

ქალთა ჯანმრთელობა

გავრცელებული პრობლემები

თბილისის საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრი

დისმენორეა

1. მოგმართავთ ქალი ჩვილებით სპაზმური ხასიათის განმეორებით ტკივილებზე, რომლებიც აღენიშნება მენსტრუაციის დროს. რა არის მისი ჩვილების მიზეზი?

სავარაუდოა, რომ ამ პაციენტს აწუხებს ერთერთი ყველაზე ხშირი პრობლემა – დისმენორეა. დისმენორეა ბერძნულად ნიშნავს მტკივნეულ თვიურ სისხლდენას.

2. მენსტრუალური სპაზმური ტკივილები ყოველთვის ერთი ტიპისაა თუ არა?

არა! დისმენორეა კლასიფიცირდება პირველად მა მეორად დისმენორეად. მაგრამ ის შეიძლება აგვერიოს მენჯის ღრუს ორგანოების ქრონიკულ ტკივილში. სრული გამოკვლევა დაეხმარება ექიმს დიაგნოზის დასმაში და სწორი მკურნალობის დანიშვნაში.

3. რა განსხვავებაა პირველად და მეორად დისმენორეას შორის?

პირველადი დისმენორეა არის ტკივილი მენჯის არეში მენჯის ღრუს ორგანოების დაავადებების არარსებობისას. მეორად დისმენორეას კი პირიქით, ყოველთვის რაიმე უდევს საფუძვლად.

4. არსებობს თუ არა დისმენორეის სხვა ტიპები?

ტერმინი დისმენორეა შეიძლება შეგხვდეთ სხვადასხვა დროს მტკივნეული მენსტრუაციის აღსანიშნავად. მაგრამ ძირითადად ეს ტერმინი გამოიყენება პირველადი და მეორადი დისმენორეის აღსანიშნავად.

5. როგორია დისმენორეის სიხშირე?

დისმენორეა ყველაზე ხშირი გინეკოლოგიური პრობლემაა. ქალების 30-75%-ს აღენიშნება დისმენორეა. სხვადასხვა ასაკის ქალებში სიხშირე განსხვავებულია.

6. დისმენორეა ხშირი პრობლემაა, მაგრამ სერიოზულია თუ არა?

დისმენორეით დაავადებულ ქალთა 10% იძულებულია გააცდინოს 1-3დღე თვეში სკოლაში ან სამსახურში.

7. როგორ განასხვავებს ექიმი, დისმენორეა პირველადია თუ მეორადი?

დიაგნოზის დასმისთვის ექიმს დაეხმარება შემდეგი საკითხების გარკვევა:

ა) ანამნეზი, ბ) ფიზიკალური გამოკვლევა, გ) ულტრაბგერა,

დ) ჰისტეროსალპინგოგრაფია, ე) ლაპარასკოპია, ვ) ჰისტეროსკოპია.

8. რას გვამლევს ეს გამოკვლევები?

ეს გამოკვლევები საშუალებას გვამლევს გამოვრიცხოთ მენჯის ღრუს დაავადებები. ამ შემთხვევაში მკურნალობის გეგმა შედგენილი იქნება ტკივილის გამომწვევი მიზეზის შესამსუბუქებლად.

9. როგორ გვებმარება ეს გამოკვლევები პირველადი დისმენორეის დიაგნოზის დასმაში?

პირველადი დისმენორეის დროს ზემოთჩამოთვლილი გამოკვლევების პასუხი უარყოფითი იქნება. მაგრამ ანამნეზში შეიძლება აღმოვაჩინოთ ხელმოსაჭიდი ფაქტები პირველადი დისმენორეის სასარგებლოდ.

10. როგორია ტიპური ანამნეზი პირველადი დისმენორეის დროს?

სპაზმური ტკივილები მენჯის არეში ხშირად იწყება ოვულაციის ჩამოყალიბებიდან, მენარხედან 6-12 თვის შემდეგ. ტკივილი ძირითადად იწყება მენსტრუაციასთან ერთად ან მენსტრუაციის დაწყებამდე რამდენიმე საათით ადრე, გრძელდება რამდენიმე საათიდან რამდენიმე დღემდე.

11. როგორ აღწერენ ამ ტკივილს?

ტკივილი ხშირად სპაზმური ხასიათისაა, ლოკალიზდება მუცლის ქვედა ნაწილში და ამსგავსებენ სამშობიარო ტკივილს.

12. მოიცავს თუ არა ტკივილი რაიმე სხვა მიდამოს?

ტკივილი ხშირად ირადირდება ზურგში ან ბარძაყის ზედა ნაწილში. სხვა არეებში ირადიაცია პირველადი დისმენორეისთვის არ არის დამახასიათებელი.

13. კიდევ რომელი სიმპტომები შეიძლება შეგვხვდეს?

გულისრევა და ღებინება – 90%, დაღლილობა – 85%, დიარეა – 60%, წელის ტკივილი – 60%, თავის ტკივილი – 45%, სისუსტე, თავბრუსხვევა და გაღიზიანება შეინიშნება მძიმე შემთხვევების დროს.

14. რა აღმოჩნდება პირველადი დისმენორეის დროს პაციენტის ფიზიკალური გასინჯვით?

ფიზიკალური გასინჯვით ყველაფერი ნორმის ფარგლებში უნდა იყოს. მუცლის არეში არანაირი მკვრივი წარმონაქმნები არ უნდა ისინჯებოდეს, მენჯის ღრუს და რექტოვაგინალური გასინჯვით პათოლოგია არ უნდა აღინიშნებოდეს. თუ

გასინჯვა ტარდება სპაზმური ტკივილის დროს, საშვილოსნო და ყელი შეიძლება მგრძობიარე იყოს ზეწოლისა და მოძრაობის მიმართ.

შენიშვნა: როდესაც პაციენტს აღენიშნება ტკივილის პირველი ეპიზოდი, უნდა გამოირიცხოს მენჯის ღრუს ინფექციები და ორსულობა.

15. რა არის პირველადი დისმენორეის დროს ტკივილის მიზეზი?

ტკივილი განპირობებულია მრავალი ფაქტორით: ქცევითი და ფსიქოლოგიური ფაქტორები, საშვილოსნოს იშემია და პროსტაგლანდინები. უკანასკნელი ორი ითვლება ძირითად მიზეზად, ხოლო პაციენტის ინდივიდუალური პასუხი ტკივილზე ნაკლებად მნიშვნელოვან როლს თამაშობს. ქცევითი და ფსიქოლოგიური ფაქტორები გავლენას ახდენს პაციენტის რეაქციაზე იმ დისკომფორტის მიმართ, რომელსაც ის განიცდის.

16. რატომ იწვევენ პროსტაგლანდინები ტკივილს?

არსებობს კავშირი პროსტაგლანდინების პროდუქციის რაოდენობას და სპაზმურ ტკივილს შორის. პროსტაგლანდინების პროდუქციის ზრდასთან ერთად, მატულობს საშვილოსნოს სპაზმი, რაც იწვევს იშემიასა და ტკივილს. გამოკვლევებმა აჩვენეს, რომ პროსტაგლანდინების პროდუქცია მატულობს მენსტრუაციის დაწყებიდან პირველ 48-72 საათში. პროსტაგლანდინების პროდუქციის შემცირება მედიკამენტების საშუალებით იწვევს ტკივილის შემცირებას.

17. გარდა იმისა, რომ იწვევენ საშვილოსნოს სპაზმს და იშემიას, არსებობს თუ არა რაიმე სხვა მექანიზმი, რითაც პროსტაგლანდინები იწვევენ დისკომფორტს?

პროსტაგლანდინები იწვევენ ტკივილის ზღურბლის ჰიპერმგრძობელობას, როგორც ფიზიკურ, ასევე ქიმიურ გამღიზიანებლებზე.

18. როგორ უნდა ვმართოთ პაციენტი პირველადი დისმენორეით?

პირველი ნაბიჯი არის ანამნეზის შეკრება და ფიზიკალური გასინჯვა. თუ ფიზიკალური გამოკვლევა ნორმაშია და ანამნეზი პირველადი დისმენორეის სასარგებლოდ მეტყველებს, უნდა დავნიშნოთ ან ორალური კონტრაცეპციული აბები, ან პროსტაგლანდინების პროდუქციის ინჰიბიტორები.

19. როგორ უნდა გადავწყვიტოთ, რომელი მკურნალობა ავირჩიოთ?

თუ პაციენტს არა აქვს წინააღმდეგჩვენება ორალური კონტრაცეპციული აბების მიმართ, ჩვეულებრივ პირველ ეტაპზე ისინი ინიშნება, თუ პაციენტს ამავე დროს ორსულობის კონტროლიც სჭირდება, ეს მკურნალობა საუკეთესო არჩევანია. მაგრამ თუ პაციენტი ძალიან ახალგაზრდაა, მშობლების მხრიდან შეიძლება ადგილი

ჰქონდეს წინააღმდეგობას. პაციენტების ამ ჯგუფისათვის სასარგებლო იქნება ექიმის შეხვედრა პაციენტთან და მის მშობლებთან მკურნალობის კურსის შერჩევის მიზნით.

20. როგორ ამცირებს სპაზმს ორალური კონტრაცეპციული აბები?

აბები ამცირებს ენდომეტრიუმის სისქეს და ჰორმონების დონეს ცვლის ისე, როგორც ადრეულ პროლიფერაციულ სტადიაშია. ამ სტადიას ახასიათებს პოსტაგლანდინების პროდუქციის ყველაზე დაბალი დონე.

21. როგორ მიმდინარეობს პაციენტის მკურნალობა?

ორი ან სამი მენსტრუალური ციკლის შემდეგ, პაციენტის მდგომარეობა თავიდან ფასდება და საჭიროების შემთხვევაში ხდება მკურნალობის შესწორება. პაციენტების 90%-ისათვის საკმარისია მხოლოდ ორალური კონტრაცეპტივების მიღება, მხოლოდ ზოგიერთი პაციენტი საჭიროებს დამატებით პროსტაგლანდინების სინთეტაზას ინჰიბიტორების მიღებას. იმ პაციენტებისათვის, ვისაც არ სურს ან არ შეუძლია ორალური კონტრაცეპტივების მიღება პროსტაგლანდინების სინთეტაზას ინჰიბიტორები პირველი არჩევის პრეპარატებია.

22. როგორ ინიშნება ეს მედიკამენტები?

მედიკამენტები ინიშნება სპაზმური ტკივილის პირველ დღეს. პაციენტს უნდა ვუთხრათ, რომ წამალი უნდა მიიღოს დისკომფორტის პირველი ნიშნების გამოვლინებისთანავე და გაარძელოს მიღება 2-3 დღის განმავლობაში. მედიკამენტის მიღება უნდა გაგრძელდეს რამდენიმე თვის განმავლობაში.

23. რომელი ფაქტორები აუარესებენ ტკივილს?

უძილობა, სტრესი და კოფეინი აძლიერებს ტკივილის ინტენსივობას.

24. რომელი პაციენტებისთვის არ შეიძლება ანტიპროსტაგლანდინების დანიშვნა?

პაციენტებს, რომლებსაც აღენიშნებათ ჰიპერსენსიბილიზაცია ასპირინის ან მისი მსგავსი მედიკამენტების მიმართ, არ უნდა დაენიშნოთ ეს მედიკამენტები. პაციენტებისათვის, რომლებსაც აქვთ წყლულოვანი დაავადება ან სხვა გასტროინტესტინალური ჩივილები, არ არის რეკომენდირებული ამ ტიპის მედიკამენტების დანიშვნა. მედიკამენტის მიღება სასურველია საკვებთან ან რძესთან ერთად.

გულის დაავადებები ორსულობის დროს

ორსულობის დროს გულის მიერ გადმოსროლილი სისხლის რაოდენობა იზრდება 30-40%-ით ორსულობამდელ დონესთან შედარებით. ეს მიიღწევა გულისცემის რიტმის გახშირებით და დარტყმითი მოცულობის გაზრდით.

გულის დაავადება აღენიშნება ორსული ქალების 0,5-2%-ს. აუცილებელია გულ-სისხლძარღვთა ორგანოების გულდასმით გამოკვლევა ორსულობის ადრეულ სტადიაზე. (გაითვალისწინეთ ორსულობისთვის დამახასიათებელი ნორმის ვარიანტები, რომლებზეც ქვემოთ იქნება საუბარი). საექვო შემთხვევებში ჩაატარეთ კონსულტაცია კარდიოლოგთან. ეს შემთხვევებია: ანამნეზში თანდაყოლილი გულის მანკი, რევმატული ცხელება; გადატანილი კავასაკის დაავადება (დღესდღეობით იგი გულის შეძენილი მანკების უფრო ხშირი მიზეზია, ვიდრე რევმატიზმი); შუილები (გარდა ქვემოთაღნიშნულისა).

გულის დაავადებით გამოწვეული დედათა სიკვდილიანობის 60% მშობიარობის შემდეგ ხდება. გულის უკმარისობა შეიძლება გამოვლინდეს ორსულობის ნებისმიერ სტადიაზე, მაგრამ რისკი თანდათან იზრდება ორსულობის ვადის მატებასთან ერთად და მაქსიმუმს აღწევს მშობიარობის შემდგომ პერიოდში.

ეიზენმენგერის სინდრომი, მცირე წრის ჰიპერტენზია I ხ., ინოპერაბილური ციანოზური გულის მანკები დაკავშირებულია დედის სიკვდილიანობის ძალიან მაღალ რისკთან, ამიტომ ასეთ პაციენტებს უნდა ვურჩიოთ თავი აარიდონ ორსულობას. ორსულობის შეწყვეტა ამ დროს სამედიცინო ჩვენებაა.

თუ პაციენტს სარქვლოვანი პრობლემები აქვს და საჭიროებს ანტიკოაგულანტებს, მიმართეთ სპეციალისტს კონსულტაციისთვის. ჰეპარინის მიღება ჩასახვის წინა პერიოდიდან ორსულობის მე-16 კვირამდე სარქვლის თრომბოზის რისკს არ ხსნის, მაგრამ ვარფარინის მიღება ამ დროს ნაყოფის სიმახინჯესა და ორსულობის შეწყვეტას იწვევს.

ანტენატალური მართვა – აუცილებელია რეგულარული ვიზიტები კარდიოლოგთან და გინეკოლოგთან. გაატარეთ ანემიის, სიმსუქნის და სიგარეტის მოწვევის საწინააღმდეგო პრევენციული ღონისძიებები, უზრუნველყავით საკმარისი დასვენება, უმკურნალოდ ჰიპერტენზიას; დროულად უმკურნალოდ ინფექციებს, კბილებს. ყოველ ვიზიტზე შეამოწმეთ, ხომ არ არის შეგუბება ფილტვებში და არითმია.

გულის უკმარისობა – გულის უკმარისობის სიმპტომები და ნიშნები მოითხოვს სტაციონარში გაგზავნას, წოლით რეჟიმს და მკურნალობას დიურეტიკებით, ზოგჯერ კი დიგოქსინითაც. თუ განვითარდა გულის მწვავე უკმარისობა, პაციენტს უნდა მივცეთ ჟანგბადი, ფუროსემიდი 40 მგ ინტრავენური ინფუზიის სახით (<4 მგ წთ-ში), მორფინი 10 მგ ინტრავენურად და ამინოფილინი 5 მგ/კგ ნელა ინტრავენური ინფუზიის სახით (> 15 წთ-ზე მეტ ხანს).

არითმები: მოციმციმე არითმია – მოციმციმე არითმია შეიძლება იყოს მიტრალური სტენოზის დროს. ამ შემთხვევაში აუცილებელია საავადმყოფოში გაგზავნა, მკურნალობა იგივეა, რაც ორსულობის გარეშე, შეიძლება მოიცავდეს დიგიტალიზაციას და კარდიოვერსიას.

სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდია – შეიძლება დააჩქაროს გულის უკმარისობის განვითარება. თუ ვალსავის ცდა და კაროტიდების მასაჟი უშედეგო აღმოჩნდა, საჭიროა ადგილობრივი ანესთეტიკების ჯგუფის ანტიარითმიული საშუალებებით მკურნალობა და კარდიოვერსია.

ორსულობასთან დაკავშირებული კარდიოლოგიური ნიშნები, რომლებიც შეიძლება ნორმად ჩაითვალოს.

- პერიფერიული პულსაცია უფრო სავსე ხდება.
- კისრის ვენების პულსაცია გაძლიერებულია, მაგრამ საუფრო ვენებში წნევა მომატებული არ უნდა იყოს.
- მწვერვალის სამგერი გაძლიერებულია, მაგრამ მედიოკლავიკულარული ხაზიდან დაშორება < 2 სმ.
- შემუპებები ძალიან ხშირია.
- გულის I ტონი გაძლიერებულია, III დამატებითი ტონი მოისმინება შემთხვევათა 84%-ში.
- სისტოლური განდევნის შუილი მოისმინება ორსული ქალების 96%-ში.
- მარჯვენა და მარცხენა მეორე ნეკნთაშუა არეებში, მკერდის ძვლის კიდიდან 2 სმ-ის დაშორებით მოისმინება სისტოლური ან მუდმივი შუილები რომლებიც იცვლება სტეტოსკოპის დაჭერით. ფიქრობენ, რომ ეს გამოწვეულია სარძევე ჯირკვლების სისხლძარღვებში სისხლის გაძლიერებული ნაკადით.
- გულმკერდის რენტგენოგრაფიით შეიძლება ჩანდეს მსუბუქი კარდიომეგალია, გაძლიერებული ფილტვის სურათი, ფილტვის ვენების გაფართოება, რაც გამოწვეულია გულის მიერ გადმოსროლილი სისხლის რაოდენობის გაზრდით.
- Q და T კბილების ინვერსია III სტანდარტულ განხრაში პათოლოგიად არ ჩაითვლება.

კონტრაცეპცია

ექიმთან მისვლა კონტრაცეპციის პრობლემასთან დაკავშირებით ბევრი ქალისთვის კრიტიკული მომენტია. ეს ვიზიტი ახალგაზრდა ქალს აძლევს საშუალებას გაარკვიოს არაერთი პრობლემა, რომელიც მის ჯანმრთელობასთან არის დაკავშირებული. ესენია მენსტრუაციის რეგულაცია, სქესობრივი აქტივობა, ორსულობის თავიდან აცილება, სასურველი ორსულობის დაგეგმვა, უშვილობა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პრევენცია. ოჯახის ექიმს აქვს საუკეთესო პოზიცია იმისთვის, რომ ჩაუტაროს კონსულტაცია კონტრაცეპციის მეთოდების შესახებ როგორც პიროვნებებს, ასევე წყვილებს. იგი დაინტერესებულია, მას ენდობიან და პაციენტისთვის მოსახერხებელია მიმართოს ოჯახის ექიმს სამედიცინო საკითხებში განათლების მისაღებად. სხვადასხვა მეთოდების უპირატესობების და უარყოფითი მხარეების განმარტების შემდეგ, ექიმი ეხმარება პაციენტს შერჩიოს მისთვის საუკეთესო მეთოდი და ის პაციენტთან ერთად იღებს ერთობლივ გადაწყვეტილებას ამა თუ იმ კონტრაცეპტიული საშუალების ხმარების შესახებ. ამავე დროს, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შესახებ პაციენტისთვის ინფორმაციის მიწოდებით, ექიმი ახდენს უშვილობის ბევრი მიზეზის პროფილაქტიკას. მას შემდეგ რაც დამყარდება ნდობა და კონფიდენციალური ურთიერთობა ექიმსა და პაციენტს შორის, შეიძლება თავისუფლად საუბარი სქესობრივი პრობლემების შესახებ. ოჯახის ექიმის უნარი ესაუბროს ქალს ჯანმრთელობის ძირითადი საკითხების შესახებ ხელს უწყობს ოჯახის ჯანმრთელობას და ჯანსაღი ფსიქოლოგიური სიტუაციის შექმნას ოჯახში. იმის გამო რომ ოჯახის ექიმს აკითხავენ სხვადასხვა ასაკის ქალები სიცოცხლის სხვადასხვა პერიოდში განსხვავებული კონტრაცეპტიული მოთხოვნილებებით, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რომ ექიმი იცნობდეს სხვადასხვა კონტრაცეპციულ მეთოდებს. გაუთხოვარი სტუდენტი ქალიშვილი სხვა კონტრაცეპტიულ მეთოდს ირჩევს, ხოლო ქალი რომელმაც დაასრულა შვილოსნობა – სხვას. ზოგ შემთხვევაში კაცს ურჩევნია იყოს აქტიური კონტრაცეპტორი და იყენებს ამისთვის პრეზერვატივს ან ვაზექტომიმის მეთოდს. გაუთხოვარ ქალთა უმეტესობა თვითონ ირჩევს კონტრაცეპციის მეთოდს, მაგრამ წყვილები ხშირად ერთად მსჯელობენ ექიმთან მეთოდის არჩევის შესახებ. როდესაც პაციენტს ურჩევთ კონტრაცეპციის ამა თუ იმ მეთოდს, გახსოვდეთ, რომ საჭიროა ინდივიდუალური მიდგომა. გაითვალისწინეთ მისი ასაკი, სქესობრივი აქტივობა, შეაფასეთ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების რისკი, ცხოვრების წესი და მორალური შეხედულებები. მოსალოდნელია, რომ პაციენტის არჩევანი შეიცვლება დროთა

განმავლობაში. მაგალითად, ბავშვის დაბადების შემდეგ ხშირად ითხოვენ კონტრაცეპტიული მეთოდის შეცვლას, და კონტრაცეპტივის შესარჩევი კონსულტაციის მიზანი გახდება ბავშვების დაბადებას შორის პერიოდების დარეგულირება და კონტრაცეპცია ლაქტაციის პერიოდში.

80-იან წლებში აღინიშნა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების მატება, მათ შორის შიდსის. ზოგიერთი კონტრაცეპტიული საშუალებები ხელს უშლის სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გადაცემას, ამიტომ პაციენტები, რომლებსაც რამდენიმე პარტნიორი ჰყავთ, უნდა გავაფრთხილოთ რისკის შესახებ. მაღალი რისკის მქონე პაციენტებს ექიმები ურჩევენ გამოიყენონ პრეზერვატივი, სხვა კონტრაცეპტიულ საშუალებებთან ერთად.

კონსულტაცია

კონტრაცეპციასთან დაკავშირებულ კონსულტაციას აქვს სამი მიზანი: ა) მივაწოდოთ პაციენტს ინფორმაცია, ისე რომ, არ უნდა გავკიცხოთ იგი; ბ) ვუთხრათ მისთვის ხელმისაწვდომ მეთოდებთან დაკავშირებული რისკის, დადებითი მხარეების და გვერდითი მოვლენების შესახებ; გ) რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, ვუპასუხოთ პაციენტის კითხვებს. შეაფასეთ თითოეული კონტრაცეპტიული მეთოდი პაციენტის ასაკთან, მის ოჯახურ მდგომარეობასთან, შვილოსნობის უნართან, ცხოვრების წესთან, შემოსავალთან, რელიგიასთან და ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან კავშირში.

საუბარი უმჯობესია ჩატარდეს ფიზიკალურ გასინჯვამდე ან მის შემდეგ, მას შემდეგ, რაც პაციენტი ჩაიცვამს და დაჯდება ექიმთან პირისპირ. საუბრისა და რეცეპტის გამოწერის გამოყოფა გასინჯვის პროცედურისაგან აძლევს პაციენტს საშუალებას თვითონ მივიდეს გადაწყვეტილებამდე. იხმარეთ ისეთი ტერმინები, რომლებიც ესმის პაციენტს. საუბარი დაიწყეთ გამრავლების სისტემის ანატომიის და ფიზიოლოგიის მოკლე მიმოხილვით. ამისთვის გამოიყენეთ თვალსაჩინო საშუალებები, რომლებიც გამოსახავენ მენსტრუალურ ციკლს და მამაკაცის და ქალის ანატომიას. განათლებულ პაციენტებსაც კი აუცილებლად ექნებათ კითხვები რეპროდუქციულ ციკლთან დაკავშირებით.

შემდეგ აღწერეთ თითოეული კონტრაცეპტიული მეთოდი სურათების და სქემების გამოყენებით. უთხარით პაციენტს გვერდითი მოვლენებისა და მსუბუქი გართულებების შესახებ, რომლებიც მას შეიძლება გაუჩნდეს ამა თუ იმ მეთოდის გამოყენებისას. მხოლოდ

საკითხავი მასალის მიწოდება არ არის საკმარისი იმისათვის, რომ პაციენტმა სრულყოფილად გაიგოს ყველაფერი.

თინეიჯერების კონსულტაციისა და მკურნალობისას კონფიდენციალურობას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს. გაითვალისწინეთ თქვენი პირადი გრძნობები ახალგაზრდებისათვის ამა თუ იმ მეთოდის გამოწერისას; უთხარით თქვენს ახალგაზრდა პაციენტს იმის შესახებ რომ თქვენ შეგწევთ უნარი შეინარჩუნოთ კონფიდენციალური ურთიერთობანი. თუ თქვენ ეს არ შეგიძლიათ, მაშინ გააგზავნეთ პაციენტი ოჯახის დაგეგმვის კლინიკაში, სადაც კონფიდენციალურობა დაცული იქნება. საუბარი ახალგაზრდა პაციენტის საჭიროებების და სურვილების შესახებ ხელს შეუწყობს ექიმსა და მას შორის ნდობის გაჩენას. სქესობრივი ურთიერთობების სიხშირის და პარტნიორთა რიცხვის დადგენა ხელს შეუწყობს ყველაზე უფრო შესაბამისი მეთოდის ამორჩევას. მაგალითად თუ თქვენი პაციენტი ფიქრობს, რომ ყოველ საღამოს აბების მიღება ძნელი შესასრულებელი იქნება მისთვის, მაშინ უმჯობესი იქნება ვურჩიოთ მას ბარიერული მეთოდის და პრეზერვატივის კომბინირებული გამოყენება.

კარგი კონსულტაციის ჩატარება განაპირობებს მეთოდის სწორ არჩევანს. მეთოდის შესახებ სრულყოფილი ახსნა-განმარტების მიწოდება – წარმატებულ კონტრაცეპციას. გამოკითხეთ პაციენტს დაორსულების შიშის შესახებ და აუხსენით ამ შიშის გავლენა ჯანმრთელობაზე. ასევე გამოკითხეთ სქესობრივი ურთიერთობების სიხშირის, ანამნეზში სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების არსებობის, პარტნიორებს შორის ურთიერთობების შესახებ.

ფიზიკალური გასინჯვა და ანამნეზი

კონტრაცეპციის მეთოდის დანიშვნამდე ყველა ქალის გასინჯვა აუცილებელია. საჭიროა სრული ანამნეზის შეკრება, ფარისებრი ჯირკვლის, მკერდის, მუცლის და მენჯის ღრუს ორგანოების გასინჯვა, აგრეთვე წონის სიმაღლის და არტერიული წნევის გაზომვა. ასეთი გამოკვლევით უნდა გამოვრიცხოთ ისეთი პათოლოგიები, რომლებიც ორალური კონტრაცეპტივების უკუჩვენებებს წარმოადგენენ. ანამნეზის შეკრების ან გასინჯვის პროცედურა ქმნის ბუნებრივ სიტუაციას პაციენტის სქესობრივ პრობლემებზე მსჯელობისათვის.

შემდგომი ყოველწლიური ვიზიტების დროს უნდა მოხდეს ანამნეზის გადასინჯვა და გაისინჯოს პაციენტი, ამავე დროს კეთდება საშვილოსნოს ყელის ნაცხი. ასევე ყოველ ვიზიტზე უნდა გადაისინჯოს ხმარებული კონტრაცეპციის მეთოდი. მაგალითად, ახლად გამოვლენილი სიმპტომების შემთხვევაში, რომლებიც კონტრაცეპციის გამოყენებული

მეთოდის უკუჩვენებას წარმოადგენენ. ასეთია ჰიპერტენზია ორალური კონტრაცეპტივების ხმარების დროს და მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებები საშვილოსნოსშიდა საშუალებების ხმარების დროს. ასევე პაციენტს შეიძლება უნდოდეს კონტრაცეპციის შეწყვეტა დაორსულების მიზნით. ბევრი ზოგადი პრაქტიკის ექიმი იყენებს კონტრაცეპტულ საშუალებებზე კონსულტაციის ვიზიტს ჯანმრთელობის წლიური გამოკვლევისათვის. ამ დროს ტარდება შარდის რუტინული ანალიზი დიაბეტისა და თირკმლების დაავადებების გამოსარიცხად, ლიპიდური სპექტრის ანალიზი, თუ ის მანამდე არ ჩატარებულა, ცერვიკალური ნაცხი, ჰემატოკრიტი და ნაცხის დათესვა გონორეაზე. ბევრი ექიმი ატარებს დათესვას ან იმუნოფლოუორესცენტულ ტესტს ქლამიდიასზე არამონოგამური სქესობრივად აქტიური პაციენტებისათვის. მომავალში აივ-ანტისხეულებზე ტესტის ჩატარება შიდსის გამოსავლენად შეიძლება გახდეს ოჯახის დაგეგმვის რუტინული ვიზიტების შემადგენელი ნაწილი მაღალი რისკის მქონე პაციენტებისათვის.

კონტრაცეპტული საშუალებების შერჩევა

ამერიკის შეერთებულ შტატებში ორსულობათა ნახევარი არის დაუგეგმავი. ამ ორსულობების უმეტესობა განპირობებულია იმით, რომ არ ხმარობენ კონტრაცეპტივებს, კონტრაცეპციის მეთოდის უშედეგობით და კონტრაცეპციის შეწყვეტით. ეს მიზეზები ხშირად დაკავშირებულია პაციენტის ასაკთან, ცხოვრების წესთან. სწორედ ამიტომ, ძალიან მნიშვნელოვანია ყოველი პაციენტისთვის მეთოდის ინდივიდუალურად შერჩევა. იმ ქალებისათვის, რომლებიც მონოგამურ ურთიერთობებში არ იმყოფებიან, უნდა შეირჩეს კონტრაცეპციის ისეთი მეთოდი, რომელიც დაიცავს მათ როგორც არასასურველი ორსულობისაგან, ასევე სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან.

იმისთვის, რომ პაციენტს კარგი რჩევა მისცეთ, საჭიროა ყველა კონტრაცეპტული მეთოდის უსაფრთხოების და ეფექტურობის ხარისხის შესახებ. ბევრ შეცდომას აიცილებთ თავიდან, თუ გაითვალისწინებთ კონტრაცეპტივების წარუმატებლობის ხარისხის რეალურ და არა თეორიულ მონაცემებს. წარმოდგენილ ცხრილში მოცემულია სხვადასხვა კონტრაცეპტული მეთოდები და წარუმატებლობის ფარდობითი სიხშირე ტიპიური მომხმარებლებისათვის.

ცხრილი 1. შობადობის კონტროლის საშუალებების წარმატებლობის სიხშირე

მეთოდი	ორსულობათა სიხშირე ერთი წლის მანძილზე მეთოდის გამოყენების წესების სრულყოფილი დაცვით (%)	ორსულობათა სიხშირე ერთი წლის მანძილზე საშუალო მომხმარებელში (%)
სტერილიზაცია მილების გადაკვანძვით	0.4	0.4
ვაზექტომია	0.4	0.4
საინექციო პროგესტაგენი	0.25	0.25
კომბინირებული კონტრაცეპტიული აბები	0.5	2
მხოლოდ გესტაგენის შემცველი აბები	1	2.5
საშვილოსნოსშიდა საშუალებები	1.5	5
პრეზერვატივი	2	10
დიაფრაგმა (სპერმიციდებით)	2	19

ღრუბელი (სპერმიციდებით)	9-11	10-20
ჩაჩი	2	13
ქაფი, კრემი, ჟელე და ვაგინალური სანთლები	3-5	18
კოიტუსის შეწყვეტა	16	23
ბუნებრივი მეთოდი (სხეულის ბაზალური ტემპერატურის გაზომვა კალენდრის, რიტმის ან მუკოზური მეთოდი)	2-20	24
შემთხვევითობა (არ გამოიყენება შობადობის კონტროლის არცერთი მეთოდი)	90	90

ყველა კონტრაცეპტული საშუალება გარკვეულ რისკს უქმნის მომხმარებელს. ზოგი მეტად უსაფრთხოა, ზოგი ნაკლებად (დიაფრაგმა ორალურ კონტრაცეპტივებთან შედარებით), ზოგიერთმა შეიძლება მნიშვნელოვანი ხელისშემშლელი გართულება გამოიწვიოს (საშვილოსნოსშიდა საშუალებები), ზოგიერთს კი უსიამოვნო გვერდითი ეფექტები ახასიათებს (ღრუბელმა შეიძლება ქიმიური ვაგინიტი გამოიწვიოს). სხვადასხვა მეთოდების არჩევას გათვალისწინებული უნდა იყოს შვილოსნობის პოტენციალიც. მაგ, დიაფრაგმა და პრეზერვატივი უფრო დაიცავს პაციენტს ინფექციისგან და ნაკლები შანსია, რომ უშვილობას გამოიწვევს, მაგრამ, სამაგიეროდ, წარუმატებლობის უფრო მაღალი სიხშირე ახასიათებთ, რასაც არასასურველი ორსულობა შეიძლება მოჰყვეს.

სხვადასხვა კონტრაცეპტული საშუალებების ფასს ექიმები ხშირად არ ითვალისწინებენ, მაგრამ ამის გათვალისწინება აუცილებელია, იმისთვის, რათა დარწმუნებული ვიყოთ, რომ პაციენტი შეძლებს ამ მეთოდის გამოყენებას.

პათოლოგიური სისხლდენა საშოდან

1. განსაზღვრება:

სისხლდენა საშოდან, რომელიც არ არის დაკავშირებული ნორმალურ მენსტრუაციასთან

2. ტერმინები:

- a) მენორაგია/ჰიპერმენორეა: მენსტრუალური სისხლდენა, რომლის დროსაც იკარგება 80 მლ-ზე მეტი რაოდენობით სისხლი, ან რომელიც 7 დღეზე მეტს გრძელდება
- b) პოლიმენორეა: მენსტრუალური ინტერვალი 21 დღეზე ნაკლებია (რეგულარულია)
- c) მეტრორაგია: არარეგულარული მენსტრუალური სისხლდენა ხშირი ინტერვალებით
- d) მენომეტრორაგია: არარეგულარული, ჭარბი, და გახანგრძლივებული მენსტრუალური სისხლდენა
- e) ოლიგომენორეა: მენსტრუალური ინტერვალი >5 კვირაზე (35 დღეზე)

3. პათოგენეზი:

- a) დისფუნქციური სისხლდენა საშვილოსნოდან განპირობებულია ესტროგენების ხანგრძლივი ზემოქმედებით, რომელსაც თან არ ახლავს პროგესტერონის პერიოდული მაკომპენსირებელი მოქმედება; ეს სისხლდენა 70-80%-ში ანოვულაციასთან არის დაკავშირებული
 - ესტროგენი იწვევს ენდომეტრიუმის გასქელებასა და ვასკულარიზაციის გაძლიერებას (ჰიპერპლაზია); პროგესტერონის ნაკლებობისას, ვასკულარიზაციისთვის აუცილებელი კომპონენტები არ არის, რაც იწვევს სპონტანურ ზედაპირულ ჰემორაგიებს
 - საშოდან პათოლოგიური სისხლდენის მიზეზი 85%-ში არის დისფუნქციური სისხლდენა საშვილოსნოდან
 - ასაკთან ერთად საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენის პათოგენეზი იცვლება
 - მოზარდობის პერიოდში იგი გამოწვეულია ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-გონადური სისტემის მოუმწიფებლობით
 - პერიმენოპაუზის პერიოდში – ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუთეინიზირებელი ჰორმონების მიმართ საკვერცხეების დაქვეითებული მგრძობიანობით

- b) ორსულობასთან დაკავშირებული სისხლდენა
 - საშვილოსნოს გარე ორსულობა
 - გესტაციური ტროფობლასტური ნეოპლაზია
 - სპონტანური აბორტი
 - პლაცენტის წინმდებარეობა ან პლაცენტის ნაადრევი აცლა
- c) ტრავმა, გამოწვეული საშვილოსნოს შიდა საშუალებების ჩადგმით, ტამპონის მოხმარებით, სქესობრივი ძალადობით
- d) მედიკამენტები, მაგ.: ორალური კონტრაცეპტივები, სტეროიდები, ანტიკოაგულანტები, ნეიროლეპტიკები, დიდი ტრანკვილიზატორები
- e) ორგანული გინეკოლოგიური პათოლოგია: კეთილთვისებიანი პოლიპი, მიომა, ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია, ავთვისებიანი სიმსივნეები
- f) ფარისებრი ჯირკვლის, თირკმელზედა ჯირკვლის, თირკმლის დაავადებები, კოაგულაციის დარღვევები
- g) სტრესი, ფიზიკური ვარჯიში, წონაში მკვეთრი დაკლება

4. დიაგნოსტიკა/შეფასება

a) ანამნეზი

1. **მონაცემები მენსტრუალური ციკლის შესახებ:** შეეკითხეთ უკანასკნელი მენსტრუაციის დაწყების თარიღის და ხანგრძლივობის შესახებ
2. **მონაცემები პათოლოგიური სისხლდენის შესახებ:** როდის დაეწყო სისხლდენა, რამდენი ხანია გრძელდება, ძლიერი სისხლდენაა თუ სისხლიანი გამონადენი, დაახლოებით რა რაოდენობით სისხლს კარგავს (შენიშვნა: ყოველდღიური სისხლიანი გამონადენი უფრო პოლიპზე ან ინფექციაზე მიუთითებს, ძლიერი სისხლდენის და გამონადენის მონაცვლეობა კი – ანოვულატორული სისხლდენისთვის არის დამახასიათებელი)
3. **თანმხლები სიმპტომები და ნიშნები:** შეეკითხეთ, ხომ არ აღენიშნება ტკივილი ან სიმძიმის შეგრძნება მუცლის ქვედა ნაწილში, გამონადენი საშოდან, დისპარეუნია, დიზურია (შენიშვნა: ტკივილი ან სიმძიმის შეგრძნება მუცლის ქვედა ნაწილში დამახასიათებელია ენდომეტრიოზის, მიომის, საკვერცხის კისტისთვის)
4. **კონტრაცეპცია და სქესობრივი ცხოვრება:** დაწვრილებით გამოიკითხეთ
5. **დაავადებათა ანამნეზი:** ჰკითხეთ გადატანილი და ამჟამად არსებული დაავადებების შესახებ (ჰკითხეთ: ბოლო ხანებში, ხომ არ ყოფილხართ ექიმთან რაიმე სხვა მიზეზის გამო?)
6. **სამეანო/გინეკოლოგიური ანამნეზი:** ორსულობა, მშობიარობა, აბორტი – დაწვრილებით გამოიკითხეთ

7. ცხოვრების წესი: ჰკითხეთ რამდენად აქტიურია ფიზიკურად, ბოლო პერიოდში ხომ არ დაუკლია ან მოუმატია წონაში, მის ცხოვრებასა და საქმიანობაში რაიმე მნიშვნელოვანი ცვლილება ხომ არ მომხდარა?

b) ობიექტური მონაცემები

1. გაზომეთ არტერიული წნევა და პულსი, რაც დაგეხმარებათ დაკარგული სისხლის რაოდენობის შეფასებაში
2. დაათვალიერეთ კანი სისხლჩაქცევების, პეტეჩიის ან პურპურის აღმოსაჩენად
3. მენჯის ღრუს ორგანოების პალპაცია და სარკით დათვალიერება
 - დარწმუნდით, რომ სისხლდენა არის საშვილოსნოდან და არა შარდსადენისა ან სწორი ნაწლავიდან
 - გამორიცხეთ უცხო სხეულის არსებობა საშოში, დაათვალიერეთ საშვილოსნოს ყელი, ხომ არ არის ეროზია, პოლიპი ან ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი
 - გასინჯვისას ყურადღება მიაქციეთ საშვილოსნოს დაჭიმულობას, ზომას და ფორმას
 - ყურადღებით შეაფასეთ დანამატები
4. შეაფასეთ ფარისებრი ჯირკვალი და ჩაატარეთ მუცლის პალპაცია, (აბდომინალური მასები)

a) ლაბორატორიული გამოკვლევები

1. შარდის ანალიზი
2. ჰემოგლობინი, ლეიკოციტები, თრომბოციტები
3. თუ ეჭვი გვაქვს ანოვულაციაზე – პროლაქტინი, ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონები, თირეომასტიმულირებელი ჰორმონი
4. პაპანიკოლაუს ნაცხი
5. ნაცხი გონორეასა და კანდიდაზე
6. კოაგულოგრამა აუცილებელია მოზარდებში და ქალებში, რომლებსაც აღენიშნებათ სისხლჩაქცევები კანზე
7. 35 წელზე მეტი ასაკის ქალებში განსაზღვრეთ ფოლიკულმასტიმულირებელი (FHშ) და მალუთეინიზირებელი (LH) ჰორმონების დონეები, მათი თანაფარდობა FHშ:LH, ასევე პროჟესტერონი – მენოპაუზური მდგომარეობის დასადგენად
8. 40 წელზე მეტი ასაკის ქალებში, ან იმ ქალებში რომლებსაც ანამნეზში აღენიშნებათ სავარაუდო ან დადგენილი ანოვულაცია, აუცილებელია

- ენდომეტრიუმის ბიოფსიის ჩატარება, ჰიპერპლაზიისა და მალიგნიზაციის გამოსარიცხად
9. 40 წელზე ნაკლები ასაკის ქალებში ენდომეტრიუმის ბიოფსია აუცილებელი არ არის, თუ არ არის ექვი ჰიპერპლაზიასა და ნეოპლაზიაზე
 10. მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრაბგერითი გამოკვლევა – გამოირიცხება საშვილოსნოსგარე ორსულობა, ფასდება საშვილოსნოს ზომა, ენდომეტრიუმის სისქე და მიომების არსებობა

4. მართვა

- a) გაგზავნეთ სპეციალისტთან ძლიერი სისხლდენის დროს ან თუ პაციენტს აქვს ორთოსტატიული ჰიპოტენზია; ავთვისებიან სიმსივნეზე ან სისტემურ დაავადებებზე ექვის შემთხვევაშიც პაციენტები სპეციალისტთან იგზავნებიან
- b) უმკურნალეთ სისხლდენის მიზეზს, მისი დადგენის შემდეგ:
 1. გამოიღეთ საშოდან უცხო სხეული (ყველაზე ხშირად ეს არის ტამპონი)
 2. ინფექციური პათოლოგიის დადგენის შემთხვევაში დანიშნეთ ანტიმიკრობული საშუალებები
 3. ორალური კონტრაცეპტივებით გამოწვეული სისხლდენის დროს:
 - ურჩიეთ პაციენტს, მიიღოს ტაბლეტი დღის ერთსა და იმავე დროს
 - ორალური კონტრაცეპტივები მიღების დაწყებიდან 3 თვის შემდეგ სისხლდენა აღარ უნდა აღინიშნებოდეს
 - შეცვალეთ ორალური კონტრაცეპტივი, დანიშნეთ პროგესტერონის უფრო მაღალი შემცველობის აბი
- c) თუ სისხლდენა მსუბუქია, ჰემოგლობინის დონე ნორმალურია, სავარაუდოა დისფუნქციური სისხლდენა საშვილოსნოდან
 1. ურჩიეთ პაციენტს, აწარმოოს მენსტრუაციის დღიური
 2. განმეორებით გასინჯეთ 3-6 თვის შემდეგ
 3. დაუნიშნეთ მეფენამის მჟავა (პონსტელი) 500 მგ 3-ჯერ დღეში, მენსტრუაციის პირველი 3 დღის განმავლობაში, პროსტაგლანდინების ჭარბი პროდუქციის დასათრგუნად
- d) საშუალო სიმძიერის სისხლდენის დროს, თუ დადგინდა დისფუნქციური სისხლდენა საშვილოსნოდან და გამოირიცხა საშვილოსნოს ან სხვა ორგანოების პათოლოგია, უმკურნალეთ შემდეგი სქემის გამოყენებით:

საშუალო სიძლიერის დისფუნქციური სისხლდენის მკურნალობა	
მკურნალობის მიზანი: გარდავექმნათ პროლიფერაციული ენდომეტრიუმი სეკრეციულ ენდომეტრიუმად;	
<i>შეარჩიეთ ერთერთი ქვემოთ მოწოდებული სქემებიდან</i>	
მედიკამენტი	დოზა
მედროქსიპროგესტერონის აცეტატი (პროვერა)	5-10 მგ დღეში 12-14 დღის განმავლობაში, ციკლის მეორე ფაზაში
ნებისმიერი შემადგენლობის კომბინირებული პერორალური კონტრაცეპტივი	1 აბი დღეში ერთხელ, ხანგრძლივად

- e) თუ ჩატარებული ჰორმონული თერაპიის მიუხედავად, სისხლდენა გრძელდება, საჭიროა ენდომეტრიუმის ბიოფსია
- f) წარმატებული მკურნალობის შემთხვევაში, ხანგრძლივი მართვის გეგმაა:
1. სისხლდენის პირველი ეპიზოდის შემთხვევაში, 3 თვიანი მკურნალობა პერორალური კონტრაცეპტივებით, ჩვეულებრივ, საკმარისია.
 2. მეორე ან მესამე ეპიზოდის შემთხვევაში, შესაძლოა საჭირო გახდეს არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო მკურნალობა (პროსტაგლანდინების ჭარბი პროდუქციის დასათრგუნად).
- მაგ: მეფენამის მჟავა 500 მგ 1X, ან 250 მგ 2X დღეში, მენსტრუაციის პირველი სამი დღის განმავლობაში ან ნაპროქსენი 500 მგ 2X დღეში, მენსტრუაციის პირველი სამი დღის განმავლობაში.

კლინიკური შემთხვევები

შეკითხვა 1.

თქვენთან მოდის პაციენტი, რომელსაც ანამნეზში აღენიშნება სამი სპონტანური აბორტი ორსულობის I ტრიმესტრში.

1. რა არის ამ პაციენტის დიაგნოზი?

განმეორებითი სპონტანური აბორტი

2. ორსულობაზე ტესტის გარდა რა დამატებითი ინფორმაცია გჭირდებათ დიაგნოზის დასადასტურებლად?

ულტრაბგერითი გამოკვლევა ან საშვილოსნოს ჰისტოლოგიური გამოკვლევა

3. ჩამოთვალეთ განმეორებითი სპონტანური აბორტის 4 მიზეზი

საშვილოსნოს ანომალია, საშვილოსნოსშიდა შეხორცებები (აშერმანის სინდრომი), ქრომოსომული ანომალიები, მალუთეინიზირებელი ჰორმონის (LH) ჭარბი სეკრეცია – საკვერცხების პოლიკისტოზი, ლუთეინური ფაზის დეფიციტი, თამბაქოს მოწევა. თიოქსინი ინფექციებმა შეიძლება გამოწვიოს ერთერთი სპონტანური აბორტი, მაგრამ განმეორებითი აბორტების მიზეზს არ წარმოადგენენ. (ასე თუ ისე, ეს პასუხიც მისაღებია, მსგავსად ამისა ცუდად კონტროლირებული შაქრიანი დიაბეტი და ჰიპოთირეოზი უშუალო მიზეზებს არ წარმოადგენენ, მაგრამ გარკვეული ურთიერთკავშირის გამო, პასუხი მისაღებია)	<input type="text"/>
---	----------------------

4. ჩამოთვალეთ, რა გამოკვლევებს დანიშნავთ:

საშვილოსნოს ანომალიების გამოსავლენი ტესტები: ჰისტეროსალპინგოგრაფია, ჰისტეროსკოპია, ულტრაბგერა, LH:FSH ფარდობის განსაზღვრა – საკვერცხების პოლიკისტოზის დასადგენად. სკრინინგი ინფექციებზე. ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის გამოკვლევა, შაქრის დონის განსაზღვრა სისხლში.	4 <input type="text"/>
---	------------------------

5. თუ ყველა გამოკვლევის შედეგი ნორმის ფარგლებშია, როგორია შემდეგი ორსულობის ნორმალურად დასრულების შანსი: < 30%; 30 - 50 %; >50%?

>50 %. გაგიკვირდებათ, მაგრამ ეს შანსი 70%-ს აღწევს.	
---	--

6. რას ურჩევთ პაციენტს, რომელსაც ყველა გამოკვლევის შედეგი ნორმაშია აქვს?

შეამოწმეთ წითურაზე იმუნური სტატუსი. მიეცით რჩევა-დარიგება ჯანსაღი ცხოვრების წესის შესახებ: კვება, თამბაქო, ალკოჰოლი. რომელიმე ქრონიკული დაავადების არსებობისას, შესაბამისი რჩევა-დარიგება, მაგ.: ჰიპერტენზიის, დიაბეტის, ეპილეფსიის შემთხვევაში. ასევე შესაბამისი რჩევა-დარიგება მიეცემა მემკვიდრული დაავადების ან თანდაყოლილი ანომალიის შემთხვევაში. გააფრთხილეთ ორსულობის შესაძლო გართულებების შესახებ თუ ასეთი პაციენტს წინა ორსულობის დროს ჰქონდა, მაგ.: ჰიპერტენზია, ნაადრევი მშობიარობა ან საკეისრო კვეთა. მიეცით რჩევა ფოლიუმმჟავას მიღების შესახებ. ჰკითხეთ პაციენტს ხომ არა აქვს შეკითხვები. (საკმარისია, რომ გამოსაცდელი ზემოთჩამოთვლილთაგან მხოლოდ ერთ-ორ საკითხს შეეხოს, არ არის აუცილებელი ყველა საკითხზე საუბარი. აუცილებელია, რომ საუბარი ეხებოდეს ორსულობის წინა კონსულტირებას.	
---	--

პრემენსტრუალური სინდრომი (მ)

ამ სინდრომის განსაზღვრების, ეტიოლოგიის და მკურნალობის შესახებ დღემდე გრძელდება კამათი. პრემენსტრუალური სინდრომის შესწავლისა და მკურნალობის დროს წამოიჭრება მრავალი საკითხი ჰორმონალური ურთიერთქმედებების, ფიზიოლოგიური ძვრების, ცხოვრებისეული მოვლენების და სტრესების ურთიერთკავშირის შესახებ.

განსაზღვრება

ბევრ ქალს მენსტრუალური ციკლის მანძილზე ეცვლება ფიზიკური და ემოციური შეგრძნებები. უმეტესობისთვის ეს ცვლილებები ასატანია, მაგრამ ზოგიერთისთვის შემაწუხებელი (ავადმყოფური). ასეთი ავადმყოფური პრემენსტრუალური ცვლილებები ბოლო პერიოდში აღწერილი იქნა როგორც 'პრემენსტრუალური სინდრომი'. სიმპტომები და მათი სიმძლიერე სხვადასხვაა სხვადასხვა ადამიანისთვის და ერთი და იგივე ადამიანისთვის სხვადასხვა ციკლის დროს.

მაგო-ს განსაზღვრება(1990): ავადმყოფური (შემაწუხებელი) ფიზიკური, ფიზიოლოგიური და ბიჰევიორული სიმპტომები, რომლებიც არ არის გამოწვეული ორგანული დაავადებით და რომლებიც თავს იჩენს მენსტრუალური ციკლის ერთსა და იმავე ფაზაში და განიცდის მნიშვნელოვან რეგრესს ან სრულიად ქრება ციკლის სხვა დანარჩენი პერიოდის დროს.

ო'ბრიენ-ის განსაზღვრება(1990): არასპეციფიური სომატური, ფსიქოლოგიური და ბიჰევიორული სიმპტომები, რომლებიც თავს იცენს მენსტრუალური ციკლის პრემენსტრუალურ ფაზაში. სიმპტომები სრულიად ქრება მენსტრუაციის ბოლოს. ისინი საკმაოდ ძლიერად არის გამოხატული და წინა 6 ციკლის მანძილზე სულ ცოტა 4-ჯერ მაინც გამოვლინდა. აღწერილია 150-ზე მეტი სიმპტომი. ყველაზე ხშირი სიმპტომები მოყვანილია ცხრილში.

ცხრილი 1. პრემენსტრუალური სინდრომის ნიშნები

<p>საერთო ნიშნები</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. სიმპტომები ჩნდება მენსტრუაციის დაწყებიდან 1-14 დღით ადრე. 2. სიმპტომები ქრება მენსტრუალური სისხლდენის დაწყებისთანავე ან ცოტა ხნის შემდეგ. 3. ქალი თავს კარგად გრძნობს ციკლის დანარჩენ პერიოდებში. 4. სიმპტომებს რეგულარული ხასიათი აქვთ, თითქმის ყველა მენსტრუალური ციკლის დროს ჩნდებიან. 5. პრემენსტრუალური სინდრომი იწვევს ავადმყოფურ მდგომარეობას და შესაძლოა გამოიწვიოს სხვა პრობლემებიც, მაგ. ურთიერთობების პრობლემა. 	
<p style="text-align: center;"><u>ფიზიკური ცვლილებები</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - მკერდის დაჭიმულობა (მასტოდინია) - შესიების, შეშუპების შეგრძნება, შესაძლოა სახის, მუცლის და თითების შესიება - თავის ტკივილი - მადის შეცვლა - ნახშირწყლების მოთხოვნილება - აკნე ან გამონაყარი კანზე - შეკრულობა ან ფადარათი - კანკალი - ძილის დარღვევა - კუნთების დაჭიმულობა და ტკივილი - მუცლის ტკივილი ან სპაზმები 	<p style="text-align: center;"><u>ფსიქოლოგიური ცვლილებები</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - დეპრესია ან დათრგუნული მდგომარეობა - მოუსვენრობა, წუხილი - დაღლილობა, ძილიანობა, ენერჯის ნაკლებობა - დაჭიმულობა, დაძაბულობა - აფორიაქებულობა - გაღიზიანება - მოძრაობების მოუქნელობა და კოორდინაციის დარღვევა - კონცენტრირების გაძნელება - სექსუალური ინტერესის შეცვლა (მომატება ან შესუსტება)

სანამ არ დადგინდება კავშირი ციკლთან, პრემენსტრუალური სინდრომი შეიძლება არასწორად იქნეს დიაგნოსტირებული, როგორც დეპრესია ან შფოთვა და მკურნალობა არასწორად წარიმართოს. აქედან გამომდინარე პირველი ნაბიჯი დიაგნოზის დასაზუსტებლად უნდა იყოს სიმპტომების ზუსტი და რეგულარული ჩაწერა, რათა დადგინდეს ამ სიმპტომების რეგულარობა დროში და კავშირი ციკლის ფაზებთან. პაციენტებს უნდა დავავალოთ აწარმოონ სპეციალური დღიური, სადაც ჩაწერენ ყველა თავის შეგრძნებებს და ჩივილებს, სულ ცოტა ორი ციკლის განმავლობაში მაინც.

სიხშირე

ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა აჩვენეს, რომ ოვულაციის მქონე ქალების 75-90% ცხოვრებაში რამდენჯერმე მაინც განიცდიან ციკლთან დაკავშირებულ მოვლენებს. მაგრამ ბევრ შემთხვევაში ისინი სუსტად არის გამოხატული და სერიოზულ პრობლემებს არ

უქმნის ქალებს, ამიტომ ისინი ითვლება მენსტრუალური ციკლის ნორმალურ ფიზიოლოგიურ ასპექტად. 5-15% კი პირიქით, პრემენსტრუალურ ფაზაში თავს უკეთ გრძნობს, განიცდის ენერჯის მოზღვავებას, აქტივობის გაზრდას, ხალისიანობას მენსტრუაციის წინ.

ქალების გარკვეული ნაწილისათვის პრემენსტრუალური მოვლენები შემაწუხებელია, მაგრამ არა ავადმყოფური (დისტრესული). ასეთ სიტუაციას უწოდებენ “პრემენსტრუალურ მგრძობიარობას (painimosty)” და არა პრემენსტრუალურ სინდრომს. 20-30% აქვს პრემენსტრუალური სინდრომი (PMშ) ის მათთვის წარმოადგენს პრობლემას და მიმართავენ დახმარებისათვის ექიმს ან იტარებენ თვითმკურნალობას. 10%-ს კი აქვს მკვეთრად გამოხატული და მძიმე PMშ .

პრემენსტრუალური სინდრომის ზეგავლენა

PMშ, რა თქმა უნდა, დისტრესული ზეგავლენა აქვს ქალებზე და მათ გარშემომყოფებზეც. ქალის მდგომარეობა ზეგავლენას ახდენს მის ურთიერთობაზე ბავშვებთან, ოჯახის წევრებთან, კოლეგებთან. ქალები ხშირად წუხან იმის გამო, რომ მათი შესაძლებლობები ქვეითდება და ვეღარ ასრულებენ სამუშაოს სრულყოფილად პრემენსტრუალურ პერიოდში. ამიტომ საჭიროა სამუშაოს ორგანიზება ისე, რომ ამ პერიოდში მათ შეძლებისდაგვარად თავი აარიდონ საპასუხისმგებლო და სტრესულ სიტუაციებს და მოვლენებს.

ფაქტები მოწმობენ, რომ იმ ქალების უმეტესობა, რომლებიც ხვდებიან ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში, ჩადიან რაიმე დანაშაულს ან აქვთ თვითმკვლელობის მცდელობა, იმყოფებიან ციკლის ლუთეინურ ფაზაში.

PMშ მოქმედებს სქესობრივ გრძნობებზე და იწვევს ინტერესის შეცვლას. ხშირად ქალები, რომლებიც განიცდიან პრემენსტრუალურ დაღლილობას ან მკერდის დაჭიმულობას მენსტრუაციის წინ სექსუალური ინტერესის დაქვეითებას აღნიშნავენ, რომელიც მენსტრუაციის შემდეგ ისევ მატულობს. ზოგჯერ კი პირიქით, პრემენსტრუალურ ფაზაში აღინიშნება სექსუალური ინტერესის გაძლიერება.

ვის ემართება პრემენსტრუალური სინდრომი PMS

ქალის განსაზღვრული ტიპი, რომელსაც აქვს PMS არ არსებობს. მაგრამ ეს სინდრომი უფრო ხშირია 30-40 წლის ქალებში და შვილიან ქალებში. გარკვეულმა მოვლენებმა, მაგალითად ორალური კონტრაცეპტივების მიღების შეწყვეტამ , ბავშვის დაბადებამ ან სტერილიზაციამ შეიძლება გამოიწვიოს PMS.

PMS ხშირად თავს იჩენს პირველი ბავშვის დაბადების შემდეგ. მაგრამ არ არის გარკვეული საკითხი – ეს დაკავშირებულია ბავშვის გაჩენის სტრესთან თუ ჰორმონალურ ცვლილებებთან. PMS ჩნდება ჰისტერექტომიის შემდეგ, როდესაც რჩება საკვერცხეები, აგრეთვე ხშირია იმ ქალებში, რომლებსაც აქვთ მენსტრუალური პრობლემები – დისმენორეა ან მენორაგია, რადგან ისინი ამ პრობლემების გამო მენსტრუაციის წინ ნერვიულობენ (“ცუდ დღეებს” ელოდებიან). ასეთ შემთხვევებში მენსტრუალური პრობლემის მკურნალობის შემდეგ პრემენსტრუალურმა შეიძლება გაიაროს.

PMS გვხვდება ყველა სოციალურ ფენაში, მაგრამ უფრო ხშირია I და II სოციალურ კლასებში.

ოჯახის ექიმის გუნდი მზად უნდა იყოს გამოავლინოს PMS იმ ქალებში, რომლებიც მოდიან სხვა ჩივილებით (მაგალითად, შფოთვა ან დეპრესია)

არსებობს კავშირი PMS-ს და ცხოვრების უსიამოვნო მოვლენებს შორის. მაგალითად, როგორცაა პრობლემები ოჯახში, სამსახურში, გამოცდების პერიოდი, ბინის შეცვლა. ამავდროს, PMS ნაკლებია დასვენების შვებულების პერიოდში და როდესაც ქალს ყველაფერი კარგად აქვს.

მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი თვის PMS ნევროზული ტიპის ქალების დაავადებად, არ არსებობს კავშირი ქალის პიროვნების ტიპსა და PMS შორის, თუმცა ეს კავშირი არსებობს ქალის ზოგად ჯანმრთელობასთან, ფსიქიურად დაავადებულ ქალებში უფრო PMS მძიმედ არის გამოხატული. PMS ხშირია პერიმენოპაუზის პერიოდში. როგორც ჩანს, PMS უვითარდებათ ქალებს, რომლებიც უფრო მგრძობიარენი არიან ჰორმონული ცვლილებების მიმართ.

პირველადი ჯანდაცვის გუნდის როლი

PMS ძალიან ხშირად დაკავშირებულია ფსიქოლოგიურ, ოჯახურ და სოციალურ პრობლემებთან. ამიტომ პირველადი ჯანდაცვის გუნდს იმის გამო, რომ პირადად იცნობენ პაციენტებს და მათ გარემოცვას, იდეალური შესაძლებლობები აქვს PMS-ის მკურნალობისთვის. პრაქტიკებში ხშირად ჩამოყალიბებულია თვითდახმარების ჯგუფები პრემენსტრუალური სინდრომის მქონე ქალებისთვის. ამ ჯგუფებს ხელმძღვანელობენ ოჯახის ექიმები ან ფსიქოლოგები. იქ ხდება პრობლემის განხილვა, ქალები იღებენ ინფორმაციას ამ სინდრომის შესახებ, ხდება აზრების გაცვლა პაციენტებს შორის არამედიკამენტოზური და მედიკამენტოზური მკურნალობის მეთოდებს შორის. ასეთი რამ ძალიან სასარგებლოა როგორც ქალებისათვის, ასევე მათი პარტნიორებისა და ოჯახის წევრებისათვის.

PMS-ის მიზეზები

აღნიშნული სინდრომის ეტიოლოგიის შესახებ ყველაზე დამაჯერებელი ჰიპოთეზა შემდეგია – დაავადების მიზეზია ქსოვილების ანომალური რეაქცია საკვერცხის ჰორმონების ნორმალურ რაოდენობაზე, ასევე სეროტონინთან და სხვა ნერვულ მედიატორებთან დაკავშირებული ანომალიები. მართლაც ოვულატორული ციკლის მედიკამენტოზური დათრგუნვა გონადოტროპინის რილიზიმგ-ჰორმონით ან ქირურგიული გზით (ორმხრივი ოოფორექტომია) იწვევს PMS-ის მოხსნას.

არსებობს ასევე ალიმენტარული თეორიები – სინდრომის განვითარებაში გარკვეულ როლს თამაშობს პირიდოქსინის, ძირითადი ცხიმოვანი მჟავების, მაგნიუმის კალციუმის ნაკლებობა, ჰიპოგლიკემია.

წამოყენებული იყო აგრეთვე კულტურული, ფსიქოლოგიური და სოციალური თეორიები.

როგორც ჩანს, პრემენსტრუალური სინდრომი გამოწვეულია ყველა ამ ფაქტორის ერთობლიობით, ცხოვრებისეულ მოვლენებთან ერთად.

მართვა

PMS ხშირი პრობლემაა, საჭიროებს ადექვატურ ყურადღებას და სწორ მართვას. ბევრი ქალი მხარდაჭერით და გამხნევებით თვითონ პოულობს სწორ გადაწყვეტილებას, თუ როგორ მოაგვაროს პრობლემა. თუ პრობლემა ამ საშუალებით არ მოგვარდა, მაშინ უნდა გამოვიყენოთ სხვადასხვა სახის მედიკამენტოზური მკურნალობა.

თვითდახმარება

პრობლემის იდენტიფიცირებისა და გადაწყვეტილების მიღებისათვის დროა საჭირო. ამიტომ რამოდენიმე ვიზიტის დანიშვნა დაგჭირდება. ძალიან დიდი სარგებლობა მოაქვს მენსტრუალური ციკლის დღიურის შედგენას, იმის გასარკვევად, თუ რამდენად მოქმედებს ესა თუ ის საშუალება.

პაციენტმა იცის რა, რა ემართება ციკლის ამა თუ იმ პერიოდში, რას უნდა ელოდოს, გეგმავს სამუშაოს, ცხოვრებას და ხშირად დაგეგმვა ხსნის პრობლემას, რადგან აცილებულია სტრესები პრემენსტრუალურ პერიოდში.

ოჯახის ექიმთან, ჯანმრთელობის ვიზიტორთან ან პრაქტიკის ექთანთან საუბარი გაუადვილებს ქალს ელაპარაკოს ოჯახის წევრებს, მეგობრებს, კოლეგებს ამ საკითხზე. პრობლემის სააშკარაოზე გამოტანით ქალი თავს აღარ გრძნობს იზოლირებულად. სხვებთან საუბარი აძლევს ქალს ინფორმაციას მკურნალობის სხვადასხვა საშუალებების შესახებ. ხშირად ძალიან სასარგებლოა ვარჯიში, ცურვა, რელაქსაციის მეთოდები (ორსულობის პერიოდში ნასწავლი ტექნიკა), ენერგიული ვარჯიში, ბალიშებზე დარტყმა ან ძველი თევზების მსხვრევა (თუ პაციენტი გაღიზიანებული და აგზნებულია), საუნა ან ორთქლის აბაზანა, გულიანი ტირილი, საინტერესო რომანის წაკითხვა, საკუთარ თავზე და პირად საჭიროებებზე ყურადღების გადატანა, თავის მოვლა.

საჭიროა ჯანმრთელობის მდგომარეობის საერთო გამოკვლევა, ბალანსირებული კვება, ვარჯიშის და რელაქსაციის ცხოვრების წესად დამკვიდრება. ნაკლები ცხიმის მიღება იწვევს მასტოდინიის შემცირებას. ჰიპოგლიკემიის მიმართ ქალები პრემენსტრუალურ პერიოდში უფრო მგრძობიარენი არიან, რაც იწვევს სისუსტეს, თავბრუსხვევას, მოთხოვნილებას ნახშირწყლებზე. ხშირი მცირე ულუფებით კვება, ცილით მდიდარი საკვები აუმჯობესებს მდგომარეობას. აუცილებელია კოფეინის მიღების კონტროლი, რადგან იგი აძლიერებს აგზნებულობას და აფორიაქებას. ბევრი ვერ აანალიზებს, თუ რამდენ ჭიქა ჩაის და ყავას სვამს დღის განმავლობაში. ეს კონტროლი ზოგჯერ ხსნის PMS-ის პრობლემას. სიგარეტისთვის თავის დანებება, ალკოჰოლის მიღების კონტროლი ასევე დადებით ზეგავლენას ახდენს პაციენტებზე. მასტოდინიის დროს საჭიროა კარგად მომდგარი სპორტული ლიფის შერჩევა. ყველა ცალკეულ შემთხვევაში აუცილებელია ინდივიდუალური მიდგომა, პრობლემის გარკვევა, განსაკუთრებით მედიკამენტოზური თერაპიის დაწყებამდე. თუ ქალი ითხოვს აკუპუნქტურას, ჰომეოპათის ან ფიტოთერაპევტის მკურნალობას – ამ წიგნის ავტორებს არა აქვთ გამოცდილება მკურნალობის ამ მეთოდების ეფექტის შესახებ – მაგრამ უნდა გავითვალისწინოთ პლაცებოეფექტი და ქალებს ვისაც ეს უნდა, უნდა ვურჩიოთ მიმართონ მკურნალობის აღნიშნულ მეთოდებს.

ფსიქოლოგიური მეთოდები და კოგნიტიური თერაპია

PMS-ის მკურნალობისთვის მრავალნაირი მეთოდი იყო ნაცადი: რჩევა-დარიგება, ფსიქოთერაპია, ჰიპნოზი, მაგრამ ამ მეთოდებიდან არც ერთი არ ყოფილა შესწავლილი კონტროლირებული ცდებით. ერთერთი იმედისმომცემი მეთოდია კოგნიტიური თერაპია. ეს არის მოკლე, დროში ლიმიტირებული, სტრუქტურირებული და თანამშრომლობაზე დამყარებული მეთოდი.

ეს მეთოდი არის საღი აზრის მეთოდი, რომელიც განსაკუთრებით მისაღებია მათთვის, ვისაც ფრთხილი დამოკიდებულება აქვს ფსიქოთერაპიისადმი. ეს თერაპია ფოკუსირებულია ქალის ემოციურ პასუხზე ორგანიზმში მიმდინარე ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ ცვლილებებზე. თერაპიის მიზანია დაეხმაროს პიროვნებას განიხილოს უარყოფითი აზროვნების მოდელები და თავისი დამოკიდებულება PMS-ის სიმპტომების მიმართ და შეითვისოს ადაპტირებული და სწორი აზროვნება და ქცევები.

PMS-ის კოგნიტიური მოდელი გულისხმობს, რომ ქალის მიერ პრემენსტრუალური ცვლილებების შემეცნებითი შეფასება განაპირობებს იმას, აღიქვამს იგი ამ ცვლილებებს როგორც ნორმალურს და მართვადს, თუ როგორც ავადმყოფურს (პათოლოგიურს).

თუ ქალი ლუთენური ფაზის ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს აღიქვამს ნეგატიურად, ეს იწვევს ავადმყოფური მდგომარეობის დამძიმებას. სიმპტომები შეიძლება გაძლიერდეს ნეგატიური ფიქრებით და შეიქმნას “მოჯადოებული წრე”. ქალმა შეიძლება დაასკვნას, რომ ეს ცვლილებები არღვევენ მის საკუთარი თავის მართვის უნარს და იგი კარგავს კონტროლს. ამის შემდეგ დამაბულობა, საკუთარ თავში დაურწმუნებლობა მატულობს, პიროვნება კარგავს კონცენტრაციის უნარს. ყოველივე ამის გაცნობიერება კიდევ უფრო ამძიმებს სიტუაციას და ა.შ., იქმნება “მოჯადოებული წრე”.

კოგნიტიური თერაპიის სტადიები:

1. შეთანხმება–დაყოლიება

ქალები ხშირად უკმაყოფილონი არიან ფსიქოლოგიური მეთოდის შეთავაზების გამო. ისინი მოითხოვენ მედიკამენტოზურ მკურნალობას და თვლიან, რომ რაკი მათ ფსიქოლოგიური მეთოდი შესთავაზეს, ეს ნიშნავს რომ ექიმმა მათი დაავადება არასერიოზულად ჩათვალა და ამიტომ ეუბნება, რომ “განიკურნება, თუ თავს ხელში აიყვანს”. ამის გამო უდიდესი მნიშვნელობა აქვს, როგორ იქნება მიწოდებული ფსიქოლოგიური მეთოდი. გაეცანით სიმპტომებს და ქალის ზოგად პრობლემებს, შემდეგ აუხსენით პაციენტს, რომ ეს მეთოდი დაეხმარება მას ადვილად აიტანოს და ნაკლებად სტრესული იყოს მისთვის ეს სიმპტომები. შემდეგ უნდა განისაზღვროს ის ფაქტორები, რომლებიც ამძიმებენ სიტუაციას. საჭიროა ისაუბროთ იმაზე, თუ რატომ არ უნდა ქალს ამ მეთოდის მიღება.

2. შეფასება

მნიშვნელოვანია პრობლემის დასაწყისის, ადრეული ეტაპის გარკვევა, რატომ მოგმართათ პაციენტმა ახლა, რა უცდია მანამდე. რას თვლის თვითონ დაავადების მიზეზად. ააღწერინეთ დეტალურად PMS-ის უკანასკნელი ეპიზოდი. გაარკვეით, როგორ მოქმედებს ეს მდგომარეობა მის ცხოვრების წესზე, როგორია გარშემომყოფების რეაქცია, თუ აქვს “მენსტრუაციის დღიური” გაარჩიეთ იგი, თუ არა –ასწავლეთ როგორ აწარმოოს. თავისთავად ამ დღიურს აქვს თერაპიული მოქმედება – აძლევს ქალს საშუალებას აქტიურად ჩაერიოს პრობლემის მართვაში.

3. კონცეპტუალიზაცია

მისი მიზანია დაარღვიოს “მოჯადოებული წრე” ქალისთვის კონკრეტული პრობლემების დანახვებით (ილუსტრირებით). კერძოდ, ერთად გაიაზრეთ ქალის რეაქცია სიმპტომებზე, როგორ ხედავს იგი მათ, რითი პასუხობს და ეს პასუხი აუარესებს თუ არა პრობლემას.

4. განათლება

ქალს უნდა შევატყობინოთ პრემენსტრუალური სიმპტომების ნორმალური გამოხატულებების შესახებ. ამან შეიძლება შეამციროს შიში და ნერვიულობა სიმპტომების რაობის და მნიშვნელობის შესახებ. ასევე კარგია ინფორმაციის მიწოდება გამაჯანსაღებელი მეთოდების შესახებ, რომლებიც უკვე განვიხილეთ.

5. სიმპტომებზე ალტერნატიული პასუხის სწავლა

მას შემდეგ რაც ზოგადი პრაქტიკის ექიმი და პაციენტი გააცნობიერებენ როგორ რეაგირებს ქალი ამა თუ იმ სიმპტომზე, მათ უნდა სცადონ ალტერნატიული პასუხის მოძებნა. მაგალითად, დასვენების მაგივრად უფრო აქტიური მოქმედება. ძალიან სასარგებლოა დაგეგმვა – ეს იწვევს იმას, რომ სიმპტომები პაციენტისთვის კატასტროფას აღარ წარმოადგენენ.

5. არასწორი შეხედულებების იდენტიფიკაცია

არასწორი შეხედულებები ხშირად გამოიხატება შემდეგნაირად: “ მე მაქვს პრემენსტრუალური სინდრომი, ე.ი. ჰორმონალური დარღვევები მაქვს. მე ვერაფრით ვუშველი თავს, სუსტი და ნევროზული ვარ, მაგრამ არა მაქვს მოშვების უფლება, უნდა ვაკონტროლო ჩემი თავი, მე ყველაფერზე ვაგებ პასუხს, ეგოისტობაა ეხლა ჩემს თავს რომ მივხედო, მე ყოველთვის ჩემს სიმაღლეზე უნდა ვიყო.”

მკურნალობა გულისხმობს იმას, რომ ქალმა გააცნობიეროს ასეთი შეხედულებების მცდარობა და მოძებნოს ალტერნატივა.

ზოგად პრაქტიკაში კოგნიტიური მეთოდი გამოიყენება მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის ფორმების დროს. მძიმე ფორმების დროს მკურნალობას ატარებს კოგნიტიური თერაპიის სპეციალისტი.

მედიკამენტური მკურნალობა

მკურნალობა უნდა დაიწყოს თვითდახმარების და ფსიქოლოგიური მეთოდებით. მედიკამენტოზური მკურნალობა გამოიყენება მძიმე ფორმების დროს, როდესაც ზემოთაღნიშნული მეთოდები უშედეგო აღმოჩნდება. PMS-ის სამკურნალო მედიკამენტებს ბევრი გვერდითი ეფექტი აქვთ.

ბევრი მედიკამენტი, სულ რამდენიმე წლის წინ ეფექტურად ითვლებოდა (პირიდოქსინი, გამა-ლინოლენის მჟავა, პროგესტერონები), მაგრამ დღეს მათი ეფექტურობა საკამათოა. ქალები ხშირად მოითხოვენ პირიდოქსინს, მისი ეფექტურობა საბოლოოდ დადგენილი არ არის, მაგრამ ქალებს, რომლებიც დაჟინებით მოითხოვენ რომ “რაიმე მაინც მიიღონ”, შეიძლება დავეუნიშნოთ იგი დღიური დოზით არა უმეტეს 50-100 მგ-ისა. სხვადასხვა კვლევებმა აჩვენა, რომ E ვიტამინი ამცირებს PMS -ის სიმპტომებს, განსაკუთრებით მკერდის დაჭიმულობას. რეკომენდირებული დოზაა 400 ერთეული/დღეში.

ჰორმონალური სამკურნალო საშუალებებია:

1. მედროქსიპროგესტერონი

2. ორალური კონტრაცეპციული აბები
3. დანაზოლი

არაჰორმონალური მედიკამენტები:

1. არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატები. (მეფენამის მჟავა, ნაპროქსენი).
2. ანტიდეპრესანტები (ფლუოქსეტინი და ქსანაქსი).

პრობლემა 1

I. შემთხვევა – 21 წლის ქალი საშოდან გამონადენით

21 წლის ქალი მოდის თქვენს ოფისში და გეუბნებათ, რომ აქვს ქავილი და სქელი, თეთრი გამონადენი საშოდან. აგრეთვე აღენიშნება ვულვის ერითემა. გამონადენი ხაჭოსებრი კონსისტენციისაა, წებოვანი, მიკრულია საშოს კედლებზე. PH 4,0 -ია, ამინის სუნი არ არის.

შეარჩიეთ ერთი სწორი პასუხი შემდეგ კითხვებზე:

1. რა არის ამ პაციენტის ყველაზე მეტად სავარაუდო დიაგნოზი?
 - a) ფიზიოლოგიური გამონადენი.
 - b) ბაქტერიული ვაგინოზი
 - c) კანდიდოზი
 - d) ტრიქომონიაზი
 - e) არც ერთი ზემოთაღნიშნული

2. რა არის ამ პაციენტისთვის პირველი არჩევის მკურნალობა?
 - a) მეტრონიდაზოლის მალამო
 - b) ამპიცილინი
 - c) მიკონაზოლი (ადგილობრივად)
 - d) ნისტატინის ტაბლეტები
 - e) არც ერთი ზემოთაღნიშნული

3. თქვენს მიერ დანიშნული მკურნალობა უშედეგო აღმოჩნდა, რას იზამთ ამ შემთხვევაში?

- a) გაიმეორებთ იგივე მკურნალობას.
- b) გაიმეორებთ იგივე მკურნალობას, მხოლოდ დოზას გააორმაგებთ.
- c) დანიშნავთ ორალურ ფლუკონაზოლს ერთჯერადად.
- d) განმეორებით აიღებთ ნაცხს და დათესავთ.
- e) გადაამოწმებთ დიაგნოზს.

4. ქვემოთჩამოთვლილთაგან რომელია კანდიდოზური ვულვოვაგინიტის რისკ-ფაქტორები?

- a) შაქრიანი დიაბეტი.
- b) ხანგრძლივი ანტიბიოტიკოთერაპია.
- c) აივ-ინფექცია.
- d) ყველა ზემოთაღნიშნული.
- ე) არცერთი ზემოთაღნიშნული.

პასუხები:

C. ამ პაციენტს აქვს კანდიდოზი. ჩანდიდა აბლიცანს საპროფიტია მრავალი ქალის ორგანიზმში, მაგრამ როდესაც ჩორინებაქტერიუმ სპ. და ანტიფუნგალური სპეციფიკური მაინჰიბირებელი ფაქტორები დაითრგუნება, კანდიდა იწვევს დაავადებას. საშოს კანდიდოზის ყველაზე ხშირი სიმპტომია ქავილი. გამონადენის რაოდენობა შეიძლება იყოს ნორმალური ან მომატებული. ჩვეულებრივ გამონადენი არის თეთრი და ხაჭოსებრი. შეიძლება ადგილი ჰქონდეს წვას, გაღიზიანებას და ტკივილს. ხშირია დისპარევნია, ვულვური (გარეგანი) დიზურია და ვულვური ერითემა.

ვაგინალური კანდიდოზის ხელშემწყობი ფაქტორებია: მენსტრუალური ციკლის პრემენსტრუალური ფაზა, ანტიბიოტიკების მიღება და კოიტუსი. ვაგინალურ კანდიდოზსა და ორალურ კონტრაცეპტულ აბების მიღებას შორის პირდაპირი კავშირი არ არსებობს.

გასინჯვით ვლინდება ვულვის შეწითლება და შესიება. გამონადენი ხშირად მიკრულია საშოს კედლებზე. PH ჩვეულებრივ ნორმალურია (<4,5-ზე). ამინის სუნი არ არის. ლეიკოციტები მომატებული არ არის. მიკრისკოპულად შეიძლება ჩანდეს მიცელიუმი და სპორები.

1. C. არჩევს პრეპარატი ამ პაციენტისათვის არის ან იმიდაზოლის მალამო/სანთლები ან კლოტრიმაზოლის მალამო/სანთლები. იმიდაზოლის და კლოტრიმაზოლის შემცველმა სამკურნალო სქემებმა აჩვენა განკურნების მაღალი პროცენტი. მკურნალობის ხანგრძლივობა მერყეობს 1-დან – 7 დღემდე. რადგან სიმპტომები აღინიშნება როგორც შიგნითა, ასევე გარეთა სასქესო ორგანოებზე, გამართლებულია ისეთი კომბინაციის ხმარება, რომელიც შეიცავს მიკონაზოლის საშოსშიდა ტაბლეტებსაც (1 ტაბლეტი 3 დამის განმავლობაში) და მიკონაზოლის მალამოსაც გარეგანი ხმარებისთვის (დღესი 2-ჯერ ან 3-ჯერ ვულვის მიდამოში). ბამბის თავისუფალი საცვლები შეამცირებს მიკრობების გამრავლებას.

შებრუნებითი კანდიდოზის დროს შეიძლება გამოყენებული იქნას 1%-იანი გენციან

ვიოლეტი ან ნისტატინი ან კეტოკონაზოლი პერორალურად. შებრუნებითი

კანდიდოზის დროს აუცილებელია ჩატარდეს პარტნიორის მკურნალობაც _

ადგილობრივად, იმიდაზოლის მალამოთი.

2. C. ვულვის კანდიდოზის დროს ფლუკონაზოლის ერთჯერადი დოზა ისეთივე ეფექტურია, როგორც ინტრავაგინალური მკურნალობა. ბევრი პაციენტი მკურნალობის ამ მეთოდს ამჯობინებს. მაგრამ, პერორალური მიღების შემთხვევაში გასტონტესტინალური გვერდითი მოვლენები უფრო ხშირია. რეკომენდირებული დოზაა 150 მგ ერთჯერადად.

3. D. ვაგინალური კანდიდოზის რისკ ფაქტორებია:

- 1) საქალწულე აპკის დარღვევა
- 2) ორსულობა
- 3) ანტიბიოტიკოთერაპია
- 4) შაქრიანი დიაბეტი
- 5) იმუნოდეფიციტური მდგომარეობა (აივ-ინფექციის ჩათვლით)
- 6) მჭიდრო საცვლები
- 7) სექსუალური ქცევა

ორალური კონტრაცეპტივები, როგორც ჩანს, არ იწვევს სიმპტომების მქონე კანდიდოზის შემთხვევების გახშირებას, თუმცა შეიძლება გაახშიროს მტარებლობის სიხშირე.

შემთხვევა II – 25 წლის ქალი საშოდან გამონადენით

25 წლის ქალი მოდის თქვენთან ჭარბი, მომწვანო-მონაცრისფრო ცუდი სუნის მქონე გამონადენით საშოდან, აღენიშნება აგრეთვე ქავილი და ირიტაცია, ვულვის შეშუპება. გამონადენი მიკრულია საშოს კედლებზე. PH 6,0-ია. ამინის სუნი არის. მიკროსკოპული გამოკვლევით – ლეიკოციტები 15 მ/ა.

1. რა არის ამ პაციენტის ყველაზე მეტად სავარაუდო დიაგნოზი?

- a) კანდიდოზი
- b) ტრიქომონიაზი
- c) ბაქტერიული ვაგინოზი
- d) ფიზიოლოგიური გამონადენი.
- e) არასპეციფიური ვაგინიტი.

2. რომელია აღწერილი პაციენტის პირველი არჩევის მკურნალობა?

- a) მიკონაზოლი ინტრავაგინალურად.
- b) კლოტრიმაზოლი ინტრავაგინალურად.
- c) მეტრონიდაზოლი 250 მგ 3X დღეში.
- d) ამპიცილინი 500 მგ 3X დღეში.
- e) 2 გ მეტრონიდაზოლი ერთჯერადად.

პასუხები:

1. B. ამ პაციენტს აქვს ტრიქომონიაზი. ტრიქომონიაზის სიმპტომებია: მომწვანო-მონაცრისფრო ცუდი სუნის მქონე ჭარბი გამონადენი, რომელიც ეკვრის საშოს კედლებს. შეიძლება იყოს გაღიზიანება, ქავილი და ვულვის შეშუპება. ხშირია საშოს ლორწოვანი გარსის ერთემა. ჩვეულებრივ, PH 5,0-ზე მეტია. მოძრავი ტრიქომონადები და დიდი რაოდენობით ლეიკოციტები ხშირად ჩანს სინათლის მიკროსკოპში.
2. E. ტრიქომონიაზის სამკურნალოდ არჩევის პრეპარატია მეტრონიდაზოლი. რეკომენდირებული სამკურნალო სქემაა: 2გ ერთჯერადად პერორალურად. იმ პაციენტებს, ვისთვისაც ეს მკურნალობა შედეგს არ გამოიღებს, ენიშნებათ უფრო ხანგრძლივი თერაპია – მეტრონიდაზოლი 500 მგ 7 დღის განმავლობაში. რადგან ტრიქომონიაზი სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებაა, აუცილებელია მამაკაცი პარტნიორის ერთდროული მკურნალობაც. შებრუნების ძირითადი მიზეზია რეინფექცია.

შემთხვევა 2 – 29 წლის ქალი საშოდან გამონადენით

29 წლის ქალი მოდის თქვენს ოფისში ჭარბი ცუდი სუნის მქონე გამონადენით და საშოს ირიტაციით. დაავადების ხანგრძლივობა 2 კვირაა. გამონადენი ნაცრისფერია, ჰომოგენური და დაბალი წებოვნების, მიკრულია საშოს კედლებზე. PH-6,5-ია. ამინის სუნი არის. მიკროსკოპული გამოკვლევით აღინიშნება “მანიშნებელი უჯრედები”, მაგრამ ლეიკოციტები არ არის.

1. რომელია ყველაზე მეტად სავარაუდო დიაგნოზი ამ პაციენტისთვის?

- a) ბაქტერიული ვაგინალური ინფექცია.
- b) ტრიქომონიაზი.
- c) კანდიდოზი.
- d) ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი.
- e) არცერთი ზემოთაღნიშნული

რა არის ზემოთაღწერილი მდგომარეობისას პირველი არჩევის მკურნალობა?

- a) მიკონაზოლი ინტრავაგინალურად (1 ტაბლეტი) 7 დღის განმავლობაში.
- b) კლოტრიმაზოლი ინტრავაგინალურად (1 ტაბლეტი) 7 დღის განმავლობაში.
- c) 2 გ მეტრონიდაზოლი ერთჯერადად
- d) მეტრონიდაზოლი პერორალურად 250-500 მგ 3X დღეში 7 დღის განმავლობაში
- e) ერითრომიცინი პერორალურად 500 მგ 3X დღეში

რომელი ტიპის ბაქტერია იწვევს ყველაზე ხშირად ბაქტერიულ ვაგინალურ ინფექციას?

- a) გრამ-დადებითი აერობული კოკები
- b) გრამ-უარყოფითი აერობული ჩხირები
- c) გრამ-უარყოფითი აერობული კოკები
- d) ანაერობული ბაქტერია
- e) გრამ-დადებითი ჩხირები

რომელია ვაგინიტის ყველაზე უფრო ხშირი ფორმა?

- a) ვულვოვაგინალური კანდიდოზი
- b) ტრიქომონიაზი
- c) ბაქტერიული ვაგინალური ინფექცია
- d) ქლამიდიური ვაგინიტი
- e) არც ერთი ზემოთჩამოთვლილი

პასუხები:

- A. ამ პაციენტს აქვს ბაქტერიული ვაგინალური ინფექცია, იგი ვაგინიტების ყველაზე ხშირი ფორმაა. ბაქტერიული ვაგინალური ინფექციებიში იმდენად იცოს შემდეგი სახის: არასპეციფიკური ვაგინიტი, Gardnerella-თი გამოწვეული ვაგინიტი, Haemophilus-ით გამოწვეული ვაგინიტი, ჩორიებატერიუმ-ით გამოწვეული ვაგინიტი, შერეული ბაქტერიული ვაგინიტი და ანაერობული ვაგინიტი. ბაქტერიული ვაგინალური ინფექციები არის პოლიმიკრობული ინფექციები, ისინი ხშირად ასიმპტომურია. სიმპტომების მქონე პაციენტები ჩვეულებრივ უჩივიან ცუდი სუნის მქონე, დიდი რაოდენობით გამონადენს, გამონადენი არის ინტროიტუსში (საშოს შესავალი), ნაცრისფერია და ჰომოგენური, აქვს დაბალი წებოვნება და მიკრულია საშოს კედლებზე. $\text{pH} > 5,0$. ამინის სუნი არის. ხშირად ჩანს “მანიშნებელი უჯრედები” (ვაგინალური ეპითელიური უჯრედები არამკვეთრი კიდებით, რაც განპირობებულია უჯრედის კიდეზე მიკრული ბაქტერიით). ლეიკოციტები არ არის.
- D. ბაქტერიული ვაგინალური ინფექციის სამკურნალოდ არჩევის მედიკამენტია ორალური მეტრონიდაზოლი 250-500 მგ 3X დღეში 7 დღის განმავლობაში. როგორც წესი, ურჩევენ პარტნიორის მკურნალობასაც.
- D. ყველაზე ხშირად ბაქტერიული ვაგინოზის გამომწვევია ანაერობული ბაქტერიები. ანაერობული ბაქტერია peptostreptococci ურთიერთქმედებს სხვა ტიპის ბაქტერიებთან Corynebacterium-თან, Haemophilus-თან და სხვა სახეობებთან, რის შედეგადაც წარმოიშობა ინფექციის დამახასიათებელი სურათი.
- C. ვაგინიტის ყველაზე უფრო ხშირი ტიპი არის ბაქტერიული ვაგინალური ინფექცია. ის შეადგენს ვაგინიტების ყველა შემთხვევის 35-50%-ს, კანდიდოზები შეადგენს 20-40 %-ს, ტრიქომონიაზი – 10-20%-ს.

პრობლემა 3

35 წლის ქალი ბევრი პრემენსტრუალური სიმპტომით

35 წლის ქალი 6 თვეა უჩივის დაღლილობას, მკერდის დაჭიმულობას, მუცლის შებერვას, სითხის შეკავებას, მოუსვენრობას, გაღიზიანებას, დეპრესიას, კონცენტრაციის გაძნელებას და უძილობას. ეს სიმპტომები რეგულარულად ვლინდება მესტრუაციამდე 8 დღით ადრე.

პაციენტს არ აღენიშნება სიცოცხლის ინტერესის მნიშვნელოვანი დაქვეითება, დანაშაულის გრძნობა, უიმედობა, მადის შეცვლა, ფსიქომოტორული შეკავება ან აგზნება, ან რაიმე სხვა სიმპტომი.

ფიზიკალური გასინჯვით ყველაფერი ნორმაშია. არტერიული წნევაა 110/75 მმHg. მენჯის ღრუს ორგანოების გამოკვლევით ვლინდება მარჯვენა საკვერცხეში მცირე ზომის ცისტური ჩანართები. საშვილოსნო ნორმალური ზომის და კონსისტენციისაა.

აირჩიეთ ერთი სწორი პასუხი მომდევნო კითხვებზე:

- რა არის ამ პაციენტისთვის ყველაზე უფრო სავარაუდო დიაგნოზი?
 - გენერალიზებული შფოთვისითი მოშლილობა
 - ფარული დეპრესია
 - დიდი დეპრესია
 - პრემენსტრუალური სინდრომი
 - იპოქონდრია
- როგორია ზემოთ აღწერილი სინდრომის სიხშირე რეპროდუქციული ასაკის ქალებში?
 - 1%
 - 10%
 - 25%
 - 50%
 - 75%
- ამგვარი პაციენტებისათვის სწორი დიაგნოზის დასმისათვის მნიშვნელოვანია სრულყოფილი ანამნეზის შეკრება. რომელი ინფორმაცია ანამნეზში ყველაზე მნიშვნელოვანია?
 - სიმპტომების სიმძიმე
 - სიმპტომების რაოდენობა
 - სიმპტომების დროში კავშირი მენსტრუალურ ციკლთან
 - დეპრესიის ან შფოთვის არსებობა და ხარისხი
 - ყველა თანაბრად მნიშვნელოვანია

4. ზემოთაღწერილი სიმპტომები მენსტრუაციის რომელ ფაზაშია განსაკუთრებით ხშირი?
- მენსტრუაციამდე 1-14 დღით ადრე
 - მენსტრუაციის დროს
 - მენსტრუაციის შემდეგ 1-14 დღის განმავლობაში
 - მენსტრუაციამდე 15-18 დღით ადრე
 - მენსტრუაციის შემდეგ 15-18 დღის განმავლობაში
5. აღწერილი მდგომარეობის ეტიოლოგია უცნობია. მიუხედავად ამისა, ქვემოთჩამოთვლილი მიზეზებიდან რომელი შეესაბამება უფრო მეტად ამ სინდრომის ნიშნებს და სიმპტომებს?
- ესტროგენ-დეფიციტური სინდრომი
 - პროგესტერონ-დეფიციტური სინდრომი
 - პროგესტერონის სიჭარბის სინდრომი
 - ესტროგენების სიჭარბის სინდრომი
 - კომბინირებული ესტროგენ-პროგესტერინული დეფიციტი
6. რომელი მდგომარეობა ერევათ ყველაზე ხშირად ზემოთ აღწერილ მდგომარეობაში?
- გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა
 - პანიკური აშლილობა
 - დიდი დეპრესია
 - შიზოაფექტური აშლილობანი
 - არცერთი ზემოთაღნიშნული
7. რა არის პირველი არჩევის მკურნალობა იმ პაციენტებისათვის, რომლებსაც აღენიშნებათ ამ აშლილობის მსუბუქი სიმპტომები?
- ინტენსიური ფსიქოთერაპია
 - ფარმაკოთერაპია ერთი აგენტით
 - ფარმაკოთერაპია რამოდენიმე აგენტით
 - ინტენსიური ფსიქოთერაპია და მულტიაგენტური ფარმაკოთერაპია
 - არცერთი ზემოთაღნიშნული
8. რომელი ქვემოთჩამოთვლილი მედიკამენტი იქნება ეფექტური აღწერილი მდგომარეობის დროს?
- იბუპროფენი
 - ვიტამინი E
 - ვიტამინი B
 - მხოლოდ ა და ბ
 - ყველა ჩამოთვლილი
9. ზემოთაღწერილი მდგომარეობის ჰორმონული მკურნალობისას, რომელი მედიკამენტია ეფექტური?
- მედროქსიპროგესტერონის აცეტატი
 - ორალური კონტრაცეპტივები

- c) ნატურალური პროგესტერონის სანთლები
- d) მხოლოდ ა და ბ
- e) ყველა ზემოთჩამოთვლილი

10. ზემოთაღწერილი მდგომარეობის ფარმაკოლოგიური მკურნალობის დროს რომელი მედიკამენტი ამცირებს სიმპტომების სიმძლიერეს?

- a) მედროქსიპროგესტერონის აცეტატი
- b) არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები
- c) ფლუოქსეტინი
- d) ალპრაზოლამი
- e) ყველა ჩამოთვლილი

პასუხები:

1. D. ამ პაციენტს აქვს პრემენსტრუალური სინდრომი (PMშ). ეს არის უცნობი ეტიოლოგიის სინდრომი, რომელიც სისტემატურად უვლინდება ბევრ ქალს სხვადასხვა შემაწუხებელი სიმპტომებით, ხოლო მცირე ნაწილში კი იწვევს საკმაოდ მძიმე მდგომარეობას (განსაკუთრებით მენოპაუზის წინა ათწლეულში).

სიმპტომები არის ფსიქოლოგიური და ფიზიკური. სიმპტომების მრავალფეროვნების გამო სწორი დიაგნოზის დასმა ხშირად გართულებულია. სიმპტომების ციკლური მანიფესტაცია მენსტრუალურ ციკლთან კავშირში პათოგნომურია PMშ-თვის.

PMშ-ის დიაგნოზის დასმისთვის საჭიროა შემდეგ კრიტერიუმებთან შესაბამისობა:

- 1) სიმპტომები გარკვეული ხარისხით ვლინდება თითოეული მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში და იწყება ოვულაციის დროს ან მის შემდეგ.
- 2) სიმპტომები ქრება მენსტრუაციის დაწყებისას.
- 3) პაციენტს არა აქვს სიმპტომები მენსტრუაციის დამთავრებიდან ოვულაციამდე. თითოეული ციკლის მანძილზე აღინიშნება სულ ცოტა 7 სიმპტომებისაგან თავისუფალი დღე.

პრემენსტრუალური სინდრომის სიმპტომებია:

ფიზიკური:

მუცლის შებერვა

შეშუპება

წონაში მომატება

შეკრულობა

ალები

მკერდის ტკივილი

თავის ტკივილი

აკნე

რინიტი

გულის ფრიალი

ფსიქოლოგიური:

შფოთვა

დეპრესია

გადიზიანება

ხასიათის მერყეობა

მადის მომატება

აგრესიულობა

ძილიანობა და სისუსტე

გულმავიწყობა

კონცენტრაციის გაძნელება

ძილის დარღვევა

ფობიები

2. B. მიუხედავად იმისა, რომ პრემენსტრუალური სინდრომი აქვს ქალების 90%-ს, მძიმე სიმპტომები, რომლებიც ზეგავლენას ახდენს მათ სოციალურ საქმიანობაზე, აღინიშნება რეპროდუქციული ასაკის ქალების მაქსიმუმ 10%-ს.

3. B. სიმპტომების კავშირი მენსტრუალურ ციკლთან ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორია PMშ-ის დიაგნოზის დასასმელად. სიმპტომების კავშირი მენსტრუალურ ციკლთან აშკარად ვლინდება დღიურის საშუალებით, რომელსაც აწარმოებენ სულ ცოტა ორი მომდევნო ციკლის განმავლობაში. კალენდარი იწყება ციკლის I დღიდან, მენსტრუალური სისხლდენის ყოველდღიური აღწერით (მსუბუქი, საშუალო, მძიმე, მძიმე კოლტებით) და თანმხლები სიმპტომებით (სიმპტომების სიმძიმე შეფასებულია 1-3 ბალიანი შკალის მიხედვით).

4. A. აღწერილ სიმპტომებს ადგილი აქვთ პრემენსტრუალურ პერიოდში და გრძელდება 1-14 დღე.

5. B. თუმცა PM_{2.5}-ის ეტიოლოგია უცნობია, ყველაზე სავარაუდოა პროგესტერონის დეფიციტთან კავშირი. სხვა მიზეზები, რომლებსაც მნიშვნელოვანი გავლენა აქვთ სინდრომზე, არის პროსტაგლანდინების მეტაბოლიზმი, ენდორფინის შედარებითი ნაკლებობა, B₆ ვიტამინის დეფიციტი და ბიოფსიქოსოციალური მოდელი, სადაც ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორები კომპლექსურად ურთიერთქმედებენ.
6. ჩ. მდგომარეობა, რომელიც ყველაზე ხშირად ასოცირებულია PM_{2.5}-თან, არის დიდი დეპრესია. აუცილებელი მოთხოვნაა, რომ ექიმმა გამორიცხოს დეპრესია (ფარული დეპრესიის ჩათვლით), სანამ დასვამს პრემენსტრუალური სინდრომის დიაგნოზს.
7. E. პირველი არჩევის მკურნალობა სინდრომის მსუბუქი ფორმების დროს არის ცხოვრების წესის შეცვლა და სტრესის შემცირება. არსებობს ევიდენსი იმისა, რომ რეაქტიული ჰიპოგლიკემია PM_{2.5}-ის სიმპტომებს ამძიმებს. ნაკლებციმიანი, ნახშირწყლების შემცველი საკვებით ხშირი კვება, პროტეინების საკმარისი შემცველობით, ამცირებს დაღლილობას და სისუსტეს და არეგულირებს წონას. სისტემატური ფიზიკური ვარჯიში, აერობიკა ამცირებს დეპრესიას და სტრესთან დაკავშირებულ სიმპტომებს. სტრესის შემამცირებელი სხვადასხვა მეთოდების გამოყენება ასევე ეფექტურია.
კოფეინის ჭარბი მოხმარება ზრდის PM_{2.5}-ის განვითარების რისკს. პაციენტებმა უნდა შეამცირონ კოფეინის და ალკოჰოლის მიღება. სხვადასხვა კვლევებმა აჩვენეს, რომ E ვიტამინის მიღება ამცირებს PM_{2.5}-ის სიმპტომებს, განსაკუთრებით მკერდის დაჭიმულობას. რეკომენდირებული დოზაა 400 ერთეული/დღეში.
8. D. პროსტაგლანდინების ინჰიბიტორები: მეფენამის მჟავა (პონსტელი) და ნაპროქსენი ეფექტურად გამოიყენება დისმენორეის მკურნალობისთვის და როგორც ზოგიერთმა გამოკვლევამ აჩვენა, PM_{2.5}-ის სიმპტომებსაც ამცირებს, დეპრესიისა და გაღიზიანებადობის ჩათვლით.
ვიტამინ ჩ-ს, როგორც აღმოჩნდა, არავითარი თერაპიული ეფექტი არა აქვს PM_{2.5}-ის მკურნალობისას.
9. D. მედროქსიპროგესტერონის აცეტატი (დეპო-პროვერა) 100მგ-150მგ თვეში დოზით და ორალური კონტრაცეპციული აბები ეფექტური აღმოჩნდა PM_{2.5}-ის სამკურნალოდ. ნატურალური პროგესტერონის სანთლებს კი პირიქით – პლაცებოსთან შედარებით არავითარი უპირატესობა არ აღმოაჩნდათ. მიუხედავად ამისა, ბევრი ექიმი კვლავ აგრძელებს ამ სანთლების გამოყენებას დოზით 800-1200მგ დღეში სამჯერადად. მკურნალობას იწყებენ სიმპტომების გაჩენამდე სამი დღით ადრე.
10. E. იმ ქალებისთვის, რომელთა ძირითადი სიმპტომი დეპრესიაა, ნაჩვენებია ფლუოქსეტინი. ეს მედიკამენტი შეიძლება მიიღონ უწყვეტად, მისი თერაპიული მოქმედებიდან გამომდინარე. საშუალო დოზაა 20მგ/დღეში.
ხოლო მათთვის, ვისაც PM_{2.5} ძირითადად შფოთვით და აგზნებულობით უვლინდება, ნაჩვენებია ალპრაზოლამი(ქსანაქსი) და ბუსპირონი (ბუსპარი).
ასევე განიხილება მედროქსიპროგესტერონის აცეტატი და არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებები.

პრობლემა 4

48 წლის ქალი “ალებით”

48 წლის ქალი მოვიდა თქვენს ოფისში და ამბობს, რომ უკვე ერთი წელია აწუხებს ოფლიანობა და წამოხურება. ეს სიმპტომები გრძელდება ხანმოკლე დროის განმავლობაში, უფრო ხშირია დღისით. ეს სიმპტომები დაეწყო მას შემდეგ, რაც შეუწყდა მენსტრუაცია. წამოხურების და ოფლიანობის გარდა, იგი უჩივის ღამით ოფლიანობას, ძილის დარღვევას და მოუსვენრობას.

შეარჩიეთ ერთი სწორი პასუხი შემდეგ კითხვებზე:

1. რა არის ამ პაციენტის ყველაზე მეტად სავარაუდო დიაგნოზი?

- a) ფეოქრომოციტომა
- b) ჰიპერთირეოიდიზმი
- c) მენოპაუზა “ალებით”
- d) გენერალიზებული შფოთვითი მოშლილობა
- e) პანიკური შეტევები

2. რა არის ამ პაციენტისთვის პირველი არჩევის მკურნალობა?

- a) მხოლოდ კონიუგირებული ესტროგენი
- b) კონიუგირებული ესტროგენი ორალურ პროგესტერონთან ერთად
- c) მხოლოდ ორალური პროგესტერონი
- d) სინთეზური ესტროგენი
- e) სინთეზური პროგესტერონი

3. როგორი დოზაა რეკომენდირებული სამკურნალოდ ამ შემთხვევაში?

- a) 0,625 მგ კონიუგირებული ესტროგენი დღეში
- b) 0,625 მგ კონიუგირებული ესტროგენი დღეში + 10 მგ ორალური პროგესტერონი კალენდარული თვის პირველი 13 დღის განმავლობაში.
- c) 10 მგ მედროქსიპროგესტერონის აცეტატი
- d) ეთინილ ესტრადიოლი 50 μ გ დღეში
- e) დეპო-პროვერა 150 მგ თვეში

4. როგორია ზემოთაღნიშნული მკურნალობის რეჟიმი?

- a) ესტროგენი განუწყვეტლივ / პროგესტერონი ციკლურად
- b) ესტროგენი განუწყვეტლივ / პროგესტერონი განუწყვეტლივ
- c) ესტროგენი ციკლურად / პროგესტერონი ციკლურად
- d) ესტროგენი ციკლურად / პროგესტერონი განუწყვეტლივ
- e) არა აქვს მნიშვნელობა, როგორ მიიღებს

5. კალციუმი ეფექტური აღმოჩნდა ზემოთაღწერილი მდგომარეობის პრევენციისა და მკურნალობისათვის. ცხოვრების ციკლის რომელ პერიოდში უნდა დაიწყოს ქალმა კალციუმის მიღება?

- a) 35-40 წლის ასაკში
- b) 50 წლის ასაკში
- c) 55 წლის ასაკში
- d) მენოპაუზის დადგომისას (რაც შეიძლება ადრე)
- e) მენსტრუაციის შეწყვეტიდან 2 წლის განმავლობაში

6. ქვემოთჩამოთვლილი დებულებებიდან ესტროგენების შესახებ რომელია სწორი?

- a) ესტროგენებით მკურნალობა ზემოთაღწერილი მდგომარეობის დროს მნიშვნელოვნად ამცირებს ქალებში კორონარული დაავადებების რისკს.
- b) ესტროგენებით მკურნალობა ამ მდგომარეობის დროს არ მოქმედებს ქალებში კორონარული დაავადებების სიხშირეზე.
- c) ესტროგენით მკურნალობა ამ მდგომარეობის დროს ზრდის ქალებში კორონარული დაავადებების რისკს.
- d) ესტროგენის მიღებასა და ქალებში კორონარული დაავადებების რისკს შორის უეჭველი კავშირი დადგენილი არ არის.
- e) ესტროგენის გავლენა ქალებში კორონარული დაავადებების რისკზე უცნობია.

7. ჰორმონალური თერაპია ეწყება იმ პაციენტს, ვისაც აღენიშნება მენოპაუზის ვაზომოტორული სიმპტომები. ამ დროს რამდენი ხანი უნდა გაგრძელდეს ჰორმონოთერაპია?

- a) სანამ სიმპტომები არ გაქრება
- b) 1-2 წელი
- c) 3-5 წელი
- d) 10 წელი
- e) ჩანაცვლებითი თერაპიის იდეალური ხანგრძლივობა დღეისათვის უცნობია.

8. რა გავლენა აქვს ესტროგენ-ჩანაცვლებით თერაპიას პლაზმის ლიპიდებზე?

- a) ესტროგენი ზრდის პლაზმაში დაბალი სიმკვრივის ქოლესტერინის (LDL) დონეს.
- b) ესტროგენი ზრდის პლაზმაში მაღალი სიმკვრივის ქოლესტერინის (HDL) დონეს.
- c) ესტროგენი ამცირებს პლაზმაში დაბალი სიმკვრივის ქოლესტერინის (LDL) დონეს.
- d) ესტროგენი ამცირებს პლაზმაში მაღალი სიმკვრივის ქოლესტერინის (HDL) დონეს.
- e) ესტროგენი ზრდის პლაზმაში მაღალი სიმკვრივის ქოლესტერინის (HDL) დონეს და დაბალი სიმკვრივის ქოლესტერინის (LDL) დონეს.

9. ქვემოთჩამოთვლილთაგან რომელი მათგანი წარმოადგენს ამ მდგომარეობის ყველაზე სერიოზული გართულებების რისკ-ფაქტორს?

- a) სიგარეტის მოწევა

- b) სიგამხდრე
- c) ადინამია
- d) კავკასიური რასა
- e) ყველა ჩამოთვლილი

10. ამ მდგომარეობის შესახებ რომელი ქვემოთჩამოთვლილი დებულებაა სწორი?

- a) ოსტეოპოროზი უმთავრესი გართულებაა.
- b) აღმოჩნდა, რომ ფიზიკური ვარჯიში ამცირებს ამ გართულების სიხშირეს.
- c) ჰორმონოთერაპია არა მარტო აჩერებს ამ გართულების პროგრესირებას, არამედ იწვევს აგრეთვე მის უკუგანვითარებას.
- d) მხოლოდ ა და ბ
- e) ყველა ჩამოთვლილი

პასუხები:

1. C. ამ პაციენტის სავარაუდო დიაგნოზია მენოპაუზა “აღებით”. დიაგნოზი ემყარება მენოპაუზის შესაბამის ასაკს, კლასიკურ “აღებს”, სიმპტომების გამოვლინებას დღის განმავლობაში და კავშირს მენსტრუაციის შეწყვეტასთან. ჰიპერთირეოიდიზმი სავარაუდო იქნებოდა ზოგიერთი სხვა სიმპტომის არარსებობის შემთხვევაში.
“აღები” შეიძლება თან სდევდეს გენერალიზებულ შფოთვით მოშლილობას და პანიკურ მოშლილობას. ამ მოშლილობებს ბევრი სხვა სიმპტომიც ახასიათებთ. ფეოქრომოციტომის გათვალისწინებაც საჭიროა.
2. B. “აღებისა” და მენოპაუზის სხვა სიმპტომების დროს საუკეთესო მკურნალობის სქემა არის კონიუგირებული ესტროგენის – “პრემარინის” და ორალური პროგესტერონის კომბინაცია. ორალური პროგესტერონი ემატება ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიისა და შემდგომში კარცინომისგან დაცვის მიზნით.
3. B.
4. A. დღეისათვის ჰორმონჩანაცვლებითი თერაპიის ყველაზე ფართოდ გამოყენებული რეჟიმი ინტაქტური საშვილოსნოს მქონე ქალებისათვის არის კონიუგირებული ესტროგენი 0,625 მგ/დღეში + მედროქსიპროგესტერონის აცეტატი 10 მგ/ დღეში ყოველი თვის პირველი 13 დღის განმავლობაში.
5. E. კალციუმით თერაპიის დაწყება რეკომენდირებულია მენსტრუაციის შეწყვეტიდან პირველი 2 წლის განმავლობაში. ეს მაქსიმალურად აძლიერებს კალციუმის ოსტეოპოროზისგან დაცვის ეფექტს. მაგრამ, უმჯობესია გვიან, ვიდრე არასდროს. 65 წლამდე ამ ტიპის მკურნალობის დაწყება რეკომენდირებულია.
6. A. პოსტ-მენოპაუზურ პერიოდში ჰორმონჩანაცვლებითი თერაპიის ერთერთი ძალიან სასარგებლო გვერდითი ეფექტი არის ქალების კორონარული დაავადებებისგან დაცვა. განვითარებულ ქვეყნებში ქალთა სიკვდილიანობის ყველაზე ხშირი მიზეზია გულსისხლძარღვთა დაავადებები, მათ შორის 50% პოსტ-მენოპაუზის პერიოდში მყოფ ქალებზე მოდის. აღმოჩნდა, რომ ესტროგენებს პოსტმენოპაუზის პერიოდში მყოფი ქალების ათეროსკლეროზისგან დაცვის საკმაოდ გამოხატული ეფექტი აქვთ. მაგალითისთვის, კარდიოვასკულარული მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობა ქალებში პრემენოპაუზის პერიოდში ამავე ასაკის მამაკაცების სიკვდილიანობის 20%-ს შეადგენს, მენოპაუზის მერე, კი ეს რისკი სწრაფად უთანაბრდება ამავე ასაკის მამაკაცების სიკვდილიანობის რისკს, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ქალები ესტროგენ-ჩანაცვლებით თერაპიას იტარებენ.
7. E.
8. E. ეგზოგენურ ესტროგენებს უაღრესად დადებითი ეფექტი აქვთ პლაზმის ლიპიდურ პროფილზე: ისინი ზრდიან HDL-ის დონეს 16-18%-ით და ამცირებენ ათეროგენული LDL –ის დონეს 15-19%-ით. ორივე ეს ცვლილება მნიშვნელოვნად ამცირებს კარდიალურ რისკს.
9. E. ესტროგენის დეფიციტით გამოწვეული ყველაზე სერიოზული რისკი პოსტმენოპაუზაში მყოფი ქალებისათვის არის ოსტეოპოროზი. ოსტეოპოროზის რისკ-ფაქტორებია:

- a) მდედრობითი სქესი
- b) პოსტმენოპაუზაში ყოფნა
- c) კავკასიური რასა
- d) ჩრდილო-ევროპული ან სკანდინავიური წარმოშობა
- e) უმოძრაო ცხოვრების წესი
- f) სიგარეტის მოწევა
- g) სიგამხდრე
- h) ოსტეოპოროზის ოჯახური ანამნეზი

10. E. ესტროგენის დეფიციტით გამოწვეული ყველაზე სერიოზული გართულება პოსტმენოპაუზაში მყოფი ქალებისათვის არის ოსტეოპოროზი. დადგენილია, რომ ფიზიკური ვარჯიში, აერობიკა მნიშვნელოვნად ამცირებს მძიმე ოსტეოპოროზის განვითარების ალბათობას. ეგზოგენური ესტროგენებით ჩანაცვლებითი თერაპია არა მარტო აჩერებს ოსტეოპოროზის პროგრესირებას, არამედ იწვევს მის უკუგანვითარებას.

პრობლემა 5

35 წლის ქალი მენსტრუალური პრობლემებით

35 წლის ქალი მოდის თქვენთან ჯანმრთელობის რუტინული შემოწმებისთვის. გამოკითხვისას ირკვევა, რომ მას აქვს ძალიან გახანგრძლივებული, ჭარბი და არარეგულარული მენსტრუაცია. პაციენტი ნორმალური წონისაა.

ფიზიკალური გასინჯვისას, არტერიული წნევა არის 120/80 მმHg, ფარისებრი ჯირკვალი, გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, სასუნთქი სისტემა, მუცელი, ძვალ-სახსართა სისტემა და ნერვული სისტემა ნორმაშია. მენჯის ღრუს ორგანოების გასინჯვით – ნორმალური ზომის საშვილოსნო, საკვერცხეები სუსტად პალპირდება.

აირჩიეთ ერთი სწორი პასუხი შემდეგ კითხვებზე:

1. რას მოიმოქმედებთ ასეთ დროს?
 - a) დაარწმუნებთ პაციენტს, რომ აღნიშნული პრობლემა დროთა განმავლობაში მოგვარდება
 - b) დანიშნავთ ესტროგენ-ჩანაცვლებით მკურნალობას პროექსტერონთან ერთად
 - c) დანიშნავთ ყოველთვიურად დეპო-პროვერას ინტრამუსკულარულად
 - d) დანიშნავთ სედატიურ საშუალებას, ძირითადი პრობლემა არის ნერვული დამაბულობა, რაც ჭარბი სისხლდენით არის გამოწვეული
 - e) არცერთი ჩამოთვლილი
2. რომელ დაავადებებს შორის უნდა გატარდეს დიფერენციალური დიაგნოზი?
 - a) საშვილოსნოს პოლიპი
 - b) სუბმუკოზური ფიბრომა
 - c) ადენომატოზური ჰიპერპლაზია
 - d) ადენომიომა
 - e) ყველა ჩამოთვლილი
3. დაეუშვათ ყველა მეორადი მიზეზი გამოვრიცხეთ, რომელ დიაგნოზს ვივარაუდებთ ამ შემთხვევაში?
 - a) მენოპაუზა
 - b) “ნევროზული საშვილოსნო”
 - c) სისხლდენით გართულებული დისმენორეა
 - d) დისფუნქციური სისხლდენა საშვილოსნოდან
 - e) არცერთი ჩამოთვლილი

4. რა არის პაციენტის ჭარბი სისხლდენის სავარაუდო მიზეზი?
- ანოვულაცია
 - კოაგულაციის დეფექტი
 - საშვილოსნოს პათოლოგია
 - არცერთი ჩამოთვლილი
5. ყველაზე ხშირად რა პათოფიზიოლოგიური საფუძველი აქვს საშვილოსნოდან დისფუნქციურ სისხლდენას?
- ესტროგენის ნაკლებობა
 - ესტროგენის ჭარბი გამოყოფა
 - პროჟესტერონის ნაკლებობა
 - პროჟესტერონის ჭარბი გამოყოფა
 - არცერთი ჩამოთვლილი
6. რომელია საშვილოსნოდან დისფუნქციურ სისხლდენის განსაზღვრება?
- ენდომეტრიული წარმოშობის არარეგულარული ვაგინალური სისხლდენა, რომელიც ან ჭარბია (80 მლ-ზე მეტი), ან გახანგრძლივებული (7 დღეზე მეტი) ან არარეგულარული; ამ დროს გენიტალური ტრაქტის პათოლოგია არ აღინიშნება
 - მტკივნეული, არარეგულარული სისხლდენა, რომელიც მეორადად განპირობებული რაიმე დაავადებით, მაგრამ კონკრეტული მიზეზი დადგენილი არ არის
 - ენდომეტრიული წარმოშობის პათოლოგიური სისხლდენა საშოდან
 - საშვილოსნოდან სისხლდენა სტრესული სიტუაციების დროს
7. ჩამოთვლილთაგან რომელი დაავადება (დაავადებები) შეიძლება იყოს საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის მიზეზი?
- ჰიპოთირეოზი
 - ჰიპერთირეოზი
 - ციროზი
 - თირკმლის უკმარისობა
 - ყველა ჩამოთვლილი
8. რომელი ლაბორატორიული გამოკვლევებია ნაჩვენები საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის დროს?
- ტესტი ორსულობაზე
 - შრატში T4 და TSH-ის განსაზღვრა
 - ანალური ტემპერატურის გრაფიკის შედგენა
 - მენჯის რღუს ორგანოების ულტრაბგერითი გამოკვლევა
 - ყველა ჩამოთვლილი

9. როგორია საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენის არჩევის მკურნალობა?
- a) პაციენტის დამშვიდება და განათლება
 - b) ორალური კონტრაცეპტივები
 - c) პროჟესტერონი ციკლურად
 - d) ყველა ჩამოთვლილი
 - e) არცერთი ჩამოთვლილი

პასუხები:

1. **E.** ყველა ვარიანტი არასწორია. პირველი და ყველაზე მნიშვნელოვანია საკითხია, განსაზღვროთ, ხომ არ არის ჭარბი სისხლდენა მეორადი, ანუ განპირობებული რაიმე სხვა მიზეზით. თუ ასეა ეს მიზეზი უნდა დავადგინოთ და თუ შესაძლებელია, ვუმკურნალოთ. საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენის (სდს) დიაგნოზს ვსვამთ იმ შემთხვევაში, თუ არ არის გენიტალური ტრაქტის პათოლოგია ან სხვა ორგანოების დაავადება.
2. **E.** ეს კითხვა მოითხოვს თქვენგან ჭარბი მენსტრუაციის ანუ მენორაგიის მეორადი მიზეზის იდენტიფიკაციას. თუ ადგილი აქვს მხოლოდ ჭარბ მენსტრუაციას, მაშინ იხმარება ტერმინი – მენორაგია. თუ მხოლოდ არარეგულარულს – მეტრორაგია, ხოლო თუ მენსტრუაცია ერთდროულად ჭარბიც არის და არარეგულარულიც, მაშინ – მენომეტრორაგია.

მეორადი მიზეზები შეიძლება იყოს:

- a) საშვილოსნოს ფიბრომა
- b) სუბმუკოზური ფიბრომა
- c) ენდომეტრიოზი
- d) ადენომიომა
- e) მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებები
- f) ენდომეტრიუმის პოლიპი
- g) კოაგულაციის დეფექტები
- h) ძლიერი სიმსუქნე
- i) საკვერცხეების პათოლოგია
- j) მძიმე ჰიპოთირეოზი
- k) ადენომატოზური ჰიპერპლაზია
- l) ენდომეტრიუმის კიბო

3. **D.** ამ პაციენტის ყველაზე მეტად სავარაუდო დიაგნოზია დისფუნქციური სისხლდენა საშვილოსნოდან.
4. **A.** საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენის ყველაზე ხშირი მიზეზი ანოვულაციაა. ოვულაციის არსებობისას სისხლდენა შეიძლება ასოცირებული იყოს ოლიგომენორეასთან, მენორაგიასა და მენომეტრორაგიასთან. დისფუნქციური სისხლდენა საშვილოსნოდან, ჩვეულებრივ, კუბერტატულ და მენოპაუზის პერიოდებში ჩნდება; რეპროდუქტიულ პერიოდში უფრო იშვიათია, თუმცა ოვულაციური დისფუნქციური სისხლდენა ამ წლებში მაინც გვხვდება. მას შეიძლება თან ახლდეს ინტერმენსტრუალური, პრე- ან პოსტმენსტრუალური სისხლიანი გამონადენი. ოვულაციური დისფუნქციური სისხლდენა საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენის ყველა შემთხვევის 10 %-ს შეადგენს, დანარჩენი შემთხვევები ანოვულატორული ხასიათისაა.
5. **B.** საშვილოსნოდან ანოვულატორული დისფუნქციური სისხლდენის მიზეზი ყველაზე ხშირად არის ესტროგენის ჭარბი გამოყოფა. ანოვულაცია იწვევს ენდომეტრიუმის გახანრძლივებულ სტიმულაციას ესტროგენით. ამას კი შედეგად მოსდევს ჰიპერპლაზიური და სისხლმდენი ენდომეტრიუმის ჩამოყალიბება. ამ დროს ენდომეტრიუმის პროსტაგლანდინების სინთეზის უნარი მკვეთრად

მომატებულია, სწორედ ამიტომ, პროსტაგლანდინების სინთეზის ინჰიბიტორებს (არასტეროიდულ ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებებს) კარგი თერაპიული ეფექტი აქვთ.

6. **A.**

7. **E.** საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის მიზეზი შეიძლება იყოს ჰიპოთირეოზი, ჰიპერთირეოზი, ციროზი, თირკმლის უკმარისობა, შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპერპროლაქტინემია, საკვერცხის პოლიკისტოზი, ნაადრევი მენოპაუზა, ემოციური და ფიზიკური სტრესი და კვებითი მოშლილობები, მაგ.: ძლიერი სიმსუქნე, ნერვული ანორექსია.

8. **E.** სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობების გამოსარიცხად, რომლებზეც უკვე ვისაუბრეთ, ანამნეზის და ობიექტური გასინჯვის მონაცემებიდან და პაციენტის ასაკიდან გამომდინარე, ნაჩვენებია არჩევითად შემდეგი გამოკვლევები: შრატში თ4-ის და თშH-ის განსაზღვრა, ანალური ტემპერატურის მონიტორინგი, ტესტი ორსულობაზე და მენჯის ღრუს ორგანოების ულტრაბგერითი გამოკვლევა.

9. **D.** საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენის მკურნალობა არის მედიკამენტური და არამედიკამენტური. არამედიკამენტური მკურნალობა ძალიან მნიშვნელოვანია და ყველაზე ხშირია. იგი გულისხმობს პაციენტის დარწმუნებას დაავადების კეთილთვისებიანი ბუნების შესახებ (მას შემდეგ, რაც სხვა მიზეზები გამოირიცხება) და განათლებას იმის შესახებ, რომ მდგომარეობა დროთა განმავლობაში თავისთავად მოწესრიგდება. მედიკამენტური მკურნალობა მოიცავს ორალურ კონტრაცეპტივებს, ეთინილესტრადიოლს, პროჟესტერონს ციკლურად და არასტეროიდულ ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატებს.