

კონსტანტინე ხარაბაძე, ზაზა ბოხუა, დავით კობეშავიძე
 ურგენტული სიტუაციები გინეკოლოგიაში: სიახლეები დიაგნოსტიკის,
 დიფერენციალური დიაგნოსტიკის, მართვის კუთხით
 თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი; შ.პ.ს. „იმედის კლინიკა“; თბილისი,
 საქართველო

Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2026.01.15>

KONSTANTINE KHARABADZE, ZAZA BOKHUA, DAVID KOBESHAVIDZE
 URGENT SITUATIONS IN GYNECOLOGY: INNOVATIONS IN DIAGNOSTICS, DIFFERENTIAL
 DIAGNOSTICS, MANAGEMENT

Tbilisi State Medical University; LLC "Imedi Clinic"; Tbilisi, Georgia

SUMMARY

The following topics are discussed in the article regarding the diagnosis, differential diagnosis, and management of urgent gynecological conditions: 1) Identification of borderline localizations in ectopic pregnancies; 2) Pregnancies of unknown localizations; 3) Cesarean scar pregnancy; 4) Sustaining of uterine angle in interstitial pregnancies; 5) Organ-sparing approaches in cervical pregnancy; 6) Management of the 3rd period of labor in abdominal pregnancy; 7) Organ-sparing approaches, minimization of surgical intervention, and prevention of recurrent torsion in cases of ovarian cyst/tumor torsion; 8) Mini-invasive methods in treatment of tubo-ovarian abscesses (TOA); 9) Management of AUB in adolescents; 10) Modern classification and management of AUB in adults.

Keywords: gynecology, urgent situations, diagnostics, management

ურგენტული სიტუაციები კვლავაც ინარჩუნებს მონინავე პოზიციებს გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში და თავისი არსიდან გამომდინარე წარმოადგენს სპეციალისტების და მკვლევარების განსაკუთრებული ინტერესის საგანს.

ტრადიციული წარმოდგენები სხვადასხვა გადაუდებელი გინეკოლოგიური სიტუაციების დიაგნოსტიკასა და მკურნალობასთან დაკავშირებით რიგ შემთხვევებში მოძველდა. მონინავე საერთაშორისო კლინიკური პრაქტიკა და გამოცდილება გვთავაზობს თანამედროვე ხედვებს და მიდგომებს ზემოხსენებულ საკითხებთან დაკავშირებით. იხვენება კლასიფიკაციები, ჩნდება ახალი დეფინიციები, ინერგება დიაგნოსტიკის უფრო ნატიფი მეთოდები, იკვეთება დიფ. დიაგნოსტიკის საჭიროებები, ჩნდება მკურნალობის მოდერნიზებული მეთოდები, დომინანტურ მიმართულებად ყალიბდება ორგანოშემანარჩუნებელი სტრატეგია.

დღესდღეობით პრიორიტეტულად შეიძლება ჩათვალოს შემდეგი ზოგადი მიდგომები:

- კლასიფიკაციის მოქნილი სისტემის შემუშავება, სადაც კლასიკურ კომპონენტებთან ერთად გათვალისწინებული იქნება შედარებით ახალი ვარიანტები.
- იმის გათვალისწინებით, რომ თითოეული ურგენტული ნოზოლოგია წარმოადგენს არა სტატიურ მცნებას, არამედ პათოლოგიური პროცესის განვითარების უარყოფითი დინამიკის შედეგს, უპრიანია წინარე, შექცევადი სტადიების განხილვა/მართვა, როდესაც სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებები საგრძნობლად ეფექტურია.
- ურგენტული სიტუაციების შესახებ მონინავე მსოფლიო გამოცდილების წარმატებულ იმპლემენტაციაზე ზრუნვა ადგილობრივ პირობებში; ამისთვის სათანადო ფორმების და მეთოდების გამონახვა.

ნაშრომი ეძღვნება ხსენებული მიდგომების რამდენიმე კონკრეტული გამოხატულების მიმოხილვას:

- 1) მოსაზღვრე ლოკალიზაციების იდენტიფიკაცია ექტოპიური ორსულობის დროს.
- 2) თავიდან უცნობი ლოკალიზაციის ორსულობები (PUL).

- 3) საკეისროს შემდგომი ნაწიბურის ორსულობა.
- 4) საშვილოსნოს კუთხის შენარჩუნების შესაძლებლობა ინტერსტიციალური ორსულობის დროს.
- 5) საშვილოსნოს შენარჩუნების შესაძლებლობა ყელის ორსულობის დროს.
- 6) მშობიარობის მე-3 პერიოდის მართვა აბდომინალური ორსულობის დროს.
- 7) ორგანოშემნარჩუნებელი მიდგომა, ქირურგიული ჩარევის მასშტაბის მინიმიზაცია, განმეორებითი შემოგრეხის პრევენციული ღონისძიებები საკვერცხის კისტის/სიმსივნის ფეხზე შემოგრეხის დროს.
- 8) მინი-ინვაზიური მეთოდები ტუბო-ოვარიალური აბსცესის (TOA) მკურნალობის დროს.
- 9) პათოლოგიური სისხლდენის მართვა მოზარდებში.
- 10) პათოლოგიური სისხლდენის თანამედროვე კლასიფიკაცია და მართვა რეპროდუქციულ ასაკში.

პრაქტიკული თვალსაზრისით ყველაზე მოსახერხებელია გადაუდებელი გინეკოლოგიური მდგომარეობების კლასიფიცირება სინდრომული პრინციპის მიხედვით. ამ პრინციპიდან გამომდინარე, განარჩევენ შემდეგ ძირითად ჯგუფებს:

- ა) მწვავე შინაგანი სისხლდენით მიმდინარე გინეკოლოგიური პათოლოგიები (უპირატესად გამონეწულია დარღვეული ექტოპიური ორსულობით, ან საკვერცხის კისტის აპოპლექსიით).
- ბ) ჭარბი სისხლოვანი გამონადენი/სისხლდენა საშოდან (უბშირესად დაკავშირებულია სასქესო ორგანოების სტრუქტურულ პათოლოგიებთან, ოვულატორულ დისფუნქციასთან, ჰემოსტაზის დარღვევებთან, ექტოპიურ ორსულობასთან, თვითნებით აბორტთან და/ან ტროფობლასტურ დაავადებებთან).
- გ) შინაგან სასქესო ორგანოებში სისხლის მიმოქცევის უცვარი მოშლა (უპირატესად განპირობებულია საკვერცხის კისტის/სიმსივნის, საშვილოსნოს სუბსეროზული მიომის კვანძის ფეხზე შემოგრეხით, ან მიომის კვანძის ტროფიკის დარღვევით).
- დ) ჰიოსალპინგის/ტუბო-ოვარიალური აბსცესის რუპტურა, შემდგომი პერიტონიტის განვითარებით (უპირატესად წარმოადგენს PID-ის გართულებას).

1) აქტუალურია სანაყოფე კვერცხის 2 მოსაზღვრე ლოკალიზაციის იდენტიფიკაცია/დიფერენცირება. ესენია: საშვილოსნოს კუთხის ორსულობა და ინტერსტიციალური ორსულობა.

საშვილოსნოს კუთხის ორსულობა (Angular pregnancy) წარმოადგენს საშვილოსნოსშიდა ორსულობის (IUP) ვარიანტს. სანაყოფე კვერცხი იმპლანტირებულია საშვილოსნო-მილის შეერთების (utero-tubal junction) მედიალურად, საშვილოსნოს ღრუს ლატერალურ კუთხეში; ლოკალიზებულია მრგვალი იოგის მედიალურად. ლაპაროსკოპიით/ლაპაროტომიით დაფიქსირებული გარეგანი ხედით - საშვილოსნო გადიდებულია მრგვალი იოგის მედიალურად (მრგვალი იოგი გადაინეწვს მალლა და ლატერალურად). არის ძალიან იშვიათი. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით: ამ ლოკალიზაციის დროს ორსულობათა 80% დასრულდა ცოცხლადშობადობით, 20%-ში დაფიქსირდა ორსულობის შეწყვეტა ადრეულ ვადებზე. საშვილოსნოს რუპტურის შემთხვევები არ დაფიქსირებულა [5].

ინტერსტიციალური ორსულობის დროს ლაპაროსკოპიით/ლაპაროტომიით ფიქსირდება საშვილოსნოს გაფართოება მრგვალი იოგის ლატერალურად (განსხვავებით კუთხის ორსულობისგან). რუპტურა ხდება ორსულობის შედარებით ადრეულ ვადებზე. წარმოადგენს ექტოპიური ორსულობის იშვიათ ლოკალიზაციას - (1%-3%) [13].

ინტერსტიციალური ორსულობის უბ-ნიშნებს წარმოადგენს: ა) სანაყოფე პარკის ექსცენტრული ლოკალიზაცია; ბ) ინტერსტიციალური ხაზი “-„Interstitial line“ (ექოგენური ხაზი, რომელიც ვრცელდება ენდომეტრიუმის ყველაზე ზედა და ლატერალური წერტილიდან ინტერსტიციალური მასის ან პარკის შუა წერტილამდე); გ) ვერ ისახება მიომეტრიუმი, რომელიც

სრულად გარსემოფერტემის პარკს (მიომეტრიუმის გათხელება); დ) ვერ ისახება პარკის კომუნიკაცია ენდომეტრიუმთან. ყველაზე სარწმუნო უბგ-ნიშანს წარმოადგენს - ბ) [9,24].

ამჟამად ინტერსტიციალური ორსულობა, როგორც წესი, დიაგნოსტირდება ადრეულ გესტაციურ ვადაზე, რუპტურის დადგომამდე. შესაბამისად კონსერვატიული მედიკამენტოზური, თუ დამზოგველი ქირურგიული მკურნალობა დღესდღეობით შესაძლებელია. მონოდებულია ინტერსტიციალური ორსულობის ოპერაციული მკურნალობის 2 ვარიანტი: ა) სამვილოსნოს კუთხის რეზექცია (რადიკალური); ბ) Cornuostomy (დამზოგველი). ერთ-ერთი რანდომიზირებული კვლევის მონაცემებით, 75 პაციენტიდან ინტერსტიციალური ორსულობით კუთხის რეზექცია ჩატარდა 53-ს (70%-მდე), Cornuostomy-22 პაციენტს (29%-მდე). Cornuostomy-ს დროს ოპერაციის ხანგრძლივობა იყო უფრო ნაკლები ($59,36 \pm 19,32$ წთ.), ვიდრე კუთხის რეზექციის დროს ($77,11 \pm 23,97$ წთ.) [20,31,34].

2) ცალკე განხილვის საგანია უცნობი ლოკალიზაციის ორსულობის მქონე (PUL) პაციენტების კლინიკური მართვა. როდესაც ორსულ პაციენტს ისეთი ჩივილებით, როგორცაა ტკივილი და/ან სისხლდენა, ექოსკენირებით არ უფიქსირდება ორსულობის მონაცემები (ე.ი. არ არის IUP, დანამატისმიერი მასა, ექოგენური სითხე მენჯის ღრუში), დიფერენციალური დიაგნოზი ტარდება შემდეგ სიტუაციებს შორის: ნორმალური ადრეული IUP; არაპროგრესირებადი IUP; ექტოპიური ორსულობა [19,21].

PUL-ის დროს ტარდება hCG-ის სერიული და განმეორებითი უბგ-კვლევები. უბგ-კვლევისას გადამწყვეტია სპეციფიური მონაცემების დეტექცია; სახელდობრ, ინტრადეციდუალური ნიშანი და ორმაგი დეციდუალური ნიშანი ასოცირებულია IUP-თან, ხოლო დანამატისმიერი მასა (Adnexal mass) და „მილისმიერი ბეჭედი“ (tubal ring) წარმოადგენს მილის ორსულობის ტიპურ უბგ-მონაცემებს. მილისმიერი ორსულობის უბგ-დადასტურება კი ნიშნავს ექსტრაუტერინული პარკის (Ectouterine sac), ყვითრის პარკის და/ან ემბრიონის ვიზუალიზაციას [1,3,6,8,39]. ექოგენური, ან კომპლექსური სითხე არ არის ფიზიოლოგიური, მცირე მოცულობის შემთხვევებშიც კი და თითქმის ყოველთვის წარმოადგენს ჰემოპერიტონემს. ექოგენური თავისუფალი სითხის აღმოჩენა პერიტონეუმში PUL-ის დროს როგორც წესი მეტყველებს ექტოპიურ ორსულობაზე. დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გატარდეს საკვერცხის კისტის აპოპლექსიასთან.

PUL-ის შემთხვევებში საკვერცხეების ექოსკენირება აუცილებელია, რათა განვასხვავოთ ორსულობის ყვითელი სხეული მილისმიერი, თუ საკვერცხისმიერი ორსულობისგან. ყვითელი სხეული ჩვეულებრივ ექვივალენტური, ან ნაკლები ექოგენობისაა, ვიდრე საკვერცხე, მაშინ როცა ექტოპიური ორსულობისთვის დამახასიათებელი „მილისმიერი ბეჭედი“ ჩვეულებრივ უფრო მეტი ექოგენობისაა, ვიდრე საკვერცხის პარენქიმა.

MRI გამოიყენება IUP-ისა და ექტოპიური ორსულობის შემდეგი ლოკალიზაციების სადიფერენციაციოდ: ყელის ორსულობა, ინტერსტიციალური ორსულობა, მუცლის ღრუს ორსულობა, ორსულობა ორმაგი სამვილოსნოს პირობებში. CT ექტოპიური ორსულობის შესატყვისებად არ გამოიყენება (რადიაციული ექსპოზიციის გამო).

3) მომავალი ურგენტული სიტუაციის წინაპირობა შეიძლება გახდეს ე.წ. ნაწიბურის ორსულობა (CSP). ამ დროს სანაყოფე კვერცხის იმპლანტაცია ხდება ნაწიბურზე, რომელიც წარმოქმნილია წინა საკეისრო კვეთის ოპერაციის, ან მიომექტომის შემდეგ.

განარჩევნ CSP-ს 2 ტიპს: I „On the scar“ (მიომეტრიუმის სისქე > 3მმ-ზე); II „In the niche“ (მიომეტრიუმის სისქე < 3მმ-ზე) [11,16]. კლინიკური შედეგები უკეთესია CSP-ის I ტიპის დროს, II ტიპთან შედარებით. CSP არის PAS-ის წინამორბედი (Placenta Accreta Spectrum). ეს ორი პათოლოგია წარმოადგენს ერთი და იგივე დაავადების 2 ურთიერთგარდამავალ ფორმას. CSP ასოცირებულია დედის და ნაყოფის გაზრდილ ავადობასთან (ჰემორაგია, PAS, სამვილოსნოს

რუპტურა) და სიკვდილთანაც კი. დიაგნოზი ემყარება I ტრიმესტრის, ან ადრეული II ტრიმესტრის ტრანსვაგინალური უბგ-ს (TVUS) მონაცემებს [11,36].

ყოველი პაციენტი CSP-ით უნდა იქნას გადამისამართებული მე-3 სამეანო დონის კლინიკაში, რომელიც აღჭურვილია სათანადო მატერიალური, ტექნიკური, თუ ადამიანური რესურსით (UAE; სისხლის ბანკი და ა.შ.). ორსულები წინა საკეისრო კვეთის ისტორიით და CSP-ის სხვა რისკ-ფაქტორებით (წინა CSP) საჭიროებენ ადრეულ (ორს. 5კვ.-დან 7კვ.-მდე) უბგ-ს, პათოლოგიური იმპლანტაციის არსებობის დასადგენად [11,16,36].

პაციენტები ჰემორაგიით, არსებული, თუ მოსალოდნელი ჰემოდინამიური არასტაბილურობით საჭიროებენ გადაუდებელ ქირურგიულ ჩარევას (Wedge resection - სოლისებური რეზექცია; ჰისტერექტომია) და/ან მინიმალურად ინვაზიურ პროცედურებს (UAE).

4) საშვილოსნოს ყელის ორსულობა შეადგენს ექტოპიური ორსულობის 1%-ზე ნაკლებს, ხოლო IVF-ის შემდგომი ექტოპიური ორსულობის 2%-ს. ამ პათოლოგიის დროს ძალზედ პრიორიტეტულია ჰისტერექტომიის საჭიროების პრევენცია. დიაგნოზი ძირითადად ემყარება TVUS მონაცემებს. ყველაზე მნიშვნელოვანი სონოგრაფიული კრიტერიუმია სანაყოფე პარკის, ან პლაცენტის ვიზუალიზაცია ყელის შიგნით. ხდება ან ემბრიონის კარდიალური აქტივობის, ან სანაყოფე პარკში სისხლის მიმოქცევის დაფიქსირება (ყელის აბორტისგან განსხვავებით). სონოგრაფიული დიაგნოსტიკის სხვა კრიტერიუმებია:

ა) სანაყოფე ბუბტი ხასიათდება რეგულარული კონტურებით. ყელის აბორტის დროს ბუბტს აქვს არარეგულარული კონტურები, გაბრტყელებულია, ან შეიძლება შეიცვალოს ფორმა სკანირების დროს.

ბ) გესტაციურ პარკს აქვს ექოგენური რგოლი. ამგვარი რგოლი არ არსებობს, ან მინიმალურია ყელის აბორტის დროს.

გ) სანაყოფე პარკის „სრიალის“ ნიშანი უარყოფითია, რაც ნიშნავს, რომ პარკი რჩება უმოძრაო, როდესაც ვაგინალური ტრანსდუსერით წარმოებს ნაზი ზენოლა ყელზე.

დ) საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირი დახურულია [32,33].

ურგენტული სიტუაციის დროს, რომელიც ვლინდება საშვილოსნოს ყელიდან სისხლდენის სახით, მონოლებულია გადაუდებელი რადიკალური ოპერაციული ჩარევა-ჰისტერექტომიის სახით. ადრეულმა სონოგრაფიულმა დიაგნოსტიკამ შესაძლებელი გახადა სხვადასხვა ორგანოშემანარჩუნებელი მიდგომების/ოპერაციული ჩარევების წარმატებით გამოყენება, რამაც დაამსხვრია მითი ამ პათოლოგიის დროს ჰისტერექტომიის უპირობოდ წარმოების აუცილებლობის შესახებ. მკურნალობის სხვადასხვა სქემების და კომბინაციების გამოყენება დამოკიდებულია შემდეგ ფაქტორებზე: ჰემორაგიის არსებობა/არარსებობა; ჰემოდინამიური სტაბილურობა; ორსულობის ვადა; ორსულობა პროგრესირებს, თუ შეწყვეტილია; ქალის ასაკი; მომავალი რეპროდუქციული გეგმები.

ყელის ორსულობის კონსერვატიული მკურნალობის ჩვენებებს წარმოადგენს: ჰემოდინამიური სტაბილურობა; ძლიერი სისხლდენის არარსებობა; ორსულობის ადრეული ვადა (ჩვეულებრივ < 12კვ.); მომავალი ორსულობის სურვილი.

კონსერვატიული მკურნალობის კომპონენტებია: მეტოტრექსატის (MTX) სისტემური გამოყენება (ერთჯერადი, ან მრავალჯერადი დოზა) და ლოკალური ინექცია (სანაყოფე პარკში); KCL-ის ინექცია ნაყოფის გულში, ან სანაყოფე პარკში უბგ-ს კონტროლის ქვეშ; UAE; საშვილოსნოს ყელზე ჰემოსტატიური ნაკერების დადება; საშვილოსნოს არტერიების ცერვიკო-ვაგინალური ტოტების ტრანსვაგინალური ლიგირება; სისხლდენის ადგილის ჰისტეროსკოპიული რეზექცია რეზექტოსკოპის მეშვეობით; ფოლემის კათეტერით ცერვიკალური არხის ტამპონადა; დილატაცია/კიურეტაჟი.

5) აბდომინალური ორსულობა შეადგენს ყველა ექტოპიური ორსულობის 1%-ს. შემთხვევების უმეტესობა დიაგნოსტირდება ქირურგიული ჩარევის დროს. წინასაოპერაციო დიაგნოზი ისმება მხოლოდ 45%-ში. ინტრაოპერაციულად ვიზუალიზირდება ინტაქტური საშვილოსნო (რუპტურის გარეშე). მე-3 პერიოდის მართვა არ არის უნიფიცირებული. აღწერილია მართვის სხვადასხვა მეთოდები: პლაცენტის ამოღება ოპერაციის დროს; პლაცენტის დატოვება in situ; პრე, ან პოსტოპერაციული MTX; პლაცენტის სარეცელის სელექტიური ემბოლიზაცია [2,23].

ჩარევის შერჩევა ინდივიდუალიზირებულია და დამოკიდებულია პლაცენტის ლოკალიზაციაზე, ჰემორაგიის რისკზე, ჩართული სტრუქტურების დაზიანების რისკზე (ნაწლავები). თუ ნაცადი იქნება პლაცენტის ამოღება, საჭიროა ჩატარდეს ზედმინეფითი (სრული) დისექცია, განსაკუთრებით როცა პლაცენტის ინვაზია მოიცავს უხვად ვასკულარიზებულ (ღვიძლი, ელენთა), ან ნაკლებად მოძრავ (მენჯის იოგები) უბნებს. ნარჩენმა პლაცენტამ ამ ადგილებში შეიძლება გამოიწვიოს გვიანი პოსტოპერაციული სისხლდენა პლაცენტის სისხლის მიმოქცევის არარსებობის, თუ hCG-ის დონის ნორმალიზაციის შემთხვევების დროსაც კი. იმ შემთხვევებში, როცა პლაცენტის ამოღება ვერ ხერხდება, იგი უნდა დარჩეს in situ. ამგვარი მიდგომისთვის დამახასიათებელია შემდეგი არასასურველი გართულებები: მეორადი ჰემორაგია, სეფსისი, ლაქტაციის დეფიციტი, ფისტულის ფორმირება, ნაწლავის ობსტრუქცია. ამგვარ შემთხვევებში გამოიყენება: სელექტიური არტერიული ემბოლიზაცია (თრომბოზული აგენტები შეჰყავთ UAE-სგან განსხვავებით თედოს შიდა არტერიის ტოტებში); MTX; მიფეპრისტონი რათა გამოვინვიოთ პლაცენტის დეგრადაცია და შევამციროთ ინტრააბდომინალური ჰემორაგიის რისკი [2,23]. არ არის ცნობები პოსტოპერაციულად პლაცენტის ზრდის, ან მალიგნიზაციის შესახებ.

6) მცირე მენჯის ღრუს ორგანოებში სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლის მიზეზთა შორის ყველაზე ტიპურია ე.წ. adnexal torsion. მარჯვენა საკვერცხე უფრო ხშირად ექვემდებარება შემოგრებას მარცხენასთან შედარებით, მიზეზები: ა) მარჯვენა utero-ovarian იოგი უფრო გრძელია; ბ) სიგმოიდური კოლინჯის არსებობა მარცხენა მხარეს ხელს უწყობს ამავე მხარეს საკვერცხის შემოგრების პრევენციას.

შემოგრებილი ცისტის მქონე პაციენტების 85%-ს აღენიშნებათ საკვერცხის მოცულობითი წარმონაქმნები (ovarian mass). ექსკენირებით საკვერცხის სისხლძარღვებში შეიძლება გამოვლინდეს „მორევის ნიშანი“ („Whirlpool sign“) - მრგვალი ჰიპერექოგენური სტრუქტურა კონცენტრირებული ჰიპოექოგენური ზოლებით. საფიქრებელია, რომ ეს გამოხატავს სისხლძარღვოვანი ფეხის შემოგრებას [22,25]. დოპლერის ნაკადი შემოგრებილ საკვერცხეში შეიძლება იყოს ნორმალური, შემცირებული და გამქრალი.

წინასაოპერაციო დიაგნოზი ისმება დაახლოებით 38%-ში. საბოლოო დიაგნოზი ისმება საოპერაციო ველის დათვალიერებისას შემოგრებილი საკვერცხის პირდაპირი ვიზუალიზაციით. ოპერაციული ჩარევა იწყება ქირურგიული შეფასებით, რომლის მიზანია: ა) შემოგრების დადასტურება; ბ) საკვერცხის სიცოცხლისუნარიანობის შეფასება.

ტიპურია ლაპაროსკოპიული მიდგომა. უმეტესად ხდება დანამატის ფოტოგრაფირების გზით მონაცემების დოკუმენტირება. საკვერცხე, რომელიც არის მუქი და გადიდებული, დიდი ალბათობით ჯერ სიცოცხლისუნარიანია. ასეთი შესახედაობა ხშირად სისხლძარღვოვანი და ლიმფური შეშუპების შედეგია და არა ნეკროზის მაჩვენებელი [7,22,25].

მრავალი გამოკვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ბევრ პაციენტს (მაშინაც კი, როცა საკვერცხე არის ლურჯი ან შავი) უნარჩუნდება ოვარიალური ფუნქცია დეტორსიის შემდეგ [2,37].

შემოთავაზებულია სხვადასხვა მიდგომა იმის შესაფასებლად არის თუ არა საკვერცხის პერფუზია. ერთ-ერთი მათგანი გულისხმობს ორსაფეხურიან ქმედებას: ჯერ დეტორსია და შემდეგ საკვერცხის ქერქოვანი შრის ჩაჭრა. ეს ტექნიკა გამოიყენებოდა გადიდებული, შეშუპებული

საკვერცხეების დროს, როდესაც უბგ-ით კისტა არ ფიქსირდებოდა. მეთოდი საშუალებას გვაძლევს დავინახოთ განაკვეთში სისხლის ღინება ისახება, თუ არა.

ცისტექტომია ხშირად წარმოებს დეტორსიის დამატებით, თუ სახეზეა კეთილთვისებიანი წარმონაქმნი. ზოგჯერ ცისტექტომიის ჩატარება არ არის მიზანშეწონილი არსებული შეშუპების გამო, რადგან საშიშია, რომ დისექციამ შეიძლება გამოიწვიოს სისხლძარღვოვანი პერფუზიის შემდგომი დაზიანება. ამ შემთხვევაში უმჯობესია წარმოებულ იქნას ცისტის დრენირება, ხოლო ცისტექტომია შესრულდეს მოგვიანებით ვადაზე. ამგვარი ორსაფეხურიანი პროცედურა უზრუნველყოფს შეშუპების დაცხრომას, პერფუზიის აღდგენას, საკვერცხის ცისტის კედლის ნორმალური ქერქიდან დისექციის გაიოლებას [22,25].

სალპინგო-ოოფორექტომია ნაჩვენებია შემდეგ კლინიკურ სიტუაციებში: ა) არასიცოცხლისუნარიანი საკვერცხე (ნეკროზული, ჟელატინისებური, ნორმალური ანატომიური სტრუქტურების დაკარგვით); ბ) პოსტმენოპაუზალურ პერიოდში. ბილატერალური სალპინგო-ოოფორექტომია ნაჩვენებია მხოლოდ მალიგნიზაციაზე ეჭვის დროს.

განმეორებითი შემოგრების პრევენციის მიზნით გამოიყენება: ა) დაბალდომირებული კოკ-ები (< 50მკგ ესტროგენი) - ახალი ოვარიული ცისტების ფორმირების დათრგუნვის მიზნით.

ბ) უნილატერალური, ან ბილატერალური ოოფოროპექსია, ნაწარმოები საკვერცხის დეტორსიის შემდგომ. ტიპურად ხდება საკვერცხის საკუთარი იოგის დამოკლება, ან თუ საკვერცხე არის ძალიან გადიდებული (შემოგრების მომენტში), ის შეიძლება მიეკეროს გავა-სამილოსნოს იოგებს [22,25].

საშვილოსნო-საკვერცხის იოგები წაგრძელებულია პრემენარქეს ასაკის გოგონებში, რაც შესაბამისად აადვილებს შემოგრებას. აღნიშნული იოგები მოკლდება პუბერტალურ პერიოდში გოგონას მომწიფებასთან დაკავშირებით. რეკომენდირებულია:

ა) ნორმალური საკვერცხის შემოგრებისას - დეტორსიის შემდეგ ოოფოროპექსიის წარმოება (რადგანაც განმეორების რისკი უფრო მაღალია ნორმალური საკვერცხის, ვიდრე საკვერცხის კისტის/სიმსივნის პირობებში);

ბ) საკვერცხის კისტის შემოგრებისას - დეტორსიის შემდეგ დრენირების წარმოება (შემდგომი მოგვიანებითი ცისტექტომიით);

გ) საკვერცხის სიმსივნის შემოგრებისას - დეტორსიის შემდეგ სიმსივნის ამოკვეთა.

7) ტუბო-ოვარიალური აბსცესი (TOA). PID კლინიკურად ვლინდება ენდომეტრიტის, სალპინგიტის, ოოფორიტის, პელვეოპერიტონიტის, პერიჰეპატიტის და/ან TOA-ს სახით. ამჯერად TOA შეიძლება განხილულ იქნას, როგორც PID-ის გართულება. იგი წარმოადგენს ანთებად მასას, რომელიც შეიცავს მილს, საკვერცხეს და იშვიათად სხვა, მენჯის მიმდებარე ორგანოს (ნაწლავი; შარდის ბუშტი). TOA უფრო ტიპურია რეპროდუქციულ ასაკში. TOA-ს რუპტურამ შეიძლება გამოიწვიოს სეფსისი. TOA აღენიშნება PID-ის დიაგნოზით ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტთა დაახლოებით 1/3-ს [14,15].

აბსცესის „რუპტურა“ ვერ ჩაითვლება სწორ დეფინიციად, რადგან პროცესი გულისხმობს შიგთავის უონვას (ნელი ან სწრაფი ტემპით). ამგვარ პაციენტებს აღენიშნებათ მწვავე მუცლის და ზოგჯერ სეფსისის ნიშნები. TOA-ს მქონე პაციენტების დაახლოებით 15%-ს აღენიშნებათ კლინიკური სიმპტომები, რომლებიც მიგვანიშნებს რუპტურის არსებობას. რუპტურაზე ეჭვის გაჩენა მოითხოვს შემდგომ ქირურგიულ შეფასებას.

პირველად აღნიშნული PID-ის პირობებში TOA-ზე საეჭვო ნიშნებს მიეკუთვნება: მწვავე მიმდინარეობა; გამოხატული მტკივნეულობა პალპაციის დროს, რაც გამორიცხავს სრულყოფილ გამოკვლევას; გასინჯვისას გამოვლინებული მტკივნეული დანამატისმიერი წარმონაქმნი; ანტიბიოტიკოთერაპიის მიმართ რეზისტენტობა [14,15,30]. ყველაზე საჭირო და

ხშირად გამოყენებად რადიკალურ მეთოდს TOA-ს შეფასებაში წარმოდგენას მენჯის უბე და მენჯის CT.

TOA-ს მკურნალობის კომპონენტებს წარმოადგენს: ა) ანტიბიოტიკოთერაპია; ბ) მინიმალური ინვაზიის მქონე დრენირება; გ) ინვაზიური ოპერაციული ჩარევა; დ) ხსენებული კომპონენტების კომბინაცია.

TOA-ს წარუმატებელი კონსერვატიული მკურნალობის კრიტერიუმებია: ა) პერსისტენტული ხასიათის, ან რეკურენტული ცხელება; ბ) აბდომინალური მტკივნეულობის პერსისტირება, ან გაუარესება; გ) დანამატისმიერი წარმონაქმნის ზომებში ზრდა; დ) ლეიკოციტოზი, რომელიც პერსისტირებს, ან უარესდება; ე) ეჭვი სეფსისზე; ვ) CRP > 49,3 მგ/ლ, შემდგომი მატების ტენდენციით [15,30].

TOA-ს დრენირების და/ან ქირურგიული ჩარევის ჩვენებებია: ა) წარუმატებელი ანტიბიოტიკოთერაპია; ბ) გამოვლინება პოსტმენოპაუზალურ ასაკში და შესაბამისად ეჭვი მალიგნიზაციაზე; გ) რუპტურა; დ) ეჭვი სეფსისზე; ე) TOA-ს დიდი მოცულობა (≥ 7 სმ). აღნიშნული ჩვენებებიდან ეჭვი TOA-ს რუპტურაზე წარმოადგენს სიცოცხლისათვის საშიშ, გადაუდებელ სიტუაციას და საჭიროებს სწრაფ ქირურგიულ ჩარევას [14,15,30].

მინიმალურად ინვაზიური დრენირების პროცედურების (რომლებიც ტარდება ან CT-ის, ან უბე-ს კონტროლის ქვეშ) ეფექტურობა მერყეობს 70%-დან 100%-მდე. გამოიყენება სხვადასხვა ანატომიური მიდგომა: კანქვეშა, ტრანსვაგინალური, ტრანსრექტალური, ტრანსგლუტეალური. ნებისმიერი მიდგომის დროს ასპირირებული სითხე უნდა გაიგზავნოს მიკრობიოლოგიურ გამოკვლევებზე. დადგენილია შედარებით მაღალი ეფექტურობა, როდესაც დრენირება ხდება უფრო მცირე ზომის, ერთკამერიანი სითხოვანი ჩანართისგან [14,30].

ოპერაციული ჩარევის ტრადიციულ მასშტაბს წარმოადგენს ტოტალური აბდომინალური ჰისტერექტომია და ბილატერალური სალპინგო-ოოფორექტომია (TAH-BSO). შემდგომმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ცალმხრივი TOA-ს დროს შესაძლებელია ნაწარმოები იქნას მხოლოდ უნილატერალური სალპინგო-ოოფორექტომია. ეს დამზოგველი ჩარევა ქალს უნარჩუნებს რეპროდუქციული ფუნქციას და საკვერცხის ჰორმონალურ ფუნქციას.

მწვავე მიმდინარეობისას და ქალებში, რომელთაც არ სურთ რეპროდუქციული ფუნქციის გაგრძელება, არჩევის მეთოდად ჩაითვლება TAH-BSO. ეს უკანასკნელი იწვევს განმეორებითი ოპერაციული ჩარევის (რომელიც საჭირო ხდება წინა კონსერვატიული ქირურგიული ინტერვენციების დაახლოებით 10%-20%-ში) ელიმინაციას. აუცილებელია ირიგატორის ჩატოვება მუცლის ღრუში.

8) პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან (AUB) - მოზარდებში.

მენარქეს შემდგომ 1-2 წლის განმავლობაში მოზარდებში აღინიშნება ანოვულატორული ციკლები, რომლის დროსაც ენდომეტრიუმი ზედმეტად სქელდება და ჩამოიშლება, რაც ვლინდება მოხსნის სისხლდენის (Withdrawal bleeding), ან გარღვევის სისხლდენის (Break-through bleeding) სახით. ამგვარი ანოვულატორული ხასიათის არარეგულარული მენსტრუაციების მიზეზს წარმოადგენს ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზარული ღერძის გვიანი მომწიფება, ან დისფუნქცია. ამ შემთხვევებში პრეოვულატორული LH-ტალღა არ ვლინდება, შესაბამისად ნარჩუნდება ესტროგენის სეკრეცია ოვულაციის და პროგესტერონის ზრდის გარეშე [4,18].

„ანოვულატორული სისხლდენა საშვილოსნოდან“ გულისხმობს აციკლურ სისხლდენას საშვილოსნოდან, რომელიც არ უკავშირდება საშვილოსნოს სტრუქტურულ დარღვევებს, სისტემურ დაავადებებს, ან სქესობრივად გადამდებ ინფექციებს [4,18]. საშვილოსნოდან ანოვულატორული სისხლდენების სავარაუდო კლინიკური ნიშნებია: არარეგულარული ხასიათის სისხლდენები; პრემენსტრუალური სიმპტომების არარსებობა (მკერდის მტკივნეულობა, მუცლის

შებენა, გუნება-განწყობის ცვალებადობა). ამ სახის სისხლდენა წინათ იწოდებოდა, როგორც „დისფუნქციონალური სისხლდენა საშვილოსნოდან“. FIGO-ს თანამედროვე კლასიფიკაციის მიხედვით ანოვულატორული სისხლდენა საშვილოსნოდან წარმოადგენს ოვულატორული დისფუნქციის სახეობას [26,28].

ორსულობასთან ასოცირებული სისხლდენის მიზეზებს წარმოადგენს: აბორტი, ექტოპიური ორსულობა, ტროფობლასტური დაავადება.

არაორსულ მოზარდებში სისხლდენის გამომწვევი მიზეზებია:

- ა) სისხლის შედედების თანდაყოლილი დარღვევები (ვონ-ვილბრანდის დაავადება; VII ფაქტორის დეფიციტი, იმუნური თრომბოციტოპენია და სხვ.).
- ბ) სხვადასხვა მედიკამენტის მიღება (ანტიკოაგულანტები, თრომბოციტების იმპიბიტორები).
- გ) ღვიძლის და თირკმლების ქრონიკული დაავადებები; სისტემური დაავადებები.
- დ) გენიტალური ტრაქტის ორგანული პათოლოგიები და ტრავმები.

ანოვულატორული სისხლდენის მართვის მიზნებს წარმოადგენს: ჰემოდინამიური სტაბილურობის დამყარება/შენარჩუნება; ანემიის კორექცია; ნორმალური მენსტრუალური ციკლის აღდგენა - განმეორებითი სისხლდენების პრევენცია; ანოვულაციის შორეული შედეგების პრევენცია (ანემია, უნაყოფობა, ენდომეტრიუმის კიბო).

კოკ-ები წარმოადგენს პირველი რიგის ჰორმონალურ საშუალებებს. პროგესტინები და ი/ვ კონიუგირებული ესტროგენები კი - ალტერნატივას. ჰემოსტაზი იწყება მონოფაზური კოკ-ებით (მაღალდოზირებული ეთინილ-ესტრადიოლი, 0,5მგ. ნორგესტრელთან, ან 1მგ. ნორეტინდრონთან ერთად) - კლებადი დოზებით. ანტიემეტიკები (პრომეტაზინი) ინიშნება პაციენტებში, რომლებიც დღიურად იღებენ 1 აბზე მეტს. ი/ვ კონიუგირებული ესტროგენები ინიშნება არასტაბილურ პაციენტებში და როდესაც არ შეუძლიათ მედიკამენტების per os მიღება. ინიშნება 25მგ., ი/ვ, ყოველ 4-ნათ-ში ერთჯერ, სანამ სისხლდენა არ შეწყდება [4,18].

ჰემოსტატიური თერაპიის დამატება საჭიროა შემდეგ შემთხვევებში: ა) მწვავე ანოვულატორული სისხლდენა გრძელდება 24სთ-ის განმავლობაში, ჰორმონალური თერაპიის მიუხედავად; ბ) პაციენტებში თრომბოციტარული დისფუნქციით. ჰემოსტატიური თერაპია ტარდება შემდეგ პრეპარატებით: ტრანექსამის მუავა; ამინოკაპრონის მუავა; დესმოპრესინი. უპირატესობა ენიჭება ტრანექსამის მუავას.

იშვიათ შემთხვევებში, როდესაც ჰორმონალური და ანტიფიბრინოლიზური პრეპარატების გამოყენება არ არის ეფექტური, ხდება AUB-ის მიზეზების დამატებითი შეფასება. ამგვარ შემთხვევებში დამატებით გამოიყენება ქირურგიული ჩარევის კომპონენტები (დილატაცია და კიურეტაჟი, ან საშვილოსნოს ღრუს ვაკუუმასპირაცია).

9) პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან (AUB) - რეპროდუქციულ ასაკში. AUB-ის ტერმინოლოგია რეპროდუქციოლოგიური ასაკის პაციენტებისათვის შემოღებულ იქნა 2011 წელს FIGO-ს მიერ. ეს სისტემა (PALM-COEIN) ახარისხებს AUB-ის მიზეზებს 9 ბაზისურ კატეგორიად [26,27,28,29]:

- 1) პოლიპები - Polyps (AUB-P).
- 2) ადენომიოზი - Adenomyosis (AUB-A).
- 3) ლეიომიომა - Leiomyomas (AUB-L).
- 4) მალიგნიზაცია და ჰიპერპლაზია - Malignancy and Hyperplasia (AUB-M).
- 5) კოაგულოპათია - (AUB-C) [ვონ-ვილბრანდის დაავადება; იმუნური თრომბოციტოპენია; თრომბოციტების ფუნქციონალური დეფექტი; თირკმლების და ღვიძლის დაავადებები; ჰემატოლოგიური მალიგნიზაცია; ანტიკოაგულანტების, ან ქიმიოთერაპიული საშუალებების მიღება].

- 6) ოვულატორული დისფუნქცია - (AUB-O). ანოვულაცია პაციენტის ასაკის გათვალისწინებით: ა) მენარქეს შემდგომ რამდენიმე წელი; ბ) რეპროდუქციული ასაკი (PCOS წარმოადგენს ანოვულაციის ყველაზე ხშირ მიზეზს); გ) მენოპაუზალური პერიოდი (AUB-ის ეპიზოდებთან ერთად აღინიშნება „ალები“). AUB-O-ის სხვა მიზეზებია: ა) ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები; ბ) ჰიპერპროლაქტინემია; გ) კუშინგის სინდრომი; დ) ჰორმონმაპროდუცირებელი საკვერცხის (გრანულოზოთრუქედოვანი), ან თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნე; ე) ღვიძლის და თირკმლების დაავადებები.
- 7) ენდომეტრიალური დისფუნქცია - (AUB-E). AUB-ის გამომწვევი მიზეზებია ინფექცია და მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთება (ენდომეტრიტი, ან PID). შესაძლო ეთიოლოგიური ფაქტორებია: ა) Chlamydia trachomatis; ბ) IUD-ის ჩადგმა; გ) ენდომეტრიუმის კიბო პოსტმენოპაუზალურ პაციენტებში; დ) ჰემატომეტრა, პიომეტრა, გამონვეული ცერვიკალური სტენოზით; ე) სიგმოიდური დივერტიკულის რუპტურის შედეგად ფისტულის წარმოქმნა საშვილოსნოში, რასაც შეიძლება თან მოჰყვეს საშვილოსნოდან სისხლდენა, გამონადენი და ენდომეტრიტი.
- 8) იატროგენული მიზეზები - (AUB-I). ა) კონტრაცეპტივების გამოყენება (კოკ; გესტაგენშემცველი კონტრაცეპტივები, სპილენძის შემცველი IUD); ბ) მენოპაუზალური ჰორმონალური თერაპია; გ) ანტიკოაგულანტების მიღება.
- 9) სხვაგვარად არაკლასიფიცირებული - (AUB-N). ა) საკეისროს შემდგომი ნაწიბურის დეფექტი; ბ) არტერიოვენოზური მალფორმაცია; გ) მიომეტრიუმის გაძლიერებული ვასკულარიზაცია.

10) პოსტმენოპაუზალური სისხლდენა საშვილოსნოდან (PMB). ეთიოლოგია: ა) პოლიპი (37,7%); ბ) ჰიპოტროფია/ატროფია (30,8%); გ) პროლიფერაციული/სეკრეტორული (14,5%); დ) კარცინომა (6,6%); ე) ფიბროიდი (6,2%); ვ) ჰიპერპლაზია ატიპიის გარეშე (2%); ზ) ჰიპერპლაზია ატიპიით (0,2%). PMB გვხვდება პოსტმენოპაუზალური პაციენტების 4%-11%-ში. PMB-ის უხშირესი მიზეზია ენდომეტრიუმის პათოლოგია, ან ატროფია და არა - მიომა. გამონაკლისს წარმოადგენს ჰორმონალური თერაპია, რომელიც ასტიმულირებს მიომის ზრდას და სისხლდენას.

References:

1. ACOG Practice Bulletin N174. Evaluation and management of adnexal masses. „Obstetrics & Gynecology“, 2016; 128:e210-e226.
2. Barel O., Suday RR., et al. Laparoscopic removal of an abdominal pregnancy in the pelvic sidewall. „J. Minim. Invasive Gynecol.“, 2019; 26:1007.
3. Barnhart KT., et al. Clinical practice: Ectopic pregnancy. „New England journal of Medicine“, 2009; 361:379-387.
4. Borzutzky C., Jaffrau J. Diagnosis and management of heavy menstrual bleeding and bleeding disorders in adolescents. „JAMA Pediatr.“, 2020;174:186.
5. Botros Rizk A., Holliday C.P., et al. Angular pregnancy: A review of 42 cases „Human Reproduction“, 1991;6(3):394-398.
6. Bree R.L., Edwards M., et al. Transvaginal sonography in the evaluation of normal early pregnancy: correlation with HCG level. AJR. „AM. J. Roentgenol.“, 1989;153(1):75-79.
7. Cohen A., Solomon N., et al. Adnexal torsion in postmenopausal women: clinical presentation and risk of ovarian malignancy. „J. Minim. Invasive Gynecol.“, 2017;24:94.
8. Condous G., et al. The accuracy of US in the diagnosis of ectopic pregnancy. „Ultrasound in Obstetrics & Gynecology“, 2005;25:46-50.
9. Dabreteau T., Puchar A., et al. Interstitial pregnancy management: A multicentric analysis of 98 patients from the FRANCOGENT group comparing surgery and medical treatment. „Int. J. Gynecol. Obstet.“, 2024;165:125.

10. De Carolis S., Fatigante G., et al. Uterine myomectomy in pregnant women. „Fetal. Diagn. Ther.,“ 2001;16:116.
11. Della Valle L., Lucidi A., et al. Recent advances in diagnosis and management of cesarean scar pregnancy. „Clinical Obstetrics and Gynecology,“ 2025;68(2); 234-241.
12. Don EE., Visers G., et al. Preterm birth and uterine fibroid necrosis: The clinical presentation illustrated in a case series. „EUR. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.,“ 2024;299:156.
13. Faraj R., Steel M. Management of cornual (interstitial pregnancy. „The Obstetrician & Gynecologist,“ 2007;9(4):249-255.
14. Fauks Y., Cohen A., et al. Surgical intervention in patients with tubo-ovarian abscess: clinical predictors and a simple risk score. „J. Minim. Invasive Gynecol.,“ 2019;26:535.
15. Goharkhlay N., Verma U., et al. Comparison of CT-or US-guided drainage with concomitant intravenous antibiotics vs intravenous antibiotics alone in the management of tubo-ovarian abscesses. „Ultrasound Obstet. Gynecol.,“ 2007;29:65.
16. Gonzalez N., Tulandi T. Cesarean scar pregnancy: A systematic review. „Journal of Minimally Invasive Gynecology,“ 2017;24(5) 731-738.
17. Gonzalez Gonzalez V., Herraes Moreta A., et al. Prolapsed cervical myoma during pregnancy „Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.,“ 2020;252:150.
18. Hernandez A., Dietrich j. E. Abnormal uterine bleeding in the adolescents. „Obstet. Gynecol.,“ 2020;135:615.
19. Jar-Allah T., Brandell K., et al. Change in hCG levels after very early medication abortion for pregnancy of unknown location or probable intrauterine pregnancy „Contraception,“ 2025;147:110902.
20. Kanat-Petkas M., Bodur S., et al. Systematic review: What is the best first-line approach for interstitial pregnancy? „Arch. Gynecol. Obstet.,“ 2016; 293(5): 1129-1137.
21. Kirk E., Bottomley C., et al. Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location. „Hum. Reprod.“ Update, 2014; 20:250.
22. Mandelbaum RS., Smith MB., et al. Conservative surgery for ovarian torsion in young women: perioperative complications and national trends. „BJOG,“ 2020; 127:957.
23. Mengistu Z., Getachew A., et al. Term abdominal pregnancy: A case report. „Journal of Medical Case Reports,“ 2015., 9, 168.
24. Moawad N.S., Mahajan S.T., et al. Current diagnosis and treatment of interstitial and cornual pregnancy. „American journal of Obstetrics and Gynecology,“ 2010; 202(1): 15-29.
25. Moro F., Belomini G., et al. Imaging in gynecological disease (20): Clinical and ultrasound characteristics of adnexal torsion. „Ultrasound Obstet. Gynecol.,“ 2020:56:934.
26. Munro MG., Critchley HOD., et al. FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in non-gravid women of reproductive age. „International journal of Gynecology and Obstetrics,“ 2011;113(1):3-13.
27. Munro MG. Investigation of women with abnormal uterine bleeding: a practical approach. „Clinical Obstetrics and Gynecology,“ 2014;57(1):3-18.
28. Munro M.G., Critchley HOD., et al. FIGO menstrual disorders committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. „Int. J. Gynecol. Obstet.,“ 2018; 143-393.
29. Oehler MK., Rees MC. Menstrual problems. In: Edmonds DK, ed. Dewhurst's Textbook of Obstetrics & Gynecology, 9th ed. Wiley-Blackwell; 2018. pp. 419-428.
30. Ribak R., Schonman R., et al. Can the need for invasive intervention in tubo-ovarian abscess be predicted? The implication of c-reactive protein measurements. „J. Minim. Invasive Gynecol.,“ 2020;27:541.
31. Rock JA., Thompson J.D., et al. The Linde's Operative Gynecology. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015 p. 793-797.
32. Sherer D.M., Thompson M., et al. Sonographic findings of complete tubal abortion. „Ultrasound in Obstetrics & Gynecology,“ 2023, 63(6), 1024-1029.

33. Singh S. Chronic ectopic pregnancy: Clinical and imaging correlates. „Reproductive Biology and Endocrinology,“ 2021, 19(1), 1-9.
34. Soriano D., Vicus D., et al. Laparoscopic treatment of interstitial pregnancy: A series of 20 consecutive cases. „Fertil. Steril.,“ 2008;90(3):839-843.
35. Straub HL., Chohan L., et al. Cervical and prolapsed submucosal leiomyomas complicating pregnancy. „Obstet. Gynecol. Surv.,“ 2010;65:583.
36. Sun H., Wang J., et al. Systematic evaluation of the efficacy of treatments for cesarean scar pregnancy. „Reproductive Biology and Endocrinology,“ 2024; 22(1):84.
37. Togami S., Kobayashi H., et al. A very rare case of endometriosis presenting with massive hemoperitoneum. „J. Minim. Invasive Gynecol.,“ 2015;22:691.
38. Ye M., Huang L., et al. A massive hemorrhage caused by rupture of cystic cervical endometriosis. „J. Obstet. Gynecol.,“ 2012;32:498.
39. Yeh HC., Goodman JD., et al. Intradecidual sign: a US criterion of early intrauterine pregnancy „Radiology,“ 1986;161(2):463-467.

კონსტანტინე ხარაბაძე, ზაზა ბოხუა, დავით კობეშვიძე
ურგენტული სიტუაციები გინეკოლოგიაში: სიახლეები დიაგნოსტიკის,
დიფერენციალური დიაგნოსტიკის, მართვის კუთხით
 თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი; შ.პ.ს. „იმედის კლინიკა“; თბილისი,
 საქართველო

რეზიუმე

სტატიაში განხილულია ურგენტული გინეკოლოგიური სიტუაციების დიაგნოსტიკასთან, დიფ. დიაგნოსტიკასთან და მართვასთან დაკავშირებული შემდეგი სიახლეები: 1) მოსაზღვრე ლოკალიზაციების იდენტიფიკაცია ექტოპიური ორსულობის დროს; 2) თავიდან უცნობი ლოკალიზაციის ორსულობები (PUL); 3) საკეისრო კვეთის შემდგომი ნაწიბურის ორსულობა; 4) საშვილოსნოს კუთხის შენარჩუნების შესაძლებლობა ინტერსიტცალური ორსულობის დროს; 5) საშვილოსნოს შენარჩუნების შესაძლებლობა ყელის ორსულობის დროს; 6) მშობიარობის მესამე პერიოდის მართვა აბდომინალური ორსულობის დროს; 7) ორგანოშემანარჩუნებელი მიდგომა; ქირურგიული ჩარევის მასშტაბის მინიმიზაცია; განმეორებითი შემოგრების პრევენციული ღონისძიებები საკვერცხის კისტის/სიმსივნის ფეხზე შემოგრების დროს; 8) მინი-ინვაზიური მეთოდები ტუბო-ოვარიალური აბსცესის (TOA) მკურნალობის დროს; 9) პათოლოგიური სისხლდენის მართვა მოზარდებში; 10) პათოლოგიური სისხლდენის თანამედროვე კლასიფიკაცია და მართვა რეპროდუქციულ ასაკში.

