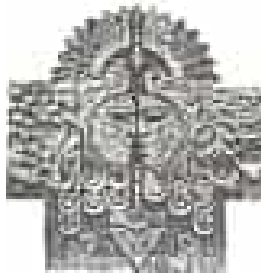


1

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁՈՒԹՅՈՒՆ



**ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ
ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ՀԵՆԱԿԵՏԱՅԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔՈԼԵԶ**



**ՄԱՆԿԱԲԱՐՁՈՒԹՅՈՒՆ
I ՄԱՍ**

**ՈՒՍՈՒՄՆԱՄԵԹՈՂԱԿԱՆ ՁԵՌՆԱՐԿ
«ՄԱՆԿԱԲԱՐՁՈՒԹՅՈՒՆ» ԱՌԱՐԿԱՅԻ
ՏԵՍԱԿԱՆ ՊԱՐԱՊՄՈՒՆՔՆԵՐԻ**

**բժշկական քոլեջների
ուսանողների համար**



ԵՐԵՎԱՆ

**«ԼԱՔԻ ՓՐԻՆԹ» հրատարակչություն
2006**

ՀՏԴ 618.2/7. (07)

ԳՄԴ 57.16 g 73

Մ 260

Ուսումնական ձեռնարկը կազմված է
ՀՀ ԱՆ Երևանի պետական հենակետային
բժշկական քոլեջի «Մանկաբարձական գործ» բաժնի վարիչ
ՋՈՒԼԻԵՏԱ ԹՈՎՄԱՍԻ ՍԱՀԱԿՅԱՆԻ կողմից:

Երաշխավորված է տպագրման ՀՀ ԱՆ Երևանի պետական
հենակետային բժշկական քոլեջի մեթոդ-կաբինետի կողմից:

Մանկաբարձություն

Մ 260 Ուս. ձեռնարկ

Եր.: Լաքի Փրինթ, 2006.-208 էջ:

ԳՄԴ 57.16 g 73

ISBN 99941-71-05-4

© «ԼԱՔԻ ՓՐԻՆԹ» հրատարակչություն, 2006թ.

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁՈՒԹՅԱՆ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆԸ

Մանկաբարձությունն ուսումնասիրում է կանանց սեռական օրգաններում տեղի ունեցող ֆիզիոլոգիական և ախտաբանական փոփոխությունները՝ կապված հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանների հետ:

Առողջապահության հիմքում ընկած է պրոֆիլակտիկան ախտաբանական պրոցեսների առաջացման կանխարգելումը:

Մանկաբարձուհիները պատասխանատու են երկու անձի մոր և մանկան համար ու մեծ գործունեություն են ծավալում հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջաններում տեսությունը և պրակտիկան սերտորեն կապելով միմյանց հետ:

Մինչև հեղափոխությունը ծննդօգնությունը կատարվում էր տատմայրերի ձեռքով, քանի որ Ռուսաստանում գոյություն չեն ունեցել ծննդօգնության հիմնարկներ, չեն եղել մանկաբարձության դասավանդող կրթօջախներ և մասնագետներ, հետևաբար չեն պատրաստվել մանկաբարձական կադրեր: Տատմայրերի ձեռքով իրականացվող ծննդօգնությունը կատարվում էր ոչ լիարժեք և լի էր թերություններով և բարդություններով, հետևաբար, բարձր էր մոր և մանկան մահացության տոկոսը:

Ռուս խոշոր գիտնական Մ.Վ. Լոմոնոսովը առաջինն էր, որ զբաղվեց ծնելիության տոկոսի ավելացման և որակյալ մասնագիտական օգնություն ցուցաբերելու հարցերով: Մեծ ուշադրություն կենտրոնացրեց որակյալ կադրերի պատրաստման և ծննդաբերական հիմնարկներ բացելու հարցին: Արտասահմանից հրավիրված մասնագետները դասավանդում էին օտար լեզուներով:

Առաջին անգամ մանկաբարձության դասավանդումը ներդրվեց 18-րդ դարի վերջում Մոսկվայի և Լենինգրադի բժշկավիրաբուժական ակադեմիաների բժշկական ֆակուլտետներում:

Հայրենական մանկաբարձության հիմնադիրը համարվում է Ն. Մ. Ամբողիկը: Նա ստեղծեց

1. Ռուսերեն լեզվով առաջին մանկաբարձական ձեռնարկը և դասավանդեց ռուսերեն լեզվով:
2. Նա մեծ դեր ունի մանկաբարձական վիրաբուժության զարգացման գործում և առաջինն էր, որ կիրառեց մանկաբարձական արջանները:

Պետերբուրգի բժշկա-վիրաբուժական ակադեմիայի ամբիոնի վարիչ Կրասովսկին՝

1. Նկարագրեց ծննդաբերության բիոմեխանիզմները:
2. Մեծ զարկ տվեց օպերատիվ մանկաբարձության զարգացմանը:
3. Տվեց ուսմունք նեղ կոնքերի վերաբերյալ:
4. Առաջինն էր, որ Ռուսաստանում կատարեց ձվարանահատում և գրեց աշխատություն այդ վիրահատության վերաբերյալ:

Խարկովի մանկաբարձական կլինիկայի պրոֆեսոր *Հագարևիչը՝*

1. Ստեղծվեց մանկաբարձական մի շարք գործիքներ: Նրա կողմից առաջարկված մանկաբարձական աքցանները կիրառվում են մինչև այսօր և ունեն համաշխարհային ճանաչում:
 2. Նա կողմնակից էր, որ կանայք նույնպես ստանան բարձրագույն կրթություն, որն արգելվում էր ցարական կառավարության կողմից:
- Մանկաբարձության զարգացման գործում մեծ դեր ունի Ֆենոմենովը, որը ստեղծեց օպերատիվ մանկաբարձության ձեռնարկ և մի շարք վիրահատական գործիքներ:

Ռուսաստանում գինեկոլոգիայի հիմնադիրը համարվում է Սնեգիրյովը, որը.

1. Մեծ դեր ունի գինեկոլոգիական հիվանդների հետազոտման և բուժման գործում:
2. Օպերատիվ գինեկոլոգիայի զարգացման գործում:
3. Չարորակ նորագոյացությունների վաղ հայտնաբերման համար մեծ տեղ է տալիս կանանց պրոֆիլակտիկ ստուգումներին:

Հոկտեմբերյան հեղափոխությունից հետո մեծ թափով սկսեց զարգանալ ծննդօգնությունը: Բացվեցին բազմաթիվ ծննդաբերական հիմնարկներ, և ամբողջ մանկաբարձական ծառայությունը կատարվում էր մանկաբարձ-գինեկոլոգների և մանկաբարձուհիների մի ստվար բանակի կողմից (Լեբեդև, Սկրոբանսկի, Պերսիանինով, Օովիանով, Մալինովսկի, Բակշեն, Ժորդինա, Բադիաժինա):

Հայաստանում մինչև հեղափոխությունը ծննդօգնությունը չի եղել: Ամբողջ ծառայությունը կատարվել է տատմայրերի ձեռքով և շատ բարձր է եղել մոր և մանկան մահացության տոկոսը: 1919թ. թիվ 1 հիվանդանոցում մի քանի մահճակալներ հատկացվել են ծննդօգնության համար, սակայն 1 տարի անց, փակվել է: 1922թ. Նորից է բացվել, սկզբում 10 մահճակալ, որից հետո հատկացվել է 40 մահճակալ: Մահճակալների քանակի ավելացման շնորհիվ բացվել են մանկաբարձական

բաժանմունքեր, իսկ ավելի ուշ ծննդատներ: 1923 թ. Լենինական հին հյուրանոցի շենքում բացվել է մանկաբարձական ոչ մեծ բաժանմունք:

Հայաստանում առաջին կանանց կոնսուլտացիան բացվել է 1922թ.: Հայաստանում մանկաբարձության հիմնադիրներն են՝ Գրիգոր Արեշյանը, հետագայում՝ Պարզև Մարգարյանը, Բագրատ Մայադյանը, Աշոտ Ահարոնյանը, Արամ Տրդատյանը և շատ ուրիշներ:

Մանկաբարձուհիների պատրաստման հիմնական կրթօջախը դա Երևանում բացված բժշկական ուսումնարանն է իր մանկաբարձական բաժնով, որտեղ տարիներ շարունակ պատրաստվել և այժմ էլ պատրաստում է որակյալ մանկաբարձական կադրեր, որոնք կոչված են պահպանելու կնոջ և պտղի, մոր և մանկան առողջությունը, իրենց նվիրելու նրանց պաշտպանության պատվավոր գործին: Այս խնդրի կատարման կարևոր հիմնաքարը՝ դա սերն է մասնագիտության նկատմամբ: Հայաստանում միջնակարգ կրթությամբ կադրերի պատրաստումը սկսել է 1921թ. բժիշկ-մանկաբարձ-գիբնեկոլոգ Գրիգոր Արեշյանի նախաձեռնությամբ, Երևան քաղաքի 1-ին ծննդատան բազայի վրա և կոչվում էր մանկաբարձական դպրոց:

Երկրի տնտեսական ծանր դրության և կադրերի պակասի հետևանքով, որոշ ուսումնական հաստատություններ, այդ թվում նաև մանկաբարձական դպրոցը, գործում էր կրճատ ուսումնական պլաններով և մեկ տարի անց՝ 1922թվականին, դպրոցը տվեց իր առաջին շրջանավարտները՝ մանկաբարձուհու որակավորումով, թվով ինը մարդ, 1923թվականին՝ 11, 1925-ին 15, 1926-ին 14 և այլն, իսկ 1927-ին 210 մանկաբարձ: ԵՎ այսպես, հետագայում, միջնակարգ կրթությամբ բժշկական կադրեր պատրաստող, տարբեր անուններ կրող ուսումնական հիմնարկները միավորվում են և 1954 թվականից կոչվում է բժշկական ուսումնարան:

Բնության մեջ կատարվող բնագմահագար հրաշքների կողքին ամենամեծ հրաշքը դա մարդուց մարդու ծնունդն է, որի իրականացումը կատարվում է մանկաբարձուհու հոգատար ձեռքերով: Այդ է պատճառը, որ իրավամբ, մանկաբարձուհու մասնագիտությունը համարվում է ամենամարդկայինը, երբ յուրաքանչյուրը պետք է հպարտանա, որ դառնում է մանկաբարձուհի և իր անձնվեր աշխատանքով արժանի լինի իր մասնագիտությանը:

Օննդաբերող կինն իր օգնությունը առաջին հերթին հայցում է մանկաբարձուհուց և յուրաքանչյուր կնոջն ու պտղին օգնելուց, մահվան

Ճիրաններից փրկելուց հետո, պետք է հպարտանա, որ փրկել է ևս մի կյանք, կյանքի է կոչել ևս մի մանկան:

Այժմ ՀՀ Առողջապահության նախարարության բազային բժշկական Ուսումնարան պետական ձեռնարկությունը ղեկավարում է հանրապետության բոլոր բժշկական ուսումնարանների աշխատանքը:

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱ-ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՀԻՄՆԱՐԿԸ

Մանկաբարձա-գինեկոլոգիական հիմնարկը կազմված է երկու բաժիններից՝

1. Ամբուլատոր-կականց կոնսուլտացիա
2. Ստացիոնար-ծննդատուն

ԿԱՆԱՆՑ ԿՈՆՍՈԼԻՍՏՅԻԱ

Հիմնական խնդիրներն են՝

1. Տվյալ տեղամասի ազգաբնակչությանը ցույց տալ որակյալ բուժօգնություն:
2. Պրոֆիլակտիկ միջոցներ ձեռնարկել հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջաններում բարդություններից խուսափելու և հնարավոր բարդությունները ժամանակին կանխելու համար: Բացի այդ պրոֆիլակտիկ (կանխարգելու) միջոցներ ձեռնարկել կանանց մոտ գինեկոլոգիական հիվանդությունների առաջացումը կանխելու համար:
3. Լայն կերպով տարածել հակաբեղմնավորիչ միջոցներ՝ աբորտի և նրա բարդությունների դեմ պայքարելու համար, ընտանիքի պլանավորման կաբինետի պայմաններում:
4. Կիրառել նորագույն տեխնիկա, ժամանակակից մեթոդներ՝ տարբեր պաթոլոգիաների և հիվանդությունների ժամանակին և ճիշտ հայտնաբերման, ախտորոշման և բուժման համար:
5. Անցկացնել սանկուս աշխատանքներ:
6. Մոր և մանկան իրավունքների պաշտպանության իրավաբանական հարցերի լուծումը:

Յուրաքանչյուր կանանց կոնսուլտացիա պետք է ունենա հանդերձարան, մատենավորման (անկետային) բաժին, առանձնացված

բ ժշկական կաբինետներ, ատամնաբույժի և թերապևտի կաբինետներ, մանիպուլյացիոն 2 առանձնացված կաբինետներ.

ա) տարբեր սրսկումներ

բ) հեշտոցային մանիպուլյացիաների համար:

Կոնսուլտացիայում պետք է լինի փոքր վիրահատական սենյակ՝ փոքր վիրահատությունների համար, էնդոսկոպիկ կաբինետ, ստերիլիզացիոն սենյակ՝ գործիքների, շարիցների ախտահանման համար, կաբինետ՝ փսիխոպրոֆիլակտիկ ցավազրկման պարապմունքներն անցկացնելու համար, հակաբեղմնավորիչ միջոցների կաբինետ:

Կոնսուլտացիայում պետք է լինեն լաբորատորիա, ֆունկցիոնալ ախտորոշման կաբինետ, ֆիզոթերապևտիկ կաբինետ, բուժական ֆիզկուլտուրայի կաբինետ:

Նեղ մասնագետների կոնսուլտացիայի անհրաժեշտության դեպքում (աչք, քիթ-կոկորդ, վիրաբույժ, էնդոկրինոլոգ և այլն) ուղարկում են նույն տերիտորիան սպասարկող պոլիկլինիկա:

Հղին, հղիության առաջին ամսից, պետք է լինի կանանց կոնսուլտացիայի հսկողության տակ, որտեղ հենց առաջին այցի ժամանակ մանրակրկիտ կատարում են բոլոր հետազոտությունները:

Կոնսուլտացիա մտնելիս հղին հանդերձարանում հանում է վերարկուն, մատենավարման բաժնում լրացվում է հղիների դիսպանսեր հսկողության անհատական ամբուլատոր քարտ և բոլոր հղիները վերցվում են դիսպանսեր հսկողություն: Հղիության ընթացքում 2-3 անգամ կատարվում է արյան քննություն, անհարժեշտության դեպքում (սակավարյունություն, արյան հիվանդություն) ավելի հաճախ: Յուրաքանչյուր այցի ժամանակ կատարվում է մեզի ընդհանուր քննություն: Հղիության ընթացքում վերցվում է քսուկ 2 անգամ՝ հեշտոցի մաքրության աստիճանը որոշելու համար:

Առաջին այցի ժամանակ երակից արյուն է վերցվում սպիդի, արյան խմբի, ռեզուս պատկանելիության, սիֆիլիսի վերաբերյալ (Վասերմանի ռեակցիա), որը վերցվում է հղիության ընթացքում 2 անգամ: Անհարժեշտ քննությունները կատարելուց հետո, հղին մանրամասն ստուգվում է թերապևտի և ատամնաբույժի կողմից: Ներքին հիվանդություններ հայտնաբերելիս, թերապևտը հղիին ուղարկում է համապատասխան մասնագետի մոտ, որոշելու ամենակարևոր հարցը՝ թույլատրվո՞ւմ է տվյալ հիվանդության դեպքում հղիությունը շարունակել, թե՞ ոչ:

Ատամնաբույժի կողմից որևէ փչացած ատամ հայտնաբերելիս այն կամ պետք է բուժվի կամ հեռացվի, քանի որ դա պատճառ կդառնա ինֆեկցիայի օջախի առաջացմանը: Բացի վերը նշվածից, առաջին այցի ժամանակ կատարվում է հասակաչափում, կոնքաչափում, արգանդի պարանոցի մանկաբարձական հայելիներով ստուգում, մանրամասն լրացվում է հղի կնոջ ամբուլատոր քարտը, կյանքի և մանկաբարձական անամնեզը:

Յուրաքանչյուր այցի ժամանակ կատարվում է կշռաչափում, չափվում է աչյան զարկերակային ճնշումը երկու ձեռքերին: Անիտիմետրային ժապավենով կատարվում է որովայնի շրջագծի և արգանդի հատակի բարձրության որոշում: Որոշում է պտղի դիրքը, դրությունը, առաջնադիր մասը և լավում պտղի սրտի բաբախը:

Հղիության վերջում կնոջը տրվում է փոխանակման քարտ, որտեղ մանրամասն նշվում է մանկաբարձական անամնեզը, կյանքի ընթացքում տարած հիվանդությունները, հղիության ընթացքը, անպայման ուշադրությունը կենտրոնացնելով բարձր ռիսկի վրա փոխանակման քարտում ընդգծելով ռիսկը:

Բարձր ռիսկի հղիները դրանք այն հղիներն են, որոնց մոտ սպասվում են բարդություններ հղիության ընթացքում, ծննդաբերության ժամանակ և հետծննդյան շրջանում: Բարձր ռիսկի հղիներ են՝ հղիություն և սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունները, ներքին օրգանների հիվանդությունները բացասական ռեզուսի պատկանելիությունը, հղիության տոքսիկոզներով հղիները, բարդացած մանկաբարձական անամնեզով հղիները (աբորտներ, վիժումներ, տարբեր վիրահատություններ, կեսարյան հատում, մահացած պտուղ և այլն), մանկաբարձական պատուղզիայով հղիներ (նեղ կոնք, միջաձիգ և թեք դրություններ, առաջադիր ընկերք, կոնքային առաջադրություն):

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁՈՒՀՈՒ ԽՆԴԻՐԸ ԿԱՆԱՆՑ ԿՈՆՍՈՒԼՏԱՑԻՍՑՈՒՄ

1. Անցկացնել բուժպրոֆիլակտիկ և սանլուս աշխատանքներ իրեն հատկացված տեղամասի կանանց հետ, տեղամասային բժշկի գլխավորությամբ:
 2. Պատրոնաժ
- I. Հղիներ, եթե նշանակված ժամկետում հղին չի ներկայանում կոնսուլտացիա հերթական ստուգման, մանկաբարձուհին

պատրոնաժ այցով (ակտիվ պատրոնաժ) հղիին հրավիրում է կոնսուլտացիա:

- II. Ծննդկաններին՝ հետծննդյան պատրոնաժ այցը մանկաբարձուհին կատարում է՝ հետևելու համար ծննդկանի ընդհանուր վիճակին, արգանդի կրճատմանը, սեռական օրգանների արտադրությանը, կրծքագեղձերի վիճակին, խորհուրդ է տալիս անձնական հիգիենայի և նորածնի խնամքի հարցերում:
3. Օգնում է բժշկին տարբեր մանիպուլյացիաներ կատարելիս: Կատարվում է դիսպանսեր հսկողության տակ գտնվող գինեկոլոգիական հիվանդների պատրոնաժ (ուռուցքներ, պարանոցի էրոզիա և այլն):
4. Կանանց պրոֆիլակտիկ ստուգումները տարբեր գինեկոլոգիական հիվանդությունների հայտնաբերման համար:
5. Հետևում է սանիտարահիգիենիկ ռեժիմին (ախտահանող հեղուկների պատրաստումը, սանմաքրումը և այլն):
6. Մանկու աշխատանքներ:
7. Բժշկի նշանակումով կատարվում է սրսկումներ և բուժական մանիպուլյացիաներ:

Մանկաբարձուհին պարտավոր է, անհրաժեշտության դեպքում, ցույց տալ առաջին անհետաձգելի բուժօգնություն և, եթե պետք է, հիվանդին ուղեկցել ստացիոնար՝ անպայման հիվանդի մասին տեղյակ պահելով տեղամասային բժշկին կամ կոնսուլտացիայի վարիչին:

ԾԱՆԴԱՏՈՒՆ

Ծննդատունն ունի հետևյալ բաժանմունքները.

1. Առաջին մանկաբարձական կամ նորմալ ֆիզիոլոգիական բաժանմունք
2. Երկրորդ մանկաբարձական կամ ռբերվացիոն բաժանմունք
3. Հղիների պաթոլոգիայի բաժանմունք
4. Հետծննդյան ֆիզիոլոգիական բաժանմունք
5. Գինեկոլոգիական բաժանմունք, օպերատիվ, կոնսերվատիվ
6. Նորածնային բաժանմունք:

1. ԱՌԱՋԻՆ ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱԿԱՆ ԿԱՄ ՆՈՌՄԱԼ ՖԻԶՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔ

Ընդունվում են այն ծննդաբերները.

1. Որոնք հաճախել են կանանց կոնսուլտացիա, ունեն փոխանակման քարտ, որոնց մոտ չի հայտնաբերվաց որևէ ինֆեկցիա:
2. Ուրոնք ունեն նորմալ ջերմություն:
3. Չունեն ուրևէ ինֆեկցիոն հիվանդություն:
4. Ուրոնք չունեն թարախային արտադրություն սեռական օրգաններին:
5. Լուծ և մաշկի վրա ցան:
6. Չունեն վոջլոտություն:
7. Պտուղը կենդանի է:
8. Պտղաջրերի արտահոսքից չի անցել 6 և ավել ժամ:

2. ԵՐԿՐՈՐԴ ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱԿԱՆ ԿԱՄ ՕԲՍԵՐՎԱՑԻՈՆ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔ

Ընդունվում են.

1. Այն հղիները, որոնք հղիության ընթացքում ունեն սպառնացող վիժում եւ որևէ ինֆեկցիոն հիվանդություն կամ հիվանդացել են որևէ ինֆեկցիոն հիվանդությամբ (հեպատիտ, գրիպ, անգինա, 37.6 աստճան եւ ավելի ջերմաստիճան, հղիություն եւ երիկամների բորբոքում, հղիության թրոմբոֆլեբիտ եւ այլն):

2. Այն ծննդաբերները, որոնք ընդունվելիս ունեն 37.6 աստիճան և ավելի ջերմություն, ոջլոտություն, լուծ, մաշկի ցան, թարախային արտադրություն, եթե չի հաճախել կոնսուլտացիա և չունի փոխանակման քարտ կամ փոխանակման քարտում նշված է որևէ ինֆեկցիա՝ սիֆիլիս, տոքսոպլազմոզ, բրուցելյոզ, խլամիդիոզ: Եթե պտղաջրերի արտահոս- քից անցել է 6-ից ավելի ժամ:
3. Այն ծննդկանները, որոնք ծննդաբերել են տանը, շտապ օգնության մեքենայում, կամ ընդունարանում, որոնք ծննդատան նորմալ ֆիզիոլոգիական բաժանմունքում ծննդաբերելուց հետո հետծննդյան շրջանում ունեն ջերմության բարձրացում, հետծննդյան էնդոմետրիտ, մաստիտ, թրոմբոֆլեբիտ, եթե ընկերքի կտոր է մնում արգանդի խոռոչում, որը, բնական է, ինֆեկցվում է և ջերմությունը բարձրանում: Եթե սուբֆերիլ ջերմությունը շարունակվում է երկու եւ ավելի օր, տեղափոխվում է օբսերվացիոն բաժանմունք, ինչպես նաև ծննդկաններ, որոնց կարերը թարախակալվել են: Արատավոր նորածիններին և ջերմող կամ թարախային ինֆեկցիա ունեցող նորածիններին մայրերի հետ տեղափոխում են օբսերվացիոն բաժանմունք:

ՀԴԻՆԵՐԻ ՊԱԹՈԼՈԳԻԱՅԻ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔ

Այս բաժանմունք են ընդունվում այն հղիները, որոնք ունեն ստացիոնար բուժման կարիք և չունեն որևէ ինֆեկցիա.

1. հղիություն և էքստրագենիտալ հիվանդություն ` ոչ ինֆեկցիոն բնույթի (սիրտ-անոթային հիվանդություն, արյան հիվանդություն, էնդոկրին հիվանդություններ)
2. բացասական ռեզուսով հղիներ
3. հղիության առաջին և երկրորդ կեսի գեստոզներով տառապող հղիներ
4. հղիությունը և սպառնացող կամ սկսվող վիժում, երբ հնարավոր է պահպանել հղիությունը:

Ծննդատնից դուրս գրվելիս՝ բոլոր ծննդկաններին տրվում է փոխանակման քարտ, որտեղ նշվում է ծննդաբերության օրը, ընթացքը, նորածնի ծնված քաշը, հասակը, ծննդաբերության ժամանակ կատարված բոլոր միջամտությունները:

ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԲԱԺԱՆՍՈՒՆՔ

Ծննդատունը պետք է ունենա կոնսերվատիվ և օպերատիվ գինեկոլոգիական բաժանմունքներ: Կոնսերվատիվ գինեկոլոգիական բաժանմունք ընդունվում են գինեկոլոգիական հիվանդներ, որոնք կարիք ունեն հետազոտման և կոնսերվատիվ բուժման (դեղորայքային): Օպերատիվ գինեկոլոգիական բաժանմունք ընդունվում են հիվանդներ, որոնք կարիք ունեն որևէ վիրահատական բուժման, բացի օնկոլոգիական հիվանդներից:

1-ին մանկաբարձական բաժանմունք և հղիների պաթոլոգիայի բաժանմունք ծննդաբերները և հղիները կարող են ընդունվել մեկ ընդհանուր ընդունարանով:

ՍԵՊՏԻԿԱԿԱՆ ԵՎ ԱՆՏԻՍԵՊՏԻԿԱԿԱՆ ՄԱՆԿԱԲԱՐՁՈՒԹՅԱՆ ՄԵԶ ՄԱՆ-ԷՊԻԴ ՌԵԺԻՄԸ ԾՆՆԴԱՏԱՆԸ (ՀԸ.691)

Պտուղը ծնվելուց հետո արգանդի խոռոչում բացվում է մեծ վերքային մակերես: Բացի այդ, ծննդաբերական փափուկ ուղիներում ծննդաբերության ժամանակ կարող են առաջանալ պատռվածներ, քերծվածքներ: Այս ամենը բաց դուռ է հանդիսանում ինֆեկցիայի ներթափանցման համար:

Մինչև ասեպտիկայի և անտիսեպտիկայի զարգացումը շատ բարձր էր հետծննդյան ինֆեկցիաների և, իհարկե, մայրական մահացության տոկոսը: Անցյալ 100-ամյակում Ձեմելվեյսը մանրամասն ուսումնասիրելով հետծննդյան սեպտիկ ինֆեկցիաների առաջացման պատճառները, եկավ այն եզրակացության, որ ինֆեկցիայի ներթափանցմանը նպաստում են ծնունդ ընդունող անձնակազմի կեղտոտ ձեռքերը և կեղտոտ գործիքների օգտագործումը: Ձեմելվեյսը 1847 թ. առաջարկեց ծնունդ ընդունելուց առաջ ձեռքերը լվանալ քլորաջրով, որի շնորհիվ զգալի պակասեց մայրական մահացության տոկոսը: Նրանից 20 տարի անց, Լիստերը առաջարկեց՝ այն ամենը, ինչ շփվում է վերքի հետ (վիրակապեր, գործիքներ, սպիտակեղեն) պետք է լինեն վարակազերծված: Այսպիսով, ասեպտիկայի եւ անտիսեպտիկայի կիրառումը ծննդաբերական հիմնարկում հնարավորություն տվեցին զգալի պակասեցնել հետծննդյան սեպտիկ հիվանդությունների

առաջացումը, դրանով պակասեցնելով մոր և մանկան մահացության տոկոսը:

Խիստ կարեւոր է պահպանել սանէպիդ ռեժիմը ծննդատներում, և այն ամենը, ինչ շփվում է ծննդաբերի հետ, պետք է լինի վարակազերծված:

Շատ կարեւոր է ձեռքերի մշակման եղանակները.

1. Սպաստուկոցկու-Կոչերգինի եղանակը
2. Ֆյուրթրինգերի եղանակը
3. Ալֆելդի եղանակը
4. Ձեռքերի մշակման ժամանակակից մեթոդները
 - ա) քլորհեքսիդին բիզյուկոնատ 0,5 % 5 րոպե
 - բ) դեզմին, դեզմիցիդ 0,1 % 2-3 րոպե
 - գ) գիբիտան 1 րոպե
 - դ) յոդոպիրոն 0.1% 4 րոպե (էմալապատ թասում)
 - ե) պերվամուր (ջրածնի պերօքսիդ և մրջնաթթվի խառնուրդը) 1-2 րոպե էմալապատ թասում
 - զ) Գրոսսիխի եղանակը շտապ միջամտությունների ժամանակ (10% յոդի թուրմ, մինչև արմունկները և 96° սպիրտ):
1. Բոլոր օգտագործված գործիքները պետք է վնասագերծել 5% քլորամինի լուծույթում, որից հետո ախտահանել: Այժմ մեծ կիրառություն ունի 1% կատամինի լուծույթը:
2. Ասեղների եւ ներարկիչների վնասագերծումը եւ ախտահանումը:
3. Սպիտակեղենի ախտահանումը:

Կարդալ սան-էպիդ ռեժիմը, որը կիրառվում է ծննդատան բոլոր բաժանմունքներում (թիվ 691 հրամանը):

ՄԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ԱՆԱՏՈՄԻԱՆ

Կնոջ սեռական օրգանները բաժանվում են.

1. Արտաքին սեռական օրգաններ, որոնք սեռական զգացողության օրգաններն են
2. Ներքին սեռական օրգաններ, որոնք կատարում են ծնելիության ֆունկցիան:

ԱՐՏԱՔԻՆ ՄԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐ

Արտաքին սեռական օրգաններն են՝ ցայլքը, մեծ և փոքր սեռական շրթերը, ծլիկը, հեշտոցի նախադուռը, նախադռան մեծ գեղձերը (բարթոլինյան գեղձեր), շեքը: Արտաքին և ներքին սեռական օրգանների սահմանը կուսաթաղանթն է:

ՑԱՅԼՔԸ - տեղավորված է ցայլքային հոդավորումից վեր, եռանկյունաձև բարձրություն է, հարուստ ենթամաշկային ճարպաշերտով: Վերին սահմանը վերցայլքային ծալքն է. կողքերից՝ աճուկային ծալքերը, իսկ հետևից (դեպի հետ) ցայլքը միաձուլվում է մեծ սեռական շրթներին: Ցայլքը ծածկված է մազերով: Մազակալումը կախված է ձվարանների ֆունկցիայից, եթե մազածածկույթը քիչ է, նշանակում է ձվարանների ֆունկցիան անբավար է: Եթե մազերը վերջանում են վերցայլքային ծալքերով, համարվում է կանացի տիպ, իսկ եթե շարունակվում է մինչև պորտը, համարվում է տղամարդկային տիպ, վերջինս նույնպես խոսում է ձվարանների ֆունկցիայի խանգարման մասին:

ՄԵԾ ԱՆՌԱԿԱՆ ՇՐԹԵՐ - սրանք մաշկի երկու երկարաձիգ ծալքերն են, որոնք կազմում են սեռական ճեղքը: Մեծ սեռական շրթերը հարուստ են ճարպագեղձերով և ներվային վերջույթներով: Առջևից նրանք միանում են ցայլքին, իսկ դեպի հետ՝ իրար միանալով, կազմում են հետին սանձիկ, կամ հետին կպումը: Մեծ սեռական շրթերը հարուստ են ճարպագեղձերով և քրտնագեղձերով: Մեծ սեռական շրթերի միջև ընկած տարածությունը կոչվում է սեռական ճեղք:

Մեծ սեռական շրթերի հաստության մեջ, նրանց ստորին 1/3-ում՝ մոտ հետին սանձիկին (կպմանը) աջ և ձախ կողմերում շոշափվում են նախադռան գեղձերը - Բարթոլինյան գեղձերը, որոնց ծորանները բացվում են փոքր սեռական շրթերի և կուսաթաղանթի կամ նրա մնացորդների արանքում գոյացած ակոսի մեջ: Այս գեղձերի կողմից արտադրվող արտազատուկը սպիտակավուն է, հիմնային ռեակցիայով և յուրահատուկ հոտով, որը խոնավ է պահում հեշտոցամուտքը:

Գեղձի կողմից արտադրվող այս արտազատուկը հիմնականում արտադրվում է սեռական գրգռվածության ժամանակ և խառնվելով սպերմայի հետ, ջրիկացնում է սերմնահեղուկը եւ նպաստում սպերմատոզոիդների շարժունակությանը:

ՓՈՔՐ ՍԵՌԱԿԱՆ ՇՐԹԵՐ- Տեղավորված են մեծ սեռական շրթերի տակ եւ երեւում են, երբ հեռացնում ենք մեծ սեռական շրթերը: Որոշ կանանց մոտ նրանք դուրս են գալիս մեծ սեռական շրթերի տակից: Առջևում փոքր սեռական շրթերը իրար միանալով, ծածկում են ծլիկը, իսկ հետևում միանում են մեծ սեռական շրթերին, նրանց միջին 1/3-ում:

Փոքր սեռական շրթերը հարուստ են արյան անոթներով ու ներվային վերջույթներով եւ համարվում են սեռական զգայունության օրգան:

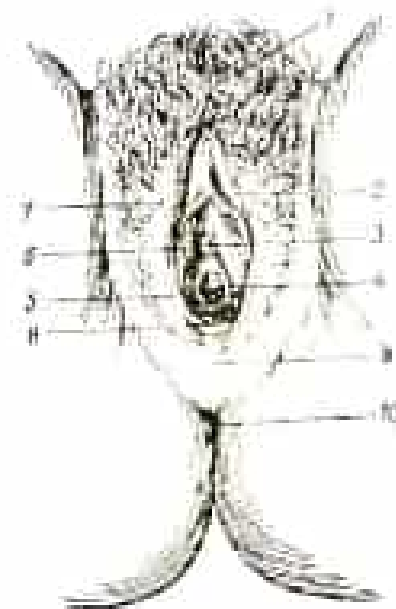
ՄԼԻԿԸ - Սեռական զգայունության օրգան է, հարուստ արյան անոթներով, ներվային վերջույթներով: Սեռական գրգռվածության ժամանակ

ծլիկը արյունալցվում է եւ իր չափերով մեծանում, պնդանում է:

ՀԵՇՏՈՑԻ ՆԱԽԱՂՈՒՈՐԸ -

Առջևից ծլիկն է, հետևից՝ ետին հպումը, կողքերից՝ փոքր սեռական շրթերի ներսային մակերեսներն են: Նախաղոռան մեջ բացվում են միզուկի արտաքին անցքը և Բարթոլինյան գեղձերի ծորանները:

ՄԻԶՈՒԿԸ - Միզուկի արտաքին բացվածքը գտնվում է ծլիկից 2-3 սմ ցած, կնոջ միզուկի երկարությունը 3-4 սմ է, լուսանցքը հեշտությամբ լայնանում է մինչև 1 սմ տրամագծով: Միզուկն իր ամբողջ երկարությամբ տեղակայված է հեշտոցի առաջային պատի տակ: Ներսից լորձաթաղանթը ծածկված է զլանաձև էպիթելով, բացառությամբ ամենաստորին հատվածի, որը բազմաշերտ տափակ էպիթել է:



1-Փոքր, 2-Ծլիկ, 3-Սեռական անոթների անցք, 4-Նախաղոռան, 5-Վերջույթներ, 6-Փոքր սեռական շրթեր, 7-Մեծ սեռական շրթեր, 8-Բարթոլինյան գեղձ, 9-Միզուկ, 10-Վերջույթներ:

Լորձաթաղանթն ունի լայնաձիգ ծալքեր, հարուստ գեղձերով: Մկանային շերտը՝ երկարաձիգ եւ օղակաձև մկանաթելեր են: Օղակաձև մկանաթելերը կազմում են միզուկի ներքին սփինկտորը:

ՇԵՔԸ - Մեծ սեռական շրթերի հետին կայունի եւ հետանցքի միջեւ ընկած տարածությունը կոչվում է շեք, որը մկանա-փակեղային թերթիկ է, արտաքինից ծածկված մաշկով: Բարձրությունը 3-4 սմ է, դեպի առաջ ավելի նեղ է, իսկ դեպի հետանցքը լայնանում է: Օնոնոգաֆերոյան ժամանակ արյունալցվում է, փափկում, դառնում էլաստիկ և արգելակում է պտղի գլխի արագ դուրս գալուն:

ԿՈՒՍԱԹԱՂԱՆԹ - Շարակցական հյուսված է, որը փակում է հեշտոցամուտքը: Արտաքինից և հեշտոցի կողմից ծածկված է տափակ էպիթելով: Հաստության մեջ կան մկանաթելեր, ներվաթելեր, արյան անոթներ: Կուսաթաղանթի վրա կան անցքեր, տարբեր ձևերի եւ մեծության, երբեմն լինում են ոչ թե մեկ, այլ մի քանի անցքեր: Անցքերից դուրս է գալիս դաշտային արյունը: Կուսաթաղանթը կարող է լինել օղակաձեւ, կիսալուսնաձև, ատամնավոր, խողովակաձև: Հազվադեպ, կուսաթաղանթը կարող է լինել լրիվ փակ եւ դաշտանային արյունը դուրս գալ չի կարողանում, կուտակվում է հեշտոցում, արգանդում, փողերում և լինում են ուժեղ ցավեր: Եթե կուսաթաղանթը լրիվ փակ է, հավաքված դաշտանային արյանը ճանապարհ տալու համար կատարվում է կուսաթաղանթի խաչաձեւ կտրվածք եւ տրվում է համապատասխան բժշկական փաստաթուղթ՝ կատարված միջամտության վերաբերյալ:

Առաջին սեռական հարաբերությունից հետո կուսաթաղանթը պատռվում է և արյան անոթների վնասման պատճառով լինում է արյունահոսություն, որից հետո կուսաթաղանթի մնացորդները մնում են պտկիկների ձևով: Երբեմն կուսաթաղանթը կարող է լինել այնքան առաձգական, որ սեռական հարաբերությունների ժամանակ չի խախտվում:

ՆԵՐՔԻՆ ՍԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐ

Կնոջ ներքին սեռական օրգաններ են՝ հեշտոցը, արգանդը, արգանդափողերը, ձվարանները:

ՀԵՇՏՈՑ - Vagina: Խողովակաձեւ օրգան է, ընկած կուսաթաղանթից մինչև արգանդի պարանոցի միացման տեղը: Երկարությունը 7-8 սմ, լայնությունը՝ 2-3 սմ: Հեշտոցի հետին պատը 1,5-2 սմ ավելի երկար է: Հեշտոցը կամարաձեւ գրկում է արգանդի պարանոցը՝ կազմելով առաջային, հետին եւ կողմնային կամարներ: Հետին կամարը առաջային

կամարից ավելի խորն է, եւ սեռական հարաբերությունների ժամանակ սերմնահեղուկը հավաքվում է հետին կամարում: Հեշտոցի առաջային պատը վերին հատվածում կաչում է միզապարկի հիմքին, իսկ ներքևում՝ ամբողջ երկարությամբ կաչում է միզուկին: Հեշտոցի հետին պատը կաչում է ուղիղ աղուն:

Հեշտոցի պատը կազմված է երեք շերտից.

1. Լորձաթաղանթի շերտ
2. Մկանային շերտ
3. Շուրջհեշտոցային բջջանք, որի միջով անցնում են արյան անոթներ, լիմֆատիկ անոթներ եւ ներվաթելեր: Լորձաթաղանթը ծածկված է բազմաշերտ տափակ էպիթելով, այն բաց վարդագույն է, կազմված լայնակի ծալքերից, որոնք հեշտոցի պատերը դարձնում են խիստ առաձգական եւ լայնանում են ծննդաբերության ժամանակ: Բազմածին կանանց մոտ այդ ծալքերը համարյա լրիվ հարթվում են:

Մկանային շերտը կազմված է արտաքին (երկայնաձիգ) եւ ներքին (շրջանաձև) մկանաթելերից: Հեշտոցի լորձաթաղանթը գեղձեր չունի: Նրա խոնավությունը պայմանավորված է արգանդից եկող արյան անոթների թափանցիկությամբ: Հեշտոցի պարունակությունը սպիտակավուն է, յուրահատուկ հոտով: Առողջ կինը հեշտոցի արտադրություն չի գգում:

Լորձաթաղանթը ծածկող էպիթելային բջիջներում կա գլիկոգեն, որը հեշտոցում գտնվող Դոդերլայնի ցուպիկների եւ հատուկ ֆերմենտների ազդեցության տակ տարրալուծվում է կաթնաթթվի և ածխաթթու զազի, որով և պայմանավորված է հեշտոցի թթվային ռեակցիան: Կաթնաթթուն ոչնչացնում է ախտածին միկրոբներին, որոնք արտաքին միջա- վայրից թափանցում են հեշտոց: Այսպիսով, տեղի է ունենում հեշտոցի ինքնամաքում:

Ըստ Դոդերլայնի ցուպիկների էպիթելային բջիջների եւ միկրոբային ֆլորայի փոխհարաբերության, տարբերվում են հեշտոցի մաքրության 4 աստիճաններ.

Առաջին աստիճան, կան դոդերլայնի ցուպիկներ եւ էպիթելային բջիջներ: Ռեակցիան թթվային է:

Երկրորդ աստիճան. Դոդերլայնի ցուպիկները քիչ են, կան էպիթելային բջիջներ, քիչ քանակությամբ բակտերիաներ, հատ ու կենսոլեյկոցիտներ: Ռեակցիան թթվային է:

Երրորդ աստիճանի մաքրության ժամանակ Դոդերլայնի ցուպիկները համարյա չկան, կան բակտերիաներ, տարբեր տեսակի կոկեր, մեծ քանակությամբ լեյկոցիտներ: Ռեակցիան թույլ հիմնային է:

Չորրորդ աստիճան. Դոդերլայնի ցուպիկները բացակայում են, շատ են ախտածին միկրոբներ, մեծ քանակությամբ ստրեպտո-ստաֆիլակոկեր, կարող են լինել լեյկոցիտներ, գոնոկոկեր, տրիխոմոնոդային պարազիտներ: Ռեակցիան հիմնային է:

Առաջին եւ երկրորդ աստիճանների դեպքում հեշտոցի միկրոֆլորան նորմալ է, եւ այս պայմաններում կատարվում է հեշտոցային բոլոր վիրահատությունները: Երրորդ եւ չորրորդ աստիճանի հեշտոցի մաքրությունը սովորաբար ուղեկցվում է ախտաբանական պրոցեսներով (բորբոքումներ) եւ ոչ մի հեշտոցային վիրահատություն կատարել չի թույլատրվում:

ԱՐԳԱՆՆԻ - Uterus: Հարթ, մկանային, տանձաձեւ սնամեջ օրգան է, տեղադրված է փոքր կոնքերի խոռոչում, առաջ թեքված, առաջ ծալված վիճակում: Արգանդից առաջ տեղակայված է միզապարկը, իսկ դեպի հետ՝ ուղիղ աղին: Ոչ հղի արգանդը կշռում է 50,0-100,0 գրամ: Արգանդի երկարությունը 7-8 սմ է, լայնությունը 4-5սմ, հաստությունը 1-2 սմ: Տարբերում են 3 հատված

1. արգանդի մարմին,
2. նեղուց,
3. արգանդի պարանոց:

Ամենամեծ հատվածը արգանդի մարմինն է, որի վերին հատվածը, որը գտնում է փողերի սկսման անկյուններից վեր, կոչվում է արգանդի հատակ: Արգանդի մարմնի եւ պարանոցի միջեւ գտնվում է նեղուցը, որի ներսային մասը խողովականման է: Արգանդի մարմնի եւ նեղուցի միացման տեղը կոչվում է արգանդի ստորին սեզմենտ: Այդ հատվածում որովայնամիզը ամուր կպչում է արգանդի առաջային պատին:

Արգանդի պարանոցը գտնվում է հեշտոցի մեջ: Պարանոցը զլանա-ձեւ է (թերգարգացած կանանց եւ երեխաների մոտ՝ կոնաձեւ): Պարանոցի բացվածքը չճննդաբերածների մոտ կլոր է, իսկ ճննդաբերածների մոտ լայնակի ճեղքի ձեւով:

Կտրվածքի վրա արգանդը եռանկյունաձեւ է, գազաթով ուղղված դեպի պարանոցը, հիմքով՝ արգանդի հատակը:

Արգանդի պատը կազմված է 3 շերտից.

1. լորձաթաղանթ,

2. մկանային շերտ

3. շճաթաղանթ:



Լորձաթաղանթը կազմված է թարթիչավոր գլանաձև էպիթելային բջիջներից: Թարթիչները ուղղված են դեպի արգանդի պարանոցը, որի շնորհիվ արգանդի պարունակությունը մղվում է արգանդի պարանոց եւ հեշտոց: Էպիթելային շերտի տակ շարակցական հյուսվածքն է՝ հարուստ ներվաթելերով, արյան անոթներով եւ գեղձերով: Լորձաթաղանթը կազմված է 2 շերտից: Դեպի արգանդի խոռոչը դարձած մակերեսը լորձաթաղանթի ֆունկցիոնալ շերտն է, որը

դաշտանային ցիկլի ժամանակ ենթարկվում է ցիկլիկ փոփոխությունների եւ դեսկվամացիայի: Բազալ շերտ, ՈՐԸ ՑԻԿԼԻԿ փոփոխությունների չի ենթարկվում եւ բազալ շերտից վերականգնվում է ֆունկցիոնալ շերտը:

Մկանային շերտ - կազմված է 3 շերտ մկանաթելերից արտաքին երկայնաձիգ, միջին շրջանաձև, թեք եւ ներքին ենթալորձաթաղանթային կամ երկայնաձիգ: Պարանոցի եւ նեղուցի շրջանում մկանաթելերը քիչ են: Գերակշռում է շարակցական հյուսվածքը:

Արգանդի ստորին սեգմենտի շրջանում մկանաթելերն ավելի թույլ են զարգացած, քան արգանդի մարմնի մնացած հատվածներում:

Շճաթաղանթը դա որովայնամիզն է, որով արգանդի առաջային պատը լրիվ ծածկված չէ: Արգանդը կատարում է պտղի պահպանման, զարգացման եւ ծնելիության ֆունկցիան:

Արգանդափողեր- tubae uterinae: Մկսվում են արգանդի մարմնի վերին մասի աջ եւ ձախ անկյուններից, գնում են դեպի կոնքի կողմնային պատերը: Երկարությունը 10-12 սմ է: Փողի լուսանցքը հաղորդակցվում է արգանդի խոռոչի եւ որովայնի խոռոչի հետ: Դեպի արգանդ արգանդափողի լուսանցքը նեղանում է, իսկ գնալով կոնքի պատերը

ձագա րաձեւ լայնանում եւ վերջանում է ծոփերով (ֆիբրիաներով), որոնցից մեկը ավելի երկար է: Ձվագատման ժամանակ որովայնի խոռոչ ընկած ձվաբջիջը երկար ծոփի շնորհիվ ընկնում է փողի լուսանցքի մեջ: Փողում տարբերում են 3 մաս.

1. Ներպատային, որն անցնում է արգանդի պատի հաստության միջով,
2. Նեղուցային մաս, որը փողի ամենանեղ հատվածն է,
3. Ամպուլար մաս, լայնացած հատվածն է, որը վերջանում է ձագարաձեւ:

Փողի պատերը բաղկացած են 3 շերտից.

1. Ներսից լորձաթաղանթն է՝ ծածկված միաշերտ գլանաձեւ, թարթիչավոր էպիթելով, որի թարթիչներն ուղղված են դեպի արգանդ: Լորձաթաղանթն ունի երկայնաձիգ ծալքեր:
2. Մկանային շերտը կազմված է արտաքին՝ երկայնաձիգ, միջին շրջանաձեւ, ներքին երկայնաձիգ մկանաթելերից:
3. Շճաթաղանթը դա որովայնամիզն է, որը ծածկում է փողերը վերելից եւ կողքերից: Ներքեւից ճարպա-շարակցական բջջանքն է, որի միջով անցնում են փողը սնող արյան անոթները եւ ներվաթելերը:

Մանկական հասակում փողերը նեղ են, ծոմոված, հասունացման հետ նրանք ուղղվում են, լուսանցքը լայնանում է: Եթե չեն ուղղվում եւ լայնանում, բեղմնավորված ձվաբջիջը չի կարողանում անցնել փողի լուսանցքով, մնում է փողում, առաջանում է արտարգանդային հղիություն:

Փողերի լայն հատվածում, այսինքն ամպուլար հատվածում, տեղի է ունենում բեղմնավորում եւ բեղմնավորված ձվաբջիջը մկանների կծկման շնորհիվ (երկայնաձիգ մկանաթելերի շնորհիվ՝ նեղանում, եւ դրանց հաջորդական շարժումներն առաջացնում են պերիստալտիկա) շարժվում է դեպի արգանդ: Դրան նպաստում են նաև լորձաթաղանթի թարթիչները, որոնք ուղղված են դեպի արգանդ:

ԶՎԱՐԱՆՆԵՐ – OVARIUM

Սրանք գույգ նշաձև գեղձեր են 3-4 սմ երկարությամբ, 2 սմ լայնությամբ, 1-1,5 սմ հաստությամբ, քաշը 6-8 գրամ: Ձվարանը արտաքինից ծածկված է էպիթելային բջիջներով, որի աակից անցնում է

շարակցական հյուսվածքից կազմված սպիտակուցային թաղանթը: Վերջինիս տակ է գտնվում ձվարանային հյուսվածքը, որը կազմված է 2 շերտից կեղեւային եւ ուղեղային: Կեղեւային շերտը գտնվում է անմիջապես սպիտակուցային պատյանի տակ, կազմված է շարակցահյուսվածքային ցանցաշերտից, որի վրա նստած են բազմաթիվ առաջնային կամ նախնական, կամ պրիմորդյալ ֆոլիկուլներ, ինչպես նաև ֆոլիկուլներ իրենց զարգացման տարբեր էտապներում:

Ձվարանի ուղեղային շերտը դարձյալ կազմված շարակցահյուսվածքային ցանցաշերտից, որով անցնում են բազմաթիվ արյան անոթներ և ներվաթելեր:

Ձվարանները կատարում են խիստ կարևոր ֆունկցիա: Սեռական հասունացման ամբողջ շրջանում, մինչև դաշտանադադարը, ձվարանում տեղի է ունենում ձվաբջջի հասունացման ռիթմիկ կրկնվող պրոցես: Ձվարանը համարվում է ներքին սեկրեկցիայի գեղձ, որի կողմից արտադրված հորմոնները՝ ֆոլիկուլինը եւ պրոգեստերոնը, համարվում են սեռական հորմոններ, որոնցով պայմանավորվում է կանացիությունը, սեռական օրգանների զարգացումը, դաշտանային ցիկլը, հղիությունը, ծննդաբերությունը եւ կրծքագեղձերից կաթնարտադրությունը:



1. Սկզբնական օվարիոլ (օվարիոլի ծագումը): 2. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը: 3. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը: 4. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը: 5. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը: 6. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը: 7. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը: 8. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը: 9. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը: 10. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը: 11. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը: 12. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը: 13. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը: 14. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը: 15. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը: 16. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը: 17. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը: 18. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը: 19. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը: 20. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը: 21. Սկզբնական օվարիոլի ծագումը:

ՓՈՔԸ ԿՈՆՔԻ ԲԶՋԱՆՔԸ

Փոքր կոնքում տեղադրված բոլոր օրգանների միջեւ եղած ազատ տարածությունները լցված են բջջանքով, որոնք ծածկված չեն որովայնամզով եւ բուֆերի նման պահպանում են փոքր կոնքի օրգանները:

Տարբերում են.

1. Շուրջարգանդային ճարպաշարակցական բջջանք. զբաղեցնում է արգանդի կողմնային, լայն, կապանի թերթիկների եւ կոնքի կողմնային պատերի միջեւ ընկած տարածությունը:
2. Շուրջմիզապարկային ճարպաշարակցական բջջանք. զբաղեցնում է է միզապարկի շուրջը գտնվող բոլոր ազատ տարածությունները:
3. Շուրջհեշտոցային ճարպաշարակցական բջջանք. զբաղեցնում է հեշտոցի կողմնային մասերի եւ կոնք պատերի միջեւ ընկած տարածությունը:
4. Շուրջուղիղաղիքային ճարպաշարակցական բջջանք. զբաղեցնում է ուղիղ աղու շուրջը գտնվող տարածությունները:

Այս ճարպաշարակցական բջջանքները սահմանազատված չեն իրարից եւ իրար միացած են շարահյուսվածքային թելերով:

Այս բջջանքները նպաստում են ներքին սեռական օրգանների, միզապարկի, ուղիղ աղու ճիշտ գործունեությանը, ֆիզիոլոգիական շարժունակությանը:

ՈՐՈՎԱՅՆԱՄԶԻ ՓՈՌՏԸ

Որովայնամիզը՝ իջնելով որովայնի առաջային պատից, ծածկում է միզապարկը վերեւից, անցնում արգանդի վրա, նրա առաջային մակերեսին կաշոււմ է ստորին սեզմենտի շրջանում, բայց չի հասնում արգանդի պարանոցին, ծածկում է արգանդի մարմինը առջեւից, անցնում արգանդի հետին մակերեսը, ծածկում է ամբողջ հետին մակերեսը եւ իջնում մինչեւ արգանդի պարանոցը եւ տարածվում ուղիղ աղու վրա՝ կազմելով հետին դուզլաայան փոսը: Որովայնամիզը, փովելով՝ առջեւից, առաջացնում է միզապարկ-արգանդային ծալքը եւ միզապարկ- արգանդային ոչ մեծ փոսությունը, իսկ արգանդի հետեւում՝ արգանդ- ուղիղաղիքային ծալքը եւ արգանդ-ուղիղաղիքային խորը փոսությունը (հետին Դուզլաայան փոսը):

ՄԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԸ ԿԱՊՈՂ ԱՊԱՐԱՏԸ

Արգանդը փողերի եւ ձվարանների հետ նորմալ դիրքում պահում են կապանները, որոնք բաժանվում են 3 մեծ խմբերի.

1. Կախող ապարատ
2. Ամրացնող, ֆիքսող ապարատ (այսինքն՝ կապաններ, որոնք ֆիքսում են կախված արգանդը):
3. Հենման ապարատ՝ կոնքի հատակը:

ԿԱՌԱԿԱՆ. ԿԱՌՈՂ ԱՊԱՐԱՏ

Կախող ապարատի մեջ են մտնում

1. ԿԼՈՐ ԿԱՊԱՆՆԵՐ

10-12 սմ երկարությամբ պարանաձեւ կապաններ են, դուրս են գալիս արգանդի անկյուններից, փողերի սկսման տեղից քիչ ցած եւ առաջ, անցնում են լայն կապանի առաջային թերթիկի տակով դեպի աճուկային խողովակների ներքին բացվածքները, մտնելով աճուկային կանալի մեջ, հովհարաձեւ ճյուղավորվում են՝ ամրանալով ցայլքի բջջանքին եւ մեծ սեռական շրթերին:

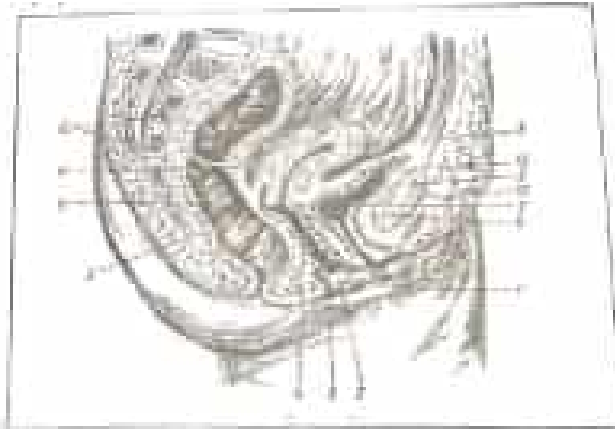
Կլոր կապանները արգանդի հատակը ձգում են առջեւից՝ թեքելով արգանդը քիչ առաջ: Հղիության ժամանակ նրանք հաստանում են եւ երկարում:



Պատկեր 1. Բroad ligament (A) - Բroad ligament (B) - Բroad ligament (C) - Բroad ligament (D) - Բroad ligament (E) - Բroad ligament (F)

2. ԼԱՅՆ ԿԱՊԱՆՆԵՐ

Որովայնամզի երկշերտ թերթիկներն են, որոնք արգանդի կողքերից գնում են դեպի կոնքի կողմնային պատերը: Նրա վերին մասով՝ աջից եւ ձախից, անցնում են փողերը, իսկ հետին թերթիկին կպած են ձվարանները: Երկու թերթիկների արանքում, փողերից ցած, ճարպաշարակցական բջջանքն է՝ հարուստ արյան անոթներով եւ ներվային վերջույթներով:



Նկար 10. Բացառիկ (Free margin) Կոնքի շրջանի շրջան (Fimbrial region)

ՍՐԳԱՆ-ԱՐԳԱՆԴԱՅԻՆ ԿԱՊԱՆ

Արգանդի հետին մակերեսից մարմինը պարանոցի անցման սահմանում սկսվում է կապանը, գնում է դեպի հետ, փեղեքվելով գրկում է ուղիղ աղին երկու կողմից եւ ամրանում սրբոսկրի առաջային մակերեսին: Այդ կապանը արգանդի պարանոցը ձգում է դեպի հետ: Ծննդաբերության ժամանակ, շնորհիվ այս կապանի եւ կլոր կապանների, արգանդը պահվում է իր տեղում:

4. ԶՎԱՐԱՆԻ ՍԵՓԱԿԱՆ ԿԱՊԱՆՆԵՐ

Սկսվում է արգանդի մարմնի հետին մակերեսից՝ փողերի սկսման տեղից քիչ ցած եւ գնում դեպի ձվարանները:

ԱՐԳԱՆԴԸ ԱՄՐԱՑՆՈՂ ԱՊԱՐԱՏ

Կազմված է շարակցական հյուսվածքից եւ հարթ մկանաթելերից, որոնք սկսվում են արգանդի ստորին հատվածից եւ տարածվում են դեպի առաջ՝ դեպի միզապարկը, կողքերից՝ դեպի կոնքի պատերը, հետեւից դեպի արբոսկրը: Այս կապանները կոչվում են հիմնական կամ կարդինալ կապաններ, որոնց շնորհիվ արգանդը ամուր մնում է իր տեղում:

ՀԵՆՄԱՆ ԱՊԱՐԱՏ

Դա կոնքի հատակի մկաններն ու փակեղներն են, որոնց շնորհիվ սեռական օրգանները մնում են իրենց տեղում եւ չեն իջնում:

ԿՈՆՔԻ ՀԱՏԱԿ

Կոնքաւելքը փակված է ուժեղ մկանափակեղային շերտով, որը կոչվում է կոնքի հատակ: Կոնքի հատակի այն մասը, որը տեղավորված է սեռական շրթերի հետին կայման եւ հետանցքի միջեւ, կոչվում է մանկաբարձական կամ առջեւի շեք, իսկ կոնքի հատակի այն մասը, որը տեղավորված է հետանցքի եւ պոչուկի միջեւ, կոչվում է հետեւի շեք: Կոնքի հատակը բաղկացած է մկանային երեք շերտից:

- 1) Արտաքին շերտ- Կազմված է շեքի ջլային կենտրոնում հավաքված մկաններից, որը նմանվում է կոնքի ոսկրերից կախված ութնյակի:
1. *Կոճղեզ-փապարային մկան* - Ընդգրկում է հեշտոցամուտքը, ամրանում ջլային կենտրոնին և ծիլկին: Այս մկանի կծկումով սեղմվում է հեշտոցամուտքը
2. Նստա-փապարային մկան - Սկսվում է նստատեղի ոսկրերի վայրէջ ճյուղերից և ամրանում է ծիլկին:
3. Հետանցքի արտաքին սեղմակ - Շրջափակում է ուղիղ աղու վերջը: Այս մկանի խորանիստ խրձերը սկսվում են պոչուկի գազաթից, ընդգրկում հետանցքը եւ վերջանում են շեքի ջլային կենտրոնում:
4. Շեքի արտաքին միջաձիգ մկան- Սկսվում է ջլային կենտրոնից և աջ ու ձախ կողմերից գնալով միանում են նստաթմբերին:
- 2) Կոնքի մկանների միջին շերտը

Սա միզասեռական ստոծանին է, որը եռանկյունաձեւ մկանափակեղկային թիթեղ է, որի միջով անցնում է հեշտոցը եւ միզուկը:

Միգասեռական ստոծանու առջեւի հատվածում մկանախրձերը շրջապատում են միգուկը, առաջացնելով արտաքին սեղմակը (սֆինկտորը), իսկ հետեւի մասում գտնվող մկանախրձերը դեպի նստաթմբերը դասավորվում են լայնական ուղղությամբ առաջացնելով շեքի խորը միջաձիգ մկանը:

3) Կոնքի մկանների ներքին շերտը - Կոչվում է ստոծանի, որը բաղկացած է հետանցքը բարձրացնող գույգ մկաններից, որոնց միջով դուրս են գալիս միգուկը եւ հեշտոցը:

ԿՈՆՔԻ ՄԿԱՆՆԵՐԸ

Տարբերում ենք կոնքի՝

1. Առաջատային մկաններ
2. Կոնքի հատակի մկաններ

Կոնքի առաջատային մկաններն են.

- ա) ներքին զստային մկան
 - բ) մեծ գոտկային մկան
 - գ) տանձաձև մկան
 - դ) ներքին փակողական մկան
- Կոնքի հատակի մկանները

Մանկաբարձության մեջ մեծ դեր ունեն կոնքի հատակի մկանները, որոնց ֆունկցիան է:

1. Կոնքի հատակի մկանները հենարան են ներքին սեռական օրգանների համար: Նրանց շնորհիվ այդ օրգանները պահպանում են իրենց նորմալ դիրքը: Այս մկանները լայնացնում են հետանցքը, նրանց կծկումից փակվում է սեռական ճեղքը, նեղանում է հեշտոցի եւ ուղիղ աղու լուսանցքը: Այս մկանները թուլանալու դեպքում միգապարկը եւ ուղիղ աղին իջնում են ցած:
2. Կոնքի հատակի մկանները հենարան են նաեւ ներքին օրգանների համար եւ որովայնի մկանների հետ մասնակցում են ներորովայնային ճնշման կարգավորմանը:
3. Ծննդաբերության ժամանակ կոնքի հատակի բոլոր շերտերի մկանները ձգվելով, առաջացնում են մի լայն խողովակ, որով անցնում է պտուղը:

Պտուղը ծնվելուց հետո այս մկանները կրճատվում են եւ ընդունում իրենց նախկին դիրքը:

ՄԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ԱՆՈԹԱՎՈՐՈՒՄԸ

Որովայնային աորտան գտակային 2-րդ ողի մակարդակին բաժանվում է 2 ճյուղի՝ աջ եւ ձախ գստային ընդհանուր զարկերակների -Art. iliaca communis dextra, sinistra.

Մրանցից յուրաքանչյուրը բաժանվում է ներքին եւ արտաքին գստային զարկերակների՝ Art. iliaca externa (դեպի ազդրը) եւ interna (դեպի կոնքը):

Արտաքին սեռական օրգանները անոթավորվում են ամոթույքային զարկերակով (Art. pudenta), որը սկիզբ է առնում ներքին գստային զարկերակից (Art. iliaca interna) իջնում է ցած, ճյուղավորվելով անոթավորում է արտաքին սեռական օրգանները, շեքը, հեշտոցը, ուղիղ աղին:

Ներքին սեռական օրգանները անոթավորող գլխավոր զարկերակներն են՝ արգանդային եւ ձվարանային զարկերակները:

ԱՐԳԱՆԴԱՅԻՆ ԶԱՐԿԵՐԱԿԸ - Art. Uterina

Զույգ զարկերակներ են, որոնք սկսվում են ներքին գստային զարկերակներից (Art. iliaca intema-ից) հարարգանդային բջջանքով գնում են դեպի արգանդ. ճանապարհին խաչվելով միզաձորանների հետ, հասնում են արգանդի կողմնային մակերեսին ներքին օղի բարձրության վրա: Այդտեղ արգանդային զարկերակներից սկիզբ են առնում բավականին խոշոր ճյուղեր աջից եւ ձախից, որոնք արյուն են մատակարարում արգանդի պարանոցին եւ հեշտոցի վերին 1/3-ին: Դա արգանդային զարկերակի պարանոց հեշտոցի ճյուղն է:

Արգանդային զարկերակի հիմնական ճյուղերը աջից եւ ձախից բարձրանում են վեր, փաթաթվում արգանդի կողքերին, ճանապարհին բաժանվելով բազմաթիվ ճյուղերի, որոնք սնում են արգանդի պատը, հասնում են մինչեւ արգանդի հատակ, որտեղ տալիս են դեպի փողեր գնացող ճյուղեր, որից հետո արգանդային զարկերակի ճյուղերը միանում են ձվարանային զարկերակի ճյուղերին: Բացի այդ, անոթային

խիտ ցանցով արյուն է մատակարարվում արգանդի լորձաթաղանթին եւ որովայնամզին:

ԶՎԱՐԱՆԱՅԻՆ ԶԱՐԿԵՐԱԿ - Art. Ovarica

Մրանք զույգ անոթներ են, որոնք սկիզբ են առնում որովայնային աորտայից երիկամային զարկերակների սկսման տեղից քիչ ցած, իջնում են ցած միզաձորանների հետ միասին, անոթավորում են ձվարանները, ճյուղեր տալիս փողերին եւ միանում են արգանդային զարկերակի ճյուղերին:

Մեռական օրգանները անոթավորող բոլոր զարկերակները ուղեկցվում են նույնանուն երակներով՝ մեկ զարկերակին երկու երակ:

ՄԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՆՅԱՐԴԱՅԻՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԸ

Մեռական օրգանները ներվավորվում են սիմպատիկ ու պարասիմպատիկ ներվային համակարգով եւ ողնուղեղային ներվաթելերով:

Սիմպատիկ նյարդային համակարգի ներվաթելերը սկսում են աորտային եւ արեւային հյուսակներից, իջնում են մինչեւ 5-րդ գոտկային ողի մակարդակը, առաջացնելով վերին ենթաորովայնային աջ եւ ձախ ներվային հյուսակները: Այդտեղից ներվաթելերը գնում են դեպի կոնքային հյուսակը, որտեղից ներվաթելերը ներվավորում են կոնքի բոլոր օրգանները:

Արգանդի մարմինը հիմնականում ներվավորվում է սիմպատիկ նյարդային համակարգի ներվաթելերով, իսկ արգանդի պարանոցը եւ հեշտոցը պարասիմպատիկ Օյարոային համակարգի ներվաթելերով, որոնք կազմում են ձվարանային հյուսակը:

Արտաքին սեռական օրգանները եւ կոնքի հատակը ներվավորվում է ամոթույթային ներվով:

Ինտրառեցեպտորների օգնությամբ վերը նշված ներվաթելերով գրգիռները (ցավ, ջերմություն, քիմիական եւ այլն) հաղորդվում են գլխուղեղի կեղեւ, ենթակեղեւ, ողնուղեղ - սեռական օրգանների գործունեությունը կարգավորող կենտրոններ, որտեղից շարժիչ եւ ռեֆլեկտոր նյարդային թելերով հաղորդում են սեռական օրգաններին եւ կարգավորում նրանց գործունեությունը (մկանների կծկում, կրճատում, գեղձերի հյութարտազատում, հորմոնների արտադրում եւ այլն):

ԼԻՍՖԱՏԻԿ ՀԱՄԱԿԱՐԳ

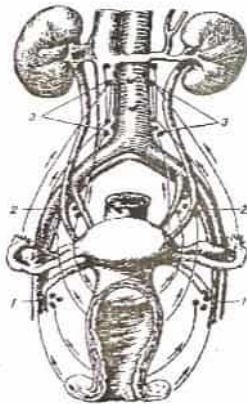
Սեռական օրգանների ավշային համակարգը կազմված է ավշային անոթների խիտ ցանցից եւ ավշահանգույցներից, որոնք դասավորվում են արյունատար անոթների ուղղությամբ:

Արտաքին սեռական օրգաններից եւ հեշտոցի ստորին 1/3-ից ավշային անոթներով ավիշը գնում է դեպի ածուկային ավշահանգույցները:

Հեշտոցի միջին եւ վերին 1/3-ից եւ արգանդի պարանոցից ավիշը գնում է ենթաորովայնային եւ զստային արյունատար անոթների ուղղությամբ տեղավորված ավշահանգույցները:

Արգանդի մարմնից, փողերից, ձվարաններից ավշային անոթներով ավիշը գնում է դեպի աորտայի եւ ստորին սիներակի ուղղությամբ տեղավորված ավշահանգույցները:

Ամբողջ օրգանիզմի ավշային համակարգը կապված են միմյան հետ ավշային ծայրակցումներով:



*Սեռական օրգանների
անոթավորումը*

ԿՐԾՔԱԳԵՂՁԵՐ – ԿԱԹՆԱԳԵՂՁԵՐ

Սրանք զույգ գեղձեր են տեղակայված կրծքավանդակի առաջային մակերեսին: Կրծքագեղձերի պարենխիման կազմված է բազմաթիվ բշտիկներից ավելոյներից, որոնք իրար միանալով կազմում են բլթակներ: Բլթակների միջեւ ընկած տարածություններում թելանման շարակցական հյուսվածք է. որտեղ կան նաեւ առաձգական մկանաթելեր եւ ճարպ: Բլթակների թիվը 15- 20-նն է: Յուրաքանչյուր բլթակի ծորանը առանձին բացվում է պտուկի վրա չմիանալով միմյանց հետ: Այդպիսով, պտուկի վրա բացվում են 15-20 անցքեր:

Յուրաքանչյուր ծորան, չհասած պտուկին, շուրջ-պտկային շրջանում լայնանում է առաջացնելով կաթնային պարկ: Պտուկը արտաքինից ծածկված է նուրբ, կնճռոտ, պիգմենտացված մաշկով: Պտուկը լինում է

զլանաձեւ կամ կոնաձեւ տարբեր չափսերի: Երբեմն կարող են լինել տափակ, որը դժվարացնում է կրծքով կերակրելը: Պտուկի շուրջը մաշկը պիզմենտա- ցիայի է ենթարկված, որտեղ կան շատ նյարդային ռեցեպտորներ (ըն- դունիչներ): Սեռական հասունացման շրջանում սկսում է զարգանալ կաթնագեղձերի պարենխիման: Կաթնաձորանների զարգացմանը նպաստում է ձվարաններում արտադրվող ֆոլիկլոզին հորմոնը, իսկ ալվեոլների զարգացմանը՝ դեղին մարմնի հորմոնը:

Կաթնագեղձերի արյան մատակարարումը իրականացվում է կրծքագեղձային զարկերակով Art. mamaria, որը սկսվում է թեւատակային զարկերակից, իսկ ավիշը ավշային անոթներով գնում է դեպի թեւատակային ավշահանգույցները:

Կաթնագեղձերի ֆունկցիան կաթնատվությունն է, որը սկսվում է հղիության շրջանում, եւ լրիվ զարգացման է հասնում ծննդաբերությունից հետո:

Կաթի արտազատումը տեղի է ունենում հիպոֆիզի առաջային բլբի կողմից արտադրվող լակտոգեն հորմոնների ազդեցության տակ (պրոլակտին հորմոն), իսկ վերջինիս գործողությունը կարգավորվում է կենտրոնական նյարդային համակարգի կողմից:

ԿՆՈՋ ԿՅԱՆՔԻ ՏԱՐԲԵՐ ՇՐՋԱՆՆԵՐԸ ԵՎ ՆՐԱ ՀԻԳԻԵՆԱՆ

Կնոջ կյանքի ընթացքում տարբերվում են հետեւյալ շրջանները.

1. Մանկության
2. Սեռական հասունացման
3. Սեռականապես հասուն շրջան - Սեռական հասունության շրջան
4. Անցումային կամ կլիմակտերիկ շրջան
5. Ծերության շրջան

ՄԱՆԿՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆ

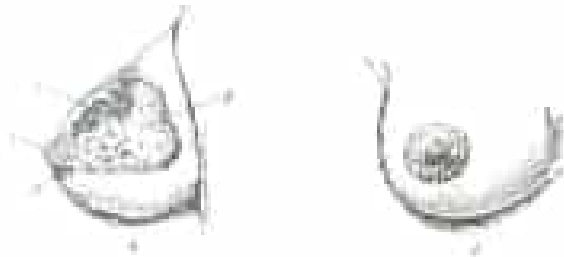
Այս շրջանում ձվարաններին բնորոշ ֆունկցիան բացակայում է: Արտաքին եւ ներքին սեռական օրգանները ձեւավորված են, բայց դեռ զարգացած չեն: Արտաքին սեռական օրգանների մազաձածկույթը չկա, հեշտոցը նեղ է, կարճ, արգանդի մարմինը փոքր, պարանոցը կոնաձեւ, փողերը նեղ, երկար, ծռմոված:

Մանկության շրջանի հիգիենան սկսվում է դեռ ներարգանդային կյանքից:

Հղիության ընթացքում պետք է հետևել կնոջ սննդին (լիարժեք, հարուստ վիտամիններով, կալցիումական աղերով, էլեկտրոլիտներով), որպեսզի ներարգանդային կյանքում զարգացող աղջիկ երեխայի ոսկորները լինեն ամուր, կոնքի ոսկրերը զարգանան նորմալ, որ չառաջանա նեղ կոնք, ոսկրային դեֆորմացիաներ:

Ծնվելուց հետո պետք է պայքարել ռախիտի դեմ ոսկրային դեֆորմացիաներից, ոսկրերի փափկացումից, ծռումներից խուսափելու համար: Դրա համար անհրաժեշտ է լիարժեք սնունդ. 20 օրականից երեխային նշանակել վիտամին D, արեւային վաննաներ, տարբեր վիտամիններով եւ էլեկտրոլիտներով հարուստ սնունդ: Անհրաժեշտ է ամենօրյա լիցքային, շնչառական, կոնքի զարգացման վարժություններ, ֆիզկուլտուրա եւ սառը ջրով շփումներ, որոնք ամրապնդում են զարգացող օրգանիզմը: Պետք է զգուշանալ սուր եւ խրոնիկ ինֆեկցիոն հիվանդություններից, ծանր ինտոկսիկացիաներից: Սուր ինֆեկցիաներից, հատկապես խոզուկը, բացասաբար է ազդում սեռական օրգանների ճիշտ զարգացման վրա:

Մեծ նշանակություն ունի երեխայի ճիշտ նստելը, կանգնելը, քայլելը, որի ժամանակ կարող են առաջանալ ողնաշարի, կոնքի ոսկրերի ծռումներ: Ծնողները պարտավոր են հետևելու նաեւ երեխայի անձնական հիգիենային:



ՄԵՌԱԿԱՆ ՀԱՍՈՒՆԱՑՄԱՆ ՇՐՋԱՆ

Այս շրջանը սկսվում է 12-13 տարեկան հասակում: Որոշ երկրներում այն սկսվում է 9-10 տարեկանում: Երեխայի կյանքի այս շրջանում սկսում են գործել սեռական հորմոնները (գոնադոտրոպ հորմոնները), որոնք արտադրվում են հիպոֆիզի կողմից: Այս հորմոնների շնորհիվ ձվարաններում սկսում են հասունանալ նախնական (պրիմորդյալ) ֆոլիկուլներ, որոնց կողմից արտադրվում ում է ֆոլիկուլին հորմոնը (էստրոգեն): Այս հորմոնի շնորհիվ զարգանում են սեռական հասունացման երկրորդային նշանները (կրծքագեղձերը, մազածածկույթը, ձայնը եւ այլն) զարգանում են նաեւ սեռական օրգանները՝ հեշտոցը, արգանդը, փողերը: Այս շրջանում տեղի է ունենում առաջին դաշտանը, որը հետագա2 գայում պարբերաբար (ռեգուլյար) կրկնվում է յուրաքանչյուր ամիսը մեկ անգամ:

Սեռական հասունացման վրա մեծ ազդեցություն ունեն նաեւ կլիմայական պայմանները, սնունդը, ապրելակերպը:

Սեռական հասունացման պրոցեսը լրիվ ավարտվում է 17-18 տարեկանում:

Դաշտանային շրջանի հիգիենան ունի խիստ կարեւոր նշանակություն: Կինը դաշտանի ժամանակ կարող է աշխատել եւ կատարել իր սովորական աշխատանքը, բայց պետք է խուսափի ծանրաբեռնվածությունից, ծանր ֆիզիկական աշխատանքից, մրսելուց եւ հակառակը շատ տաքանալուց: Դաշտանի ժամանակ չի թույլատրվում օգտագործել ոգելից խմիչքներ, կծու կերակուրներ, որպեսզի կոնքի օրգաններում անոթների արյունալցում չլինի և արյունահոսությունը չուժեղանա:

Պետք է հետեւել արտաքին սեռական օրգանների մաքրությանը, օրվա ընթացքում 2-3 անգամ կատարել արտաքին լվացումներ կալիումի պերմանգանատի թույլ լուծույթով եւ փոխել դաշտանային շորը (որը պետք է լինի մաքուր լվացված, եռացված եւ արդուկված), անմաքրության դեպքում կարող է ներթափանցել ինֆեկցիան եւ առաջացնել բորբոքումներ սեռական օրգաններում: Դաշտանի ժամանակ չի թույլատրվում ներլվացումներ, սեռական հարաբերություններ, քանի որ դաշտանի ժամանակ արգանդի լորձաթաղանթը պոկվում է, թափվում եւ բացվում է մեծ վերքային մակերես, որը բաց դուռ է ինֆեկցիայի ներթափանցման համար:

Դաշտանի ժամանակ վաննա նստել չի թույլատրվում, կարելի է միայն ոչ տաք ջրով ցնցուղ:

ՄԵՌԱԿԱՆ ՀԱՍՈՒՆՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆ

Մեռական հասունության ամբողջ շրջանում սեռական բոլոր օրգանները աշխատում են մեծ ակտիվությամբ: Հենց այս շրջանում կինը հղիանում է եւ ծննդաբերում: Այս շրջանը սկսվում է 18 տարեկանից եւ շարունակվում է մինչեւ 40-42 տարեկանը:

ՀԴՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆԻ ՀԻՓԻԵՆԱՆ

Հղիության շրջանում օրգանիզմի բոլոր օրգան-համակարգերը աշխատում են մեծ ծանրաբեռնվածությամբ: Նորմալ ընթացող հղիության ընթացքում կինը կատարում է իր սովորական մտավոր եւ ֆիզիկական աշխատանքը, սակայն պետք է խուսափի կտրուկ շարժումներից, ծանրություն բարձրացնելուց: Հղիության առաջին օրվանից հղիները ազատվում են գիշերային հերթի աշխատանքից, բարձր ջերմության եւ թունավոր արտադրամասերում աշխատելուց: Արտաժամյա աշխատանք տրվում է միայն իր հղի կնոջ ցանկությամբ: Անհրաժեշտ է մաքուր օդ, զբոսանք: Քունը պետք է լինի ոչ պակաս, քան 8 ժամ, քնելուց առաջ սենյակը պետք է օդափոխել: Ամբողջ հղիության ընթացքում սեռական հարաբերությունը պետք է լինի սահմանափակ, հատկապես հղիության առաջին 2-3 ամիսներին վիժումներից խուսափելու համար եւ վերջին 2 ամիսներին ինֆեկցիայի ներթափանցումից եւ արգանդի գերլարվածությունից խուսափելու համար:

Հղիներին արգելվում է ծխել, խմել ոգելից խմիչքներ, որոնք սոկսիկ ազդեցություն են ունենում պտղի եւ կնոջ օրգանիզմի վրա:

Հղի կնոջ մաշկը պետք է լինի մաքուր, մաշկով շնչառությունը ապահովելու եւ քրտնարտադրությունը կանոնավորելու համար, քանի որ քրտինքի հետ դուրս են գալիս նաեւ նյութափոխանակության արգասիքները, թուլանում է երիկամների ծանրաբեռնվածությունը:

Խորհուրդ է տրվում ամեն օր ոչ տաք ջրով ցնցուղ, շնչառական վարժություններ եւ զով ջրով շփումներ: Խորհուրդ է տրվում օրը 2 ան գամ կատարել արտաքին սեռական օրգանների լվացումներ – եռացրած գոլացրած ջրով, իսկ ներվագումներ չեն թույլատրվում: Պետք է հետեւել

բերանի խոռոչի, ատամների մաքրությանը, իսկ փչացած ատամները պետք է բռնել կամ հեռացնել:

Կրծքագեղձերը պետք է լվանալ ամեն օր գոլ ջրով եւ օճառով, չորացնել կոշտ սրբիչով: Տափակ պտուկներ ունենալու դեպքում, անհրաժեշտ է կատարել պտուկների մերսում (մասած), օրը 2-3 անգամ, 3-4 բույս տեղադրությամբ: Հագուստը պետք է լինի ազատ եւ հարմար, առանց սեղմող կապերի, կլոր ռեզիններ, սեղմող գոտի չի թույլատրվում: Կոշիկները տափակ, հանգիստ, քայլելու համար հարմար: Թույլատրվում է հղիների համար նախատեսված բանտած, հատկապես կրկնածինների մոտ:

Հղի կնոջ սնունդը հղիության առաջին կեսում առանց սահմանափակումների, լիարժեք, սպիտակուցներով, ճարպերով, ածխաջրատներով, վիտամիններով, տարբեր աղերով հագեցված: 2-րդ կեսում առաջարկվում է կաթնաբանջարեղանային սնունդ, մսեղեն, ձկնեղեն խաշած վիճակում: Պետք է սահմանափակել աղերը, հեղուկները: Հեղուկներն օրվա ընթացքում մինչեւ 1000, 0,0-1200.0 ոչ ավելին: Խիստ անհրաժեշտ են վիտամինները, որոնք կան հետեւյալ սննդամթերքներում.

ՎԻՏԱՄԻՆ A - աճի վիտամին (յարդ, երիկամ, ձու, կարագ, ձկան յուղ, գազար):

ՎԻՏԱՄԻՆ B1- նպաստում է նյութափոխանակության կանոնավորմանը, հատկապես ներվային համակարգում (կենդանու յարդ, երիկամ, տարբեր հատիկավոր կուլտուրաներ բրինձ, ձավար, սեւ հաց):

ՎԻՏԱՄԻՆ B2 (ռիբոֆլավին) - նրա պակասի դեպքում կանգ է առնում հասակի աճը, զարգանում են աչքերի, մաշկի լորձաթաղանթների տարբեր հիվանդություններ (յարդ, երիկամ, ձու, կաթնամթերք):

ՎԻՏԱՄԻՆ PP (նիկոտինաթթու) - պակասի դեպքում առաջանում են խանգարումներ կենտրոնական նյարդային համակարգում պերիֆերիկ ներվային համակարգի կողմից (յարդ, միս, ցորենի հատիկներ):

ՎԻՏԱՄԻՆ C - մասնակցում է օրգանիզմի թթվային եւ այրման պրոցեսներին, ներքեջային ֆերմենտատիվ պրոցեսներին: Խիստ անհրաժեշտ է պտղի հղի զարգացման համար, շատ է բանջարեղենում. հատապտուղներում (մասուր, հաղարջ): Գարնանը եւ ձմռանը լավ կլինի նշանակել սրսկման կամ խմելու ձեւով:

ՎԻՏԱՄԻՆ E - կանոնավորում է սեռական օրգանների ֆունկցիան եւ նրա քանակի պակասը բերում է ներարգանդային պտղի մահվան եւ վիժման (եգիպտացորեն, ցորենի նոր ծլիկի, ձվի, լյարդի մեջ):

ՎԻՏԱՄԻՆ D - հակառախիտիկ - մասնակցում է կալցիումի եւ ֆոսֆատի նյութափոխանակությանը, կանխում է ներարգանդային պտղի մոտ ռախիտի առաջացումը: Շատ կան ձկան՝ յուղի, ձկան լյարդի, խավիարի, կարագի մեջ:

Հղի կինը պետք է ուտի օրը 4 անգամ: Պետք է խուսափի փորկապությունից եւ լուծից:

ԿԼԻՄԱԿՏԵՐԻԿ ՇՐՋԱՆ

Սա կնոջ կյանքի այն ֆիզիոլոգիական շրջանն է, երբ օրգանիզմի հասակային բազմաթիվ փոփոխությունների հետ. խորը փոփոխություններ են առաջանում կնոջ սեռական համակարգում, որը արտահայտվում սկզբում ծնելիության ֆունկցիայի դադարումով, իսկ հետո դաշտանա դադարով (մենոպաուզայով): Այս շրջանում կնոջ մոտ ի հայտ են գալիս վեգետոնեւրոլոգիկ, ուրոգենիտալ խանգարումներ, կնոջ մաշկի դիստրոֆիկ փոփոխություններ, աթերոսկլերոտիկ փոփոխություններ օրգա նիզմի բոլոր անոթներում եւ սրտի իշեմիկ հիվանդության երեւոյթներ: Լինում են նաեւ փսիխիկ խանգարումներ: Կլինիկորեն լինում է տաքա նալու եւ սպառելու տհաճ զգացողություն հատկապես գլխի, մարմնի վերին հատվածներում, քրտնարտադրություն, սրտխառնոց, գլխա պտույտ, էմոցիոնալ լրբիլություն, քնի խանգարումներ, գերհոգնածություն: Լինում են նաեւ արյան ճնշման բարձրացում կամ իջեցում, գլխա ցավ, գերհոգնածություն, հիշողության անկում, լացկանություն, դեպրեսիվ վիճակ: Այս երեւոյթները կանխելու համար անհրաժեշտ է պահպանել հիգիենիկ ճիշտ ռեժիմը, ճիշտ դիետան, սննդի մեջ գերակշռելով բանջարեղենը, միրգը, վիտամինները: Շատ լավ է բուժական ֆիզկուլտուրան, սառը ջրով շփումները, ներվային համակարգը հանգստացնող եւ քունը կանոնավորող պրեպարատները, զբոսանք մաքուր օդում: Քա նի որ կլիմակտերիկ շրջանում լինում է էստրոգենների դեֆիցիտ, կլի մակտերիկ սինդրոմին բնորոշ բոլոր երեւոյթները մեղմացնելու համար

կարելի է նշանակել էստրոգեններ (էստրիոլ, էստրադիոլ), որոնք իջեցնում են նաեւ սրտի իսշեմիկ հիվանդության առաջացման ռիսկը:

ԾԵՐՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆ

Ծերության շրջանը դա կնոջ կյանքի այն շրջանն է, երբ օրգանիզմի բոլոր օրգան-համակարգերի ֆունկցիան ընկնում, է, իսկ սեռական օրգանները ենթարկվում են հետաճման ա ստրոֆայի: Հեշտոցը նեղանում է ծալքերը հարթվում, արգանդը իր չափերով փոքրանում է, ձվարանները կնճռոտվում են: Ծերության շրջանում պետք է կազմակերպել կյանքի ճիշտ ռեժիմը, ապահովել սննդի ռացիոնալ ռեժիմը ուտել շուտ-շուտ քիչ-քիչ, սնունդը պետք է լինի լիարժեք: Սննդի ռացիոնում պետք է գե րակշռի կաթնա-բանջարեղենային սնունդը: Պետք է ապահովել քունը: Օրվա ընթացքում անհրաժեշտ է զբոսանք մաքուր օդում, հիգիենիկ ռեժիմի ճիշտ պահպանումը, օրը 2 անգամ արտաքին սեռական օրգանների լվացում:

Ծերության շրջանում սեռական օրգաններից արյունային թեկուզ աննշան արտադրություն, նկատելիս անհապաղ պետք է ուղարկել ուռուցքաբանական կենտրոն, սեռական օրգաններում չարորակ նորագոյացության առկայությունը ժխտելու համար:

ՆՈՐՄԱԼ ԴԱՇՏԱՆԱՅԻՆ ՑԻՎԼ

Սեռական հասունացման շրջանում կնոջ օրգանիզմում տեղի են ունենում ռիթմիկ կրկնվող (պարբերական կրկնվող) ֆիզիոլոգիական փոփոխություններ, որով օրգանիզմը նախապատրաստվում է հղիանալու: Այս, պարբերաբար կրկնվող փոփոխությունները, որով օրգանիզմը ունակ է դառն դառնում հղիանալու, սկսվում է 13-14 տարեկանում եւ շարու- նակվում է մինչեւ 40-42 տարեկան, կոչվում է դաշտանային ցիկլ: Նորմալ դաշտանային ցիկլը տեւում է 28 օր եւ ավարտվում է դաշտանով, որը տեւում է 3-4 օր եւ կինը կորցնում է 50,0-100,0-150,0 մլ արյուն: Երբեմն այն կարող է լինել 21 օրը մեկ անգամ կամ 30-35 օրը մեկ անգամ: Դաշտանային ցիկլի ժամանակ պարբերաբար կրկնվող փոփոխություններ են լինում ամբողջ օրգանիզմում եւ հիմնականում սեռական օրգաններում արգանդի լորձաթաղանթում եւ ձվարաններում:

Ներվային համակարգի կողմից հատկապես խորը փոփոխություններ են տեղի ունենում, ուղեղի կեղեւում նրա գրգռման եւ արգելակման կենտրոններում: Այս է պատճառը, որ նախադաշտանային շրջանում որոշ կանանց մոտ նկատվում է գրգռվածության կամ քնկոտության, անաշխատունակություն, երբեմն գլխացավ, սրտխառնոց:

Փոխություններ են լինում սիրտ-անոթային համակարգի կողմից՝ պուլսի հաճախացում, արյան ճնշման բարձրացում, իսկ դաշտանը սկսվելուց հետո արյան ճնշումը կանոնավորվում է: Կրծքագեղձերում նկատվում է լցվածություն, զգայունության բարձրացում, երբեմն ցավոտություն:

Դաշտանային ցիկլը պայմանավորված է հիպոթալամուս-հիպոֆիզ-ձվարան-արգանդ ընդհանուր շղթայով եւ այդ շղթայի որեւէ հատվածի խանգարումը բերում է դաշտանային ցիկլի խանգարման: Այդ շղթան դեկավարվում է գլխուղեղի կեղեւի կողմից: Հիպոթալամուսի կողմից արտադրվում է ռելիզինգ ֆակտոր, որի շնորհիվ հիպոֆիզի կողմից արտադրվում է ռելիզինգ ֆակտորին համապատասխան հորմոն: Հիպոֆիզի առաջային բիլթն արտադրում է.

1. Ֆոլիկուլը խթանող հորմոնը, որը նպաստում է ֆոլիկուլի հասունացմանը եւ ֆոլիկուլին հորմոնի արտադրությանը համապատասխան ռելիզինգ ֆակտորի ազդեցության տակ:

Լյուտեինիզացնող եւ պրոլակտին հորմոնները:

Լյուտեինիզացնող հորմոնի շնորհիվ ձվարաններում տեղի է ունենում դեղին մարմնի զարգացումը եւ պրոգեստերոն հորմոնի արտադրումը: Հիպոֆիզի կողմից արտադրվող այս հորմոնները, որոնք արտադրվում են հիպոթալամուսի համապատասխան ռելիզինգ ֆակտորի ազդեցության շնորհիվ, կոչվում են հոնոդոտրոպ հորմոններ: Այս հորմոնները ակտիվացնում են ձվարանների գործունեությունը:

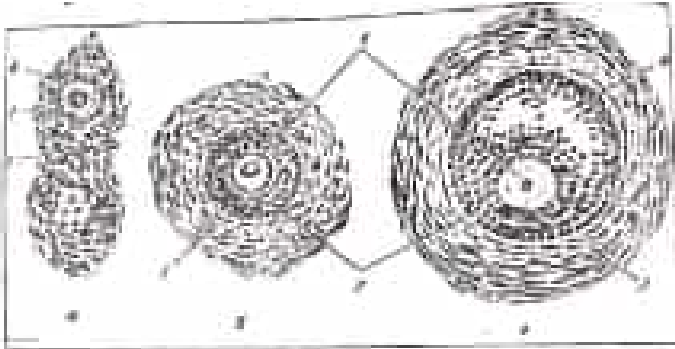
Նորմալ դաշտանային ցիկլում տարբերում են երկու ֆազա.

1. Ֆոլիկուլյար ֆազա
2. Լյուտեինային ֆազա

Ֆոլիկուլյար ֆազա. ֆոլիկուլի զարգացման, հասունացման ֆազան է, որը 28-օրյա դաշտանային ցիկլում տևում է 14 օր, իսկ 21-օրյա ցիկլի ժամանակ՝ 10-11 օր: Ֆոլիկուլյար ֆազայի վերջում հասունացած

Ֆուլիկուլը պատռվում է, տեղի է ունենում ձվազատում՝ օվուլյացիա եւ սկսվում է դաշտանային ցիկլի 2-րդ ֆազան լյուտեինային ֆազան. 28-օրյա դաշտանային ցիկլի ժամանակ օվուլյացիան տեղի է ունենում ցիկլի 14-15-րդօրը, իսկ 21-օրյա ցիկլի դեպքում՝ ավելի շուտ:

Դաշտանային ցիկլում տարբերում են.



Ձվազատում (օվուլյացիա) ֆուլիկուլներ. 1. Ֆուլիկուլի հասունացման օվուլը. 2. Դաշտանային ցիկլի 2-րդ փուլի լյուտեինային ֆազայում առաջացած օվուլը:

1. Օվուլացիայի ցիկլ
2. Դաշտանային ցիկլ

ԶՎԱՐԱՆԱՑԻՆ ՑԻԿԼ

Հոնոդոտրոպ հորմոնների ազդեցության շնորհիվ ձվարաններում տեղի են ունենում 3 հիմնական ռիթմիկ կրկնվող պրոցեսներ.

ա) ֆուլիկուլի հասունացում

բ) հասունացած ֆուլիկուլի պատռում՝ օվուլյացիա

զ) դեղին մարմնի առաջացում:

Ֆոլիկուլի հասունացումը. աղջիկը ծնվում է 400.000-500.000 նախնական կամ պրիմորդյալ ֆոլիկուլներով: Նրանց մի մասը, մինչև սեռական հասունացումը, հասնում են զարգացման որոշակի փուլի եւ չհասած վերջնական հասունացման ոչնչանում են, տեղի է ունենում ֆիզիոլոգիական ոչնչացում: Սեռական հասունացման շրջանում (13-14 տարե- կան) նախնական ֆոլիկուլների թիվը 35.000-40.000 է: Հաշվված է, որ սեռական հասունության ամբողջ շրջանում 450-500 ֆոլիկուլ հասնում է իր վերջնական հասունացմանը եւ դուրս է գալիս դաշտանային կամ հղիության ձեւով, իսկ մնացածը ենթարկվում է ֆիզիոլոգիական հետաճման ատրոֆիայի եւ լցվում շարակցական հյուսվածքով:



Զվարաններում ամիսը մեկ անգամ 1 կամ 2 ֆոլիկուլ սկսում են հասունանալ, որը տեղի է ունենում դաշտանային ցիկլի առաջին ֆոլիկուլյար ֆազայում: Հասունացող ֆոլիկուլը կազմված է ձվաբջջից շրջապատված էպիթելային բջիջներով: Ֆոլիկուլյար ֆազայում ձվաբջիջն իր չափերով մեծանում է 5-6 անգամ, նրա շուրջը առաջանում է թափանցիկ թաղանթ եւ ֆոլիկուլի մեջ եղած էպիթելային բջիջները սկսում են բազմանալ, դառնալ բազմաշերտ եւ արտադրում ֆոլիկուլին հորմոն:

Ֆոլիկուլինը, եւ նրա ազդեցությամբ հորմոնները կոչվում են էստրոգեն հորմոններ:

Ֆոլիկուլը հասունանալով, վեր է ածվում գրաֆյան ֆոլիկուլի եւ Դաշտանային ցիկլի ժամանակ, առաջին ֆազայի վերջում, գրաֆյան ֆոլիկուլը պատռվում է եւ հասունացած ձվաբջիջը դուրս է գալիս, տեղի է ունենում ձվազատում կամ օվուլյացիա:

ՕՎՈՒԼՅԱՑԻԱՆ

Հասունացած ձվաբջիջը, որն արդեն ընդունակ է հղիանալու ձվազատման ժամանակ ընկնում է որովայնի խոռոչ: Դուրս եկած

ձվաբջջի տեղում առաջանում է դեղին մարմին, սկսվում է դաշտանային ցիկլի երկրորդ՝ լյուտեինային ֆազան:

Դեղին մարմինը համարվում է ներքին սերեկցիայի շատ կարեւոր գեղձ, որն արտադրում է պրոգեստերոն հորմոնը: Այս պրոցեսը տեղի է ունենում հիպոֆիզի առաջային բիթի կողմից արտադրվող լյուտեինիզացնող հորմոնի ազդեցության տակ: Դաշտանային ցիկլի երկրորդ ֆազան լյուտեինային ֆազան, սկսվում է ցիկլի 14-րդ օրվանից՝ մինչև դաշտանի սկսվելը: Այս շրջանը ամենահարմարն է հղիանալու համար: Եթե դուրս եկած ձվաբջիջը չի բեղմնավորվում, ապա դեղին մարմնի բջիջները ոչնչանում են, նրանում եղած արյան անոթները դատարկվում են, տեղի է ունենում դեղին մարմնի հետաձև եւ նրա տեղում աճում է շարակցական հյուսվածք: Այսպիսի դեղին մարմինը կոչվում է դաշտանային դեղին մարմին:

Դեղին մարմնի կողմից արտադրվող պրոգեստերոնը, ինչպես եւ նույնատիպ ազդեցությամբ հորմոնները, կոչվում են գեստոգեններ:

ԱՐԳԱՆԴԱՑԻՆ ՑԻԿԼ

Դաշտանային ցիկլի ժամանակ ցիկլիկ փոփոխությունների է ենթարկվում արգանդի լորձաթաղանթի ֆունկցիոնալ շերտը: Տարբերվում են հետեւյալ էտապները.

1. ԴԵՍԿՎԱՄԱՑԻԱ

Դրսեւորվում է 3-5 օր տեւողությամբ դաշտանային արյունով: Սա համընկնում է դեղին մարմնի ոչնչացման հետ, երբ արգանդի լորձաթաղանթի ֆունկցիոնալ շերտը պոկվում է եւ դուրս է գալիս արգանդի գեղձերի կողմից արտադրված սեկրետի եւ պատռված արյան անոթներից եկած արյան հետ, այսինքն տեղի է ունենում դաշտան:

2. ԼՈՐՁԱԹԱՂԱՆԹԻ ՌԵԳԵՆԵՐԱՑԻԱ (վերականգնում)

Արգանդի լորձաթաղանթի բազալ շերտից բջիջները սկսում են վերականգնվել, ենթարկվել ռեգեներացիայի, որը ավարտվում է դաշտանի սկսված օրվանից 5-6 օր անց:

Լորձաթաղանթի վերականգնումը տեղի է ունենում ֆոլիկուլին հորմոնի ազդեցության տակ:

3. ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՎԱԾ ԼՈՐՁԱԹԱՂԱՆԹԻ ԲԶԻԶՆԵՐԻ ՊՐՈԼԻՖԵՐԱՅԻՄ

Չվարանում հասունացող ֆոլիկուլում կուտակվող ֆոլիկուլին հորմոնի շնորհիվ լորձաթաղանթի բջիջները ակվող Bachir բազմանում, գեղձերը վերականգնվում են, ձգվում, երկարում, սակայն սեկրետ չեն արտադրում:

Ջարգանում է անոթային ցանցը, լորձաթաղանթը արյունացվում է, հաստանում 4-5 անգամ եւ դառնում է հյութալի: Ռեգեներացիան եւ պրոլիֆերացիան տեղի են ունենում մինչեւ հասունացած ֆոլիկուլի պատովելը ֆոլիկուլին հորմոնի ազդեցության տակ:

4. ՄԵԿՐԵՑԻԱ

Չվագատումից հետո, դեղին մարմնի զարգացման եւ ծաղկման շրջանում, պրոգեստերոն հորմոնի ազդեցության տակ սկսվում է արգանդի լորձաթաղանթի գեղձերի սերեկցիան: Բացի այդ, լորձաթաղանթում կուտակվում է գլիկոգեն, ֆոսֆոր, ֆոր, կալցիում, միկրոէլեմենտներ եւ այլ նյութեր: Այսպիսով, արգանդի լորձաթաղանթը պատրաստ է բեղմնավորված ձվաբջիջ ընդունելուն: Եթե չկա բեղմնավորում, չկա հղիություն, դեղին մարմինը ոչնչանում է, արգանդի լորձաթաղանթի ֆունկցիոնալ շերտը շերտազատվում է, պոկվում, ենթարկվում է դեսկվամացիայի եւ սկսվում է դաշտանը: Արգանդի լորձաթաղանթի ցիկլիկ այս պրոցեսները (4 էտապները) կրկնվում են յուրաքանչյուր ամիսը մեկ անգամ:

Ֆոլիկուլին հորմոնի ազդեցության տակ՝

1. Հասունանում եւ զարգանում են արտաքին եւ ներքին սեռական օրգանները (հեշտոցը, արգանդափողերը, արգանդը), ի հայտ են գալիս սեռական հասունացման երկրորդային նշանները մազածածկույթը, ձայնը:
2. Էստրոգենները բարձրացնում են արգանդի մկանների տոնուսը:
3. Նպաստում են կրծքագեղձերի զարգացմանը:
4. Դաշտանային ցիկլի ժամանակ նպաստում են արգանդի լորձաթաղանթի վերականգնման (ռեգեներացիային) եւ բջիջների զարգացմանը, բազմացմանը (պրոլիֆերացիային):
5. Օնոդաբերության ժամական էստրոգենները նպաստում են ծննդաբերության առաջացմանը, արգանդի մկանների կծկմանը, կրճատմանը:

ՊՐՈԳՆՍՏՐՈՆ ՀՈՐՄՈՆԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ՏԱԿ

1. Դաշտանային ցիկլի ժամանակ արգանդի լորձաթաղանթի գեղձերում սկսվում է սերեկցիան:
2. Իջեցնում է արգանդի գրգռողականությունը, թուլացնում է արգանդի մկանների կծկողական ֆունկցիան, դրանով պահպանելով հղիությունը:
3. Նպաստում է կաթնարտադրությանը կրծքագեղձերից:
Ամբողջ հղիության և երբեմն կրծքով կերակրելու շրջանում դաշտանային ցիկլը դադարում է:

ԿՈՆՔԻ ԱՆԱՏՈՄԻԱՆ

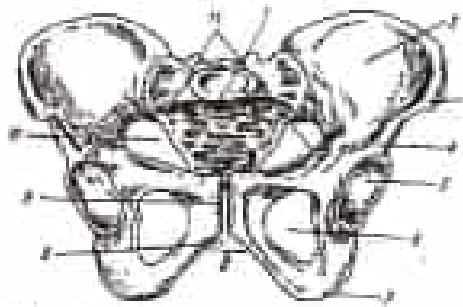
Կոնքր կազմված է 4 ոսկրերի 2 անանուն կամ կոնքոսկրերից, սրբոսկրերից և պոչուկից: Կոնքոսկրը իր հերթին կազմված է զստոսկրից, ցալոսկրից և նստոսկրից, որոնք իրար միացած կազմում են մեկ ընդհանուր ոսկոր-կոնքոսկր կամ անանուն ոսկոր:

[illegible]

ՋՍՏՈՍԿՐԸ - OS ilium - կազմված է մարմնից
և թևից: Մարմինը փոքր, հաստ, կարճ հատվածն
է, որը մասնակցում է քացախափոսի
(acetabulum) կազմությանը: Թևը լայն
պլաստիկա է - կենտրոնում բարակ և
բարձրանալով վեր հաստանում է, կազմելով
գտտոսկրի կատարը - crista iliaca: Կատարը
դեպի առաջ վերջանում է գտտոսկրի առաջային
վերին փշով spina iliaca ant. superior, որից քիչ
ցած գտտոսկրի առաջային ստորին փուշն է
spina iliaca anter inferior: Ջտտոսկրը ցայլոսկրից
աջից և ձախից միանալով, առաջացնում է մի
բարձրություն գտա-ցայլային թումբը:
Կատարը դեպի հետ առաջացնում է գտտոսկրի
հետին վերին փուշը, իսկ նրանից ցած
գտտոսկրի հետին ստորին փուշը:

Զստոսկրի թևը մարմնի անցման սահմանը թմբիկանման արտացցված է և կազմում է սահմանային գիծ կամ անանուն գիծ: Սահմանային գիծը սահմանազատում է մեծ և փոքր կոնքը:

ՆՍՏՈՍԿՐ - (Os ischi) Ունի, մարմին, որ մասնակցում է քաղախափոսի կազմությանը վայրէջ և բերել ճյուղեր: Վայրէջ ճյուղը իջնելով հաստատում է առաջացնելով նստաթումբը: Վերել ճյուղը միանում է ցայլոսկրին: Վայրէջ ճյուղերի բորսային մակերեսին գտնվում են նստափշերը:



1. Անոթաբաժնի տարածությունը 24-26 սմ
2. Օրգանաբաժնի տարածությունը 26-29 սմ
3. Արտաբաժնի տարածությունը 30-32 սմ

ՑԱՅԼՈՍԿՐ - (OS pubis)

Կազմում է կոնքի առաջնային պատը: Ունի մարմին, որը մասնակցում է քաղախափոսի կազմությանը, հորիզոնական և վայրէջ ճյուղ, վերջինս միանում է նստոսկրի վերելակ ճյուղին: Ցայլոսկրի հորիզոնական և վայրէջ ճյուղերը միանալով մյուս կողմի ցայլոսկրի համանուն ճյուղերին, առաջացնում են ցայլային հողավորումը`

սիմֆիզը: Դեպի ցած նրանք առաջացնում են ցայլային աղեղը:

ՄՐՔՈՍԿՐ - (Os sacrum) Կազմված է իրար միացած ողերից, որոնք դեպի ցած, լայնությամբ փոքրանում են, դրա համար էլ, սրբոսկրը կոնաձև է զգաթով ուղղված դեպի պոչուկը: Վերևում սրբոսկրը միանում է 5-րդ գոտկային ողին կազմելով **ԴԱՐԱՎԱՆԴ** - Promantorium: Առջևից սրբոսկրը գոգաձև է, իսկ հետին մակերեսն անհարթ է, որտեղ կաչում են մկանները: Ողերի միացման աջ և ձախ կողմերում կան անցքեր, որտեղից անցնում են արյան անոթները, ներվային վերջույթներ: Սրբոսկրի կողքերին կան հողային հարթություններ զստոսկրի հետ հողավորման խումբը: Դեպի ցած սրբոսկրը վերջանում է սրբան-պոչուկային հողավորմամբ: Այս հողը շարժական է և ծննդաբերության ժամանակ պոչուկը հետ է գնում 1,5-2սմ: Պոչուկը կազմված է 4-5 չգարգացած, իրար միացած ողերից:

Կոնքը կազմված է մեծ կոնքից և փոքր կոնքից: Երկուսի սահմանը առջևից սիմֆիզի վերին եզրին է, կողքերից անանուն կամ սահմանային գծերը, հետևից սարավանդը:

Մանկաբուժության մեջ խիստ կարևոր է փոքր կոնքը, որի չափերի մասին գաղափար ենք կազմում չափելով մեծ կոնքը: Կոնքը չափվում է կոնքաչափով:

ԿՈՆՔԻ ԱՐՏԱՔԻՆ ՉԱՓԵՐՆԸ

1. Միջփշային տարածություն - զստոսկրի առաջային վերին փշերի միջև ընկած տարածությունը (*Distantion spircajrum*), որը հավասար է 24-26 սմ:
2. Միջկատարային տարածությունը - զստոսկրի կատարների միջև ընկած տարածությունը (*Distantfocristarurh*), որը հավասար է 27-29 սմ:
3. Միջտամբիոնային չափը - ազդրոսկրերի տամբիոնների միջև ընկած տարածությունը (*Distanjtion frpchanterica*), որը հավասար է 30-31 սմ:
4. Արտաքին կոնյուգատա - (*Conjugata Externa*), որն ընկած է ցայլային սիմֆիզի վերին եզրից մինչև Միխաելիսի ռումբի վերին անկյունը (5-րդ գոտկային ողի տակ): Արտաքին կոնյուգատան հավասար է 20-21 սմ: Արտաքին կոնյուգատայից հանվում է 9 սմ հյուսվածքների և ոսկրերի հաստությունը և ստանում ենք իսկական կոնյուգատան (*Conjugata Vera*), որը հավասար է 11 սմ:

ԿՈՆՔԻ ՀԱՐԹԱԿՆԵՐՆԸ

Փոքր կոնքում տարբերվում են հետևյալ հարթակները.

1. Կոնքի մուտքի հարթակ
2. Կոնքի խոռոչի լայն մասի հարթակ
3. Կոնքի խոռոչի նեղ մասի հարթակ
4. Կոնքի ելքի հարթակ

1. ԿՈՆՔԻ ՄՈՒՏՔԻ ՀԱՐԹԱԿ

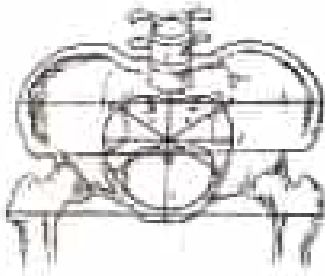
Սահմանագծվում է հետևյալ դարավանդով, կողքերից, անանուն կամ սահմանային գծերով, առջևից սիմֆիզի վերին եզրով: Կոնքի մուտքի հարթակում տարբերում ենք 3 չափ.

ՈՒՂԻՂ չափ - Ընկած է սարավանդի վերին, եզրից մինչև սիմֆիզի վերին եզրը, սա համարվում է անատոմիական կոնյուգատա, որը հավասար է 11,2 սմ - 11,5սմ: Մեծ նշանակություն ունի իսկական

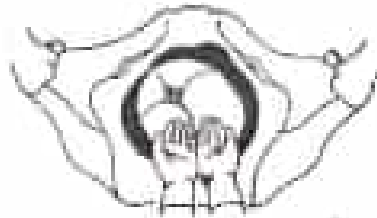
կոնյուգատան, որն ընկած է հետևից՝ սարավանդի վերին եզրին ներսային մակերեսի ամենացայտուն կետը, որը հավասար է 11 սմ:

ԼԱՅՆԱԿԻ ԿԱՍ ՄԻՋԱՁԻԳ չափ - Երկու անանուն գծերի միջև ընկած տարածությունը, որը հավասար է 13 սմ:

ԹԵՔ չափ, որոնք երկուսն են աջ և ձախ: Աջ թեք չափը սկսվում է աջ գտա-սրբանային հոդավորումը մինչև ձախ գտա-սրբանային հոդավորումից մինչև աջ գտա-ցայլային թումբը: Թեք չափերը հավասար են 12 սմ:



Կոնյուգատային չափերը:
1. Ուղիղ չափը, իսկադան
կոնյուգատային 11 սմ: 2. Լայնական
չափը 13 սմ: 3. Չափ թեք չափը
12 սմ: 4. Այլ թեք չափը 12 սմ:



Կոնյուգատային չափերը:
1. Ուղիղ չափը 9,5-11,5 սմ:
2. Լայնական չափը 11 սմ:
3. Թեք չափը:

Իսկական կոնյուգատային մասին գաղափար ենք կազմում չափելով արտաքին կոնյուգատան 20 սմ-9 սմ = 11սմ: Բացի այդ, չափելով նաև անկյունագծային կամ դիագանալ կոնյուգատան (Conjugata diagonalis): Սա որոշվում է ներքին զննում կատարելիս սիմֆիզի ստորին եզրից մինչև դարավանդը ընկած տարածությունն է, որը նորմալում հավասար է 13 սմ, որից հանվում է 2 սմ հյուսվածքների հաստությունը և ստանում ենք իսկական կոնյուգատան - 13 սմ-2սմ=11սմ:

2. ԿՈՆՔԻ ԽՈՌՈՉԻ ԼԱՅՆ ՄԱՍԻ ՀԱՐԹԱԿ

Մահմանագծվում է հետևից 2-3 սրբանային ողերի մակարդակով, կողքերից քացախափոսերի ներսային մեկերեսներով, առջևից սիմֆիզի ներսային մակերեսի կենտրոնով:

Տարբերում են 2 չափ ուղիղ և միջաձիգ կամ լայնական:

Միջաձիգ կամ լայնական չափը ընկած է երկու քաղախափոսերի ներսային մակերեսների միջև եւ հավասար է 12,5 սմ: Ուղիղ չափը ընկած է 2-3 սրբանային ողերի սահմանից մինչեւ սիմֆիզի ներսային մակերեսի կենտրոնը եւ հավասար է 12,5 սմ:

3. ԿՈՆՔԻ ԽՈՌՈՉԻ ՆԵՂ ՄԱՍԻ ՀԱՐԹԱԿ

Սահմանագծվում է հետեւից սրբան-պոչուկային հոդավորումով, կողքերից նստափշերով, առջեւից՝ սիմֆիզի ստորին եզրով:

Տարբերում ենք 2 չափ՝ միջաձիգ կամ լայնական եւ ուղիղ չափ:

Միջաձիգ կամ լայնական չափը ընկած է 2 նստափշերի միջև, որը հավասար է 10,5 սմ, իսկ ուղիղ չափը ընկած է սրբան-պոչուկային հոդավորումից մինչեւ սիմֆիզի ստորին եզրը եւ հավասար է 11 սմ:

4. ԿՈՆՔԻ ԵԼՔԻ ՀԱՐԹԱԿ

Սահմանագծվում է հետեւից պոչուկի գագաթով, կողքերից նստաթմբերով, առջեւից՝ սիմֆիզի ստորին եզրով: Տարբերում ենք երկու չափ միջաձիգ կամ լայնական եւ ուղիղ չափ:

Միջաձիգ կամ լայնական չափը երկու նստաթմբերի միջև ընկած տարածությունն է, որը հավասար է 10,5-11 սմ, իսկ ուղիղ չափը ընկած է պոչուկի գագաթից մինչեւ սիմֆիզի ստորին եզրը եւ հավասար է 9,5 սմ: Ծննդաբերության ժամանակ պոչուկը հետ է գնում (սրբան-պոչուկային հոդավորման շարժունակության շնորհիվ) 2 սմ եւ կոնքի ելքի ուղիղ չափը մեծանալով դառնում է 11,5 սմ:

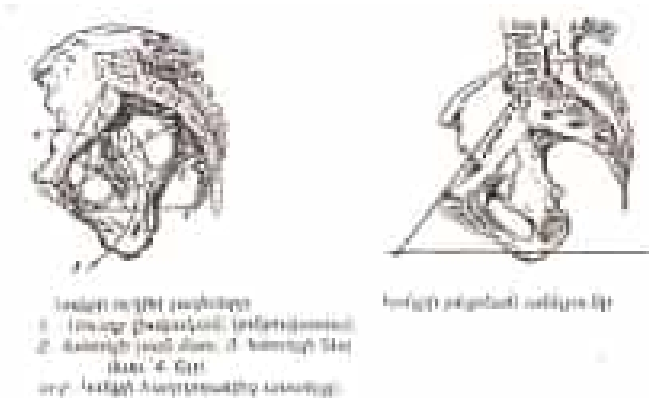
1. Եթե գստոսկրի առաջային վերին փշի եւ մյուս կողմի հետին վերին փշերի միջև ընկած տարածությունը երկու կողմերում հավասար է, նշանակում է կոնքը սիմետրիկ է, իսկ եթե տարբերությունը 2 սմ եւ ավելի է՝ ասիմետրիկ է:
2. Միմֆիզի վերին եզրից մինչեւ գստոսկրի աջ եւ ձախ հետին վերին փշերի միջև ընկած տարածությունը պետք է լինի իրար հավասար, հակառակ դեպքում կոնքը ասիմետրիկ է:
3. Զստոսկրի աջ եւ ձախ առաջային վերին փշերի եւ Միխայելիմի ռոմբի վերին անկյան միջև ընկած տարածությունը պետք է լինի հավասար, հակառակ դեպքում կոնքը ասիմետրիկ է:

ԿՈՆՔԻ ՀԱՂՈՐԴԱԿԻՑ ԱՌԱՆՑՔ

Եթե միացնենք կոնքի բոլոր հարթակների ուղիղ չափերի կենտրոնները մի գծով, կստացվի ոչ թե ուղիղ, այլ աղեղնաձև գիծ կորությամբ ուղղված դեպի սրբանը: Հենց այդ առանցքով անցնում է պտուղը ծննդաբերության ժամանակ և համարվում է կոնքի հաղորդակից առանցքը:

ԿՈՆՔԻ ԹԵՔՄԱՆ ԱՆՅՈՒՆԸ

Կանգնած վիճակում կնոջ սիմֆինգը տեղակայված է ավելի ցած, քան դարավանդը: Եթե ուղիղ գիծ իջեցնենք դարավանդից մինչև սիմֆիզի վերին եզրը և շարունակենք մինչև հորիզոնական հարթակի հետ հատվելը, կստացվի մի անկյուն, որը կազմում է 55-60 աստիճան:



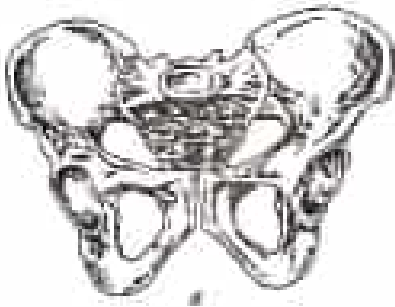
Կոնքի մուտքի հարթակի և հորիզոնական հարթակի միջև ընկած անկյունը կոչվում է կոնքի թեքման անկյուն:

Հղիության վերջում ծանրության կենտրոնի փոփոխման հետ թեքման անկյունը կարող է փոխվել և ավելանալ 3-4 աստիճան: Եթե պտղի գլուխը երկար ժամանակ չի ֆիքսվում կոնքամուտքում և որովայնը կախված է, թեքման անկյունը մեծանում է, հետևաբար ծննդաբերությունը կարող է ձգձվել: Եթե կնոջ սրբանի տակ դրվի բարձրիկ, թեքման անկյունը քիչ կփոքրանա, իսկ եթե հակառակը անհրաժեշտ է մեծացնել թեքման անկյունը, բարձիկը կդրվի կնոջ գոտկային շրջանի տակ:

ԿՆՈՋ ԿՈՆՔԻ ԵՎ ՏՂԱՍԱՐԴՈՒ ԿՈՆՔԻ ՏԱՐԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

Կոնքի ճիշտ զարգացման համար մեծ նշանակություն ունի փոքր հասակում ճիշտ նստելը, քայլելը, կանգնելը, որի խախտման դեպքում կարող են առաջանալ կոնքի ծռումներ, դեֆորմացիաներ:

Եթե երեխան սկսում է նստել, ողնաշարի միջոցով մարմինը ճնշում է կոնքին: Երբ կանգնում եւ քայլում է, կոնքի վրա մարմնի ճնշմանը գումարվում է նաեւ ստորին վերջույթների ճնշումը ներքեւից: Այդ ճնշման հետեւանքով փոքրանում է կոնքի առաջ-հետին չափը:



Կոնք կոնք



Տղամարդու կոնք

Նշանակություն ունի նաեւ զարգացման ներարգանդային կյանքում ֆոսֆորի, կալցիումի աղերի պակասը, փոքր հասակում տարած ռախիտը, ռեւմատիզմը, ոսկրային տարբեր հիվանդությունները (տուբերկուլյոզ եւ այլն), հոդախախտերը (ի ծնե եւ ձեռքբերովի), ողնաշարի ծռումները:

Կնոջ կոնքը լայն է եւ ցածր, ոսկրերը բարակ են, նուրբ եւ հարթ: Սրբոսկրը լայն է, ոչ մեծ կորությամբ եւ դարավանդը աննշան ներհրված է դեպի կոնքամուտքը: Ցայլային սիմֆիզը կարճ է, կոնքամուտքը լայն է, օվալաձեւ, լայնացած միջաձիգ ուղղությամբ, նման երիկամի: Կոնքի խոռոչը զլանաձեւ է վերից-վար: Կոնքի ելքը լայն է, քանի որ նստաթմբերի միջեւ ընկած տարածությունը մեծ է, ցայլային աղեղը 90-100 աստիճան է: Պոչուկը շարժուն է, որի շնորհիվ ծննդաբերության

Ժամանակ հետ է գնում եւ մեծանում է կոնքի ելքի ուղիղ չափը 1,5-2 սմ-ով:

Տղամարդու կոնքի ոսկրերը մասսիվ են, կոնքը նեղ է ու բարձր: Սրբոսկրը նեղ է, ունի մեծ կորություն: Դարավանդը ներհրված է դեպի կոնքամուտք եւ կոնքի մուտքի հարթակը սրտաձեւ է: Կոնքի խոռոչը ոչ թե զլանաձեւ է, ինչպես կանանց մոտ, այլ ձագարաձեւ է եւ դեպի ցած իջնելով նեղանում է: Կոնքի ելքը նեղ է, պոչուկը խիստ սահմանափակ շարժողությամբ: Ցայլային աղեղը 70-75 աստիճան է:

ՀԴԻՈՒԹՅԱՆ ՏՈՔՄԻԿՈՋՆԵՐ (ՀԵՍՏՈՋՆԵՐ)

Հղիության տոքսիկոզները, ինչպես այժմ անվանում են հեստոզները, հղի կնոջ օրգանիզմում տեղի ունեցող մի շարք պաթոլոգիական փոփոխություններ են, որոնք ի հայտ են գալիս միայն հղիության հետ կապված, ծանրացնում են հղիության ընթացքը և, որպես օրենք, անցնում են հղիությունը ավարտելուց հետո:

Հեստոզներն առաջանում են օրգանիզմի հարմարողական-ադապտացիոն ֆունկցիաների խանգարման հետևանքով, զարգացող պտղի նկատմամբ, հատկապես նեյրո-հորմոնալ ռեգուլյացիայի խանգարման պատճառով: Քանի որ հեստոզներն ավելի հաճախ առաջանում են բշտիկային զանգվածի, բազմապտուղ հղիության, խոշոր պտղի ժամանակ, ուստի կասկած չկա, որ նրանց առաջացման հիմնական պատճառը խորիոնն է:

ԴԱՍՍԿԱՐԳՈՒՄԸ

Տարբերում են՝

1. Հղիության առաջին կեսի հեստոզներ՝ փսխում, թքահոսություն,
2. 2-րդ կեսի հեստոզներ՝ պրեէկլամպսիա և էկլամպսիա,
3. Կան նաև հեստոզների հազվադեպ հանդիպող ձևեր՝ հղիների տետանիա, հղիների բրոնխիալ ասթմա, օստեոմալյացիա, դերմատիտներ, լյարդի սուր դեղին դիստրոֆիա:

ՀԴԻՈՒԹՅԱՆ 1-ԻՆ ԿԵՍԻ ՀԵՍՏՈՋՆԵՐ

Սրանց առաջացման հիմքում ընկած են նեյրո-ռեֆլեկտոր խանգարումներ, այսինքն կենտրոնական ներվային համակարգի, հատկապես ենթակեղևի և ներքին օրգանների միջև նորմալ փոխհարաբերության խախտումը:

Հղիների փսխում (Emesis gravid)-Հղիության առաջին ամիսներին մի շարք կանանց մոտ (հատկապես առաջնածինների մոտ) առավոտյան ժամերին լինում է սրտխառնոց, փսխում, որը կնոջը առանձնապես չի անհանգստացնում, սա իհարկե տոքսիկոզ չէ: Հղիներին փսխումը լինում է 3 աստիճանի:

Առաջին աստիճանի ժամանակ սրտխառնոց, փսխումը լինում է օրվա մեջ մինչև 4 անգամ: Լինում է ընդհանուր թուլություն, ախորժակի անկում, անքնություն կամ հակառակը՝ քնոտություն, պոլիսի քիչ արագացում, սակայն ընդունած սննդամթերքի մեծ մասը մնում է օրգանիզմում և հղի կնոջ քաշի զգալի անկում չի նկատվում: Կնոջ ընդհանուր վիճակը լինում է բավարար:

Երկրորդ աստիճանի՝ միջին ծանրության փսխում - փսխում է օրվա մեջ մինչև 10 և ավելի անգամ: Խանգարվում է օրգանիզմի նյութափոխանակությունը (ճարպային, ջրա-աղային, սպիտակուցային, ածխաջրատային), առաջանում են նեյրո-հորմոնալ խանգարումներ: Փսխումը հաճախ ուղեկցվում է թքահոսությամբ: Հղի կինը նիհարում է. լինում է քաշի զգալի անկում, սուբֆերիլ ջերմություն (մինչև 37.5 աստիճան), պոլսը հաճախացած, արյան ճնշումը քիչ ընկնում է: Լեզուն չոր, մաշկը նույնպես չոր է: Ի հայտ է գալիս զգալի թուլություն, անաշխատունակություն, ախորժակի բա բացակայություն, անքնություն: Մեզի քանակը պակասում է: Այս ամենը հետևանք է օրգանիզմի ջրազրկման ճիշտ և ժամանակին կազմակերպված բուժման դեպքում այս երևույթները անցնում են: Հազվադեպ՝ այն անցնում է ավելի ծանր ձևի:

Երրորդ աստիճանի փսխում-հղիների անգուսպ փսխում Hyperemesis gravid - բնորոշվում է անգուսպ փսխումով, օրվա ընթացքում 20 և ավելի անգամ և խանգարվում է օրգանիզմի բոլոր օրգան-համակարգերի նորմալ գործունեությունը: Կնոջ վիճակը լինում է խիստ ծանր, ընդհանուր թուլություն, աղինամիա, երբեմն՝ գրգռված վիճակ, զզվանք բոլոր ուտելիքների նկատմամբ: Ոչ միայն սննդամթերք, այլ նաև

հեղուկներ ընդունել չի կարողանում, անմիջապես փսխում է: Հաճախ փսխման հետ միասին լինում է թքահոսություն, որն ավելի է ծանրացնում կնոջ առանց այն էլ ծանր վիճակը: Կինը կորցնում է քաշը և խիստ նիհարում, ենթամաշկային ճարպաշերտը անհետանում է: Մաշկը չոր է, տուրգորը (էլաստիկությունը) ընկած, լեզուն չոր, փառակաված: Բերանից գալիս է ացետոնի հոտ, բերանի լորձաթաղանթը չոր է: Ջերմությունը 37,5-ից կարող է հասնել մինչև 38 աստիճան և ավելի, պուլսը մինչև 100-120 զարկ 1 րոպեում, այսինքն՝ կա արտահայտված տախիկարդիա, զարկերակային արյան ճնշումը ընկնում է, մեզի քանակը զգալի պակասում է, լինում է օլիգուրիա, մեզում ի հայտ են գալիս ացետոն, սպիտակուց, գլանակներ: Արյան մեջ շատանում է մնացորդային ազոտի քանակը, շատանում է բիլիրուբինի քանակը և լյարդի ֆունկցիայի խանգարման հետեւանքով առաջանում է մաշկի և սկլերաների դեղնություն: Եթե ժամանակին և ճիշտ բուժում չկազմակերպվի, ի վերջո կառաջանա կոմատոզ վիճակ և մահ:

ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Կոնսուլտացիայի մանկաբարձուհին պարտավոր է այսպիսի հղիներին ժամանակին ուղարկել ծննդատուն: Բուժումը կատարվում է ստացիոնարում հղիների պաթոլոգիայի բաժանմունքում: Այսպիսի հղիներին պետք է. տեղավորել առանձին պալատում, որ մյուս հղիների վրա բացասական ազդեցություն չլինի և ստեղծել բոլոր պայմանները հոգեկան և ֆիզիկական հանգստի համար: Շատ մեծ նշանակություն ունի խնամքը, լրությունը, լավ վերաբերմունքը, երկարատև քունը: Պետք է կերակրել դյուրամարս, թեթև սննդով, կիսասառը վիճակում, քիչ-քիչ, շուտ-շուտ (պյուրե, թեյ, կոմպոտ, սուխարի, տավարի խաշած միս, ձուկ, մածուն, կաթնաշոռ), եթե սնունդը չի յուրացվում օրգանիզմի կողմից, սննդամթերքը տրվում է հոգնայի ձևով (մսի արգանակ (բուլյոն), կաթ, ձու): Հոգնայի ձևով ներմուծվում է 40 տոկոս գլյուկոզա 100,0 1 լիտր ֆիզ. լուծույթի հետ միասին, որը ներմուծվում է կաթիլային հոգնայի ձևով 1 րոպեում 60-80 կաթիլ: Սա նաև լավ միջոց է ջրազրկման դեմ:

Ներերակային սրսկվում է գլյուկոզա 40 տոկոս 30,0-50 մլ վիտամին C-ի, B խմբի վիտամինների հետ միասին: Օրգանիզմի ջրազրկման դեմ տալիս են տարբեր հեղուկներ՝ գլյուկոզա 5 տոկոս 400,0, Ռինգերի

լուծույթ, որի մեջ կան օրգանիզմին անհրաժեշտ միկրոէլեմենտներ, ներարկվում է պոլիգլյուկին, ռեոպոլիգլյուկին, ֆիզ. լուծույթ 400,0 մինչև 1 լիտր: Ացիդոզի դեմ պայքարելու համար ներարկվում է նատրիումի բիկարբոնատի 5 % լուծույթ 100,0-150,0 մլ: Նույնը կարելի է ներմուծել հոգնայի ձևով:

Նշանակում են նաև սրտային պրեպարատներ (կոֆեին, կամֆորա, կորգլյուկոն), փոքր դոզաներով ամինազին 2,5% 1,0 + 5 մլ 40% գլյուկոզային կամ 0,25 % նովոկաինի հետ միասին օրը մեկ անգամ: Լավ են օգնում ֆիզիոթերապևտիկ միջոցները՝ արևային հյուսակի շրջանում ինդուկտոթերապիա, ասեղնաբուժություն, էնդոնազալ գալվանիզացիա:

Եթե ձեռնարկված միջոցառումները չեն օգնում, պետք է ընդհատել հղիությունը:

ԹՔԱՀՈՍՈՒԹՅՈՒՆ

Օրվա ընթացքում թքի միջոցով կինը կորցնում է մինչև 1 լիտր հեղուկ: Չափավոր թթահոսության դեպքում կնոջ ինքնազգացողությունը լինում է բավարար, իսկ ուժեղ թթահոսության ժամանակ ընդհանուր դրությունը վատանում է, զարգանում է անքնություն, աշխատունակության անկում, երբեմն՝ վերքեր բերանի շուրջը: Առաջին հերթին պետք է պայքարել օրգանիզմի ջրազրկման դեմ: Բացի այդ, բերանի խոռոչը ողողում են եղեսպակի (wanen), երիցուկի (pamawka), մենթոլի լուծույթներով, քսում են sol. Atropini 0,1 % կարելի է սրսկել նաև sol Atropini sulfurici 0,1% 1,0 գր:

Շատ ավելի է ծանրանում հղի կնոջ վիճակը, երբ թթահոսությունը զուգակցում է փսխմանը, որի հետևանքով օրգանիզմը ջրազրկվում և զարգանում է ծանր ինտոքսիկացիա:

ՏՈՔՄԻԿՈԶՆԵՐԻ ՀԱԶՎԱԴԵՊ ՀԱՆԴԻՊՈՂ ՁԵՎԵՐ

Հղիների տետանիա - արտահայտվում է մկանների տետանիկ կծկումով, որը արտահայտվում է մանկաբարձի ձեռքի կամ բալետի պարուհու ոտքի ձևով: Հղիության ավարտից հետո այս երևույթները անցնում են:

Հղիների բրոնխիալ ասթմա-արտահայտվում է բրոնխիալ ասթմայի տիպիկ նոպայի ձևով, որը չի եղել մինչև հղիությունը: Պետք է բուժել ինչպես բրոնխիալ ասթմա: Հղիությունը ավարտվելուց հետո, անցնում է:

Օստեոմալյացիա, երբ կալցիումի աղերի խիստ պակասի հետևանքով կնոջ ոսկրերը, հատկապես կոնքի, ստորին ծայրանդամները փափկում են, ծոռվում, դեֆորմացվում:

Դերմատիտներ- մեծ մասամբ լինում է մաշկի քոր և ցան, որը, բրոմ կամ այլ հանգստացնող պրեպարատներ օգտագործելուց հետո անցնում է: Շատ վտանգավոր է, երբ առաջանում է թարախային ցան- Impetigo Herpetiformis, որը բերում է ծանր ինտոքսիկացիայի և եթե չընդհատվի հղիությունը, կառաջանա կնոջ մահ:

Հազվադեպ հանդիպող տոքսիկոզ է լյարդի սուր դեղին դիստրոֆիան: Սա ծայրահեղ ծանր պաթոլոգիա է, որի ժամանակ լյարդի հյուսվածքներում առաջանում են խորը դիստրոֆիկ փոփոխություններ, նեկրոտիկ օջախներ, լյարդն իր չափերով սկսում է փոքրանալ, ենթարկվել աստրոֆիայի: Լյարդը կորցնում է իր բոլոր ֆունկցիաները, դրանց թվում նաև դեզինտոքսիկացիոն ֆունկցիան:

ԿԼԻՆԻԿԱԼ

Առաջանում է ընդհանուր թուլություն, դող, սարսուռ, ջերմության բարձրացում, 38 աստիճան և ավելի, սրտխառնոց, փսխում, ուժեղ արտահայտված դեղնություն, մաշկի քոր, գիտակցության մթագնում, ցնցումներ: Լյարդի պարենխիմայի խորը փոփոխություններից զարգանում է լյարդային կոմա և անգամ հղիությունը ընդհատելու դեպքում կնոջ կյանքը փրկել չի հաջողվում:

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱԿԱՆ ՏԱԿՏԻԿԱՆ

Կանանց կոնսուլտացիայում հատուկ ուշադրություն պետք է կենտրոնացնել այն հղիներին, որոնք անամնեզում նշում են ինֆեկցիոն հեպատիտ, լեղաքարային հիվանդություն և լյարդի այլ հիվանդություններ:

Հղի կնոջ մոտ աննշան դեղնություն նկատելիս, շտապ պետք է ուղարկել ստացիոնար՝ մանրամասն հետազոտման և եթե անհրաժեշտ է, հղիության ժամանակին ընդհատման:

ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԵՐԿՐՈՐԴ ԿԵՍԻ ՀԵՍՏՈՋՆԵՐ

Սրանք հեստոգների ծանր կլինիկական ձևերն են, որոնք զարգանում են հղիության 2-րդ կեսում (հղիության 20 շաբաթից հետո): Ամբողջ օրգանիզմի մազանոթային համակարգում (կապիլյարներում) առաջանում է սպազմ, որի արդյունքում բարձրանում է արյան զարկերակային ճնշումը: Անոթների սպազմի հետևանքով արյան հոսքը դանդաղում է, բարձրանում է արյան անոթների պատերի թափանցիկությունը, արյան հեղուկային մասը դուրս է գալիս շրջակա հյուսվածքների մեջ և առաջանում է հյուսվածքների այտուց: Սա լինում է օրգանիզմի բոլոր օրգան-համակարգերում (ուղեղում, լյարդում, երիկամներում, ակնահատակում և մնացած բոլոր օրգաններում):

Արյան հեղուկային մասը դուրս գալու հետևանքով, պակասում է շրջանառության մեջ գտնվող արյան ծավալը առաջանում է ՀԻՊՈՎՈԼԵՄԻԱ:

Քանի որ արյան հեղուկային մասը դուրս է գալիս արյան անոթներից, անոթներում եղած արյունը խտանում է, տեղի է ունենում ՀԵՍՏՈՎՈԼՅԵՆՏԻԱՑԻԱ: Արյան հեղուկային մասի հետ դուրս են գալիս նաև արյան սպիտակուցները և արյան մեջ պակասում է սպիտակուցների քանակը՝ առաջանում է ՀԻՊՈՊՐՈՏԵԻՆԵ ՄԻԱ:

Երիկամների արյան անոթի սպազմի հետևանքով, խանգարվում է երիկամային հյուսվածքի սնուցումը, առաջանում է իշեմիա, որը նպաստում է երիկամներում ռենին նյութի արտադրությանը: Ռենինը, միանալով ալֆա գլոբուլինի հետ, ավելի է բարձրացնում արյան զարկերակային ճնշումը:

Վերջին ժամանակներս գտնում են, որ հեստոգների առաջացման հիմքում կարևոր նշանակություն ունի խրոնիկական հիպերտենզիան: Ի՞նչ բան է խրոնիկական հիպերտենզիան.

1. Երբ կնոջ արյան զարկերակային ճնշումը բարձր է մինչև հղիությունը:
2. Երբ կնոջ արյան ճնշումը բարձրանում է հղիության առաջին կեսում (մինչև հղիության 20 շաբաթը):
3. Եթե նախորդ հղիության ժամանակ արյան ճնշումը եղել է բարձր և չի կանոնավորվել հետծննդյան 6 շաբաթների ընթացքում:

Հղիության 2-րդ կեսի հեստոգներն արտահայտվում են 3 կլինիկական ձևերով.

1. Մոնոսիմպտոմ հիպերտենզիա
2. Պրեէկլամպսիա
3. Էկլամպսիա

ՄՈՆՈՍԻՄՊՏՈՄ ՀԻՊԵՐՏԵՆԶԻԱ

Մեծ նշանակություն ունի կնոջ ելքային ճնշումը, այսինքն այն ճնշումը, որն ունեցել է կինը մինչև հղիությունը: Եթե ելքային ճնշումից սիստոլիկ ճնշումը բարձրանում է 30մմ/սս, իսկ դիաստոլիկ ճնշումը բարձրանում է 15մմ/սս, նշանակում է կա մոնոսիմպտոմ հիպերտենզիա:

ՊՐԵԷԿԼԱՄՊՍԻԱ

Եթե հիպերտենզիան զուգակցվում է այտուցով և սպիտամիզությամբ (պրոտեինուրիայով), նշանակում է կա պրեէկլամպսիա: ԱՅՏՈՒՑԸ դա կնոջ քաշի պաթոլոգիկ ավելացումն է: Հղիության ընթացքում կնոջ քաշը 1 շաբաթում ավելանում է 250-300 գր: Եթե քաշի ավելացումը նշված չափից ավելի է, նշանակում է՝ կան այտուցներ: Եթե կա այտուց, բայց արյան ճնշումը բարձր չէ, դա հետտոգ չէ:

ՍՊԻՏԱՄԻԶՈՒԹՅՈՒՆ (պրոտեինուրիա)

Եթե օրվա մեզում (24 ժամվա մեզում) հայտնաբերվում է 0,3 պրոմիլե սպիտակուց, անպայման վերցվում է նաև մեզի պատահական 2-3 պորցիաներ և եթե պատահական պորցիաներում հայտնաբերվում է մինչև 1պրոմիլե սպիտակուց, նշանակում է կա սպիտամիզություն: Պրեէկլամպսիայի ժամանակ խանգարվում է ամբողջ օրգանիզմի ողջ օրգան-համակարգերի նորմալ գործունեությունը, որի հետ կապված ի հայտ են գալիս մի շարք ախտանիշներ: Դրանցից են.

1. ԳԼԽԱՅԱՎ սա առաջանում է ուղեղի արյան մազանոթների սպազմի հետևանքով, որի ժամանակ դանդաղում է արյան հոսքը մազանոթներում, բարձրանում է արյան անոթների պատերի թափանցիկությունը, արյան հեղուկային մասը դուրս է գալիս դեպի ուղեղի հյուսվածքը և առաջանում է ուղեղի այտուց:
2. ՏԵՍՈՂՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄ - Ակնահատակում մազանոթների սպազմից առաջանում է ակնահատակի այտուց, որն

արտահայտվում է տեսողության մթագնումով, աչքերի առաջ լինում են սև կետեր՝ նման վակների թռիչքի, ծանր դեպքերում կարող է առաջանալ կուրություն:

Կուրությունը առաջանում է երկու մեխանիզմով՝

Ա) կենտրոնական

Բ) պերիֆերիկ,

Կենտրոնական, երբ գլխուղեղի հետին բլթում առաջանում է արյունազեղում:

Պերիֆերիկ երբ ակնահատակում առաջանում է ցանցաթաղանթի շերտազատում:

3. ԷՊԻԳԱՍՏՐԱԼ ՇՐՋԱՆԻ ՑԱՎԵՐ սա առաջանում է լյարդի մազանոթների սպազմից, որի հետևանքով խանգարվում է լյարդի սնուցումը, առաջանում են նեկրոտիկ օջախներ լյարդում, արյունազեղումներ, ինչպես նաև լյարդի այտուց: Լյարդն իր չափերով մեծանում է, ձգվում է լյարդի արտաքին Գլխոնյան պատյանը, որի հետևանքով առաջանում են էպիգաստրալ շրջանի ցավեր: Ծայրահեղ դեպքում կարող է առաջանալ լյարդի պատռվածք և ներքին արյունահոսություն:

4. ՕԼԻԳՈՒՐԻԱ (քչամիզություն) - Երիկամների մազանոթների սպազմի հետևանքով խանգարվում է երիկամների ֆիլտրացիոն և ռեաբսորբցիոն ֆունկցիաները և մեզի քանակը պակասում է: Եթե 1 ժամվա ընթացքում արտադրվող մեզի քանակը մինչև 30 մլ. է, նշանակում է կա օլիգուրիա:

5. ՊՏՂԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԴԱՆԴԱՂՈՒՄ - Ամբողջ օրգանիզմի արյան անոթների սպազմի հետևանքով, խանգարվում է նաև արգանդ-ընկերքային արյան շրջանառությունը և պտղի զարգացումը չհետ է մնում:

6. Հղիության ժամանակ ավելանում է շրջանառության մեջ գտնվող արյան ծավալը 40%-ով, իսկ հիպերտենզիայի ժամանակ ոչ միայն չի ավելանում, այլ հակառակը, պակասում է արյան ծավալը՝ սպազմի ենթարկված արյան անոթների պատերի թափանցիկության բարձրացման հետևանքով, արյան պլազմայի դուրս գալով: Քանի որ արյունը խտանում է, խախտվում է արյան պլազմայի և էրիթրոցիտների փոխհարաբերությունը, այսինքն հեմատոկրիտը, որը ոչ հղի կնոջ մոտ նորմայում հավասար է 40 %, իսկ հղի կնոջ մոտ նորման 34-35 % է, այսինքն արյունը քիչ ջրիկանում է: Եթե հղի կնոջ

մոտ հեմատոկրիտը 34-35 %-ի փոխարեն 37-38 % է, նշանակում է՝ կա արյան խտացում:

ԿԼԻՆԻԿԱԼ

Տարբերում են պրեէկլամպսիայի երեք կլինիկական ձևեր.

1. Թեթև
2. Միջին ծանրության
3. Ծանր

Թեթև կլինիկական ձևի ժամանակ արյան դիաստոլիկ ճնշումը բարձրանում է մինչև 100 մմ/սս, սպիտակուցների քանակը մեզում հետքերից մինչև 2 %:

Գլխացավը, տեսողության խանգարումը, ցավերը էպիգաստրալ շրջանում բացակայում են, չկա նաև օլիգուրիա:

ՄԻԶԻՆ ԾԱՆՐՈՒԹՅԱՆ ժամանակ արյան դիաստոլիկ ճնշումը 100-110մմ/սս: Մեզում սպիտակուցների քանակը 2-4 %: Լինում է գլխացավ, թեթև արտահայտված տեսողության խանգարում, ոչ ուժեղ ցավեր էպիգաստրալ շրջանում, քչամիզություն, զարգանում է նաև թոքերի թեթև այտուց:

ԾԱՆՐ ՁԵՎԻ ժամանակ արյան դիաստոլիկի ճնշումը 110մմ/սս և ավելին, մեզում սպիտակուցների քանակը 4պրոմիլե և ավելի, կա ուժեղ արտահայտված գլխացավ, տեսողության մթագնում, սև կետերի թռիչք աչքերի առաջ, էպիգաստրալ շրջանի ուժեղ ցավեր, արտահայտված քչամիզություն և թոքերի այտուց: Արյան մեջ պակասում է թրոմբոցիտների քանակը, խանգարվում է արյան մակարդման պրոցեսը, առաջանում է կոագուլոպատիա:

Եթե պրեէկլամպսիան ճիշտ և ժամանակին չբուժվի, շատ արագ կարող է զարգանալ հեստոզների խիստ ծանր կլինիկական ձևը՝ էկլամպսիան:

ԷԿԼԱՄՊՍԻԱ

Սա հեստոզների ամենածանր կլինիկական ձևն է, երբ պրեէկլամպսիայի բոլոր նշաններին գումարվում է գիտակցության կորուստ և ցնցումներ: Մինչև ցնցումների առաջացումը, լինում է դեմքի և կոպերի մկանների ֆիբրիլյար կծկումներ, որը շատ արագ անցնում է ցնցումների: Ցնցումները լինում են տոնիկ և կլոնիկ:

ՏՈՆԻԿ ցնցումների ժամանակ օրգանիզմի բոլոր մկանները խիստ ձգված են՝ ինչպես տատանուսի ժամանակ: Հիվանդի մոտ բացակայում է գիտակցությունը, շնչառությունը, բերրը լայնացած են, դեմքը կապտած, պուլսը շատ թույլ լեցումով: Մի քանի վրկ.-ից հետո սկսում են ԿԼՈՆԻԿ ցնցումները, այսինքն ցնցվում են բոլոր կմախքային և ծայրանդամների մկանները: Գիտակցությունը բացակայում է, դեմքը ցիանոտիկ, շնչառությունը հազվական, խռպոտ, մակերեսային, բերանից գալիս է արյունափրփրային արտադրություն (արյունը՝ լեզուն կծելու հետևանքով): Մի քանի վրկ.-ից հետո ցնցումները թուլանում են և կինն ընկնում է կոմատոզ վիճակի մեջ: Գիտակցությունը վերականգնվում է աստիճանաբար և եղածի մասին ոչինչ չի հիշում:

Ծննդաբերությունից հետո եկամպտիկ նոպաները սովորաբար դադարում են, իսկ եթե շարունակվում է նաև հետծննդյան շրջանում, նշանակում է կնոջ վիճակը շատ ավելի ծանր է: Այժմ գտնում են, որ հետծննդյան շրջանում եկամպտիկ նոպան լինում է առաջին 48 ժամերի ընթացքում: Եթե շարունակվում է, նշանակում է դա էպիլեպսիա է, ոչ թե եկամպսիա:

ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

1. Ուղեղի այտուց և արյունազեղում:
2. Արյունազեղում լյարդում և երիկամներում:
3. Աչքի ցանցաթաղանթի շերտազատում:
4. Սուր սրտային անբավարարություն (սրտի կանգ):
5. Սուր երիկամային անբավարարություն (երիկամների ֆունկցիան լրիվ դադարում է):
6. Խիստ բարձր է մեռելաճնության տոկոսը, քանի որ, բացի արգանդ-ընկերքային արյան շրջանառության խանգարումից, լինում է նաև ընկերքի վաղաժամ շերտազատում և կախված նրանից, թե ընկերքը ինչ մակերեսով է շերտազատված, կառաջանա պտղի ներարգանդային մահ:

ՀՀԻՈՒԹՅԱՆ 2-րդ ԿԵՍԻ ՀԵՍՏՈՋՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿԱԿԻՑ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Կանանց կոնսուլտացիայում մեծ աշխատանք պետք է տարվի հղիության 2-րդ կեսի հեստոգների ժամանակին հայտնաբերման և բուժման հարցում: Դրա համար մեծ նշանակություն ունի ՊՐԵՏՈՔՍԻԿՈՋԻ ժամանակին հայտնաբերումը և կանխումը, որի շնորհիվ կանխվում է նաև հեստոգների առաջացումը: Պրետոքսիկոգն ի հայտ է գալիս մի շարք նշաններով.

1. Կնոջ քաշի պաթոլոգիկ ավելացում- շաբաթվա ընթացքում կնոջ քաշը պետք է ավելանա 250-300 գրամ: Եթե նորմայից շատ է ավելանում, նշանակում է հյուսվածքներում կան գաղտնի այտուցներ:
2. Արյան ճնշման տատանումներ- յուրաքանչյուր այցի ժամանակ 2 ձեռքերից չափվում է հղի կնոջ արյան ճնշումը: Եթե մի այցի ժամանակ ճնշումը բարձրանում է, իսկ մյուսի ժամանակ իջնում, դա արդեն ահազանգ է, որ կա պրետոքսիկոգ:
3. Արյան ճնշման ասիմետրիա 2 ձեռքերի արյան ճնշումների տարբերությունը պետք է լինի 10մմ/սս: Եթե տարբերությունը ավելի մեծ է, նշանակում է կա պրետոքսիկոգ:
4. Նշանակություն ունի արյան պոլսային ճնշումը - այսինքն՝ սիստոլիկ և դիաստոլիկ ճնշումների տարբերությունը: Նորմայում այն պետք է լինի 40մմ/սս, եթե ավելի պակաս է (35 և պակաս) նշանակում է կա պրետոքսիկոգ:
5. Միջին ճնշում - Սիստոլիկ ճնշում + 2 դիաստոլիկ = 100. 3
Եթե 100-ից բարձր է, նշանակում է կա պրետոքսիկոգ:
6. Չափվում է նաև սրունք-թաթային հոդի շրջանը սմ-ով: Եթե 1 շաբաթվա ընթացքում 1 սմ-ից շատ է ավելանում, նշանակում է կան գաղտնի այտուցներ:

Պրետոքսիկոգի հայտնաբերման դեպքում նշանակվում է կաթնաբանջարեղենային սնունդ (գազար, կաղամբ, բազուկ, բոլորը թերխաշվիճակում կամ ձեթով թեթև տապակած, կաթնաշոռ, մածուն), սահմանափակվում է հեղուկների և աղերի ընդունումը: Հեղուկների քանակը օրվա մեջ մինչև 1 լիտր, ոչ ավելի, նախընտրելի է նաև անաղ դիետան: Շաբաթվա ընթացքում 2 օր նշանակվում է բեռնաթափում՝ օրվա ընթացքում 600 գ կաթնաշոռ, 50 գ շաքարավազ և 100 գ. թթվասեր,

կամ մեկ օրվա ընթացքում պետք է ուտի միայն 2.5 կգ խնձոր: Շատ կարևոր է նաև ապահովել 8-ժամյա քունը:

Հղիության 2-րդ կեսի հետտրոգների բուժումը սկսվում է կանանց կոնսուլտացիայում: Եթե հղի կնոջ մոտ կա խրոնիկական հիպերտենզիա, հղիության 12 շաբաթից մինչև 36 շաբաթը նշանակում են ԱՍՊԻՐԻՆ 60-80 մգ ամեն օր ուտելուց հետո: Եթե հղի կնոջ մոտ ոչ ուժեղ արտահայտված հիպերտենզիա է. կան աննշան այտուցներ, կա թեթև արտահայտված պրոտեինուրիա, շտապ պետք է ուղարկել ստացիոնար, որտեղ 4 ժամը մեկ ստուգվում է արյան ճնշումը և չափվում արտաթորված մեզի քանակը: Եթե դիաստոլիկ ճնշումը մինչև 90 մմ/սս է, արյան ճնշումը իջեցնող ոչ մի պրեպարատ չի օգտագործվում, որպեսզի օրգանիզմը լրացուցիչ չծանրաբեռնենք և դիաստոլիկ ճնշումը պահպանվի 90-100 մմ/սս սահմաններում: Եթե կնոջ վիճակը վատանում է և սկսում է միջին ծանրության կամ ծանր կլինիկական ձևերը, պետք է շտապ լուծել 3 կարևոր խնդիր՝

1. Պետք է շտապ ծննդալուծել՝ անկախ հղիության ժամկետից.
2. Կանխել էկլամպսիկ նոպայի առաջացումը
3. Իջեցնել արյան ճնշումը

Առաջին խնդրի լուծման համար, եթե պրեեկլամպսիայի հետ միասին կա նաև մանկաբարձական որևէ պաթոլոգիա կատարվում է կեսարյան հատում: Մնացած դեպքերում ցանկալի է ծննդաբերությունը ավարտել բնական ճանապարհով՝ խթանելով ծննդաբերությունը, որի համար վերցվում է երկու սիստեմաներ (400մլ ֆիզ. լուծույթով կամ 5%- ոց գլյուկոզայով): Միստեմաներից մեկում ավելացվում է օքսիտոցին 2գ (1 գ օքսիտոցինի ամպուլայում պարունակում է 5 միավոր օքսիտոցին): Առաջին 20 րոպեների ընթացքում օքսիտոցինը ներարկվում է մեկ կաթիլ 1 րոպեում և յուրաքանչյուր 20 րոպեն մեկ անգամ ավելացվում է օքսիտոցինի կաթիլների քանակը, հասցվում է մինչև 20 կաթիլ 1 րոպեում: Այս քանակությունը պահպանվում է մինչև ներարկման ավարտը: Եթե ներարկումը ավարտելուց հետո ծննդաբերական գործունեություն չի սկսվում և կնոջ վիճակը վատանում է, դարձյալ կատարվում է կեսարյան հատում: Իսկ եթե կնոջ վիճակը բավարար է, 6-12 ժամ ընդմիջումից հետո կարելի է կրկնել օքսիտոցինային խթանումը: Եթե 2-րդ անգամ խթանումից հետո ծննդաբերական գործունեություն չի սկսվում կատարվում է կեսարյան հատում:

Երկրորդ խնդիրը լուծելու, այսինքն էկլամպտիկ նոպայի առաջացումը կանխելու համար, կատարվում է մագնեզիալ բուժում, որը սկսվում է ՀԱՐՎԱԾԱՅԻՆ դոզայով, այսինքն՝ 50 %-ոց մագնեզիում սուլֆատ 10մլ, միջմկանային երկար ասեղով 1-2 %-ոց 1-2 մլ լիդոկայինի հետ միասին: Երկուսը հավաքվում է նույն ներարկիչի մեջ և ներարկվում է 5-ական մլ միջմկանային՝ յուրաքանչյուր կողմում: Հարվածային դոզայից հետո ներարկումը շարունակվում է ՊԱՀՊԱՆՈՂ դոզայով, այսինքն յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ անգամ 50 %-ոց մագնեզիում սուլֆատ 5 մլ 1-2 %-ոց 1-2 մլ լիդոկայինի հետ միասին, դարձյալ միջմկանային, յուրաքանչյուր կողմում 2,5 մլ: Պահպանող դոզայով ներարկումը շարունակվում է մինչև ծննդաբերությունից հետո 24 ժամ, իսկ եթե եղել է էկլամպտիկ նոպա, ապա մագնեզիալ բուժումը շարունակվում է մինչև նոպայից հետո ևս 24 ժամ:

ԷԿԼԱՄՊՏԻԿ ՆՈՊԱՅԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ՄԱԳՆԵԶԻՈՒՄԻ ՆԵՐԱՐԿՈՒՄԸ կատարվում է 50%-ոց 6 մլ ներերակային, դիագնոստիկ հետ միասին: Դիագնոստիկ ներարկվում է 5 մգ յուրաքանչյուր 5 րոպեն մեկ անգամ՝ ներերակային մինչև ցնցումների լրիվ դադարելը: Երրորդ խնդրի լուծումը. արյան ճնշումը իջեցնելու համար, եթե դիաստոլիկ արյան ճնշումը 100-ից 110 մմ/սս նշանակում են ԱԼԴՈՄԵՏ խմելու համար, օրը 3-4 անգամ 250-500 մգ: Իսկ եթե արյան դիաստոլիկ ճնշումը 110 մմ/սս և ավելի է, նշանակում ենք ՀԻԴՐԱԼԱԶԻՆ՝ ներերակային՝ 5-10 մգ 20 րոպեն մեկ անգամ, շատ դանդաղ: Եթե կա ուղեղի և թոքերի այտուց, կատարվում է ինտուբացիա և ռեանիմացիա:

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁՈՒՀՈՒ ՊԱՐՏԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Եթե կանանց կոնսուլտացիայի մանկաբարձուհին հղի կնոջ մոտ հայտնաբերում է արյան ճնշման բարձրացում, պետք է տեղյակ պահի բժշկին, վերջինիս նշանակմամբ սրսկի արյան ճնշումն իջեցնող պրեպարատներ, հրավիրի շտապ օգնություն և տեղափոխի ստացիոնար՝ բժշկի կամ մանկաբարձուհու ուղեկցությամբ, եւ անձամբ հանձնի ընդունարանի մանկաբարձուհուն: Ընդունարանի մանկաբարձուհին շտապ պետք է հայտնի բժշկին և անեսթեզիոլոգին: Ընդունարանում պետք է լինի բերանլայնիչ և լեզվաբռնիչ: Ծանր դեպքերում հենց ընդունարանում տրվում է նարկոզ (ֆտորոտան կամ

ագոտի ենթօքսիդ) և հենց ընդունարանում սկսվում է մագնեզիալ բուժումը: Այնուհետև, հիվանդին տեղափոխում են մուլթ, անադմուկ պալատ, քանի որ լույսը, աղմուկը խիստ կերպով գրգռում են ներվային համակարգը և պատճառ են դառնում էկլամպտիկ նոպայի առաջացման: Բոլոր մանիպուլացիաները՝ սրսկումները, ներքին զննումը, կաթետերով մեզի բաց թողնելը, կատարվում են անզգայացման տակ, քանի որ ցավը նույնպես պատճառ է դառնում նոպայի առաջացման: Այսպիսով, այսպիսի հղիներին նշանակվում է մանկաբարձական պոստ և մեկ մանկաբարձուհին զբաղվում է միայն այդ հիվանդի բուժմամբ և խնամքով: Եթե մանկաբարձուհին նկատում է դեմքի կամ կոպերի մկանների ֆիթրիլյար կծկումներ, բերանլայնիչով շտապ բացում է բերանը, լեզվաբռնիչով բռնում է լեզուն, որպեսզի լեզուն հետ չգնա կամ լեզուն չկծի և անեսթեզիոլոգը տալիս է ֆտորոտանի նարկոզ: Ամբողջ մագնեզիալ բուժման ընթացքում կնոջը չպետք է կերակրել: Կերակրումը սկսվում է մագնեզիալ բուժումն ավարտելուց հետո:

Ծննդատնից դուրս գրվելուց հետո, այսպիսի կանայք մեկ տարի պետք է լինեն կանանց կոնսուլտացիայի և տեղամասային թերապևտի հսկողության տակ, իսկ եթե կան նաև փոփոխություններ երիկամներում, պետք է լինեն նաև նեֆրոլոգի հսկողության տակ:

ՀՂԻՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՄԻՐՏ-ԱՆՈԹԱՅԻՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Հղիության ժամանակ սիրտն աշխատում է մեծ ծանրաբեռնվածությամբ, որպեսզի կարողանա մորը և պտղին արյուն մատակարարել: Բացի այդ, հղիության ժամանակ 40 %-ով ավելանում է շրջանառող արյան ծավալը: Հետևեաբար, սիրտը պետք է հաղթահարի մեծ դիմա- դրություն՝ արյունը դուրս մղելու ժամանակ: Մեծանում է սրտի կծկման հաճախականությունը:

Հղիության ժամանակ բարձրանում է արգանդի հատակը, ճնշումը ստոծանու վրա լինում է ուժեղ արտահայտված և սիրտն իր կախված վիճակից անցնում է հորիզոնական վիճակի, որն ավելի է դժվարացնում սրտի աշխատանքը: Եթե առողջ սիրտը աշխատում է այսքան մեծ ծանրաբեռնվածությամբ, ապա պարզ է, թե ինչպիսի դժվարություններ են առաջանում, եթե սիրտը հիվանդ է:

Կան սրտի բնածին և ձեռքբերովի արատներ: Ձեռքբերովի արատներից են.

ՄԻՏՏՐԱԼ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

Երբ միտրալ փականները փակվում են անբավարար, որի հետևանքով ձախ փորոքը կծկվելիս արյան մի մասը հետհոսքով գնում է դեպի ձախ նախասիրտը, որտեղ թոքային երակով թոքերից գալիս է զարկերակային արյան նոր քանակություն: Աստիճանաբար, ձախ նախասիրտը չի կարողանում հաղթահարել արյան դիմադրությունը և առաջանում է կանգ արյան փոքր շրջանառության մեջ և զարգանում է արյան շրջանառության խանգարում, որն արտահայտվում է հեռոցով, շնչարգելությամբ, լորձաթաղանթների, ձեռքերի եղունգային ֆալանգների ցիանոզով:

Արյան շրջանառության խանգարում շատ ավելի արագ զարգանում է սրտի մի այլ արատի՝ ՄԻՏՏՐԱԼ ՍՏԵՆՈՋԻ ժամանակ, երբ նեղացած է նախասիրտ-փորոքային անցքը և արյունը ձախ նախասրտից չի կարողանում անցնել ձախ փորոք, որի հետևանքով ձախ նախասիրտը սկսում է լայնանալ՝ արյուն կուտակվելու և շատ ավելի մեծ դիմադրություն հաղթահարելու պատճառով և ի վերջո, մկանները թուլանում են և առաջանում է արյան կանգ ոչ միայն արյան փոքր շրջանառության մեջ, այլ նաև արագությամբ զարգանում է կանգ արյան մեծ շրջանառության մեջ, որն արտահայտվում է ստորին ծայրանդամների այտուցով, լյարդի և փայծաղի մեծանալով, խիստ ծանր դեպքերում կարող է առաջանալ ասցիտ: Արյան շրջանառության խանգարումների ժամանակ հղիությունը հակացուցված է: Շատ վտանգավոր է միտրալ անբավարարության և միտրալ ստենոզի կոմբինացիան - *Affectio miralis*, երբ կնոջ վիճակը լինում է անհամեմատ ծանր և եթե առկա է դեկոմպենսացիա, այսինքն՝ արյան շրջանառության խանգարում, պետք է ընդհատել հղիությունը:

ՌԵՎՄԱՏՈՐ ԵՎ ՀՂԻՈՒԹՅՈՒՆ

Ռևմատիզմն ինֆեկցիոն ալերգիկ հիվանդություն է, որին բնորոշ է լատենտ (զաղտնի) ընթացքը: Հղիության ժամանակ հաճախ նկատվում է ռևմատիզմի սրացում: Այս առումով շատ վտանգավոր են հղիության

առաջին երեք և վերջին երկու ամիսները, ինչպես նաև հետծննդյան շրջանը:

Անհրաժեշտ հետազոտություններից հետո, եթե հաստատվում է ռևմատիզմը, պետք է տանել անհրաժեշտ բուժում սրտաբանի և թերապևտի կողմից:

Ռևմատիզմի ժամանակ մանկաբարձական տակտիկան կախված է նրանից, թե ռևմատիզմի հետ միասին հղի կնոջ մոտ կա՞րողյոք մանկաբարձական պաթոլոգիա կամ արյան շրջանառության խանգարում: Ռևմատիզմի ակտիվ փուլում պետք է կնոջը հոսպիտալացնել և տանել բուժում ստացիոնարում: Եթե սուր ռևմատիզմը ուղեկցվում է արյան շրջանառության խանգարմամբ, պետք է ընդհատել հղիությունը:

ՍՐՏԻ ԲՆԱԾԻՆ ԱՐԱՏՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Եթե կա սրտի բնածին մեկ արատ (երբ երկու նախասրտերի միջև օվալ անցքը կամ բոտալյան ծորանը չի փակված), և չկա արյան շրջանառության խանգարում, թույլատրվում է հղիությունը, քանի որ օրգանիզմը հարմարված է այդ արատին, բայց 2 և ավելի բնածին արատների դեպքում հղիությունը հակացուցված է:

ՎԻՐԱՀԱՏՎԱԾ ՍՐՏՈՎ

Եթե կատարված է կոմիսությունում, միտրալ ստենոզի կապակցությամբ թույլատրվում է հղիություն վիրահատությունից հետո, առաջին երկու տարիների ընթացքում, քանի դեռ դարձյալ միտրալ ստենոզ չի զարգացել: Ավելի ծանր վիրահատությունների ժամանակ հղիությունը հակացուցված է:

Եթե հղի կինն առաջին անգամ ներկայանում է կոնսուլտացիա, անհրաժեշտ է կատարել լաբորատոր քննություններ, որից հետո հղին ստուգվում է թերապևտի կողմից և սրտի հետ կապված որևէ հիվանդություն հայտնաբերելիս, կինն ուղարկվում է կենտրոն, որտեղ բազմակողմանի և մանրակրկիտ հետազոտություն ներից հետո, որոշվում է ամենակարևոր հարցը թույլատրե՞լ շարունակելու հղիությունը, թե՞ ոչ: Եթե հղիությունը հակացուցված է, այն շտապ պետք է ընդհատել, իսկ եթե կարելի է հղիությունը շարունակել, ապա այդպիսի

կանայք ընդգրկվում են բարձր ռիսկի հոլիների խմբում: Լինում են գինեկոլոգի, թերապևտի, կարդիոլոգի մշտական հսկողության տակ: Ամբողջ հոլիության ընթացքում. այսպիսի հոլիները, անկախ առողջական վիճակից, երեք անգամ պետք է պառկեն ստացիոնարում՝ հետազոտման և բուժման համար: Առաջին անգամ, մինչև հոլիության 12 շաբաթը, որպեսզի բազմակողմանի ստուգումներից հետո որոշվի հոլիությունը շարունակելու հարցը: 2-րդ անգամ պետք է պառկի հոլիության 28-32 շաբաթում, երբ արգանդի հատակը բարձր է, ճնշում է ստոծանուն և արյան շրջանառության խանգարումը կանխելու համար հիվանդը ստանում է անհրաժեշտ բուժում: 3-րդ անգամ հոլիության 37-38 շաբաթում ուղարկվում է ստացիոնար, անհրաժեշտ բուժում ստանալու և ծննդաբերության վարման տակտիկան որոշելու համար: Հոլիության ընթացքում, եթե կնոջ մոտ առաջանում են բարդություններ, հեմոդինամիկ խանգարումներ, ռևմատիզմի սրացում, անպայման ուղարկում են ստացիոնար բուժման, հոլիության մինչև 20 շաբաթը՝ սրտաբանական կենտրոնում, իսկ 20 շաբաթից հետո՝ ծննդատան հոլիների պաթոլոգիայի բաժանմունքում: Կան ծննդատներ, որոնք մասնագիտացված են այդպիսի հոլիներին ընդունելու և ծննդաբերությունը վարելու համար: Ծննդաբերության վարման ժամանակ ցանկալի է ծննդալուծել ծննդաբերական բնական ուղիներով: Ծննդաբերության առաջին շրջանի ընթացքում, բացի թթվածնաբուժումից և ցավազրկումից, բացման շրջանի վերջում ներարկվում է 0,5-1,0 մլ կորգլիկոն կամ ստրոֆանտին 40 % 20 մլ գլյուկոզայի և 5 % 5 մլ ասկորբինաթթվի հետ, իսկ ծննդաբերության 2- րդ շրջանը պետք է հանել մանկաբարձական արքանադրմամբ: Պտուղը ծնվելուց հետո որովայնին դրվում է ծանրոց, որպեսզի, պտղի դուրս գալուց հետո, սիրտը հարմարվի նոր վիճակին և արյան տեղաբաշխումը ճիշտ կատարվի և չառաջանան արյան շրջանառության հեմոդինամիկ խանգարումներ:

Նշտծննդյան շրջանում այդպիսի ծննդկանները, ոչ պակաս 14 օր, պետք է լինեն թերապևտի, գինեկոլոգի, մանկաբարձուհու հատուկ հսկողության տակ, իսկ ծննդատնից դուրս գրվելուց հետո կոնսուլտացիայի մանկաբարձուհու, գինեկոլոգի, տեղամասային թերապևտի և սրտաբանի հսկողության տակ:

ՀՂԻՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ

Հիպերտոնիկ հիվանդությունը հանդիպում է բավական հաճախ (մոտ 1-1,5 %), որը բարդացնում է հղիության և ծննդաբերության ընթացքը:

ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ

Առաջին Ա փուլ - գաղտնի ընթացող հիպերտոնիայի փուլ

Առաջին Բ փուլ - անցողիկ փուլ

Երկրորդ Ա փուլ - բարձր զարկերակային ճնշումը տատանվում է

Երկրորդ Բ փուլ - երբ զարկերակային ճնշումը կայուն բարձր է

Երրորդ փուլը - կայուն բարձր արյան ճնշման հետ կան անվերադարձ սկզբնական փոփոխություններ:

ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

1. Նախ. անամնեզում կինը նշում է գլխացավ, գլխապտույտ, արյան ճնշման բարձրացում մինչև հղիությունը:
2. Արյան ճնշման կայուն բարձրացում հղիության առաջին կեսում:
3. Սրտի կողմից փոփոխություններ (2-րդ տոնի շեշտվածություն)
4. Փոփոխություններ ակնահատակում (ցանցաթաղանթի անոթների նեղացում):

Հաճախ, հիպերտոնիկ հիվանդության ժամանակ լինում են վիժումներ, վաղաժամ ծննդաբերություններ: Բարձր է հիպերտոնիայի ֆոնի վրա հեստոզների առաջացման վտանգը: Երբեմն բարդանում է ընկերքի վաղաժամ շերտազատմամբ, պտղի հիպօքսիայով, մեռելածնությամբ:

ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

1. Պրեէկլամպսիայի, էկլամպտիկ նոպայի կամ հիպերտոնիկ կրիզի առաջացում ծննդաբերության ժամանակ:
2. Արյունահոսություններ ընկերքային և վաղ հետծննդյան շրջաններում:
3. Սիրտ-անոթային համակարգի սուր անբավարարություն (կոլապս):

Հիպերտոնիկ հիվանդության երկրորդ Բ և երրորդ փուլում հղիությունը հակացուցված է: Հղիությունը թույլատրվում է շարունակել միայն՝ հիպերտոնիկ հիվանդության առաջին փուլում, երբեմն 2-րդ փուլում (կախված կնոջ վիճակից):

Կիրառվում է ասպիրինային բուժում, դիետա (աղերի, հեղուկների սահմանափակում, կաթնա-բանջաբեղենային ածխաջրատային, սպիրտակուցային բավարար քանակությամբ սնունդ):

Ծննդաբերության վարումը - Եթե կա ուղեղի արյան շրջանառության խանգարում՝ կատարվում է կեսարյան հատում:

Եթե ծննդաբերությունը պետք է ավարտվի բնական ծննդաբերական ուղիներով, արյան ճնշման մշտական չափման հսկողության տակ, ծննդաբերության 2-րդ շրջանը հանվում է աքցանադրմամբ: Ամբողջ ծննդաբերական գործունեության ընթացքում կիրառվում են կանխարգելիչ դեղորայքներ պտղի հիպոքսիայի դեմ:

Հետծննդյան շրջանում այսպիսի ծննդկանները գտնվում են հատուկ հսկողության տակ, որից հետո՝ տեղամասային թերապևտի կողմից դիսպանսեր հսկողության տակ:

ՀՂՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՍԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՍԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ԹԵՐԱՐԳԱՑՈՒՄ

Արտահայտվում է ցայլքի և թնտաակերի մազածածկույթի՝ համարյա բացակայությամբ, հեշտոցը նեղ է, արգանդի պարանոցը փոքր, կոնաձև, արգանդի մարմինը փոքր է: Թերզարգացման դեպքում դաշտանը լինում է ուշացած, կարճատև, շատ քիչ քանակով - հիպոմենստրուալ սինդրոմ: Եթե այդպիսի կանայք հղիանում են, ապա հաճախ առաջանում է վիժում կամ վաղաժամ ծննդաբերություն: Եթե հղիությունն ընթանում է մինչև վերջ, հաճախ լինում է ծննդաբերական ուժերի թուլություն, ձգձգված ծննդաբերություն, ընկերքային և վաղ հետծննդյան շրջաններում՝ արյունահոսություն:

ԵՐԿԱԿԻ ԱՐԳԱՆԴ ԵՎ ՀԵՇՏՈՑ

Մեռական օրգանները զարգանում են Մյուլերյան երկու խողովակներից, որոնք միանում են իրար իրենց միջին և ստորին հատվածներում առաջացնելով մեկ արգանդ և մեկ հեշտոց, իսկ վերին

հատվածում չեն միանում և առաջանում են գույգ արգանդափողերը և ձվարանները:

Եթե այս միացման պրոցեսները խանգարվում են, առաջանում են զարգացման արատներ՝ երկու արգանդ, 2 հեշտոց: Կարող է լինել 2 արգանդ, մեկ հեշտոց կամ կարող է լինել երկեղջյուր արգանդ, որոնց պարանոցը մեկն է: Լինում է նաև թամբաձև արգանդ: Արգանդի խոռոչում կամ հեշտոցում կարող է լինել միջնապատ: Երբեմն կարող է լինել արգանդի մի եղջյուրը լավ զարգացած, իսկ մյուսը մնալ թերզարգացած (Ռուդիմենտար):

Սովորաբար, հղիությունը զարգանում է մեկ եղջյուրում: Ոչ հղի եղջյուրը քիչ մեծանում է իր չափերով և փափկում: Մեծ մասամբ, այդպիսի դեպքերում առաջանում է վիժում, վաղաժամ ծննդաբերություն, ծննդաբերության ժամանակ հաճախ լինում է ծննդաբերական ուժերի թուլություն, ձգձգված ծննդաբերություն, ընկերքային և հետծննդյան շրջաններում՝ արյունահոսություն:

Երբեմն հղիությունը կարող է զարգանալ արգանդի թերզարգացած(ռուդիմենտար) եղջյուրում, որը թույլ զարգացած է, պատերը բարակ,խորիոնի թավիկները ներթափանցում են արգանդի պատի հաստության մեջ և առաջանում է արգանդի այդ հատվածի պատռվածք՝ ներքին արյունահոսություն,շոկ, կլինիկական պատկերը նման է արտարգանդային հղիության կլինիկային:Շտապ պետք է վիրահատել:

Հեշտոցում միջնապատի առկայությունը խանգարում է ծննդաբերությանը, ուստի ծննդաբերության ժամանակ պետք է հատել և վերացնել միջնապատը:

Թամբաձև արգանդի դեպքում հաճախ լինում են միջաձիգ և թեք դրություններ և, եթե վիժում կամ վաղաժամ ծննդաբերություն չի լինում, հղիությունը կարող է նորմալ ընթանալ մինչև վերջ:

ԱՐԳԱՆԴԻ ՈՉ ՃԻՇՏ ԴԻՐՔ

Արգանդը կարող է լինել առաջ կամ հետ թեքված: Եթե արգանդի դիրքի փոփոխությունը ուժեղ չի արտահայտված և չկան կպումներ, հղիությունը կարող է ընթանալ առանց բարդությունների, իսկ եթե արգանդը ֆիքսված է կոնքի խոռոչում կպումների հետևանքով, հղիության զարգացման հետ կարող է արգանդը սեղմվել կոնքի

օրգանների՝ միգապարկի, ուղիղ աղու միջև: Այդ դեպքում կառաջանան շատ ուժեղ ցավեր կոնքի խոռոչում և երբեմն կարիք է լինում ընդհատել հղիությունը:

ՍԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐ

Եթե միոմատոզ հանգույցը գտնվում է արգանդի խոռոչում (ենթալորձային միոմա), հաճախ առաջանում է վիժում, վաղաժամ ծննդաբերություն, իսկ եթե հանգույցը ենթաշճային է, հղիությունը կարող է նորմալ զարգանալ:

Ծննդաբերության ժամանակ կարող է առաջանալ ծննդաբերական ուժերի թուլություն՝ ձգձգված ծննդաբերություն, ընկերքային և վաղ հետծննդյան շրջաններում՝ արյունահոսություններ:

Արգանդի խոռոչում մեծ միոմատոզ հանգույցը կարող է խոչընդոտել ծննդաբերության նորմալ ընթացքին, ուստի անհրաժեշտ է կատարել կեսարյան հատում, որից հետո՝ արգանդի ամպուտացիա:

Չվարանների կիստաների կամ կիստոմաների ժամանակ, հղիությունը կամ ծննդաբերությունը կարող է ընթանալ հարթ, բայց հետծննդյան շրջանում կարող է առաջանալ բարդություն՝ կիստայի տոտիկի ոլորում, որի հետևանքով՝ սնուցման խանգարում և սուր որովայնի պատկեր: Այս բարդությունից խուսափելու համար, եթե հղիության հետ հայտնաբերվում է կիստա կամ կիստոմա, պետք է ծննդաբերությունը ավարտել կեսարյան հատումով, միաժամանակ կատարելով, կիստայի կամ կիստոմայի հեռացում:

ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՉԱՐՈՐԱԿ ՆՈՐԱԳՈՑԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

Եթե կա արգանդի պարանոցի քաղցկեղ, կինը կարող է հղիանալ, բայց հղիությունը արագացնում է չարորակ ուռուցքի աճը:

Չարորակ նորագոյացությունները ժամանակին հայտնաբերելու համար պարտադիր հեշտոցային հայելիներով պետք է ստուգել կանանց կոնսուլտացիա ներկայացած բոլոր հղիներին: Աննշան կասկածի դեպքում, այդպիսի հղիներին պետք է ուղարկել ուռուցքաբանական կենտրոն, որտեղ ախտորոշման հաստատումից հետո, եթե հղիությունը մեծ է, նախ պետք է արվի կեսարյան հատում, հետո արգանդի էքստիրպացիա՝ հավելումների, կոնքի բջջանքի հետ միասին, հետագա ճառագայթային և քիմեոթերապևտիկ բուժմամբ, իսկ փոքր հղիության

դեպքում, անմիջապես կատարվում է արգանդի տոտալ էքստիրպացիա հավելումների նկոնքի բջջանքի հետ միասին, հետագա ճառագայթային և քիմոթերապևտիկ բուժմամբ:

ՀԴՌՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՍՈՒՐ ԵՎ ԽՐՈՆԻԿ ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Սուր և խրոնիկ ինֆեկցիոն հիվանդությունները բացասաբար են ազդում հղիության ընթացքի և հատկապես պտղի օրգանիզմի վրա, քանի որ ինֆեկցիաների հետևանքով ախտահարվում է ընկերքը, առաջանում են դիստրոֆիկ փոփոխություններ ընկերքում, արյունազեղման օջախներ, որի հետևանքով խանգարվում է արգանդ-ընկերքային արյան շրջանառությունը, առաջանում է պտղի հիպօքսիա, ասֆիքսիա և ներարգանդային մահ: Բացի այդ, սուր ինֆեկցիաների և խրոնիկ ին-ֆեկցիոն հիվանդությունների պատճառով, առաջանում են պտղի զար-գացման արատներ, վիժումներ, վաղաժամ ծննդաբերություն: Սուր և խրոնիկ ինֆեկցիոն հիվանդություններից, ծննդաբերության ժամանակ, կարող են առաջանալ ծննդաբերական ուժերի թուլություն, ձգձգված ծննդաբերություն, ընկերքային և վաղ հետծննդյան շրջաներում՝ արյունահոսություններ: Հետծննդյան շրջանում, հատկապես սուր ինֆեկցիաների պատճառով, կարող են առաջանալ հետծննդյան սեպտիկ հիվան-դություններ:

Սուր ինֆեկցիոն հիվանդություններից պետք է նշել գրիպը, վիրուսային հեպատիտը:

ԳՐԻՊԸ

Հաճախ հանդիպող ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որը վտանգավոր է հղիության բոլոր ժամկետներում: Հղիության վաղ շրջանում գրիպի վիրուսը կարող է ազդել էմբրիոգենեզի վրա և պատճառ դառնալ պտղի զարգացման արատների առաջացմանը: Հղիության առաջին կեսում, գրիպի հետևանքով կարող են առաջանալ վիժումներ, իսկ ավելի ուշ շրջանում՝ գրիպով հիվանդանալիս, առաջանում է վաղաժամ ծննդաբերություն: Եթե ծննդաբերը գրիպով հիվանդ է, ծննդաբերության ժամանակ՝ առաջանում է ծննդաբերական ուժերի թուլություն, ձգձգված

ծննդաբերություն, արյունահոսություններ ընկերքային և վաղ հետծննդյան շրջաններում, իսկ հետծննդյան շրջանում՝ սեպտիկ հիվանդություններ:

ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏ

Հղիների մոտ այս ինֆեկցիոն հիվանդությունը խիստ ծանր է ընթանում: Վարակը անցնում է ստամոքս-աղիքային տրակտով, պարենտերալ ճանապարհով՝ ոչ ախտահանված ներարկիչներից, սրսկման ասեղներից, արյան և արյան պլազմայի փոխներարկումից:

Առաջանում է ջերմության բարձրացում, դեղնություն, սրտխառնոց, երբեմն՝ փսխում, ընդհանուր թուլություն, ցավեր աջ ենթակողային շրջանում: Հիվանդությունը խիստ բացասաբար է ազդում հղիության ընթացքի, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանների ընթացքի վրա: Խիստ բացասաբար է ազդում նաև պտղի վրա և առաջանում է պտղի հիպոքսիա, հիպոտրոֆիա: Բարձր է մեռելածնության տոկոսը: Բուժումը նույնն է, ինչ որ ոչ հղի վիճակում:

Խրոնիկ ինֆեկցիաներից են. տուբերկուլյոզը, սիֆիլիսը, մալարիան, բրուցելյոզը, տոքսոպլազմոզը, լիստերեոզը և այլ ինֆեկցիաներ:

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՋ (ՊԱՆԱՐՄԱՏ)

Հիվանդության հարուցիչը Կոխի ցուպիկն է, որը չի անցնում ընկերքային բարիերով պտղին:

Տուբերկուլյոզը ծանրացնում է հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանների ընթացքը, իսկ հղիությունն իր հերթին ծանրացնում է հիվանդության ընթացքը: Եթե կնոջ անամնեզում կա տուբերկուլյոզ, որը լավացել է բուժում ստանալուց հետո, կինը կարող է ազատ հղիանալ և ծննդաբերել: Իհարկե, հղիության ընթացքում, բացի գինեկոլոգից, պետք է լինի ֆտիզիատորի մշտական հսկողության տակ: Ներարգանդային կյանքում պտուղը չի վարակվում: Նորածինը վարակվում է ծնվելուց հետո մոր հետ շփումից (կերակրման ժամանակ), ուստի, ծնվելուց հետո, եթե մոր մոտ կա տուբերկուլյոզային գործող օջախ, նորածինն պետք է հեռացնել մորից և մորը բուժել տուբ. հիվանդանոցում: Հղիությունը հակացուցված է.

1. Ակտիվ տուբերկուլյոզի (երբ թոքերում կա կավերնա)

2. Կոկորդի տուբերկուլյոզի
3. Ողնաշարի, կոնքի հոդերի տուբերկուլյոզի ակտիվ փուլում
4. Թոքերի երկկողմանի տուբերկուլյոզի դեպքում:

ՄԻՖԻԼԻՍ

Հարուցիչը դժգույն սպիրոխետան է: Չբուժված սիֆիլիսը ծանրացնում է հղիության ընթացքը: Սպիրոխետան հեշտությամբ անցնում է ընկերքային բարիերով և կարող է վարակել պտղին և նորածինը ծնվի բնածին սիֆիլիսով: Միֆիլիսի ժամանակ առաջանում են պտղի զարգացման արատներ, վիժումներ, վաղաժամ ծննդաբերություն: Ծննդաբերության ժամանակ առաջանում են ծննդաբերական ուժերի թուլություն, ձգձգված ծննդաբերություն, արյունահոսություն՝ ընկերքային և վաղ հետծննդյան շրջաններում: Բարձր է մեռելածնության տոկոսը: Բնածին սիֆիլիսով ծնված նորածնի մարմնի վրա լինում է սիֆիլիտիկ ցան, խոշոր պուստուլաներ ձեռքի ափերի, հետույքի, ոտքերի ներբանների շրջանում, որովայնը մեծ է, լյարդը լինում է մեծացած: Նորածնի դեմքը նման է ծերունու: Մեծ նշանակություն ունի սիֆիլիսի շուտ հայտնաբերումը, որի համար բոլոր հղիներից առաջին այցի ժամանակ կողմնախոսության 30 շաբաթում վերցվում է արյուն երակից սիֆիլիսի հայտնաբերման համար (Վասերմանի ռեակցիան) և մատից վերցրած արյան MPM քննություն: Հիվանդությունը հայտնաբերելիս անհրաժեշտ է բուժել սիֆիլիսը վեներական դիսպանսերում հղիության բոլոր ժամկետներում:

Բոլոր խրոնիկ ինֆեկցիաների ժամանակ (մալարիա, բրուցելյոզ, տոքսոպլազմոզ և այլ ինֆեկցիաներ), առաջանում են վիժումներ, վաղաժամ ծննդաբերություններ, պտղի զարգացման արատներ, ծննդաբերության ժամանակ՝ ծննդաբերական ուժերի թուլություն, ընկերքային և վաղ հետծննդյան շրջաններում՝ արյունահոսություններ:

ՀԴՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԵՐԻԿԱՄԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Երիկամային բոլոր հիվանդությունները բացասաբար են ազդում հղիության ընթացքի վրա, իսկ հղիությունն ավելի է ծանրացնում

հիվանդության ընթացքը և հաճախ առաջանում է հիվանդության սրացում:

Հղիության ընթացքում հաճախ հանդիպող երիկամային հիվանդությունը դա պիելոնեֆրիտն է, որը համարվում է երիկամի ավազանի և ինտերստիցիալ (միջանկյալ) հյուսվածքի հիվանդություն: Առաջանում է աղիքային ցուպիկից, ոսկեգույն ստաֆիլակոկից, էնտերոկոկից: Հիվանդությունը առաջանում է այն բոլոր դեպքերում, երբ մեզի հոսքը միզածորաններով դժվարացած է (քար, ուռուցք), առաջանում է մեզի կանգ, իսկ կանգային մեզը լավ միջավայր է վարակի զարգացման համար: Նույնը առաջանում է, երբ հղի արգանդը սեղմում է միզուկին:

Կլինիկորեն տարբերում են սուր և խրոնիկական պիելոնեֆրիտ: Սուրը բնորոշվում է հանկարծակի սկիզբով՝ բարձր ջերմություն, դող, սարսուռ, ցավեր գոտկային շրջանում, դժվարամիզություն, երբեմն սրտխառնոց, փսխում: Մեզի քննությամբ հայտնաբերվում են լեյկոցիտներ, բակտերիաներ, երիկամի ավազանի էպիթելային բջիջներ: Պաստերնացկու ախտանիշը լինում է դրական՝ համապատասխան կողմում:

Պիելոնեֆրիտի ժամանակ հղիների հոսպիտալացումը օբսերվացիոն բաժանմունքում պարտադիր է: Բուժման ժամանակ, եթե պիելոնեֆրիտը առաջացել է միզածորանների կամ միզուկի սեղմվելուց, խորհուրդ է տրվում հղի կնոջը օրվա ընթացքում 3-4 անգամ ընդունել ալավաշ դիրք 10-15 րոպե տևողությամբ, անհրաժեշտ է կաթնա-բանջարեղենային դիետա, անտիբակտերիալ բուժում: Ավելի քիչ բացասական ազդեցություն ունեցող անտիբիոտիկը դա ամպիցիլինն է, որը հաճախ օգտագործվում է աղիքային ցուպիկի դեպքում: Նշանակում են նաև վիտամիններ B և C խմբերի:

ԳԼՈՄԵՐՈՒԼՈՆԵՖՐԻՏ

Հարուցիչը հեմոլիտիկ ստրեպտոկոկն է: Մա երիկամների ծանր ախտահարումն է և հիվանդությունն ունենում է սուր և խրոնիկական ընթացք: Հղիությունը խիստ ծանրացնում է հիվանդության ընթացքը, իսկ հիվանդությունն ինքը պատճառ է դառնում հղիության ընթացքում մի շարք բարդությունների առաջացմանը:

Կա հիվանդության հիպերտոնիկ ձևը, որի ժամանակ լինում է արյան ճնշման բարձրացում, սպիտամիզություն, մեզում գլանակներ: Լինում են փոփոխություններ ակնահատակում, զարկերակների սպազմ, նեղացում:

Հիվանդության այտուցային կամ նեֆրոտիկ ձևը, երբ առկա են տարածված այտուցներ դեմքի վրա, և ամբողջ օրգանիզմում: Կա նաև խառը կլինիկական ձևը, երբ կան անոթային փոփոխություններ, երիկամային հյուսվածքի սնուցման խանգարում, հիպերտոնիա, պրոտեինուրիա, հիպոպրոteinեմիա և այտուցներ: Այս ձևի ժամանակ հաճախ զարգանում է հղիության երկրորդ կեսի հեստոզ:

Այտուցային ձևի ժամանակ սննդի մեջ պետք է գերիշխեն սպիտակուցները՝ նրանց կորուստը լրացնելու համար, տրվում են միզամուղ պրեպարատներ, սահմանափակվում են աղերը (օրվա ընթացքում մինչև 5 գրամ), հեղուկները՝ մինչև 800,0: Հիպերտոնիկ ձևի ժամանակ պետք է սահմանափակել աղերը և հեղուկները, տալ արյան ճնշումը իջեցնող պրեպարատներ: Գլոմերուլոնեֆրիտի ժամանակ հղիությունը ունենում է խիստ ծանր ընթացք:

Լինում են վիժումներ, վաղաժամ ծննդաբերություն, հղիության երկրորդ կեսում՝ հեստոզներ: Շատ բարձր է պերինտալ մահացության տոկոսը և քանի որ հղիությունը խիստ ծանրացնում է հիվանդության ընթացքը (ուրեմիա և մահ), ուստի անհրաժեշտ է ընդհատել հղիությունը բոլոր ժամկետներում:

ՀՂԻՈՒԹՅՈՒՆԸ ՄԵԿ ԵՐԻԿԱՄՈՎ - Եթե ի ծնե կինն ունի մեկ երիկամ կամ հեռացված է մի երիկամը, ապա հղիանալու դեպքում կինը պետք է մանրակրկիտ հետազոտվի նեֆրոլոգիական կենտրոնում և եթե գործող երիկամի ֆունկցիան նորմալ է կծիկներում ,ֆիլտրացիան և խողովակային ռեաբսորբցիան նորմալ է, հղիությունը կարելի է շարունակել: Հակառակ դեպքում հղիությունն ընդհատվում է:

ՊՏՂԱԶՎԻ ԷԼԵՄԵՆՏՆԵՐԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԱՐԱՏՆԵՐԸ

ՊՏՂԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԱՐԱՏՆԵՐԸ

Պտղաձվի զարգացման արատները առաջանում են մի շարք պատճառներից: Կարևոր նշանակություն ունեն.

1. Գենետիկ - ժառանգական ֆակտորները

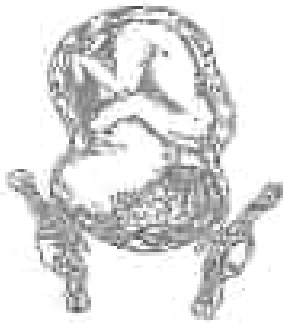
2. Արտաքին միջավայրի տարբեր ֆակտորների ազդեցությունը
3. Մոր՝ տարբեր սուր և խրոնիկական ինֆեկցիոն հիվանդություններ, երբ հարուցիչները անցնում են ընկերքային բարիերով, ախտահարում են պտղի օրգանիզմը, և պատճառ դառնում զարգացման արատների առաջացմանը: Պտղի զարգացման վրա խիստ բացասական է ազդում մոր կողմից ակտիվ, թմրանյութերի օգտագործումը, ծխող կանանց մոտ՝ նիկոտինի թունավոր ազդեցությունը, արտադրական թունավորումները, ռադիացիան, տարբեր դեղորայքների օգտագործումը, հատկապես օրգանոգենեզի շրջանում: Զարգացման արատների պատճառ կարող է լինել ոչ լիարժեք սննդի օգտագործումը: Ինչպիսի՞ արատներ կարող են առաջանալ պտղի մոտ:

ՀԻՊՈՑԵՖԱԼԻԱ

Այս արատի ժամանակ ուղեղի փորոքներում հավաքվում է չափից ավելի հեղուկ, երբեմն մինչև 2-3 լիտր, որի հետևանքով գլուխն իր չափերով լինում է մեծ, կարանները իրարից հեռացած, գլխի ոսկրերը բարակում և դառնում են փափուկ: Հեղուկի ճնշման հետևանքով ուղեղանյութը ենթարկվում է ատրոֆիայի: Քանի որ գլուխն իր չափերով լինում է մեծ, այն անհամատեղելի է դառնում կոնքի նկատմամբ և առաջանում է արգանդի սպառնացող պատռվածքի վիճակ:

Ախտորոշումը դրվում է արտաքին շոշափման և ներքին զննման միջոցով: Գլխային առաջադրության ժամանակ առաջադիր մասում շոշափվում է խոշոր գլուխ, որը չի ֆիքսվում կոնքամուտքում:

Ներքին զննում կատարելիս շոշափվում են սովորականից լայն կարաններ, գաղթուններ, փափուկ ոսկրեր: Գլխի ոսկրերը շոշափելիս այնպիսի տպավորություն է, կարծես սառույցի կտորներ են լողում ջրում: Ախտորոշումը հաստատվում է էխոսկոպիկ քննությամբ:



Գլուխը վերը



Գլուխը վերը

Մանկաբարձական տակտիկան-ախտորոշման հաստատման դեպքում արվում է պտղի գլխի պերֆորացիա հեղուկը դուրս է թափվում և գլուխն իր չափերով փոքրանում է, իսկ հետույքային առաջադրության ժամանակ արվում է հետևող գլխի պերֆորացիա:

ՄԻԿՐՈՑԵՖԱԼԻԱ

Գլուխն իր չափերով լինում է փոքր, ուղեղային հյուսվածքը թերզարգացած:

ԱՆԷՆՑԵՖԱԼԻԱ

Ուղեղի կիսագնդերը խիստ թերզարգացած են, գլխուղեղի մեծ մասը բացակայում է: Գլուխը նստած է ուսագոտու վրա, աչքերը՝ գորտի նման: Այս նորածինները ծնվում են մահացած, կամ մեռնում են ծնվելուց հետո: Ծննդաբերությունը, թե միկրոցեֆալիայի, եւ թե՛ անէնցեֆալիայի ժամանակ, ավարտվում է ինքնուրույն, առանց դժվարությունների:

ԳԼԽՈՒՂԵՂԱՅԻՆ ՃՈՂՎԱԾՔ

Մեծ գաղթունի շրջանում ուղեղանյութը արտափքվում է դուրս: Ծննդաբերությունը տեղի է ունենում առանց դժվարության: Նորածինը մահանում է ծնվելուց անմիջապես հետո կամ մի քանի օր անց:

ՈՂՆԱԶԱՐԻ ԳԼԽՈՒՂԵՂԱՅԻՆ ՃՈՂՎԱԾՔ

Ողնաշարի որևէ հատվածում՝ հատկապես գոտկային շրջանում, լինում է ողնաշարի փեղեքում և փեղեքված տեղից ողնուղեղը

արտափքվում է դուրս՝ ծածկված ուղեղաթաղանթով և բարակ մաշկով: Այս պաթոլոգիայի ժամանակ, մեծ մասամբ, ողնուղեղը և նրա թաղանթները արատավոր զարգացում են ունենում:

ԳԱՅԼԻ ԵՐԱՆ

Կարծր քիմքի բացակայության պատճառով, բերանի ու քթի խոռոչները հաղորդակցվում են միմյանց հետ: Կաթը բերանի խոռոչից անցնում է քթի խոռոչ, կարող է անցնել թոքերը և տալ ասպիրացիա: Այսպիսի նորածիններին պետք է կերակրել ուղղահայաց դիրքում, որ կաթը անմիջապես անցնի կերակրափող:

ՆԱՊԱՍՏԱԿԻ ՇՐԹՈՒՆՔ

Երբ կտրված է վերին շրթունքը մեկ կամ երկու կողմերից: Գայլի երախի և նապաստակի շրթունքի դեպքում արվում է պլաստիկ վիրահատություն:

Զարգացման արատներից կարող է լինել նաև ծուռթաթություն, բազմամատություն, որոշ ոսկրերի բացակայություն, սեռական օրգանների զարգացման արատներ, հետանցքի ատրեզիա, գույգերի կպում մարմնի տարբեր մասերով և այլն:

ՊՈՐՏԱԼԱՐԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԱՐԱՏՆԵՐ

Նորմայում պորտալարը 50 սմ է: Կարող է լինել երկար պորտալար՝ 60 սմ և ավելի, որը կարող է ոչ մի բարդություն չառաջացնել, բայց կարող է փաթաթվել պտղի պարանոցին, իրանին, թաթիկին կամ տոտիկին, առաջանում է հարաբերական կարճ պորտալար, կառաջանա պտղի հիպօքսիա, իսկ արտամղման շրջանում կարող է լինել ընկերքի վաղաժամ շերտազատում և ասֆիքսիա:

Երկար պորտալարի դեպքում, պտղաջրերը արտահոսելիս, կարող է պորտալարը արտանկվել, սեղմվել կոնքի և գլխի ոսկրերի արանքում և կառաջանա պտղի ասֆիքսիա և մահ:

ԿԱՐՃ ՊՈՐՏԱԼԱՐ

40 սմ և ավելի կարճ: Այս դեպքում պտղի առաջշարժումը խանգարվում է և պատճառ է դառնում միջաձիգ և թեք դրությունների առաջացման, ընկերքի վաղաժամ շերտազատման:

ՊՈՐՏԱԼԱՐԻ ԻՄԿԱԿԱՆ ՀԱՆԳՈՒՅՑ

Երբ կա պորտալարի իսկական հանգույց, արտամղման շրջանում հանգույցը ձգվում է, արյան մատակարարումը պտղին խանգարվում է և առաջանում է պտղի ասֆիքսիա և մահ:

Կարող է լինել պորտալարի կեղծ հանգույց, երբ պորտալարի վրա կա Վարթոնյան դոնդողի կուտակում կամ անոթների վարիկոզ լայնացում, որը հանգույցի տպավորություն է թողնում:

Սա ոչ մի բարդություն չի առաջացնում և բացասաբար չի ազդում պտղի վրա:

Պորտալարը կարող է կպչել ընկերքի կենտրոնից՝ կենտրոնական կպում, եզրից՝ եզրային կպում և կարող է, հազվադեպ, կպչել թաղանթներին՝ թաղանթային կպում – վերջինս վտանգավոր է նրանով, որ պատմվելով, կարող է առաջացնել ուժեղ արյունահոսություն:

ԸՆԿԵՐՔԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԱՐԱՏՆԵՐ

Ընկերքը սովորաբար լինում է կլոր կամ օվալաձև, երբեմն կարող է լինել երկարավուն, պայտաձև, շատ բարակ մեմբրանի նման, կարող է կազմված լինել 2 և ավելի մասերից: Կարող է լինել նաև ընկերքի հավելյալ բլիթ:

Ընկերքային արյան շրջանառության խանգարման հետևանքով կարող են լինել ինֆարկտի օջախներ, կրակաված օջախներ: Նորմայում ընկերքը կպչում է արգանդի լորձաթաղանթի (դեցիդուայի) կոմպակտ շերտին և ընկերքի թավիկները չեն հասնում սպունգանման շերտին (բազալ) և մկանների: Ծննդաբերությունից հետո ընկերքը հեշտությամբ պոկվում է սպունգանման փուխր շերտից: Սակայն երբեմն լինում է ընկերքի սերտաճում:

Ընկերքի սերտաճումը լինում է կեղծ, երբ խորիոնի թավիկները մտնում են լորձաթաղանթի սպունգանման շերտի մեջ, բայց չեն հասնում մկանային շերտին: Կեղծ սերտաճման ժամանակ կատարվում է ընկերքի ձեռքով անջատում և հեռացում, քանի որ կարող է ընկերքի մի մասի պոկվելուց լինել ուժեղ արյունահոսություն: Բացի կեղծ սերտաճումից, լինում է նաև իսկական սերտաճում, երբ ընկերքի թավիկները մտնում են մկանային շերտի հաստության մեջ:

Ընդհանրապես, ընկերքի սերտաճումը լինում է շատ կատարված աբորտներից, արգանդի լորձաթաղանթի բորբոքումից, արգանդի վրա

կատարված վիրահատություններից: Ընկերքի սերտաճումը հղիության ժամանակ չի հայտաբերվում, այն ախտորոշվում է ծննդաբերության ընկերքային շրջանում, երբ սկսվում է արյունահոսություն Եթե ընկերքն ամբողջ մակերեսով է կպած արգանդի պատին, այսինքն լրիվ սերտաճում է, արյունահոսություն չի լինում, իսկ երբ մասնակի սերտաճում է և ընկերքը մի մասով է անջատվում, սկսում

Արյունահոսություն, երբեմն վտանգ սպառնալով կնոջ կյանքին: Ընկերքի ձեռքով անջատման ժամանակ, եթե ընկերքը չի պոկվում արգանդի պատից՝ ուժ գործադրել չի կարելի, քանի որ, եթե լինի իսկական սերտաճում- ուժով պոկելիս կվնասվի արգանդի մկանային շերտը և կառաջանա արգանդի պատովածք: Ընկերքի իսկական սերտաճման ժամանակ արվում է արգանդի ամպուտացիա կամ էքստիրպացիա՝ առանց հավելումների:



Երբ ընկերքն ամբողջով կպած է արգանդի պատին, երբ ընկերքը ամբողջով մակերեսով կպած է արգանդի պատին, երբ ընկերքը չի պոկվում արգանդի պատից ուժ գործադրել չի կարելի քանի որ եթե լինի իսկական սերտաճում - ուժով պոկելիս կվնասվի արգանդի մկանային շերտը և կառաջանա արգանդի պատովածք: Ընկերքի իսկական սերտաճման ժամանակ արվում է արգանդի ամպուտացիա կամ էքստիրպացիա առանց իավելումների:

ԳԵՐՋՐՈՒԹՅՈՒՆ

Այս պաթոլոգիան բնորոշվում է նրանով, որ ամնիոտիկ խոռոչում կու- տակվում է նորմայից ավելի շուրջպտղային հեղուկ, մինչև 3-5 լիտր և ավելի, իսկ նորմալ հղիության ժամանակ այն 1-1,5 լիտր է: Պատճառը պարզ չէ, ենթադրում են, որ այն առաջանում է ամնիոտիկ թաղանթի էպիթելային բջիջների զարգացման արատներից: Նշանակություն ունեն

նաև ինֆեկցիոն հիվանդությունները: Հաճախ լինում է բազմապտուղ հղիության, պտղի զարգացման արատների (հիդրոցեֆալիա, անէնցեֆալիա, միկրոցեֆալիա) ժամանակ: Հաճախ լինում է նաև մոր՝ շաքարային դիաբետի, նեֆրիտների ժամանակ:

Մեծ մասամբ այն զարգանում է հղիության 2-րդ կեսում: Գերջրությունը լինում է սուր և խրոնիկական: Սուրը զարգանում է արագ, իսկ խրոնիկականը՝ դանդաղ:

ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ - Գերջրության ժամանակ արգանդն իր չափերով խիստ մեծանում է, ճնշում է ստոծանուն և հղիության ընթացքում կնոջ մոտ առաջանում է հևոց, դժվարաշնչություն, այտուց վերին և ստորին ծայրանդամներում, որովայնի առաջային պատին, որովայնի շրջագիծը 100 սմ-ից ավելի է: Պտղի մասերը դժվար են շոշափվում: Պտղի սրտի զարկերը լսվում են խուլ կամ չեն լսվում: Բացի այդ, քանի որ գերջրության պատճառով պտուղը լինում է շարժուն հաճախ լինում են միջաձիգ և թեք դրություններ, կոնքային առաջադրություն: Գերջրությունը հաճախ ավարտվում է վաղաժամ ծննդաբերությամբ:

Ծննդաբերության առաջին շրջանում կարող է լինել պտղաջրերի վաղ արտահոսք, պորտալարի և մանր մասերի արտանկում: Արգանդի մկանների գերձգվածության պատճառով, կարող է առաջանալ ծննդաբերական ուժերի թուլություն, ձգձգված ծննդաբերություն, ընկերքային և վաղ հետծննդյան շրջաններում՝ արյունահոսություն:

Սուր գերջրության ժամանակ արվում է պորցիոն ամնիոցենտեզ՝ պունկցիոն ասեղով: Գերջրության ժամանակ, ծննդաբերության առաջին շրջանում, պարանոցի 2-4 սմ բացման պայմաններում, պետք է զգուշությամբ բաց թողնել պտղաջրերը, պտղապարկը պատռելով կողքից, որ մանր մասերը չարտանկվեն, առանց ձեռքը հեշտոցից հանելու, մինչև պտղաջրերը լրիվ արտահոսեն և պտղի առաջադիր մասը ֆիքսվի կոնքամուտքում:

Պտղաջրերը արտահոսելուց հետո, արգանդը փոքրանում է իր չափերով և արգանդի մկանների կծկանքները կանոնավորվում են: Ընկերքային և վաղ հետծննդյան արյունահոսությունները կանխելու համար, ընկերքային շրջանը պետք է վարել ակտիվ դեղորայքային:

ՍԱԿԱՎԱԶՐՈՒԹՅՈՒՆ

Սա մի պաթոլոգիա է, երբ շուրջպտղային հեղուկի քանակը մինչև 0.5 լիտր է: Պատճառը լրիվ պարզաբանված չէ: Ենթադրում են, որ այս պաթոլոգիան առաջանում է ամնիոտիկ թաղանթի էպիթելային բջիջների անբավարար զարգացումից, կամ այդ բջիջների սեկրետոր ֆունկցիայի խանգարումից:

Սակավաջրության դեպքում առաջանում են բարդություններ հղիության և ծննդաբերության ժամանակ: Հաճախ լինում են միջաձիգ և թեք դրություններ, կոնքային առաջադրություն, քանի որ սահմանափակ են պտղի շարժումները:

Հղիության ընթացքում կնոջ մոտ լինում են ցավեր արգանդի շրջանում, հատկապես պտղի շարժումների ժամանակ: Կարող են առաջանալ վիժում, վաղաժամ ծննդաբերություն: Ծննդաբերության ժամանակ առաջանում են ծննդաբերական ուժերի թուլություն, ձգձգված ծննդաբերություն: Պարանոցի բացման պրոցեսը դանդաղ է ընթանում: Կծկանքները լինում են ցավոտ և անէֆեկտիվ: Երբեմն առաջանում է նորմալ տեղակայված ընկերքի վաղաժամ շերտազատում:

Ներքին զննում կատարելիս, շոշափվում է տափակ պտղապարկ, որը կպած է պտղի գլխին և չի լցվում կծկանքի պահին: Սակավաջրությունը բացասաբար է ազդում զարգացող պտղի վրա, առաջանում է ծուրթաթություն, ողնաշարի ծռումներ, ոսկրային դեֆորմացիաներ: Երբեմն պտուղը կարող է կպչել թաղանթներին, որոնք, լարի նման ձգվելով, կարող են փաթաթվել պտղի տոտիկին, թաթիկին: Կարող է սեղմել պորտալարին և առաջացնել պտղի ներարգանդային մահ:

Սակավաջրության ժամանակ, արգանդի պարանոցի 2-4 սմ բացման պայմաններում, պետք է պատռել պտղապարկը և հեռացնել պտղապարկը պտղի գլխի վրայից, որի շնորհիվ ծննդաբերական կծկանքներն ավելի են ակտիվանում, դառնում են էֆեկտիվ և պարանոցը աստիճանաբար սկսում է բացվել:

ՊՏԱՊԱՐԿԻ ՎԱՂԱԺԱՄ, ՎԱՂ ԵՎ ՈՒՇԱՑԱԾ ՊԱՏՈՒԽ

Նորմայում պտղապարկը պետք է պատռվի պարանոցի լրիվ կամ, գրեթե լրիվ բացման ժամանակ: Տարբերում ենք պտղապարկի վաղաժամ պատռում, եթե պտղապարկը պատռվում է մինչև ծննդաբերական գործունեությունը սկսվելը: Պտղապարկի վաղ պատռում, երբ

ծննդաբերական կծկանքները սկսվել են, բայց չկա արգանդի պարանոցի լրիվ բացում:

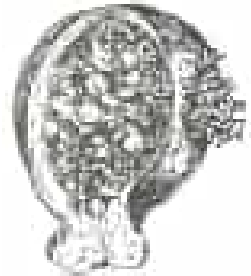
Պտղապարկի ուշացած պատռում, երբ պարանոցի բացումը լրիվ է, բայց պտղապարկը չի պատռվում: Երբեմն կարիք է լինում պտղապարկը պատռել արհեստական: Սա լինում է ամուր պտղապարկի ժամանակ:

ԲՇՏԻԿԱՅԻՆ ԶԱՆԳՎԱԾ

Սա պտղաձվի հիվանդություն է, որը բնորոշվում է խորիոնի թավիկների էպիթելային բջիջների գերաճով, երբ խորիոնի թավիկները վերածվում են բշտերի՝ լցված թափանցիկ հեղուկով: Բշտերը լինում են ցորենի հատիկի մեծությունից մինչև բալի կորիզի մեծության, նման խաղողի ողկույզի:

ԱՌԱՋԱՅՄԱՆ ՊԱՏՃԱՌՆԵՐԸ

Որոշ հեղինակներ գտնում են, որ պատճառը մոր՝ տարբեր ինֆեկցիոն հիվանդություններն են, իսկ ոմանք էլ գտնում են, որ դա առաջանում է ձվարանների ֆունկցիայի խանգարումից, որին մասնակցում է ամբողջ հորմոնալ համակարգը:



ԴԱՄԱԿԱՐԳՈՒՄԸ

Բշտիկային զանգվածը լինում է լրիվ և ոչ լրիվ: Լրիվ, երբ խորիոնի թավիկներն ամբողջությամբ կազմափոխվում են բշտերի և մասնակի. սա զարգանում է հղիության ավելի ուշ շրջանում և ոչ բոլոր թավիկներն են կազմափոխվում: Լրիվ բշտիկային զանգվածի ժամանակ պտուղը, որպես օրենք, մահանում, քայքայվում և ներծծվում է: Սասնակիի ժամանակ պտուղը դարձյալ մահանում է, միայն շատ հազվադեպ, կարող է մնալ կենդանի, եթե ընկերքի շատ փոքր մասն է կազմափոխվում: Պտղի մահից հետո բշտիկների զարգացումը շարունակվում է և արգանդի չափերը արագ մեծանում են: Կա նաև մի այլ դասակարգում, որի ժամանակ տարբերում են բշտիկային զանգվածի 3 կլինիկա-հյուսվածքաբանական ձևեր.

1. Հասարակ կամ բարոյակ ձևը, երբ չկա բջիջների կազմափոխում և պրոլիֆերացիա:
2. Պոտենցիալ չարորակ, երբ առկա է խորիոնալ էպիթելի հիպերպլազիա և անապլազիա (կազմափոխում):
3. Չարորակ ձևը:

ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Արգանդի չափերը չեն համապատասխանում հղիության չափերին: Արգանդն իր չափերով լինում է ավելի մեծ, քան պետք է լինի հղիության տվյալ ժամկետում:

1. Պտղի խաղը կինը չի զգում, չի լսվում պտղի սրտի բաբախը և պտղի մասերը չեն շոշափվում:
2. Արյունահոսություն արգանդից, որն սկսվում է հղիության առաջին ամիսներից և շարունակվում է հետագա ամիսներին՝ մեկ քիչ, մեկ էլ՝ ավելի առատ: Երբեմն արյան հետ դուրս են գալիս բշտիկներ: Երկար արյան կորստից զարգանում է անեմիա:
3. Բշտիկային զանգվածի ժամանակ շատ հաճախ լինում են վաղ և ուշ հեստոգներ:
4. Բշտիկային զանգվածի ժամանակ բշտիկային հյուսվածքը պարունակում է ավելի մեծ քանակությամբ խորիոնալ գոնադոտրոպին, քան նորմալ հղիության ժամանակ խորիոնի թավիկները:

Ախտորոշումը հաստատվում է էխոսկոպիկ քննությամբ: Բացի վերը նշված կլինիկական և էխո տվյալներից, նշանակություն ունի արյան և մեզի մեջ խորիոնալ գոնադոտրոպիտի որոշումը, որի քանակը լինում է բարձր: Հղիության առկայության հաստատման համար դրվում է նաև իմունոլոգիական փորձը՝ առարկայական ապակու վրա:

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱԿԱՆ ՏԱԿՏԻԿԱՆ

Մինչև հղիության 12 շաբաթը կատարվում է արգանդի խոռոչի դատարկում բշտիկային զանգվածից՝ վակուում ասպիրացիայի միջոցով, որից հետո բուրջ կյուրետով արգանդի պատերի

ամբողջականության ստուգում, իսկ հետագա օրերին կատարվում է արգանդի խոռոչի քերում և քերուկի հյուսվածքաբանական քննություն: 12 շաբաթից ավելի մեծ հղիության դեպքում նշանակվում արգանդը կրճատող պրեպարատներ (օքսիտոցին, մեթերգին, պիտուիտրին, էնգոպրոստ և այլն) բշտիկների շերտազատման և արգանդի խոռոչից դրանց դուրս մղման նպատակով:

Ուժեղ արյունահոսության և արգանդի պարանոցի բացման պայմաններում, կատարվում է զանգվածի հեռացում: Բարորակ ձևի ժամանակ նշանակվում է մետոտրեքսատային բուժում 2-3 կուրս: Դետրուկտիվ ձևի ժամանակ տարվում է քիմիոթերապիա: Այն կանանց, որոնք տարել էին բշտիկային զանգված, կանանց կոնսուլտացիայում պահում են դիսպանսեր հսկողության տակ 2-6 տարի: Առաջին 2 ամիսների ընթացքում, շաբաթը 2 անգամ, իսկ հետագայում՝ ամիսը 1 անգամ, մեզի մեջ որոշվում է խորիոնալ գոնադոտրոպինի քանակը: Նորմալ ընթացքի դեպքում, բշտիկային զանգվածը հեռացնելուց 3 շաբաթ անց, մեզում խորիոնալ գոնադոտրոպին չի հայտնաբերվում:

Բշտիկային զանգվածի բարդություններից է.

1. Երբ բշտիկները թափանցում են արգանդի մկանային շերտի հաստության մեջ, անցնում են դեպի որովայնի խոռոչ, առաջացնելով արգանդի պերիտոնալ:
2. Շատ ծանր կլինիկական ընթացք ունի բշտիկային զանգվածից առաջացած չարորակ նորագոյացությունը՝ խորիոնէպիթելիոման, որը կարող է տեղակայվել՝

Ա) պտղաձվի իմպլանտացիայի տեղում՝ արգանդում, փողերում, ձվարաններում:

Բ) Հեմատոգեն ճանապարհով անցնել հեշտոց, թոքեր և այլ օրգաններ:

Գ) Մետաստազներ հարևան օրգաններ (միզապարկ, աղիներ, մեծ ճարպոն):

Խորիոնէպիթելիոման արագ աճող չարորակ ուռուցք է՝ կարմրակապ- տավուն գույնի, որը արագ տալիս է մետաստազներ և նայած որ օրգանում է տեղակայված մետաստազը, առաջանում է տվյալ օրգանին բնորոշ կլինիկական պատկեր, թոքերում՝ հազ, արյունախիտում, ջերմության բարձրացում, հեշտոցում՝ արյունաթարախային արտադրություն:

ԲՈՒԺՈՒՄԸ տարվում է ինչպես չարորակ նորագոյացությունների ժամանակ- քիմիաթերապիա մետոտրեքսատ՝ մերկապտոպուրինի հետ: Լավ էֆեկտ է ստացվում մետոտրեքսատ + ակտինոմիցին Դ-ի հետ: Սահմանվում է դիսպանսեր հսկողություն 5 տարի:

**ԱՐՅԱՆ ՌԵԶՈՒՄ ԲԱՑԱՍՍԱԿԱՆ ՊԱՏԿԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՄԲ ԿԱՆԱՆՑ
ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՄԱՆ ՄԿՁԲՈՒՆՔՆԵՐԸ:
ՌԵԶՈՒՄ ԿՈՆՖԼԻԿՏ**

Ռեզուս գործոնը հայտնագործել է Լայն Շտեյները 1940 թ. ռեզուս-մակակուս կապիկների մոտ: Այն սպիտակուցային նյութ է, որը գտնվում է հիմնականում արյան էրիթրոցիտներում: Դա կոչվում է ռեզուս Դ անտիգեն: Այն մարդիկ, որոնց արյան էրիթրոցիտներում կա այդ անտիգենը, կոչվում են ռեզուս դրական արյուն ունեցող մարդիկ: Մարդկության 87 տոկոսը ռեզուս դրական է, իսկ երբ արյան մեջ բացակայում է ռեզուս Դ անտիգենը, արյունը համարվում է ռեզուս բացասական:

Ռեզուս կոնֆլիկտ առաջանում է այն դեպքում, երբ ռեզուս բացասական արյուն ունեցող հղի կնոջ օրգանիզմում զարգանում է ռեզուս դրական արյուն ունեցող պտուղ, որը ժառանգել է դրական արյուն ունեցող հորից:

Քանի որ պտղի արյան էրիթրոցիտներում գտնվող սպիտակուցային այդ նյութերն օտար են մոր օրգանիզմի համար, այդ օտար սպիտակուցի նկատմամբ մոր օրգանիզմում զարգանում են հակամարմիններ, որոնք արգանդ-ընկերքային արյան շրջանառությամբ անցնում են պտղի օրգանիզմ և առաջացնում պտղի արյան էրիթրոցիտների քայքայում՝ հեմոլիզ, որի արդյունքում պտղի մոտ զարգանում է հեմոլիտիկ հիվանդություն:

Տարբերում են հեմոլիտիկ հիվանդության հետևյալ ձևերը:

1. Այտուցային ձևը, երբ լինում է պտղի օրգանիզմի ընդհանուր այտուց, այս ձևի ժամանակ 100 տոկոսով լինում է պտղի ներարգանդային մահ:
2. Դեղնուկային ձևը
3. Անեմիկ ձևը, որի ժամանակ լինում է սակավարյունություն:

Կան նաև արյունահոսական և խառը ձևերը, որոնք հազվադեպ հանդիպող ձևեր են:

Ռեզուս-բացասական արյան պատճառով, կնոջ օրգանիզմը սենսիբիլիզացվում է, դառնում գերզգայուն: Այս իզոիմունիզացիան լինում է թե՛ արգանդային, և թե՛ արտարգանդային հղիության ընդհատումից հետո: Նման իմունիզացիա լինում է մոր և պտղի արյան խմբային անհամատեղելիության դեպքում, երբ մոր մոտ արյան խումբը 0/1/ է, պտղի մոտ A(II) և B(II):

Հակառեզուս և խմբային այս հակամարմինները՝ հղի կնոջ արյունից անցնում են պտղին, պտղի արյան էրիթրոցիտների հետ մտնում են ռեակցիայի մեջ, զարգանում է պտղի էրիթրոցիտների հեմոլիզ և օրգանիզմում առաջանում է անուղղակի տոքսիկ բիլիռուբին: Սրանով է պայմանավորված և պտղի սակավարյունությունը և հեմոլիտիկ հիվանդության դեղնուկային ձևը, երբ լինում է օրգանիզմի թունավորումը:

Օրգանիզմի ընդհանուր թունավորման արդյունքում բարձրանում է արյան անոթների թափանցիկությունը և զարգանում է ընդհանուր այտուց՝ ջրզոռություն (հեմոլիտիկ հիվանդության այտուցային ձևը): Առաջին հղիության ժամանակ, սովորաբար, ռեզուս հակամարմիններ չեն հայտնաբերվում կամ նրանց տիտրը ցածր է: Այդ իսկ պատճառով հաճախ առաջին և երկրորդ երեխաները կարող են ծնվել առողջ: Հետագա հղիությունների ընթացքում հակամարմինների տիտրը բարձրանում է և հանգեցնում է հեմոլիտիկ հիվանդության առաջացման: Ռեզուս-բացասական արյամբ հղիների մոտ հաճախ առաջանում են վիժումներ, պտղի զարգացման արատներ, վաղաժամ ծննդաբերություն:

Երբ հղի կինն առաջին անգամ այցելում է կանանց կոնսուլտացիա արյան քննությամբ որոշվում է արյան խումբը և ռեզուս պատկանելիությունը: Եթե պարզվում է, որ հղին ռեզուս-բացասական է, պետք է որոշել ռեզուս հակամարմինների տիտրը: Տիտրը դա արյան շիճուկի այն նվազագույն քանակությունն է, որի դեպքում նա դեռ կարող է ազդեցություն ունենալ էնթալեկ ռեզուս դրական էրիթրոցիտներին:

Հակամարմինների տիտրը կարող է լինել 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:64 և այլն: Եթե կնոջ արյան մեջ հայտնաբերվում են հակամարմիններ, ուրեմն հղին իմունիզացված է:

Հակառեզուս հակամարմինների տիտրը որոշվում է հղիության ընթացքում մի քանի անգամ՝ 20, 24, 28 շաբաթներում: Եթե հայտնաբերվում են հակամարմիններ, շարունակում են ստուգել նաև 32, 36, 40 շաբաթական ժամկետներում: Իմունիզացիայի

կանխարգելման նպատակով, կատարվում է անտի Դ իմունոգլոբուլին, որը կոչվում է Ռոգամ, որի մեկ դեղաչափը 300 միկրոգրամ է:

Հետծննդյան շրջանում՝ առաջին 72 ժամերի ընթացքում, կրկին կատարվում է Ռոգամ (մեկ դեղաչափի):

Ռեզուս բացասական պատկանելությամբ այն կանայք, որոնք անամնեզում ունեցել են ինքնաբեր կամ արհեստական վիժում, արտարգանդային հղիություն, նշանակում են կես դեղաչափ՝ 150 միկրոգրամ Ռոգամ (անտի Դ իմունոգլոբուլին): Այս հղիները բարձր ռիսկի հղիներ են: Հղիության ընթացքում երեք անգամ կատարվում է 10 օր բուժում՝ գլյուկոզա 40 տոկոս, 20,0 վիտամին C, սիգետին 2,0, կոկարբոքսիլազա, երկաթի պրեպարատներ:

Եթե հետազոտություններից պարզվում է, որ կա ներարգանդային պտղի հեմոլիտիկ հիվանդություն, անհրաժեշտ է շտապ ավարտել ծննդաբերությունը՝ հղիության 37-38 շաբաթում, ցանկալի է՝ բնական ճանապարհով: Եթե, միաժամանակ, կինն ունի բարդացած մանկաբարձական անամնեզ, ապա ծննդալուծում են 35-36 շաբաթական ժամկետում: Ծննդաբերության ժամանակ պրոֆիլակտիկ միջոցներ է կիրառվում պտղի հիպօքսիայի դեմ, իսկ ծնվելուց անմիջապես հետո՝ առանձնացնում են մորից:

ՎԻԺՈՒՄ

Հղիության ընդհատումը մինչև 22 շաբաթականը կոչվում է վիժում: Եթե վիժումը տեղի է ունենում մինչև 16 շաբաթը, կոչվում է վաղ վիժում, իսկ եթե վիժումը տեղի է ունենում 16-22 շաբաթվա ընթացքում, կոչվում է ուշացած վիժում:

Վիժումը լինում է ինքնուրույն և արհեստական: Ինքնուրույն վիժումը տեղի է ունենում անկախ կնոջ կամքից և եթե ինքնուրույն վիժումը կրկնվում է երկու և ավելի անգամ, կոչվում է սովորության վիժում:

ԱՐՀԵՍՏԱԿԱՆ ՎԻԺՈՒՄ-տեղի է ունենում կնոջ կամքով, հիվանդանոցային պայմաններում: Հղիության արհեստական ընդհատումը կատարվում է հղիության մինչև 12 շաբաթը:

Արհեստական վիժում կատարելիս անհրաժեշտ է պահպանել ասեպտիկայի և անտիսեպտիկայի կանոնները:

Եթե արհեստական վիժումը կատարվում է ոչ հիվանդանոցային պայմաններում, կոչվում է կրիմինալ կամ սեպտիկ վիժում:

ԻՆՔՆՈՒՐՈՒՑՆ ՎԻՇՄԱՆ ՊԱՏՃԱՌՆԵՐԸ

1. Սուր և խրոնիկ ինֆեկցիոն (հատկապես բարձր ջերմությամբ ընթացող) հիվանդությունները:
2. Օրգանիզմի ծանր ինտոքսիկացիան:
3. Սեռական օրգանների թերզարգացումը:
4. Սեռական օրգանների զարգացման արատները:
5. Տրավմաներ (հարված որովայնին, վայր ընկնել):
6. Օրգանիզմի վրա թունավոր նյութերի ազդեցությունը – արտադրական թունավոր նյութերի, ալկոհոլի, նարկոտիկ նյութերի, նիկոտինի ազդեցությունը:
7. Ռադիացիան և ռենտգեն ճառագայթների ազդեցությունը:
8. Միրո-անոթային, երկկամային, հիպերտոնիկ հիվանդություններ, շաքարային դիաբետ, անեմիա և այլ ծանր հիվանդություններ:
9. Ռեզուս կոնֆլիկտ:
10. Ներվային ծանր ստրեսներ, փսիխիկ տրավմաներ, նեյրոէնդոկրին խանգարումներ:
11. Պարանոցային անբավարարություն- երբ նախորդ հղիության ժամանակ, օպերատիվ միջամտությամբ ավարտված ծննդաբերությունից, վնասվել են պարանոցի մկանային էլեմենտները: Նույնը կարող է լինել նաև հղիության արհեստական ընդհատման ժամանակ, պարանոցի ներքին օղի կամ արգանդի իսթմիկալ հատվածի մկանային էլեմենտների վնասման դեպքում, որի հետևանքով պարանոցի խողովակի ներքին օղը մնում է բաց: Սա կոչվում է է իսթմիկո-ցերվիկալ անբավարարություն: Տարբերում են նաև բնածին իսթմիկո-ցերվիկալ անբավարարություն:
12. Մանկի ռեծիմի խախտումներ:

Կլինիկոյեն տարբերում ենք վիժման հետևյալ շրջանները.

- Ա) Սպառնացող վիժում
- Բ) Սկսվող վիժում
- գ) Վիժում ընթացքի մեջ
- Դ) Թերի վիժում
- Ե) Լրիվ վիժում

Ուշ վիժումները, մեծ մասամբ, ընթանում են ծննդաբերության ձևով - պարանոցը հարթվում է, բացվում, արտահոսում են պտղաջրերը, ծնվում է պտուղը, որից հետո՝ ընկերքը:

ՄԱՍՈՆՍՅՈՂ ՎԻՃՈՒՄԸ

Բնորոշվում է նրանով, որ կնոջ մոտ առաջանում են կծկանքային բնույթի ցավեր աճուկային և գոտկային շրջաններում: Արգանդի պարանոցը փակ է, չկա արյունային արտադրություն: Այսպիսի հղիներին պառկեցնում են հղիների պաթոլոգիայի բաժանմունքում և տանում են հղիությունը պահպանող բուժում (պրոգեստերոն, տուրինալ, պապավերին, գյուկոգա, վիտամիններ): Հղիությունը հնարավոր է պահպանել:

ՄԿՄՎՈՂ ՎԻՃՈՒՄ

Կծկանքային ցավերից բացի, կա նաև արյունային արտադրություն: Արգանդի պարանոցը բաց է թողնում մատի ծայրը: Սկսվող վիժման ժամանակ հնարավոր է պահպանել հղիությունը: Բացի վերը նշված բուժումից, նշանակվում է արյունականգ միջոցներ վիկասոլ, դիցինոն և այլն:

ՎԻՃՈՒՄ ԸՆԹԱՅՔԻ ՄԵՋ

Բնորոշվում է նրանով, որ պտուղն ամբողջությամբ պոկված է արգանդի պատից, բայց գտնվում է արգանդի խոռոչում, բնական է, որ հղիությունը՝ պահպանել հնարավոր չէ: Պետք է կատարել արգանդի խոռոչի քերում:

ԹԵՐԻ ՎԻՃՈՒՄ

Մրա ժամանակ պտղաձվի մի մասը դուրս է եկել արգանդի խոռոչից, իսկ մի մասը գտնվում է արգանդի խոռոչում: Լինում է շատ ուժեղ արյունահոսություն: Արգանդի պարանոցը բաց է, լուսանցքում շոշափվում է պտղաձվի մնացորդը:

Թերի վիժման ժամանակ մանկաբարձական տակտիկան է շտապ կատարել արգանդի խոռոչի քերում, և պտղաձվի մնացորդի հեռացում:

ԼՐԻՎ ՎԻԺՈՒՄ

Բնորոշվում է նրանով, որ պտուղը ընկերքի հետ միասին ամբողջությամբ դուրս է գալիս արգանդի խոռոչից և արգանդը կրճատվում է, արյունահոսությունը դադարում:

ՊՏՂԻ ՀԵՏԱՃՈՒՄ

Ինքնուրույն վիժման ժամանակ կարող է պտղաձուն մահանալ և մնալ արգանդի խոռոչում, սա խոսում է չկայացված վիժման մասին - Missed abortion, սա լինում է հազվադեպ, երբ լրիվ թուլացած է արգանդի կծկողական ֆունկցիան՝ նեյրո-էնդոկրին ռեգուլյացիայի խանգարման հետևանքով:

Մահացած պտղաձուն կարող է շատ երկար մնալ արգանդի խոռոչում, եթե ոչ մի օգնություն ցույց չտրվի: Մահացած պտուղը, ընկերքը և պտղաթաղանթները ենթարկվում են նեկրոզի, ինքնալուծման (աուտոլիզ) երբեմն՝ մացերացիայի: Այսպիսի պտուղը արագությամբ պետք է հեռացվի արգանդի խոռոչից ընկերքի և թաղանթների հետ միասին:

ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ

Արգանդը դադարում է աճել, որից արգանդն իր չափերով լինում է ավելի փոքր, քան պետք է լիներ հղիության տվյալ ժամկետում, հղիության բոլոր նշաններն անհետանում են, կնոջ ինքնազգացումը վատանում է (գլխացավեր, բերանում տհաճ համ): Կարող է լինել նաև քսվող բնության արյունային արտադրություն: Էխոսկոպիկ քննությամբ հայտնաբերվում է ձևափոխված պտղաձուն: Հղիության վաղ շրջանում պետք է շատ զգուշությամբ կատարել արգանդի խոռոչի քերում, քանի որ արգանդի պատին հետաճած պտղաձուն ամուր է կաշում և անզգուշության դեպքում կարող է ծակվել արգանդը: Բացի այդ, քերելու ժամանակ կարող է առաջանալ շատ ուժեղ արյունահոսություն: Հղիության ուշ շրջանում՝ հետաճած և մահացած պտղի դեպքում, պետք է խթանել արգանդի կծկողական ֆունկցիան:

Արհեստական վիժում կատարելու իրավական իրավունքը պատկանում է կնոջը, սակայն դա թույլատրվում է կատարել մինչև է հղիության 12 շաբաթը: Արհեստական վիժումը հղիության ուշ շրջաններում կատարվում է կնոջ ծանր հիվանդությունների ժամանակ բժշկական ցուցումով (սիրտ-անոթային համակարգի

հիվանդությունները, որոնք ընթանում են հեմոդինամիկ խանգարումներով, երրորդ աստիճանի հիպերտոնիկ հիվանդությունը, ծանր շաքարային դիաբետը, սուր ռևմատիզմը, ակտիվ տուբերկուլոզը եւ այլն):

ՄԵՊՏԻԿ ՎԻԺՈՒՄ

Մեպտիկ վիժում կամ ինֆեկցված վիժում, սա կոչվում է նաև կրիմինալ վիժում: Առաջանում է՝ այն պատճառով, որ հղիության արհեստական ընդհատումը կատարվում է ոչ հիվանդանոցային պայմաններում, ոչ ախտահանված գործիքներով, երբ արգանդի խոռոչ են մտնում ստաֆիլակոկ, ստրեպտոկոկ, անաերոբ ինֆեկցիա (զագային գանգրենայի հարուցիչը): Ներթափանցած ինֆեկցիան լավ միջավայր է գտնում իր զարգացման համար արգանդի խոռոչում և ախտահարում է արգանդը, արգանդափողերը, ձվարանները, կոնքի որովայնամիզը և շուրջարգանդային բջջանքը:

Ինֆեկցված վիժում կարող է առաջանալ նաև այն դեպքում, երբ, թեկուզ հիվանդանոցային պայմաններում, չեն պահպանվում ասեպտիկայի և անտիսեպտիկայի կանոնները կամ արհեստական վիժում կատարվում է սեռական օրգանների բորբոքումների, թարախային արտադրության, բարձր ջերմության, ինֆեկցիոն որևէ հիվանդության ֆոնի վրա (գրիպ, թարախային անգինա, թարախակույտ և այլն):

Կախված ինֆեկցիայի տարածման աստիճանից, տարբերում են.

1. Չբարդացած ինֆեկցված վիժում, երբ բորբոքային պրոցեսը սահմանափակվում է արգանդում:
2. Բարդացած ինֆեկցված վիժում, երբ պրոցեսը դուրս է եկել արգանդի սահմաններից, բայց սահմանափակվում է փոքր կոնքի խոռոչում:
3. Մեպտիկ վիժում, երբ ինֆեկցիան տարածվում է ամբողջ օրգանիզմում:

ՎԻԺՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱՆ

Հիվանդի վիճակը խիստ ծանր է, քունը խանգարված, նշվում է ընդհանուր թուլություն, ախորժակի բացակայություն, անաշխատունակություն:

Մեռական օրգաններում՝ արգանդը նորմայից մեծ, շոշափումը խիստ ցավոտ, արտադրությունը թարախային, տհաճ հոտով, արգանդի շարժումները սահմանափակ: Արգանդավորները հաստացած, ցավոտ, կարող է առաջանալ նաև պիոսալպինգս (փողերի թարախային բորբոքում): Շշյոտկին-Բյումբերգի ախտանիշը դրական է, քանի որ ընդհանուր բորբոքային պրոցեսի մեջ ընդգրկվում է նաև որովայնամիզը: Մաշկը գունատ է, երբեմն դեղնավուն երանգով, լինում է դոդ, սարսուռ, բարձր հեկտիկ ջերմություն, պուլսի հաճախացում: Լեզուն չոր, փառակալված: Կարող են առաջանալ նաև թրոմբոֆլեբիտ, թարախային օջախներ տարբեր օրգաններում և կախված թարախային օջախի տեղակայումից, ի հայտ են գալիս կլինիկական նշաններ համապատասխան օրգանի կողմից:

ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Լայն սպեկտրի հակաբիոտիկներ, սուլֆանիլամիդային պրեպարատներ, սառը՝ որովայնին, դեզինտոքսիկացիոն միջոցներ (հեմոդեզ, ֆիզ. լուծույթ, 5% գլյուկոզա, պոլիգլյուկին, ռեոպոլիգլյուկին), դեսենսիբիլիզացնող միջոցներ (պիպոլֆեն, դիմեդրոլ, սուպրաստին), սրտային պրեպարատներ, ընդհանուր դիմադրողականությունը բարձրացնող միջոցներ (վիտամիններ, գլյուկոզա):

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱԿԱՆ ՏԱԿՏԻԿԱՆ

Եթե չկա ուժեղ արյունահոսություն, վերը նշված բուժումից հետո, երբ ջերմությունը կանոնավորվում է, կարելի է կատարել արգանդի խոռոչի քերում, իսկ եթե կյանքին սպառնացող արյունահոսություն է, կյանքի ցուցումով անհրաժեշտության դեպքում կատարվում է արգանդի խոռոչի քերում, հենց սկզբից միաժամանակ նշանակվում է համապատասխան բուժում:

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁՈՒՀՈՒ ԴԵՐԸ

1. Պայքար աբորտի դեմ
2. Բացատրական աշխատանք աբորտից խուսափելու, ընդհանրապես, և կրիմինալ աբորտներից՝ մասնավորապես:
3. Լայն բացատրական աշխատանք հակաբեղմնավորիչ միջոցներ օգտագործելու վերաբերյալ:

ՀԱԿԱԲԵՂՄՆԱՎՈՐԻՉ ՄԻՋՈՑՆԵՐ

Հակաբեղմնավորիչ միջոցները պետք է լինեն՝

1. Անվտանգ կնոջ և տղամարդու առողջության համար
2. Հուսալի և արդյունավետ
3. Հեշտ կիրառելի, էժան և մատչելի
4. Բացասաբար չազդեն սեռական հարաբերության վրա.

I. Հակաբեղմնավորման բնական միջոցներ

Հղիանալու ամենահավանական օրերին պետք է խուսափել սեռական հարաբերությունից, կամ այդ օրերին պետք է օգտագործել հակաբեղմնավորիչ միջոցներ:

II. հակաբեղմնավորիչ միջոցներ, որոնք կնոջ սեռական ուղիներում ոչնչացնում են սպերմատոզոիդներին կամ անշարժացնում նրանց: Դրանք տարբեր քիմիական միջոցներ են՝ դեղահաբերի, մածուկների, քսուքների, փոշիների, լուծույթների ձևով:

III. Մեխանիկական միջոցներ-կնոջ և տղամարդու պահպանակների(պրեզերվատիվ) միջոցով, որով կասեցվում է սպերմատոզոիդների թափանցումը հեշտոց կամ արգանդի պարանոց, իսկ կանացի պահպանակները, դրանք ռետինե թասակներ են, որոնք թույլ չեն տալիս սպերմատոզոիդները թափանցեն արգանդի պարանոց:

IV. Անավարտ սեռական հարաբերություն, որը խիստ հակաֆիզիոլոգիական է և ծանր է անդրադառնում կնոջ և տղամարդու առողջության վրա:

V. Ներարգանդային հակաբեղմնավորիչ միջոցներ :Դրանք ներարգանդային սպիրալների ներդրումն է արգանդի խոռոչ, որը խոչընդոտում է ձվաբջջի բեղմնավորմանը, կամ բեղմնավորված ձվաբջջի թափանցմանը և ներդրմանը արգանդի լորձաթաղանթ:

VI. Հորմոնալ հակաբեղմնավորիչ միջոցներ Սրանք նշանակում են խիստ անհատականորեն: Օգտագործման բարենպաստ տևողությունը 1-1,5 տարի է, է, որի ընթացքում կինը պարբերաբար պետք է հետազոտի զարկերակային արյան ճնշումը, արյան մակարդելիության համակարգը, արգանդի վզիկի և հեշտոցի լորձաթաղանթի

բջջաբանական և օնկոբջջաբանական քննությունը, կոլպոսկոպիա, կանխագեղձերի և սեռական օրգաններ վիճակը:

Օգտագործվում են տարբեր հորմոնալ դեղահաբեր, դաշտանային ցիկլի 5-25 օրը ամեն օր:

ՎԱՂԱԺԱՄ ԾՆՆՂԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ

Վաղաժամ ծննդաբերությունը բնորոշվում է նրանով, որ ծննդաբերությունը տեղի է ունենում 22 շաբաթից մինչև 37 շաբաթը, նորածինը կոչվում է կանխածին: Քաշը ոչ պակաս 1 կգ-ից, իսկ հասակը ոչ պակաս 35 սմ-ից և նորածինը համարվում է կենսունակ: Որքան ծննդաբերությունը մոտենում է 37 շաբաթին, այնքան պտուղն ավելի կենսունակ է լինում: Այժմ վաղաժամ ծննդաբերության սահմանը համարվում է 22 շաբաթից 35-36 շաբաթը:

ՊԱՏՃԱՌՆԵՐԸ

1. Սուրև խրոնիկ ինֆեկցիոն հիվանդությունները
2. Օրգանիզմի ծանր ինտոքսիկացիան
3. Սեռական օրգանների զարգացման արատները
4. Թերզարգացած արգանդը
5. Հղիության 2-րդ կեսի հեստոզները
6. Իսթմիկո-ցերվիկալ անբավարարությունը
7. Բազմապտուղ հղիություն, գերջրություն, սակավաջրություն, պտղաջրերի վաղ արտահոսք, պտղի ոչ ճիշտ դրություններ, առաջադիր ընկերք և այլն:
8. Արտադրական և այլ թունավոր նյութերի ազդեցությունը
9. Նարկոտիկ նյութեր, ալկոհոլ, նիկոտին
10. Ռադիացիան, ռենտգեն ճառագայթների ազդեցությունը
11. Սուր ծանր հիվանդությունները
12. Ռեգուս կոնֆլիկտ, իզոանտիգենային անհամատեղելիություն
13. Ներվային ծանր ստրեսներ, փսիխիկ տրավմաներ, նեյրո- էնդոկրին խանգարումներ
14. Տարբեր դեղորայքների օգտագործումը
15. Մննդի ռեժիմի խանգարումները

Վաղաժամ ծննդաբերությունը ընթանում է ինչպես սովորական ժամկետային ծննդաբերությունը, այսինքն սկսվում են ծննդաբերական կծկանքները, պարանոցը հարթվում է, բացվում և ծննդաբերությունն ավարտվում է:

Վաղաժամ ծննդաբերությունն ունի իր առանձնահատկությունները: Քանի որ նեյրո-էնդոկրին և նեյրո-ռեֆլեկտոր մեխանիզմները դեռ նախապատրաստված չեն ծննդաբերությանը, ուստի, շատ հաճախ, լինում է ծննդաբերական գործունեության թուլություն և ձգձգված ծննդաբերություն: Սրան նպաստում է նաև պտղաջրերի վաղաժամ և վաղ արտահոսքը: Վաղաժամ ծննդաբերության ժամանակ հաճախ լինում են միջաձիգ և թեք դրություններ, կոնքային առաջադրություն որի հետևանքով բարդանում է ծննդաբերության ընթացքը: Վաղաժամ ծննդաբերության ժամանակ հաճախ լինում է արյունահոսություն ընկերքային և վաղ հետծննդյան շրջաններում: Արյունահոսության հիմնական պատճառը դա արգանդի հիպոտոնիան է: Հիպոտոնիայի հետևանքով խանգարվում է ընկերքի անջատման նորմալ ֆիզիոլոգիական պրոցեսը, որի պատճառով ընկերքի անջատումը արգանդի պատից ճիշտ և ժամանակին չի լինում ու պատճառ է դառնում ընկերքային շրջանի արյունահոսության: Բացի այդ, հիպոտոնիայի հետևանքով կարող է ընկերքի կտոր մնալ արգանդի խոռոչում և պատճառ դառնալ վաղ հետծննդյան շրջանի արյունահոսության: Արգանդի հիպոտոնիան ինքնին պատճառ է դառնում արյունահոսության՝ վաղ հետծննդյան շրջանում:

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱԿԱՆ ՏԱԿՏԻԿԱՆ

Վաղաժամ ծննդաբերության աննշան նշաններ հայտնաբերելիս կանանց կոնսուլտացիայի մանկաբարձուհին պարտավոր է կնոջը շտապ ուղարկել 'ծննդատան' հղիների պաթոլոգիայի բաժանմունք, որտեղ առաջնային խնդիրն է՝ թուլացնել արգանդի մկանների տոնուսը, որքան հնարավոր է պահպանել հղիությունը: Այդ նպատակով նշանակվում է անկոդինային ռեժիմ, բրոմի պրեպարատներ, վալերիանա, տրիօքսագին, վիտամիններ A,B,C խմբերի, պարտոուսիստեն 0,5 մգ ն/ե 250,0-400,0 ֆիգ. Լուծույթով:

Արգանդի մկանների գրգռողականությունը թուլացնելու նպատակով, կատարվում է մագնեզիումի սուլֆատի 25 % լուծույթ 10-15մլ միջմկանային, պապավերինի, ինդոմետացինի մումեր: Վերջին ժամանակներս մեծ հաջողությամբ կիրառվում է ասեղնաբուժությունը: Վաղաժամ ծննդաբերության ժամանակ պտղի թոքային հյուսվածքի զարգացման համար նշանակում են նաև դեքսամետազոն, որպեսզի անհաս նորածնի մոտ չառաջանա սուր թոքային անբավարարություն:

Իսթմիկո-ցերվիկալ (պարանոցային) անբավարարությունը առաջանում է արգանդի պարանոցի ներքին օղի շրջանի շրջանաձև մկանների վնասումից՝ կոպիտ կատարված աբորտների կամ օպերատիվ միջամտությունների ժամանակ: Շրջանաձև մկանների վնասման հետևանքով, արգանդի նեղուցային հատվածը կորցնում է իր կրճատման հատկությունը և արգանդի ներքին բացվածքը (ներքին օղը) մնում է բաց և պտղաձուռն, հենարան չունենալով, իջնում է ցած, դեպի արգանդի պարանոցը և առաջանում է վիժում: Իսթմիկո-ցերվիկալ անբավարարության ժամանակ հաճախ լինում է ուշ վիժում կամ վաղաժամ ծննդաբերություն: Սրանից խուսափելու համար, հղիության ընթացքում արգանդի պարանոցի ներքին օղի շրջանում դրվում է շրջանաձև կար, որը հանվում է ծննդաբերության ժամանակ: Ծննդաբերական գործունեությունը սկսվելու պահից, վաղաժամ ծննդաբերությամբ կնոջը տեղափոխում են նախաձնարան և ամբողջ բացման շրջանում հետևում են կնոջ ընդհանուր վիճակին, ծննդաբերական գործունեությանը, կծկանքների բնույթին, պտղի սրտի բաբախին:

Անհրաժեշտ են պրոֆիլակտիկ միջոցներ՝ պտղի ներարգանդային հիպօքսիայի դեմ:

Պտղաջրերի վաղաժամ և վաղ արտահոսքի դեպքում, ինֆեկցիայի ներթափանցումից առաջացող բարդությունները կանխելու համար, նշանակվում են անտիբիոտիկներ (ամպիցիլին):

Արտամղման շրջանում պտղի արագ դուրս գալը կանխելու համար կատարվում է պուլզենտալ անզգայացում, շատ զգուշությամբ պետք է պաշտպանել գլուխը ապախոնարիում կատարելիս, որպեսզի գլուխը տրավմայի չենթարկվի:

Վաղաժամ ծննդաբերության ժամանակ անհրաժեշտ է կատարել նաև շեքահատում պտղի գլուխը տրավմայի չենթարկելու համար:

Բացի այդ, վաղաժամ ծննդաբերության ժամանակ ծննդաբերական ուղիները նախապատրաստված չեն ծննդաբերության և հաճախ առաջանում են փափուկ հյուսվածքների պատռվածքներ:

Վաղաժամ ծննդաբերությամբ ծնված նորածինները պետք է լինեն հատուկ հսկողության տակ և կարիք ունեն առանձնահատուկ խնամքի:

ԱՐՇԵՍՏԱԿԱՆ ՎԱՂԱԺԱՄ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ

Մոր ծանր հիվանդությունների կամ հղիության բարդությունների, ծնար հեստոզների դեպքում, երբեմն կարիք է լինում դիմել արհեստական, վաղաժամ ծննդաբերության՝ ծննդաբերական գործունեության արհեստական դրդման միջոցով: Եթե ծննդաբերական գործունեություն չի զարգանում և կնոջ վիճակը շատ ծանր է, կատարվում է Կեսարյան հատում:

ԺԱՄԿԵՏԱՆՑ ՀՂԻՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՇԱՅԱԾ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ

42 և ավելի շաբաթական հղիությունը կոչվում է ժամկետանց հղիություն, իսկ ծննդաբերությունը՝ ուշացած ծննդաբերություն: Որոշ հեղինակներ գտնում են, որ 41 շաբաթից ավելի հղիությունը համարվում է ժամկետանց:

ԱՌԱՋԱՑՄԱՆ ՊԱՏՃԱՌՆԵՐԸ

1. Նեյրո-էնդոկրին ռեգուլյացիայի խանգարումները, երբ խանգարված է ներվային և էնդոկրին համակարգի նորմալ ռեգուլյացիան, որը հաճախ լինում է թերզարգացման, վիժումների, բորբոքային հիվանդությունների ժամանակ:
2. Խանգարված է նորմալ ծննդաբերություն առաջացնող ֆակտորների գործունեությունը, երբ պրոգեստերոնը գերակշռում է էստրոգեններին՝ հատկապես էստրիոլի, էստրադիոլի քանակին, երբ օրգանիզմում պակաս է կալցիումի, ացետիլ խոլինի և այլ կենսաբանական ակտիվ նյութերի քանակը:
3. Որոշակի նշանակություն ունի արգանդի զրգոողական և կծկողական ֆունկցիայի խանգարումը և, հաճախ, ժամկետանց հղիությունը լինում է մածահասակ առաջնածինների մոտ:

4. Ժամկետանց հղիության առաջացման նպաստող ֆակտոր է նաև պտղի զարգացման դանդաղումը և այս դեպքում հղիության երկարումը նպաստում է դանդաղ զարգացող պտղի հասունացմանը:
5. Էնդոկրին փոխանակության խանգարման հիվանդությունների՝ շաքարային դիաբետի, ճարպակալման, մակերիկամների դիսֆունկցիայի ժամանակ: Ժամկետանց հղիությունը մեծ վտանգ է ներկայացնում հատկապես պտղի համար: Շատ բարձր է պերինատալ մահացության տոկոսը:

ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Կանանց կոնսուլտացիայում պետք է ժամանակին ախտորոշել ժամկետանց հղիությունը: Ախտորոշումը դրվում է ելնելով վերջին դաշտանի, պտղի առաջին շաբաթան ժամկետից, 15 օրը մեկ անգամ կատարվող պարբերական ստուգումների և էխոսկոպիկ քննության տվյալներից: Եթե կասկած կա ժամկետանց հղիության՝ անմիջապես պետք է ուղարկել ծննդատուն:

ԿԼԻՆԻԿԱԼ

Կարևոր ախտանիշներից է որովայնի շրջագծի փոքրացումը պտղի հեղուկային մասերի ներծծման և պտղաջրերի քանակի զգալի պակասելու հետևանքով: Պտուղը լինում է գերհասուն, գլխի չափերը մեծ, ոսկրերն ամուր, կարանները և գաղթունները փոքրացած, նեղացած: Գլուխը կոնֆիգուրացիայի համարյա չի ենթարկվում: Ծնվելուց նորածնի մաշկը դեղնականաչավուն է, չոր, պանրանման ճարպը մաշկի վրայից բացակայում է, թաթիկների, տոտիկների, աճուկային ծալքերի շրջանում կան տեղ-տեղ մացերացիայի ենթարկված օջախներ:

Ընկերքը ենթարկվում է սկլերոտիկ փոփոխությունների, ծերանում է, կորցնում իր նորմալ ֆունկցիան, անհրաժեշտ քանակով չեն արտադրվում էստրիոլ, էստրադիոլ, կենսաբանական ակտիվ նյութեր, թուլանում է թթվածնի մատակարարումը պտղին, առաջանում է թթվածնային քաղց: Առաջանում են ինֆարկտի օջախներ ընկերքում, քանի որ ինքը վատ է սնվում, լինում են թափիկների դիստրոֆիկ փոփոխություններ, որի հետևանքով բնական է, որ ավելի կյուրանա պտղի հիպօքսիան:

Քանի որ պտղաջրերը մեկոնյումախառն են, կանաչվուն, մեկոնյումով ներծծվում են նաև պորտալարը, պտղաթաղանթները և նրանք ևս դառնում են կանաչավուն:

ՀԴԻՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔԸ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄԸ

Ժամկետանց հղիության ժամանակ հաճախ առաջանում են հղիության 2-րդ կեսի հեստոզներ: Եթե առաջանում է պտղի ներարգանդային մահ, կնոջ մոտ լինում է արտահայտված ինտոքսիկացիա, ընդհանուր թուլություն, անաշխատունակություն, անքնություն, դեպի ցած ձգվող ցավեր որովայնում, տհաճ հոտ բերանում և այլն:

ԾՆՆՂԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔԸ

Ծննդաբերության առաջին շրջանում առաջանում են մի շարք բարդություններ.

1. Պտղաջրերի վաղ արտահոսք:
2. Ծննդաբերական ուժերի թուլություն, ձգձգված ծննդաբերություն, ձգձգվում է պարանոցի բացման պրոցեսը:
3. Պտղաջրերի վաղ արտահոսքի, հետևանքով ինֆեկցիայի ներթափանցում:
4. Պտղի ներարգանդային հիպոքսիա, ասֆիքսիա, ներարգանդային մահ:

Արտամղման շրջանում առաջանում է նաև ճիգերի թուլություն, ձգձգվում է արտամղման շրջանը, և, քանի որ պտղի գլուխը չի կարողանում լրիվ կոնֆիգուրացիայի ենթարկվել, առաջանում են ծննդաբերական փափուկ ուղիների պատվածքներ: Նորածինները ծնվում են ասֆիքսիայով և ծննդաբերական տրավմայով: Քանի որ խանգարված է արգանդի կծկողական ֆունկցիան ընկերքային և վաղ հետծննդյան շրջաններում լինում են արյունահոսություններ:

ԾՆՆՂԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՈՒՄԸ

Խոշոր պտղի, պտղի գլխի և կոնքի անհամատեղելիության, ծննդաբերական առաջնային ուժերի կայուն թուլության, կոնքային առաջադրության ժամանակ, ոչ հասուն պարանոցի, մեծահասակ (30 տարեկան և ավելի) առաջնածինների մոտ առաջադիր ընկերքի, միջաձիգ և թեք դրությունների, սպի արգանդի վրա (նախորդ կեսարյան

հատումից, միումեկտումիայից, աբորտի ժամանակ արգանդի պերֆորացիայից կատարված վիրահատություններից հետո) ցուցված է կատարել կեսարյան հատում: Մնացած դեպքերում կատարվում է օբսիտոցինային խթանում: Եթե ծննդաբերությունը չի սկսվել, օբսիտոցինի ներարկումը, կոչվում է ոչ թե խթանում, այլ ինդուկցիա, իսկ եթե օբսիտոցինը ներարկվում է ծննդաբերական գործունեությունը սկսվելուց հետո, բայց կա ծննդաբերական գործունեության թուլություն, ապա կոչվում է խթանում, որի ամբողջ ընթացքում պետք է հետևել պտղի սրտի բաբախին: Ինդուկցիան կատարվում է 3 օր, եթե գործունեություն չի սկսվում, դարձյալ կատարվում է Կեսարյան հատում:

Եթե ինդուկցիա կատարելիս սկսվում են կծկանքներ, և 10 րոպեի ընթացքում լինում է արգանդի մկանների 3 կծկանք, ուրեմն ծննդաբերությունը սկսվել է, և ինդուկցիան համարվում է ավարտված:

Միաժամանակ, պրոֆիլակտիկ միջոցներ պետք է ձեռնարկել պտղի հիպօքսիայի դեմ: Արտամղման շրջանում, եթե կա ճիգերի թուլություն և պտղի գլուխը գտնվում է կոնքի ելքում, ծննդաբերությունն ավարտվում է արցանադրմամբ:

Ծննդաբերական փափուկ ուղիների պատռվածքից խուսափելու համար կատարվում է շեքահատում: Ընկերքային և վաղ հետծննդյան արյունահոսությունները կանխելու համար, ծննդաբերության 3-րդ շրջանը վարվում է ակտիվ դեղորայքային:

Ժամկետանց հղիությամբ և ուշացած ծննդաբերությամբ, ծնված գերհասուն նորածինները կարիք ունեն հատուկ հսկողության և խնամքի:

ԾՆՆԱԲԵՐԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԱՆՈՄԱԼԻԱՆԵՐ

Նորմալ ծննդաբերական գործունեության համար անհրաժեշտ են հետևյալ գործոնները.

1. Կծկանքների բնույթը, նրանց հաճախականությունը, ինտենսիվությունը, տևողությունը, ընդմիջումների տևողությունը:
2. Արգանդի պարանոցի հաստությունը, նրա բացման ընթացքը:
3. Պտղի աստիճանական առաջջարժումը ծննդաբերական ուղի- ներով: Ծննդաբերական գործունեության խանգարումներն արտահայտվում են 2 ձևով:

ՀԻՊՈՏՈՆՈՒՄ

1. Ծննդաբերական ուժերի՝ կծկանքների թուլություն:
2. Ծննդաբերության երկրորդային ուժերի՝ ճիգերի թուլություն:

ՀԻՊԵՐՏՈՆՈՒՄ

1. Ծննդաբերական գործունեության դիսկոորդինացիա:
2. Խիստ ուժեղ ծննդաբերական գործունեություն և արագընթաց կամ շտապ ծննդաբերություն:
3. Արգանդի տետանիա:
Ծննդաբերության առաջնային ուժերի՝ կծկանքների թուլությունն իր հերթին լինում է՝ առաջնային և երկրորդային:

ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ԹՈՒԼՈՒԹՅՈՒՆ

Երբ կծկանքները թույլ են ծննդաբերության հենց սկզբից նրանք թույլ են, կարճատև, անէֆեկտիվ, ընդմիջումները՝ երկար: Կծկանքները կարող են լինել նաև երկար, բայց թույլ և անէֆեկտիվ:

ԵՐԿՐՈՐԴԱՅԻՆ ԹՈՒԼՈՒԹՅՈՒՆ

Երբ ծննդաբերության սկզբում կծկանքները լինում են կանոնավոր, հետո թուլանում են:

Ճիգերի թուլությունը նույնպես լինում է առաջնային (երբ արտամղման շրջանի հենց սկզբից ճիգերը թույլ են) և երկրորդային (երբ սկզբում լինում են կանոնավոր, հետո թուլանում են):

ԱՌԱՋԱՅՄԱՆ ՊԱՏՃԱՌՆԵՐԸ

1. Այն բոլոր գործոնները (ֆակտորները), որոնք պատճառ են դառնում ծննդաբերության առաջացման /հղիության վերջում էստրոգենների քանակի ավելացումը, օքսիտոցինի, ակտոմիոզինի, ացետիլլիտինի, պրոստագլանդինի, կալցիումի քանակի ավելացումն օրգանիզմում, նրանց անբավարար արտադրությունը պատճառ է դառնում թուլության առաջացման:
2. Խիստ կարևոր է ներվային համակարգի վիճակը, այսինքն ներվային համակարգի խիստ զրգոյալ կամ հակառակ, ընկճված վիճակը:
3. Կնոջ էնդոկրին հիվանդությունները (ճարպակալում, շաքարային դիաբետ, թիրեոտոքսիկոզ և այլն):

4. Արգանդի զարգացման արատները (երկեղջյուր, ռուդիմենտար, թամբաձև, ինֆանտիլ):
5. Արգանդի խիստ գերլարվածություն- գերջրություն, բազմապտուղ հղիություն, խոշոր պտուղ:
6. Մեռական օրգանների բորբոքային հիվանդություններ:
7. Պտղաջրերի վաղաժամ և վաղ արտահոսք, երբ արգանդի պարանոցի ներվային վերջույթների գրգռման գործում վերանում է պտղապարկի դերը:

Ծննդաբերական ուժերի թուլության հետևանքով ձգձգվում է ծննդաբերությունը, երկարում է ծննդաբերության տևողությունը, որի հետևանքով պտղի մոտ զարգանում է հիպօքսիա, իսկ ընկերքային և վաղ հետծննդյան շրջաններում սպասվում է արյունահոսություն: Եթե թուլության հետ միասին լինում է պտղաջրերի վաղ արտահոսք, վտանգ կա նաև վարակի (ինֆեկցիայի) ներթափանցման և էնդոմետրիտի առաջացման:

Ծննդաբերական կծկանքների երկրորդային թուլություն, բացի վերը նշված պատճառներից, կարող է առաջանալ նաև նեղ կոնքերի, ապախոնարիված առաջադրությունների, պտղի ոչ ճիշտ դրությունների, ռիզիկո-չբացվող պարանոցի դեպքում: Ձգձգված ծննդաբերության ժամանակ պտղի գլուխը երկար մնում է նույն հարթակում, խանգարվում է շրջակա հյուսվածքների սնուցումը, որի պատճառով կարող են առաջանալ հետծննդյան խուղակներ:

Ծննդաբերական կծկանքների թուլության ժամանակ բացման շրջանի լատենտ փուլը, որի ժամանակ պարանոցը բացվում է մինչև 3-4 սմ և, առաջնածինների մոտ տևում է 9 ժամ, իսկ կրկնածինների մոտ՝ 6 ժամ, թուլության դեպքում կարող է ձգձգվել, առաջնածինների մոտ մինչև 15-18 ժամ, կրկնածինների մոտ մինչև 9 ժամ: Սա լինում է, եթե ժամանակից շուտ (այսինքն մինչև պարանոցի 4 սմ բացվելը) տալիս ենք ցավազրկող պրեպարատներ կամ պատռում ենք պտղապարկը:

Ակտիվ փուլը ձգձգվելիս, պետք է անպայման ճշտել, չկա՞րողյոք գլխի և կոնքի անհամատեղելիություն: Այս շրջանում պարանոցը բացվում է 4 սմ-ից մինչև 8 սմ:

Դանդաղեցման փուլում, երբ արգանդի պարանոցը բացվում է 8-10 սմ, փուլի դանդաղեցման ժամանակ առաջնածինների մոտ այս փուլը տևում է ոչ թե 1, այլ 3 ժամ, իսկ կրկնածինների մոտ, 15 րոպեի փոխարեն մինչև 1 ժամ:

Ծննդաբերության առաջնային ուժերի՝ կծկանքների թուլության դեպքում, եթե չկա պտղի գլխի և կոնքի անհամատեղելիություն, պետք է խթանել ծննդաբերությունը: Բուժման համար մեծ նշանակություն ունի ծննդաբերի

1. Սննդի ռեժիմը, ճիշտ կերակրելը
2. Միզապարկի գործունեությունը՝ ժամանակին դատարկելը
3. Աղիների գործունեությունը, մաքրող հոգնայից 10-12 ժամ անցնելուց հետո, հարկավոր է կատարել մաքրող հոգնա: Եթե ծննդաբերը հոգնած է և չկա պտղի հիպոքսիա՝ ծննդաբերական կծկանքների թուլության դեպքում շատ էֆեկտիվ է ծննդաբերին հնարավորություն տալ քնելու, այսինքն՝ տալ մանկաբարձական քուն.

 - Նո-շպա 2,0-4,0 սրսկման մ/մ կամ ն/ե
 - Պապավերին 4,0
 - Անալգին 50 տոկոս կամ Բարալգին, դիազեպամ
 - Գանգլերոն

1. Շատ լավ է Սեդուքսեն 2,0, Դրոպերիդոլ 2,0, Պրոմեդոլ 1,0
2. Էլեկտրաքուն
3. Շատ էֆեկտիվ է Մորֆին 0,015 պյուս Սեկոբարբիտալ 0,2: Եթե մորֆին չունենք, կարող ենք տալ ուրիշ նարկոտիկ Պրոմեդոլ 1,0 պյուս:

Սեկոբարբիտալ 0,2, որի շնորհիվ առաջանում է շատ լավ մանկաբարձական քուն: Սրթնանալուց հետո միացնում են ն/երակ. կաթիլային օքսիտոցին կամ պրոստագլանդին, մինչև 30 կաթիլ: Եթե կա գերջրություն և թուլություն պատռում ենք պտղապարկը և արգանդն իր չափերով փոքրանում է, մկանների գերլարվածությունն անցնում, և արգանդի մկանների կծկումները կանոնավորվում են:

ՇՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԽԹԱՆՈՒՄԸ

Խթանումն սկսում ենք պտղաջրերի արտահոսքից 6 ժամ հետո, եթե պտղաջրերը արտահոսել են վաղաժամ, չկան ծննդաբերական կծկանքներ: Ապաստում ենք 6 ժամ, որպեսզի օրգանիզմն ինքն արտադրի օքսիտոցին և եթե չի սկսվում ծննդաբերական կծկանքներ՝ մենք կսկսենք խթանումը:

Խթանումն արվում է այն դեպքում, երբ պարանոցը նախապատրաստված է ծննդաբերության, այսինքն, հասուն պարանոց է (փափկած, կարճացած, բացվածքը տեղակայված կենտրոնական և պարանոցի արտաքին օղբ բաց է թողնում մատի ծայրը): Խթանումն արվում է օքսիտոցինով, մինչև 20 կաթիլ 1 րոպեում կամ պրոստագլանդինով (մինչև 30 կաթիլ 1 րոպեում):

Օքսիտոցինը միացվում է 2 սիստեմաներով, որոնցից մեկում լցված է ֆիզ. լուծույթ 400,0, որտեղ ավելացված է 1 գրամ (5 միավոր օքսիտոցին), իսկ մյուս սիստեմայով, առանց օքսիտոցինի, գնում է ֆիզ. լուծույթ 400,0: Օքսիտոցին տրվում է 1-ին 20 րոպեում, յուրաքանչյուր 1 րոպեում 1 կաթիլ, 2-րդ 20 րոպեում 2 կաթիլ 1 րոպեում և այսպես՝ օքսիտոցինի կաթիլների թիվը հասցվում է մինչև 20-ի 1 րոպեում: Եթե խթանման 10 րոպեի ընթացքում առաջանում է արգանդի մկանների 3 կծկում, նշանակում է ծննդաբերական գործունեությունը կանոնավոր է և պետք է դադարեցնել խթանումը:

Խթանումը կարելի է կրկնել 3 ցիկլ, 10-12 ժամ տևողությամբ, 6 ժամ ընդմիջումներով: Սա կոչվում է սերիալ խթանում: Եթե գործունեությունը չի ակտիվանում 3 խթանումից հետո, պետք է մտածել Կեսարյան հատման մասին:

Խթանման ընթացքում ժամը 1 անգամ գրանցում ենք մոր զարկերակը (պուլսը), արյան ճնշումը, օքսիտոցինի ներարկման արագությունը, կծկանքների հաճախականությունը, պտղի սրտի զարկերի հաճախականությունը:

Ծննդաբերության խթանումը հակացուցված է.

1. Պտղի գլխի և կոնքի անհամատեղելության
2. Արգանդի վրա սպիի առկայության դեպքում
3. Արյունահոսության ժամանակ:

ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԵՐԿՐՈՐԴԱՅԻՆ ՈՒԺԵՐԻ ճիգերի թուլության դեպքում, եթե պտղի գլուխը գտնվում է կոնքի խոռոչում կամ ելքում, դրվում են մանկաբարձական աքցաններ, նախապես կատարելով շեքահատում:

Որովայնի առաջային պատի մկանների թուլության, որովայնի առաջային պատի ճարպակալման կամ սպիտակ գծի ճողվածքի ժամանակ, երբ կա ճիգերի թուլություն, կիրառվում է Վերբովի բինտը կամ սավանը, այսինքն, ճիգերի ժամանակ որովայնի առաջային պատին

փոփոխված սավանդակում ձևավորվում են աջ և ձախ կողմերից՝ ճիգի պահին, իսկ ճիգը թուլանալիս կամ դադարելիս (միջճիգային ընդմիջման ժամանակ) բինտի ձգումը դադարեցնում ենք: Փաստորեն, Վերբովի բինտի շնորհիվ, ամրացնում ենք որովայնի առաջային պատը:

ՇՆՆԱԲԵՐԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԴԻԱԿՈՈՐԴԻՆԱՑԻԱ

Նորմալ ընթացքով ծննդաբերական գործունեության ժամանակ արգանդի մկանների կծկանքներն սկսվում են արգանդի հատակից և տարածվում դեպի ցած, դեպի արգանդի ստորին սեգմենտ, վերից-վար ուղղությամբ:

Դիսկոորդինացիայի ժամանակ կծկանքները սկսվում են արգանդի ստորին սեգմենտից և տարածվում են դեպի վեր և կողքեր: Կծկանքները լինում են հաճախ, ինտենսիվ ցավոտ, բայց անէֆեկտիվ, այսինքն՝ պարանոցի բացման պրոցեսը և պտղի առաջադիր մասի աստիճանական առաջարժումը ծննդաբերական ուղիներով տեղի չի ունենում:

Արգանդի տարբեր հատվածները կծկվում են ոչ սիմետրիկ, լինում են քառսային կծկումներ:

Անհրաժեշտ է կերակրել ծննդաբերին, դատարկել միզապարկը, պրոֆիլակտիկ միջոցներ պտղի հիպոքսիայի դեմ և տալ մանկաբարձական քուն, քանի որ դիսկոորդինացիան մեծ մասամբ առաջանում է ծննդաբերի հոգնածության պատճառով:

Մանկաբարձական քուն չի թույլատրվում, Երբ կա արգանդի սպառնացող պատռվածքի վիճակ, արգանդային արյունահոսություն (առաջադիր ընկերք, ընկերքի վաղաժամ շերտազատում) և պտղի ներարգանդային ասֆիքսիա:

Նշանակում են նաև սպազմոլիտիկներ (Նո-Շպա, Պապավերին, Գանգլերոն, Բարալգին), արվում է նաև լիդազա-նովոկայինի հետ արգանդի պարանոցի մեջ կամ շուրջարգանդային բջջանքում, ռիզիդ պարանոցի դեպքում արվում է նաև տրիօքսազին: Շատ կարևոր է նաև պարանոցի նախապատրաստված լինելը:

ՉԱՓԻՑ ԱՎԵԼԻ ՈՒԺԵՂ ԾՆՆԴԱԲԵՐԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԱՐԱԳԸՆԹԱՑ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ

Սա առաջանում է.

- 1) Ներվային համակարգի խիստ գրգռման
- 2) Նեյրո-էնդոկրին խանգարումների, հիպերթիրեոզի ժամանակ
- 3) Նեղ կոնք, ապախոնարիված առաջադրություններ
- 4) Միջաձիգ եկթեք դրություններ, այսինքն, բոլոր դեպքերում, երբ խանգարված է պտղի առաջշարժումը:

Արգանդը կծկվում է խիստ ինտենսիվ և այս ուժեղ կծկումների պատճառով կարող է առաջանալ արգանդի սպառնացող պատռվածքի վիճակ:

Եթե կա պտղի գլխի և կոնքի համատեղելիություն, չափից ավելի ուժեղ ծննդաբերական գործունեության հետևանքով, առաջանում է արագընթաց կամ կայծակնային ծննդաբերություն, որը կարող է լինել տանը կամ շտապ օգնության մեքենայում: Ուժեղ կծկանքներից խանգարվում է արգանդ-ընկերքային արյան շրջանառությունը, որից պտղի մոտ առաջանում է հիպօքսիա-ասֆիքսիա:

Բացի այդ, պտուղն արագ դուրս գալուց, պտղի գլուխը ներարգանդային ճնշումից միանգամից ընկնում է մթնոլորտային ճնշման տակ, առաջանում է ներգանգային արյունազեղում և պտուղը ծնվում է ծննդաբերական տրավմայով: Լինում են նաև ծննդաբերական փափուկ ուղիների խորը պատռվածքներ:

ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ է ծննդաբերին պառկեցնել կողքի, հակառակ այն կողքին, որտեղ պտղի մեջքն է (այսինքն, պտղի դիրքի հակառակ կողմը), արվում է Անալգին 50% 1,0 + սպազմոլիտիկներ: Կամ տրվում է ֆտորոտանի ընդհանուր նարկոզ կամ էլեկտրաքուն:

ԱՐԳԱՆԴԻ ՏԵՏԱՆԻԱՆ լինում է ծննդաբերական ուժերի թուլության ոչ ճիշտ բուժումից և ներվային համակարգի վիճակից: Ծննդաբերական գործունեության թուլության դեպքում, ծննդաբերության խթանումը ավարտվելուց հետո, եթե չեն ակտիվանում կծկանքները, ոչ մի դեպքում չի թույլատրվում կրկնակի խթանում առանց ամենաքիչը 6 ժամյա ընդմիջման, հակառակ դեպքում կառաջանա արգանդի տետանիա: Եթե կա արգանդի սպառնացող պատռվածքի վիճակ, անմիջապես տրվում է նարկոզ և վերցվում է վիրահատության: Մնացած դեպքերում, տրվում է ներվային համակարգը հանգստացնող պրեպարատներ: Եթե դեռ մոտ չէ

ծննդաբերության, կարելի է սրսկել պրոմեդոլ 1,0: Դանդաղեցման փուլում չի կարելի պրոմեդոլ, որովհետև նորածինը կծնվի նարկոտիկ դեպրեսիայով:

Միաժամանակ, պրոֆիլակտիկ միջոցներ պետք է կիրառվեն պտղի ասֆիքսիայի դեմ, քանի որ արգանդի տետանիկ կծկումներից խիստ վատանում է արգանդ-ընկերքային արյան շրջանառությունը:

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁՈՒԹՅԱՆ ԶԱՐԳԱՅՄԱՆ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆԸ	3
ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱ-ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՀԻՄՆԱՐԿԸ	6
ԾՆՆԴԱՏՈՒՆ	10
ՍԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ԱՆԱՏՈՄԻԱՆ	13
ԱՐՏԱՔԻՆ ՍԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐ	14
ՆԵՐՔԻՆ ՍԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐ	16
ԿՆՈՋ ԿՅԱՆՔԻ ՏԱՐԲԵՐ ՇՐՋԱՆՆԵՐԸ ԵՎ ՆՐԱ ՀԻԳԻԵՆԱՆ	30
ՆՈՐՄԱԼ ԴԱՇՏԱՆԱՅԻՆ ՑԻԿԼ	36
ԿՈՆՔԻ ԱՆԱՏՈՄԻԱՆ	42
ՀԴԻՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ	66
ՀԴԻՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՍԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ	
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	67
ՀԴԻՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՍՈՒՐ ԵՎ ԽՐՈՆԻԿ ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ	
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	70
ՀԴԻՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԵՐԻԿԱՄԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	72
ՊՏՂԱԶՎԻ ԷԼԵՄԵՆՏՆԵՐԻ ԶԱՐԳԱՅՄԱՆ ԱՐԱՏՆԵՐԸ	74
ԱՐՅԱՆ ՌԵԶՈՒՍ ԲԱՑԱՍԱԿԱՆ ՊԱՏԿԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՄԲ ԿԱՆԱՆՑ	
ՀԴԻՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՄԱՆ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ:	
ՌԵԶՈՒՍ ԿՈՆՖԼԻԿՏ	85
ՎԻԺՈՒՄ	87
ՎԱՂԱԺԱՄ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ	94
ԱՐՀԵՍՏԱԿԱՆ ՎԱՂԱԺԱՄ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ	97
ԺԱՄԿԵՏԱՆՑ ՀԴԻՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՇԱՅԱԾ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ	97
ԾՆՆԴԱԲԵՐԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԱՆՈՍԱԼԻԱՆԵՐ	100
ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԽԹԱՆՈՒՄԸ	103
ԾՆՆԴԱԲԵՐԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԴԻԱԿՈՈՐԴԻՆԱՅԻԱ	105
ՉԱԺԻՑ ԱՎԵԼԻ ՈՒԺԵՂ ԾՆՆԴԱԲԵՐԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ	
ԱՐԱԳԸՆԹԱՑ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ	106