ არ აქვთ კაფსულა.

**ბიოქიმიური თვისებები.** სტაფილოკოკები, ისე როგორც სტრეპტოკოკები, ფაქულტატურ ანაერობებს ეკუთვნის. მათი ზრდისათვის ხელსაყრელია 37° ტემპერატურა, თუმცა მრავლდება 8—43°-ზეც. სტრეპტოკოკების მსგავსად, მათთვის ხელსაყრელი ნიადაგის pH უნდა უდრიდეს 7,2—7,8-ს.

სტაფილოკოკის სხვადასხვა სახე იმუშავებს სხვადასხვა პიგმენტს — მოყვითალო-ნარინჯისფერს (ოქროსფერს), მოყვითალო-ლიმონისფერს და თეთრს. ზოგიერთი სახის სტაფილოკოკის ირგვლივ სისხლის აგარზე იქმნება გამჟღავნებელი არეები, რაც ჰემოლიზის ნიშანია. სტაფილოკოკების ვირულენტური შტამები იმუშავებს აგრეთვე პლაზმოკოაგულაზას, რომელიც იწვევს სისხლის პლაზმის შეღებვას.

**კლასიფიკაცია.** სტაფილოკოკების კლასიფიკაცია დამყარებულია მათ მიერ სხვადასხვაგვარი პიგმენტის გამომუშავების თვისებაზე. ამ თვისების მიხედვით, სტაფილოკოკები იყოფა შემდეგ სახეებად:

1) მოქროსფრო სტაფილოკოკი (*staphylococcus aureus*). იგი იმუშავებს მოქროსფერ პიგმენტს. სტაფილოკოკებს შორის ითვლება ყველაზე ვირულენტურად. იწვევს სისხლის ჰემოლიზს, პლაზმის კოაგულირებას და სხვ.

2) თეთრი სტაფილოკოკი (*staphylococcus albus*). ნაკლებად პათოგენურია. ქმნის თეთრ კოლონიებს. ხშირად გვხვდება ადამიანის კანზე.

3) მოყვითალო-ლიმონისფერი სტაფილოკოკი (*staphylococcus citreus*). ქმნის ყვითელ პიგმენტს. ბიოქიმიურად კიდევ უფრო ნაკლებად აქტიურია და ნაკლებ ვირულენტურია, ვიდრე თეთრი სტაფილოკოკი.

**რეზისტენტობა.** 100° ტემპერატურის პირობებში სტაფილოკოკები ისპობა რამდენიმე წუთში. 80° ტემპერატურას ისინი იტანენ 10 წუთის განმავლობაში. სულემის ხსნარი 1:1000 განსხვავებით და 5%/იანი კარბოლის მჟავა სპობს მათ 10—15 წუთის განმავლობაში, 70%/იანი სპირტი კი — უფრო მოკლე დროში. სტაფილოკოკები, ისე როგორც სტრეპტოკოკები, კარვად იტანს სიმშრალეს. ამით ისინი განსხვავდებიან გონოკოკებისაგან.

ტოქსინების გამომუშავების თვისება. ტოქსინების გამომუშავების თვისება განსაკუთრებით ადამიანთებელია ოქროსფერი სტაფილოკოკისათვის. ის იმუშავებს ჰემოტოქსინს, რომელიც იწვევს სისხლის ჰემოლიზს. ჰემოტოქსინს აერეთვე სტაფილოლიზინს უწოდებენ.

გარდა ჰემოტოქსინისა, სტაფილოკოკები იმუშავებს აგრეთვე ლეიკოციდინს, რომელიც იწვევს ლეიკოციტების გადაკვარებას. მას აქვს აგრეთვე სხვა შხამების გამომუშავების უნარი.

პათოგენობა ადამიანისა და ცხოველის მიმართ. სტაფილოკოკები დიდი რაოდენობით და ხშირად გვხვდება ადამიანის კანსა და ლორწოვან გარსზე. მათი უმრავლესობა საპროფიტებს ეკუთვნის, თუმცა აქაც გვხვდება ვირულენტური სტაფილოკოკები. გარდა ადამიანისა, სტაფილოკოკების მიმართ მეტად მგრძობიარეა ცხოველებიც, მათ შორის — ბაქიები.

სტაფილოკოკების ვირულენტურა შტამები იწვევს ქალის ორგანიზმში მძიმედ მიმდინარე მკვეთრ სეპტიკურ პროცესს.

იმუნიტეტი. თანდაყოლილი იმუნიტეტი სტაფილოკოკის მიმართ ადამიანს არა აქვს. გადატანილი ინფექციის შემდეგ ორგანიზმში არახანგრძლივ იმუნიტეტს იმუშავებს.

ბაქტერიოლოგიური დიაგნოსტიკა. მასალას (ჩირქს, ანთებითი ექსუდატს და სხვ.) ვათავსებთ სასაგნო მინაზე. ვამზადებთ ნაცხს. სათანადო ფიქსირების შემდეგ ვვლებთ მას გრამის მეთოდით და ვსინჯავთ მიკროსკოპით, რადგან მიკროსკოპულად სტაფილოკოკების გამოცნობა ყოველთვის არ არის ადვილი, ამიტომ უპჯობესია მასალა დავთესოთ.

სტაფილოკოკური სეფსისის მხრივ საეკვო შემთხვევაში სისხლს ვსინჯავთ სტერილობაზე.

გონოკოკი. გონოკოკის მიერ გამოწვეული ნამდვილი სეფსისი მეტად იშვიათი მოვლენაა. მაკრამ ეს მიკრობი ქალის სასქესო ორგანოებში იწვევს მრავალგვარი დაავადების განვითარებას და დიდ ცვლილებებს ახდენს. ამიტომ გონორეული ინფექციის შესახებ ცალკე თავში გვექნება ლაპარაკი და გონოკოკის თვისებებსაც იქ განვიხილავთ.

ნაწლავის ჩხირი (*Bac. coli commune*). ნაწლავის ჩხირი 1885 წ. აღმოაჩინა ეშერიხმა. ნაწლავის ჩხირი როკორც ადამიანის, ისე ცხოველს მსხვილი ნაწლავების მიკროფლორის მთავარი შემადგენელი ნაწილია. მას ვხვდებით ნადავში და ფეკალური მასით გაბინძურებულ წყალში.

ნაწლავის ჩხირი სწორი მოყვანილობისაა, საკმაოდ მსხვილია — ოდნავ მომრგვალო ბოლოებით. მისი სიგრძე უდრის 1 — 2 მიკრონს, სისქე — 0,4 — 0,6 მიკრონს. ჩხირები დალაგებულია ცალ-ცალკე, იშვიათად კი — წყვილ-წყვილად. არ ქმნის არც სპორებს და, ჩვეულებრივ, არც კავსულას.

ნაწლავის ჩხირი გრამუარყოფითია. კარგად იღებება ანილინის საღებავებით. მისი მოძრაობა გამოხატულია სუსტად. ზოგიერთი რასა სრულიად უმოძრაოა. იმ რასების წარმომადგენლებს, რომლებიც მოძრავია, აქვთ ჩალიჩები.

ნაწლავის ჩხირებს ახასიათებს მნიშვნელოვანი პოლიმორფიზმის თვისება. მათი ფორმა ზოგჯერ კოკების ფორმის მსგავსია, ზოგჯერ კი გრძელ ძაფებს მოგვაგონებს. მათ კოლონიებს აქვს ფეცისის სუნი.

ბიოქიმიური თვისებები. ნაწლავის ჩხირის ტემპერატურული ოპტიუმი არის 37°. ის ფაქულტატური ანაერობია. მალალი (43 — 43,5°-მდე) ტემპერატურის დროს ხდება მისი სტიმულირება. ტემპერატურის

შემდგომი მომატება იწვევს ნაწლავის ჩხირის განვითარების შეფერხებას. ნაწლავის ჩხირი კარგად ვითარდება მარტივ საკვებ ნიადაგზეც.

**რეზისტენტობა.** ნაწლავის ჩხირი 100° ტემპერატურის პირობებში ილუპება რამდენიმე წუთში. 55° ტემპერატურას იგი უძლებს 1 საათის განმავლობაში. გარემოში, წყალში, ნიადაგში არსებული პირობების მიხედვით, ცოცხლობს თვეებისა და უფრო მეტი ხნის განმავლობაში.

ტოქსინების გამომწვევები ხნისთვისაა. ნაწლავის ჩხირის ზოგიერთი შტამი პათოგენურია. იმუშავებს ენდოტოქსინს, რომელიც თავისუფლდება ამ მიკრობთა დაღუპვის შემდეგ.

ნაწლავის ჩხირს შეუძლია გამოიწვიოს როგორც ადგილობრივი პათოლოგიური პროცესი, ისე ზოგადი სეპტიკური დაავადებაც. უფრო ხშირად ნაწლავის ჩხირი იწვევს საშარდეს სისტემის ანთებით პროცესებს, როგორცაა, მაგალითად, ცისტეტი, პიელიტი, პიელონეფრიტი. ინფექცია შეიძლება გავრცელდეს როგორც ადამიანი, ისე დაღმავალი გზით. ნაწლავის ჩხირი ხშირად იწვევს აგრეთვე ნაღვლის საღინარის, ნაღვლის ბუშტის ანთებას და სხვ.

ნაწლავის ჩხირი იშვიათად იწვევს ქალის ორგანიზმში სეფსისის განვითარებას, რომელიც მეტად მძიმედ მიმდინარეობს.

თუ ექვე გვაქვს საშარდეს სისტემის დაზიანებაზე, რაც ნაწლავის ჩხირის ზემოქმედებით არის გამოწვეული, მაშინ შარდს ვიღებთ კათეტერის საშუალებით სტერილურად და ვთესავთ ენდროს ნიადაგზე.

### **პათოგენური მიკრობთა როლი ანთებითი პროცესის განვითარებაში**

წინათ ფიქრობდნენ, რომ ინფექციის განვითარებისათვის საკმარისია ორგანიზმში პათოგენური მიკრობების შეჭრა. გამოცდილებამ დაადასტურა, რომ იშვიათი არ არის ისეთი შემთხვევა, როდესაც ორგანიზმში არის ესა თუ ის პათოგენური მიკრობი, მაგრამ ადვილი არა აქვს დაავადების განვითარებას. გარდა ამისა, დამტკიცებულია, რომ ერთი სახის მიკრობი შეიძლება პათოგენური იყოს გარკვეული სახის ცხოველისათვის. მაგრამ სრულიად უვნებელი იყოს მეორე სახის ცხოველისათვის. მაგალითად, გონოკოკი აზიანებს ცილინდრული ეპითელით დაფარულ ადამიანის ლორწოვან გარსს, მაგრამ იგი სრულიად უვნებელია ცხოველის ლორწოვანი გარსისათვის.

პათოგენური მიკრობების გავრცელებაში უდავოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს როგორც ლაბორატორიაში და გარემოში, ისე ცხოველის ორგანიზმში არსებულ პირობებს. მაგალითად, თუ ცხოველის ლორწოვან გარსზე წინასწარ ვიმოქმედებთ ნაღვლით, ე. ი. თუ წინასწარ შევასუსტებთ ცხოველის ლორწოვანი გარსის რეზისტენტობას, მასზე შეიძლება გონოკოკმაც მოიკიდოს ფეხი.

ინფექციისა და ანთებითი პროცესის განვითარებაში უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმისათვის შეცვლილ გარემო პირობებს. ცუდი საყოფაცხოვრებო პირობების, ფიზიკური და გონებრივი გადაძაბვის, ძლიერი სისხლდენის პათოლოგიური შემთხარობის ან აბორტის, მძიმე ოპერაციის, ფსიქიკური ტრავმის, ვაცივების და სხვა ფაქტორების შედეგად დაუძლურებული ორგანიზმი ადვილად ინფიცირდება. ასეთ პირობებში ორგანიზმში არსებული ან

შეკრილი არაპათოგენური მიკრობები შეიძლება პათოგენური ვახდეს. ამასთან, ჯანსაღ ორგანიზმში შეიძლება არსებობდეს მეტად პათოგენური მიკრობები (მაკალითად, ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი საშოში), მაგრამ პათოლოგიური პროცესის განვითარებას ადვილი არ ექნეს. ეს და მრავალი მსგავსი მაგალითი იმის დამადასტურებელია, რომ ინფექციის განვითარებაში უდიდესი როლი მაკროორგანიზმის მდგომარეობას ეკუთვნის.

ინფექციის განვითარებისათვის უდიდესი მნიშვნელობა აქვს: 1) ორგანიზმის თვისებას და მდგომარეობას; 2) გარემო პირობებს, რომელშიც ხდება მიკრობისა და ორგანიზმის ურთიერთმოქმედება.

პათოგენების თვალსაზრისით, პუერპერალური სეფსისი წარმოადგენს კლინიკური და პათანატომიური მოვლენების რთულ კომპლექსს. მის განვითარებაში მთავარი როლი სამ ფაქტორს ეკუთვნის: მიკროორგანიზმს, მაკროორგანიზმს და სექტიკური კერის ლოკალიზაციას. სეფსისის პათოგენეზში ორგანიზმს წამყვანი როლი ეკუთვნის (მ. მალინოვსკი).

ორგანიზმში შეკრილი პათოგენური მიკრობები, როგორც ვთქვით, ყოველთვის ვერ იკიდებს ფეხს, რადგან აქ მათთვის ხელსაყრელი პირობები ზოგჯერ არ არსებობს. შემთხვევით საშოში შეკრილი პათოგენური მიკრობები იღუპება საშოს ნორმალური ფლორის დროს — საშოს ბაქტერიციდული თვისების, მჟავე რეაქციის, საშოს ჩხირების არსებობისა და სხვა ფაქტორების გამო.

ზოგჯერ სისხლშიც კი გვხვდება პათოგენური ბაქტერიები მცირე რაოდენობით, მაგალითად, აბორტის ან მშობიარობის შემდეგ, მაგრამ სისხლის ბაქტერიციდული თვისებისა და რეტრიკულო-ენდოთელური სისტემის ზემოქმედებით ისინი მალე ისპობა. ზოგჯერ, როგორც ვთქვით, პათოგენური მიკროორგანიზმები შეიძლება იყოს საშოში, მაგრამ არავითარ ზიანს არ აყენებდეს მას — ისინი ლატენტურ უმოქმედო მდგომარეობაში იმყოფებიან. საკმარისია შეიქმნას ხელსაყრელი პირობები — თეიურის, აბორტის, მშობიარობის, გაცივიების, სისხლის დაკარგვის შედეგად და სხვა, რომ ისინი აგრესიული გაქდნენ.

პათოგენური მიკრობები სხვადასხვა ვირულენტობისა. მათი პათოგენობის ხარისხი გამოიხატება ვირულენტობაში. ვირულენტობა გამოიხატება მიკრობთა იმ მინიმალურ რაოდენობაში (Dosis letalis minima), რომელიც იწვევს ცხოველის დაავადებას და სიკვდილს.

ვირულენტობის შემცირება შეიძლება მიკრობთა გადათვისით ხელოვნურ საკვებ ნივთაზე, ვირულენტობის ვაზრდა კი მათი ვადათვისით (პასაჟით) ერთი ცხოველის ორგანიზმიდან ქუორეში.

ქალის სასქესო ორგანოებში ინფექციის განვითარება შეიძლება იყოს როგორც ეგზოგენური, ისე ენდოგენური. მაგალითად, თუ მშობიარობის, აბორტის ან ექიმის მიერ ჩატარებული მანიპულაციის შედეგად ორგანიზმში გარედან შეიჭრა ინფექცია, იგი ეგზოგენური ხასიათისა იქნება. მისი განვითარებისათვის სათანადო ინკუბაციური სანაა საჭირო.

როგორც აღნიშნული იყო, ორგანიზმში, სახელდობრ ქალის სასქესო ორგანოებში ან ტოპოგრაფიულად უფრო შორს, მაგალითად, ნუშისებრი ჯირკვლის ლარნოვანი გარსის ნაოჭებში ან კარიესულ კბილებში, შეიძლება პათოგენური ინფექცია ლატენტურ მდგომარეობაში იყოს, მაგრამ აქტიური გახ-



დეს ორგანიზმის დასუსტებასთან დაკავშირებით და გავრცელდეს სისხლისა და ლიმფური გზით. ამ სახის ინფექციის ენდოკნურს ვეწოდებთ.

რა არის საჭირო იმისათვის, რომ ინფექციამ ორგანიზმში ფეხი ჰოკიდოს? ამისათვის საჭიროა ორგანიზმის რეზისტენტობის დაქვეითება შეიცვლილი გარემო პირობების გამო და პათოკენურ მიკრობთა განსაზღვრული მინიმალური რაოდენობის მოხვედრა ორგანიზმში.

სტრუბო-სტაფილოკოკური ინფექციის ორგანიზმში მოხვედრისათვის საჭიროა ქსოვილის ფილიანობის დარღვევა, რასაც ასე ხშირად და ინტენსიურად აქვს ადვილი მშობიარობის. აბორტის, მენსტრუაციის, საშვილოსნოს ტანში ან ყულში განვითარებული სხვადასხვა სიმპონის დროს.

სტრუბო-სტაფილოკოკური ინფექცია უმთავრესად სისხლის ან ლიმფური გზით ვრცელდება. სისხლიდან ინფექცია ვრცელდება ორგანიზმში და შეიძლება სხვადასხვა ორგანოში მოიკიდოს ფეხი, რაც დამოკიდებულია მისი ხასიათისა და ვირულენტობისაგან.

ინფექციის გავრცელების მექანიზმი ასეთია: მიკრობები გააღწევის სისხლის კაპილარების კედლებში და ორგანოში ჩაიბუღებს ან ინფექცია ერთი ადგილიდან მეორე ადგილას გადააქვთ თვით ლეიკოციტებს, რომლებმაც შთანთქმეს მიკრობები (ფაგოციტოზი).

გარდა ამისა, უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს რეტიკულო-ენდოთელურ უჯრედებს. ენდოთელური უჯრედებით მდიდარ ორგანოებში ხდება ბაქტერიების ფიქსირება. ფიქსირებული მიკროორგანიზმები ილუება ან მრავლდება — ეს დამოკიდებულია მაკროორგანიზმის რეზისტენტობასა და მიკრობების ვირულენტობაზე.

რეტიკულო-ენდოთელური ელემენტებით მეტად მდიდარ ლვიძს, ელენთას და ძვლის ტვინს უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს სეფსისის როგორც გავრცელებაში, ისე მოსპობაში.

სეფსისის დროს ლვიძი, ელენთა და განსაკუთრებით ძვლის ტვინი ჩამულია პროტეისში. საერთოდ არ არის არც ერთი ორგანო, რომელიც არ ზიანდება ოდეს ამ მძიმე დაავადების დროს. განსაკუთრებით ზიანდება ცენტრალური ნერვული სისტემა.

სეფსისის დასაწყისში არსებობს განსაზღვრული კერა, საიდანაც მიკრობები მოხვდება სისხლში და წარმოებს მთელი ორგანიზმის მოთესვა მიკრობებით — ე. ი. პროტეისის გენერალიზაცია. შეიძლება ადგილობრივი კერა კიდევ მოისპოს. სეფსისი კი დარჩეს.

შერეული ინფექციის დროს ორგანიზმში შეიძლება შეიჭრას ორი, სამი და უფრო მეტი სხვადასხვა სახის ბაქტერია. ზოგჯერ ეს ბაქტერიები გამანადგურებლად მოქმედებს ერთმანეთზე ან იწვევს ორგანიზმში ისეთ რეაქციას, რომ ორგანიზმის დამცველი ძალები სპობს მათ.

პირიქით, არის ისეთი მიკრობები, რომლებიც იწვევს მათ ირგვლივ მყოფი ბაქტერიების გააქტრებას და პროტეისის გაუარესებას. ისინი აქტივატორებად ითვლებიან. არსებობს ანტაგონისტი ბაქტერიებიც. მაგალითად, ნაწლავის ჩხირი სტრუბო-სტაფილოკოკის ანტაგონისტად ითვლება.

ორგანიზმის დაზღველი ძალები. მიკრობთა მავნე მოქმედების შედეგად ორგანიზმში მალე დაილუბებოდა, რომ მას არ გააჩნდეს მრავალი საშუალება, რომლებითაც იგი წარმატებით ებრძვის ვირულენტურ მიკრობებს და ხშირად სპობს მათ.

ყველა ორგანიზმში ერთნაირად მკრძნობიარე როლია ინფექციის მიმართ. ზოგიერთ ორგანიზმს ნაკლები რეზისტენტობა აქვს, ზოგიერთს — მეტი, ზოგიერთი კი სრულ შეუვალობას იჩენს ამა თუ იმ ინფექციისადმი. მაშასადამე, მას გააჩნია სათანადო იმუნიტეტი, რომელიც შეიძლება იყოს თანდაყოლილი ან შეძენილი. თუმცა, როგორც აღნაშენი იყო, სტრუქტურულ-ფუნქციონირების მიმართ ადამიანს არა აქვს მყარი იმუნიტეტი.

ადამიანის ორგანიზმში ინფექციის შევრისაგან იცავს კანზე არსებული მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელი და ლორწოვან გარსზე არსებული შედარებით ნაზი ეპითელი. ეულვა და საშო მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელითაა დაფარული და ამიტომ საკმაოდ რეზისტენტულია ინფექციის მიმართ.

ადამიანის კანს, თუ ის სუფთაა, განსაზღვრული ბაქტერიციდული თვისება აქვს — როგორც არაპათოგენურ, ისე პათოგენურ მიკრობთა მიმართ.

საშოს დიდი ბაქტერიციდული თვისება კარგად არის ცნობილი. საშოს შიკთავსი სრულიად ნორმალურ პირობებში მყვე რეაქციისაა, რაც ბაქტერიებისათვის ხელსაყრელი არ არის; მისი pH უდრის 3,8—4-ს; საშოში არის საშოს ჩხირები, რომლებიც ხელს უშლის აქსევა ბაქტერიების შეჭრას.

ფლემინჯმა ადამიანის ქსოვილში აღმოაჩინა ბაქტერიციდული ნივთიერება, რომელიც მოქმედებს საპროფიტულ მიკრობებზე და ზოგიერთ პათოგენურ მიკრობზედაც. ამ ნივთიერებას ფლემინჯმა ლიზოციმი უწოდა. იგი დიდი რაოდენობით არის ლორწოში, აგრეთვე ნერწყვში, სისხლის პლაზმაში, ლეიკოციტებში, ქალის რძეში და სხვ.

გარდა ამისა, ინფექციის მიმართ ორგანიზმის დამცველი ძალები გამოიხატება ჰუმორალურ ფაქტორებში და უჯრედთა რეაქტიულობაში. ჰუმორალურ ფაქტორთა შორის აღსანიშნავია სისხლის შოატის ბაქტერიციდული თვისება, რაც ბუნებრივად აღმოაჩინა. შოატის ბაქტერიციდული თვისება დამოკიდებულია მასში არსებულ თერმოლაბილურ სუბსტანციაზე — ევრეთროდებულ ალექსინზე. ალექსინი ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს „ვიცავ“. იგი მოქმედებს უბრაოდესად არაპათოგენურ მიკრობებზე.

სისხლის შოატში აღმოჩენილია აგრეთვე ლეიკინი (ლეიკოციტური წარმოშობის, თერმოლაბილური), ბეტალიზინი, ანტისხეულები, ანტიტოქსინები და სხვ. მათი აქტიური მოქმედებისათვის საჭიროა ალექსინის არსებობა.

უჯრედთა რეაქტიულობის მხრივ განსაკუთრებით აღსანიშნავია ფაკოციტური ფუნქცია. ფაკოციტური ფუნქცია აქვს ზოგიერთ უჯრედს და ქსოვილს. ეს მეტად მნიშვნელოვანი მოვლენა აღმოაჩინა და მეცნიერულად დასაბუთა ი. მეჩნიკოვმა. ფაკოციტური რეაქციის საშუალებით ხდება უმთავრესად ორგანიზმში შეჭრილი ინფექციის მოსპობა.

ი. მეჩნიკოვს მოძღვრების სასწორის ბრწყინვალე დადასტურებაა ამჟამად ის, რომ რეტრიკულო-ენდოთელურ სისტემას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ინფექციასთან ბოძოლის საქმეში.

უპალეს საფეხურზე მდკოვ ცხოველთა ორგანიზმში ფაკოციტური ფუნქციის მატარებელი არის უმთავრესად მეზოდერმის უჯრედები (მათ გვეთვნის სისხლისა და ლიმფის უჯრედების მოძრავი ელემენტები), აგრეთვე მეზენქიმის უჯრედები, რომლებსაც აქვთ სითხეში არსებული კოლოიდების ნაწილენია და გახანილა ნაწილაკების შეჩერების, დაკავებისა და მათა ფიქსირების უნარი. ეს ელემენტები დალაგებულია პროტოპლაზმაში როგორც მარ-

ცვლები. ისინი ერთ ჯგუფშია გაერთიანებული რეტიკულო-ენდოთელური სისტემის სახელწოდებით.

რეტიკულო-ენდოთელური სისტემის ეს ელემენტები ახდენს მიკრობთა ფიქსირებას. განსაკუთრებით დიდი რაოდენობითაა ისინი ლეიძლში, ელენტაში, ძვლის ტვინსა და ლიმფური კვანძებში. ამიტომ საერთოდ ინფექციური დაავადებებისა და კერძოდ ქალის სასქესო ორგანოების ანთებითი და სექტიკური პროცესების დროს ამ ორგანოებს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება.

რეტიკულო-ენდოთელური სისტემის უჯრედებს ეკუთვნის ლეიძლის კუბურის უჯრედები, ელენთისა და ძვლის ტვინის რეტიკულური და ენდოთელური უჯრედები, თირკმელზედა ჯირკვლის კაპილარების ენდოთელური უჯრედები, ლიმფური კვანძების რეტიკულური და ენდოთელური უჯრედები და შემაერთებელი ქსოვილის ჰისტოციტები.

ძლიერი ფაგოციტური თვისება აქვს ნეიტროფილური მარცვლების მქონე მრავალბირთვიან ლეიკოციტებს და მონოციტებს. ამავე დროს, მათ აქვთ ამეზობილური მოძრაობის უნარი, ბაზოფილები სუსტი ფაგოციტური თვისებისაა. სუსტი ფაგოციტური თვისებისაა აგრეთვე ლიმფოციტები, მაგრამ მათ აქვთ ამეზობილური მოძრაობისა და მონოციტებზე გარდაქმნის უნარი. ეოზინოფილებს, ჩვეულებრივ, არ გააჩნიათ ფაგოციტური თვისება, ამეზობილური მოძრაობის უნარი კი აქვთ.

ლეიკოციტები მიკრობებს ფერმენტების საშუალებით ინელებს. მაგრამ ზოგჯერ ლეიკოციტები ბაქტერიების მავნე ზემოქმედებას ვერ უძლებს და იღუპება. პოლინუკლეარული ლეიკოციტები (მენნიკოვის მიხედვით — მიკროფაგები) სპობს ბაქტერიებს, მაკროფაგები კი ახდენს დაღუპულ უჯრედთა ალაგებას. რეტიკულო-ენდოთელური სისტემის უჯრედები აკაეებს, აფიქსირებს, სპობს ბაქტერიებს (ფაგოციტოზი), გარდა ამისა, იმუშავებს ანტი-სხეულებს. ასეთია ლეიკოციტებისა და რეტიკულო-ენდოთელური სისტემის უჯრედთა მოქმედება ორგანიზმში შეჭრილი ინფექციის მიმართ.

ამრიგად, ინფექციისაგან ორგანიზმის დამცველ ძალებს შორის უდიდესი მნიშვნელობა აქვს: 1) საფარეპითელს; 2) ჰუმორალურ ფაქტორს — ალექსინს, ლეიკინს, ბეტალიზინს, ანტისხეულებსა და ანტიტოქსინებს; 3) უჯრედთა რეაქტიუობას და რეტიკულო-ენდოთელური სისტემას — ფაგოციტოზს და სხვ.

ამჟამად ჩვენ ყოველ ანთებით პროცესს განვიხილავთ არა როგორც ადგილობრივ, ლოკალურ დაავადებას, არამედ როგორც ზოგად პროცესს, რომელშიც მთელი ორგანიზმი იღებს მონაწილეობას.

ანთებითი პროცესის განვითარებაში აუცილებლად დიდი მნიშვნელობა აქვს ნერვულ სისტემას, თავის ტვინის ქერქის გადაღლას, შეკავებითი და აჯნებითი პროცესების მოშლას. ასეთ შემთხვევაში სასქესო ორგანოებიდან გამოსული ნორმალური იმპულსებიც კი, რომლებიც ქერქში მიდის ინტერორეცეპტორების საშუალებით და რომელთა არსებობა სასქესო ორგანოებში დადასტურებულია კეჟნეევს, სიროვატკოს, ლოტისის, ღამპაშიდის, აირაპეტიაწცისა და სხვა ავტორთა გამოკვლევების საფუძველზე. პათოლოგიურად აღიქმება ქერქის მიერ. ეს ხდება პათოლოგიური ფერძნებების წარმოშობას მიზეზი, რასაც თან სდევს ფუნქციის მოშლა; ფუნქციის ღანჯაძლივ მოშლას კი, როგორც ბიკოვი აღნიშნავს, პირველ ყოვლისა მოყვება ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში პათოლოგიური ცვლილებების განვითარება, ხოლო, მეორე მხრივ, მან შეი-



აბორტთან დაკავშირებით ორგანიზმში წყდება პროგრესული, ფიზიოლოგიური მოვლენები. მასთანადავე, ამ შექმნილებაში არსებობს არა მარტო სასქესო არხის მექანიკური დაზიანება, არამედ სკვა საკმაოდ რთული ფაქტორებიც, რომლებმაც გამოიწვია აბორტი, შეწყვიტა ფიზიოლოგიური პროცესები და ინფექციის შეჭრის შემდეგ კიდევ უფრო გააუარესა ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობა.

ასეა, რომ კოიმიუნალური აბორტი უფრო მძიმე ხასიათისაა. არასთანადო ასეპტიკური პირობებში ნაარმოები აბორტის გამო განვითარებული ეგზოგენური ინფექცია და აბორტის ტექნიკის უცოდინარობით გამოწვეული სასქესო ორგანოების დაზიანება ხშირად სასიკვდილოა.

3) მენსტრუაცია. მენსტრუაციის დროს საშვილოსნოს ღრუს ალარა აქვს საფარი ეპითელი და მოგვარონებს კრილობას; სწორს მყავობა და რღვეულია; მისი ფლორა მერყევა. ასეთ პირობებში საშოში მოხვედრილი პათოგენური მიკრობები შეიძლება გავრცელდეს საშვილოსნოს ღრუში და გამოიწვიოს სეპტიკული პროცესის განვითარება.

თუ ნორმალური მენსტრუაციის დროს მართლაც არსებობს სეპტიკური პროცესის განვითარებისათვის ცელმეწყობი პირობები, მით უმეტეს ასეთი პირობები არსებობს მეტრორაგიული ხასიათის სისხლდენის დროს, როდესაც საშვილოსნოს ყელის ლორწოვან გარსზე ხშირად ანთების პროცესს აქვს ადგილი. ანთებით პროცესი ზოგჯერ საშვილოსნოს ტანის ლორწოვან გარსზეც აღინიშნება, დაზიანებულია ფლობის ღულები, თვიურის სისხლდენაც უხვი და ხანგრძლივია.

4) სასქესო ორგანოების ტრავმა და სქესობრივი კავშირის დროს მომხდარი დაზიანება. სქესობრივი კავშირის დროს სასქესო ორგანოების დაზიანებას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს. პირველი სქესობრივი კავშირის შემთხვევაში, აგრეთვე მრავალი თვისა და წლის ერთად ცხოვრების შემდეგაც. საშოს კედლებისა და თადის დაზიანების დროს მოსალოდნელია პერიტონეუმზე ინფექციის გავრცელება.

5) გინეკოლოგიური ოპერაციები. ორგანიზმში ინფექციის შეჭრა შეიძლება სასქესო ორგანოებზე ოპერაციების წარმოების დროს საშვილოსნოს ყელის პოლიპის ამოკვეთის, პლასტიკური ოპერაციის, საშვილოსნოს გინეკოლოგიური გამოფხევის, საშვილოსნოს დანამატების ამოკვეთის, საშვილოსნოს ამპუტაციისა და ეცსტიკაციის შემთხვევებში და სხვ.

გინეკოლოგიური ოპერაციების დროს ქალის ორგანიზმში ინფექციის შეჭრას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს საოპერაციო იარაღების, მასალისა და ოპერატორის ხელების არასთანადოდ მომზადების შემთხვევაში. ეს იქნება ეგზოგენური ინფექცია.

ინფექცია შეიძლება იყოს აგრეთვე ენდოგენური ხასიათის — იგი ვითარდება ავთვისებიანი და კეთილთვისებიანი ინფიცირებული სიმსივნეებისაგან პემატოგენური გზით ან ნაწლავთან უშუალო კონტაქტის შედეგად.

6) საშოსა და საშვილოსნოს ყელის პესარები. საშოსა და საშვილოსნოს მდებარეობის გასაწორებლად ხანგრძლივი დროის განმავლობაში საშოში ჩადებული პესარი ზეწოლის გამო იწვევს ქსოვილის კვების მოშლას, დანეკროზებას და ხელს უწყობს ორგანიზმში სეპტიკური პროცესის განვითარებას. ორსულობის საწინააღმდეგოდ საშვილოსნოს ყელში ჩადებული პესარიც იწვევს ყელის ქსოვილის დანეკროზებას და აძლევს ინფექციას ორგანიზმში შეჭრის საშუალებას.

ან ვინამ, პნევმონიამ, მუცლის ტიფმა, ბრუცელოზმა და სხვა ინფექციურმა დაავადებებმა შეიძლება გამოიწვიოს ჰემატოგენური გზით ქალის სასქესო ორგანოებში სეპტიკური პროცესის განვითარება.

## გ ა რ მ თ ა ს ა ს ქ ე ს ო ო რ გ ა ნ ო ე ბ ი ს ა ნ თ ე ბ ი თ ი პ რ ო ც ე ს ე ბ ი

### ვულვის მწვავე ანთება (Vulvitis acuta)

სხვა სასქესო ორგანოების ანთებასთან შედარებით ვულვის ანთება იშვიათი მოვლენაა, მიუხედავად იმისა, რომ გარეთა სასქესო ორგანოებზე ჩვეულებრივ პირობებშიც კი დიდი რაოდენობით გვხვდება მრავალჯვარი ბაქტერია.

ვულვაზე ანთებითი პროცესის განვითარებისათვის საჭიროა ადგილი ჰქონდეს მისი საფარი მრავალშრიანი ეპითელის მაცერაციასა და წინასწარ დაზიანებას.

ამ გარემოებას ხელს უწყობს საშოდან და საშვილოსნოს ყელიდან გაძლიერებული გამონადენის არსებობა, მუდმივი დასველება შარდით — მაგალითად, საშო-შარდბუშტის ფისტულის დროს; შარდის შემადგენელი ნაწილებით გაღიზიანება — მაგალითად, შაქრიანი დიაბეტის დროს და სხვ.

გ ა რ დ ა ა მ ი ს ა, ამ მხრივ აღსანიშნავია: პირველი სქესობრივი კავშირის დროს მომხდარი დეფლორაცია; ონანიზმი, იმპოტენტი ქმრის მიერ ხშირი და არაფიზიოლოგიური სქესობრივი კავშირი; დაცემა-დარტყმის შედეგად განვითარებული ტრავმა, არასაკმაო სისუფთავე, განსაკუთრებით მაშინ, თუ ქალი ზედმეტად გასუქებულია, რის გამოც ვულვა და შორისი ძლიერ ოფლიანდება; ექიმის მიერ არასათანადო სიდიდის სარკეების ან სხვა იარაღის ხმარების შედეგად განვითარებული დაზიანება; ნაწლავის ქიები (oxyuris vermicularis), რომლებიც სწორი ნაწლავიდან გარეთ გამოდის, ვრცელდება ვულვაზე და აღიზიანებს მას.

**ღიაგნოზი და მკურნალობა.** ვულვის მწვავე ანთების დროს კანი გაწითლებულია, შემუშებულია, მოყვითალო ფერის ნადებით. არაიშვიათად მცირე ბაგეები ჩირქოვანი გამონადენისაგან შეწყებებულია.

ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი, განსაკუთრებით თეთრეულის ხახუნის, ხელის შეხების შედეგად, შარდის დროს, აწუხებს აგრეთვე ქავილი და სხვ.

დაავადება გრძელდება დაახლოებით ორი კვირის განმავლობაში. მაგრამ, თუ ძირითადი მიზეზი (დიაბეტი, ფისტულა და სხვ.) არ იქნა მოსპობილი, მაშინ დაავადება თვეებისა და წლების განმავლობაშიც შეიძლება გაგრძელდეს, რადგან იგი ქრონიკულ ხასიათს ღებულობს.

ვულვიტის მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს არა მარტო ადგილობრივი ნოზომალური პირობების აღდგენისაკენ, არამედ, რაც მთავარია, ძირითადი მიზეზის მოსპობისაკენ.

მწვავე პროცესის დროს ვურჩევთ პერმანენციალიუმის სუსტი ხსნარის საჯლომ აბაზანებს.

როდესაც პროცესი ოდნავ მაინც დაცხრება, შეიძლება ვულვაზე წასასმელად ვისმაროთ 2—3% იანი პროტარგოლის ან კოლარგოლის ხსნარი, 1—2% იანი ლაპისის ხსნარი, იქტიოლის მალამო, სულფ-მიდის პრეპარატები 0,5%-იანი პრედნიზოლონის მალამო და სხვ.

Rp.: sol. Protargoli 3%—100.0

D. S. წაუსვით ვულვაზე ბამბით დღეში ორჯერ.

Rp.: Ung. Prednisoloni 0,5% — 20.0

D. S. ვულვაზე წასასმელად.

თუ ვულვიტი ტრავმის ნიადაგზეა განვითარებული, მაშინ ადგილი ექნება კრინობას (არაინფეოთად სისხლმდენს). ზოგჯერ ჰემატომის წარმოშობას, რადგან აქ დიდი როლენობით არის სისხლძარღვების წნულები.

ჰემატომა პირველ საწინააღმდეგარ არ უნდა გაიკეთოს. კრილობა საჭიროებს ქირურგიულ დამუშავებასა და მკურნალობას. თუ ჰემატომა დაიბრუნდა, ის უნდა გაიკეთოს და ჩირქს გზა მიეცეს. კანქვეშ წარმოშობილ ჰემატომაზე უნდა დავალოთ ცივი საფენები. თუ ჰემატომა არ შეიწოვა, 7—10 დღის შემდეგ შეიძლება მისი გაქსნა და სისხლის კოაგულაციისგან განთავისუფლება.

### ვულვის ქრონიკული ანთება (vulvitis chronica)

ქრონიკული ვულვიტი ვითარდება მწვავე პროცესის არასაკმაო მკურნალობის შედეგად.

ვულვაზე ვნახულობთ სიწითლეს — წინწყლების სახით. აღინიშნება მცირე სასქესო ბაგეების ცხიმის ჯირკვლების პიპერპლაზია, რის გამოც ცხიმოვანი გამონადენი უხვია.

მწვავე ვულვიტის მკურნალობის დროს მთავარი ყურადღება ანთების გამომწვევ მიზეზს უნდა მივაქციოთ, რათა ადგილი არ ექნეს რეციდივს, რის შედეგადაც ქრონიკული პროცესი ადვილად ვითარდება.

ქრონიკული ვულვიტის დროს მეტად შემაწუხებელია ქავილი. ქრონიკული ვულვიტის წარმატებით მკურნალობისათვის, როგორც აღვნიშნეთ, საჭიროა მისი გამომწვევი ძირითადი მიზეზის მოსპობა.

მედიკამენტური საშუალებებიდან უნდა ვიხმაროთ ის პრეპარატები, რომლებიც მწვავე ფორმის დროს ეხმარება.

გარდა ვულვის მწვავე ანთების დროს გამოყენებული საშუალებებისა იხმარება აგრეთვე:

Rp.: sol. ac. Carbolic 3% — 100.0

D. S. წაუსვათ ვულვაზე დღეში ერთხელ.

Rp.: Cocaini muriatici 1,0

Vaselini 10,0

D. S. ვულვაზე წასასმელად.

აღნიშნული მედიკამენტების გამოყენებისას საჭიროა ზედმიწევნით დაცვათ ვულვის სისუფთავე. სჭიროა ღებოდეს ვულვის, შორისისა და ანუსის მიდამოს ყოველდღიური ენეოგიული ჩამობანა თბილი წყლით და ქიმიურად ნეიტრალური სახით.

### ვულვის ძავილი (pruritus vulvae)

ამ დაავადების დროს მეტად შემაწუხებელია ვულვის ქავილის შეგრძნება. იგი არა თუ შემაწუხებელი, არამედ ზოგჯერ აუტანელია.

ამ დროს ვულვა მკრთალი მოთეთრო ფერისაა. ზოგან იგი დაკაწრულა. ნაწილობრივ შეშუპებული არის. ჩირქოვანი ან სეროზული გამონადენი არ ახასიათებს.

ავტორთა უმრავლესობას პრურითუსი მიაჩნია ვულვის განსაკუთრებულ დაავადებად. ჩვენის აზრით, უმრავლეს შემთხვევაში პრურითუსი იგივე ქრონიკული ანთებაა, გამოწვეული იმ ძირითადი მიზეზებით, რომელთა შესახებ ზემოთ გვქონდა ლაპარაკი. ამ შემთხვევაში ვულვა შეშუპებული და შესქელებულია და მუდმივი ქავილის გამო აქა-იქ დაკაწრულია.

ზოგჯერ პრურითუსის დროს ვერ ვნახულობთ რაიმე გამომწვევ მიზეზს — არ არსებობს არც მძლავრი გამონადენი, არც შაქარი შარდში, არც კიები და არც მასტურბაციას აქვს ადგილი. ვულვის ქავილის დროს საჭიროა შარდის გასინჯვა შაქარზე.

ზოგიერთის აზრით, ამ შემთხვევაში საქმე ეხება განსაკუთრებულ ფსიქონევროზს. ამ აზრს ჩვენ არ უარყოფთ. მაგრამ საქმე იმაშია, რომ განსაზღვრულ შემთხვევებში პრურითუსის დროს მთავარია საკვერცხების ფუნქციის დაქვეითება, რის გამოც ჰორმონულ მკურნალობას კარგი შედეგი აქვს.

მკურნალობის მიზნით უნდა გამოვიყენოთ ყველა ის საშუალება, რომელსაც ქრონიკული ვულვიტის დროს ვხმარობთ, და საკვერცხის ჰორმონები.

ა. გუბარიოვი გვიჩვენებს ვულვის ჩამობანას ერთი ან ორი დღის განმავლობაში, ისე როგორც ობერაციის შემთხვევაში. ამავე დროს, საჭიროა მედიკამენტური მკურნალობაც.

ზოგჯერ, როდესაც ადვილობრივი მედიკამენტური და ჰორმონული მკურნალობა წედეგს არ იძლევა, უნდა მივმართოთ რენტგენის სხივებით მკურნალობას — საჭიროა 3—4 სეანსის ჩატარება მცირე დოზებით.

ზოგჯერ ვულვის ქავილის დროს კარგი შედეგით ვხმარობთ თირკმელზედა და ჯირკვლის ჰორმონს — პრენიზოლონს.

Rp.: Prednisoloni  
in tabul. 1 fl.

თითო ტაბლეტი ორჯერ დღეში.  
სულ 15 დღის განმავლობაში.

### ვათიანი კონდილომატი (condylomata acuminata)

წვეტიანი კონდილომები, წარმოადგენს ვულვაზე კანის მკვეჭოვანი წარმონაქმნის კონგლომერატს, რომელიც ზოგჯერ ფარავს მთელ ვულვას და გარეკანი ფორმით აყვავებულ კომბოსტოს მოკვავონებს. წვეტიანი კონდილომები შეიძლება საშოს ლოოწოვან გარსზეც განვითარდეს.

პისტოლოკიურად წვეტიანი კონდილომები წარმოადგენს კანის შემერთქსოვილოვანი დერალების ჰიპერტროფიას.

დერალების მფარავი ეპითელი ამ დროს ძლიერ გასქელებულია. დერალების სტრუქტურაში ვნახულობთ წვრილუჯრედოვან ინფილტრაციას.

დასაწყისში წვეტიანი კონდილომების რაოდენობა მცირეა — ისინი აქა-იქ გვხვდება ვულვაზე, შორისზე ან საშოს კედლებზე. შემდეგ საშოდან გაძლიე-



რებული გამოწოდების არსებობის გამო, მათი რაოდენობა თანდათან მატულობს. მათი რაოდენობის ჩქარი ზრდა ხდება განსაკუთრებით ორსულობის დროს, მშობიარობის შემდეგ კი, ადვილი აქვს მათ ნაწილობრივ, უკუგანვითარებას.

მშობიარობის დროს წვეტიანი კონდილომების სიმრავლემ შეიძლება ხელი შეუშალოს ნაყოფის გამოძევებას. ისინი ტკივილს არ იწვევენ, თუ ძლიერ არ გაიზარდნენ. არასაკმაო სისუფთავის შემთხვევაში ადვილი აქვს მათს მაცურაციას, ჩირქის ღენას და ცუდ სუნს.

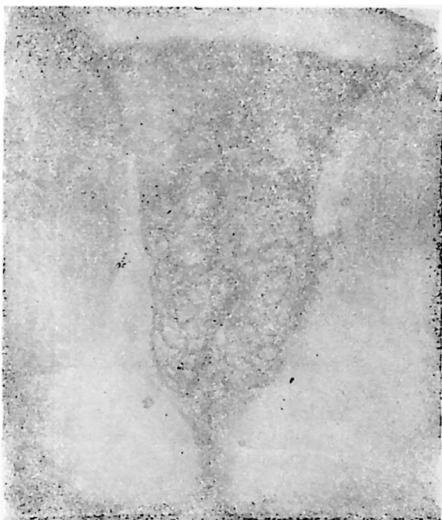
წვეტიანი კონდილომების გონორეული ეტიოლოგია ყოველთვის გამორიცხული, რა თქმა უნდა, არ არის. წინათ კი, როგორც ცნობილია, მის წარმოშობას მხოლოდ გონორეას მიაწერდნენ.

მკურნალობა ძირითადად მდკომარეობს ეტიოლოგიური მიზეზების მოსაბოძაში და თვით კონდილომების მოკვეთაში.

კარგია მათი მოკრა მაკრატლით და სისხლის შესაჩერებლად დამწოლო ტამპონის დადება.

### ვულვის ლეიკოპლაკია (Leucoplaekia vulvae)

ზოჯერ სასქესო ბაგეებზე და მთლიანად ვულვაზე ვითარდება მეტად უსიამოვნო დაავადება ლეიკოპლაკიის სახით. ეს დაავადება ხშირი არაა. სასქესო ბაგეებზე და შორისზე ვითარდება თავისებური მოთეთრო ფერის ლაქები და წინწყლცები — ზოგი დიდი და ზოგი ძლიერ პატარა. კანი მშრალი და შესქლცებულია. ქაეილის გამო იგი არაიშვიათად აქა-იქ დაკაწრული და დახეტქილი არის.



სურ. 38.

პისტოლოგიურად აღნიშნება, რომ საფარი ეპითელი გასქლცებულია, გასქლცებული და ოდნავ შეშუბებულია აკრეთვე ქვემდებარე შემეერთებული ქსოვილიც; მოჩანს საკმაოდ განვითარებული წვრილუჯრედოვანი ინფილტრაცია. ელასტიკური ბოჭკოები ატროფიულია, ზოგან კი სრულგებით არ არის.

დაავადების ეტიოლოგია გამორკვეული არ არის. მისი განვითარება დამოკიდებული უნდა იყოს ქრონიკული ვულვიტისა და საკვერცხეების დისფუნქციაზე.

ზოგი ავტორის აზრით, ლეიკოპლაკია შემთხვევათა 10 — 15%-ში იწვევს კარცინომის განვითარებას.

მკურნალობის მიზნით ზოგი მიმართავს ლეიკობლასტიური არეების ამოკვეთას.

ადკილობრივი მკურნალობისათვის უნდა გამოვიყენოთ ის საშუალებები, რომლებიც იხმარება ქრონიკული ვულვიტისა და პრურიტუსის დროს. ზოგჯერ მოამონული მკურნალობა, ესტროგენებისა და პროგესტერონის გამოყენება კარგ შედეგს იძლევა.

### ვულვის კრაუროზი (kraurosis vulvae)

ვულვის კრაუროზი პირველად ბრეისკმა აღწერა 1825 წელს.

ზოგი ავტორის აზრით, იგი არის ლეიკობლასტიის შემდგომი სტადია. ამ დაავადების დროს გარეთა სასქესო ორგანოები პატარავდება და იჭმუხნება.

პ: ოცულის განვითარება, ჩვეულებრივ, იწყება მცირე სასქესო ბაგეებიდან, რომლებიც ხშირად მთლიანად განიცდის ატროფიას. ატროფიას განიცდის კლიტორიც. დიდი სასქესო ბაგეები შეკვთრად მცირდება და ბრტყელდება. საშოს შესავალი და საშარდე მილის გარეთა პირი ძლიერ ვიწროვდება. კანი მშრალია (პერგამენტის მსავესია), პიკმენტაცია ქრება, კანქვეშა ვენები კარგად მოჩანს, თბინობა ძლიერ კლებულობს.

პისტოლოკიურად ებიდერმისი მეტად გათხელებულია. ადგილი აქვს ცხიმის ჯირკვლების, ელასტიკური ბოჭკოების, აგრეთვე ოფლის ჯირკვლების, თმის პარკების ატროფიას.

ზოგი ავტორის აზრით, ამ დაავადების შედეგად მოსალოდნელია ვულვის კიბოს განვითარება.

კრაუროზი გვხვდება კლიმაქტერიუმისა და მოხუცებულობის პერიოდში.

მაგრამ არის მისი განვითარების შემთხვევები ახალგაზრდა ასაკშიც.

დაავადების ეტიოლოგია არ არის გამორკვეული. ფიქრობენ, რომ განვითარებაში ვულვის ქრონიკული ანთება ვარკვეულ როლს უნდა ასულებდეს. მისი განვითარების ერთ-ერთი მიზეზი უნდა იყოს საკვერცხეების ფუნქციის მოწლილობა.

კრაუროზის დროს ავადმყოფები ხშირად უჩივიან გარეთა სასქესო ორგანოებზე განუწყვეტელი, ძლიერი ქვილის შეგრძნებას.

მკურნალობა ისეთივეა, როგორც პრურიტუსის და ვულვის ლეიკობლასტიის დროს.



სურ. 37. ვულვის კრაუროზი.

## ვულვის ელფანტიაზი (elephantiasis vulvae)

ვულვის ელფანტიაზი განსაკუთრებული დაავადებაა, ადგილი აქვს კანისა და კანქვეშა შემაერთებული ქსოვილის ჰიპერპლაზიის სიმსივნური წარმონაქმნის მსგავსად. პოცესი ვითარდება ერთ ან ორივე მხარეზე. გაღი-ღებულია დიდი ხასქისო ბაგეები და ზოჯერ კლიტორიცი.

დაავადება ნელა ვითარდება, რის გამოც ავადმყოფთა უმრავლესობა თავიდან ნაკლებ ყურადღებას აქცევს მას. როდესაც ვულვის ელფანტიაზი ძლიერ ვითარდება და ხელს უშლის სიარულსა და სქესობრივ კავშირს, მაშინ იგი შეტად შემაწუხებელი ხდება.

აღწერილია ვულვის ელფანტიაზის შემთხვევა, როდესაც ვულვის წონა 2 — 8 კგ-მდე აღწევს.

გარეკანი ფორმის მიხედვით ვარჩევთ ხორკლიან ელფანტიაზს (elephantiasis verrucosa) და ელფანტიაზს სადა ზედაპირით (elephantiasis glabra).

დაავადების ეტიოლოგია ჯერ დადგენილი არ არის. ამ მხრივ ლიმფურ ძარღვებში ლიმფის შეგუბებით მოვლენებს უთუოდ უნდა ჰქონდეს მნიშვნელობა. ელფანტიაზი ვითარდება 20 — 30 წლის ასაკში.

მკურნალობა ქირურგიულია. შედეგი არ არის ცუდი. ბოლო წლების განმავლობაში ვულვის ელფანტიაზი თითქმის არ გვხვდება.

## რბილი შანკრი (ulcus molle)

რბილი შანკრი ერთ-ერთი ვენერიული დაავადებაა. მაგრამ ის მოკლედ მინც უნდა განვიხილოთ, რათა თავის დროზე გამოვიცნოთ და სათანადო მკურნალობა ჩავატაროთ.

რბილი შანკრის გამომწვევია სტრეპტობაკილა, რომელიც დუკრემამ აღმოაჩინა 1889 წელს. ამ ბაცილის სუფთა კულტურა პირველად გამოყვეს 1897 წელს ჰისტომანოვმა და აკოპიანცმა.

დუკრემის ჩხიოი პატარაა — დაახლოებით  $1\frac{1}{2}$  — 2 მიკრონის სიდიდისა. მისი აღმოჩენა შეიძლება წყლულიდან აღებულ მასალაში. იღებება მეთილენის ლილით და გრამბუარყოფითია.

რბილი შანკრით დაავადებას უმრავლეს შემთხვევაში იწვევს სქესობრივი კავშირი, თუმცა მისი წარმოშობის სხვა გზაც არ არის გამორიცხული, მაკალითად, გინეკოლოკის საჩვენებელი თითის დაავადება ვაგინალური გასინჯვის შედეგად (პ. ბუაიძე).

ჩხირის შეკრის ადგილას 12 — 18 საათის შემდეგ ჩნდება წითელი წიწკალი, რომლისგანაც მალე ვითარდება კვანძი. კვანძიდან წარმოიშვება პუსტულა, რომელიც სკდება და ჩნდება წყლული.

ინკუბაციური ხანა ვრჩელდება 3 — 4 დღემდე, იწვიათად 5 დღე.

წყლული ქინძისთავის სიდიდისაა, ზოჯერ შეიძლება ვაცილებით მეტიც იყოს.

წყლულის კიდეები დაკბილულია. მისი ფსკერი უსწორმასწორაა და დაფარულია მოყვითალო ფერის ჩირქით. იგი შეეხებით ძლიერ მტკივნეულია. კონსისტენციით რჩილია.

რბილი შანკრის წყლული ხშირ შემთხვევაში პირველად ვითარდება სასქესო ბაგეების უკანა ლაგამზე. მაგრამ აუტონოკულაციის (წყლულების წარ-

მომოზა შეზების შედეგად) საშუალებით შეიძლება იგი მთელ ვულვაზე გავრცელდეს. ახალ წულულს შვალეული იარა ეწოდება.

გარდა გარეთა სასქესო ორგანოებისა, რბილი შანკრი შეიძლება განვითარდეს საშვილოსნოს საშოსმხრივ ნაწილზეც, შედარებით იშვიათად — საშვილოსნოს ყელში და საშოს კედელზე. შეიძლება აგრეთვე განვითარდეს კანისა და ლორწოვანი გარსის ყველა ადგილზე. დაავადება გრძელდება 2—8 კვირის განმავლობაში.

გართულებათა შორის აღსანიშნავია საზარდულის მიდამოში რეგიონული ლიმფური ჯირკვლების ანთება, რასაც მეტ წილად მამაკაცებში ვხვდებით.

აღსანიშნავია აგრეთვე ბართოლინის ჯირკვლის აბსცესი. საზარდულის მიდამოს ლიმფური ჯირკვლების ანთებასა და ზუბონის განვითარებას უფრო ხშირად შანკრის განვითარებიდან სამი კვირის შემდეგ აქვს ადკილი.

ღიაგნოზი. თუ დაავადების გამოცნობა გაძნელდა, უმჯობესია დაუყოვნებლივ მივმართოთ გამოცდილ ვენეროლოგს.

ღიაგნოზის დროს მტვევლობაში უნდა მივიღოთ წულულის კონსისტენცია, უმტკივნელობა, აუტონოკულაცია, დაკბილული კედლები და ჩირქიანი ფუძე.

მიკროსკოპულად ვეთილენის ლილით შეღებილ მასალაში ვნახულობთ დუკრების ჩხირს.

მხედველობაში უნდა იქნეს აგრეთვე მიღებული ხანმოკლე (3—4 დღის ხანგრძლიობის) ინკუბაციური ხანაც.

მკურნალობა. ამ დაავადების მკურნალობის მიზნით უმთავრესად იხმარება მალალი კონცენტრაციის მკვებები და ტუტეები, რადგან დუკრების ჩხირზე ისინი გამანად ურეზლად მოქმედებენ. წულული პირველად უნდა მოვბანოთ 2%-იანი კარბოლის მკვებით და გვაგმზოლოთ. შემდეგ ჩხირზე დახვეული ბამბა უნდა დავსველოთ ac. carbolic liquefacti-ში და დავაცხოთ მას ფრთხილად, რათა ჯანსაღი ქსოვილი არ დაზიანდეს. კარბოლის მკვება პირველი წუთის განმავლობაში იწვევს მწვავე ტკივილს, რის შემდეგ ხდება ანესთეზია.

შეიძლება რბილი შანკრის წულული მოეწვათ თერმოკოაგულატორის საშუალებით ან ამოეჭრათ დიათერმიის დანით.

ლიმფური ჯირკვლების შესივების შემთხვევაში ვხმარობთ სათბურ კომპრესიას. თუ ჯირკვალი გარბილდა და დაჩირქდა, იგი უნდა გავკვეთოთ.

რბილი შანკრის სამკურნალოდ წარმატებით იხმარება თეთრი სტრეპტოციდი. სტრეპტოციდის ფხვნილი უნდა დავაყაროთ აგრეთვე წულულსაც. per os მივიკეთ დღეში 10-ჯერ, 0,3 გ რაოდენობით.

ამჟამად რბილი შანკრის შემთხვევები ჩვენში ძლიერ იშვიათია.

### ვულვის განგრძნა

ტიფსი, ქუნთრუშასი, წითელასი, ყვავილსი, დიზენტერიასი, პნევმონიასი და სხვა ზოგიერთ დაავადებას შეუძლია გამოიწვიოს ვულვისა და საშოს ანთება, ფლევმონა, აბსცესი და განგრძნა, რის შედეგად ვითარდება ნაწიბურები და შეხორცებები.

მწიბარობის შემდეგ სტრეპტო-სტაფილოკოკების ზემოქმედებით შეიძლება აგრეთვე განვითარდეს ვულვის განგრძნა.

ვულვის განგრენის დროს ადვილი აქვს არა მარტო ადვილობრივ მოვლენებს, არამედ ორგანიზმის საერთო სეპტიკურ პროცესს.

ღია გნოზის დასმა ძნელი არ არის.

მკურნალობა მღკომარეობს ადვილობრივ ქირურგიულ ჩარევაში, ნეკროზული მასის მოცილებაში, სულფამიდური პრეპარატებისა და ანტიბიოტიკების დანიშვნაში.

### ვულვის ღიფთერია (diphtheria vulvae)

ვულვის ღიფთერია სრულასაკოვანთა შორის იშვიათი მოვლენაა. ის უფრო ბავშვებში გვხვდება — ხახის ღიფთერიასთან ერთად ჩვენ გვქონდა ბავშვის ვულვის ღიფთერიის ორი შემთხვევა.

ვულვაზე და საშოზე აღინიშნება მოთეთრო-მორუხო ფერის, ფუქზე მტკიცედ მამაკრებული აპკისებრი ნალექები. აქ შეიძლება ლოფლერის ჩხირების აღმოჩენაც, რომლებაც ღიფთერიას იწვევს.

მკურნალობა ანტიღიფთერიული შრატის საშუალებით უნდა ჩატარდეს.

### ვულვის ეცზემა — (eccema vulvae)

ვულვის ეცზემა არ არის იშვიათი მოვლენა. იგი შეიძლება განვითარდეს იმავე მიზეზებით, როგორც საერთოდ იწვევს ამ დაავადებას კანის სხვა ადგილას. მაკრამ, გარდა ამისა, ზოგჯერ ეცზემა ვულვაზე ვითარდება საშოს გაძლიერებული ჯამონადენის ან კიდეც შარხის პათოლოგიური შემაღლენელი ნაწილის ზემოქმედებით. მაკალითად ღიაბეტის დროს.

გვხვდება ვულვის ეცზემას მწვავე, ქრონიკული, სველი და მშრალი ფორმები.

თუ ვულვის ეცზემა გამოწვეულია საშოს გაძლიერებული გამონადენის ან შარხის პათოლოგიური შემაღლენელი ნაწილის ზემოქმედებით, მაშინ ძირითადი მიზეზის მოსპობით და ვულვას სათანადო სასუფთავის დაცვით იგი ადვილად იკურნება. იმ შემთხვევებში, როდესაც ეცზემა განვითარებულია არა ზემოთ აღნიშნული მიზეზების საფუძველზე, მაშინ საჭიროა დერმატოლოგის დახმარება.

გვხვდება აკრეთვე ე. წ. ინტერტრიგინოზული ეცზემა — ძლიერ მსუქან ქალთა შოთის.

### ვულვის ფურუნკულოზი (furunculosis vulvae)

ვულვაზე ფურუნკულების გაჩენა ზოგჯერ დაკავშირებულია მენსტრუაციასთან. ზოგჯერ თვითრის დროს ფურუნკულები განიცდის გამწვავებას. უფრო ხშირად ვულვის ფურუნკულოზი ვითარდება ვულვიტთან, პრურიტუსთან და სხვა მსკავს დაავადებებთან დაკავშირებით.

მკურნალობა უნდა მიემართოს ოკორც ძირითადი დაავადების, ისე ფურუნკულების წინააღმდეგ. კარგია პენიცილინის შეყვანა კანქვეშ ყოველ 4 საათში ერთხელ ასი ათასი ერთეული.

## ვულვის აკუტიური წულული (ulcus vulvae acutum)

ველვზე განსაკუთრებით მცირე და დიდი ბაგეების შიგნითა ზედაპირზე, სავენბოსთან, ჩნდება პატარა ფოლიკულები, რომლებიც მალე წყლულებად იქცევა (დაწყლულება ღრმად აო მიდის).

წყლულებას უსწომასწორო, დაკბილული კიდეები და ფსკერი აქვს. დაფარულია მოთეთრო-მოაზროხი ან მოყვითალო-მოთუხო ფერის ნაღებით.

დაავადება პირველად ლიმფიტიკმა აღწერა 1913 წელს. ავტორის დაკვირვების მიხედვით, ის გამოწვეულია აუტონინფექციით — მსცილი, მოკლე, გრამდადებითი ბაცილებისაგან (*Bacillus crassus*), რომლებიც საშოს ნორმალურ ფლორაშიც შეიძლება არსებობდეს. ამ ბაცილებს ახასიათებს საშოს ჩხირების ყველა ბიოლოგიური თვისება.

ველვის მწვავე წულული გადამდები არ არის. სქესობრივი კავშირის გზით მისი გავრცელება არ ხდება.

ხშირად იგი გვხვდება ახალგაზრდა ქალებს შორის, ზოგჯერ კი იმ პირებშიც, რომლებიც სქესობრივად არ ცხოვრობენ. ეს დაავადება იშვიათია. ჩვენს ხანგრძლივ პრაქტიკაში იგი მხოლოდ ორჯერ შევხვდეთ. იწყება სიციხით. ზოგჯერ ტემპერატურა  $40^{\circ}$ -მდე აღწევს. ველვის ტკივილი და წვა მეტად შემაწუხებელია. დაავადება საშუალოდ 2—3 კვირა გრძელდება.

დიავნოზი უნდა დაისვას დაავადების კლინიკური სურათისა და *Bac. crassus*-ის წულულში აღმოჩენის საფუძველზე.

მკურნალობის მიზნით იხმარება თბილი საუჯლიანი აბაზანები, ანტისეპტიკური ხსნარები, სულფამიდიური პრეპარატები (მოსაყრელად).

პროგნოზი კარგია. ველვის მწვავე წულულს ზოგი ავტორი ცრუ-ტუბერკულოზურ წულულს უწოდებს.

## ვულვის ქრონიკული წულული (ulcus vulvae chronicum)

ველვის ქრონიკული წულული ჩნდება ურეთრის გარეთა პირის არეში ან უკანა ლაგამის შიგნითა ზედაპირთან. იგი ქრონიკულად მიმდინარეობს, ღრმად შეიჭრება ქსოვილში, რის გამოც ქმნის ხერხელებს და ფისტულებს. ფისტულა შეიძლება სწორ ნაწლავში და სხვა ადგილებშიც გაჩნდეს.

წყლულის ფუძე დაფარულია ცხიმოვანი ნაღებით. მის ირგვლივ ქსოვილი ინფილტრირებულია.

პათოლოგიურ-მორფოლოგიური გამოკვლევისას ყურადღებას იქცევს გადიდებული დერმილები, შეშუპებული, სკლეროზული, პიალინურად გადაკვარებული შემავითებელი ქსოვილი.

ველვის ქრონიკული წულულის ეტიოლოგია ჯერ კიდევ არ არის გამოკვლეული. ფიქრობენ, რომ მისი წარმოშობის მიზეზი უნდა იყოს სიფილისი, ტუბერკულოზი და ქრონიკული გონორეა.

თანამედროვე მკურნალობის მეთოდებს იგი თითქმის არ ექვემდებარება. არც ერთი საღებინფექციო ხსნარი დადებით შედეგს არ იძლევა. ამ დროს გვირჩევენ მიემართოთ საერთო გამაჯანსაღებელ საშუალებებს.

ჩვენ გვქონდა ველვის ქრონიკული წულულის ერთი შემთხვევა, რომელიც გონორეული ეტიოლოგიისა იყო. მკურნალობა ჩავატარეთ სტრეპტოციდის მიცემით per os და ადვილობრივ ამავე პრეპარატის მოყრით. პოცესის წინსვლა შეჩერდა და წულულის ნაწილის ეპითელიზაცია მივიღეთ.

## ვაგინიზმი (vaginismus)

ვაგინიზმი არის სასქესო ორგანოების ისეთი დაავადება, როდესაც ქალს აწუხებს სქესობრივი კავშირის დროს ტკივილის შიშ, ამიტომ სქესობრივი კავშირის ცდის დროს ხდება უნებლიე, საწინააღმდეგო ნებისმიერი ნებისმიერი კუნთების კრუნჩხვითი შეკუმშვა (m. m. constrictor cunni, transversis perinei, levatores ani), იკუმშება აგრეთვე ბარძაყისა და სხეულის კუნთებიც.

მ.მაკაცის მიერ სქესობრივი კავშირის ცდის დროს ვაგინიზმით დაავადებული ქალი აწარმოებს ტანისა და ქვემო კიდურების უნებლიე მოძრაობას, რათა წინააღმდეგობა გაუწიოს ნორმალურ სქესობრივ კავშირს. ასეთივე წინააღმდეგობას უწყევს იგი ექიმსაც გასინჯვის დროს.

ვაგინიზმი, ჩვეულებრივ, გვევლება ახალგაზრდა ქალებს შორის, თუმცა გვხვდება საშუალო ასაკის ქალთა შორისაც. ასე რომ, ვაგინიზმი დაკავშირებულია პირველ სქესობრივ კავშირთან და არა ასაკთან.

ვაგინიზმი შეიძლება წარმოიშვას ჰიმენის დაწყულულებისა და მასზე ნახეთქების არსებობისას.

ზოგიერთი ავტორი ვაგინიზმს თვლის ფსიქიკურ პროცესად. მათი აზრით, ნამდვილი ვაგინიზმის დროს გარეთა სასქესო ორგანოებზე რაიმე ცვლილებები ანთებითი პროცესის სახით დამახასიათებელი არ არის. პირიქით, ჰიმენი და სასქესო ორგანოები სრულიად ნორმალურია.

კრუნჩხვები იწყება არა მარტო შეხების დროს, არამედ შეხების ცდის დროსაც. ამრიგად, ვაგინიზმი უნდა ჩაითვალოს ნეიროფსიქოპათიური გაუქმდობის რეფლექსად.

ღიაგანობის დასმადნელი არ არის. ნევროზული ფორმა უნდა გავარჩიოთ ფსიქოგენურისაგან, რადგან მათი მკურნალობა სხვადასხვაა.

ნევროზული ფორმის დროს ადვილობრივი გამომწვევი მიზეზები საშოს შესავლის ლორწოვან გარსში უნდა ვეძებოთ. პიპერუსტეზიას იწყებს ანთებითი პროცესი, სქესობრივი კავშირის უნებლიე ცდა, რიკიდული ჰიმენი.

ანთების საწინააღმდეგოდ უნდა ჩავატაროთ ადგილობრივი მკურნალობა. ფსიქოგენური ვაგინიზმის დროს მიზანშეწონილია ფსიქოთერაპიის ჩატარება — სიტყვიერი შთაგონება, რომ სქესობრივი კავშირი უმტკივნეულოა.

ჩვენ კლინიკაში გვქონდა ამ დაავადების ორი შემთხვევა. ერთ შემთხვევაში ფსიქოთერაპიამ კარგი შედეგი მოკცა. მეორე შემთხვევაში ფსიქოთერაპიის ჩატარების შედეგად რამდენიმე თვემ გაწვლო, მაგრამ აღმოჩნდა, რომ ქმრის მიერ სქესობრივი კავშირის ცდაზე უმედეგოდ ჩაიარა. როდესაც მოხერხდა ავადმყოფის ბიძანუალური გასინჯვა, ქალი დარწმუნდა, რომ სასქესო ორგანოების შეხება არ გამოიწვევს ტკივილს ცოლქმარს შორის. ნორმალური ურთიერთობა დაიყარა.

## შიზონია სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესები

### საშოს ფლორა

სანამ საშოსა და საერთოდ შიზონია სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესებს განვიხილავდეთ, საჭიროა გავეცნოთ საშოს ფლორას.

საშოს ფლორის შესახებ მეცნიერულ მოძღვრებას საფუძველი ჩაეყარა გასული საუკუნის 70 — 80-იან წლებში. როკორც ანატომიური ნაწილიდან ვიცით, საშოს კედლები ჯირკვლევს, ჩვეულებრივ, არ შეიცავს, მაგრამ საშოს განსაზღვრული სისველე მინიმუმ აქვს.

საშოს შეფთავის ფიზიოლოგიურ პირობებში მოთეთრო ფერისაა — გაწურული მანონის მსჯავსია. იგი საშოს კედლებიდან არ ჩამოდის როგორც გამონდენი. არამედ თანაბრადაა გამოცემული მთზე.

საშოს შეფთავის წონა დაალოებოთ 1 გრამს ან ცოტა უფრო მეტს უდრის. იგი წედება საშოს ლორწოვანი გარსის ზედა შრიდან მოცილებული ეპითელიური უჯრედებისაგან, საწვილოსნოს ყელიდან დრო და დრო საშოს უკანა თაღში ჩამოსული სეკრეტისაგან და საშოს გრძელი და მოკლე გრამდალებითი ჩხირებისაგან (*ხეც vaginaiis minor et major*). საშოს შეფთავის შეიცავს რძემჟავას — დაახლოებით 0.3% -ის რაოდენობით.

საშოს შეფთავის რაოდენობა მატულობს პრემენსტრუალურ ხანაში და მენსტრუაციის შემდეგ პირველი ორი დღის განმავლობაში. ამასთან, ორსულობასთან დაკავშირებით საშოს შეფთავის რაოდენობა პროგრესულად მატულობს.

საშოში რძემჟავა იქმნება საშოს ეპითელისაგან გამოშვებული გლიკოგენის დაშლის შედეგად. გლიკოგენი აქ ათჯერ მეტია, ვიდრე კანის სხვა რომელიმე ადგილზე. გლიკოგენიდან რძემჟავას შექმნა უმთავრესად საშოს ჩხირების საშუალებით ხდება, თუმცა საშოს მჟავობის შექმნის უნარი სხვა ბაქტერიებსაც აქვთ.

ბაქტერიების გავლენის გარეშეც შეაძლება საშოში მჟავე რეაქცია განვითარდეს. მაგალითად, ახალშობილთა საშოში არავითარი ბაქტერიალური ფლორა არ არის, მაგრამ აქ მჟავე რეაქცია აღინიშნება.

საშოს შეფთავის მჟავობა დამოკიდებული უნდა იყოს მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა პერიოდზე.

ჩვენის აზრით, საშოს შეფთავის მჟავობა დამოკიდებულია საკვერცხების



სურ. 40. საშოს პირველი ხარისხის ფლორა.

ჰორმონულ ფუნქციაზე. ორსულობის დროს, როდესაც ჰორმონები დიდი რაოდენობითაა, საშოს მჟავობა მატულობს; კლიმაქტერიუმის დროს კი, როდესაც ადგილი აქვს ჰორმონების რაოდენობის ნორმიდან გადახრას, მჟავობა კლებულობს.

მონუცებულობის დროს, როდესაც ჰორმონები ისპობა, საშოში მჟავობა აღარ აღინიშნება — მისი შეფთავის ან ნეიტრალურია, ან კიდევ ტუტე რეაქციისაა. ინფანტილიზმის დროსაც, რაც საკვერცხე-



ების ფუნქციის დარღვევის ერთ-ერთი მაჩვენებელია, საშოს მყოფობა აგრეთვე დარღვეულია და ა. შ.

საბოლოოდ გადაწყვეტილი არ არის საკითხი იმის შესახებ, თუ როგორი რეაქციისაა საშოს შიკთავსა დაბადების ნეშდვ მეექვსე კვირიდან 10 წლამდეცნობილია, რომ იგი დაბადებიდან ექვს კვირაშდე მთვე რეაქციისაა, შემდეგ კი სქესობრივი მომწიფების დაწყებამდე ნე-ტრალური რეაქციისა უნდა იყოს, რაც სავერ ცხეების ფუნქციის დაქვეითებას უნდა მიეწეროს.

საშოს შიკთავს ბაქტერიული ფლორის მიხედვით ზოვი ავტორი ყოფს ოთხ ხარისხად, ზოკიერთი კი — სამ ხარისხად. ჩვენ უკანასკნელ აზრს ვიზიარებთ.

პირველი ხარისხის ფლორის დროს საშოდან აღებულ ნაცხში აღინიშნება საშოს ჩხირები და მცირეოდენი ბრტყელი ეპითელი.

მეორე ხარისხის ფლორის დროს ნაცხში საშოს ჩხირებთან ერთად აღინიშნება ცალკეული გრამდადებითი დაპლოკოკები. გვხვდება აგრეთვე ლეიკოციტები და საკმაო რაოდენობით საშოს ბრტყელი ეპითელი.

მესამე ხარისხის ფლორის დროს საშოს ბაქტერიული შემცველობა მრავალფეროვანია, საშოს ჩხირები კი აღარ აღინიშნება. დიდი რაოდენობით ვნახულობთ დიდი და პატარა ზომის გრამდადებით და გრამუარყოფით კოკებს (რომლებიც და ლაკებულაა ჯუუუებად ან ჯუკვის მსკავსად), *micrococcus tetragenus*-ს, საოცინებს და გრამდადებით დიპლოკოკებს, ფსევდოდოფთერიულ ჩხირებს, *comma variabile*-ს.

გვხვდება აგრეთვე გრამუარყოფითი კოკებიც, *bac. coli* და სხვ. ხშირად ვნახულობთ *Trichomonas vaginalis*-ს. ლეიკოციტები, დიდი რაოდენობითაა, ზოკიერი კი ჭარბობს ბრტყელი ეპითელი. რეაქცია ტუტე ან ნეიტრალურია.

საშოს ფლორისათვის ფიზიოლოკიურად უნდა ჩაითვალოს მთვე რეაქცია, საშოს ჩხირებისა და საშოს კედლადან ჩამოფტქნილი ეპითელის არსებობა. საშოს ჩხირებსა და საშოს კედელს შორის ნორმალურ პირობებში არსებობს სრული სიმბიოზი. საშოს ჩხირები გვხვდება შემთხვევათა 40%ში, დანაოჩენ შემთხვევებში კი ვნახულობთ ზემოთ აღნიშნულ ფლორას.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ მესამე ხარისხის ფლორის დროს როდესაც სტრუბტოკოკებიც კი გვხვდება, ქალი სავსებით ჯანსაღად ვრძნობს თავს და საშოს ოპერაციის შემდეგ არავითარ გართულებას არა აქვს აღკვილი. ეს აიხსნება ორგანიზმის ზოგადი ჯანსაღი მდგომარეობით.



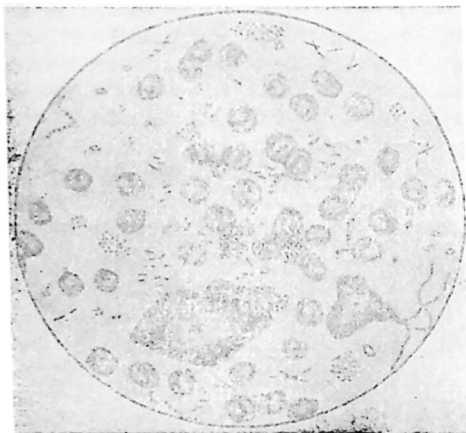
სურ. 41. საშოს მეორე ხარისხის ფლორა.

საშოს „თვითვაწმენდის“ დიდი უნარი აქვს, რადგან მისი ჩხირები ანტი-გონისტურადაა განწყობილი სხვა ბაქტერიებისადმი, საშოს მკაფიო რეაქცია კი არ შეიძლება ხელსაყრელ პირობად ჩაითვალოს პათოკენური მიკრობების გამრავლებისათვის, პირიქით, იგი აფერ ხებს სტრუბო-სტაფილოკოკების ზრდა-განვითარებას.

გარდა ამისა, თვით საშოს ეპითელისაგან გამომუშავდება ისეთი ნივთიერება, რომელიც ბაქტერიციდულად მოქმედებს საშოში შეჭრილ გარეშე მიკრობებზე. ასეთივე მოქმედებას იჩენს ლეიკოციტები.

ვულვაზე დიდი რაოდენობით გვხვდება ყოველგვარი მიკრობი. საშოს ქვემო მესამედში ისინი განსაკუთრებით ბევრია, სამაგიეროდ მათი რაოდენობა შედარებით მცირეა შუა მესამედში და მინიმალურია თაღებში. ამიტომ ნაცხი საშოს შუა მესამედიდან უნდა ავიღოთ.

რაც შეეხება საშვილოსნოს ყელს მესამე ხარისხის სიწმინდის დროს, ბაქტერიები მხოლოდ მის ქვემო ნაწილში გვხვდება, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც მშობიარობას ჰქონდა ადვილი და ყელის ქვემო ნაწილი დაზიანებულია.



სურ. 42. საშოს მესამე ხარისხის ფლორა.

ბების გამო სათანადო პირობები არ არსებობს.

მაგრამ, თუ საშოს ლორწოვანი გარსის ანთება განვითარდა და რაიმე მიზეზის გამო ვულვაზე არსებული მიკრობები საშოში დიდი რაოდენობით შეიჭრა, მაშინ საშოს დაცვიითა უნარი ქვეითდება. საშოს ჩხირების რაოდენობა კლებულობს, სხვა ბაქტერიები კი მრავლდება და მათ შეუძლიათ საშოს ჩხირების მთლიანად გამოძევება.

**თეთრად შლა.** ამრიგად, იქმნება მეორე და მესამე ხარისხის ფლორა, რასაც თან სდევს საშოს შიკთავის რაოდენობის მომატება და ეკრეთოლოგიური თეთრად შლა.

თეთრად შლის მიზეზი უნდა ვეძებოთ ვულვის, საშოს, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანის, ურეთრის ანთებითს პროცესებსა და სხვა მრავ-

ვალგვარ დაავადებებში (კარცინომა, პოლიპი, უცხო სხეულების არსებობა და სხვ.).

გარდა ამისა, თეთრად შლა შეიძლება ორგანიზმის ისეთი ზოკადი დაავადების შედეგად იქნეს გამოწვეული, როგორცაა მაგალითად, ანემია, ქლოროზი, ზოკადი და სასქესო ორგანოების ინფანტალიზმი და სხვ.

თეთრად შლა არის მრავალგვარი დაავადების სიმპტომი. მისი მიზეზის დადენისათვის საჭიროა როგორც სასქესო ორგანოების ზედმიწევნით დათვალიერება და შესწავლა, ისე მთელი ორგანიზმის მდგომარეობის გამოკვლევა.

არ შეიძლება არ აღენიშნოთ, რომ ზოგჯერ ქალს დიდი რაოდენობით გამოადენი აღენიშნება, ამის მიზეზიც არსებობს, მაგრამ იკი ამას ან სრულიად არ უჩივის, ან სცავთა შორის აღნიშნავს. ეს გარემოება ინდივიდუალურ შეგრძნებაზეა დამოკიდებული.

### საშუა ანთიზა Vaginitis s. colpitis

ვაგინიტის განვითარებას ხელს უწყობს ადგილობრივი ან ზოკადი ხასიათის ფაქტორები, რომლებიც არღვევს საწოს ფლორის ნორმალურ შენარს. ხელს უწყობს საშოს ეპითელის დაზიანებას, ვულვაზე არსებული ბაქტერიების წებებას. საწოს ხსივების გამოძევებას და, ყოველგვარ ამის შედეგად, ანთებითი პროცესის განვითარებას.

ამ მიზეზთა შორის აღსანიშნავია შემდეგნი:

1) შორისის მეორე და განსაკუთრებით მესამე ხარისხის დაზიანება, როდესაც ვულვაზე არსებულ მრავალფეროვან ბაქტერიებს ეძლევათ საშოში დიდი რაოდენობით და თავისუფლად შეჭრის საშუალება;

2) საშოს კედლების დაწვევა და გამოვარდნა;

3) ფისტულების არსებობა შარდის ბუშტთან, სწორ ნაწლავთან;

4) საშვილოსნოს ყელის ჰიპერტროფია ან ჩაქოვანა გამოადენი, აგრეთვე დაწლილი სმისიფიებისაგან წარმოქმნილი გამოადენი;

5) რაიმე მძლავრი კონტრაცის მედეკვენტური საშუალების გამოყენება შესხურების ან მშრალად შეტანს საბით; მაკალათად, არის შემთხვევა, როდესაც ქალს ორსულობის მოშლას მიზნით საშოში დიდი რაოდენობით შეუტანია ქნაქინი, შაბი და სხვა მედეკამენტები, რაც იწვევს ქსოვილის უბნობრივ დაზიანებას ადგილობრივი სინსლენით; დაზიანებულ ადგილებში ადვილად იკიდებს ფესს ბაქტერიები და ვითარდება ანთება.

უცხო სხეულები (მაკალითად პესარება და სხვ.) აზიანებს ავრეთვე ქსოვილს, რაც შესაფერის პირობებს ქმნას მიკრობების გამრავლებისათვის.

საერთოდ უნდა ითქვას, რომ საშოს დიდი გამძლეობა და ბრძოლის უნარი აქვს, რაც დამოკიდებულია მასში მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელის არსებობაზე მის ბაქტერიციდულ თვისებებსა, ნორმალურ ფლორასა და მტავობაზე.

ვაკინატის განვითარებას ზოკად ხელშეწყობს პირობებს შორის აღსანიშნავია ქლოროზი, ტუბერკულოზი, ინფანტილიზმი (ზოკადი და ადგილობრივი, რასაც თან ერთვის საკვარტხეების ფუნქციის დაქვეითება), საშოში გლიკოგენის გამოყოფის მოშლა. ყოველგვარ ეს ხელს უწყობს საშოს დამცველი ძალების დაქვეითებას; ვულვიდან ინფექციის შეჭრას და სხვ.

ყველა ზემოთ ჩამოთვლილ მიზეზს შეუძლია შეცვალოს საშოს ნორმალური შენობა და გამოწვევოს ანთების განვითარება.

**ღიაგნაზი და მკურნალობა.** ვაკინაციის დროს შეიძლება დაავადდეს საშოს ლორწოვანი გარსი მთლიანად ან მასი ცალკე უბნები. ამ დროს ლორწოვანი გარსი მკაფიოდ არის გაწითლებული და წებოვანად. გამონადენი ჩიოქოვანია, მოყვითალო ფერისაა, არაიშვიათად ქაფისებურია. შენებით იგი ოდნავ სისხლმდიანია.

**ბაქტერიოსკოპული გამოკვლევებისას ვნახულობთ მესამე ხარისხის ფლორას.** ლეიკოციტები დიდი რაოდენობითაა. შიდასის რეაქცია სუსტი მჟავანა, ზოგჯერ ტუტეა, სშირად ამფოტერულია. არაიშვიათად ვნახულობთ *trichomonas vaginalis*-ს.

**მკურნალობა.** უნდა გამოვიყენოთ სუსტი საღებინდექციო ღსნარები, სულფამიდური პრეპარატები, ანტიბიოტიკები. მკურნალობა უნდა მივიწყოთ ვაგინიტის გამოწვევი მიზეზების წინააღმდეგ. მაშინ შედეგი კარგი იქნება.

Rp.: Ung. streptocidi 50,0

S. ტამპონისათვის.

Rp.: Sol. kalii hypermang. 3% — 100,0

S. 1 ჩაის კოვზი 1 ლიტრ წყალზე — შესსურებისათვის.

Rp.: Sol. protargoli 3% — 100,0

S. საშოს ტამპონისათვის.

Rp.: Sol. ac. lactici 50% — 200,0

S. ორ-ორი ჩაის კოვზი 1 ლიტრ გადაღულულ წყალზე შესსურებისათვის.

Rp.: Zinci sulfurici 50,0

S. ჩაის კოვზი ლიტრ გადაღულულ თბილ წყალზე, შესსურებისათვის.

Rp.: Ichthyoli 15,0

Glycerini 100,0

S. ტამპონისათვის.

Rp.: Hydrargyrum bichloratum corrosivum 3% — 100,0

(საწაპლავია).

S. ჩაის კოვზი ლიტრ წყალზე, შესსურებისათვის.

Rp.: Ichthyoli 0,3

B. cacao q. s. ut. f. glob. v. ag. d. t. d. № 10

S. საწოში დღევამოშებრთ შესსურების შემდეგ.

Rp.: Streptocidi pul. 30,0

D. S. საშოსათვის.

### საშოს გრანულომატოზური ანთება (*Colpitis granulosa*)

საშოს ანთებითი დაავადების აღნიშნული ფორმის დროს საშოს კედლები გიწითლებულია, დააოკებულია და თითქოს მარცვლოვანია. ვაგინიტის ეს ფორტმა უფრო სშირად გვხვდება არანაშობიარებ ქალთა შორის.

ლორწოვანი გარსის სისხლძარღვები გაკანინებულია, აქა-იქ აღვიწივთ აქვს წერილუკრდოვან ინფილტრაციასა და ებითელის გათხლებას ან სავეს-  
148

ბით მოსპობას. საშოს ირავლივქდებარე შემაერთებული ქსოვილი ანთებითი პროცესისაკან თავისუფალია.

ავადმყოფები უჩივიან თე თ რ ა დ შ ლ ა ს. ვაძლიერებული გამონღენისაგან გაღნიზიანებულია გარეთა სასქესო ორგანოეზიცი. ზოგჯერ კი თეთრად შლის ღროს გამონადენი მცირე რაოდენობითაა, აღინიწნება აგრეთვე სიმძიმის შეკრძნება მუცლის ქვემო არეში. ტემპერატურა ნორმალურია — თუ მდგომარეობა გართულებული არ არის ზედა სასქესო გზების ანთებითი პროცესით.

ღიაგნოზი და მკურნალობა. ღიაგნოზის დასმა ძნელი არ არის, თუ მწველობაში მივიღებთ ყოველივე ზემოთ აღნიწნულს.

ვაკინიტის განვითარების მიზენის დასადგენად უნდა მივმართოთ ორგანიზმის ყოველმხრივ გამოკვლევას. თუ წარმონობის მიწეში ზოგადია, მაწინ მკურნალობაც ზოგადი ხასიათის უნდა იყოს. საჭიროა ადგილობრივი მიზეზების მოსპობაც, თუ გვინდა ადგილი ჰქონდეს ხანგრძლივ და ნამდვილ განკურნებას.

მკურნალობის მიზნით მოწოდებულია საშოს წესებურება პერმანგანკალიუმით, რქემევათი, ცინკით, სულფით, ხის ძმრით და სხვ. უნდა ვინმართ 2 — 3%—იანი პროტარგოლისა და კოლარგოლის ხსნარები — საწოს აბაზანებისათვის.

კარგია სულფამიდური პრეპარატების ადვილობრივად გამოყენება — ფენილისა და მალამოს სახით, ტანბრები იტროლი-გლიცერინითა და სხვ. გლიცერინს გამოშრობის უნაჩ აცეს. ვარდა ამისა, ფიქრობენ, რომ მას ბაქტერიციდული თვისებებიც უნდა ჰქონდეს.

ბაქტერიების ზეკავლენით გლიცერინი იშლება, რის შედეგადაც წარმოიშება მეთეები. ეს ხელს უწყობს არსებული ბაქტერიების მოსპობას და ნორმალური ფლორის შექმნას.

### საშოს ემფიზემატოზური ანთება (vaginitis emphysematosa)

ემფიზემატოზური კოლპიტი იწვეითად ეგებდება. პროცესი უფრო ხშირად საშოს ზედა ნაწილში ვითარდება. ზოგჯერ კი საშოს მთელი ზედაპირია დაზიანებული.

ემფიზემატოზური კოლპიტის ღროს საშოს ლორწოვან გარსზე ჩნდება ბუშტუკები, რომლებიც ალუბლის მარცვლის სიდიდისაა. მათი ფეხი სქვადასხვანაირია: მოთეთრო-მოყვითალო, მუქი მოწითალო. ლორწოვანი გარსი ამ ღროს ოღნავ გაწითლებულია. ბუშტუკების შიგთავსია აირი ან სინხე. აირი ტრიმეტლამინს შეიცავს.

ვაკინიტის ეს ფორმა უფრო ხშირად ორსულებს უვითარდებათ. იგი არავითარ სიმპტომს არ იძლევა.

ემფიზემატოზური კოლპიტი მკურნალობას არ საჭიროებს. ზოგიერთი გვირჩევეს საშოში ჩადევთ გლიცერინში დასველებული ბამბა, განსაკუთრებით ორსულობის შემთხვევაში.

### მოხუცებულთა საშოს ანთება (vaginitis senilis)

მოხუცებულთა ვაკინიტის განვითარება დაკავშირებულია საკვებცემების ფუნქციის მოსპობასთან, განსაკუთრებით კი — ფოლიკულის ჰორმონის

არ არსებობასთან. ფოლიკულის ჰორმონი აძლევს საშოს ელასტიკურობას; განაპირობებს ეპითელის მოაველშირიალობას, გლიკოგენის გამომუშავების უნარს, აძლიერებს ქსოვილის კვებას და სხვ.

საკვეთცხვების მიერ ფოლიკულის ჰორმონის გამომუშავების უნარის დაქვეითებასთან ან მოსპობასთან დაკავშირებით ხდება საშოს შევიწროება, დამოკლება, მისი თაღების დაპატარავება და გაბრტყელება, საშოს მრავალშირიალი ეპითელის გათქვლება, ზოგიერთ ადვილას მისი სრული მოსპობა, რის გამოც აღინიშნება სისხლიანი შლა და ნაწიბურების წარმოშობა.

### მოხუცებულთა საშოს შემოკრებითი აქთივა (vaginitis adhaesiva senilis)

მოხუცებულთა შეზოკრებითი ვაგინიტის დროს საშოს ლორწოვანი გარსი სადაა. იცვლება საშოს შიკთავისის მკეოვა. საშოს ჩხირების ნაცვლად აქ ვნახულობთ მესამე ხარისხის ფლორას. ნაცვში საკვარისი რაოდენობით არის ლეიკოციტები და ერითროციტები. საშოში ვნახულობთ აგრეთვე ნაოქებსა და შეზოკრებითს ნაწიბურებს.

ავადმყოფს აღნიშნება თეთრად შლა — ზოჯერ სისტილიანი. გარეთა სასქესო ორგანოები, გაძლიერებული გამონადენის არსებობის გამო, არაიშვიათად მეტად გაღიზიანებულია, რის შედეგადაც ავადმყოფს აწუხებს ქაეელი — პი.ურ.იტუსი.

დიაგნოზი და მკურნალობა. დიაგნოზის დასმის დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ კიბო. სხვა მხრივ დიაგნოზის დასმა ძნელი არ არის.

მკურნალობის მიზნით უნდა მიემართოთ იმ საშუალებებს რომლებიც ვაგინიტის დროს იმარება. საშოში შესხურებისათვის კარგია რძემკევა. მიზანშეწონილია აგრეთვე ფოლიკულის ჰორმონის შესხაუნება კანქეეშ.

Rp.: Ac. lactici 5C,0

D. S. ჩაის კოეზი ლიტრ წყალზე.

Rp.: Folliculini 10000 ერთ.

in. amp. № 30

D. S. დღეში 1 გ კანქეეშ.

Rp.: Sinesiroli 0,1% — № 20

D. S. თითო გრამი კანქეეშ.

### საშოს ტრიქომონადური აქთივა (vaginitis trichomonialis)

ტრიქომონა გვხვდება ორგანიზმის სხვადასხვა ადვილას — ნაწლავში, საშოში, ურეთრაში და სხვ. ივი ეკუთვნის უმარტივეს ჩალიჩიანებს.

ამ შემთხვევაში ჩვენ გვაინტერესებს საშოს ტრიქომონა, რომელიც ლეიკოციტზე დაღია. მას მოქარავი ჩალიჩები აქვს.

როკოც უკეე აღნიშნული იყო, ტრიქომონა საშოში მესამე ხარისხის ფლორის დროს არაიშვიათად გვხვდება. ზოკერთის აზრით, მას ამ შემთხვევაში არა აქვს რაიმე ეტიოლოგიური მნიშვნელობა, არამედ მესამე ხარისხის ფლორის თანამკვარავია.

შეიძლება საშოში არსებობდეს ეს პარაზიტი, მაკრამ ანთებას ადგილი არ ჰქონდეს. საერთოდ კი ვაგინალური ტრიქომონა იწვევს საშოს ანთებას.

ზოგიერთის აზრით, არსებობს ვაკინალური ტრიქომონის პათოგენური, არაპათოგენური, ლატენტური ფორმები.

ჩვენი აზრით, ტრიქომონას უფოლდ აქვს მნიშვნელობა საშოს ანთების მიმდინარეობაში. არის საშოს ანთების ისეთი შემთხვევები, როდესაც ტრიქომონას გამოძევება მეტად ძნელია და ანთებაც გძელდება. ვაკინიტის პიოვილადი მიზეზი შეიძლება იყოს ტრიქომონა. თუ ჩვეულებრივ ვაკინიტს თან ერთვის ტრიქომონა, მაშინ ხშირად განკურნება საკმაოდ ძნელია.

საშოს შიგთავსი ჩირქნარევი ან ჩირქიანია, თხიერი და ქაფისებრია, შეიცავს ლეიკოციტების საკმაო რაოდენობას. რეაქცია მჟავა ან ამფოტერული, ან კიდევ ტუტე.

საშოდან ტრიქომონები არაიშვიათად საშარდე მილში, ზოჯჯერ კი შარდის ბუშტშიც შეძვრება. ზოგა იგი ნახა საშვილოსნოში და ფალოპის ლუღეაში.

**ღიაგნოზი.** როგორც აღვნიშნეთ, საშოს გამონადენი არის ქაფისებური, ქარბი რაოდენობით, ჩირქნარევი, თხიერი. საშო კიპერემიულია, გასინჯვით მტკივნეული.

საბოლოო ღიაგნოზის დამის მიზნით საჭიროა ტრიქომონას აღმოჩენა მიკროსკოპის საშუალებით.

საშოდან ახალი გამონადენის ერთი წვეთი უნდა გავხსნათ ფიზიოლოგიურ ხსნარში; უნდა დავაფაროთ საფარი მინა, რის შემდეგაც მასში ტრიქომონების აღმოჩენა მიკროსკოპის საშუალებით ძნელი არ არის, გახსაკუთრებით, თუ გამოვლევთ ვაწარმოეთ ბნელ ოთახში, რისთვისაც სპეციალური გამანათებელია საჭირო.

შეიძლება ტრიქომონას აღმოჩენა ფიქსირებულ პრეპარატშიც, მაგრამ ფიქსაციის დროს იკვირება იცელის ფორმას. ამიტომ მისი აღმოჩენა ზემოთ აღნიშნული მეთოდით გაცილებით უმჯობესია.

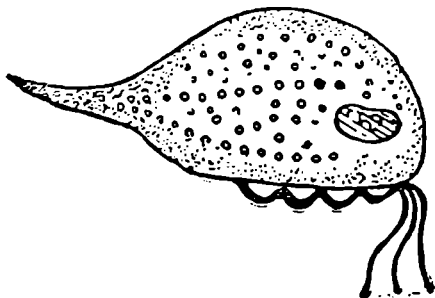
ტრიქომონადური ვაკინიტი ზოჯჯერ გონორეაში ეშლებათ. გონორეის დროს საშოს ლორწოვანი გარსის ანთება ძლიერ იშვიათია (იხ. საშოს გონორეა).

**მკურნალობა.** ზოჯჯერ მეტად ძნელია. მიუხედავად მკურნალობის მრავალგვარი მეთოდის არსებობისა, ტრიქომონების გამოძევება საშოდან ძნელიარეციდივი არაიშვიათია.

მკურნალობის მიზნით ვხმარობთ სულემის ხსნარს, ბურას, გლიცერინს, გლუკოზას, მეთილენის ლილას, აკრიქინს და სხვ. კომბინაციებში ვხმარობთ გლუკოზას, ოსარსოლს და ბორის მჟავას.

Rp.: Sol. Hydrarg. bichlor. corros. 3% — 100.0

D. S. ჩაის კოვზი ლიტრ გადაღულეზულ წყალზე საშოში შესხურებისათვის.



სურ. 43. საშოს ტრიქომონა.

**Rp.: Sol. methyl. blan 5% — 100,0**

**D. S.** წინსწარ საშო გამოწმინდეთ სულემის ხსნარით (1:1000), ნებდევ ბაშბის საწულელებით გამოუცხეთ მეთილენის ლილა.

კარგი შედეგი აქვს აგრეთვე 5%-იანი ოსარსოლის საშოში შესხურებას კათეტერის საწულელებით.

თუ ქალი სქესობრივად არ ცხოვრობს, ხშირად, მიუხედავად ჰიმენის მთლიანობისა, საშოს შესხურება შესაძლებელია.

**Rp.: Borax 10.0**  
**glycerini 100,0**

**D. S.** გამოუცხეთ საშოში და ამითვე ჩაუდევიტ ტამპონი.

ამ უკანასკნელ ზანში დიდი წარმატებით იყენებენ მეტრონიდაზოლის ტაბლეტებს. დილით და საღამოთი თითო ტაბლეტი 10 დღის განმავლობაში, საჭიროა პრეპარატი მიიღოს აგრეთვე მუფლუმაც იმავე დოზით.

**Rp.: Metronidazoli**  
**in tabul. N 20**  
**D. S.** დღეში 2 ტაბლეტი  
დილით და საღამოთი.

### საშოს რძიანა

საშო ამ შემთხვევაში შემუშავებული და გაწითლებულია, ლორწოვან გარსზე აღინიშნება მოთეთრო ნაღები, რომელიც ძველად სცილდება. ამ ნაღებში მიკროსკოპულად ვნახულობთ სოკოებს — *oidium albicans. s. candida*.

საშოს რძიანა უფრო ხშირად ორსულთა შორის გვხვდება. იგი სქესობრივ მომწოდებად არ ვითარდება.

ამ დროს თეთრად შლა უმნიშვნელოა. სამაგიეროდ ავადმყოფს აწუხებს საშოს წვა და აღენიშნება ქაეილი გარეთა სასქესო ორგანოების მიდამოში. შარდვაც მტკივნეულია.

მკურნალობის მიზნით იხმარება 2%-იანი სალიცილის მუევა, 2%-იანი ბურის ხსნარი, გლიცერინი, 2%-იანი ლაპისის ხსნარი და სხვ.

**Rp.: Sol. ac. salicylici 2% — 300,0**

**D. S.** დასხვლულ შიგ გაძიხარულ ზამბა და გამოწმინდეთ საშო.

**Rp.: Ac. baborici 2% — 300,0**

**D. S.** იხმარება ისევე, როგორც ზემოთ აღნიშნული ხსნარი.

### Paravaginitis dissecans

ამ მძიმე დაავადების დროს ვითარდება საშოს განკრენა, ლორწოვანი გარსისა და კუნთოვანი შრის ნეკროზი, რის შედეგად ვითარდება საშოს სრული განკრენა ან საშოში ჩნდება დეფექტი. დაავადების კარგი გამოსავლის შემთხვევაში ვითარდება ნაწიბური.



დაავადება იშვიათად გვხვდება. მისი ეტიოლოგიური მიზეზი სავსებით გაოკვეული არ არის. ზოგი ავტორი ფიქრობს, რომ ის ბაქტერიული წარმოშობისაა, ზოგი კი მის განვითარებას მიაწერს საშოს მკვებავი სისხლძარღვების სანათურის დაზოზბას. ზოგი ავტორის აზრით, ამ მხ.ივე განსაზღვრული მნიშვნელობა აქვს ათაშანგს.

დაავადება დიდი სიციხით მოიღინაროზს. შეიძლება განვითარდეს ნამდვილი სეფსისი ან სეფსისუს ერთ-ერთი ფორმა — პერიტონაქა.

ტიფმა, დიზენტერიამ, ქუნთრუშამ, წითელამ, პნევმონიამ და სხვა ინფექციურმა დაავადებებმა შეიძლება გამოიწვიოს მძივე ფორმის ვავინიტი.

საშოში გვხვდება დიფთერიაც. არის აღწერილი საშოს პირველადი დიფთერია, რომელიც უფრო ხშირად ხახიდან აიის აქ გადასულა.

მკურნალობა ანტიდიფთერიული შრატის საშუალებით უნდა წარმოებდეს.

### საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილის მაროზია (erosio portio vaginalis uteri)

საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის ეროზია საკმაოდ ხშირია იგი ხასიათდება საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირის ირგვლივი მიდამოს დაწყულულებით. რაც ბრტყელი ეპითელის მაცერაციის შედეგია.

თუ ეროზიის გამომწვევი მიზეზი ხანგრძლივი და წეუბოვარი არ არის, მაშინ მოსპობილი ბრტყელი ეპითელის ნაცვლად მოშიშვლებულ ზედაპირზე ვითარდება ცილინდრული ეპითელი. ამ პროცესს ეწოდება ეროზიის განკურნების პირველი სტადია, ანუ სრულასაკოვანთა ფსევდოეროზია (pseudoerosio adalium).

ინტერესს არ არის მოკლებული საკითხი იმის შესახებ, თუ საიდან წარმოიშვება აქ ცილინდრული ეპითელი ბრტყელი ეპითელის ნაცვლად. ზოგი ავტორის აზრით, აქ საერთოდ არ აიის ნამდვილი ცილინდრული ეპითელი, არამედ არის მხოლოდ მოაეალშირანი ბრტყელი ეპითელის ქვემო ბაზალური შრე, რომელიც სიმ.ღლით წააგავს ცილინდრულს. ზოგის აზრით კი აქ ცილინდრული ეპითელი წარმოიშვება საშვილოსნოს ყელის ჯირკვლების ეპითელისაკან. ეს უკანასკნელი ჩაიზრდება საშვილოსნოს ყელის სისქეში, ამოწვევა საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილის ზედაპირზე, აიღვეს აქ უკვე დაზიანებულ ბრტყელ ეპითელს და ფარავს საშვილოსნოს საშოსმხრივ ნაწილს.

ეროზიის განკურნების პირველი სტადიის დროს საშოსმხრივ ნაწილზე განვითარებული ცილინდრული ეპითელი წარმოშობილია საშვილოსნოს ყელის არხის ცილინდრული ეპითელისაკან.

საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილის ბრტყელ ეპითელსა და საშვილოსნოს ყელის არხის ცილინდრულ ეპითელს შო.რას აოსეპული საზღვრის გადაწვე-გადმოწვევას ადილი აქვს არა მარტო საშვილოსნო საშოსმხრივი ნაწილის დაავადების შედეგად განვითარებული ეროზიის შემთხვევაში, არამედ ფეზიოლოგიურ პირობებშიც. მაკალითად, ემბრიონული განვითარების დაახლოებით მე-6 — 7 თვეს საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილის ბრტყელი ეპითელი შექრი-

ლია საწვილოსნოს არხში საკმაო მანძილზე და ცილინდრული ეპითელის ადგილი უკავია.

ემბრიონული განვითარების შემდგომ პერიოდში ბრტყელი ეპითელი თანდათან იწვეს ქვევით და მის ადვილს იკერს ცილინდრული ეპითელი, ასე რომ ახალშობილის საწვილოსნოს საშოსმხრივ ნაწილზე ყნასულობთ ცილინდრულ ეპითელს, ე.ი. ადგილი აქვს ეროზიას, რომელსაც ეწოდება ახალშობილთა ფსევდოროზია (pseudoeros congenita).

ასეთი სახის ეროზია, ჩვენი კლინიკის გამოკვლევების მიხედვით (გ. ასათიანი), ერთი წლის ასაკში გვხვდება ძალიან სშორად, დაახლოებით შემთხვევათა 90%-ში, ოთი წლის ასაკში მისი სისშირე კლებულობს — გვხვდება შემთხვევათა 50%-ში, შემდეგ წლებში კიდევ უფრო ნაკლებად გვხვდება. 5 წლის ასაკიდან სქესობრივ მომწიფებამდე იგი იწვეით მოვლენას წარმოადგენს, სქესობრივი მომწიფების დროს კი სოულიად ქრება. მეტად იწვეით შემთხვევაში ახალშობილთა ფსევდოროზია სქესობრივი მომწიფების ხანაშიც გვხვდება.

ეროზიის განკურნების პროცესში ადგილი აქვს ბრტყელ ეპითელსა და ცილინდრულ ეპითელს შორის აღსებული საზღვრის გადაწყვე-გადმოწყევას. დაზიანებული ზედაპირი ჯერ ცილინდრული ეპითელით დაიფარება, შემდეგ კი, მკურნალობასთან დაკავშირებით, მას ქვევით შეეზრდება ბრტყელი ეპითელი, რომელიც აცილებს მას ცილინდრულ ეპითელს, ოის შემდეგაც საწვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილი ჩვეულებრივი ბრტყელი ეპითელით დაიფარება.

განკურნების ეს პროცესი წინათ აღსებული მედიკამენტური საშუალებებით მკურნალობის პირობებში საკმაოდ დიდი ხნის განმავლობაში (დაახლოებით ოთი თვის, ზოგჯერ კი გაცილებით მეტი ხნის განმავლობაში) გრძელდება.

**ეტიოლოგია.** ეროზიის განვითარებაში მთავარი მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს საწვილოსნოს ყელის ანთებით პროცესს.

თუ საწვილოსნოს ყელი დაზიანებული არ არის, მაშინ, გარდა მისი არხის ქვედა ნაწილისა, ზედა ნაწილიც სავსებით თავისუფალია ბაქტერიებისაგან.

მაგრამ საწვილოსნოს ყელის დაზიანებასთან დაკავშირებით (მშობიარობის, დისციზიის, პესარების ხმარების, პოლიპის, კარცინომისა და სხვათა შედეგად) ვითარდება საწვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსის კატარი. ძლიერდება ჯიოკვლების გამონადენი, რომლის დიდი რაოდენობით არსებობა ანეიტრალებს საწოს შიგთავსს და არღვევს მის ნორმალურ შემადგენლობას. საწოს ნორმალური ფლორის დარღვევა კი იწვევს საწომი მოავალგვარი ბაქტერიების განვითარებას, რომლებიც საწვილოსნოს ყელშიც შეიჭრება. ამგვარად, იქმნება პირობები საწვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილის ეროზიის განვითარებისათვის.

საწვილოსნოს ყელის გონორეის დროს ეროზია ვითარდება შემთხვევათა თითქმის 100%-ში.

გარდა ამისა, საწვილოსნოს ყელის ჯირკვალთა ჰიპერსეკრეციას და ამის შედეგად ეროზიის განვითარებას შეიძლება ადვილი ჰქონდეს ქლოროზის, ასთენიის, ფილტვების ტუბერკულოზური პროცესის დროს და სხვ., ე. ი. მაშინ, როდესაც ორგანიზმი დასუსტებულია და ორგანიზთა ნორმალური ფუნქცია მონლილია. საკვრცხეების პიოოფუნქციის დროსაც აქვს ადვილი საწვილოსნოს ყელის ჰაპერსეკრეციის და ეროზიის განვითარებაც იშვიათი არ არის. შეიძლე-

ბა, რომ ვაგოტონიამ გამოიწვიოს საშვილოსნოს ყელის ჰიპერსეკრეცია, ისევე როგორც ის იწვევს კუჭის ჯირკვლების სეკრეციის გაძლიერებას.

აი, ის მთ-ვაიი ძიხეხები, რომლებიც იწვევს საშვილოსნოს ყელის გაძლიერებულ გამოანდენს, საჩოს ფლორის გაუაოცებასა და ეროზიის განვითარებას.

ვარჩევთ ეროზიის სამ ფორმას: მარტივს (*erosio simplex*) ჯირკვლოვანს ანუ ფოლიკულარულს (*erosio glandularis s. follicularis*) და პაპილარულს (*erosio papularis*).

*Erosio simplex* წყლულია, რომელიც უკვე ცილინდრული ეპითელით არის დაფარული.

ჯირკვლოვანი ეროზია წარმოიშვება მაშინ, როდესაც საშვილოსნოს საშოსმბოივ ნაწილზე ანთებითი ინფილტრაცია შედარებით ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არსებობს. მაშინ საშვილოსნოს ყელის არხიდან აქ ჩამოხრდილი ახალი ცილინდრული ეპითელი წარმოშობს წანახაოდებასა და ჯირკვლებს.

თუ საშვილოსნოს საშოსმბოივ ნაწილზე არსებული ჯირკვლები დიდი რაოდენობით შეეზაოდა ღრმად მდებარე ქსოვილს, მაშინ განვითარდება ჯირკვლოვანი ფორმის ეროზია.

იმ შემთხვევაში კი, როდესაც საშვილოსნოს საშოსმბოივი ნაწილის ეროზიული ზედაპირიდან პერიფერიისაკენ წარმოიშვება პაპილარული წანახაოდები, ვითარდება პაპილარული ფორმის ეროზია.

თუ შემცირდა საშვილოსნოს ყელის სეკრეცია, რომელიც იწვევს ეპითელის მაცეარაციას, მაშინ განკუთვნების პირველი სტადია საბოლოო სტადიით შეიცვლება. ბრტყელი ეპითელი ზოგან სქელ და ზოგან თხელ შივდ ვრცელდება ცილინდრული ეპითელის ქვეშ, სწევს და აძევებს მას. ეს პროცესი იწყება და გრძელდება როგორც ეროზიის კიდეებიდან, ისე აქა-იქ შენაოჩენებულ ბრტყელი ეპითელის კუნძულებიდან.

ბრტყელი ეპითელის ჩქარი რეგენერაციის დროს საშვილოსნოს საშოსმბოივ ნაწილზე ჩამოსული ცილინდრული ეპითელისაკენ შექმნილი ჯირკვლები შეიძლება შემოდან ბრტყელი ეპითელით დაიფაროს, რის გამოც მათი საღიანარები დაიხშობა და წარმოიშვება პატარა რეტენციული კისტები, ეგრეთ წოდებული *ovula Nabothii*.

ზოგჯერ ბრტყელი ეპითელი ნელა ვითარდება, გარს ეხვევა ცილინდრულ ჯირკვლოვან ეპითელს, რის შედეგადაც ქმნება პატარა ეპითელური კიბიტები და სოლიდური უჯრედოვანი ზონოები.

ჰისტოპათოლოგიურად ეს სურათი კიბოს დასაწყისს წაგავს, არსებითად კი მას კიბოსთან არაერთაოი დამოკიდებულება არა აქვს.

ღიაგნოზი და მკურნალობა. ღიაგნოზის დასმის დროს მკედველობაში უნდა მივიღოთ საშვილოსნოს ყელის საშოსმბოივი ნაწილის კიბო.

ეროზია მკურნავია. მის დროს ზონდის წვერი ღრმად არ მიდის ქსოვილში. მას არა აქვს დაკმული ზედაპირი, პირიქით, იგი კრიალაა.

საეკვო შემთხვევაში სკიროა ეროზიული ზედაპირის გაზოკვლევა ციტოლოგიურად და ჰისტოლოგიურად (იხ. საშვილოსნოს კიბო).

ეროზიის მკურნალობა გრძელდება ერთ თვეს და ზოგჯერ მეტი ხნის განმავლობაშიც. ეროზიის მკურნალობის მიზნით მოწოდებულია მრავალი საშუალება — მოწვის, ტამპონების, საშოს შესხურების, სხვადასხვა ფხვნილის მოყრის, ეტამინებისა და სხვათა სახით.

იმ შეთხვევაში, როდესაც მედიკაქენტური მკურნალობა შედეგს არ იძლევა, მივიართვთ ელექტოოკოაგულაციას. ზოგჯერ საშვილოსნოს ყელის ამპუტაციასაც აწარმოებენ.

ეროზიის წინააღმდეგ ჩვენ 1939 წლიდან შემოვიღეთ თეთრი სტრეპტოციდით მკურნალობა. ამჟამად, გარდა სულფამიდური პრეპარატებისა, ადგილობრივ ხმარობენ ანტიბიოტიკებს — პენიცილინს, სტრეპტომიცინს, სინტომიცინს და სხვ.

რადვან ეროზია უმთავრესად წარმოიშევა საშვილოსნოს ყელის არხის გაძლიერებული გამონადენის არსებობის შედეგად, ამიტომ საშვილოსნოს ყელსაც უნდა ვუმკურნალოთ. საერთოდ, საშვილოსნოს საშოსმხრები ნაწილის ეროზიისა და საშვილოსნოს ყელის არხის კატარის მკურნალობა ძირითადად სულფამიდური პრეპარატებისა და ანტიბიოტიკების *per os* მიცემისა და კუნთებში ინექციის გზით უნდა წარმოებდეს.

### საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის ანთება (endocervicitis)

საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსის ანთება არ წარმოადგენს იშვიათ მოვლენას. ამ დროს აღინიშნება გაძლიერებული გამონადენი, რაც იწვევს ეროზიის განვითარებას, საშოს ფლორის გაუარესებას.

საშვილოსნოს ყელის არხის ფლორა ფიზიოლოგიურ პირობებში შეიძლება დაიყოს სამ ნაწილად: ქვედა პირველ ზონაში ლორწო შეიცავს ისეთივე ფლორას, როგორც საშოშია. მეორე შუა და მესამე ზედა ზონა ბაქტერიებისაგან თავისუფალია.

ასეთია მდგომარეობა მანამ, სანამ ადვილი არ ექნება საშვილოსნოს ყელის დაზიანებას ან საშოს ფლორის გაუარესებას რაიმე მიზეზის გამო და ამის შედეგად საშოში მყოფ მრავალგვარ ბაქტერიას არ მიეცემა ყელის ლორწოვან გარსში შეჭრის საშუალება.

საშვილოსნოს ყელი ყველაზე ხშირად მშობიარობის დროს ზიანდება. მშობიარობის შემდეგ განვითარებულ საშვილოსნოს ყელის ნახევებს, რომლებიც მის ორივე მხარეზე აღინიშნება, ემეტის ნახევები ეწოდება, რადგან ამ ავტორმა ზეიმუშავა დაზიანებული ყელის აღდგენის ტექნიკა.

თუ თავის დროზე არ იქნა აღდგენილი დაზიანებული საშვილოსნოს ყელის მთლიანობა, მაშინ ღდება მისი გარეთა პირის გადმობრუნება (ectropion cervicis), ასე რომ ყელის ლორწოვანი გარსი ნაწილობრივ მიქცეულია გარეთ, საშოს კედლისაკენ.

საშვილოსნოს ყელის დაზიანება შეიძლება ხელოვნური აბორტის დროსაც მოხდეს. საშოს ფლორის შეცვლას, მის გაუარესებასა და ამის შედეგად საშვილოსნოს ყელის კატარის განვითარებას ხელს უწყობს აგრეთვე საშოსა და საშვილოსნოს პესარების ხმარება, საშოსა და საშვილოსნოს პოლიპი, კარცინომა, საშვილოსნოს ტანიდან აქ ჩამორჩილი ე. წ. მშობიარე ფიბრიომატოზული კვანძი და სხვ.

ეტიოლოგიური მომენტებიდან უნდა აღინიშნოს აგრეთვე საშვილოსნოს ყელის დისციზია (disisio), რაც გულისხმობს საშვილოსნოს ყელის დაცილებას, გაჭრას. ამ ოპერაციას ზოგიერთი დღესაც მიმართავენ უწვილობის ან დისმენორეული ხასიათის ტკივილის დროს, რის შედეგადაც ვითარდება სა-

შვილოსნოს ყელის კატარი და არაიშვიათად ადვილი აქვს აღშავალ ინფექციასაც. როგორც აღნიშნული იყო (იხ. საშვილოსნოს მდებარეობის ანომალიები), საშვილოსნოს ყელის გაკვეთა დაუშვებელია. პარიქთ, დაზიანებული ყელი უნდა აღედგინოთ, დისმენორეული ხასიათის ტკივილისა და უშვილობის მკურნალობა კი ჰორმონებით უნდა ჩავატაროთ.

საშვილოსნოს ყელის ჰიპერსეკრეცია შეიძლება განვითარდეს გონორეის შედეგადაც. ჰიპერსეკრეცია შეიძლება განვითარდეს აგრეთვე ყოველგვარი ბაქტერიის გარეშე, მაკალათად, ქლოროზის, ინფანტილიზმის, ასთენიის, ტუბერკულოზის, შეწყვეტილი სქესობრივი კავშირის (coitus interruptus), ონანიზმის და სხვათა ნიადაგზე.

საშვილოსნოს ყელის ანთების დროს მისი ლორწოვანი გარსი შეშუპებული და შესქელებულია. ადვილი აქვს წვრილუჯრედოვან ინფილტრაციას. ლორწოვანი გარსი ზოგჯერ ანთების ნიადაგზე ჰიპერტროფულია, რის გამოც სქედდება ლორწოვანი გარსის ცალკეული ნაოქები და ვითარდება საშვილოსნოს ყელის პოლიპი (polypus cervicis).

შეიძლება პოლიპი რამდენიმე იყოს. პოლიპი შედგება ჯირკვლებისა, შემაერთებული ქსოვილისა და სისხლძარღვებისაგან. ყელის გამონადენი გაძლიერებულია. იგი ლორწოვანი ან ჩირქიანი ხასიათისაა. თუ პროცესმა ქრონიკული მიმდინარეობა მიიღო და დააზიანა ყელის პარენქიმა, მაშინ ყელი გასქელებული და მკვრივია.

აღსანიშნავია, რომ საშვილოსნოს ყელის ანთება შეიძლება დარჩეს იზოლირებული და საშვილოსნოს ტანი არ დააზიანოს.

**ღიაგნოზი და მკურნალობა.** უნდა გამოვირიცხოთ გონორეული პროცესი, რისთვისაც საჭიროა სათანადო გამოკვლევის ჩატარება (იხ. საშვილოსნოს ყელის გონორეა).

თუ საშვილოსნოს ყელის კატარი გამოწვეულია არაადვილობრივი მიზეზით (ქლოროზი, ტუბერკულოზი, ინფანტილიზმი და სხვ.), მაშინ საჭიროა ვიხმაროთ ორგანიზმის ზოკადი სამკურნალო საშუალებები.

ადგილობრივი მკურნალობის დროს მანქანოვანში უნდა მივიღოთ კატარის განვითარების ხელშემწყობი პაროქები და დროულად უნდა მოვსპოთ ისინი. ყელის ჩანახევები უნდა გავკეროთ, პესარები მოკაცლოთ და ვემკურნალოთ როგორც საშვილოსნოს ყელის არსს, ისე ეროზიას.

კარგია საშოს შესტურება, საშოს აბაზანები პროტარკოლით, კოლარგოლით, პერმანკანალიუმისა და ლაპისის სუსტი ღსნარით, ინტიოლის ტამპონები; per os უნდა მივცეთ სულფამიდური პრეპარატები — დღეში არა ნაკლებ სამი გრამისა, ეფექტურია ანტიბიოტიკებით მკურნალობა.

Rp.: Sol. collargoli 3% — 100,0  
D. S. საშოს აბაზანებისათვის.

Rp.: Borax 10,0  
Glycerini 100,0  
D. S. ტამპონისათვის.

საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსის ანთება ხშირად იწვევს ეროზიის განვითარებას საშვილოსნოს საშოსმზრებ ნაწილზე. რომლის მკურნალობის საკითხი უკვე ზემოთ განვიხილეთ.

შეიძლება ეროზია მოეწვათ ლაპისის ჩხირითაც. სულფამიდური პრეპარატებისა და ანტიბიოტიკების გარეშე ეროზია ხანგრძლივ მკურნალობას მოითხოვს.

რეტენციული კისტა (ovula Nabothii) უნდა გავკეთოთ, სითხისაგან გავთავისუფლოთ და ვიმოქმედოთ სათანადო საღებინფექციო საშუალებებით.

ქრონიკული ცერვიციტის დროს ადვილი აქვს არა მარტო ადვილობრივ პროცესს, არამედ დაზიანებულია ზედა სასქესო გზებიც, ამიტომ საჭიროა მათი მკურნალობაც.

თუ საშვილოსნოს ყელის ჰიპერსეკრეცია გამოწვეულია კონსტიტუციური თავისებურებებით (მაგალითად, ინფანტილიზმით) ან კიდევ ზოგად დაავადებებზე — ქლოროზით, ნერვული სისტემის წონასწორობის დარღვევით, მაშინ ადვილობრივი მკურნალობა მიზანს ვერ აღწევს და საჭიროა ზოგადი და სიმპტომატური მკურნალობის ჩატარება.

თუ საშვილოსნოს ყელში განვითარდა ლორწოვანი გარსის პოლიპი, საჭიროა სათანადო ღებინფექციის ჩატარების შემდეგ იგი კორცანგით დავიკიროთ და გადაკოეხის გზით მოვაცილოთ.

პოლიპის მოცილების შემდეგ საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკა დასაშვებია იმ შემთხვევაში, თუ წინასწარ კნექემ შევუშნაბუნებთ ანტიბიოტიკებს, რადგან პოლიპი ინფიცირებულია და ხშირად ხდება აღმავალი ინფექციის განვითარება. მოცილებული პოლიპი ჰისტოლოგიურად უნდა გამოვიკვლიოთ.

ეროზია მოითხოვს ექიმის დიდ ყურადღებას და დროული სათანადო მკურნალობის ჩატარებას (საშვილოსნოს ყელის აბაზანებისა და საშოს ტამპონების შესახებ უფრო დაწერილებზე იხილეთ თავში — საშვილოსნოს ყელის გონორეის მკურნალობა).

### სეპტიკური და მარტივი ენდომეტრიტი (endometritis septica et simplex)

თუ ხელშემწყობი პირობები არსებობს, საშვილოსნოს ყელიდან ინფექცია ინტრაკანალიკალური გზით საშვილოსნოს ღრუში მოხვდება.

საშვილოსნოს ღრუში ინფექციის გავრცელების წინააღმდეგ მოქმედებს მრავალი ფაქტორი, როგორცაა, საშოს ეპითელის ბაქტერიციდული თვისება, საშოს შიგთავსის შეკუმშვა, საშოს ჩხირების ბრძოლის უნარი პათოგენური მიკრობების მიმართ, საშვილოსნოს ყელის ჯირკვლების სეკრეცია (სეკრეტის დენა ზემოდან ქვევით, რის შედეგადაც ადვილი აქვს საშვილოსნოს ყელის ჩამოწმენდას), საშვილოსნოს ყელის ჯირკვლებსაგან შექმნილი მექანიკური ლორწოს საცობი და ყელის ლორწოვანი გარსის ბაქტერიციდული თვისება.

მიუხედავად ამისა, სეპტიკური ენდომეტრიტის განვითარებისათვის არსებობს სხვადასხვა ხელშემწყობი პირობები — მშობიარობა, აბორტი, მენსტრუაცია, საშვილოსნოს ყელზე ნაწარმოები ოპერაციები და სხვ.

სეპტიკური ენდომეტრიტი უფრო ხშირად მშობიარობისა და აბორტის შემდეგ ვითარდება. დაუმთავრებელი აბორტის დროს საშვილოსნოს ღრუში არის კვერცხის გარსების ნაწილი, დაშლილი დეციდუა, სისქლი და ბაქტერიები დიდი რაოდენობით. ამ უკანასკნელთა გამრავლებისათვის აქ საუკეთესო პირობები არსებობს — როგორც კვების, ისე ტემპერატურის მხრივ.

ასეთ პირობებში საშვილოსნოს ღრუდან ვირულენტური ინფექცია ვრცელდება ვენებში, ლიმფურ ძარღვებსა და კუნთის ბოკოთაშუა არეებში, საშვილოსნოს კუნთოვან შრეში. არაინფექციურად ვითარდება აბსცესი.

ზოგჯერ საშვილოსნოს კუნთებში ვნახულობთ ბაზალური შრის ლორწოვანი გარსიდან ჩაზრდილ ჯირკვლებს. ეს მოვლენა ქრონიკული ენდომეტრიტისათვის არის დამახასიათებელი.

პათოკენური მიკრობების საწინააღმდეგოდ ორგანიზმი ახდენს დამცველი ძალების მობილიზაციას, საშვილოსნოს კედელში და მის ზედაპირზე ლეიკოციტები ქმნიან ზღუდეს.

საშვილოსნოს შიგნითა ზედაპირი დაფარულია მორუხო-მოთეთრო ფერის ნადებით. ზოგან განვითარებულია მკერძივი დიფთერიული ქერქი. ასეთივე ნადებს ვნახულობთ საშვილოსნოს ყელზეც. ამ უკანასკნელით ვსარგებლობთ კლინიკური დიაგნოზის დაზუსტების დროს. ზოგჯერ საშვილოსნოს ღრუში საკმაო რაოდენობით არის ჩირქი. ხშირად ჩირქი ვითარდება საშვილოსნოს ვენებშიც.

მიუხედავად ორგანიზმის დამცველი ძალების მობილიზაციისა, ზოგჯერ, როდესაც მიკრობები ძლიერ პათოკენური და ორგანიზმის დამცველი ძალები საკმარისი არ არის. ინფექცია ღრმად წეკრება ქსოვილებში და სისხლში განვითარდება მძიმე სექტიკური ენდომეტრიტი.

კლინიკური სურათი. ინფექციის ორგანიზმში შეჭრიდან მესამე-მეოთხე დღეს ავადმყოფს წეკცივებს, ტემპერატურა აღის 39—40°-მდე, მაჯა აჩქარებულია — წუთში 100 და მეტია, ხშირად ამას მოყვება დიდი ოფლიანობა.

ასეთი მდკომარეობა შეიძლება გავრძელდეს ორი კვირის ან მეტი ხნის განმავლობაში, რის შემდეგ ტემპერატურა თანდათან ქვეითდება და ავადმყოფის მდკომარეობა უმჯობესდება. ზოგჯერ კი ორგანიზმი ვირულენტურ მიკრობებს ასე ადვილად ვერ ძლევს და მატულობს მისი ზოკადი ინტოქსიკაცია. საშვილოსნოს სიდიდე არ შეესაბამება მშობიარობის შეკდომ ან აბორტის შემდკომ პერიოდს — საშვილოსნო შედარებით დიდია; იგი პალპაციით მტკივნეულია, განსაკუთრებით გვერდითს კილებზე; გამოწადენი სისხლიანი და ჩირქოვანია, იშვიათად მკრალია.

ზოგჯერ საშვილოსნო პატარაა, გამოწადენი თითქმის არ აღინიშნება. პალპატორულად არც საშვილოსნო და არც პარამეტრიუმი მტკივნეული არ არის. კლინიკური სურათი კი მძიმე სექტიკური პროცესის სურათს მოკვაკონებს. ეს ფორმა მეტად საშიშია, რადკან ორგანიზმის დამცველმა ძალებმა წინააღმდეგობის გაწევა ვერ მოასწრეს და ინფექცია საშვილოსნოს ქსოვილებში გავრცელდა.

სექტიკურ ენდომეტრიტს შეიძლება დაერთოს შემდეგი ვართულებები: თრომბოფლებიტი, ზოკადი სეფსისი და ფალოპის ლულებს გზით განვითარებული პერიტონიტი. აგრეთვე ბროქოპნემონია. თუ პათოკენური მიკრობები სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში საკმაო რაოდენობით გადავიდა, მაშინ შეიძლება ადკილი ექნეს ენდოკარდიტს და ინფექციით მთელი ორგანიზმის მოთესვას. ასეთ შემთხვევებში დაავადების კლინიკური მიმდინარეობა ხასიათდება მრავალფეროვანი პოვლენით — გულის, ფიტტების, სასხრების, კანქვეშა და კუნთებშორისი აბსცესების განვითარებით, სისხლის რაოდენობისა და ხარისხის ვაუარესებით, მალალი ტემპერატურით, მკვეთრი და ხშირი შემცივნებით და სხვ.

თუ სექტიკური პროცესი მარტო საშვილოსნოს ღრუთი შემოიფარგლო, მაშინ ავადმყოფის საერთო მდკომარეობა დაბამე. ყოფილებელია, შემცირების სინჯირ კლებულობს, მაჯა უმჯობესდება და ავადმყოფი იკურნება.

არის ენდომეტრიტის მარტივი ფორმა. ამ შემთხვევაში ტემპერატურა 38°-ს არ აღემატება; მაჯა თითქმის ნორმის ფარგლებშია, კარკი ავსენის; გამონადენი ღიმი რაოდენობითაა და მყარია. ასეთი სახის ენდომეტრიტის იწვევს საპროფიტული მიკრობები. პროცესი გრძელდება 10 — 12 დღის განმავლობაში.

ღიაჯნოზი. როდესაც სექტიკური ენდომეტრიტის მთლიანი სიმპტომკონ პლექსი ჩამოყალიბდება, მაშინ ღიაჯნოზის დასმა ძნელი არ არის, მაკრამ ამ წებთხვევაში მკურნალობისათვის საუკეთესო დრო უკვე გასულია. ექიმის დამსახურება მდკომარეობს იმაში, რომ დროულად დაადგინოს ორგანიზმის სექტიკური მდკომარეობა, სახელდობრ ის, რასაც მ. მალინოვსკი პრესექტიკურ მდკომარეობას უწოდებს.

თუ არსებობს ზემოთ ნაჩვენები ეტიოლოკიური მომენტები, მაშინ შემცივნება. მაღალი ტემპერატურა და ავადმყოფის საერთო მძიმე მდკომარეობა უთუოდ სექტიკურ ენდომეტრიტზე მიუთითებს. სპირა გაავკეთოთ სისხლის საერთო ან. ლიზი, შარდის გამოკვლევა და სისხლის დათესვა სტერილობაზე.

მკურნალობა. სექტიკური ენდომეტრიტის ძირითადი სამკურნალო საშუალებაა სულფამილური პრეპარატები და ანტიბიოტიკები.

გარდა ამისა, ავადმყოფს უნდა მიეცეთ ისეთი საშუალებები, რომლებიც იწვევს საშვილოსნოს კუნთების შეკუმშვას, ავიწროებს ვენების სანათურებს და ამცნ შედეგად ამბკოლებს ინფექციის ორგანიზმში გავრცელებას. ავადმყოფს ვენიზნავთ აკრეთვე გულის საშუალებებს, ვიტამინებს და სხვ.

სექტიკური ენდომეტრიტის ზოგადი მკურნალობა უნდა ჩავატაროთ ისე, როგორც სექსისისა.

### ფალოპის ლუღავისა და საკვერცხეების ანთება (salpingoophoritis s. adnexitis)

საშვილოსნოს ღრუდან სტრეპტო-სტაფილოკოკური ინფექცია ყოველთვის არ გადადის ფალოპის ლუღებში. ფალოპის ლუღების ანთებითი დაზიანება დიდ უმრავლეს შემთხვევაში გონორეული ინფექციის ნიადაგზე ვითარდება. დანამატების ანთებითი სიმსივნეები შემთხვევათა 80% -ში გონოკოკებით გამოწვეული ანთების შედეგად არის განვითარებული.

საშვილოსნოდან ფალოპის მიღებში და საკვერცხეებში სტრეპტო-სტაფილოკოკური ინფექცია ვრცელდება არა მარტო ინტრაკანალიკალური გზით, არამედ ლიფური და სისხლძარღვთა გზითაც.

რადკან კვერცხსავალები და საკვერცხეები ანატომიურად მკიდროდა დაკავშირებული ერთმანეთთან, ამიტომ უმრავლეს შემთხვევაში ამ ორი ორგანოს ანთებას ერთსა და იმავე დროს აქვს ადკილი, განსაკუთრებით თუ ანთებითი პროცესის გამოიწვევე მიკრობები ვირულენტურია. კიდევ მეტი — ანთებითი პროცესში ჩაბმულია ბადექონი, ნაწლავების მარყუებები, არაიშვიათად — კიაცელა ნაწლავი, მენჯის პერიტონეუმი და სხვ.

კიაცელა ნაწლავზე ანთება შეიძლება გადავიდეს ფალოპის ლუღიდან. შეიძლება მოხდეს პირიქით — კიაცელა ნაწლავის ანთება გავრცელდეს მარჯვენა დანამატზე.



დანამატების ანთება კლინიკური მიმდინარეობის სიმძიმისა და პათანატომიური ცვლილებების მხრივ ერთგვარი არ არის. გვხვდება მსუბუქი ფორმაც, რომელიც მალე იკურნება და თითქმის არ ტოვებს არავითარ ანატომიურ ცვლილებებს ლულეში. ზოჯჯერ კი ანთებითი პროცესი ხანგრძლივად მიმდინარეობს — მძიმე კლინიკური მოვლენებით და დიდი ანატომიური ცვლილებებით ხასიათდება.

დანამატების ანთების ხანგრძლივი და შეუპოვარი ფორმის დროს უნდა ვიფიქროთ ლულეში არსებულ ჩირქზე ან საკვერცხის ჩირქოვან პროცესზე. ფალოპის ლულის მსუბუქი ფორმის ანთების დროს საკმე ეჭვა ლულის მხოლოდ ლორწოვანი გარსის კატარს, რომელიც კლინიკურად თითქმის შეუმჩნეველი რჩება.

თუ ორგანიზმს დამცველი ძალები უსუსტია და სტრეპტო-სტაფილოკოკური პროცესი ძლიერია, რაც დამოკიდებულია ინფექციის ხასიათზე, მაშინ ხიანდება ფალოპის ლულის არა მარტო ლორწოვანი გარსი, არამედ ყველა გარსი, ადგილი აქვს ლულისა და მანკობელ ორგანოთა შეშუპებას, ლულიდან ჩირქოვან გამონადენს, რომელშიც დიდი რაოდენობათაა ლეიკოციტები და ბაქტერიები.

ფალოპის ლულის აბდომინალური ნაწილის დასშობის გამო შეიძლება განვითარდეს პიდროსალპინქსი, ადგილობრივი სისხლის მიმოქცევის დარღვევის გამო — ქემატოსალპინქსი, ხოლო დაჩირქების შედეგად — პიოსალპინქსი.

რადგან სეპტიკურმა ინფექციამ დანამატებში შეიძლება გამოიწვიოს გონორეის მსგავსი ცვლილებები, ამიტომ ზოჯჯერ შემთხვევაში პათანატომიურად მათი დიფერენცირება შეუძლებელია.

სტრეპტო-სტაფილოკოკური ინფექციის დროს დანამატებზე ფიბრინული ექსუდატი ნაკლებად არის გამოწატული, ვიდრე გონორეის შემთხვევაში.

სეპტიკური ინფექციის შედეგად განვითარებული სიმსიენეები იწვევს ძლიერ შეზორცებებს. ეს აიხსნება ქსოვილში სტრეპტო-სტაფილოკოკური ინფექციის ღრმად შეჭრით. ასეთი შეზორცებები და სიმსიენეები, გარდა ლულისა, ვრცელდება ნაწლავებზე, ბადღეონზე და სხვ.

თუ ფალოპის ლულაში გაჩნდა ჩირქი (pyosalpinx), მაშინ პროცესი ხანგრძლივ და შეუპოვარ ხასიათს ღებულობს, მით უმეტეს, თუ საკვერცხეში განვითარებულია აბსცესი. ამ დროს მალაი ტემპერატურის ხანგრძლივ პერიოდებს ცვლის დაბალი ტემპერატურის ხანმოკლე ინტერვალები. არასაკმაო მკურნალობის შედეგად შესაძლოა პარენქიმულ ორგანოთა პიალიური გადაავარების გამო ავადმყოფი დაიღუპოს. დანამატების სეპტიკურ პროცესს ხშირად თან ერთვის პაოამეტრიტი, ზოჯჯერ კი ინფექცია პერიტონეუმზეც ვრცელდება.

კლინიკური მიმდინარეობა. როჯორც ეთქვით, ფალოპის ლულების სტრეპტო-სტაფილოკოკური ანთება შეიძლება მიმდინარეობდეს მსუბუქი ფორმით — სუბფებრილური ტემპერატურით, როდესაც მაჯა უცვლელია და საერთო მდგომარეობა საესებით დამაკმაყოფილებელია.

არის საშუალო სიმძიმის ფორმები — შედარებით მალალი (38—38,5°) ტემპერატურით, როცა მაჯისცემა აჩქარებულია, საერთო მდგომარეობა კი დამაკმაყოფილებელია.

საზარდულის მიდამოში ძლიერი ტივილი არ აღინაშნება, რადგან პე-

რიტონეუმი:ს დიდი ნაწილი ანთებით პროცესში არ არის ჩათრეული, პალპატორულად დანამატები მტკივნეულია, განსაკუთრებით ბიმანუალური გასინჯვის დროს.

სისხლის ფორმიან ელემენტებში დიდი ცვლილება არ ხდება. მომატებულია ლეიკოციტების რაოდენობა — იგი აღწევს 10—12 ათასს კმ/სმ-ში და მეტს. ერთი ლეიკოციტების დალექვის რეაქცია აჩქარებულია.

დანამატების საშუალო სიმძიმის მწვავე პროცესი უფრო ხშირად 2—3 კვირაში მთავრდება — სიცხე თანდათან ქვეითდება და ავადმყოფი გამოჯანსაღდება.

არის დანამატების ანთების მძიმედ და ხანგრძლივად მიმდინარე ფორმა — ჰექტიური ხასიათის ტემპერატურით (დილით ტემპერატურა ზოკჯერ თითქმის ნორმალურია, საღამოს კი იგი აღწევს 39—39,5°-ს). შემცირებას ამ შემთხვევაში იშვიათად აქვს ადვილი, რაც აიხსნება პროცესის შემოფარგვლით. დაჩიბებული დანამატების ირგვლივ მკერვივი შემაერთებული ქსოვილის განვითარებით.

როგორც აღვნიშნეთ, თუ ფალოპის ლულაში და მით უმეტეს საკვერცხეში, დაკროვდა ჩიბქა, მაშინ სექტარული ინფექცია მძიმე ხასიათს ლეზულობს. საკვერცხეში აბსცესი ერთი ფოლაკულიდან მეორეში გადადის. ხშირად განკურნების ილუზიას აქვს ადვილი, რადგან რამდენიმე დღე შეიძლება ავადმყოფს ნორმალური ტემპერატურა ექნეს, მაგრამ შემდეგ საკვერცხეში აბსცესის სხვა ადვილზე განვითარების გამო, ტემპერატურა კვლავ ჰექტიურ ხასიათს მიიღებს.

პირველ ხანებში საერთო მდკომარეობა დამაკმაყოფილებელია. ტემპერატურასთან დაკავშირებით მაჯისცემა აჩქარებულია, მაგრამ იგი რიტმული ხასიათის და კარგი ავსებისაა. ასეთი მდკომარეობა რამდენიმე კვირას და შეიძლება რამდენიმე თვესაც გაგრძელდეს.

მაგრამ ჩირქოვანი პროცესის განუწყვეტელი ზემოქმედება აძაბუნებს ორგანიზმს, იწვევს პარენქიმული ორგანოების გადაგვარებას — ინტოქსიკაციის გამო, გულას მოქმედების აჩქარებას, მაჯა წუთში არის 100 და უფრო მეტიც. ავადმყოფი კატასტროფულად კლებულობს წონაში. ვითარდება ძლიერი კახექსია. განიღვება არა მარტო ცხიმი, არამედ კუნთებაც — როგორც იტყვიან, ძვლებზე კანია გადაკრული: ასეთ მდკომარეობაში ავადმყოფი იღუპება — საერთო დაუძლურებასა და პარენქიმული ორგანოების გადაგვარების გამო. საბედნიეროდ ამ ბოლო წლებში მანძილზე ასეთი ფორმები აღარ გვხვდება, დროული დანახისა და სათანადო მკუ. ნალობის გამო.

ლაგნოზა. მხედველობაში უნდა მივიღოთ ეტიოლოგიური მომენტრი, როელსაც დაავადება გამოიყვია; აგრეთვე ობრექტური გამოკვლევის შედეგად — პალპატორული და ბიმანუალური გასინჯვისას დანამატების შესიეების, შეშუპებისა და მტკივნეულობის დადენა.

ქალას სასქეო ორგანოების ანთებითი პროცესებიდან არც ერთი მათგანი ისე ხანგრძლივი არ არის, როგორც ფალოპის ლულისა და განსაკუთრებით საკვერცხი ჩირქოვანი ანთება (pyovari). ასე რომ დიაგნოზის დადგენისათვის ეს მეტად საყურადღებო ფაქტორია. ჩირქოვანი პროცესის დროს იცვლება სისხლის შემადგენელი ნაწილები — აღინიშნება ლეიკოციტოზი (ლეიკოციტების რაოდენობა 15—20 ათასს და მეტს აღწევს), ეოზინოფილების რაოდენობის მკვეთრი დაკვირვება ან ეოზინოფილია. ვითარდება ლიმფოციტე-

ბის შემცირება, დაქვეითებულია ვრითროციტებისა და ჰემოკლობინის რაოდენობაც.

ლიანგნოზის დასაზუსტებლად და მკურნალობისათვის საშოს მხრივ პუნქციას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს. ზოგი ავტორი არ გვირჩევს პარამეტრიუმის გვერდითი თალის ჩხვლეტას, ჩვენ კი ამას ხშირად მივიმართავთ. მიღებული ექსუდატი ან ჩირქი უნდა დაეთესოთ ინფექციის ხასიათის გამოსარკვევად.

მწვავე პროცესის დამთავრების შემდეგ ანთებამ შეიძლება ქრონიკული ხასიათი მიიღოს, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც მილის სანათურში და მის ირგვლივ განვითარდება შეხორცებები (salpingitis chronica adhesiva).

შეიძლება ფალოპის ლულა შეხორცებული არ იყოს მანლობელ ორგანოებთან, მაგრამ მის სანათურში შეხორცებითი პროცესის განვითარების გამო, იგი მკვრივი და უხეში ხდება, ზოგიერთ ადგილზე კი საკმაოდ შემსხვილებულია, რასაც ფალოპის ლულის ანთების ნოდოზური ფორმა ეწოდება. ქრონიკულად მიმდინარე ეს პროცესი იწვევს ტკივილს, მენსტრუალური ციკლის მოშლილობას და უშვილობას.

დანამატების მწვავე ანთებითი პროცესის დროს მენსტრუალური ციკლი ხშირად ხანმოკლე ხდება, მენსტრუაცია დროზე ადრე იწყება, მცირე რაოდენობით სისხლიანი გამონადენი აღინიშნება ერთ კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში.

დანამატების ქრონიკულ ანთებით პროცესსაც შემოკლებული მენსტრუალური ციკლი ახასიათებს, ე. ი. თვიური ხშირი, ჭარბი და ხანგრძლივია. დამახასიათებელია აგრეთვე უშვილობა და ტკივილი.

**მკურნალობა.** დანამატების მწვავე პროცესს ვკურნალობთ სულფამიდიური პრეპარატებით, ანტიბიოტიკებითა და სხვა მედიკამენტური საშუალებებით. მივიმართავთ სისხლის გადასხმას, გლუკოზის შეყვანას ვენაში, გულის საშუალებებს და სხვ.

ამ უკანასკნელი წლების გამოცდილებამ დაგვარწმუნა, რომ თუ დანამატებში ჩირქია ჩაპარკული, მაშინ სულფამიდიურ პრეპარატებსა და ანტიბიოტიკების ხმარებას არავითარი მნიშვნელობა არა აქვს — ისინი ვერ შეაღწევს ჩაპარკული ჩირქის შტიციე, მკვრივ ანთებით კაფსულაში. ამიტომ საჭიროა ჩირქის ევაკუაცია.

ჩირქის ევაკუაციას ვაწარმოებთ პუნქციის საშუალებით, რასაც ვაკეთებთ როგორც უკანა, ისე გვერდით თალებში. ეს არ იწვევს რაიმე ორგანოს ან საშვილოსნოს არტერიისა და შარდსაწვეთის დაზიანებას. ამავე დროს, ვიყენებთ სულფამიდიურ პრეპარატებს ან ანტიბიოტიკებს.

მკურნალობის აღნიშნული კომბინირებული მეთოდი შესანიშნავ შედეგს იძლევა. განკურნების პროცენტი უდრის 98,6-ს (ვ. სუთიძე).

საშოს გვერდითი და უკანა თალის პუნქციას ვაკეთებთ არა მარტო დიანგნოზის დადგენის მიზნით, არამედ სამკურნალო მიზნითაც.

შეუბოვარი, ხანგრძლივი პროცესის დროს ჩვენ მივიმართავთ უფრო აქტიურ ჩარევასაც — არა საშოს მხრიდან უკანა თალის გაკვეთისა და ჩირქოვანი დანამატების გახსნის სახით, არამედ per laparotomiam კარგი შედეგით. ამ ოპერაციის დროს მოსალოდნელია განავლოვანი ფისტულის განვითარება. გამოცდილებამ დაგვარწმუნა, რომ ასეთი სახის ფისტულა მალე იხურება. განკურნებას, ჩვენი მასალის მახედვით, საკმაოდ ხშირ შემთხვევაში აქვს ადგილი.

საშოლან ჩირქოვანი დანამატების გაკეთის შემდეგ ზოგჯერ შეგვხვედრია პროცესის გაუარესება და ცუდი შედეგი.

ქრონიკული არაჩირქოვანი ანთებითი პროცესის მკურნალობა უნდა ჩავატაროთ უმთავრესად ფიზიოთერაპიული საშუალებებით — დიათერმია, ტალახის აბაზანები, თბილისის გოკირდოვანი წყლის აბაზანები, წყალტუბოს აბაზანები და სხე. საჭიროა აგრეთვე მედიკამენტური მკურნალობაც — საშოს აბაზანები, სისხლის გადასხმა, სულფამილური პრეპარატები, საშოს ტამპონები და სხე.

### პარამეტრიუმის ანთება (parametritis)

როგორც ანატომიური ნაწილიდან ვიცით, საშვილოსნოს ქვედა ნაწილი, მისი ყელი და ნაწილობრივ ტანი, აგრეთვე საშო ვარშემორტყმულია ფაშარი შემაერთებული ქსოვილით, რომელიც მოთავსებულია სეროზულ გარსს ქვევით, სწორედ ამ ფაშარი შემაერთებული ქსოვილის ანთებას ეწოდება პარამეტრიტი.

პარამეტრიუმის ანთება ინფექციის ლიმფური გზით გავრცელების დროს ვითარდება.

ინფექციის შეჭრისა და პარამეტრიტის განვითარების ჩვეულებრივი ადგილია საშვილოსნოს ყელი, განსაკუთრებით მისი გვერდითი კიდე; აგრეთვე საშოს ზედა ნაწილი და საშვილოსნოს ტანი. განსაკუთრებით ის ადგილი, სადაც პლაცენტა იყო მიმაკრებული (თუ საქმე პუერპერალურ პარამეტრიტს ეხება).

მართალია, ინფექცია უმთავრესად ლიმფური გზით ვითარდება, მაგრამ მისი გავრცელება ხდება ვენების საშუალებითაც, რის გამოც ჰემატოგენური გზით პარამეტრიუმში იკვი შეიძლება ორგანიზმის სხვადასხვა ადგილიდან იქნეს შეტანილი.

ადვილმდებარეობის მიხედვით ვარჩევთ გვერდითს პარამეტრიტს, მარჯვნივ და მარცხნივ მოთავსებულს (parametritis dextra et sinistra), წინ და უკან მოთავსებულს (parametritis anterior et posterior).

პარამეტრიტის გამომწვევი მიკრობები უმთავრესად სტრეპტოკოკებია, უფრო იშვიათად კი — სტაფილოკოკები. გონოკოკები პარამეტრიტს დაახლოებით შემთხვევათა 10%-ში იწვევს.

ჰემატოგენური გზით პარამეტრიტის გამომწვევა შეუძლია გრიპოზულ ინფექციას, ტიფს, ანჯინას და სხე. იშვიათად ტუბერკულოზური ჩხირიც ასოულებს გაჩვეულ ორჯამ დაავადების განვითარებაში.

პარამეტრიტი უფრო ხშირად მწიბარობისა და აზორტის შემდეგ ვითარდება, ოადაც ამ შემთხვევებში ხშირად ზიანდება საშო, საშვილოსნოს ყელი და საშვილოსნოს ტანი.

პარამეტრიტი შეიძლება სხვა სახის ეტიოლოგიურმა მიზეზებმაც გამოიწვიოს, მაკალითად, საშოს ან საშვილოსნოს ყელის პესარების ცმალების შედეგად განვითარებულმა ქსოვილის ნეკროზმა და პათოგენური მიკრობების შეჭრამ ორგანიზმში, არასათანადო სისუფთავემ, საშვილოსნოს ყელზე ტყვიის მარშების დადებამ, ყელის გაგანიერებამ და დაზიანებამ, საშვილოსნოს ღრუს გინორქეამ, დისტოშიამ, პარამეტრიუმში შპრაცის ნემსის ჩხვლეტამ და სხე.

ინფექციამ შეკრია და გავრცელების ადგილზე ვითარდება ქსოვილის ჰეპერემია, მისი გაქლენთვა ექსუდატით და ფიბრინული გამონაჟონით. ამ ორსე-

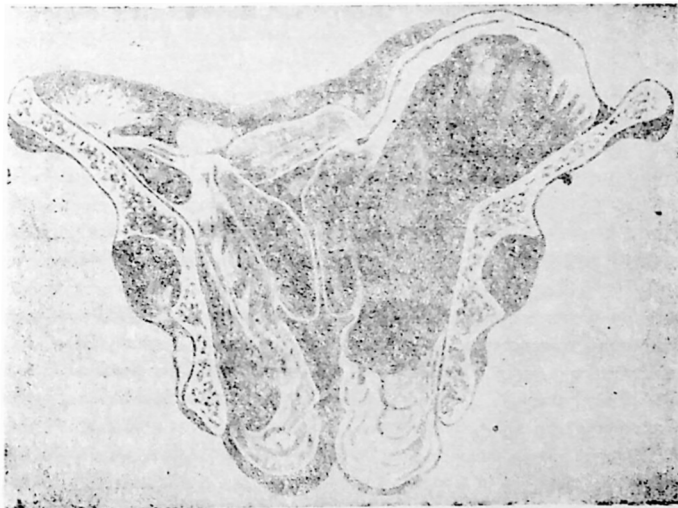
ბულ ლიმფურ ძარღვებში დიდი რაოდენობით არის ბაქტერიები და ლემფოციტები. ამ პროცესში ჩაბმულია ადგილობრივი ვენებიც, რომლებშიც ვითარდება ინფიცირებული თრომბები.

პარამეტრიუმში ანთებითი ექსუდატი შეიძლება იყოს სხვადასხვა მოცულობის—ოდნავ შესამჩნევადან აღამიანის თავის სიდიდემდე.

ანთებითი პროცესი ვითარდება პარამეტრიუმის სხვადასხვა ადგილას. გვერდითი პარამეტრიტის დროს ექსუდატი მოთავსებულია საშვილოსნოს გვერდზე, ფართო იოგის ორ ფურცელს შორის, და იგი მენჯის ძვლებზე გადადის. საშვილოსნო ამ დროს მოწინააღმდეგე მხარეზეა გადაწყველი. აქ პარამეტრიუმში ვიწრო და ღრმა, სამაგიეროდ ანთებითი პროცესის მხარეზე იგი ფართო და გაბრტყელებულია. გვერდითი პარამეტრიტის დროს ექსუდატი შეიძლება გავრცელდეს ექსტრაპერიტონეალურად, ზევით, პუპარტის იოგის გასწვრივ. შეიძლება აგრეთვე იგი აყვეს მუცლის ღრუს უკანა კედელს და თირკმელამდე მიადწიოს.

წინა პარამეტრიტის დროს ექსუდატი მოთავსებულია საშვილოსნოს წინა კედელსა და შარდის ბუშტის უკანა კედელს შორის. ზვიდან ეს არე დაფარულია სეროზული გარსით. შეიძლება ექსუდატი გავრცელდეს ეგრეთ წოდებულ cavum Ketz-ში ე. ი. შარდის ბუშტის წინა კედელსა და მუცლის წინა კედლის უკანა ზედაპირს შორის. ეს არე ის ადგილია, სადაც შარდის ბუშტი მაშინ თავსდება, როდესაც ის შარდითაა გავსებული. აქ შეიძლება ექსუდატი კიბამდე გავრცელდეს. იგი ამ დროს აწვევა შარდის ბუშტს და იწვევს მისი ფუნქციის მოშლას.

უკანა პარამეტრიტის დროს ექსუდატი მოთავსდება საშვილოსნოს უკანა ზედაპირსა და სწორ ნაწლავს შორის, სეროზული გარსის ქვევით. ექსუდატი შეიძლება აყვეს პერიტონეუმის უკანა ზედაპირის კედელსა და მუცლის ღრუს კედლის წინა ზედაპირს—თირკმელამდე.



სურ. 44. გვერდითი პარამეტრიტი.

ინფილტრატის კონსისტენცია ყოველთვის ერთნაირი არ არის, პროცესის დასაწყისში ის რბილია, შემდეგ ძვალივით მკვრივდება და დაჩირქების შემთხვევაში ფლუქტუაციას განიცდის.

თუ ინფილტრატი დაჩირქდა, ჩირქი უნდა გამოვეუშვათ. ზოგჯერ ჩირქი თვითონ იკვლევს გზას, გამოდის საშოში, შარდის ბუშტში, სწორ ნაწლავში პუპარტის იოგის ზევით ექსტრაპერიტონეალურად და სხვ.

იშვიათად შეიძლება ჩირქი საჯდომი ხერეღის ან საზარდულის ხერეღის გზით გამოირწყოს დიდ სასქესო ბაგეებში და სხვ.

ჩირქის ვარეთ გამოირწყვის გამო, ტემპერატურა ქვეითდება და შეიძლება ადვილი ექნეს თვითგანკურნებას. შეიძლება აგრეთვე ჩირქი მთლიანად არ გამოირწყოს, ფისტულა დაიხუროს და პროცესი გაგრძელდეს; ან კიდევ ფისტულიდან, თუ ხერეღი ნაწლავში გაკეთდა, სხვა ბაქტერიები (მაგალითად, *b. coli*) შეიქრას და მდგომარეობა გართულდეს.

პარამეტრიტი იშვიათად ჩირქდება, მწვავე პროცესი ჩამთავრდება და ექსულატი შეიწოვება.

**კლინიკური სურათი.** პარამეტრიტის კლინიკური სურათი სხვადასხვაგვარია. არის შემთხვევები, როდესაც პროცესი 10—15 დღეში მთავრდება. ტემპერატურა ლიზისურად ან კრიზისულად ქვეითდება. ზოგჯერ სუბფებრილური ტემპერატურა კვირების განმავლობაში გრძელდება.

საშუალო სიმძიმის ფორმის დროს მაჯისცემასა და ტემპერატურას შორის განსხვავება თითქმის არ არის. ტემპერატურა 38—39°-ს აღწევს. პროცესი 3—4 კვირის განმავლობაში გრძელდება და ავადმყოფი იკურნება.

გვხვდება პარამეტრიტის უმძიმესი ფორმა — განსაკუთრებით მშობიარობისა და აბორტის შემდეგ. იგი ხასიათდება მაღალი (40° და უფრო მეტი) ტემპერატურით, მეტად აჩქარებული და სუსტი მაჯისცემით, შემციენებით, ენის სიმშრალით, თვალების ჩაცვენით და სხვ. ასეთ ფორმას მალე თანსდევს პერიტონიტი და ავადმყოფი იღუპება. პარამეტრიტის ასეთი ფორმაც იშვიათია.

არსებობს აგრეთვე მეტად ხანგრძლივი და შეუპოვარი ფორმის ჩირქოვანი პარამეტრიტი. ტემპერატურა ამ დროს 38,5—39° და უფრო მეტია, ხშირად იგი ჰექტური ხასიათისაა. მაჯისცემა აჩქარებულია. ჩირქოვანი პროცესის ხანგრძლივი მიმდინარეობის გამო ორგანიზმი ძლიერ სუსტდება, კახექსიური ხდება. ჩირქის ტოქსინები შეიწოვება ორგანიზმის მიერ და სწამლავს მას. ადვილი აქვს სისხლის შემადგენლობის თვისობრივ და რაოდენობრივ გაუარესებას. ღრმა ცვლილებები აღინიშნება პარენქიმულ ორგანოებშიც.

სისხლში ერთროციტებისა და ჰემოკლობინის რაოდენობა კლებულობს. ეოზინოფილების რაოდენობაც მცირდება, ზოგჯერ კი ისინი სრულიად ქრება. კლებულობს ლიმფოციტების რაოდენობაც. არნეტის ნეიტროფილური სურათი იხრება მარცხნივ, რადგან ქრება მრავალბირთვიანი ნეიტროფილები და მატულობს ერთბირთვიანი ნეიტროფილების რაოდენობა. აღინიშნება ცვლილება თირკვლების ფუნქციის მხრივ. შარდში ენახულობთ ცილასა და ცილინდრებს.

ასეთი ფორმის პარამეტრიტი ხშირად სიკვდილით მთავრდება, რადგან ვითარდება პარენქიმული ორგანოების ამილოიდური გადაგვარება. ამჟამად ეს

ფორმები თითქმის აღარ გვხვდება — ღაავადების დროული გამოვლინებისა და აქტიური მკურნალობის ჩატარების შესაძლებლობის გამო.

ზოგჯერ ავადმყოფი უჩივის ტკივილს მენჯის სიღრმეში, რაც ქვემო კი-  
დურზედაც ვრცელდება. ზოგჯერ ავადმყოფი ქვედა კიდურს ვერ წლის. ეს  
იმის ნიშანია, რომ ანთებით პროცესში ჩაბმულია სუკის კუნთის კაფსულა.

თუ ჩირქი გამოირჩეო რომელიმე მახლობელ ღრუ ორგანოში, მაშინ მას  
ვნახულობთ შარღში ან ვანავალში — იმისდა მიხედვით, თუ სად გაჩნდა ფის-  
ტულა. ჩირქი აღიზიანებს შარღს და სწორი ნაწლავის ლორწოვან  
გარსს. ჩირქთან ერთად ნაწლავიდან დიდი რაოდენობით მოდის ლორწო. შარ-  
ღის ბუშტის მხრივ არაიშვიათად ადვილი აქვს ტენეზმს.

პარამეტრიუმი, როგორც ვთქვით, ხშირად არ ჩირქდება. მაგალითად,  
ვ. ილკევიჩის მიხედვით, პარამეტრიტის 528 შემთხვევიდან დაჩირქებას ადვილი  
ქმნია 54 შემთხვევაში, რაც 9,2%-ს შეადგენს.

მენსტრუალური ციკლის მოშლილობის სახეთა შორის გვხვდება შემო-  
კლებული მენსტრუალური ციკლი და ამენორეა, განსაკუთრებით მაშინ, რო-  
დესაც ჩირქოვან პროცესთან გვაქვს საქმე.

**ღიაგნოზი.** პარამეტრიტის დიაგნოზის დასმის მიზნით მნიშვნელოვანია  
ვაგინალური და რექტალური გასინჯვა, რითაც უნდა დავადასტუროთ პარა-  
მეტრიტის ადგილმდებარეობა, სიდიდე და სხე.

გვერდითი პარამეტრიტის დროს უმავლეს შემთხვევაში ექსუდატი ცალ-  
მხრივია. იგი მეტწილად მოთავსებულია მარცხნივ. საშვილოსნო ამ შემთხვე-  
ვაში გადაწეულია მოწინააღმდეგე ჯანსაღ მხარეზე.

რადგან ექსუდატი მოთავსებულია საშვილოსნოს ქვედა ნაწილში და სა-  
შოს ზედა მესამედში, ამიტომ საშვილოსნო ნაწილობრივ ზვეთი არის აწეული  
ექსუდატი გადადის მენჯის ძვალზე, რის გამოც იგი უმოძრაო ხდება.

იმ მხარეზე, სადაც პარამეტრიტია, საშოს ლორწოვანი გარსი სათანადო  
თაღში უმოძრაო და ფიქსირებულია. ასეთია პარამეტრიტის დამახა-  
სისათებელი ადგილობრივი პალპატორული ნიშნები.

დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა ვაეცტაროთ ფალოპის ლულის  
დაჩირქებასთან, ინტრალიგამენტარულად მოთავსებულ ფიბრომიომასთან, კის-  
ტასთან, ფართო იოგის ქემატომასთან და სხე.

პიოსალპინქის დროს ბიმანუალური გასინჯვით ვნახულობთ, რომ სიმ-  
სიენე არ არის ერთნაირი ფორმის. საშვილოსნოს კუთხიდან იწყება შედარე-  
ბით ვიწრო სიმსიენის ყელი. შემდეგ კი ლატერალურად და ქვევით, მცირე  
მენჯის ღრუსაკენ, იგი თანდათან ფართოვდება და თავსდება ნაწილობრივ სა-  
შვილოსნოს უკან. სიმსიენე მენჯის ძვლებზე არ გადადის. თაღის ლორწოვანი  
გარსი მის ქვემოთ მოძრავია.

თუ ამ სურათს შევადარებთ პარამეტრიტის დროს ბიმანუალური გასინ-  
ჯვით მიღებულ სურათს, დავინახავთ, რომ მათ შორის თვალსაჩინო განსხვა-  
ეება არსებობს.

ინტრალიგამენტალური ფიბრომიომის დიფერენციალური დიგნოსტიკის  
დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ ანამნეზი, დაავადების მიმდინარეობა  
(ფიბრომიომის დროს გაძლიერებული თვიური), ტემპერატურა (ნორმალური  
ტემპერატურა — თუ ფიბრომიომამ ინფიცირების გამო დაწლა არ განიცადა),  
ბიმანუალური გასინჯვის მონაცემი — სადა და მრგვალი ზედაპირი აქვს  
მას, თუ კვანძოვანი, კვანძები კარგად არის გამოსატული თუ არა; ფიბრომიო-

მას საღა ზედაპირი აქვს; ფიპროპიომა პენჯის ძვლებზე არ გადადის; არც ინტრალივამეტარულად მოთავსებული კისტა გადადის მენჯის ძვლებზე.

ფართო იოკის ჰემატომის დროს ადვილი უნდა ჰქონდეს ტრავმას. იწყება მწვავე ანემიით.

ამრიგად, პარამეტრიტის დამახასიათებელი ნიშნებია: პროცესის მწვავედ დაწყება — ტემპერატურის მომატებით, რასაც წინ უძღვის ზემოთ აღნიშნული ერთ-ერთი ეტიოლოგიური მომენტები; ზიანალური გასინჯვისას შემდეგი სურათი აღინიშნება: პარამეტრიტი მოთავსებულია პარამეტრიუმის ღამა ფენებში, ის დიფუზურად არის გავრცელებული და თითქმის უმტკივნეულოა, საშვილოსნოდან მისი გამოცალკეება თითქმის არ ღერხდება, ექსუდატი გადადის მენჯის ძვლებზე. საშვილოსნოს ყელი ჩასმულია ექსუდატში, საშვილოსნოს ტანი მოწინააღმდეგე მხარეზეა გადაწეული, საშოს სათანადო თაღის ლორწოვანი გარსი უმოძრაოა.

პარამეტრიტის დროს პროგნოზი დიდ უმარჯულეს შემთხვევაში კარგია, მაგრამ, თუ პროცესმა თავიდანვე სწრაფი და შეუპოვარი მიმდინარეობა მიიღო (მძლავრი ტოქსიკური მოვლენებით) და იგი პერიტონეუმზე გავრცელდა, ავადმყოფი უფრო ხშირად იღუპება.

როგორც ვთქვით, არის ხანკარლივი მიმდინარეობის ფორმა, როდესაც ჩირქი გზას ვერ პოულობს და ერთ ადგილიდან მეორეში გადადის. ექიმისათვის ტექნიკურად შეუძლებელი ხდება მიუღლეს ჩირქკროვას და გამოუშვას ჩირქი. ამ ფორმასაც მეტად ცუდ პროგნოზი ახასიათებს — იწყებს კახექსიას, პარენქიმული ორგანოების ამილოიდურ გადაგვარებას.

პარამეტრიტისაგან სივდილობის პროცენტი მცირეა. ვ. ილკევიჩის მიხედვით, 588 ავადმყოფიდან გარდაიცვალა მხოლოდ ორი.

**მკურნალობა.** დაავადების მწვავე პერიოდში მკურნალობა ისეთივეა, როგორც საერთოდ მწვავე ანთებითი პროცესის შემთხვევაში: მეტელზე ყინული, ტკივილის დასაყუჩებლად შედარებით ნაკლებად მაგნებელი ნარკოზული საშუალება ბელადონის სანთლების სახით, სულფამიდიური პრეპარატები და ანტიბიოტიკები. საჭიროებისამებრ ვაძლევეთ გულის საშუალებებს და სხვ.

საკვები უნდა მივცეთ ნოყიერი და, ამავე დროს, მსუბუქი, რათა განავალი იქნეს ფაფისებრი, ნაწლაკები არ ვაბეროს და ავადმყოფი ტკივილმა არ შეაწუხოს.

მწვავე პროცესის ჩაცხრომისა და ტემპერატურის დაქვეითების შემთხვევაში ავადმყოფი მაშინვე არ უნდა გადავიყვანოთ ჩვეულებრივ რეჟიმზე. საჭიროა სიფრთხილე — წინააღმდეგ შემთხვევაში მოსალოდნელია რეციდივი.

მწვავე პარამეტრიტის მიმდინარეობისას შეიძლება საჭირო გადდეს ოპერაციული ჩარევა — თუ ანთებითი ექსუდატი დაჩირქდა, დაიშალა და აბსცესი განვითარდა. ამას თვით დაავადების მიმდინარეობა გვიჩვენებს (მაღალი ტემპერატურა რემისიებით, მაღალი ლეიკოციტოზი, აჩქარებული მაჯისცემა და სხვ.).

ხშირად ჩირქი გვერდითი პარამეტრიტიდან ზევით ადის — ჰუპარტის იოკის გასწვრივ, ექსტრაპერიტონეალურად. სათანადო მომზადების შემდეგ ვანაკვეთი იოკის პარალელურად ვაგვეყავს. ვკრიტ როკორც კანს, ისე კანქვეშა ციმს, აგრეთვე ფასციებს. შემდეგ ვანაკვეთს კორინცანგით ვაფართოვებთ.

საშოს მხოვი შედარებით უშიშარია უკანა თაღის ვაკვეთა — კოლპოტომია, თუ ჩირქმა ეს ადვილი გამობურთა. საშოს სათანადო გასუფთავების



შემდეგ საშვილოსნოს ყელზე ვადებთ ტუყის მამას და ეწევთ მას წინ და ქვევით. ვაკეთებთ უკანა თალის პუნქციას და, თუ ჩირქს მივიღებთ, მაშინ სკალპელის საშუალებით განვიად ვკვეთთ უკანა თალს. ნაკვეთს ვაფართოვებთ კორნცანკით და ვდებთ შიგ რეზინის დრენაჲს. საშოში დოღბანდის მცოფე ტამპონი უნდა ჩავდოთ, რათა დრენაჲი არ გამოეადრდეს.

ჩვენს კლინიკაში (ვ. სუთიძე) კოლპოტომიას არ მივმართავთ. მსხვილი ნემსის საშუალებით საშოს მხრივ ვაწამოვებთ პუნქციას და ჩირქის ევაკუაციას, რის შემდეგ პარამეტრიუმში შევყავს პენიცილინი.

რაც შეეძლება ისეთ შემთხვევებს, როდესაც ჩიოქი მოთავსებულია მუცლის წინა კედელთან, მაშინ მისი გამოშვება ამ უკანასკნელის გაკვეთის საშუალებით უნდა მოხდეს. საჭიროა სიფრთხილე, რათა შარდის ბუშტი არ დაეზიანოთ.

პარამეტრიტის ქრონიკული ფორმების დროს ადვილი აქვს შესორცებებს, რის გამოც საშვილოსნო იცვლის მდებარეობას. ამ შემთხვევაში მკურნალობა არის არა ოპერაციული, არამედ ფიზიოთერაპიული: თბილისის გოგირდის თბილი აბაზანები, წყალტუბოს წყლის აბაზანები, დიათერმია, ტალახის აბაზანები და სხვ.

ადგილობრივი მკურნალობის სახით მივმართავთ ინტიოლის ან თიგენოლის ტამპონებს, საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსის მკურნალობას და სხვ.

ქრონიკული პარამეტრიტის დროს მენსტრუალური ციკლის მოშლილობა ზოგჯერ მის შემოკლებაში, ძლიერ და ხანკრძლივ სისხლდენაში გამოიხატება, რის მოსაწესრიგებლადაც ძირითადი დაავადების ლიკვიდაციაა საჭირო.

არ შეიძლება ორიოდ სიტყვით აო აღვნიშნოთ ქრონიკული პარამეტრიტის განსაკუთრებული ფორმის შესახებ, რომელსაც უკანა ქრონიკული პარამეტრიტი (parametritis posterior chr.) ეწოდება.

ამ დაავადების დროს ბიმაწუალური გასინჯვისას საშვილოსნოს ყელის წინ წამოწევა იწვევს ძლიერ ტკივილს გავის მიდამოში, რაც გამოწვეულია ქრონიკული ანთების შედეგად განვითარებული საშვილოსნო-გავის იოგის დამოკლებაზე, გამკვირვებასა და არასათანადო ელასტიკურობაზე.

ქალს ტკივილი აწუხებს არა მხოლოდ გასინჯვის დროს, არამედ მის გარეშეც. ტკივილი გავის მიდამოში განსაკუთრებით საკრძობია თვითრისა და სქესობრივი კავშირის დროს. ავადმყოფს უჭირს წელში მოღუწვა.

უკანა ქრონიკული პარამეტრიტი მწვავე პარამეტრიტის შედეგია. ან ის შეიძლება განვითარდეს საშვილოსნოს საშოსმხრივ ნაწილზე არსებული ეროზიისა და საშვილოსნოს ყელის კატარის გამო, ამ ადგილებიდან იწვევცია სისტემატურად ვრცელდება და იწვევს საშვილოსნოს ყელის უკან მდებარე ქრონიკული ქრონიკულ ლიმფანგიოიტს.

ასეთი სახის ქრონიკული პარამეტრიტის მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს გამოწვევეი მიზეზის მოსპობისაკენ. მკურნალობას საჭიროებს ეროზია, oviducti Nabothii, საშვილოსნოს ყელის კატარი. შემდეგ უნდა ვისმართოთ სათანადო ფიზიოთერაპიული მეთოდები.

### პერიტონიტი (peritonitis)

პერიტონიტი ეწოდება მუცლის დრუს სეროზული გარსის ანთებას. იგი შეიძლება იყოს მთლიანი — მაშინ მას ეწოდება დიფუზური პერი-

ტონიტი (peritonitis diffusa) ან ნაწილობრივი — უმთავრესად მცირე მენჯის პერიტონეუმის ანთება, რომელსაც ვუწოდებთ პელვეოპერიტონიტს (pelveoperitonitis). ეს უკანასკნელი ხშირად გონორეული ინფექციის აღმავალი ფორმის დროს ვითარდება (იხ. გონორეა).

პერიტონეუმის ანთებას მრავალკვარი ეტიოლოგია აქვს. მაგალითად, საშვილოსნოდან ლიმფური გზით ვირულენტური ინფექციას შეუძლია პერიტონეუმზე გადავიდეს და გამოიწვიოს მძიმე სეპტიკური პროცესის განვითარება. ინფექციის გავრცელების ასეთივე შესაძლებლობა არსებობს საშვილოსნოს დანატყობიდან და პარამეტრიუმიდან. ამ ორგანოებიდან ჩირქი გარდა ლიმფური გზისა, შეიძლება ფალოპის ლულის აბდომინალური ბოლოდან უშუალოდ მოხვდეს პერიტონეუმის ზედაპირზე ან, იშვიათ შემთხვევაში, შეიძლება აღნიშნული ორგანოების პერფორაციის შემდეგ იგი პერიტონეუმის ღრუში გამოიწვიოს.

გარდა სასქესო ორგანოებიდან გავრცელებული ინფექციისა, ცნობილია პერიტონიტის განვითარება ნაწლავებდან, განსაკუთრებით კი იყვანა ნაწლავიდან — მუცლის ღრუს სიმისინის გასკდომის ან მისი ფეხზე გადაგრების ნიადაგზე და სხვ.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ოპერაციის შემდეგ განვითარებულ პერიტონიტს. არ არის გამოკლებული პერიტონიტის განვითარება პეპატოგენური გზით — ტოპოგრაფიულად შორსმდებარე ჩირქოვანი პროცესით დაავადებული ორგანოდან (მაგალითად, სტრებტოკოკური ანგინის, პნემონიის და სხვათა შედეგად).

პერიტონიტი ერთ-ერთი უმძიმესი დაავადებაა. პათოლოგიური მოზობიარობისა და სეპტიკური აბორტის შედეგად მისი განვითარება არც ისე იშვიათადაა მოსალოდნელი. მოზობიარობის ან აბორტის შემდგომი პერიტონიტი მეტწილად პირველი დღეებიდანვე ვითარდება, იშვიათად კი — მოგვიანებით, მეორე კვირიდან.

ჩვენი აზრით, მოგვიანებითი პერიტონიტის განვითარება მეტწილად გონორეულ ნიადაგზე ხდება.

გინეკოლოგიური ოპერაციის შედეგად პერიტონიტის განვითარება უფრო ხშირად მოსალოდნელია ოპერაციის შემდეგ 48 — 72 საათის განმავლობაში.

პერიტონიტი მეტად მძიმე დაავადებაა. იგი კიდევ უფრო მძიმეა მაშინ, როდესაც დიფუზური ხასიათს ღებულობს. ვ. ილკევიჩი სამართლიანად აღნიშნავს, რომ, როგორც ძნელია შევენარჩუნოთ სიცოცხლე იმ ადამიანს, რომელმაც მიიღო მთელი ორგანიზმის ზედაპირის დამწვრობა, ასევე ძნელია გაჯანსაღების მიღწევა დიფუზური პერიტონიტის დროს, რადგან პერიტონეუმი გადამწვარია და ორგანიზმი სეპტიკური შხამებითაა მოწამლული.

მდგომარეობას ართულებს ის, რომ მუცლის ღრუს პერიტონეუმის ზედაპირი მეტად დიდია — ის დაახლოებით უდრის ადამიანის მთელი ორგანიზმის ზედაპირს (1 000 კვ. სმ-ს). თუ მკედველობაში მივიღებთ ასეთი დიდი მიდამოს ანთებას, მაშინ გასაგებია, თუ რა მძიმე უნდა იყოს ეს პროცესი.

აღსანიშნავია აგრეთვე ის გარემოება, რომ პერიტონეუმს არაჩვეულებრივი შეწოვის უნარი აქვს, რის გამოც შხამები დიდი რაოდენობით შეიწოვება სისხლსა და ლიმფაში. სულფამიდური პრეპარატებისა და ანტიბიოტიკების პროფილაქტიკური მიზნით ხმარების შედეგად მკვეთრად შემცირდა პერიტონიტის შემთხვევები და ამის შედეგად სიკვდილიანობა.

პერიტონიტას დროს ორგანიზმის სისხლის მეტი ნაწილი მუცლის ღრუშია მოწოლილი. პერიტონეუმი, ნაწლავები და მუცლის ღრუს ყველა ორგანო მეტად ჰიპერემიულია, განითლებულია, შეშუპებულია, დაფარულია ფიბროზული ან ფიბროზულ-ჩირქოვანი ნაღებით.

კუჭი და ნაწლავები ისეა გაბერილი, რომ ძლიერ თავსდება მუცლის ღრუში, რის გამოც დიაფრაგმა ზევითაა აწეული. ხშირად ნაწლავების მარყუევები ურთიერთშეწყებებულია. ექსუდატის რაოდენობა და თვისება დამოკიდებულია ინფექციის ხასიათისა და დაავადების მიმდინარეობაზე.

ზოგჯერ მძიმე ფორმის დროსაც კი, რომელიც სიკვდილით მთავრდება. ექსუდატი მეტად მცირეა. ზოგჯერ კი სეროზული, სეროზულ-ფიბროზული და სეროზულ-ჩირქოვანი სითხე რამდენიმე ლიტრს აღწევს.

დიფუზურ პერიტონიტს უმთავრესად იწვევს სტრეპტოკოკები, სტაფილოკოკები, ნაწლავის ჩხირები, გონოკოკები და პნევმოკოკები.

ამასთან, პერიტონეუმს ბაქტერიების წინააღმდეგ არაჩვეულებრივი ბრძოლის უნარი აქვს — მის მიერ გამოყოფილი ექსუდატი მძლავრი ბაქტერიციდული თვისებებით არის აღჭურვილი. ამიტომ დიფუზური პერიტონიტი იშვიათი შემთხვევაა. ხშირად ადგილი აქვს პროცესის ლოკალიზაციასა და შემოფარგვლას.

კლინიკური სურათი. პერიტონიტის მიმდინარეობა და კლინიკური სურათი მეტად მრავალფეროვანია. ის, რაც საკლამპდინელოების უმრავლესობაშია აღწერილი, შეეგება პერიტონიტის კლასიკურ შემთხვევებს.

ფაქტიურად კი გვხვდება დიაგნოზის დასმის მხრივ მეტად ძნელი ფორმებიც. პერიტონიტის ცნობილი სიმპტომები არაიშვიათად ნაკლებად არის გამოხატული, ზოგჯერ კი თითქმის სრულიად არ აღინიშნება, რაშიც დაკვირვებებმა საესებით დაგვარწმუნა.

პერიტონიტის კლინიკურ ნიშნებზე ჩვენ ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც ავადმყოფს მუცელი აქვს შებერილი, მტკივნეული, რეფლექტორულად დაკიმული, რაც განსაკუთრებით მკვეთრად არის გამოხატული მუცლის პალპაციის დროს (defense musculaire), მას ახლავს აგრეთვე გულისრევა, პირღებინება, ნაწლავების დამბლის გამო გაზების შეკავება, კიდეურების გაცივება.

ავადმყოფს აქვს ე. წ. ჰიპოკრატეს სახე. წამოწვეტილი და გაცივებული ცხვირი და ნიკაბი, წინ წამოწეული ყვრიმალი, ჩაცვენილი თვალები, წინ წამოწეული გაცივებული ყურები, მკრთალი, ნაცრისფერი სახე, მშრალი ენა, სუსტი ავსებისა და აჩქარებული მჯავა (წუთში 130 — 150 და მეტი). ზერეულ სუნთქვა.

ტემპერატურა სრულიად არ შეესაბამება მჯავს, მათ შორის დიდი განსხვავებაა — აჩქარებული მჯავა და დაბალი ტემპერატურა, ზოგჯერ ტემპერატურა ნორმალურია.

მიუხედავად ასეთი მძიმე მოვლენებისა, ავადმყოფს ხშირად სრულიად შენარჩუნებული აქვს ცნობიერება. არაიშვიათად ასეთი ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ მას, გარდა პირღებინებისა, არაფერი აწუხებს. ზოგჯერ კი ცნობიერება ავადმყოფს არა აქვს ნათელი ან საესებით დაკარგული აქვს. არის ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც აღინიშნება ეიფორია.

თუ გამოხატულია ზემოთ აღნიშნული სიმპტომკომპლექსი, მაშინ დიაგნოზის დასმა ადვილია, მაგრამ მდგომარეობა საესებით უიმედოა.

გარდა ასე მკაფიოდ გამოხატული ფორმისა, არის კიდევ დაავადების

ვარდამავალი ფორმები, როდესაც ზოგი სიმპტომი ან სრულიად არ არსებობს, ან არსებობს, მაკრამ სუსტად არის გამოხატული (მაჯის აჩქარება, გულისრევა, იშვიათად პირღებინება, მუცლის მცირედი დაქიმული და სხვ.). ექიმ ამ შემთხვევებშიც შედარებით ადვილად სვამს დიაგნოზს პერიტონიტის შესახებ.

მაკრამ არის პერიტონიტის ისეთი ფორმა, რომელსაც თითქმის არც ერთი ცნობილი სიმპტომი არ ახასიათებს — მაჯა დამკამყოფილებელია, მუცელი რბილია, გაზები გაღიან, ტემპერატურა არ არის მაღალი. ზოლოს კი ლატენტურად მიმდინარე პერიტონიტის ნიშნები უცბად. ერთბაშად იჩენს თავს და ადგილი აქვს ლეტალობას.

ლატენტურად მიმდინარე პერიტონიტზე მაინც მაჯის ცემის მდგომარეობა მიუთითებს. ჩვენი დაკვირვებით, მაჯის ცემა ამ დროს ხანგამოშვებით ცვალებადია: რტმულ, კარგ ავსებას ხანაწონეებით ცვლის არტმია, სუსტი ავსება და ძლიერი აჩქარება. ეს ცვალებადობა გაზაფხულის ამინდს მოგვაგონებს.

მიუხედავად იმისა, რომ გარეგნულად თითქმის არავითარი საშიში ნიშანი არ არსებობს, ავადმყოფი მტად დასუსტებულია, ფერმკრთალია, პესიმისტურადაა განწყობილი.

დიაგნოზი და მკურნალობა. დიაგნოზის დასმის დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ ეტიოლოგია და ყველა ის სიმპტომი, რომელიც ზევით იყო აღნიშნული.

პერიტონიტის დასაწყისში სიმპტომები სუსტად არის გამოხატული. ამიტომ ანანეზთან ერთად ექიმმა განსაკუთრებული სიფრთხილით უნდა გაითვალისწინოს ისინი. ლატენტურად მიმდინარე პერიტონიტი კი უფრო მეტ დაკვირვებასა და ყურადღებას მოითხოვს.

ლაპარატომია მიზანშეწონილია და სასწრაფოდ უნდა გაკეთდეს მაშინ, როდესაც საქმე ეხება ჩირქოვან პარამეტრიტს ან დანამატის მოსალოდნელ ან უკვე მომზადარ პერფორაციას, დანამატის სრმსიენის გადაგრებას ან გასკდომას.

აპენდიქსით ან ნაწლავისა და კუჭის პერფორაციით გამოწვეული პერიტონიტის კონსერვატიული მკურნალობა შეუძლებელია.

თუ პერიტონიტი გამოწვეულია რომელიმე ორგანოს პერფორაციით, მაშინ ოპერაცია პირველი ექვსი საათის განმავლობაში მაინც უნდა გაკეთდეს — კარგი შედეგი რომ მივიღოთ.

თუ პერიტონიტი აპენდიციტის შედეგად განვითარდა, მაშინ ჭიაყელა ნაწლავის დროული ამოკვეთით საუკეთესო შედეგს ვღებულობთ.

მაგრამ თუ პერიტონიტის მიზეზი საშვილოსნოა, მაშინ ამ ორგანოს ამოკვეთა კარგ შედეგს არ გვაძლევს. ეს იმიტომ, რომ საშვილოსნო დიდი ორგანოა, რომელიც მოავალი სისხლსა და ლიმფის ძარღვით დაკავშირებულია პერიტონეუმთან. და მისი ამოკვეთის შემდეგაც პერიტონეუმში და მთელ ორგანიზმში დიდი რაოდენობით რჩება პერიტონიტის გამომწვევი ბაქტერიები და მათი შხამები. ამასთან საშვილოსნოს ამოკვეთა ორგანიზმისათვის საერთოდ მტად დიდი ტრავმაა. ამ პირობებში კი იგი სასიკვდილოა.

მკურნალობის მიზნით უნდა ვისმ როთ ყველა ის საშუალება, რომელსაც სეფსისის დროს ვიხმარობთ — სულფამიდური პრეპარატები და ანტიბიოტიკები; კანქვეშ დიდი რაოდენობით უნდა შევიყვანოთ ფიზიოლოგიური ხსნარი ან 5% გლუკოზა; საგულე საშუალებებიდან უნდა ვიხმაროთ ქაფური, კოფეინი, დი-

გაღწევი; სისხლის წნევის მომატების მიზნით — ადრენალინი და სხვ.; ავადმყოფს მუცელზე უნდა დაეადოთ ყინული და გავუჯიჯოთ სიფონის ოყნა.

სასარკებლოა კუჭის ამორეცხვა — გაზების გამოყოფისა და კუჭ ნაწლავის პერისტალტიკის გაძლიერების მიზნით. აგრეთვე საწოლზე სხეულის ზემო ნაწილის მაღლა მოთავსება — ორი ბალიშის დადება ბეჭკვეშ.

დასაწყისში ნარკოზულ საშუალებებს უნდა ვერიდოთ, რათა დიაგნოზი უფრო ნათელი იყოს.

### თრომბოციტობი (Trombocytobitis)

ეულიდან, საშოდან და საშვილოსნოს ყელიდან ზოგადი ინფექციის განვითარება იშვიათია. სამაგიეროდ იგი შედარებით ხშირად ვითარდება საშვილოსნოს ღრუდან მშობიარობის, განსაკუთრებით პათოლოგიური მშობიარობისა და აბორტის შემდეგ. ეს გასაკვება, რადგან საშვილოსნო, რომელიც მეტად მდარია სისხლძარღვებით, მშობიარობისა და აბორტის შემდეგ დიდ ჭრილობას წარმოადგენს.

ფიზიოლოგიური მშობიარობის შემდეგ საშვილოსნოს კედლის შუა და გარეთა ნაწილის ვენები კარვად დახშული. მათ სანათურებში თრომბები არ არის, რაც კუნთების კარგი შეკუმშვით აიხსნება. სამაგიეროდ საშვილოსნოს კედლის შიკნითა შესამედში მოთავსებული ვენები, განსაკუთრებით იქ, სადაც პლაცენტა იყო მიმაკრებული, ძლიერ დაზიანებულია. მათ სანათურებში თრომბებია განვითარებული. ამიტომ მიკრობთა კვებისა და გამავლობისათვის აქ ხელსაყრელი პირობები იქმნება.

პათოლოგიური მშობიარობისა და აბორტის შემდეგ საშვილოსნოს ღრუში მიკრობები დიდი რაოდენობით არის, საშვილოსნოს კედლის გარეთა და შუა ფენა მეტწილად კარვად არ იკუმშება, რის გამოც თრომბები ამ შრეებშიც ბევრია და ორგანიზმში ინფექციის გავრცელებისათვის მეტი შესაძლებლობა არსებობს.

გარდა მშობიარობისა და აბორტისა, ორგანიზმში ზოგადი სუბტიკური პროცესი შეიძლება განვითარდეს როგორც დილა, ისე უმნიშვნელო გინეკოლოგიური ოპერაციის შედეგადაც.

როგორც მიკრობიოლოგიური ნაწილის განხილვის დროს იყო აღნიშნული, ქსოვილებში შეჭრისა და ღრმად ორგანიზმში გავრცელების საშუალება მხოლოდ პათოლოგიური მიკრობებს აქვს. მაკრამ ორგანიზმის დამცველი ძალები, როგორცაა, მაკალითად. ჭრილობის ირგვლივ განვითარებული გრანულაციური ზღუდე. სისხლის ბაქტერიციდული თვისება, ფაკოციტოზი და ბაქტერიებისადმი რეტიკულ-ენდოთელური სისტემის შემკავებული და ფაკოციტური უნარი, ზღუდავს და სპოზს ვი-ულენტურ ინფექციასაც კი.

სასქუო ორგანოებიდან სისხლის გზით ორგანიზმში ინფექცია ვრცელდება: ფალოპის ლულებიდან, საკვერცხეებიდან, საშვილოსნოს ფუძიდან და ზემო ნაწილიდან — plexus spermaticus-ის საშუალებით, რომელიც მარცხნივ თირკმლის ვენაში და მარჯვნივ ქვემო ღრუ ვენაში ჩადის; საშვილოსნოს შუა და ქვემო ნაწილიდან და საშოს ზემო ნაწილიდან — plexus uterinus-ის საშუალებით; საშოდან და შარდის ბუშტიდან — plexus vesicovaginalis-ის საშუალებით.

თრომბოციტობი იწოდება სისხლძარღვის სანათურის

ანთებას. ვენის შივნითა შრის (*intima*) ნაზი ენდოთელი ანთების ნიადაგზე ილუპება, ზედაპირი შიშვლდება და ლეიკოციტებით ინფილტრაცია ხდება. უენდოთელო უსწორმასწორო ზედაპირზე ჩნდება სისხლის კოლტი, რომელიც თანდათან მატულობს და შეიძლება ვენის სანათური მთლიანად დაახლოს-თარპის გაჩენას, გარდა ანთებითი ცვლილებებისა, ხელს უწყობს ვენაში სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტა, ზოჯჯერ კი მისი საესებით შეჩერება.

სხეულის ის ნაწილი, სადაც თრომბოფლებიტი განვითარდა, სისხლის მიმოქცევის მოშლის გამო შეშუბდება. წინათ თიქრობდნენ, რომ ვენაში განვითარებული თრომბი მიკრობებს ყოველთვის არ შეიცავს — ე. წ. ასეპტიკური თრომბი, მაგრამ ეს აზრი შემდგომმა დაკვირვებებმა არ დაადასტურა.

თრომბი ყოველთვის შეიცავს მიკრობებს, რომლებმაც შეიძლება ის გარბილოს და დაშლოს. სისხლძალოვების საშუალებით კი დაშლილი ნაწილაკები და მიკრობები შეიძლება მთელ ორგანიზმში გავრცელდეს და გამოიწვიოს მძიმე ზოგადი ინფექციის — ასეპტიკოპიემიის — განვითარება.

ხშირად თრომბში არსებული მიკრობები ილუპება, ხდება თრომბის ვასკულარიზაცია და სისხლის მიმოქცევა კვლავ აღდგება.

თრომბოფლებიტი ავადმყოფის სიცოცხლისათვის დიდ საშიშროებას წარმოადგენს. შეიძლება თრომბის ნაწილი მოწყდეს და ემბოლია განვითარდეს, რომელმაც შეიძლება დაახლოს ფილტვის არტერიის დიდი ტოტი, გულის გვირგვინოვანი არტერიის სანათური ან მთავარი ნერვული ცენტრების მკვებავი რომელიმე არტერიული ტოტი და სწრაფი სიკვდილი გამოიწვიოს.

ქალის სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესით წარმოშობილ თრომბოფლებიტს წინ უძღვის ასეპტიკური ენდოპეტიტი.

დაავადების დასაწყისში საშვილოსნოს კედლის შივნითა მესამედის ვენებში ვითარდება თრომბები, აქა-იქ კი თრომბები ვრცელდება საშვილოსნოს მთელ სისქეზე — მეტროფლებიტი. საშვილოსნო მოცულობაში მატულობს, ვითარდება ანთებითი ჰიპერემია ქსოვილების სეროზული გაყდნით. თუ საშვილოსნოს კედლის სისქეში არსებული თრომბები დაიშლა ჩირქმბადი ბაქტერიების ზეკავლენით, მაშინ ჩნდება ჩირქოვანი კერები — აბსცესები.

საშვილოსნოს ვენებიდან თრომბოფლებიტი ვრცელდება იმ ვენების სანათურებში, რომლებიც მოთავსებულია ფართო იოგთა შორის (*plexus uterovaginalis*), აქედან კი შეიძლება გადავიდეს *v. uterina*-ს, *v. hypogastrica*-სა და *v. iliaca communis*-ის სანათურებში.

გარდა საშვილოსნო-საშოს წნელისა, აქ აღინიშნება სხვა წნულებიც, როკორიცაა მაკალითად, *plexus vesicovaginalis*, *puddalis*, *puddolabialis*, *haemorrhoidalis* და *pampiniformis*.

ეს წნულები ერთიმეორეში გადადის და ამიტომ პროცესიც შეიძლება ერთი ნაწილიდან მეორეში ადვილად გავრცელდეს. ანთებითი პროცესის გავრცელება და თრომბოფლებიტს განვითარება ხდება სისხლის ტალის მიმართულებით — საშვილოსნოს ვენის გზით, როკორც ვთქვით, *vena hypogastrica*-სა და *v. iliaca communis*-ის სანათურებში, გარდა ამისა, *plexus uterovaginalis*-დან შეიძლება პროცესი *plexus pampiniformis*-ის სანათურებში გავრცელდეს, აქედან კი — *v. spermatica*-ში.

ზოჯჯერ ზღება, რომ პროცესი აღწევს *v. iliaca communis*-ს და გადა-

დის *v. iliaca externa*-ში, *v. femoralis*-ში და *v. saphena*-ში — სისხლის ტალღის მოწინააღმდეგე მიმართულებით გავრცელების გამო.

კლინიკური მიმდინარეობა. თრომბოფლებიტის დასაწყისში, ე. ი. როდესაც თრომბები ჩნდება საშვილოსნოს კედელში და ფართო იოკთა შორის მოთავსებულ ვენურ წნულებში, მისი კლინიკური სურათი გარკვეული ჯერ კიდევ არ არის. ამ პერიოდში სკარბობს საშვილოსნოს სეპტიკური ენდომეტრიტის მოვლენები მაღალი ტემპერატურით ან, თუ საშვილოსნოს სეპტიკური ენდომეტრიტი მკაფიოდ განვითარებული არ არის, აღინიშნება დაბალი სუბფერალური ტემპერატურა.

ზოგჯერ ტემპერატურა კლებულობს — თითქოს პროცესი გაუქმდებოდეს. მაგრამ უეცრად ხდება დაავადების მიმდინარეობის გაუარესება, ტემპერატურა მატულობს და ჩამოყალიბდება თრომბოფლებიტის კლინიკური სურათი.

თრომბოფლებიტის კლინიკური სურათი ვითარდება დაავადების პირველი კვირის ბოლოს, მეორე ან იშვიათად მესამე კვირის დასაწყისში.

მალერმა შეამჩნია, რომ თრომბოფლებიტის დასაწყისში მაჯისცემის სიხშირე ყოველდღიურად თანდათან მატულობს, მაგრამ ამ პერიოდში აღვილობრივი მოვლენები კიდურის შეშუპების სახით, ჯერ კიდევ არ არის გამოხატული. ავადმყოფს ზოგჯერ არც ტემპერატურა აქვს მომატებული (მაჯისცემა არ შეეფარდება ტემპერატურას — ის საგრძობლად ჩქარია).

როდესაც პროცესი ვრცელდება დიდი ვენების (*v. iliaca externa* და *v. femoralis* ან *v. saphena*) სანათურებში, მაშინ კლინიკური სურათი სავსებით ყალიბდება — შუბდება ტერფის მიდამო, წვივი და ბარძაყი; კიდური მთლიანად გადადებულია; პუპარტის იოკის ქვეშ ვითარდება მტკივნეულობა; სკარბეს სამკეთხედში ვნახულობთ შემსხვილებულ და მტკივნეულ ვენას; უფრო ხშირად კი ტკივილი აღინიშნება წვივის უკანა ნაწილში — წვივ-ტერფის კუნთის არეში.

კიდურის მოცულობაში მომატების გამო კანი დაჭამული და კრიალაა მას მოყვითალო-მოთეთრო ფერი დაჰკრავს. კიდური მტკივნეულია, მისი მოძრაობა შეზღუდულია. ამ მდგომარეობას უწოდებენ ბარძაყის თეთრ, კრიალა სიმსივნეს (*phlegmasia alba dolens*).

ზოგჯერ თრომბოფლებიტა ვრცელდება *v. iliaca externa*-სა და *v. epigastrica*-ზე. ამ შემთხვევაში შეშუპება ვრცელდება მუცლის ქვემო ნაწილზე და წელის მიდამოში. სათანადო მხარზე შუბდება დიდი და მცირე სასირცხო ბაგებიც. ტემპერატურა 39°-მდე მატულობს. მწვავე პერიოდი გრძელდება სამ კვირამდე. იშვიათად ორ თვესე მეტ ხანს. დიდ უმთავლეს შემთხვევაში თრომბოფლებიტა აზიანებს ერთ კიდურს — მკტწილად მარცხენას, ზოგჯერ კი მეორე კიდუოიც ზიანდება და მდგომარეობა საკრძნობლად უარესდება. თუ საიდან ხდება მეორე კიდურის დაზიანება, ეს ჯერ კიდევ ზუსტად დადგენილი არ არის. ზეიძლება მეორე კიდურის იწვევქცია ისევე საშვილოსნოს ღრუდან იყოს განვითარებული ან პროცესი შეიძლება გადავიდეს ერთი ვენიდან (*Y. iliaca communis*) მეორე ვენაზე მათი ქვემო ღრუ ვენაში შეერთების ადგილთან, აქედან კი რეტროგრადულად გავრცელდეს *v. iliaca externa*-სა და *femoralis*-ზე.

ტემპერატურის დაცემასთან დაკავშირებით ანთებითი პროცესი წყდება, კიდურის მოცულობა კლებულობს, მაგამაც ხოცამდე იშვიათად აღწევს. შეშუპება ზოგჯერ თვეებსა და წლების განმავლობაში გრძელდება, მსუაუქი დაღლილობის შედეგადაც კი კიდური საგრძობლად იმატებს მოცულობაში.

**დიაგნოზი.** როგორც აღნიშნული იყო, თრომბოფლებიტის დასაწყისი ფორმის გამოცნობა ძნელია მალერის მიხედვით. მაჯისცემის სისშირის ყოველდღიური მომტება ექიმის სათანადო ყურადღებას ყოველთვის არ იქცევს, ზოგი ავტორის აზრით კი ეს სიმპტომი იშვიათია. ლ. ბუზლჩენკოს დაკვირვების მიხედვით, მაჯისცემის განხილვა ხშირად უმნიშვნელო მიზეზითაც არის გამოწვეული.

აღიწილი სიმპტომებიდან ფერე მიუთითებს სკარპეს სამკუთხედში გაგანიერებულ ვენების წნულის განვითარებაზე. ორლოვი აღნიშნავს წვივის უკანა ნაწილის კუნთების მტკივნეულობას.

როდესაც დაავადების სურათი ჩამოყალიბდება, ე. ი. კიდური შეშუპდება და მისი მოძრაობა შეზღუდული და მტკივნეული გახდება, როდესაც პუპარტის ქვემოთ სკარპეს სამკუთხედში და წვივის უკან ვნახულოზთ მოცულობაში გადიდებულ და მტკივნეულ ვენას, როდესაც ტემპერატურა მაღალია და მაჯისცემა იქარია, მაშინ დიაგნოზის დასა ადვილია.

სისხლის მხრივ რაიმე დამახასიათებელ ნიშნებს ამ დაავადების დროს აღვილი არა აქვს.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ქვემო კიდურის შეშუპება სათანადო მხარეზე არსებულმა პარამეტრიტმა შეიძლება გამოიწვიოს. პარამეტრიტში განვითარებული ინფილტრატი აწვება სისხლძარღვებს. მართალია, სისხლძარღვთა სახათურებში არ არის თრომბები, მაგრამ ზეწოლის გამო ისინი დაიხშობა, სისხლის მიმოქცევა შეფერხდება და განვითარდება კიდურის შეშუპება.

**მკურნალობა** თრომბოფლებიტის მკურნალობა უნდა ჩავატაროთ ისევე როგორც პათოგენური მიკრობებით გამოწვეული სეპტიკური პროცესისა. უნდა ვიხმაროთ სულფამილური პრეპარატები, პენიცილინი და სტრეპტომიცინი. საწოლში კიდური მალა აწეულ მდგომარეობაში უნდა მოვათავსოთ — სისხლის უკან დაბრუნებისათვის უკეთესი შესაძლებლობის შექმნის მიზნით. კიდური, სასურველია, არტ. შანში მოვათავსოთ, რომ უნებლიე მოძრაობისას თრომბი არ მოწყდეს და ემპოლია არ განვითარდეს.

მწვავე პერიოდის დაცხრომის შემდეგ შეშუპებული კიდურის ირგვლივ შეიძლება სათბური კომპრესი დავადოთ. ჰირუდინიზირების მიზნით შეიძლება ავადმყოფს კიდურზე წურბლები დავასვათ.

უკანასკნელი წლების მანძილზე ჩვენთან კლინიკაში ვხმარობთ საშუალებებს, რომლებიც აქვეითებს სისხლის შედედებისა და წებოვნების უნარს. ასეთია დიკუმარინი, ჰეპარინი და სხვ. მათ ანტიბიოტიკებთან ერთად ვხმარობთ.

დიკუმარინის, ჰეპარინისა და სხვა მსგავსი პრეპარატების ხმარებისას საჭიროა სისხლი სისტემატურად ისინჯებოდეს პროთრომბინზე. შედედების უნარიანობაზე, და წებოვნებაზე, რადკან ამ პრეპარატებით ორგანიზმის გადატვირთვა იწვევს პროთრომბინის რაოდენობის, შედედების უნარისა და წებოვნების უნარის დაქვეითებას, რის შედეგადაც აღვილი აქვს სისხლდენას ლორწოვანი გარსებიდან.

Rp.: Dicumarini 0,01  
D. t. d. № 10  
S. თითო ფხენილი სამჯერ დღეში.



## სეპსისი (sepsis)

ამ სახელწოდებაში ავტორთა უმრავლესობა აერთიანებს ორგანიზმის სამი სახის ზოგად სექტიკურ დაავადებას — სექტიცემიას, პიემიას და სექტიკოპიემიას. ამ დაავადებებს შეუდევნიარად განმარტავენ: სექტიცემია არის ორგანიზმის ისეთი ზოგადი სექტიკური დაავადება, როდესაც სისხლში უხვად არის მიკრობები და მათი შამები, მეტასტაზები კი არ ვითარდება; პიემია არის ორგანიზმის ისეთი ზოგადი სექტიკური დაავადება, როდესაც სისხლში აღინიშნება ჩირქი და ვითარდება მეტასტაზები; სექტიკოპიემია არის ორგანიზმის ისეთი ზოგადი სექტიკური დაავადება, როდესაც სისხლში აღინიშნება როგორც ჩირქი, ისე მიკრობები და ვითარდება მეტასტაზები.

ჩვენი აზრით, სეფსისის დაყოფა სამ სხვადასხვა სახედ არ არის გამართლებული არც მიკრობიოლოგიური, არც პათანტომოური და არც კლინიკური სურათის მიხედვით. ზოგჯერ გარბილებული, ინფიცირებული, დაჩირქებული და დაშლილი თრომბის ნაწილები მართლაც ვრცელდება სისხლში, მაგრამ როგორ შეიძლება ჩირქთან ერთად მიკრობებიც არ გავრცელდეს. ეს რომ ასე იყოს, მაშინ თრომბი და ჩირქი ასექტიკური იქნებოდა და მეტასტაზური, ანთებითი სექტიკური კერების განვითარებას აღილი არ ექნებოდა, არ იქნებოდა ის მრავალფეროვანი პათანტომოური ცვლილება, რომელსაც ენახულობთ ამ დაავადების დროს.

მამასადავამ, საქმე მარტო ჩირქს არ ეხება — ჩირქთან ერთად ბაქტერიებიც არის. თუ სექტიცემიას ვუწოდებთ ისეთ ზოგად დაავადებას, როდესაც სისხლში მხოლოდ ბაქტერიებია (უქეტასტაზოდ), მაშინ იმ დაავადებას, რომელს დროსაც სისხლში ბაქტერიებიც არის და ჩირქიც, სექტიკოპიემია უნდა ვუწოდოთ.

როგორც ზევით მოყვანილი მოსაზრებიდან ჩანს, სისხლში მარტო ჩირქი (ბაქტერიების გარეშე) არ შეიძლება იყოს სექტიკური ინფექციის დროს, ამიტომ პიემია, როგორც ცალკე ნოზოლოგიური სექტიკური დაავადება, არ არსებობს. ეს რომ ასეა, ამს არა მარტო ბაქტერიოლოგიური და პათანტომოური გამოკვლევები ადასტურებს, არამედ ამას ამტიციებს კლინიკაც. ვერც ერთი კლინიკისტი ავღმყოფის საწოლთან ზუსტად ვერ ასხვავებს ერთმანეთსაყან სეფსისს ამ სამ ფორმას — სექტიცემიას, პიემიას და სექტიკოპიემიას. ეს იმიტომ კი არაა, რომ ისინი არ ეთანხმებიან ისეთ დაყოფას, არამედ იმიტომ, რომ კლინიკური სურათი მიმდინარეობს ორი ფორმით — ან როგორც სექტიცემია (ზოგადი ინფექცია უმეტესტაზოდ), ან როგორც სექტიკოპიემია (ინფექცია მეტასტაზით).

რადკან მიკრობიოლოგიურად, პათანტომოურად და კლინიკურად არსებობს ერთი ძირითადი დაავადების — სეფსისის ორი ძირითადი ფორმა, ამიტომ მიზანშეწონილია დიაგნოზის დასმის დროსაც ვიხმაროთ შემდეგი სახელწოდებები: sepsis (septicemia) და sepsis (septicopyemia).

სისხლში სექტიკური ინფექციის შეჭრა შეიძლება ორგანიზმის ყველა ნაწილიდან, მათ შორის სასქესო ორგანოებიდან. ფალოპის ტულიდან, ჩირქოვანი ანთების დროს, ჩირქოვანი საკვერცხიდან, ინფიცირებული ფიბრომატოზული კეპიქიდან, დაშლილი კარცინომატოზული კეიიდან და სხვ.

სეფსისი (სექტიკოპიემია) sepsis. (septicopyemia). სექტიკოპიემია

ეწოდება ორკანაზმის ისეთ ზოვად სეპტიკურ დაავადებას, როდესაც სისხლში განსაზღვრული კერიდან გადადის რაგორც ჩირქი, ისე ბაქტერიები და ორკანიზმში მეტასტაზები ვითარდება.

თრომბოფლებიტის დროს ყოველთვის არ ხდება ინფიცირებული თრომბის დაშლა. ზოგჯერ ხდება თრომბის ვასკულარიზაცია და ვენის სანათურის აღდგენა.

სულ სხვაგვარად მიმდინარეობს დაავადება მაშინ, როდესაც ვენაში არსებული თრომბი პათოკენური მიკრობების ზემოქმედების შედეგად რბილდება, ჩირქდება, იწლება და ბაქტერიებთან ერთად ხვდება სისხლის მიმოქცევაში, წარმოიშვება მეტასტაზური კერები მრავალრიცხოვანი აბცესებით ფილტვებში, თირკმლებში, ღვიძლში, ელენთაში, ენდოკარდიუმში, სახსრებში, ძვლებში, ტვინში და სხვ.

სფესისის დროს ერთ-ერთ უმძიმეს გართულებად ითვლება ქვემო კიდურის განკრენა. პროცესი შეიძლება ორივე კიდურზეც განვითარდეს, რაც სიკვდილით მთავრდება.

ფილტვის არტერიის განტოტების ქსელში ადვილად ეჩხირება თრომბის დაშლილი მასალა და ფილტვებში ვითარდება ინფარქტები და ჩირქოვანი კერები, რასაც მოყვება ქოშინი, მძაფრი ტკივილი გულის მიდამოში და სისხლიანი ნაქველი, ადვილი აქვს მეტასტაზურ ბრონქოპნემონიას. შეიძლება განვითარდეს აგრეთვე ფილტვების აბსცესი ან ჩირქოვანი პლევრიტი, ზოგჯერ ნამდვილი ემპემა კი. პლევრაში ბაქტერიები ლიმფური გზითაც შეიძლება შეიქუეს.

ზოგჯერ კანში ვითარდება წვრილწერტილოვანი სისხლჩაქცევები ან უფრო მთხრდილი სისხლის წინწყლები, ზოგჯერ ჩირქით ან მღვრიე სითხით სავსე პუსტულები, რომლებმაც ვნახულობთ ინფექციის გამომწვევ მიკრობებს.

პროცესის მიმდინარეობის უფრო გვიან სტადიაში ვითარდება კანქვეშა და კუნთებში ორისი და ჩირქებები, რომლებიც ზევით ოდნავა ამობურცული და ზოგჯერ ნაკლებად მტკივნეულია, დაფარულია არაშეწითლებული ჰიპერემიული კანით, რის გამოც ხშირად აპონევროზის ქვეშა მოთავსებული და ადვილად შეიძლება ვერ შევამჩნიოთ (ბუზლიჩენკო).

არაიშვიათად აღინიშნება სისხლჩაქცევა თვალის ბადურაში და უფრო მძიმე გართულებაც — ცალმხრივი ან ორმხრივი პანოპთალმია.

სებტიკაოემია უფრო სტაფილოკოკური ინფექციისათვის არის დამახასიათებელი, იშვიათად კი — სტრეპტოკოკებისა და ნაწლავის ჩხირისათვისაც.

კლინიკური მიმდინარეობა. სებტიკაოემია იწყება ძლიერი შემცივნებით, რასაც მოყვება მაღალი (40° და მეტი) ტემპერატურა, დიდი ოფლიანობა. შემდეგ ტემპერატურა ნორმას უბრუნდება ან უფრო დაბლა ეცემა. იგი ჰექტიური ხასიათისაა.

შემცივნება განმეორდება მეორე, მესამე დღეს ან იმავე დღეს. მისი სიხშირე და ინტენსიუობა ორკანიზმის დამცველი ძალების მდკომარეობაზე, ინფექციის ვირულენტობაზე არის დამოკიდებული.

მაღალი ტემპერატურის დროს მიჯიცემა მეტად ხშირია. ტემპერატურის დაცემის შემდეგ პირველ საანებში მაჯა დამაკმაყოფილებელია, როგორც სიხშირის, ისე ავსების მხრივ. მაკრამ პროცესის გაუარესებისა და შეპიცინების გახშირების შემთხვევაში ნორმალური ტემპერატურის დროსაც კი მაჯა აჩქა-

რებულა. ეს აიხსნება გულის კუნთისა და ორგანიზმის ზოვადი ინტოქსიკაციით.

ორგანიზმს წამლავს პათოგენური მიკრობები. მათი ევზოვენური და ენდოგენური ხასიათის შხამები იწვევს სისხლის ჰემოლიზს, ერთროციტების რაოდენობრივ და თვისობრივ შეცვლას, ჰემოკლოზინის რაოდენობის მკვეთრ დაკლებას, მის გადასვლას მეტჰემოკლოზინში. ბაქტერიები იმუშავენ აგრეთვე ლეიკოციტინს, რომელიც ანადუტებს ლეიკოციტებს და ფიბრინოლიზინს და ხელს უწყობს მიკრობების ღრმად შეჭრას ქსოვილში.

პათოგენური მიკრობები ანადუტებს ცოცხალ ქსოვილს, მაგრამ ბაქტერიებიც ბევრი იღუპება ორგანიზმის დამცველი ძ.ლების საშუალებით. ამიტომ ავადმყოფის სისხლი დიდი რაოდენობით უცხო ცილით გადაიტვირთება, რაც აქვეითებს ორგანიზმის ბრძოლის უნარს.

ყოველი შემცივნების დროს აღილობრივი კერიდან ინფექციის სისხლში შეჭრა ხდება და ხშირად მეტასტაზები წარმოიშევა. როგორც აღვნიშნეთ, ხშირად ვითარდება ბრონქოპნევმონია, რადკან სასქესო ორგანოებთან ვენური სისხლი ქვემო ღრუ ვენის საშუალებით ფილტვებში უნდა წავიდეს.

ხშირად ზიანდება თირკმლებიც. სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში მიკრობების მოხვედრის შემდეგ ზოკვერ ვითარდება ნამდვილი ჰემორაგიული ნეფრიტი. შარდში აღინიშნება სისხლი, ცილა და ცოლინდრები.

ამრიგად, მიკრობების ნაწილი გააღწევს ფილტვის ვენურ სისხლძარღვთა ქსელში, მოხდება მარცხენა წინაგულში, აქედან კი მარცხენა პარკუჭში და აორტის საშუალებით მთელს ორგანიზმში გავრცელდება. საერთო სისხლის მიმოქცევაში მიკრობები შეიძლება აგრეთვე მოხვდეს ლიმფური სისტემიდან — ductus turacicus-ის საშუალებით.

კანზე ამ დროს ვნახულობთ წვრილწერტილოვან სისხლჩაქცევებს, რაც კანის წვრილი სისხლძარღვების დაზიანების შედეგია. კანქვეშა და კუნთებშორისი დაჩირქება უფრო ხშირია წვივის უკან, ბეჭებს შორის, თუმცა შეიძლება იგი განვითარდეს ყველკან — როგორც ტანზე, ისე კიდურებზეც. სახსართა შორის უფრო ხშირად ზიანდება მუსლისა და სხივ-მაჯის სახსრები. შიგთავსი სეროზული ან ჩირქოვანია.

ზოკვერ ვითარდება ენდოკარდიტიც. უფრო ხშირად ზიანდება მარცხენა გული. სეპტიკური ენდოკარდიტის დროს ორგანიზმის ბაქტერიებით მოთესვა ადვილად ხდება სისხლის მიმოქცევის დიდი წრის საშუალებით. ზიანდება არა მარტო გულის სარქველები, არამედ თვით გულის კუნთიც — ხდება მისი გადაგვარება. ზოკვერ გულის კუნთშიც ვითარდება წვრილი ჩირქოვები, გულის სახლერები მომატებულია. აუსკულტაციით ისმის მკაფიო ან სუსტი სისტოლური შეილი.

პერიკარდიუმის დაზიანებას იშვიათად აქვს ადვილი. თუმცა გვხვდება სეროზული, ჰემორაგიული და ჩირქოვანი პერიკარდიტიც. ღვიძლი ამ დროს მოცულობაში მომატებულია, რბილია. ასეთივე ცვლილებები აღინიშნება ელენთაშიც. ეს გასაკებია — ღვიძლი და ელენთა, როგორც რეტიკულოენდოთელური სისტემის მთავარი ბარიერი, მიკრობების წინააღმდეგ დიდ ბრძოლას აწარმოებს, შეიძლება ამ ორგანოებშიც განვითარდეს აბსცესები.

მეტად საყურადღებოა ამ დროს სისხლის სურათი. 1 კუბ. სმ-ში ერთროციტების რაოდენობა შეიძლება ერთ მილიონზე ნაკლები იყოს, ჰემოკლოზინი კი 20% და უფრო ნაკლებიც. ლეიკოციტების რაოდენობა ხშირად არ

არის მომატებული. ზოგჯერ კი ნორმაზე უფრო მცირეა. ლიმფოციტების რაოდენობა კლებულობს. ეოზინოფილების რაოდენობა შეიძლება 4%-დან 1%-მდე შევიწროდეს ან სრულიად გაქრეს. ეს მოვლენები პროცესის გაუარესებაზე მაუთითებს. ეოზინოფილებისა და ლიმფოციტების რაოდენობის მომატება კი პროცესის გაუმჯობესების მაჩვენებელია.

ძირითადად ნეიტროფილები აწარმოებს ბრძოლას ბაქტერიების წინააღმდეგ, ამიტომ ისინი ბევრი იღუპება. ამ დანაკლისის შესავსებად ორგანიზმი ახდენს ნეიტროფილების ახალგაზრდა ფორმების მობილიზაციას, რის გამოც ნეიტროფალური სისხლის მარცხნივ გადახრა ხდება, ამიტომ სისხლში მატულობს ახალგაზრდა ჩხირისებრი მიელოციტების რაოდენობა.

ავადმყოფს ამ დროს აღენიშნება უძაღობა, ხშირად კი — უძილობა; აქვს ჩაცენილი და ნაღვლიანი თვლები. შემცივნების დროს ავადმყოფი მოლუნუნულია. დაბატარავებულია. მას აძაგძაგებს. საბნების დახურვა და სათბურები არ შეეღის.

შეტევისა და ოფლიანობის შემდეგ თითქოს ყველაფერი გაივლის. ავადმყოფი თავს კარგად გრძნობს. ტკივილი არ აწუხებს, მაგრამ, თუ მაჯისცმას გავსინჯავთ, იკი ვახშირებულია ნორმალური ტემპერატურის დროსაც კი.

სებტიკოპიემია შეიძლება სულ მალე დამთავრდეს კატასტროფით, ზოგჯერ კი მას ხანგრძლივი მიმდინარეობა აქვს, ხანგრძლივი მიმდინარეობის დროს უფრო მოსალოდნელა დაავადების ლიკვიდაცია და ორგანიზმის გაჯანსაღება. კანქვეშა და კუნთებში არის აბსცესების გაჩენის დროს პროცესი ზოგჯერ არ არის ცუდი.

სხვადასხვა ავტორის მიხედვით, სულფამილური პრეპარატებითა და ანტიბიოტიკებით მკურნალობის შედეგებამდე სიკვდილობის პროცენტი ამ დაავადების დროს აღწევდა 47 — 83-მდე. ახლა კი სიკვდილობა იშვიათია.

**სეფსისი (სებტიცემია) sepsis (septicemia)** ასე ვუწოდებთ ორგანიზმის იმ ზოვად სებტიკურ დაავადებას, როდესაც სისხლში ადვილი აქვს ბაქტერიებისა და მათი ტოქსინების არსებობას, მეტასტაზები კი არ ვითარდება.

ამ დაავადების დროს ორგანიზმის საერთო დასუსტების შედეგად ვირულენტური ბაქტერიები შეიჭრება ვენებში, ვრცელდება სისხლში და იქ მრავლდება. მიკრობები დიდი რაოდენობითაა ღვიძლისა და თირკმლის კაპილარებში, ულეთაში, მაკრამ დიარქეას ადვილი არა აქვს. არ აღინიშნება მეტასტაზები. ღვიძლი და ულეთა გარბილებული და გადიდებულია.

გამომწვევი მიზეზი ხშირად სტრეპტოკოკია, შედარებით იშვიათად სტაფილოკოკი, გამონაკლის შემთხვევაში კი — პნემოკოკი. ზოგჯერ სეფსისს იწვევს *bacillus kerogenes capsulatus*.

კანზე ვითარდება გამონაყარი, რომელიც ქუნთრუშის გამონაყარს მოგვაგონებს. სისხლჩაქცევები ჩნდება შარდის ბუშტის ლორწოვან გარსში, თირკმლის მენჯში, ნაწლავებში, თვალის ბადურაში. გულის კუნთი მოღუნებულია. პარენქიმატოზული გადაკვარება აღინიშნება თირკმლებსა და ღვიძლში. სისხლში ხდება ჰემოლიზი.

**კლინიკური მიმდინარეობა.** სებტიცემიის კლინიკური მიმდინარეობისათვის მძიმე ტოქიკური მოვლენებია დამახასიათებელი.

ზოგჯერ მიკრობები ლიმფური გზითაც ვითარდება და იწვევს ჩირქოვან პერტონიტს. ასეთ პირობებში სეფსისს სწრაფად მიმდინარეობს (**sepsis acuta**

ისიმა). ორგანიზმი ვერ ასწრებს დამცველი ძალების მობილიზაციას და ავადმყოფი იღუპება. სეპტიცემიას მოკლე ინკუბაციური პერიოდი ახასიათებს.

დაავადება იწყება შემცივნებით და მაღალი (39—40°) ტემპერატურით. ხშირად ის კონტინუალურად ხასიათისაა. შემცივნება არ მგორდება. მაჯა ძლიერ აჩქარებულია — წუთში 120—140, სუსტი ავსების. სუნთქვა მეტად ხშირი და ზერეულია. ენა მშრალია, სახე წამოწითლებული, შემდეგ კი მალე მუქი მიწისფერი ხდება.

ინტოქსიკაციის მოვლენები მკვეთრად არის გამოხატული. ავადმყოფი მოუსვენარია. ზოჯერ იკვირება ცნობიერებას კარგავს. აღინიშნება უნებლიე შარდვა და დეფეკაცია. ზოჯერ ადვილი აქვს ფაღარათობას.

ავადმყოფი ხშირად დაავადების მე-6—8 დღეს იღუპება. აგონიის დროს ტემპერატურა ზოჯერ ძლიერ მატულობს, ზოჯერ კი ქვეითდება. ავადმყოფი გულის დამბლით იღუპება.

სეპტიკოპიემიას კი, როგორც ვთქვით, ახასიათებს ტემპერატურის ცვალებადობა, რაც შემცივნებასთან არის დაკავშირებული. ავადმყოფს შეამცივნებს, ოფლს დაახსმს. შემდეგ ტემპერატურა ქვეითდება — თითქმის ნორმალზე დადის, მაგრამ მაჯა მინტ ძლიერ აჩქარებულია — საერთოდ მთელი ორგანიზმის და კერძოდ გულის კუნთის ინტოქსიკაციის გამო. თუ პროცესი მძიმეა, შემცივნება დღეში შეიძლება რამდენჯერმე განმეორდეს.

ლიაგნოზი. მხედველობაში უნდა ჩვილით ყველა ის ხელშეწყობი პირობა, რომელსაც შეუძლია განავითაროს სეპტიკური პროცესი: შრომარობა (განსაკუთრებით პათოლოგიური), აბორტი (განსაკუთრებით კრიმინალური), სამეანო და გინეკოლოგიური ოპერაციები, სასქესო ორგანოების ტრავმა, დაშლილი ავთვისებიანი სიმსივნე და სხვ.

სეპტიკოპიემიის დროს დამახასიათებელია მეტასტაზები, ცვლილებები, სისხლის მხრივ. განმეორებითი შემცივნება და სხვ. სეპტიკური შემცივნება მაღარის შეტევისაგან განსხვავდება სისხლში პლაზმოციტების არარსებობით.

სეპტიცემიის დროს შეიძლება ეჭვი მივიტანოთ მუცლის ტიფზე. ეს დაავადება უნდა გამოვლიცხოთ Widal-ის რეაქციის დახმარებით.

სისხლი უნდა გაისინჯოს სტერილობაზე, რისთვისაც სპირთა კუბიტალური ვენიდან ასეპტიკურად ავიღოთ 10—20 კუბ. სმ სისხლი და დავთესოთ იგი სტანდარტ მასალაზე. პასუსს 24—48—72 საათის შემდეგ მივიღებთ. სისხლი უნდა ავიღოთ მაშინ, როდესაც ავადმყოფს გააცივებს და ტემპერატურას მოუმატებს.

ნეკროზოზი. ამჟამად სეფსისს უმთავრესად ემყარნალობთ ანტიბიოტიკებითა და სულფამიდური პრეპარატებით. ანტიბიოტიკები და სულფამიდური პრეპარატები ავადმყოფს უნდა მიეცეთ ისეთი რაოდენობით, რომ სისხლში მათი კონცენტრაცია საკმარის იქნეს. მათი მკვირე დოზებით დანიშვნას ათავითარი აზრი არა აქვს.

სულფამიდური პრეპარატები და ანტიბიოტიკები გადადის სისხლში, შეადრწევს ყველა ორგანოში, ქსოვილსა და უჯრედში, მაგრამ, როგორც გამოცდილებამ დაგვარწმუნა, ვერ აღწევს ანთებითი პროცესისაგან მტკიცედ შემოღვარგულ ჩირქოვან კერებში. რომელთა ირგვლივ შექმნილია შემაერთსოვლოვანი პარკი. ამიტომ ასეთი კერები უნდა აღმოვაჩინოთ, ტექნიკური შესაძლებლობის მიხედვით გავკვეთოთ და ჩიოქს გზა მივცეთ ან ჩიოქი პუნქციით გამოვიღოთ, შიგ კი პენიცილინი შევიყვანოთ.

**Per os** მიღებული სულფამიდური პრეპარატები მალე შეიწოვება და, თუ ახალი დოზები აო მიეცეით, 48—72 საათის შემდეგ ორგანიზმში აღარ იქნება. ორგანიზმიდან ისინი უმთავრესად შარდის გზით გამოიყოფა.

სულფამიდური პრეპარატებით მკურნალობის შედეგი თვალსაჩინოდ განსხვავდება სხვა მედიკამენტური საშუალებებით ჩატარებული მკურნალობის შედეგისაგან, მაკრამ ვეიც ეს პრეპარატები და ვერც ანტიბიოტიკები ვერ ახდენს სისხლის სოულსტერილიზაციას (therapia sterilisans magna) გენერალიზებული სეფსისის დროს, რაზედაც ასე გატაცებით ოცნებობდა მკვლევართა თაობა წარსულში.

პენიცილინი და სულფამიდური პრეპარატები აფერხებს პათოგენური მიკრობების გამრავლებას ორგანიზმში, მოქმედებს ბაქტერიოსტატიკურად, რითაც აძლევს ორგანიზმის დამცველ ძალებს (სისხლს, რეტიკულოენდოთელურ სისტემას და სვ.) ინფექციასთან წარმატებით ბრძოლის საშუალებას.

ჩვენი გამოცდილების მიხედვით, გენერალიზებული სეფსისის მკურნალობა ანტიბიოტიკებითა და სულფამიდური პრეპარატებით ან სხვა დღემდე არსებული საშუალებით მიზანს იშვიათად აღწევს.

რადგან პენიცილინი შარდის გზით სწრაფად გამოდის ორგანიზმიდან, ამიტომ მისი მიცემა არ უნდა შეეწყვიტოს — სანამ მკურნალობის კურსს არ დავამთავრებთ.

პენიცილინით და სულფამიდური პრეპარატებით მკურნალობა, თუ იგი დროულად არის დაწყებული, კაოგ შედეგს იძლევა. იმ შემთხვევაში კი, როდესაც მეტასტაზები განვითარდება ფილტვებში, ღვიძლში, ელენთაში, ენდოკარდიუმში, კუნთებში და სხვა ქსოვილებსა და ორგანოებში, როდესაც სისხლის შემადგენელი ნაწილები მკვეთრად წეიცვლება (ჰემოკლოზინის რაოდენობა შემცირდება 20%—მდე და უფრო მეტად, ერითროციტების რაოდენობაც საგრძნობლად შემცირდება — ზოგჯერ  $\frac{1}{3}$  მილიონამდე), როდესაც გაქრება ეოზინოფილები, დაიკლებს ლიმფოციტების რაოდენობა და ნეიტროფილების ახალგაზრდა ელემენტების რაოდენობა მოიმატებს, მაშინ ორგანიზმის დამცველი ძალები (მათ შორის რეტიკულოენდოთელური სისტემა) დაკარგავს პათოგენური მიკრობების მიმართ აქტიური ბრძოლის უნარს და გადაიქცევა ვირულენტურ მიკრობთა გამრავლების კერად. რა თქმა უნდა, ასეთ ორგანიზმს, რომელსაც ყველა სასიცოცხლო ფუნქცია მოშლილი აქვს, სულფამიდური პრეპარატები და ანტიბიოტიკები ვერას არკებს. ზოლო, თუ დროულად იქნება გამოყენებული ეს საშუალებები, ისინი მტკად ვირულენტური ინფექციის შემთხვევაშიც კი უაღრესად ემარება ორგანიზმს.

სეფსისის დროს წაომატებით ვაწარმოებთ სისხლის გადასხმას — მცირე დოზებით, 100—150 კუბ. სმ რაოდენობით. სისხლი იხმარება როგორც ორგანიზმის მსტიმულირებელი საშუალება. სისხლის მცირე დოზებით გადასხმას სვა საშუალებებთან ერთად დიდი სარგებლობის მოტანა შეუძლია.

ავადმყოფს ვუნიშნავთ აგრეთვე საუღლე საშუალებებს, ფიზიოლოგიურ ხსნარს, გლუკოზას და სვ.

ასეთი მოკლედ ის მრავალფეროვანი საშუალებები, რომლებსაც მიემართავთ სეფსისის დროს.

პენიცილინს ვუნიშნავთ 20 000 ერთეულის რაოდენობით ყოველ ოთხ საათში. სტრეპტომიცინი კი 500 000 ერთეულის რაოდენობით ყოველ 12 საათში. ზოგჯერ საჭიროა ამ პრეპარატებით კომბინირებული მკურნალობის ჩა-

ტარება. რაც შეეხება სულთამილურ პრეპარატებს, ისინიც კარგად მოქმედებენ. გარდა ამისა, შეიძლება ვისმართო ბიომიცინი, აურეომიცინი, ტეტრაციკლინი, ვიტამინები და სხვ.

პირმოხული პრეპარატებიდან ორგანიზმის დამცველი ძალეების გასაძლიერებლად ვუნიშნავთ პრედნიზოლონს, დილა-სალამოს თითო ტაბლეტს სამი დღის განმავლობაში.

გარდა ყოველივე აღნიშნულისა, სეფსისის დროს საჭიროა კანისა და პირის ღრუს სისუფთავის დაცვა, კარგი კვება. ამასთან, სტრეპტოკოკიების შემთხვევაში დროულად უნდა აღმოვაჩინოთ ტექნიკურად მისადგომი ჩირქოვანი კერები და ჩირქი გამოვუშვათ.

თუ სეფსისის მკურნალობა დროულად დაეიწყეთ, პროგნოზი კარგი იქნება.

სეპტიკური პროცესით შეპყრობილი პირისათვის უდიდესი მნიშვნელობა აქვს საავადმყოფოში შექმნილ რეჟიმს — ხანგრძლივ ძილსა და ავადმყოფის დაცვას ყოველგვარი გამაღიზიანებლისაგან.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ანთებითი პროცესისა და მცირე სეპტიკური ავადების დროს, პირველ ყოვლისა, დაზიანებულია ადამიანის ცენტრალური ნერვული სისტემა და სწორედ ამ უკანასკნელის ფიზიოლოგიური ფუნქციების აღდგენისაკენ უნდა იქნეს მიმართული მკურნალობა.

მომკვლელმა პეოსონალმა და განსაკუთრებით მკურნალმა ექიმმა ავადმყოფი უნდა დაარწმუნოს დაავადების კეთილ მიმდინარეობაში და მის კარგ გამოსავალში.



## ქალის სასქესო ორგანოების გონორეა

გონორეის გამომწვევი მიზეზი კოკური ინფექციაა. მისმა აღმომჩენმა ნეისერმა (1879 წ.) მის გამომწვევს გონოკოკი უწოდა.

ქალის სასქესო ორგანოების გონორეა, განსაკუთრებით ქვედა სასქესო გზებისა, ხშირად ლატენტურად, ფარულად, გამოუმუქავებლად მიმდინარეობს. ქალს თითქოს არაფერი აწყუბებს, რის გამოც იძულებული არ არის ექიმს მიმართოს.

სულ სხვაა მამაკაცის სასქესო ორგანოების გონორეა. მამაკაცს ამ დროს აწყუბებს ძლიერი ტკივილი და უჩვეულო ჩირქოვანი გამონადენი, რის გამოც ის იძულებულია სსწრადოდ მიმავთოს სექსუალური დასმარებას.

ამ.ს.თ.ნ. ქირურგიულ წესებზე.ში ქალის გონორეის დიაგნოზის დასმაც არც ისე ადვილი სანება. ამიტომ საჭიროა სათანადო ზომების მიღება, რაზედაც ქვემოთ გვექნება საუბარი.

### გონოკოკის თვისებები

გონოკოკი გარეგნულად ლობიოს მარცლის, ყავის მარცლის, თარგმლის მოყვანილობისაა. გონოკოკები დაღებულა წყვილ-წყვილად და გვერდულად. შეზნეილი ნაპირებით ისინი ერთმანეთს ისაკენ არიან მიქცეული. გონოკოკის სიგრძე დასლოებით 1,25 მიკრონს უდრის, მისი სისქე კი სიგრძის ნახევარს შეადგენს.

არაინფექციური გონოკოკები მდებარეობს შიგ ლეიკოციტებში, პროტოპლაზმაში, ბირთვის ახლოს. ეს ფაგოციტოზის შედეგი უნდა იყოს. თუმცა ზოგი ავტორი ფიქრობს, რომ გონოკოკი თვით წედის ლეიკოციტში, რადგან მისი გამრავლებებისათვის იქ თითქოს უფრო ხელსაყრელი პირობებია. ზოგჯერ გონოკოკების რაოდენობა ლეიკოციტში ისე დიდია (20 — 40, ზოგჯერ კი 100 და მეტიც), რომ ლეიკოციტის გარსი ვერ უძლებს და სკდება.

ეპითელის უჯროდნში გონოკოკები არ არის. ისინი ზემოდან არიან დალაგებული ან თავსდებიან უჯრედთაშორის არეებში.

ორგანიზმში მთლიანად შევიწროებისათვის საჭირო არ არის ქსოვილის, ლორწოვანი გარსის, წინასწარი დაზიანება, როგორც ეს სტრებტო-სტაფილოკოკების შევიწროებისათვისა აუცილებელი. ტრანსმისიონის საშუალებით ისინი არღვევენ ეპითელის მთლიანობას და შეადგენენ ქსოვილებში.

გონოკოკები მრავლდებიან პირდაპირი დაყოფის გზით. დაყოფის დროს გონოკოკი გრძელდება და შეუზე იყოფა.

ავტორთა უმრავლესობის აზრით, გონოკოკი მოკლებულია მოძრაობის უნარს. ზოგიერთი ავტორი აღნიშნავს მის როტატორულ-ოსცილატორულ მოძრაობას.

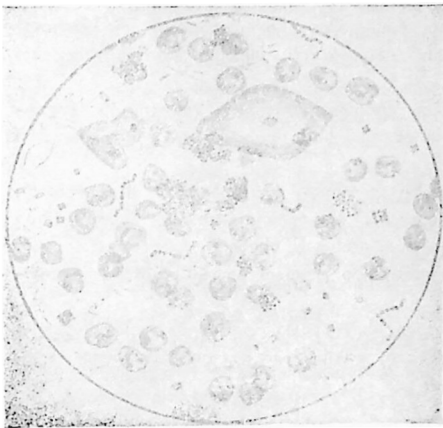


გონოკოკები იღებება ყველა ძირითადი ანილინის საღებავით — methylen blan, methyl-violett, gentian-violett და სხვ. ისინი უფრო მკაფიოდ იღებებიან, ვიდრე მათ გარშემო მდებარე უჯრედოვანი ელემენტები.

გრამის წესით გონოკოკები არ იღებება. ამიტომ მათ გრამუარყოფითს უწოდებენ. მაგრამ, თუ ფუქსინს დაეუმატებთ, გრამის მეთოდითაც შეიძლება მათი შეღებვა.

გარდა ნეისერის გონოკოკებისა, გრამუარყოფითი დიპლოკოკებს ეკუთვნის აგრეთვე მენინგოკოკები. მაგრამ სასქესო ორგანოებში მათ კარასოდეს არ ვხვდებით.

გონოკოკის წმინდა კულტურის მიღებისათვის ჩვეულებრივი საკვები ნიადაგები არ გამოდგება. გონოკოკისათვის საკვებ მასალად აუცილებელია ადამიანის სისხლის შრატის, ასციტური, კისტის, პლევრის სითხე და სხვ.



გონოკოკები ნაკლებად იტანს მუქავებსა და ძლიერ ტუტებს. სუსტი ტუტე არე მათთვის ხელსაყრელია. განსაკუთრებით ცუდად მოქმედებს გონოკოკებზე სიმშრალე — ამ შემთხვევაში ისინი მალე იღუპებიან.

გონოკოკები აერობული მიკროორგანიზმებია. მათ ესაპირობათ უწყობადი. ისინი დიდხანს ინარჩუნებენ ცხოველმყოფელობას გაშლილ სველ არეში — სველ პირსახოცებზე, ღრუბლებზე, აბაჯანეში, გაშლილ ლორწოვან გარსზე და სხვ.

სურ. 45. გონოკოკები უჯრედში და უჯრედის გარეთ.

გონოკოკები ანაერობულ პირობებშიც განავრძობს ცხოველმყოფელობას, მაგრამ ამ შემთხვევაში ისინი ნელა მრავლდებიან (კრესი).

გონოკოკების გამოავლებისათვის ტემპერატურასაც საკმაოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს. მაგალითად, 36,5 — 37° ტემპერატურა მათი არსებობისათვის საუკეთესოდ ითვლება. გონოკოკის წმინდა კულტურა ვერც მალა და ვერც დაბალ ტემპერატურას ვერ უძლებს და იღუპება. მაგალითად, 39°-ზე მეტი და 25°-ზე დაბალი ტემპერატურის პირობებში ისინი ვერ მრავლდებიან (ვ. გრიფი).

გონოკოკები სხვა მიკროორგანიზმებთან ერთად ვერ არსებობენ. დახურულ, უჰაერო, ჩაპარკულ ადგილებში ისინი იღუპებიან რამდენიმე კვირის ან თვის განმავლობაში.

გონოკოკის კულტურაზე გამანადგურებლად მოქმედებს ანტისეპტიკური ხსნარები. მაგალითად, 1%-იანი პროტარგოლის ხსნარი სინჯარაში სპობს მათ 10 წუთის განმავლობაში, ხოლო 1%-იანი სულემის ხსნარი — კიდევ უფრო მალე.

რაც შეეხება გაშლილ ლორწოვან გარსს, აქ გონოკოკები დიდხანს ინარ-

ჩუნებს ცხოველმყოფელობას და ანტიისპეტიკურ ხსნარებსაც დიდ წინააღმდეგობას უწევს.

გონოკოკი იმუშავებს სპეციფიკურ ტოქსინს, რომელსაც გონოტოქსინი ეწოდება. გონოტოქსინი წარმოადგენს ენდოტოქსინს. ის თავისუფლდება მხოლოდ გონოკოკის დალუპებასთან ერთად.

გონორეის საწინააღმდეგოდ ორგანიზმს არ გააჩნია თანდაყოლილი, შეძენილი და ასაკობრივი იმუნიტეტი. გონორეისაგან განკურნებულ ადამიანს გონორეა მეორედაც ემართება, ზოგჯერ უფრო მწვავე ფორმაში.

გონოკოკები ადვილად აზიანებს ისეთ ქსოვილებს, რომლებიც ცილინდრული ებითელითაა დაფარული, ბრტყელ ებითელს კი ვერ სძლევენ. ისინი მოკვლდებიან სეროზულ და სახსრების სინოვიალურ გარსებზე, ენდოკარდიუმზე, ნემ-ერთებელ და კუნთოვან ქსოვილებში და სხვ.

გონოკოკი მხოლოდ ადამიანის პარაზიტია. ცხოველებს ამ მიკრობთა მიმართ აქვთ თანდაყოლილი იმუნიტეტი, რის გამოც გონორეა მათ არ ემართებათ. აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ ადამიანის მსგავს მაიმუნებსაც არ ემართებათ გონორეა.

ექსპერიმენტულად ზოგმა ავტორმა შეძლო გამოეწვია ცხოველის ლორწოვანი გარსის გონორეა — ნაღვლით ამ გარსის წინასწარი გაღიზიანების შედეგად.

გონოკოკების ფორმა გარემოს ზეგავლენით ცვალებადია. მაგალითად, ცნობილია გონოკოკების აშის (A<sub>1</sub>) ფორმა. ზოგიერთი მათგანი ჩვეულებრივ გონოკოკზე დიდია, ზოგიერთი კი პატარაა, ამასთან, ისინი მრგვალი ფორმისაა. გონოკოკის წერილი დეკენერაციული ფორმები ცუდად იღებება, დიდი ფორმები კი უფრო ინტენსიუალად.

ამ ფორმის გონოკოკები ქრონიკულ სტადიაში გვხვდება. ქრონიკული გონორეის გამწვავების შემთხვევაში აშის ფორმის გონოკოკები ნამდვილი ნეისერის ფორმის გონოკოკებად გადადის.

### გონოკოკების შეღებვის მეთოდი

თუ გვინდა გონოკოკები მეთილენის ლილით შევლებოთ, მაშინ სასაგნე მინაზე ფიქსირების შემდეგ პრეპარატი ნახევარი წუთით უნდა ჩავდოთ მეთილენის ლილის კონცენტრულ ხსნარში. თუ ხსნარი სუსტია, მაშინ პრეპარატი 5 — 10 წუთით უნდა გავაჩეროთ და შემდეგ გადავრეცხოთ. რის შემდეგ იგი უნდა გავაშროთ, დავასსათ ზედ ზეთით და იმერსიით გავსინჯოთ მიკროსკოპით.

გრამის წესით პრეპარატს შემდეგნაირად ვვლებავთ, სასაგნე მინა უნდა იყოს მშრალი. მასალა უნდა იყოს ფიქსირებული, უმჯობესია ალზე, ისე რომ სასაგნე მინა დაახლოებით 60°-ზე გაცხელდეს. ასეთ პრეპარატს ვვლებავთ 3 — 5 წუთის განმავლობაში გენციანვიოლეტის ახალგაფილტრული ხსნარით. შემდეგ სასაგნე მინიდან ვღვრით გენციანვიოლეტს, მაგრამ მინას არ ვრეცხავთ. ვასხამთ ზედ ლუკოლის ხსნარს და ვაჩერებთ 1 — 2 წუთის განმავლობაში. ლუგოლის ხსნარს ვღვრით, სასაგნე მინაზე ვასხამთ სპირტს და ვაჩერებთ პრეპარატის გაუფერულებამდე. შემდეგ გადავრეცხავთ წყლით.

მასალას დამატებით ვვლებავთ ფუქსინის ხსნარით ნახევარი წუთის განმავლობაში, შემდეგ ისევ გადავრეცხავთ წყლით და ვაშრობთ.

ასე დამუშავებული პრეპარატი უკვე მზადაა. გრამუარყოფითი გონოკო-

კები შეიღებება ვარდისფრად, დადებითი კოკები კი — მოშავო-ისფრად. ამრიგად, გონოკოკების გამოცნობა შედარებით უფრო ადვილია.

მწვავე სტადიაში გონოკოკების ნახვა ძნელი არ არის. ქრონიკულ შემთხვევებში მათი რაოდენობა მეტად კლებულობს.

### გონორეული ინფექციის გავრცელების გზები და ხელშეწყობი პირობები

გონორეა უმთავრესად სქესობრივი კავშირით ვრცელდება, ზოგჯერ ქალმა არც იცის, რომ მას გონორეა აქვს, რადგან ქალღმერთში ხშირად ეს დაავადება ყოველგვარი სუბიექტური სიმპტომის გარეშე მიმდინარეობს, განსაკუთრებით ქვემო სასქესო გზების გონორეა.

ტრევილი შეიძლება ქ.ლს არ აწუხებდეს ან ზოგჯერ მოკლე ხნით აღნიშნება. ჩიოქოვან ზღას კი არ ექვევა სათანადო ყურადღება და, ამრიგად, გონორეა ქრონიკულ ხასიათსღებულობს.

ასეთ შემთხვევაში ქალი შეიძლება ინფექციის გავრცელების წყაროდ იქცეს. იგი დაავადებას გადასდებს როგორც სქესობრივი კავშირის გზით, ისე უსუფთაო ხელებითა და სხვა საგნების დაზინძურების გზითაც.

დაავადების გავრცელების სქესობრივი გზის გარდა, არსებობს აგრეთვე სხვა, ზედადებით იწვიათი, მაგარამ მინც წესადღებელი გზები. ყველაზე საშიშია გონოკოკებით დაზინძურებული სველი საგნები, თურული, პირსახოცი, ღრუბელი, ირიგატორი, აბაზანა, საპირფარეო, მოსაშარდი ქილა და სხვ. საშიშროება მეტია განსაკუთრებით ბავშვებისათვის, რომელთაც ვულვა ნაზი აქვთ, გონოკოკები კი შედარებით ადვილად აზიანებს ნაზ ბრტყელ ეპითელს. არ არის იწვიათი დედისაგან შეიღზე გონორეის გადაღების შემთხვევა თურთველით, უსუფთაო ხელებით და სხვ. გონორეა შეიძლება გადაიტანოს აგრეთვე ექიმმა — პროცედურის ჩატარებისას ხელების სათანადოდ დამუშავების გარეშე, გაუსტერიღებელი იარაღებით და სხვ.

გონორეით დაავადებულს უსუფთაო ხელებით ადვილად შეუძლია სასქესო ორგანოებიდან გონორეა გადაიტანოს თვალის კონიუნქტივაზე — თუ ავღმყოფს წინასწარ არ მიეცა სათანადო ახსნა-განმარტება. გონორეული კონიუნქტივიტი კი მძიმე დაავადებაა.

გონორეული ინფექცია შეიძლება ჩირქოვანი ჩამონაწვეთის გზით გადავიდეს ერთი ორგანოდან მეორეზე. მაგალითად, თუ საშარდე მილიდან და საშოდან ჩირქი ჩამოწვეთა უკანა ტანზე, მაშინ შეიძლება მოხდეს სწორი ნაწლავის ინფიცირება.

ხშირად დაავადების გავრცელება ხდება per continuitatem. ინფექცია თანდათან სულ მეტ და მეტ ფართობს იკავებს და, ამრიგად, გადადის ერთი ადგილიდან მეორეზე.

გონორეულმა ინფექციამ ორგანიზმის რომელიმე დაავადებული ადგილიდან შეიძლება ზოგადი გავრცელება მიიღოს ლიმფისა და სისხლის საშუალებით.

ახალშობილს შეიძლება გონორეა თვალის ჩქოვანა გარსზე განუვითარდეს მშობიარობის დროს — თუ დედას საწვილოსნოს ყელის გონორეა აქვს. ეს მოვლენა ხშირი იყო, ვიდრე კრედე პროფილაქტიკის მიზნით შემოიღებდა

ახალშობილის თვალში 1—2%-იანი ლაპისის ხსნარის ჩაწვევებას. ეხლა ამ მიზნით წარმატებით იხმარება პენიცილინი.

შეიძლება დედამ ლოკინობის ხანაში გონორეით დაავადებული სასქესო ორგანოებიდან უსუფთაო ხელებით ან თეთრეულით ბავშვს გონორეა გადასდოს.

თუ გონორეას ქრონიკული ხასიათი აქვს, ჩვეულებრივ პირობებში შეიძლება ის გადამდები არ იყოს. მაგრამ ავზნებული სქესობრივი კავშირის დროს, სასქესო ორგანოების ძლიერი ჰიპერემიის გამო, ლორწოვანი გარსის ქვემო მიუზრებული კერებიდან გონოკოკები ზევით ამოდის და შეიძლება მწვავე პროცესი განვითარდეს. ასეთივე შესაძლებლობა არსებობს მენსტრუაციისა და გაცივების დროსაც.

### **სულფამილური პრეპარატებისა და პენიცილინის ხმარება ქალის გონორეის დროს**

უკანასკნელი წლები ხასიათდება ქიმიკოსთა, ბაქტერიოლოგთა და კლინიკისტთა ახალი მიღწევებით, რასაც უდიდესი მნიშვნელობა აქვს პრაქტიკული მედიცინისათვის.

ამ მხრივ სულფამილურ პრეპარატებს ერთ-ერთი საპატიო ადვილი უკავია. უკვე სავსებით დამტკიცებული და ჩამოყალიბებულია მათი დოზირებისა და ხმარების წესები. ზუსტად არის ცნობილი, თუ რომელი დაავადების საწინააღმდეგოდ შეიძლება მათი ხმარება და ვიციტ სხვადასხვა დაავადების დროს მათი მოქმედების შედეგებიც.

სულფამილური პრეპარატები გამანადგურებლად მოქმედებს გონოკოკებზე. გონორეის მკურნალობაში მათ საუკეთესო წესად იყენებენ.

რაც შეეხება პენიცილინს ან სხვა ანტიბიოტიკებს, მათი სახით დღეს ჩვენ გვაქვს სრულიად ახალი ბიოლოგიური აგენტი, რომელიც კიდევ უფრო სრულად ანადგურებს და სპობს პათოგენურ მიკრობებს.

როგორც ექსპერიმენტულმა ცდებმა და კლინიკურმა გამოცდილებამ დაადასტურა, პენიცილინი მოქმედებს შემდეგ მიკრობებზე: სტაფილოკოკზე, სტრეპტოკოკზე, მენინკოკზე, გონოკოკზე და სხვ.

ესე როგორც სულფამილური პრეპარატების მოქმედება, პენიცილინის მოქმედებაც ბაქტერიოსტატიკურია. მისი მოქმედებისას მიკრობების გამოავლენა ორგანიზმში და ქსოვილურში ფერხდება, მათი გამრავლებებისათვის იქმნება არახელსაყრელი პირობები, ძლიერდება სისხლის ბაქტერიციდული უნარი, მიკრობები სუსტდება და ფაგოციტების მსხვერპლი ხდება.

პენიცილინი მაღალი ტემპერატურის ზეკავლენით მალე იშლება. ოთახის ტემპერატურის პირობებში მისი აქტიუობა ნახევრდება. ამიტომ პენიცილინი უნდა წყნარად იხმარებოდეს, სადაც ტემპერატურა 20°-ს არ აღემატება.

სულფამილურ პრეპარატებს ამ მხრივ გაცივებული უპირატესობა აქვს — არ იშლება არც სინათლისა და არც ტემპერატურის ზეკავლენით.

პენიცილინი განისაზღვრება საერთაშორისო ერთეულებით. ერთი საერთაშორისო ერთეული ეწოდება პენიცილინის ისეთ რაოდენობას, რომელიც 50 გრამ ბულიონში გახსნილი, იწვევს სტაფილოკოკის ზრდის შეფერხებას.

ჩირქოვან ნიადაგში სულფამილური პრეპარატების მოქმედება ფერხდება,

რადგან აქ არის ამინობენზოიანი მკევა. პენიცილინის მოქმედებას კი ვერ აფერხებს ვერც ჩირქი, ვერც აუტოლიზის პოლიექტები და ვერც პეტონი.

ორგანიზმიდან პენიცილინის 95% გამოიყოფა თარქმულების საშუალებით, ისე როგორც ამ-ს ადკილი აქვს სულფამილური პრეპარატების შემთხვევაში.

კუნთებში შეყვანილი პენიცილინი სწრაფად გადადის სისხლში და შარდში და აქ მისი აღმოჩენა მაშინვე შეიძლება. სულფამილური პრეპარატების აღმოჩენა სისხლში შეიძლება პრეპარატის მიღებიდან 10 — 15 წუთის შემდეგ. 4 საათის შემდეგ აღინიშნება მ.თ.ი მაცხიმალური კონცენტრაცია. 48 — 72 საათის შემდეგ, თუ ახლად არ შევიყვანეთ, სულფამილური პრეპარატები სავესებით გამოიყოფა ორგანიზმიდან. პენიცილინი კი გაცილებით უფრო სწრაფად ტოვებს ორგანიზმს. ამიტომ პენიცილინის შეყვანა უფრო ხშირად საჭირო, რათა მისი მოქმედება არ შეწყდეს.

როგორც აღინიშნული იყო, სულფამილური პრეპარატები იძლევა არასასიამოვნო გვერდით მოვლენებს — იწვევს თავის ტკივილს, გულისრევას, პირღებინებას, მოვლენებს გულის, თირკმლების, ნეოველი სისტემისა და კანის წხრივ, აგრეთვე. რაც მთავარია, სისხლში აგრანულოციტოზის რის გამოც ზოგჯერ იძულებული ვართ მათი ხმარება შევწყვიტოთ.

სულფამილური პრეპარატებით მკურნალობის დროს საჭიროა სისხლის სისტემატური კონტროლი. ლეიკოციტების რაოდენობის მკვეთრი დაკლების შემთხვევაში პრეპარატის მიცემა უნდა შევწყვიტოთ.

იმისათვის რომ სულფამილური პრეპარატების მოქმედება სტრუპტოკოკზე ეფექტური იყოს, საჭიროა მათი კონცენტრაცია სისხლში ავიყვანოთ 8 — 10 — 12 მკ% -მდე. ეს კი ზოგჯერ შეუძლებელი ხდება — გვერდითი მოვლენების განვითარების გამო.

პენიცილინი წარმატებით იხმარება იმ შემთხვევებში, როცა სულფამილური პრეპარატები შედეგს არ იძლევა. არის გონოკოკების ისეთი შტამები, რომლებსაც სულფამილური პრეპარატები ვერ სპობს. ჩვენი დაკვირვებით სულფამილური პრეპარატები უნდა დავენიშნოთ აღმავალი ან უცვლელი როზით, დღეში არა ნაკლებ 3 გოამცხა. გონორეის განკურნებისათვის საჭიროა 30 — 40 გ სტრუპტოციდი და 20 — 25 გ სულფადიმეზინი, ნორსულფაზოლი და სხვ.

პენიცილინი გონორეის დროს იხმარება კანქვეშ — თითო შემსაბუნებაზე 100 ათასი ერთეული, ყოველ 4 საათში ერთხელ, სულ სამი მილიონი ერთეულის რაოდენობით.

სულფამიდი და პენიცილინი წარმატებით იხმარება გონორეის როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული ფომის დროს. მათი ხმარება შეიძლება ორსულობისა და მენსტრუაციის დროსაც.

სულფამილური პრეპარატებისა და ანტიბიოტიკების არასწორი ხმარება იწვევს გონოკოკების რეზისტენტული ფორმების განვითარებას, რის გამოც მკურნალობა ძნელდება. ამ პრეპარატების ხმარების დროს საჭიროა ადკილობრივი მკურნალობის ჩატარებაც — ჩირქბუღებების (ჩირქოვანი ბართოლინტის, ჩაბარკული ჩირქოვანი დანამატების) დაცლა.

სულფამილური პრეპარატების გამოყენების წინააღმდეგ ჩვენებაა: 1) ნეფროზო-ნეფრიტები; 2) ფილტვების აქტიური ტუბერკულოზი; 3) კარდიოვასკულარული სისტემისა და სისხლის მკაფიოდ გამოხატული დაავადებანი; 4) კუჭისა და წაწლაგების წყლული; 5) ოოსულთა ტოქსიკოზი და ჩვეული აბორტი.

## ქალის ძველი სისხლის გზების გონორეა

მკვლევარები ქალის გონორეის ყოფენ ქვემო სასქესო გზების გონორეად და აღმავალ გონორეად. ეს სახეებით სწორია, რადგან მათ მიმდინარეობასა, დიაგნოზსა და მკურნალობაში თვალსაჩინო განსხვავებაა.

### ზადელაუნის გონორეა (urethritis gonorrhoeica)

გონორეული პროცესით, სხვა ორგანოებთან შედარებით, უფრო ხშირად შარდსადენი ზიანდება. სხვადასხვა აეტორი საერთოდ გონორეული დაავადების შემთხვევებიდან შარდსადენის დაავადების შემთხვევათა სიხშირის სტატისტიკა პროცენტს აღნიშნავს, მაკალითად, ბაკმი, პეტრენკო — 76% -ს კლინი — 100% -ს; ჩუენი მონაცემებს მიხედვით შარდსადენის გონორეა გვხვდება შემთხვევათა 90% -ში. აქედან ცხადია, რომ ქალის გონორეით დაავადების დროს უფრო ხშირ შემთხვევაში შარდსადენი არის დაზიანებული.

საშარდე მილის ლორწოვან გარსზე გონოკოკები სწრაფად ვრცელდება. დასაწყისში გამონადენი სეოზული ხასიათისაა, მუჰაჰე-მეოთხე დღიდან ის უკვე ჩირქოვანია. ლორწოვანი გაოსი შეშუპებული, ჰიპერემიული და გაწითლებულია. ამ პერიოდში გონოკოკები დიდი რაოდენობითაა და მათი ნახვაც ადვილია. მეტად დიდი რაოდენობითაა აგრეთვე ლეიკოციტები.

დაღუბული გონოკოკებიდან წარმოიშევა ენდოტოქსინი, რომელიც წარმოადგენს შამს და ზემოქედებას ახდენს ორგანიზმზე.

საშარდე მილის ლორწოვან გარსში ხდება სამი სახის ცვლური ცვლილება: 1) ცილინდრული, ანუ გარდამავალი ეპითელის ნეკროზი; 2) მოავლურმრიანი ბრტყელი ეპითელის წარმოშობა; 3) ცილინდრული ეპითელის რეკენეოციცია.

თუ მწვავე პროცესი არ განიკურნა და ქრონიკულში გადავიდა, მაშინ საშარდე მილის გარეთა ბიოი გადმობრუნებულია — ეს არის ე. წ. ექტროპია. იკი მუქი წითელი ფერისაა. არაიშვითად შეხებით სისხლმდენია. ლორწოვანი გარსი ამ დროს უხეშია, დანაოქებულია, ინფილტრირებულია.

ქრონიკულ შემთხვევებში მილში აღინიშნება აგრეთვე ნაწიბურები და სტრიქტურეიც. არაიშვითად გვხვდება პარაურეთრალური აბსცესები, რომლებსაც შეუძლია ურეთროვეულვარული ან ურეთროვაციანალური ფისტულების წარმოშობა გამოიწვიოს.

ქრონიკულ შემთხვევებში გონოკოკები უფრო ღრმად არის ჩასული ლორწოვან გარსში და პარაურეთრალურ ზონებში.

გონორეა ზოკჯერ შარდის ბუშტის ყელსაც აზიანებს. მაგრამ თვით შარდის ბუშტის ლორწოვანი გარსი შედარებით იშვითად ავადდება. თუმცა შეიძლება ადვილი ექნეს არა მარტო შარდის ბუშტის, არამედ შარდსაწვეთისა და თვით თირკმლის მენჯის დაზიანებასაც — განსაკუთრებით ოსტეოპოროზის დროს.

კლინიკურა მიჰდინარეობა. როკორც ვთქვით, საშარდე მილის გონორეა ყველაზე ხშირია. დაავადების მე-3—4 დღიდან ურეთრიაში და საშვილოსნოს ყელის ლორწოვან გარსში ვლინდება ანთებითი მოვლენები.

საშარდე მილას გარეთა ბიოი შესიეებულია, ჩირქმდენია. თუ საშოში შევიტანთ საჩვენებელ თათს, ბოლო საშოს წინა კედელზე, სადაც ურეთრა

გადის, ფრთხილად გავაყეთებთ მასაჟს და საშარდე მილის შიგთავსს გარეთ გამოვრწყავთ, ენახავთ, რომ იქიდან დიდი რაოდენობით გამოვა ჩირქი. საშარდე მილი მასაჟის დროს მტკივნეულია.

ქ-ლი უჩვიის მოშარდვის დროს წვას და მწვავე ტკივილს, ხშირი შარდვის სურვილს და სხვ. მაგრამ ქალის გონორეულ ურეთრიტს ყოველთვის არ ახასიათებს მწვავე ტკივილი და წეის შეგრძნება შარდვს დროს.

ქალის ურეთრა ფართო და მოკლეა (3—4 სმ სიგრძის), ერეკტიას არ განიცდის. ამიტომ გასაგებია, რომ ტკივილიც ნაკლებია, განსაკუთრებით მაშინ, თუ შარდის ბუშტის ყელი გონორეულ პროცესში არ არის ჩაბმული.

მწვავე პროცესი მალე გაივლის და სათანადო მკურნალობით ურეთრა იკურნება. ჩვენ საექვოდ მიგვაჩნია ზოგაერთი ავტორის აზრი იმის შესახებ, თითქოს 6—10 კვირაში მკურნალობის გარეშეც შესაძლებელი იყოს ურეთრის განკურნება გონორეული პროცესისაყან.

ჩვენის აზრით, ქ-ლის ქრონიკული ურეთრიტი და გართულებები სწორედ იმის შედეგია, რომ ან მკურნალობა სრულიად არ ჩატარდა, ან იგი ჩატარდა არასწორად და არასათანადოდ.

**ღიაგნოზი.** გონორეული ურეთრიტის საბოლოო დიაგნოზი მიკროსკოპის საშუალებით უნდა დაისვას.

ურეთრიდან უნდა ავიღოთ ნაცხი. ნაცხის ალებების წინ ქალს არ უნდა ჰქონდეს მოშარდული ორი-სამი საათის განმავლობაში.

მარცხენა ტკლის საჩვენებელი თითით და ცერით გავწვთ დიდ და მცირე სასირტქო ბაგეებს; მაიჯვენა ხელით, რომელშიც გვიპიროავს კალიუმპერმანგანატის ან სულემის სუსტ ხსნარში ან სხვა რომელიმე სადენიზნეექციო საშუალებაში დასველებული ბამბა, მოვბანთ ურეთრის გარეთა პირს, რის შემდეგ საშოს კარბქეს ჩამოუხსენთ მშრალ ბამბას. ამის შემდეგ, ჩვენის აზრით, უმჯობესია საშოში ღრმად ჩავდოთ მშრალი ბამბის ბურთულა და შევიტანოთ საჩვენებელი თითით საშოში.

საშარდე მილის გასწვრივ უკანრიდან წინ უნდა გავაყეთოთ მსუბუქი მასაჟი, რათა ჩირქი წინ გამოვდენოთ. საშოში ჩადებული ბამბის ბურთულა საშუალებას არ მისცემს საშოს გამონადენს შეუერთდეს ურეთრის გამონადენს, რაც სასურველი არ არის, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც პრეპარატს მეთილენის ლილით ვღებავთ.

ურეთრიდან გამონადენს ჩირქს ვიღებთ ჩხირზე დახვეული ბამბით ან ლითონის წვრილი მარყუჟით ან პატარა ბლაგვი Aclis-ის კოეხით. მასალა ფრთხილად უნდა ავიდოთ, ისე რომ ქსოვილი არ დაზიანდეს. ამავე დროს, მარყუჟით ღრმად უნდა ჩავიდეთ ურეთრის ლორწოვანი გარსის ნაოქებში და იქედან ამოვიღოთ გამონადენი.

სასაგნე მინა კარგად უნდა გავასუფთავოთ — მასზე არ უნდა იყოს ცხიმის წვეთები. წინააღმდეგ შემთხვევაში პრეპარატი კარგად არ შეიღებება და არც მასალა დამაგრდება. ამიტომ სასაგნე მინა უმჯობესია გავწმინდოთ ჯერ წყლით, შემდეგ სპირტითა და ეთერით.

სასაგნე მინაზე აღებული მასალის ფიქსაციისათვის საჭიროა სასაგნე მინა ნელა გავატაროთ ალზე 2—3-ჯერ, ისე რომ აღებულ მასალას უშუალოდ არ მოხედეს ალი. ალი სასაგნე მინის მკოე მხარეს უნდა ხედებოდეს.

ამის შემდეგ შეიძლება პრეპარატის წედება. როგორც ვთქვით, შეიძლე-

ბა შეეღებოთ მეთილენის ლილის სუსტი და კონცენტრული ხსნარით. ყველა საექვო შემთხვევაში უჯობებსა პრეპარატი გრამის წესით შეეღებოთ.

მწვევე გონორეის დროს ნაცხში მიკროსკოპის საშუალებით ვნახულობთ ლეიკოციტებს, რომლებითაც დაფარულია მთელი მხედველობის არე. ეპითელი არ აღინიშნება. დიდი რაოდენობით არის ნეისერიის გონოკოკის ტიპიური ფორმები — ჯკუფ-ჯკუფად დალაგებული. სხვა ბაქტერიული ფლორა არ არსებობს. ზოგჯერ გონოკოკები ლეიკოციტების პროტოპლაზმაშია მოთავსებული — ინტოაცელულარულად. ეს მოვლენა გონორეის არსებობის უდავო დამადასტურებელია. ზოგჯერ ლეიკოციტები დიდი რაოდენობით არის, მაგრამ გონოკოკების ნახვა მაშინვე არ ხერხდება. ამიტომ საჭიროა პრეპარატის უფრო გულმოდკინედ დათვალიერება.

ქრონიკული ურეთრიტის დროს გონოკოკების ნახვა ადვილი არ არის. პრეპარატში უფრო ეპითელი სჭარბობს. ლეიკოციტების რაოდენობა კი მცირეა.

ქრონიკულ შემთხვევებში ურეთრის ქსოვილის ქვემო ფენებიდან გონოკოკების ზევით განდენისათვის ვიყენებთ სხვადასხვა საპროვოკაციო საშუალებას — მქანაკურს, თერმულს, მედიკამენტურს, ვაქცინურს და სხვ. ვიყენებთ აგრეთვე ამ საშუალებათა სხვადასხვა კომბინაციას.

გონოკოკების აღმოსაჩნად კარგია ნაცხის აღება მენსტრუაციის დროს, რადგან მენსტრუაცია ყველა მიუხედავად ქრონიკულად მიმდინარე დაავადების გაქვეყნებას იწვევს.

მქანაკურ ფაქტორად ვიყენებთ ურეთრის მასაეს, თერმულ ფაქტორად — დიათერმიას, მედიკამენტურ ფაქტორად — ურეთრაში 1—2% ლაპისის ხსნარის შეყვანას. ვაქცინებიდან ვხმარობთ გონოვაქცინას ან რომელიმე პროტეინის (მაგალითად, სტერილური რძის) 1—2 გ რაოდენობით შეშხაბუნებას კანქვეშ და სხვ.

გონოკოკების გაზოვლინების საპროვოკაციოდ ჩვენ მიზანშეწონილად მიგვაჩნია საშარდე მილს მასაეი. ამავე დროს, საშარდე მილში შევყავს ლაპისის 1—2% -იანი ხსნარი 2—3 გ რაოდენობით ტარნოესკის შპოიციტ კანქვეშ ვუშხაბუნებთ 1 გ გონოვაქცინას 200 მილიონი ერთეულის რაოდენობით. ამავე დროს უმჯობესია ავადმყოფმა სვას ლუდი და მიიღოს ისეთი გამაღიზიანებელი საკმელი, როგორცაა წინაქიანი კერძი და სხვ. მესამე დღეს ავადმყოფი უნდა გამოცხადდეს ნაცხის ასაღებად. ნაცხი უმჯობესია 2—3 დღის განმავლობაში ყოველდღე ავიღოთ.

ჩვენ მიზანშეწონილად ვთვლით ნაცხის აღებას თვიურის წინ და მი შემდეგ. აგრეთვე ფრთხილად თვით თვიურის დროსაც.

ნაცხი უნდა ავიღოთ ურეთრიდან, საწვილოსნოს ყელიდან, სკენეს ჯირკვლებიდან, სწორი ნაწლავიდან.

საწვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსის ქრონიკული გონორეის საპროვოკაციოდ საშოში უნდა ჩავასხათ 3—5% -იანი ლაპისი, ისე რომ ყელი დაიფაროს, და უნდა გავაჩეროთ 2—3 წუთი. ისე როგორც ურეთრიდან, ნაცხი აქედანაც უნდა ავიღოთ მესამე დღეს და შემდეგ ყოველდღე ორი — სამი დღის განმავლობაში.

**მკურნალობა.** როგორც შარდსადენის, ისე სხვა ორგანოების გონორეის მკურნალობა ამჟამად სულფამიდური პრეპარატებითა და პენიცილინით წარმოებს.

სულფამიდური პრეპარატებით ან პენიცილინით მკურნალობასთან ერთად უნდა იყარა მოთხად ადგილობრივი მკურნალობაც.



სულფამიდური პრეპარატების გამოყენებასთან ერთად საჭიროა ურეთრის გამორეცხვა სუსტი პერმანანტლიუმის ხსნარით. ურეთრის გამორეცხვა უნდა ვაჭარბოთ დიდი რაოდენობის გადaluღებული, არა ნაკლებ 35'-მდე გამობარი, მკრამ სუსტი კონცენტრაციის საღებუნფექციო ხსნარებით. ღდება ჩირქისა და მიკრობების გამორეცხვა დაზიანებული ლორწოვანი გარსიდან. პერმანანტალიუმში კი ადერტეს ლორწოვან გარსში გონოკოკების გამოავლებას და ანელებს ანთების პროცესს.

ურეთრაში ადგილობრივი მოქმედების მიზნით აშის კოვზით შევკვქვს სულფამიდური პრეპარატები (სტრეპტოციდი, სულფადიმეზინი და სჯ.). ურეთრაში სულფამიდური პრეპარატების შეტანის წინ ავადმყოფმა უნდა მოშაოდოს, შემდეგ კი ორი საათი მინც მოშარდესაცან თავი შეიკავოს.

მკურნალობის პროცესში ნაცხი სისტემატურად უნდა ავილოთ, რათა განკურნებას მიკროსკოპულადაც ვადვენოთ თვალი.

ურეთრის გონორეის მკურნალობა არ იქნება სრულყოფილი, თუ ურეთრისა და საერთოდ ვესტიბულურ არეში მდებარე ჩაპარკულ აბსცესებს არ გავკვეთავთ და ჩირქს არ გამოუშვებთ, რადგან სულფამიდური პრეპარატები და პენიცილინი შემოფარგლულ ჩირქგროვებში ვერ გადის.

### გონორეული სქენიტი (seneitis gonorrhoeica)

ურეთრის ქვემო კედელსა და საშოს წინა კედელს შორის მდებარეობს მილები, ე. წ. სკენეს ჯირკვლები, რომელთა რაოდენობა ერთიდან ოთხამდეა. ისინი წარმოადენენ ყოუ ხერეღვს, რომლებც ცილინდრული ეპითელითაა დფარული. ამ სერღვებში არასათანადო მკურნალობის დროს ხანკოდ იგი დროს განმელობანი ბუღოღს გონორეული ინფექცია, რომელიც პროცესის გამწვანების მუდმივ ფაქტო ს წარმოღეს. გოდა სკენეს ჯირკვლებსა, იქვე მდებარე პარაურეთრალური ხერეღებიც შეიცავს ზოჯვერ ჩირქსა და გონოკოკებს.

სკენეს ჯირკვლებისა და პარაურეთრალური ხერეღების დაეადების მკურნალობა ტარდება ურეთრის მკურნალობასთან ერთად — სულფამიდური პრეპარატებით, პენიცილინით და ადგილობრივი მანიბულაციებით. ზოჯვერ მიემართავთ ჯირკვლების მოსპობას ელექტროკოაგულატორით.

თუ პარაურეთრალური სადინარი დაიხშო, ჩნდება რეტენციული კისტა, კისტის დაჩირქების შემთხვევაში კი — ცრუ აბსცესი. თუ პროცესს თან დაერთო სხვა რომელიმე ინფექცია, მაშინ ვითარდება ნამღვილი აბსცესი, რომელიც უნდა გაიკვეთოს.

### გონორეული ბართოლინიტი (bartholinitis gonorrhoeica)

როჯორც ანატომიური ნაწილიდან ვიცით, საშოს შესავლის გვერღვზე, დიდი სასირცხო ბაეების ქვემო ნაწილში. მოთავსებულია საშოს კარბქის დიდი ჯირკვლები, ე. წ. ბართოლინის ჯირკვლები.

ბართოლინის ჯირკვლები შედგება მილაკოვანა, ჯარკვლოვანი სადინარებისაგან, რომლებიც ეთოშაიანა ცილინდრული ეპითელითაა დაფარული. ჯირკვლოვანი სადინარები თავს იყრის საერთო აპულაში, რომელიც ხეზოდან კუბური ეპითელითაა დაფარული, ღრმად კი ცილინდრული ეპითელი მდებარეობს.

ამულიდან გამოდის მეტად ვიწრო სადინარი, რომელიც დაფარულია მრავალშოიანი ბრტყელი ეპითელით. სადინარი იხსნება იქ, სადაც მცირე სასირცხო ბაგეები გადადის დიდ სასირცხო ბაგეებში.

გონორეა აზიანებს მხოლოდ ბართოლინის ჯირკვლის სადინარს, თუმცა ელისტრატოვამ და სხვებმა აღწერეს გონორეისაგან თვით ჯირკვლის დაზიანების შემთხვევები.

სადინარის ანთებითი დაზიანების ნიადაგზე ჯდება ბართოლინის ჯირკვლის სეკრეტის გამოწვევის შეფერხება, სადინარის დაზიანების შედეგად კი — სეკრეტის გარეთ გამოყოფა სრულიად შეწყდება. ამრიგად, სეკრეტი გროვდება ამპულაში, ავანიერებს მას და ვითარდება ბართოლინის ჯირკვლის კისტა.

სადინარი 1½ — 2 სმ სიგრძისაა, ძლიერ ვიწროა. ამიტომ მის უკანა ღრმა ნაწილში ჩირქი გროვდება და გარეთ არ გამოირწყვება, რის გამოც სიმსივნე სიდიდემდე მატულობს, ხოლო სადინარის კედელი თხელდება და სკდება.

ამრიგად, ვითარდება დისტულა და ე. წ. ფსევდოობსცესი. ფსევდოობსცესის დროს პროცესი მიმდინარეობს გაგანიერებულ სადინარში და არა თვით ჯირკვლში.

როდესაც ფისტულა განვითარდება, შეიძლება გონოკოკების არსებობასთან დროთა სწრაფ ბაქტერიების გაჩენა, რაც იწვევს ბართოლინის ჯირკვლის ნაშვლად აბსცესს — თვით ჯირკვლის პარენქიმის დაჩირქებითა და დაშლით.

ჩირქოვანი ბართოლინიტის გამორწყვა უფრო ხშირად ხდება დიდი სასირცხო ბაგეების შიგნითა ზედაპირზე, იშვიათად კი — შორისის ან სწორი ნაწლავისაკენ.

**კლინიკური მიმდინარეობა და დიაგნოზი.** თუ დაზიანდა ბართოლინის ჯირკვლის სადინარი, მაშინ სადინარის გარეთა პირზე აღინიშნება სიწითლე და შეშუპება, რომელსაც macula gonorrhoeica ეწოდება. ჯირკვალი უფრო ხშირად ავადდება დაავადების დაწყებიდან სამი კვირის შემდეგ.

პროცესის დასაწყისში, როდესაც ჯირკვლი დიდი არ არის, ქალს თითქმის არაფერი აწუხებს. მაგრამ სადინარის დაზიანების დაკავშირებით ჩნდება კისტა, რომელიც ავადმყოფს უშლის სიარულს და ქსოვილების გაქაჩვის გამო იწვევს ტკივილსაც.

სადინარის ღრმა ნაწილში ჩირქის დაგროვების გამო ავადმყოფს აღნიშნება ტემპერატურისა და ტკივილის მომატება. თუ გაგანიერებული ამპულა და სადინარის ჩირქოვანი ნაწილი გასკდა და ჩირქი გამოირწყო, მაშინ ტემპერატურა და ტკივილი კლებულობს. მაგრამ არ უნდა დაუვიწყრდეს, რომ ამ დროს სწორედ საშიშია, გარდა გონოკოკებისა, სწრაფ ბაქტერიების შეჭრა და ნაშვლი აბსცესის განვითარება, რაც დიდი ტემპერატურითა და შემცივნებით ხასიათდება.

**მკურნალობა.** უნდა ვერიდოთ ბართოლინის ჯირკვლის ამოკვეთას, თუ ეს აუცილებელი არ არის. აღნიშნის ორგანიზმში ყველა ორგანოს აქვს თავისი დანიშნულება. ბართოლინის ჯირკვალსაც აქვს განსაზღვრული ფუნქცია. იგი კოიტუსის დროს გამოყოფს სეკრეტს. ამასთან კოიტუსის გარეშე გულუას აძლევს საპირს სისელებს. ზოგიერთი ავტორი მის სეკრეტს ბაქტერიციულ თვისებებს აწერს. ზოგიერთი კი ფიქრობს, რომ ბართოლინის ჯირკვალს შინაგანი სეკრეციის უნარი აქვს.

ერთი სიტყვით, ბართოლინის ჯირკვლი უნდა დავზოკოთ, მაკრამ, თუ სხვა გამოსავალი არ არის, მაგალითად, რეციდიველი ჩირქოვანი პროცესის დროს, უმჯობესია ის ამოიკვეთოს.

სიმსივნე ზოგჯერ თვითონ გასკდება და ჩირქი საესებით გამოიარწყვება. თუ სიმსივნე არ გასკდა, მაშინ მას კვეთავთ სიკრძივი მიმართულებით და ვდებთ დრენაჟს.



სურ. 46. ბართოლინის ჯირკვლის კისტა.

ბართოლინის ჯირკვლის ამოკვეთას მივპართავთ მაშინ, როდესაც დაზიანებულია თვით ჯირკვლის პარენქიმა. ამოკვეთას ვაწარმოებთ არამწვავე პროცესის დროს. მწვავე პროცესის შემთხვევაში ამოკვეთა საშიშია.

პეტჩენკოს უნახავს ბართოლინის ჯირკვლის ამოკვეთისას სეფსისის განვითარება.

ქრონიკული ნოდოზური ხასიათის პროცესის დროს ბართოლიანს ჯირკვლი პატარა და მკერივია. ეს ფორმა მკურნალობას არ საჭიროებს.

ქრონიკული ჩირქოვანი ბართოლინიტის მკურნალობის მიზნით ვაწარმოებთ პუნქციის ჩირქის ევაკუაციით, რის შემდეგ შივ პენიცილინი შევუყავს. თუ ეს არ შეეღის, ჩირქოვანი პარკი უნდა გაიხსნას. ამ შემთხვევაშიაც საჭიროა სულფამიდიური პრეპარატებისა და პენიცილინის ხმარება.

### ვულვის ვონორრეა (Vulvitis gonorrhoeica)

როგორც უკვე აღნიშნული იყო, გონოკოკი უქოთარესად ცილანდრულ ეპითელს აზიანებს. რაც შეეხება ბრტყელ და ისიც მოავლშიან ეპითელს, გონოკოკი მას ვერ ერევა. ამიტომ ვულვა არ ავადდება გონორეული პროცესით, თუ აქ არსებული ბრტყელი ეპითელი რაიმე მიზეზის გამო არაა გაფტვიერებული, გარბილებული, განაზებული ან მაცერირებული. ასეთი კი არის ბავშვის, ორსული ქალისა და მოხუცებულის ვულვის ეპითელი.

ორსულობის დროს ვულვის ეპითელის გარბილება და გაფტვიერება გამოწვეულია ორგანიზმში ფოლიკულის ჰორმონის ჰარბი რაოდენობის არსებობით. მოხუცებულობის დროს კი ვულვის ეპითელი მოკლებულია ბრძოლის უნარს. ამ შემთხვევაში ვითარდება ვულვის ვონორრეა.

ვულვის პირველადი ვონორრეა არ გვხვდება მაშინ, როდესაც ოვარიალური ჰორმონის გამომუშავება არ აღემატება ნორმას და არც მასზე ნაკლებია. ამას ადვილი აქვს საშუალო ასაკში.

კლინიკური მიმდინარეობა და დიაგნოზი. ვულვის ვონორრეის დროს ვულვა შეშუპებული და ჰიპერემიულია. ადვილი აქვს დიდი რაოდენობით ჩირქის

დნას, რის გამოც სასირცხო ბაქეები შეწებებულია. აქა-იქ მოჩანს წინწკლოვანი სისხლჩაქცევები და პატარა ეროზიები.

მწვავე გონორეული ვულვიტის, ისე როგორც არავანორეული ვულვიტის დროს, ადვილი აქვს ტკივალს (ძირითადად თეთრეულის ხაზუნის შედეგად, განსაკუთრებით სიარულის დროს) და წვას მოშარდვისას.

ვულვის გონორეის დიაგნოზის დასმის დროს, ისე როგორც სასქესო ორგანოების სხვა ნაწილების გონორეის დიაგნოზის დასმის შემთხვევაში, დიდი მნიშვნელობა აქვს გონორეულ ეტიოლოგიას. გამონადენი მიკროსკოპულად რამდენჯერმე უნდა გაესინჯოთ.

**სკურნალობა.** გონორეული ვულვიტის მკურნალობას ვაწარმოებთ ენდოცერვიციტისა და ვაგინიტის მკურნალობასთან ერთად — სულფამიდური პრეპარატებით ან პენიცილინით.

მწვავე პროცესის დროს კარგია თბილი საჯდომი აბაზანები, დღეში ორჯერ ესმარხის ტოლიდან ჰერმანკანკალიუმის სუსტი ხსნარით ჩაშობანა, პროტარგოლის ხსნარის საღებები. ამავე დროს, ურეთრის, სკენეს ჯირკვლების მკურნალობა; ბართოლინის ჯირკვლებსაც ყურადღება უნდა მივაქციოთ. უენიშნავთ აგრეთვე სულფამიდურ პრეპარატებს და პენიცილინს.

### ვვებითანი კონდილომატი (Condylomata acuminata)

საშოს წესაველში, შორისზე. იშვიათად საშოსა და საწვილოსნოს ყელის საშოსმხრივ ნაწილზე, ვითარდება ე. წ. წვეტიანი კონდილომატი, რომლებიც წარმოადგენს კანის ღვრილოვანი შრის ჰიპერტროფიას.

წვეტიანი კონდილომატი ზოგჯერ ძლიერ მრავლდება, ისე, რომ სქესობრივი კავშირი და მშობიარობა შეუძლებელი ხდება.

წვეტიანი კონდილომატი არ არის მხოლოდ გონორეისათვის დამახასიათებელი. ისინი შეიძლება განვითარდნენ როგორც გონორეული, ისე არავანორეული გამონადენისაგან.

**მკურნალობა.** იხმარება მათი მოწვა თერმოკაუტერით ან მედიკამენტური საშუალებით, ან კიდევ მათი მოფხეკა მკრელი კოეზით. მოწოდებულია აგრეთვე მათი მოჭრა მაკრატლით ან სკალპელით მოკვეთა. უკეთესია მკრელი მაკრატლით ან დანით მათა მოკალება.

მოსაწვავად იხმარება:

Rp.: Resorcini 9,0  
spiritus vini 30,0  
D. S. გარეკანი საშუალება.

Rp.: Liq Ferri sesquichorati 20,0  
D. S. გარეკანი საშუალება.

ანუსის ირველივ გონორეისაგან განვითარებული მამლის ბიბილოს მაგარი წარმონაქმნი აღწერეს შტუმპკემ და კლინგმულერმა (შრედერიტ).

### საშოს გონორეა (Vaginitis gonorrhoeica)

საშოს გონორეის შესახებ იკვირებ უნდა ითქვას, რაც ვულვის გონორეის შესახებ იყო აღწერილი. თუ ქ-ლს საკვერცხეების ნორმალური შინაკანი სკრედეა აქვს; საშოს ბრტყელი, მოავალშიანი ეპითელი გონორეისაგან არ დაზიანდება. პირველადი გონორეული ვაგინიტი იშვიათი მოვლენაა.

საშოს პირველადი გონორეა გვევლება ბავშვთა, ორსულთა და მოხუცებულთა შორის. ის პირველად ვითარდება აგრეთვე სრულსაკონთა შორის მაშინ, როდესაც საკვერცხეები ამოკეთოლია ან ქლს აქვს სასქესო ორგანოების ან ზოგადი ინფანტილიზმი, ე. ი. საკვერცხეების ფუნქცია არ არის დამაკმაყოფილებელი. ამოიკად, საშოს გონორეით დაავადებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ჰორმონების ჰიპო- და ჰიპერსეკრეციას (ინფანტილიზმი, ორსულობა).

ივანოვსა და დემბსკაიას ყოველკვარ პირობებში შესაძლებლად მიაჩნიათ პირველადი გონორეული ვაგინიტის განვითარება. ივანოვის აზრით, გონორეით დაავადებულ ქალთა 50%-ს აღენიშნება გონორეული კოლპიტი.

საშოს გონორეული ანთების დროს ლორწოვანი გარსი არათანაბრად დაა ჰიპერემიული და შეშუპებული. გამონადენი დასაწყისში სეროზულია, შემდეგ კი ჩირქოვანი. ზოგან ეპითელი აცილილია, დესქვამირებულია. ლორწოვანი გარსი სისქმდენია.

**კლინიკური მიმდინარეობა და დიაგნოზი.** საშოდან ჩირქის დენის, ლორწოვანი გარსის უმნიშვნელო სისქლდენის, შეშუპების, ჰიპერემიის, განსაკუთრებით საშოს უკანა კედლის ნაწილის მტკივნეულობის, წერის, ტემპერატურის მცირე მომატების დროს, ამასთან, სასქესო ორგანოების სხვა ნაწილების გონორეით დაზიანების წმთხევეაში წესაძლებლობა გვაქვს საშოს გონორეის დიაგნოზი იოლად დავსვათ.

საშოდან აღებულ ნაცხში გონოკოკებს იშვიათად ვნახულობთ (კუნძირის ისინი მხოლოდ წმთხევეათა 5%-ში აქვს ნახული), რადეან საშოში მათი ცხოველყოფილობისათვის არ არის ხელსაყრელი პირობები ზრცული მოავლშიონიანი ებთელის, ზეავე რეაქციისა და სხვა მრავალკვაოი ბაქტერიების არსეობის გამო.

**მკურნალობა.** მწვეაე პერიოდი დაახლოებით ერთ კვირას გრცლდება. მკურნალობისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს იმს, თუ ვინ არის დაავადებული საშოს გონორეული ანთებით — ბავშვი, ორსული, მელოკინე თუ მოხუცებული ქალი. მკურნალობაც ამისდა მიხედვით უნდა წარმოებდეს.

ბავშვებს სულფამიდური პრეპარატებით ან პენიცილინით მკურნალობასთან ერთად უნდა ჩავუტაროთ საშოს ჩამორეცხვა უანეს შპრიცზე ან ესმარხის ტოლჩაზე გაკეთებული რეზინის კათეტერით. გამოსარეცხად უნდა ვისმაროთ პეომაჯანკალიუმის სუსტი ხსნარი, პროტარგოლი და სხვ. გარდა ამისა, სასურველია, ოვაოიალუოი პრეპარატების სმარება, რათა მკურნალობა ეფექტური იყოს.

ბავშვებში გონორეის აღმავალი ფორმა არ ვითარდება, რაც აიხსნება მენსტრუაციის აოარსებობით, თუცა აღწერილია ბავშვთა შორის გონორეული სალპინგიტის, პერიტონიტის, ოოფორიტის განვითარების შემთხვევები და სე.

თუ დაავადებულია მოხუცებული ქალი, მაშინ, გარდა სულფამიდური პრეპარატების სმარებისა, საშოს ჩვეულებრივი სადებიფიკცია ხსნარით გამოარეცხვისა, საშოს აბაზანების გაკეთებისა და შიგ 5%-იანი პროტარგოლში დასეველებული დობანდის 4 — 5 საათით ჩადებისა, ჩვენ ეურჩეთ აგრეთვე ესტროგენების პრეპარატების კანქვეშ წყუანას. ეს პრეპარატები აძლიერებს საშოს ეპითელის ბრძოლის უნარს, რის გამოც განკურნება მალე ხდება.

Rp.: Synestroli 0,1%  
in amp. № 20

D. S. თითო გრაში კანქვეშ.

Rp.: Sol. Kalii hyperman. 2% — 100,0

D. S. ჩაის კოვზი ლიტრ წყალზე საშოს გამოსარეცხად.

Rp.: Folliculini 10000

in amp. № 20

D. S. თითო გრაში კანქვეშ.

თუ დაავადებულია ორსული ქალი (საშარდე მილს, საშვილოსნოს ყელის, საშოს და სხვათა დაავადების შემთხვევაში), მაშინ ფრთხილად, მაგრამ მაინც საჭიროა ადვილობრივი მკურნალობის ჩატარება და სულფამიდური პრეპარატების ან პენიცილინის შიგნით. ორსულობა არ წარმოადგენს სულფამიდური პრეპარატებით და პენიცილინით მკურნალობის წინააღმდეგ ჩვენებას.

ამჟამად ცნობილია, რომ საშოს გონორეა სრულასაკოვანთა და არაორსულთა შორის თითქმის არ ვითარდება.

ივანოვის აზრით, საშოს გონორეა არა თუ არ არსებობს, არამედ საშო გონორეის ბუდეა, საიდანაც დაავადება ვრცელდება პარაგინალური ფაშარი შემავარსებლის საშუალებით. ამ აზრს ჩვენ აოვიზიარებთ. ეს საკითხი ბაქტერიოპისტოპათოლოგიურად ჩვენს კლინიკაში საფუძვლიანად არის დამუშავებული (გ. ასათიანი).

### საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსის გონორეა (endocervicitis gonorrhoeica)

საშვილოსნოს ყელში გონორეა, თუ იგი კარგად არ არის ნამკურნალები, დიდხანს ბუდობს. ამას ხელს უწყობს საშვილოსნოს ყელის არხის ტუტე რეაქცია, აქ ცელინდრული ეპითელის, ლორწოვანი გარსის მრავალი ნაოქის არსებობა და სხვ.

სიხშირის მხრივ საშვილოსნოს ყელის არხის გონორეა ურეთრის გონორეის შემდეგ მეორე ადვილზეა. მაკალითად, ბაქტ-პეტჩენკოს მიხედვით, საშვილოსნოს ყელის არხის გონორეა გვხვდება შემთხვევათა 85%-ში, სხვა ავტორების მიხედვით — შემთხვევათა 70%-ში, ჩვენი მასალის მიხედვით — შემთხვევათა 75%-ში.

მწვავე პერიოდში ადვილი აქვს ლორწოვანი გარსის შეწუხებას, პიპერემიას, ლორწოვანი გამონადენის არსებობას, რომელიც მალე ჩირქოვან ხასიათს ეღებულობს. დიდი რაოდენობით არის ლეიკოციტები, ლიმფოციტები და პლაზმის უჯრედები. გონოკოკებსაც დიდი რაოდენობით ვნახულობთ.

ამ დროს ჯიოკელები დაზიანებულია. ზიანდება მათი საღინაოებიც, რის გამოც მოგვიანებით საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივ ნაწილზე, საშვილოსნოს გარეთა პირის ირგვლივ, ვითარდება რეტენციული კისტები (ovula Nabothii), რომლებშიც არაიშვიათად არის გონოკოკები. საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივ ნაწილზე, მისი არხის გარეთა პირის ირგვლივ, გამონადენის გამლიერების შედეგად ეპითელის მაცერაციის გამო ვითარდება ეროზია.

გონორეული პროცესის ზემოქმედებით ზდება ცერვიკალური არხის ცილინდრული მოციმციმე ეპითელის დესქვამაცია. მის ნაცვლად ჩნდება მრავალ-

შრიანი ბრტყელი ეპითელი. გაქერინების შემთხვევაში კვლავ აღდგება ცილინ-  
დრული ეპითელი.

ქრონიკულ სტადიაში ადგილი აქვს ჯირკვლების გაძლიერებულ სეკრე-  
ციას. სეკრეტი შეიცავს ლეიკოციტებს, აგრეთვე გონოკოკებსაც, რომლებიც  
მხოლოდ გულმოდინე დათვალიერებისას შეიძლება აღმოვაჩინოთ.

კლინიკური მიმდინარეობა. ქალს არ აწუხებს ტკივილი. ტემპერატურა  
ნორმალურია. სამკაიეროდ დიდი რაოდენობით აღინიშნება ჩირჭოვანი ზლა.

საშვილოსნოს საწოსმხრივი ნაწილის გარეთა პირი არაინფიცირებულ ექტრო-  
პიულია, ერთზიულია. არსის ღრმა ფენებზე და საშვილოსნოს საწოსმხრივი  
ნაწილის ზედაპირზე, როგორც ვთქვით, გვხვდება ღრმის კაკლის სიდიდის ან  
ოღნავ უფრო დიდი რეტენციული კისტები (ovula Nabothii)

ღიაგნოზი. გონორეული ენდოცერვიციტის სპოროზო ღიაგნოზი მხო-  
ლოდ მიკროსკოპის საშუალებით უნდა დასვას. ნაცის აღებისთვის საჭიროა  
კარგად გამოვასუფთავოთ საწო, მოეწმინდოთ საწვილოსნოს ყელის საწოსმხრი-  
ვი ნაწილი, რათა ნაცში საწოს ფლორა არ მოხედეს. ნაცხის აღება შეიძლება  
ჩხირზე დასვეული ბამბით, მარყუით. კორნცანკით ან ზღავეი კოვზით.

მწვევე პერიოდში ნაცის გასინჯვისას მიკროსკოპის, მთელი მხედველობის  
არე ლეიკოციტებით არის დაფარული. დიდი რაოდენობით ვნახულობთ გონო-  
კოკების კოლონიებს.

თუ საქმე ქრონიკულ გონორეას ეხება, გონოკოკების გამოვლინებისათვის  
უნდა ვიხედავოთ სპროფოციტო საშუალებები, რომელთა შესახებ უკვე გვპო-  
და ლაპარაკი ურთობიტის აღწერის დროს.

მკურნალობა. საშვილოსნოს ყელის გონორეის მკურნალობა გაცილებით  
უფრო ძნელია, ვიდრე საშარდე მილის გონორეისა. საწვილოსნოს ყელის ლორ-  
წოვანი გარსის ნაოქები გონოკოკებისათვის საუკეთესო თავშესაფარია.

საშვილოსნოს ყელის გონორეის მკურნალობა სულფამიდური პრეპარატე-  
ბით ან პენიცილინით უნდა დაეწყოთ. ამგვარ დროს უნდა წარმოებდეს  
ადგილობრივი მკურნალობაც, რათა ხელი შეეწყოს სულფამიდური პრეპარა-  
ტების მოქმედებას და გონორეის შედეგის მოსპობას.

მკურნალობის დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ არასათანადო სიფრთხილის  
შედეგად შეიძლება ინფექცია შეეიტანოთ საშვილოსნოს ღრუში და ამით  
დიდი ზიანი მივაყენოთ ავადმყოფს.

მკურნალობის დროს მედიკამენტური საშუალებების გა-  
დასვლას საწვილოსნოს ყელიდან საწვილოსნოს ღრუში შე-  
იძლება მოყვეს მწვევე გართულება აღმავალი ინფექციის  
სახით, რომლის ერთ-ერთი მიზეზია სწორედ საწვილოსნოს ყელში ექიმის  
მიერ მანიპულაციის არაფრთხილად ჩატარება.

სულფამიდურ პრეპარატებთან ან პენიცილინთან ერთად ავადმყოფს ვუ-  
ნიშნავთ საწოს შესტურებას პერმანენტული მანიპულაციის ხსნარით.

საწოს გამორეცხვა და გამოწმენდა უნდა ვაწარმოოთ თბილი და არაკონ-  
ცენტრული საღებინდექციო ხსნარით — დღეში ერთელ ან ორჯერ. საწო,  
თბილი საღებინდექციო ხსნარითა და ბამბით გამორეცხვისა და გამოწმენდის  
შემდეგ უნდა გამოვაშშარლოთ.

ასე მომზადებულ საწოში ვასხამთ პროტარგოლის ან კოლარგოლის  
ხსნარს, ისე რომ საწვილოსნოს ყელის საწოსმხრივი ნაწილი მთლიანად დაი-  
ფაროს — ეს არის ეგრეთ წოდებული საწოს აბაზანები. აღნიშნული

ხსნარების კონცენტრაცია თანდათან უნდა გავზარდოთ. მაგალითად. ვიწყებთ 1%-იანი პროტარგოლით და კოლარგოლით და ავღვართ 5%-მდე. სითხე საწოში უნდა გავაჩეიოთ 5—10 წუთის განმელობაში.

ასეთი აბაზანის გაკეთების შედეგად საშვილოსნოს ყელის ლორწოვან გარსში შედის აღნიშნული სითხე. გარდა ამისა, კაპილარობის კანონის თანახმად, სითხე აღის ზევით — საშვილოსნოს ყელის არხში. კარგა სულფამიდური პრეპარატების ტამპონი. ტამპონი უნდა დარჩეს საწოში 6—10 საათის განმელობაში, რის შემდეგ მას ქალი თვითონ გამოიღებს.

იმისათვის, რომ საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვან გარსზე სათანადოდ ვიმოქმედოთ, საჭიროა აბაზანის გაკეთების წინ დავშალოთ საშვილოსნოს ყელში ზოთაგებული ლორწოვანი საცობი. ამ მიზნით საწოში უნდა ჩავსახათ (ისე რომ საწვილოსნოს ყელი მთლიანად დაიფაროს) 5%-იანი სოდის ხსნარი (Sul. Nat. bicarbon.) ან 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგის ხსნარი და სხვ.

მკურნალობის შემდგომ პროც სში საწოს აბაზანისათვის მიემართავთ ავრეთვე 2—3%-იან Arg. nitrici-ის ხსნარს. 5 წუთის შემდეგ სითხე უნდა გადმოიღვაროს.

ზოგი ავტორი ღმარობს 10—20%-იან ხსნარსაც კი. ჩვენ ამის წინააღმდეგი ვართ. ასეთმა კონცენტრულმა ხსნარმა შეიძლება ძლიერ დააზიანოს ქსოვილი და არაჩვეულებრივად დააქვეითოს მისი ბრძოლის უნარი გონოკოქსადმი.

მკურნალობის დასასრულს ვსმარობთ 10—20%-იან იხტიოლის ხსნარს — გლიცერინში გახსნილს, რომელიც კარგი ბაქტერიციდული საშუალებაა. ამასთან, იგი ამცირებს საშვილოსნოს ყელის ჰიპერსეკრეციას და ხელს უწყობს ქსოვილის გაღიზიანებითი ანთებითი პროცესის დაცხრომას.

უნდა გვახსოვდეს, რომ გონოკოქს ახასიათებს სამკურნალო საშუალებებისადმი შეჩვევის თვისება, რის შედეგადაც ვითარდება ამა თუ იმ სამკურნალო საშუალებისადმი რეზისტენტული ფორმები. ამიტომ პერმანგანკალიუმში, რძემჟავა, პროტარგოლი, კოლარგოლი, იხტიოლი და სხვა საშუალებები მონაცვლეობით უნდა ვიხმაროთ.

ზოგჯერ მიემართავთ აუტოქემოთერაპიასაც — ორი გრამი სისხლის შეყვანა საშვილოსნოს ყელში, დღეგამოშვებით. აუტოქემოთერაპია აძლიერებს ქსოვილის ბოძოლის უნარს.

საშვილოსნოს ყელის გონორეის დროს გონოვაქცინასაც ვხმარობთ. შეიძლება გონოვაქცინა შევეშაპუნოთ დაზიანებული ადკოლის ახლოს ან საშოს კედელში, ან თვით საშვილოსნოს ყელში.

კვატერის, ტრახტენბეოგისა და კაკანოიჩის მიერ მოწოდებული გონორეის მკურნალობის აქტიური მეთოდიდან ჩვენ არ ვიზიარებთ საწვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსის ელექტროკოაგულაციას და 10—20%-იანი ქლორკალციუმის ხსნარის შეხებას საწვილოსნოს ყელის ლორწოვან ქსოვილში. ჩვენი აზრით, ამ საშუალებებმა შეიძლება გამოიწვიოს საწვილოსნოს ყელში გაუსწორებელი ნაჭიბურების გაჩენა, საწვილოსნოს ყელის აოქის შევიწროება და სხვ., რაც კიდევ უფრო მეტ ზიანს მიაყენებს ავადმყოფს, ვიდრე გონორეული პროცესი.

არ შეგვიძლია გავიზიაროთ ავრეთვე ბაკტრისა და პეტრენკოს აზრი საშვილოსნოს ყელის ამპუტაციის შესახებ. ეს ოპერაცია ძლიერ ამასინჯებს ახალგაზრდა ქალს. ამ დროს არ არის გამორიცხული გონოკოქსის დარჩენის შესაძლებლობაც მოკვეთილი საშვილოსნოს ყელის ზემოთ, რომლებ-



საც ამ პირობებში აქვთ ქსოვილში ღრმად შეჭრისა და აღმავალი ინფექციის განვითარების კიდევ უფრო მეტი ს.შეაღება.

ეს ოპერაცია განსაკუთრებით მიუღწეველია ამჟამად, როდესაც სულფამიდური პრეპარატები, პენიცილინი და ადკილობრივი მკურნალობა თითქმის შემთხვევათა 100%-ში იძლევა განკურნებას.

Rp: Sulfodimesini 0,5

D. t. d. N 40

D. S. თითო ფხენილი 6-ჯერ დღეში.

Rp.: Penicillini 3000000 ს. ე.

D. S. 200 000 ერთეული ყოველ 4 საათში.

Rp.: Tetracyclini

in tabl. № 40.

D. S. ორ-ორი ტაბლეტა ოთხჯერ დღეში.

Rp.: Ac. lactici.

Aq. destile.  $\frac{aa}{aa}$  50.0

D. S. ორი ჩაის კოვზი ლიტრ წყალზე საშოს შესტურებისათვის.

Rp.: Sol. Kal. hypermang. 2% — 100,0

D. S. სუფრის კოვზი ლიტრ წყალზე შესტურებისათვის.

Rp.: Sol. Natr. bicarbon. 10% — 200,0

D. S. საშოში ჩასახმელად — საშვილოსნოს ყელის ღორწოვანი საცობის გაღობის მიზნით.

Rp.: Jethyli 15,0

Glycerini 100,0

D. S. ტამპონისათვის

Rp.: Protargoli 3,0

Jethlioli 10 0

Glycerini 100,0

D. S. ტამპონისათვის.

Rp.: Sol. Arg. nitrici 2% — 100,0

D. S. საშვილოსნოს ყელის აბაზანებისათვის.

Rp : Collargoli 3,0— 200,0

D. S. საშვილოსნოს ყელის აბაზანისათვის.

Rp.: Sol. Protargoli 3% — 200,0

D. S. საშვილოსნოს ყელის აბაზანისათვის.

საშვილოსნოს საშოსმხრივ ნაწილზე *Syula Nabothii*-ის სახით განვითარებული რეტენციული კისტა უნდა გვეკვეთოთ და წითავსი გამოვუწვათ.

გონორეული ენდოცერვიციტის დროს თითქმის წმელვებათა 100%-ში საშვილოსნოს საწონხზე იე ნაწილზე ვითარდება ეროზიაც. მკურნალობისათვის ვიყენებთ ანტიბიოტიკებსა და სულფამიდურ პრეპარატებს. საშვილოსნოს საწონს ნაწილის ეროზიის სამკურნალოდ წარმტებით იმარება პიედნიზოლონის მალამო.

Rp.: Ung. Prednisoloni 0,5%, 20,0

D. S. საშოს ტამპონისათვის.

## ანოკემბალური გონოკა (proctitis gonorrhoeica)

სწორი ნ წლავის დაავადება გონორეით არც ისე იშვიათია. გონორეით დაავადებულ ქალთა შორის იგი გვევლება შემთხვევათა 30%-ში. სწორი ნაწლავის ლორწოვანი გარსი შეიძლება დაზიანდეს საშარდე მილიდან, საწვილოსნოს ყელდან, საზოდან, ბართოლინის ჯირკვლებიდან განვითარებული გონორეული გამონადენით.

ამოიკად. გამონადენი ეხება ანუსს, არასაკმაო სისუფთავის შემთხვევაში გონოკოკები შედარებით ადვილად ხვდება სწორი ნაწლავის ლორწოვან გარსზე და ვრცელდება აქ ცილინდრულ ეპითელზე.

სწორი ნაწლავის დაავადება გონორეით ხდება აგრეთვე გაუქუმბართებული სქესობრივი კავშირის წყადა. შეიძლება სწორი ნაწლავი გონორეით დაავადდეს მანინ. ც, თუ გონორეული პარამეტრიტის დროს ჩიოქი გამოირწყო სწორ ნაწლავში.

გონოკოკები იწვევს აქ ლორწოვანი გარსის ანთებას, ქსოვილის შემუშებას, ჰიპერემიას, ზოგან დაწყლულებასა და დაჩირჭებას.

კლინიკური მიმდინარეობა. დეფეკაციის დროს გამოდის ჩიოქი. დეფეკაცია მტკივნეულია. ტკივილი სწორი ნაწლავის დაცლის შემდეგაც გრძელდება. ზოგჯერ დეცესთან და ჩირქთან ერთად სისლიც გამოდის.

ღიაგნოზი. ღიაგნოზის დამცხ დროს მნიწვენლობა აქვს ეულვის, საშარდე მცლისა და საწვილ. სნის ეცლის გონორეის არსებობას ან კიდევ გონორეით დაავადებულ მამაკაცთან გაუქუმბართებულ სქესობრივ კავშირის.

საბოლოო ღიაგნოზი მიკროსკოპის საშუალებით უნდა დიიყვას. ნაცქის აღების მიზნით სწორ ნაწლავში უნდა ჩავდვათ რექტოსკოპი ან პატარა სარკე. მასალა ზლავი კოვზით უნდა ავილოთ.

სწორი ნაწლავის გონორეის არსებობის დადგენის მიზნით სწორი ნაწლავი უნდა გამოირ. ცქოს 50—100 გ თბლი წყლით—ნელატონის კათეტერის საწლავებით. გამონარეცხ წყალში არსებული ლორწო და ჩიოქი უნდა გავსინჯოთ გონოკოკზე. სავალდებულოა წინასწარ ოყნის გაკეთება.

მკურნალობა. სწორი ნაწლავის გონორეის მკურნალობა წარმოებს სულფამილური პრეპარატებით ან პენიცილინით—სასქესო აპარატის სხვა ნაწილების მკურნალობასთან ერთად. უნდა გავცდდეს ოყნა თბლი წყლით—სწორი ნაწლავის დასაცლელად და გასასუფთაველად. ამის შემდეგ სწორი ნაწლავი უნდა გამოირეცხოს პერმანგანკალიუმის სუსტი, თბილი ხსნარით. სითქის რათდენობა არ უნდა იქნეს დიდი, რათა ინფექცია ზევით არ გავრცელდეს, საკმარისია ე.თნ. ხევარი, ორი ჩ.ის კიქა სითხე.

სწორ ნაწლავში ეასამთ აკრეთვე,  $\frac{1}{2}$ —1%-იანი პრატარგოლის ან კოლარკოლის ხსნარებს—დაახლოებით 30—50 მლ რაოდენობით. უმჯობესია ეს ჩატარდეს გასწმენდი ოყნის გაკეთებისა და პერმანგანკალიუმის ხსნარის შეყვანის შემდეგ.

თუ ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი, კარგია ვინმაროთ ბელადონის საწლავები კოლაგოლოთა ერთად.

შარდის ბუშტის ყელის მხრივ განვითარებული მოვლენების დროს ავადმყოფს აღენიწება ხწიოი და მტკივნეული შარდვა, უმჯობესია ის ლოინში დავაწიოთ. მას ზოქვენის სასწრის ზევით, შარდის ბუშტზე უნდა დავადვათ თბილწყლანი რეზინის პარკი. უნდა დავუნიწნოთ აგრეთვე თბილი საჯდომი

აბაზანები დღეში ორჯერ. საჯდომი აბაზანის მაგივრად ავადმყოფმა შეიძლება მიიღოს შემდეგი პროცედურა — ღამის კერპელში ვასხ.მთ ცხელ წყალს, მას ზემოდან ვათარებთ რაიმე ქსოვილს და ვსვამთ ზედ ავადმყოფს 5—10 წუთის განმავლობაში, დღეში ორჯერ.

გარდა სულფამიდური პრეპარატებისა შარდის ბუშტის მხრე განვითარებულ მოვლენების დროს იხმარება: თუ შარდის რეაქცია მუქევა — უროტროპინი, თუ შარდის რეაქცია ტუტეა — სალოლი, ნუშის ემულსია, ტკივილის დასაყუჩებლად — ნარკოზული საწუთლებები და სხვ.

Rp.: Urotropini 0,5

D. t. d № 10

D. S. სამჯერ დღეში თითო ფხენილი.

Rp.: Saloli 0,5

D. t. d. № 10

D. S. სამჯერ დღეში თითო ფხენილი.

Rp.: Em. amyg. dulc. 200,0

D. S. 5-ჯერ დღეში სუფრის კოვზი.

Rp.: Dec. fol. urvae Ursis 20,0—200,0

D. S. 6-ჯერ დღეში სუფრის კოვზი.

Rp.: Ext. bellad. 0,015

Pyramidoni 0,3

Collargoli 0,1

B. cacao q. s. m. f supp.

D. t. d. № 6.

D. S. დილა-საღამოს უკანა ტანში

Rp.: Sol. protarg. 1/2%—200,0

D. S. სწორი ნაწლავისათვის — 50,0 თითო ხმარებაზე.

Rp.: Sol. Urotropini 40 ‰—5,0

in amp. №6

D. S. ვენაში გასაყეთებლად.

ლაპისი, კოლარგოლი და პროტარგოლი უნდა ვიხმაროთ ოთახის ტემპერატურამდე გაშტარი. გაცელებით ისინი იშლება.

საქირთა სქესობრივი კავშირის, სქესობრივი აგზნების სრული აღკვეთა. დაუშვებელია მანქანით განსაკუთრებით კი ველოსიპედით ხანგრძლივი მოგზაურობა. წინააღმდეგ ნაჩვენებია ყოველგვარი ვარჯიში და საერთოდ დიდი ფიზიკური დატვირთვა. საქირთა აგოეაზე აღკოპოლის აკოძალვა.

საკევი შეიძლება იყოს ჩვეულებრივი, მხოლოდ არაგამალიზიანებელი. თუ ავადმყოფს აღენიშნება ყაბზობა, აუცილებელია დაუნიშნოთ მას თბილი წყლის ოცნა.

ავადმყოფმა ხელები ხშირად უნდა დაიბანოს საპნითა და წყლით, მით უმეტეს, როცა ეხება სასქესო ორგანოებს ან მათ ახლომდებარე მრდ.მოვსს. განსაკუთრებით უნდა მოერიდოს ავადმყოფი თვალში ინფექციის შექრას. ავადმყოფთან არ უნდა იწევეს არავინ, რადგან ეს გადადების მხრე ძლიერ საშიშია.

გონორეისიგან განკურნების დადასტურება ყოველთვის არ არის აღვილი. ეს მეტად საპასუხისმგებლო საქმეა. სათანადო მკურნალობის შემდეგ ურე-

თრიდან, ველვის ჯირკვლებიდან, საშვილოსნოს ყელიდან და სწორი ნაწლავიდან ერთსა და იმავე დროს აღებულ მასალაში (მასალას ვიღებთ ოთხჯერ, ხანკამოწვებით) არ უნდა იყოს აღმოჩენილი გონოკოკები. აკრეთვე ორჯერ უნდა ვიშაროთ საპროვოკაციო სწულალება და ორივე შემთხვევაში გონოკოკი არ უნდა აღმოჩნდეს. დაბოლოს, მენსტრუაციის წინ, მენსტრუაციის დროს და მის შემდეგ ნაცხში გონოკოკები არ უნდა იქნეს.

ამის შემდეგ გადაჭრით შეკვიძლია ვუთხრათ ქალს, რომ მას არა აქვს ქვემო სასქესო გზების გონორეა.

## პალის ზედა სასქესო გზების გონორეა

როგორც აღვნიშნეთ, ქვემო სასქესო გზების გონორეას თითქმის არ ახასიათებს ტემპერატურა, დიდი ტკივილი, მაჯისცემის აჩქარება და სხვ. ზედა სასქესო გზების გონორეა კი, პირობით, ხასიათდება მაღალი ტემპერატურით. დიდი ტკივილით, აჩქარებული მაჯისცემითა და მენსტრუალური ციკლის მოშლილობით.

გონორეის აღმავალი ფორმების სიხშირე ამჟამად შედარებით შემცირებულია. ეს ახსნება ჩვენში ვენერულ სწულალებათა ამბულატორიების, პოლიკლინიკების, დისპანსერებისა და ინსტიტუტების ფართო ქსელის არსებობით, გონორეის წინააღმდეგ ხოვლეშტრევი ვენერგიული ზომების მიღებით, აგრეთვე იმით, რომ ექიმთა კვალიფიკაცია ამჟამად უფრო მაღალია.

გონორეის გავრცელებას ქალის ქვედა სასქესო გზებიდან ზედა სასქესო გზებში იწვლის უწყობას: 1) მწობიარობა და ლოკინობის ღანა; 2) აბორტი; 3) მენსტრუაცია (როდესაც საწოს ნორმალური მყუობა და ფლორა მერყუვია, საშვილოსნოს ყელის არხი გახსნილია, საშვილოსნოს ღრუს ფუნქციური ლორწოვანი გარსი სრულიად მოცილებულია); 4) ექიმის მიერ მანიპულაციების არაფრთხილად ჩატარება; 5) მეტად აგზნებული სქესობრივი ავშიოი; 6) გაცივება; 7) ორგანიზმის დიდი ფიზიკური დატვირთვა და სხვ.

გონორეით დაავადებულ ქალთა შორის აღმავალი ფორმის გონორეა გვწვდება დაახლოებით შემთხვევათა 10—15%-ში წინათ იგი გვწვდებოდა შემთხვევათა 30%-ში და უფრო ხშირად.

გონორეის აღმავალი ფორმის წესახებ ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც გონოკოკები გადალახავს საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირს და საშვილოსნოს ღრუში მოხვდება, იქდან კი გავრცელდება ფალოპის ლულებზე, საკვერცხებებსა და პერიტონეუმზე. ამრიგად, გონორეა ფებს მოიკიდებს მტად დიდი პნიწენელობის მქონე ორგანოებში.

გონორეის აღმავალი ფორმის დროს ხშირად იწობა ფალოპის ლულები, დანამტენში ვითარდება შეხორცებები და სიმსივნეები, რის გამოც კვერცხუჯრედს არა აქვს განაყოფიერების საშუალება და ქალი უშვილო რჩება. ფალოპის ლულის სანათურეში ბადისებრი შეხორცების არსებობის გამო ზოგჯერ განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი ეჩხირება ფალოპის ლულის რომელიმე ნაწილში და ვითარდება საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა.

ამ დროს ტკივილი და მენსტრუალური ციკლის მოშლილობა ხშირი მოვლენაა. აქედნ ვასაგებია, თუ რა დიდი განსხვავება არსებობს ქვემო სასქესო გზების გონორეასა და აღმავალი ფორმის გონორეას შორის. ქვედა სასქესო გზების გონორეა აღმავალ ფორმასთან შედარებით „უწყინარია“. არ

უნდა დაივიწყოთ, რომ, თუ გვინდა მოვსპოთ გონორეის აღმავალი ფორმა პირველ ყოვლისა, უნდა განვკურნოთ ქვემო სასქესო გზების გონორეა.

### საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის გონორეა (endometritis gonorrhoeica)

წინათ ფიქრობდნენ, რომ საშვილოსნოს ყელის გონორეის დროს ერთდროულად საშვილოსნოს ღრუც ავ.დდება. ამ აზრს ამჟამად სპეციალისტთა დიდი უმრავლესობა აღარ იზიარებს. როგორც ვთქვით, გონორეის აღმავალი ფორმა ამჟამად დაახლოებით შემთხვევათა 10—15%-ში გვხვდება.

საშვილოსნოს ღრუში შეჭრილი გონოკოკები თავსდება ლორწოვანი გარსის ფუნქციური შრის საფარი ეპითელს ქვეშ. აქ დიდი რაოდენობით იყრის თავს ლეიკოციტები და აქა-იქ ვითარება ლორწოვანი გარსის ზედა ფენის მცირედი დაზიანება. ფუნქციური გარსის ღრმა შრეები გონოკოკებისაგან თავისუფალია. თუ ინფექცია ლიმფური გზით გავრცელდა, შეიძლება ღრმა ფენებში შეგვევდეს ანთებითი ხასიათის უჯრედთა გროვები. ჯირკვლები გონოკოკებისაგან სრულიად თავისუფალია.

ასეთ მდგომარეობაში საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ფუნქციური შრე მან.მ. სანამ კერცის სიკვდილთნ და ყვითელი სქელის უკუვანვითარებასთან დაკავშირებით მისი დესტრუქცია არ მოხდება, ე. ი. სანამ მენსტრუაცია არ დაიწყება.

ფუნქციური შრის დაშლელ გარსთან ერთად გონოკოკების ნაწილი გარეთ გამოძეგდება, მათი დიდი უმრავლესობა კი რჩება ბაზალურ შრეზე. აქ მათი ცხოველმყოფელობისათვის საუკეთესო პირობები არსებობს — სთანადო სითბო და საკვები მასალა. ბაზალურ შრეზე დიდი რაოდენობით არის აგრეთვე ლეიკოციტების გროვები და პლაზმის უჯრედები. ეს უკანასკნელები გონორეული პროცესისათვის შეტად დამახასიათებელია.

ულეზკო-სტროკანოვამ წვრილუჯრედოვან ინფილტრაციაში აღმოაჩინა მოზრდილი ეპითელური უჯრედები ეკულოზიზირებული პროტოპლაზმით — ე. წ. ქსანტოზური უჯრედები, რომლებიც ავტორს გონორეული პროცესისათვის დამახასიათებლად მიაჩნია.

მენსტრუაციის შემდეგ ლორწოვანი გარსის ფუნქციური შრე კვლავ იზრდება, მაკრამ ნორმალურ სისქეს ვერ აღწევს. ამ პერიოდში ფუნქციური შრეში გონორეული ანთება დიფუზურად არის გავრცელებული. შემდგომი მენსტრუაციის დროს ხდება დიფუზურად ანთებითი პროცესით მოცული ლორწოვანი გარსის გარეთ გამოძეგება.

საკიროთა ორი-სამი მენსტრუალური ციკლი და საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი მკურნალობის გარეშეც განიკურნება გონორეული ანთებისაგან.

როდესაც ვლადპარაკოტმ საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის თვითგანკურნების შესახებ, უნდა მხედველობაში მივიღოთ საშვილოსნოს ყელის მდკოპარეობა. მისი მკურნალობა სთანადოდ უნდა ჩავატაროთ რათა გონოკოკები სავსებით გამოვადევნოთ იქ დან. წინააღმდეგ შემთხვევაში საშვილოსნოს ყელიდან ხელახლა მოხდება საშვილოსნოს ღრუს ინფიცია ვონოკოკებით და ახალი

აღმავალი ინფექცია განვითარდება, რაც გამოიწვევს ქრონიკული ენდომეტრიტიის წარმოშობას.

ენდომეტრიტის კლინიკური მიმდინარეობა. დიუნოზი და მკურნალობა აღწერილია საშვილოსნოს დანამატების გონორეის განხილვის შემდეგ.

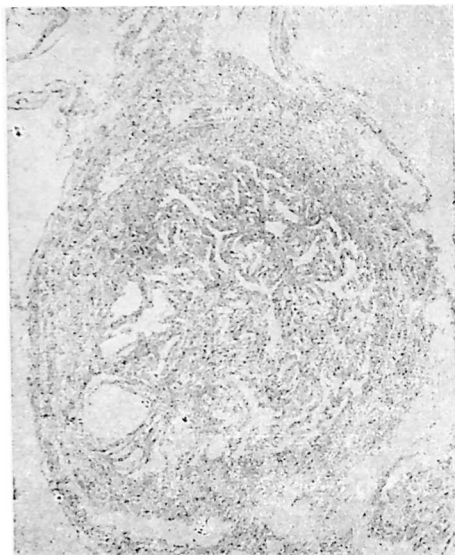
### კვირვსხავაზის გონორეა (salpingitis gonorrhoeica)

ფალოპის ლულების გონორეით დაზიანება მეტად სერიოზული დაავადებაა. ჩვენ ვიზიარებთ იმ ავტორთა შეხედულებას, რომლებიც ამბობენ, რომ

გონორეით საშვილოსნოს ღრუს დაზიანებასთან ერთად ავადდება ორივე ფალოპის ლულაც.

ამ დროს ფალოპის ლულები ჰიპერემიული და შეწუხებულია. აბდომინალური, ფრბიული ნაწილებიდან დის სეროზული სითხე რომელიც მღე ჩირქოვან ხასიათს ებულოვს. არის აღწერილი შემთხვევები, როდესაც ფალოპის ლულის გონორეა სავსებით განიკურნა. უმრავლეს შემთხვევაში კი იგი იწვევს ლულის ლორწოვანი გარსის ღრმა ცელილებს.

კვირცხსავალის ლორწოვანი გარსის ეპითელის ქვეშ ჩნდება დიდი რაოდენობით ლეიკოციტების გროვები, ლეიკოციტები ამოდის აკრეთვე ზევით ეპითელში რისი არეებიდან. დიდი რა-



სურ. 47. ფალოპის ლულის ლორწოვანის ანთებითი შეზოცება.

ოდენობით აღინიშნება პლაზმის უჯრედებიც.

მსუბუქ შემთხვევაში ფალოპის ლულის ისთმური და ინტერსტიციალური ნაწილები ნაკლებადაა დაზიანებული. პროცესი უფრო აბდომინალურ ნაწილში მიმდინარეობს. მილის აბდომინალური ნაწილი მალე იხშობა, ის საკვერცხსა და მსლობელ ორგანოებს უზოცდება.

ანთების შედეგად ლორწოვანი გარსის ნაოკვბის ეპითელის ზედა ფენების დღეების გამო შეზოცება ვითარდება ფალოპის ლულაში. ღრმად, ნაოკვების ფუძეებში რჩება არეები, რომლებიც სეროზული სითხით ან ჩირქით შეიძლება იყოს სავსე.

ლულის ანთებითი პროცესი გადადის მახლობელ ორგანოებზე. ვითარდება შესოცება და წარმოიქმნება დანამატის სიმსივნე (adnextumor).

შიძლება განვითარდეს აგრეთვე ჰიდროსალპინქი, ქემატოსალპინქი, პიოსალპინქი და კვერცხსავალ-საკვერცხის კისტა.

**Hydrosalpinx**-ი ძეხვის ფორმის გაგანიერებული მილია, რომელშიც გამჭვირვალე სითეა მოთავსებული. ზოგჯერ ჰიდროსალპინქი შიძლება იყოს პიოსალპინქის შედეგი.

**Hematosalpinx**-ის წარმოშობას ეღს უწყობს ჰიდროსალპინქში სისხლის მიმოქცევის მოშლა. ქემატოსალპინქის შიკთავსი სეროზულ-სისხლიანი სითეა, რომელიც მეტად თხელი კონსისტენციისაა.

**Pyosalpinx**-ის დი.ოს უმრავლეს შემთხვევაში ფალოპის ლულის ლორწოვანი გარსის კალთები სრულიად იღუბება, ჩირქდება და იწლება. შიძლება აქ-იქ კიდევ იყოს დარჩენილი ეპითელი. ლულა ძეხვის მსგავსად არის გაქაჩული.

პიოსალპინქი ხშირად უზორცდება მახლობელ ორგანოს, მაკალითად, სწორ ნაწლავს, წერილ ნაწლავებს, შარდის ბუშტს და ს.ე., რის შედეგადაც ნეზორცების დკილას შიძლება მოხდეს პერტორაცია და ჩირქისაგან ლულის დაცლა. ეს თითქმის ყარგი გამოსავალია, მაგრამ, მკორე მწრ.ივ, შიძლება მიღწი და საერთოდ შესორცებულ კონგლომერატში სხვა დამტებითი ინფექცია შეიქრას და პრცესი გაუა.ესდეს.

### კვერცხსავალ-საკვერცხის კისტა (cystoma tubo-ovarialis)

კვერცხსავალის გონორეის დ.ოს შიძლება განვითარდეს კვერცხსავალ-საკვერცხის კისტა. კვერცხსავალ-საკვერცხის კისტის დ.ოს ადგილი აქვს ლულის გაგანიერებას სითისაგან — ჰიდროსალპინქს და საკვერცხის ფოლკულის ან ყვითელი სტულის კისტას. ეს ორი ორგანო — ლულა და საკვერცხე პათოლოგიურად შეცვლილია. ისინი შეზორცებულია ერთმანეთთან და მათი შიკთავსი გაერთიანებულია.

### საკვერცხის გონორეა (Oophoritis gonorrhoeica)

საკვერცხე რთული და მეტად ღირსშესანიშნავი შინაკანი და გარეგანი სეკრეციის ორგანოა. მისი შინაკანი ფუნქციისა პორმონების გამომყოფება, გარეგანი კი — კვერცხუჯრედის მომწიფება და გამოყოფა. ამ რთული ორგანოს ცხოველყოფილობა ძლიერ დიდია. შიძლება რომელიმე ინფექციამ ძლიერ დააზიანოს საკვერცხე, მაკამ, თუ საკვერცხის პარენქიმის მცირედი ნაწილი მიინც ვადარჩა, ეს საკმარისია, რომ მენსტრუალური ციკლი კვლავ აღსდეს.

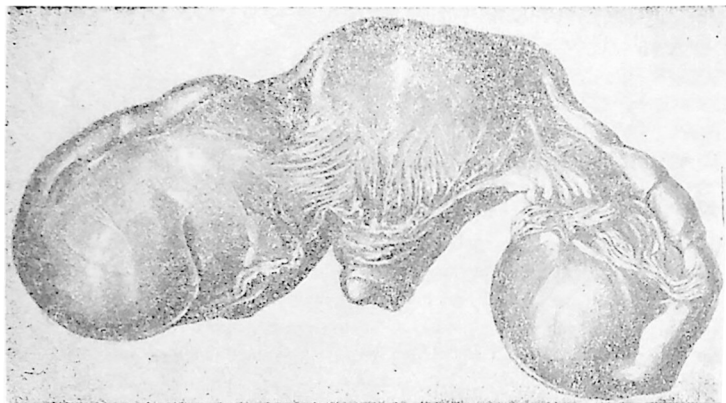
როკოც ვიცით, საკვერცხე ზემოდან სეროზული გარსით არ არის დაფარული. ის ზემოდან დაფარულია ე. წ. ჩანასახის ეპითელით, რომლის ქვემოთ მოთავსებულია მკერივი შემაერთესოვილოვანი თეთრი გარსი (tunica albuginea).

ფალოპის მილის ფობრიული ნაწილიდან ჩირქი გადადის საკვერცხეზე და, ამრკად, ხდება მისი ინფიციეება. გონორეული ორტორიტის წარმოშობა შესაძლებელია აკრეთვე ლიმფური გზითაც.

უფრო ხშირად გონორეული პრცესი აზიანებს საკვერცხის მხოლოდ ზედაპირს და უფრო ღრმად ვერ მიდის, რის გამოც ვითარდება მხოლოდ **Perioophoritis gonorrhoeica**. რასაც თან სდევს მახლობელ ორგანოებთან შეზორცება.

თუ საკვერცხეში გონორეული პროცესი ღრულ წავიდა, მაშინ იგი განვითარდება მოზარდ ან ზომწიფების სტადიაში მყოფ ფოლიკულში, ან აქლად-გამსკდაო მწიფე ფოლიკულში, რის შედეგადაც წარმოიქმნება ფსევდოაბსცესი, რომელიც წეიძლება ნამდვილ აბსცესად გადაიქცეს. პატარა აბსცესები წეიძლება სავსებით მოისპოს, დიდი აბსცესები კი ზანკრძლივი ღროის განმავლობაში შეიძლება იყოს მიზეზი მრავალგვარი პათოლოგიური მოვლენებისა, როგორცაა. შაკალითად, ტემპერატურა, ტკივილი, მენსტრუალური ციკლის მოშლილობა, სისხლდენა და სხვ.

ანთებითა საკვერცხის ზედაპირი შეიძლება შეეზარდოს რომელიმე მახლობელ ორგანოს, რის შედეგადაც ჩნდება დანამატის სიმსივნე. თუ აქ არის ჩირქი, შეიძლება იგი გამოირწყოს შარდის ბუშტში, ნაწლავში და სხვ.



სურ. 48. საშვილოსნო გონორეული პიდროსალპინგით.

ზოციერთ შემთხვევაში ანთებით გაღიზიანებისაკან სწრაფად იზრდება პრიმორდიალური ფოლიკულები და წარმოიშვება საკვერცხის წვრილი კისტური დეკენერაცია.

საკვერცხას გონორეით დაავადების მსუბუქ შემთხვევებში მენსტრუალური ციკლი არ ირღვევა. მძიმე შემთხვევებში კი ფოლიკულის მომწიფება შეიძლება დროებით შეჩერდეს ან გონორეული ტოქსინების მოქმედებით მოხდეს კვერცხის ნაადრევე დაღუპვა. ყველა ამ ცვლილებასთან დაკავშირებით სათანადოდ იცვლება მენსტრუაციის ხასიათიც.

### გონორეული პელვეოპერიტონიტი (Pelvoperitonitis gonorrhoeica)

პერიტონეუმის დიფუზური მწვავე ანთება უმძიმესი დაავადებაა. მაგრამ პერიტონეუმის გონორეულ ანთებას კარკი გამოსავალი აქვს, რადგან ის მცირე მენჯის ღრუში შემოიფარგლება. მხოლოდ მეტად იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება გონორეულმა პერიტონიტმა დიფუზური სასიათი მილოს — არასასურველი შედეგი, რასაც ამჟამად; ანტიბიოტიკებისა და სულფამიდების ხმარების გამო, აღარ ვხვდებით.



პერიტონეუმის გონორეულ ანთებას ახასიათებს პლასტიკური ფიბრინული ექსუდატი, სწრაფი შეზოოცება და პროცესის შემოფარგვლა. სტრუქტურული პერიტონიტის დროს კი, პირიქით, აღინიშნება სველი ექსუდატი და პროცესის დიფუზური განვითარება.

როგორც ვთქვით, პერიტონეუმის გონორეული ანთება ხშირ შემთხვევაში შემოფარგლება მცირე მენჯის მიდამოთი (Pelvicoperitonitis) და ზეით აღარ ვითარდება.

გონორეული პროცესი პარამეტრიუმში ვრცელდება დაახლოებით შემთხვევათა 10<sup>1</sup>/<sub>6</sub>-ში. დამახასიათებელია, რომ გონორეული პარამეტრიტის დროს ექსუდატი არ არის დიდი რაოდენობით. პარამეტრიუმში გონორეული პროცესის ვრცელდება საშვილოსნოს ტანდან ან ყელიდან.

კლინიკური მიმდინარეობა და დიაგნოზი. გონორეის აღმავალი ფორმის განვითარების ხელშემწყობ პირობად ითვლება მშობიარობა, ლოკინობის ხანა, აბორტი, მენსტრუაცია, ძლიერ ავზნებული სქესობრივი კავშირი, გაცივება, დიდი ფიზიკური დატვირთვა და სხვ. გონორეის აღმავალი ფორმა ხასიათდება პელვეოპერიტონიტის და ძლიერ იშვიათად დიფუზური პერიტონიტის განვითარებით.

გონორეის აღმავალი ფორმის განვითარებაში ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი ხელშემწყობი პირობიდან ძირითადი მნიშვნელობა მენსტრუაციას ეკუთვნის. ეს გასაცხობა, რადგან მენსტრუაცია ყოველთვიური მოვლენაა და ამიტომ აღმავალი ფორმის განვითარების საშიშროებაც ყოველთვიურად არსებობს — სანამ საშვილოსნოს ყელის გონორეა არ განიკურნება.

გონორეის აღმავალი ფორმა ხშირ შემთხვევაში ხასიათდება მწვავე პერიტონეალური, ქარიშხლისებური მოვლენებით — მუცლის არეში ძლიერი ტკივილით, მუცლის კედლის დაჭიმულობით ქიპს ქვემოთ, შეკეთორი ტკივილით პალპაციის დროს, მწვავე ტკივილით მუცელზე დაჭერილი ხელის სწრაფად აწევის დროს (ბლუმბერგ-შნეიტცინის სიმპტომი), გულისრევით, პირღებინებით, ყაბზობით, ენის სიმშრალით, გაგრძელებული თვითუბით ან განმეორებული სისხლდენით, აჩქარებული მაჯისცემით (წუთში 110—115), მაღალი (39° და მეტი) ტემპერატურით და სხვ. ეს მოვლენები არაიშვიათად ქმნის საშიშ სურათს. სანუკურობა ნაჯა, რომელიც ტემპერატურას ეთანაბრება და კარგი ავსებებისაა.

გონორეის აღმავალი ფორმა ყოველთვის არ ხასიათდება ზემოთ აღწერილი მწვავე მოვლენებით და ქარიშხლისებური განვითარებით. ზოჯვერ იგი შემპარავად, თითქმის უსიმპტომოდ მოვლდება ზედა სასქესო ორგანოებს. ქალმა არც კი იცის ამის შესახებ და მხოლოდ ეჭიმი აღმოაჩენს დანამატის სიმისივნესა და შეზორცებითს პელვეოპერიტონიტს.

რამდენიმე (3—4) დღის შემდეგ მწვავე პერიტონეალური მოვლენები თანდათან ცხრება და ლოკალიზდება მცირე მენჯის დრუში. ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა უმჯობესდება. ზემოთ ჩამოთვლილი მოვლენები ქრება ან სუსტდება — გარდა ტემპერატურისა, რომელიც 10—14—20 დღემდე გოძელდება და ამ ხნის განმავლობაში თანდათანობით ლიზისურად ქვეითდება, თუმცა დროკამიშვებით შეიძლება მაღალი იყოს და ოკციდივით ხასიათდებოდეს (დაავადების ხანგრძლივობა სულთამიდური პრეპარატებისა და პენიცილინის ხმარების შედეგად საგრძნობლადაა შემცირებული).

მწვავე მოვლენების დაცხრობით და ტემპერატურის ნორმამდე დასვლით, თითქოს ადგილი აქვს სრულ განკურნებას, მაგრამ ეს სინამდვილეს არ შეეფერება, რადგან გონორეის აღმავალი ფორმის ხელახლა განვითარებისათვის მიზეზი მოსაპობილი არ არის. ეს მიზეზი კი საშვილოსნოს ყელის გონორეაა. გარდა ამისა აღმავალმა ფორმამ უკვე გამოიწვია ზედა სასქესო გზებისა და მცირე მენჯის პერიტონეუმის მეტად თვალსაჩინო ცვლილებები.

გონორეის აღმავალი ფორმისა და პელვეოპერიტონიტის დროს, როგორც ვთქვით, ვითარდება დაავადების ისეთი სურათი, რომელიც წააგავს დიფუზურ პერიტონიტს. ამიტომ სწორი დიაგნოზის დასმა, განსაკუთრებით პირველი დღეების განმავლობაში, არც ისე ადვილი საქმეა. როგორც აღვნიშნეთ, დამამშვიდებელია მაჯა, რომელიც ტემპერატურას შეეფარდება და კარგი აესებისაა.

გონორეის აღმავალი ფორმისათვის (პელვეოპერიტონიტისათვის) დამახასიათებელია საშიში ქარიშხლისებრი მოვლენები, მაგრამ ამ მოვლენების არა პროგრესული განვითარება, არამედ სწრაფი უკუქცევა. არაგონორეული პერიტონიტის დროს კი, პირიქით, მოვლენები პროგრესულად ვითარდება.

გონორეული პელვეოპერიტონიტის დროს ტკივილი მუცლის მიდამოში გაცილებით უფრო მწვავეა, ვიდრე სტრეპტოკოკური პერიტონიტის დროს.

სტრეპტოკოკური პერიტონიტის დროს უფრო მკვეთრადა გამოხატული მეტეორიზმი — მუცლის შებერილობა, მაგრამ ნაკლებია მისი დაჭიმულობა და მტკივნეულობა ხელის შეხების დროს, რაც აიხსნება დიფუზური პერიტონიტის შემთხვევაში მეტი ტოქსიკურობით, ნაწლავებისა და პერიტონეუმის დამბლითა და მუცლის ღრუში განვითარებული პასიური პიპერემიით.

დიაგნოზისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ქვემო სასქესო ორგანოების გონორეის არსებობის დადასტურებას. მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე დაავადების განვითარების კავშირს მენსტრუაციის დაწყებასთან — გონორეული პელვეოპერიტონიტი ხშირად ვითარდება თვიურის წინ, თვიურის დროს და თვიურის დამთავრებიდან რამდენიმე დღის შემდეგ.

ჯერ უნდა ვაწარმოთ ავადმყოფის გარეგანი დათვლიერება, გამოვიკვლიოთ მაჯა და ტემპერატურა. მაჯა, როგორც ვთქვით, აჩქარებულია — უდრის 110 — 115-ს წუთში, კარგი აესებისაა და რიტმული; ტემპერატურა არის 39° და მეტიც; ენა მშრალია; მუცლის კედელი ჭიპს ქვემოთ დაჭიმულია; ხელის შეხებისა და პალპაციის დროს კუნთები კიდევ უფრო იჭიმება (დუფანსი — დადებითია ბლუმბერგ-შნეიტკინის სიმპტომი). ზოგჯერ ავადმყოფს აწუხებს გულისრევა, ხანგამოშვებით კი — პირღებინება. ყველაფერი ეს მიუთითებს პერიტონეალურ მოვლენებზე — პელვეოპერიტონიტზე.

ანამნეზური ცნობებიდან ზოგჯერ ვგებულობთ, რომ ქალს აღვნიშნებოდა წვა შარდვის დროს, ჩირქოვანი შლა, უშვილობა ან იგი პირველი ორსულობის შემდეგ აღარ დაორსულებულა, თვიურის დროს ჰქონდა ტკივილი და სხე.

გარეთა სასქესო ორგანოები კარგად უნდა დავათვალიეროთ. ყურადღება უნდა მივაქციოთ ბართოლინის ჯირკვლებს.

საშოში შეტანილი თითით უნდა გავაკეთოთ მსუბუქი მასაჟი ურეთრის მიმართულებით — უკანიდან წინ. ენახოთ — ხომ არ აღვნიშნება ჩირქოვანი გამონადენი. თუ გამონადენი არის, საჭიროა ავიღოთ ნაცხი და დავამუშავოთ იგი ისე, როგორც ქვედა სასქესო გზების გონორეის განხილვისას აღვნიშნეთ.

ყურადღება უნდა მივაქციოთ საშოს შიგთავსს — ხომ არ არის ის ჩირქოვანი ხასიათის. განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა საშვილოსნოს ყელის ჩირქოვან გამონადენს. ნაცხი აქედანაც უნდა ავიღოთ და გამოვიკვლიოთ იგი.

ბიძან უალური გამოკვლევების საშვილოსნო მტკივნეულია, ოდნავ გადიდებულია, მისი კარგად გასინჯვა შეუძლებელია. მუცლის წინა კედლის რეფლექტორული დაკიმულობის გამო. საშვილოსნოს ყელის წინ წამოწევა მკვეთრ ტკივილს იწვევს.

დანამატების გასინჯვა არ ხერხდება. პარამეტრიუმი ხშირად თავისუფალია. ასეთია გარეგანი და შინაგანი გასინჯვის სურათი.

ლაბორატორიული მონაცემები. შარდის მხრივ გონორეისათვის დამახასიათებელი რაიმე მოვლენები არ აღინიშნება, მაგრამ მაინც ყურადღებას იქცევს ის გარემოება, რომ ნალექში ხშირად დიდი რაოდენობითაა ლეიკოციტები.

თუ ადგილი აქვს მწვავე ურთრიტს, ურთრიდან აღებულ ნაცხში დიდი რაოდენობით იქნება ლეიკოციტები, აგრეთვე გონოკოკები — როგორც უჯრედს გარეშე, ისე თვით ლეიკოციტებში.

საშვილოსნოს ყელიდან აღებულ ნაცხში გონოკოკებს ყოველთვის ვერ ვნახულობთ. საკირია განმეორებითი გასინჯვის ჩატარება. სამაგიეროდ დიდი რაოდენობით არის ლეიკოციტები. დაფარულია თითქმის მიკროსკოპის მთელი მხედველობის არე, რაც მწვავე ანთების უდავო ნიშანია.

უნდა გავსინჯოთ სისხლიც. ყურადღებას იპყრობს შედარებით დაბალი ლეიკოციტოზი — ლეიკოციტების რაოდენობა აღწევს 8 — 10 ათასს. სტრებტო-სტაფილოკოკური ინფექციისათვის ეს დაბალი ლეიკოციტოზია.

გონორეული ინფექციის დროს დაბალი ლეიკოციტოზი არ ნიშნავს ორგანიზმის დამცველი ძალების დასუსტებას. ეს მოვლენა გონორეისათვის დამახასიათებელია.

სისხლის ფორმულის გამოკვლევის დროს ყურადღებას იპყრობს ლიმფოციტებისა და ეოზინოფილების რაოდენობის მომატება. სხვა მხრივ სისხლში რაიმე თვალსაჩინო ცვლილება არ აღინიშნება.

სტრებტო-სტაფილოკოკური პერიტონიტის დროს კი აღინიშნება ლიმფოციტების რაოდენობის მკვეთრი დაკლება, ეოზინოფილების გაქრობა, მაღალი ლეიკოციტოზი, ერითროციტებისა და ჰემოგლობინის საგრძნობი შემცირება, სისხლის წნევის დაქვეითება და სხვ. ერითროციტების დალექვის რეაქცია აჩქარებულია.

ამგვარად, თუ შევჯამებთ ობიექტურ მონაცემებსა და ანამნეზურ ცნობებს, უნდა გამოვიტანოთ დასკვნა, რომ ადგილი აქვს სასქესო ორგანოების მწვავე ანთებას, რომელიც განვითარდა აღმავალი გონორეული პროცესის შედეგად საშვილოსნოს ყელის მკურნალობის არასაკმარისად, არასათანადოდ ჩატარების ან მისი საფასებით ჩაუტარებლობის გამო.

რა არის დაზიანებული ამ შემთხვევაში გონორეისაგან?

დაზიანებულია საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსი. აქედან დიდი რაოდენობით სდის ჩირქი. ნაცხში დიდი რაოდენობითაა ლეიკოციტები, არაიშვიათად — გონოკოკებიც. მაშასადამე, ადგილი აქვს *endocervicitis gonorrhoeica*-ს.

შარდის ნალექში ლეიკოციტების სიმრავლე ლაპარაკობს საშარდე მილის გონორეულ დაზიანებაზე, რაც საკმაოდ ხშირია. თუ ნაცხში ვნახეთ გონოკოკები, მაშინ სურათი უფრო ნათელი იქნება.

ავადმყოფის მუცელი მტკივნეული და დაკიმულია. აღინიშნება ენის სიმშრალე, ყაბზობა, გულისრევა, პირღებინება, მაღალი ტემპერატურა და მჯავს

აჩქარება. მაშასადამე, პერიტონეალური მოვლენები არსებობს, მაგრამ მაჯა კარგი ავსებინაა. მუცლის დაკვირვება აღინიშნება კიბის ქვემოთ. ლეიკოციტები მცირე რაოდენობითაა. ეოზინოფილები არა თუ არ გამჭარალა, არამედ მათი რაოდენობა მომატებულია. მომატებულია ლიმფოციტების რაოდენობაც. ჰემოგლობინისა და ერითროციტების რაოდენობა არ არის შემცირებული. ამკვლად, საქმე ეხება გონორეულ პელეოპერიტონიტს და არა სტრეპტო-სტაფილოკოკურ პროცესს.

ჩვენ ვამბობთ, რომ ამ შემთხვევაში გონორეული პროცესი საშვილოსნოს ღრუსა და ფალოპის ლულებშიც არის განვითარებული. თუმცა სურათი მკაფიოდ არ არის გამოხატული.

დიფერენციალური დიაგნოზი სპირტოა გავატაროთ მწვავე აპენდიციტთან, გადავრეხილ კისტასთან, ფალოპის ლულის დარღვეულ ორსულობასთან და სხვ.

მწვავე აპენდიციტისათვის დამახასიათებელია ტკივილი მუცლის არეში; განსაკუთრებით მარჯვნივ, აგრეთვე ტკივილი კიბისა და კუჭის მიდამოებში, მუცლის წინა კედლის კუნთების დეფანსი. თუ მოხდა კიბის ნაწლავის პერფორაცია, მაშინ მუცელი ისეა დაკიმული, როგორც ფიცარი. მწვავე აპენდიციტისათვის დამახასიათებელია აგრეთვე მოგვიანებითი მეტერიზმი — მუცლის გაბერება, ტკივილი შესუნთქვის დროს — განსაკუთრებით მარჯვნივ. აპენდიციტისათვის დამახასიათებელია მალე ლეიკოციტოზი, ლიმფოციტებისა და ეოზინოფილების დაკლებით. ამვე დროს თუ საშვილოსნოს ყელიდან აღებული ნაცხი არ შეიცავს ბაქტერიებსა და ლეიკოციტებს, ეს აპენდიციტის სასარგებლოდ ლაპარაკობს.

ბიმანუალური გასინჯვის დროს საშვილოსნოს ყელის წინ წამოწევა ან გვერდზე გადაწევა არ იძლევა ტკივილს. გონორეის აღმავალი ფორმის დროს კი საშვილოსნოს ყელის განძრევა მეტად მტკივნეულია.

საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის დროს ტემპერატურა ან სრულიად არ არის ან იგი ოდნავ მომატებულია, თვიური დაგვიანებულია, სიმსივნე ცალმხრივია და ბიმანუალური გასინჯვისას მტკივნეულია. საშვილოსნოს ყელის ოდნავი წამოწევა წინ ნორმალური ან სუბფერტილური ტემპერატურის დროს იწვევს მძაფრ ტკივილს, რის გამოც ავადმყოფი, როგორ მძიმე მდგომარეობაშიც არ უნდა იყოს იგი, მაინც შეინძრება და დაიკენესებს. ჩვენი დაკვირვების მიხედვით, ეს სიმპტომი დადებითია მილის გასკდომის ახალ შემთხვევათა თანქმის 98,3%-ში. თუ ყოველივე ეს საკმარისი არ აღმოჩნდა საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის გამოსარეცხავად, მაშინ უკანა თაღის პუნქციას უნდა მივმართოთ.

კისტის ფეხზე გადავრეხავ იწვევს მძაფრი პერიტონეალური მოვლენების განვითარებას, მაგრამ ამ შემთხვევაში ეს მოვლენები მალე გაივლის და შინაგანი გასინჯვისას ვადასტურებთ კისტის არსებობას. ანთებითი მოვლენები კი ამ დროს ავითარდება.

როგორც ვთქვით. გონორეის აღმავალი ფორმის დროს მწვავე მოვლენები ორ-სამი კვირის განმავლობაში სავსებით დაცხრება. მაგრამ ფალოპის ლულების დაჩირქების ან საკვერცხის აბსცესის განვითარების შემთხვევაში, თუ არ იქნება ჩატარებული სათანადო მკურნალობა — ჩირქის ევაკუაციის სახით, ავადმყოფს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში გაუმჯობესება არ დაეტყობა.

**მკურნალობა.** სულფამიდური პრეპარატებისა და ანტიბიოტიკების შემო-  
ღებამდე გონორეის აღმავალი ფორმის მკურნალობა მწვავე პროცესის დროს  
ხანგრძლივი იყო — იხმარებოდა მხოლოდ ნარკოზული საშუალებები, ზოგიერ-  
თი საღებნიფექციო მედიკამენტი, ყინული მუცელზე და სხვ. მწვავე პროცესის  
ლიკვიდაციისა და ორგანიზმის სრული დამშვიდების შემდეგ მიმართავდნენ  
ადგილობრივ მკურნალობას.

ამჟამად ჩვენს განკარგულებაშია ისეთი ძლიერი და თითქმის უგბარი  
საშუალებები, როგორცაა ანტიბიოტიკები და სულფამიდური პრეპარატები.  
როგორც კი აღმავალი პროცესი და გონორეული პელეოპერიტონიტის დიაგ-  
ნოზი დადასტურდება, დაუყოვნებლივ უნდა მივმართოთ აღნიშნული პრეპა-  
რატებით მკურნალობას.

ავადმყოფი უნდა იყოს მწოლიარე მდგომარეობაში. კარგია ყინული მუ-  
ცელზე. საჭიროებისდა მიხედვით ვენინინავთ გულის საშუალებებს — უმჯობესია  
კანქვეშ ქაფური, კოფეინი და სხვ.

ტკივილის დასაყუჩებლად მიზანშეწონილია დავუნიშნოთ ნარკოზული  
საშუალებანი, ბელადონი, პირამიდონი და სხვ.

ღიდი მნიშვნელობა აქვს დიეტას. საკვები უნდა იყოს მსუბუქი და ნო-  
ყიერი. ავადმყოფი უნდა მოერიდოს ისეთ საკვებს, რომელიც გაცივრეებს გა-  
ღიზიანებული პერიტონეუმისა და ნაწლავების კიდევ უფრო მეტად აგზნებასა  
და მეტეორიზმს. ამიტომ არ არის სასურველი რომ ავადმყოფმა მიიღოს რძე,  
მურაბა, სიროფიანი წყალი და სხვ. სასარგებლოა მაწონი, ტკბილი (არა ზედ-  
მეტად), ჩაი, წყალზე დამზადებული ფაფები, ახალი კარაქი და სხვ.

შეიძლება ვიხმაროთ კანქვეშ 1—2%-იანი იქტიოლის ხსნარი, რომელიც  
აყუჩებს ტკივილს და ასუსტებს ანთების მოვლენებს; აგრეთვე 10%<sup>1</sup>/<sub>6</sub>-იანი  
ქლორკალციუმის ხსნარი ვენაში 10 კუბ. სმ რაოდენობით. დღეგამოშვებით  
ან ყოველდღე; 40%<sup>1</sup>/<sub>6</sub>-იანი უროტროპინი ვენაში — 5 გ რაოდენობით.

ანტიბიოტიკებით და სულფამიდური პრეპარატებით მწვავე პროცესის  
ლიკვიდაციის შემდეგ ქალი გულმოდგინედ უნდა გავსინჯოთ — ხომ არ არის  
გონოკოკები დარჩენილი ურეთრაში, სკენეს ჯირკვლებში, სწორ ნაწლავში,  
საშვილოსნოს ყელში და სხვ. თუ რომელიმე აღნიშნულ ორგანოში გონოკო-  
კები აღმოვაჩინეთ, მაშინ პენიცილინით ან სულფამიდური პრეპარატებით მკუ-  
რნალობის კურსი ადგილობრივ პროცედურებთან ერთად განმეორებით უნდა  
ჩავატაროთ.

პენიცილინი უნდა დავუნიშნოთ კანქვეშ, თეთრი სტრეპტოციდი — per  
os, არა ნაკლებ 3 გრამისა დღეში (თუ ავადმყოფი კარგად იტანს, უმჯობე-  
სია მივცეთ 5—6 გ რაოდენობით დღე-ღამის განმავლობაში).

Rp.: Penicillini 5000 000 ს. ე.

D. S. 200 000 ერთეული ყოველ სამ საათში.

Rp.: Streptocidi 0,3

in tabl. №60

D. S. ორ-ორი ტაბლეტი 5-ჯერ დღეში.

Rp.: Sulfodimesini 0,5

D. t. d. № 70

D. S. თითო ტაბლეტი 6-ჯერ დღეში.

Rp.: Ext. bellad. 0,015

Pyramidoni 0,3

B. cacao q. s. ut. f. supp.

D. t. d. № 6

D. S. დილა საღამოს — თითო ცალი უკანა ტანში.

Rp.: sol. Calcii chlorati 10% — № 10

D. S. ვენაში ყოველდღე ან დღეგამოშვებით.

Rp.: s. Urotropini 40% — 5,0

in amp. № 10

D. S. ვენაში — 5,0 ყოველდღე ან დღეგამოშვებით.

გონორეის აღმავალი ფორმა ხშირად იწვევს საშვილოსნოს დანამატების სიმსივნეებისა და შეხორცებითი პელვეოპერიტონიტის განვითარებას.

**დანამატების გონორეული სიმსივნეები და შეხორცებითი პელვეოპერიტონიტი (adnextumor et pelveoperitonitis adhaesiva gonorrhoeica)**

გონორეის აღმავალი ფორმის დროს იშვიათად, მაგრამ მაინც არის შემთხვევები, როდესაც დანამატებში არ განვითარდება სიმსივნეები და პერიტონეუმის შეხორცებები. უმრავლეს შემთხვევაში კი ჩნდება დანამატების სიმსივნეები და შეხორცებები.

დანამატების სიმსივნეებს ქრონიკული მიმდინარეობა ახასიათებს, მაგრამ ახალი აღმავალი ინფექციის დროს პროცესი მწვავედება.

დანამატების სიმსივნეების განვითარებას, რა თქმა უნდა, სხვა ბაქტერიების ზემოქმედების დროსაც აქვს ადგილი, როგორცაა, მაგალითად, სტრეპტოკოკები, სტაფილოკოკები, ნაწლავის ჩხირები, ტუბერკულოზის ჩხირები, ტიფის ჩხირები, გრიპის ბაცილები და სხვ. მაგრამ ძირითადი, მთავარი მიზეზია გონორეა. მაგალითად, სტრეპტოსტაფილოკოკებისაგან გამოწვეული სიმსივნეები გვხვდება დაახლოებით შემთხვევათა 3—10%—ში, გონორეით გამოწვეული კი — შემთხვევათა 80%—ში და უფრო ხშირად.

დანამატების სიმსივნეების დროს პროცესში ჩაბმულია შემდეგი ორგანოები: კვერცხსაველი, საკვერცხე, ბადექონი, ნაწლავები და შარდის ბუშტი.

თუ დანამატის სიმსივნე შეიცავს ჩირქს და ის ნაწლავთან ან შარდის ბუშტთან არის შეხორცებული, შეიძლება ჩირქი ამ ორგანოებში გამოირწყოს, რის შედეგად მდგომარეობა გაუმჯობესდება, მაგრამ შეიძლება ნაწლავიდან სხვა ინფექცია შეიჭრეს და ამით მდგომარეობა გართულდეს.

**კლინიკური მიმდინარეობა და დიაგნოზი.** მწვავე პროცესის დროს, როგორც ვთქვით, ბიმაწლური გასინჯვის კარგად ჩატარება თითქმის შეუძლებელია.

მწვავე პროცესის გავლის შემდეგ ბიმაწლური გასინჯვისას ვნახულობთ დანამატის სიმსივნეს, რომელიც სხვადასხვა სიდიდისაა. მისი კონსისტენცია ყველგან ერთნაირი არ არის. სიმსივნე შეხორცებულია საშვილოსნოს გვერდითს და უკანა კედელთან. შეხებით იგი მტკივნეულია. საშვილოსნო მოძრაობაში შეზღუდულია. ის წინაა გადმოწეული და ნაწილობრივ ზევით არის აწეული. საშვილოსნოს ყელის წინ წამოწევა მტკივნეულია — გავსაშვილოსნოს იოგების ანთებისა და დამოკლების გამო. უფრო იშვიათად სიმსივნე საშვილოსნოს წინა კედელზეა მოთავსებული.

შედარებით იშვიათად დანამატის სიმსივნეს თან ერთვის პარამეტრიუმის გონორეული ანთება. ამ დროს პარამეტრიუმის ექსუდატი მენჯის კედლებზე

გადადის. სიმსივნე დიფუზური ხასიათისაა. საშვილოსნო მოპირდაპირე მხარეზეა გადაწეული და ამ მხარეზე პარამეტრიუმი შევიწროებულია.

საშვილოსნოს ყელიდან არაიშვიათად აღინიშნება გაძლიერებული გამო-  
ნადენი — ჯირკვლების ჰიპერსეკრეციის გამო, რაც ქრონიკული პროცესისათვის არის დამახასიათებელი. ამ დროს საშვილოსნოს საშოსმხრივ ნაწილზე ეროზია ჩვეულებრივი მოვლენაა, რადგან საშვილოსნოს ყელის გამონადენის ზემოქმედებით ხდება ბრტყელი ეპითელის მაცერაცია.

სიმსივნე, რომელიც ისინჯება, კონგლომერატია — მასში შეზრდილია ფალოპის ლულა, საკეერტხე, პერიტონეუმი და არა იშვიათად მახლობელი ორგანოებიც — ბადექონი, ნაწლავები და შარდის ბუშტი.

ქრონიკულ სტადიაში ავადმყოფს ტემპერატურა არა აქვს. შეიძლება ტკივილიც არ ჰქონდეს. უფრო ხშირად კი ქალს ტკივილი აწუხებს საზარდულის მიდამოში. ტკივილი აღენიშნება აგრეთვე სწორი ნაწლავის მიდამოსა-  
კენ — განსაკუთრებით სქესობრივი კავშირის დროს.

მოშლილია მენსტრუალური ციკლი. უხშირესად გვხვდება შემოკლებული მენსტრუალური ციკლი, ზოგჯერ გაგრძელებული მენსტრუალური ციკლი. ადგილი აქვს მენომეტრორაგიული ხასიათის სისხლდენას, დისმენორეული ხასიათის ტკივილს. ამენორეაც ხშირი მოვლენაა — თუ დანამატებში ჩირქოვანი პროცესია.

როგორც ვთქვით, აღმავალი ინფექციის შედეგად პალატი ტემპერატურის არსებობა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, განსაკუთრებით, მაშინ, თუ მან მიიღო ჰექტიური ხასიათი — რემისიებით, ჩირქოვანი დანამატისათვის არის დამახასიათებელი.

თუ ჩირქი საკეერტხის პარენქიმაშიც გაჩნდა, მაშინ მდგომარეობა უფრო რთულია, ტემპერატურას ჰექტიური ხასიათი აქვს. პალატი ტემპერატურის ხანგრძლივ პერიოდებს ცვლის რამდენიმე დღიანი უსიცხო ინტერვალები.

წარსულში დაავადება მეტად ხანგრძლივად მიმდინარეობდა და პარენქიმატოზული ორგანოების ამილოიდური გადაგვარების გამო ზოგჯერ ავადმყოფი იღუპებოდა.

ღიაგნოზისათვის მნიშვნელობა აქვს სისხლის გამოკვლევასაც. ბორღე ყანგუს რეაქცია უფრო ხშირად დადებითია. მნიშვნელოვანია აგრეთვე ურეთრიდან და საშვილოსნოს ყელიდან აღებული ნაცხის ბაქტერიოსკოპული და ბაქტერაოლოგიური გამოკვლევა და რეაქცია ანტიგენზე.

**მკურნალობა.** დანამატების მწვავე ანთების მკურნალობა ისეთივეა, როგორც საერთოდ გონორეის აღმავალი ფორმის პელვეოპერიტონიტის დროს საჭიროა წოლა; ყინული მუცელზე, გულის საშუალებების დანიშვნა, ტკივილის დასაყუჩებელი საშუალებების, პენიცილინის, სულფამიდური პრეპარატების მიღება და სხვ.

თუ ადგილი აქვს ჩირქოვან დანამატს, აუცილებელია პუნქციით ჩირქის ევაკუაცია და შივ პენიცილინის შეყვანა — საჭიროების შემთხვევაში რამდენჯერამე.

მწვავე პროცესის გავლას შემდეგ მიუხედავად პენიცილინით ან სულფამიდური პრეპარატებით ჩატარებული მკურნალობისა, ქალი ხელახლა უნდა გამოვიკლიოთ გონორეაზე. საჭირო შემთხვევაში უნდა ჩავატაროთ კომბინირებული მკურნალობა: სულფამიდებით, ანტიბიოტიკებით და ადგილობრივი საშუალებებით.

დანამატების აჩირქოვანი სიმსივნეების განწოვისათვის საჭიროა უფრო ენერგიული ღონისძიებების მიღება. მეტად სასარგებლოა პროთენთერაპია, აუტოჰემოთერაპია, ჰორმონთერაპია; აგრეთვე ფიზიოთერაპიული პროცედურები — დიათერმია, ტალანის აბაზანები, თბილისის გოგირდოვანი წყლების თბილი აბაზანები. წყალტუბოს წყლების აბაზანები, მზის აბაზანები და სხვ. ამავე დროს, ორგანიზმის საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით უნდა ვიხმაროთ ვიტამინები რკინისა და დარიშხანის პრეპარატები.

ფიზიოთერაპიული მკურნალობის ეფექტურობა მაშინ არის თვალსაჩინო, როდესაც ორგანიზმიდან გონოკოკები სავსებით გამოძევებულია და საქმე ეხება გონორეული პროცესის წედვას. თუ ორგანიზმში გონოკოკები არის, მაშინ ფიზიოთერაპიულმა მკურნალობამ შეიძლება დიდი ზიანი მიაყენოს ავადმყოფს — გამოიწვიოს პროცესის გაშფავება და მდგომარეობის გაუარესება.

შეხორცებითი ქრონიკული პელვეოპერიტონიტის მკურნალობაში უდიდესა მნიშვნელობა აქვს ჰორმონთერაპიას. ჰორმონები, განსაკუთრებით ფოლიკულური ჰორმონი იწვევს მენჯის ღრუს ორგანოთა აქტიურ ჰიპერემიას, სისხლის მიმოქცევის გაძლიერებას. ქსოვილებისა და ორგანოების კვების გაძლიერებასა და შეღორცების განწოვას, რის გამოც გაუვალი ფალოპის ლულები ზოგჯერ გამავალი ღდება. დისმენორეული ხასიათის ტკივილი სწრაფად ქრება. სტერილური ქალი არაიშვიათად ორსულდება.

წარსულში დანამატების ანთებითი სიმსივნეების მკურნალობაში სშირად პქონდა ადგილი ქირურგიულ ჩარევას. ამჟამად ეს მეთოდი უარყოფილია, რადგან კონსერვატული მკურნალობა საუკეთესო შედეგს იძლევა, ოპერაცია კი ქალს არაიშვიათად ინვალიდად აქცევს.

ისეთ შემთხვევაში, როდესაც ჩირქგროვა მიუდგომელია პუნქციის საწარმოებლად ან სქელი კონსისტენციის გამო ჩირქის გამოღება არ ხერხდება, ქირურგიული ჩარევა აუცილებელია.

თუ ქრონიკულ შემთხვევაში რამდენჯერმე ჩატარებული კონსერვატული მკურნალობის შედეგად სიმსივნეები მოცულობაში არ შემცირდა, ტკივილი და მენსტრუალური ციკლის მოწლილობა არ მოისპო, მაშინ იძულებული ვართ მივმართოთ სისინფერების ამოკვეთას ლაპარატომიის საშუალებით. რა თქმა უნდა, შეძლებისდაგვარად ქალს საკვერცხეები უნდა შევუნარჩუნოთ. დღეს ისეთი შემთხვევები, რომლებიც აუცილებელ ქირურგიულ ჩარევას მოითხოვს, ძლიერ იშვიათია, რადგან ჩვენს განკარგულებაშია მძლავრი ქიმიური საშუალებები და ანტიბიოტიკები.

### გონორეული სეპსისი (sepsis gonorrhoeica)

თანამედროვე პირობებში გონორეული ინფექციისაგან სეფსისის განვითარება უიშვიათესი შემთხვევაა. მისი გავრცელების გზები სხვადასხვაგვარია.

იგი ვრცელდება ინტრაკანალიკური გზით — ქვემო სასქესო გზებიდან ხდება ინფექციის განვითარება საშვილოსნოში, ფალოპის ლულებსა და პერიტონეუმზე, როგორც ვთქვით, აქ უფრო სშირად ვითარდება პერიტონეუმის ლოკალიზებული, შემოფარგლული ანთება Pelveoperitonitis-ის სახით, მაგრამ არის ზოკადი დიფუზური გონორეული პერიტონიტის განვითარების იშვიათი შემთხვევა.



გარდა ამისა, გონორეული ინფექცია, შეიძლება სისხლის გზით გავრცელდეს, ზოგად ინფექციად გადაიქცეს, მოგვეცეს მეტასტაზი სხვადასხვა ორგანოში და ნამდვილი გენერალიზებული სეფსისი განვითარდეს.

გონორეული სეფსისი მეტად მძიმედ მამდინარეობს და კლინიკურად არ განსხვავდება სხვა ბაქტერიებით გამოწვეული სეფსისისაგან.

გონორეული პერიტონიტისა [და სეფსისის მკურნალობა ანტიბიოტიკებითა და სულფამილური პრეპარატებით უნდა ვაწარმოოთ.

### გონორეული ართრიტი (arthritis gonorrhoea)

სასხრების გონორეული დაზიანება ხდება მოგვეანებით, დასლოებით გონორეის განვითარებიდან 3—4 კვირის შემდეგ.

წინათ ფიქრობდნენ, რომ გონორეული ართრიტი ვითარდება მხოლოდ ერთ სახსარში და ისიც მხოლოდ მუხლის სახსარში. ზოგჯერ გონორეა მრავალ სახსარს აზიანებს — როგორც ქვემო, ისე ზემო კიდურებსაც. ტემპერატურა ამ დროს დიდი, ხშირად დილით დაბადა, საღამოს კი — მდელი. სახსარი შესივებულია და მეტად მტკივნეულია.

ღია გონორეის შემთხვევების, სასქესო ორგანოების გონორეის არსებობის, სალიცილის პრეპარატების უმოქმედობის, სახსრიდან აღებულ პუნქტატში გონოკოკების ნახვის საფუძველზე და სხვ.

მკურნალობის მიზნით დიდი წარმატებით იწარება პენიცილინი და სულფამილური პრეპარატები.

### მენსტრუალური ციკლის მოშლილობანი გონორეის აღმავალი ფორმის დროს

საკვერცხის პარენქიმა არაჩვეულებრივად გამძლეა. ის ადვილად იტანს გადანერგვას და შედარებით ადვილად ცოცხლობს ახალ ადგილზე. ანთებითი პროცესი მას ძნელად აზიანებს, საესენით იშვიათად ისპობა. საკვერცხის მცირედი პარენქიმა ციკლი გადარჩეს, ეს საკვარისია იმისათვის, რომ მისი ფუნქცია არ მოიშალოს და შინაგანი სეკრეცია შენარჩუნებულ იქნეს.

ზოგჯერ ოპერაციის დროს ენახულობთ ძლიერი ანთებითი პროცესის შედეგად თითქმის სრულიად მოსპობილ საკვერცხეებს — მათი მხოლოდ მცირედი ნაწილია გადარჩენილი, მაგრამ მენსტრუალური ციკლი მაინც არსებობს.

გონორეულ ანთებითს პროცესებსაც შედარებით ადვილად უძლებს საკვერცხე. მიუხედავად საკვერცხის ასეთი გამძლეობისა, ზემო სასქესო გზების გონორეის დროს მაინც ხდება მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა სახის მოშლილობა.

გონორეის აღმავალი ფორმის დროს პირველ ხანებში ამენორეა ვითარდება (ერთგაზიანი ფარული მენსტრუალური ციკლი). ამენორეა შინაგანი სეკრეციის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მოშლილობად უნდა ჩათვალოს. ამ დროს ვითარდება ორგანიზმის საერთო ინტოქსიკაცია, საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის (როგორც ფუნქციურის, ისე ბაზალურის) ანთებითი დაზიანება და თვით საკვერცხის ფუნქციის დაქვეითება.

გონორეა მოქმედებს არა მარტო საკვერცხეზე, არამედ საშვილოსნოს ლორწოვან გარსზეც, რომელსაც თვალსაჩინოდ აზიანებს. ამიტომ უნდა ვიფიქროთ, რომ დაავადებული და ცუდად განვითარებული საშვილოსნოს ლორ-

წოვანი გარსის დროს თვიურს არა აქვს ადგილი. რადგან, ასეთი ლორწოვანი გარსი ვერ ახდენს, თავის მხრივ, ფიზიოლოგიურ გავლენას საკვერცხეებზე, რის გამოც ფოლიკული განიცდის უკუგანვითარებას, ატრეზიას და ყვითელი სხეული არ ვითარდება. ამის შედეგად კი ამენორეას აქვს ადგილი.

საკვიროებს თუ არა გონორეისაგან გამოწვეული ამენორეა მკურნალობას?

ჩვენი აზრით, მკურნალობა აუცილებელია, რათა საკვერცხეების მოქმედებას მეტი იმპულსი მიეცეთ და, ამასთან ვიმოქმედოთ დაზიანებული საშვილოსნოს ლორწოვან გარსზე.

საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ზრდისათვის ესტროგენები იხმარება. ეს ჰორმონი საშუალებას აძლევს საშვილოსნოს შედარებით სწრაფად აღადგინოს მოსპობილი ლორწოვანი გარსი.

ამ დროისათვის ორგანიზმში ჰორმონების შეყვანა უდავოდ ამცირებს მკურნალობის ვადას.

Rp.: Diethylstilbestroli

0,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—0,1

in amp. № 15

D.S. დღეში თითო ამპულა.

გონორეის აღმავალი ფორმის დროს ადგილი აქვს შემოკლებულ მენსტრუალურ ციკლს ხშირი და ქარბი თვიური. ნორმალური მენსტრუალური ციკლის განვითარებას 28 დღე უნდა. გონორეით ინტოქსიკაციის შედეგად კი მენსტრუალური ციკლი შეიძლება შემოკლდეს, რის გამოც ორ მენსტრუაციას შორის ინტერვალი 14—24 დღემდე შემცირდება.

როგორც აღნიშნული იყო, ფიზიოლოგიურ პირობებში საკვერცხეში მენსტრუალური ციკლი ორი ფაზისაგან შედგება. პირველი ფაზა მენსტრუაციიდან 14—16 დღემდე გრძელდება. ეს დრო საჭიროა ფოლიკულის მომწიფებისათვის და ოვულაციისათვის. მეორე ფაზა მენსტრუაციის შემდეგ მე-16 დღიდან 28-ე დღემდე გრძელდება. ეს დრო საჭიროა გამსკდარ ფოლიკულში ყვითელი სხეულის განვითარებისათვის. თუ კვერცხი არ განაყოფიერდა, მენსტრუაციის შემდეგ 25-ე დღიდან იწყება ყვითელი სხეულის უკუგანვითარება, 28-ე დღიდან კი — მენსტრუაცია.

შემოკლებული მენსტრუალური ციკლის დროს კვერცხუჯრედი არ ცოცხლობს ჩვეულებრივ 12—14 დღე, არამედ ადრე იღუპება, რის გამოც ყვითელი სხეულიც განიცდის ნაადრევ უკუგანვითარებას და თვიური ადრე დგება. ამ შემთხვევაში ქალს თვიური შეიძლება ყოველ 14—24 დღეში მოუვიდეს. გონორეის დროს კვერცხუჯრედის ნაადრევი დაღუპვა აიხსნება გონორეული ინტოქსიკაციით. ჰორმონული მკურნალობა ამ შემთხვევაშიც მიზანშეწონილია, რა თქმა უნდა, გონორეის სერიოზულ მკურნალობასთან ერთად. გონორეის სერიოზულ მკურნალობად ჩვენ მიგვაჩნია ქვემო სასქესო გზების გონორეის სრული განკურნება, რის შედეგად აღმავალ ფორმას და რეციდივს ადგილი აღარ ექნება.

გონორეის აღმავალი ფორმის დროს ზოგჯერ სისხლდენას ადგილი აქვს თვიურის გარეშეც — მეტრორაგია.

რა იწვევს გონორეის დროს მეტრორაგიული ხასიათის სისხლდენას? სის-

ხლდენას იწვევს საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის დაწყლუ-  
ლება, მისი ანთება წერილუჯრედოვანი ინფილტრაცია, ენდომეტ-  
რიტი. სისხლდენა ზოგჯერ გრძელდება კვირებისა და თვეების განმავლო-  
ბაში. ის ძლიერ ანერვიულებს ქალს და ყოველგვარ მოთმინებას უკარგავს.

თუ პროცესი მწვავეა, სისხლდენა მცირეა ან საშუალო სიძლიერისაა.  
ქრონიკულ შემთხვევებში, როდესაც ადგილი აქვს შეზორცებით პელეგოპერი-  
ტონიკს, ზოგჯერ სისხლდენა ხანგრძლივი და ძლიერია.

გონორეული ენდომეტრიტის განხილვის დროს ჩვენ აღვნიშნეთ, რომ  
ენდომეტრიუმში ვანიცდის ყოველთვიურ ციკლურ ცვლილებებს, თვიურის შეკ-  
თხვევაში ხდება მისი ფუნქციური შრის სრული მოცილება შემდეგი პროლი-  
ფერაციით და ამ გზით მისი განკურნება.

ენდომეტრიტის საბოლოოდ განკურნებისათვის საჭიროა ენდომეტრი-  
უმის რეინფექციას ადგილი არ ექნეს. რეინფექცია კი ძლიერ აღ-  
ვილად ხდება თვიურისა და სხვა მრავალი ხელშემწყობი პირობის არსებობის  
დროს, თუ საშვილოსნოს ყელი განკურნებული არ არის და აქ ბუდობს გონო-  
კოკები.

თუ გვინდა გონორეის აღმავალი ფორმის დროს მოვს-  
პოთ მეტრორაგიული სისხლდენა, უნდა მოვსპოთ გონოკოკე-  
ბი საშვილოსნოს ყელში და ქვემო სასქესო ორგანოებში.

გონორეის აღმავალი ფორმის შედეგად დანაშაულებში ვითარდება ქრონი-  
კული ანთება და სიმსივნეები, აგრეთვე შეზორცებითი პელეგოპერიტონიტი.  
ყოველივე ამის გამო საშვილოსნო შეზღუდულია მოძრაობაში. ფიზი-  
ოლოგიურ პირობებში კი ის არაჩვეულებრივად მოძრავი ორგანოა. მოძრაობა  
საშვილოსნოსათვის აუცილებელია როგორც ორსულობისა და ლოკინობის  
ხანაში, ისე თვიურის დროს — მის ღრუში დაგროვილი სისხლის გამოსაძევებ-  
ლად (სისხლის გამოძევებისათვის საჭიროა საშვილოსნო კარგად და ტალღისე-  
ურად იკუმშებოდეს).

გონორეისაგან გამოწვეული დანაშაულების სიმსივნეები და პერიტონეუმის  
შეზორცებები არ აძლევს საშვილოსნოს თავისუფალი შეკუმშვის საშუალებას.  
მცირე მენჯის ღრუში ვითარდება პასიური ჰიპერემია. ქსოვილებში  
გროვდება დიდი რაოდენობით ნახშირორჟანგი, რაც იწვევს ქსოვილებისა და  
და უჯრედების ინტოქსიკაციას. ამის გამო, გაგრძელებულია თვიურის სისხლ-  
დენა, ამასთან სისხლი მოდის ბევრი — საშვილოსნოს არასათანადოდ შეკუმშ-  
ვისა და საკვერცხის დისფუნქციის გამო. ასეთი ავადმყოფები უჩივიან ქარბ  
თვიურს — შენორაგია.

ზოგჯერ ნამდვილი თვიურის ნაცვლად ვითარდება ერთფაზიანი მენსტრუ-  
ალური ციკლი მეტრორაგიული ხასიათის სისხლდენით.

შეზორცებითი პელეგოპერიტონიტის დროს ქრონიკულ სტადიაში საჭი-  
როა რამდენჯერმე ჩავატაროთ ფიზიოთერაპიული მეთოდებით მკურნალობა,  
გარდა ამისა კანქვეშ ფოლიკულური პორმონის შეყვანა, რაც ჩვენი გამოცდი-  
ლებით, დიდად უწყობს ხელს შეზორცებების შეწყობას. ჩვენ სისხლდენის შესა-  
ჩერებლად წარმატებით ვხმარობთ ადროგენებს. მოსალოდნელ თვიურამდე ათი  
დღით ადრე.

Rp.: Methyltestosteron  
in tab. № 20

D. S. თითო ტაბლეტი ენის ქვეშ 3-ჯერ დღეში.

დისმენორეა (dysmenorrhoea). გონორეის აღმავალი ფორმის დროს არაიშვიათად აღინიშნება მენსტრუაციასთან დაკავშირებული ტკივილი. ამ შემთხვევაში დისმენორეა გამოწვეულია მცირე მენჯის ღრუში არსებული წებოვანებით, ანთებითი ზონრებით, რომლებიც განაპირობებენ საშვილოსნო ფიქსირებულად.

დისმენორეული ხასიათის ტკივილის საწინააღმდეგოდ გონორეის ძირითად მკურნალობასთან ერთად წარმატებით ეხმარება ესტროგენებს, ფიზიოთერაპიულ მეთოდებს და სხვ. ტკივილი მოკლე ხნის განმავლობაში ქრება.

### გონორეის პროფილაქტიკა

გონორეის საწინააღმდეგოდ ჩვენში გადამწვევტი ღონისძიებები ტარდება. ფართოდ არის გაშლილი ამბულატორიების, პოლიკლინიკების, დისპანსერებისა და ვენისტიტუტების ქსელი. გამოცემულია კანონი, რომლის მიხედვითაც 3 წლამდე თავისუფლების აღკვეთით ისჯება ყოველი მოქალაქე, ვინც კი შეგნებულად გადასდებს სხვას ვენერულ სნეულებას. სამკურნალო დაწესებულებებს უფლება აქვთ იძულებით მიიყვანონ სამკურნალოდ ის ავადმყოფები, რომლებიც სხვადასხვა მიზეზით თავს არიდებენ მკურნალობას.

გასანილია აგრეთვე პროფილაქტიკური დაწესებულებები, სადაც როგორც ქალს, ისე მამაკაცს შესაძლებლობა აქვს საექვო სქესობრივი კავშირის შემდეგ მიიღოს სათანადო დახმარება.

საექვო სქესობრივი კავშირის შემთხვევაში საჭიროა ქალმა ჩაატაროს საშოს შესწურება პერმანგანკალიუმის ხსნარით ან რძემჟავით, ხოლო წინასწარ დაიბანოს სასქესო ორგანოები თბილი წყლითა და საპნით, რის შემდეგ მან უნდა მოშარდოს. საშოს გარდა, საჭიროა ურეთრაც გამოვრეცხოთ პროტარგოლის ან კალიუმპერმანგანატის ხსნარით — კანქვეშ პენიცილინის შეყვანით. ოთხი დღის განმავლობაში უნდა მივცეთ სულფამიდური პრეპარატები — დღეში არა ნაკლებ 3 გრამისა.

Rp.: Sol. Kalii hypermanganici 1% — 100,0  
D. S. ორი ჩაის კოვზი ერთ ლიტრ წყალზე.

Rp.: Ac. lactici 100,0  
D. S. 2 ჩაის კოვზი 1 ლიტრ წყალზე.

Rp.: Sol. Protargoli 2% — 100,0  
D. S. ტარნოვსკის შპრიცით ურეთრაში.

ქალთა გონორეის პროფილაქტიკისათვის, პირველ ყოვლისა, საჭიროა მამაკაცთა გონორეის პროფილაქტიკა და განკურნება.

## თ ა ვ ი X

# ქალის სასქესო ორგანოების დაავადება ტუბერკულოზითა და სიფილისით ტუბერკულოზი

საერთოდ არც ერთი დაავადება არ არის ისე გავრცელებული, როგორც ტუბერკულოზი. ნეკელის სტატისტიკის მიხედვით, რომელიც ყურადღებას სასექციო მასალას, კაპიტალისტურ ქვეყნებში მოსახლეობის დიდი ნაწილი ტუბერკულოზით არის დაავადებული. ჩვენში კი ტუბერკულოზით დაავადების სისწორე სისტემატურად კლებულობს.

ტუბერკულოზის ჩხარი ადამიანის ორგანიზმში ყოველთვის ვერ იცილება ფეხს. უმრავლეს შემთხვევაში ორგანიზმი სძლევს მას. ამასთან, ორგანიზმი იმუშავებს იმუნიტეტს ტუბერკულოზისადმი, რომელიც იცავს მას ხელახლა დაავადებისაგან. ხშირად ტუბერკულოზის ჩხირის შექრა ორგანიზმში შეუძლებელი რჩება.

ქალის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი, ფილტვებისა და ნაწლავების ტუბერკულოზთან შედარებით, გაცილებით ნაკლები სიხშირით გვხვდება, მაგრამ იგი მაინც არ არის იშვიათი დაავადება. მაგალითად, სასექციო მასალის მიხედვით, ფილტვების ტუბერკულოზი გვხვდება შემთხვევათა 84,3%-ში, ნაწლავების ტუბერკულოზი — 32,3%-ში, პერიტონეუმის ტუბერკულოზი — 4,9%-ში, გენიტალური სისტემის ტუბერკულოზი — 3,4%-ში, ძვლის ტუბერკულოზი — 2,5%-ში, საშარდე სისტემის ტუბერკულოზი — 1,4%-ში.

გენიტალური ტუბერკულოზის დროს შემთხვევათა 85—90%-ში დაზიანებულია კვერცხსაველები და ისიც ორივე მხარეზე.

საშილოსნო ტუბერკულოზით დაავადებით შემთხვევათა 60%-ში ავადდება, საკვერცხეები კი — შემთხვევათა 30—35%-ში. ვულვისა და საშოს ტუბერკულოზით დაავადება იშვიათია.

გინეკოლოგიური დაავადების შემთხვევათა 10—12%-ს დანაშაულის ანთეზა შეადგენს. აქედან დანაშაულების ტუბერკულოზური დაავადება გვხვდება შემთხვევათა 10—12%-ში (რ. კიპარსკი).

იმ გინეკოლოგიურ ავადმყოფთა 1,5%, რომლებიც დასახმარებლად მემართავს ექიმს, დაავადებულია გენიტალური ტუბერკულოზით. გენიტალური ტუბერკულოზი არ არის დამოუკიდებელი დაავადება, არანედ ის წარმოადგენს მეტასტაზს — სხვა რომელიმე ორგანოდან გადატანილს.

ქალის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი ყველა ასაკში გვხვდება, მაგრამ უფრო ხშირად ვითარდება 20—30 წლის ასაკში.

რაც შეეხება სასქესო ორგანოების თანდაყოლილ ტუბერკულოზს, უფრო მისი არსებობა დანამდვილებით ცნობილი არ არის.

ტუბერკულოზური ინფექციის გავრცელება უმთავრესად ჰემატოგენური გზით ხდება, მაგრამ არ არის გამორიცხული მისი გავრცელების შესაძლებლობა ლიმფური გზითაც. ტუბერკულოზური ინფექციის გავრცელების შესაძლებლობა per continuitatem ეპეს არ იწვევს.

ტუბერკულოზური ინფექციის გავრცელება საშარდ სისტემიდან სასქესო ორგანოებზე არ ხდება. რაც შეეხება პერიტონეუმის ტუბერკულოზის გავრცელებას სასქესო ორგანოებზე, ეს შესაძლებელია.

თუ ერთდროულად გვხვდება საშარდ სისტემის ან პერიტონეუმისა და სასქესო სისტემის ტუბერკულოზი, ზოგიერთის აზრით, ეს ნიშნავს, რომ ამ ორგანოების დაავადება განსაზღვრული კერიდან მოხდა ერთსა და იმავე დროს.

სასქესო ორგანოების დანარჩენ ნაწილთან შედარებით, ტუბერკულოზით ფალოპის ლულების ხშირი დაავადების მიზეზად ასახელებენ: ამ უკანასკნელთა აგებულების თავისებურებას, რაც მდგომარეობს იმაში, რომ ფალოპის ლულები მოფენილია სისხლის მრავალი კაპილარით და დაფარულია ნაზი ლორწოვანი გარსით; ამ ორგანოთა ინფანტილიზმს, რაც ქმნის ზედმეტ განწყობას დაავადებისადმი; აგრეთვე საკვერცხეების ფუნქციის მოშლილობას, ამენორეას, ქრონიკულ დაავადებებს და სხვა მრავალ ფაქტორს, რომლებიც აგრეთვე ქმნის არახელსაყრელ პირობებს ინფექციის წინააღმდეგ ბრძოლისათვის.

ტუბერკულოზური ინფექცია ითვლება არა აღმავალ ინფექციად, როგორცაა, მაგალითად, გონორეული პროცესი, არამედ ის დაღმავალი ინფექციაა. მაგალითად, ამ ინფექციით ავადდება ჯერ ფალოპის ლულები, შემდეგ საშვილოსნოს ტანი, საკვერცხეები, საშვილოსნოს ყელი, საშო და გარეთა სასქესო ორგანოები. ქვემო სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზური დაავადება იშვიათია.

ზოგი ავტორის აზრით, იშვიათად, მაგრამ მაინც შეიძლება ტუბერკულოზური ინფექციის აღმავალი ფორმის განვითარება ლიმფური გზით. შესაძლებლად მიაჩნიათ აგრეთვე საშვილოსნოს ანტიპერიტალტიკური მოძრაობისა და მისი შეწოვის უნარის შედეგად საშოდან ტუბერკულოზური ინფექცია ზევით ავიდეს და გავრცელდეს.

ტუბერკულოზური ინფექციის გავრცელების ეს გზა საეპო უნდა იყოს, რადგან სასქესო ორგანოების ან ფილტვებისა და ნაწლავების ტუბერკულოზით დაავადებული მამაკაცები, რომელთა სპერმაშიც გვხვდება კოხის ჩხირები, მასობრივად დაავადებდნენ ქალებს სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზით, რის შედეგადაც ქალის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზს შემთხვევათა გაცილებით უფრო მეტ პროცენტში ექნებოდა ადგილი.

საშოს ეპითელის ბაქტერიციდულ თვისებებს, მის მკავე რეაქციასა და საშოს ფლორას უადრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს ტუბერკულოზის ჩხირების მოსპობაში.

ფალოპის ლულისა და საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში ტუბერკულოზურმა ინფექციამ შეიძლება მხოლოდ კატარალური ანთება გამოიწვიოს, რაც ზოგჯერ სავსებით იკურნება და მცირე კვალსაც კი არ სტოვებს.

თუ პროცესი კატარალური ანთებით არ დამთავრდა და აქა-იქ ფალოპის მილში წარმოიშვა დაშლითი პროცესი შემდგომი ჩაკირვით, მაშინ განვითარდება ლულის ანთების ნოდოზური ფორმა.

ეს ფორმა არ წარმოადგენს ტუბერკულოზისათვის განსაკუთრებულად დამახასიათებელს. ის შეიძლება შეგვხვდეს ყველა ანთებითი პროცესის, მათ შორის გონორული პროცესის დროსაც.

ქრონიკული პროცესის შემთხვევაში, როდესაც განკურნებას აქვს ადგილი, ვხვდებით კირის მარილების დალაგებას, ისე როგორც ეს ხდება ფილტველსა და ლიმფურ ჯირკვლებში.

ტუბერკულოზურმა ინფექციამ შეიძლება გამოიწვიოს დიდი პიოსალპინქისებოიანი გაჩენაც. ლორწოვანი გარსი დაშლილია, ფალოპის ლულა სვესეა კაზეოზური მასით. ტუბერკულოზური ინფექცია აზიანებს არა მარტო ლორწოვან გარსს, არამედ კუნთოვან და სეროზულ შრეებსაც და იწვევს მახლობელ ორგანოებთან მკვიდრო შეხორცებას. ასეთ პირობებში ხშირად საშვილოსნოც ზიანდება. საშვილოსნოში ვითარდება ტუბერკულოზური ხორკლები.

პროცესი თუ ღრმად წავიდა, შლის ლორწოვან გარსს და ვრცელდება კუნთოვან და სეროზულ შრეებშიც. საშვილოსნო მთლიანად იფარება კაზეოზური მასით. ძლიერი დაშლითი პროცესის გამო შეიძლება საშვილოსნოს ღრუში ჩირქი დაგროვდეს და პიომეტრა გაჩნდეს.

საკვერცხის ტუბერკულოზის დროს პროცესი განვითარებულია ორივე საკვერცხეში, დაზიანებულია საკვერცხის პარენქიმის მრავალი ადგილი. საკვერცხე შეიძლება იყოს ოდნავ გადიდებული. ზოგჯერ კი, თუ პროცესი მკვეთრია, მასში ჩნდება კავერნებიც. საკვერცხე შეიძლება ბავშვის თავის ოდენა იყოს მრავალი შეხორცებებით როგორც ფალოპის ლულებთან, ისე მახლობელ ორგანოებთან. საკვერცხეში აბსცესის გაჩენა უმძიმეს დაავადებად უნდა ჩაითვალოს. მსუბუქ შემთხვევებში შეიძლება საკვერცხე ტუბერკულოზისაგან საცხებით განიკურნოს.

ცერვიკალური არხისა და საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილის ტუბერკულოზური დაზიანება მეტად იშვიათია. პროცესი აზიანებს არხის ეპითელსა და ჯირკვლებს, აგრეთვე საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილს.

საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილზე განვითარებული ტუბერკულოზის პაპილარული ფორმა მეტად წააგავს კიბოს ან სარკომას. საკითხი ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევით უნდა გადაწყდეს, რისთვისაც საჭიროა მასალის აღება საშვილოსნოს ყელიდან.

საშოს ტუბერკულოზი ძლიერ იშვიათად გვხვდება, მეტწილად წყლულის სახითაა, რომელსაც დაკბილული კიდეები აქვს, მისი ფუძე კი დაფარულია კაზეოზური მასით. წყლული ვითარდება უკანა თაღში ან საშოს შესავალში.

ვულვის ტუბერკულოზი იშვიათია. გვხვდება მილიარული წყლულების ან Lupus-ის სახით, რომელიც შეიძლება მთელ ვულვაზე გავრცელდეს.

პერიტონეუმის ტუბერკულოზი გვხვდება სველი და მშრალი ფორმის სახით (peritonitis exudativa et peritonitis sicca). პერიტონიტის მშრალი ფორმის დროს ძლიერია პერიტონეუმის შეხორცებები მუცლის ღრუს ორგანოებთან, განსაკუთრებით ნაწლავებთან. დაზიანებულია აგრეთვე ბადექონიც. შეხორცების გამო ვითარდება კვანძები. პალპაციის დროს იქმნება ისეთი შთაბეჭდილება, თითქოს მუცლის ღრუში იყოს სიმსივნეები.

კლინიაკური მიმდინარეობა. სტრეპტო-სტაფილოკოკურ და გონორულ ინფექციას მწვავე, ჩქარი მიმდინარეობა აქვს, ტუბერკულოზური ინფექციის კი ნელი, ქრონიკული მიმდინარეობა ახასიათებს. სასქესო ორ-

განოების ტუბერკულოზა ფილტვების ტუბერკულოზთან შედარებით, სიცოცხლისათვის ნაკლებად საშიშია.

სწორად სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი ვითარდება შემზარავად, შეუმინდვლად, ზოგჯერ ტემპერატურის გარეშე, ზოგჯერ კი მცირედი ტემპერატურით, ისე რომ სასქესო ორგანოებში ცელილებებს ექიმი შემთხვევით აღ-



სურ. 49. ტუბერკულოზური ჩირქოვანი დანატები.

მოაჩენს ღოღმე მაშინ, როდესაც ქალი მიმართავს მას, მაგალითად, უშვილობის გამო.

იშვიათად ტუბერკულოზური პროცესის დასაწყისი წააგავს გონორეულ პელვეოპერიტონიტს — მაღალი ტემპერატურით, მუცლის ქვემო ნაწილის შებეკვით. ტკივილით, გულისრევით, პირღებინებით და სხვ.

ზემო სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დროს მენსტრუალური ციკლის მოშლილობა მრავალგვარია. ადვილი აქვს სხვადასხვა მოვლენას, რ.ც ადასტურებს ორგანიზმის დასუსტებას, ინტოქსიკაციას, საკვერცხეებიდან საშვილოსნოსადმი სუსტ იმპულსს, აღინიშნება შემოკლებული, გაგრძელებული და ფარული მენსტრუალური ციკლი, დისმენორეული ხასიათის ტკივილები. ზოგჯერ კი მენსტრუალური ციკლას მხრივ ცვლილებას არა აქვს ადვილი.

ვაკინალური ფლორა არაიშვიათად შეცვლილია. ადვილი აქვს გაძლიერებულ თეთრად შლას. გაძლიერებულია საშვილოსნოს ყელის სეკრეციაც, რითაც აიხსნება საშოს ფლორის შეცვლა და არა იშვიათად ეროზიის გაჩენა საშვილოსნოს საშოსმხრივ ნაწილზე. ამ დროს განაყოფიერების შეუძლებლობა და უშვილობა გასაუბრია — დანატებში განვითარებულია სიმსივნეები, ფალოპის ლულები გაუვლილია.

ღიაგნოზი და მკურნალობა. სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დიაგნოზის დასმა ძნელია, განსაკუთრებით ძნელია ფალოპის ლულების ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა.

თუ ტუბერკულოზური პროცესი განვითარებულია გარეთა სასქესო ორგანოებში, მაშინ ზუსტი დიაგნოზის დასასმელად მრავალი საშუალება არსე-



ბობს — თვალით დათვალიერება, შეხება. გარდა ამისა, შეგვიძლია ავიღოთ ქსოვილი სათანადო ადგილიდან და ჰისტოლოგიურად გამოვიკვლიოთ იგი. ასეთივე შესაძლებლობა არსებობს საშოსა და საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის ტუბერკულოზის დროს. ასე რომ ამ შემთხვევაში დიაგნოზის დასმა ძნელი არ არის.

საშვილოსნოს ტანისა და მისი ლორწოვანი გარის ტუბერკულოზის დიაგნოზის დასმა, მართალია, ძნელია, მაგრამ არსებობს საშვილოსნოს ღრუს გამოფხვნილობისა და ალბუმიური მასალის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის შესაძლებლობა, თუმცა საშვილოსნოს ღრუს გამოფხვნილება არ შეიძლება ჩაითვალოს უშიშარ მანიპულაციად, რადგან ზოგჯერ ამის შედეგად ადგილი აქვს პროცესის გაუარესებას. ამიტომ უმჯობესია ციტოლოგიური გამოკვლევით ვისარგებლოთ.

როგორც აღვნიშნეთ, ფალოპის ლულების ტუბერკულოზის დიაგნოზის დასმა ყველაზე უფრო ძნელია. ბიმანუალური გასინჯვით მიღებული შედეგი არ არის დამახასიათებელი მარტო ტუბერკულოზური პროცესისათვის. მსგავსი ცვლილება მრავალი სხვა ინფექციის, განსაკუთრებით გონორეული ინფექციის, დროს შეიძლება იყოს განვითარებული. მიუხედავად ასეთი სიძნელისა, მაინც აღინიშნება ზოგიერთი რამ, რის გულმოდგინე აღნუსხვაც დაკვეთმარება დიაგნოზის დასმაში.

დანამატის ტუბერკულოზური სიმსივნეები ბიმანუალური გასინჯვის დროს ხშირად უმტკივნეულოა. თუ სიმსივნეები განვითარდა სქესობრივ ცხოვრებამდე, ეს მიუთითებს დაღმავალ ტუბერკულოზურ ინფექციაზე. ყურადღება უნდა მივაქციოთ ხომ არა აქვს სხვა ორგანოების ტუბერკულოზი ან წინათ ხომ არ ჰქონდა მას ადგილი.

ტუბერკულოზური ინფექცია ხანგრძლივია, ფიზიოთერაპიულ საშუალებებს არ ექვემდებარება — სიმსივნეები მოცულობაში არ კლებულობს, საშოს ფლორა ზოგჯერ პირველი ხარისხისაა და სხვ.

ამრიგად, მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს ზოგიერთი მონაცემა რომელიც ლაპარაკობს დანამატის ტუბერკულოზის სასარგებლოდ, მაინც დასმული დიაგნოზი არ იქნება საბოლოო. საბოლოო დიაგნოზის დასმა შეიძლება მხოლოდ ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე. ვსარგებლობთ პირკესა და სხვა მსგავსი რეაქციებით.

სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის ქირურგიულმა მკურნალობამ, რომელიც შემოიღო ცნობილმა გინეკოლოგმა ჰემარმა გასული საუკუნის ბოლო წლებში, ვერ გაამართლა ის იმედი, რასაც მასზე ამყარებდნენ. ოპერაციული ჩარევის შედეგად ადგილი აქვს სიკვდილიანობას შემთხვევათა 10 — 15%-ში. აგრეთვე, არაიშვიათად აღინიშნება ტუბერკულოზური პროცესის გენერალიზაცია შემდგომი დიდი სიკვდილიანობით.

ამ გარემოებამ გინეკოლოგთა წინაშე დასვა საკითხი მკურნალობის ოპერაციული მეთოდის შეცვლის შესახებ. დღეს გენიტალური ტუბერკულოზის მკურნალობის ძირითადი მეთოდი მდგომარეობს საყრფაცხოვრებო პირობების გაუმჯობესებაში და ანტიბიოტიკების გამოყენებაში. ვიყენებთ ფტევაზიდს, პასკს, სტრეპტომიცინს და სხვ. საჭიროა ფტოზიატრის კონსულტაცია. გარდა ამისა, მივმართავთ ორგანოზმის ბრძოლის უნარის გამძლიერებელ საშუალებებს. ეს არის აეროთერაპია, ნოყიერი კვება და სხვ.

თუ პარტიის პოლიტიკა, მაშინ ავადმყოფი უნდა იწვეს. ვუნიშნავთ ყინულს მტველზე. კარვ კვებას. მთელი დღე-ღამის განმავლობაში გარეთ სუფთა ჰაერზე ყოფნას. შეიძლება რენტგენის სხივების მცირე დოზებით მკურნალობასაც მივმართოთ. იხმარება პუნქცია — ჩირქის გამოღება და დაზიანებულ მიდამოში სტრებტოკოცინის შეყვანა.

ტუბერკულოზური პერიტონიტის დროს ზოგი ავტორი გვირჩევს გავაკეთოთ ლაპარატომია. ამ ავტორთა აზრით, ლაპარატომიას უდიდესი პნიშენელობა აქვს — მის შედეგად შემთხვევათა საკმაოდ დიდი (65 — 70) პროცენტით იკურნება. უკანასკნელმა დაკვირვებებმა გვიჩვენა, რომ მკურნალობის ამ მეთოდმაც ვერ გაამართლა მასზე დამყარებული იმედი.

ტუბერკულოზის მკურნალობისა და პროფილაქტიკის მიზნით საბჭოთა კავშირში უდიდესი ღონისძიებები ტარდება. ფართოდ არის გაშლილი ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ღონისძიებებისა და სამკურნალო სანატორიუმების ქსელი. აღრიცხვაზეა აყვანილი ტუბერკულოზით დაავადებული ყველა პირი. სათანადო პროფილაქტიკური ღონისძიებები ტარდება ახალშობილთა შორის. ჩვენში ტუბერკულოზური დაავადების სისხირე უდავოდ მკვეთრად კლებულობს.

## სიფილისი — პირველადი სიფილისური წყლული (Iues)

გარეთა სასქესო ორგანოებზე ჩნდება სიფილისური წყლული რომელიც საჭიროებს გამოცნობასა და სიფილიდოლოგის დაუყოვნებლივ დახმარებას.

მოკლედ განვიხილავთ ამ მეტად მძიმე და უაღრესად საშიშ დაავადებას.

სიფილისის გამოწვევე მკრთალ სპიროქეტას შეუძლია გავრცელდეს ადამიანის სხეულში იმ შემთხვევაში. თუ ეპითელიური ქსოვილის მცირედ დაზიანებას მაინც აქვს ადკილა. ველახე კი ებაჯო მთლიანობის დარღვევა არც ისე იშვიათია. ვულვაზე პირველადი სიფილისური დაზიანებას განვითარება არაშეუვითად შეუძინველა რჩება, რადგან იგი პატარაა, უტკივანეულია და შეიძლება ადვილად დაიფაროს ვულვის ნოკებით.

ვულვაზე სიფილისური დაზიანება ხშირად ვითარდება ეროზიის მსგავსად. ეროზიის განვითარებას წინ უქვს ლაქის და შედეგ კვანძის გაჩენა. ამ უკანასკნელად კი ვითარდება ეროზია. წყლული ხშირად ერთია, იშვიათად კი რამდენიმე.

ეროზია შეიძლება იყოს სწვადასხვა სიღადისა — დაწყებული რამდენიმე კმ მმ-დან 1 კმ სმ-მდე. ყველაზე ხშირად ვხვდებით დიდი სასირცხო ბაკეების ზედაპირზე — იქ. სადაც ბაკეები ერთმანეთს ეხება. ლუეტური ეროზიის განვითარებას ლოკალიზაციის ადკილას მიხედვით სისხირის მხრივ ასეთი თანმიმდევრობა არსებობს: მცირე სასირცხო ბაკევა, კლარორი, საშოს შესავალი, წინა ლაკამი, შარდადენის გარეთა პირი, უკანა ლაკამი. საშოში და საშვალოსნოს ყუდის საშოსმხრივ ნაწილზე ეროზია უფრო იშვიათად ვითარდება. შეიძლება იგი შეკვხვდეს აკრეთვე კანზე ვულვის ახლო მიდამოშიც, ისე როკორც სხეულის ზედაპირის ყველა ნაწილზე.

საუალაქრა წყლული უტკივანეულია — როკორც თავსთავად, ისე მუხებთაც. მისი კადევა სწორია, არაა დაკბილული. ფსკერი სადაა — კრია-

ლა ზედაპირით. შენებით იგი მკვრივია. მას ახალი უმი გაჭრილი კუნთის ფერი აქვს.

პირველადი აფექტიდან სიფილისური ინფექცია ლიმფური ძარღვების საშუალებით ვრცელდება მახლობელ ლიმფურ ჯირკვლებზე. თუ პირველადი აფექტი სასქესო ბაგეზე განვითარდა, შეიძლება გამოიწვიოს მისი შეშუპება (oedema indurativa), რაც დამახასიათებელია მაგარი შანკრისათვის.

რეგიონალური ჯირკვლები ამ დროს შესივებული და უმტკივნეულოა. ისინი არ არიან შეერთებული არც კანთან და არც ერთმანეთთან.

ვულვაზე სიფილისის მეორადი მოვლენა გვხვდება ბრტყელი კონდილომების სახით.

მესამე სტადიის სიფილისი ვულვაზე იშვიათია — აქ ის ვითარდება გუმბების სახით.

საჭიროა დაწვლულებული ადგილიდან ნაცხის აღება და სათანადო წესით სპიროქეტების აღმოჩენა. თავის დროზე აუცილებელია ვასერმანის რეაქციის ჩატარება. ზუსტი დიაგნოზის დადგენას და მკურნალობას ვენეროლოგი ატარებს.

---

## საშვილოსნოსგარეშე ორსულობა (graviditas extrauterina)

სახელწოდება საშვილოსნოსგარეშე ორსულობა მიუთითებს, რომ საკმე ეხება ორსულობის ანომალიას, რომელიც მიმდინარეობს არა საშვილოსნოს ღრუში, არამედ მის გარეშე.

საშვილოსნოსგარეშე ორსულობა შეიძლება განვითარდეს სხვადასხვა ორგანოში. ამისდა მიზედვით შეიძლება იყოს:

- 1) ფალოპის მილის ორსულობა (graviditas extrauterina tubaria);
- 2) საკვერცხის ორსულობა (graviditas extrauterina ovarica);
- 3) მუცლის ღრუს ორსულობა (graviditas extrauterina abdominalis).

საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის ამ სამ ფორმას შორის უფრო ხშირად გვხვდება ფალოპის მილის ორსულობა. მილში ორსულობა ერთსა და იმავე ადგილზე არ ვითარდება.

ვარჩევთ ფალოპის მილის ორსულობის შემდეგ სახეებს: 1) ორსულობას მილის ამპულარულ ნაწილში (graviditas tubaria ampularis); 2) ორსულობას მილის ისთმურ ნაწილში (graviditas tubaria isthmica); 3) ორსულობას ინტერსტიციალურ ნაწილში (graviditas tubaria interstitialis).

გარდა ამისა, შეიძლება შეგვხვდეს საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის ორი იშვიათი ფორმა: 1) ფალოპის მილისა და მუცლის ღრუს ერთდროული ორსულობა (graviditas tubo-abdominalis)— ამ შემთხვევაში განაყოფიერებული კვერცხის ერთი ნაწილი მიმაგრებულია ფალოპის მილის ამპულარულ ნაწილში, კვერცხის მეორე ნაწილი კი — მუცლის ღრუში;

2) ფალოპის მილისა და საშვილოსნოს ერთდროული ორსულობა (graviditas tubo-uterina)— ამ დროს კვერცხის ერთი ნაწილი მოთავსებულია მილის ისთმურ ნაწილში, მეორე ნაწილი კი საშვილოსნოს ღრუში.

საკვერცხეში და მილის ინტერსტიციალურ ნაწილში ორსულობა იშვიათია.

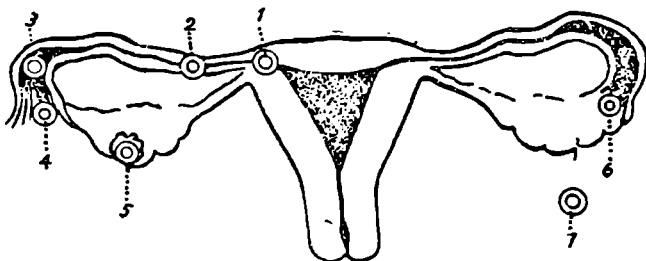
მუცლის ღრუს ორსულობა შეიძლება იყოს პირველადი და მეორადი. იგი პირველადია მაშინ, როდესაც კვერცხი თავიდანვე მიემაგრება მუცლის ღრუს პერიტონეუმზე, ბადეჭონზე და ნაწლავზე. მეორადია მაშინ, როდესაც მილიდან გამოძევებული კვერცხი განვითარებას განაგრძობს მუცლის ღრუში.

საკვერცხის ორსულობის დროს კვერცხის განაყოფიერება ხდება ფოლიკულის გასკდომისთანავე. ასე რომ განაყოფიერებული კვერცხი იქვე რჩება საკვერცხეში. ან კვერცხი ფოლიკულიდან გამოდის, განაყოფიერდება და შემდეგ მიევაკრება საკვერცხის ზედაპირს. აღსანიშნავია, რომ საკვერცხის ქსოვილის არაჩვეულებრივი გამძლეობის გამო ორსულობამ აქ შეიძლება უკანასკნელ თვემდე მიაღწიოს.

ფალოპის მილის ინტერსტიციალურ ნაწილში ორსულობის დროს განაყოფიერებული კვერცხი განვითარებას იწყებს ძლიერ ვიწრო (1—1,5 მმ სიგა-  
228

ინს) და მეტად მოკლე (1 სმ სიგრძის) არეში, ამ ნაწილის გასკდომა საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის დროს იძლევა ძლიერ სისხლდენას. ამ დროს ფალოპის მილთან ერთად საშვილოსნოს დაზიანებული კუთხეც უნდა ამოიკვეთოს.

**მტიოლოგია.** საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის განვითარების ეტიოლოგიაში აღსანიშნავია ორი მთავარი მიზეზი: პირველი მიზეზი არის არა-



სურ. 50. საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის განვითარების სხვადასხვა ადგილი:

- 1 — ინტრაცევიკული ნაწილი, 2 — ისტმური ნაწილი, 3 — ამპულარული ნაწილი, 4 — ფოჩების არე, 5 — საკვერცხე, 6 — საკვერცხესა და მილს შორის, 7 — მეცლის ღრუ.

სათანადო მდგომარეობა იმ გზისა, რომელიც უნდა გაიაროს განაყოფიერებულმა კვერცხმა; მეორე მიზეზი უნდა იყოს თვით კვერცხუჯრედში.

რომელი გზა უნდა გაიაროს განაყოფიერებულმა კვერცხუჯრედმა?

საკვერცხეში მომწიფებულმა ფოლიკულიდან გამოსულმა განაყოფიერებულმა კვერცხუჯრედმა უნდა გაიაროს ფალოპის მილი (რომელიც დაახლოებით 12 სმ სიგრძისაა) და იგი საშვილოსნოს ღრუში უნდა ჩავიდეს. ნორმალურ პირობებში კვერცხის გადასვლას საკვერცხიდან საშვილოსნოს ღრუში საწუალოდ ათი დღე სჭირდება.

როგორც ვიცი, კვერცხი უდიდესი უჯრედია — სიდიდით 150 — 200 მიკრონი. განაყოფიერებასთან დაკავშირებით იწყება მისი დაყოფა. ვითარდება მორული სფერო და ბლასტულის სტადია. მაგრამ ჯერ კიდევ ის მოცულობაში არ მატულობს — სანამ კვერცხს გარედან აკრავს გამჭვირვალე გარსი (zona pellucida).

განაყოფიერება ხდება საკვერცხესთან. აქ უდარაჯებენ სპერმატოზოიდები. თუმცა მილში და საშვილოსნოს ღრუშიც არ არის გამორიცხული კვერცხის განაყოფიერება. საკვერცხესთან და ფალოპის მილში განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი კი შემდგომი ნორმალური განვითარებისათვის უნდა ჩავიდეს საშვილოსნოს ღრუში და იქ მიემგროს.

განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის გადასვლა მილის ფიბრიული ნაწილიდან საშვილოსნოს ღრუში არ ხდება თავისთავად, რადგან კვერცხუჯრედი მოკლებულია მოძრაობის უნარს. ამიტომ ეს მილის რომელიმე ნაწილში უნდა გადაიტანოს. უწინ ფიქრობდნენ, რომ კვერცხუჯრედის გადატანა ხდება მილის ლორწოვან გარსში არსებული ეპითელიუმის მოციმციმე ბუსუსების საშუალებით. მაგრამ გამოირკვა, რომ ეს ბუსუსები ისე მცირე ოდენობისაა (დაახლოებით 2 მიკრონი სიგრძის), რომ მათ არ ძალუძთ ასეთი დიდი უჯრედის მოძრაობაში მოყვანა.

დღეს დადასტურებულია, რომ კვერცხის გადატანა საშვილოსნოს ღრუსაკენ ხდება მილის პერისტალტიკური მოძრაობით. პერისტალტიკა ხდება მილის ამპულარული ნაწილიდან საშვილოსნოსაკენ.

თუ რაიმე მიზეზით განაყოფიერებული კვერცხი გაჩერდა ლულაში, მაშინ ის იქ მიემავარება და საშვილოსნოს ოსგარეშე ორსულობა განვიითარდება.

პირველ ყოვლისა უნდა აღვნიშნოთ, რომ ფალოპის მილში კვერცხის თავისუფლად მოძრაობას შეუძლია შეუშალოს ხელი მილის ანთებითი პროცესისაგან გამოწვეულმა ცვლილებებმა, ბადისებურმა ზონრებმა, დივერტიკულებმა, ჩაღრმავებებმა და სხვ.

ჩვენი მასალის მიხედვით, მილში ანთებითი პროცესით გამოწვეული საშვილოსნოსგარეშე ორსულობა აღინიშნება შემთხვევათა 55%-ში. ანთების შედეგად ლულაში წარმოიშობილ ბადისებრ შეჩორცებათა შორის სპერმატოზოიდი შეიძლება გაძვრეს, რადგან ის მოცულობით პატარაა (60 მიკრონის სიგრძის), თანაც მეტად მოძრავია. უმოძრაო, დიდ და განაყოფიერებისაგან კიდევ უფრო გადიდებულ კვერცხს საშუალება არა აქვს მილში აოსებული წინააღმდეგობა გადალახოს და მასში ადვილად გაეჩხირება. ამასთან, განაყოფიერებიდან დაახლოებით 10 დღის შემდეგ კვერცხის გამკვირვალე გარსი სკდება და კვერცხის გარეთა უჯრედები — ტროფობლასტები — იწყებს თავიანთ მკამელ მოქმედებას სპეციალური ენჯიმის საშუალებით, რომელიც შლის ქროვილს, რათა განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი ღრმად ჩავიდეს მასში და იქ მიემავაროს. ამოიგად, მილში გაჩხირული განაყოფიერებული კვერცხი, რომელიც განთავისუფლებულია გამკვირვალე გარსისაგან, ტროფობლასტების საშუალებით მიემავარება მილის ლორწოვან გარსს და იწყებს იქ განვითარებას.

გარდა ამისა, კვერცხის მოგზაურობა ლულაში ვერ იქნება ნორმალური, თუ ლულა ჩვეულებრივზე ვიწრო ან გრძელაა და თუ მისი შრეები, განსაკუთრებით კუნთოვანი შრე, ცუდადაა განვითარებული. ასეთ მდგომარეობას კი ადგილი აქვს სასქესო ორგანოების ან ზოგადი ინფანტილიზმის დროს.

სიმსივნეები, რომლებიც სასქესო ორგანოებიდან ან მუცლის ღრუს სხვა ორგანოებიდან არის განვითარებული, მექანიკურ დაბრკოლებას ქმნის კვერცხის გადატანისათვის.

არც კვერცხის გარეგანი მოგზაურობის (*migratio ovi exterua*) დროს იქნება ხელსაყრელი პირობები. ამ შემთხვევაში ოვულაცია ხდება იმ საკვერცხეში, რომლის მხარეზედაც მილი დახშულია, სპერმატოზოიდი კი მეორე მოპირდაპირე მხრიდან გაძვრება მილში და განაყოფიერებს დახშულ მილთან არსებულ საკვერცხიდან გამოსულ კვერცხს. აქედან მუცლის ღრუს გავლით განაყოფიერებული კვერცხი მეორე თავისუფალ მილში მოხვდება. ამრიგად, დრო ბევრი გადის, რის გამოც გამკვირვალე გარსი ასწრებს გასკდომას და გადიდებული განაყოფიერებული კვერცხი მეორე მილში ეჩხირება.

რომელი ინფექცია უფრო იწყებს საშვილოსნოს გარეშე ორსულობას?

წინათ ამის ყველაზე ხშირ მიზეზად გონორეულ ინფექციას თვლიდნენ, ახლა კი ბევრი ფიქრობს, რომ გონორეას ამ მხრივ ნაკლები მნიშვნელობა აქვს, რადგან ის იწყებს მილში დიდ ცვლილებებს და მილის საბოლოო დახშობას.

ჩვენი მასალის (1932 — 1940 წლების) მიხედვით, საშვილოსნოსგარეშე

ორსულობის დროს გონორეული ეტიოლოგია ანამნეზური ცნობებით შემთხვევათა 20%-ში აღინიშნება.

ზოგიერთი ავტორის მიხედვით, საშვილოსნოსკარგეზე ორსულობის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს ყაბზობისაგან გამოწვეულ სიგმოიდური ნაწლავის არადროულ და არასისტემატურ დაკლას. ყაბზობის დროს სიგმოიდური ნაწლავიდან ხდება, ალბათ, მილის ინფიცირება, მისი ლორწოვანი და კუნთოვანი გარსების ცვლილებები. მილების სპაზმს (ბლაკოვოლინი), იოდის შემხაპუნებას სანეილოსნოს ღრუში ორსულობის მოწმის მიზნით მნიშვნელობა აქვს საშვილოსნოსკარგეზე ორსულობის განვითარებაში. საწვილოსნოს ღრუში შემხაპუნებული იოდი ზოგჯერ გადადის ფალოპის ლულებში და მუცლის ღრუში, რის შედეგადაც ზიანდება ლულის ნაზი ლორწოვანი გარსი და ნაწიბური ვითარდება.

არსებობს მოსაზრება, რომ ორსულობის საწინააღმდეგო მედიკამენტურ საშუალებათა ხანგრძლივ ხმარებასაც შეუძლია გამოიწვიოს საწვილოსნოსკარგეზე ორსულობა.

საშვილოსნოსკარგეზე ორსულობის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს საშვილოსნოს იოგთა დასამოკლებლ ოპორტუნებს, საწვილოსნოს დიქსირებას, შეწყვეტილ სქესობრივ კავშირს — *coitus interruptus* (ამ უკანასკნელს, ალბათ, იმიტომ, რომ ამ დროს ხდება მცირე მენჯის ორგანოთა ძლიერი პასიური ჰიპერემია და ამ ნიადაგზე მილის პერისტალტიკის შეფერხება).

ემბრიონალურ ხანაში შეიძლება მოხდეს გადახრა ფალოპის მილების განვითარებაში, მაგალითად, დამატებით ერთი ან რამდენიმე სანათურის წარმოქმნა. ეს სანათურები ყრუ ხერხლით თავდება და ადვილად შეიძლება მათში განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი გაეჩხიროს. აღენომიოზსაც, ანუ ენდომეტრიოზულ ჰეტეოტოპიას, უნდა ჰქონდეს მნიშვნელობა საშვილოსნოსკარგეზე ორსულობის განვითარებაში.

შჩელკანოცევამ გასინჯა ჰისტოლოგიურად 100 კვერცხსავალი, რომლებშიც საშვილოსნოსკარგეზე ორსულობა იყო განვითარებული, და 55%-ში აღინიშნა ანთებითი ცვლილება, 2%-ში — ინფანტილიზმი, 9%-ში — დამატებითი სანათური, 9%-ში — აღენომიოზი, 4%-ში კი მილებში არავითარი ცვლილება არ იყო შემჩნეული. ამ უკანასკნელ შემთხვევებში საშვილოსნოსკარგეზე ორსულობა, ალბათ, გამოწვეული იყო ფსიქოგენური ფაქტორებით (შიში და სხვ.), რომლებიც იწვევს ფალოპის ლულის ნორმალური პერისტალტიკის მოშლას.

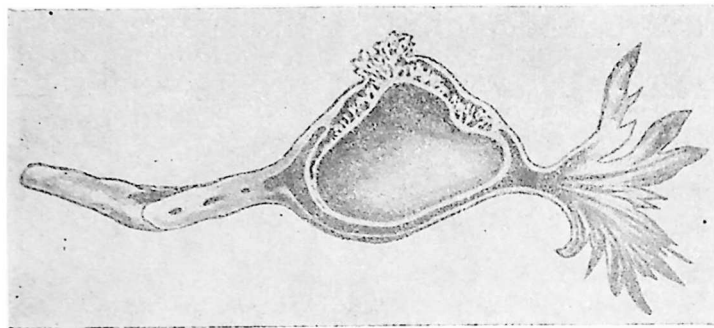
დასაშვებია, რომ სხვადასხვა კვერცხი სხვადასხვა თვისების მატარებელია და ადრე განვითარების გამო შეიძლება იგი ფალოპის მილში გაეჩხიროს. სპერმატოზოიდსაც უნდა ჰქონდეს ამ მხრივ ერთგვარი მნიშვნელობა — მას შეუძლია შესცვალოს კვერცხის ბიოლოგიური თვისება.

არის აღწერილი საშვილოსნოსკარგეზე ორსულობის განვითარების შემთხვევები პერტუბაციის შემდეგ.

ჩვენ ორი შემთხვევა გვქონდა საშვილოსნოსკარგეზე ორსულობის განვითარებისა ჰორმონთერაპიის შედეგად. ჰორმონთერაპიას სტერილობის გამო ვაწარმოებდით. ამ ქალებს დანამატების ქრონიკული წებორცებით ანთება ჰქონდათ. ჰორმონთერაპიის შემდეგ კი ლულები, ალბათ, ნაწილობრივ გამავალი გახდა.

ეს შემთხვევები ადასტურებს ნ. ზოკერას ექსპერიმენტულ ცდებს კვერცხ-სავალეებზე ფოლიკულური ჰორმონის გავლენის შესახებ.

ბ. ლოლობერიძეს შემთხვევა ჰქონდა ენახა ლულის ინვაგინაცია ლაპარატომის დროს — ლულის ანტიპერისტალტიკური მოძრაობის გამო. ასეთი მდგომარეობა, რა თქმა უნდა, განავითარებს საშვილოსნოსგარეშე ორსულობას.



სურ. 51. ორსული მილის გახეთქვა.

ზოგი ავტორი საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის განვითარების მიზეზად ერთი კვერცხუჯრედიდან განვითარებულ ტყუპებს თვლის.

საშვილოსნოსგარეშე ორსულობა უვითარდებათ ცხოველებსაც — ძაღლებს, ცხვრებს, ძროხებს, ღორებს, კურდღლებს, თაგვებს და სხვ., რის ერთ-ერთი მიზეზი შეიძლება იყოს ლულების განუვითარებლობა.

ფალოპის ლულაში მიმაგრებული კვერცხი ალიზიანებს მის ლორწოვან გარსს და იწვევს დეციდუალურ გარდაქმნას. ხშირად კი აქ დეციდუალური გარსი არ ვითარდება. ტროფობლასტები ღრღნის ლულის ლორწოვან გარსს და, რადგან ის ძლიერ თხელია, ამიტომ მალე აღწევს კუნთოვან შრეს, მასაც ანადგურებს და სეროზულ გარსამდე აღწევს.

იმ ადგილზე, სადაც განაყოფიერებული კვერცხი მიემაგრება, ლულა ქმნის კაფსულას. გარეთა კაფსულა ეწოდება კვერცხზე შემოხვეულ ლულის იმ ნაწილს, რომელიც პერიფერიისაკენ არის მიქცეული, კაფსულის იმ ნაწილს კი, რომელიც მიქცეულია მილის სანათურისაკენ, უწოდებენ შიგნითა კაფსულას.

თუ ტროფობლასტების მოქმედება გარეთა კაფსულისაკენ სჭარბობს, მაშინ ირღვევა გარეთა კაფსულა და ადგილი აქვს ლულის ლორწოვანი, კუნთოვანი და სეროზული გარსების პერიფორაციას. ფალოპის ლულის გასკდომა უფრო ხშირად ხდება ისთმურ ნაწილში, იშვიათად კი — ინტერსტიციალურ ნაწილში.

თუ ტროფობლასტების მოქმედება მიმართულია უფრო შიგნითა კაფსულისაკენ, მაშინ სისხლი ჩაიღვრება კვერცხის მიმართულებით და მას გადააქცევს საკმაოდ მოზრდილ სისხლის კოლტად — სისხლიანი მოლა. მას შემდეგ, რაც შიგნითა კაფსულა გასკდა, განაყოფიერებული კვერცხი ლულის ანტიპერისტალტიკური მოძრაობით თანდათან უახლოვდება მის ზო-



ლო ნაწილს და შეიძლება ჩაეარდეს მუცლის ღრუში. ამრიგად, ხდება ფალოპის ლულის აბორტი. ლულის აბორტი უფრო ხშირია, როდესაც კვერცხი მიემავრება მის ამპულარულ ნაწილში.

ფალოპის ლულის პერფორაცია იმდენად უფრო ძლიერ სისხლდენას, ვიდრე მისი აბორტი. სისხლდენა არ არის დამოკიდებული პერფორირებული ადგილის სიდიდზე. ლულის უმნიშვნელო, ნაჩხვლეტის მაგვარი პერფორაციის დროს მუცლის ღრუში გვინახავს დიდი რაოდენობით სისხლი.

სისხლი გროვდება საშვილოსნოს უკან დუგლასის არეში და, თუ ოპერაცია სასწრაფოდ არ გაკეთდა, ქალი იღუპება. ზოგჯერ სისხლძარღვებში ჩნდება თრომბი, სისხლდენა დროებით ჩერდება, ჩაღვრილი სისხლი კი დედება და წარმოიქმნება საშვილოსნოს უკან სისხლიანი სიმსიენე (haemotocelle retrouterina).

სისხლდენას თრომბის მოცილების გამო შეიძლება ხანგამოშვებით ექნეს ადგილი, ასე რომ მუცლის ღრუში სისხლის რაოდენობა თანდათან მატულობს, ზოგჯერ სისხლი ქიბამდეც კი აღწევს. ზოგჯერ ფალოპის ლულის აბორტის დროს სანათურიდან წელა მიმდინარე სისხლი დედდება ლულის ამპულარული ნაწილის ირგვლივ და იქნება ეგრეთ წოდებული haematocelle peritubaria.

ფალოპის ლულის გასკდომა ან აბორტი ხშირ შემთხვევაში ხდება ორსულობის დაწყებიდან  $1\frac{1}{2}$ —3 თვემდე, უფრო ხშირად 2 თვემდე.

იშვიათად საშვილოსნოსგარეშე ორსულობამ შეიძლება ბოლომდე მიადწიოს. ამ შემთხვევაში საჭიროა ქირურგიული ჩარევა, თუ ქირურგიული დახმარება არ იქნა აღმოჩენილი, ნაყოფი იღუპება (თუ დედა გადარჩა).

ნაყოფის თხიერი და რბილი ნაწილები პატარა ორსულობის დროს სავსებით შეიწოვება, დიდი ორსულობის დროს კი დალუპულ ნაყოფზე დალაგდება კირის მარილები და განვითარდება ე. წ. გაქვევებულ ნაყოფი (lithopedion). ასეთი გაქვევებული ნაყოფი შეიძლება მრავალი წლის განმავლობაში დარჩეს მუცლის ღრუში. შესაძლებელია რეაქტიული ანთების შედეგად ადგილი ექნეს დაჩირქებას, განვითარდეს აბსცესი და ჩირქმა გზა გაიკაფოს მეზობელ ორგანოებში — ნაწლავში, შარდის ბუშტში და სხვ.

კვერცხის დალუპვის შემდეგ საშვილოსნოდან გარეთ გამოდის მუქი ფერის სისხლი და დეციდუალური ნაკუწები.

საშვილოსნოსგარეშე ორსულობა ორივე ლულაში იშვიათად ვითარდება. შეიძლება ერთდროულად ადგილი ექნეს საშვილოსნოს ნორმალურ ორსულობას და ლულის ორსულობას. განმეორებითი საშვილოსნოსგარეშე ორსულობა მეორე ლულაში არ არის იშვიათი. ჩვენი მასალის მიხედვით, მეორე ლულაში განმეორებითი ორსულობა შემთხვევათა  $2,5\%$ -ში აღინიშნება.

როგორც აღვნიშნეთ, არის ორი ფორმა ლულის ორსულობის შეწყვეტისა — ლულის აბორტი და ლულის გასკდომა. ამ მოვლენებს თანსდევს სისხლის დენა მუცლის ღრუში, მეორე-მესამე დღეს კი საშვილოსნოდან სისხლი გარეთ გამოდის.

გარეგანი და შინაგანი სისხლდენის წყარო ერთი და იგივე არ არის. ზოგიერთი ფიქრობს, რომ გარეგანი სისხლდენა ხდება მუცლის ღრუდან.

ფალოპის მილის ისთმური ნაწილი, როგორც ვიცით, ძლიერ ვიწროა (1—1,5 მმ სიგანის), ორსულობისაგან კი ის გაფხვიერებული და კიდევ უფ-

რო დაეწროებულა. ამიტომ მილიდან სისხლი ისეთი რაოდენობით ვერ გადმოვა, რომ საშვილოსნოდან გარეთა სასქესო ორგანოებში ჩამოვიდეს.

შინაგანი და გარეგანი სისხლდენის წყარო რომ ერთი და იგივე არ არის, ამას ამტკიცებს გარეგანი სისხლდენის განვითარება საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის შეწყვეტის შემდეგ არა პირველივე საათებში, როდესაც შუტლის ღრუში სისხლი ჩაინთხა, ათამდე მე-3—4 დღეს, როდესაც ორგანიზმში ჰორმონის დიდი რაოდენობით გამომუშავება წყდება და საშვილოსნოს შეკუმშვა იწყება, რასაც თან სდევს კვებასმოკლებული დეციდუას დაშლა და სისხლთან ერთად გამოძევება.

ზოგჯერ მოსავარდნი გარსი საშვილოსნოს მთლიანად მოსცილდება და დიდი ტკივილით გამოძევდება. ჩვენ საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის ოპერირებულ 107 შემთხვევაში სამჯერ ვნახეთ დეციდუა მთლიანად გარეთ გამოძევებულ სისხლთან ერთად.

საშვილოსნოს მოსავარდნი გარსის განვითარება დამოკიდებულია ჰორმონების მოქმედებაზე, ორსულობის დროს ჰორმონების კარბ და სისტემატურ გამომუშავებაზე. მისი დაშლა და გარეთ გამოძევებაც იმავე ჰორმონების დაქვეითებული მოქმედების შედეგად ხდება.

საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის შეწყვეტასთან დაკავშირებით ქორიონის უჯრედები მალე იღუპება, განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის კვება ირღვევა, წყდება ჰორმონული მოქმედება, რის გამოც ფერხდება საშვილოსნოს გაფხვიერებული ლორწოვანი გარსის კვებაც.

ეს პროცესი მოვლავონებს მენსტრუაციას. მენსტრუაციის დაწყება დაკავშირებულია, როგორც აღვნიშნეთ (იხ. თავი — მენსტრუალური ციკლის მოშლილობანი), ფოლიკულური ჰორმონის ორგანიზმიდან გამოძევებასთან, ორგანიზმში მისი რაოდენობის მკვეთრ დაკლებასთან და ყვითელი სხეულის უკუპანვითარებასთან.

**კლინიკური ხურათი.** საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა კლინიკური მიმდინარეობის მხრივ სამ სტადიად იყოფა: პირველი სტადია არის საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის განვითარება და მისი პროგრესულობა; მეორე სტადია ორსულობის შეწყვეტა და მწვავე მოვლენების განვითარება; მესამე სტადია — საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის ქორიონული მიმდინარეობა.

საშვილოსნოს გარეშე პროგრესული ორსულობა, ე. ი. მისი პირველი სტადია, პირველი კვირების განმავლობაში სუბიექტური მოვლენების მხრივ თითქმის არ განსხვავდება ჩვეულებრივი ორსულობისაგან. ქალს ისეთი მოვლენები აღენიშნება, როგორც აქვს ნორმალური ორსულობის ხანებში, მაგალითად, თვიურის აკრეფა, გუნებავწყობის შეცვლა, ხშირად სარძევე ჯირკვლებიდან ხსენის პროდუცირება, საშოს შესავლის ლორწოვანი გარსის ციანობი, საშვილოსნოს გაბილდება და ნაწილობრივ მოცულობაში მომატება, დადებითი ბიოლოგიური რეაქცია და სხვ. ამრიგად, არსებობს თითქმის ყველა საეკვო ნიშანი, რომელსაც კი ფიზიოლოგიური ორსულობის დროს აქვს ადგილი.

ხშირად კი ფალოპის ლულის ორსულობის დროს ორსულობის მოვლენები ვერ ასწრებს სახეებით გამოვლინებას, ლულა ვერ იტევს განაყოფიერებულ და სწრაფად მზარდ კვერცხს, ვერ უძლებს ტროფობლასტების გამანადგურებელ მოქმედებას, ლულის მთლიანობა ირღვევა და ორსულობა წყდება.

საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის სიმპტომები თავს იჩენს მაშინ, როდესაც განაყოფიერებული კვერცხი მოწყდება თავის მიმავრების ადგილს, როდეს-

საც მოხდება ფალოპის ლულის პერფორაცია ან ლულის აბორტი, ამას თან სდევს, მწვავე სისხლნაკლებობის სწრაფი განვითარება და შოკის მოვლენები, ან სისხლის დაკარგვა ხდება ნელ-ნელა და მდგომარეობა ქრონიკულ ხასიათს ღებულობს.

მწვავე სისხლნაკლებობისა და შოკის მოვლენები უფრო ფალოპის ლულის გასკდომისათვის არის დამახასიათებელი — ე. ი. როდესაც გარეთა კაფსულა სკდება, ლულის აბორტის დროს კი სისხლის დენა უფრო ნაკლებია.

საშვილოსნოსგარეშე ორსულობა ზოგჯერ კლასიკურად არის გამოხატული. მისი ნიშნები იმდენად მკაფიოა, რომ დიაგნოზის დასმა ძლიერ ადვილია.

ასეთი ნათლად გამოხატული სურათი შემდეგში მდგომარეობს: ანაშენიდან ვგებულობთ, რომ ქალს თვიური დაუგვიანდა, უეცრად თავი ცუდად იგრძნო, გული წაუვიდა (ზოგჯერ განმეორებითი ინსულტის მოწამე თვით ექიმში ხდება); მუცელში აღენიშნება ტკივილი. ზოგჯერ პიოლემბინება რამდენჯერმე, მაჯა აჩქარებული და ძაფისებურია, ზოგჯერ არც კი ისინჯება, სახე ძლიერ მკოთალია, ტემპერატურა 37—37,2. ან ნორმალურია. ასეთმა მოვლენებმა შეიძლება გაიაროს და მდგომარეობა გამოსწორდეს. თუ დაზიანებულ სისხლძარღვში თრომბი გაჩნდა, თუ პირველმა პრაგერესული ხასიათი მიიღო, ქალი შეიძლება დაიღუპოს.

დიდ უმრავლეს შემთხვევაში ქალი პირველი ინსულტის დროს არ იღუპება. შოკის მოვლენები გაივლის და თითქოს საესეებით ნორმალური მდგომარეობა აღდგება.

ობიექტური გასინჯვისას ვნახულობთ: საშვილოსნო ოდნავ მომატებულია, მოძრაობით ძლიერ მტკიენულია, დანაშატის ერთ-ერთ მხარეზე აღინიშნება გაურკვეველი ფორმისა და ოდენობის სიმსივნე; თუ მუცლის ღრუში ჩაქცეული სისხლი შედგებულა, საშვილოსნოს უკან აღინიშნება სისხლიანი სიმსივნე (haematocelle retrouterina), რომლისგანაც უკანა თალი შეიძლება ჩამობურცული იყოს.

უნდა აღენიშნოთ, რომ, თუ სისხლი დიდი რაოდენობით ჩაიქცა, მაშინ ის საშვილოსნოს წინა კედელთანაც მოთავსდება და შედეგების შემდეგ შარდის ბუშტის ზემოთ ენახულობთ მრავალ სიმსივნეს — წინ გამოზნექილს. საშოს შესავალი ზოგჯერ იისფერია. საშოდან ხშირად მოდის მუქი ფერის სისხლი.

ზოგჯერ თვიურის ანაშენი ბუნდოვანია — ავადმყოფს ან არ ახსოვს, ან იგი შეგნებულად მალავს თვიურის თარისს, ტემპერატურა და ლეიკოციტოზი მაღალია, შოკის მოვლენები ნათლად არ არის გამოხატული. ასეთი მდგომარეობა ძლიერ წააგავს დანაშატების ანთებით პროცესს.

არაიშვითად ასეთი ავადმყოფები საკმაო დროის განმავლობაში რჩებიან სტაციონარში მეთვალყურეობის ქვეშ. ზოგჯერ ასეთ შემთხვევებში ინფექცია შეაქვს თვით ქალს, რადგან მას ჰგონია, რომ ნორმალური ორსულობა აქვს და აბორტის მიზნით მიმართავს სხვადასხვა შესხურებასა და მანიპულაციას საშვილოსნოს ყელში.

ხშირ შემთხვევაში ლულაში ორსულობის დარღვევას, როგორც ვთქვით, თან ახლავს შოკის დამახასიათებელი მოვლენები: უეცარი გაფითრება, ცნობიერების დაკარგვა, გულის წასვლა და სხვ. ეს მოვლენები ხშირად მოძრაობის დროს ვითარდება, ზოგჯერ ბიმანუალური გასინჯვის შედეგად,

ზოგჯერ კი თითქოს უმიზეზოდაც. ამავე დროს, მეტელებში მძაფრი ტკივილის შეგრძნებას, გულასრევას და ზოგჯერ პირღებინებასაც აქვს ადგილი.

მაჯის ხასიათი დამოკიდებულია იმისაგან, თუ რომელ პერიოდში ვნახლდართ ავადმყოფს, აგრეთვე სისხლდენის სიძლიერისაგან, დაზიანებულ სისხლძარღვში თრომბის გაჩენისაგან, პერიტონეუმის გაღიზიანებისაგან და სხვ. ამიტომ მაჯა ხან სუსტი ავსების არის, ხან ხშირი და ძაფისებურია, ზოგჯერ იგი სრულიად არ ისინჯება, ზოგჯერ კი დამაკმაყოფილებელია. თუ სისხლისდენა ვაგრძელდა, მაჯა აჩქარდება, ძაფისებური გახდება, შემდეგში კი მას სრულიად ვეღარ შევიგრძნობთ. მეტელები შებერილია, მაგრამ დაქიმული არ არის.

თუ მწვავე მოვლენებში გაიარა ისე, რომ ქალი არ დაიღუპა, მაშინ ქვე-მწვავე ან ქრონიკული მოვლენები განვითარდება.

დროგამოშვებით ქალს აწუხებს პერიოდული ხასიათის ტკივილი საზარ-დელის მიდამოში. ეს აიხსნება იმით, რომ ფალოპის ლუღაში განაყოფიერე-ბულ და მიმავარებულ კვერცხუჯრედში ხდება სისხლის ჩაქცევა, ჩაქცეული სისხლი კი როგორც უცხო სხეული. აღიზიანებს ლუღას — ეს უკანასკნელი აწარმოებს პერისტალტიკურ მოძრაობას, რათა გამოაძეოს დაღუპული და სისხლით გაყვანილი ნაყოფი. ამ ტკივილს ექიმო ზოგჯერ ანთებით ხსნის.

ლუღის აბორტის დროს მწვავე მოვლენები ხშირად ნელა, შეუმჩნევლად ვითარდება.

მენსტრუაციის მხრივ აღინიშნება: ხშირად მისი დაგვიანება, იშვიათად დროზე მოსვლა, ზოგჯერ ადრე მოსვლაც კი. ზოგ შემთხვევაში ავადმყოფი მენსტრუაციის შესახებ სწორ ცნობას ვერ იძლევა და მეტრორა-გიული ხასიათის სისხლის დენაზე მიუთითებს. არაიშვიათად აღინიშნება მენ-სტრუაციის არევა — მისი მოსვლის შეჩერების, სისხლის დენის განახლების სახით.

ღიაგნოზი. საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის დიაგნოსტიკა უკანასკნელი წლების განმავლობაში შესამჩნევად გაუმჯობესდა. მიუხედავად ამისა, ამ საში-ში დაავადების გამოცნობა საკმაოდ ძნელია. ზოგჯერ მისი დადგენა შეიძლება რამდენიმე წუთში, ზოგჯერ დიაგნოზის დაზუსტებისათვის რამდენიმე დღეა საჭირო, ზოგჯერ კი დაავადება გამოუცნობი რჩება.

ჩვენ რამდენიმე შემთხვევა გვინახავს, როდესაც შოკი და პირღებინება ექიმს საკვებით (ერთ შემთხვევაში მარწყვით) მოწამლისათვის მიუწერია და კუჭის ამორეცხვა უწარმოებია. ზოგჯერ ექვი მიაქვთ ჭიაცელა ნაწლავის ანთე-ბაზე, პერიტონიტზე და სხვ.

თუ დაზიანებულ სისხლძარღვში თრომბი გაჩნდა, მაშინ პროცესი, რო-გორც ვთქვით, ქვემწვავე ან ქრონიკულ ხასიათს ღებულობს და დიაგნოზის დასმა არც ისე ადვილია.

მწვავე შემთხვევაში ზოგჯერ ვითარდება ევრეთწოდებული ფრენიკუ-სის სიმპტომი — ტკივილი ბეჭის წვერზე, ბეჭთაშუა არეში. ეს სიმპტომი ლავიწთან და სხეულის ზემო სხვადასხვა ნაწილშიც არის გამოხატული. საშ-ვილოსნოსგარეშე ორსულობის დროს ფრენიკუსის სიმპტომი აღწერა ლაფარმა. იგი გამოწვეულია n. phrenicus-ის გაღიზიანებით. n. phrenicus-ის გაღიზიანე-ბა ხდება მუცლის ღრუში ჩანთხეული სისხლისაგან, რომელიც დიაფრაგმას ეხება. ლაფონს და გუელს ეს სიმპტომი უნახავთ უმნიშვნელო სისხლდე-ნის დროსაც, მაგრამ იგი არ არის ყოველთვის გამოხატული.

კულენმა 1919 წელს მიუთითა, რომ მწვავე შემთხვევებში, თუ სისხლი დიდი რაოდენობით არის მუცლის ღრუში, კიბის მიდამოში კანი მოლურჯო-მოშავოა, იგივე სიმპტომი 1921 წელს კულენისაგან დამოუკიდებლად აღწერა ჰელენდალმა.

ამ სიმპტომის წარმოშობა აიხსნება მრავალი ლიმფური ძარღვისაგან სისხლის შესრუტვით, რომელიც მუცლის ღრუშია ჩანთხეული. მაგრამ ეს სიმპტომი იშვიათია და საეჭვოც. ზოგი ავტორის მიხედვით, ყოველი 50 შემთხვევიდან იგი 1—2 შემთხვევაში გვხვდება.

ფალოპის ლულის ვასკლოზიდან რამდენიმე დღის შემდეგ მუცლის ღრუ-დან სისხლის დაშლის შედეგადწარმოშობილი მღებავი ნივთიერებების (ჰეპატინის) შესრუტვის გამო, სკლერას გადაკრავს მოყვითალო ფერი. არც ეს სიმპტომია საიმედო.

მუცლის წინა კედლის დეფანსი, რასაც პერიტონიტის დროს აქვს ადგილი, საშვილოსნოსგარეშე ორსულობას არ ახასიათებს. ბლუმბერგ-შჩეტკინის სიმპტომი კი ზოგჯერ დადებითია მუცლის წინა კედლის კუნთების შეკუმშვისა და დაჭიმულობის გარეშე. ეს მოვლენა, კულენკამფის მიხედვით, მუცლის ღრუში სისხლის არსებობაზე მიუთითებს და ერთ-ერთი თვალსაჩინო სიმპტომია.

პერკუტორულად კიბთან და მის ირგვლივ ტიმპანიტი აღინიშნება. სამაგიეროდ მუცლის გვერდით ნაწილებში, თუ ბევრი სისხლია მუცლის ღრუში დაგროვილი, ადგილი ექნება მოყრუებას. ავადმყოფის მღებარეობის შეცვლასთან დაკავშირებით, მაგალითად, გვერდზე დაწოლისას, მოყრუება ტიმპანიტით იცვლება. ზოგი თვის ამ სიმპტომს კარგ სადიაგნოზო საშუალებად.

ტიმანულური გასინჯვისას ენახულობთ ცალ მხარეზე დანამატის სიმსივნეს, თუმცა ადგილობრივი კუნთის დამკველი რეაქცია ზოგჯერ ძლიერია და სიმსივნეს კარგად ვერ შევიგრძნობთ, ზოგჯერ კი შევიგრძნობთ მსუბუქ რეზისტენტობას.

უკანა თალი ზოგჯერ ქვევით არის ჩამობურთული და შევიგრძნობთ ცომის კონსისტენციის სიმსივნეს. ეს უკანასკნელი გამოწვეულია სისხლის ნაწილის შედედებით. ზოგჯერ კი უკანა თალი არ არის ქვემოთ ჩამობურთული. ეს დამოკიდებულია მუცლის ღრუში ჩაქვეული სისხლის რაოდენობაზე, ავადმყოფის მღებარეობაზე, სისხლის შედედებაზე და სხვ.

დაზიანებულ მხარეზე შევიგრძნობთ საშვილოსნოს არტერიის პულსაციას, მაგრამ იშვიათად.

1941 წელს ს. ვ. კასინმა საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის დიაგნოზის გარკვევისათვის აღნიშნა, რომ პალპაციის დროს დაზიანებულ მხარეზე თითები გადადის რალაც „სიმსივნეზე“, „მორგვზე“. „მორგვი“ ან „სიმსივნე“ ელასტიკური კონსისტენციისაა, არა აქვს გარკვეული შემოფარგლულობა, ნაკლებად მტკივნეულია. ეს სიმპტომი საიმედო არ არის.

საშვილოსნოდან, როგორც ვთქვით, გამოდის მუქი ფერის სისხლი, ზოგჯერ კი სისხლის დენას ადგილი არა აქვს (თუ საშვილოსნოსგარეშე ორსულობა დასრულებული არ არის ან ახალი დარღვეულია).

ღირღირი, როდრიგუცი და სხვები საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის გაურკვეველ შემთხვევებში გვიჩვენებენ ვავაკეთოთ საშვილოსნოს ღრუს საცდელი გამოფხეკა. თუ არ ექნა ნახული განაყოფიერებული კვერცხ-

უჯრედის ელემენტები და აღმოჩნდა მარტო დეციდუალური ქსოვილი, მაშინ, მათი აზრით, ნაჩვენებია ოპერაცია.

აღნიშნულ დებულებას ჩვენ არ ვეთანხმებით. ამ პროცედურას, როგორც სადიაგნოზო საშუალებას, არასოდეს არ მივმართავთ და არც სხვას ვურჩევთ მას, რადგან ამ პატარა ოპერაციას შეუძლია სასიკვდილო სისხლდენა გამოიწვიოს მუცლის ღრუში და ავადმყოფი დაიღუპოს.

საშვილოსნოს ღრუს გამოთხეცვა საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის დროს უნდა ჩაითვალოს შეცდომად. არის აღწერილი ამ დროს სიკვდილის შემთხვევები (ჟივატოვი, ლელიენტალი).

მაგრამ, თუ საშვილოსნოდან სპონტანურად გამოძევდება მოსავარდნი გარსი, მაშინ ის უნდა გაისინჯოს მაკრო- და მიკროსკოპულად, რასაც უდავოდ მნიშვნელობა ექნება დიაგნოზის დასმისათვის. ჩვენ ამ გამოძევებული დეციდუალური ქსოვილით გვისარგებლია დიაგნოზის დასაზუსტებლად.

მომარდვის დროს ტკივილის არსებობაზე („მარდის ბუშტის ყვირილი“) მიუთითებს ოღი. ჩვენი ყურადღება ამ სიმპტომს არ მიუქცევია. პერცეპული აღნიშნავს მომარდვის წმირ შეგრძნებას. ზოგიერთი დიაგნოზის დასმის მიზნით მიმართავს პირამიდონის ცდას.

შინაგანი სისხლდენის დროს ავადმყოფის შრატში შეიძლება გამოვიკვლიოთ ჰემატინის არსებობა. მუცლის ღრუში ჩაქცეული სისხლიდან ორგანიზმში ისრუტება სისხლის საღებავი ნივთიერებები. პირამიდონის რეაქცია უარყოფითია, თუ სისხლის ჩაქცევა ახალია, და, მაშასადამე, სისხლში არსებული საღებავი ნივთიერების (ჰემატინის) შესრუტვა არ მომხდარა. ამ რეაქციას ჩვენ არ მივმართავთ, რადგან ის ზოგჯერ დადებითია ჯანმრთელ ქალსა და მამაკაცშიც.

ზოლოგოური რეაქციები ზოგჯერ გვეხმარება დიაგნოზის დაზუსტებაში, თუ საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის დარღვევიდან 5—6 დღეზე მეტი არ არის გასული.

ზოგიერთი ავტორის აზრით, სისხლის სურათს არა აქვს დიაგნოზისათვის რაიმე განსაკუთრებული მნიშვნელობა. ჩვენი დაკვირვების მიხედვით კი სისხლის სურათს ერთგვარი მნიშვნელობა აქვს, სახელდობრ: ჰემოგლობინის რაოდენობა თანდათან კლებულობს, არაიშვიათად 50%-ზე დაბალია; ერითროციტების რაოდენობაც ქვეითდება; ლეიკოციტების რაოდენობა არ არის მომატებული ანდა იშვიათად უმნიშვნელო მომატებას შეიძლება ექნეს ადკილი; ერითროციტებინს დალეკვის რეაქცია აჩქარებულია. ზოგჯერ საშვილოსნოს დანამატების ანთეზის, ისე როგორც სანვროსნოსგარეშე ორსულობას, თან ახლავს სისხლის დენა.

დიფერენციალური დიაგნოზისათვის ლამბარაშვილი, ვაგნერი და სხვები გვირჩევენ კანჭევში პიტუიკრინის რამდენჯერმე შემზაბუნებას; მათი აზრით, თუ ანთებაა, მაშინ სისხლის დენა შეწყდება. ჩვენმა დაკვირვებამ ეს არ გამართლა. პიტუიკრინის ნაცვლად ზოგიერთი გვირჩევეს 10%-იანი ქლორკალციუმის ვენაში შეყვანას და ჰეპოთერაპიას (ბრაუდე).

საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის დიაგნოზისათვის უფრო საიმედოა უკანა თაღის პუნქცია, რასაც ჩვენ ვაწარმოებთ მრავალი წლის მანძილზე და რაიმე გართულება არ მიგვიღია. პირიქით, მას ბევრჯერ გაურკვევია ჩვენთვის ბუნდოვანი მდგომარეობა. პუნქციის წარმოებისას, რა თქმა უნდა,

ზუსტად უნდა იქნეს დაცული ასეპტიკის ყველა წესი — როგორც ხელების მომზადების მხრივ, ისე საშოს სათანადო მომზადების მხრივაც.

საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის წინა ბაგეზე ვადებთ ტყვიის მამას, ყელს ქვევით და ჩვენს ვევეთ. ნემსი უნდა იქნეს გრძელი — 10 სანტიმეტრამდე სიგრძის, სარკე მოკლე, რათა თალი ზევით არ ასწიოს. ნემსი მიმართული უნდა იყოს შიგნით და ნაწილობრივ ქვევით. სწორი ნაწლავი და შარდის ბუშტი აუცილებლად წინასწარ უნდა დაიცალოს.

ერთხელ გაკეთებული პუნქციის უარყოფითმა შედეგმა, თუ კლინიკურად ეჭვია საშვილოსნოსგარეშე ორსულობაზე, უარი არ უნდა გვათქმევინოს განმეორებითი პუნქციის წარმოებაზე.

შპრიცში მიღებული სისხლი კარგად უნდა გავსინჯოთ. საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის დროს მიღებული სისხლი მუქი ფერისაა, შეიცავს კოლტებს, რაც მოწმობს მუცლის ღრუში სისხლის არსებობას.

სასარგებლოა ფეიგელის „წყლის ცდა“. თუ შპრიცში მივიღეთ სისხლი, მაშინ შპრიცს ვავსებთ ფიზიოლოგიური ხსნარით ან წყლით. შემდეგ კი შპრიციდან წყალნარვ სისხლს ვასხამთ გამჭვირვალე ქიქაში, რომელშიც არის წყალი. თუ მუცლის ღრუში ადგილი აქვს სისხლის ჩაქცევას, მაშინ სისხლი თხიერი და შედედებულია. შედედებული სისხლი დაილექება ქიქის ფსკერზე, ფიბრინული ფიჭქები კი წყალში დაცურავს. დალექილი კოლტები საკათხს სწყვეტს საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის სასარგებლოდ.

ღიაგნოზისათვის მეტად სიყურადღებოა პრუსტის სიმპტომი: როდესაც სინჯავთ ავადმყოფს, რომელსაც სისხლის ჩაქცევა აქვს მუცლის ღრუში, თუ შეეცდებით შეიკრძნოთ ღრმად უკანა თალი, მაშინ ეს იწვევს მძაფრ და უპწკავეს ტკივილს. ტკივილი იმდენად მძაფრია, რომ ავადმყოფი, რომელიც ნახევრად უკონო მდგომარეობაშია, დაიწყებს კენესას.

ჩვენში ამ სიმპტომს ნაკლებად იცნობენ და არ იყენებენ როგორც ერთ-ერთ კარგ სადიაგნოზო საშუალებას. ჩვენ 1931 წლიდან ბანკისაგან (1924 წ.) სრულიად დამოუკიდებლად მივაქციეთ ყურადღება საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის მწვავე შემთხვევების დროს საშვილოსნოს ყელის მოძრაობისაგან გამორჩეულ მძაფრ ტკივილს. იგივე სიმპტომი 1937 წელს აღწერა პაულ ტიტუსმაც. ამ ხნის განმავლობაში დაეწმუნდით, რომ ეს არის ერთ-ერთი კარგი სიმპტომი საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის მწვავე შემთხვევაში. ის შემთხვევათა 98,2%-ში დადებითია.

ჩვენი დაკვირვებით ქრონიკულად მიმდინარე საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის დროს ეს სიმპტომი უარყოფითია — ყელი და უკანა თალიც უმტკივნეულოა.

როდესაც მუცლის ღრუში ჩაღვრილი სისხლი შედედდება და ორგანიზებულად განდება, როდესაც საშვილოსნოს უკან ჩამოყალიბდება ქემატოცელე, რომელიც სიმსივნის შავვარია, მაშინ საშვილოსნოს ყელი და დუგლასის არე ბიმანუალური გასინჯვისას უმტკივნეულოა, რასაც ქრონიკულად მიმდინარე შემთხვევების სადიაგნოზო მნიშვნელობა აქვს.

ასეთია კლინიკური სურათი და ყველა ის სადიაგნოზო საშუალება, რომლებითაც ვსარგებლობთ საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის დიაგნოზის დასაზუსტებლად.

არც ერთი სიმპტომი, რომელიც ზემოთ განვიხილეთ, ცალკე აღებული არ გამოდგება საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის დიაგნოზისათვის. ამიტომ საკმარისია სიმპტომების კომპლექსი.

ჩვენი აზრით, ორსულობის ამ პათოლოგიის დიაგნოზისათვის უდიდესი მნიშვნელობა აქვს: ანამნეზის მხრივ — თვიურის არევის მეტრორაგიული ხასიათის სისხლდენით და შოკის მოვლენებს ექსტრაგენიტალური მიზეზების გამორიცხვით, ობიექტური გამოკვლევის მხრივ კი საშვილოსნოს ყელის მტკივნეულობას და, თუ დიაგნოზი კიდევ გაურკვეველია, უკანა თაღის პუნქციას.

საშვილოსნოს უკან (იშვიათად წინ) მოთავსებული მორბილო კონსისტენციის სიმსივნის მაგვარი წარმონაქმნი, რომელიც ბიძანუალური გასინჯვისას სავსებით უმტკივნეულოა და რომელსაც წინ უძღოდა თვიურის არევა, შოკი და არამალალი ტემპერატურა, ლაპარაკობს დარღვეული საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის ქრონიკულად მიმდინარე შემთხვევაზე.

რაც შეეხება საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის დიაგნოსტიკას ორსულობის მეორე ნახევარში, ის ძლიერ ძნელია. ზოგიერთი ავტორის მითითებით, თუ ქალს ორსულობის მეორე ნახევარში მძაფრი ტკივილი აქვს მუცლის ღრუში და ამ ტკივილის ექსტრაგენიტალური წარმოშობის მიზეზები გამორიცხულია, უნდა ვიფიქროთ საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის შორსწასულ შემთხვევაზე. ჩვენი აზრით, ეს სწორია.

გარდა ამისა,  $3\frac{1}{2}$  —  $7\frac{1}{2}$  თვემდე საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის შემთხვევაში მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს ჩვენს მიერ 1940 წ. აღწერილ ნორმალური ორსულობის სიმპტომის არარსებობას.

ეს სიმპტომი შემდეგში გამოიხატება: ბოქვენის ზევით მუცლის წინა კედელზე, ხელის დაპერისას ორსული საშვილოსნო, მისი იოგოვანი აპარატის ჰორმონებით სისხლის გაქვინების გამო, სწრაფად იწვევს ზევით. ბოქვენსა და საშვილოსნოს ქვედა სექციებს შორის ჩნდება ჩაღრმავება. ხელის აღებისას სწრაფადვე საშვილოსნო ეშვება ქვევით და იღებს ნორმალურ მდებარეობას. ეს სიმპტომი ნორმალური ორსულობის დროს, ჩვენი მასალის მიხედვით, გვხვდება შემთხვევათა 96.2% -ში. მუცლის ღრუს ორსულობის დროს ასეთ მოძრაობას ვერ აღვნიშნავთ.

**მკურნალობა.** საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის მკურნალობა ოპერაციულია.

ოპერაციას ვაკეთებთ შემდეგი წესით: მუცლის წინა კედლის გაკვეთის შემდეგ მარჯვენა ხელით მუცლის ღრუში ჩავდივართ საშვილოსნოს უკან და დანამატებს ვსინჯავთ. საშვილოსნოს ამოწმებით და ამოვიღებთ განაკვეთის ზევით, რის შემდეგ მას მარცხენა ხელით ვიჭერთ, მარჯვენა ხელით კი ვსინჯავთ დანამატებს. თუ დანამატი შეხორცებებშია, მას ვათავისუფლებთ. ფალოპის ლუღაზე ვნახულობთ დაზიანებულ და სისხლმდენ ადგილს.

კოხერს ვადებთ ფალოპის ლუღასა და საკვერცხეს შორის ლუღის პარალელურად იმ შემთხვევაში, თუ საკვერცხე დაზიანებული არ არის, წინააღმდეგ შემთხვევაში კი კოხერი საკვერცხის ქვევით ფართო იოგზე უნდა მოთავსდეს. მეორე კოხერს ვადებთ ლუღის ინტერსტიციალურ ნაწილთან, ისე რომ კოხერების წვერები ერთიმეორეს მიედოს. ამის შემდეგ სისხლის დენის საშიშროება აღარ არის და მუცლის ღრუდან ვიღებთ თხიერ და შედედებულ სისხლს. კოხერებით გადაჭერილ ლუღას ვკვეთავთ და ვსკვნით ორი კვანძით, რომელთაგან ერთი იქნება ისთმური ნაწილისაკენ, მეორე კი ლატერალურად.



გადაჭრილი ნაწილების მისაახლოებლად დადებული კვანძების თავისუფალ ბოლოებს ერთმანეთს მივუახლოვებთ და გავსკენით, მუცლის ღრუს ეხვრავთ ზრულ.

წინათ გვიჩვენენ საშვილოსნოსკარგეშე ორსულობის ოპერაცია არ გვეწარმოებინა მანამ, სანამ არ გაივლიდა კოლაფსის მოვლენები. გამოცდილებამ ეს არ გაამართლა. დაზიანებული ფალოპის ლულა სასწრაფოდ უნდა ამოვკვეთოთ.

ზოგი აეტორი მეორე ლულის ამოკეთაჲც გვიჩვენდა, რათა თავიდან ავიცილოთ განმეორებითი საშვილოსნოსკარგეშე ორსულობა. ჩვენი აზრით, ეს არ გვაძლევს იმის საბაბს, რომ ლულა ამოვკვეთოთ, რადგან მკურნალობით ის შეიძლება გამავალი გახდეს.

ზოგი გვიჩვენებს მუცლის ღრუდან სისხლი კარგად ამოვწმინდოთ, ზოგი კი მხოლოდ კოლტების ამოღებით კმაყოფილდება და თხიერ სისხლს ტოვებს. ჩვენ მომხრე ვართ ამოვწმინდოთ როგორც კოლტები, ისე თხიერი სისხლიც.

ის ადგილი, რომელიც დაზიანებულია ტროფობლასტებისაგან, და ადგილები, სადაც მილის ამოკეთის შემდეგ სისხლის სრული ჰემოსტაზი მოვახდინეთ, არ უნდა იქნეს ტრავმირებული სისხლის ამოწმენდის დროს, თორემ მოსალოდნელია სისხლდენა, დაზიანებულ ქსოვილზე სისხლძარღვის განშეორებით გადასკვნა კი ძნელია.

მუცლის ღრუს ორსულობის მეორე ნახევარში ოპერაციის წარმოებისას მოსალოდნელია სისხლის დენა პლაცენტის მოცილების დროს — თუ ნაყოფი ცოცხალია. იმ შემთხვევაში კი როდესაც ნაყოფი დაღუპულია, პლაცენტის მოცილება სისხლის დენას არ იწვევს.

მუცლის ღრუდან ცოცხალი ნაყოფის ამოყვანის შემდეგ სანაყოფე კაფსულა ტამპონით მაგრად უნდა ამოივსოს და მუცლის ღრუ ღია დარჩეს. ტამპონები მე-3 — 4 დღეს უნდა ამოვიღოთ. სისხლის დენას ადვილი არ ექნება ჭირიალური ბუსუსის დაღუბვის გამო. კაფსულა და პლაცენტა თანდათან მოსცილდება, ღრუ ამოიწმინდება და ჭრილობა დაიხურება.

ჩვენ გვჭონდა შემთხვევა თითქმის დროზე მიტანილი მუცლის ღრუს ორსულობისა ცოცხალი ნაყოფით. ზემოთ აღწერილი მეთოდით ჩატარებული ოპერაციის შედეგად დედაც და ნაყოფიც ცოცხალი დარჩა.

როგორც აღვნიშნეთ, საშვილოსნოსკარგეშე ორსულობა ხშირად მეორემესამე თვეს წყდება — ზოგჯერ ძლიერი სისხლდენით. ოპერაციის დაწყებამდე ქალი შეიძლება სრულიად უმჯობოდ იყოს, მაკრამ დაზიანებული ადვილის ამოკეთაჲს, სისხლის ძარღვის გადასკვნისა და სრული ჰემოსტაზის შემდეგ მდგოს მარეობა სწრაფად უმჯობესდება და ქალი დაკარგულ სისხლს მალე აღიდგენს.

მწვავე ანემიის დროს საჭიროა სისხლის გადასხმა

## სასქესო ორბანოების კისტები და კისტადენომები

### ვულვის კისტა

ვულვის კისტებიდან ყველაზე უფრო საყურადღებოა ბართოლინის ჯირკვლის კისტა, რომელიც უმთავრესად გონორიის ნიადაგზე ვითარდება. — ბართოლინის ჯირკვლის სადინარის ანთებითი პროცესისაგან გამოწვეული დაწმობით და ჯირკვლში სეკრეტის დაგროვებით. ბართოლინის ჯირკვლის კისტა ქალის მუშტის ოდენობამდე აღწევს.

ვულვაზე გვხვდება აგრეთვე მარტივი კისტა — განვითარებული ცხიმისა და ოფლის ჯირკვლებისაგან. შეიძლება აგრეთვე მარტინის სადინარისაგან საქალწულე აქზე წარმოიწვას მცირე სიდიდის კისტა.

### საშოს კისტა

საშოს კისტა დიდი არ იზრდება. მისი სიდიდე ძლივს შესამჩნევადან მანდარინის ოდენობამდე აღწევს. გინეკოლოგიურ დაავადებათა შორის საშოს კისტა გვხვდება შემთხვევათა 1 — 2%-ში.

საშოს კისტის შიგთავსი გამჭვივრავია, ზოგჯერ ყვითელი ან მიხაკისფერი. თხელი კონსისტენციისაა, იშვიათად კი სქელია: საშოს კისტის კედელი შედგება შემაერთებელი ქსოვილისაგან, რომელშიც ზოგჯერ კუნთის ზოკოებიც გვხვდება.

საშოს კისტა ვითარდება: ანთებითი პროცესისა და ემბრიონული ნაშთისაგან: საშოს მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელი ღრმად შეიჭრება საშოს შემოერთებელ ქსოვილში კოლბების მსგავსად, რომელთა ცენტრალური ნაწილის დაშლის გამო განვითარდება კისტა.

საშოში კისტის წარმოშობა ხდება აგრეთვე საშოს კედლის შემოერთებელ ქსოვილში ემბრიონული განვითარების დროიდან დარჩენილი მიულერის სქდნაოს ცილინდრული ეპითელისაგან და ეოლფის (მარტინის, სადინარის ემბრიონული ნაშთისაგან).

ვოლფის სადინარისაგან წარმოშობილი კისტა მოთავსებულია საშოს გუბრებზე. მის ზემო მესამედში. ზოგჯერ კი შეიძლება განვითარდეს საშვილოსნოს ყელის გვერდით. საშოს კისტას მოგრძო ფორმა აქვს. მისი შიგთავსი წველია და მოკვითლო ფერისაა. მისი შიგნითა ზედაპირი დაფარულია ერთშრიანი ცილინდრული მოციმციმე ეპითელით, ზოგჯერ — ერთშრიანი კუბური ეპითელით, იშვიათად კი — მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელით.

### საშვილოსნოს კისტა

საშვილოსნოს კუნთებში შეიძლება განვითარდეს მცირე ოდენობის კისტა — მიომეტრიუმში საშვილოსნოს ლორწოვანი ან სეროზული გარსის ჩანერგვის შედეგად, რასაც ენდომეტრიუმის ანთებითი პროცესი უწყობს ხელს.

საშვილოსნოს ყელის გვერდითს კიდზე კისტა შეიძლება განვითარდეს ეოლფის (ჰარტნერის) სადინარის ემბრიონული ნაშთისაგან.

საშვილოსნოს ყელის არხში შეიძლება წარმოიშვას რეტენციული კისტა— ცერვიკალური არხის ჯირკვლების სადინარების დახშობით. ასეთივე რეტენციული კისტა გვხვდება საშვილოსნოს საშოსმხრივ ნაწილზე ovula Nabothi-ის სახით.

### საკვერცხის კისტები და კისტადენოზები

კისტა ნამდვილ სიმსივნეს არ წარმოადგენს. ის არ ეკუთვნის ბლასტომებს, პროლიფერირებულ სიმსივნეებს. ბლასტომური სიმსივნეები კი ნამდვილი სიმსივნეებია.

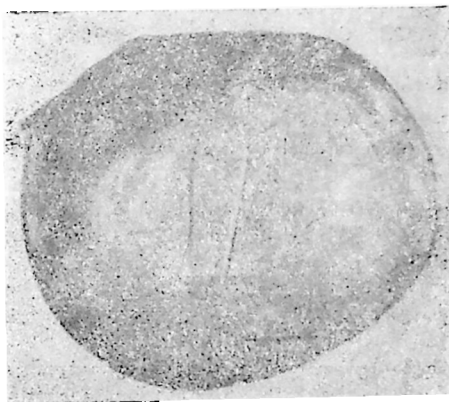
კისტა ვითარდება რომელიმე ჯირკვლის სადინარის დახშობით, დაგროვილი სეკრეტისაგან ქსოვილების გაქაჩვით და არა ქსოვილის პროლიფერაციით. როცა სადინარის ხვრელი აღსდგება ან სეკრეტის გამოდენის საშუალება მიეცემა, მაშინ კისტა, როგორც სიმსივნე ქრება.

გარდა ამისა. კისტის განვითარება ხდება ორგანიზმში დარჩენილი ემბრიონული ნაშთისაგან, ანთებითი პროცესისაგან, ორგანოს ქსოვილში ეპითელის ღრმად შეჭრის ნიადაგზე და სე.

ნამდვილი კისტა კეთილთვისებია, მაგრამ შესაძლოა მის ქსოვილში ავთვისებიანი სიმსივნის უჯრედები განვითარდეს.

### საკვერცხის მარტივი კისტა. კისტური ფოლიკული

საკვერცხის ფოლიკულურ, რეტენციულ კისტას უწოდებენ აგრეთვე საკვერცხის მარტივ კისტას (cystoma ovarii simplex). ამ შემთხვევაში საქმე ეხება კისტურად გადაკვარებას ულფოლის კულს.



ასეთი კისტა კაკლას სიდადებულ იზრდება, ზოკვერ კი იგი ქალის მუშტის. ოდენაა. მისი ზედაპირი სადაა, შიგთავსი თხიერი და გამჭვირვალა.

ასეთი კისტა იზრდება ნელა და, როგორც ვთქვით, შეიძლება მუშტის სიდიდემდე მიაღწიოს. ხშირად ის ამ სიდიდისა რჩება, მაგრამ, თუ კისტის ეპითელის სეკრეტია გაგრძელდა, მაშინ მისი სიდიდე მატულობს.

მცირედი ტრავმით შეიძლება ფოლიკულის მარტივი კისტა გასკდეს, მაგალითად, ვასკლუმის შემდეგ შეიძლება სისხლდენა არ განვითარდეს.

სურ. 52. საკვერცხის ფოლიკულური კისტა.

ეკიმის მიერ ბიმანუალური გასინჯვის დროს. თვითგანკურნება მოხდეს თუ შინაგანი

თუ კისტური ფოლიკული პატარაა, მაგალითად, კაკლის სიდიდისაა, მაშინ მის შემადგენლობაში ვნახულობთ ყველა იმ ნაწილს, რომელიც ჩვეულებრივ ფოლიკულში არის: კვერცხუჯრედს, გრანულოზური შრეს, theca interna-ს და externa-ს. ასეთი ფოლიკული განსხვავდება ჩვეულებრივისაგან მხოლოდ სიდიდით. დიდ ფოლიკულურ კისტაში ზევით ჩამოთვლილ ნაწილებს ვერ ვნახულობთ და, მაშასადამე, ის მოკლებულია ნორმალურ ფუნქციას.

### ჰაითალი სხეულის კისტა

იგი თხილის ოდენობიდან ქათმის კვერცხის ოდენობამდე აღწევს. მრგვალი მოყვანილობისაა. მისი შიგთავსი მოსჭო კონსისტენციის და მოვარდისფრო-მოყვითალოა ყვითელი სხეულის კისტის გრანულოზური შრე განიცდის ისეთივე ციკლურ ცვლილებებს, როგორსაც ჩვეულებრივი ყვითელი სხეული — იგი გაივლის პროლიფერაციის, ვასკულარიზაციისა და უკუგანვითარების სტადიებს.

განსაკუთრებით დიდი ოდენობის ყვითელი სხეულის კისტა გვხვდება ბუშტნამჭერისა და ქორიონეპითელიუმის, ზოგჯერ კი ინფექციური პროცესის დროსაც (შტოკელი). ზოგჯერ ყვითელი სხეულის კისტის წარმოშობაში მნიშვნელობა აქვს საკვერცხის გარშემო ანთებითი პროცესის არსებობას, რომელიც იწვევს გამსკდარი ფოლიკულის ნაპრალის სწრაფ დახურვას და შეხორცებებს.

### ჟოკოლადისფერი კისტა

ასეთი კისტა პატარაა. ჩვეულებრივ, ის მოთავსებულია შეხორცებებში. მისი შიგთავსი წარმოადგენს შედედებულ სისხლს, რომელსაც აქვს ჟოკოლადისფერი და ფისის კონსისტენცია. იგი ეკუთვნის ენდომეტრიოზებს.

ენდომეტრიუმის ნაწილები მოტანილია საკვერცხეში მილების საშუალებით, ჩაზრდილია აქ და განიცდის ციკლურ ცვლილებებს სისხლდენით.

### ჟართო იოგანის (პაროვარიალური) კისტა

პაროვარიალური კისტა ვითარდება სავარცხლის კბილისმაგვარი მილაკებისაგან, რომლებიც მოთავსებულია ფალოპის ლულასა და საკვერცხეს შორის არსებულ ჟართო იოგის ორ ფურცელს შუა.

ამ მილაკებს ეწოდება paroovarium ანუ epoophoron. ისინი ქალისათვის წარმოადგენენ, როგორც ვთქვით, ეოლფის სხეულის ემბრიონულ ნაშთს. მამაკაცის ოვგანიზმში მათგან epididymus ვითარდება.

პაროვარიალური კისტა, ჩვეულებრივ, მრგვალი ფორმისაა. მისი კედლის ზედაპირი სადა და თხელია, შიგთავსი კი თხიერი და გამჭირვალეა და მცირეოდენ ცილას შეიცავს.

პაროვარიალური კისტა ვითარდება ზემოთ დასახელებული სავარცხლისებური წარმონაქმნის ერთ-ერთი მილაკის გაგანიერებისაგან სეკრეტით. იგი უმეტესად ერთკამერაიანია და მოთავსებულია ინტრალიგამენტურად ჟართო იოგის ორ ფურცელს შორის. ასეთი კისტის ქვევით მოთავსებულია სიგარძეზე გაქმნილი საკვერცხე.

ჩვეულებრივ, პაროვარიალური კისტა მამაკაცის მუშტის სიდიდისა იზრდება, იშვიათად კი — ადამიანის თავის ოდენა და მეტი. მას თხელი კედელი

აქვს, რომელსაც ზევიდან დამატებით ფართო იოგის ფურცლის სეროზულზე გარსი აქვს გადაფარებული, რასაც ერთგვარი სადიოგნოზო მნიშვნელობა აქვს.

განვითარების დასაწყისში პაროვარიალურ კისტას ფეხი არა აქვს, შემდეგ კი, თუ ზრდას ზევით, მუცლის ღრუსაკენ ექნა ადვილი, მას ფართო ფეხი უვითარდება.

პაროვარიალური კისტა შიგნიდან დაფარულია მაღალი ცილინდრული მოციმციმე ეპითელით ან კუბური ეპითელით, რომელსაც მოციმციმე ბუსუსები არა აქვს. ეპითელის სიმაღლე დამოკიდებულია კისტის კედლების დაკუმულობაზე.

პაროვარიალური კისტა კეთილთვისებიანია.

### ფალოპის ლულის კისტა

ფალოპის ლულის კისტა სიდიდით პატარაა. ის შეიძლება განვითარდეს ფიბროიულ ნაწილზე. მას პრაქტიკული მნიშვნელობა არა აქვს.

### ტუბო-ოვარიალური კისტა

ტუბო-ოვარიალური კისტა შეიძლება მუშტისოდენა გაიზარდოს, იშვიათად კი ადამიანის თავის სიდიდემდე აღწევს. შიგთაესი გამჭვირვალე სითხეა. ჩვეულებრივ, ასეთი კისტა დანამატის ორივე მხარეზე გვხვდება, რომელსაც გარშემო შეხორცებები აქვს.

ტუბო-ოვარიალური კისტა წარმოიშვება პიოსალპინჯის, საკვერცხის ფოლიკულის ან ყვითელი სხეულის კისტის ანთებითი შეხორცებებით, რის შედეგადაც ხდება ლულისა და საკვერცხის ღრუს გაერთიანება.

### პეისისტული ფოლიკული—ჰემორაგიული მისტროპათია

პეისისტული ფოლიკული აღწერა რ. შრედერმა (1915). ჩვენ გამოვიკვლიეთ მისი პორმონული სურათი (1930).

პეისისტული ფოლიკული ჩვეულებრივ ერთია, ზოგჯერ ორი გვხვდება, იშვიათად შეიძლება სამი განვითარდეს. იგი ქლიავის ოდნობას აღწევს, არ სკდება და ყვითელი სხეული არ განვითარდება, რის გამოც მენტრუალური ციკლის პირველი ფაზა ხანგრძლივია.

მენტრუალური ციკლის ამ საზნის მოშლილობის დროს, ისე როგორც ყველა საზნის ანოვულაციის შემთხვევაში, გამოვარდნილია ლუთენინურ-სეკრეტორული ფაზა. ფოლიკულისა და საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის პროლიფერაციული ფაზა კი ზოგჯერ გაგრძელებულია არა მარტო რამდენიმე დღით, არამედ კვირებისა და თვეების განმავლობაში.

საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში კისტურ-ჯირკვლევანი პიპერპლაზია. ჯირკვლების სანათური არ არის თანაბარი. კისტურად გაგანიერებულ ჯირკვლებში ზოგჯერ ვნახულობთ დეტრიტის მსგავს მასას, რომელიც მუცეპარმინით წითლად იღებება, მაგრამ ჯირკვლებში არ აღინიშნება სეკრეციის ნიშანიც კი.

ერთფაზიანი გახანგრძლივებული მენტრუალური ციკლის ჰემორაგიული მეტროპათიის — დროს პეისისტული ფოლიკულის necrosis-ს უჯრედებისაგან შეუწყვეტლად გამოშუშავდება ესტროგენები, რომლებიც ამენორეის სტა-

დიაში იჩება და იწვევს ენდოქეტრიუმის ჯირკვლოვან პიპერალაზიას პიპეტროფიას.

ამ დაავადების ეტიოპათოგენები არასაკმარისადაა შესწავლილი. ჩენი დაკვირვების მიხედვით, დაავადება იწყება ადრეულ გაზაფხულზე და გრძელდება მთელი ზაფხულის განმავლობაში, შემოდგომაზე იგი შედარებით ნაკლებად გვხვდება. ზამთარში კი ამ დაავადებით შეპყრობილ ქალთა უმრავლესობას აღენიშნება ნორმალური მენსტრუაცია ან უვითარდება ამენორეა ორგანიზმის დეცეითი, მიზანშეწონილი შეკავება, რაც უსოდენ საჭიროა ხანგრძლივი სისხლდენის შემდეგ. ზამთარში შეიძლება შეგვეხვდეს მხოლოდ ერთეული შემთხვევები რეციდივის სახით.

ჰემორაგიული მეტროპათიით გამოწვეული სისხლდენის კავშირი წლის დროსთან აიხსნება წლის სხვადასხვა პერიოდში სხვადასხვა პირობებისა და ბუნებრივი ფაქტორების არსებობით, როგორცაა, მაგალითად, ულტრაიისფერი სხივების მოქმედება, ორგანიზმის სხვადასხვა რეაქტივობა გარემო პირობების შეცვლასთან დაკავშირებით, კვების ხასიათი და სხვ.

ჩენი მასალის მიხედვით ეს დაავადება შეადგენს გინეკოლოგიური სისხლდენის საერთო შემთხვევათა 12 $\frac{1}{2}$ -ს. კლინიკაში გატარებულ გინეკოლოგიურ ავადმყოფთა შორის კი იგი გვხვდება შემთხვევათა 2,3 $\frac{1}{2}$ -ში.

დაავადება გვხვდება 13—15 წლისა და 40—45 წლის ასაკში. უფრო ხშირად 40—45 წლის ასაკში, ე. ი. იმ წლებში, როდესაც ორგანიზმი სავსებით ჩამოყალიბებული არ არის ან უკუგანვითარებას განიცდის.

სისხლდენის წინ ესტროგენები დიდი რაოდენობით გამოიყოფა ორგანიზმიდან. სისხლდენის პერიოდში კი ისინი საკმაოდ რაოდენობითაა შარდში. მაგრამ არის დევები, როდესაც მათი გამოყოფა სავსებით წყდება და ისინი ორგანიზმში რჩებიან.

დაავადების განვითარებას წინ უძღვის ხანგრძლივი ან ხანმოკლე ამენორეა, რის შემდეგაც საწვილოსნოს დრუდან სისხლდენა შეიძლება გარძელდეს კვირებისა და თვეების განმავლობაში.

ბიმაუნალური გასინჯვისას საწვილოსნო ოდნავ დიდი და რბილია; ზოგჯერ მისი საშოსმხრივი ნაწილი ციანოზურია.

ორგანიზმი დასუსტებულია. ზოგჯერ ანემია მკვეთრადაა გამოხატული. ჰემოგლობინის რაოდენობა ძლიერ ქვეითდება — 20—15 $\frac{1}{2}$ -მდეც კი. ერთიოციტების რაოდენობა ორ მილიონს აო აღემატება.

ჰემორაგიული მეტროპათიის დროს სისხლდენას აუცილებლად წინ უძღვის ამენორეა — ხშირად ხანგრძლივი, იწვითად კი ხანმოკლე. სისხლდენის ხანგრძლიობა არ არის განსაზღვრული, როგორც ვთქვით, იგი გრძელდება კვირებისა და ხშირად თვეების განმავლობაშიც.

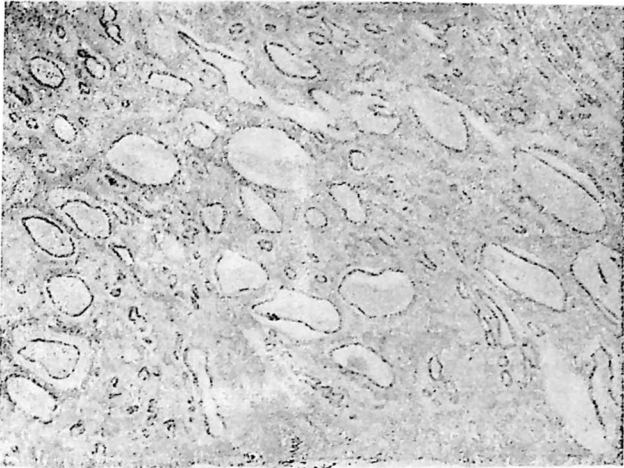
ჰემორაგიული მეტროპათიის რეციდივული ფორმები პრეკანცერულ დაავადებად უნდა ჩაითვალოს.

ამ დროს სისხლის თეთრი ბურთულების შემადგენლობაში აღსანიშნავია ლიმფოციტოზი. მაჯა აჩქარებულია და სუსტი ავსებისაა. გულის მხრივაც არაიშვითად აღინიშნება ანემიური შუილი. ყოველივე ეს ემსგავსება ანემიის დროს განვითარებულ სურათს.

ჰემორაგიული მეტროპათიის დროს ზოგჯერ ვხვდებით სასქესო ორგანოების სხვა დაავადებებსაც, როგორცაა, მაგალითად, დანამატების ქრონიკული ანთება, ფიბრომიომა, ინფანტილიზმი და სხვ.

ჩვენ გვქონდა შემთხვევა, როდესაც ჰემორაგიული მეტროპათიის რეცი-  
დივულა ფორმით შეპყრობილ ორ ქალს აღენოქარცინომა განუვითარდა.

დიაგნოზი. დიაგნოზის დასმის დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ  
ასაკი. როგორც აღვნიშნეთ, ჰემორაგიული მეტროპათია ხშირია პრეკლიმა-  
ქტერიულ და სქესობრივი მომწიფების პერიოდში.



სურ. 53. საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის პიცოლოგიურად სურათი  
ჰემორაგიული მეტროპათიის დროს.

პისტოლოგიურად უნდა გამოვიყვილით საშვილოსნოდან გამონაფ-  
ხევი — საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი.

ჰემორაგიული მეტროპათიის დიაგნოზის დადგენაში დიდ დახმარებას  
გვიწევს საშოსნაცხის ციტოლოგიური გამოკვლევა. სისხლდ-  
ენია დასაწყისში ნაცხში დიდი რაოდენობით ვნახულობთ ვგრეთწოდებულ მე-  
ოთხე ხარისხის საშოს ეპითელს. ასეთი ეპითელი შეიცავს პატარა  
ბირთვის და დიდ პროტოპლაზმას, რაც გამოწვეულია ესტროგენული ჰორმონის  
ჰარბი მოქმედებით.

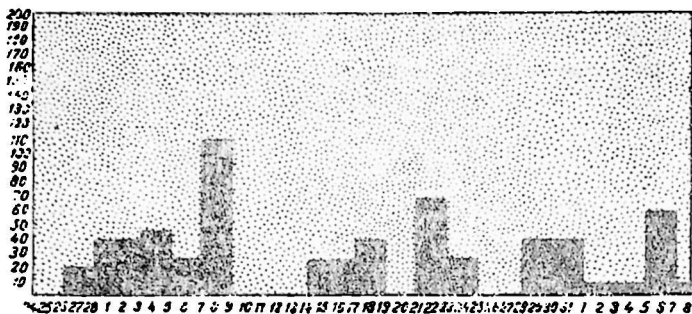
სისხლდენის დასაწყისში საშვილოსნოდან გამონაფხევი მასალა ბევრია.  
შემდეგ კი მისი რაოდენობა მცირდება.

საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ჯირკვლები ატიპიურია — ზოვი  
ვიწროა, ზოვი კი კისტურადაა გადაგვარებული და გაგანიერებულია. ჯირკ-  
ვლებში სეკრეცია არ აღინიშნება; მიტოზისა და გამრავლების პოცესი ინტენ-  
სიურია.

საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკა სასარგებლოა არა მარტო  
დიაგნოზის დადგენის მიზნით, არამედ მკურნალობის მიზნითაც. საშვილოსნოს  
ღრუს გამოფხეკის შედეგად განკურნებას ადგილი აქვს შემთხვევათა 50%-ში,  
დანარჩენ 50%-ში კი რეციდივია მოსალოდნელი.

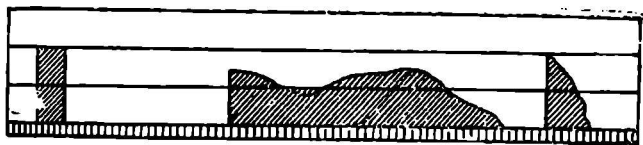
დიაგნოზის დადგენისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ აგრეთვე სისხლ-  
დენის დაწყების დრო — გაზაფხულია. თუ ზაფხული.

მკურნალობა უნდა ჩავატაროთ საშუალებებით, რომლებიც განაპირობებს საკვერცხეში ყვითელი სხეულის განვითარებას. ასეთია ტენის დან-მატის წინა ნაწილის პრეპარატები.



სურ. 54. ესტროგენების ორგანიზმიდან გამოყოფის დიაგრამა ქემორაგიული მეტროპათიის დროს.

ჩვენ წარმატებით ვხმარობთ მამაკაცის სექსუალურ ჰორმონს — მეთილტესტოსტერონს, ტესტოსტერონპროპიონატს. ესტროგენების დიდ დოზებს, რომელიც იწვევს ჰიპოფიზის ფოლიკულის მასტიმულირებელი ჰორმონის ბლოკირებას.



სურ. 55. სისხლენა ის დიაგრამა ქემორაგიული მეტროპათიის დროს.

კარგია ყვითელი სხეულის ჰორმონის შემსაბუნებაც, რადგან ამ დროს ორგანიზმს სწორედ ეს ჰორმონი აკლია. მაგრამ ეს საშუალება დროებითია, რადგან ის ვერ გამოიწვევს საკვერცხის მოქმედების გაუმჯობესებას და მასში ყვითელი სხეულის განვითარებას.

ყვითელი სხეულის ჰორმონით მკურნალობა კარგია ქემორაგიული მეტროპათიის დაავადების დროს — ამენორეის სტადიაში. მას შეუძლია გადაიყვანოს საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი სეკრეტორულ ფაზაში. მას შემდეგ რაც სისხლენა დაიწყება და ლორწოვანი გარსი საესებით მოსცილდება, ამ პრეპარატის ხმარება უშედეგოა.

სხვა საშუალებათა შორის ვხმარობთ: sol. Calcii chlorati — 10%, 200,0, რძით, ოთხჯერ დღეში თითო სუფრის კოვზი; აგრეთვე მამაკაცის სექსუალურ ჰორმონს — methyltestosteron in tab. 1—3-ჯერ დღეში თითო ტაბლეტი ჩადევით ენის ქვეშ და გქონდეთ ასე, სანამ არ შეიწოვება.

გარდა ამისა, ორჯერ დღეში ავადმყოფს უნდა დაეუნიშნოთ საშოში ცხელი შესხურება და ყინული მუცელზე. ანემიის წინააღმდეგ და ქემოსტაზის გასაძლიერებლად კარგია სისხლის გაღასხმა.



**საკვერცხის პრულიფერაციული კისტადენომაი**  
**ფსევდომუცინოზური კისტადენომა (cystadenoma pseudomucinosa)**

საკვერცხის სიმსივნეთა შორის ყველაზე უფრო ხშირად გვხვდება ფსევდომუცინოზური კისტადენომა. ის გვხვდება საკვერცხეების ყველა სახის სიმსივნის შემთხვევათა  $\frac{2}{3}$ -ში. იგი ხშირად ცალ მხარეზე ვითარდება.

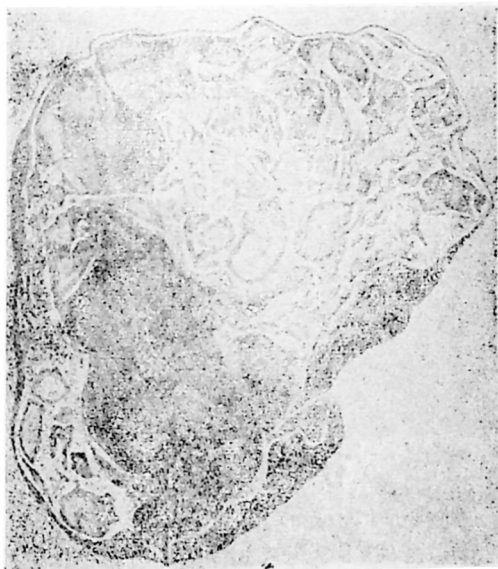
სიმსივნის ზედაპირი არ არის საღა. ალაგ-ალაგ იგი გამოზურთულია, რადგან სიმსივნე ზოგჯერ ღრუბნისაგან შედგება, რომლებიც ერთმანეთისაგან შემაერთებულია ვაყვითლი. სიმსივნე მოთეთრო-რუხი ფერისაა, ზოგჯერ კი ცისფერი და მოყვითალო ფერიც გადაკრავს.

ფსევდომუცინოზური კისტადენომის შიგთავსი მოსქო კონსისტენციის სითხეა, რომელიც შეიძლება იყოს გამჭვირვალე, მორუხო-მღერიე ფერის, ყავისფერი, მოყვითალო და სხვ.

ზოგჯერ ფსევდომუცინოზური კისტადენომის ღრუები შეიცავს ცხიმს, თმას, ხრტილოვან წარმონაქმნს, ნაწლავების ჩანასახს, ე. ი. ყველა იმას, რაც დერმოიდისათვის არის დამახასიათებელი.

ფსევდომუცინოზური კისტადენომა სხვადასხვა სიდიდისაა. საშუალოდ იგი მამაკაცის თავის ოდენობამდე იზრდება. ლიტერატურაში აღწერილია მეტად დიდი სიდიდისაც — 60—100 კილოგრამზე მეტი წონის. სიმსივნე მოთავსებულია ფეხზე.

ამ სიმსივნეს ეწოდება ფსევდომუცინოზური, რადგან მისი შიგთავსი ფსევდომუცინია და არა ნამდვილი ლორწო. ძმარმჭავას ზეგავლენით ფსევდომუცინოზური კისტადენომის შიგთავსი არ იცვლება, ნამდვილი მუცინი კი ძმარ მჭავასაგან ილექება.



სურ. 36. ფსევდომუცინოზური კისტადენომა (შუაზე გაკვეთილი).

ფსევდომუცინოზური კისტადენომის კედლის შიგნითა ზედაპირი დაფარულია ერთშრიანი მალაი ცილინდრული ეპითელით, ბაზალურად მდებარე ბირთვებით, რომლებიც კარგად იღებება. ფსევდომუცინოზური კისტადენომის ეპითელი ძლიერ წააგავს საშვილოსნოს ყელისა და ნაწლავის ეპითელს-

ფსევდომუცინოზური კისტადენომა ეკუთვნის კეთილთვისებრივ სიმსივნეებს. თუ ეს სიმსივნე გასკდა და შიგთავსი ზუცლის ღრუში ჩაიღვარა, მაშინ შეიძლება — იქ ასეთივე სიმსივნე განვითარდეს.

ფსევდომუცინოზური კისტადენომის მთლიანად ამოკვეთის შემდეგ რეციდივი აოვიტარდება.

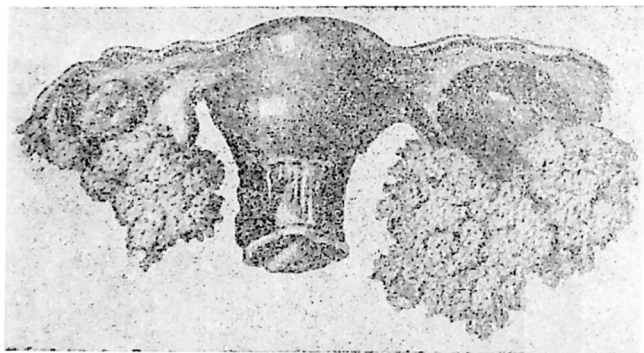
### სეროზული კისტადენომა (cystadenoma serosum)

სეროზული კისტადენომა უფრო იშვიათად გვხვდება, ვიდრე ფსევდომუცინოზური კისტადენომა. იგი სიდიდითაც ნაკლები იზრდება. შემთხვევათა 60%—ში იგი ორმხოვია, 50%—ში კი იზრდება ინტრალიგამენტურად. ხშირად მას თან ახლავს ანციტი.

სეროზული კისტადენომის შიგნითა ზედაპირზე განვითარებულია მრავალრიცხოვანი ღვრილები. ზოგჯერ ღვრილები შიგნითა ზედაპირიდან გამოიზრდება სიმსივნის ზედაპირზე და ყვავილოვანი კომბოსტოს სურათს ქმნის. თუმცა ეს უკანასკნელი სურათი შეიძლება სიმსივნის ზედაპირზე პირველად იყოს განვითარებული.

სეროზული კისტადენომის შიგთავსი გამჟვრავალე, მოსქო და წვევადია. თუ სიმსივნეში დეგენერაციული მოვლენები განვითარდა, მაშინ შიგთავსის ფერი იცვლება — იგი ხდება მოყითალო, მღვრიე ან სხვა ფერის.

სეროზული კისტადენომის ღრუები გამოფენილია დაბალი ცილინდრული ეპითელით, რომელსაც მოციმციმე ბუსუსები აქვს. ეპითელის პატარა ბირთვი უჯრედის შუაზე მოთავსებული და კარგად იღებება. სეროზული კისტადენომის ეპითელს საკმაოდ ძლიერი პროლიფერაცია ახასიათებს.



სურ. 57. სეროზული კისტადენომა.

ეს სიმსივნე შეიძლება ზუცლის ღრუს სეროზულ გარსზე გადავიდეს, ხან კი იგი ისე ფარავს ღრვს, რომ მისი მოცილება ოპერაციითაც შეუძლებელი ხდება. თუ ოპერაციის შემდეგ სიმსივნის ნაწილი ზუცლის ღრუში

ჩაჩა, შეიძლება პალე ან რამდენიმე წლის შემდეგ განვითარდეს რეციდივი და ავთვისებიანი სიმსივნე — კიბო.

### დერმოიდი (cystis dermoides s. teratoma adultum)

დერმოიდი საკვერცხის ყველა სიმსივნის შემთხვევათა დაახლოებით 10%-ში გვხვდება. დერმოიდი, ჩვეულებრივ, ცალ მხარეზე ვითარდება ერთეულად. თუმცა არის შემთხვევა, როდესაც რამდენიმე სიმსივნე ერთად ვითარდება.

ზოგჯერ გვხვდება დერმოიდისა და ფსევდომუცინოზური კისტადენომის კომბინაცია. დერმოიდი შეიძლება მუხუდოს ნარცელის ოდენობიდან მამაკაცის თავის ოდენობამდე აღწევდეს, ხშირად კი იგი მუშტისოდენა იზრდება.

დერმოიდი მოთვრ.ა. ფორმით კი ბურთის, კვერცხის ან ლობიოს მარცვლის მოყვანილობისაა. სადა ზედაპირი აქვს. იზრდება ძლიერ ნელა. იგი კეთილთვისებიანია.

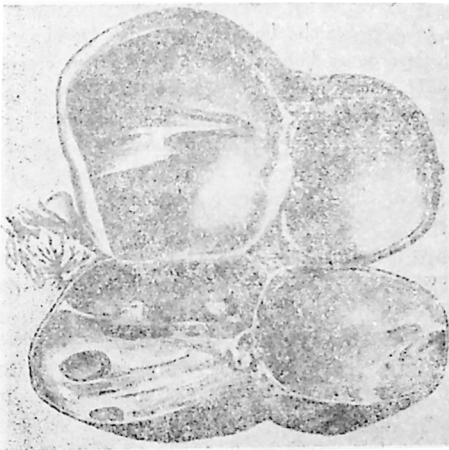
დერმოიდი გვხვდება ყველა ასაკში. მაგრამ ივი უფრო ხშირია სქესობრივი მომწიფების ხანაში. ეს სიმსივნე დაბადებიდანვე თანდაყოლილი.

დერმოიდის შიგთავსი სითხეა. სითხის კონსისტენცია დამოკიდებულია ადამიანის სსეულის ტემპერატურაზე. ამიტომ ამოკვეთის შემდეგ შიგთავსი ცივდება და ცხიმოვან ფაფად იქცევა.

დერმოიდის კედელი შეიქმნა დაფარულია კუბური ან ცილინდრული ეპითელით. მაგრამ შიგნითა კედლის ერთ-ერთ ადგილას ენახულობთ უსწორმასწორო და სხვადასხვა სიღრმის შებენებებს ეგრეთ წოდებულ დერმოიდულ მოჩიბებს, მათ თვლიან თავის რუდიმენტად. ამ ადგილს აქვს კანის

აგებულება — ძრავალშიოიანი ბოტყელი ეპითელით. შეიცავს თმს და დიდი რაოდენობით ცხიმის ჯირკვლებს. სწოვად ეს ჯირკვლები გამოყოფს ცხიმს, რასაც დერმოიდში ენახულობთ.

დერმოიდის აღნიშნულ მორჩებში ენახულობთ ძვლებს, რომლებიც თავის ქლას ძვლებს გავს. მიკროსკოპულად დერმოიდში ენახულობთ სხვადასხვა ქსოვილს ოლდიმენტარულ მდგომარეობაში: ხრტილს, ნეოვებს, ტვინის ნივთიერებას, კუჭისა და ნაწლავის ჩანასახს, ტრაქეას, ფილტვებს, თვალს, საკვერცხის ქსოვილს, აგრეთვე რუდიმენტარულ კიდუ-



სურ. 58. დერმოიდი შუაზე გაკვეთილი.

რებს თითებითა და ფრჩხილებით. ზოგმა ავტორმა დერმოიდში ნაყოფის თითქმის მთელი სხეულის ნაწილები ნახა. რადგან დერმოიდი დაბადებიდანვე თანდაყოლილია, ამიტომ, ზოგიერთის აზრით, უმჯობესია ის სიმსივნის მსგავს ნაყოფის სიმსივნე იწოდებოდეს.

დერმოიდში არასოდეს არ გვხვდება ღვიძლის, თირკმლებისა და შინაგანი სეკრეციის ორგანოების ქსოვილები.

როგორც აღვნიშნეთ, დერმოიდი კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, მაგრამ აღწერილია შემთხვევები მისი ნაწილების კიბოდ, იშვიათად კი სარკომად გადაგვარებისა.

ხშირად დერმოიდი მოთავსებულია წინა ღუგლასის არეში და ძალზე მოძრავია. ამ გარემოებას დიაგნოზისათვის ერთგვარი მნიშვნელობა აქვს.

### **ტერატომა — ტერატომალასტომა (teratoma embryonale s. teratoblastoma)**

ქალის სასქესო ორგანოებში ტერატომა იშვიათად გვხვდება. ის ავთვისებიანი სიმსივნეა, იძლევა მეტასტაზებს — როგორც ლიმფური, ისე ჰემატოგენური გზითაც.

ტერატომა იზრდება სწრაფად. ხშირად მას თან ახლავს ასციტი. იგი სხვადასხვა სიდიდისაა ზოგჯერ დიდი იზრდება. გაკვეთისას ვნახულობთ, რომ ის შეიცავს პატარა კისტებს.

ტერატომა ბურთის მოყვანილობისაა — მსხვილბორკიანი ზედაპირით. იგი მკვრივი კონსისტენციისაა. შეიცავს სამივე ჩანასახოვან ფურცელს, მაგრამ ჩანასახოვანი ფურცლები არ არის გარკვეულ ქსოვილად ჩამოყალიბებული, როგორც ეს დერმოიდებში არის, არამედ უმწიფარი ემბრიონული ელემენტებია განვითარების სხვადასხვა სტადიაში.

### **სიმპტომები და კლინიკური მიმდინარეობა**

საკვერცხების კისტისა და კისტადენომის სიმპტომები და კლინიკური მიმდინარეობის სურათი დამოკიდებულია ამ წარმონაქმნთა სიდიდეზე, ადგილმდებარეობასა და იმ გართულებებზე, რომლებიც ხშირად მათ თან ახლავს.

კისტა და კისტადენომა თავიდან თითქმის არაერთაზრ მოვლენებს არ იძლევა. იშვიათად არ არის ისეთი შემთხვევა, როდესაც მათი სიდიდე ადამიანის თავის ოდენობამდე აღწევს და მხოლოდ შემთხვევით აღმოაჩენს ხოლმე მათ არსებობას თვით ავადმყოფი ან ექიმი. ასე შეუმჩნევლად, სიმპტომების გარეშე დიდხანს მიმდინარეობს კეთილთვისებიანი კისტა და კისტადენომა.

საკვერცხების სიმსივნეები თავიდანვე ვითარდება და მოთავსებულია მცირე მენჯის ღრუში. ფართო იოგის უკანა ზედაპირზე. თუ საკვერცხის კისტა ან კისტადენომა ისე გაიზარდა, რომ მცირე მენჯის ღრუდან მუცლის ღრუში ამოვიდა, მაშინ მას უვითარდება ფეხი, რომელიც შედგება, ერთი მხრივ, საკვერცხის საკუთარი იოგისა და ლულისაგან, მეორე მხრივ კი, ლატერალურად, საკვერცხის საკიდი იოგისა და ფართო იოგისაგან. თუ კისტას ან კისტადენომას აქვს ფეხი და იზრდება ზევით, მუცლის ღრუსაკენ, მაშინ ის დიდხანს არ იძლევა არაერთაზრ სიმპტომს, თუ რაიმე გართულება არ დაერთო ან იგი მეტად დიდი არ გაიზარდა.

თუ საკვერცხის კისტა ან კისტადენომა ისე დიდია, რომ ავსებს მუცლის ღრუს, მაშინ ის მექანიკურად მოქმედებს მუცლის ღრუს ორგანოებზე და მრავალგვარ მოშლილობებს იწვევს. მაგალითად, აწევბა დიაფრაგმას და ქაჩავს მას ზევით, რის გამოც ფილტვებს თავისუფალი ექსპურსიის საშუალება არა აქვს და სუნთქვა გაძნელებულია; კუჭის მოტულობა შეზღუდულია და სათა-

ნადო რაოდენობის საკვებს ვერ იტევს; შეფერხებულია ნაწლავების პერისტალტიკა და ყაბჯობა ვითარდება; სიმსიენე აწვება მუცლის ღრუს დიდ ვენებს, იწვევს შეგუბებით მოვლენებს და ქვემო კიდურების შეშუპებას; ამავე დროს ირღვევა ორგანიზმის კვების წონასწორობაც, რადგან საკვები მასალის დიდი რაოდენობა სიმსიენეს ხმარდება და ვითარდება კახექსია, რის გამოსახატავადაც არსებობს სპეციალური ტერმინი — *Kachexia ovarica*.

ავადმყოფებს ამ დროს განსაკუთრებული შესახედაობა აქვთ (*facies ovarica*). კახექსიისაგან ავადმყოფი დაიღუპება, თუ დროულ დახმარებას არ აღმოუჩინებ.

თუ კისტა ან კისტადენომა თავიდანვე ფართო იოგის ორ ფურცელს შორის ინტრალიგამენტარულად განვითარდა, მაშინ ის ზოგჯერ მენჯის ფუძემდებ ალწვეს, იწვევს მის მახლობელ ორგანოთა მდებარეობის შეზღუდვას, შეცვლას და მთელ რიგ მოვლენებს.

კისტა ან კისტადენომა ვადანწვეს საშვილოსნოს მეორე გვერდზე. თუ სიმსიენე ღრმად არის ღუგლასის არეში, მაშინ საშვილოსნოს ასწვეს ზევით, წამოსწვეს წინ ან უკან.

ზოგჯერ საშვილოსნო, ისე როგორც ფალოპის ლულა, გადაქაჩულია სიმსიენეზე. იშვიათად შარდბუშტიც გვერდზე არის ვადაწეული, ზოგჯერ კი ზევითაა აქაჩული.

შარდსაწვეთი არაიშვიათად უშუალოდ ეკვრის კისტას ან კისტადენომას და ხშირად მოთავსებულია მის მედიალურ ზედაპირზე. მაგრამ სიმსიენის ზრდასთან დაკავშირებით შარდსაწვეთი შეიძლება გადაიწიოს ფართო იოგის უკანა ფურცლიდან, ისე რომ შეიძლება ის გადიოდეს კისტისა და კისტადენომის ზედაპირზე. ეს გარემოება ოპერაციის დროს მხედველობაში უნდა მივიღოთ. სწორი ნაწლავი ამ დროს ქვევით არის დაწეული, ბრმა და სიგმოიდური ნაწლავი კი აწეულია ზევით.

ზოგიერთ შემთხვევაში კისტა ან კისტადენომა მცირე მენჯის ღრუშია მოთავსებული არაინტრალიგამენტალურად, მაგრამ ფართო იოგის უკანა ზედაპირზე სიმსიენე ისე მკიდროდაა მიკრული, რომ შთანებულებას ტოვებს თითქოს ის ინტრალიგამენტალურად იყოს განვითარებული. ინტრალიგამენტალურად მოთავსებული კისტა ან კისტადენომა იწვევს ნევრალგიურ ტკივილს, მოშარდვისა და ღეფეკაციის გაძნელებას და სხვ.

მენსტრუალური ციკლი, ჩვენის დაკვირვებით, ხშირად მოშლილია, ადგილი აქვს ამენორეას და მეტრორაგიული ხასიათის სისხლდენას.

საკვერცხეების კისტისა და კისტადენომის შემთხვევათა 15%-ში გვხვდება უნაყოფობა.

თუ ამ წარმონაქმნთა ქსოვილში განვითარდა ავთვისებიანი კერა, მაშინ ზემოთ აღნიშნულ სიმპტომებს თან ერთვის ასციტი, მეტასტაზი და სხვ.

საკვერცხეების გაურთულებული, არაავთვისებიანი კისტის, კისტადენომის ზრდა მიმდინარეობს ნელა, თვეებისა და წლების განმავლობაში.

ელსანიშნავია აგრეთვე, რომ საკვერცხის ეპითელიუმის სიმსიენის დროს ადგილი აქვს ნაწილობრივ მასკულინიზაციას, რაც გამოიხატება სახის თმიანობაში, უღვაშებისა და წვერების ზრდაში. აღნიშნავენ აგრეთვე ამ დროს ხმის ტემბრისა და ქალის მთელი ჰაბიტუსის შეცვლას.

## გართულეზანი

თუ საკვერცხის კისტას ან კისტადენომას თან ერთვის აღმავალი ინფექცია, მაშინ ვითარდება შეხორცებითი პელეოპერიტონიტი, რომელიც მას მოძრაობის უნარს უკარგავს. ის ფიქსირებულია და ოპერაცია ამ დროს ტექნიკურად ძნელია.

მოდრავი კისტა ან კისტადენომა არაიშვიათად შეიძლება გადაიგრიბოს ფეხზე — შემთხვევათა 10 — 15 — 20% — ში. გადაგრების მიზეზი ყოველთვის გარკვეული არ არის. მაგრამ ტრავმას, დაღემას, ცეკვას, ხველებას, უცბად ადგომას, ტანვარჯიშს და სხვადასხვა ფაქტორებს გადაგრების ეტიოლოგიაში მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს.

უფრო ხშირად ზდება მკერვივი კონსისტენციისა და საშუალო სიდიდის კისტის ან კისტადენომის გადაგრება. გადაიგრიბება აგრეთვე როგორც ერთკამერიანი, ისე მრავალკამერიანი კისტა. თუ კისტა ან კისტადენომა მარცხნივ არის მოთავსებული, მაშინ მისი ფეხის გადაგრება საათის ისრის მოძრაობის მიმართულებით ხდება, ხოლო, თუ იგი მარჯვნივ არის, მაშინ გადაიგრიბება საათის ისრის მოძრაობის მიმართულების წინააღმდეგ.

კისტის ან კისტადენომის ფეხის გადაგრება შეიძლება მოხდეს როგორც სწრაფად. ისე თანდათან. შეიძლება მოხდეს ძლიერი გადაგრებაც და მსუბუქიც. ამ უკანასკნელის დროს ატერიული სისხლძარღვები სავსებით არ არის დახშული. იშვიათად მხოლოდ ვენები. ვენების სანათურების დახშობის გამო კისტა ან კისტადენომა მოცულობაში მატულობს, ჩნდება სისხლჩაქცევები და შეიძლება ის გასკდეს კიდეც.

თუ გადაგრება სწრაფი და ძლიერია, მაშინ კისტაში ან კისტადენომაში ატერიული სისხლიც ვერ შედის, ირღვევა კეება, ეპითელი ილუპება, სიმსივნე შეეწებება მახლობელ ქსოვილს და შეიქმნება ძლიერი შეხორცებები,

თუ ასეთი ნეკროზული სიმსივნე შეზღუდულია ნაწლავთან, შეიძლება მასში ნაწლავიდან ინფექცია განვითარდეს. ინფექცია შეიძლება აგრეთვე აქ იქნეს მოტანილი ლიმფისა და სისხლის საშუალებით — ორგანიზმის სხვადასხვა ადგილიდან და სხვადასხვა ინფექციური დაავადების დროს. კისტაში ან კისტადენომაში ინფექციის განვითარებას თან მოყვება მისი დაჩიოქება, აბსცესის გაჩენა, რამაც შეიძლება პერიტონიტისა და ნამდვილი სეფსისის განვითარება გამოიწვიოს.

კისტის ან კისტადენომის ფეხის გადაგრებას თან ახლავს შეტად მკაფიოდ გამოხატული სიმპტომები — ტკივილი მუცლის არეში, გულისრევა და პირღებინება, ჩნარი და ცუდი აესების მაჯა, მენტორიზმი, კოლაფსი. შეიძლება ასეთი მოვლენებით აღმინი დაიღუპოს კიდეც. მაგრამ, თუ ოპერაცია დადევანდელივ გაუფიქრებ, ყველა მოვლენა მალე გაივლის. თუ ოპერაციული დახმარება დროულად არ აღმოუქრინებ და ქალი არ დაიღუპა, მაშინ პერიტონეალური მოვლენები ნელი ტემპით დაცხრება.

კეების სრული მოწლის გამო შეიძლება განვითარდეს სიმსივნის ფეხის სრული ნეკროზი, სიმსივნე სავსებით მოსცილდეს პირვანდელ ადგილს, დარჩეს მახლობელ ორგანოებში ან ქსოვილებში შეხორცებული. დროთა განმავლობაში შეიძლება იგი შემცირდეს და მასში კირის მარილები ჩალაგდეს.

საკვერცხებებს კისტაში და კისტადენომაში მოსალოდნელია აგრეთვე ადგილი ექნეს კარცინომულ გადაგვარებას. გადაგვარებული ადგი-

ლები შეიძლება შემთხვევით აღმოჩნდეს ამ წარმონაქმნთა ამოკეთებისა და პისტოლოგიური გასინჯვის დროს. თუ ოპერაცია დაგვიანდა, მაშინ ზემოთ აღნიშნულ დამახასიათებელ მოვლენებთან ერთად სწრაფად ვითარდება კიბოს მოვლენებიც — ასციტი, სიგამხდრე, კახეკსია და სხვ.

საკვერცხის კისტა ან კისტადენომა ორსულობის დროს საკმაო გართულებას იძლევა — ფეხის გადაკრებას, სიმსივნის გასკდომას, სიმსივნის ნეკროზს, სანაყოფე გზების დახშობას და სხვ. გადაგრეხა მომშობიარების შემდეგ უფრო ადვილად ხდება, რადგან მუცლის ღრუ ღილია.

ორსულობა შემთხვევათა დაახლოებით 20 — 25%—ში წყდება. ორსულობის მოშლის პროცენტი ერთნაირია როგორც ოპერაციული ჩარევის, ისე კონსერვატული მკურნალობის შემთხვევებში (მალინოვსკი).

კისტაში ან კისტადენომაში სისხლის ჩაქცევას ადვილი აქვს ტრავმისა და ფეხის გადაგრეხის ნიადაგზე. თუ სისხლის ჩაქცევა ძლიერია, ადვილი აქვს შოკს, აჩქარებულ მაჯას. ტემპერატურის დაცემას, სახის ფერის სიმკრთალეს და სხვ. თუ სისხლჩაქცევა ხდება ნელა და სისხლი ჩაიქცევა არადიდი რაოდენობით, მაშინ პერიტონეალური მოვლენები ვითარდება.

კისტა ან კისტადენომა შეიძლება გასკდეს ტრავმის, დაცემის, დარტყმის შედეგად, ექიმის მიერ ბიშნაულური გასინჯვის დროს, სქესობრივი კავშირის შემთხვევაში და აგრეთვე თავისთავადაც.

სიმსივნის გასკდომის შედეგად მოსალოდნელია სიკვდილი ძლიერი სისხლდენის გამო ან პერიტონიტის განვითარება. კლინიკური მოვლენები, რომლებიც თან ახლავს სიმსივნის გასკდომას, ზოგჯერ უმნიშვნელოა, ზოგჯერ კი საშიში სიმპტომები ვითარდება — შოკით და კოლაფსით. ეს დამოკიდებულია სიმსივნიდან სისხლის დენის რაოდენობაზე და სხვ.

### ღიაგნოზი

საკვერცხის კისტისა და კისტადენომის ღიაგნოზის დასმის დროს უნდა ვისარგებლოთ პალპაციით, პერკუსიით. აუსკულტაციით, აბდომინალურ-გვიგინალური და აბდომინალურ-რექტალური გასინჯვის მეთოდებით, რეაქციებით, განსაკუთრებით ბიოლოგიური რეაქციით და სხვ.

მხედველობაში უნდა მივიღოთ სინსივნის სიდიდე. პატარა სიდიდის კისტა ან კისტადენომა მოთავსებულია მცირე მენჯის ღრუში, დიდი მოცულობისა კი (კანსკუთრებით ისეთი, რომელიც იატრალიკამენტალურად არ არის განვითარებული) მუცლის ღრუს ზეერთა აწეული.

საკვერცხის კისტის ან კისტადენომის ღიაგნოზის დასმა ზოგჯერ მეტად ადვილი საქმეა, ზოგჯერ კი საკმაოდ ძნელია.

დიფერენციული ღიაგნოზის გატარებისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ: ნორმალური ორსულობა, საწვილოსნოსგარეშე ორსულობა, რეტროფლექსიურ-ვერზიული ორსული საწვილოსნო, საწვილოსნოს ფიბრომიომა, პარამეტრიტი; ნაწლავის, ბადექონის, ელენტის, თირკმლის სიმსივნეები, ცრუ სიმსივნეები და სხვ.

ღიაგნოზის დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ საკვერცხის კისტა და კისტადენომა დიდხანს არ იძლევა არავითარ სიმპტომს — სიცხეს, ტკივილს და სხვ. ამ მოვლენებს ადვილი აქვს მხოლოდ მაშინ, როდესაც რაღაც გართულება მოხდება.

ანამუნეზის შეკრების შემდეგ ქალი გულაღმა უნდა დაწვეს. ქვემო კიბურები მოღუნული უნდა ჰქონდეს მუხლებისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში. ვაწარმოებთ მუცლის დათვალიერებას და წინა კედლის პალპაციას.

პალპაციის დროს ვარკვევთ — არის რაიმე სიმსივნე მუცლის ღრუში თუ არა. თუ არის, უნდა დავადინოთ მისი სიდიდე, ადვილმდებარეობა, მოძრაობა, კონსისტენცია და სხვ.

უნდა ვისარგებლოთ პერკუსიითაც. საექვო შემთხვევაში აუსკულტაციასაც უნდა მივმართოთ, რათა გამოვრიცხოთ ნაყოფის გულისცემა და სხვ.

მუცლის წინა კედლის დათვალიერების, პალპაციისა და პერკუსიის შემდეგ გადავიღივართ ბიმანუალურ გასინჯვაზე. ბიმანუალური გასინჯვის დროს უნდა გავარკვეოთ საშვილოსნოს მდებარეობა, კონსისტენცია. სიდიდე, დანამატების მდკომარეობა და სხვ.

საკვერცხის პატარა კისტური სამსივნე მოთავსებულია საშვილოსნოს უკან სადა ზედაპირით, რომელიც ხელის შეხებით მგრძობიარეა. თუ კისტა საშვილოსნოს წინ არის მოთავსებული, მიშინ ბიმანუალური გასინჯვის დროს საშვილოსნოს ყელი ადვილად არ გამოცალკევდება საშვილოსნოს ტანიდან. შეგრძნება ისეთია, რომ საშვილოსნოს ყელის გაგრძელება არის რბილი კონსისტენციის ორგანო და, ამრიგად, კისტა შეიძლება ორსულ საშვილოსნოდ მივიღოთ.

მაგრამ რექტალური გასინჯვა მეტად საყურადღებო მონაცემებს გვაძლევს. სიმსივნის უკან ამ დროს ვნახულობთ პატარა საშვილოსნოს.

ანამუნეზაც, რა თქმა უნდა, დიდი მნიშვნელობა აქვს. ბიოლოგიური რეაქცია კი მდკომარეობას საბოლოოდ გამოარკვევს.

საკვერცხის კისტის ან კისტადენოზის დროს საჭიროა საშვილოსნოს-გარეშე ორსულობასთან გავატაროთ დიფერენციალური დიაგნოზი, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც საშვილოსნოს უკან მუცლის ღრუში ჩაღვრილა სისხლი შედედებულია და სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნია განვითარებული. საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის დროს საყურადღებოა ჩვენ მიერ მითითებული ტრიადა. დარღვეული საშვილოსნოსგარეშე ორსულობის მწვავე შემთხვევაში ბიმანუალური გასინჯვის დროს საშვილოსნოს ყელის მოძრაობა მძაფრ ტკივილს იწვევს. ქრონიკულად მიმდინარე შემთხვევაში კი საშვილოსნოს ყელი არ არის მგრძობიარე. ანამუნეზით — მენსტრუაცია დაგვიანებული ან არეულია და ზშირად შოკის მოვლენას აქვს ადკილი. გარდა ამისა უკანა თაღის პუნქციით შპრიცში სისხლის კოლტებს ვღებულობთ.

საკვერცხის კისტუპიაყან, როკულაც საშვილოსნოს უკან არის მოთავსებული, და რეტროფლექსიური ორსული საშვილოსნოსაგან პალპაციით შეიძლება თითქმის ერთნაირი შთაბეჭდილება მივიღოთ, რადკან რბილი კისტის წინ მდებარე შედარებით მკვრივი საშვილოსნო მოკვეჩეწება საშვილოსნოს ყელად, კისტა კი — ორსულ საშვილოსნოდ. დიაგნოზი რომ სწორი იყოს, საჭიროა ბიმანუალური გასინჯვის დროს კისტა და საშვილოსნო ერთიმეორეს დაეცილოთ.

ორსულობის მეორე ნახევარში და დიდი მოცულობის კისტის დიფერენციალუი დაკნობაათვას საჭიროა ვიპარკებლოთ პალპაციით, ნაყოფის ნაწილუზზე ხელის შეხებით, ნაყოფის გულისცემის მოსმენით, ბიოლოგიური რეაქციებით, რენტგენის სხივებით და სხვ.

თუ მუცლის კედელი თხელია, მაშინ გამოხატულია კისტის ფორმა, კარ-



გად მოჩანს მუცლის კანის ვენების განტოტება, რასაც მეღუზის თავს უწოდებენ.

სუბსეროზულად წერილ ფეხზე განვითარებული ფიბრომის კვანძსა და კისტას შორის დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება საკმაოდ ძნელია.

თუ საშვილოსნოს ზედაპირზე ენახულობთ კვანძებს და, ამასთან, თუ ანამნეზიდანაც ირკვევა, რომ ქალს სისხლდენა აქვს, მაშინ ეს ფიბრომის კვანძის არსებობის სასარგებლოდ ლაპარაკობს.

თუ საშვილოსნო სილიდემში მომატებული არ არის, მას სადა ზედაპირი აქვს და ის სიმსივნესთან არის დაკავშირებული, მაშინ კისტასთან გვაქვს საქმე.

თუ კისტა ინტრალიგამენტარულად მდებარეობს ან ფართო იოვის უკანა ზედაპირისა და საშვილოსნოს კიდესთან მკიდროდაა შეზრდილი, მაშინ ის შეიძლება ფიბრომაში შეგვეშალოს. მაგრამ ფიბრომა უფრო მკერვიანია, კისტა კი, პირიქით, რბილია.

საკიროა აგრეთვე დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ექსუდატიურ პარამეტრიტსა და კისტას შორის. პარამეტრიტის დროს ავადმყოფს სიცხე აქვს ან იგი ანამნეზში აღინიშნება. გარდა ამისა, პარამეტრიტი გადადის მენჯის ძვლებზე. უმოძრაოა, არ შეიძლება მისი ცალკე გამოყოფა.

შეიძლება აგრეთვე დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება საპირო გახდეს საკვერცხის დიდ კისტასა და თავისუფალ ასციტს შორის.

თუ ქალი გულადმა წევს, ასციტის შემთხვევაში მუცლის ზედა ნაწილი გაბრტყელებულია, გვერდებზე კი იგი გამოზურთულია. კისტის დროს მუცლის ზედაპირი ამობურცულია და ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლისას მუცლის ფორმა ნაკლებად იცვლება. თავისუფალი ასციტის დროს კიბი ამობურცულია, სიმსივნის დროს კი — გადასწორებული.

ასციტის შემთხვევაში მნიშვნელობა აქვს ფლუქტუაციასაც: თუ თითის წვერით დავარტყამთ მუცლის ერთ მხარეს, მაშინ მეორე მხარეზე მიდებული გაშლილი ხელისგული შეიგრძნობს სითხის ტალღის მოძრაობას.

სიმსივნის შთაბეჭდილებას ქმნის ავსებული შარდის ბუშტი, ასე რომ ეს გარემოებაც უნდა მივიღოთ მხედველობაში. შარდის ბუშტის დაცლისას ცრუ სიმსივნე ქრება. ასეთი ცრუ სიმსივნე შეიძლება ნაწლავში დაკროვილმა გაზებმაც განავითაროს.

ნაწლავის, ბაღეჭონის, ელენთის, ღვიძლის, თირკმლის სიმსივნეების დროს საკიროა იმის გამოკვლევა — სიმსივნე განვითარებულია საკვერცხიდან, თუ ზემოთ დასახელებული ორგანოებიდან.

ამ შემთხვევებში დიფერენციალური დიაგნოზის გატარებისათვის უნდა ვისარგებლოთ შემდეგი დებულებით: თუ სიმსივნეს მოძრაობის უნარი აქვს, მაშინ მისი გადანაცვლება ადვილად ხდება მისი წარმოშობის ადგილის მოპირდაპირე მხარეზე, ამიტომ მუცლის ღრუს ზემო ნაწილში განვითარებული სიმსივნეები უფრო მოძრაია ქვევით, მუცლის ღრუს ქვემო ნაწილში განვითარებული სიმსივნეები კი — უფრო ადვილად იწევა ზევით.

საკვერცხის კისტის დიაგნოზის დასმა შეიძლება ჰოკვიხდეს მისი გაართულების დროსაც — კისტის ფეხის გადაგრების, გასკდომის, სისხლის ჩაქცევისა და ინფექციის შეჭრის შემთხვევებში. როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, სიმსივნის ფეხის გადაგრება და გასკდომა იწვევს პერიტონეულ მოვლე-

ნებს — უეცარ მძაფრ ტკივილს მუცლის ღრუში, პირღებინებას, მუცლის წინა კედლის დაკიმულობას. მუცლის წინა კედელი იმ მხარეზე, სადაც კისტა გადაიკრება, უფრო ამობურცული და მტკივნეულია. კისტის გადაგრების შემთხვევაში შეიძლება ვიფიქროთ აპენდიციტზე, კუჭისა და თორ.მეტეგოჯა ნაწლავის წყლულით გამოწვეულ პერფორაციაზე, მალში არსებული საშვილოსნოს გარემოე ოოსულობის დაოღვევაზე და სხვ. ყველა აღნიშნული მოვლენა საკვიროვებს სასწრაფო ოპერაციას.

რაც შეეხება საკვერცხის სიმსივნის კეთილთვისებიანობისა და ავთვისებიანობის გამორკვევას, როგორც შტოკელი აღნიშნავს, ამისათვის არსებობს ერთი საიმედო პალპატორული სიმპტომი — თუ სიმსივნე ავთვისებიანია, საშოს უკანა თალიდან დუგლასის არეში შევიგრძნობთ მეტასტაზურ კვანძებს.

### მკურნალობა

საკვერცხეების კისტისა და კისტადენომის მკურნალობა ოპერაციულია, როგორც კი დიაგნოზი გამოირკვევა, ოპერაცია აუცილებლად უნდა გავუეთოთ, რადგან საკვერცხეების სიმსივნე შემთხვევათა 20%-ში ავთვისებიანია.

გარდა ამისა, შემთხვევათა 15 — 20%-ში მოსალოდნელია სიმსივნის ფეხის გადაგრება და სხვა გართულება. ამიტომ მიღებულად უნდა ჩათვალოს ის დებულება, რომ საკვერცხის სიმსივნის ოპერაცია აუცილებელია. ამ ოპერაციისაგან გამოწვეულ სიკვდილიანობას, სკრობანსკის მიხედვით, ადგილი აქვს შემთხვევათა 0,25%-ში, დოდერლეინის მიხედვით — 1,3%-ში.

ძლიერი ნეკროზების, კისტის ინტრალიგამენტარულად განვითარების, ნაწლავებთან შეხორცებისა და კახქსიის შემთხვევაში ეს პროცენტი 6 — 7 — მდე აღწევს (სკრობანსკი). ჩვენი მასალის მიხედვით, უკანასკნელი წლების მანძილზე უშუალოდ კისტექტომიისაგან გამოწვეულ სიკვდილობას არც ერთ შემთხვევაში არა აქვს ადგილი.

ოპერაცია აბდომინალური გზით უნდა ჩატარდეს. თუ მუცლის გაკვეთის შემდეგ გამოირკვა, რომ კისტა მრავალკაშერიანია, ადგილი აქვს ითვისებთან კისტადენომას, კიბოს ან ღერბოიდს, მაშინ უნდა შევეცადოთ მისი შიგთავსი მუცლის ღრუში არ ჩაიღვაროს.

რა უნდა ამოიკვეთოს?

თუ არის მარტივი კისტა ან ფსევდომუცინოზური კისტადენომა, ან კიდევ ღერბოიდი, მაშინ საკმარისია ამოიკვეთოს მხოლოდ სიმსივნე. იმ შემთხვევაში, როდესაც სიმსივნე ავთვისებიანია (რა თქმა უნდა, მაკროსკოპულად ყოველთვის ადვილი არ არის ამის გამოცნობა), მაშინ საშვილოსნო უნდა ამოიკვეთოს მთლიანად — სიმსივნესა და მეორე დანამატთან ერთად.

ვულვის კისტის დიაგნოზი ძნელი არ არის. ვულვის კისტებიდან პრაქტიკული მნიშვნელობა ბართოლინის ჯირკვლის რეტენციულ კისტას აქვს (იხ. გონორეა). როგორც აღნიშნული იყო, აქ კისტის წარმოშობის მიზეზია ბართოლინის ჯირკვლის სადინარის ანთებითი შეშუპებისა და ნაწიბურების ნიადაგზე ჯირკვლის სეკრეტის გამოყოფის შეწყვეტა.

თუ კისტა დიდი და შემაწუხებელია, ის უნდა ამოიკვეთოს მწვავე პერიოდის გავლის შემდეგ.

საშოს კისტის დიაგნოზის დასმის დროს მხედველობაში უნდა

მივიღოთ ცისტოცელე და რექტოცელე. ავრეთვე შარდშუშტისა და ურეთრის დივერტიკულები, რომლებიც უნდა გამოვრიცხოთ.

ჰარტნერის სადინარებისაგან წარმოშობილი კისტა მოთავსებულია საშოს ზედა მესამედში, საშვილოსნოს ყელის გვერდზე. ამ გარემოებას დიდი მნიშვნელობა აქვს ოპერაციისათვის, რადგან აქ გადის დიდი სისხლძარღვები და შარდსაწვეთი.

მკურნალობა ოპერაციულია. თუ მთლიანად კისტის ამოკვეთა არ მოხერხდა, მაშინ შეიძლება მისი წინა კედლის ამოჭრა.

საშოს მცირე სიდიდის კისტას პრაქტიკული მნიშვნელობა არა აქვს. არც საშვილოსნოს კისტას აქვს პრაქტიკული მნიშვნელობა, რადგან დიდის მხოლოდ მეტად იშვიათ შემთხვევაში იზრდება. საშვილოსნოს ყელის ჯიჯკვლების რეტენციული კისტაც (ovula Nabothii) მცირე სიდიდისა. საჭიროა მისი გაკვეთა და სითხის გამოშვება.

---

## სასქესო ორგანოების სიმსივნეები

მთლიანი ორგანიზმის შესახებ ი. პავლოვის ფიზიოლოგიურ სწავლებაზე დაყრდნობით — ამბობს ნ. პეტროვი — ჩვენ წინადადებას ვიძლევიტ კიბო და სხვა ეგრეთ წოდებული ქვშმარტი სიმსივნეები განვიხილოთ როგორც ორგანიზმის დისტროფიული, პროლიფერაციული რეაქცია, გამოწვეული შინაგანი ან გარეგანი სხვადასხვა მავნე ფაქტორების ზეკავლენით, რომლებმაც მყარად დაარღვია ქსოვილისა და უჯრედის შემადგენლობა, აღნაგობა და შეცვალა მათი ნივთიერებათა ცვლა.

არის თუ არა სიმსივნე ავტონომიური წარმონაქმნი?

ამ კითხვაზე შეგვიძლია ეუბასუხოთ, რომ სიმსივნე არ არის ავტონომიური, მთლიანი ორგანიზმისაგან დამოუკიდებელი წარმონაქმნი. მიუხედავად ამისა, სიმსივნეს აქვს განვითარების ზოგიერთი თავისებურება კანონი, რომელიც ნორმალური ქსოვილის განვითარებისაგან განსხვავდება.

სიმსივნე ვლინდება რომელიმე ორგანოში ისე, თითქოს სხვა ორგანოები და მთელი ორგანიზმი ამ პროცესში არაერთარ მონაწილეობას არ ღებულობს. ამრიგად, სიმსივნე არის ორგანიზმის ზოგადი მოვლენა ადგილობრივი გამოვლინებით.

კიბოს განვითარებას ხელს უწყობს სხვადასხვა ფაქტორი — მექანიკური, ფიზიკური, ქიმიური, ჰორმონული და სხვ. მაგალითად, კანის ხანგრძლივ მექანიკურ გაღიზიანებას შეუძლია ნორმალური უჯრედის ბუნება შეცვალოს და იგი კიბოს უჯრედად გადააქციოს, თერმული დამწვრობის სახით კანის სისტემატური გაღიზიანება ხელს უწყობს კიბოს უჯრედების წარმოქმნას; საწვილოსნოს ყელის არხში განვითარებული ანთებითი კატარი შეუწყვეტელი, ხანგრძლივი გამონადენით აღიზიანებს საშვილოსნოს საშოსმხრივ ნაწილს, მის მრავალშრიან ეპითელს, იწვევს ჰიპერპლაზიას და ჰიპერტროფიას, რაც კიბოს განვითარებას უწყობს ხელს; მშობიარობის დროს საშვილოსნოს ყელზე განვითარებული ჩახევეები, რომლებიც აღდგენილი არ არის, იწვევს ნაწიბურების განვითარებას უხეში შემავრთებელი ქსოვილით, რაც ნივთიერებათა ცვლის ნორმალური მდგომარეობისათვის არახელსაყრელ პირობებს ქმნის და საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარებას უწყობს ხელს; ესოდენ სასარგებლო ულტრააიისფერი სხივების გადაკარბებულ მოქმედებას შეუძლია კანის კიბო განავითაროს, რასაც მრავალი ექსპერიმენტი ადასტურებს; რენტგენის სხივები, სათანადო დოზით გამოყენებისას, ანადგურებს კარცინომატოზურ უჯრედებს, მაგრამ იგივე რენტგენის სხივები სხეულის სათანადოდ დაუცველ ზედაპირზე კანის კიბოს იწვევს; ასე-

თივე მანვე მოქმედება აქვს რადიუმს, მეზოთორიუმს, რადიოაქტიურ იზოტოპებს და სხვადასხვა სხივებს.

არც მრავალი (უკანასკნელი მონაცემების მიხედვით, ორასამდე) ქიმიური ნივთიერება, რომლებიც კანცეროგენულად ითვლება. მაგალითად, 0,1%-ანი მეთილქოლანდრენის ხსნარის თეთრი თავების კანში განმეორებითი შეზღუდვა იწვევს კიბოს განვითარებას, კიბოს წარმოშობს აგრეთვე ბენზპირენის მინიმალური დოზებით შეყვანა ვირთაგვების კანში და სხვ.

შინაგანი სეკრეციის ორგანოთა სეკრეტს — ჰორმონებს (მაგალითად, ესტროგენებს) — ეხმარება ენდოკრინული ჯირკვლების სხვადასხვა ფუნქციის მოშლილობის დროს — კარგი შედეგით. მაგალითად, ესტროგენები იმპარება საშვილოსნოსა და საკვრცხეების არასაკმარის განვითარებული ან მოშლილი ფუნქციების დროს. მაგრამ აღმოჩნდა, რომ ესტროგენების ხანგრძლივ ხმარებას შეუძლია მდებარეობითი სქესის ცხოველის საშვილოსნოს ენდომეტრიუმისა და სარძევე ჯირკვლების პათოლოგიური პროლიფერაცია გამოიწვიოს. ლ. შაბადმა თეთრი თავების კანქვეშ ესტროგენების შემზახუნების შედეგად კიბოს განვითარება მიიღო.

ჩვენ ჰორმონულად შევისწავლეთ ვგრეთ წოდებული შრედერის ტიპის ჰემორაგიული მეტროპათოზი. ეს დაავადება იძლევა ორგანიზმში ესტროგენების დიდ კონცენტრაციას და ამით საშვილოსნოს ენდომეტრიუმის პათოლოგიური პროლიფერაციას. ჩვენი დაკვირვების მიხედვით, ჰემორაგიული მეტროპათიით დაავადების 67 შემთხვევიდან 2 შემთხვევაში აღენოკარცინომა განვითარდა.

1936 წელს უკრაინის მეან-გინეკოლოგთა ყრილობაზე ჩვენ მიერ გაკეთებულ მოხსენებაში აღნიშნული იყო, რომ საკვრცხის ჰორმონების (იგულისხმება ესტროგენები) ორგანიზმში ჰარბ პროდუცირებას და შეკავებას შეუძლია ხელი შეუწყოს საშვილოსნოს კიბოს განვითარებას.

ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორი იწვევს ორგანიზმის იმუნობიოლოგიური თვისებების შეცვლას, ორგანოების, ქსოვილებისა და უჯრედების ნივთიერებათა ცვლის მკვეთრ გადახრას, მოშლას და მათში პათოლოგიური პროცესის განვითარებას — სიმსივნის წარმოშობას.

ი. მეჩნიკოვის მიხედვით, ავთვისებიან სიმსივნეთა წარმოშობისათვის საჭიროა რამდენიმე ფაქტორის დამთხვევა, ერთდროული არსებობა. ავტორის აზრით, ავთვისებიან სიმსივნეთა წარმოშობის ერთ-ერთი ფაქტორი ორგანიზმში გარედან შეიჭრება. მეჩნიკოვი ამ ფაქტორად მიკრობს თვლის. ჯერ-ჯერობით უნდა შევუბრუნდეთ იმ აზრს, — ამბობს ი. მეჩნიკოვი — რომ კიბოს მიკრობები ეკუთვნის გადამდებ სნეულებათა იმ საწყისებს, რომლებიც არ შეიძლება გამოვავლინოთ საუკეთესო მიკროსკოპების უმძლავრესი გამაღივებლებითაც კი.

თანამედროვე ვირუსოლოგები ამტკიცებენ, რომ ვირუსები ინფრამიკროსკოპულ პარაზიტებს ეკუთვნის, ორგანიზმში ამა თუ იმ გზით შეიჭრება, უჯრედის შიგნით მოაღვდება და სიმსივნურ ზრდას იწვევს. ცხოველის ორგანიზმში ვირუსები შეიძლება დიდხანს იყოს ლატენტურ მდგომარეობაში — როგორც უჯრედის შიგნით, ისე ბირთვის შიგნითაც. მათ შეუძლიათ აგრეთვე დიდხანს იარსებონ უჯრედის გარეშეც, ისეთ პირობებში, რომლებიც არსებობისათვის სრულიად არ არის ხელსაყრელი, მაგალითად, ამოშრობილი ნიადაგში.

ვირუსების მორფოლოგია ელექტრონული მიკროსკოპის საშუალებით არის შესწავლილი. მიკროფოტოგრაფებში ვირუსები წარმოდგენილია როგორც მოკრძო ჩხილები, ბურთის მავარი წარმონაქნები, ზოგჯერ კი როგორც უფრო რთული, არასწორი მოხაზულობის გეომეტრიული ფიგურები. ადამიანის ავთვისებიანი სიპსივნის ვირუსები გამოსახულია როგორც მობრგვალო სხეულაკები, რომელთა დიამეტრი რამდენიმე მიკრონიდან 100 და მეტ მიკრონამდე აღწევს (ა. ტიმოფეევსკი).

ვირუსების უმრავლესობისათვის დამახასიათებელია მფარავი გარსის არარსებობა, რის გამოც ისინი წარმოდგენენ შიშველ ცილოვან ნაწილაკებს, რომელთა ატომები უშუალოდ ეხება იმ ნიადაგს, რომელშიც ისინი იმყოფებიან.

ზოგიერთ ვირუსს აქვს კრისტალებად გარდაქმნის თვისება. ისინი ნამდვილი კრისტალების ფორმას ღებულობენ, რის გამოც ნივთიერებათა ცვლის თვისებას კარგავენ და ცოცხალ სხეულაკებს აღარ წარმოადგენენ. მაგრამ მათ შეუძლიათ ხელახლა გაცოცხლდნენ, თუ ცოცხალ ნიადაგში მოხვდებიან — ამ შემთხვევაში მათ ნივთიერებათა ცვლის თვისება უბრუნდებათ.

ლ. ზილბერმა და კ. სუხოვმა დაამტკიცეს, რომ ვირუსები ქიმიური გზით არ მრავლდება. ვირუსები არ წარმოადგენს ქიმიურ ნივთიერებას, როგორც მაგალითად, ფერმენტებია, არამედ ისინი ცოცხალი ბუნების არიან — ნივთიერებათა ცვლის თვისებებით. როგორც ცილოვანი ნაწილაკები ვირუსები მრავლდება, მაგრამ მათი გამრავლების მექანიზმი ჯერ კიდევ გამორკვეული არ არის.

ყველა ვირუსოლოგი იმ აზრისაა, რომ ვირუსების პათოგენეზური აქტივობის გამოვლინებისათვის საჭიროა სტიმულიზატორები, როგორცაა, მაგალითად, ზემოჩამოთვლილი კანცეროგენული ნივთიერებები.

მიუხედავად მეტად საინტერესო მონაცემებისა, ვირუსული თეორიისადმი კრიტიკული მიდგომა გვეუბნება — ამბობს ნ. პეტროვი, — რომ ჯერჯერობით არასაკმაროდ არის ცნობილი ეგრეთ წოდებული სიმსივნური ვირუსების ბუნება, მათი წარმოშობის წყარო და სიმსივნური მოქმედების მექანიზმი. აქვე უნდა დაეუმატოთ ლ. ზილბერის აზრი, რომ ადამიანთა და ცხოველთა სიმსივნეებში ელექტრონული მიკროსკოპის საშუალებით გამოვლინებული ვირუსების მსგავსი სხეულაკები შეიძლება აღმოვაჩინოთ ჯანმრთელი ცხოველისა და ადამიანის ორგანიზმშიც, თუმცა უფრო ნაკლები რაოდენობით, ვიდრე კიბოს დროს.

ი. პავლოვი აღნიშნავდა, რომ ორგანიზმის ყველა ქსოვილში არსებობს ორგვარი ხასიათის განსაკუთრებული ტროფიკული ნერვები. ერთი ჯგუფის ნერვები აძლიერებს ნივთიერებათა ცვლას, მეორე ჯგუფის ნერვები კი — აფერხებს მას.

ნორმალურად მოქმედი ნერვული სისტემა სიმსივნეთა წარმოშობას არ შეიძლება ხელს უწყობდეს. პირაქით, ის იცავს ორგანიზმს ყოველგვარი პათოლოგიური პროცესის განვითარებისაგან. ამიტომ წარმოადგენს ნერვული სისტემა, პირველ ყოვლისა ცენტრალური ნერვული სისტემა, ორგანიზმის ყველა ფუნქციის მარეგულირებელს. მაგ. ა. მ. რ. დესაი მძიმე განცდებისა და ღრმა, უსამართლო ემოციების ზედმეტად ცენტრალური ნერვული სისტემა თვით დაავადდება, მაშინ ის ზემოთ აღნიშნულ ფიზიოლოგიურ ფუნქციას კაოგავს და ორგანიზმში პათოლოგიური რეფლექსები ვითარდება. ეს გარემოება კი ნივთი-

ერებათა ცვლის მოშლის ნიადაგზე ხელს უწყობს ორგანიზმში პათოლოგიურ პროცესების განვითარებას, მათ შორის სიმსივნეების წარმოშობასაც.

ცნობილია, რომ ნევრიზმის თეორია ჩაისახა და ვითარდება რუსეთის დიდი ფიზიოლოგების ი. სეჩენოვის, ნ. ვედენსკისა და ი. პავლოვის სწავლებათა საფუძველზე. რუსეთის გამოჩენილი კლინიციკლები ინოზემცევი, ბოტკინი, ზახარინი და სხვები არაერთხელ მიუთითებდნენ ავთვისებიან სიმ. ივნტა წარმოშობაზე ცენტრალური ნერვული სისტემის ძლიერი დამაბულობის შემთხვევაში.

ბევრი ძველი ავტორი უარყოფდა სიმსივნეებში ნერვების არსებობას. 1874 წელს პ.ოფ. მ. რუნდნეის მოწაფემ ა. კარპიციმ წამოაყენა დებულება, რომ კანის დერილოვან სიმსივნეებში აოხებობს ნერვული ბოქკოები. ეს დებულება გაუმჯობესებული ნეიროპასტოლოგიური გამოკვლევის მეთოდების საფუძველზე ტ. ტსუნოლამ დაადასტურა 1927 წელს. საკვანტის დერმოიდულ კისტებში მან ნახა ნერვული ბოქკოებისა და ნერვული განკლივების სიმსივნის მსგავსი გამრავლება.

მრავალმა მეცნიერმა ვ. ნახაროვმა და იაკობსონმა (1924), ვ. მარტი-ნოვმა (1930 წ.), მ. მისელმა და ლ. ლაიონოვმა (1930—1931 წ.) ეა. ჩერნიახოვსკიმ (1940 წ.), ა. ანდერსმა და მისმა თანამშრომლებმა (1951 წ.), ვ. ჟენტმა (1952) და სხვებმა, როგორც ადამიანის სიმსივნეებში, ისე ცხოველთა ექსპერიმენტულ კიბოში ნახეს ნერვული ბოქკოები, აგრეთვე უწყვილეთა ნერვული წარმონაქმნები, რომლებიც კიბოს უჯრედთა შორის არის განტოტებული.

ცენტრალური ნერვული სისტემის ხანგრძლივი სიწყნარე ძილის სახით აფერხებს ავთვისებიან სიმსივნეთა განვითარებას. ამ მხრივ საინტერესოა ე. ფინკლზტერნისა და გ. რუზოვის, კ. ერისთავისა და გ. გორგაძის, ნ. მედევევის და სხვების მიერ ჩატარებული ცდები.

ი. პავლოვის თანამშრომელმა მ. პეტროვამ ძალღებში მიიღო სიმსივნეების განვითარება ყოველგვარი კანცეროგენური ნივთიერების გამოყენების გარეშე. მ. პეტროვა 10 წლის მანძილზე დაკვირვებას აწარმოებდა 10 ძალღზე აქედან 4 ძალღი საკონტროლო იყო. საცდელ 6 ძალღში ავტორი იწყებდა უმალესი ნერვული მოქმედების სისტემატურ გადაქანცვას, აღზნებითი და შეკავებითი პროცესების ხანგრძლივ შეჯახებას, რის შედეგადაც ექვსივე ძალღ სიმსივნეები განვითარდა, მათ შორის სამს — ავთვისებიანი.

როგორც ნ. პეტროვი აღნიშნავს, ავთვისებიან სიმსივნეთა ზრდაში ნერვული ელემენტების ფუნქციური როლი კიდევ საკმაოდ არ არის გამოკვლეული. სიმსივნე შეიძლება ნერვული ბოქკოების გარეშე განვითარდეს, როგორც, მაგალითად, ეს ხდება უმალეს ცხოველთა ქსოვილის ორგანიზმის გარეშე *in vitro* აღებულ კულტურაში. ასეთი ავთვისებიანი სიმსივნის გადანერგვა შეიძლება ცხოველში, რის შედეგად სარკომა ვითარდება.

ქსოვილთა კულტურებში და განვითარების დაბალ საფეხურზე მდგომ იმ ცხოველებში, რომელთაც ნერვები არ გააჩნიათ, დასაშვებია ზემოთ დასახელებული მოვლენების განვითარება ქსოვილის გალიზიანების ნიადაგზე. სულ სხვა მდკომარობას აქვს ადგილი — ამბობს ნ. პეტროვი — განვითარების უმალეს საფეხურზე მდგომ ცხოველებში, რომლებშიც ნერვული სისტემა უხვად არის განვითარებული და მას წამყვანი როლი ეკუთვნის.

ცნობილია, რომ სიმსივნური ზრდა ასეთ ცხოველებში იწყება ნივთიერებათა ცვლის გადახრის ნიადაგზე, ნივთიერებათა ცვლაში კი ნერვულ სისტემას წამყვანი როლი ეკუთვნის. აქედან ლოგიკურია, რომ ნერვული სისტემის ნორმალური ფუნქციის მოშლას სიმსივნური ზრდაში უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება.

ნერვიზმის თეორია არ უარყოფს ზემოთ დასახელებულ სხვა თეორიებს—მექანიკურს, ფიზიკურს, ქიმიურს, ჰორმონულს, ვირუსულსა და სხვ. პირიქით, ეს თეორიები ავსებს მას.

ასეთია თანამედროვე აზრი სიმსივნეთა განვითარების საკითხზე.

### საშვილოსნოს ფიბრომიომა

როგორც სახელწოდება გვიჩვენებს, ფიბრომიომა შედგება შემაერთებული და კუნთოვანი ქსოვილებისაგან, ზოგი ავტორი ფიბრომიომას აღნიშნავს მიომის სახელწოდებით, რადგან შემაერთებული ქსოვილი ამ სიმსივნეში მხოლოდ შემდგომ ვითარდება. ქალის სასქესო ორგანოებში ფიბრომიომა შეიძლება განვითარდეს ყველგან, სადაც კი არის აღნიშნული ქსოვილები.

ფიბრომიომა კეთილთვისებიანი სიმსივნეა. ამოკვეთის შემდეგ რეციდივს არ იძლევა, მეტასტაზებს არ წარმოშობს. საშვილოსნოს ფიბრომიომა საკმაოდ ხშირი მოვლენაა. იგი გვხვდება ქალთა მოსახლეობის 10—12%-ში (გინეკოლოგიურ დაავადებათა 5—10%-ში), ზოგი ავტორის მიხედვით კი — უფრო ხშირადაც.

ფიბრომიომა მრგვალი, ბურთისმაგვარი ფორმისაა, თუმცა მახლობელ ორგანოთა ზეწოლის შედეგად შეიძლება მან სხვა ფორმაც მიიღოს. ფიბრომიომის კვანძის მდებარეობის მიხედვით, შეიძლება საშვილოსნოს ფორმა შეიცვალოს და განვითარდეს მისი რეტროფლექსია ან ძლიერი ანტიფლექსია, ან კიდევ საშვილოსნოს მდებარეობის ცვლილებაც მარჯვნივ, მარცხნივ, წინ და უკან გადანაცვლების სახით. შეიძლება საშვილოსნო ვერტიკალური ღერძის მიმართულებითაც გადაიგრძნოს.

ფიბრომიომის კვანძი, სიდიდის მიხედვით, ზოგჯერ ისე მცირეა, რომ მისი აღმოჩენა შეიძლება მხოლოდ მიკროსკოპის საშუალებით. თუ ოპერაცია თავის დროზე არ გაკეთდა, ფიბრომიომამ შეიძლება რამდენიმე ათეულ კილოგრამს მიაღწიოს. არის აღწერილი 10—20—30—70 კგ წონის ფიბრომიომა.

საშვილოსნოს კედელში ფიბრომული კვანძი შეიძლება ერთეული იყოს. ზოგჯერ კი კვანძების რაოდენობა ბევრია. ფიბრომიომა ნელიზრდება. მისი ზრდა ხდება კუნთოვანი ბოჭკოების პროლიფერაციით. ჩვენში, ქირურგიის განვითარებასთან დაკავშირებით, ძლიერ დიდი ფიბრომიომა იშვიათად გვხვდება.

ფიბრომიომის სწრაფი ზრდა დამოკიდებულია მისი ელემენტების კვების ინტენსივობაზე. მაგალითად, ორსულობის დროს ფიბრომული კვანძი მოცულობაში სწრაფად მატულობს. მისი სიდიდის მომატება ხდება აგრეთვე მენსტრუაციის დროს და იმ შემთხვევაში, როდესაც ფიბრომულ კვანძში სისხლძარღვებია ჩართული და სიმსივნე კარგად იკვებება.



ფიბრომიომა მკერვივი კონსისტენციისაა, თუმცა მასში მომხდარი სხვა-დასხვა დეგენერაციული მოვლენის გამო შეიძლება იგი რბილიც იყოს. რამდენადაც მეტია მასში შემაერთებული ქსოვილი, იმდენად სიმსივნე უფრო მკერვივია და თეთრი ფერისაა. თუ სიმსივნეში კუნთოვანი ქსოვილი კარბობს, მაშინ იგი რბილია და ვარდისფერი.

ფიბრომიომა ვითარდება ქალის სიცოცხლის იმ პერიოდში, როდესაც საკვერცხეების შინაგანი სეკრეცია მოქმედი და აქტიურია. 20 წლამდე ასაკში ეს სიმსივნე იშვიათი მოვლენაა. მენოპაუზის შემთხვევაში ის არაა თუ ვითარდება, არაჲდ მანამდე არსებულის უკუპანეთარება ხდება.

ასაკის მიხედვით ფიბრომიომის (110 შემთხვევა) სიხშირე პროფ. მ. მგალობლიშვილის მონაცემებით შემდეგ სურათს იძლევა: 20 — 30 წლის ასაკში — 7 შემთხვევა, 30 — 35 წლის ასაკში — 35 შემთხვევა, 40 — 50 წლის ასაკში — 56 შემთხვევა, 50 — 60 წლის ასაკში — 12 შემთხვევა, 60 — 70 წლის ასაკში — 0 შემთხვევა.

მ. მგალობლიშვილის მასალის მიხედვით, ფიბრომიომით დაავადებულთა უველაზე ახალგაზრდა ქალი 25 წლისა ყოფილა. ეს მონაცემები ემთხვევა როგორც ჩვენს, ისე სხვა ავტორთა მონაცემებს.

ფიბრომიომა კვანძები, გარდა პატარა კვანძისა, გარშემორტყმულია კაფსულით. კაფსულა წარმოიქმნება კვანძის ირგვლივ მდებარე ქსოვილისაგან როგორც საპასუხო რეაქცია სიმსივნის ზეწოლასა და გაღიზიანებაზე. კაფსულა შედგება კონცენტრულად დალაგებული კუნთოვანი და შემაერთქსოვილოვანი ბოქოებისაგან. სიმსივნის თავისუფალ ზედაპირზე კვანძის სწრაფ ზრდასთან დაკავშირებით კაფსულა თანდათან თხელდება და შეიძლება გასკდეს კიდეც.

საშვილოსნოში ფიბრომიომა უფრო ხშირად მის ტანში ვითარდება. საშვილოსნოს ყელში ის იშვიათად გვხვდება. თავიდან ფიბრომიომა კვანძი ვითარდება საშვილოსნოს კედლის სისქეში, კუნთებს შორის, შუა ადგილას ან უფრო ახლოს სეროზულ გარსთან, ან კიდევ ლორწოვანი გარსის მახლობლად.

ამ ორი უკანასკნელი ფორმიდან ფიბრომიომა კვანძის შემდგომი ზრდის გამო ვითარდება ფიბრომიომის სუბსეროზული ან სუბმუკოზური ფორმა. კუნთთაშორისი ფიბრომიომა, ანუ ინტერსტიციალური ფორმა ვითარდება მაშინ, როდესაც ფიბრომიომა კვანძის ზრდასთან ერთად მიმდინარეობს საშვილოსნოს კუნთების კონცენტრული ჰიპერტროფია. ამ შემთხვევაში საშვილოსნოს ზედაპირი სადაა და ისეა გადიდებული, როგორც ამას ადგილი აქვს ორსულობის დროს.

თანაბარი, კოაცენტრული ჰიპერტროფიის განუვითარებლობის შემთხვევაში მივიღებთ სუბსეროზულ ან სუბმუკოზურ ფორმას, რადგანაც ფიბრომიომა კვანძი თავისი სიდიდითა და სისქით მეტი იქნება, ვიდრე საშვილოსნოს კედელი. თუ ფიბრომიომა კვანძი განვითარდა საშვილოსნოს გვერდითი კედლიდან, მაშინ კვანძი მოთავსდება ფართო იოვის ორ უფროცელს შორის და ინტრალაივარული ფორმა ეწოდება.

ფიბრომიომა კვანძის სუბსეროზულ და სუბმუკოზურ ფორმებს აქვს ფართო ფუძე ან კიდევ შეიძლება კვანძი ისე გაიზარდოს, რომ საშვილოსნოსთან დაკავშირებული იყოს მეტად გრძელი, წერილი ან მომსხო ფეხით. საშვილოსნოს ზედაპირზე განვითარებული ასეთი ფიბრომიომა კვანძის ფეხი შეიძლება

ვადიკრახოს, რასაც მოყვება სიმსივნის ნეკროზი მაღალი ტემპერატურით. დაზიანებული ადრელები შეეზრდება მუცლის კედელს ან ნაწლავებს.

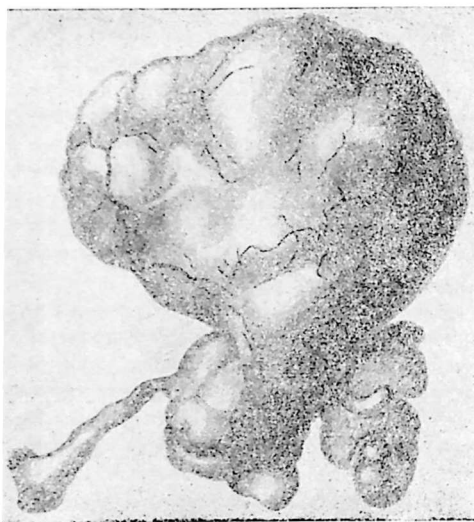
სიმსივნის მახლობელ ქსოვილთან შეზორცეა: ა შეიძლება ტრავმით იყოს გამოწვეული. სიმსივნი აწვება მახლობელ ქსოვილს, აღიზიანებს მას, რის გამოც შეზორცება ვითარდება.

საშვილოსნოს ღრუში მდებარე სუბმუკოზურმა ფიბრომიომურმა კვანძ-

მა, თუ იგი ფეხზეა განვითარებული, შეიძლება იმდენად ამოავსოს საშვილოსნოს ღრუ, რომ ჩამოვიდეს საშვილოსნოს ყელისაკენ, თანდათანობით სძლიოს ყელის სივიწროვე და საშოში შეიჭრას. ამ შემთხვევაში, როგორც იტყვიან, ხდება ფიბრომიომის „დაბადება“.

ასეთი ნაშობი ფიბრომიული კვანძი ზოგჯერ იმდენად დიდია, რომ ის გარეთ ვულვაზეა ჩამოკიდებული (myoma pendulum). ასეთმა კვანძმა შეიძლება ნეკროზი და დაშლა განიცადოს.

**ფიბრომიომის ჰისტოგენეზი.** ძველად გავრცელებული შეხედულება მიომის ჰისტოგენეზის შესახებ, რომ ეს სიმსივნი თითქოს ვითარდება მხოლოდ სისტემატრემატა კედლებიდან, დღეს უაყოფილია



სურ. 59. საწვალისნოს ფიბრომიომა სუბმუკოზური კვანძებით (საკუთარი შემთხვევა).

ულეზკო-სტროგანოვას და სხვათა გამოკვლევების საფუძველზე. ულეზკო-სტროგანოვა თვლის, რომ ფიბრომიომა ვითარდება იმავე მასალისაგან, რომლისაგანაც ხდება ორსულობის დროს საშვილოსნოს კუნთების ზოკოების ფიზიოლოგიური ზრდა.

ჩვენ ვუერთდებით იმ ავტორებს, რომლებიც ჰორმონულ თეორიას ეყრდნობიან. ფიბრომიომის განვითარება გამოწვეულია ნეიროჰუმორალური მოშლილობით, კერძოდ, იგი შინაგან სეკრეციასზე უნდა იყოს დამოკიდებული, რისი დამამტკიცებელი საბუთები არსებობს და თანაც საკმაოდ უტყუარი: ფიბრომიომა ვითარდება მაშინ, როდესაც საკვერცხეების ფუნქცია არსებობს, ხოლო როდესაც საკვერცხეების ფუნქცია ისობა, მაშინ ფიბრომიომა უკუგანვითარებას განიცდის; ფიბრომიომა უფრო ხშირია 30—45 წლის ასაკში, ე. ი. მაშინ, როდესაც ქალის ორგანიზმში ფოლიკულური ჰორმონი ჰარბი რაოდენობით არის აღმოჩენილი. როდესაც ფოლიკულური ჰორმონის პროდუცირებასა და მოხმარებას შორის ირღვევა წონასწორობა.

ზოგი ავტორის აზრით, ფიბრომიომა ხშირად გვხვდება მათ შორის, ვისაც არ უშობია, ზოგის აზრით კი, პირიქით.

ფიბრომიომის შეორადი პათოლოგიური ცვლილებები. ფიბრომიომამ შეიძლება განიცადოს მთლიანი ან ნაწილობრივი ნეკროზი. ნეკროზი დამოკიდებულია ფიბრომიომის კვების დარღვევაზე, რაც უმთავრესად გამოწვეულია შექანიკური მიზეზებით, მაგალითად, მოგრძო ფეხზე არსებული ფიბრომიული კვანძის გადაგრებით (ამ უკანასკნელის გამო ფიბრომულ კვანძში სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევა შეფერხებულია ან საცხებით მოსპობილია), აგრეთვე შეხორცებით, თრომბოზით და სსე.

მშობიარობის შემდეგ საშვილოსნოს კუნთების ძლიერ შეკუმშვას ან ერგოტინის კანქვეშ ხანგრძლივ შემხაბუნებას შეუძლია გამოიწვიოს ფიბრომიული კვანძის კვების მოშლა და ნეკროზი.

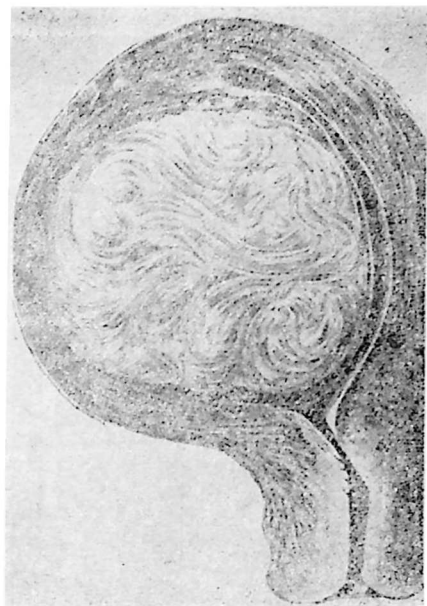
ნეკროზული ადგილი თავიდან ასეპტიკურია, მაგრამ, თუ სადმე ორგანიზმში ინფექცია არსებობს, შეიძლება ის ინფიცირებული გახდეს ჰემატოგენური გზით. ინფექციის შექრა შეიძლება კვანძთან შეზრდილი ნაწლავიდან და საშვილოსნოს ღრუდანაც. ინფექციის შექრის ნიადაგზე შეიძლება ნამდვილი სეპტიკური პროცესი განვითარდეს, განსაკუთრებით მშობიარობის შემდეგ.

თუ დანეკროზებული კვანძის ინფიცირება არ მოხდა, მაშინ შეიძლება ნეკროზულ ადგილებში კირის მარილები ჩალაგდეს და ძლიერ გამკვრივდეს. შეიძლება აგრეთვე ნეკროზულმა ადგილმა ასეპტიკური დაშლა განიცადოს და ფაფისებრი მასით საცხე ღრუ წარმოშვას. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში ფიბრომა თავისი კონსისტენციით კისტას მოკვავაგონებს.

ფიბრომიომის მიქსომური, ანუ ლორწოვანი დეგენერაციის დროს სიმსივნეში წარმოიშეება ღრუები იმის გამო, რომ ხდება ქსოვილის ლორწოვანი გათხევადება. მაგრამ ფიბრომიომის ასეთი გადაგვარება არ წარმოადგენს ნამდვილ მიქსომას. მიქსომური გადაგვარება შეიძლება იყოს ნაწილობრივი და მთლიანიც.

გარდა ამისა, შეიძლება განვითარდეს ფიბროზული. ცხიმოვანი ამილოიდური და ჰიპალანური გადაგვარება. ამ სახის გადაგვარებებს პრაქტიკული მნიშვნელობა არა აქვს.

ფიბრომიომის ყველა სახის გადაგვარებიდან უფრო სერიოზული და სა-



სურ. 10. საშვილოსნოს ფიბრომიომის სუბპეკოზური ფორმა.

შიშა სარკოპული დეკენერაცია. ავტორთა უმრავლესობის გამოკვლევის მიხედვით, ფიბრომიომის სარკოპულ გადაკვარებას საშუალოდ შემთხვევათა 31%-ში აქვს ადკილი. ზოგი კი გადაკვარების უფრო მეტ პროცენტს აღნიშნავს.

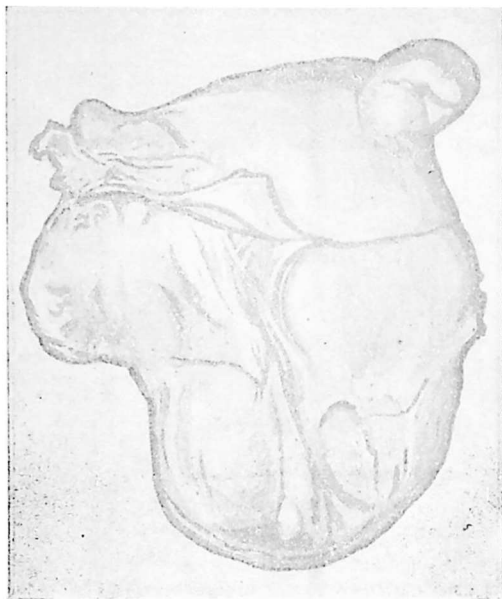
ფიბრომიომის კიბოდ გადაკვარება შეუძლებელია, რადგან ამ ორი სიმსივნის ძირითადი მასალა სხვადასხვა ჩანასახოვანი ფურცლებისაგან წარმოიშვება. მაგრამ ზოგი ავტორი (სკრობანსკი) აღნიშნავს, რომ საშვილოსნოში კიბო ფიბრომიომის დროს უფრო ხშირია, ვიდრე მის გარეშე.

**კლინიკური მიმდინარეობა.** ზოგჯერ ფიბრომიომა არ იძლევა მისთვის დამახასიათებელ კლინიკურ მოვლენებს — სისხლის დენას, ზეწოლის შეგრძნებას, ტკივილს და სხვ. ასე რომ ქალმა არც კი იცის, რომ მუცლის ღრუში სიმსივნე აქვს და შეიძლება ეს სიმსივნე ექიმმა ან ავადმყოფმა შემთხვევით აღმოაჩინოს.

ხშირად ზემოთ აღნიშნული სიმპტომები ძლიერ დიდი ფიბრომიომის დროსაც კი შეიძლება არ აღინიშნებოდეს. ზოგჯერ კი შედარებით პატარა სიდიდის სიმსივნეს შეუძლია მძიმე კლინიკური სურათის განვითარება.

სისხლდენის მხრივ აღსანიშნავია პოლი- და ჰიპერმენორეა, აგრეთვე მეტრორაგიული ხასიათის სისხლდენა. სისხლდენა ზოგჯერ ძლიერია. ზოგჯერ თხიერ სისხლთან ერთად გამოდის შედედებული სისხლიც — კოლტების სახით. სისხლდენა განსაკუთრებით ხანგრძლივია ფიბრომიომის სუბმუკოზური ფორმის დროს, რადგან საშვილოსნოს ღრუში არსებული ფიბრომული კვანძი ლორწოვანი გარსით დიდხანს არ იფარება და იგი მოშიშვლებული და სისხლმდენი რჩება. ფიბრომიომის ასეთი ფორმის დროს ადგილი აქვს მეტრორაგიული ხასიათის სისხლდენას, ე. ი. სისხლდენას თვიურსა და თვიურს შორის არსებული ინტერვალების პერიოდშიც.

ენტერსტიციალური ფორმის დროს ხშირად სისხლდენა საკმაოდ ძლიერია. სისხლდენა გამოწვეულია სისხლით საშვილოსნოს ძლიერი ავსებით და მისი შეკუმშვის უნარის დაქვეითებით. ჩვენ ვეთანხმებით კ. სკრობანსკის, რომ



სურ. 61. 8 კგ წონის საშვილოსნოს ფიბრომიომა.

ფიბრომიომის დროს სისხლდენის ერთ-ერთი მიზეზი უნდა იყოს ჰორმონული მოშლილობა.

ფიბრომიომის სუბსეროზული ფორმის დროს სისხლდენის გაძლიერება თითქმის არ ხდება. ხანგრძლივი და ზოგჯერ ძლიერი სისხლდენა იწვევს ანემიის განვითარებას. კლებულობს ერითროციტების რაოდენობა, ჰემოგლობინის რაოდენობა 21%-მდე და უფრო ნაკლებად შეიძლება იყოს. სახის ფერი ამ დროს მკრთალი ან ყვითელი. ადგილი აქვს გულის ფრიალს, მის ინპერკარდიას, რაც დამოკიდებულია ფიბრომიომის დროს დაკარგული სისხლის რაოდენობაზე და არა ინტოქსიკაციაზე. წარსულში აღნიშნავდნენ, რომ ფიბრომიომის დროს გულის მხრივ ცვლილებები დამახასიათებელია ამ სიმსივნისათვის და ლაპარაკობდნენ მიომური გულის შესახებ.

ფიბრომიომის დროს აღინიშნება ზეწოლის შეგრძნება მახლობელ ორგანოებზე — შარდის ზუსტზე, სწორ ნაწლავზე, ნერვებზე, რაც იწვევს ამ ორგანოთა ფუნქციის მოშლას.

რამდენადაც ღიძია სიმსივნე მოცულობით, იმდენად ძლიერია ავადმყოფის მიერ ზეწოლის შეგრძნება, თუმცა მნიშვნელობა აქვს არა მარტო სიმსივნის სიდიდეს, არამედ მის ადგილმდებარეობასაც. მაგალითად, საშვილოსნოს წინ, ყელთან არსებულ ფიბრომულ მცირე კვანძს შეუძლია შარდის ბუშტის მხრივ ძლიერი წოვლებები გამოიწვიოს, ღიძი კვანძი არღვევს შარდის ბუშტის ტოპოგრაფიასაც — შარდის ბუშტი შეიძლება თითქმის კიპამდე იქნეს აწეული.

თუ საშვილოსნოს ყელის მიდამოში, მის უკან განვითარდა ღიძი ფიბრომა, მას შეუძლია სავსებით ამოავსოს მცირე მენჯი და შეაფერხოს როგორც შარდის ბუშტის, ისე სწორი ნაწლავის დაცლა. შარდის ბუშტის ყელი მიიჭყლიტება, შარდის ბუშტი შარდით ჰარბად ავსების გამო ძლიერ გაიჭიჩება, განვითარდება მისი კედლის ნეკროზი და (ischuria paradoxa), თუ თავის დროზე არ აღმოუჩინეთ დახმარება, შეიძლება შარდის ბუშტის ნამდვილი განკრენა განვითარდეს.

სწორი ნაწლავის მხრივ მოვლენები ქრონიკულ ყაბზობაში გამოიხატება.

ტკივილი. ფიბრომიომის დროს ტკივილი ერთ-ერთი სიმპტომთაგანია და აიხსნება ფიბრომული კვანძის ადგილმდებარეობით. მაგალითად, თუ ფიბრომული კვანძი ინტერსტიციალურადაა მოთავსებული, მაშინ დისმენორეა ჩვეულებრივი მოვლენაა. მაშინაც კი, როდესაც კვანძის აღმოჩენა არ შეიძლება, რადგან სიმსივნე საშვილოსნოს კედლის სისქეშია მოთავსებული, დისმენორეული ხასიათის ტკივილს შეიძლება ჰქონდეს ადგილი.

საშვილოსნოს ღრუდან საშვილოსნოს ყელში გამოჩრდილი ფიბრომული პოლიპი იწვევს შეტევითი ხასიათის ტკივილს. განსაკუთრებით ძლიერია ტკივილი მაშინ, როდესაც ქალი ნაშობობარები არ არის.

ტკივილი და პერიტონეალური მოვლენები ვითარდება გრძელ ფეხზე არსებული ფიბრომული კვანძის გადაგრების დროს. იგივე მოვლენები ვითარდება კვანძის ნეკროზის დროსაც.

მენსტრუალური ციკლი ხშირად შემოკლებულია, რის გამოც მენსტრუაცია ხშირია. გარდა მენსტრუალური ციკლის შემოკლებისა, ადგილი აქვს მენსტრუაციის გახანგრძლივებას, ჰარბ თვიურს. ზოგჯერ თვიური ხანგრძლიობის ყოველგვარ ნორმებს სცილდება და ის მეტრორაგიულ ხასიათს ღებულობს. მეტრორაგიული ხასიათის სისხლდენა დამახასიათებელია სუბმუკოზურად მდებარე ფიბრომული კვანძისათვის. ინტერსტიციალური ფორმის დროს ადგილი აქვს ჰიპერმენორეას.

ჩვეულებრივ, მენსტრუაცია ქალს საშუალოდ 45 წლის ასაკში შეუწყდება. ფიბრომიომით დაავადებულ ქალს კი მენსტრუაცია 50 — 55 წლის ასაკამდე უკრძელდება.

**ღიაგნოზი.** ფიბრომიომის ღიაგნოზის დასმის დროს ყურადღება უნდა მიექცეოდეს ასაკს. როგორც აღენიშნეთ, 20 წლამდე ასაკში ფიბრომიომა იშვიათად ვითარდება. ამ სიმსივნის განვითარება მეტწილად იწყება 30 წლის ასაკიდან და გრძელდება 50 წლის ასაკამდე. მოხუცებულობაში ფიბრომიომა არ ვითარდება და, თუ მანამდე იყო, მისი უკუგანვითარება ხდება.

მენსტრუალური ციკლისა და მენსტრუაციის ხასიათსაც დიდი მნიშვნელობა აქვს ფიბრომიომის ღიაგნოზისათვის.

ანამნეზში აღინიშნება აგრეთვე მუცლის ღრუში ზეწოლის შეგრძნება, ზოგჯერ შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავის დაცლის შეფერხება. ტკივილი ზოგჯერ მოვლითი ხასიათისაა — დისმენორეა. აღინიშნება თეთრად შლა და სხვ.

ანამნეზური ცნობების შემდეგ მნიშვნელოვან მონაცემებს იძლევა პალპაცია და პერკუსია. თუ საშვილოსნოს სიდიდე სამი თვის ორსულობის დროს არსებულ სიდიდეს მაინც უდრის, მაშინ პალპატორულად ბოქვენის ზევით შევიგრძნობთ გადიდებულ საშვილოსნოს, ხშირ შემთხვევაში არა მტკივნეულს; მტკივნეული იგი მაშინ იქნება, თუ ფიბრომას თან ერთვის ანთებითი პროცესი. პერკუტორულად შეგვიძლია სიმსივნის საზღვრები ზუსტად განვსაზღვროთ — სიმსივნე მოგვემს ყრუ სმას, მის გარშემო კი ნაწლავებისაგან გამოწვეული ტიმპანიტი აღინიშნება.

პალპატორული და პერკუტორული მონაცემები, პირველყოფლისა, ჩვენ გვაფიქრებინებს ორსულობის შესახებ. ამ მდგომარეობას გამოარკვევს თვიური: ფიბრომის დროს თვიური არსებობს, ორსულობის დროს კი — არა.

გარეგანი გასინჯვის შემდეგ გადავდივართ შინაგან გასინჯვაზე. თუ ფიბრომული კვანძები სუბსეროზულადაა მოთავსებული, მაშინ ღიაგნოზის დასმა დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს — საშვილოსნოს ზედაპირი უსწორმასწოროდ ამოზურცულია ერთ ან რამდენიმე ადგილას.

თუ კვანძი გრძელ და ვიწრო ფეხზეა, მაშინ შეიძლება იგი კისტაში ან დანამატების ანთებით სიმსივნეში შევეშვალოს. კისტა რბილი და ელასტიკური კონსისტენციისაა, სადა ზედაპირით, ფიბრომული კვანძი კი ჩვეულებრივ, მკვრივია, თანაც არც თვით კვანძის ზედაპირია ზოგჯერ სადა — ისიც უსწორმასწოროა. არ უნდა დაგვაფიქვდეს, რომ შეიძლება ფიბრომული კვანძი კისტისმაგვარად იქნეს გადაგვარებული. მნიშვნელობა აქვს მის ადგილმდებარეობასაც. კისტა დანამატებიდან გამოდის, გრძელფეხიანი ფიბრომული კვანძი კი იწყება საშვილოსნოს გვერდითი კიდიდან. კისტის დროს სისხლდენას არა აქვს ადგილი, ფიბრომის დროს კი — პირიქით.

დანამატების ანთებითი სიმსივნეები პალპაციით მტკივნეულია. საშვილოსნოს ყელის წინ წამოწევა ხშირად იწვევს ტკივილს. რადგან ანთებით პროცესში ხშირად საშვილოსნო-გავის იოგია ჩათრეული. ხშირად დანამატის სიმსივნეები ორივე მხარეზეა და ისიც საშვილოსნოს გვერდით. საშვილოსნოს ყელადან გამონადენი ანთებითი პროცესის დროს ჩირქოვანია.

ანამნეზით ვგებულობთ აგრეთვე, რომ ანთების დროს სიცხეს ჰქონდა ადგილი, გაურთულებელი ფიბრომიომა კი უსიცხოდ მიმდინარეობს.

ქრონიკული პარამეტრიტის დროს ინფილტრატი ზოგჯერ

მეტად მკერავია და შეიძლება საკითხი ფიბროზიომის არსებობის შესახებ დაი-  
სხვას. პარამეტრიტის დროს ექსუდატი გადადის მენჯის ძვლებზე, ფიბროზიომა  
კი შემოფარგლულია და მენჯის ძვაზე არ გადადის.

შეიძლება საკმაო სიძნელე წარმოიშვას ფიბროზიომასა და დანამატე-  
ბის პროლიფერაციული არაანთებითი ხასიათის სიმსივნეს  
(ფსევდომუცინოზური და სეროზული კისტადენომა) შორის დიფერენციალური  
დიაგნოზის გატარებას მხრივ. თუ აღნიშნულ სიმსივნესთან ისინჯება ცალკე  
ნორმალური სიდიდის საშვილოსნო, მაშინ საქმე ფიბროზიომას არ ეხება.

დანამატის პროლიფერაციული სიმსივნე სწრაფად იზრდება, ძლიერ დიდ  
სიდიდეს აღწევს. ის რბილი კონსისტენციისაა, რაც ფიბროზიომას ნაკლებად  
ახსიათებს. გარდა ამისა, პროლიფერაციული სიმსივნის დროს ზოჯჯერ ასციტ-  
საც აქვს ადგილი. თუ ფიბროზიომა გათუღდა დანამატების ანთებითი სინსი-  
ვით, მაშინ პალპაციით მათი გარჩევა ძნელია. სიცხის დაწვეისა და ფიზიოთე-  
რაპიულ საშუალებათა ხმარების შემდეგ ანთებითი ექსუდატი შეიწოვება, ფიბ-  
რომა კი დარჩება.

ფიბროზიომის კვანძის დანეკროზების დროს სიცხე უცბად აიწვეს, მაგრამ  
ის მალალი არ არის. დაჩირქების დროს კი სიცხე დიდია, დაეადების მიმდი-  
ნარეობას სეპტიკური ხასიათი აქვს.

სუბმუკოზურად მდებარე ფიბროზიომის კვანძის დიაგნო-  
ზის დასმა საკმაოდ ძნელია—სახელდობრ მაშინ, როდესაც ფიბროზული  
კვანძი სავსებით საშვილოსნოს ღრუშია მოთავსებული, ყელი კი დახურულია.

ამ შემთხვევაში დიაგნოზი შეიძლება დაისვას გაძლიერებული სისხლდენის,  
დისმენორეული და პერიოდული ხასიათის ტკივილის, საშვილოსნოს სიდიდის  
მომატების მიხედვით. საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკის დროს კოეზი ედება  
ფიბროზულ კვანძს.

თუ საშვილოსნოს ღრუდან საშვილოსნოს ყელში შეიჭრა ფიბროზული  
კვანძი, მაშინ დიაგნოზი ნათელია.

მკურნალობისათვის საინტერესოა დაზუსტდეს როგორია პოლიპის ფეხი  
— ფართო თუ წვრილი. თუ საშვილოსნოს ყელში ჩამოჩრილი ფიბრო-  
ზული პოლიპი ფართო ფეხზეა განვითარებული, მაშინ ყელის ნორმალუ-  
რი ფორმა დარღვეულია, ის კასრის მაგვარია. თუ პოლიპი წვრილ  
ფეხზეა განვითარებული, მაშინ საშვილოსნოს ყელის ფორმა დარღვეუ-  
ლი არ არის და ადვილად შეიძლება პოლიპის გადაგრეხა და მოძრაობა მას-  
ზე დადებული ტყვიის მაშის საშუალებით, თუ პოლიპი ფართო ფეხზეა მო-  
თავსებული, მაშინ გადაგრეხა არ მოხერხდება.

ყელში გამოჩრილი, „დაბადებული“ მოზრდილი ფიბროზული  
პოლიპი აფართოებს და ათხელებს საშვილოსნოს ყელს, საშვილოსნოს ყელის  
საშოსმხრივი ნაწილის გარეთა პირს. ასეთი პოლიპი შეშუპებულია და არაი-  
შვიათად ინფიცირებულია. საშვილოსნოს ყელში გამოჩრილი სუბმუკოზური  
ფიბროზული პოლიპი შეიძლება შეგვეშალოს გადმობრუნებულ საშვილოსნოში.  
გადმობრუნებული საშვილოსნოს დროს მცირე მენჯეში საშვილოსნო არ იქნება.  
მის ნაცვლად გვექნება ძაბრისებრი ჩაღრმავება (იხ. მდებარეობის ანომალიები).

ფიბროზიომის ინტერსტიციალური ფორმის დროს გასინჯვით  
მიღებული პირველი შთაბეჭდილება ორსულობის იქნება, რადგან საშვილოსნო  
მთლიანად არის გადიდებული და ფიბროზის სიდიდის მიხედვით ამა თუ იმ  
ვადის ორსულობას მოგვაგონებს.

მაგრამ, თუ საშვილოსნოს ზედაპირზე ფიბრომული კვანძებია განვითარებული, ამასთან, თუ საშვილოსნოს კონსისტენცია მკვრივია, თვიური კირეკულარულად მოდის, მაშინ საქმე უეჭველად ფიბრომას ეხება.

ფიბრომის ინტერსტიციალური ფორმის დროს დაგვირდება დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ქრონიკულ მეტრიტთან, საშვილოსნოს ტანის კიბოსთან, სარკომულ გადაავარდნისთან და ორსულობასთან.

ქრონიკულ მეტრიტს და ამავე სიდიდის ფიბრომიომას შორის დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება საკმაოდ ძნელია. ქრონიკული მეტრიტის დროს საშვილოსნო სილიდში საშუალოდ იმატებს, მისი კონსისტენცია მკვრივია, მაგრამ ფიბრომული კვანძები არ ისინჯება. გარდა ამისა ქრონიკულ მეტრიტს წინ უძღვის როგორც საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის, ისე დანამატების მწვავე ანთებითი პერიოდი.

საშვილოსნოს ტანის კიბო ვითარდება უფრო ხშირად 50—60 წლის ასაკში. როდესაც ფიბრომიომის უკუგანვითარება ხდება.

რაც შეეხება სარკომულ გადაავარდნას, ის გვხვდება უფრო ახალგაზრდა ასაკში სარკომული სიმსივნე იზრდება სწრაფად. საბოლოოდ დიაგნოზი ისმება მხოლოდ პისტოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე.

ფიბრომიომასა და ორსულობას შორის დიფერენციალურ დიაგნოზს უპირველად დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. დიდ უმრავლეს შემთხვევაში მათი განსხვავება ადვილად ხდება. მაგრამ არის ისეთი შემთხვევები, როდესაც დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება საკმაოდ ძნელია.

სიმწელე წარმოიშვება მაშინ, როდესაც ქალი 40 წლის ან მეტი ხნისაა, ან თუ იგი ორსულად არასოდეს არ ყოფილა, როდესაც ანამნეზით მიღებული ცნობებით ამენორეა არ შეეფერება ორსულობის ვადას, ნაყოფის გულისცემაც არ ისმის და სხვ. ფიბრომიომასა და ორსულობას შორის დიფერენციალური დიაგნოზი ზოგჯერ არა თუ ბიმანუალური გასინჯვით არის ძნელი, არამედ შეცდომა მოსალოდნელია მუცლის კედლის გაკეთვის, სიმსივნის დათვალიერებისა და მასზე ხელით შეხების შემდეგაც. მეტად ძნელია დიაგნოზის დასმა ფიბრომიომით გართულებული ორსულობის დროს.

ორსულობის პირველ ნახევარსა და ფიბრომიომას შორის დიფერენციალური დიაგნოზის გატარების დროს უნდა ვისარგებლოთ ჰეგარის ნიშნით, გაკეთვალისწინოთ ფიბრომიომის დროს საშვილოსნოს ზედაპირზე არსებული კვანძები, გამოიყენოთ ბიოლოგიური რეაქცია და სხვ.

ორსულობასა (მეორე ნახევარში) და ფიბრომიომას შორის დიფერენციალური დიაგნოზის გატარების დროს უნდა მივმართოთ ნაყოფის გულისცემის მოსმენას. საშვილოსნოს შუილი, რაც ეთანაბრება დედის მაჯას, შეიძლება არსებობდეს ფიბრომის დროსაც.

შეიძლება მივმართოთ რენტგენის სხივებსაც. საყურადღებო და ღირსშესანიშნავია ნაყოფის ნძრევა, ნაყოფის გულისცემის მოსმენა და სხვ.

აუცილებლად დიდი მნიშვნელობა აქვს დიფერენციალური დიაგნოზისათვის იმ გარემოებას, რომ ორსული საშვილოსნოს კუნთები შეხების დროს ადვილად აღიგზნება და იკუმშება.

ორსულობასა და ფიბრომიომას შორის დიფერენციალური დიაგნოზისათვის 1845 წელს ჩვენ მიერ აღნიშნულია ერთ-ერთი საგულისხეო სიმპტომი — დამაქსიათებელი ორსულობისათვის სამნახევარი თვიდან. რაც გამოიხატება შემდეგში: ორსულობის შემთხვევაში, თუ ბიმანუალური გასინჯვისას ხელის თითებით დავაწევებით მუცლის წინა კედელს სიმფიზის ზევით,



ორსული საშვილოსნო სწრაფად და ადვილად იწევს ზევით ჰიპისა და მახვილისებრი მორჩისაკენ, რის გამოც საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტსა და ბოქვენის ძვალს შორის ჩნდება ჩაღრმავება. მუცლის ზედაპირიდან ხელის ალების დროს კი საშვილოსნო სწრაფად იწევს ქვევით, იპერს თავის ნორმალურ მდებარეობას და ჩაღრმავება ქრება. ორსულობის დროს ეს სიმპტომი მეტად მაფიოდ გამოხატული აქვთ ნაშობიარებ ქალებს, შედარებით ნაკლებად — პირველშობიარე ქალებს. ორსულობის დროს ეს სიმპტომი დადებითია შემთხვევათა 97%-ში, ფიბრომიომის დროს კი იგი არსებობს შემთხვევათა 3%-ში.

ორსულობის აღნიშნული სიმპტომი ფიზიოლოგიური ი. ა. ნ. და მკურნალებული ორსული საშვილოსნოს იოგოვანი აპარატის დიდი გამწვობის უნარზე. ელიაშვილს აღნიშნული სიმპტომის მექანიზმის ასახსნელად საინტერესო შედარება მოყავს. საკეისრო გაკვეთის დროს ორსული საშვილოსნოს მუცლის ღრუდან ამოღება მეტად სწრაფად და ადვილად ხერხდება, ოპერაციის დროს ფიბრომიული საშვილოსნოს მუცლის ღრუდან ამოღება კი ძნელია, რადგან ამ შემთხვევაში საშვილოსნოს იოგოვანი აპარატი გამწვევი არ არის (თუ კუნთოვანი ბოჭკოები არ ჰქარბობს, რაც იშვიათია).

ინფილტრატებთან, ანთებით და არაანთებით სიმსივნეებთან ფიბრომის დიფერენციალური დიაგნოზის გატარების შესახებ აქ აღარაფერს ვიტყვით, რადგან ამის შესახებ ზემოთ უკვე აღნიშნული იყო.

**მკურნალობა.** როგორც აღვნიშნეთ, ფიბრომიომა ყოველთვის არ იძლევა დამახასიათებელ სიმპტომებს, ის არ აწუხებს ქალს და შეიძლება სრულიად შემთხვევით აღმოაჩინოს ექიმმა.

ასეთ შემთხვევებში ექიმის წინაშე ისმება საკითხი — მოითხოვს თუ არა უსიმპტომოდ მიმდინარე ფიბრომიომა რაიმე მკურნალობას.

ფიბრომიომის გაჩენა, თავისთავად ცხადია, ორგანიზმისათვის პათოლოგიური მოვლენაა. იგი საშიშია იმ მხრივ, რომ მოსალოდნელია მისი ნეკროზი, ინფიცირება, ამ დროს შესაძლებელია სიცხიანი და ნამდვილი სეპტიკური პროცესის განვითარება. ამასთან, როგორც აღნიშნული იყო, მოსალოდნელია მისი სარკომატი გადარეგება (შემთხვევათა 3%-ში, ზოგი ავტორის მიხედვით კი — 5 და მეტ პროცენტში). ამიტომ ექიმს არაერთარი უფლება არა აქვს სავსებით დამშვიდებით მოიქცეს უსიმპტომოდ მიმდინარე ფიბრომიომის დროსაც კი.

ექიმმა უნდა გააფრთხილოს ქალი, რომ იგი ვალდებულია იმყოფებოდეს სისტემატური კონტროლის ქვეშ ქალთა კონსულტაციაში, სადაც ავადმყოფის ბარათზე აღნიშნული იქნება სიმსივნის მდებარეობა, სიდიდე და ყველა ის თვისება, რომელიც ნახულია ობიექტური გასინჯვის დროს. ეს საჭიროა იმისათვის, რომ თავის დროზე გავიკოთ სიმსივნეში მომხდარი ცვლილებები. ჩვენის, აზრით, ასე უნდა მოვიტყუთ მაშინაც, როდესაც ფიბრომა მიმდინარეობს უსიმპტომოდ და თანაც იგი მცირე მენჯიდან მხოლოდ ოდნავ ამოდის.

თუ საშვილოსნო არა თუ ოდნავ სცილდება მცირე მენჯის შესავალს, არამედ ის დიდ მენჯში და მუცლის ღრუშია მოთავსებული, მაშინ, მიუხედავად სიმპტომების არარსებობისა, მკურნალობა მაინც აუცილებელია. როდესაც ფიბრომიომა მცირე მენჯის ღრუში აღარ ეტევა, მაშინ ის არა თუ მექანიკურად მოქმედებს მახლობელ ორგანოებზე, არამედ მისი ზრდის ტენდენცია გვიჩვენებს, რომ ის კიდევ უფრო დიდი გახდება და ამიტომ მეტი საშიშროება არსებობს.

თავისთავად ცხადია, რომ, ფიბრომიომა, როგორც სიდიდისა ც არ უნდა იყოს იგი, გადაუღებელ მკურნალობას საჭიროებს, თუ გვაძლევს დამახასიათებელ მოვლენებს — სისხლდენას, ტკივილს და სხვ.

გაძლევილებული სისხლდენა უდავოდ მოითხოვს დაზარებას, რათა სისხლ- ნაკულობისაგან ორკანის დამაბუნება, მოვლენები გულის მხრივ და სხვა რამ არ განვითარდეს. როგორც სისხლის დენის, ისე სიმსივნის სწრაფი ზრდის, ტკივილის, სიმსივნის ინფილტრაციის, გადაკრებისა და სხვა მოვლენების არსე- ბობა მოითხოვს დაუყოვნებლივ მკურნალობას.

ფიბრომიომის მკურნალობისათვის არსებობს სხვადასხვა საშუალება — სიმპტომატური, ოპერაციული წესი, რენტგენისა და რადიუ- მის სხივები.

ფიბრომიომის სიმპტომატურ მკურნალობას უნდა მიემართოთ მაშინ, როდესაც რაიმე მიზეზის გამო დროებით არ შეუკვიდია გავაკეთოთ ოპერაცია ან ვისარგებლოთ რენტგენის სხივებით, ან კიდევ იმ შემთხვევაში, როდესაც ფიბრომიომა იძლევა უპნიშვნელო სიმპტომს და თანაც ის მტირე სიდიდისაა. სიმპტომატური, პალიატიური საშუალებები უმთავრესად მიმართუ- ლია, სისხლდენის წინააღმდეგ, აგრეთვე ტკივილისა და, თუ ეს შესაძლებელია, თვით სიმსივნის ზრდის წინააღმდეგაც.

სისხლდენის შევიკირებისა და შეჩერების მიზნით ვხმარობთ ფარმაკო- ლოგიურ, ჰიდროთერაპიულ, მექანიკურ და სხვ. საშუალებებს. ფარმაკოლოგი- ურ საშუალებათა შორის იხმარება სეკალე, ჰიდრასტინი, სტიპტიკინი, ქლორ- კალციუმი, მამინი, მეთილტესტოსტერონი, ტესტოსტერონპრობიონატი და სხვ.

ჩვენი დაკვირვებით, ანდროგენები დამაკმაყოფილებელ შედეგს იძლევა ფიბრომიომის დროს არსებული სისხლდენის შესამცირებლად ან შესაწყვეტად. ეს პრეპარატი უნდა ვიხმაროთ ერთი კვირით აღრე მენტრუაციამდე და მენ- სტრუაციის დროს.

Rp.: Sol. Calcii chlorati 10%—200,0

№ 20

D. S. 4-ჯერ დღეში სუფრის კოვზით.

Rp.: Extr. polygoni hydr. fl. 30,0

D. S. 3-ჯერ დღეში 30—30 წვეთი.

Rp.: Stypticini in tabl. 0,05

№ 20

D. S. 3-ჯერ დღეში ორ-ორი ცალი.

Rp.: Methyltestosteron

in. tabl.

D. S. 4-ჯერ დღეში თითო ტაბლეტი ენის ქვეშ.

Rp.: Testosteron propionati

in amp. 2,5%—№ 6

D. S. თითო ამპულა კანქვეშ.

ჰიდროთერაპიული პროცედურების სახით იხმარება საშოს ცხელი (45—48°C) შესხურება, მუქელზე კი ყინულიანი პარკი.

ძლიერი სისხლდენის დროს რადიკალური დაზარების აღმოჩენამდე უნდა მივმართოთ საშოს ტამონაციას. კარგია სისხლის გადასხმაც 300—500 კუბ. სმ რაოდენობით.

მიემართათ აგრეთვე საშვილოსნოს ღრუს გამოფხვკას. მაგრამ უნდა აღენიშნოთ, რომ გამოფხვკის დროს შეიძლება დავაზიანოთ სუბმუკოზურად მდებარე მიომური კვანძის კაფსულა და ინფექცია ღრმად შეიჭრას, რასაც შეიძლება ზოგადი სეპტიკური პროცესის განვითარება მოყვეს. გამოფხვკა კარგ შედეგს ზოგჯერ ვერ იძლევა.

ტკივილის საწინააღმდეგოდ იხმარება სხვადასხვა დამაყუჩებელი საშუალება — ანტიპირინი, პირამიდონი, ასპირინი და სხვ. გარდა ამისა, ავადმყოფს ვენიშნავთ საერთო გამამაგრებელ, სისხლნაკლულობის საწინააღმდეგო და გულის საშუალებებს, ნოყიერ კვებას და სხვ.

ოპერაციული მეთოდი. ოპერაციისათვის ჩვენებები არ განისაზღვრება მარტო ფიბრომიომის სიდიდით. ზოგჯერ მცირე სიდიდის სიმსივნის დროსაც ოპერაცია აუცილებელია. მაგალითად, სუბმუკოზური ფორმის დროს რენტგენის სხივებით სისხლდენის შეჩერება არ შეიძლება — საჭიროა ოპერაციული ჩარევა. ოპერაციული ჩარევა აუცილებელია ფიბრომიომის დანეკროზების, დაჩირქების, სარკომულად გადაგვარების მხრივ საეჭვო შემთხვევაში, ფიბრომასთან ერთად კიბოს არსებობის დროს, ფიბრომიომის კვანძის ფეხის გადაგრენის შემთხვევაში და სხვ.

თუ სიმსივნე მცირე მენჯის ღრუში არ ეტევა და ზევით მუცლის ღრუშია მოთავსებული, მაშინ რენტგენის სხივებით მკურნალობა აგრეთვე მიზანშეუწონელია. ისიც უნდა გავითვალისწინოთ, რომ რენტგენის სხივებით ემოქმედობთ არა თვით სიმსივნეზე, არამედ საკვერცხეებზე, ვახდენთ ქალის ქასტრაციას და საკვერცხეების ფუნქციის მოსპობით ვიწვევთ ფიბრომის ზრდის შეჩერებას და უკუგანვითარებას.

ოპერაციული მეთოდი ორკვარია — კონსერვატული და რადიკალური. კონსერვატული ოპერაციული მეთოდი გამოიხატება ფიბრომული კვანძების ენუკლეაციაში ან ფეხზე არსებული კვანძის მოკვეთაში. ორივე შემთხვევაში საშვილოსნოს ვაცილებთ თვალით დანანახ და ხელით შესახებ კვანძებს, თვით საშვილოსნოს კი ვტოვებთ.

კვანძი შეიძლება ისეთი მცირე იყოს, რომ მისი თვალთ დანახვა ან ხელით შეხება არ მოხერხდეს, რის გამოც კონსერვატული მკურნალობის შემდეგ მოსალოდნელია კვანძების კიდევ განვითარება. ამასთან, ფიბრომიომის სიმპტომები (სისხლდენა) მეტწილად ისევ რჩება, ეს მცირე ოპერაცია კი გართულებასაც იძლევა — ინფექციისა და სისხლდენის სახით.

ფიბრომატოზული კვანძების ენუკლეაციას უნდა მივმართოთ მხოლოდ მაშინ, როდესაც ქალი ახალგაზრდაა და ბავშვის ყოლას დადი სურვილი აქვს, თუმცა ენუკლეაციის შემდეგ ორსულობის შემთხვევები ცოტაა. ფიბრომიომის ენუკლეაცია მეტად მარტივი ოპერაციაა. კვანძები უნდა ამოვიღოთ ბლაგვი მეთოდით, უჩუოხესია დაკეტილი მაკრატლის წვერით. დეჟექტზე ვადებთ კვანძებს, რათა მოხდეს სრული ჰემოტაზი.

რადიკალური ოპერაციის დროს კვეთავთ საშვილოსნოს მთლიანად — ყელთან ერთად (საშვილოსნოს მთლიანი ექსტირპაცია). ან კვეთავთ საშვილოსნოს ტანს და ვტოვებთ ყელს (საშვილოსნოს სუპრაავაგიინალური ამპუტაცია).

ოპერაციისათვის არსებობს ორი გზა — ვაგინალური და აბდომინალური. თუ ფიბრომული კვანძის ენუკლეაციას ვახდენთ ვაგინალური გზით, მაშინ უნდა გაკვეთოთ წინა ან უკანა თალი და საშვილოსნო საშოში ჩამოვიტანოთ. წინა თალის გაკვეთამდე შარდის ბუტი უნდა ავაცალოთ საშვილოს-

ნოს ყელიდან და აეწიოთ ზევით. აბდომინალური გზით ლაპარატომიის საშუალებით შეკვიძლია საშვილოსნოს უკეთ დათვალეირება და კვანძების ამოკვეთა. გართულების პროცენტი აბდომინალური გზით ენუკლეაციის დროს უფრო მეტია, ვიდრე სუბრავაგინალური ამპუტაციის დროს.

თუ ფიბრომიომა პოლიპი საშვილოსნოს ყელშია ჩამოსული და ვიწრო ფეხზეა განვითარებული, მაშინ მისი მოკვეთა ადვილია. შეიძლება ვიწრო ფეხზე განვითარებული პოლიპის გადაგვრებით მოცილება, რისთვისაც წინასწარი დაბანისა და სპირტითა და იოდით მომზადების შემდეგ პოლიპზე ვადებთ ოთხკბილას და ვატრიალებთ მანამ, სანამ პოლიპი არ მოძვრება. პოლიპის მოცილების ან ამოკვეთის შემდეგ საშვილოსნოს ღრუ იმავე მომენტში უნდა გამოვფხიკოთ.

თუ პოლიპი ფართო ფეხზეა მოთავსებული, ამ შემთხვევაში მისი მოცილება ძნელია და შეიძლება საჭირო გახდეს საშვილოსნოს მთლიანი ექსტირპაცია ან საშვილოსნოს ყელის წინა კედლის სიგრძივად გაკვეთა, პოლიპის უფრო კარგად დათვალეირება და მისი ამოკვეთა.

ვაგინალური თუ აბდომინალური გზის ამორჩევის დროს უნდა ვიხელმძღვანელოთ ფიბრომიომის სიდიდით. თუ სიმსიენე ჰიპს აღწევს ან მისი სიდიდე კიდევ უფრო მეტია, მაშინ უმჯობესია მიემართოთ აბდომინალურ გზას. თუმცა შეიძლება ძლიერ დიდი ფიბრომის ამოკვეთა (დანაწილების საშუალებით) ვაგინალური გზითაც. თუ ფიბრომა შეხორცებებშია, მაშინ ვაგინალური გზა არ გამოდგება. ვაგინალური გზა არ ვარგა მაშინაც, როდესაც დიაგნოზი საბოლოოდ გამორკვეული არ არის და საჭიროა მუცლის ღრუს ორგანოების დათვალეირება.

საშოს მხრივ შეიძლება საშვილოსნოს სრული ექსტირპაცია და სუბრავაგინალური ამპუტაციაც. ამ უკანასკნელს იშვიათად მიმართავენ.

საშვილოსნოს ვაგინალური მთლიანი ექსტირპაცია. გარეთა სასქესო ორგანოები ვაპარსული, სათანადოდ დაბანილი, სპირტითა და იოდით მომზადებული უნდა იყოს. უნდა დაიბანოს და მომზადდეს საშოც. შარდის ბუშტი უნდა დაიცალოს.

საშოში ვადებთ კოვზისებურ სარკეს. საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილის წინა და უკანა ბაგეებზე ვადებთ ტყვიის მაშებს, საშვილოსნოს ექაჩავთ ჭკვეთ. ვაგვეავს ირგვლივი განაკვეთი იქ, სადაც საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილი გადადის საშოზე და სიგრძივი განაკვეთი ვაგვეავს საშოს წინა კედელზე — საშვილოსნოს უფრო ადვილად ამოღებისათვის. საშოს კედლებს ვწვეთ გვერდზე. ვაცილებთ და ვწვეთ შარდის ბუშტს ზევით. ვკვეთავთ *plica vesico-uterina*-ს. ასევე უნდა მოვეჭკეთ უკანა მხარესაც. უნდა გავსნათ უკანა დუვლასის პერიტონეუმი. ამის შემდეგ ვიჭერთ კოხერებში ფართო იოგის ფუძეებს ორბვე მხარეზე, ვჭრით და ვსკვნით მათ. კოხერებს ვადებთ აგრეთვე საშვილოსნო-გავის იოგებს, რომლებსაც ვკვეთავთ და ვსკვნით.

შემდეგ საშოს ამწვევი სარკე შეგვაქვს წინა დუვლასის არეში და საშვილოსნოს ტანი ვამოგვაქვს. კოხერებს ვადებთ, ვკვეთავთ, ვსკვნით მრგვალ იოგს, ლულას და საკვერცხის იოგს. ვადებთ კოხერს საშვილოსნოს არტერიას, მასაც ვკვეთავთ და ვსკვნით. ასე ვიჭკვევთ მეორე მხარეზეც. ამის შემდეგ ვამოგვაქვს საშვილოსნო მთლიანად.

ვაერთებთ პერიტონეუმის წინა და უკანა ფურცლებს — შეიძლება ქისოსებური ნაკერი. ფართო იოკის ნაკვეთებს ვაერთებთ ორი-სამი ნაკერი, ბოლოს ვკერავთ საშოს.

საშვილოსნოს აბდომინალური მთლიანი ექსტირპაცია. საოპერაციო არის დაბანისა და სათანადო მომზადების შემდეგ ვკვეთავთ მუცლის წინა კედელს შუახაზის მიმართულებით. შეიძლება გავატაროთ გარდიგარდმო განაკვეთი. ავადმყოფი ტრენდელენბურგის მდებარეობაშია. ვათვალისწინებთ ხელით სიმსივნეს და, თუ არის, — შეხორცებებსაც. მუცლის ღრუში ვდებთ სარკეებს და აქეთ-იქით ვჭაჩავთ. საშვილოსნოს ფუძეზე ვადებთ ოთხტილა მაშებს და მათა ზევით ამოჭაჩვით ამოგვაქვს საშვილოსნო მუცლის ღრუდან. თუ შეხორცებები არის, წინააწარ უნდა მოვახდინოთ მათგან განთავისუფლება. თანაშემწე საშვილოსნოს გადასწევს მარჯვნივ, რათა მარცხენა დანამატი უკუ დავიხაზოთ.

თუ საშვილოსნოსთან ერთად უნდა ამოიკვეთოს დანამატებიც, მაშინ კოხერებს ვადებთ მრგვალ იოკს და lig infundibulop Vicum-ს. მაგრამ თუ დანამატები უნდა დაეტოვოთ, ორ კოხერს ვადებთ მრგვალ იოკს, ორს კი — ლულა-საკვერცხის იოკს. ვკვეთავთ და ვსკვნით მათ.

ამის შემდეგ მაკრატლით ფრთხილად ვაცილებთ საშვილოსნოს გვერდიდან ფართო იოკს — საშვილოსნოს შიგნითა პირის ღონემდე. ასევე ვიქვევით მეორე მხარეზეც. საშვილოსნოს წინ, ყელთან, ვჭრით პერიტონეუმს შარდბუშტ-საშვილოსნოს ნაოქთან და პერიტონეუმს ბლაგვი მეთოდით ვწვეთ ქვევით.

ამის შემდეგ 1 სმ დაცილებით საშვილოსნოს ყელის კილიდან ვადებთ კოხერებს საშვილოსნოს არტერიაზე, ვკვეთავთ და ვსკვნით მას. ამ მანიპულაციის დროს საშვილოსნო ზევით კარგად უნდა ამოეწიოთ, რათა შარდასწვეით არ დაზიანდეს.

საშვილოსნოს არტერია საშოს ზედა ნაწილს აძლევს ტოტებს. ამიტომ საშოს ზედა კიდესთან კიდე ვადებთ კოხერებს, ვკვეთავთ და ვსკვნით აღნიშნულ სისხლძარღვებს. ასევე ვიქვევით მეორე მხარეზეც.

ამის შემდეგ ბლაგვი მეთოდით ვაცილებთ და ვწვეთ ქვევით შარდის ბუშტს, მას ვაცილებთ საშვილოსნოს ყელიდან და საშოს ზედა ნაწილიდან.

ვკვეთავთ თაღს და მაკრატლით ვაცილებთ საშოსა და საშვილოსნოს, რის შემდეგ ვკერავთ საშოს, მასზე პერიტონეუმს ვფარავთ და ვკერავთ. იკერება მუცლის ღრუც.

საშვილოსნოს სუპრავაგინალური ამპუტაცია. საშვილოსნოს სუპრავაგინალური ამპუტაციის დროს ოპერაციის პირველი მომენტები ისეთივეა, როგორც მთლიანი ექსტირპაციის შემთხვევაში.

საშვილოსნოს არტერიას ვადავჭრით და ვადავკვანძავთ ორივე მხარეზე — საშვილოსნოს ყელთან. საშვილოსნოს ვჭრით ყელის შიგნითა პირის ღონეზე. ყელის განაკვეთზე ვადებთ რამდენიმე კვანძს. ზოგი ავტორი კვანძს სრულიად არ ადებს, რადგან ზოგჯერ განაკვეთი არ არის სისხლმდენი. ამის შემდეგ ვახდენთ პერიტონიზაციას.

გასული საუკუნის 80-იან წლებში ფიბრომიომის უკუვანვითარებისათვის მიმართავდნენ ოპერაციულ კასტრაციას, სიკვდილობა ამ დროს დიდი იყო. საშვილოსნოს ექტირპაციის დროს კი სიკვდილს ადგილი ჰქონდა ნემს-თხევითა 32%-ში.

დაეტოვოთ თუ ამოვკვეთოთ საკვერცხეები საშვილოსნოს ექსტირპაციის დროს?

ზოგი ავტორის გამოკვლევით, საკვერცხეები საშვილოსნოს ამოკვეთის შემდეგ უკუგანვითარებას განიცდის. ამიტომ საჭიროა მათი ამოკვეთაც, მით უმეტეს, რომ საკვერცხეებში შეიძლება რაიმე სიმსივნე განვითარდეს.

ჩვენ მიერ ჰორმონების შესწავლით გამოირკვა, რომ საშვილოსნოს ამოკვეთის შემდეგ საკვერცხეები განაგრძობს სენსუალური ჰორმონის გამოშვებას.

ჩვენზე უფრო ადრე იგივე შედეგი მიიღო ელიაშვილმა ცხოველებზე წარმოებულ ექსპერიმენტებით.

საკვერცხეების ამოკვეთა დასაშვებია მაშინ, თუ ისინი ძლიერ შეცვლილია (ანთება, წვრილი სტრუქტურა გადაგვარება), მაგრამ ამ დროსაც შეიძლება საკვერცხის ნაწილის დატოვება. საკვერცხეების ამოკვეთის შედეგად ვითარდება გამოვარდნის მოვლენები, რაც მით უფრო ძლიერია, რაც უფრო ახალგაზრდაა ქალი.

ფიბრომიომის დროს, საშვილოსნოს მთლიანი ექსტირპაცია უნდა გაცემოდეს თუ სუბრავაგინალური ამპუტაცია?

ამ საკითხის გადაჭრა დამოკიდებულია ცალკეულ შემთხვევაზე. თუ საშვილოსნოს ყელი დაავადებული არ არის. უმჯობესია ეს დაეტოვოს.

ჩვენი მონაცემების მიხედვით, ფიბრომიომის სუბრავაგინალური ამპუტაციის დროს სიკვდილობას ადგილი აქვს 0,5%-ში.

გარდა ოპერაციისა, როგორც აღვნიშნეთ, შეიძლება რენტგენის სხივებს მივმართოთ. რენტგენით კასტრაციის შემდეგ მოსალოდნელია სისხლდენა — ერთხელ, იშვიათად ორჯერ და კიდევ უფრო იშვიათად სამჯერ. რენტგენით კასტრაციას მიმართავენ მაშინ, როდესაც ქალი ახლოს არის კლიმაქტერიუმთან ან ძლიერ ანემიურია, გულითაა დაავადებული და სხვ. როგორც ვთქვით, რენტგენით კასტრაცია ფიბრომიომის ყველა ფორმის დროს არ გამოდგება.

რადიოთერაპია. რენტგენოთერაპია ფიბრომიომის დროს კარგ შედეგს იძლევა. რადიოთერაპია ფიბრომიომის დროს ძლიერ შეზღუდულია, დიდი ფიბრომიომის დროს რადიუმის ხმარება მიზანშეწონილია, რადგან საკვერცხეებში საგრძნობლად დაცილებულია რადიაქტიური პრეპარატებისაგან (ლაპარაშვილი). რამდენიმე თვით სისხლის დენის შეჩერება შეიძლება ანდროგენებითაც.

### საკვერცხეების ფიბრომიომა

საკვერცხეების მიომა ან ფიბრომიომა ძლიერ იშვიათი შემთხვევაა. ლიტერატურაში აღწერილია საკვერცხის ასეთი სახის სიმსივნეები.

ფიბრომა შედარებით უფრო ხშირია, ვიდრე მიომა (აღწერილია ი. თიკანაძის მიერ). ჩვენ გვქონდა საკვერცხის ფიბრომიომის ერთი შემთხვევა. სიმსივნე სიდიდით მამაკაცის მუშტის ოდენა იყო. იგი იყო ვიწრო ფენზე განვითარებული (ზოგჯერ ის ფართო ფენზე ზის) და ცალმხრივი. ხშირად საკვერცხის ფიბრომიომა მცირე სიდიდისაა — ის კაკლის ოდენობამდე აღწევს.

ამ სიმსივნეს თან ერთვის ასციტი. ჩვენს შემთხვევაშიც ასციტს ჰქონდა ადგილი.

ღიაგნოზი. ზუსტი ღიაგნოზის დასმა მხოლოდ ლაპარატომის შემდეგ

შეიძლება. ბიშნულური გასინჯვისას მას საკვერცხის კისტად თვლიან. იგი მკერძი კონსისტენციისაა იმ შემთხვევაში, თუ ჭარბობს შემაერთებელი ქსოვილი. მკურნალობა ოპერაციულია.

### საშოს ფიბრომიომა

როგორც აღნიშნული იყო, ეს სიმსივნე შეიძლება ყველგან განვითარდეს, სადაც კი არის სათანადო ქსოვილი.

საშოს ფიბრომიომა იშვიათი მოვლენაა. ის გვხვდება ყველა ასაკში; თუმცა სტესტობრივი მოშფიფების სანაში უფრო ხშირად ვითარდება. არის აღწერილი წებოვანეა, როდესაც ფიბრომიომა უნახავთ ახალშობილის საშოშიც.

საშოს ფიბრომიომა შეიძლება მეტად მცირე სიდიდის იყოს, ზოგჯერ კი მულტისოდენა და მეტიც. შეიძლება მოთავსებული იყოს ფართო ან ვიწრო ფესვზე.

ზოგჯერ საშოს ფიბრომიომა განიცდის ჰიალინურ გადაგვარებას, ნეკროზს,

ინფიცირებას და სხვ. თუ საშოს ფიბრომიომა დიდია, იგი იწვევს შარდის ზუნტისა და სწორი ნაწლავის ფუნქციის მოშლას.

დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გავატაროთ საშოს კისტასთან, ცისტო-დარექტოცელესთან.

მკურნალობა ოპერაციულია.



სურ. 62. ეულის ფიბრომიომა.

### ვულვის ფიბრომიომა

ეულის ფიბრომიომა, მიომა და ფიბრომიომა ფართო ან წერილ და გრძელ ფეხზეა განვითარებული (fibromyoma pedunculatum). სიდიდით იგი მუხუდის მარცვლის ოდენობიდან 6—7 კგ-მდე აღწევს. ისიც შეიძლება გადაგვარდეს — ზოგჯერ სარკომულადაც კი.

იგი არ უნდა შეგვეშალოს თიაქართან და ელფანტიაზისთან.

მკურნალობა ოპერაციულია.

### საშვილოსნოს სარკომა

სარკომა ავთვისებიანია. ის ეკუთვნის შემაერთებული სიმსივნეებს. ვარჩევთ საშვილოსნოს ტანის, ყელისა და საშვილოსნოს საშოს მხრივი ნაწილის სარკომას. საშვილოსნოს ყელის სარკომა შედა-

რებით იშვიათია. საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილისა კი — კიდევ უფრო იშვიათია.

სარკომა ვითარდება საშვილოსნოს კედელში ან ლორწოვან გარსში. როცა საქმე შორსწასულ შემთხვევას ეხება, არ შეიძლება გამოჩვენება, თუ საიდან დაიწყო იგი. სარკომა გაცილებით უფრო იშვიათია, ვიდრე კიბო. როგორც აღვნიშნეთ, საშვილოსნოს ტანში ის უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე საშვილოსნოს ყელში, კიბო კი — პირიქით.

საშვილოსნოს კედლის სარკომა ვითარდება არსებულ ფიბრომიომაში ან ნორმალურ მიომეტრიუმში. თუ იგი მიომეტრიუმში განვითარდა, გვაძლევს ან კვანძებს, ან საშვილოსნოს განსაზღვრული ადგილების დიფუზურ გადიდებას.

სარკომა შეიძლება დიდი ოდენობისა განვითარდეს — თუ ოპერაცია დროულად არ გავაკეთეთ. არის აღწერილი 20 კგ წონის სარკომა. სარკომას ახასიათებს სწრაფი ზრდა.

საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის სარკომა ვითარდება ან მთლიანად მთელ ენდომეტრიუმზე, ან მის განსაზღვრულ ადგილას — ლორწოვანი პოლიპების სახით. ასეთი პოლიპები ყურძნის მტევნის ფორმისაა. ისინი ზოგჯერ სავსებით აესებენ საშვილოსნოს ღრუს, აფართოებენ საშვილოსნოს ყელს და საშოში ჩამოდიან.

სარკომა თანდათანობით ღრღინის და ანადგურებს საშვილოსნოს კედელს, ვრცელდება მახლობელ ორგანოებზე — ნაწლავებზე, შარდის ბუშტზე, ლიმფური გზით პარამეტრიუმზე და სხვ. პარამეტრიუმში იგი ნამდვილი პარამეტრიტის შთაბეჭდილებას ქმნის, მაგრამ პროცესი უსიცხოდ მიმდინარეობს. კახექსია, ზოგჯერ კი მეტასტაზები მუცლის ღრუსა და ფლტებში, მიუთითებს პროცესის ავთვისებებანობაზე და დისემინაციაზე.

საშვილოსნოს ყელში, ისე როგორც ტანში, სარკომა წარმოიშვება ლორწოვანი გარსიდან, ან ყელის კედლიდან.

სარკომა გვხვდება ყველა ასაკში, ბავშვობის ხანაშიაც კი. უფრო ხშირად კი იგი ვითარდება ორმოცდახუთი წლის ასაკის შემდეგ.

ჰისტოლოგიურად ვარჩევთ მრგვალუჯრედოვან სარკომას, რომელიც შერეული უჯრედებისაგან შედგება. იშვიათად კი იგი თითისტარის მსგავსი უჯრედებისაგან შედგება.

**სიმპტომები. დიაგნოზი და მკურნალობა.** როგორც ვთქვით, სარკომას ახასიათებს სწრაფი ზრდა, კახექსია, მოხუცებულობის ხანაში ფიბრომულა საშვილოსნოს არა დაპატარავება, არამედ, პირიქით, ზრდა, ასციტი, მეტასტაზები საშოში და სხვაგან, სისხლის დენა კლიმაქტერიუმის ხანაში, ისევე როგორც კიბოს დროს.

დაავადების ხანგრძლიობა უდრის 2 წელს, ზოგჯერ მეტს, ზოგჯერ კი ნაკლებს.

უტყუარი, დანამდვილებითი სადიაგნოზი იშვიათად არ არსებობს. ყველა პოლიპი, რომელიც საშვილოსნოს ყელიდან იქნება მოცილებული, ჰისტოლოგიურად უნდა გაისინჯოს. მიკროსკოპის საშუალებით შეიძლება სწორი დიაგნოზის დასმა. დანარჩენ შემთხვევაში დიაგნოზი სავარაუდოდ ისმება.

მკურნალობა ოპერაციულია. დიაგნოზის დასმა ძნელია, ამიტომ მკურნალობაც ზოგჯერ მოგვიანებით ტარდება, რაც არადაამაკმაყოფილებელ



შედევს იძლევა. ზოგიერთი ავტორის მიხედვით, ვერც რენტგენის სხივებით მკურნალობა იძლევა დამაკმაყოფილებელ შედეგს.

### საშვილოსნოს ადენომიოზი (adenomyosis uteri)

ადენომიოზი. გარდა კუნთოვანი და შემაერთებული ქსოვილისა, შეიცავს ჯირკვლოვან ელემენტებს. თუ სიმსიენეს გააკვეთავთ, დაეინახავთ, რომ ის შედგება სხვადასხვა სიდიდის ღრუებისაგან. ღრუები ჯირკვლოვანი წარმონაქმნებია. ჯირკვლები დაფარულია ცილინდრული, საშვილოსნოს ღრუს სახის ეპითელით.

ადენომიოზის კავსულა არა აქვს და უფრო მტკიცედ არის შეზრდილი საშვილოსნოს დანარჩენ ქსოვილთან. მისი წარმოშობა ხდება ეოლფის სადინარების ემბრიონული ნაშთებისაგან. ზოგიერთის აზრით, ამ მხრივ მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს მიულერის სადინარებსაც.

უფრო ხშირად ადენომიოზი ვითარდება საშვილოსნოს უკანა კედელზე და ლულების კუთხეებში. ის ვითარდება აგრეთვე ლულაში, საკვერცხეში, მუცლის ღრუს ორგანოებში, ოპერაციის შემდეგ მუცლის კედლის ნაწიბურში და სხვ.

ადენომიოზის ჯირკვლოვანი ელემენტები განიცდის მენტრუალური ციკლის მსგავს ცვლილებებს და სისხლნარევი სითხეს შეიცავს.

ადენომიოზი, ანუ ენდომეტრიოზი წარმოიშევა აგრეთვე ანთებითი პროცესებისაგან. საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ეპითელი ან სეროზული გარსის ენდოთელი ღრმად შეიჭრება კუნთებში.

იშეითად, მაგრამ მაინც გვხვდება ადენომიოზის ეპითელის კარცინომული ცვლილება (adenocarcinoma). ზოგჯერ კისტრომის სარკომული გადაგვარება (adenomyosis sarcomatosa).

ამ სიმსიენის ზუსტი დიაგნოზი უმთავრესად მისი ამოკვეთის შემდეგ ისმება.

მკურნალობა ოპერაციულია.

### საშვილოსნოს კიბო (cancer uteri)

კიბო ავთვისებიანი სიმსიენეა. ავთვისებიანი სიმსიენის დამახასიათებელია ლიმფურ და სისხლის ძარღვებში შეჭრა და ქსოვილის განადგურება.

ლიმფური ძარღვების საშუალებით ავთვისებიანი სიმსიენის მცირე ნაწილაკები გადადის მახლობელ ლიმფურ ჯირკვლებში და იქ ვითარდება სიმსიენის ახალი კერები. სისხლძარღვებში შეჭრილი ავთვისებიანი სიმსიენის ნაწილაკები სისხლს მიაქვს სხვადასხვა ორგანოში და ვითარდება მეტასტაზები.

ავთვისებიანი სიმსიენე იძლევა რეციდივებს, ე. ი. მკურნალობის შემდეგ ზოგჯერ ორგანიზმში წარმოშობს ახალ სიმსიენეებს, რადგან ლიმფურ სისტემაში შეჭრილი ავთვისებიანი სიმსიენე ყოველთვის არ არის სამკურნალოდ ტექნიკურად მისაწდომი.

ავთვისებიანი სიმსიენეები იძლევა აგრეთვე კონტაქტურ და იმპლანტაციურ მეტასტაზებს. ამ უკანასკნელს ადგილი აქვს მაშინ, თუ სიმსიენის ნაწილი მოწყდა და ახალ ადგილას, მაგალითად, მუცლის ღრუში ჩავარდა და იქ განვითარდა.

აქთავისებიაანი სიმსივნე თანდათანობით ასუსტებს ორგანიზმს, ძლიერ აქვეითებს სიცოცხლის უნარს და კახექსიას ავითარებს, რადგან ავთვისებიანი სიმსივნის უჯრედების ენერგიულ ზრდას ეთანაბრება მეტად გაძლიერებული ნივთიერებათა ცვლა.

ავთვისებიანი სიმსივნე, თუ იგი მკურნალობის გარეშე დარჩა, იწვევს სიკვდილს. ავთვისებიანი სიმსივნის თვითგანკურნებას უპარესად იშვიათ შემთხვევაში აქვს ადგილი.

სიმსივნეების, მათ შორის კიბოს წარმოშობაში, როგორც აღნიშნული იყო, უდავოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს ენდო- და ეგზოგენურ მიზეზებს, ქრონიკული ხასიათის ანთებით პროცესებს, ტრავმას (მაგალითად, შშობიარობისაგან მიყენებულ ჭრილობებს და განვითარებულ ნაწიბურებს), ორგანიზმის, ორგანოების, ქსოვილებისა და უჯრედების ხანგრძლივ ქრონიკულ და ანთებით პროცესს, ქიმიურ გაღიზიანებას ვიტამინებით, ჰორმონებით და სხვ.

განვითარების ადგილმდებარეობის მიხედვით, ვარჩევთ საშვილოსნოს ყელისა და საშვილოსნოს ტანის კიბოს.

საშვილოსნოს კიბო 20 წლამდე ასაკში თითქმის არ ვითარდება, თუ მხედველობაში არ მივიღებთ კაზუსტურ შემთხვევას — კიბოს განვითარებას 8 წლის, 7 წლის და 8 თვის ასაკშიც კი.

გინეკოლოგიური დაავადებებიდან საშვილოსნოს კიბო გვხვდება შემთხვევათა 3—4<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ში. ამრიგად, ეს დაავადება საკმაოდ გავრცელებულია.

საშვილოსნოს ყელის კიბო შედარებით უფრო ახალგაზრდა ასაკში ვითარდება. უფრო ხშირად იგი გვხვდება 40—50 წლამდე ასაკში. 30—35 წლის ასაკიდან კიბოს შემთხვევათა რაოდენობა თანდათან მატულობს. საშვილოსნოს ტანის კიბო კი უფრო ხანშესულთა შორის ვითარდება, უფრო ხშირად 50—60 წლის ასაკში.

საშვილოსნოს ყელის კიბო უმთავრესად ნაშშობიარებ ქალთა შორის გვხვდება, უფრო ხშირად კი მრავალშშობიარეთა შორის. საშვილოსნოს ტანის კიბო კი თანაბარი სიხშირით გვხვდება როგორც ნაშშობიარებ, ისე არანაშშობიარებ ქალთა შორის. აღსანიშნავია, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბო გაცილებით უფრო ხშირი მოვლენაა, ვიდრე საშვილოსნოს ტანის კიბო. საშვილოსნოს ყელის კიბო გვხვდება შემთხვევათა 85—90<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ში, ტანისა კი — 10—15<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ში.

### საშვილოსნოს ყელის კიბო (cancer colli uteri)

საშვილოსნოს ყელის კიბო, გარდა იმისა, რომ უფრო ხშირი მოვლენაა, ვიდრე საშვილოსნოს ტანის კიბო, უფრო საშიშიც არის, რადგან შედარებით სწრაფად ვითარდება და აზიანებს მასლობელ ორგანოებსაც. ეს გარემოება მკვიდრად არის დაკავშირებული პარამეტრიუმის თავისებურებასთან, სადაც გარდა სისხლძარღვებისა, დიდი რაოდენობითაა ლიმფური ძარღვებიც. კიბოს გავრცელება კი უმთავრესად ლიმფური გზით ხდება. გარდა ამისა, საშვილოსნოს ყელის წინ მკვიდრად ეკვრის შარდის ბუშტი, უკანა მხარეს კი სწორი ნაწლავიც არ მდებარეობს მაინცა და მაინც შორს.

საშვილოსნოს კიბო სქესობრივ მომწიფებაამდე ე. ი. მანამ, სანამ ფოლიკულის ჰორმონი ორგანიზმში არ არსებობს, უიშვიათესი შემთხვევაა. ძლიერ იშვიათია აგრეთვე საშვილოსნოს კიბოს განვითარება ღრმა მოხუცებულობაში.

როდესაც საკვერცხეების ფუნქცია გამჭრალია და ფოლიკულის ჰორმონი ორგანიზმში აღარ არის.

საშვილოსნოს კიბოს დროს მენსტრუაცია უფრო დიდხანს არის შენარჩუნებული — 50 წლამდე.

საშვილოსნოს კიბო უფრო ხშირია ფიბრომიომის დროს, ვიდრე მის გარეშე (სკრობანსკი), ფიბრომიომის დროს კი ორგანიზმში ფოლიკულის ჰორმონი ჰქარბი რაოდენობითაა.

პრეკლიმაქტერიუმისა და კლიმაქსის დროს ფოლიკულის ჰორმონის გამოშვებება დიდი რაოდენობით ხდება, მაგრამ საშვილოსნოს მიერ მისი მონმარება წესიერად არ წარმოებს. ზოგჯერ ჰორმონი საშვილოსნოს სრულიად არ ხმარდება და ექსკრეტების საშუალებით იგი გარეთ გამოდის. ზოგჯერ კი ის ორგანიზმში რჩება დიდი რაოდენობით და საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ჰიპერპლაზიას იწვევს — ვითარდება ჰემორაგიული მეტროპათია. ამრიგად, როდესაც საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ჯირკვლები ატიპურად და ჰარბად იზრდება, კისტურად გადაგვარდება და ბირთვებში კარიოკინეზი ხდება, მაშინ ეს პისტოლოგიური სურათი პრეკანცერული მდგომარეობისათვისაა დამახასიათებელი.

თუ ჰემორაგიული მეტროპათიის დროს შეეწყვიტეთ საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ჰორმონული გაღიზიანება (ფოლიკულის ჰორმონით), მაშინ საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ჰიპერპლაზია წყდება და ნორმალური ლორწოვანი გარსი ვითარდება.

**პათოლოგიური ანატომია.** ადგილმდებარეობისა და კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით საშვილოსნოს ყელზე ორი სახის კიბო ვითარდება — საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილისა და საშვილოსნოს ყელის არხისა. საშვილოსნოს საშოსმხრივ ნაწილზე კიბო ვითარდება შედარებით ნელა, საშვილოსნოს ყელში კი — ჩქარა.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს ასეთი დაყოფა შეიძლება მხოლოდ მისი დასაწყისი ფორმების დროს. შემდეგ კი, როდესაც კიბოს პროცესი საშვილოსნოს ყელზე საფუძვლიანად მოიკიდებს ფეხს და გავრცელება, ამ ორი ლოკალიზაციის კიბოს ცალ-ცალკე გამოყოფა შეუძლებელი ხდება, რის გამოც ვლპარაკობთ საშვილოსნოს ყელის კიბოზე და არა საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილისა და საშვილოსნოს ყელის არხის კიბოს შესახებ.

ზოგი ავტორი ასეთ დაყოფას კიბოს დასაწყისი ფორმის დროსაც უარყოფს. მათი აზრით, კლინიკური და პათოლოგიურ-ანატომიური მონაცემების მიხედვით ეს შეუძლებელია. ამიტომ ისინი ლპარაკობენ საერთოდ საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ. ამას ჩვენც ვეთანხმებით.

საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივ ნაწილზე, ჩვეულებრივ, ვითარდება ბრტყელუჯრედოვანი კიბო. მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევაში აქ აღნოკარცინომასაც ვნახულობთ. საშვილოსნოს ყელის არხში, ჩვეულებრივ, ვითარდება ჯირკვლოვანი კიბო, მაგრამ აქაც გვხვდება ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს შემთხვევები. ეს ვარემოება აიხსნება იმით, რომ მიულერის სადინარების ეპითელს აქვს თვისება განვითარდეს როგორც ბრტყელი, ისე ჯირკვლოვანი ცილინდრული ეპითელის სახით.

საშვილოსნოს ყელის კიბო მაკროსკოპულად შეიძლება რამდენიმე ჯგუფად დაიყოს — კიბოს კვანძისა და წყლულის ზრდის მიმართულების მიხედვით.

1) კიბოს კვანძოვანი ევზოფიტური ფორმა. იგი წარმოადგენს კვანძს, რომელიც ქსოვილის სიღრმეში ნაკლებად იზრდება და უფრო პერიფერიისაკენ, ექსცენტრულად ვითარდება. ამიტომ ლიმფურ გზებში ის გვიან ვრცელდება.

კვანძი ზორკლიანი ზედაპირისაა და აყვავებულ კომპოსტოს მოგვაგონებს. მას აქვს ფართო ფუძე და ძლივს შესამჩნევადან მანდარინის ოდენობამდე აღწევს. მისი ფერი მორუქო წითელია, არაიშვიათად ჭუჭყიანი. ის არის ჩირქოვანი, სისხლმღენი.

რადგან კიბოს ეს ფორმა ღრმად ქსოვილში გვიან ვრცელდება, ამიტომ



სურ. 43. საშვილოსნოს ყელის კიბო.

მისი პროგნოზი უფრო კარგია — სხვა ფორმასთან შედარებით.

2) კიბოს წყლულოვანი ეიდოფიტური ფორმა წარმოადგენს წყლულს. კიბოს ეს ფორმა მკვეთრად განსხვავდება ზემოთ აღწერილი ფორმისაგან. წყლული იზრდება ღრმად, ღრუნის და ანადგურებს ქსოვილებს, ქმნის ჩაღრმავებებსა და ღრუებს. იგი შედარებით ჩქარა გადადის პარამეტრიუმზე, ტოპოგრაფიულად ახლოს და შორს მდებარე ლიმფურ ჯირკვლებზე. არაიშვიათად ვრცელდება აგრეთვე ზევით — საშვილოსნოს ყელის

არხის მემართლებით. ამიტომ კიბოს ამ ფორმის დროს საშვილოსნო მალე უმოძრაო ხდება, რაც ერთ-ერთი თვალსაჩინო მაჩვენებელია იმისა, რომ ოპერაცია უკვე დაგვიანებულია.

3) საშვილოსნოს ყელში მოთავსებული კვანძები. კიბოს ეს ფორმა საკმაოდ დროის განმავლობაში სრულიად ფარულად მიმდინარეობს. ამ დროს საშვილოსნოს ყელს საშოსმხრივ ნაწილს ზევიდან არაფერი ემჩნევა, რადგან კიბოს კვანძი შივ საშვილოსნოს ყელშია მოთავსებული.

პროცესის წინსვლასთან დაკავშირებით აღინიშნება საშვილოსნოს ყელის დიფუზური ან მისი ცალმხრივი გამობურცვა. დროთა განმავლობაში კიბო ანადგურებს საშვილოსნოს ყელს და საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილის ზედაპირზე გამოჩნდება წყლული, რომელიც ღრუს წარმოადგენს.

კიბოს ეს ფორმა ცუდ შედეგს იძლევა, რადგან მისი ადრეული დიაგნოზის დასმა ძნელია — პირველ ხანებში მისი ფარულად მიმდინარეობის გამო.

4) ცერვიკალური არხის საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის კარცინომული პოლიპი. ასეთ პოლიპს ფეხი აქვს და მოთავსებულია საშვილოსნოს ყელში ან საშვილოსნოს საშოსმხრივ ნაწილზე. კიბოს ეს ფორმა იშვიათია.

პისტოპათოლოგიურად არჩევენ ბრტყელ და ცილინდრულ უჯრედოვანი კიბოს სამ ფორმას — 1) მწიფეს, 2) საშუალო სიმწიფისა და 3) უმწიფარს.

მწიფე ფორმის დროს ძნელი არ არის გამოცნობა, თუ რომელი ეპითელიისაგან წარმოიშვა კიბო. საშუალო სიმწიფის ფორმის დროს ამის გამოცნობა კიდევ შესაძლებელია. უმწიფარი ფორმის დროს კი შეუძლებელია გამოვიცნოთ, თუ რომელი უჯრედებისაგან განვითარდა იგი.

ნაკლებად ღიფერენტირებული, უმწიფარი, ახალგაზრდა უჯრედოვანი კიბო განსაკუთრებით ავთვისებიანია.

**კლინიკური მიმდინარეობა.** საერთოდ, საშვილოსნოს კიბოს და, კერძოდ, საშვილოსნოს ყელის კიბოს დასაწყისი ფორმა არ ხასიათდება დაავადების ჩვეულებრივი სიმპტომებით, როგორცაა ტემპერატურის მომატება, აჩქარებული მაჯა, ტკივილი და სხვ.

კიბოს უაღრესად შემპარავი ხასიათის მიმდინარეობა აქვს, რის გამოც მისი დასაწყისი ფორმები გამოუცნობი რჩება. როდესაც კიბოს პროცესი იწყებს ტკივილსა და ტემპერატურის მომატებას, მაშინ დაავადება ისეა ფესვადგმული, რომ მკურნალობის საუკეთესო მეთოდების ღმარებაც კი თითქმის უშედეგო რჩება.

მოუხედავად ამისა, კიბო იძლევა ზოგიერთ სხვა სიმპტომსაც.

სისხლდენა. კიბოს დროს სისხლდენას მეტრორაგიული ხასიათი აქვს, თვიურსა და თვიურს შორის აღინიშნება სისხლიანი შლა. გარდა ამისა, სისხლის დენას ადგილი აქვს სქესობრივი კავშირის შემდეგ, დეფეკაციის დროს, ვაგინალური გასინჯვისას და საშოს შესხურების შემთხვევაში.

სისხლი დის კიბოსაგან დაზიანებული ადგილიდან. ზოგჯერ სისხლის დენა ძლიერია და საჭიროა ექიმის დახმარება.

რაც შეეხება მენტრუალურ ციკლს, ის დასაწყისში დარღვეული არ არის. კიბოს შორსწასულ შემთხვევებში — როდესაც კახეჟია განვითარდება, მენტრუალური ციკლის მოშლილობა ამენორეის ხასიათისაა.

თეთრად შლა. საშოდან გამოწინადნი გაძლიერებულია, მყარალი სუნისაა, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ქსოვილის ძლიერ დაშლას აქვს ადგილი. გამოწინადნი ხორცის ნარეცხს მოგვაგონებს.

რადგან ამ დროს საშოში ბაქტერიებია, საშვილოსნოს ყელი კი დაწყულელებულია და სავსეა ჩირქმადი ბაქტერიებით, ამიტომ შეიძლება ბაქტერიების საშვილოსნოს ღრუში შეჭრა და pyometra-ს განვითარება.

ტკივილი და ტემპერატურა. როგორც ვთქვით, ტკივილი და ტემპერატურა კიბოს დასაწყისისათვის არ არის დამახასიათებელი. ტკივილი და ტემპერატურა იწყება მაშინ, როდესაც კიბო ვრცელდება ლიმფურ ჯირკვლებზე, როდესაც ვითარდება ინფილტრატი და აღინიშნება ქსოვილის დაშლა.

კიბოს შორსწასულ შემთხვევებში თავს იჩენს აგრეთვე საშვილოსნოს მახლობელ ორგანოთა ფუნქციის მოშლილობა.

შარდის ბუშტის მხრივ მოსალოდნელია სხვადასხვა სახის მოშლილობა: მოშარდის ხშირი შეგრძნება (მეორადი ცისტიტის გამო), შარდის შეკავება (თუ კარცინომული სიმსივნე ძლიერ მიაწვა შარდის ბუშტს); შარდის უნებლიე დენა (თუ შარდბუშტ-საშოს ფისტულა გაჩნდა).

შესაძლებელია აგრეთვე ადგილი ექნეს შარღსაწვეთების შევიწროებასა და დახშობას — თუ მათ ირგვლივ ინფილტრატი განვითარდა, აქედან კი ხდება პიღრა- და პიონფეროზის წარმოშობა, ურემია და სხვ.

სწორ ნაწლავზედაც გადადის კიბოს პროცესი, მაგრამ, შარღის ბუშტთან შედარებით უფრო გვიან, რადგან საშვილოსნოდან ის უფრო დაშორებულია. ინფილტრატი გარს ეკვრის სწორ ნაწლავს და ავიწროებს მას, რის გამოც ყაბზობა ვითარდება. შედარებით იშვიათად ფლარათობასაც აქვს ადგილი. ისე როგორც შარღის ბუშტში, სწორ ნაწლავშიც შეიძლება ფისტულა განვითარდეს.

საშოს მხრივაც ვრცელდება საშვილოსნოს კიბო, საშოს ირგვლივ მდებარე ფაშარი შემაერთებული ქსოვილი ინფილტრირებულია, რის გამოც საშო ვიწროვდება. თვით საშოს კედლები ზიანდება და წყლულდება.

საშვილოსნოს ტანიც ჩაბმულია პროცესში. კიბო ჯერ საშვილოსნოს შიგნითა ზედაპირს აყვება და იქ განვითარდება, შემდეგ კი გადადის მის სეროზულ გარსზე და შესაძლებელია დიფუზურა პერიტონიტიც განვითარდეს.

პარამეტრიუმში საშვილოსნოს ყელის კიბოს დროს ყველაზე ადრეა პროცესში ჩაბმული. ისე, როგორც სხვა ადვილას, აქაც კიბოს სიმსივნის გარშემო, როგორც საპასუხო რეაქცია, ვითარდება შემაერთქსოვილოვანი, წვრილუჯრედოვანი ინფილტრაცია. მაგრამ შემაერთქსოვილოვან ზღუდეშიც იჭრება კიბოს უჯრედები და მასაც აზიანებს. ამიტომ საპასუხო რეაქცია ახალ ადვილს იჭერს და ხელახლა გარს ეხვევა სიმსივნეს შემაერთებული ქსოვილის უჯრედების სახით. ყოველივე ამის გამო საშვილოსნოს მოძრაობა იზღუდება და ბოლოს შეიძლება იგი ძლიერ ფიქსირებული გახდეს.

კიბოს პროცესის გავრცელებისთანა დაკავშირებით ხდება მთელი ორგანიზმის დაძაბუნება. თუმცა შეიძლება ორგანიზმის ზოგადი მოვლენები დიდხანს არ იქნეს გამოხატული და კახექსიას მხოლოდ სიცოცხლის ბოლო ხანებში ექნეს ადგილი. ავადმყოფი თანდათან სუსტდება, ეკარგება შადა, არაიშვითად აწუხებს უძილობა, ხდება ნერვიული, სისხლნაკლები და ფერმკრთალი. ეს მოვლენები პროგრესულად მატულობს და ნამდვილი კახექსია ვითარდება.

ასეთი ავადმყოფის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლიობა უდრის 2 წელს. სიკვდილის უშუალო მიზეზია ურემია, პერიტონიტი, კახექსია, სეფსისი და სხვ.

**ლიაგნოზი.** საშვილოსნოს ყელის კიბოს ლიაგნოზის დასმა ზოგჯერ ძლიერ ადვილია. საკმარისია საშოში სარკის ჩაღება და საშვილოსნოსყელის დათვალიერება, რომ ექიმს დაუყოვნებლივ მივიდეს იმ დასკვნამდე, რომ ამ შემთხვევაში საქმე საშვილოსნოს ყელის კიბოს ეხება.

ასეთი ადვილი გამოსაცნობი ფორმაა, მაგალითად, კიბოს ეკზოფიტური ფორმა — აყვავებული კომბოსტოს მსკავსა. მასი გარეკანი ფორმა, შეხებისას ადვილად განვითარებადი ძლიერი სისხლდენა კიბოზე მიუთითებს.

ადვილია ლიაგნოზის დასმა შორსწასულ შემთხვევებშიც, რადგან ამ დროს თვალთ ვნახულობთ დარღვეულ და განადგურებულ საშვილოსნოს ყელს, ბიმანუალური გასინჯვისას კი აღინიშნება ან სრულიად უმოძრაო, ან მოძრაობაშეზღუდული საშვილოსნო.

კიბოს დასაწყისი ფორმა შეიძლება საშვილოსნოს საშოს მხრივი ნაწილის ეროზიასთან შეგვეშალოს. საჭიროა ასეთ შემთხვევაში წყლულის ზედაპირზე ზონდის წვერით დავაწვით. ეროზიის შეთავსებაში ზონდი ქსოვილში ღრმად არ მიდის — ის წყლულის ზედაპირიდან ადვილად და-

ცურდება, კიბოს დროს კი, პირიქით, ზონდის წვერი ქსოვილში ეფლობა — ქსოვილი ფხვიერია. ეროზიის ზედაპირი ხშირად კრიალაა, მის ზედაპირს არ ახასიათებს ჩალრმაკვებები, კვანძები, და ხორკლები.

საეჭვო შემთხვევაში საჭიროა ციტოლოგიური გამოკვლევების ჩატარება, ბიოფსია — პისტოლოგიური გამოკვლევისათვის.

თუ კიბოს კვანძა საშვლოლანოს ყელის სისქეშია მოთავსებული, მაშინ დიაგნოზის დასმა ძნელია. მაგრამ ყურადღება უნდა მიექცეოდნ საშვილოლანოს ყელის ფორმას. ის ამ დროს ჩვეულებრივზე უფრო დიდია, თანაც არაიშვიათად ერთ-ერთი მისი კიდე გამოზურცულია.

საეჭვო შემთხვევაში ყელი უნდა გავაგანიეროთ და გამოფხვიკოთ, მასალა კი პისტოპათოლოგიურად უნდა გამოეიკვლიოთ.

საშვილოლანოს ყელზე იშვიათად გვხვდება ტუბერკულოზური და გუმოზური წარმოშობის წყულელები. თუ დიაგნოზი ნათელი არ არის, საჭიროა ციტოლოგიური, პისტოლოგიური და სეროლოგიური გამოკვლევების ჩატარება.

საშოსა და საშვილოლანოს ყელის სარკეებით დათვალოერებისა და ბიძანულური გასინჯვის გარდა, სასარგებლოა ცისტოსკოპიასაც მიემართოთ, რათა გამოვარკვიოთ შარდის ბუშტის მდგომარეობა — არის თუ არა იქ მეტასტაზი. ხშირად შარდის ბუშტის ცვლილებებს არ ენახულობთ.

ყოველივე ამის შემდეგ უნდა გამოვარკვიოთ — შეიძლება თუ არა ოპერაციის წარმოება ან რასახის მკურნალობას უნდა მიემართოთ.

ოპერაბილობის გამოსარკვევად საშვილოლანოს ყელზე ტყვიის მაშებს ვადებთ და ექნაჩეთ მას ქვევით. თუ საშვილოლანოს ირკვლივ პარამეტრიუმში კიბოს ან ანთებითი ინფილტრაცია არ არის, მაშინ ყელი თავისუფლად ჩამოიწვევა საშოს კარიბქემდე.

გარდა ამისა, თუ ინფილტრატი არ გადადის მენჯის ძვლებზე, ბიძანულური გასინჯვის დროს საშვილოლანო თავისუფლად მოძრაობს. ესეც დამამტკიცებელია იმისა, რომ ოპერაციის გაკეთება შეიძლება. საშვილოლანოს უმოძრაობა კი ამტკიცებს კიბოს პროცესის შორსწასულობას და შემთხვევის ინოპერაბილობას.

დამატებით ცნობებს რექტალური გასინჯვა იძლევა.

არც ერთ რეაქციას, რომელიც დღემდე მოწოდებულია კიბოს აღრეული დიაგნოზისათვის, მოქალაქეობრივი უფლება არ მოუპოვებია.

საშვილოლანოს ყელის კიბოს სტადიების კლასიფიკაცია. საშვილოლანოს ყელის კიბოს კლასიფიკაცია მრავალპა ავტორმა შეიმუშავა, მათ შორის მ. მალინოვსკიმაც.

### საშვილოლანოს ყელის კიბოს ხაერთაშორისო კლასიფიკაცია

I სტადია — კიბოსაგან დაზიანება მკვეთრად შემოიფარკლება საშვილოლანოს ყელის მიდამოში;

II სტადია (სამი ვარიანტი): ა) პარამეტრალური ვარიანტი — პარამეტრიუმში ინფილტრირებულია ორივე მხარეზე, იგი მენჯის ძვლამდე არ აღწევს; ბ) საშოს ვარიანტი — კიბოსაგან ინფილტრირებულია საშო, მაგრამ დაზიანებული არ არის მისი ქვედა მესამედი; გ) საშვილოლანოს ვარიანტი — ენდოცერვიკალური კიბო გავრცელებულია საშვილოლანოს ტანზე.

III სტადია (სამი ვარიანტი); ა) პარამეტრალური ვარიანტი — კარცინომული ინფილტრატი გავრცელებულია მენჯის ძვლებამდე; ბ) საშოს ვარიანტი — კიბომ დააზიანა საშოს ქვედა მესამედიც; გ) მენჯის იზოლირებული მეტასტაზები — იზოლირებული კიბოს კვანძები ისინჯება მენჯის ძვლებზე.

IV სტადია — კიბოსაგან დაზიანებულია შარდის ბუშტი, რაც დადასტურებულია ცისტოსკოპიის საშუალებით ან ვეზიკოვაგინალური ფისტულის გაჩენით.

შეიძლება დაზიანდეს აგრეთვე სწორი ნაწლავი, პროცესი გავრცელდეს მენჯის გარეშე საშოს შესავლის ქვევით და სხვ.

ყველა საექვო შემთხვევაში, როდესაც კიბოს დიაგნოზი საბოლოოდ გამოკვეული არ არის, ექიმმა ავადმყოფი საკონსულტაციოდ დაუყოვნებლივ უნდა აჩვენოს უფრო გამოცდილ და კვალიფიციურ სპეციალისტს ან ავადმყოფი კლინიკაში გაგზავნოს უფრო დაწვრილებითი გამოკვლევისათვის. უნდა გვახსოვდეს, ადრეულად გამოცნობილი კიბოს მკურნალობა შედარებით ადვილია და მას კარგი შედეგიც აქვს. დაავიანებულ შემთხვევაში კი კიბოს მკურნალობა თითქმის უშედეგოა.

ექიმი არ უნდა დაკმაყოფილდეს სისხლის დენის შემაჩერებელი ნივთიერების დანიშვნით იმ შემთხვევაში, თუ დიაგნოზი კარგად, საბოლოოდ გამორკვეული არ არის. პირველ ყოვლისა, ავადმყოფი დეტალურად უნდა იქნეს შესწავლილი და მიზეზი საბოლოოდ უნდა დადგინდეს.

#### საშვილოსნოს ტანის კიბო (carcinoma corporis uteri)

საშვილოსნოს ტანის კიბო უფრო იშვიათია, ვიდრე ყელის კიბო. საშუალოდ ის გვხვდება საშვილოსნოს კიბოს ყველა შემთხვევის 10 %-ში.

საშვილოსნოს ტანის კიბო უფრო ხანგრძლივად მიმდინარეობს — 4 წელს და უფრო ხანგრძლივადაც. ის გაცილებით უფრო გვიან გადადის მახლობელ ორგანოებზე და გვიან იძლევა მეტასტაზებს.

მახლობელ ორგანოთა შორის პირველად საშვილოსნოს ტანის კიბო გადადის კვერცხსაგალებზე. საკვერცხეებში ჩნდება მეტასტაზები. პარამეტრიუმი გვიან ზიანდება. აგრეთვე გვიან ზიანდება ლიმფური ჯირკვლებიც. საშვილოსნოს ტანის კიბოს დროს მოსალოდნელია მეტასტაზები საშოსა და ურეთრაში. კიბოს გადატანა ხდება რეტროგრადული გზით.

საშვილოსნოს ტანში გახრწნილ კარცინომულ მასას შეუძლია პიომეტრა განავითაროს — თუ საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირთან ჩირქის გამორწყვისათვის დაბრკოლებაა შექმნილი საშვილოსნოს ყელის არხის შევიწროების გამო.

საშვილოსნოს ტანში, მის ღრუში, კიბო ლორწოვან გარსზე ვითარდება. ვარჩევთ კიბოს განვითარების ორ ფორმას — შემოფარგლულს, ანუ ლოკალიზებულს და დიფუზურს.

შემოფარგლული, ანუ ლოკალიზებული ფორმის კიბოს დროს დაზიანებულია ლორწოვანი გარსის მცირედი ნაწილი. დაზიანებული ადგილი ბრტყელი კვანძი, ხორკლი, ბუსუსები ან პოლიპია.

დიფუზური პროცესის დროს დაზიანებულია ლორწოვანი გარსის დიდი ნაწილი — ის გასქელებულია.



ორივე ფორმის დროს პროცესი ვრცელდება საშვილოსნოს კედლის სის-  
ქეში, აზიანებს კუნთოვან შრეს და სეროზულ გარსს აღწევს, აზიანებს მასაც  
და შეიჭრება მუცლის ღრუში.

**მათლოფიური ანატოზია.** კიბოს ჰისტოლოგიური სურათი მრავალფე-  
როვანია. საშვილოსნოს ღრუ-  
ში ხშირად გვხვდება ჯირკვ-  
ლოვანი ფორმის კიბო  
(adenocarcinoma).

ჯირკვლების რაოდენობა  
დიდია. ისინი საშვილოსნოს  
ღრუს ეპითელიური უჯრედები-  
საგან წარმოიშვებიან. ჯირ-  
კვალთა შორის სტრომა ძლიერ  
მცირეა. საშვილოსნოს ღრუს  
ეპითელი ზოკჯერ ჯირკვლების  
შექმნის ნაცვლად ბრტყელ ეპი-  
თელად გადაიქცევა და გარქაე-  
დება. ჯირკვლების რაოდენობა  
მკვეთრად მატულობს სტრომის  
ხარჯზე და ირიბადაა დალაგე-  
ბული.

**კლინიკური მიმდინარეო-  
ბა.** თავდაპირველად აღინიშ-  
ნება გაძლიერებული თხიერი  
სუნიანი გამონადენი, რომელიც  
შემდეგ ჩირქოვან ხასიათს ლე-  
ბულობს. შემდეგ კი ჩირქნარეგ  
შლას სისხლიც ემატება.

სისხლდენა მცირეა, ძლი-  
ერ სისხლდენას იშვიათად შე-  
იძლება ჰქონდეს ადგილი.

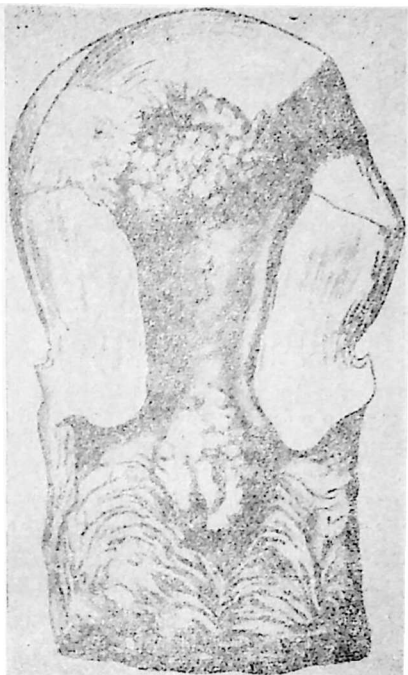
ტკივილი იწყება მაშინ, როდესაც კიბოს პროცესი საკმაოდ დაშლის საშ-  
ვილოსნოს ღრუს კედელს და დაშლილი მასის გამოსაძევებლად საშვილოსნო-  
შეკუმშვას იწყებს (სიმპსონის ტკივილი). ტკივილი დღის განსაზღვრულ-  
დროს ვითარდება.

თუ პროცესი შორს წავიდა და გავრცელდა მახლობელ ორგანოებზეც,  
მაშინ კახექისა ვითარდება, მაგრამ გაცილებით უფრო გვიან, ვიდრე საშვი-  
ლოსნოს ყელის კიბოს დროს.

შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავის ფისტულების გაჩენა საშვილოს-  
ნოს ტანის კიბოს დროს არ ხდება.

**დიაგნოზი.** საშვილოსნოს ტანის კიბოს დიაგნოზი უნდა დაისვას ზემოთ  
დასახელებული სიმპტომების მიხედვით, აღნიშნულს შეგვიძლია დავუმატოთ  
ის, რომ საშვილოსნო ამ დროს იქნება ნორმალურზე უფრო დიდი და რბილი  
კონსისტენციისა.

დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა ვაკატაროთ სარკოპასთან,  
რომელიც უფრო ახალგაზრდა ასაკში ვითარდება.



სურ. 64. საშვილოსნოს ტანის კიბო.

შეიძლება სისხლის დენა გამოწვეული იყოს უბრალო პოლიპისაგან, კემო-  
რაკიული მეტრომათისაგან, სუბმუკოზური მიომისაგან და სხვ. საჭიროა საც-  
დელი გამოვლენის, ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევის ჩატა-  
რება, რათა დიაგნოზი საბოლოოდ დაზუსტდეს. საშვილოსნო ფრთხილად უნ-  
და გამოვლენიკოთ, რათა დაზიანებული ადგილის პერფორაცია არ მოვანდინოთ.  
ზოგიერთის აზრით, გამოვლენას შეუძლია გამოიწვიოს პროცესის გენერალი-  
ზაცია.

### მკურნალობა

საშვილოსნოს კიბოს მკურნალობა ორი მთავარი მეთოდით შეიძლება —  
ოპერაციულით და სხვაურით (რადიუმი, რენტგენი). დანარჩენმა მეთო-  
დებმა და საშუალებებმა, რომლებიც დღემდე იყო მოწოდებული, არ გაამართ-  
ლა იმედები.

მეცნიერებმა დიდი მუშაობა ჩაატარეს იმისათვის, რომ ოპერაციული  
მეთოდის ტექნიკა გაუმჯობესებულყო, ოპერაციისაგან სიკვდილობის პროცენ-  
ტი შემცირებულიყო და შედეგი ცუდი არ ყოფილიყო.

საშვილოსნოს კიბოს მკურნალობა ოპერაციული მეთო-  
დით. 1878 წელს ფროიდმა ჩაატარა პირველი აბდომინალური რადი-  
კალური ოპერაცია — საშვილოსნოს სრული ამოკვეთა დანამატებითურთ.  
ოპერაცია ჩატარებული იყო კიბოს მკურნალობის მიზნით. იმ ხანებში ეს ოპე-  
რაცია იძლეოდა პირველად სიკვდილობას დაახლოებით შემთხვევათა  
70 — 75%-ში. იმავე წელს ჩერნმა პირველად გააკეთა საშვილოსნოს ვა-  
გინალური ტოტალური ექსტირპაცია. ამ მეთოდის დროს პირველად  
სიკვდილობას ადგილი ჰქონდა შემთხვევათა 32%-ში.

ფროიდის მიერ შემუშავებული ოპერაციული ტექნიკით კიდევ ვერ იქნა  
მიღწეული საშვილოსნოს რადიკალური, გაფართოებული სრული ამოკვეთა.  
ჩერნის მიერ მოწოდებული ვაგინალური მეთოდის დროსაც არ ხდებოდა სა-  
შვილოსნოსთან ერთად პარამეტრიუმის ამოკვეთაც. ამიტომ განკურნების  
პროცენტი მცირე იყო.

დღეს ორი მეთოდი ითვლება საუკეთესოდ: აბდომინალური გა-  
ფართოებული რადიკალური ოპერაცია, ვერთქაიმის მეთო-  
დით, და ვაგინალური გაფართოებული ტოტალური ექსტირპა-  
ცია შაუტას წესით.

ვერთქაიმის წესი სიკვდილობას, უშუალოდ ოპერაციისაგან, ე.ი. პირველად  
სიკვდილობას, დღეს იძლევა დაახლოებით შემთხვევათა 1—3%-ში. ამ ოპერაციის  
შემდეგ 5 წელზე მეტს რეციდივის გარეშე ცოცხლობს ავადმყოფთა 35—50%.

შაუტას წესით ოპერაციის დროს პირველად სიკვდილობას ადგილი ჰქონ-  
და შემთხვევათა 8,8%-ში. შემდგომ ეს პროცენტი შემცირდა 4,6-მდე. ამ  
ოპერაციის შემდეგ განკურნება ხდება შემთხვევათა 37,9%-ში, აბსოლუტური  
განკურნების პროცენტი კი უდრის დაახლოებით 6,2—18,4-ს.

კიბოს ოპერაციის შემდეგ რეციდივი აღინიშნება ხშირად პირველი წლის  
განმავლობაში, უფრო იშვიათად — პირველი სამი წლის განმავლობაში, კიდევ  
უფრო იშვიათად — პირველი ხუთი წლის გავლის შემდეგ.

ვერთქაიმის მეთოდით ოპერაციას ვაწარმოებთ საშვილოსნოს ყელის კი-  
ბოს დროს. იკვეთება მუცლის წინა კედელი თეთრი ხაზის მიმართულებით,

რის შემდეგ უნდა ამოიკვეთოს დანამატები, საშვილოსნოს ტანი, ყელი, საშოს ზემო ნაწილი, პარამეტრიუმი და მისაწვდომად მდებარე ლიმფური ჯირკვლები.

ვერთპაიმის ოპერაციის წარმოებისათვის საჭიროა შარდსაწვეთების გამოყოფა, საოპერაციო არის გაფართოება და, როგორც ვთქვით, საშვილოსნოსთან და დანამატებთან ერთად უნდა ამოიკვეთოთ პარამეტრიუმის ფაშარი შეშერებებელი ქსოვილი და ჯირკვლები.

როგორც აღვნიშნეთ, მუცლის წინა კედელს ვკვეთავთ თეთრი ხაზის მიმართულებით. მუშაობას ვიწყებთ მარცხნიდან. lig. infundibulum pelvicum-ს და lig. rotundum-ს ცალ-ცალკე ვადებთ ლიგატურებს და მათ შორის ვკვეთავთ ფართო იოგს. დადებული კვანძები რჩება განაკვეთის ლატერალურად. ამის შემდეგ ადვილია ფართო იოგის ორი ფურცლის გათიშვა.

მიედიკარტ ღრმად ყელისაკენ და ფართო იოგის უკანა კედელზე ვნახულობთ შარდსაწვეთს. შარდსაწვეთს ვაცლით ფაშარ შეშერებებელ ქსოვილს მთელ სიგრძეზე — მენჯის კედლიდან საშვილოსნომდე. შარდსაწვეთი ადებული გვაქვს პროვიზორული ლიგატურით, რათა შეგვეძლოს თვალყურის დევნება იმაზე, რომ ოპერაციის დროს არ დაზიანდეს იგი. Art. uterina წინიდან გადავკვარედინებთ შარდსაწვეთს, ესკვნით და ვკვეთავთ მას.

თუ პრილობა სისხლმდენია, შეიძლება art. hypogastrica-ც გადავკვანათ იქ, სადაც ის art. iliaca communis-დან გამოდის. ვაგრძელებთ პერიტონეუმის განაკვეთს წინ საშვილოსნოს ყელისაკენ, მის შიგნითა პირამდე, და მაკრატლით ვაცილებთ შარდის ბუშტს საშვილოსნოს ყელიდან. ამრიგად, საბოლოოდ ვათავისუფლებთ შარდსაწვეთს შარდის ბუშტში მის ჩასვლამდე.

შარდის ბუშტი უნდა მოცილდეს არა მარტო საშვილოსნოს ყელს, არამედ საშოს ზედა ნაწილსაც — ყოველივე ეს უნდა გაკეთდეს მეორე მხარეზედაც. ამის შემდეგ გადავდივართ უკან, საშვილოსნოს ვეჩაზეთ რაც შეიძლება ზევით და წინ. ვაერთებთ პერიტონეუმის განაკვეთს საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის ღონეზე, ვიწყებთ ყელიდან და ვაცილებთ პერიტონეუმს არა მარტო საშვილოსნოს ყელისაგან, არამედ საშვილოსნო-გავის იოგის ზედაპირისაგანაც. საშვილოსნო-გავის იოგი უნდა გადაიკვეთოს ახლოს მენჯის ძვლებთან. შეიძლება ეს იოგი არ გადაისკვნას.

ამის შემდეგ ვიღებთ საშოდან ტამონს, რომელიც ოპერაციამდე იყო ჩადებული. პარამეტრიუმში ვეძებთ გადიდებულ ჯირკვლებს და ვაცილებთ მათ. მეორე განაკვეთი ვაგვყავს საშოს წინა კედელზე გასწვრივად, რის შემდეგ შესაძლებლობის ფარგლებში მაკრატლით შემოვჭრით საშოსა და პარამეტრიუმს. უნდა მოვახდინოთ კარგი პემოსტაზი, რის შემდეგ გაიკერება საშო და პერიტონეუმი.

შაუტას წესით საშვილოსნოს ოპერაციას ვაწარმოებთ ვაგინალურად. საოპერაციო არის გაფართოების მიზნით პარარექტალურად ვაგვყავს შუხარტის პრილი შორისის გვერდით. საშვილოსნოს ვკვეთავთ დანამატებითურთ, ვკვეთავთ ავრეთეუ პარამეტრიუმის ნაწილს. რაც შეეხება ლიმფურ ჯირკვლებს, ისინი აქედან ყოველთვის არ არიან მისაწვდომი. საშვილოსნოს ტანის კიბოს დროს საჭიროა საშვილოსნოს მთლიანი ამოკვეთა დანამატებიანად.

საშვილოსნოს კიბოს მკურნალობა რენტგენისა და რადიუმის სხივებით. რენტგენის სხივებით კიბოს მკურნალობაში უდიდეს მნიშვნელობა აქვს დოზირებას. თუ სხივები მცირე დოზით გამოვიყენებთ,

მაშინ კიბოს უჯრედებს კი არ ვსაბობთ, არამედ, პირიქით, სტიმულს ვაძლევთ მათ გამრავლებას. თუ სხივები გამოვიყენებთ კარბი ღოზით, მაშინ მოსალოდნე-  
ლია სალი ქსოვილებისა და ორგანოების განადგურება.

კიბოს უჯრედები რენტგენის სხივებისადმი უფრო მგრძობიარეა, ვიდრე  
სალი უჯრედები. ამიტომ სხივების ერთი და იმავე ღოზით მოქმედებისას კი-  
ბოს უჯრედები უფრო მალე ილუბება, ვიდრე სალი უჯრედები.

სხვადასხვა ქსოვილის განადგურებისათვის სხივების სხვადასხვა დოზაა  
საკმარისი. მაგალითად, საკვერცხეების, მათი ფოლიკულებისა და მომწიფებაში  
არსებული კვერცხუჯრედების განადგურებისათვის საკმარისა 2000 p, კიბოს  
განადგურებისათვის კი 12000 — 14000 p.

რენტგენის სხივები არ ითვლება კიბოს ძირითად სამკურნალო საშუალებად,  
არამედ ის დამატებითად არის მიჩნეული. კიბოს ძირითადი მკურნალობა  
წარმოებს ან ოპერაციის გზით ან კიდეც რადიუმის სხივების  
საშუალებით.

რადიუმის სხივებით საშვილოსნოს კიბოს მკურნალობას  
დღეს უდიდესი მნიშვნელობა აქვს. ავადმყოფთა დაახლოებით 35—50%  
შეიძლება სავსებით განიკურნოს როგორც ქირურგიული მეთოდით მკურნა-  
ლობის, ისე რადიო-რენტგენთერაპიის შედეგად. თუ, ამასთან ერთად, მხედვე-  
ლობაში მივიღებთ პირველადი სიკვდილობის ჯერ კიდევ საკმაოდ დიდ პრო-  
ცენტს საშვილოსნოს ყელის კიბოს ოპერაციის დროს და სრულიად უმნიშვნე-  
ლო პროცენტს რადიოთერაპიის შემთხვევაში, მაშინ ეკვი არ არის, რომ სხი-  
ვებით მკურნალობა ყოველ შემთხვევაში ოპერაციული მკურნალობის ტოლ-  
ფასოვანია (გ. ლამბარაშვილი).

საშვილოსნოს ყელის კიბოს რადიუმის სხივებით მკურნალობისათვის საკ-  
მარისია 8000 — 9000 მილიგრამსაათი. სუანსი შეიძლება შეუწყვეტელი იყოს.  
ზოგიერთი კი ზემოთ აღნიშნულ დოზას ყოფს რამდენიმე სუანსად — 8—10  
დღიანი ინტერვალით.

მილიგრამსაათი შემდეგნაირად გამოიანგარიშება. ვთქვათ, საშვილოსნოს  
ყელში ჩავდებთ 100 მილიგრამი რადიუმს და დავტოვებთ შიგ 24 საათის გან-  
მავლობაში, მაშინ მივიღებთ:  $100 \times 24 = 2400$  მილიგრამსაათს.

საშვილოსნოს კიბოს ინოპერაბილურ შემთხვევებში იძულებ-  
ული ვართ მივმართოთ პალატიურ საშუალებებს, რითაც ავადმყოფს  
მცირე ხნით მაინც ვუმსუბუქებთ მდგომარეობას. შორსწასულ ინოპერაბილურ  
შემთხვევაში ადგილი აქვს მეტად მყარლ გამონადენს, აგრეთვე სისხლდენას და  
ტკივილს. პალატიურ საშუალებათა შორის აღსანიშნავია კარცინომული  
ღრუს გამოფხეკა, დაშლილი ნაწილების მოცილება კოვზის საშუალებით. კი-  
ბოსაგან განადგურებული ქსოვილი უნდა მოვაცილოთ მანამ, სანამ შედარებით  
სალ და მკვერცხუქსოვილამდე არ მივაღწევთ, რის შემდეგ ეს ადგილები უნდა მოვ-  
წყვათ პაკელენით და წავესვათ ზედ 70%-იანი იოდით, ან ფორმალინით, ან სხვა რაი-  
მე ძლიერი ანტისეპტიკური საშუალება. მივმართავთ აგრეთვე რენტგენისა და  
რადიუმის სხივებს.

ასეთი საშუალებებით შეიძლება ავადმყოფის მდგომარეობა რამდენიმე თვით  
და ზოგჯერ წლითაც გავაუმჯობესოთ.

ტკივილის წინააღმდეგ უნდა დაუენიშნოთ პანტოპონი, მორფიუმი, ან-  
ტიპირინის ოყნები და სხვ.

**Rp.: Antipirini 0,8**

D. S. გასწმენდი ოყნის შემდეგ ნახევარი ჩაის კიჭა წყლით გაუკეთეთ უკანა ტანში და იქ დატოვეთ.

**Rp.: Morphii muriatici 1%**

in amp. № 10

D. S. დღეში ერთხელ ძლიერი ტკივილის დროს.

**Rp.: Pantoponi 2%**

in amp. № 6

D. S. დღეში ერთხელ ძლიერი ტკივილის დროს.

დღეს ქალის სასქესო ორგანოების კიბოს მკურნალობა კომბინირებული წესით წარმოებს (ოპერაცია, რადიუმი, რენტგენი, ჰორმონთერაპია მამაკაცის სექსუალური ჰორმონით და სხვ.).

**Rp.: Methyltestosteron**

in. tabl.

D. S. თითო ტაბლეტი 3—4-ჯერ დღეში ენის ქვეშ.

### ვულვის კიბო (carcinoma vulvae)

ვულვის კიბო უფრო ხშირად გვხვდება 55—70 წლის ასაკში, შედარებით უფრო იშვიათად — 40—55 წლამდე ასაკში. თუმცა ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები ვულვის კიბოს განვითარებისა სქესობრივი მომწიფების ასაკშიც.

გარეთა სასქესო ორგანოებზე კიბო შეიძლება სხვადასხვა ადგილას განვითარდეს — დიდ და მცირე სასირცხო ბაგეებზე, კლიტორზე, უკანა ლაგამზე, ყველაზე იშვიათად ბართოლინის ჯირკვალში და სხვ.

ვულვაზე კიბო გვხვდება წყლულის, მკერაივი კვანძების, პაპილარული ფორმისა და სხვა სახით. პისტოპათოლოგიურად უფრო ხშირად საქმე ეხება ბრტყელ უჯრედოვან კიბოს. არის შემთხვევები ვულვის ადენოკარცინომისა, რომლის ელემენტი საოფლე ჯირკვლებისაგან წარმოიშეება. უფრო ხშირად ვულვის კარცინომა პირველადია. ძლიერ იშვიათად შეიძლება ის აქ მეტასტაზური გზით იყოს განვითარებული. ვულვის კიბოს გავრცელება მასობელ ქსოვილზე ხდება per continuitatem.

ვულვის კიბო ძლიერ ადრე ვრცელდება ლიმფურ ჯირკვლებში. ზიანდება საზარდულის როგორც ზერელე, ისე ღრმად მდებარე ლიმფური ჯირკვლები, მენჯის ღრუს ლიმფური ჯირკვლები და სხვ. შეიძლება ლიმფური ჯირკვლები კიბოს წყლულის მოპირდაპირე მხარეზეაც დაზიანდეს.

სიმპტომები, პროგნოზი, დიაგნოზი და მკურნალობა. კიბოს დაწყულულულ ფორმას ახასიათებს ქაეილი, წვა, ტკივილი, გამოწიდენი, სისხლდენა. დიაგნოზის დასმის დროს მხედველობაში უნდა მივილოთ ვულვის ქრონიკული წყლული, სიფილისისაგან გამოწვეული წყლული, ტუბერკულოზი და სხვ. მათ გამოსარკიტხავად აუცილებელია ციტოლოგიური, სეროლოგიური და პისტოლოგიური გამოკვლევების ჩატარება.

პროგნოზი ყოველთვის არ არის საიმედო — თუ საქმე ეხება ღრმა მოხუცებულებს და შორსწასულ შემთხვევებს.

მკურნალობისათვის არსებობს ორი გზა — ქირურგიული და სხეებით მკურნალობა. ოპერაცია დღეს მაქსიმალური რადიკალიზმით ტარდე-

ბა. უნდა ამოიკვეთოს არა მარტო კიბოს სიმსივნე, არამედ ორივე მხარეზე საზარდულის ჯირკვლები და მათ ირგვლივ მდებარე ფაშარი ქსოვილი.

### საშოს კიბო (carcinoma vaginae)

საშოს პირველადი კიბო საკმაოდ იშვიათია. უფრო ხშირად ის მეორადი მოვლენაა, გავრცელებული მახლობელი ორგანოებიდან — საშვილოსნოს ყელიდან, შარდის ბუშტიდან და სხვ.

საშოს კიბო გვხვდება კვანძების ან პაპილარული, მექეკოვანი წანაზარდის სახით.

უფრო ხშირად ზიანდება საშოს ზედა მესამედის უკანა კედელი. იგი ბრტყელუჯრედოვანია, იშვიათად კი აღნოკარცინომას ვხვდებით, რომელსაც ზოგიერთი პარტნერის სადინარიდან ან კიდევ საშოს ეპითელიდან განვითარებულად თვლის.

საშოს კიბოს გავრცელება უმთავრესად per continuitatem ხდება. იგი აზიანებს საშვილოსნოს ყელსა და ღრმად მდებარე პარავაგინალურ ფაშარშემავერთქსოვილს. ავიწროებს საშოს, გადადის აგრეთვე სწორ ნაწლავზე. შეიძლება ფისტულაც განვითარდეს.

**სიმპტომები, პროგნოზი და მკურნალობა.** კარცინომისაგან საშოს კედლის დაშლის გამო ვითარდება მყალი ჩირქოვანი გამონადენი, რასაც მალე თან ერთვის სისხლის დენაც. ტკივილი უფრო მოგვიანებით ვითარდება.

დიაგნოზის დასმა ძნელი არ არის. დიფერენციალური დიაგნოზი საჭიროა გატარდეს ტუბერკულოზურ და სიფილისურ წყლულთან, საკომპასთან და სხვ.

მკურნალობა ადრეულ შემთხვევაში ოპერაციულია. თუ კიბო საშოს ზედა მესამედშია, გვირგევე აბდომინალურ გაფართოებულ ოპერაციას ვერთპაიმის წესით. თუ იგი საშოს ქვედა მესამედშია, მაშინ კი — საშოსმხრივ ოპერაციას შაუტას წესით. შეიძლება მკურნალობა რადიუმის სხივებითაც.

### საკვერცხის კიბო (carcinoma ovarii)

გვხვდება საკვერცხის კიბოს როგორც პირველადი, ისე მეორადი ფორმაც, რომელიც მეტასტაზის საშუალებითაა განვითარებული. საკვერცხის კიბოს პირველადი და მეორადი ფორმის გარდა, არის შემთხვევები, როდესაც საკვერცხის სხვადასხვა ნაწილში კარცინომულ გადაგვარებას ვნახულობთ.

აღსანიშნავია, რომ, სტატისტიკის მიხედვით, საკვერცხის სიმსივნეებიდან ყოველ მეხუთე-მეექვსე შემთხვევაში ავთვისებიან სიმსივნეს აქვს ადგილი.

საკვერცხის კიბო უფრო ხშირად გვხვდება 40 — 50 წლის ასაკში, თუმცა შესაძლებელია იგი სხვა ასაკშიც განვითარდეს. უფრო ხშირად საკვერცხის კიბო ვითარდება ორივე მხარეზე. შემთხვევათა ერთ მესამედში ის ცალმხრივია. მეტასტაზებს იგი გვიან იძლევა. შეიძლება მოედოს მუცლის ღრუს პერიტონეუმს. შეიძლება მოხვდეს ფალოპის ლულაში, აქედან კი საშვილოსნოშიც. მეტასტაზი გვხვდება აგრეთვე ჭიაყელა ნაწლავში, სწორ, ნაწლავში და სხვ.

საკვერცხის კიბოსათვის დამახასიათებელია ასციტი. ვარჩევთ მის ორ ფორმას — საკვერცხის კისტურ კიბოს და მკერივ, სოლიდურ ფორმას.

საკვერცხის კისტური ფორმა აღწევს ბავშვის, ზოგჯერ კი სრულასაკოვანი ადამიანის თავის სიდიდეს. გარეგნობით წააგავს კეთილთვისებიან კისტადენომას. გაკვეთისას ვნახულობთ ღრუებს — სითხით სავსეს. სითხე არაიშვიათად ფსევდომუცინს შეიცავს.

ჰისტოლოგიური და ციტოლოგიური გასინჯვისას აქა-იქ ვნახულობთ კიბოს უჯრედებს.

საკვერცხის კიბოს მკვრივი, სოლიდური ფორმა იშვიათად გვხვდება. გარეგნული ფორმის მიხედვით ის წააგავს საკვერცხეს. სიდიდით ადამიანის მუშტის ან თავის ოდენა იზრდება.

გაკვეთისას აღმოჩნდება, რომ ზოგიერთი მისი ადგილი ტეინოვანია, ზოგიერთი კი ძლიერ მკვრივია. ჰისტოლოგიური გამოკვლევისას ვნახულობთ, რომ საკვერცხის პარენქიმა თითქმის ნოლიანად უკავია კიბოს სიმსივნეს. აქა-იქ შეიძლება დარჩენილი იყოს საკვერცხის ნორმალური ქსოვილი.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, საკვერცხის კისტაშიც გვხვდება კარცინო მული დეგენერაცია, უფრო ხშირად — პაპილარულ კისტადენომაში, იშვიათად კი — ფსევდომუცინოზურ კისტადენომაში.

კიბო ვითარდება საკვერცხეებში მეტასტაზის გზითაც, მაგალითად, სარძევე ჯირკვლებიდან, ლეიქიმიდან, უფრო ხშირად კი კუჭიდან, ნაწლავებიდან და სხვ. იეიძლება საკვერცხის კიბოს ერთი მეხუთედი და მეტიც მეტასტაზური იყოს.

როგორც ვთქვით, დიდ უმრავლეს შემთხვევაში იგი ვითარდება საკვერცხის ორივე მხარეზე და მას ასციტი ახასიათებს. სიდიდით მამაკაცის მუშტის ან თავის ოდენაა; მკვრივია ან კიდეც კისტური.

ჰისტოლოგიურად ზოგჯერ მათში ვნახულობთ მოზრდილ გაბერილ უჯრედებს, რომლებიც ბუკედს მოგვაგონებს, რადგან მათი ნამგლისებური ბირთვი კედელზეა მიკვლევითი.

ასეთი სიმსივნე პირველად კრუკენბერგმა აღწერა 1896 წელს (fibrosarcoma ovarii mucocellulare carcinomatodes). ჩვენში კი იგი აღწერეს სუთიმემ და სხვებმა. კრუკენბერგის სიმსივნე გვხვდება როგორც მეტასტაზური, ისე პირველადი.

### საკვერცხის გრანულოზარუჯრადოვანი სიმსივნე

(carcinoma ovarii folliculoides et cylindromatosum R. Meyer)

ეს სიმსივნე საკვერცხის კიბოს განსაკუთრებულ ფორმას წარმოადგენს. სიმსივნე, ჩვეულებრივ, ცალმხრივია, სიდიდით მუშტის ოდენობამდე აღწევს. მისი კონსისტენცია დამოკიდებულია მასში შემავრთებელი ქსოვილის განვითარების რაოდენობაზე, რის გამოც შეიძლება იყოს როგორც მკვრივი, ისე რბილიც.

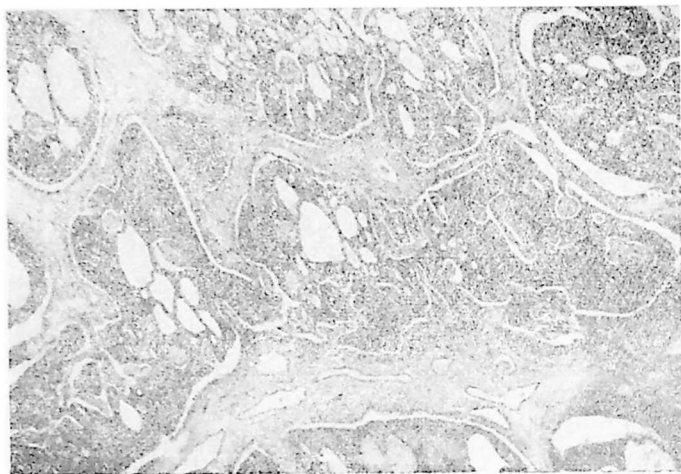
სიმსივნის გაკვეთისას ვნახულობთ, რომ ის მორუხო ფერისაა, ტეინოვანი ან მკვრივია.

ჰისტოლოგიური გამოკვლევისას ვნახულობთ ფოლიკულები-სა და გრანულოზური უჯრედების მსგავს ეპითელის გროვებს. უჯრედთა გროვებში შექრილია შემავრთებელი ქსოვილი, რომელიც ზოგჯერ საკმაოდ პარბია.

სამვილოსნოს ღრუში ვნახულობთ ლორწოვანი გარსის ჰიპერპლაზიას, რომელიც ისეთივეა, როგორც ჰემორაგიული მეტროპათიის დროს. ისევე რო-

გორც ჰემორაგიული მეტროპათიისას, ამ დროსაც ადგილი აქვს საშვილოსნოს ღრუდან სისხლდენას.

ეს სიმსიენე უფრო ხშირად ქმენოპაუზის ხანაში გვხვდება, თუმცა აღწერილია მისი განვითარება პუბერტეტის ასაკშიც.



სურ. 65. საკვერცხის გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსიენე.

1930 წელს უკამოქვეყნებულ შრომაში ჩვენ დავამტკიცეთ, რომ გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსიენეს შინაგანი სექრეციის უნარი აქვს, მიუხედავად ღრმა მოხუცებულობისა, ამ დროს ქალის შარდი და სისხლი ესტროგენების დიდ რაოდენობას შეიცავს, სიმსიენის ამოკვეთის შემდეგ ესტროგენების რაოდენობა ორგანიზმში კლებულობს, რამდენიმე დღის შემდეგ კი ესტროგენები სავსებით ქრება.

ამ სიმსიენის სადიაგნოზოდ გამოდგება მისი ცალმხრიობა, სისხლის დენა საშვილოსნოდან, მიუხედავად მოხუცებულობისა, საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ჰიპერპლაზია, შარდში ესტროგენების არსებობა და ისიც დიდი რაოდენობით.

**დიაგნოზი და მკურნალობა.** საკვერცხის კიბოს დიაგნოზის დასმა მეტად ძნელია. ავთვისებიანობის დამახასიათებელია ასციტი, სიმსიენის ორივე მხარეზე განვითარება, შეხორცებები და სხვ. საბოლოო დიაგნოზი ზოგჯერ მხოლოდ მიკროსკოპის საშუალებით ისმება.

მკურნალობა ოპერაციულია — უნდა ამოიკვეთოს სიმსიენე დანამატებითურთ და საშვილოსნო მთლიანად.

**ფალოპის მილების კიბო (carcinoma tube Fallopii).** ფალოპის მილების პირველადი კიბო ძლიერ იშვიათი მოვლენაა. იგი უფრო ხშირად ცალმხრივია, იშვიათად კი ორივე მხარეზე ვითარდება.

ფალოპის მილი გამსხვილებულია, შეიცავს სითხეს და მკვრივ მასას. პი-



რველად სიმსივნე ვითარდება ღულის ამპულარულ ნაწილში. ვნახულობთ ფს-ლოპის ლულის სიმსივნის პაპილარულ ან ალვეოლარულ ფორმას. სკირი იშვიათია.

ფალოპის მილებიდან კიბო per continuitatem ვრცელდება საკვერცხეზე და ფართო იოგზე. პერისტალტიკის გზით გადადის საშვილოსნოში. ლიმფური გზით შეიძლება ღვიძლშიც განვითარდეს.

**ღიაგნოზი. პროგნოზი და მკურნალობა.** ამ დროს არ არსებობს დამახასიათებელი სიმპტომები, ამიტომ ღიაგნოზის დასმა ძნელია.

პროგნოზი არასაიმედოა. ავადმყოფთა უმრავლესობა იღუპება ერთი წლის განმავლობაში — რეციდივისა და მეტასტაზისაგან.

მკურნალობა ოპერაციულია — რადიკალური ოპერაცია.

ფალოპის ლულების მეორადი კიბო უმთავრესად ლიმფური გზით ვითარდება. მისი ლოკალიზაციის მთავარი კერაა საკვერცხეები და საშვილოსნო.

### **ქორიონეპითელიომა (chorionepithelioma)**

ქორიონეპითელიომა შეტად ავთვისებიანი სიმსივნეა. ის უმთავრესად ვითარდება საშვილოსნოს ღრუში, მაგრამ იშვიათად შეიძლება ფალოპის ლულებში და საკვერცხეებშიც განვითარდეს.

მეტასტაზს სისხლის საშუალებით უფრო ხშირად ადგილი აქვს ფილტვებში. მაგრამ, გარდა ფილტვებისა, იგი შეიძლება ყველგან, მათ შორის ვულვანზეც და საშოშიც, განვითარდეს.

ქორიონეპითელიომა წარმოიშვება ნაყოფის ბუსუსოვანი გარსის ეპითელიისაგან — ლანგასისა და სინციტიალური უჯრედებისაგან.

ქორიონეპითელიომა შემთხვევათა 5%—ში ბუშტნამჭერის შედეგად ვითარდება. სკრობანსკის მიხედვით, 100 შემთხვევიდან ეს სიმსივნე 48—ში განვითარებული იყო ბუშტნამჭერის, 26—ში აბორტის და 25—ში მშობიარობის შედეგად.

ალბათ, ბუშტნამჭერის შემდეგ საშვილოსნოს ღრუში დარჩენილ ბუშტუკებს, აბორტის შემდეგ კი პლაცენტარულ პოლიპს მნიშვნელობა აქვს ქორიონეპითელიომის განვითარებაში. ის მალე ვითარდება მშობიარობის, აბორტის, ბუშტნამჭერის შემდეგ, მაგრამ აღწერილია შემთხვევები მისი განვითარებისა რამდენიმე წლის შემდეგაც.

როგორც აღვნიშნეთ, ქორიონეპითელიომა შეტად ავთვისებიანი სიმსივნეა. მაგრამ ზოგჯერ არის შემთხვევა, როდესაც იგი უშედეგოდ ქრება. ე. ი. შეიძლება ვთქვათ, რომ არსებობს კეთილთვისებიანი ქორიონეპითელიომაც, მხოლოდ მათი განსხვავება თანამედროვე საშუალებებით შეუძლებელია.

ქორიონეპითელიომა უფრო ხშირად 33—35 წლის ასაკში გვხვდება, თუმცა არის შემთხვევები მისი განვითარებისა უფრო ახალგაზრდა და უფრო ხანშესულ ასაკშიც.

მაკროსკოპულად ქორიონეპითელიომა წარმოადგენს კვანძებს. კვანძი შეიძლება იყოს იზოლირებული, ერთეული, ზოგჯერ კი — მრავლობითი. მისი ფერი ლურჯი ან რუხი-მოწითალოა. იგი არის სისხლით გაყვანილი, რბილი, რის გამოც მალე იშლება. ზოგჯერ კვანძები კუნთშია მოთავსებული, ზოგჯერ კი — ვენაში.

პისტოლოკიური გამოკვლევისას ვნახულობთ ეპითელის მსგავს უჯრედებს, რომელთა წონის სტრუქტურა არ არსებობს. ეს უჯრედთა გროვები ქორიონის ბუსუსების აღნაკობას მოკვავონებს.

**კლინიკური სურათი, დიაგნოზი და მკურნალობა.** ამ დროს მთავარია



სურ. 66. ქორიონეპითელიომა

მეტრორავიული ხასიათის სისხლდენა, რომელიც არ ჩერდება საშვილოსნოს ღრუს გამოფხევის შემდეგაც. საშვილოსნო ოდნავ გადიდებული და რბილია.

თუ ქორიონეპითელიომის კვანძი საშოშია, ის მოლურჯო წითელი ფერისაა.

საბოლოო დიაგნოზის დასმა პისტოლოკიური გამორკვევით და ბიოლოგიური რეაქციით უნდა დადასტურდეს. ქორიალური გონადოტროპინი შარდში ბევრია, რაც ქორიონის უჯრედებზეა დამოკიდებული.

მკურნალობა უნდა ეაწარმოთ დროული რადიკალური ოპერაციით—საშვილოსნოს მთლიანი ამოკვეთა და ნამატებით.

რაც შეეხება რენტგენ-რადიოთერაპიას, იგი არაღამაკმაყოფილებელ შედეგს იძლევა.

ქალი, რომელსაც ბუშტნამქერი ჰქონდა, ექიმის განსაკუთრებული მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იმყოფებოდეს.

ქალის ავთვისებიანი სიმსივნეების კორმონული მკურნალობისათვის ვცხარობთ ანდროგენებს, მეთილტესტოსტერონს და ტესტოსტერონპროპიონატს. ამ ბოლო წლებში იხმარება ესტროგენების დიდი დოზები.

### სახმისო ორგანოების კიბოს პათოლოგია

საბჭოთა კავშირში ავთვისებიან სიმსივნეებთან ბრძოლას უდიდესი ყურადღება ექცევა. ჩვენში გაშლილია გინეკოლოგიური კლინიკების, ამბულატორიების, დისპანსერების ონკოლოგიური პუნქტების, სპეციალური ონკოლოგიური ინსტიტუტების ფართო ქსელი.

მთავრობა უამრავ თანხებს ხარჯავს იმისათვის, რომ განკურნოს კიბოთი დაავადებული ადამიანები და რაც შეიძლება დროულად გამოავლინოს კიბოს დასაწყისი ფორმები.

მიმდინარეობს უდიდესი მეცნიერული კვლევა-ძიებითი მუშაობა ავთვისებიანი სიმსივნეების ნამდვილი ეტიოლოგიის გამოვლინებისა და მკურნალობისათვის.

რადგან საშვილოსნოს კიბოს მხოლოდ დაწყებითი ფორმების დროს იძლევა მკურნალობა კარგ შედეგს, ამიტომ ექიმის საპატიო მოვალეობას შეადგენს გამოავლინოს სწორედ ასეთი ფორმები. ამისათვის კი საჭიროა ყოველთვის ყურადღებით ვაკსინჯოთ ქალი და სისხლდენის შემთხვევაში გასინჯვა აუცილებლად სარკვევით ჩავატაროთ.

თუ დიაგნოზი გამოურკვეველია, დაუყოვნებლივ უნდა მიემართოთ უფრო კვალიფიციურ და გამოცდილ სპეციალისტს. ამასთან ერთად, ქრონიკული ანთებითი პროცესები უნდა საბოლოოდ განვეკუროთ, რათა მოვსპოთ კიბოს წარმოშობისათვის ხელშემწყობი პირობები.

ამ უკანასკნელი წლების განმავლობაში საბჭოთა კავშირში შემოდებულია მოსახლეობის პროფილაქტიკური გასინჯვები, რაც ტარდება ზემოაღნიშნულ დაწესებულებებში. მოსახლეობის პროფილაქტიკურმა გასინჯვებმა გამოავლინა კიბოს ადრეული ფორმები, რის გამოც მკურნალობა უფრო ეფექტური გახდა.

მასობრივად გამოვლენილ იქნა აგრეთვე პრეკანცერული მდგომარეობები. ადრეული და მიზანშეწონილი მკურნალობით შესაძლებელი გახდა მათი განკურნების პროცენტის გაზრდა.

პროფილაქტიკური გასინჯვის დროს ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევით ფართოდ უნდა ეისარგებლოთ.

სსრ კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის ბრძანების თანახმად ინდივიდუალურ ონკოლოგიურ პროფილაქტიკურ გამოკვლევას საჭიროებს ყველა ქალი 35 წლის ასაკის ზევით. ონკოლოგიური გამოკვლევა სისტემატურად უნდა ტარდებოდეს — არა ნაკლებ ორჯერ წელიწადში, ექვსთვიანი ინტერვალით.

ქალების ის ნაწილი, რომელიც ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ავადმყოფობს ქრონიკული ენდოცერვიციტით, ეროზიით, პაპილომით, აყვანილი უნდა იქნეს დისპანსერულ მეთვალყურეობაზე და მათი შემოწმება წელიწადში 3 — 4-ჯერ უნდა ჩატარდეს.

თანახმად ამ ბრძანებისა, ქალის სასქესო ორგანოების კიბოს წინამორბედ ნიშნებად ითვლება: 1) პაპილარული და ჯირკვლავანი ეროზია; 2) ლეიკოპლაკია, 3) ენდოცერვიციტი, 4) ექტროპიონი, განსაკუთრებით ხანშესულ ასაკში; 5) საშვილოსნოს ტანის ლორწოვანი გარსის ჯირკვლოვანი ჰიპერპლაზია და პოლიპოზი ხანშესულ ასაკში — ტკივილითა და სისხლდენით.

## ქალის ჰიგიენა

საბჭოთა სახელმწიფოს შექმნის პირველი დღეებიდანვე ქალს განსაკუთრებული უფლებები მიენიჭა. ქალი გახდა მამაკაცის თანაბარუფლებიანი პოლიტიკურ, ეკონომიურ და კულტურულ ცხოვრებაში.

საბჭოთა მთავრობამ დედათა და ბავშვთა დაცვა გამოაცხადა ერთ-ერთი უდიდესი მნიშვნელობის სახელმწიფო ამოცანად.

ქალის მთელი სიცოცხლე, როგორც უკვე აღნიშნული იყო, იყოფა რამდენიმე პერიოდად, რომლებშიც ქალს სპეციფიკური, განსხვავებული მოვლენები ახასიათებს. ასეთია მავალითად, ბავშვობის ხანა, სქესობრივი მომწიფების პერიოდი, მოწიფულობის პერიოდი, პრეკლიმაქსის, კლიმაქტერიუმისა და მოხუცებულობის ხანა. ეს პერიოდები არსებითად განსხვავდება ერთმანეთისაგან და, რა თქმა უნდა, სხვადასხვანაირ ჰიგიენურ პირობებსაც მოითხოვს.

ქალის ჰიგიენის შესახებ ვლადიმერ კობაქიძემ იმითომ, რომ ორგანიზმის თავისებურებები და მასთან დაკავშირებული რთული ფიზიოლოგიური მოვლენები (მენსტრუაცია, ორსულობა, მშობიარობა, ლაქტაცია, ლოგინობის ხანა და სხვ.) ძირითადად განასხვავებს ქალს მამაკაცისაგან, რის გამოც ქალის ორგანიზმის ჰიგიენის შესახებ საჭიროა მოწოდებული იქნეს დამატებითი ცნობები.

რა თქმა უნდა, ჰიგიენის ის საკითხები, რომლებიც საერთოდ ორგანიზმს ეხება და მიმართულია მისი მკურნალობისა და დაცვისა და გაჯანსაღებისაკენ, ეხება როგორც მამაკაცს, ისე ქალს.

საბჭოთა ხელისუფლებამ ფართოდ გაშალა მშრომელთა ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებათა ქსელი. გახსნილია დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის ინსტიტუტები, ქალთა და ბავშვთა კონსულტაციები, სამშობიარო სახლები, ბავშვთა ბაგები, საბავშვო სახლები, სანატორიუმები და სხვ., რომლებსაც დავალებული აქვთ იზრუნონ ქალის ჯანმრთელობაზე—მისი ორგანიზმის თავისებურებასთან შესაბამისად.

შეანობისა და გინეკოლოგიის სახელმძღვანელოები ეხება მხოლოდ ქალის ორგანიზმის თავისებურებებს სხვადასხვა საკითხთან დაკავშირებით.

## ახალშობილთა ჰიგიენა

ახალშობილ გოგონათა სასქესო ორგანოები მოითხოვს შედარებით მეტ ყურადღებას, ვიდრე ვაჟებისა. ეს აიხსნება ქალის სასქესო ორგანოების ანატომიური თავისებურებებით. სასქესო ნაპარალის არსებობა ქმნის ინფექციის უფრო ადვილად შეჭრის შესაძლებლობას. განსაკუთრებით ადვილი გადასატანია ბაქტერიები და კიები უკანა ტანიდან.

საჭიროა ახალშობილთა სასქესო ორგანოების ყოველდღიურად დაბანა. დაბანის დროს ახალშობილი გულაღმა უნდა გვეკავოს. ბაშბის ბირთვი, რომელიც შეეხო სხეულის სხვა ნაწილს, ვულვაზე არ უნდა მოვუსვათ.

ახალშობილთა კანი ძლიერ ნაზია. ამიტომ დაბანა და შემშრალეობა ფრთხილად უნდა ვაწარმოოთ. გართა სასქესო ორგანოებზე და მის ირგვლივ ტალკი უნდა მივაყაროთ ან ვაზელინი წავეუსვათ. ახალშობილს სასქესო ორგანოებში დაბადებისთანავე გონორეის პროფილაქტიკის მიზნით 0,5%-იანი ნოვოკაინის ხსნარში გახსნილი პენიცილინი უნდა ჩავაწვეთოთ. ყველაზე უკეთესი საკვები ახალშობილთათვის არის დედის რძე, რომელიც უნდა მიეცეს ყოველ სამ საათში — დილის 6 საათიდან ღამის 12 საათამდე (იხ. მეანობის სახელმძღვანელო).

ახალშობილთა „მენსტრუაცია“. როგორც ნათქვამი იყო, ახალშობილს პირველი კვირის ბოლოს შეიძლება გამოაჩნდეს სასქესო ორგანოებიდან სისხლის დენა, რომელიც 24 — 48 საათის განმავლობაში გრძელდება, ასეთი სისხლდენა მკურნალობას არ მოითხოვს. საჭიროა მხოლოდ სისუფთავის დაცვა (იხ. მენსტრუალური ციკლი).

როგორც ახალშობილთა „მენსტრუაცია“ დამოკიდებულია ახალშობილთა ორგანიზმში (პლაცენტრიდან) დიდი რაოდენობით ჰორმონების არსებობაზე, ასევე ახალშობილთა ძუძუების სიდიდეში მომატება, შეშუპება და სეკრეცია დამოკიდებულია ახალშობილთა ორგანიზმში არსებულ ჰორმონებზე: ძუძუების მხრივ ეს მოვლენები გვხვდება ორივე სქესის ბავშვთა შორის. გამონადენი (სეკრეტი) ხსენისაგან შედგება.

შეშუპებული ძუძუები უნდა მოვებანთ 2%-იანი ბორის მჟავით — დღეში ორჯერ. სეკრეტი არ უნდა გამოეწუროთ. შეშუპება თანდათან გაივლის. თუ შეშუპებულ ძუძუში ინფექცია მოხვდა, შეიძლება ნამდვილი მასტიტი განუვითარდეს და იგი დაჩირქდეს კიდეც, რაც სათანადო ქირურგიულ დახმარებას მოითხოვს.

ძუძუს წოვების ხანის ჰიგიენის საკითხები პედიატრის კომპენტენციას შეეადგენს.

## ხმისობრივი მოვლიერების ხანის ჰიგიენა

### ბავშვობის ხანა

ამ ხანაში ქალებისა და ვაჟების მოვლა თითქმის არ განსხვავდება ერთმანეთისაგან. მათი სასქესო ორგანოების შინაგანი სეკრეცია აქტიურად მოქმედი ჯერ კიდევ არ არის, მაგრამ ბავშვები დედ-მამისაგან და უფროსებისაგან სწრაფად ითვისებენ და იღებენ ყოველივეს, რასაც უყურებენ და ესმით. ასე რომ დედ-მამას, ოჯახს, საბავშვო ბაღების აღმზრდელებს და საერთოდ გარემოს უდიდესი მნიშვნელობა აქვთ ბავშვთა აღზრდისათვის და მათში სწორი ჰიგიენური ჩვევების გამოუმუშავებისათვის.

ბავშვებს უნდა ესაუბრებოდნენ მხოლოდ იმ საკითხების ირგვლივ, რომლებიც შეეფერება მათ ფიზიკურ და გონებრივ განვითარებას.

ბავშვი სუფთა ჰაერით უნდა სარგებლობდეს არა მარტო დღისით, არამედ ღამითაც — ძილის დროს. პროფ. მ. უკრელიძის ერთ-ერთი დიდი დამსახურებაა, რომ მან ჩვენში პირველად შემოიღო ბავშვებისათვის სუფთა ჰაერით დღე-ღამის განმავლობაში სარგებლობა როგორც დაავადების, ისე ჯანმ-

რთელობის დროს. ბავშვს უნდა ეძინოს ფანჯრებლია ოთახში წლის ყოველი დროის განმავლობაში.

ცნობილია, რომ გარდა სუფთა ჰაერზე ძილისა, არც ერთ საშუალებას არ ძალუძს ორგანიზმიდან გამოაძეოს ის მრავალი შხამი, რომელთა არსებობა დაღლილობასა და უძილობასთანაა დაკავშირებული. თუ გვძინავს არა დახურულ ოთახში, არამედ სუფთა ჰაერზე, მაშინ ორგანიზმის განთავისუფლება შხამებისაგან, უჯრედის ცხოველმყოფელობა და ინფექციისადმი ბრძოლის უნარი არაჩვეულებრივად ინტენსიური ხდება.

ბავშვობის ასაკში ცნობილია რაქიტის, ლიმფური ჯირკვლების ანთების, სისხლნაკლებობის, მწვავე ინფექციური დაავადების (ქუნთრუშის, დიფთერიის, წითელას და სხვ.) განვითარება. ამ დაავადებებმა სასქესო ორგანოებზე შეიძლება გაუსწორებელი კვალი დატოვოს, როგორც არის, მაგალითად, სასქესო ორგანოების ინფანტილიზმში, მენჯის სიმახინჯეები და სხვ. ამიტომ უნდა ვიბრძოლოთ მათი განვითარების წინააღმდეგ სუფთა ჰაერით, კარგი კვებით, სათანადო ჰიგიენური პირობებით, ვიტამინების სათანადო რაოდენობის მიცემით და სხვ.

დიფთერია ყელიდან შეიძლება საშოშიც იქნეს გადატანილი. ქუნთრუშის გართულებას შეიძლება საშოს ანთებაც მოყვეს. ამ მოვლენებს კი შეუძლიათ საშოს ატრეზიის გამოწვევა. ამიტომ ბავშვობის ხანის მწვავე ინფექციური დაავადების დროს ბავშვის სასქესო ორგანოები ზედმიწევნით სუფთად უნდა იქნეს მოვლილი.

რაქიტისა და ლიმფური ჯირკვლების დაავადების საწინააღმდეგოდ საუკეთესო საშუალებად ითვლება ვიტამინებით მდიდარი ნოყიერი საკვები, მზე, ჰაერი და წყალი.

წყლით ფართოდ უნდა ვისარგებლოთ შხამის სახით. უნდა მივმართოთ ცივი წყლით დასველებული ტილოთი ტანის დაზეღას და სხვ.

სასქესო ორგანოები საპნითა და წყლით უნდა იბანებოდეს ყოველდღიურად. უმჯობესია ეს ხდებოდეს ნელთბილი ან ოთახის ტემპერატურის წყლით.

ბავშვის განავალი დროდადრო უნდა გავსინჯოთ. თუ ჰიები აღმოჩნდა, საჭიროა სათანადო მკურნალობა ჩავატაროთ. წვრილ ჰიებს (oxiuris vermicularis) შეუძლიათ ვულვის ქაეილის გამოწვევა, რის გამოც შეიძლება ბავშვი ონანიზმს შეეჩვიოს.

ბავშვს ტანსაცმელი არ უნდა უჭერდეს. სასქესო ორგანოები უნდა იყოს დაფარული თეთრეულით.

სიცოცხის ატანას თანდათან უნდა შევაჩვიოთ. ამიტომ ძლიერ თბილი ტანსაცმლის ხმარება მიზანშეუწონელია. ბავშვს ფეხები მუდამ მშრალად და თბილად უნდა ჰქონდეს.

საკვები უნდა იყოს არაგამაღიზიანებელი. დღის განმავლობაში საკმელი 4-ჯერ უნდა მივცეთ — თითოეულ ულუფაზე ზომიერი რაოდენობით. სამაგიეროდ საკვების მრავალფეროვნება აუცილებელია — ხილი, ბოსტნეული და სხვ. საშარდღ და კუჭნაწლავის სისტემა დროულად უნდა იცლებოდეს, რათა საშვილანოს მდებარეობის ანომალია არ განვითარდეს.

საბჭოთა კანონმდებლობით აკრძალულია ყოველივე ის, რასაც შეუძლია ზიანი მოუტანოს ახალგაზრდა ორგანიზმს. ფაბრიკა-ქარხნებში მოწყობილია ვენტილაცია, შხაპები, ქალის ჰიგიენის ოთახები და სხვ.

## სქესობრივი მომწიფების ხანა—პუპერტეტი

პირველ მენსტრუაციას მენარხე ეწოდება, რომელიც სქესობრივ მომწიფებაზე მიუთითებს. სქესობრივი მომწიფების დაწყებიდან პირველ მენსტრუაციამდე საკმაოდ დიდი დრო გადის—რამდენიმე წელი. ამ პერიოდში ხდება ქალის გადასვლა ბავშვობის ხანიდან სქესობრივი მომწიფების ხანაში და მას ეწოდება ქალის ტიპის მომზადების, ანუ პუპერტეტის ხანა.

პირველი მენსტრუაციისათვის ახალგაზრდა გოგონა წინასწარ უნდა მოვაზადოთ (ეს ევალება დედას, ექიმსა და მასწავლებელს). მას უნდა აეუხსნათ, რომ ეს ჩვეულებრივი მოვლენაა, რომ მას არ მოყვება არავითარი გართულება და ავადმყოფობა.

თუ ასეთი ახსნა-განმარტება არ მიეცემა ახალგაზრდა გოგონას, მაშინ შეიძლება სასქესო ორგანოებიდან მისთვის მოულოდნელმა სისხლდენამ ცუდად იმოქმედოს მის ფსიქიკაზე. ბავშვი შეიძლება დადარდიანდეს და დებრჯიულ მდგომარეობაში ჩავარდეს.

ქალის სასქესო ორგანოების ანატომიური თავისებურება მოითხოვს ზედმიწევნით სისუფთავეს, რის გამოც, როგორც აღენიშნეთ, გარეთა სასქესო ორგანოები საბნითა და წყლით ხშირად უნდა იბანებოდეს. მაგრამ მენსტრუაციის დროს სისუფთავეს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ეძლევა. ამ დროს დილით და საღამოთი თბილი წყლითა და საბნით უნდა იბანებოდეს გარეთა სასქესო ორგანოები. საშოს გამორეცხვა კი დაუშვებელია.

გარეთა სასქესო ორგანოებს უნდა დეჰაფინოთ სტერილური ან გამოხარშული და დაუთოებელი დოლბანდი, რომელშიც ჰიგროსკოპული ბამბა იქნება მოთავსებული. ასეთი პატარა ბალიში დღეში რამდენჯერმე უნდა იცვლებოდეს, რაც დამოკიდებულია მენსტრუალური სისხლის რაოდენობაზე.

მენსტრუაციის დროს ორგანიზმი შედარებით უფრო სუსტია, მაგრამ ქალი მაინც სავსებით შრომისუნარიანია. მით უპეტეს, თუ მხედველობაში მივიღებთ ყველა იმ შეღავათს, რომლებითაც ქალი სარგებლობს ჩვენს ქვეყანაში.

მენსტრუაციის დროს გაცივებას შეიძლება აღმავალი ინფექციის განვითარება მოყვეს, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც საშვილოსნოს ყელი დაზიანებულია რაიმე ბაქტერიებით, მათ შორის გონოკოკებით.

მენსტრუაციის დროს აბაზანის მიღება არ არის სასურველი, რადგან აბაზანის წყალთან ერთად შეიძლება ბაქტერიები შეიჭრას საშვილოსნოს ღრუში. თბილი შხაპი კარგია. მენებელია დიდი ფიზიკური დატვირთვა და სხვ.

რა თქმა უნდა, სქესობრივი კავშირი ამ დროს დაუშვებელია, მას შეიძლება მოყვეს მწვავე ინფექციის განვითარება, რადგან მენსტრუაციის დროს ოდნავ გახსნილია საშვილოსნოს ყელი.

მენსტრუაციის დროს სქესობრივ კავშირს შეუძლია მოშალოს მენსტრუალური ციკლი და მენსტრუაციის წესიერი მიმდინარეობა და ძლიერი სისხლდენა გამოიწვიოს, რაც აიხსნება მენსტრუაციის პერიოდში სისხლით ავსებული მცირე მენჯის კიდეე უფრო გადატვირთვით.

## სქესობრივი ცხოვრების ჰიგიენა

ქალსა და მამაკაცს შორის ნორმალურ სქესობრივ ცხოვრებას უპარესად დიდი მნიშვნელობა აქვს.

ჩვენში პირველი მენსტრუაცია საშუალოდ 13—14 წლის ასაკში იწყება.

პი-ველი მენსტრუაცია კი სქესობრივი მომწიფების ერთ-ერთი მაჩვენებელია. მაგრამ ამ ასაკიდან სქესობრივი ცხოვრების დაწყება ყოველად დაუშვებელია, რადგან ორგანიზმი ამ დროს ჯერ კიდევ არ არის საკმარისად განმტკიცებული და მომზადებული.

საბჭოთა კანონმდებლობით ქორწინება დასაშვებია 18 წლის ასაკიდან. ამ ასაკიდან ქალის ორგანიზმს შეუძლია კარგად აიტანოს ორსულობა-ლოკი-ნობის ხანა და ლაქტაცია.

სასურველი და მიზანშეწონილია ქალსა და მამაკაცს შორის იყოს ასაკობრივი განსხვავება, რადგან მამაკაცს განაყოფიერების უნარი ღრმა მოხუცებულობამდე გაყვება, სამაგიეროდ ის სქესობრივად უფრო გვიან მწიფდება, ვიდრე ქალი.

სქესობრივი ცხოვრებისა და ორსულობის გვიან დაწყებაც არ არის მიზანშეწონილი, რადგან მშობიარობის დროს ხანშესულ პირველმშობიარეს მოსალოდნელია განუვითარდეს გართულებები (იხ. მეანობის სახელმძღვანელო).

ახალგაზრდა ქალმა და ვაჟმა, რომლებსაც სურთ შეერთდნენ და სქესობრივი ცხოვრება დაიწყონ, არა მარტო უნდა გაიციონ ერთმანეთის ხასიათი, არამედ უნდა იცოდნენ ერთმანეთის ჯანმრთელობის შესახებაც.

თუ ერთ-ერთი მათგანი ან ორივე დაავადებულია ვენერული სენით (სიფილისით ან გონორიით), მაშინ მათი ცხოვრება შეიძლება დამახინჯდეს—ადგილი ექნეს ავადმყოფობას და უშვილობას. ამიტომ ორივე წინასწარ კარგად უნდა შემოწმდეს სათანადო დაწესებულებაში—ვენისპანსერში, ვენისტიტუტში, კონსულტაციაში და სხვ. დაავადების შემთხვევაში ქორწინებამდე უნდა იმკურნალონ და განიკურნონ.

17—18 წლის ასაკამდე სქესობრივი კავშირი შეუძლებელია გარეშე ხდება უმრავლეს შემთხვევაში არა სქესობრივი მოთხოვნ იღვების გამო, არამედ შემთხვევით, შეუვებლად, არაიშვიათად ახალგაზრდა გოგონას ცნობისმოყვარეობის გამო. ამიტომ ამ წლებში ახალგაზრდა ქალი დედ-მამისა და მასწავლებლების განსაკუთრებული მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იმყოფებოდეს.

პირველ სქესობრივ კავშირს ჩვეულებრივ თან მოყვება საქალწულე აპკის დარღვევა და ცოტად თუ ბევრად სისხლდენა. მაგრამ სისხლდენა ყოველთვის სავალდებულო არ არის. ჰიმენის დარღვევა და სისხლდენა დამოკიდებულია საქალწულე აპკის ფორმაზე (იხ. ანატომიური ნაწილი).

პირველი სქესობრივი კავშირის დროს სისხლდენის არარსებობას ზოგჯერ უსიამოვნება მოსდევს ცოლ-ქმარს შორის. მამაკაცი ეკვიანობს იმის შესახებ, რომ ქალი მანამდეც ცხოვრობდა სქესობრივად. მაგრამ როგორც აღნიშნეთ, ჰიმენიდან სისხლდენა პირველი სქესობრივი კავშირის დროს სავალდებულო არ არის.

დარღვეული და სისხლმდენი ჰიმენი მტკივნეულია. ამიტომ შემდეგი სქესობრივი კავშირი 4—5 დღით უნდა გადაიდოს, სასქესო ორგანოები კი დღეში რამდენჯერმე თბილი წყლით ჩამოიბანოს.

სქესობრივი ლტოლვილებისადმი ქალი გაცილებით უფრო თავდაპირილია (ზოგჯერ კი პასიურცი), ვიდრე მამაკაცი. მამაკაცი უფრო სწრაფად აღიგზნება ხოლმე და ნაკლებად უწყევს ანგარიშს გარემოსა და საზოგადოებრივ აზრს, ქალი კი პირიქით.

ქალის ვნებათაღლევის მრუდი, მამაკაცის ვნებათაღლევის მრუდთან შედარებით, უფრო ნელა მიაწევს ზევით. ამიტომ სქესობრივი კავშირის დროს



მამაკაცისაგან უხეშ მოქცევას შეუძლია ქალში გამოიწვიოს სქესობრივი კავშირისადმი ზიზღი და მან აღნიშნულ მამაკაცთან სქესობრივი დაკმაყოფილება არასდროს არ იგრძნოს.

არის საკმაო პროცენტი ქალებისა, რომლებსაც სქესობრივი დაკმაყოფილება არასოდეს არ უგრძნობიათ.

სქესობრივი კავშირის დაწყების პირველ წელს და ზოგჯერ წლების განმავლობაში ქალთა საკმაო ნაწილი იშვიათად ლებულობს სქესობრივ დაკმაყოფილებას. ამას ისინი შემდგომ ეჩვენებიან.

სქესობრივი კავშირის შემდეგ საჭირო არ არის საშოს გამორეცხვა, რადგან სპერმატოზოიდები სასარგებლო უნდა იყოს ქალის ორგანიზმისათვის. ამასთან, გამორეცხვა აუარესებს საშოს ფლორას.

საშოს გამორეცხვა, როგორც ვთქვით, არც მენსტრუაციის შემდეგ არის საჭირო — თუ სასქესო ორგანოებში ანთებითი პროცესი და გაძლიერებული გამონადენი არ აღინიშნება. საჭიროა მხოლოდ დღეში ერთხელ გარეთა სასქესო ორგანოების დაბანა თბილი წყლითა და საპნით.

როდის უნდა ხდებოდეს სქესობრივი კავშირი? უმრავლესობის აზრით, სქესობრივი კავშირი უნდა ხდებოდეს საღამოს, დაწოლისას, რადგან დილაზე ბევრი დროა დასვენებისათვის.

ამ აზრს ჩვენც ვეთანხმებით. მაგრამ, თუ სქესობრივ კავშირს უნდა მოყვეს განაყოფიერება, მაშინ უმჯობესია იგი დილით მოხდეს, როდესაც ყველა უჯრედი, ორგანოები და ორგანიზმი მთლიანად დასვენებულია და თავესუფალია შსამისაგან.

სქესობრივი კავშირის სიბშირის შესახებ ნორმების დადგენა ძნელია. ეს დამოკიდებულია ტემპერამენტზე, ჯანმრთელობასა, ასაკზე და სხვ. მაგრამ ერთი რამ უდავოა — ბშირი სქესობრივი კავშირი იწვევს როგორც ფიზიკურ, ისე გონებრივ დაღლას, უხასიათობას, უმადობას, შრომის უნარის დაქვეითებას და სხვ. ზომიერი სქესობრივი კავშირი კი ადამიანს მუდმივ ხალისს გვრის.

რადგან ქალების უმრავლესობას გაცილებით უფრო იშვიათად სურს სქესობრივი კავშირი, ვიდრე მამაკაცს, ამიტომ ქმარმაც ამას ანგარიში უნდა გაუწიოს და ცოლს სქესობრივი კავშირი არ უნდა შეაზაროს, რასაც შეიძლება საერთო სიძულვილიც მოყვეს.

სქესობრივი კავშირი სასარგებლო და ფიზიოლოგიურია მაშინ, როდესაც ამისათვის ორივე სქესს შორის სურვილი და მისწრაფება არსებობს. ჩვენის აზრით, ნორმაც ამით უნდა განისაზღვროს. საშუალოდ კი კვირაში ორჯერ სქესობრივი კავშირი ახალგაზრდა და შუახნის ადამიანისათვის ფიზიოლოგიურად უნდა ჩაითვალოს.

### პრეკლიმაქტერიუმის, კლიმაქტერიუმისა და პოსტკლიმაქტერიუმის ხანის ჰიგიენა

პრეკლიმაქტერიუმი საშუალოდ 40 — 45 წლის ასაკამდე გრძელდება. ქალას ცხოვრების ეს პერიოდი მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა მოშლილობით ხასიათდება (იხ. მენსტრუალური ციკლის მოშლილობანი). ადგილი აქვს შემოკლებულ, გახანგრძლივებულ, ფარულ და ქარბ თვიურს, ზოგჯერ მეტრორაგიული ხასიათის სისხლდენას.

ამ პერიოდში უფრო ბშირად ხდება ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარებაც.

ამიტომ ქალის ცხოვრების ეს ხანა ექიმის განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს<sup>9</sup> ზოგიერთი ფიქრობს, რომ კლიმაქტერიუმი უკვე ქალის ცხოვრების მიწურულია. ეს აზრი არ არის მართალი. კლიმაქტერიუმის პერიოდში ქალი მოაგალი წლის განმავლობაში სავსებით შრომისუნარიანია და სქესობრივ ცხოვრებასაც ეწევა, რადგან ღრმა მოხუცებულობამდე ხდება საკვერცხებში ფოლიკულური ჰორმონის გამოუმუშავება, თუმცა მათი რაოდენობა საჭირო ნორმებს ვერ აღწევს და ყვითელი სხეული არ ვითარდება.

კლიმაქტერიუმი და მასთან დაკავშირებული ევრეთ წოდებული გამოვარდნის მოვლენები (ნეიროჰუმორალური მოშლილობები) რამდენიმე წელს გრძელდება — შეიძლება 65 წლამდეც კი გასტანოს, ე. ი. სანამ მენსტრუალური ციკლის ორივე ფაზა გამოვარდებოდეს. კლიმაქტერიუმის მოვლენები საშუალოდ ორმოცი წლის ასაკიდან იწყება. 45 წლის ასაკში თვიური წყდება, მაგრამ მენსტრუალური ციკლის პირველი ფაზა მაინც არსებობს, 60 წლის ასაკამდე და ზოგჯერ მეტ ხანსაც. ორგანიზმში არ არის ყვითელი სხეულის ჰორმონი, მაგრამ საკვერცხებში მოზარდი ფოლიკულები კიდევ არსებობს და ფოლიკულურ ჰორმონს იმუშავებს.

კლიმაქტერიუმს ახასიათებთ სუსტად, საშუალოდ და ძლიერად გამოხატული ნერვული მოვლენები და მოვლენები სისხლძარღვების მხრივ: სახეზე და თავში უეცრად სისხლის მოწოლა, წამოწითლება, წამოხურება, თავბრუ, ოფლიანობა, გულსძკერა, თვალეში ციმციმი, ტანზე (განსაკუთრებით ზურგზე) კიანჭველების ხიხვის შეგრძნება, საერთო აგზნებულობა და სხვ.

ეს მოვლენები, როგორც აღნიშნული იყო, ყველა ქალს ერთნაირად არა აქვს გამოხატული. ზოგს ეს მოვლენები დღის განმავლობაში ხშირად აღენიშნება და ძლიერ შემაწუხებელია, ზოგს კი იშვიათად აღენიშნება და ადვილად იტანს. ზოგჯერ კი ეს მოვლენები სრულებით არა აქვს.<sup>1</sup>

აღნიშნულ მოვლენებს გამოვარდნის მოვლენები ეწოდება. როგორც კლიმაქტერიუმის განხილვის დროს იყო ნათქვამი, ამ დროს აუცილებელია ექიმის დახმარება. კარგია ტანის დახელა ოთახის ტემპერატურის მქონე წყლით დასველებული პირსახოკით. რაც შეეხება მედიკამენტურ საშუალებებს, მათი ხმარების შესახებ კლიმაქსის განხილვის დროს იყო აღნიშნული. მიზანშეწონილია სპორტი, ყოველდღიური ნაყოფიერი მუშაობა, რაც ამ შემთხვევებში ყველაზე უკეთესი საშუალებაა.

ქალს ყოველდღიურად უნდა ჰქონდეს კუჭ-ნაწლავის მოქმედება. თუ ყაბ-ზობას აქვს ადვილი, მაშინ კარგია ხილი (ქლიავი, ვაშლი) შავი პური, მინერალური წყლები და სხვ.

სასქესო ორგანოები სისუფთავის მხრივ ამ დროს უფრო მეტ ყურადღებას მოითხოვს. აუცილებელია ყოველდღიური დაბანა საპნითა და წყლით.

სისხლის დენის შემთხვევაში, რაც ასე ხშირია პრეკლიმაქტერიუმის დროს, ექიმმა ყურადღება უნდა გაამახვილოს იმაზე, რომ სასქესო ორგანოებში ამ ასაკში შესაძლებელია ავთვისებიანი სიმსივნე არ განვითარდეს.

60 წლის ასაკის შემდეგ იწყება მოხუცებულობა. მაგრამ ეს კიდევ ღრმა მოხუცებულობა არ არის. ამ ხანაში ქალი კიდევ შრომისუნარიანია.

ღრმა მოხუცებულობაში სწრაფად ქვეითდება სასქესო ორგანოების კვება და სიცოცხლისუნარიანობა, რის გამოც საშოს ფლორა ირღვევა და საშოს ლორწოვანი გარსის ანთება არ არის იშვიათი მოვლენა.

ვულის გაღიზიანება და პრურიტუსიც შედარებით ხშირია. ამიტომ უნ-

და ხდებოდეს გარეთა სასქესო ორგანოების დაბანა ყოველდღე, საშოს შესხურება კი—დღეგამოშვებით მაინც.

შესხურება სასარგებლოა რძეშეავათი (ac. lactici—100,0 1 ჩაის კოვზი 1 ლიტრ წყალზე).

სასქესო ორგანოებიდან გაძლიერებული შლა და მცირედი სისხლდენაც კი საყურადღებოა. ამ შემთხვევებში ქალი უფრო დეტალურად უნდა შევისწავლოს, რათა ავთვისებიანი სიმსივნის დასაწყისი არ გამოგვეპაროს.

---

**უწყობობა (sterilitas)**

არასოდეს არსად ისეთი ძლიერი სურვილი არ ჰქონია ქალს გახდეს დედა, როგორც მას ჩვენს საბჭოთა ქვეყანაში აქვს. ეს გასაგებია არის, რადგან დედამ იცის, რომ მისი შვილი უზრუნველყოფილი იქნება აღზრდისა და მუშაობისათვის საუკეთესო პირობებით და საუკეთესო მომავალით. ბავშვის აღზრდისათვის დედას სახელმწიფო ყოველგვარ დახმარებას უწევს — როგორც ბავშვთა ბაგების, საბავშვო ბაღების ფართო ქსელის გაშლით, ისე მატერიალური დახმარების სახით.

საბჭოთა კავშირში მოსახლეობის ყოველწლიური მატება 3 მილიონზე მეტს შეადგენს, მაშინ როდესაც კაპიტალისტურ ქვეყნებში ფართოდ გავრცელებულია ჰპოვა მალთუხის თეორიამ, რომლის მიხედვითაც მშრომელებს ურჩევნია გამრავლებისაგან თავი შეიკავონ — საარსებო საშუალებათა შემცირების გამო.

უკანასკნელ ომამდე არსებული სტატისტიკის მიხედვით საზღვარგარეთის ქვეყნებში უშვილო ოჯახები (უწყობო ქორწინება) 20%-ზე მეტს შეადგენს.

წარსულში ყველა შეუღლებულთა შორის 10% უშვილო იყო, უშვილობა კი არასასიამოვნო მოვლენაა ოჯახში. ამჟამად ეს პროცენტი გაცილებით ნაკლებია — ანთებითი პროცესის პროფილაქტიკისა და მკურნალობის გაუმჯობესების გამო.

ქალის უშვილობის დიაგნოსტიკამ რამდენიმე ეტაპი განვლო. გასული საუკუნის 60-იან წლებში გამოფხუბული იყო აზრი იმის შესახებ, რომ უწყობობა გამოწვეულია საშვილოსნოს ცერვიკალური არხის სტენოზით. 70—80-იან წლებში უწყობობის მიზეზად შემთხვევათა 70%-ში ლულების გონორეულ ანთებას ასახელებდნენ. ამჟამად პერიოდში მამაკაცის უწყობობასაც მიაქციეს ყურადღება.

უშვილობის მიზეზად მამაკაცი თითქმის ყოველთვის ქალს თვლის და საკუთარ როლს ამ საქმეში ნაკლებ ყურადღებას აქცევს. სინამდვილეში კი ზოჯერ ქმარია დამნაშავე ცოლის უშვილობაში. როდესაც ვლადპარაკობთ ამ მხრივ ქმრის დამნაშავეობაზე, მხედველობაში გვაქვს მამაკაცის დაავადება გონორეით და განკურნების გარეშე მისი ცოლთან სქესობრივი კავშირი, რასაც არაიშვიათად მოყვება ქალის სასქესო ორგანოების ცვლილებები.

ქალის მხრივ უშვილობის მიზეზი მრავალი შეიძლება იყოს: ცვლილებები სასქესო ორგანოებში — განვითარებული ანთებითი პროცესისაგან, ტრავმისაგან, სიმსივნეებისაგან სასქესო ორგანოების განუვითარებლობა, ადგილობრივი ან ზოგადი ინფექციის მიზეზი, შინაგანი სეკრეციის მოშლილობა და სხვ.

თუ ყოველივე ამას მივიღებთ მხედველობაში, მაშინ აღმოჩნდება, რომ უშვილობის შემთხვევების 2/3-ში მიზეზი ქალია, 1/3-ში კი — მამაკაცი.

საესებოთ ვუთანხმებთ სკრობანსკის აზრს, რომ იმ შემთხვევაში, როდესაც მამაკაცმა ქალს გადასდო გონორეა და ქალი უშვილო გახდა, პირვე-

ლადი მიზეზი მამაკაცია, მაგრამ უშვილობა საბოლოოდ ამ შემთხვევაში გამოწვეულია ქალის მიზეზით.

იმისათვის, რომ განაყოფიერება მოხდეს, საჭიროა მამაკაცი და ქალი სქესობრივად მომწიფებული იყვნენ. ქალის სქესობრივ მომწიფებაზე მიუთითებს თეიურის და წყება. თუმცა, როგორც მენსტრუალური ციკლის განხილვის დროს აღნიშნეთ, პირველი თეიური კიდეც არ ნიშნავს ქალის სრულ სქესობრივ მომწიფებას.

მამაკაცის სქესობრივი მომწიფების ნიშანია სპერმის გამოყოფა. მაგრამ მარტო სქესობრივი მომწიფება არ არის საკმარისი იმისათვის, რომ განაყოფიერება მოხდეს. საჭიროა ქალის სასქესო ორგანოები ნორმალურად იყოს განვითარებული, რათა მამაკაცის სასქესო ასოს შეეძლოს მოთავსდეს საშოში და სპერმა დაიღვაროს საშოს უკანა თაღში.

თუ ადგილი აქვს ქალის სასქესო ორგანოების განვითარების მანკს. ეს ერთ-ერთი მიზეზია უშვილობისა (იხ. სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიები). მეორე მხრივ საჭიროა მამაკაცის სასქესო ორგანოები, მათ შორის ასო, ნორმალურად იყოს განვითარებული და განიცდიდეს საკმაო ერექციას რათა სპერმამ მიაღწიოს უკანა თაღს.

ქალს სქესობრივი მომწიფებიდან დაახლოებით 30 წლის განმავლობაში აქვს განაყოფიერების უნარი. ორმოცი წლის ასაკთან მიხედვით შემდეგ განაყოფიერების უნარი სწრაფად ქვეითდება, 43—44 წლის ასაკის შემდეგ კი ორსულობა იშვიათია.

იმ წლებშიც კი, როდესაც ქალს განაყოფიერების უნარი აქვს, არის პერიოდები, როდესაც განაყოფიერებისათვის ნაკლები შესაძლებლობაა, მაგალითად, ჩვენ ვიცით, რომ კვერცხუჯრედი ფოლიკულიდან თავისუფლდება თეიურის დაწყებიდან მე-14—16 დღეს. მაშასადამე, მენსტრუალური ციკლის პირველ დღეებში განაყოფიერებისათვის ნაკლები შესაძლებლობაა. ჩვენ ვამბობთ ნაკლები შესაძლებლობის შესახებ, რადგან შეიძლება გამოიწვიოს შემთხვევაში სპერმატოზოიდის დარჩენი სასქესო ორგანოებში ოველაციამდე. მუცლის ღრუში კი ის ფაგოციტოზით მალე იღუპება.

არც თეიურის წინა დღეებში არსებობს განაყოფიერებისათვის ხელშემწყობი პირობები. ამიტომ ამ პერიოდში განაყოფიერება იშვიათად თუ მოხდება. მამაკაცს კი ღრმა მოხუცებულობამდე აქვს განაყოფიერების უნარი. განაყოფიერებისათვის საუკეთესო დღეებად ითვლება მენსტრუაციის დაწყებიდან მეცამეტე-მეთვრამეტე დღე.

ვარჩევთ ქალის პირველად და მეორედ უნაყოფობას.

პირველადი სტერილობის შესახებ ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც ცოლ-ქმრის შეუღლების შემდეგ განვლო ორმა წელმა და ორსულობა არ მოხდა. მიუხედავად იმისა, რომ ამ ხნის განმავლობაში ცოლ-ქმარს ჰქონდათ ნორმალური სქესობრივი კავშირი.

ზოგიერთის აზრით, ქალი უშვილოდ ითვლება ქორწინებიდან 3—4—5 წლის გავლის შემდეგ. ჩვენი აზრით, ქორწინებიდან ერთი წლის გავლის შემდეგ, თუ ორსულობას არა აქვს ადგილი, უშვილობის მიზეზი უნდა გამოირკვეს და სათანადო მკურნალობა ჩატარდეს.

მეორეადი სტერილობა არის მაშინ, როდესაც ერთი ან რამდენიმე განაყოფიერების შემდეგ ახალგაზრდა ასაკში განაყოფიერება აღარ ხდება — მიუხედავად ნორმალური სქესობრივი კავშირისა. ლულების ფუნქციონალურმა

დიაგნოსტიკამ დაადასტურა, რომ პირველად სტერილთა შორის ლულები არ არის გამავალი შემთხვევათა 73%-ში, მეორად სტერილთა შორის კი—80,5%-ში (მალინოვსკი, საველიევი, მანდელშტამი).

ქალის მხრივ სტერილობის მიზეზები, ჩვენის აზრით, შეიძლება დაიყოს სამ ჯგუფად:

1) სასქესო ორგანოების ცვლილებები, გამოწვეული ანთებითი პროცესებისაგან, ტრავმისაგან, სიმსივნეებისაგან.

2) ზოგადი ან სასქესო ორგანოების ადგილობრივი ინფანტილიზმი, საერთო განვითარების მანკები;

3) შინაგანი სეკრეციის მოშლილობა.

სასქესო ორგანოებში განვითარებულ ანთებით პროცესს და მის შედეგს უარესად დიდი მნიშვნელობა აქვს განაყოფიერების საქმეში.

წინა თავებში ჩვენ განვიხილეთ სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესები — გამოწვეული სხვადასხვა სახის ინფექციისაგან, სტრეპტოსტაფილოკოკებისაგან, გონოკოკებისაგან, ტუბერკულოზის ჩხირისაგან და სხვ. იქ ჩვენ აღვნიშნეთ, თუ რომელი ინფექცია უფრო ძლიერად აზიანებს სასქესო ორგანოების ამა თუ იმ ნაწილს.

სასქესო ორგანოებს შორის ყველაზე დიდი მნიშვნელობა სტერილობაში აქვს ფალოპის ქსოვილების ანთებას, ინფექციებს შორის კი ყველაზე საზიანოა გონორეული სალპინგიტი.

გონორეული ლულებში დიდ უმრავლეს შემთხვევაში იწვევს მკვეთარ ცვლილებებს, რომელთა გამოსწორებისათვის ხანგრძლივი მკურნალობაა საჭირო. ამიტომ ფალოპის ლულების ანთებით პროცესს, როგორც ინფექციისაგანაც არ უნდა იყოს იგი გამოწვეული, დიდი მნიშვნელობა აქვს განაყოფიერების საქმეში. ამ მხრივ გონორეულ და ტუბერკულოზურ ინფექციას მაინც განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს.

ანთებისაგან დაბნულ ლულაში კვერცხი ვერ გაივლის.

სასქესო ორგანოების დანარჩენი ნაწილების ანთებას, ფალოპის ლულების ანთებასთან შედარებით, სტერილობის საქმეში მეორეხარისხოვანი მნიშვნელობა აქვს. იგი გაცილებით უფრო იშვიათად არის უნაყოფობის მიზეზი.

მაგალითად, საკვერცხის ანთებას, როგორც ძლიერიც არ უნდა იყოს იგი, არ შეუძლია უნაყოფობა გამოიწვიოს, რადგან საკმარისია საკვერცხის მცირედი პარენქიმატ კი გადაურჩეს ანთებას, რომ კვერცხუჯრედი მომწიფდეს.

საკვერცხის კისტა შემთხვევათა 20%-ში იძლევა უნაყოფობას.

ასეთივე მეორეხარისხოვანია სტერილობის გამოწვევის საკითხში საშვილოსნოს ღრუც. ეს გასაგებია, რადგან საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი თვიურთან დაკავშირებით ყოველთვის განიცდის ციკლურ ცვლილებებს და ენდომეტრიტი გარდამავალი მოვლენაა.

რაც შეეხება საშვილოსნოს ყელს, აქ განვითარებულ ანთებით პროცესს, ლორწოვანი გარსის კატარს შეუძლია ხელშემშლელი როლი ითამაშოს სპერმატოზოიდების ტრანსპორტში საშვილოსნოს ღრუსაკენ.

საშვილოსნოს ყელის კატარი ძლიერად ვითარდება ყელის დისციზიის დროს, რომელსაც მიმართავს ზოგიერთი ავტორი სტერილობის სამკურნალოდ და განკურნების ნაცვლად ამ მხრივ უფრო მძიმე მდგომარეობას ქმნის. დის-

ციზიას არ ძალუძს ინფანტილურ სასქესო ორგანოებში ორსულობის განვითარებას შეუწყოს ხელი.

საშვილოსნოს ყელში განვითარებულ ანთებით ნაწიბურებსაც შეუძლია ხელი შეუშალოს განაყოფიერებას.

უნაყოფობის საქმეში კიდევ უფრო ნაკლები მნიშვნელობა აქვს საშოსა და ვულვის ანთებას.

სიმსივნეც უნაყოფობის ერთგვარი მიზეზია. მაგალითად, ფალოპის ლულების სიმსივნეს თან ახლავს უშვილობა. ამ შემთხვევაში ჩვენ ვლაპარაკობთ ლულების არა ანთებით სიმსივნესე, არამედ ახალ წარმონაქმნზე. საშვილოსნოს ფიბრომიომას შემთხვევათა 70 და მეტ პარცენტში უნაყოფობა ახასიათებს. თუ ამ დროს განაყოფიერება მოხდა, აბორტია მოსალოდნელი. რაც შეეხება საშვილოსნოს ყელის არხის სიმსივნეებს — პოლიპი, სარკომა, კარცინომა და სხვ., ისინიც თამაშობენ გარკვეულ როლს ქალის სტერილობაში.

სასქესო ორგანოების ტრავმულ დაზიანებათა შორის ამ მხრივ განსაკუთრებით აღსანიშნავია შორისის ღრმა ჩახვევა მეორე, მესამე ხარისხისა. ამ შემთხვევაში სპერმას საშუალება არა აქვს მცირე ხნით მაინც გაჩერდეს უკან თაღში, ის უკან იღვრება, რის გამოც მეორადი უნაყოფობა ვითარდება.

მეორე ჯგუფის მიზეზებია ზოგადი და ადგილობრივი ინფანტილიზმი და საერთოდ განვითარების მანკები.

ზოგადი ინფანტილიზმის დროს დარღვეულია მთელი ორგანიზმის ნორმალური განვითარება. არც ერთი ორგანო, აოც მოცულობისა და არც ფუნქციის მიხედვით, ფიზიოლოგიურად განვითარებულს არ წააგავს.

ზოგადი ინფანტილიზმის დროს არც შინაგანი სეკრეცია აირის ნორმის ფარგლებში. აქედან გასაგებია, რომ კვერცხუჯრედი ვერ იქნება ნორმალურად ცხოველყოფელი.

ადგილობრივი ინფანტილიზმის დროს, როდესაც მხოლოდ სასქესო ორგანოებია განვითარებაში ჩამორჩენილი, სტერილობის მიზეზია მთელი სასქესო აპარატი — საშო ვიწროა, თაღები დაბალია, საშვილოსნო პატარაა, საშვილოსნოს ყელი გრძელი და ვიწროა, ლულები წერილია, არასწორადაა განვითარებული. საკვერცხეებსაც არ გააჩნია სათანადო ფიზიოლოგიური ფუნქცია, მოშლილია შინაგანი სეკრეცია. ასეთი განუვითარებელი საშვილოსნოს დროს სნეგირევის მიხედვით, შემთხვევათა 97,59% -ში სტერილობა ვითარდება.

გარდა ინფანტილიზმისა, განვითარების მანკთა შორის ამ მხრივ აღსანიშნავია საშვილოსნოს რუდიმენტალური არსებობა, საშოს აპლაზია და სხვ.

საშვილოსნოს მდებარეობის ანომალიებსაც აქვს ერთგვარი მნიშვნელობა უნაყოფობაში. მაგალითად, რეტროვერზიის დროს განაყოფიერება ყოველთვის არ ხდება. ამ დროს პოზდინსკის მიხედვით შემთხვევათა 43,1% -ში სტერილობას აქვს ადგილი. ზოგჯერ ამის დამატებით მიზეზია საშვილოსნოს ინფანტილიზმი, ზოგჯერ კი — არა. ასე რომ, თუ საშვილოსნოს ნორმალურ მდგომარეობას მივცემთ, ორსულობა მოსალოდნელია. ინფანტილიზმის დროს კი საჭიროა პორმონული მკურნალობა.

არც ვაგინიზმის დროს აქვს ორსულობას ადგილი, რადგან სქესობრივი აქტი შეუძლებელია.

განაყოფიერების საკითხში შინაგანი სეკრეცია დიდ როლს ასრულებს. დიდი მნიშვნელობა აქვს როგორც თვით საკვერცხის ნორმალურ სეკრეციას,

ისე შინაგანი სეკრეციის დანარჩენ ორგანოთა ნორმალურ ფუნქციას და ამ ორგანოთა შორის ფიზიოლოგიურ დამოკიდებულებას.

სტერილობის გამოწვევის მხრივ შინაგანი სეკრეციის ორგანოთა მოშლილობიდან აღსანიშნავია აკრომეგალია, გიგანტური ზრდა, ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერ- და ჰიპოფუნქცია და სხვ.

ორგანიზმის ქრონიკულად და მწვავედ მიმდინარე ზოგადი ანთებითი პროცესების შესახებ, რომლებიც იწვევს სტერილობას, ჩვენ აქ აღარ შევჩერდებით. ამ შემთხვევაში საქმე ეხება მთელი ორგანიზმის ინტოქსიკაციას.

ქალის უნაყოფობაში მენსტრუალური ციკლის მოშლილობას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს. მაგალითად, ორსულობა შეუძლებელია: ერთფაზიანი შემოკლებული, ერთფაზიანი 27 — 30-დღიანი, ერთფაზიანი ფარული, ერთფაზიანი გახანგრძლივებული ციკლის დროს; ორფაზიანი შემოკლებული მენსტრუალური ციკლის დროს, თუ მიზეზი ფიბრომაა, ორსულობა დაახლოებით შემთხვევათა 21% -შია შესაძლებელი, ისიც მოსალოდნელია აბორტით; მიზეზი თუ ქრონიკული ანთებითი პროცესია, მაშინ სტერილობა შემთხვევათა 80 და მეტ პროცენტში გვხვდება; ორფაზიანი გაგრძელებული მენსტრუალური ციკლის დროს, რომლის ეტიოლოგია ხშირად ინფანტილიზმია, ორსულობა შემთხვევათა 10 — 12% -შია მოსალოდნელი.

ვიტამინების, განსაკუთრებით E ვიტამინის ნაკლებობას ქალის ორგანიზმში დიდი მნიშვნელობა აქვს უშვილობის განვითარებაში.

ამ მხრივ ნივთიერებათა ცვლის მოშლაც, ხშირი სქესობრივი კავშირიც არ არის მნიშვნელობას მოკლებული. ცნობილია, რომ სტერმის კანკევემ შემხატუნება სტერილობას იწვევს (ა. ახელედიანი).

ქრონიკულ აპენდიციტსაც უნაყოფობა გამოიწვიოს (ვინოგრადოვა). იოდის და კალციუმის მარილების ნაკლებობა იწვევს განაყოფიერების პროცესის მოშლას.

პოლუბინსკის მასალის მიხედვით (მოყვანილია პობედინსკით), შემთხვევათა 18,0% -ში უნაყოფობა განვითარებულა სამეანო მაშის დადების შედეგად, 29,9% -ში ნაყოფის მობრუნების შედეგად, 20% -ში — ნაყოფის თავის პერფორაციის შედეგად, 17% -ში — საკეისრო გაკვეთის შემდეგ. ეს გასაგებია, რადგან წარსულში ამ ოპერაციულ ჩარევებს შეეძლო სასქესო ორგანოებში მკვეთრი ცვლილებები გამოეწვია. მედიცინის თეორიისა და პრაქტიკის განვითარების თანამედროვე პირობებში, კი, საესებით შესაძლებელია ზემოაღნიშნული მიზეზებით გამოწვეული უნაყოფობის თავიდან აცილება.

გასაგებია, რომ აბორტს, მით უმეტეს სექტიკურს, შემთხვევათა საკმაოდ დიდ პროცენტში შეუძლია უშვილობა გამოიწვიოს. მაგალითად, ყორღანიაშვილისწავლა საექიმო ჩვენების საფუძველზე გაკეთებული 346 აბორტის შორეული შედეგი. აღმოჩნდა, რომ 43 შემთხვევაში შვილოსნობის უნარი დარღვეული იყო, რაც 12,4% -ს შეადგენს.

სტერილობაში ქალის სექსუალური ანესთეზიას (anesthesia sexualis) ან სექსუალური აგზნების დაქვეითებას (დისპარეუნიას) არა აქვს მნიშვნელობა. სქესობრივი სასიამოვნო ემოციებისა (voluptas sexualis) და სქესობრივი კავშირის კულმინაციის გარეშეც ხდება განაყოფიერება. ამის დასამტკიცებლად შეიძლება მოვიყვანოთ ხელოვნური განაყოფიერების მაგალითები, როცა აღნიშნულ ფიზიოლოგიურ მოვლენებს ადვილი არა აქვს.



როგორც ვთქვით, შემთხვევათა  $\frac{1}{2}$ -ში სტერილობის მიზეზი არის მამაკაცი, სახელობრ მამაკაცის იმპოტენცია. მამაკაცის იმპოტენცია არის ორგანიზმის იმპოტენცია, როდესაც მამაკაცს არ შეუძლია ნორმალური სქესობრივი კავშირი დაიჭიროს ქალთან, როცა მამაკაცის ასო არ განიცდის ერექციას და მამაკაცს არ შეუძლია შეიტანოს იგი ქალის საშოში, და impotentio generandi — როდესაც უვარგისია განაყოფიერებისათვის მამაკაცის სპერმა. Impotentio coeundi-ს მიზეზი შეიძლება იყოს: ორგანიზმის ზოგადი ინტოქსიკაცია — სხვადასხვა ინფექციური დაავადების ნიადაგზე, შინაგანი სეკრეციის მოშლილობა, რენტგენის სხივების გავლენა. არაიშვიათად არის აგრეთვე იმპოტენციის შემთხვევები ნერვული და ფსიქიკური მოშლილობის ნიადაგზე და სხვ. Impotentio coeundi-ის დროს არა თუ ქალის განაყოფიერება არ ხდება, არამედ ასეთ მამაკაცთან ქალი ვერ ღებულობს სქესობრივ დაკმაყოფილებას.

მეორე ფორმა მამაკაცის იმპოტენციისა არის impotentio generandi. ამ დაავადების შემთხვევაში მამაკაცის ასო ვნებათა ღელვის დროს განიცდის სრულ ერექციას, პენისი ნორმალურად წეწის საშოში, ქალი სქესობრივ დაკმაყოფილებას ღებულობს, მაგრამ განაყოფიერება არ ხდება. შეიძლება ამ დროს ეაკულატი სრულებით არ იყოს (aspermatisms) (რაც მეტად იშვიათია), ან ეაკულატი იყოს, მაგრამ არ იყოს სპერმატოზოიდები (azospermia). ამ შემთხვევაში ეაკულატი შედგება პროსტატისა და ურეთრალური ჯირკვლების სეკრეტისაგან.

აზოსპერმია გამოწვეული ანთების შედეგად თელის გამომტანი მილაკების ან კიდევ vas deferens-ის დაზიანებით, რაც ხშირად შედეგია ორმხრივი გონორეული ეპიდემიტიისა.

ზოგჯერ ეაკულატი შეიცავს მცირე რაოდენობით სპერმატოზოიდებს, რომლებიც მოძრაობაში შეზღუდული ან კიდევ სრულიად უმოძრაოა (oligospermia). Necrospermia-ს დროს სპერმატოზოიდები მოძრაობას საცებით მოკლებულია, თუმცა მათი რაოდენობა ნორმის ფარგლებშია. ეაკულატის ეს ორი უკანასკნელი ანომალია ხშირი სქესობრივი კავშირის შედეგად გეხდება.

არის ისეთი შემთხვევები (იშვიათი), როდესაც ცოლ-ქმარს ყველაფერი ნორმალურად აქვთ განვითარებული, ნორმალური სქესობრივი კავშირიც აქვთ, მაგრამ განაყოფიერება მაინც არ ხდება. ასეთ მამაკაცს შეუძლია სხვა ქალი გაანაყოფიეროს, ასეთი ქალი კი შეიძლება სხვისაგან დაორსულდეს.

უნაყოფობის ამ ფორმის მიზეზი ღრმად გამოურკვეველია.

## ლიანოზი და ვაჟანალოვა

ქალის სტერილობის დიაგნოზის დასმისათვის უნდა გვახსოვდეს ყოველივე ის, რაც ჩვენ აღვნიშნეთ ზევით. უნდა აღვნიშნოთ სასქესო ორგანოების როგორც ადგილობრივი მიზეზები, ისე მთელი ორგანიზმის ზოგადი მიზეზებიც.

მამაკაცის სტერილობის მიზეზის გამოსარკვევად საჭიროა გავსინჯოთ მიკროსკოპულად რაც შეიძლება ახალი ეაკულატი და სპერმატოზოიდების მდგომარეობის მიხედვით ვიმსჯელოთ მამაკაცის სტერილობის შესახებ.

ადვილი გადასაწყვეტია საკითხი მაშინ, თუ ეაკულატში სპერმატოზოიდები სრულებით არ აოის (აზოსპერმია). მაშინ ვიცით, რომ მიზეზი ორმხრივი ეპილიდიმიტის შედეგია. მაგრამ, თუ ადგილი აქვს ოლიგოსპერმიას ან ნეკროსპერმიას, ამ შემთხვევაში საკითხის გადაჭრა საბოლოოდ არ შეიძლება. საჭიროა მამაკაცის მიერ სქესობრივი ცხოვრებისაგან რამდენიმე კვირით თავის შეკავების შემდეგ მივიღოთ რაც შეიძლება ახალი ეაკულატი.

სპერმა ლაბორატორიამ უნდა მიიღოს სქესობრივი კავშირიდან არა უკვიანეს 30 — 40 წუთის შემდეგ. სპერმის გასინჯვას ვაწარმოებთ ასე: საჭიროა ავიღოთ სასაგნე მინა (გასუფთავებული), დაეწვეთოთ ზედ სპერმა, დავაფაროთ საფარი მინა და გავსინჯოთ მიკროსკოპის საშუალებით.

სპერმის მიღება შეიძლება აგრეთვე საშოდანაც — სქესობრივი კავშირის შემდეგ, რაც შეიძლება მალე —  $\frac{1}{2}$  — 1 საათის განმავლობაში. ეს მეთოდი არასაიმედოა. სპერმის ონანიზმის გზით მიღება ჩვენ დაუშვებლად მიგვაჩნია.

ქალის უნაყოფობის მკურნალობის შესახებ ჩვენ აქ თითქმის არაფერს ვიტყვი, რადგან, როგორც აღვნიშნეთ, უშვილობა გამოწვეულია მრავალი მიზეზით, მრავალგვარი დაავადებით, რომელთა შესახებ სახელმძღვანელოს სხვადასხვა თავში ნახავს მკითხველი პასუხს.

აღვნიშნავთ მხოლოდ, რომ იმ შემთხვევაში, როდესაც უნაყოფობის მიზეზი ფალოპის ლულებია და მკურნალობის ფიზიოთერაპიულმა მეთოდებმა შედეგი არ მოკვცა, შეიძლება ლულების ოპერაციას მივმართოთ.

შეიძლება ლულის საღი ნაწილი გადაენერგოთ საშვილოსნოს კედელში ან კიდევ თვით საკვერცხე გადაენერგოთ საშვილოსნოს კედელში, ისე რომ კვერცხუჯრედს ოვულაციის დროს საშუალება ჰქონდეს საშვილოსნოს ღრუში მოხვედს.

ასეთი ოპერაციების შედეგი ჯერჯერობით დამაკმაყოფილებელი არ არის, თუმცა ორსულობა ზოგჯერ ხდება.

### ხელოვნური განაყოფიერება

ხელოვნური განაყოფიერება შეიძლება. თეორიულად ის კარგ შედეგს უნდა იძლეოდეს, პრაქტიკულად კი დადებითი შედეგი მცირეა.

ხელოვნურ განაყოფიერებას მიმართავენ მაშინ, როდესაც იმპოტენტ ქმარს საშუალება არა აქვს სპერმა მოახვედროს საშოს უკანა თაღში. ხელოვნური განაყოფიერების დროს იღებენ სპერმას და მას ასხამენ უკანა თაღში შპრიცის საშუალებით, უკეთესი შედეგის მისაღებად კი სპერმა ბრაუნის შპრიცის საშუალებით შეყავთ პირდაპირ საშვილოსნოს ღრუში.

გართულების თავიდან ასაცილებლად გამოკვლეული უნდა იქნეს სპერმა — საჭიროა რომ იგი არ შეიცავდეს დიდი რაოდენობით ლეიკოციტებს. თუ ლეიკოციტები ბევრია, ეს ნიშნავს, რომ ანთებითი პროცესია და აქ ბაქტერიებიც არის, რომელსაც შეუძლია საშვილოსნოში და დანამატებში ძლიერი ანთებითი მოვლენები გამოიწვიოს: ასეთი შემთხვევა არაერთხელ გვინახავს.

თავისთავად ცხადია, რომ სპერმატოზოიდები უნდა იყოს ჯანსაღი და მოძრავი. ისე მათ საშვილოსნოში შეყვანას არავითარი აზრი არა აქვს.

საერთოდ ხელოვნურ განაყოფიერებას არ უნდა მივმართოთ.

როდესაც სტერილობის მიზეზი ქალის ორგანიზმია, მკურნალობა უნდა ჩაებაროთ ენერგიულად და ზუსტად.

მკურნალობის შედეგი დადებითი თუ არ იქნა, ქალი მინც არ უნდა ჩაეგდოთ სასოწარკვეთილებაში, რადგან ჩვენ მრავალი მაგალითი გვაქვს, როდესაც განმეორებითი მკურნალობით მდგომარეობა გაუმჯობესებულა და ქალი დაორსულებულა.

ქალის უნაყოფობა ზოგჯერ 5—8—10—12 და მეტი წლის შემდეგ ორსულობით დამთავრებულა.

---

## შ ი ნ ა ა რ ს ი

### თ ა ვ ი I

ქალის ხასკესო ორგანოების ანატომია	3
გარეთა სასქესო ორგანოები	3
შიგნითა სასქესო ორგანოები	6
ვასკულარიზაცია და ინერვაცია	16

### თ ა ვ ი II

გინეკოლოგიურ ავადმყოფთა გამოკვლევის მეთოდები	18
ანანეზი	19
ობიექტური გამოკვლევა	21
გარეთა სასქესო ორგანოების დათვალიერება	22
სარკეებით დათვალიერება	23
კომბინირებული ბიძანაულური ანუ ორი ხელით გასინჯვა	25
ურეთრიდან, საშოდან და საშვილოსნოს ყელიდან ნაცხის აღებისა და მისი შე- ლუბების მეთოდები	27
ესტროგენული ჰორმონების მდგომარეობის განსაზღვრა ქალის ორგანიზმში საშოს ციტოლოგიური სურათის მიხედვით	28
ქალის სასქესო ორგანოების კიბოს ციტოლოგიური დიაგნოსტიკა	30
სპერმის გამოკვლევის მეთოდიკა	31
საშვილოსნოს ყელიდან ქსოვილის აღება	32
საშვილოსნოს ღრუს დათვალიერება	32
საშვილოსნოს ღრუს საცდელი გამოფხვება	33
უკანა და გვერდითი თალის პუნქცია	34
პერტუბაცია და სალპინგოგრაფია	35

### თ ა ვ ი III

ქალის გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოების განვითარების მანევზი	38
ფსევდოპერმაფროდიტიზმი	39
ნამდვილი პერმაფროდიტიზმი	38
გინატრეზია	38
ჰიმენის ატრეზია	39
საშოს ატრეზია	39
საშვილოსნოს ატრეზია	40
ორმაგი საშვილოსნო ორი ყელითა და ორი საშოთი	40
ცრუ ორმაგი საშვილოსნო საშოს ტიხრით	41
ორრქიანი საშვილოსნო ორი ყელით	42
ორრქიანი საშვილოსნო ერთი ყელით	42
უნაგირისმაგვარი საშვილოსნო	42
საშვილოსნოს მთლიანი და ნაწილობრივი გაყოფა ტიხრით	42
ემბრიონული და ინტანტილური საშვილოსნო	42
ჰიპოპლაზიური საშვილოსნო	43
საკვერცხეების ინოვაციები	43
დიაგნოზი და მკურნალობა	44

თ ა ე ი IV

ნორმალური გენიტალური ციკლი და მისი მოშლილობანი	46
ბავშვობის პერიოდი	46
სქესობრივი მომწიფების პერიოდი	47
მწიფეულობის პერიოდი	49
საკვერცხეების, საშვილოსნოსა და საშოს ლორწოვანი გარსის ფაზები	52
პრეკლიმაქტერიუმისა და კლიმაქტერიუმის პერიოდი	58
შინაგანი და გარეგანი სასქესო ორგანოების მორფოლოგიური და ჰორმონული სურათი	60
კლიმაქტერიუმის კლინიკური სურათი	62
დიაგნოზი და მკურნალობა	63
მოხუცებულობის პერიოდი	63
გენიტალური ციკლის მოშლილობანი	64
შემოკლებული ერთ- და ორფაზიანი გენიტალური ციკლი	64
გაგრძელებული ერთ- და ორფაზიანი გენიტალური ციკლი	66
ფარული ერთ- ონ ორფაზიანი გენიტალური ციკლი	68
ერთფაზიანი, 26—28-დღიანი ანოვულატორული მენსტრუალური ციკლი	70
ცვალებადი ხასიათის — შემოკლებულ-გაგრძელებული ერთ- და ორფაზიანი მენსტრუალური ციკლი	71
გენიტალური ციკლის ფაზების განვითარებლობა	71
მენსტრუაციის მოშლილობანი	72
მტკივნეული ზვიურა	73
Dysmenorrhoea membranacea	74
Dysmenorrhoea nasalis	74
დისმენორეა და ინფანტალიზმი	74
მენსტრუაციის მსგავსი სისხლდენა	76
სისხლდენა ახალშობილთა სასქესო ორგანოებიდან	76
სისხლდენა ორსულთა სასქესო ორგანოებიდან	77
სისხლდენა მოხუცებულთა სასქესო ორგანოებიდან	77
ოველატიური სისხლდენა	78
ვიკალური სისხლდენა	78
გინეკოლოგიური სისხლდენა	79

თ ა ე ი V

ქლის შინაგანი სტერეცია და მისი მოშლილობანი	80
საკვერცხე	81
საკვერცხის ჰორმონები	83
ფოლიკულური ანუ სექსუალური ჰორმონი	83
უვითელი სხეულის ჰორმონი	85
ინტერსტიციალური ქორიკალი	85
პერმაფროდიტიზმი	86
ინფანტილიზმი	86
ნადრევი სქესობრივი მომწიფება	87
ტვინის დანამატი	87
ჰიპოფიზური კახექსია	89
ჰიპოფიზური გასუქება	89
აკრომეგალია	89
გიგანტური ზრდა	90
ფარისებრი ქირკვალი	90
ბაზედოვის დაავადება	90
მიქსედემა	90
ენდემური კრეტინიზმი	90
ჰარაფარისებრი ქირკვლები, ეპითელიური სხეულები	91
ორკმელზედა ქირკვალი	91

მკერდუჯანა ჩირკვალი	93
სარძევე ჩირკვალი	93
პლაცენტა	93
ს. შვილოსნო	93

თ ა ვ ი VI

საშვილოსნო და საშოს მდებარეობის ანომალიები	95
საშვილოსნოს წინ, სიმფიზისაკენ წამოწევა	97
საშვილოსნოს მთლიანად უკან, გავის ძვლისაკენ გაწევა	97
საშვილოსნოს მდებარეობა მენჯის ერთ-ერთი გვერდის მახლობლად — მარჯვნივ ან მარცხნივ	98
საშვილოსნოს გადაგრება	98
საშვილოსნოს ზედმეტად წინ გადმოწევა	98
საშვილოსნოს უკან გადაწევა	99
საშვილოსნოს ტანის გადაწევა გვერდზე	99
მახვილი კუთხით წინ გადმოღუნული საშვილოსნო	100
უკან გადაწეული და გადახრილი საშვილოსნო	103
საშვილოსნოს და საშოს დაწევა და გამოვარდნა	106
საშვილოსნოს გადმობრუნება	113
საშვილოსნოს თიაქარი	114

თ ა ვ ი VII

ქალის სასქესო ორგანოების ტრავმული დაზიანება	115
---	-----

VIII

ქალის გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოების არაგონორეული ანთებითი პროცესები	120
პათოგენურ მიკრობთა როლი ანთებითი პროცესის განვითარებაში	127
ქალის სასქესო ორგანოების გზით ორგანიზმში სეპტიკური ინფექციის შეჭრის ხელშემწყობი პირობები	132
გარეთა სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესები	134
ველვის მწვავე ანთება	134
ველვის ქრონიკული ანთება	135
ველვის ქაეილი	135
წვეტიანი კონდილომები	136
ველვის ლეიკობლაცია	137
ველვის კრავროზი	138
ველვის ელუფანტიაზი	139
რბილი შანკრი	139
ველვის განგრენა	140
ველვის დიფთერია	141
ველვის ეგზემა	141
ველვის ფურუნკულოზი	141
ველვის მწვავე წყლული	142
ველვის ქრონიკული წყლული	142
ეაგინიზმი	143
შიგნითა სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესები	143
საშოს ფლორა	143
საშოს ანთება	147
საშოს გრანულომატოზური ანთება	148
საშოს ემფიზემატოზური ანთება	149
მოაუცებულთა საშოს ანთება	149
მოხუცებულთა საშოს შებორკებითი ანთება	150
საშოს ტრიქომონადური ანთება	150

საშოს რძიანა	152
Paravaginitis dissecans	152
საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილის ეროზია	152
საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის ანთება	156
სებტიკური და მარტივი ენდომეტრიტი	158
ფალოპის ლულები და საკვერცხეების ანთება	160
2. რამეტრიუმის ანთება	164
პერიტონიტი	169
თრომბოფლებიტი	173
სეფსისი	177

თ ა ვ ი IX

ქალის სასქესო ორგანოების გონორეა	184
გონოკოკის თვისებები	184
გონოკოკის შეღებვის მეთოდი	186
გონორეული ინფექციის გაერცელების გზები და ხელშეწყობი პირობები	187
სულფამიდური პრეპარატებისა და პენიცილინის ხმარება ქალის გონორეის დროს	188
ქალის ქვემო სასქესო გზების გონორეა	190
შარდსადენის გონორეა	190
გონორეული სკენიტი	193
გონორეული ბართოლინიტი	193
ეულის გონორეა	195
წვეტიანი კონდილომები	195
საშოს გონორეა	196
საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსის გონორეა	198
ანორექტალური გონორეა	202
ქალის ზედა სასქესო გზების გონორეა	204
საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის გონორეა	205
კვერცხსაგალების გონორეა	206
კვერცხსაგალ-საკვერცხის კისტა	207
საკვერცხის გონორეა	207
გონორეული პელეოპერიტონიტი	208
დნამატების გონორეული სიმსივნეები და შეზორცებითი პელეოპერიტონიტი	214
გონორეული სეფსისი	216
გონორეული აბსციდი	217
გენიტალური ციკლის მოშლილობანი გონორეის აღმავალი ფორმის დროს	217
გონორეის პროფილაქტიკა	220

თ ა ვ ი X

ქალის სასქესო ორგანოების დაავადება ტუბერკულოზითა და სიფილისით	221
ტუბერკულოზი	221
სიფილისი — პირველადი სიფილისური წყლული	226

თ ა ვ ი XI

საშვილოსნოსგარეშე ორსულობა	228
----------------------------	-----

თ ა ვ ი XII

სასქესო ორგანოების კისტები და კისტადენომები	242
ეულის კისტა	242
საშოს კისტა	242
საშვილოსნოს კისტა	242
საკვერცხეების კისტები და კისტადენომები	243
საკვერცხის მარტივი კისტა. კისტური ფოლიკული	243

ყვითელი სხეულის კისტა	244
შოკოლადისფერი კისტა	244
ფართო ფოგების (პაროვარიალური კისტა)	244
ფალაპის ლელის კისტა	245
ტუბო-ოვარიალური კისტა	245
პერისიტული ფოლიკული — კემორაგიული მეტრომათია	245
საკვერცხის პროლიფერაციული კისტადენოზები	249
ფსევდომუცინოზური კისტადენოზი	249
სეროზული კისტადენოზი	250
დერმოიდა	251
ტერატომა-ტერატობლასტომა	252

### თ ა ვ ი XIII

სასქესო ორგანოების სიმსივნეები	260
საშვილოსნოს ფიბრომიომა	264
საკვერცხების ფიბრომიომა	278
საშოს ფიბრომიომა	279
ველვის ფიბრომიომა	279
საშვილოსნოს სარკომა	279
საშვილოსნოს ადენომიოზი	281
საშვილოსნოს კიბო	281
საშვილოსნოს ყელის კიბო	282
საშვილოსნოს ტანის კიბო	288
ველვის კიბო	293
საშოს კიბო	294
საკვერცხის კიბო	294
საკვერცხის გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსივნე	295
ფალაპის მილეგის კიბო	296
ქორიონეპითელიომა	297
სასქესო ორგანოების კიბოს პროფლაქტიკა	299

### თ ა ვ ი XIV

ქალის ჰიგიენა	300
ახალშობილთა ჰიგიენა	300
სქესობრივი მომწიფების ხანის ჰიგიენა	301
სქესობრივი ცხოვრების ჰიგიენა	303
პრეკლიმაქტერიუმის, კლიმაქტერიუმისა და მოხუცებულობის ხანის ჰიგიენა	305

### თ ა ვ ი XV

უჩაუფობა	308
ღიაგნოზი და მკურნალობა	313
ხელოვნური განაყოფიერება	314