

ირაკლი სიმონია ¹, ჯენარო ქრისტესაშვილი ², მარია ჯაფარიძე ³

ტიხრიანი საშვილოსნოს ჰისტეროსკოპიული მეტროპლასტიკის შემდგომი მენეჯმენტი
¹ რეპროდუქციული მედიცინის ცენტრი „უნივერსი“; ² ი. ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის მეანობა-გინეკოლოგია-რეპროდუქტოლოგიის დეპარტამენტი; ³ „ავერსის კლინიკა“.

Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2023.05.29>

IRAKLI SIMONIA ¹, JENARO KRISTESASHVILI ², MARIKA JAPARIDZE ³

FURTHER MANAGEMENT OF HYSTEROSCOPIC METROPLASTY OF SEPTATE UTERUS

¹ “Universe” Centre for Reproductive Medicine; ² Iv. Javakhishvili Tbilisi State University, Faculty of Medicine, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductology; ³ „Aversi Clinic”

SUMMARY

166 cases of women with a septate uterus diagnosis had been studied in this research, who had gone through hysteroscopic metroplasty. Out of which 29 (17,47%) of women had complete septum, and 137 (82,53%) had incomplete septum uteri. Primary Infertility was relived among 69 (42%), and secondary infertility - 97 (58%). 59 patients out of 97 (secondary infertility) were diagnosed with recurrent miscarriage. The overall life birth rate (LBR) after septoplasty was 47% and the overall pregnancy rate was 69%. The postoperative hormone therapy and anti-adhesion gel, the combined treatment group had a significantly higher pregnancy rate (75%, p=0.008), live birth rate (80.0% p=0.095), and recurrent miscarriage rate (20%, p=0.095). Intrauterine synechiae of varying degrees were found in women who terminated pregnancy or did not become pregnant within 6 months of surgery.

Keywords: management, hysteroscopic metroplasty, septate uterus

საშვილოსნოს განვითარების თანდაყოლილ ანომალიებს შორის ყველაზე ხშირი ფორმაა ტიხრიანი საშვილოსნო. ზოგადი სტატისტიკური მონაცემებით, ტიხრიანი საშვილოსნო გვხვდება 1-2 შემთხვევიდან 15-მდე ყოველ 1000-ს ახალშობილ გოგონაში [1]. ხოლო საშვილოსნოს განვითარების თანდაყოლილ ანომალიებს შორის ტიხრიანი საშვილოსნო 36-54%-ს მოიცავს [2,3,4].

ტიხრიანი საშვილოსნოს მქონე ქალებს ძალიან ხშირად აღენიშნებათ რეპროდუქციული ფუნქციის დარღვევები, რემლებიც 40-85%-ში გამოიხატება ორსულობის განმეორებითი დანაკარგებით (თვითნებითი აბორტები, როგორც პირველი, ასევე მეორე ტრიმესტრის), 15-38%-ში პირველადი უნაყოფობით [3,5,6].

დღეისათვის არაერთი კვლევით არის დადასტურებული, რომ ტიხრიანი საშვილოსნოს მქონე ქალებში, საშვილოსნოს ღრუს ქირურგიული კორექცია აუმჯობესებს რეპროდუქციულ გამოსავალს [7-16]. თუმცა, ამ პათოლოგიების მქონე ქალებში, ქირურგიული ჩარევის შემდეგ რეპროდუქციული ფუნქციის აღდგენის მაჩვენებლები არასაკმარისად იმატებს. ჰისტეროსკოპიული მეტროპლასტიკის შემდგომ, პირველი 6 თვიდან 3 წლის განმავლობაში სპონტანური ორსულობის განვითარება შემთხვევათა 42-65%-ს არ აღემატება, ცოცხლადშობიარობის მაჩვენებელი 45%-ს აღწევს და თვითნებითი აბორტების მაჩვენებელი მცირდება 19-25%-მდე [19-23].

აღნიშნულიდან გამომდინარე ცხადი ხდება, რომ ფერტილობის ოპტიმალური მაჩვენებლის მისაღწევად, ტიხრიანი საშვილოსნოს მქონე ქალებში მხოლოდ ქირურგიული მეტროპლასტიკით საშვილოსნოს ღრუს ანატომიური მთლიანობის აღდგენა არასაკმარისია. შესაბამისად, აუცილებელია ჰისტეროსკოპიული მეტროპლასტიკის შემდგომ საშვილოსნოსშიდა სინეჩიების განვითარების პრევენციის მიზნით ნაწარმოები იქნეს ადეკვატური კონსერვატიული მკურნალობა, რადგანაც საშვილოსნოს შიდა შეხორცებები (IUA) შემთხვევათა 43%-ში არის, როგორც პირველადი ისე მეორადი უნაყოფობის მიზეზი. აღსანიშნავია ასევე IUA-ების როლი სპონტანური აბორტების განვითარებაში. დაკვირვებითი კვლევების მიმოხილვის მიხედვით, სპონტანური აბორტების მქონე ქალებში IUA-ების გავრცელება მერყეობს 5-დან 39%-მდე [25,26].

კვლევის მიზნები და ამოცანები: ტიხრიანი საშვილოსნოს მქონე ქალებში, ჰისტეროსკოპიული მეტროპლასტიკის შემდგომ გამოყენებული სხვადასხვა თერაპიული მეთოდების ეფექტურობის შეფასება სპონტანური ორსულობის დადგომის, თვითნებითი აბორტების განვითარების სიხშირის და ცოცხლადშობადობის მაჩვენებლების მიხედვით.

კვლევის მასალა და მეთოდები: ჩვენს მიერ რეტროსპექტულად შეფასებულ იქნა ყველა პაციენტი, რომლებსაც რმკ „უნივერსში“ 2014 წლიდან 2023 წლამდე ჩაუტარდათ საშვილოსნოს ტიხრის ჰისტეროსკოპიული რეზექცია და ოპერაციის შემდგომ დანიშნული ჰქონდათ სხვადასხვა სახის მედიკამენტური მკურნალობა. პოსტოპერაციული მკურნალობის ეფექტურობის ძირითადი განმსაზღვრელი პარამეტრი იყო სამეანო შედეგი (სპონტანური ორსულობა, ცოცხლადშობადობა და თვითნებითი აბორტები).

ჩართვის კრიტერიუმები: ქალები, პირველადი უნაყოფობით და ორსულობის განმეორებითი დანაკარგებით, რომლებსაც ჩაუტარდათ ჰისტეროსკოპიული მეტროპლასტიკა.

გამორიცხვის კრიტერიუმები: სხვა გინეკოლოგიური დაავადებები, რომელებსაც შეიძლება გამოენიათ უნაყოფობა; მათ შორის სუბმუკოზური ლეიომიომა, საკვერცხის ენდომეტრიოზი, საშვილოსნოსშიდა აღჰეზია, ენდომეტრიუმის ავთვისებიანი სიმსივნე; ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიის და პოლიპის გარდა;

კვლევაში სულ 166 ქალი იყო ჩართული, რომელთაგან 29-ს (17,47%) აღენიშნა საშვილოსნოს სრული ტიხარი და 137-ს (82,53%) არასრული ტიხარი. 69 პაციენტს (42%) აღენიშნებოდა პირველადი უნაყოფობა, 97 პაციენტს (58%) აღენიშნებოდა მეორადი უნაყოფობა; მეორადი უნაყოფობის მქონე 97 პაციენტიდან 59-ს (61%) დაესვა ჩვეული აბორტის დიაგნოზი.

ჰისტეროსკოპიული მეტროპლასტიკის შემდგომ პერიოდში ჩატარებული მკურნალობის მიხედვით პაციენტები დაყოფილ იქნა ოთხ ჯგუფად:

A ჯგუფი: 33 პაციენტი, რომლებიც ოპერაციის შემდგომ 2 თვის განმავლობაში ღებულობდნენ ჰორმონოთერაპიას: კომბინირებულ ორთაზიან პრეპარატს, რომელიც ესტროგენული კომპონენტის სახით შეიცავს მიკრონიზირებულ 17- β -ესტრადიოლს 2მგ და გესტაგენური შემადგენლის სახით დიდროგესტერონს 10მგ.

B ჯგუფი: 47 პაციენტი, რომლებთანაც ჰისტეროსკოპიული სექტოპლასტიკის დამთავრებისთანავე საშვილოსნოს ღრუში შეგვყავდა ანტიადჰეზიური გელი (ჰიალურონის მჟავის ნატრიუმის ჰიალურონატი) 5მლ ოდენობით.

C ჯგუფი: 44 პაციენტი, რომლებშიც ჰისტეროსკოპიული სექტოპლასტიკის დამთავრებისთანავე საშვილოსნოს ღრუში შეგვყავდა ანტიადჰეზიური გელი 5მლ ოდენობით და ოპერაციის შემდგომ 2 თვის განმავლობაში ღებულობდნენ ჰორმონოთერაპიას, კომბინირებულ ორთაზიან პრეპარატს.

D ჯგუფი: 41 პაციენტი, საკონტროლო ჯგუფი, რომლებიც ოპერაციის შემდგომ იღებდნენ სტანდარტულ მკურნალობას: ანტიბაქტერიული ვაგინალური სანთელი 1ჯერ დღეში ვაგინალურად 6 დღე და არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალება რექტალურად 1ჯერ დღეში 3 დღე. აღნიშნული მკურნალობა უტარდებოდა A, B და C ჯგუფის პაციენტებსაც.

ყველა პაციენტში ორსულობის დაგეგმვა ხორციელდებოდა ოპერაციიდან 2 თვის შემდგომ. დაკვირვების საშუალო დრო იყო 18 ± 6 თვე. ყველა პაციენტში ოპერაციიდან 2 მენსტრუალური ციკლის შემდგომ, ციკლის მე-12-18 დღეს 3D ულტრაბგერით ფასდებოდა ენდომეტრიუმის მდგომარეობა, საშვილოსნოს ღრუს მოცულობა. განმეორებითი ჰისტეროსკოპია ჩატარებული იქნა 43 პაციენტში. განმეორებითი ჰისტეროსკოპიის ჩვენებები იყო სპონტანური ორსულობის არ განვითარება, სპონტანური აბორტი, საშვილოსნოს შიდა სინეჩიები (დიაგნოსტიკური 3/D ულტრაბგერით) და ენდომეტრიუმის პოლიპი.

სტატისტიკური ანალიზი ნაწარმოებია SPSS ვერსიის 18.0 გამოყენებით. ძვიდის რეზექციის შემდეგ, ჯგუფებს შორის განსხვავებები გაანალიზდა და შედარება განხორციელდა t-ტესტის გამოყენებით. p-მნიშვნელობა <0.05 ჩაითვადა, როგორც სტატისტიკურად სარწმუნო მაჩვენებელი. ხარისხობრივი მონაცემები წარმოდგენილია რიცხვისა და პროცენტის სახით და შედარება ჯგუფებს შორის შეფასებულია Chi-კვადრატისა და ფიშერის ზუსტი ტესტით.

შედეგები და მათი განხილვა: სრული დაკვირვება ხელმისაწვდომი იყო 150/166 (90%) პაციენტისთვის. ცალკეული ჯგუფების მიხედვით დაკვირვება ხელმისაწვდომი იყო შესაბამისად: A-

ჯგუფი 27 (82%) (27/33 პაციენტი). B-ჯგუფი 45 (95%) (45/47 პაციენტი). C ჯგუფი 40 (91%) (40/44 პაციენტი), D-ჯგუფი 38 (93%) (38/41 პაციენტი).

ჩვენს მიერ მიღებული მონაცემებით აღმოჩნდა, რომ ორსულობის განვითარების მაჩვენებელი სარწმუნოდ მაღალი იყო ქალებში, რომელთაც პოსტოპერაციულად ჩაუტარდა კომბინირებული მკურნალობა ჰორმონოთერაპიისა და ანტიადჰეზიური გელის საშვილოსნოს შიდა შეყვანით (C ჯგუფი) კონტროლთან შედარებით (D ჯგუფი), (30/40 [75,0%] vs. 19/41 [46,3%], $p = 0.008$). ცოცხლადმშობიარობის მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი იყო C ჯგუფის D ჯგუფთან შედარებისას, თუმცა სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა არ აღინიშნა, (24/30 [80,0%] vs. 11/19 [57,9%], $p = 0.095$). თვითნებითი აბორტების განვითარების მაჩვენებელი ყველაზე დაბალი იყო C ჯგუფის D ჯგუფთან შედარებისას, (6/30 [20.0%] vs. 8/19 [42.1%]), მიუხედავად იმისა, რომ პროცენტული განსხვავება საკმაოდ მაღალია, სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა არ აღინიშნა ($p=0.095$). აღსანიშნავია ასევე, რომ იმ პაციენტებში, რომლებთანაც მეტროპლასტიკის შემდგომ ორსულობა არ განუვითარდათ, განმეორებითი ჰისტეროსკოპიით საშვილოსნოს ღრუს შეფასებისას საშვილოსნოს შიდა შეხორცებები არ იქნა ნანახი მხოლოდ C ჯგუფის პაციენტებში. უნდა აღინიშნოს, რომ ჰისტეროსკოპიული მეტროპლასტიკის შემდგომ ჰორმონოთერაპიისა და ანტიადჰეზიური გელით კომბინირებული მკურნალობა ლიტერატურაში ჩვენ ვერ მოვიპოვეთ. რაც შეეხება ცალკეული ჯგუფების ურთიერთშედარებას: ორსულობის დადგომის, ცოცხლადმშობიარობის და თვითნებითი აბორტების განვითარების მაჩვენებლების მიხედვით, სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება არ გამოვლენილა (ყველა კომბინაციაში $P>0.05$), რაც ძირითადად ემთხვევა ლიტერატურაში მოძიებული ანალოგიური სახის კვლევებისას გამოვლენილ შედეგებს [27,28,29,30].

ჰისტეროსკოპიული მეტროპლასტიკის შემდგომი მონაცემები

	ორსულობა დადგა 18 ± ნთვე	თვითნებითი აბორტი 18 ± ნთვე	ცოცხლად მშობადობა 36 ± ნთვე	ორსულობა არ განვითარდა 18 ± ნთვე	შეხორცებები საშვილოსნოს ღრუში
A ჯგუფი	59% (16/27)	31% (5/16)	69% (11/16)	33% (9/27)	44% (4/9)
B ჯგუფი	67% (31/45)	23% (7/31)	77% (24/31)	18% (8/45)	13% (1/8)
C ჯგუფი	75% (30/40)	20% (6/30)	80% (24/30)	15% (6/40)	0% (0/6)
D ჯგუფი	46% (19/41)	42% (8/19)	58% (11/19)	46% (19/41)	74% (14/19)
<i>P<0.05</i>	<i>C vs. D p=0.008</i> <i>B vs. D p=0.034</i>	<i>C vs. D p=0.095</i>	<i>C vs. D p =0.095</i>	<i>C vs. D p=0.046</i> <i>B vs. D p=0.082</i>	

ამგვარად, ჰისტეროსკოპიული მეტროპლასტიკის შემდგომ კომბინირებული მკურნალობა ჰორმონოთერაპიისა და ანტიადჰეზიური გელის გამოყენებით, მნიშვნელოვნად ზრდის სპონტანური ორსულობის და ცოცხლადმშობიარობის მაჩვენებელს, ასევე ამცირებს თვითნებითი აბორტების განმეორებით განვითარების რისკს. შესაბამისად, რეპროდუქციული გამოსავლის გაუმჯობესების მიზნით აღნიშნული მეთოდი რეკომენდებულია პოსტოპერაციული თერაპიული მკურნალობისათვის. თუმცა, ამ სტრატეგიის ეფექტურობის შესაფასებლად საჭიროა ძლიერი და მაღალი ხარისხის რანდომიზებული კვლევები, რათა მკაცრად იქნეს რეკომენდებული ჰისტეროსკოპიული მეტროპლასტიკის შემდგომი თერაპიისათვის.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Valle RF, Ekpo GE. Hysteroscopic metroplasty for the septate uterus: review and meta-analysis. J Min Invas Gynecol 2013;20:22–42.
2. F Raga 1, C Bauset, J Remohi, F Bonilla-Musoles, C Simón, Reproductive impact of congenital Müllerian anomalies. A Pellicer 1997 Oct;12(10):2277-81
3. G G Nahum 1 Uterine anomalies. How common are they, and what is their distribution among subtypes? Reprod Med. 1998 Oct;43(10):877-87.
4. Troiano RN. Magnetic resonance imaging of mullerian duct anomalies of the uterus. Top Magn Reson Imaging. 2003; 14: 269–79.

5. Saravelos SH, Cocksedge KA, Li TC. The pattern of pregnancy loss in women with congenital uterine anomalies and recurrent miscarriage. *Reprod Biomed Online* 2010;20:416–22.
6. Green LK, Harris RE. Uterine anomalies: frequency of diagnosis and associated obstetric complications. *Obstet Gynecol.* 1976;47:427–429
7. Güven D, Bakay K, Kuruoğlu S, Özdemir A. Hysteroscopic septum resection in patients with recurrent abortions and infertility. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2012;2:262.
8. Mollo A, De Franciscis P, Colacurci N, Cobellis L, Perino A, Venezia R, et al. Hysteroscopic resection of the septum improves the pregnancy rate of women with unexplained infertility: a prospective controlled trial. *Fertility and sterility.* 2009;91(6):2628–2631.
9. Homer HA, Li T-C, Cooke ID. The septate uterus: a review of management and reproductive outcome. *Fertility and sterility.* 2000;73(1):1–14.
10. Zlopaša G, Škrablin S, Kalafatić D, Banović V, Lešin J. Uterine anomalies and pregnancy outcome following resectoscope metroplasty. *Intern Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2007;98(2):129–133.
11. Patton PE, Novy MJ, Lee DM, Hickok LR. The diagnosis and reproductive outcome after surgical treatment of the complete septate uterus, duplicated cervix and vaginal septum. *American journal of obstetrics and gynecology.* 2004;190(6):1669–1675.
12. Pabuçcu R, Gomel V. Reproductive outcome after hysteroscopic metroplasty in women with septate uterus and otherwise unexplained infertility. *Fertility and sterility.* 2004;81(6):1675–1678.
13. Parsanezhad ME, Alborzi S, Zarei A, et al. Hysteroscopic metroplasty of the complete uterine septum, duplicate cervix, and vaginal septum. *Fertility and sterility.* 2006;85(5):1473–1477.
14. Ban-Frangež H, Tomažević T, et al. The outcome of singleton pregnancies after IVF/ICSI in women before and after hysteroscopic resection of a uterine septum compared to normal controls. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2009;146(2):184–187.
15. Nouri K, Ott J, Huber JC, Fischer E-M, Stögbauer L, Tempfer CB. Reproductive outcome after hysteroscopic septoplasty in patients with septate uterus—a retrospective cohort study and systematic review of the literature. *Reproductive Biology and Endocrinology.* 2010;8(1):52.
16. Bülent Haydardedeoğlu, Gülşen Doğan Durdağ, Seda Şimşek, Pınar Çağlar Aytaç, Tayfun Çok, and Esra Bulgan Kılıçdağ Reproductive outcomes of office hysteroscopic metroplasty in women with unexplained infertility with dysmorphic uterus *Turk J Obstet Gynecol.* 2018 Sep; 15(3): 135–140.
17. Hua M, Odibo AO, Longman RE, Macones GA, Roehl KA, Cahill AG. Congenital uterine anomalies and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205:558.e1–e5.
18. Agostini A, De Guibert F, Salari K, Crochet P, Bretelle F, Gamerre M. Adverse obstetric outcomes at term after hysteroscopic metroplasty. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009;16:454–457
19. Wang JH, Xu KH, Lin J, Chen XZ. Hysteroscopic septum resection of complete septate uterus with cervical duplication, sparing the double cervix in patients with recurrent spontaneous abortions or infertility. *Fertil Steril.* 2009;91(6):2643–2649. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.04.009.
20. Ozgur K, Isikoglu M, Donmez L, Oehninger S. Is hysteroscopic correction of an incomplete uterine septum justified prior to IVF? *Reprod Biomed Online.* 2007;14(3):335–340.
21. Pabuçcu R, Gomel V. Reproductive outcome after hysteroscopic metroplasty in women with septate uterus and otherwise unexplained infertility. *Fertil Steril.* 2004;81:1675–1678.
22. Colacurci N, De Franciscis P, Mollo A, Litta P, Perino A, Cobellis L. Small-diameter hysteroscopy with Versapoint versus resectoscopy with a unipolar knife for the treatment of septate uterus: a prospective randomized study. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007;14:622–627.
23. Mollo A, De Franciscis P, Colacurci N, Cobellis L, Perino A, Venezia R. Hysteroscopic resection of the septum improves the pregnancy rate of women with unexplained infertility: a prospective controlled trial. *Fertil Steril.* 2009;91:2628–2631.
24. Yang JH, Chen MJ, Chen CD, Chen SU, Ho HN, Yang YS. Optimal waiting period for subsequent fertility treatment after various hysteroscopic surgeries. *Fertility and Sterility* 2013;99(7):2092–6.e3.
25. Kodaman PH, Arici A. Intra-uterine adhesions and fertility outcome: how to optimize success? *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007;19(3):207–214.
26. Deans R, Abbott J. Review of intrauterine adhesions. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17:555–569.

27. Roy KK, Negi N, Subbaiah M, Kumar S, Sharma JB, Singh N. Effectiveness of estrogen in the prevention of intrauterine adhesions after hysteroscopic septal resection: a prospective, randomized study. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research 2014;40(4):1085-8.
28. Spiezio Sardo A, Spinelli M, Bramante S, Scognamiglio M, Greco E, Guida M, et al. Efficacy of a polyethylene oxide-sodium carboxymethylcellulose gel in prevention of intrauterine adhesions after hysteroscopic surgery. Journal of Minimally Invasive Gynecology 2011;18(4):462-9.
29. Spiezio Sardo A, Calagna G, Scognamiglio M, O'Donovan P, Campo C, Wilde RL. Prevention of intrauterine post-surgical adhesions in hysteroscopy. A systematic review. European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology 2016;203:182-92.
30. Jan Bosteels, Steven Weyers, Thomas M D'Hooghe, Helen Torrance, Frank J Broekmans, Su Jen Chua, Ben Willem J Mol, Anti-adhesion therapy following operative hysteroscopy for treatment of female subfertility Cochrane Database Syst Rev. 2017; 11(11):CD011110.

ირაკლი სიმონია¹, ჯენარო ქრისტესაშვილი², მარია ჯაფარიძე³

ტიხრიანი საშვილოსნოს ჰისტეროსკოპიული მეტროპლასტიკის შემდგომი მენჯმენტი

¹ რეპროდუქციული მედიცინის ცენტრი „უნივერსი“; ² ი. ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის მეანობა-გინეკოლოგია-რეპროდუქტოლოგიის დეპარტამენტი; ³ „ავერსის კლინიკა“.

რეზიუმე

კვლევაში სულ 166 ქალი იყო ჩართული, რომელთაგან 29-ს (17,47%) აღენიშნა საშვილოსნოს სრული ტიხარი და 137-ს (82,53%) - არასრული ტიხარი. 69 პაციენტს (42%) აღენიშნებოდა პირველადი უნაყოფობა, 97 პაციენტს (58%) აღენიშნებოდა მეორადი უნაყოფობა, მათგან 59-ს (61%) დაესვა ჩვეული აბორტის დიაგნოზი. ჩვენს მიერ მიღებული მონაცემებით აღმოჩნდა, რომ ორსულობის განვითარების მაჩვენებელი სარწმუნოდ მაღალი იყო ქალებში, რომელთაც პოსტოპერაციულად ჩაუტარდა კომბინირებული მკურნალობა ჰორმონოთერაპიისა და ანტიადჰეზიური გელის საშვილოსნოს შიდა შეყვანით.

