



и акушерство и гинекологија
IV

Др БРАТОМИР
МИЛЕНОВИЋ
Др ЗОРИЦА
БОДАНОВИЋ
Др АЛЕКСАНДРА
МИХАИЛОВИЋ

ГИНЕКОЛОГИЈА И АКУШЕРСТВО СА НЕГОМ

ЗА IV РАЗРЕД
МЕДИЦИНСКЕ ШКОЛЕ

ПЕТО ИЗДАЊЕ

MUSA



ЗАВОД ЗА УЧБЕНИКЕ
И НАСТАВНА СРЕДСТВА
БЕОГРАД
1999

проф. др Милан Јевремовић, Медицински факултет у Београду
др sci. med. Невежда Војновић, Дом здравља „Савски Бенац“ у Београду
др Елена Платковић, Медицинска школа „7 април“ у Новом Саду

Уредник

МИРЈАНА ЈОВАНОВИЋ

Главни и одговорни уредник
др ПЕТАР ПИДАНОВИЋ

За издавача
проф. др ЈОБРОСАВ БЈЕЛЕНИЋ, директор

Министарство просвете Републике Србије одобри-
ло је овај уџбеник за издавање и употребу у
IV разреду медицинске школе решењем број
650-02-068/93-01, од 18. 04. 1994. године.

ISBN 86-17-07026-9

САДРЖАЈ

УЛОГА И ЗНАЧАЈ МАТЕРИНОСТВА	/ 7 /
Здравствена заштита материнства	/ 8 /
АНАТОМИЈА КАРТИЦЕ И ГЕНИТАЛИЈА ЖЕНЕ	/ 9 /
Картица жене	/ 9 /
Зглобови и везе мале картице	/ 10 /
Малишди картице	/ 12 /
Спадан позни органи жене	/ 13 /
Унутрашњи позни органи жене	/ 14 /
Ватини (овариј) / 15 /	
Матерница (uterus) / 15 /	
Вуктус (vaginalis) / 17 /	
Дуктус (vagina) / 18 /	
ФИЗИОЛОГИЈА ПОЗНИХ ОРГАНА ЖЕНЕ	/ 19 /
Менструални циклус	/ 19 /
Ендометријални циклус	/ 21 /
Механизам развојна оварјалних хормона и хормона предњег рожца кифидице	/ 22 /
Животна доба жене	/ 23 /
Пубертет / 23 /	
Генеративно доба жене	/ 24 /
Климактеријум / 25 /	
Синдром / 25 /	
Женска поина ћелија (овулам) / 26 /	
Овулација / 27 /	
Сидрење јује ћелије (овоцити) / 27 /	
Мучна поина ћелија (сперматозоид) / 27 /	
Сидрење сидрење (сидрење) / 28 /	
ФИЗИОЛОГИЈА ТРУДНОСТЕ	/ 30 /
Оплођење (концепција) / 30 /	
Усађивање оплођене јује ћелије (нидација) / 31 /	
Развој оплођеног јајета / 32 /	
Саставни делови оплођеног јајета / 33 /	
Постељница / 33 /	
Плодни вода / 35 /	
Амнионска вода / 36 /	
Амнионска вода / 36 /	
Плодна вода вода / 38 /	
Плод / 38 /	
Промене на телу и органску труднице	/ 39 /

Трајање трудноће / 41 /
 Дијагноза трудноће / 41 /
 Биолошки тестови трудноће / 42 /
 Рад саветодавништа за трудноће / 43 /
 Одредивање старости трудноћа и рока порођаја / 45 /
 Хиријена у трудноћи / 46 /
 Исхрана у трудноћи / 49 /

НОРМАЛАН ПОРОЂАЈ / 51 /

Порођај / 51 /
 Фактори порођаја / 52 /
 Порођајна држа / 53 /
 Прва нећа интервенција / 54 /
 Преглед постелнице / 56 /
 Сапезици породице / 57 /
 Примена узрада у гинекологији и акушерству / 59 /
 Кардиотоксикација у порођају / 60 /
 Анализа акушерског статуса плава (рН-метрија) / 60 /
 Анагезија у порођају / 61 /
 Оперативно доиравање порођаја / 61 /
 Царски рез / 62 /
 Бабиње и компликације у бабињама / 63 /

ПАТОЛОГИЈА ТРУДНОЋЕ / 65 /

Гравидитетне токмике / 65 /
 Ране гравидитетне токмике / 65 /
 Касне гравидитетне токмике (ЕРН гестозе) / 67 /
 Неоропатична тригидна жена / 68 /
 Прекалаија / 68 /
 Еклампсија / 69 /
 Инфективне болести и трудноћа / 71 /
 Сипа или Аids / 72 /
 Побачај / 73 /
 Насилно акеидање трудноће / 74 /
 Ванматерична трудноћа / 75 /
 Крааење у трудноћи и у току порођаја / 79 /
 Плацента прерија / 81 /
 Превремено одаубиљање нормално усађене постелнице / 82 /
 Коагулопатије у акушерству / 83 /

НАЈЧЕШТА ОБОЉЕЊА ЖЕНСКИХ ПОЛНИХ ОРГАНА / 84 /

Обољења спољних полних органа жене / 84 /
 Акутно збољење Виртхольмове жлезде / 85 /
 (Bartholin's cysts)
 Циста Бартолиневе жлезде / 86 /
 (cystic glandular Bartholin's)
 Штљиве брволице епидидије и вагине / 86 /
 (condylomata acuminata)
 Преканцерозна стања у гинекологији / 87 /
 Обољења вагине / 89 /
 Колпитис (vaginitis) / 89 /
 Степени чистоте вагине / 90 /
 Обољења материце и аднекса / 91 /

Туберкулоза женских полних органа / 97 /
 Неуредна крааења из материце / 98 /
 Неправилности екстрауције / 99 /
 Аменореја / 100 /
 Синдром пременскалне напетости / 102 /
 Менорација / 103 /
 Јувенилно крааење / 103 /
 Тумори полних органа жене / 105 /
 Начин настанка карциномских обољења на женским полним органима / 106 /
 Тумори вагине / 107 /
 Тумори материце / 107 /
 Бенигни тумори материце / 107 /
 Малигни тумори материце / 108 /
 Рак ераида материце / 109 /
 Рак шала материце / 111 /
 Тумори јајника / 112 /
 Псеудотумори јајника / 112 /
 Правни тумори јајника / 113 /
 Вазеновакени оваријални тумори / 115 /
 Ембрионални тумори јајника (тератоми) / 115 /
 Карциноми јајника / 116 /
 Рад саветодавништа за рану дијагнозу рака гениталних органа жене / 117 /
 Рана дијагноза рака полних органа жене / 117 /
 Хорионепителиом (малигни тумор постелничног ткива) / 118 /

РАД САВЕТОДАВНИШТА ЗА ПЛАНИРАЊЕ ПОРОДИЦЕ / 120 /

Контрацепција / 121 /
 Хемијско-механичке методе контрацепције / 123 /
 Биолошке методе контрацепције / 124 /
 Цитогенетски проблеми у гинекологији / 125 /
 УСТАНОВЕ ЗА ЗАШТИТУ ЖЕНА. СПЕЦИФИЧНОСТИ И ОРГАНИЗАЦИЈА РАДА НА АКУШЕРСКОМ И ГИНЕКОЛОШКОМ ОДЕЉЕЊУ. ГИНЕКОЛОШКА АМБУЛАНТА / 128 /

Пријем болеснице и трудноће на одељење и психичка и физичка припрема порођаја за порођај / 130 /
 Спровођење хигијене полних органа жене / 131 /
 Вазикално испирање – припрема материјала и техника рада / 132 /
 Уклањање вагиналног секрета – припрема материјала и техника рада / 133 /
 Припрема жене и материјала за побачај и нећа после побачаја / 134 /
 Припрема инструмената и материјала за амниоскопију / 135 /
 Припрема инструмената и материјала за амниоцентезу / 136 /
 Прили подор и нећа брадавица / 136 /
 Хиријена и нећа бабиња / 137 /
 Нећа болеснице у случају крваења у трудноћи и у току порођаја / 139 /
 Нећа трудноћа са раним гравидитетним токмикама / 141 /
 Нећа трудноћа оболелих од касних гравидитетних токмика, а посебно трудноћа са еклампсијом / 142 /
 Припрема болеснице и материјала за пункцију Дугласовог простора / 143 /
 Припрема болеснице и материјала за инфузиону јајвода / 145 /
 Припрема болеснице, материјала и инструмената за хистеросалпингографију / 145 /
 Припрема материјала и инструмената за колпоскопију / 146 /
 Припрема инструмената и материјала за целвископију / 147 /
 Нећа болесница код акутног и хроничног запаљења јајника и јајвода. Примена тодате и хладноће / 148 /
 Значај здравствено-васпитног рада у раном откривању тумора, здравствено-васпитни рад у вези са правилном применом контрацептивних средстава / 150 /

УЛОГА И ЗНАЧАЈ МАТЕРИНСТВА

Материнство је способност полно зреле и здраве жене да са полно зрелим мушкарцем ствара ново људско биће, да га подиже, одгаја и васпитава, оспособљавајући га за каснији самосталан живот у друштвеној заједници. На садашњем нивоу развоја људског друштва далеко најчешће материнство је саставни део родитељства јер као и у планирању породице, и у рађању, у задацима и обавезама подизања детета треба подједнако да учествују и мушкарац и жена као брачни другови, градећи са својом децом основку јединицу људске заједнице – породицу. Срећна и задовољна породица засад показује најбоље резултате у васпитању и осамостаљивању деце. У том погледу знатно је тежа и неповољнија ситуација када се о детету брине само један родитељ, што је срећом ређи случај. То се углавном дешава када родитељи не живе заједно јер је дете плод ванбрачне љубави и ванбрачних веза, затим када су родитељи разведени или је један од њих умро. Ако је дете рођено ван брака, или су родитељи из било којих разлога раздвојени те не живе као породица заједно, онда се на једног од њих, у већини случајева само на мајку, сваљује терет родитељства. Исти је случај и ако је један од родитеља умро, па је дете остало без оца или мајке. Иако има примера великог пожртвовања очева који сами воде бригу о деци, ипак је у нашим условима и нашем менталитету разумљивија и прихватљивија велика приврженост мајки, њихова спремност и одлучност да се лише многих животних потреба, радости и задовољства да би деци створили што повољније животне услове. Осим вербалне и моралне подршке коју закон пружа ванбрачним мајкама, у нашем друштву изостаје, или је само симболична, конкретна материјална помоћ те жеља неудатих или слободних жена за рађањем, уколико је остваре, представља велику храброст.

Организам жене у целини је прилагођен биолошком задатку да се у њој зачне, развија и расте зачетак, односно плод. То се ипак највише односи на њене гениталне органе, на кости мале карлице и на дојке. Мала карлица у порођају представља коштану део порођајног канала, а дојке по рађању детета луче најквалитетнију природну храну за његов опстанак, развој и раст. До сусрета зреле јајне ћелије и сперматозоида долази у једном од јајовода где се у повољнијим околностима одиграва и продирање сперматозоида у јајну ћелију, односно оплођење, одакле јајна ћелија путује у матичну шупљину и усади се у њену слузокожу припремљену за пријем оплођеног јајета. У матичи се развија и напредује све до

порођаја, када напушта материчну дупљу и прелази у спољну средину. Рађањем здравог, зрелог и допесеног, за живот способног новорођенчета не прекида се улога материнства, већ се наставља бригом око подизања новорођенчета, одојчета, односно малог детета. Брига мајке за здравље, раст, телесни и психички развој детета обухвата и каснији период његовог живота све до пубертета, када долази до телесног, полског и психичког сазревања јединке. Иако у подизању потомства треба подједнако да се ангажују оба родитеља, улога мајке (материнство), због посебних биолошких задатака које је природа подарила жени, специфичнија је, значајнија и одговорнија. Због тога је жена у развијеним земљама, посебно у вези са материнством, заштићена парочитим законским прописима и одредбама.

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА МАТЕРИНСТВА

Наше законодавство пружа посебну заштиту трудницама, породицама и деци до четрнаест година старости. Одредбе закона којима се штити жена у трудноћи и после порођаја имају циљ да омогуће правилан развој плода у току трудноће и обезбеде пружање основне неге новорођенчета, а касније одојчета и детета све до пубертета. Жена у трудноћи је заштићена од прекомереног рада, од рада у ноћним сменама и од дежурства. Она не може да се запосли на нарочито тешким пословима, штити се, док је трудна, сме пребацивати са лакшег на тежи посао или преместити са једног на друго радно место. Исто тако, она не сме у току трудноће и неко време после порођаја да буде отпуштена из службе. Чак и ако се предузме у ком ради реформира, она добија одговарајућу новчану накнаду све до порођаја, после чега ужива заштиту по прописима социјалног осигурања као и друге породичне социјалне осигурањивости.

После четрнаест месеца трудноће трудница не сме да ради тешке послове, а забрањен јој је и прековремени рад у ноћним сменама. Ако ради на изузетно тешким пословима који могу да оштете и угрозе трудноћу, трудница може да захтева да за време трудноће привремено добије лакши посао. Приликом преласка са тежег на лакше радно место она задржава припадност којој је раније имала.

При крају трудноће труднице које су у радном односу примају новчану помоћ за опрему новорођенчета. Осим тога, оне имају право на плаћено трудничко, односно порођајно одсуство у трајању од 270, а у Војводини од 360 дана, од чега пре порођаја морају да користе 28, а остале дане могу да користе после порођаја. По истеку порођајног одсуства, кад се врати на посао, жена има право на скраћено радно време у трајању од шест месеци. У случају потребе, а по наласу и препоруци лекара, скраћено радно време може да се користи најдуже до три године старости детета. За то време мајка прима припадности у пуном износу. Разлику припадности између пуног и скраћеног радног времена надокнађује социјално осигурање. У том периоду мајка не може да ради прековремено. Касније, кад дете наврши седм годину, мајка може да ради прековремено, али само ако то она сама жели. Док дете не напуни годину дана живота, мајка је ослобођена дежурства. Осим тога, жене у трудноћи и после порођаја имају знатне олакшице у погледу бесплатне здравствене заштите.

АНАТОМИЈА КАРЛИЦЕ И СЕНИТАЛИЈА ЖЕНЕ

КАРЛИЦА ЖЕНЕ

2

Карлица (pelvis) је у анатомском погледу коштани прстен на споју кичменог стуба и доњих удова. Она се састоји из четири кости – две карличне, крсне и тртичне које су међу собом спојене зглобовима и везама. Карлица жене је обликом и грађом костију, дужином, изгледом и пространством шупљине прилагођена функцији материнства и по томе се знатно разликује од карлице мушкарца.

Карлична кост (os coxae) је велика пљосната кост у облику витла (elise), са средиштем које одговара зглобној чашици (acetabulum). У детињству је састављена из три кости: бедрене, препонске и седалне, спојене међусобно хрскавицом у пределу ацетабулума. Од пубертета хрскавица окоштава, па се ове кости утапају у јединствену карличну кост.

Бедрена кост (os ilium) чини горњи пљоснати део карличне кости. На предњој и задњој ивици бедрене кости виде се бедрене бодље: предње-гбрња (spina iliaca anterior superior), предње-доња (spina iliaca anterior inferior), задње-горња (spina iliaca posterior superior) и задње-доња (spina iliaca posterior inferior). Гребен бедрене кости (crista iliaca) представља њену горњу ивицу. Гребен је широк, хртав, у облику издуженог латиничног слова S.

Седална кост (os ischii) се састоји из тела и гране. Тело седалне кости својим доњим делом образује седалну квргу (tuber ischiadicum). Грана седалне кости пружа се од седалне кврге напред и унутра у сусрет доњој грани препонске кости. Од задње ивице тела пружа се уназад и унутра коштани наставак, такозвана седална бодља (spina ischiadica). Замењена линија која спаја обе седалне бодље представља најкраћи пречник у мањој карлици. Ова интерспинална линија оријентише акушера о висини предњачећег дела плода и о напредовању порођаја.

Препонска кост (os pubis) се састоји из тела, горње и доње гране. Везивно-хрскавичави спој обе препонске кости у нивоу угла који граде обе гране назива се стидни мост, или препонска симфиза (symphysis pubica). Препонска симфиза гради предњи зид мале карлице. Од доње ивице симфизе, уназад наниже и упоље, разилазе се доње гране препонских костију међусобно градећи код жене стидни лук, а код мушкарца стидни угао.

Зрнана слика

и из нег чврсто сраслих крсних при-
љенова и има облик широког, спљоштеног тупог клина. Предња глатка и
издубљена страна крсне кости чини већи део задњег зида карлице, одно-
сно дно крсног удубљења. Бочне ивице кости се својим горњим делом
зглобљавају са задњим ивицама бедрене кости у крсно-бедрене зглобове.
Доњим крајем крсна кост се зглобљава са тртичном кости и гради крсно-
тртични зглоб. Обе ове кости чине задњи зид мале карлице.

Тртична кост (os coccygis), малена кост клинастог облика, састављена
је из четири до пет међусобно чврсто сраслих тртичних приљенова. Она
код човека представља рудиментаран остатак репа и пасивно је лако
покретна од спреда уназад.

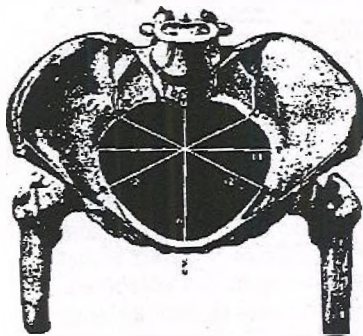
ЗГЛОБОВИ И ВЕЗЕ МАЛЕ КАРЛИЦЕ

Кости карлице међусобно су повезане зглобовима и везама. Спреда, по
средњој линији мале карлице, обе препонске кости међусобно су учвр-
шћене фиброзно-хрскавичавим спојем, стидним мостом или препонском
симфизом.

У трудноћи, услед набубрелости ткива које је гради, симфиза допушта
минимално размицање препонских костију. Могућност развлачења сим-
физе, и тиме извесног проширења излаза порођајног канала, од велике је
користи при порођају.

Крсно-бедрени зглоб (articulatio sacroiliaca) представља зглоб крсне са
бедреном кости. Као и код симфизе, и у крсно-бедреним зглобовима,
услед извесног размекшавања зглобне чахуре и веза, пред крај трудноће
и током порођаја незнатно се повећава покретљивост.

Крсно-тртични зглоб (articulatio sacrococcygis) је спој крсне са тртичном
кости. Ван трудноће он је непокретан, а у трудноћи тртична кост у одно-
су на крсну може да се помера уназад за 2 – 3 cm, чиме се у извесној мери
проширује излаз мале карлице.



Слика 1. – Улаз мале карлице са
пречницима

Крсно-слабински зглоб је спој пе-
тог слабинског приљена са првим кр-
спним приљеном. Предња страна њи-
хових тела закрпана туп угао, чије те-
ме у виду испупчења штрчи на улазу
мале карлице градећи карлични рт
или промоторијум. Облик и испу-
пченост промоторијума утичу на
облик и пространство карличног
улаза, тако да имају велики утицај
на механизам, ток и исход порођаја.

Карлични појас реп се на вели-
ку карлицу (pelvis maior) и малу кар-
лицу (pelvis minor).

Мала карлица (pelvis minor) је ко-
штани цилиндар споља и изнутра об-
ложен мишићима и везивним тки-

вом. Она је одоздо затаорена мишићно-везивном пречагом, а одозго је отворена према великој карлици и преко горњег отвора наставља се у трбушну дупљу. У дупљи мале карлице налазе се унутрашњи попови органи жене, ректум и мокраћна бешика.

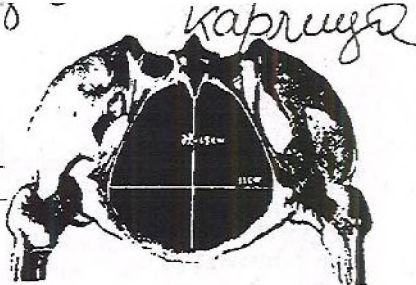
На крају трудноће мала карлица представља коштани део порођајног канала. Кроз њу плод мора да прође да би из материчне дупље прешао у спољашњу средину. Мала карлица има облик цилиндра, лако савијеног наниже и унапред. На њој се разликују горњи и доњи отвор, или улаз и излаз карлице, карлична дупља, карлична осовина, дубина и нагиб карлице.

Да би са успехом одговорила својој природној функцији, мала карлица је овалног улаза и излаза, пространја је и плића од карлице мушкарца и њене су кости грацилније од масивних костију мушке карлице.

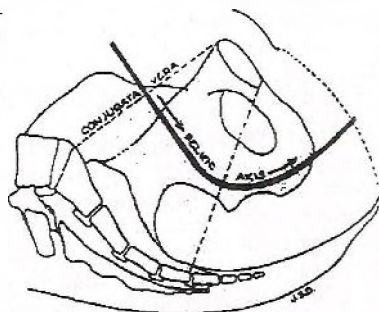
Горњи отвор (apertura pelvis superior), или улаз карлице, ограничен је међашном линијом (linea terminalis) која одваја малу од велике карлице.

Код жена је улаз карлице овално-бубрежастог, а код мушкараца троугластог облика. На улазу карлице разликује се више пречника. Први или предње-задњи анатомски пречник (coniugata anatomica) спаја промонторијум са горњом ивицом препонске симфизе и износи 11 - 11,5 cm. Други прави, односно породички пречник улаза мале карлице (coniugata vera) спаја промонторијум са најиспупченијом тачком на задњој ивици препонске симфизе и износи 10,5 cm. Трећи, предње-задњи, односно дијагонални пречник (coniugata diagonalis) спаја промонторијум са доњом ивицом симфизе и износи 12 - 12,5 cm. Ваажност дијагоналног пречника је у томе што се он, за разлику од претходних, може директно измерити из породиљи. Из њега, одбијањем 1,5 до 2 cm, израчунава се прави пречник карличног улаза. Поред правих, постоје и два коса пречника (diameter obliquus) карличног улаза. Коси пречници карличног улаза износе између 12 - 12,5 cm. Највећи попречни пречник улаза карлице (diameter transversus maximus) спаја две најудаљеније симетричне тачке на лучним линијама и износи 13,5 cm.

Доњи отвор или излаз из мале карлице (apertura pelvis inferior) има облик ромба. Излаз мале карлице је коштан, а делимично је лигаментозан. На њему се разликује прави пречник (diameter rectus), који иде од доње



Слика 2. - Излаз мале карлице са пречницима



Слика 3. - Осовина мале карлице

ивиде симфизе до врха тртичне кости и износи 9 cm. У току порођаја, под притиском предњачевог дела плода, тртична кост се помера уназад, па се прави пречник излаза продужује за око 2 cm, те у порођају практично износи 11 - 12 cm. Попречни пречник доњег отвора мале карлице (diameter transversus) спаја два седална испупчења и износи 11 cm.

Осовина мале карлице (axis pelvis) представља замишљену линију која спаја средине свих правих пречника мале карлице. Она има облик лучне линије, која се од карличног улаза спушта према излазу карлице.

Осовина карлице уједино представља и линију подијалу порођаја.

МИШИЋИ КАРИЛИЦЕ

У малој карлици се разликују бочни мишићи карличне дупље и мишићи који затварају доњи отвор мале карлице и заједно са везама и масним ткивом и кожом чине мешицу.

Бочни мишићи мале карлице са унутрашње стране облажу зидове мале карлице. Њих сачињавају: унутрашњи запорни мишић (m. obturator internus) и крушкасти мишић (m. piriformis). Оба мишића припадају мускулатури доњег уда, а својим горњим крајем излазе са зида мале карлице.

Доњи отвор мале карлице затворен је мешицом коју граде кожа, порочно везивно ткиво и две мишићно-фасцијалне прецаре: горња (diaphragma pelvis) и доња (diaphragma urogenitale).

Горња или карлична дијафрагма (diaphragma pelvis) саграђена је из два пара мишића: мишића подизача чмара (m. levator ani) и тртичног мишића (m. coccygeus), као и две фасције од којих једна покрива горњу, а друга доњу страну мишића.

Карлична дијафрагма покрива цео доњи отвор мале карлице. Она чини главни ослонац органа трбушне дупље и представља противтежу интраабдоминалном притиску. Ако се мишићи горње дијафрагме, услед оштећења или услед урођене слабости, постепено и под дејством интраабдоминалног притиска размачку, временом долази до промене статике органа мале карлице, у првом реду до спуштања и испадања вагине и материце, што је праћено поремећајем њихове функције и појавом одређених симптома.

Доња или урогенитална дијафрагма (diaphragma urogenitale) много је



Слика 4. - Мишићи карлице.

1 - мишић кавернозни мишић; 2 - булбо-кавернозни мишић; 3 - дубоки попречни мишић мешице; 4 - површини попречни мишић мешице; 5 - mi- sculus obturator internus; 6 - анакок- сителна веза; 7 - спољашњи сфинктер чмара; 8 - мишић подизач чмара; 9 - сакројугерозна веза; 10 - септум tendinum мешице; 11 - крпа седњаче

слабија од претходне и затвара само мокраћно-полни троугао на доњем отвору карлице. По свом значају она доста заостаје за горњом дијафрагмом мале карлице.

СПОЉНИ ПОЛНИ ОРГАНИ ЖЕНЕ

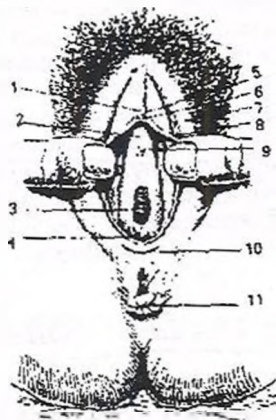
Спољни полни органи жене (*pudendum femininum*) чине скупа стиднице или вулву, како се она друкчије назива. У састав стиднице улазе стидни брежуљак, велике и мале усне стиднице, трем вагине, дражница и тремне жлезде.

Стидни брежуљак (*mons Veneris*) представља предео коже и поткожног масног ткива изнад симфизе (стидног моста), а између бутина жене. Кожа стидног брежуљка до пубертета покривена је ситним длачицама, а од пубертета коврџастим стидним длакама. У то време испод коже добро се развија масно ткиво, тако да стидни брежуљак личи на масни јастучић.

Велике усне стиднице (*labia maiora pudendi*) чине два паралелна кожна набора која се спреда од стидног брежуљка спуштају назад према чмару изнад кога се завршавају на око 3 см и ограничавају међу собом стидну пукотину (*rima pudendi*). Кожа спољне стране великих стидних усана полно зреле жене покривена је коврџавим стидним длакама, док је са унутрашње стране без длака, веома осетљива, танка и мекана. Простор између задњег дела великих стидних усана и чмара назива се акушерска међница. Код нероткиња унутрашње стране великих стидних усана уско налажу једна на другу и покривају мале усне стиднице, док су код жена које су рађале нешто размакнуте, па испод њих штрче мале усне стиднице.

Мале усне стиднице (*labia minora pudendi*) чине две паралелне дупликатуре нежне коже које се налазе дубље испод великих усана. Предњи крај малих усана рачва се у по два крака, који се међусобно спајају по средњој линији, обухватајући између себе дражицу. Задњи крајеви малих стидних усана обично прелазе и не-стају у великим стидним уснама. Мале усне богате су нервним завршецима, крвним судовима и лојним жлездама.

Трем вагине (*vestibulum vaginae*) је узан простор ограничен према улазу вагине хименом или његовим остацима, спреда дражицом, бочно ма-



Слика 5. – Спољни полни органи жене: 1 – дражница; 2 – дражница; 3 – дражница; 4 – дражница; 5 – дражница; 6 – дражница; 7 – дражница; 8 – дражница; 9 – дражница; 10 – дражница; 11 – дражница

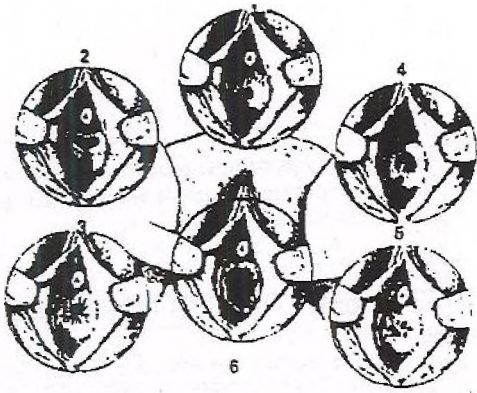
зади ресицом малих усана. Задњи део трема представљен је чунастом јамicom (fossa vestibulli vaginac).

Девичњак (himen) је танка кожаста опна на улазу вагине која одваја спољашње од унутрашњих полних органа жене. Отвор на химену најчешће има облик полумесеца и кроз њега се у генеративно доба жене излива менструална крв. Химен може бити потпуно затворен и онда је реч о атрезии.

При првом полној односу на химену обично настану два или три расцепа, најчешће према међници. При цепању химена јавља се мање или веће крварење. Оно је само код неких жена толико обилно да захтева лекарску помоћ која се састоји у подвезивању прекинутог крвног суда. После порођаја заостају само ситне квржице, такозване carunculae himenales. Код девојака са кожастиим хименом обично је полни однос немогућ све док се хируршким путем не просече његов обод.

Дражица (clitoris) је орган који по положају, грађи и изгледу одговара мушком полној уду. Дражица је најосетљивији део полних органа жене. Богата је нервним завршетицама и крвним судовима. У току полног надражаја кавернозна (шупљикава) тела која чине највећи део дражице надују се краљу, те овај орган привремено набрекне и укрути се – дође у стање ерекције. Ако се дражица повреди споља, или, што је далеко чешће, у току порођаја, услед богатства у крвним судовима настаје обилно крварење које захтева да се повреда неодложно хируршки збрине.

Велике тремне жлезде (glandulae Bartholini) су парне и смештене су у доњој трећини великих стидних усана. Изводни канали ових жлезда отварају се са унутрашње стране великих стидних усана на споју њихове горње и средње трећине. Оне луче секрет који влажи трем и улаз у вагину. Секретија се нарочито појачава при полној надражају, што олакшава обављање полног односа.



Слика 6. – Различити облици химена: 1 – нормалан; 2 – продужасти; 3 – пресечаст; 4 – преграђени химен; 5 – ретинијаксис; 6 – carunculae himenales

УНУТРАШЊИ ПОЛНИ ОРГАНИ ЖЕНЕ

Унутрашњи полни органи жене смештени су у дупљу мале карлице и нису изложени контакту са спољном средином, па самим тим ни повредама. У унутрашње полне органе жене спадају: вагина, материца, јајници и јајоводи.

Dragana Lagic

Вагина је слузокожно-мишићна цев дуга 8 – 10 cm. Она се пружа од улазног отвора навише и назад и завршава се слепо затвореним крајем кроз који улази грлић материце. На горњем крају вагине (Isthm. vaginae), који обухвата грлић материце, разликују се четири шпага: предњи, задњи и два бочна.

Предњи и задњи зид вагине приљубљени су један уз други, при чему остаје извештајни простор по ивицама, тако да она на попречном пресеку има изглед латиничног слова Н.

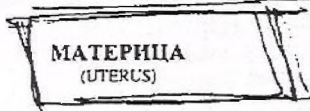
Код полно зреле жене слузокожа вагине обложена је вишеслојним плочастим епителом који у нормалним приликама не орожава. До пубертета и после менопаузе, услед смањења оваријалне функције и ниског нивоа естрогених хормона у организму, епител вагине је истањен и са мање слојева. У доба полне зрелости жене стални становник вагине је Doderleinov bacillus. Претпоставља се да он из гликогена десквамисаних површинских ћелија слузокоже ствара млечну киселину која даје кисели карактер вагиналног садржаја. Такав садржај неповољан је за одржавање и развој патогених бактерија, па тако штити вагину и остале унутрашње полне органе од инфекције.

Слузокожа вагине, нарочито у свом горњем крају, осетљива је на оваријалне хормоне и под њиховим дејством трпи цикличне промене, које се нарочитим бојењем и прегледом под микроскопом могу доказати. Та околност користи се за цитохормонску дијагностику.

У епителу вагине жене нема никаквих жлезданих формација. Влажност вагине одржава се секрецијом слузи из грлића материце и трансудацијом из крвних судова, којима је зид вагине нарочито богат. У случају инфекције грлића или вагине настаје повећана влажност, што се испољава мање или више обилним белим прањем (леукоореја).

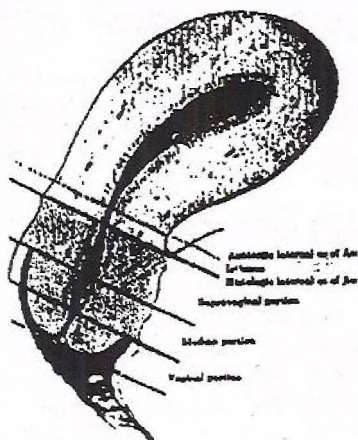


Слика 7. - Унутрашњи полни органи жене



Материца је унутрашњи полни орган жене у облику спљоштене крушке, чији је врх окренут надолу. У малој карлици постављена је између мокраћне бешике и црног црева. Нормално је својим дном нагнута према

мокрашној бешици, а грлићем окренута према ректуму. У одрасле пероткиње дугачка је 6 см, а тежине 50 – 60 г. На материци се разликује тело, врат и сужењи део. Предиња страна материце окренута је ка мокрашној бешици, а задња ка Дугласовом простору, односно ректуму. Вагинални део грлића са спољне стране обложен је слузокожом коју гради вишеслојни плочасти епител и синкасто-ружичасте је боје. Унутрашњу површину грлића, која ограничава цервикални канал, облаже једнослојан цилиндричан епител и светлооранжеасте је боје.



Слика 8. – Анатомска подела грлића материце

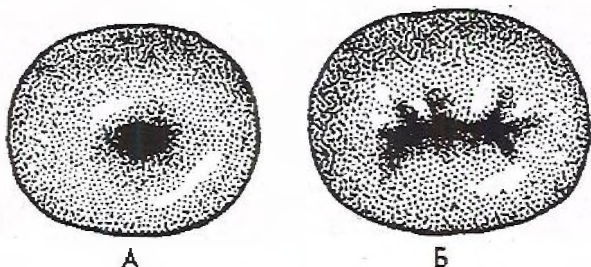
Веома кратак део на споју тела и врата назива се сужење материце (isthmus uteri). У висини истмуса материчне артерије, гране унутрашње бедрене артерије, крећући се медијално, придружују се бочној изваци материце.

Врат материце (cervix uteri) је њен најнижи део. Кружним припојем горњег дела вагине врат материце подељен је на горњи надусмиски (portio supravaginalis) и доњи усмиски део који се назива грлић материце (portio vaginalis). Од спољног отвора, кроз врат материце, пролази канал материчног врата (canalis cervix uteri).

Матерична дупља (cavum uteri) је шупљина облика равностраног троугла чија основница одговара дну материце, а врх унутрашњем отвору материце.

Унутрашњу површину материце облаже слузокожа (endometrium). Слузокожа материце постављена је једним слојем цилиндричних ћелија које местимично поседују трепље. Дебљина слузокоже материце код полно зреле жене варира према фазама менструационог циклуса. Дубок слој слузокоже материце, који се састоји из везивног ткива и материчних жлезда, константан је и назива се базалан слој, док се површински фун-

Слика 9. – Грлић материце са спољашњим ушћем: А – код пероткиње; Б – код жене која је рађала



кционалан слој битно мења и љушти за време менструације.

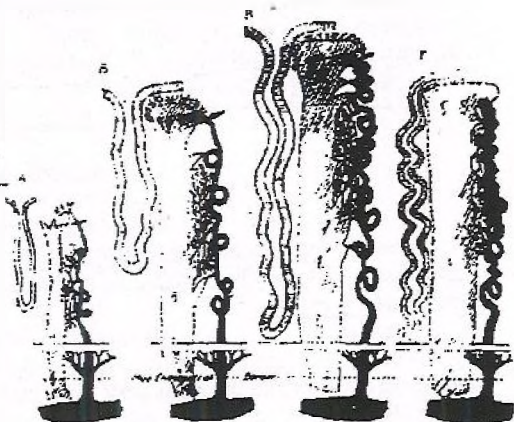
Испод ендометријума налази се мишићни слој материце (*myometrium*). Он чини главни део зида материце и ван трудноће је дебео 8 – 10 mm. Спољна површина тела материце према трбушној дупљи је највећим делом омотана чврсто припојеном трбушном марамицом, која чини спољни омотач материце (*perimetrium*).

Материчне везе причвршћују материцу за поједине тачке на малој карлици и на тај начин, поред мишићног дна мале карлице на који се материца ослања, обезбеђују њен нормалан положај.

Округле везе материце (*lig. teres uteri*) полазе од предње стране материце, испред и унутра од почетка јајовода, па се наниже, упоље и унапред, спуштају кроз ингвиналне канале и лезеасто завршавају у кожи великих усана стиднице. Тонус ових веза помаже да се материца одржава у физиолошкој антеверзији и антефлексiji.

Широке везе материце (*lig. latum uteri*), одозго, напред и назад, покривају јајоводе, остављајући слободне само фимбрије, па се дуж бочне ивице материце спуштају према дну мале карлице. Ово су прилично лабаве везе које не утичу битно на одржавање материце у нормалном положају.

Задње или крсно-материчне везе (*lig. sacrouterinum*) су јаки везивно-мишићни снопови који везују задњу страну врата материце са крсном кoстi. Фиксирањем врата материце за крсну кост ове везе помажу да се материца одржи у свом физиолошком положају.



Слика 10. - Крвни судови материце: А - рана пролиферативна фаза; Б - средина циклуса; В - фаза секреције; Г - ендометријум пред менструацију

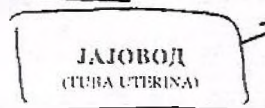
ЈАЈНИК
(OVARUM)

Јајници су парни величине и облика бадема. Смештени су на бочним странама горњег дела мале карлице у плитке јаме (*fossa ovarica*). На пресеку се разликују кора (*cortex*) и срж (*medula*) јајника. Њихова површина покривена је беличастом неpravидном опном која је до пубертета глатка, а после пубертета испод ње могу се видети ситни мехурићи

ја, односно сазревања, и неравнине настале стварањем ожиљних промена на местима где се раније одиграла овулација.

Јајник није покривен трбушном маришницом. Задња ивица јајника је слободна и окренута према ректуму.

У кори јајника налазе се многобројне јајне ћелије опкољене једним слојем зрнастих ћелија са којима чине формацију која се назива првобитни мешак. Сматра се да се свако женско дете роди са по више од 200 000 првобитних мешкова у сваком јајнику. У јајнику, под дејством хормона предњег режња хипофизе, sazревају јајне ћелије и луче се опаригалит хормони – естроген и прогестерен.



Tuba
uterina

Јајоводи су парни мишићно-слuzокожни органи невазгос облика, дужине 8 – 14 cm. Они полазе са рогава материце и пружају се ка бочним зидовима карлице.

У целини, јајовод има изглед ловачког рога са узаним крајем усађеним у одговарајући рог материце, док је проширени крај слободан у малој карлици. Спољашњи, лекасти део јајовода завршава се у слободној трбушној дупљи са 10 до 15 прстастих наставка названих ројте или фимбрије, од којих је најдужа јајничка ројта (*fibria ovarica*). Фимбрије или ројте нису покривене трбушним перитонеумом.

Унутрашње стране јајовода обложене су слузокожом чији је епител цилиндричан и снабдевен трепљама. Слузокожа јајовода је веома богата уздужним наборима и браздама. Испод слузокоже налази се мишићни део зида јајовода састављен из спољног уздужног и унутрашњег кружног слоја глатких мишића. Присуство мишићног слоја обезбеђује тонус и перисталтику јајовода. Перисталтички покрети јајовода нарочито су изражени у време и непосредно после овулације, када се јајна ћелија преноси у сусрет сперматозонима.

ФИЗИОЛОГИЈА ПОЛНИХ ОРГАНА ЖЕНЕ

МЕНСТРУАЦИОНИ ЦИКЛУС МЕНСТРУАЦИОНИ ЦИКЛУС

су одлабања у органи
у којима се додељује крв
срце и крвоток у органе

У детињству полни органи девојчице расту и развијају се пратећи раст целокупног организма. Њихова функција у то време је у релативном мировању све до пубертета. Непосредно пре почетка овог животног доба у организму девојчице почињу да се одигравају значајне промене које доводе до телесног, психичког и полног сазревања и до активирања функција њених полних жлезда (оваријума). Поменуте промене настају под дејством и контролом хипоталамуса који из свог центра подстиче функције ендокриних жлезда са најзначајнијим учешћем предњег режња хипофизе, јајника, надбубрега и штитасте жлезде. Једна од најупадљивијих и најупечатљивијих манифестација пубертета је и настанак менструацијских крварења, односно успостављање менструационих циклуса.

Прва менструација (менархе) код девојчица у нашој средини најчешће се јавља између 12. и 17. године живота. Код великог броја девојчица после првог успостављају се у правилним временским размацима даља менструална крварења. Код мањег броја девојчица дешава се, међутим, да су крварења после прве менструације доста неуредна по ритму јављања и неједнака по количини изгубљене крви и трајању, што је последица недовољно синхронизованог дејства појединих фактора који утичу на успостављање редовних менструација на почетку пубертета. Међутим, ускоро се спонтанно успоставља равнотежа хормонских збивања у организму девојчице, па се менструална функција нормализује после неколико месеци или у току првих година по појави прве менструације. Код менструације се разликују трајање, јачина и учесталост.

Менструација нормално траје три до пет дана. Крварење које траје дуже од седам дана није нормално. При обичном менструалном крварењу жена просечно изгуби 50 до 100 ml крви помешане са производима лучења жлезда ендометријалне и цервикалне слузокоже. Код највећег броја жена менструациони циклус траје 28 дана, па је и учесталост крварења прилагођена томе. Како се менструациони циклуси који нису краћи од 21-ог, ни дужи од 35 дана, сматрају нормалним, то се и менструације могу дешавати у овом раздобљу, а да се не сматрају неправилним. Иначе, по

менструационим циклусом подразумева се време од почетка јенне до првог дана парење менструације.

Редовно и правилно одвијање менструационих циклуса контролише део великог мозга назван хипоталамус, односно за то одређени центри смештени у њему. У њима се налазе извесне хемијске супстанце са хормонским својствима, које су по саставу полипептиди и које подстичу или инхибишу (коче) одређене функције предњег режња хипофизе. Овакве супстанце постоје за све важније ендокрне жлезде: за јајнике, надбубреге, штитасту жлезду. Са гинеколошког становишта посебно су занимљиви такозвани ослобађајући фактори (рилизинг-фактори) хипоталамуса који подстичу предњи режњ хипофизе на лучење гонадотропних хормона (гонадостимулина) и инхибишући фактор који смањује, односно koči лучење лутеотропног хормона (хилактина). Подељена су мишљења о томе да ли се за сваки гонадостимулин у хипоталамусу налазе посебни хормони, или се за оба налази један заједнички рилизинг-фактор.

У првој фази менструационог циклуса под утицајем рилизинг-фактора хипоталамуса предњи режњ хипофизе налази фолликулостимулишући хормон FSH (раније се називао гонадостимулин А). Он делује на јајнике подстичући лучење естрадиола и сазревање јајне ћелије. Неде пре средине циклуса у предњем режњу хипофизе почиње да се налази лутеинизирајући хормон LH (раније се називао гонадостимулин В). Он, уз садејство фолликулостимулишућег хормона, изазива прскање Де Графовог фолликула и избацавање зреле јајне ћелије у трбушну дупљу са последичним стварањем жутог тела. Одржавањем жутог тела управља трећи хормон предњег режња хипофизе, такозвани лутеотропни хормон (LTH).

Док се у јајницама налазе интерне и зрнасте ћелије мешка који сазрева у кори јајника у првој фази менструационог циклуса ослобађа естрадиол који у току менструације изазива обнову десквамираног функционалног слоја ендометријума и његову пролиферацију све до овулације, стварање жутог тела у другој, постовулационој фази обезбеђује услове за лучење прогестерона. На слузокожи материце настају промене и она се припрема за пријем оплођеног јајета. Ендометријум се преображава у децидуум.

У току менструационог циклуса дешавају се одређене цикличне промене на свим унутрашњим полним органима жене: на вагини, грлићу, на јајницима и на слузокожи материце. Према томе, може се говорити о вагиналном, цервикалном, оваријалном и ендометријалном циклусу.

Вагинални циклус. – У вагини ћелије слузокоже под деловањем стероидних хормона подлежу цикличним променама. Вагинални епител у том погледу је чак осетљивији од ендометријума. Естрогени хормони граде вагинални епител до површинског слоја, а гестагени до интермедијарног. У фази деловања естрогена десквамишу се површинске ћелије, које су велике, пласнате, округлог облика, са малим пикнотичким једром и цитоплазмом која није смежурана и боји се еозином црвено. У касној пролиферативној фази (првој фази циклуса), неколико дана пред овулацију, када је концентрација естрогена у крви највећа, у брису са вагиналне слузокоже налазе се бројне велике ћелије површинског епитела које леже изоловано, малих једара и црвено обојене цитоплазме.

Зачини
B. ite



Maia
Zajut



Однос ћелија са смежураним и ћелија са мехурастим једром представља кариопикнотички индекс. Висок индекс кариопикнозе, односно јасна преваленција ћелија са смежураним над ћелијама са мехурастим једром, види се само при јаком деловању естрогена у преовулаторној фази оваријалног циклуса.

У секреторној, постовулационој фази, под деловањем прогестерона долази до масовне десквације ћелија интермедијерног слоја слузокоже. Ове ћелије су у групама са мехурастим једрима и базифилном цитоплазмом чији су рубови пресавијени и по облику наликују на чун, због чега се називају чунасте ћелије. У то време кариопикнотски индекс веома је низак.

Цервикални циклус. – Цервикални циклус означава промене које се сваког месеца под дејством оваријалних хормона дешавају на овом органу код полно зреле жене. У раној преовулаторној и касној постовулаторној фази цервикалног циклуса цервикална слуз је мутна, густа, желатиозна и нееластична и скоро потпуно затвара цервикални канал, што отежава усходно продирање сперматозоида. Стање се, међутим, битно мења у касној преовулаторној фази на три до четири дана пре овулације. У то време под деловањем естрогенних хормона јајника, цервикалне жлезде појачавају лучење, а слуз се и квалитативно мења: постаје бистра, провидна и веома растегљива. Кап слузи може се штапићем развући у танку нит и до 10 cm дужине. Кроз тако течну слуз сперматозоиди лако продиру у материчну дупљу. Ако се начини размаз слузи на стакленој плочици, сасушена слуз кристализује у виду папрати (Ферн тест). У то време циклуса (три до четири дана пре овулације) цервикални канал је отворен, а његово спољно ушће зјапн. Поменуте промене квалитета цервикалне слузи, цервикса и цервикалног канала, које се дешавају непосредно пре овулације, омогућавају усходну пенетрацију сперматозоида и фертилизацију.

ЕНДОМЕТРИЈАЛНИ ЦИКЛУС

У току менструационог циклуса под дејством активности хипофизе и јајника, а под директним утицајем женских полних хормона (естрадиола и прогестерона), и на слузокожи материце дешавају се промене које чине утерусни или ендометријални циклус. У њему се разликују четири фазе: фаза пролиферације, фаза секреције, фаза десквације и регенерације.

Прва фаза или фаза бујања (пролиферације) настаје одмах по завршетку менструационог крварења (петог до шестог дана по почетку менструације). Одликује се бујањем тек обновљеног функционалног слоја ендометријума. Друга фаза секреције настаје одмах по овулацији и траје од 15-ог до 28-ог дана менструационог циклуса. Ова фаза је веома стабилна у погледу трајања (траје 14 дана). Одликује се припремањем слузокоже материце за пријем оплођене јајне ћелије. За то време слузокожа материце још мало задебљава. У њеним жлездама обилно се лучи гликоген, подслузокожно ткиво постаје растресено и едематозно. Жлезде ендометријума вијугају и рачвају се, а њихови лумени су проширени, са от-

..... епителним ћелијама богатим гликогеном. Овако промењена слузокожа спремна је за пријем и усвајање овиоћене јајне ћелије и пазни се децидуа. Фаза лучења или секреције траје све до почетка наредне менструације.

Уколико изостане овиоћење, настаје трећа фаза, фаза десквамације или фаза менструационог крварења, која траје четири до пет дана. У то време површини, функционални слој слузокоже материце постепено се љушти и отпада због спазма епитних материчних судова (артериола) и последичне некрозе њихових зидова праћене отпајањем лумена и појаслузокожним крварењем са постепеним одрубливањем делова ендометријума и њиховим избацивањем са менструационом крви.

Истовремено са менструацијом обнавља се и функционални слој ендометријума, односно одиграва се четврта фаза ендометријалног циклуса. У ствари, док на извесним деловима унутрашњег зида материце отпадају острвца функционалног слоја ендометријума, дотле се на раније отпалим врши његово обнављање, тако да је при крају менструационог крварења целокупна унутрашња површина материце обложена танким функционалним слојем ендометријума. После тога све почиње почетка, па се менструациони циклус понављају за све време полне зрелости жене.

У времену менструације жена је изложена извесним тегобама и опасностима, те се може лакше него иначе инфицирати.

У то време, услед неутрализације иначе киселог вагиналног садржаја који штити гениталне органе жене од инфекције, и претежне базичности менструационе крви могуће је продирање и развој патогених бактерија у унутрашњим полним органима жене. Инфекција је у то време олакшана и чиницом да је већи део слузокоже материце десквамисан. Због тога у време менструације жена треба да спроводи специјалне хигијенске мере.

МЕХАНИЗАМ ДЕЛОВАЊА ОВАРИЈАЛНИХ ХОРМОНА И ХОРМОНА ПРЕДЊЕГ РЕЖЊА ХИПОФИЗЕ

Хормони се, као продукти лучења ендокриних жлезда, преко крви преносе у све делове организма. Они делују на осетљива ткива и органе чије ћелије поседују специфичне рецепторе за одређене хормонске супстанце. Синтеза сексуалних хормона жене остварује се у ћелијама појединих ткива полних жлезда под дејством хипоталамичке, хормона предњег режња хипофизе. Активност предњег режња хипофизе регулише хипоталамус.

Естрогени хормони оваријума, излучени у крвоток, 80% везани су за одређене протеине, а само 20% су у слободном стању. Ова околност омогућава њихово продужено деловање. Осетљиве ћелије одређених органа на естроидол поседују за овај хормон специфичне рецепторе и само оне ће реаговати на естрадиол. Слободан део овог хормона у крви, који није везан за протеин простом дифузијом, лако продира кроз ћелијску опну у саму ћелију. Ту га прихватају рецептори и преносе до ћелијског

живота, а касном пубертету. У време појаве нормалног пубертета, под дејством појачаног лучења хормона предњег режња хипофизе и естрадиола, долази до убрзаног раста и телесног развоја девојчице. Поткожно масно ткиво развија се широчито на појединим деловима тела, у првом реду на раменима, дојкама, стидном брежуљку и куковима, па се фигура девојчице зобљује. Осим масног, у дојкама се развија и жлездано ткиво, те се дојке увећавају и набубре, а брадавичаста пола (areole mammae) проширују се. Поред тога, на стидном брежуљку и под пазухом јавља се длакавост. Глас девојчице се мења и постаје нешто дубљи. Девојчица осећа потребу за сањарењем. Почиње да размисли о особама супротног пола и тражи њихово друштво и близину. У то време долази и до извесних промена у афективном стању. Девојчица лакше мења душевно расположење. Та све може да има позитиван или негативан утицај на њену активност и здравствено стање. Познато је, наиме, да су девојчице и деца у доба пубертета подложни извесним обољењима, а посебно туберкулози. Истовремено са другим променама, код девојчица се у том животном добу појављују и полине органе, како спољашње, тако и унутрашње, увећавају и добијају облик и димензије полиних органа одрасле жене. Развија се поткожно масно ткиво великих стидних усана и стидног брежуљка. У вагини сазрева вагинални епител који нормално реагује на хормонске подстицаје и долази до насељавања вагине уобичајеном вагиналном флором тако да вагинални секрет постаје кисео (pH 4-5). У јајницима под дејством фоликулоstimулишућег хормона почиње сазревање првобитних мешкова уз истовремено лучење хормона женствености (естрадиола), праћено овулацијом у средини менструационог циклуса, стварањем жутог тела и лучењем прогестерона. Као видна манифестација ових хормонских процеса и промена код девојчице се јавља прва менструација и успостављају се менструациони циклуси.

Менарха је медицински назив за прву менструацију, која се код девојчица јавља у пубертету и која је очигледна потврда да се процес полног сазревања нормално одвија. У почетку, боље рећи првих месеци, а понекад и првих година пубертета, због спорог усклађивања активности појединих жлезда са унутрашњим лучењем, у првом реду предњег режња хипофизе и јајника, дешава се да менструациона крварења нису уредна како по времену јављања, тако и по трајању и количини изгубљене крви. Такође се понекад јављају и менструациони циклуси без овулације (ановулаторни циклуси). Са напредовањем развоја пубертета менструације се спонтано нормализују тако да је интервенција лекара због продуженог и преобилног крварења и секундарне анемије која га прати само веома ретко потребна. При крају пубертета на ово животно доба надовезује се генеративно доба жене или доба пуне полне зрелости и активности.

ГЕНЕРАТИВНО ДОБА ЖЕНЕ

Ово доба, или како се друштво назива доба полне зрелости, са биолошке тачке гледишта најважније је период живота жене јер је то доба репродукције, тј. временски период када је жена способна за основну био-

9

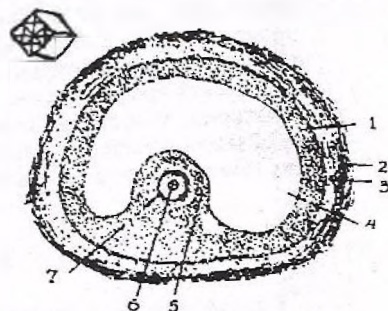
9

9

9

9

Јајне хелије настају у кори јајника веома рано, још у првим недељама интраутериног развоја зачетка. Сматра се да се у кори јајника женске особе када се роди налази по 150 000 до 200 000 јајних хелија, односно да их укупно у оба оваријума има око 300 000 до 400 000. Ове хелије у ствари су најкрупније хелијске јединице у организму човека (у пречишку мере 150 до 200 микрометара), те се могу чак и голим оком запазити као беличаста тачкица на црној подлози. У кори јајника свака од њих окружена је једним слојем зрнастих хелија (хелије гранулозе), а цела формација омотана је везивном опном која се назива омотач мешка (тека фоликули интерна). Важно је овде поменути да се хормон женствености (естрадиол) лучи првенствено у хелијама унутрашњег омотача мешка (хелије теке интерне), а знатно мање у зрнастим хелијама мешка (хелије гранулозе). У прво време, у раном детињству, јајне хелије у првобитним мешковима мирују да би пекли од првобитних мешкова пре наступања пубертета почели да умножавају гранулозне хелије, те се од једног стварају два реда зрнастих хелија око крупне јајне хелије. У време пубертета под дејством рилизинг-фактора (ослобађајућих фактора) хипоталамуса (дела великог мозга) отпочиње лучење хормона предњег режња хипофизе: фоликулостимулишућег, који подстиче јајничке мешкове на раст и сазревање и лутенизирајућег, који изазива прскање зрелог мешка на површини јајника, названог Де Графов фоликул. Јајне хелије сазревају, дакле, под дејством фоликулостимулишућег хормона предњег режња хипофизе (гонадостимулина А). У току тог процеса зрнасте хелије мешка се даље умножавају око јајне хелије у мешку, па се на једном крају мешка неке од њих размику, те се између њих ствара шупљина испуњена бистром течношћу (фоликулинска течност) у којој се налази извесна количина излученог естрадиола. Тако настала шупљина назива се антрум фоликули, а фоликулинска течност – ликвор фоликули. На полу мешка супротно од антрума (шупљине мешка) налазе се згомилане зрнасте хелије које опкољавају јајну хелију смештену у средини овог хелијског брежуљка названог зрнасти брежуљак (хумулус овигерус). Ова зрнаста формација представља брежуљкасто испуњење на унутрашњем зиду јајничког мешка и на извесан начин деформише правилан лоптаст изглед антрума (шупљине мешка).



Слика 11. – Де Графов фоликул.
1 – тека екстерна; 2 – тека интерна; 3 – ликвор фоликули; 4 – ликвор фоликули; 5 – кумулус овигерус; 6 – јајна хелија; 7 – корона радијата



12

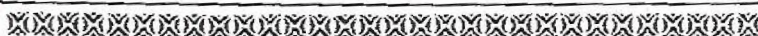
12

[illegible]

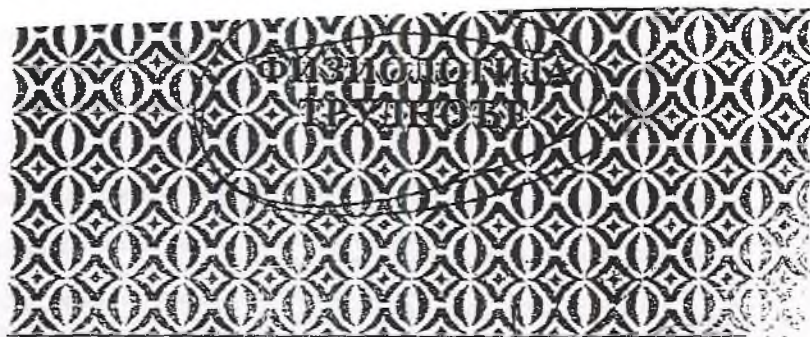
A dark, grainy, black and white photograph of a textured surface, possibly a book cover or endpaper. The surface is mostly black with numerous small, light-colored specks and spots scattered across it, giving it a mottled or aged appearance. There are no discernible patterns or text.

ти јајовода и струја течности која се ствара у njihovим kanalima transportom trenja epitela sluzokože jaјовода, spermatozoidi se zahvaljujući reпу, активно kreћu и док су витални, веома су живахни у покретима. У семеној течности се осим spermatozoida налазе и појединачне десквамисане ћелије epitela одводних путева, као и производи лучења простате. Сперма је прилично густа, лако замућена, стога слабо провидна и високог степена течност сладукавог, отуђеног мириса. Ова течност је базичне реакције, што је веома важно за живот и одржавање виталности spermatozoida који страдају у киселој средини. Семена течност акумулира се и задржава у семенним кесичама из којих се избацује у току доживљавања оргазма при полином односу, при полукцији или онанији. Избацавање сперме у било којем од поменутих случајева назива се ејакулација, а количина укупно избачене семене течности назива се ејакулат. При једној ејакулацији нормалан мушкарац избаца 2 до 5 cm сперме. У сваком кубном центиметру семене течности у нормалним околностима треба да буде 80 до 120 милиона spermatozoida. Смањен број spermatozoida у кубном центиметру сперме назива се олигоспермија и може бити један од узрока неплодности мушкараца. По правилу оплодна моћ мушкараца опада са смањењем броја spermatozoida у ејакулату. У том погледу апсолутно је неповољно стање када у сперми уопште нема spermatozoida (азоспермија), или када су сви присутни spermatozoidi непокретни, односно мртви (некроспермија).

Сперматозонди сазревају у тестисима у којима као оплодне ћелије и настају и одатле одводним путевима са семеном течношћу (спермом) доспевају у семене кесиче. Да би се оспособили за функцију оплођења, сперматозонди у току сазревања трпе две деобе, од којих је једна редукциона, јер се при њој редукције, тј. смањења на половину нормалан број



Ако жена има полни однос у време овулације, онда из барице сперме која се створи у задњем своду вагине по ејакулацији велики број сперматозоида својим активним кретањима продире усходно у цервикални канал и доспева у шупљину материце. Из ње сперматозоиди прелазе у ампуларни део јајовода где се срећу са зрелом јајном ћелијом, која се, без сопствених покрета спушта према материци. Њено спуштање обезбеђују контракције мишићног зида јајовода, треперење трепљи слузокоже ових органа и струја течности која се креће према материчној дупљи. На месту сусрета сперматозоида и јајне ћелије, дакле, у ампуларном делу туба, најчешће и долази до њиховог спајања, односно до оплођења. Нормални полни односи нису апсолутни услов за настајање трудноће, што доказују изузетно ретки примери трудноће код девојака са очуваним хименом где се ејакулација догодила испред улаза вагине.

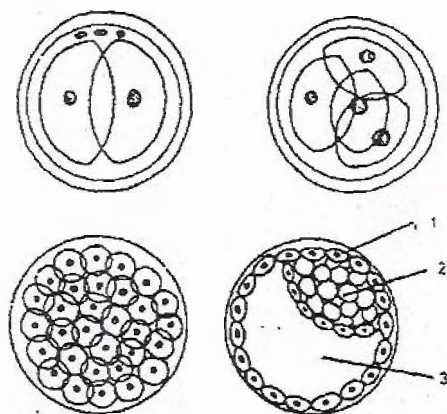


ОПЛОЂЕЊЕ (КОНЦЕПЦИЈА)

Под оплођењем се подразумева спајање сперматозоида (мушке полне ћелије) са зрелом јајном ћелијом жене. То се догађа, ако су за то повољни услови, на тај начин што зрелу јајну ћелију, доспелу у трбушну дупљу ослобађањем из Де Графовог меника у току овулације, прихватају јајничке ројте и увлаче је у шупљину јајовода.

У јајоводу јајну ћелију, ако је у то време жена имала полне односе, срећу сперматозоиди, онда је са свих страна и настоје да продру у њу. Оплођење се обично дешава у амнуларном делу јајовода. Од свих сперматозоида само један успева да пробије спољашњу опну јајне ћелије и да продре у њу. Истог момента када се то догоди, спољна површина ћелије се згусне и ствара за остале сперматозоиде непробојну мембрану. Затим се садржај сперматозоида и једра јајне ћелије измешају. На тај начин јајна ћелија је оплођена.

Једро незреле полне ћелије – јајне ћелије има 44+XX, а сперматозоида 44+XY хромосома. Пре самог оплођења у сваком од њих изврше се редукционе деобе, то јест смањи се број хромосома на половину, да би се при њиховом спајању број хромосома довео у нормалне границе. Неколико сати по оплођењу настају прве деобе оплођене јајне ћелије: од једне постају две, од две четири, од четири осам и тако даље по геометријској прогресији. Далим деобама се од опло-



Слика 13. – Деоба оплођеног јајетца: 1 – трофобласт; 2 – ембриобласт; 3 – шупљина бластоциста

Јене јане ћелије, која за све то време путује кроз јајовод, ствара лоптаста формација – морула, састављена из збијених ћелија које се релативно брзо умножавају. Занимљиво је да у прво време, иако се број ћелија умножава по геометријској прогресији, новостворена формација не повећава своју запремину у целини.

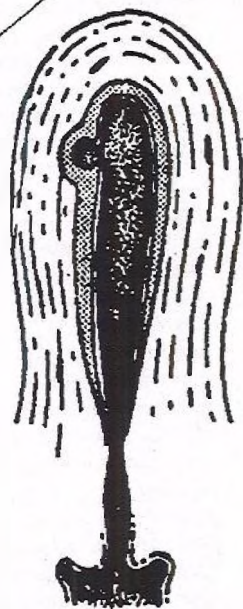
УСАЋИВАЊЕ ОПЛОЂЕНЕ ЈАЈНЕ ЋЕЛИЈЕ (НИДАЦИЈА)

Јајна ћелија се по оплођењу не задржава дуго у каналу јајовода у коме се овај процес одиграо, већ се ношена перисталтичким покретима јајовода и струјом течности, коју у њему ствара треперење трепљи, пасивно креће према шупљини материце.

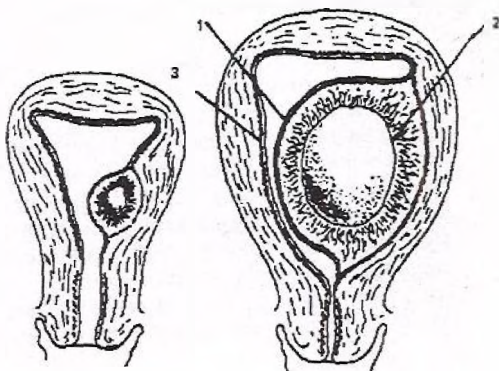
Између петог и осмог дана од оплођења новостворена формација доспева у шупљину материце и пада на њену слузокожу припремљену за усађивање, такозвану децидуу.

При усађивању оплођена јајна ћелија својим цитолитичким ферментима разара површини слој задебљање и за нидацију оплођеног јајета припремљене слузокоже материце која се назива децидуа.

Овулум тоне у њу као што у плочу од воска тоне зрно загрејане сачме и својим присуством дели децидуу на три дела. Слој децидуе на који належа оплођена јајна ћелија назива се базална децидуа, слој који прекрива усађени овулум назива се капсуларна, а остали део слузокоже материце који прекрива унутрашњу површину материчног зида назива се паријетална или права децидуа. Овулум,



Слика 14. – Усађивање оплођеног јајета



Слика 15. – Усађена оплођена јајна ћелија:
1 – базална децидуа; 2 – капсуларна децидуа;
3 – паријетална децидуа

који после усађивања веома брзо расте, постепено одиже капсуларну децидуу према супротној зиду материце и све више је приближавана паријеталној. Када овулум испуни материчну шупљину, што се дешава при крају трећег месеца трудноће, капсуларна и паријетална децидуа се спајају у једну.

РАЗВОЈ ОПЛОЂЕНОГ ЈАЈЕТА

Од момента усађивања оплођене јајне хелије у децидуу материце настаје трудноћа. У том стадијуму развоја оплођена јајна хелија представља компактну лоптасту творевину састављену из умножених хелија и под микроскопом даје слику кунине. Ускоро се у њој диференцирају спољашњи слој, назван трофобласт и слој хелија унутрашњости лоптице, такозвани ембриобласт.

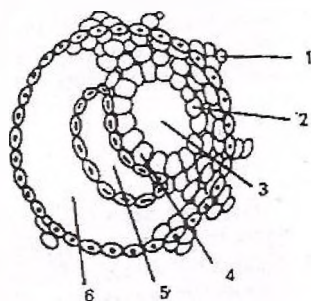
Из хелија спољног слоја касније настаје спољашња плодова опна (chorion) или чупашица.

Спољашња плодова опна је у почетку целом својом површином обрасла чупицама. Касније на већем делу чупице атрофишу, а задржавају се само према базалној децидуи. Део плодове опне где су чупице атрофисале назива се голи (chorion laeve), а где су се сачувале – чупаста хорнион (chorion frondosum). Од чупастог хорниона и базалне децидуе крајем трећег месеца трудноће формира се постељица.

Група хелија које се налазе испод трофобласта назива се ембриобласт. Њега граде три кличина листа из којих касније настају сви органи плода. То су ектодерм, мезодерм и ендодерм. Они се у виду концентричних кругова налазе један испод другог. Из

ендодерма, који је испод оба претходна листа, развија се дигестивни тракт од уста до чмара и велике жлезде дуж дигестивног тракта (јетра, панкреас, жучна кеса). Из мезодерма, који се налази између ектодерма и ендодерма, развијају се сва потпорна ткива: коштани систем, масно и везивно ткиво, крв и крвни судови, срце. Из ектодерма развиће се покровно ткиво и нервни систем: кожа и сви деривати коже (коса, нокти, млечне, знојне и лојне жлезде), мозак, продужна и кичмена мождина, периферни живци. Све се то дешава у првим недељама трудноће тако да су на крају трећег месеца сви органи зачетка формирани. односно ембриогенеза или органогенеза је завршена и од тада се зачетак назива плод или фетус. На њему могу да се разликују сви органи које поседује и одрасла јединка.

У то време се на овулуму разликују: постељица, пупчаник, плодови овојци, плодова вода и сам плод.



Слика 16. – Развој оплођеног јајета (услик стадијума): 1 – трофобласт са примарним хорнионским чупицама; 2 – амнион; 3 – амнионска шупљина; 4 – хелије из којих се развија зачетак; 5 – жуманецна кесича; 6 – шупљина бластоцисте

ПОСТЕЉИЦА

15

Постељница је и екскреторни орган плода. Преко ње се у крвоток мајке транспортују сви непотребни и штетни производи метаболизма плода. Осим тога, необштењена постељница штити плод од бактеријске инфекције. Она спречава продирање бактерија из крвотока мајке у кр-



Слика 17. – Делови овулума: 1 – йлод;
2 – унуїтраїня йлодова оїна; 3 – сїюїна
йлодова оїна; 4 – йосїїїїїца; 5 – пїїїїїїа вїїїца;
6 – йлодова вода

воток плода, али не спречава и продирање токсина и вируса. Исто тако, бледа спирохета својим активним кретањем лако пролази кроз постељцу, па је стога могућа и интраутерина инфекција плода луесом. Због могућности проласка вируса кроз постељцу, у случају било какве вирусне инфекције мајке истом инфекцијом може бити захваћен и плод, што у прва три месеца трудноће, док органогенеза још није завршена, може бити узрок настанка урођених анормалија и мана.

Постељца је, поред наведеног, и жлезда са унутрашњим лучењем. Лучење хормона почиње још у чупицама спољне плодове опне (хорнопа) и пре него што је постељца формирана као орган. У том периоду луче се нарочито хорионски гонадотропни који се одстрањују преко бубрега труднице, па их у великој количини има у њеној мокраћи. Гонадотропни хормон код огледних животиња убрзава сазревање Де Графових мешкова, изазива настајање овулације и помаже стварање жутог тела. Ова се чињеница користи за рано доказивање трудноће помоћу имунолошких проба или огледа на животињама. Такође је познато да већ од свог формирања постељца у знатној количини лучи прогестерон, а поред њега естрогене и хумани плацентни лактоген (HPL). Излучени прогестерон смањује осетљивост тавице материце на спољашње и унутрашње надражаје и тиме помаже одржавање трудноће. Лучење естрогена у постељци нарочито је обилно и значајно у другој половини трудноће. Пред сам порођај смањује се продукција и естрогена и прогестерона, што се може доказати лабораторијским анализама и цитолошким прегледом вагиналног размаза.

Хумани плацентни лактоген (HPL) такође се ствара у синцицијуму трофобласта од друге недеље трудноће. Концентрација у серуму мајке расте са напредовањем трудноће. Код угрожене трудноће његова вредност у крви опада још пре него што се испоље клинички знаци инсуфицијенције постељце. Због тога праћење нивоа хуманог плацентног лактогена



Слика 18. – Постељца донесеној
гејиџа (илодова страна)



Слика 19. – Постељца донесеној
гејиџа (мајерична страна)

има велики значај у контроли трудноће са знацима претећег побачаја у другом тромесечју трудноће, код претећих превремених порођаја, касних гестоза и пренесене трудноће.

Плодови овојци (velamenta foetus). – То су опне које у трудноћи с једне стране интимно налажу на унутрашњу површину материце, а с друге, унутрашње, затварају јајолик простор испуњен плодом водом у којој плови плод. Разликује се спољашња плодова опна (chorion) и унутрашња (amnion). Целовитост опни омогућава очување плодове воде, а тиме и очување трудноће. Ако из било ког разлога спонтано, насилно или намерно дође до прекидања плодових овојака, плодова вода испуниће из ајнионске шупљине, а материца ће се ретраховати око плода отежавајући утероплацентну циркулацију и угрожавајући његов опстанак. Најчешће, кратко време после тога, било да је плод жив или да је угинуо, јављају се контракције материце што доводи до истискивања плода у спољну средину. Само ретко, ако је повреда плодових овојака врло мала и ако је настала високо изнад ушћа материце, може се десити да повреда спонтано нестане и да се трудноћа настави.

Превремено прскање плодовах овојака, нарочито ако је место оштећења у близини унутрашњег материчног ушћа, веома је опасно по здравље и живот и труднице и плода ако није праћено скорим побачајем или порођајем, јер отвара пут усходном продирању патогених микроорганизама и настанку веома опасних интраовуларних инфекција које из утеруса даљим ширењем могу лако и брзо да се пренесу. односно разбукте у организму труднице.

ПЛОДОВА ВОДА

Плодова вода (liquor amnii) је мање или више бистра, провидна или лако замућена течност која се налази између унутрашње плодове опне (амниона) и плода. Продукт је лучења амнионских ћелија, трансудације крвних судова мајке и мокраће фетуса. У њој се, поред тога, налазе елементи меконијума, десквамисане ћелије коже и слузокоже плода, елементи уринарне секреције, ћелије амниона и громуљике сирастог маза. Она се стално мења, јер се непрекидно ресорбује преко амниона и истовремено, активношћу амнионских ћелија, обнавља и одржава у константној количини која одговара старости трудноће. При крају трудноће количина плодове воде износи око 1 000 ml, што омогућава плоду несметан раст и развој, олакшава покрете и штити га од удара, повреда и срашћења са унутрашњим плодовим овојком.

Испитивањем плодове воде, њених састојака и хемијског састава, могу се добити значајне информације о стању плода. Међу најважнијим треба поменути утврђивање кариотипа плода у раној трудноћи када постоји сумња на неко урођено генетско обољење (монгололизам, хемофилија), док се још може урадити прекид трудноће да би се избегло рађање детета са урођеним оштећењима. Налазом наранџастих ћелија у плодовој води може се потврдити пренесеност плода, а одређивањем односа лецитина и сфингомјелина одредити интраутерина зрелост плода и његово

бљеност за ванматерични живот. Исто тако на основу кариотипа може се интраутерино одредити пол плода већ у раној трудноћи, а одређивањем нивоа билирубина у плодовој води одређује се угроженост плода и одлучује о евентуалном ранијем прекидању трудноће у интересу плода.

Убризавањем извесних лекова кроз трбушни зид и матерични мишић у плодову воду (простагландин, хипертоничан раствор NaCl, риванол) постиже се прекид одмакле трудноће. Исто тако спонтано или артефицијално отварање плодових овојака, односно водењака, доводи до отицања плодове воде, што је по правилу праћено скором појавом контракција материце и побачајем или порођајем.

АМНИОСКОПИЈА

Амниоскопија је метода којом се оптички оцењује изглед плодових овојака и плодове воде. Најчешће индикације за амниоскопију су: касне гравидитетне токсикозе (гестозе), знаци инсуфицијенције постељнице, дијабетес мајке, пренесена трудноћа, знаци интраутеринне патње плода, смрт плода у материци. У индикованим случајевима користи се при крају трудноће или на почетку порођаја, а изводи се амниоскопом. То је апарат у облику шупље цеви са хладном светлошћу на крају, који се кроз цервикални канал увлачи према унутрашњем ушћу материце све до плодових овојака. Плодови овојци су, посматрани помоћу амниоскопа, седе-фастог изгледа и провидни, а плодова вода бистра и млекаста са громуљицама сирастог маза које пливају у њој. Овакав налаз говори о добром стању плода.

Промена боје и изгледа плодове воде налази се у патолошким стањима: зелена плодова вода са громуљицама свежег меконијума указује на акутну хипоксију, а тамносмеђа боја на интраутеринну смрт плода. Хомогенизована зеленкаста плодова вода знак је да је плод интраутеринно патио пре кратког времена, али да је патња престала.

АМНИОЦЕНТЕЗА

Амниоцентеза је метода добијања плодове воде у циљу испитивања њеног састава, количине хормона, ензима, аминокиселина, метаболичких продуката и феталних ћелија. Изводи се у циљу оцене стања плода код угрожене трудноће, ради процене зрелости плода и интраутеричне дијагнозе генетских неправилности. У том погледу важно је испитивање присуства и количине билирубина, креатинина, гликозе, односа лецитина и сфингомјелина, наранџастих ћелија и испитивање феталног кариограма.

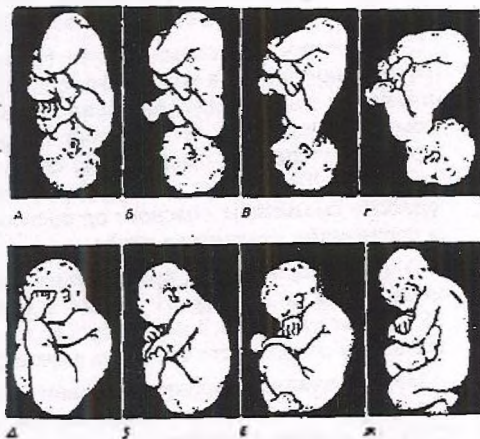
Време појаве појединих састојака у плодовој води и њихова количина углавном су константни за одређену старост трудноће и одступање од уобичајених вредности може имати мањи или већи дијагностички и прогностички значај. Тако, на пример, билирубин се у плодовој води јавља у дванаестој, а максимум достиже у двадесетој недељи трудноће. После тридесете недеље налази се у траговима. Нормална концентрација

Пупчана врпца плода (funiculus umbilici) је орган који спаја постељицу са плодом. Кроз њене крвне судове (једна вена и две артерије) обавља се крвоток између постељице и плода. Код дојесеног детета овај орган је дебљине малог прста, а дугачак је око 50 cm.

ПЛОД

Плодом (oetus) се назива зачетак после трећег месеца трудноће када је стварање његових органа (органогенеза) у потпуности завршено. У то време, па и касније све до краја 28. недеље трудноће, плод није способан за ванматерични живот. Од четвртог месеца трудноће плод се релативно брзо развија у материци. Његов раст у дужину израчунава се кад се број месеци старости плода помножи на квадрат. Тако се добија да је зачетак од месец дана дуг 1, од два месеца – 4, од три – 9, од четири – 16, од пет месеци – 25 cm. Од шест месеци па надаље дужина плода добије се кад се број месеци помножи са пет. Тако је плод на крају шестог лунарног месеца дуг 30, седмог 35, осмог 40, деветог 45 и десетог 50 cm. Истовремено са растом у дужину плод добија и у тежини, тако да при крају десетог лунарног месеца плод има све карактеристике дојесеног новорођенчета.

Плод се у материци активно-крета мењајући, стално свој однос према околини све до пред крај трудноће, обично 15 до 20 дана пре порођаја, када, прилагођавајући се материчној шупљини, заузима свој дефинитиван положај. Пол положајем плода подразумева се однос његове уздужне осовине према уздужној осовини мајке. Ако се те две осовине поклапају, у питању је уздужан, а ако се секу, зависно од угла под којим се секу, положај плода може бити кос или попречан. Далеко најчешћи је уздужан положај плода са главницом која је напред и потпуно као предњачећим делом тела плода. Само у 3% случајева уместо главнице код уздужног положаја предњачи карлица плода (карлични став). Оба поменута става, и са главницом и са карлицом напред, повољни су за порођај. Не-



Слика 21. – Различити положаји плода:
а – пошљачни став; б – шлемни став;
в – чеони став; г – став лицем; д – пошљачни карлични став; е – пошљачни карлични став;
е – став с ножицама; ж – колени став

повољни су, међутим, кос положај, али је попречан апсолутно неповољан положај плода. Наиме, кос положај обично се спонтано коригује у један од уздужних, док се код попречног положаја то углавном не дешава, те се порођај мора завршити царским резом.

ПРОМЕНЕ НА ТЕЛУ И ОРГАНИЗМУ ТРУДНИЦЕ

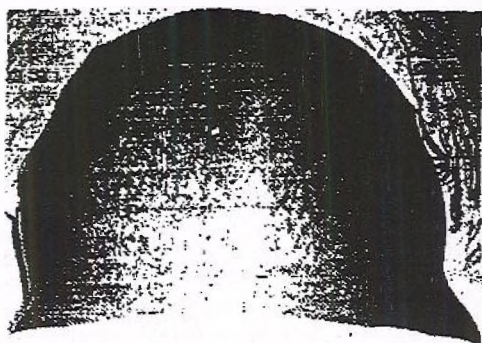
У трудноћи се јављају многобројне промене на телу, али и у психи труднице. Оне су изазване стварањем и развојем новог бића у материци, као и појачаним дејством извесних ендокриних жлезда мајке и дејством постелице као ендокриног органа. Организам мајке у целини, а посебно за живот најважнији органи, као што су срце, плућа, бубрези, јетра, изложени су код труднице нарочитом напору јер њихова функција треба да задовољи не само потребе мајке већ и плода у развоју.

Код највећег броја жена у трудноћи долази до промена на кожи у смислу појачане пигментације. Појачана пигментација за- пажа се најпре на кожи лица где се јављају тзв. трудничке пеге (chloasma gravidarum). Осим тога, због појачане функције хипофизе код неких жена може доћи до изражених акромегаличних појава: нос набубри, усне задебљају, зуби изгледају ређи, а брада је унапред истакнута и меснатија. Врат труднице лако се задебљава



Слика 22. - Хиперпигментација и промене на дојкама у трудноћи

јер се штитна жлезда увећава. Дојке се знатно увећавају, а на притисак из њих може да се испеди по која кап колострума, у народу названог „вештичино млеко“. Кожа дојки лако потамни, ареоле су пигментисане и шире, брадавице су истакнутије, као и Монтгомеријеве квржице. Са напредовањем трудноће трбух се увећава. Код највећег броја жена на кожи трбуха јављају се светлоружичасти растези (striae gravidarum), који после порођаја постају седефастобеличасте боје. Средња, такозвана бела линија (linea alba) између пупка и симфизе у трудноћи потамни и назива се linea fusca. Спољни полни органи набубре и њихова кожа постаје тамнија. Ушће вагине, њена слузокожа и слузокожа грлића материце постају модрикасти (ливидни). Материца се увећава у сразмери са старошћу трудноће и размекшава. Венски цртеж на ногама се појачава, а често се јављају и јасно истакнуте проширене вене на стидници и на потколеницама. Услед успореног крвотока у доњим партијама тела могу се појави-



Слика 23. - Трбух труднице



Слика 25. - Мерење висине матернице



Слика 24. - Преглед труднице у специјализирану (мерење телесне масе)

ти оточи на ногама, у првом реду на потколеницама. Понекад оток може бити и један од првих знакова гравидитетних токсикоза (обољења која се јављају само код трудница).

Трудноћа је у почетку често праћена губитком апетита, осећајем мучке, гађењем, па чак и повраћањем. Ови симптоми код највећег броја жена јављају се изјутра, а преко дана нестају. Са развојем трудноће они ишче-завају. Осим губитка апетита, код неких жена јавља се осећај пуноће у желуцу, горушица, подригивање. Многе жене у трудноћи осећају неке мирисе које особе око њих не осећају и имају одређене прохтеве, а нарочито за киселим јелима. Многе труднице пред крај трудноће пате од опстипације и хемороида. Услед притиска на дијафрагму и извесног потискивања срца навише може повремено доћи до убрзаног рада срца и осећаја лупања срца ~~(тахикардија)~~.

Због притиска материце на бешику у првим месецима трудноће, све док материца не изађе из мале карлице, трудница може имати тегобе које се најчешће испољавају врло честим нагоном на мокрење. Срећном трудноће ове тегобе нестају да би се поново појавиле у последњем месецу кад се предњачећи део плода спушта у малу карлицу и притиска на бешику.



Слика 26. – Стољни преглед труднице (1 обухваћ)

ТРАЈАЊЕ ТРУДНОЋЕ

Нормална трудноћа траје десет лунарних или девет календарских месеци, односно 40 недеља или 280 дана. После тог времена завршава се рочним рађањем, а рођено новорођенче је донесено. Донесеност плода означава време његовог интраутериног развоја. За плод се, осим тога, каже да је зрео, односно незрео. Појам зрелости означава његов телесни развој и способност његових органа и чула за ванматерични живот. Исто тако као што превремени порођај представља мању или већу опасност по новорођенче, зависно од степена његове зрелости, и биолошки пренесена трудноћа угрожава опстанак плода у материци. И за мајку и за плод најбоље је и најпоузданије кад се трудноћа заврши порођајем у очекиваном термину или близу очекиваног термина порођаја.

ДИЈАГНОЗА ТРУДНОЋЕ

Дијагноза трудноће поставља се на основу промена које у организму жене изазива то стање. Те промене називају се знаци трудноће. Из дијагностичких разлога делимо их у три групе: несигурне, вероватне и поуздане.

Несигурни знаци трудноће потичу од промена на организму жене у целини и промена у њеној психичкој сфери. Ове промене нису специфичне за трудноћу, тј. могу се наћи и код негравидних жена, па чак и код мушкараца. У ове знаке се убрајају: прохтев за киселим јелима, мучка, га-



Слика 27. – Хејзаров знак трудноће

рење, повраћање, осећај нарочитих мириса које други не осећају, затим бледоћа, промена боја и обнова, хиперпигментација на појединим деловима коже, лако мењање расположења, парестезије, неуралгије итд.

Вероватне знаке трудноће чине промене на полним органима жене и на дојкама, и то: изостанак менструације, ливидитет и набubrелост штићнице, ливидитет (слuzокоже вагине и грлића матице, увећање дојки и појава конострума.

Поред поменутих, у вероватне знаке трудноће спадају још и **Хегаров** и **Пискачеков знак**. **Хегаров знак** карактерише веома изражено размекшање истмичног дела материце (део између грлића и тела овог органа), а **Пискачеков знак** је асиметрично увећање и размекшање оног дела материце у који се усадила и у коме се развија оплођена јајна ћелија. Гинеколошким прегледом, због овог знака раније трудноће, раније су прављене дијагностичке грешке јер је размекшани део увећање материце могао да изгледа као јајничка циста, па је постојала опасност од постављања такве дијагнозе. Употреба ултразвука у савременој перинатологији искључује могућност оваквих дијагностичких грешака.

Сигурни или поуздани знаци трудноће потичу од налаза плода у материци и њих откривамо тек средином трудноће. Они обухватају: опипавање делова тела плода, опипавање и запажање његових покрета, слушање срчаних тонова, шум плућне вршице и ренaгенски преглед или ренaгенски снимак на коме се виде кости плода. Данас се у савременом акушерству користи и ултразвук, којим се већ у раној фази може са сигурношћу поставити не само дијагноза трудноће већ се може одредити и стање зачетка, односно плода.

БИОЛОШКИ ТЕСТОВИ ТРУДНОЋЕ

Биолошке реакције као допунске методе за доказивање ране трудноће до недавно су се такође користиле са врло високим процентом сигурности. Оне се у принципу базирају на чињеници да чупице хориона већ у почетку трудноће луче велике количине хорионалaдотропина. Овај хормон се лучи у синциотиотрофобласту, а у крви и мокраћи мајке може се доказати већ седмог дана по изостанку менструације. Вредности се крећу између 20 до 40 000 IU/24 сата, у време од 40-ог до 90-ог дана трудноће, када су и највише. У последња два – три месеца трудноће вредности падају на 5 до 10 000 IU/24 сата. Доказивање хорионског гонадотропина врши се биолошким, имунолошким и радиоимунолошким методама. Квалитативне анализе користе се за дијагнозу, а квантитативне за праћење угрожене трудноће до четвртог месеца, када се сумња да је плод мртав, на гроздасту молу и на хорионепителиом. Хормонски гонадотропин по дејству веома је близак гонадостимулину В из предњег режња хипофизе. Елиминише се преко бубрега мајке, па га има у њеној мокраћи.

Ако се женама огледних животinja убризга мокраћа труднице, онда ће на њиховим јајницима, под дејством хорионадотропина, доћи до сазревања јајних ћелија и до овулације, што се при отварању трбуха тих

животиња може лако установити. На томе се заснива Ашајм-Зондекова реакција која се изводи на мишицама, и Фридманова која се изводи на зечицама.

Гали-Манинијева реакција се раније највише користила. Она се изводи на мужјацима жаба. Њима се у лимфну кесу убризга до 2 ml прве јутарње мокраће, па се један до два часа касније пипетом из клоаке вади садржај. Ако је жена трудна, под дејством гонадостимулина из њене мокраће доћи ће до ејакулације сперме у клоаку, па ће се на микроскопском пољу видети велики број сперматозоида.

Осим биолошких, последњих година користили су се и имунолошки тестови за доказивање ране трудноће. Они имају ту предност што нису везани за огледне животиње. Резултати се добијају веома брзо, а сами тестови врло су прецизни и поуздани. Њихова тачност углавном се показује са тачношћу биолошких тестова. И имунолошки тестови заснивају се на доказивању присуства хорионског гонадотропина у мокраћи труднице. Последњих година они у знатној мери потискују биолошке тестове. Данас су, међутим, у дијагнози ране трудноће клинички преглед, тестови и друге различите методе у великој мери изгубили дијагностички значај, јер се нормална трудноћа, а и њени патолошки облици могу доказати са великом сигурношћу већ на самом почетку прегледом труднице ултразвуком (ехографија). Налаз гестационог мешка и приметног чвора са основним крвним судом који пулсира, а што се може открити већ у петој недељи трудноће, са извесношћу говори да је код жене која се прегледа у питању рана трудноћа. Ултразвуком се осим тога у акушерству може дијагностиковати и патолошка или поремећена трудноћа: вештичино јаје (празан гестациони мешак), мртав зачetak или плод, угинуо и задржан зачetak (missed abortion), затим вишеплодна трудноћа; може се одредити место усађивања постељице, положај плода, старост трудноће, однос главице плода и карлице мајке, евентуалне урођене малформације, нарочито коштаног система плода, може се приближно предвидети датум очекиваног порођаја и друго. Зато се ултразвук све више користи у савременом акушерству.

РАД САВЕТОВАЛИШТА ЗА ТРУДНИЦЕ

Здравствена контрола труднице може да се обавља на више начина: посећивањем трудница, затим амбулантним прегледима и, најзад, у саветовалиштима за труднице. Кућна контрола, као и амбулантне контроле трудница обављају се повремено када је на одређеној територији у питању мали број трудница. Много је прихватљивији, и данас је све више у примени, рад са трудницама у саветовалиштима за труднице. Ове установе организују се при диспанзерима за жене, у домовима здравља, ванболничким породилиштима и при гинеколошко-акушерским одељењима стационарних установа.

Саветовалишта за труднице су установе за организовану контролу трудница. Таква саветовалишта, по правилу, води лекар гинеколог, ређе

лекар опште праксе, а у малим местима може уз помоћ лекара њима да руководи и бабица или за то обучена медицинска сестра. У овакво саветовалиште трудница долази најпре ради постављања дијагнозе, а затим ради утврђивања стања плода, старости и тока трудноће. После узимања података у саветовалишту треба измерити тежину труднице, извршити преглед мокраће, крвне слике и седиментације еритроцита. Осим тога, трудници треба прегледати вагинални секрет, одредити крвну групу и Rh-фактор, испитати Вассерманову реакцију у крви и, по потреби, извршити и друге анализе. Снаку трудницу треба интернистички прегледати, измерити кршни притисак, а по потреби приступити и унутрашњем вагиналном прегледу. Из анамнезе и акушерског прегледа треба установити старост трудноће и одредити термин очекиваног порођаја. После тога треба утврдити спољне мере карлице у које спадају и обим трбуха и карлице, као и висина дна материце. Када је трудноћа одмакла, треба одредити положај, сменатај, став и држање плода и слушати његове срчане тонове. О свему томе веома прецизне и тачне информације могу се добити прегледом трудне жене ултразвуком.

Ако постоји било каква неправилност код труднице или плода, предузимају се све мере да се та неправилност исправи. Ако се при контроли труднице примете знаци неке од гравидитетних токсикоза, онда се, било амбулантно, ако је то могуће, било сменатајем труднице у болницу и одговарајућом дијетом и терапијом, настоји да се постојећи симптоми одстрани и појава тежег облика токсикозе избегне. Ако се при контроли труднице у саветовалишту установе и друге неправилности које изискују болничко лечење, трудница се упућује у болницу на акушерско одељење. Исто тако ако се посумња да ће спонтан вагиналан порођај, из било којих разлога, бити тежак или чак немогућ, било да је у питању сужена карлица мајке, велика несразмера између плода и карлице труднице или болести труднице које неповољно утичу на ток порођаја, трудницу треба обавезно за порођај сместити у болницу. У принципу у болници треба порађати све прворотке и вишеротке после четвртог порођаја. Остале труднице код којих трудноћа протиче без компликација могу да се порађају код куће или у ванболничким породилиштима, али је далеко сигурније ако се и такви порођаји обаве у болници.

Осим контроле трудноће, у саветовалишту трудницама треба дати упутства у погледу исхране, живота и рада током трудноће. Саветовалиште треба да је у вези са дијететичаром коме ће се по потреби упућивати труднице ради одређивања потребне дијете. Исто тако лекар, медицинска сестра и бабица саветовалишта требало би да делују и на одржавању психичке стабилности труднице и да је и физички и психички припреме за сам акт порођаја. У том циљу пожељна је и корисна и сарадња са психологом. У свим случајевима када се у саветовалишту открије нека неправилност у трудноћи која може компликовати порођај, лекар или бабица и медицинска сестра дужни су да такву трудницу обавезно упуте на акушерско одељење најближе болнице где ће јој се пружити неопходна стручна помоћ а, по потреби, порођај евентуално довршити и оперативним путем.

21

10

додаје се 4,2, а код вишеротки пет календарских месеци. Прворотка је петнаест дана касније осетила покрете плода зато што је неискусна, па их касније запази и као такве протумачи.

Као и при одређивању старости трудноће, тако и при предвиђању рока порођаја од обичног клиничког прегледа и од анамnestичких података добијених од труднице много је прецизнији и поузданији преглед труднице ултразвуком и мерење бипаријеталног пречника главнице плода.

ХИГИЈЕНА У ТРУДНОЋИ

Трудноћа представља посебно физиолошко стање полно зреле жене. Због повећане склоности труднице ка поједицим обољењима, као и због мање отпорности целог организма према поједицим штетним чиниоцима неопходно је да сама трудница, а и њена околина, води рачуна о извесним хигијенским и дијететским мерама. У погледу менталног здравља позната је чињеница да су труднице склоне узбуђењима и емоционалним ексцесима. Оне се лако узбуђују, лако мењају расположење, могу бити раздражљиве и плачљиве, често расуђују и реагују другачије него особе изван трудноће. Због тога у опхођењу са њима треба имати толерантан став и пуно разумевања, те њихове неадекватне емоционалне реакције, па чак и извесне претераности са њихове стране не треба озбиљно схватити.

Лична хигијена труднице

Трудница треба да посвети посебну пажњу чистоћи свога тела, рубља и одеће. Осим редовног умивања, свакодневног прања зуба и одржавања хигијене усне дупље, трудница мора да води рачуна о чистоћи коже на свим деловима тела. Нарочито треба да води рачуна о чистоћи усне дупље и зуба, јер се зуби у трудноћи често кваре. Због тога је потребно да свака трудница у току трудноће консултује стоматолога и да, по потреби, предузме лечење, или екстракцију, оштећених зуба. У трудноћи су забрањена вагинална испирања због опасности од изазивања побачаја. Стога је трудница дужна да свакодневно зазира спољне полне органе млаком водом и сапуном. До половине трудноће, ако се трудноћа развија без тешкоћа и компликација, трудница може да се купа под тушем, у кади и у отвореним водама. У то време дозвољено јој је и да умерено плива, без грубих и наглих покрета. После петог месеца трудноће, трудница се може купати само под тушем, а никако и у отвореним водама.

Одевање у трудноћи

По врсти материјала, кроју и облику, одећа труднице треба да је прилагођена њеном стању. Одећа мора у довољној мери да обезбеђује чување телесне топлоте, те да штити покривене делове тела од расхлађивања. Осим тога, треба да је комотна, да не стеже трудницу и да лепо изгледа. Јасно је да се одећа труднице прилагођава и годишњим добима, односно одговарајућим климатским условима. У

трудноћи жена треба да носи прслуче које ће да подупире набрекле и отежане дојке и да онемогући њихово истезање. Она не сме да носи никакве узане стезнице, тканице и опасаче који би претерано стезали њен трбух и вршили притисак на плод и материцу, а преко њих и на трбушне органе. Ради појачања трбушног зида дозвољено је ношење широког платненог појаса који равномерно подупире предњи зид трбуха, пружа ослонац трбушним мишићима и спречава евентуално настајање висећег трбуха.

Трудница треба да носи широку и комотну обућу која не стеже стопала јер при крају трудноће она могу знатније да отеку. У трудноћи је такође штетно ношење високих потпетица.

Рад у трудноћи

Трудноћа је физиолошки процес на који умерен свакодневни рад не утиче неповољно. Због тога је трудницама и дозвољено да обављају своју уобичајену делатност у току трудноће. Забрањује се само обављање изванредно тешких и грубих послова, који могу неповољно да утичу на развој плода и да изазову побачај (вожња тешких моторних возила, изузетно тешки физички послови и друго). Од краја четвртог месеца трудница треба да обавља мање напорне послове, не треба да ради ноћу, да дежура, нити да ради прековремено. На месец и по дана пре термина порођаја трудница треба да обустави сваку професионалну делатност и да се бави само лаким домаћим пословима јер напоран рад је излаже повредама, а тиме може проузроковати превремени порођај.

Гимнастика и спортови у трудноћи

У трудноћи је пожељна и корисна телесна активност. Због тога се препоручује лака партнерна гимнастика и спортови који не оптерећују организам. Ради јачања одређених група мишића који учествују у порођају, а нарочито у фази напуњавања, организују се посебне групне вежбе за труднице. Од спортова се, између осталих, не препоручује возња бициклом, јахање коња, возња мотоциклом и аутомобилом. Уопште, трудницама се забрањују дугачка и напорна путовања. Исто тако забрањује им се бављење спортом у циљу такмичења, али се дозвољавају извесни спортови ради разоноде, као што су лака пешачења и умерено пливање. Гимнастику и извесне лаке спортове могу да практикују само труднице са нормалном трудноћом, које нису склонe побачајима. У противном, ускраћује им се свака знатнија физичка активност и све време треба да су под сталном контролом лекара.

Пушење у трудноћи

Због штетних састојака сагореле цигарете, а посебно никотина који дужом употребом чини корисника зависним од дувана, пушење се никоме не препоручује. Медицински је доказака штетност ове навике што потврђује и много чешће оболевање пушача од болести органа респираторног и дигестивног тракта и малигних обоље-

ња (хронични бронхитис, емфизем плућа, бронхиектазије, гастритис, улкус желуца и дванаестника, карцином плућа). Штетност дувана на трудницу и на плод доказана је и експериментом, а и клинички. Труднице које пуше чешће од трудница непушача доживљавају спонтане побачаје и порађају се превијекено, рађајући недонесене новорођенчад. И кад су деца рођена у термину, она су лакша од новорођенчади жена непушача, а и мање од њих су отпорна на спољне неповољне утицаје и факторе.

Уживање дроге и трудноћа

Последњих година уживање дроге све више узима маха и међу младим женама у доба када могу да остану трудне и да рађају. Уживање дроге код трудница веома неповољно утиче на интраутерини раст и развој плода и доводи до честих спонтаних побачаја. Чешћи су препремени порођаји, рађају се недовољно зрели и за живот способни новорођенчад, те је и перинатална смртност већа. Мајке наркоманке недовољно су критичне и мање одговорне, а новорођена деца су мање отпорна на штетне утицаје. Због тога је боље да жене зависне од дроге не рађају док се не излече и не ослободе зависности.

Ирадијација и трудноћа

Ирадијација веома неповољно утиче на људски организам спречавајући правилан раст нормалних ћелија и доводећи до њиховог оштећења и деформације. Посебно је штетно деловање икс-зрака на репродуктивне органе (пдне жлезде) и на костну срж. Некритично и неконтролисано излагање зрачењу може бити узрок настанка малигних обољења, у првом реду леукемије.

И краткотрајно излагање зрачењу труднице, нарочито у првим недељама док је зачетак у формирању, може бити узрок интраутериних оштећења инкомпатибилних са животом, што доводи до угињања зачетка или плода и до побачаја. Иако је опасност од зрачења у каснијим месецима трудноће нешто мања, о томе се мора водити рачуна и труднице не смеју долазити у додир са икс-зрацима било из професионалних, или из дијагностичких, или терапеутских разлога. Због тога медицинске сестре и лекарке, као и друго особље женског пола које ради на институтима са jakim изворима зрачења мора, и ван трудноће, да буде заштићено од радијације, а у случају бременитости мора привремено да напусти радна места и средину. У случају неопходног дужег излагања зрачењу због опасности од рађања наказних плодова препоручује се артефицијални прекид трудноће.

Вакцинација у трудноћи

Због могућности интраутериног оштећења зачетка, а касније и плода, вакцинација у трудноћи је контраиндикована, нарочито у првим месецима у току ембриогенезе. Посебно је контраиндикована примена ове методе коришћењем живе вакцине или вакцине са ослабљеном вируленцијом. У случају да постоје озбиљни разлози због

којих се вакцинација труднице мора извршити у раној трудноћи, треба истовремено урадити и прекид трудноће.

Коришћење лекова у трудноћи

Већина лекова које узима трудница пролази преко постељице на плод. Постељична баријера не пропушта само мали број лекова, већ и великом молекуларном тежином. Како су лекови активне хемијске супстанце, многи од њих могу бити штетни, па чак и опасни за зачетак, односно плод. То у првом реду зависи од њиховог хемијског састава, од дужине узимања, количине, односно узете дозе и од старости трудноће. Посебно је опасно коришћење лекова у прва три месеца док још није завршен процес развоја зачетка (ембриогенеза). Због тога трудница, кад год је могуће, треба да избегава коришћење лекова, а када их мора узимати, треба да користи мање штетне у што краћем периоду и у што мањим дозама. На тај начин избегава се опасност интраутериног оштећења овулума праћеног угином зачетка и побачајем или рађањем новорођенчета са урођеним аномалијама. Трудница не сме самоиницијативно користити никакве лекове, а посебно седативна средства. Само лекар може трудницама да пропише, одобри и контролише употребу лекова, да одреди начин примене и количину лекова и дужину лечења.

Полни односи у трудноћи

Жене са нормалном трудноћом могу за све време трудноће да имају редовне полне односе. Тек пред крај трудноће, на месец и по дана пре термина порођаја, жена треба да апстинира, зато што полни односи после тог времена могу да изазову прскање водењака, превремено порођај, као и инфекцију и мајке и плода. Полни односи у трудноћи нису дозвољени трудницама које су склоне хабитуалним или другим спонтаним побачајима. Таквим женама полни односи се нарочито не препоручују у време када би оне требало да имају менструацију. То посебно важи за прве месеце трудноће када је и опасност од побачаја највећа.

ИСХРАНА У ТРУДНОЋИ

Исхрана у трудноћи треба да буде количински довољна и квалитетна не само ради живота и рада труднице и обнове њених истрошених ћелија и ткива него и ради стварања нових ткива и органа зачетка, односно плода. Због тога је код трудница и повећана потреба за градивним материјама. То се првенствено односи на протеине, затим минералне соли и витамине.

Исхрана труднице у првим месецима трудноће не треба много да се разликује од исхране до наступања трудноће уколико је дотле била нормална и квалитетна. У првим месецима трудноће трудница која обавља обичну делатност треба дневно да унесе од 9 600 до 10 450 кЈ (око 2 300

до 2 500 килограма. Од тога треба да унесе око 1,5 g беланчевина на килограм своје телесне тежине или укупно око 100 g. Такође треба да унесе и масти до 100 g на дан. Остатак од 10 450 цула (2 500 калорија) треба да унесе у угљеним хидратима, што отприлике значи да треба дневно да унесе 300 до 350 g ових материја. Беланчевине могу бити биљног и животињског порекла. Трудница треба обавезно да узима већи део животињских беланчевина које садрже све врсте аминокиселина и представљају најбољи материјал за изградњу ткива. И животињске масти, исто тако, по саставу су ближе мастима човека, па су и оне погодније за исхрану трудница. Међутим, ако је трудница склона гравидитетним токсикозама, онда животињске масти у исхрани треба у потпуности заменити биљним.

За нормалан развој трудноће неопходно је да трудница храном унесе и довољну количину минералних соли, првенствено калцијума, фосфора, гвожђа, натријума, калијума и других. Ових елемената има у довољној количини у намирницама које улазе у састав свакодневне хране, тако да њихово посебно давање у нормалним случајевима није потребно. Само ако се у току трудноће запази дефицит неке од набројаних материја, треба је давати у виду лекова.

То важи и за витамине који су веома значајни за правилан развој трудноће. Витамини се уносе са поврћем, квасцем, црном цигером, месом и другом храном. Ако се запази да и поред нормалне исхране трудница не узима довољне количине витамина, треба их давати у виду медицинских препарата.

Једна од највреднијих намирница коју треба препоручити трудници је млеко. Оно је богато беланчевинама, мастима, угљеним хидратима, витаминима и калцијумом. Сви ови важни састојци су у лако сварљивом облику и организам труднице их веома добро искоришћава. Зато треба саветовати свакој трудници да дневно попије од 250 до 500 g свежег млека.

Правилном исхраном трудница не би смела добити много нити нагло у тежини ни у једном месецу током трудноће. У почетку због дигестивних сметњи она обично задржава или ређе може чак и да изгуби нешто од тежине коју је имала пре трудноће. Тек после трећег месеца, кад нестану дигестивне сметње, почиње значајније да се повећава њена телесна тежина. Треба знати да то повећање телесне тежине код труднице ни у једном месецу не сме да пређе 1 500 g и да целокупно повећање тежине од почетка до краја трудноће не би требало да буде веће од осам, а највише десет килограма. Бржи и већи пораст тежине труднице обично је предзнак настајања неке од гравидитетних токсикоза и последица је углавном стварања латентних едема који се голим оком у прво време не запажају.

ПОРОЂАЈ

23

Прекид трудноће после 28. недеље интраутериног живота плода, тј. када је новорођенче способно за ванматерични живот, назива се порођај. Нормалан порођај је физиолошко збивање које се завршава истискивањем плода из материце помоћу природних порођајних снага, односно рађањем детета и избацивањем постељице и овојака у спољну средину. До данас још нису познати тачни узроци који изазивају почетак порођаја, мада за то постоје бројне хипотезе. Још у античко доба мислило се да глад плода изазива почетак порођајног чина. У новије време почетак порођаја објашњавао се старењем постељице, порсмећеним биохемијским и хормонским односима у организму труднице, као и повећањем интраутериног притиска при крају трудноће. Последњом теоријом објашњава се чешћи ранији почетак порођаја код породиља са вишеполном трудноћом, са хидрамнионом или крупним плодом. Према данашњим схватањима највероватније је да на почетак порођаја утичу хормонска збивања у организму труднице, у којима се не може заобићи улога естрогена, прогестерона и окситоцина (хормона задњег режња хипофизе), као и улога простагландина који утиче на контракцију глатке мускулатуре уопште, па и материце. Било како било, када за то дође време, материца у којој се плод развијао десет лунарних месеци, одједном не жели да му даље пружа уточиште, но га истискује у спољну средину. Према времену када наступи (између 28. и 40. недеље) порођај може бити превремен, на време (рочни) и касни, а новорођенче недонесено, донесено и пренесено. Далеко најчешћи је рочни порођај који се дешава при крају десетог лунарног месеца од почетка трудноће. Тада се због још недовољно познатих утицаја и механизма јављају спонтане контракције материце којима започиње порођајни чин. Дешава се да на 10 до 15 дана пре почетка порођаја трудница осети неколико слабих, краткотрајних и по времену нерегуларних контракција овог органа праћених осећајем нелагодности и стезања у крстима и у доњем делу трбуха. То су такозвани лажни трудови који наговештавају скори почетак порођаја, и који ускоро престају. Понекад, на самом почетку порођаја, чак и пре појаве трудова, као најавна почетка порођајног чина наступи оскудно отицање сукрвице и слузи из

спољњег ушћа матичног грлића, а може доћи и до спонтаног прскања водењака. Иако се највећи број порођаја завршава спонтано и без икаквих проблема, ипак је потребно да се породилја од почетка па до краја порођајног чина налази под стручним контролом и надзором лекара или бар бабице. Ово је важно јер се никад са сигурношћу не може поставити тачна прогноза порођаја нити искључити могућност настајања неочекиваних компликација, које могу да угрозе здравље и живот плода и породилје. Такве компликације могу да се јаве било у току порођаја, било непосредно после рађања детета.

ФАКТОРИ ПОРОЂАЈА

На ток и исход порођаја поред општег здравственог стања породилје утичу три фактора: плод, као порођајни објект, порођајни канал и природне порођајне снаге.

Плод као порођајни објект има веома значајну улогу у порођају. Треба нагласити да у току порођаја важну улогу има нарочито величина плода, односно његов однос према порођајном каналу, затим његова способност прилагођавања порођајним путевима, првенствено коштаном каналу мале карлице, његов положај, став и држање. О неким од ових елемената већ је било говора, а о другима ће касније бити речи.

Порођајни канал је такође значајан фактор који учествује у порођају. Дели се на коштани и меки део. Коштани део порођајног пута чини мала карлица. Она у порођају има веома важну улогу јер када је правилно и добро развијена представља основни услов за успешно истискивање и пролаз нормално развијеног плода из материце у спољну средину. Сужења, неправилно развијена или ненормално патолошки промењена карлица може бити узрок несразмере између главице плода и карлице мајке. Ово у великој мери и због тога што, осим незнатног размицања зглобова и веза костију које чине малу карлицу, у порођају није могуће знатније проширење овог дела порођајног пута. То је у породилству ранијих деценија, у случају већих диспропорција између главице плода и карлице мајке, био чест разлог за довршење порођајног чина жртвовањем плода. Данас се такве компликације успешно решавају абдоминалном операцијом (царски рез). Мекани део порођајног канала чине грлић материце, вагина и међица. У току порођаја потребно је да се мекани делови порођајног канала довољно прошире или да се просеку да би омогућили пролаз плода.

У природне порођајне снаге спадају порођајне контракције материце или трудови и напони.

Трудови, или како смо их раније називали порођајни болови, представљају безвољне контракције матичног мишића које се јављају на почетку порођаја и са паузама трају све до избацивања постељице и овојака. Контракције материце у порођају полазе из аутономних центара који се налазе у горњим партијама материце у близини рогова и преносе се наниже према врату материце.

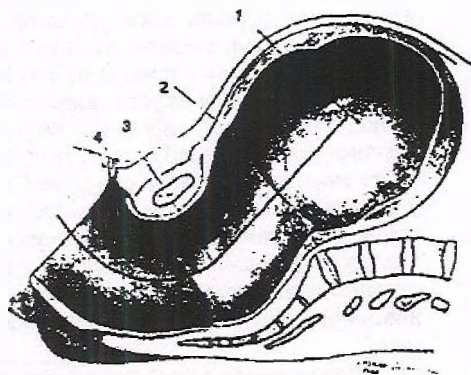
У почетку порођаја контракције материце, које жена осећа као порођајне болове, ретке су, слабе и краткотрајне. Јављају се на пола часа до 20 минута, трају 10 до 15 секунди и породиља их осећа као лако стезање материце које полази од крста, а завршава се напред према симфизи. Са напредовањем порођаја контракције материце су све чешће, јаче и дуже трају. Пред крај доба ширења контракције материце су веома јаког интензитета, трају 50 до 60 секунди, а јављају се на 2 до 3 минута. У то време, односно пред саму појаву напона, жена осећа најјаче порођајне болове. После тога интензитет трудова, тј. порођајних болова попушта да би се поново појачао у моменту изласка плода.

Напони у акушерству представљају безболне контракције првенствено дијафрагме и трбушне мускулатуре породиље, изазване рефлексним путем услед притиска предњачећег дела плода на цервикалне ганглије. Напони се јављају у другом порођајном добу, истовремено са трудовима, односно надовезују се на њих. Иако не може да их изазове ни да спречи њихову појаву, породиља својом вољом може да утиче на интензитет напона, тј. може да их појачава и ослабљује. Напони се јављају у другом добу порођаја и заједно са контракцијама материце доприносе истискивању плода и постељице са овојцима. Према томе, напона има све до краја трећег порођајног доба, односно док из материце не изађу постељица и овојци.

ПОРОЂАЈНА ДОБА

Порођај се дели у четири порођајна доба: доба ширења или дилатације, доба истискивања плода или експулзије, доба рађања постељице и овојка или плацентно доба, и четврто или постплацентно доба.

Прво доба порођаја или доба ширења карактерише се изравнањем грлића и дилатацијом цервикалног канала материце. Оно почиње са првим порођајним контракцијама, а завршава се потпуном дилатацијом спољњег ушћа материце. Код прворотки последње се шири спољње ушће материце. Доба ширења код прворотки траје 12 до 16 часова, а код вишеротки од 8 до 12 часова. У породилиштима и акушерским одељењима где се порођај обавља уз стално присуство лекара, услед кориш-



Слика 28. - Пошћуно проширен порођајни канал: 1 - шупљина материце; 2 - физиолошки ретракциони прстен; 3 - фетус; 4 - вагина

лења лекова који уорзавају ширење грлића материце и потискивају истискивање плода и постељнице, трајање порођаја у целини скраћено је углавном на рачун доба дилатације. Због тога што око доба и код прворотки и код вишеротки најдуже траје и што се у овом добу могу јавити веома озбиљне и опасне компликације које угрожавају здравље и живот плода и породиље најбоље је да се порођај одвија у болничком породилишту, уз стално присуство и надзор надлежног лекара и бабице.

У првом порођајном добу лекар и бабича контролишу стање плода слушањем његових срчаних тонова преко трбушног зида мајке, затим контролом pH крви добијене из његовог предначећег дела и праћењем кривуље добијене електротококардиографијом. Истовремено, повременим спољним и унутрашњим акушерским прегледима прати се издвајање грлића, ширење спољњег ушћа материце и спуштање предначећег дела плода, односно напредовање порођаја.

Друго доба порођаја, тј. време истискивања плода, почиње од потпуне дилатације спољњег ушћа материце и завршава се рађањем новорођенчета. Ово доба карактерише појава напона. Напони су безболне контракције телесне мускулатуре породиље, у првом реду трбушних мишића и дијафрагме, којима организам породиље настоји да се ослободи плода његовим истискивањем у спољну средину. Ускоро затим истискује се и постељница са плодовим овојцима. У овом добу порођаја, под дејством материчних контракција и напона, плод се спушта кроз проширене порођајне путеве према излазу порођајног канала. Напони се јављају синхроно са материчним контракцијама као последица спуштања предначећег дела плода и притиска који он у том моменту врши на предео нервних ганглија у околини грлића и ректума. Друго доба порођаја траје код вишеротки око пола часа, а код прворотки нешто дуже. Међутим, и код прворотки и код вишеротки друго доба порођаја не сме да траје дуже од два часа. Ако друго доба пређе границу трајања од два часа, лекар је дужан да порођај заврши, наравно, према датим условима и могућностима, вагиналним путем или царским резом.

ПРВА НЕГА НОВОРОЂЕНЧЕТА

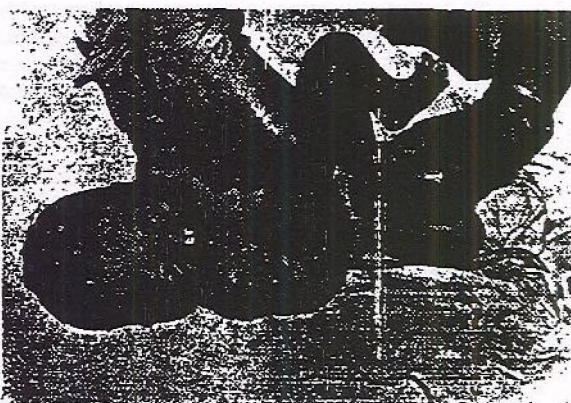
Чим се дете роди, бабича га прихвата за ножице и одиже увис да би се из његових горњих дисајних путева исцедила, у току проласка кроз порођајни канал, аспирирана слуз и плодова вода. После тога положи га леђима на постељу и танким mekanим гуменним аспиратором нежно испиша слуз и плодову воду из уста, ждрела и носа. Затим му обрише лице и очне капке, а у везнице очију укапа по једну кап Кредеових капљица, свежег 1%-тног раствора сребро-нитрата (*Argentum nitricum*). Раствор сребро-нитрата мора да буде свеж и да се не би хемијски разградио, мора се чувати у тамној флашици на хладном месту. Када престане пулсација пупчане врпце, из пучаника се према новорођенчету истисне заостала крв, па се пупчаник подвезе и пресече. На пупчаник се стављају два чвора, један према мајци неколико центиметара од нитроитуса вагине, а други према новорођенчету неколико центиметара од његовог пупка. После тога,

Слика 29. - Ука-
пљивање Кредсових
капилица у очи
новорођенчета



пошто се пресецањем пучане врпце одвоји од мајке, новорођенче се стави преко леве подлактице, па се под млазом млаке воде опере сапуницом, затим се сапуница спере водом, а дете обрише меканом стерилном компресом.

Патрљак пупчане врпце према пупку поново се подвезе, исцеди и скрати до на 1 см од пупка, јодира и на њега се ставља стерилна сува газа која се причврсти завојем око детета. Новорођенче се прегледа и на њему потраже евентуалне наказности или аномалије у развоју. Нарочиту пажњу при томе треба обратити на природне отворе, првенствено на чмар и спољне полне органе. Затим се измери дужина и тежина новорођеног детета, као и пречници и обим његове главице, па се оно увије у пелене и покаже мајци. Да би се избегла замена новорођенчета, што се при недовољној пажњи може десити у фреквентним породилиштима, дете и мајка обележе се истим бројем, који се стави детету на ручицу, или се на ручицу стави трака са именом мајке. Потом се дете стави у креветац или односи у дечију собу. Ако је новорођенче у току порођаја знатније деформисано порођајним надувом, што се догађа при личном ставу глав-



Слика 30. -
Подвезивање
пупчаника

нице, онда се не покаже мајци одмах, већ сутрадан, тј. по ишчељављу надува. Исто тако мајци се не показују мртва или наказна деца.

Треће доба порођаја или плацентно доба почиње од момента рађања плода и завршава се рађањем постељнице (плаценте) и овојака. У то време одлбљује се постељница.

И код црворотки и код шне-ротки треће доба порођаја траје око пола часа. Довиштено је, међутим, да то доба траје највише до два сата. Данас се код активног пођења порођаја давањем утеротоничних средстава породилји убрзава одлбљивање постељнице, односно скраћује се трајање трећег порођајног доба, те се на спонтано одлбљивање чека највише сат времена. После тога приступа се ручном одлбљивању постељнице, јер ако се деси да се она задржи као прилеплена или делимично срасла за унутрашњу површину, односно за мишићни зид материце, изостаје ретракција материчног мишића, те прекинути крвни судови материчног зида остају отворени на местима на којима је она одвојена од унутрашње површине материце. Из њих тада може да настане, и обично настаје, нагло, обилно и често по живот породилје опасно крварење. Због тога лекар не сме даље да чека на спонтано одлбљивање, већ мора хитно да интервенише ручним одлбљивањем задржане, неправилно одлбљене постељнице. После тога лекар и бабица су дужни да изврше преглед спољних полних органа породилје, да запазе и збрину евентуалне повреде и да прегледају постељницу.



Слика 31. - Нейскицање постељнице

ПРЕГЛЕД ПОСТЕЉНИЦЕ

Постељницу треба прегледати одмах после избацивања из материце, тј. на почетку четвртог доба порођаја. То је веома важан поступак у акушерству и треба га врло савесно обавити. При прегледу постељнице најпре се прегледају овојци на тај начин што се левом руком прихвата пупчана врпца и одиже заједно са постељницом. Уколико неки део од овојака остане у материци, томе не треба придавати велики значај, јер ће он, не изазивајући никакве последице, испасти наредних дана са лохијама. После тога постељница се плодовом страном поставља на леву шаку, тако да се јасно види њена матерична страна. Матерична страна постељнице треба да је режњевита, али глатка, тамне модроцрвене боје. Дефект на постељници или чак и сумња да је у материци заостао и веома мали део

основним елементима нормалне физиологије трудноће и порођаја. Оне сазнају да је порођај безбедан физиолошки акт који протиче одређеним током и науче како да се владају у појединим његовим фазама, због чега касније, када се порађају, лакше подносе трудове, тј. порођајне болове и убрзавају порођај. Упознавањем тока порођаја, установе у којој ће се порађати и особља које ће их порађати, оне разбијају страх од порођаја. На гимнастичким часовима добро припремљене и увежбале труднице знају да се у порођају штеде и да, када то буде потребно, рационално користе снагу својих мишића и правилно сарађују са бабицом и лекаром који воде порођај. Психофизичка припрема труднице обавља се на часовима који су подељени на теоријски и практичан део. Са њима се почиње од друге половине трудноће и одржавају се једном до два пута седмично. Укупно се одржи 8 до 10 часова. Половина часова посвећена је теоријском упознавању физиологије трудноће и порођаја, а друга половина користити се за гимнастичке вежбе, при чему се одређеном гимнастиком јачају поједине групе мишића који активно учествују у физи. истискивања плода у другом добу порођаја, као и ножни мишићи. У том циљу труднице увежбавају дисање и напнизање, а такође и релаксацију појединих група мишића, нарочито мишића међице. Последњи час користити се за обилазак породилишта и целе установе, за упознавање са њеним радом и са особљем које ће учествовати у току порођаја.

Ако се деси да у породилиште дође приоретка која није похађала саветовалиште за психофизичку припрему, а и на друге начине није довољно и правилно информисана о порођајном чину, особље породилишта, заправо бабице и лекари, дужни су да тај пропуст надокнаде тиме што ће лепо да је приме, да јој у кратком разговору објасне да нема разлога да се плаши природног тока порођајног чина, да јој кажу да су они ту да помогну ако затреба и да подвуку значај и важност сарадње коју од ње очекују у даљем току порођаја. Поред праћења стања породице и плода у току првог доба порођаја и повремени процене напредовања порођајног акта, о чему највише говори напредовање шпрења спољњег ушћа материчног грлића и спуштање предњачећег дела плода кроз порођајни канал, лекар у савременом вођењу порођаја треба да прокине водењак код дилатације спољњег ушћа грлића материце за нешто више од 3 cm. Осим тога, лекар у то време ординира средства за смањење осећаја бола при материчним контракцијама и за брже шпрење цервикса. Ако се деси да су контракције материчног мишића ретке, слабе и краткотрајне, те не одговарају стању које би се у тој фази порођаја очекивало, онда их лекар, ако нема никаквих сметњи за нормалан вагиналан порођај, појачава опрезним давањем раствореног утеротоничног средства из групе окситоцина (синтоцинон, синтетски окситоцин), који даје у спорој, кап по кап, перфузији. Код превише јаких, дуготрајних и честих контракција, што се такође може десити, лекар треба да покуша да их нормализује давањем спазмолитичких медикамената (лекова који изазивају попуштање мишићних спазма – грчева).

Кад предњачећи део плода доспе до излаза мале карлице, он шири и растеже међицу која се, ако је узана и ригидна, супротставља изласку плода. Предњачећи део плода у тој ситуацији налази се као између чеки-

ћа и наковња: с једне стране су све јаче материчне контракције и напони, који га изгоне, а с друге међница која га задржава. У тој ситуацији могу лако да се десе озбиљније повреде плода, нарочито ако предњачи главница, али и велики и дубоки расцепи међнице и вагине, које је касније тешко ушити. Да би се то избегло, и да би се помогло и мајци и плоду, треба му отворити пут просецањем међнице, чиме се проширује излаз порођајног канала. Ова операција улази у план диригованог порођаја. Она се назива епизиотомија.

Уколико при истискивању плода породиља није примала утеротонична средства, треба јој их дати одмах по изласку плода. На тај начин појачавају се контракције материчног мишића и скраћује се треће доба порођаја јер се постељица раније, односно брже одлуби и истисне, а по изласку постељице и овојака појачава се ретракција материце, што обезбеђује породиљу од атоничног крварења у четвртој доби порођаја.

ПРИМЕНА УЛТРАЗВУКА У ГИНЕКОЛОГИЈИ И АКУШЕРСТВУ

Коришћење ултразвука у дијагностичке сврхе релативно је нов, али веома ефикасан дијагностички поступак. Ултразвук се у савременој дијагностици користи у многим медицинским дисциплинама. Са посебним успехом ова модерна дијагностичка метода користи се и у акушерству и гинекологији. Она се заснива на неједнакој продорности ултразвучних таласа кроз поједине органе, ткива и течне садржаје у организму, односно на њиховом неједнаком одбијању, што ствара извесну слику органа и ткива на екрану и пружа податке о физиолошким и патолошким збивањима у њима. У медицини се користе ултразвучни таласи од једног до 20 милиона трептаја у секунди.

Као метода прегледа труднице и плода ултразвук је незамењив и од изванредног значаја. Иако се већ више година користи, није запажено да може интраутеринно да оштети плод нити да неповољно утиче на његов раст и развој. Због тога се ултразвук у акушерству може слободно користити од почетка до краја трудноће. Њиме се већ у петој недељи може поставити дијагноза гравидитета. Касније се може пратити развој и раст зачетка, односно плода и напредовање трудноће. Са сигурношћу се ехографијом (ултразвуком) поставља дијагноза интраутеринног угинућа зачетка, односно смрти плода. Овом методом се такође одређује положај и став плода, прати његова срчана радња и покрети које интраутеринно чини, затим количина плодове воде, дијагностикује локализација постељице, контролише се њена матурација (сазревање), одређује старост трудноће и прогнозира приближан термин порођаја. Поред тога, овом методом могу да се открију неке малформације плода, може се одредити пол, као и да се запази однос и евентуална несразмера између главнице плода и карлице мајке. Дијагностичка вредност ултразвука долази до изражаја и у случајевима ванматеричне трудноће и гроздасте моле.

Ехографија се, као у акушерству, користи и у гинекологији. Служи да се одреди положај и величина појединих гениталних органа жене, докаже присуство цистичних или запаљенских процеса на њима, диференцирају миом материце од увећане границне материце, запази присуство страног садржаја у Дугласовом простору. На тај начин брже се и лакше долази до тачне дијагнозе, што омогућава боље и успешније лечење.

Међутим, не сме се заборавити да је ехографија, и поред свих својих преимућстава, само помоћна дијагностичка метода, а да људски фактор у клиничком раду и даље остаје доминантан и суверен.

КАРДИОТОКОГРАФИЈА У ПОРОЂАЈУ

Кардиотокографија је новија метода испитивања интраутериног стања плода у трудноћи, а посебно у порођају. Она може да се користи при краткотрајном прегледу тренутног стања плода, али, што је веома важно, може се, ако је то потребно, континуирано применити за праћење стања евентуално угроженог плода у краћем или дужем сегменту порођаја. Њоме се у току трудноће открива потенцијална дисуфицијенција (слабост у функцији постелице), што угрожава интраутерини опстанак плода, посебно у току порођаја за време трајања порођајних контракција материце. За примену електрокардиотокографије неопходни су посебни апарати који се називају тококардиографи и који на траци приказују квалитет срчане радње плода уз истовремену учесталост, трајање и јачину материчних контракција и њихов утицај на фреквенцију срчаних тонова. У индикованим случајевима стално укључен електрокардиотокограф преко трајног записа пружа увид у динамику порођаја и интраутерно стање плода.

Постоје унутрашња и спољна кардиографија. При унутрашњој, која пружа прецизније резултате, једна од електрода прикључује се преко цервикса, а друга преко трбушног зида. Због техничких тешкоћа при извођењу и опасности од инфекција унутрашња електрокардиотокографија више се користи у сврху посебних истраживања, а врло ретко за практичан рад у породилишту. За то је довољна спољна метода при којој се обе електроде стављају преко спољног трбушног зида. Допринос ове методе је у брзој оријентацији лекара о стању плода и о доношењу евентуално хитних одлука о оперативном довршењу порођаја.

АНАЛИЗА АЦИДОБАЗНОГ СТАТУСА ПЛОДА (рН-метрија)

Ацидобазна равнотежа је константа у организму човека, која се без опасности по здравље и опстанак јединке може мењати у уским границама. Стабилност равнотеже одржава се компликованим механизмом пуфера или регулатора. Како се то у потпуности односи и на плод, испити-

вање киселosti његове крви од највећег је значаја за процену интраутериног стања плода. Основни услов за овакве анализе је могућност добијања феталне крви, а то је остварљиво тек у другом добу порођаја после прскања водењака и довољне дилатације спољњег ушћа да би се кроз екстерима размакнуте вагиналне зидове могло доспети до предњачећег дела плода ради узимања неопходне количине плодове крви за потребне анализе. По отварању вагине кожа предњачећег дела плода окружена проширеним спољним ушћем грлића обрише се етером, па се плитко пунктира иглом или специјалном ланцетом. Крв која се појави на месту пункције спонтано се аспирира микроцевчицом и пренесе у Аструпов хеаметар помоћу којег се добије вредност киселости крви и изврше друге анализе које омогућавају праћење ацидобазног стања плода. Нормалним се сматра рН крви изнад 7,24.

АНАЛГЕЗИЈА У ПОРОЂАЈУ

Смањење осећаја бола при порођајним контракцијама материце у великој мери постиже се психофизичком припремом труднице за порођај. Поред тога, изванредан степен аналгезије постиже се и лековима који се, посебно у првом добу порођаја, готово рутински користе у породилиштима. Ту спадају неки аналгетици (долонтин, петидин), спазмолитици, анксиолитици, а у одабраним, посебно индикуваним случајевима и уз неопходну предострожност чак и опијати (морфин).

Дешава се да сва поменута средства и методе код извесних породиља остају без очекиваног ефекта, те је порођајни чин веома болан. Због тога се, у посебно индиикованим случајевима и код преосетљивих жена, препоручује епидурална анестезија која порођајни акт чини потпуно безболним. Ова метода користи се у првом добу порођаја при устаљеним матичним контракцијама и при дилатацији спољњег ушћа материце најмање за 3 cm. Пробије се кожа на леђима између четвртог и петог трнастог наставка лумбалних пршљенова, па се врх игле уведе кроз ткиво све до дуре матер кичмене мождине која се не пробије. Око дуре убризга се неки од хипербарних деривата новокаина, чиме се постиже анестезија доње половине тела. Контракције материце се настављају, као и дилатација спољњег ушћа грлића, али породиља не осећа више болове. По завршетку првог доба порођаја, односно по комплетирању ширења спољњег ушћа, због пролазне неосетљивости доњих делова тела изостаје појава безволних и вољних напона, па се порођај мора завршити екстракцијом плода вакуум-екстрактором или излазним форцепсом.

ОПЕРАТИВНО ДОВРШАВАЊЕ ПОРОЂАЈА

Оперативно довршавање порођаја користи се када се установи да се порођај, ако још није почео, неће моћи завршити спонтано без опасности по мајку и по плод, односно да може проузроковати знатно оштећење

њиховог здравља и довести у опасност њихов опстанак. Раније у акушерству, док су абдоминалне оперативне интервенције биле праћене високим процентом смртности мајки, акушери су се највише оријентисали на вагиналне операције (окрети, екстракције плода форцепсом), жртвујући у критичним ситуацијама плод да би сачували живот мајке (перфорација главице плода, декапитација). Како је царски рез последњих деценија постао рутинска операција са врло ниском смртношћу, данас више не постоји потреба жртвовања плода у интересу мајке. те акушери, кад за то постоји потреба, све више користе ову интервенцију. Њу нормално не треба вршити ако се код застоја порођаја услед задржавања главице на излазу мале карлице, насталог несразмером лаког степена између главице плода и карлице или изазваног секундарно slabим контракцијама материце, порођај може без опасности по плод и породиљу завршити порођајним клештима (форцепсом) или вакуум-екстрактом. У другим оправданим случајевима тежак порођај треба завршити царским резом.



ЦАРСКИ РЕЗ

Царски рез представља акушерску операцију при којој се порођај проводи неприродним абдоминалним путем. Операција се врши уз поштовање свих принципа асепсе и антисепсе и уз коришћење опште анестезије.

Царски рез се врши код неправилног усађивања постељице (placenta previa), код сужене карлице жене, велике несразмере између главице плода и карлице мајке, код тешких еклампсија, у случају утероплацентне апopleксије (abruptio placente), код још неких тешких болести породиље и у случајевима изражене акутне интраутерине патње плода. У проширене индикације, о чему одлучује искључиво надлежни акушер, спадају и одмакле године породиље, дуго лечен стерилитет, карличан став плода и друго.

И поред тога што је данас проценат смртности и при царском резу веома низак, он је ипак знатно већи него при вагиналном порођају, а и пратеће компликације су далеко чешће и теже. Због тога лекар треба добро да размисли и размотри разлоге за и против ове интервенције пре него што је предузме.

За време првог порођајног доба неопходна је стална контрола интраутериног стања плода. У класичном акушерству то се могло спроводити готово искључиво слушањем срчаних тонова плода дрвеним стетоскопом. Данас се за то, поред аускултације, по потреби користе амниоскопија, електрокардиотокографија и пехаметрија. Електрокардиотокографи су апарати који на траци региструју срчане тонове плода и порођајне контракције материце. Технички део посла (намештање електрода и пуштање у рад апарата) обавља медицинска сестра, а тумачење добијених кривуља и доношење закључака о интраутерином стању плода припада лекару – акушеру. О процени стања још нерођеног плода у првом или другом добу порођаја пружа веома поуздане податке и пеха-

метрија (одређивање ацидобазног статуса плода). рН изнад вредности 7,24 указује на добро стање плода, од 7,15 до 7,24 у питању је лака, од 7,09 до 7,15 умерена, а од 6,95 до 7,09 тешка, по живот плода опасна асфиксија.

БАБИЊЕ И КОМПЛИКАЦИЈЕ У БАБИЊАМА

Под бабињама се подразумева време од прве до осме недеље после порођаја, као и све промене које се у том периоду дешавају у организму жене, а које су у вези са претходном трудноћом и порођајем. У то време сви се органи жене, осим дојки, мање или више враћају у прегравицио стање. Испражњена материца се ретрахије, а све промене и повреде настале у току трудноће и порођаја постелено нестају. Осим тога, период бабиња карактерише и бабиње прање (lochia), које се јавља одмах после порођаја и траје за све време пуерперијума. То је, у ствари, одлив из полних органа, тачније речисо из материце бабињаре. У почетку је тај одлив обилан, крвав и готово се у потпуности састоји из крвних елемената са примесом ољуштених комадића децидуе, микроскопских делова постеличних чупица и овојака. Поред тога, одлив је првих дана сладуњав и отужног мириса. У даљем току бабиња лохије се из дана у дан бистре и њихов се састав постепено мења: од крвавих (lochia cruenta) оне неколико дана касније постају серозне и у њима у то време преовлађује суруткаст трансудат (lochia serosa). Количина бабињег прања све више се смањује, оно постаје све оскудније и са све већом примесом леукоцита, па су лохије око десетог дана жућкастобеле (lochia alba). Што бабиње даље одмичу, лохије су све гушће и оскудније по количини и при крају бабиња потпуно нестају.

У бабињама могу да се јаве и бројне компликације. Од њих је најчешћа и најозбиљнија инфекција, чијој појави посебно погодују тешки, инструментално довршени порођаји праћени обилним крварењем, као и нестручно или недовољно стручно вођени порођаји, а такође и гравидитетне токсикозе, анемија и друге болести од којих могу да болују труднице. Инфекција обично захвата ендометријум који у то време представља пространу рањаву површину, затим озлеђени ендощервикс и преко њега параметријум или аднексе, а у тежим случајевима може да нападне и перитонеум мале карлице, па чак и да се генерализује на серозу свих трбушних органа (дифузни перитонитис) или да продре у крвоток (пуерперална сепса).

Пуерперална инфекција, а посебно пуерперална сепса пре увођења и обавезне примене асепсе и антисепсе у акушерској пракси представљала је велику опасност за породиље и била је праћена високим процентом смртности.

Захваљујући бечком лекару Игњату Семелвајсу, иначе Мађару по народности, који је први почео са применом антисепсе у порођајним салама, смртност од пуерпералне инфекције нагло се и знатно смањила. Даљем паду ове смртности допринело је ускоро затим откриће патогених микроорганизама као узрочника инфекције, стриктно спровођење асепсе, као и

проналазак сулфонамиди и нарочито антибиотика. Осим на гениталним и абдоминалним органима, у пуерперијуму може да се јави и инфекција на дојкама, и то на брадавицама и на интерстицијалном и паренхиматозном ткиву (рагаде и пуерперални маститис). Ова обољења данас се успешно лече: прво, прекидом дојења од неколико дана, а друго, које је знатно теже, у почетку се лечи антибиотикима, па ако они не помогну и ако се у дојци створи гнојни апсцес, неопходно је просецање дојке, отварање апсцеса и пражњење његове шупљине са дренажом, уз давање одговарајућих антибиотика.

Као веома опасне и тешке, у бабињама могу да се јаве и тромбоемболијске компликације. Срећом, оне су веома ретке. Против појаве тромбозе и емболије, која може бити смртоносна, треба се борити раним покретањем породице још док не устаје из кревета и гимнастичким вежбама, као и устајањем бабињаре већ првог дана по порођају и кретањем. Када је потребно, превентивно се могу давати и антикоагулантна средства, о чему одлучује лекар. Јасно је да се рано устајање из постеље примењује само код здравих бабињара и после нормално протеклих порођаја. Од тромбоемболијских компликација знатно су лакше компликације на мокраћним органима, у првом реду запаљење мокраћне бешике и бубрежне карлице. Ако до њих дође, бабињари треба давати сулфамидске препарате и антибиотике на које су узроциници инфекције осетљиви, што треба установити испитивањем антибиограма. При томе треба водити рачуна, што је основно правило у давању лековитих препарата бабињарама, да лекови који се користе преко мајчиног млека не шкоде новорођенчету или одојчету.



ГРАВИДИТЕТНЕ ТОКСИКОЗЕ

То су болести које се искључиво јављају у трудноћи. Узрок гравидитетних токсикоза није још познат. Вероватно није у питању јединствен узрок већ постоји више елемената који доприносе појави ових болести. Према времену у којем се јављају разликују се ране и касне гравидитетне токсикозе. Ране се јављају у почетку трудноће, а касне у другој половини, односно пред крај трудноће, у току самог порођаја или непосредно после њега. У ране токсикозе спада претерано лучење пљувачке и прекомерно повраћање, а у касне нефропатија трудница, прееклампсија и еклампсија.

РАНЕ ГРАВИДИТЕТНЕ ТОКСИКОЗЕ

Прекомерно лучење пљувачке (птијализмус) јавља се у првим месецима трудноће. Узроци су непознати. Испољава се мање или више обилним лучењем пљувачке. Трудница има непријатан осећај у устима и стално јој на уста навире бистра, водњикава пљувачка. У тежим случајевима количина излучене пљувачке у току 24 часа достиже и по неколико литара. Занимљиво је да је у сну лучење пљувачке снижено, готово нормално. Прекомерно лучење пљувачке кулминира крајем другог, средином и до пред крај трећег месеца гравидитета. Затим се, обично почетком четвртог месеца и без икаквог лечења, почиње смиривати, а количина излучене пљувачке ускоро се нормализује. Ово стање веома ретко може да потраје све до порођаја, када нестаје. У нарочито тешким случајевима, када губи велике количине течности, трудницу треба рехидратисати. Иначе се препоручује да одржава хигијену усне дупље и да је повремено испира благим адстрингентним растворима. Само изузетно, код веома тешких случајева-птијализма, може се стање труднице у толикој мери погоршати да долази у обзир прекид трудноће.

Рана гравидитетна повраћања

Гравидитетна повраћања доста су честа појава у првим месецима. Према тежини симптома могу се сврстати у три групе:

јутарње стуживање, обично или умерено повраћање (*emesis gravidarum*) и најтежи облик, прекомерно повраћање (*hyperemesis gravidarum*).

Зугарње стуживање са евентуалним повременим повраћањем (vomitus matutinus) врло је честа појава у раној трудноћи, тако да се сматра једним од несигурних знакова трудноће. После краћег или дужег трајања, обично најкасније до краја трећег месеца, субјективне тегобе трудница спонтано ишчезавају и трудноћа нормално напредује. Уколико су симптоми израженији и непријатнији, да би се олакшало ово стање, трудници се препоручује да изјутра доручкује још док је у кревету, а да у току дана узима мале и честе оброке хладне и чирете хране. Течност треба да узима између оброка. Обично је већ и то довољно да симптоми нестану, па је друга терапија најчешће сувишна.

Умерено повраћање труднице

Обично или умерено повраћање трудница (emesis gravidarum) је један од раних знакова трудноће. Трудница по неколико пута на дан повраћа, те учестало повраћање престаје да буде само један од знакова трудноће, већ постаје један симптом ране токсикозе. У тежим случајевима таква трудница може да поврати по више пута на дан, али још увек може у међувремену да узима и задржава храну и узету течност, те њено опште стање ипје у великој мери поремећено. Такве труднице треба лечити. Лечење се, осим мера које смо већ поменули за труднице са vomitusom matutinusom, састоји и у давању лекова који смањују осетљивост центра за повраћање и тиме одстрањују осећај нагона за повраћањем. Ово лечење обично се спроводи амбулантно.

Прекомерно повраћање труднице

Много опасније стање представља трећи степен овог поремећаја, назван прекомерно повраћање труднице (hyperemesis gravidarum). То је, у ствари, најтежи облик ових поремећаја, а истовремено и најопаснија рана гравидитетна токсикоза. Таква трудница повраћа 15 до 20, па и више пута на дан. Она више не може да задржи ни да користи ни течност ни чврсту храну. Нагло губи у тежини, малаксава и слаби. Јавља се дехидрација организма и знатан поремећај метаболизма. Пошто не уноси и не искоришћава храну из спољашње средине, организам труднице троши сопствене резерве, најпре угљене хидрате и масти, а касније и беланчевине. Као последица сталних и упорних повраћања и поремећеног метаболизма настаје и поремећај ацидобазне равнотеже. Организам се брани и због тога се у мокраћи јављају кетонска тела и ацетон. Болесница постаје субиктерична. Она је малаксала, испијена, мршава и тамнобледа. Однос течности и електролита је веома поремећен. Могу да се јаве субфебрилне температуре. Ако се таквој болесници не притекне у помоћ, она пада у кому и настаје егзитус. Срећом, данас су такви случајеви, ако уопште и постоје, изванредно ретки. Ретки су чак и прекиди трудноће због прекомерног повраћања јер се одговарајућом терапијом стање жеке побољшава, а трудноћа наставља.

Трудница са прекомерним повраћањем треба обавезно да лежи. Свакодневно треба контролисати њену телесну тежину и мерити диурезу.

Парентералним, најбоље интравенским путем, треба јој надокнадити изгубљену течност, електролите и витамине. Антиеметичким и седативним средствима треба отклонити нагон за повраћањем. У терапији хиперемезе труднице најбоље се до сада показао ларгактил, а нарочито стеметил. Стеметил треба првих дана, док не престане повраћање, давати у облику чепића ректално. После тога наставља се орално давање по једне таблете од 5 до 10 милиграма два до три пута дневно. Првих дана течност и електролити, у виду физиолошког раствора и гликозе обогаћених витаминима В и С, дају се интравенски. Кад повраћање престане, прелази се на перорално давање лекова и течности и на нормалну исхрану. Данас постоје и други медикаменти којима се код трудница сузбија нагон за повраћањем.

КАСНЕ ГРАВИДИТЕТНЕ ТОКСИКОЗЕ (ЕРН ГЕСТОЗЕ)

ЕРН гестозе јављају се искључиво код трудница. Узроци ових обољења до данас нису познати. Претпоставља се да је овај патолошки синдром израз биолошке неуслагласености између организма труднице и плода. У сваком случају, комплексна збивања у организму труднице испољавају се знатним поремећајем метаболизма, што је тешко објаснити. По неким ауторима болест је последица агресије плода на организам мајке у коме се дешавају поремећаји на нивоу нервног, ендокриног и неуроваскуларног система, праћени биохемијским променама.

У последње време сматра се да простаглицлин (једињење из групе простаглицлина), који по дејству спада у досад најјаче вазодилататоре, има значајну улогу у настанку ЕРН гестоза. Ово једињење, присутно у трудноћи, одржава равнотежу деловања ренина и ангиотензина и, отклањајући спазме крвних судова у периферном крвотоку и у појединим органима, спречава појаву ЕРН гестоза.

ЕРН гестозе могу се јавити код дотле потпуно здравих особа. Тада су у питању функционална обољења без претходне анатомске подлоге. У другом случају, када се ЕРН гестозе надовезују на већ пре гравидитета постојећа оштећења и промене организма жене (есенцијална хипертензија, хипертензија друге етиологије), у питању су такозване псеудогестозе.

Лаки облици ЕРН гестоза или тежи облици који кратко трају обично не утичу неповољно на интраутерино стање и развој плода. За разлику од њих, дуготрајни тежи облици могу да оштете организам мајке и да изазову интраутерини застој раста плода (заостајање у телесној маси и у дужини). У случајевима најтежих облика ЕРН гестоза могу бити угрожени животи и мајке и плода. Због тога трудноћа компликована ЕРН гестозама спада у ред ризичних.

ЕРН гестозе обележавају три важна клиничка симптома: едеми, хипертензија и протеинурија. У лакшим облицима болести може неки од њих да недостаје, а каткад може бити присутан и само један (моносимптомски облик болести).

Најлакши облик ЕРН гестоза је нефропатија gravidних жена, тежи облик је прееклампсија, а најтежи права еклампсија.

НЕФРОПАТИЈА ГРАВИДНИХ ЖЕНА

Нефропатија gravidних жена (nephropathia gravidarum) представља најблажи облик касних gravidитетних токсикоза. Јавља се у другој половини трудноће. Испољава се лако повишеним артеријским крвним притиском, који прелази вредности од 140/90 mm жигиног стуба (18,7/10,7), затим појавом отока на потколеницама, ногама и лицу и налазом беланчевина у мокраћи, односно протениуријом. Због тога је специфична тежина мокраће повећана. Трудница обично нема неке посебне субјективне сметње. У појединим случајевима може неки од ових симптома и да изостане. Иако, сама по себи, нефропатија gravidних жена у почетном стадијуму не представља неку опасност, она треба да буде знак за узбуну и да скрене пажњу на трудницу јер нефропатија може бити само први корак у знатно теже форме gravidитетних токсикоза – прееклампсију и еклампсију. Зато свакој трудници са знацима нефропатије треба саветовати свакодневан одмор и дуже лежање у постели, одредити јој специјалну дијету и стално је контролисати. Треба настојати да се спроведеним лечењем постигне да крвни притисак падне испод 140/90 (18,7/10,7), што се сматра дозвољеном максималном границом у трудноћи, затим да се отоци смање и ишчезну и да из мокраће нестану беланчевине. У ту сврху трудници се одређује храна са мало соли и ограничи се или за извесно време чак и искључи маст из исхране, а ако се дозволи, препоручује се само узимање масти биљног порекла. Ради надокнађивања изгубљених беланчевина дозвољава се коришћење лако сварљивих протеина које трудница узима у облику несланог сира, специјално припремљеног млека, младог раскуваног живинског меса или телетине. Уз то, код нарочито изражених отока могу се веома обазриво дати диуретици, који не садрже живине соли. При томе треба свакодневно контролисати тежину труднице, артеријски крвни притисак и количину излучене мокраће. Уз ову терапију обично се стање труднице брзо поправи, али услед могућности поновног погоршања трудницу треба пратити све до краја трудноће.

ПРЕЕКЛАМПСИЈА

Прееклампсија је много тежи облик касних gravidитетних токсикоза. Њу карактерише знатно повишен крвни притисак, како максималан, тако и минималан. Количина излучене мокраће може бити смањена, а протениурија врло изражена. Постоје мање или више наглашени отоци на ногама, лицу и у доњим партијама тела. Трудница је поднадула, малаксала, осећа се лоше. Често се жали на главобољу, зујање у ушима и сметње у виду. Може бити нервозна и раздражљива. Ако јој се у том стадијуму болести не помогне енергичним лечењем, из прееклампсије може доћи до појаве правих екламптичних напада. Чим се код труднице откри-

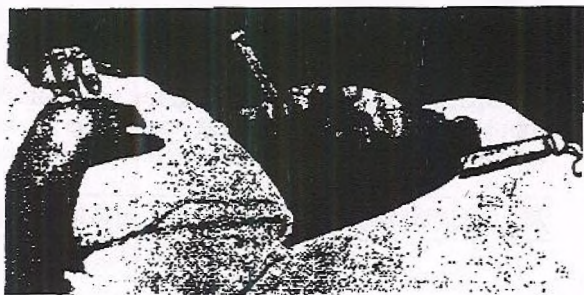
ју поменути симптоми прееклампије, односно чим се запази знатно повишење крвног притиска изнад 140/90 (18,7/10,7), а нарочито ако је изразито повишен минимални крвни притисак и ако је повишење притиска праћено обилном протеинуријом и израженим отоцима, трудницу треба одмах хоспитализовати, не чекајући појаву осталих симптома. Најбоље је ако јој се обезбеди засебна соба, без много светлости, изолована од буке и осталих спољашњих утицаја.

Са новим погледима на етиологију ЕРН гестоза у великој се мери променено и терапијски поступак код ових болести. Код лакших облика обољења у исхрани се не инсистира више на ограничавању уношења беланчевина, соли и течности. Дијетална исхрана у виду смањеног узимања хране прописује се само претерано гојазним трудницама. Од лекова, уколико је код труднице артеријски крвни притисак знатније повишен, треба користити антихипертензивну терапију да би се избегла опасност од појава могућих, у првом реду васкуларних компликација. При томе се код лакших облика болести дају средства која нагло не обарају крвни притисак и која су са дужим дејством (метилдопа). Средства са јаким и наглим антихипертензивним дејством треба резервисати само за болеснице са врло високом артеријском тензијом. Раније често коришћена средства за подстицање диурезе данас се дају врло ретко због могућег погоршавања већ постојећег метаболичког поремећаја у ткивима. Могу се обазриво препоручити само трудницама са изузетно израженим генерализованим едемима. Поред поменутих медикамената, добри резултати постижу се и давањем седатива (апаурин).

ЕКЛАМПСИЈА

Еклампсија се најчешће јавља при крају трудноће или у току порођаја. Ређе може да се јави непосредно или неколико сати после порођаја, а понекад и у првим данима бабиња.

Еклампсија је најтежи облик гравидитетних токсикоза. Обично се надовезује на прееклампију, али овај стадијум може проћи и незапажено, тако да болест може нагло да се јави у својој најтежој форми. Чешће се јавља код прворотки, а знатно ређе код другоротки. Такође се



Слика 32. –
Еклампсија

ретко понавља у жена код којих се јављала у претходној трудноћи. Еклампсија се углавном јавља у крајевима где се труднице иррационално и неадекватно хране. Запажено је да од ње највише оболевају труднице у чијој су исхрани нарочито заступљене масти животињског порекла. Код нас је еклампсија раније била веома присутна у Војводини, пајинице у Бачкој и Банату. Овај најтежи облик касних ЕРН гестоза веома је редак код трудница које се у току гравидитета контролишу у саветовалишту јер ако се примете знаци нефропатије и прееклампсије, правилном исхраном и евентуалним лечењем одстрањује се опасност од појаве еклампсије. Према томе, учесталост еклампсије уједно је индикатор како здравствене и хигијенске свести жене, тако и организације и ефикасности здравствене службе на одговарајућем терену. Зато је данас еклампсија ретка у великим градовима и подручјима где је здравствена служба добро организована и где је контрола трудница добра и ефикасна.

Симптоматологија. – Пре избијања првог екламптичног напада жена се жали на главобољу, треперење и светлцање пред очима, зујање у ушима и општу слабост. Мерењем количине излучене мокраће запажа се олигурија, која може код најтежих случајева ићи до анурије. Албуминурија је веома изражена. Трудници су отечени лице, ноге и доње партије тела. Има поднапуо изглед. Повишен крвни притисак се стално одржава. У једном моменту, после набројаних субјективних симптома и објективног налаза, често после неког спољашњег надражаја или и без њега, трудница нагло добије екламптички напад. Она губи свест уз појаву тоничних и клоничних грчева мишића. Нарочито су изражени клонични грчеви мимичких мишића лица и контракције мишића екстремитета, тако да се на лицу жене виде најразличитије гримасе са колутањем очију; осим тога, она се бацака рукама и ногама. У тоничном грчу учествују, поред осталих, трбушни и торакални мишићи, дијафрагма и леђни мишићи. Трудница је у опистотонусу, престаје да дише и помодри. Тоничне контракције обично трају најдуже до пола минута. По попуштању грчева болесница шумно продише и, после неколико удисаја, ливидитет нишче-зава, а кожа и видљиве слузокоже лица добијају нормалну боју. После екламптичних напада болесница се смирује, грчеви престају, она је још неко време у несвести, односно полусвести, па се најзад буди, при чему се ничега не сећа. Екламптички напади се могу после кратких пауза поновити, тако да се код исте болеснице могу јавити по више пута у току дана. Код најтежег стања (тзв. status eclampticus) болесници се уопште не враћа свест већ се напади јављају један за другим. Ово стање је веома опасно и често се завршава смрћу жене.

Превенција еклампсије. – Састоји се у добро организованој служби контроле трудница. То се најбоље спроводи у саветовалиштима, али ако их нема, довољна је индивидуално организована контрола коју обавља лекар или бабица, са правилно спроведеним лечењем или хоспитализацијом почетних обољења касних токсикоза трудноће. Непречишћени препарати задњег рсжња хипофизе контраиндиковани су у трудноћи, порођају или у бабињама код свих жена са повишеним крвним притиском. Ако се о томе не води рачуна, може се код таквих породиља про-

воцирати појава еклампсијалних напада. По потреби, могу се давати, ради тонизације матичног мишића, само пречишћени или синтетски препарати који садрже окситоцичну али не и вазопресивну компоненту.

Терапија. – Трудницу или породиљу са израженом еклампсијом треба сместити у засебну, замрачену и мирну собу и заштитити је од спољашњих дражи и утицаја. Поред болеснице треба увек да се налази неко лице које ће јој помоћи у случају напада. Оно треба да има спремљену дрвену шпатулу или ваљачу, обмотану ватом и газом, која се у нападу ставља болесници између горње и доње вилице да би се избегли угризи. Болесници треба редовно мерити диурезу (по Esbachu) и одређивати количину мокраће коју излучи у току дана. Поред тога треба давати чај и воћну дијету и редовно контролисати крвни притисак. Од лекова могу се дати ларгактил, хидержин и, евентуално, серпасил или неки други препарат рауволфије, а у посебно тешким случајевима даје се 20%-тни раствор $MgSO_4$, интравенски или интрамускуларно, у дози од 20 ml. По потреби ова терапија може да се понови четири до пет пута. Уколико је трудница у порођају и постоје услови за примену вакуум-екстрактора или порођајних клешта, порођај треба што пре завршити једним од ових акушерских поступака. Ако трудница није у порођају или ако је порођај тек отпочео, онда треба, уз дијеталну исхрану и добро спроведену терапију, чекати да се порођај спонтано одвија. Царски рез се данас примењује само у најтежим случајевима обољења. Трудницу или породиљу са еклампсијом треба свакодневно контролисати и због контроле очног дна треба консултовати офталмолога. Дужност је сваког лекара и бабице, а поготову лекара опште праксе, да дијагностикују еклампсију и, ако се жена тог тренутка порађа, да спроведу порођај и одреде терапију. Ако порођај није почео, треба дати инјекцију 0.02 g морфија, обезбедити удобан превоз, заштитити жену од повреда и упутити је у болницу. Осим већ наведене терапије, болесници са еклампсијом треба давати парентерално велике количине витамина В и С, интравенски концентровану гликозу која побољшава диурезу, а искоришћава се као енергетски материјал и смањује едеме. У најтежим случајевима треба дати и *Magnezium sulfuricum* јер он снижава крвни притисак и делује антиконвулзивно.

ИНФЕКТИВНЕ БОЛЕСТИ И ТРУДНОЋА W

Инфективне болести представљају увек велику агресију на организам човека и могу да угрозе његов опстанак. Њихова појава код трудница, у којих могу да се јаве током целе трудноће, може бити праћена још већим опасностима јер су сви важни органи у великој мери ангажовани и оптерећени самим гравидитетом. Нека од инфективних обољења изазвана су бактеријама и бацилима, а друга вирусима. Већина је праћена повишеном телесном температуром, која може да оштети организам плода, а понекад чак и да доведе до његове интраутерине смрти. Код болести изазваних бактеријама и бацилима постелица представља непролазну баријеру која спречава њихов прелазак у крвоток и органе плода. То не важи

мењено опште стање болеснице више су последица dejstva toksina nego same infekcije. Najbolji dokaz za to je što se po ispraznjenju materice temperatura oboljele žene najčešće vraća na normalnu. Od običnog fobriлног побачаја много је опаснији септичан побачај праћен инфекцијом.

Септични абортус (abortus septicus) ретко је последица спонтаног прекида трудноће. Много је чешћи код насилаог, обично нестручно извршеног криминалног покушаја прекида, и то утолико чешће уколико се прекид трудноће изводи под тежим условима. Накнадна инфекција, која се врло брзо надовезује на покушају или неспотнуо изведену а ретко и на довршену интервенцију, доводи болесницу у врло тешко стање. Клиничка слика зависи од тежине болести. У лакшим случајевима опште стање болеснице је мање промењено, док у тежим и озбиљнијим слика коју пружа болесница може бити веома драматична. Таква болесница осећа спонтане болове у доњем делу трбуха, има високу температуру, језу и дрхтавицу. Мање или више обилно крвари. Опште стање је лоше, изглед уплашен, уснице и језик суви, беоначе често субиктеричне, пулс убрзан, а понекад једва може да се осимати. При прегледу доњи део трбуха је веома осетљив. У случају септичног побачаја болесницу треба хоспитализовати, ставити јој лед на трбух, парентералним путем надокнадити изгубљену течност, по потреби извршити трансфузију крви и спровести енергичну парентералну терапију антибиотцима. Киретажу, ако је потребна ради заустављања крварења, због опасности од даљег ширења септичне инфекције досим у веома опасним случајевима искрварености, треба одложити до смирења запаљеног процеса.

Хабитуалним побачајима (abortus habitualis) назива се поновљено спонтано прекидање сваке од наредних трудноћа више од три пута код једне исте жене. Обично се сваки од наредних прекида труноће дешава у готово исто доба старости трудноће. Хабитуални побачаји су тежак проблем за извесне породице. Својом релативном учесталошћу они задиру и у друштвене односе и постају један од социјално-медицинских проблема. Због тога изискују посебну пажњу у гинекологији и акушерству. Како узроци хабитуалних побачаја могу бити веома различити, пре предузимања лечења основно је пронаћи те узроке, што није увек лако, и настојати да се они отклоне. Успешно спроведено испитивање узрока и правилно лечење омогућују да жена изнесе трудноћу и после више хабитуалних побачаја. Последњих година добри резултати у превенцији и лечењу трудница склоних овој патолошкој појави, насталој због слабости унутрашњег ушћа материце, постижу се оперативном интервенцијом названом серклажа (кружно подвезивање грлића материце у нивоу унутрашњег материчног ушћа).

НАСИЛНО ПРЕКИДАЊЕ ТРУДНОЋЕ

Код нас се само на захтев труднице може прекинути свака трудноћа која није старија од десет седмица и чији прекид битно не угрожава и не доводи у опасност њено здравље.

прескид грудноле старије од десет седмица може дозволити само комисија, и то из медицинских, еугеничких, етичких или социјалних индикација. Комисију чине два члана, од којих је један гинеколог а други социјални радник.

Под медицинским индикацијама подразумевају се разлози који захтевају прекид трудноће у интересу очувања угроженог здравља или живота труднице (тешка срчана, бубрежна, плућна обољења, на пример). Еугеничке индикације захтевају прекид како се не би родило дете оптерећено тешким наследним болестима (Даунов синдром, кретенизам, шизофренија). Етичке индикације су разлози који се косе са основним етичким принципима и моралним нормама ако се трудноћа настави (силовање, радоскврнуће). У социјалне индикације спадају чиниоци који рађањем детета могу битно да угрозе економску сигурност и материјални опстанак родитеља и детета (крајње сиромаштво, материјална бесперспективност родитеља, изузетно лоше стамбене прилике).

Комисија за прекид трудноће може да постоји само при здравственим установама стационарног типа. У случају негативног решења првостепене комисије, одбијена жена може се жалити другостепеној. Сви прекиди трудноће старије од десет седмица, извршени без сагласности комисије, незаконити су или недозвољени, те извршиоци таквих побачаја подлежу законској одговорности. Раде их лекари, бабице, други здравствени радници, лаици, као и саме труднице. Понекад се побачај може покушати или извршити хемијским средствима, али се много чешће изводи механичким средствима.

Међутим, не треба веровати да је легалан прекид трудноће интервенција која није штетљива и није праћена ризиком. Напротив, треба знати да прекид трудноће, мада извршен уз одобрење надлежне комисије, под најповољнијим условима и уз ангажовање одличних стручњака, оставља на психу и организам жене тешка и трајна оштећења која се у првом моменту не морају запазити.

Još u toku nasilnog prekiđanja trudnoće ili neposredno posle toga mogu da nastupe veoma opasne, čak i smrtonosne komplikacije. Najteže od njih su šok, iskrvarenje i perforacija materice sa povredom nekog trbušnog organa žene. Osim toga, kao posledica nasilnog побачаја, женама врло често хронично оболевају јајоводи и јајници, па постају трајно мање способне за рад и свакодневан живот. Прекид трудноће могу често да прате и поремећаји менструације, укључујући и аменореју, као и трајна неплодност жене. Зато је дужност свих здравствених радника да се боре против насилног прекидања трудноће и залажу за контрацепцију као методу регулисања зачећа и рађање.

ВАНМАТЕРИЧНА ТРУДНОЋА

Слузокожа, односно шупљина материце једино је право место где треба да се усади оплођена јајна ћелија и развија трудница. Дешава се, међутим, да се понекад оплођена јајна ћелија задржи на свом путу, па се



Слика 33. – Ванматерична трудноћа

уместо у слузокожу материце усади у један од јајовода, на неки од органа трбушне дупље или на саму површину јајника. У том случају настаје ванматерична или ектопична трудноћа (*graviditas extrauterina*). Узроци ванматеричне трудноће могу бити различити. У зависности од тога где се оплођена јајна ћелија усадила разликују се: тубарна, абдоминална и оваријална трудноћа. Као најчешћи узрок овог патолошког стања сматра се недовољна пролазност, односно сужење канала јајовода изазвано запаљењским процесом насталим у току претходних гинеколошких или акушерских интервенција, у првом реду после намерног прекидања трудноће или инструменталног пражњења материчне дупље после спонтаног побачаја. У таквој ситуацији сперматозоиди, који су знатно мањих димензија од јајне ћелије, и који се активно крећу, лако прођу кроз сужени део јајовода и допру у његове горње партије у којима се одигра оплођење. Веома крупна оплођена јајна ћелија, која се пасивно креће према шупљини материце ношена струјом течности и перисталтичким покретима јајовода, када доспе до суженог места, застаје у њему и чим стекне имплантациону способност усади се у његову слузокожу изнад настале препреке.

Поред осталих разлога настајања ванматеричне трудноће треба поменути и урођено дугачке и танке јајоводе када оплођена јајна ћелија мора дуже да путује кроз нешто уже канале ових органа да би доспела у шупљину материце у чију се слузокожу нормално усађује. Ако се то путовање толико продужи да оплођена јајна ћелија стекне имплантациону способност док се још налази у јајоводу, она ће се уместо у материчну, усадити у слузокожу јајовода, те ће тако настати ванматерична трудноћа. До овакве ситуације може доћи и ако при нормалним јајоводима оплођена јајна ћелија стекне имплантациону способност пре времена, то јест док путује према материчној шупљини. Као што је већ речено, ванматерична трудноћа по локализацији може бити тројака: тубарна, абдоминална и оваријална.

Тубарна ванматерична трудноћа. – Овај облик ванматеричне трудноће је најчешћи. По учесталости далеко после ње долази абдоминална, а јајничка ванматерична трудноћа је изванредно ретка, па је доказивање њеног порекла без нарочитог практичног значаја. Преоперативна дијагноза јајничке трудноће у ствари и није могућа.

Исход ванматричног гравидитета не завршава се увек операцијом. Он може бити различит. Највероватније је да врло често почетна ванматерична трудноћа без појаве карактеристичних симптома остаје и недијагностикована. То се дешава у раној фази ванматеричне трудноће када оплођена јајна ћелија усађена на неправилном месту утине, па се овулум у целини ресорбује без нарочитих симптома и без последица. Ако се то не деси, овулум усађен у слузокожу јајовода расте и растеже његове зидове. Због тога се јајовод, за кога усађена оплођена јајна ћелија представља страко тело, повремено грчи, што код болеснице изазива осећај болова у доњем делу трбуха на страни јајовода у коме је усађен овулум. Повремено грчење јајовода ускоро доводи до делимичног, ређе до потпуног одлужбљивања овулума, што је праћено крварењем у шупљину овог органа. При томе се крв, најпре у виду угрушка, скупља у лумену јајовода око места одлужбљивања стварајући неку врсту парцијалног хематосалпинкса. При поновним или јачим крварењима крв излази кроз ампуларни део ретроградно и гради перитубарни хематом који се постепено увећава и спушта у најнижи део трбушне дупље (Дугласов простор).

Одлуђивање овулума од унутрашње површине јајовода назива се тубарни абортус, а накупљена крв у Дугласовом простору делом се згрушава, а делом остаје течна и хемолизирана и представља хематоцелу ретроутерину. За то време, као знак ванматеричне трудноће, обично се јавља крварење из материце. Оно може да наведе лекара да посумња на претњи или почетни побачај код интраутериног гравидитета.

Код тубарног абортуса дијагноза ванматеричне трудноће поставља се на основу добро узете анамнезе и гинеколошког прегледа, а у недовољно јасним ситуацијама може да се провери и потврди прегледом ултразвуком, целископским прегледом и пункцијом Дугласовог простора када се као пункциат добије стара, хемолизирана крв и делом крв у громуљцима.

Руптура јајовода. – Осим тубарног абортуса, могућа је и другачија еволуција тубарне бременитости. Може се, наиме, и најчешће се то и дешава ако је овулум усађен у истмичном или интерстицијалном делу јајовода да истањен зид јајовода на месту имплантације услед продирања хорионских чупица, растегнут и развучен растом овулума, нагло прсне, те настане руптура јајовода. Руптура је праћена веома драматичним симптомима и тешким стањем болеснице изазваним како васкуларним колапсом насталим због бола при руптури серозе јајовода, тако и веома обилним интраабдоминалним крварењем које прати ову патолошку ситуацију.

Дијагноза ванматеричне трудноће у типичним случајевима не представља проблем искусном гинекологу. Незгода је, међутим, у томе што се код ове болести често срећемо са атипичним случајевима који својим симптомима могу да имитирају велики број разних болести. То је узрок бројним дијагностичким промашајима, било да се превиди дијагноза ванматеричне трудноће када она постоји, или да се она постави када је у питању друго обољење. Посебно је тешко поставити дијагнозу ране, интактне ванматеричне трудноће, јер су њени симптоми исти као и код почетног интраутериног gravidитета: изостанак менструације, дигестивне тегобе, повећање материце.

Због опасности које ванматерична трудноћа, а посебно руптура јајовода носи са собом, потребно је добро познавати њене симптоме и настати да се дијагноза постави на време. Боље је посумњати на овај патолошки процес када га нема, него погрешити и previdети га када постоји.

У дијагностиковању ванматеричне трудноће веома важно место припада добро узетој анамнези. То је понекад пола дијагнозе. При том се болесница најчешће жали на изостанак менструације, осећај пуноће у грудима и понекад на дигестивне тегобе које и иначе често прате гравидитет. Ускоро затим јављају се болови у виду тупања или повремених грчева у доњем делу трбуха. Они су последица повремених контракција јајовода који ипостоји да се ослободи страног тела или растезања зид јајовода због раста опулума. Истовремено са боловима у трбуху јавља се и крварење из материце. Оно је обично оскудно и дуготрајно, са прекидима или стално. Она три симптома: изостанак менструације, болови у доњем делу трбуха и крварење из материце представљају класичну тријаду симптома веома важну за дијагнозу ванматеричне трудноће.

При гинеколошком прегледу, поред нешто увећане материце, обично се напипа са леве или са десне стране кифласто повучан јајовод и теста-сто резистентна маса у Дугласовом простору (*hasmatocella retrouterina*). Сам преглед праћен је слабијом или јачом осетљивошћу и боловима, нарочито при додиру и притиску на задњи свод вагине (крик Дугласа). У постављању дијагнозе ванматеричне трудноће у нејасним случајевима може од извесне користи бити и позитиван налаз имунолошких реакција на гравидитет, као и налаз децидуалних промена на ендометријуму без хорнионских чупица на материјалу добијеном киретажом. Понекад и преглед ултразвуком може помоћи у правилној дијагностичкој оријентацији. Као и код руптуре јајовода, дијагноза се потврђује пункцијом Дугласовог простора кроз задњи свод вагине.

За разлику од описаних симптома тубарног абортуса, симптоми руптуре јајовода знатно су бурнији. Болесница из чиста мира, односно без икаквог претходног знака или повода, осим поменутих симптома трудноће, који такође не морају бити наглашени, осети изненадан бол у доњем делу трбуха. Бол је веома јак, као убој ножем. Она при том малакше и побледи, али остане при свести. Њен артеријски крвни притисак нагло пада, пулс постаје mekan, једва опипљив и веома убрзан. Пункцијом Дугласовог простора кроз задњи свод вагине добије се свежа светлоцрвена крв, која спонтано и под притиском истиче из трбушне дупље. Када се постави дијагноза руптуре јајовода, лечење је као и код тубарног абортуса искључиво оперативно и треба га, с обзиром на то да болесница крвари у трбушну дупљу, што пре спровести.

Абдоминална трудноћа. – Овај вид ванматеричне трудноће подразумева усађивање оплођене јајне ћелије на серози неког од органа трбушне дупље. Она може да се као таква јави и развија од почетка и тада је примарна, а може бити и секундарна, што значи да се оплођена јајна ћелија најпре усадила у један од јајовода, па се услед контракција његових зидова у целини одвојила од слузокоже јајовода и кроз ампуларни део овог органа била ретроградно избачена у трбушну дупљу, где се пресадила на неки од трбушних органа и наставила да се развија. Услови за развој

плода у трушкој дупљи знатно су повољнији него у јајоводу. Зато док се тубарна трудноћа најчешће завршава до краја трећег месеца, абдоминална трудноћа обично се и даље продужава изазивајући мање или више некарактеристичне сметње и тегобе. Осим знакова који прате нормалну трудноћу и увећања трбуха, на абдоминалну трудноћу указују извесни болови и сметње у пасажу црева које понекад имају карактер субоклузија. Ако смрт плода не наступи раније, плод обично угине у последњим месецима трудноће, а има случајева да се трудноћа изнесе до краја, па плод угине пред сам порођај. Описани су и случајеви оперативним путем рођене живе деце. Услед лоших услова за развој, овакви плодови су, иако се роде живи, обично оштећени, мање вредни или мање способни за ванматерични живот, па ускоро по рођењу умиру. Само ретко оваква деца одрже се у животу, мада постоје случајеви да су чак деца рођена операцијом код абдоминалне трудноће доживела дубоку старост.

Оваријална трудноћа. – Трећи облик ванматеричног гравидитета, јајничка трудноћа, изванредно је ретка. Она започиње на самом јајнику и наставља да се развија на њему. Њена симптоматологија, клинички ток, дијагностика и терапија веома су слични абдоминалном гравидитету, па се најчешће тако и дијагностикује, а права дијагноза може се поставити тек у току и после операције, но то је од малог клиничког значаја.

КРВАРЕЊЕ У ТРУДНОЋИ И У ТОКУ ПОРОЂАЈА

У нормалној трудноћи већ од самог почетка због промена које се дешавају на жлездама са унутрашњим лучењем, у првом реду на хипофизу и јајницима, престаје циклично ослобађање гонадостимулина из предњег режња хипофизе, односно оваријалних хормона из јајника, што прекида ланац менструационих циклуса и праћено је изостанком било каквог крварења из материце, укључујући и редовне менструације. Менструациона крварења ће се поново јавити тек више месеци, а најкасније до годину дана после порођаја. Због тога свако крварење у трудноћи треба сматрати патолошком појавом. Оно може бити трауматског порекла, то јест потицати од повреда на спољним полним органима, на вагини или грлићу материце, или пак може бити од поремећене трудноће. Иако се крварење може јавити у току целе трудноће, из практичних разлога целисходна је подела на крварење у првој половини трудноће и крварење у касном гравидитету.

Крварење у првој половини трудноће

Иска крварења у овом добу не морају бити у вези са трудноћом, већ могу потицати од повреда или патолошких промена на слузокожи вагине или грлића материце. Од њих се, као узрок крварења, могу запазити преле венектазије, еритроплакије и ерозије слузокоже грлића, цервикални полипи и малигна обољења (харцином вагине или грлића). Ови узроци откривају се прегледом труднице помоћу екартера или спекулума.

Најчешћи узроци крварења у првој половини трудноће у вези са гравидитетом су: поремећена интраутерина трудноћа (спонтан побачај), ванматерична трудноћа и гроздаста мола.

Спонтани побачај, без обзира на узроке који га изазивају, праћен је крварењем због делимичног или потпуног одлубливања овулума од унутрашњег зида материце. Крварење се у таквој ситуацији јавља из прекинутих судова одлублиених чупица и материчног зида. У лакшим случајевима настаје слика претећег или почетног побачаја и тада се, ако зачетак није већ угинуо и ако није генетски оштећен, спонтани прекид може зауставити и трудноћа наставити. У тежим оштећењима овулума или код интраутериног угинућа зачетка или плода спонтани побачај са крварењем се наставља, па се матерична дупља мора инструментално ревидирати и испразнити (ради се киретажа).

Крварење из материце код ванматеричне трудноће представља један од важних симптома ове болести. Оно се јавља после краћег или дужег изостанка менструације, оскудно је, али продужено, или се понавља са прекидима и често је праћено тупим боловима у виду тиштања или боловима у виду грчева у доњем делу трбуха, на страни јајовода у који се усадила оплођена јајна ћелија. У оваквој ситуацији болесницу треба одмах оперисати.

Крварење код гроздасте моле је треће по реду патолошко стање праћено крварењем из гравидне материце. Она представља облик патолошког гравидитета када зачетак рано угине, а хорионске чупице се претварају у мехуриће до величине зрна грозђа, испуњене бистром течношћу. Дегенерисане чупице удружене су међусобно у скупине, које подсећају на гроздове, због чега је ова патолошка трудноћа и добила назив гроздаста мола. У мехурићима моле излучују се велике количине хорионског гонадотропина, веће него у нормалном гравидитету. Због тога је налаз великих вредности овог хормона у мокраћи труднице значајан за дијагнозу моле.

Крварење код гроздасте моле јавља се без повода и протиче без болова. Некада је континуирано, а некада са прекидима. Крв је каткад светлоцрвене боје и водњикава због присуства течности из прснутих мехурића, а каткад је тамносмеђа. У почетку обично је оскудно, а касније, када наступи избацивање моле, оно је толико обилно да може да угрози живот жене претећи искрварењем.

Труднице са гроздастом молу и пре појаве озбиљног крварења, већ у првим недељама трудноће, могу понекад да изгледају исцрпљене, интоксиниране, малаксале и да повремено помало крваре из материце. Чешће од других пате од раних гравидитетних токсикоза (прекомерно повраћање). При прегледу обично се посумња на нормалну трудноћу са јаче израженим тегобама, или на претећи или почетни побачај. При том пада у очи да је материца знатно већа него што одговара аменореји. Ако овом податку поклоним већу пажњу, лекар ће посумњати на гроздасту молу и предузети потребна испитивања за дијагностиковање праве природе болести. У противном, дијагноза се клинички поставља тек кад се јави јаче крварење и кад се у избаченој крви нађу за молу карактеристични мехурићи. Данас се потврђује сумња или поставља дијагноза моле пре-

Осим због плаценте превије, крварење при крају трудноће може настати и због превременог одлужљивања нормално усађене постељице. Под тим се подразумева свако одлужљивање плаценте пре рађања плода, односно пре завршетка другог доба порођаја. Превремено одлужљивање веће површине постељице доводи до интраутериног угинућа плода и у великој мери угрожава живот породиље. Акутна патња плода која претходи његовој смрти у таквим случајевима изражава се успорењем откуцаја његовог срца (брадикардија), живахним покретима и избацивањем меконијума у плодову воду. Трудница, односно породиља, при томе је у стању колапса, са увећаном и чврстом материцом, и крварењем из вагине. Крв је тамна, течна и не згрушава се. Ово тешко стање, названо абгурсио плаценте или утероплацентна апоплексија, захтева хитно завршавање трудноће, односно порођаја ако је већ почео, абдоминалним царским резом. Ако је матерични мишић услед крварења толико промењен да је изгубио контрактилну способност, мора се при операцији одстранити и материца, а да би се крварење зауставило, треба болесници дати трансфузију крви и фибриноген због настале хипофибриногеније. Неправилно и неочекивано крварење може настати и у току порођаја. У првом и другом добу порођаја оно је најчешће последица плаценте превије или превременог одлужљивања постељице.

Крварење у трећем порођајном добу углавном потиче од неправилног одлужљивања постељице која у то време, у нормалним приликама, треба да се лако одвоји од унутрашње површине зида материце и да тиме омогући материчном мишићу да се чврсто ретрахије и затвори отворене крвне судове из којих породиља крвари. Ако се то не деси у потпуности, те поред одлужљених делова постељице постоје и њени делови који се не одвајају лако, изостаје истискивање плаценте и ретракција материчног мишића, што је праћено профузним, понекад по живот опасним крварењем. То се запажа код прирасле, срасле или урасле постељице (placenta adherens, accreta или increta). Томе је најчешће узрок промењен зид материце и оžilжна оштећења на њему. Због опасности од крварења при неправилном одлужљивању постељице мора се извршити њено ручно одлужљивање, уз давање медикамената који изазивају стезање материчног мишића.

Крварење у четвртм добу порођаја (постплацентно доба) може настати из расцепа на грлићу, на вагини и међици. Пажљивим прегледом ових органа одмах по рађању постељице, расцепи се морају открити и хируршки збринути, што доводи до престанка евентуалног крварења.

Веома је, међутим, опасно крварење које настаје због изостанка ретракције материчног мишића (атоније) после рађања постељице и овојака. Оно се мора зауставити ручном ревизијом материчне дупље и давањем лекова за изазивање контракције материчног мишића (утеротоници). Ако се на време не интервенише, постоји опасност да породиља умре од искрварења.

У трудноћи, а нарочито у току побачаја и порођаја, могу да наступе обилна, по живот жене опасна крварења која настају као последица поремећаја коагулације крви код иначе здравих особа. Најчешћи узрок томе је хипофибриногенија. Она настаје губитком фибриногена који се у крвним судовима претвара у фибрин или процесом фибринолизе бива разорен у крви присутним штетним ноксима. Поред тога, хипофибриногенија може потицати и од продуженог или обилног крварења, при чему, заједно са крвљу, из крвотока нестају и велике количине фибриногена. Без обзира на етиологију, уколико се не предузму неопходне терапијске мере да се заустави губитак фибриногена и исти што пре надокнади, болесница може да умре од искрварења. Знатан и по живот опасан губитак фибриногена настаје у порођају код превременог одлужљивања велике површине постељице при чему, дејством тромбокиназе ослобођене из оштећеног постељичног ткива, настаје претварање фибриногена у фибрин и његово таложење у ситним крвним судовима. Слично, само нешто лакше стање хипофибриногеније може настати и код плаценте превије или код великог губитка крви услед неправилног одлужљивања постељице или атоније материце. Случајеви наглашене хипофибриногеније захтевају хитну интервенцију лекара ради заустављања крварења, која, између осталог, подразумева неодложну надокнаду изгубљеног фибриногена његовом интравенском инфузијом и давањем потребних количина одговарајуће крви трансфузијом.

Крварење у вези са фибринолизом у акушерству углавном се среће у случајевима интраутериног угинућа плода код одмакле трудноће ако после његове смрти не наступи спонтано или артефицијално пражњење материце и ослобађање од плода. Аутолитички процеси, изазвани у таквој ситуацији задржаним угинулим плодом, разарају и фибриноген у крвним судовима жене, што доводи до хипофибриногеније и, самим тим, до смањене способности згрушавања крви. У таквој прилици само давање фибриногена у терапијске сврхе није довољно, јер ће и он врло брзо поделити разарању. Због тога таквим болесницама треба давати средства која ће спречити даље процесе фибринолизе, а то су епсклон-капронска киселина и трасилол.



ОБОЉЕЊА СПОЉНИХ ПОЛНИХ ОРГАНА ЖЕНЕ

Спољни полни органи жене покривени су кожом. Кожа овог предела подложна је свим променама и обољењима која се јављају и на кожи осталих делова тела. Тако се, на пример, на кожи стиднице може јавити екзем, херпес, еризипел и друга дерматолошка обољења. Сва ова обољења на спољним полним органима имају исту симптоматологију и лече се као и кад се јаве на кожи осталих делова тела. Осим тога, на крвним судовима вулве могу се јавити извесне промене које доводе до циркулаторних сметњи и тегоба. Од њих се, нарочито код вишеротки и код жена са израженом слабашћу везивног ткива, понекад могу уочити мање или више проширене вене на стидници, а и у доњем делу вагине.

Ако жене које пате од проширених вена остану гравидне, ово стање се погоршава са напредовањем трудноће, односно са растом материце. Због могућих компликација у току порођаја, и нарочито због опасности од прскања крвних судова и крварења, такве труднице треба да се обавезно порађају у болници.

Запаљењски процеси на стидници могу се јавити под дејством различитих чинилаца: термичких, хемијских, механичких и инфективних. Таква запаљења запајају се од најранијег детињства.

Код одраслих жена, нарочито пунијих и у топлим летњим месецима, услед знојења и трења у пределу стиднице и унутрашњих страна бутина може доћи до интертригинозног дерматитиса који изазива локалне сметње и који се лако лечи. Такође је без особитог значаја фоликулитис који се може јавити на спољним странама великих стидних усана и Венериног брежуљка, тј. на косматим деловима стиднице. Вулвитис се може јавити и код дијабетичних болесница. Овај тип запаљења одликује тамноцрвена кожа стиднице и јак свраб који потиче или услед дражења коже мокраћом богатом шећером или због истовременог постојања гљивичне инфекције. У терапији код таквог вулво-вагинитиса основно је спровести лечење дијабетеса, па тек онда лечење локалних промена на стидници.

При појави вулвитиса било које етиологије болесница се жали на свраб и осећај печења и паљења на кожи стиднице око интритуса вагине. При прегледу кожа стиднице је јасно црвена, лако натечена, болна и топлија од околине.

У терапији треба настојати да се открију узроци и узроци запаљења, па да се на њих ефикасно дејствује. При постојању дијабетеса лечењем шећерне болести постиже се и излечење запаљења стиднице. Исто тако, ако је вулвитис последица колпитиса, било које етиологије, излечењем од колпитиса постиже се и излечење од вулвитиса. Осим узрочне терапије и паралелно са њом, болесница треба да одржава личну хигијену, нарочито хигијену предела стиднице, испирањем топлем водом и благим сапуном, честом променом рубља, као и локалном применом средстава која смањују субјективне сметње. У том циљу треба стављати влажне облоге са чајем од камилице или благим раствором хипермангана. Корисне су и седеће купке у поменутих растворима. Осим тога, извесно време болесница не треба да носи рубље од синтетике.

32 АКУТНО ЗАПАЉЕЊЕ БАРТОЛИНИЈЕВИХ ЖЛЕЗДА (BARTHOLINITIS ACUTA)

Бартолинијеве жлезде су парне жлезде смештене испод великих стидних усана према силазним гранама стидних костију. Њихови изводни канали отварају се на кожи с унутрашње стране малих и великих стидних усана, на споју доње и средње трећине. Оне луче слуз која одржава влажним интритус вагине. При пољном надражају, а нарочито пред пољним односом, секреција ових жлезда се повећава. Инфекција Бартолинијевих жлезда дешава се усходним путем. Запаљење се јавља чешће код младих, али се може јавити и код старијих жена. Инфекција је обично једнострана, а само изузетно може бити и обострана. Узроци инфекције данас су најчешће бацил коли, стрептококе и стафилококе, док су раније веома често гонококе изазивале ово запаљење. У случају запаљења велика и мала стидна усна оболеле стране претварају се у веома осетљив, болан и чврст инфилтрат величине кокошијег јајета. Кожа изнад инфилтрата је светлорозне боје, топла и осетљива. Касније долази до централне коликвације инфилтрата и стварања апсцеса, што на површини стидне усне даје знак флукуације. Ако се у том стадијуму апсцес оперативном не отвори и не дренира, настаје спонтанa перфорација апсцеса са отицањем гноја и пражњењем гнојне шупљине. У акутном стадијуму болести болесница има веома јаке болове и повишену температуру, праћену језом и грозницом. Болови се нарочито појачавају при покретима, те болесница избегава кретање и тешко се креће. У почетном стадијуму може се покушати са сузбијањем инфекције давањем сулфонамида и антибиотика широког спектра деловања. Но, и поред тога, овом терапијом ретко се постижу повољни резултати јер се инфекција и даље развија те долази до апсцедирања инфилтрата. Када се створи апсцес, после бријања одговарајућег дела коже и премазивања јодом, на великој стидној усни, у општој краткотрајној интравенској анестезији, треба извршити инцизију. По извршеној инцизији и одстрањену гнојног садржаја треба шупљину апсцеса дренирати уским комадићима стерилне газе и ставити завој причвршћен леукопластом или мастизолом. После неколико дана запаљењски процес се смирује, али обично не долази до трај-

ног излечења, те се у већини случајева јавља после краћег или дужег времена рецидив са готово истим симптомима и тегобама као и код акутног бартолинитиса, па мора да се врши поновна индизија. Овакви рецидиви могу да се понављају и по неколико пута. Због тога се препоручује, ако се рецидив понови више пута, по смирењу акутне фазе процеса, оперативна екстирпација оболеле Бартолинијеве жлезде.

Уколико се акутно запаљење Бартолинијеве жлезде дефинитивно смири, те се жлезда не одстрани, може на оболелој страни временом да се створи циста Бартолинијеве жлезде.

ЦИСТА БАРТОЛИНИЈЕВЕ ЖЛЕЗДЕ

(CYSTIC GLANDULAR BARTHOLINI)

Цисте Бартолинијеве жлезде јављају се обично једнострано, а ређе могу бити и обостране. Ради се о ретенционим цистама насталим затварањем изводног канала и његовим испуњењем и растезањем слузавим стерилним секретом. На тај начин створена циста захвата привремено изводни канал жлезде, а само нешто мало и жлездано ткиво. Ретенциона циста се постепено мање или више увећава и обично не прелази величину кокошијег јајета. При постојању Бартолинијевих циста жена не осећа никакве тегобе и обично сама наипа цистичну творевину на једној или на обема великим стидним уснама. При прегледу запажа се и опипава цистичан тумор, обично од величине лешинка до величине кокошијег јајета. Кожа и поткожно ткиво велике стидне усне су нормалног изгледа и без запаљењских промена, те је тумор испод ње слободно покретан.

Терапија је оперативна и састоји се у одстрањењу Бартолинијеве жлезде у целини, а може се вршити и просецање цисте и марсупијализација.

ШИЉАТЕ БРАДАВИЦЕ СТИДНИЦЕ И ВАГИНЕ

(CONDYLOMATA ACCUMINATA)

То су брадавичасти израштаји који се јављају најпре појединачно око интритуса вагине, обично прво у пределу међице, да би се касније, ако се први чворићи што пре не одстране и не отклони узрок који их је изазвао, умножили и проширили на кожу већег дела стиднице, на слузокожу вагине и грлића материце. Појединачни кондиломи су светло-црвенкасте боје, на петелци су и зашиљени на врху. Касније, нарочито на кожи међице, могу да се толико намноже да представљају широку плочу сабијених и сливених појединачних брадавица. Сматра се да су последица вирусне инфекције, а јављају се најчешће

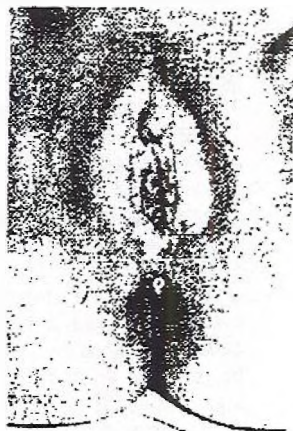


Слика 34. – Шиљате брадавице стиднице (condylomata accuminata)

код жена са збилном вагиналном секрецијом и код оних које не воде довољно рачуна о хигијени полних органа. Могу да се јаве и у трудноћи. У почетку не дају никакве симптоме, а касније их сама жена открије пипањем. Код појединачних кондилома могу се у терапији користити блага каустична средства. Задовољавајући резултати постижу се премазивањем подофилинском машћу, али је много поузданије ако се појединачни чворићи оперативном одстрани. Простране плаже шиљатих кондилома, које понекад макроскопски посматрано могу да подсећају на карцином стиднице, треба обавезно оперативно одстранити секући маказима њихове петелке, а затим треба оштром киретом скинути остатак петелки са површине слузокоже и коже.

ПРЕКАНЦЕРОЗНА СТАЊА У ГИНЕКОЛОГИЈИ

Леукоплакија вулве. — Ово обољење представља појаву белих депигментисаних плажа на кожи стиднице. На почетку болести епидерм оболелог места показује знаке хипертрофије ћелијских слојева, која временом прелази у атрофију. Болест се јавља најчешће код старијих жена у којих је климактеријум окончан, али се може јавити и раније. Осим на кожи стиднице, сличне беличасте плаже могу да се виде и на слузокожи вагиналног дела грлића материце. Леукоплакију стиднице треба разликовати од витилига или леукодерме, стања која могу да се јаве свуда по кожи и која карактерише једино губитак пигмента без хистолошких промена на епидерму. Код леукоплакије у почетку у кожи постоје хистолошке промене у виду хиперкератозе и акантозе, а у каснијем стадијуму у смислу атрофије. Узроци овог обољења нису довољно познати. Сматра се да је у питању хроничан инфламаторни процес, те неки ово обољење називају хиперплазијски вулвитис. У каснијем стадијуму, када дође до атрофичних промена на кожи, могу се јавити и прскотине на местима леукоплакије. Леукоплакија стиднице обично се јавља код жена у току и после климактеријума и у сенијуму. Од симптома најчешће је прати веома изражен свраб који је обично и први знак који скрене пажњу болесници на промену на стидници. У извесном проценту на леукоплакију може да се надовеже карцином вулве. Због тога треба бити веома обазрив у третирању болесница са овим обољењем и при прегледу увек треба гражити знаке почетног карцинома кад се код неке болеснице открије леукоплакија. Ово је утолико важније, уколико на месту леукоплакије постоје напрасине коже које прати нарочито јак свраб. Не дегенеришу малигно сви случајеви леукоплакије вулве. Зато се не препоручује рутинска опера-



Слика 35. — Леукоплакија вулве

тивна терапија. Уз конзервативно лечење, које се састоји у давању седативних средстава и у локалној апликацији средстава која смањују осећај свраба, болесницу треба често контролисати и у случају најмање сумње на могућу појаву малигнитета треба оперативно интервенисати. Оперативна интервенција подразумева просту вулвектомију или само екстирпацију огњишта леукоплакије. Ексцизија треба да се врши у здраво ткиво како би се смањила могућност појаве рецидива. Понекад је оправдана и превентивна операција и кад не постоји тренутна сумња на малигнитет.

Крауроza вулве. — Ово, углавном дистрофично, стање јавља се веома ретко, и то обично код жена у одмаклим годинама, негде пре или у време климактеријума. Сматра се да је ово последица хормонске дисфункције, првенствено поремећаја у лучењу оваријалних хормона. Сама болест испољава се атрофијом коже и поткожног ткива у пределу стидног бресту и великих и малих стидних усана. Промена најпре захвата велике и мале стидне усне и слузокожу интронтуса и вагине у целој дужини. У одмаклим случајевима, после постепене атрофије, велике и мале стидне усне, па чак и клиторис, скоро потпуно нестају, а слузокожа вагине заједно са подслузокожним ткивом, укључујући и ткиво око интронтуса, такође атрофира. Вагина у целини постаје плића и ужа. Због тога се она претвара у плитку и уску нееластичну цев, пролазну за свега један прст и при томе болно осетљиву. Полни односи код таквих болесница у почетку болести су отежани, а у одмаклој фази су онемогућени. Стидница се у целини смежурава, њена кожа се истањује и постаје ружичастобледа, провидна и крта; подсећа на пергамент. Ово дистрофично стање праћено је сврабом стиднице. Ипак, и због релативно мале могућности за то, при прегледу болесница са краурозом треба искључити могућност постојања почетног карцинома. Лечење овог обољења покушава се са давањем оваријалних хормона, поглавито са локалном апликацијом естрогена, али постигнути резултати нису увек задовољавајући. Зато се и код краурозе често приступа оперативном захвату у виду ограничене просте вулвектомије.



Слика 36. — Крауроза вулве

Још примерком од једног секрета на двема стерилним плочицама направе се размази који се фиксирају и од којих се један боји по Граму, а други по Гимзи. Прегледом добијених препарата установљена се степен чистоће вагине и по потреби предузима се одговарајућа терапија.

Пре предузимања лечења често је потребно прегледати и мужа, односно сексуалног партнера, па ако је потребно, терапију спроводити и код жене и код мушкарца. У противном, ако се лечи само жена, а болестан је и сексуални партнер, лечење је неэффектно због појаве поновне инфекције по краткотрајном излечењу.

СТЕПЕНИ ЧИСТОЋЕ ВАГИНЕ

Сви налази бактериолошког прегледа вагиналног размаза групирани су у шест степена чистоће вагине.

У првом степену чистоће налаз на обојеном размазу је минималан. На плочици се микроскопским прегледом у том случају налазе само Дедерлајнови бацили са ретким десквамисаним епителним ћелијама.

И у другом степену чистоће микроскопски налаз је у физиолошким границама. Ту се, осим Дедерлајнових бацила, могу наћи веома ретки Менгешови штапићи, ретке појединачне епителијалне десквамисане ћелије и по који полиморфонуклеарни леукоцит.

Први и други степен чистоће сматрају се нормалном флором вагине и не захтевају никакво лечење.

У трећем степену чистоће, осим већег броја десквамисаних епителних ћелија, налазе се многобројне стрептококе и стафилококе, који бацили, различити вибриони, лептотрикс и многобројни полиморфонуклеарни леукоцити. Овде се већ ради о гнојној секрецији, а колпитис је изазван баналним узрочницима инфекције. Секрет је обилан, непријатног мириса, беличасто-жуће боје, истиче изван интритуса вагине и прља рубље болеснице.

Код четвртог степена чистоће на препарату се налазе грам-негативне интрацелуларне диплококе са обиљем полиморфонуклеарних леукоцита, са десквамисаним епителним ћелијама и мешовитом баналном флором. Овде је секреција изразито гнојна и ради се о гонококној инфекцији грлића материце и њених горњих путева. Секрет је жутозелене боје и обилан.

Пети степен чистоће карактерише присуство паразита трихомонаса вагиналис. Осим њега, у вагиналном секрету налазе се као пратиоци и други узрочници баналне инфекције. Секрет је обилан, зеленожут, понекад пенушав и заударан. И голим оком прегледан показује карактеристике присуства гнојних елемената. Микроскопским прегледом у секрету се види присуство многобројних полиморфонуклеарних леукоцита и десквамисаних епителних ћелија.

Када је у питању шести степен чистоће, микроскопским прегледом обојеног препарата налазе се гљивице из рода кандиде албиканс, а осим

њих могу да оуду присутни и други узроци баналне инфекције. Секрет је мање обилан, а на црвеној инфламисаној слузокожи вагине виде се расејане беличасте скрапце.

Терапија колпитиса спроводи се после идентификације узрочника запаљења вагиналним испирањем и локалном применом лекова на које су изазивачи инфекције осетљиви. Циљ лечења је уништавање патогених микроорганизама, отклањање запаљењских промена на слузокожи вагине, обнова слузокоже и обнова нормалне вагиналне флоре.

Узроци инфекције уништавају се вагиналним испирањем дезинфекционим растворима и локалном и оралном применом одговарајућих лекова, најчешће у облику таблета или глобула. У њима се, према одређеном препарату, могу наћи антибиотици, сулфонамиди, деривати јода, антимикотична и антитрихомонадна средства и лекови. Уз то, ради брже обнове оштећене слузокоже многи препарати садрже и мале дозе естрогена. Осим тога, постоје и препарати са концентрованом живом вагиналном флором која треба да нормализује биолошко стање вагине.

ОБОЉЕЊА МАТЕРИЦЕ И АДНЕКСА

Цервицитис (cervicitis)

Цервицитис је запаљење грлића које се знатно чешће јавља код жена које су рађале него код нероткиња. Предиспонирајући фактори су порођајне повреде и расцепи на грлићу, као и оштећења слузокоже цервикса при инструменталним дијагностичким или терапијским манипулацијама. При томе се првенствено мисли на инструменталну форсирану дилатацију цервикалног канала употребом металних дилатора или тампонаде цервикалног канала. Најчешћи узроци цервицитиса су стрептококе и стафилококе, бацил коли и гонококе. Патогене бактерије доспевају из спољне средине преко недовољно стерилних инструмената и нечистих предмета, првенствено различитих контрацептивних и ортопедских песара, интравагиналних уложака или тампона. или, пак, већ у вагини и грлићу постојеће сапрофитне бактерије под извесним условима постају патогене, па користећи се смањеном отпорношћу организма изазивају инфекцију. За разлику од узрочника баналне инфекције, гонококе се углавном преносе подним општењем.

Без обзира на изазиваче инфекције, при гинеколошком прегледу помоћу вагиналних експерата или спекулума запажа се да је грлић набубрео, едематозан, светлоцрвене површине, са појачаном слузаво-гнојном секретацијом из спољњег ушћа материце. На додир грлић је незнатно мекши и осетљив. Код акутног цервицитиса, без обзира на узрочника инфекције, болеснице се жале на осећај лаког бола у крстима и на тешкоће које им причињава бело прање.

Лечење акутног цервицитиса спроводи се парентералним и локалним давањем антибиотика или сулфамидских препарата. Најбоље је ако се при томе из цервикалног секрета изолују изазивачи болести и одреди њихова осетљивост на одређене антибиотике или сулфамиде. При недо-

вољном лечењу, после привидног излечења може доћи до рецидива. Исто тако из акутне фазе, ако се лечење не спроводи како ваља, болест може прећи у хронични стадијум, али до хроничног цервицитиса може доћи и без акутне фазе. Тада су од почетка болести симптоми мање наглашени. Хронични цервицитис, осим стрептококама и стафилококама, може бити изазван и другим узročницима, првенствено гонорејом код које се акутна фаза смирила. Код овог облика болести едем грлића је знатно мањи, секрет је такође смањен, а секрет је течнији, жућкастобеличаст. Болесница не осећа болове. Око спољњег ушћа грлића често се запажа псеудоерозија, односно еритроплакија светлоцрвене боје.

Код хроничног цервицитиса главни симптом који болесницу доводи лекару је појачано бело прање праћено већом или мањом количином стакластог секрета. При прегледу помоћу екастера код таквих болесница около спољњег ушћа на слузокожи могу да се виде промене црвенкасте боје које се и данас погрешно називају ерозије грлића. Ту се ретко ради о правим дефектима епитела вагиналне порције, односно о улцерацијама с правом називаним праве ерозије (*erosio vera*), већ су, у ствари, у питању плаже цилиндричног епитела које су прешле са ендоцервикса на спољну површину грлића, где замењују плочасто-слојевити епител (метоплазија). Хронични цервицитис лечи се вагиналним испирањем и локалном применом антибиотика и сулфонамида према већ одређеном антибиотграму.

У лечењу од псеудоерозије или, како се друкчије назива од еритроплакије грлића материце, прегледом вагиналног секрета најпре се одреде узročници инфекције која је и довела до настајања ове промене. После тога инфекција се сузбија вагиналним испирањем и стављањем дубоко у вагину одговарајућих медикамената, наведених у делу о лечењу колпитиса.

Истовремено, цилиндричан епител уништава се туширањем 5%-тним раствором *Argentii nitrici*, једном на сваких пет дана, укупно пет пута. Врло добри резултати у лечењу псеудоерозија грлића материце постижу се и локалном применом *Albocila*. Ако то не пружи повољне резултате, врши се електрокоагулација површног слоја еритроплакије или одстрањење метоплазног цилиндричног епитела замрзавањем помоћу течног азота (криотерапија). Код врло упорних еритроплакија може се с успехом користити оперативно опсецање и одстрањење слузокоже са цилиндричним епителом око спољњег ушћа материце. Оперативно лечење нарочито се препоручује када, осим псеудоерозије (лажне ерозије), постоји хипертрофија или деформација грлића.

Ендометритис (<i>endometritis</i>)	Запаљење слузокоже материце, ендометритис, није ретко обољење. Нарочито се среће у пуерперијуму, после побачаја или порођаја. Осим тога, ендометритис се може јавити и после других дијагностичких или терапијских интраутериних интервенција. До запаљења слузокоже материце може доћи и спонтано, без икаквих оперативних захвата, обично после менструације, ако се за време менструалног одли-
--	---

ва у довољној мери не поштују и не спроводе потребне хигијенске мере. Узрочници баналног ендометритиса су најчешће стрептококе и стафилококе, ређе бацили коли или ентерококе. Туберкулозни бацил изазива специфичан туберкулозни ендометритис. Гonoкоке, које су данас веома ретко изазивачи ендометритиса, преносе се полним општењем и најпре усађују у ендометријум грлића материце, па одатле кaналикуларним путем продиру на слузокожу тела материце, изазивајући гонорoiчни ендометритис. Како се површни слој слузокоже материце, трпећи менструалне промене, десквамише редовно при свакој менструацији, гонорoiчна инфекција се не задржава на ендометријуму, већ или продире навише и прелази на слузокожу јајовода, или временом долази до самоизлечења ендометритиса. За то време и акутни ендoцeрвитис прелази у хроничну фазу.

Патогене клиде код баналног ендометритиса уносе се нестерилним предметима или недовољно стерилним инструментима из спољне средине или из нижих партија гениталног апарата где су дотле живе­ле као сапрофити. Оне се најпре настанују на местима оштећења слузокоже мате­рице или код пuerпералног ендометритиса на месту усађивања посте­љине. Одатле се шире на целу слузокожу, продирући делимично и у сам зид матрице и захваћајући површни слој миометријума. Слузокожа мате­рице постаје едематозна, растресита и хиперемична. Из шупљине утеруса кроз цервикални канал истиче слузаво-гнојан, каткад и сукрвичаст секрет. Код јаче изражених запаљења може доћи и до стварања мањих или већих, чак дифузних улцерација на слузокожи материце, тако да цела унутрашња површина материце може да представља загнојену рану.

Треба напоменути да се ендометритис ретко може развијати као самостално изоловано обољење. Обично се инфекција шири и ван ендометријума у дубину, те су при томе њоме мање или више захваћени и дубљи слојеви материце, односно миометријум. Исто тако са ендометријума инфекција се веома брзо усходно преноси и на ендосалпинксе, те је ендометритис често удружен са салпингитисом. Код изолованог акутног ендометритиса симптоматологија је релативно оскудна. Најважнији симптом је продужено, оскудно крварење из материце, које се јавља обично после побачаја или порођаја и које не престаје више дана по обављеној интервенцији. Осим тога, код субакутних и хроничних облика ендометритиса постоје и продужена, каткад обилна менструациона крварења, као и крварења између менструација.

Дијагноза овог обољења поставља се на основу анамnestичких података, објективног налаза и налаза при хистолошком прегледу. Из анамнезе сазнаје се да је болесница недавно имала побачај, тежак или инструментално довршен порођај или неку интраутерину инструменталну интервенцију. После тога јавила су се продужена и појачана менструациона крварења или дуготрајна неуредна крварења праћена некарактеристичним лаким боловима у доњем делу трбуха.

Код ендометријазе налаз на гениталним органима такође је некарактеристичан. При гинеколошком прегледу уочава се да је материца најчешће лако повећана и нешто мекша и осетљива. Опште стање болеснице, ако је процес ограничен само на ендометријум материце, обично није или

је веома мало поремећено. Температура је ретко знатније повишена, а излечење под дејством целескодне терапије брзо је и успешно.

Код ендометритиса у акутној фази жену треба ставити у постељу и ординирати кесу с ледом или хладне облоге на предео доњег дела трбуха. Од лекова треба неколико дана дати антибиотике у комбинацији са утеротоникима. Код упорних случајева уз енергично спроведену антибиотску терапију, ако заједно са ендометритисом не постоје знаци аднекситиса и параметритиса, може се веома пажљиво и под антибиотском заштитом урадити и експлоративна киретажа која уједно има и дијагностички и терапијски значај. Киретажом добијен материјал из материце мора се обавезно упутити на хистолошки преглед.

Аднекситис (adnexitis)

Ма близу један уз другог запаљење, ако се јави, обично истовремено захвата и јајнике и јајоводе, те се ретко може дијагностиковати изолован салпингитис, односно оофоритис. Зато у таквим приликама обично говоримо о аднекситисима, односно салпинго-оофоритисима.

Аднекситис је најчешће назван узрочницима баналне инфекције, а понекад и специфичним називачима болести, присветлено гонореема и Коховим бацилом.

Запаљење аднекса (salpingo-oophoritis) баналне етиологије обично се јавља после насилних, криминалних или легалних прекида трудноће, после инструменталних експлоративних или терапијских интервенција (биопсија, киретажа, сондирање материце, инсуфлација јајовода, хистеросалпингографија итд.), затим после порођаја обично довршених инструментално, при акушерским операцијама, после менструације и назеба. Ова чињеница обавезује лекаре и медицинске сестре које им у раду помажу на стриктно поштовање основних принципа асепсе и антисепсе и при најмањим акушерским и гинеколошким интервенцијама. Као последица веома великог броја дозвољених и недозвољених прекида трудноће који се сваке године обаве у нашој земљи и због компликација које их често прате запаљење јајовода и јајника веома је распрострањено обољење у нашим условима. Запаљењски процес обично најпре захвати јајоводе. Узрочници до јајовода могу доспети на два начина: каналикуларно из вагине кроз цервикално ушће, или са цервикалног огњишта дуж слузокоже ендоцервикса и ендометријума они прелазе до слузокоже јајовода и изазивају ендосалпингитис. Овај начин инфекције виђа се, по правилу, код гонореје, али је могућ и код узрочника баналне инфекције ако запаљењу јајовода претходи ендометритис. У таквим случајевима запаљењски процес преноси се са ендометријума кроз ушће јајовода на ендосалпинкс изазивајући на њему запаљењске промене. Оштећена слузокожа туба се десквамише, те на појединим местима настају улцерације које изазивају стенозе и срашћења зидва јајовода, односно зачепљење његовог лумена. На тај начин нормална функција јајовода бива у великој мери оштећена и често неповратно поремећена.

првој неповољној прилици компликује се поновним разбукутавањем (егзацербацијом). То се обично дешава после неке од наредних менструација. Занимљиво је запажено да се највећи број рецидива или егзацербација хроничних аднекситиса дешава често без видних узрока непосредно по престанку менструационог крварења. До егзацербације субакутних или хроничних смирених огњишта аднекситиса доводе такође честе назеби, неповољне животне прилике, слабење отпорности организма, прерано предузето надражајно или бањско лечење и поновљене интраутеринске интервенције. Егзацербација хроничних аднекситиса праћена је обично сличним симптомима који се запажају и код акутног запаљења. Међутим, у хроничној фази обољења, изван периода егзацербације, болесница осећа мање или веће, сталне или повремене болове у пределу доњег дела трбуха или у крстима. Болови су обично обострани, мада с једне стране могу да буду јаче изражени. Болесница може да има повремено или стално лако повишену температуру. Седиментација еритроцита обично је нешто убрзана, а број леукоцита лако повишен. При гинеколошком прегледу уочава се да постоји обострано или ишије са једне стране изражено задебљање аднекса, осетљиво на палпацију. Чест пратилац хроничног аднекситиса може да буде секундарни стерилитет као последица запушења оба јајовода или поремећене функције јајника. То је посебно чест случај код дуготрајних и одмакних аднексних процеса које карактеришу латентно промењени јајоводи и јајници.

Терапија код хроничних аднекситиса. – У лечењу овог обољења, док је у субакутној фази, настојимо да терапијским поступцима сузбијемо и одстранимо латентна инфламаторна огњишта и да, ако је могуће, јајнике и јајоводе доведемо у првобитно стање. Зато је у тој фази болести важно давати антибиотике по могућности према антибиограму. Пошто се антибиотцима у потпуности сузбије инфекција, прелази се на терапију која се од почетка примењује код хроничних случајева болести без знакова инфламације, и која има циљ да се одстрани последице ранијих запаљењских процеса. Да би се то постигло, треба терапијским поступцима појачати циркулацију крви у малој карлици. Предузетим терапијским поступцима и мерама названа хиперемција органа мале карлице доводи до појачане локалне леукоцитозе, а тиме и до постепене ресорпције ексудата и одстрањења сраслина, брзда и задебљања зидова. У том циљу можемо да користимо општу надражајну терапију, вакцинотерапију, бање и купања, различите облике зрачења итд. Дијатермија је такође веома распрострањена и корисна метода лечења код хроничних аднекситиса. Све поменуте методе лечења код хроничних аднекситиса могу се применити само у случају смирења процеса на аднексама, тј. када је седиментација еритроцита само лако убрзана и леукоцитоза нешто повишена. Ако постоје знаци егзацербације аднексних процеса, поменуте методе лечења могу се веома опрезно користити само уз истовремено обилно давање антибиотика или после њих, по смирењу процеса. Ова терапија контраиндикована је код аднекситиса туберкулозне етиологије.

ТУБЕРКУЛОЗА ЖЕНСКИХ ПОЛНИХ ОРГАНА

Туберкулоза женских полних органа не представља проблем у многим развијеним земљама са високим животним стандардом где је ова болест постала веома ретка. У земљама као што је наша, у којима још увек велики проценат становништва оболева од обољења изазваног Коховим бацилом, туберкулози гениталних органа треба посветити нарочиту пажњу ради заштите здравља. Проценат оболелих од гениталне туберкулозе је знатан и сматра се да су генитални органи захваћени туберкулозом код више од 10% жена које болују од плућне туберкулозе. Исто тако, данас се сматра да више од 5% жена које пате од примарног стерилитета у ствари болује од латентне гениталне туберкулозе. У сваком случају туберкулоза женских полних органа је озбиљно обољење које може да захвати било који од унутрашњих или спољних полних органа. У таквим ситуацијама најчешће се ради о секундарној инфекцији која се са примарног огњишта смештеног у жлездама хилуса плућа преноси на гениталне органе хематогеним путем. Само изузетно, код изоловане локализације процеса на спољним полним органима, вагини или грлићу, може бити говора о примарној гениталној туберкулози.

Туберкулозни процес на гениталним органима најчешће се среће на јајоводима, ендометријуму и јајницима и после извесног времена доводи до поремећаја функције поменутих органа, што се обично испољава некарактеристичним симптомима, а често и упорним стерилитетом.

Дијагноза гениталне туберкулозе жене веома се тешко поставља. Услед некарактеристичних симптома многи случајеви, нарочито латентне туберкулозе, остају недиагностиковани и протичу под сликом хроничног аднекситиса. Због тога у свим нејасним случајевима хроничног аднекситиса, нарочито ако је праћен стерилитетом, треба доступним дијагностичким методама настојати да се искључи или потврди сумња на туберкулозни карактер обољења.

Пошто се обичним гинеколошким прегледом не може поставити сигурна дијагноза туберкулозе гениталија, потребно је када се посумња на ово обољење испитати и осетљивост организма болеснице на туберкулинске реакције. Недостатак ових испитивања је у томе што позитивна реакција указује на могућност постојања туберкулозног огњишта у организму, али не доказује његову локализацију на гениталним или на другим органима. Једини сигуран доказ туберкулозе гениталних органа жене је налаз Коховог бацила у излучевинама или хистолошка потврда дијагнозе. Због тога се врши директно тражење Коховог бацила у менструационој крви или цервикалном секрету или, још чешће, покушава се култивисање бацила из ових материјала. Осим тога, поменути материјалом могу да се инокулишу опитне животиње, па се после тога прати њихово понашање и здравствено стање. Ако после инкулације угину, то је доказ да је у питању инфекција туберкулозом. Материјал за хистолошки преглед добија се експлоративном киретажом или биопсијом ако је процес локализован на грлићу, вагини или на спољним полним органима. И поред великог напретка у дијагностици гениталне туберкулозе.

често се не мисли на ову локализацију туберкулозног процеса, те се тачна дијагноза у многим случајевима постигнута неочекивано тек на операционом столу или пак при микроскопском прегледу препарата добијеног операцијом, псечком или експлоративном киретажом.

У дијагностичке сврхе код гениталне туберкулозе, иако немају апсолутну дијагностичку вредност, значајну помоћ пружају и салиниграфија, гинекографија и целноскопија.

Терапија код туберкулозе женских полних органа може бити конзервативна и оперативна. Конзервативна терапија је дуготрајна и мора се упорно и стриктно спроводити. У акутном стадијуму болести болесницу треба ставити у постелју и третирати је високим дозама туберкулостатика и антибиотика. При томе се обично комбинује паралелно давање изониазида и PAS-а и парентерално давање стрептомицина. Уз повремену контролу болеснице оваква терапија спроводи се више месеци, па и годину дана.

У лечењу хроничних случајева постижу се добри резултати и локалним давањем лекова. После извесног лечења пожељно је наставити конзервативну терапију у подесним климатским или бањским лечилиштима.

Оперативна терапија спроводи се у хроничном стадијуму болести код болесница са ограниченим туберкулозним процесом или у веома одмакlim случајевима. Код старијих жена операција је радикална и најбоље је да се одстрани материца са оба јајника и јајовода. Код младих жена треба настојати да се пронађе граница између болесног и здравог ткива, што је макроскопски веома тешко учинити, да би се болесно ткиво одстранило, а здраво оставило. Зато у оваквој ситуацији постоји реална опасност од рецидива. Да би се туберкулозни процес на оболелим органима колико год је могуће смирио и што више демаркирао од околног здравог ткива, и да би се избегли рецидиви, треба пре оперативног спровести лечење туберкулостатикима, тј. треба комбиновати конзервативну са оперативном терапијом. Оперативно лечење стерилитета проузрокованог туберкулозним процесом засад још не даје, односно веома ретко даје повољне резултате.

НЕУРЕДНА КРВАРЕЊА ИЗ МАТЕРИЦЕ

Крварење из материце може бити физиолошко и патолошко. Редовна крварења из материце, која почињу да се јављају у пубертету, а престају у климактеријуму, називају се менструацијом или мензисом. Она се јављају под дејством хормона у хипофизи и јајницима и код највећег броја жена долазе на 28 дана, а трају 3 – 7 дана и средње су обилна. Иако могу бити праћена извесним нелагодностима и тегобама, менструациона крварења су по правилу безболна. Временски период између почетка две узастопне менструације назива се менструациони циклус. За то време дешава се низ физиолошких промена на хипофизи, јајницима и материци. Код највећег броја жена менструацији претходи овулација која се јавља

на око 14 дана пре менструационог крварења. Поред овулационих постоје и такозвани ановулациони циклуси, код којих, иако не постоје овулације, у одређено време настаје крварење из материце које се обично по току, трајању и количини не може разликовати од менструационог. Овакви ановулациони циклуси нарочито су чести у пубертету и климактеријуму када се хормонска функција јајника успоставља, односно гаси. Дијагноза овулационих циклуса нарочито је важна у терапији неплодности код жене, јер је ослобађање зреле јајне ћелије основни услов да жена може да затрудни, а такође и да планира породицу спречавањем нежељеног зачећа у данима када је ослобођена јајна ћелија.

НЕПРАВИЛНОСТИ МЕНСТРУАЦИЈЕ

Менструационо крварење може у мањој или већој мери да изгуби карактер нормалне менструације како у погледу ритма, тако и у погледу јачине и обилности. Код поремећаја ритма временски размаци између менструације нису једнаки. Ако је поремећена јачина крварења, количина изгубљене крви је обилнија или оскуднија, а крварење траје краће или дуже него код обичне менструације. Осим тога, менструационо крварење може бити праћено боловима, што се у израженим случајевима такође сматра патолошком појавом.

Поремећаји ритма могу се јавити као учестале или проређене менструације: полименореја и олигоменореја.

Менструације са краћом паузом од 21 дана називају се полименореја. Оне су последица у првом реду скраћења фазе пролиферације. Ретко може бити скраћена фаза секреције или обе фазе. До полименореје најчешће доводи извесан несклад у односу оваријалних хормона и хормона хипофизе.

Под олигоменорејом подразумевају се менструације које се јављају са паузама дужим од 35 дана. Има жена које у току целог периода полне зрелости имају ретке, а понекад и оскудне менструације, али им то не смета да затрудне, што значи да код њих постоје, иако не у уобичајеном ритму, нормалне овулације. Код многих жена олигоменореја се јавља као пролазан, привремен феномен после извесног периода нормалних менструација.

Поремећаји јачине менструационих крварења могу се јавити као хиперменореја, менорагија и хипоменореја.

Хиперменореја је менструационо крварење које траје дуже од седам дана. Ако је удружена са менорагијом (менструацијом са великим одливом), хиперменореја може да буде узрок слабије или јаче изражене секундарне анемије. И хиперменореја и менорагија могу да се јаве као последица органских поремећаја полних органа жене, у првом реду присуства миома материце, ендометризе и запаљењских процеса на аднексама, али исто тако могу бити изазване и функционалним поремећајима. Терапија зависи од узрока који их је изазвао.

Хипоменореја представља менструацију са краткотрајним и оскудним крварењем. Жене са таквим циклусима иначе немају друге тегобе. Поред функционалних узрока, разлог за хипоменореју могу бити и органске промене на материци (атрофија ендометријума, веће или мање сраслине предњег и задњег зида матичнице слузокоже – Ашерманов синдром).

АМЕНОРЕЈА

Аменореја или потпуни изостанак менструације није болест. Она у ствари представља симптом који прати различита патолошка стања. Аменореје се могу поделити на физиолошке и патолошке, примарне и секундарне.

Под физиолошком аменорејом подразумева се изостанак менструације у животним добима и стањима када овај тип крварења из матичнице и иначе не треба да се јави. Физиолошка аменореја постоји до пубертета, а у генеративном периоду жене у току трудноће и, често, после порођаја за време лактације. Редовне менструације престају у менопаузи, па је аменореја после тог времена такође физиолошка. У свим осталим случајевима изостанак менструације код здраве жене у генеративном добу живота представља патолошко стање аменореја.

Под примарном аменорејом подразумева се изостанак појаве менструације у току и после пубертета, тј. после 18 година старости. Секундарна аменореја је, међутим, изостанак менструације код жена које су претходно више пута или бар једном менструирале.

Менструациони циклуси, као и сама менструација, последица су уходане нормалне функције коре великог мозга, хипоталамуса, предњег режња хипофизе, јајника и матичнице. Ако се поремети функција једног од поменутих органа, као последица тога јавља се аменореја. Велики значај у настанку аменореје, осим поремећаја у већ изнетом директном ланцу, могу имати и оштећења функције других ендокриних органа, првенствено надбубрега, штитњаче и панкреаса. Код примарне аменореје најчешћи је узрок недовољна стимулација јајника од стране предњег режња хипофизе, затим хипоплазија и хипофункција самих јајника, или неосетљивост, или недовољна осетљивост матичнице, односно њене слузокоже на нормалне хормонске подстицаје.

Према локализацији патолошке промене која је основни узрок изостанка менструације аменореје се могу поделити на централне, периферне и дисфункционе. Прве су узроковане оштећењем у нивоу хипоталамуса или хипофизе, друге поремећајем функције јајника или оштећењем матичнице и вагине, а дисфункционе настају као последица поремећаја рада надбубрежне или штитасте жлезде.

Узроци централних аменореја могу бити органски или функционални. Од органских ваља поменути запаљењске процесе, судовна оштећења или појаву тумора на хипоталамусу или на предњем режњу хипофизе (Шихенов синдром), а од функционалних емоционалне стресове и стања (ратне, логорске аменореје, аменореје на радним акцијама, при промени средине или аменореје код тешких исцрпљујућих болести).

мене средину и дотадашњи начин живота. Таква аменореја среће се, на пример, код девојака на радним акцијама и у другим сличним ситуацијама. Осим физичких чинилаца у таквим случајевима свакако важну улогу имају и психички моменти.

Лечење болесница које пате од аменореје обавља се амбулантно или у специјалистичким установама на начин који одреди специјалиста гинеколог или ендокринолог. Пре почетка било каквог лечења потребно је извршити детаљно клиничко, а посебно ендокринолошко испитивање болеснице, уз коришћење лабораторијских метода, како би се установила суштина поремећаја чији је симптом аменореја.

Криптоменореја (cryptomenorrhea) је поремећај када жена, као и код аменореје, нема менструационе одливе (крварења). Сличност између аменореје и криптоменореје, међутим, само је привидна, јер жена код криптоменореје у ствари редовно менструира, али се то не може запазити јер недостиге спољашње крварење због задржавања менструационе крви у унутрашњим полним органима изнад преграде која у њима постоји. Стање када у шупљим унутрашњим гениталијама жене постоји пречага која затвара вагину или цервикални канал назива се гинатрезисија. Она је често последица затвореног имперфорисаног химена. Од пубертета, кад почну редовна крварења из материце, менструациона крв се задржава изнад пречаге и најпре испуњава вагину. Тако се ствара хематоколпос. Пошто се вагина испуни, згуснута менструациона крв задржава се у материци која добија изглед увећане, заокружене, еластично напете лопте. На тај начин ствара се хематомера. Ако се и матерична шупљина у потпуности испуни, менструациона крв после тога ретроградно продире у јајоводе, проширује их, те настају хематосалпинкси.

Лечење болесница са криптоменорејом је оперативно и спроводи се отклањањем постојеће преграде.

СИНДРОМ ПРЕМЕНСТРУАЛНЕ НАПЕТОСТИ

Пременструалне тегобе у мањој или слабије израженој мери осећа велики број жена, према неким ауторима чак и преко 50%, те се ова појава, мање или више, сматра нормалном. Најчешће испољене сметње су немир, нервоза, промена расположења и лака главобоља. Код неких жена у то време може да се запази подбулост у лицу и на очним капцима и отоци на глежњевима. Отоци се обично јављају неколико дана пре менструације. Код болесница са јако израженим пременструационим синдромом нису откривени значајнији хормонски поремећаји који би могли да објасне ово стање. Иначе, овај синдром може се јавити током целог генеративног живота жене, али је чешћи код жена пред климактеријумом, и то код психолабилних и психотичних. У терапији је веома важно да лекар и околина показују интересовање и разумевање за тегобе жене. Лечење је симптоматско. Доста добри резултати могу се постићи одређеним стероидним хормонима, као и изазивањем ановулационих циклуса.

Дисменореја. – Под дисменорејом се подразумева менструација пратена боловима и тегобама у крстима и доњем делу трбуха. Ти болови мо-

гу бити толико јаки да жену онеспособе за било какву делатност, па мора да лежи у постели. Осим тога, код жене која пати од дисменореје, поред болова, може да се јави и поремећај општег стања, који се испољава главобољом, језом и дрхтавицом, муком, гађењем и повраћањем. Дисменореја према времену настанка може бити примарна и секундарна, а према узроку органска и функционална. Код примарне тегобе се јављају већ са првом менструацијом, а код секундарне жена почиње да добија болна менструациона крварења после дужег периода безболних менструација. Органска дисменореја може се објаснити налазом на гениталним органима: запаљењски процеси, тумори, неправилан положај органа, а функционална постоји код потпуно нормалног налаза при гинеколошком прегледу.

Секундарна дисменореја лечи се отклањањем узрока, тј. смиривањем запаљењских процеса који је изазивају или оперативним одстрањивањем тумора на материци и андексама који до ње доводе и евентуалном корекцијом положаја материце. Примарну дисменореју треба лечити симптоматски давањем аналгетских средстава и евентуално седативима. Сметње и тегобе које прате овај тип дисменореје могу да се отклоне и хормонском терапијом. Оперативно лечење примарне дисменореје састоји се у дилатацији цервикалног канала, у оперативној корекцији положаја материце и у пресецању пресакралног живца (Котсва операција).

МЕТРОРАГИЈА

Под метрорагијом (metrorrhagia) подразумевају се ациклична крварења из материце, односно крварења без реда и изван времена менструације. Метрорагије могу бити различите не само по времену јављања већ и по дужини трајања, количини изгубљене крви, као и по временским паузама између појединих периода крварења.

Код функционалних метрорагија, при на изглед нормалним полним органима жене, јављају се крварења изван редовних менструација. Обичним гинеколошким прегледима не може се открити узрок ових крварења јер је палпаторан налаз нормалан. Према томе, код функционалних метрорагија узрок неуредних крварења је поремећена хормонска равнотежа у функцији органа са унутрашњим лучењем.

Функционалне метрорагије виђају се током целог генеративног периода жене. Међутим, оне се релативно чешће срећу у пубертету и климактеријуму – као јувенилна и климактерична крварења, јер у то време долази до успостављања, односно гашења оваријалних функција, што свакако проузрокује промене у односима функције ендокриних органа.

ЈУВЕНИЛНО КРВАРЕЊЕ

То је крварење које се јавља код младих девојака између 12. и 21. године живота. Оно је последица још неусклађених односа између функција појединих ендокриних жлезда које имају улогу у регулисању менструа-

ционних циклуса. Ту је на првом месту реч о односима између хипофизе, хипоталамуса, јајника и материце. Понекад разлог крварењу у пубертету може да буде и неправилна функција штитасте или надбубрежне жлезде, а до крварења из материце у то доба може доћи и због коагулопатија, у првом реду тромбоцитопеније. Као последица неуредне функције ендокриних жлезда изостаје овулација, не ствара се жуто тело, па, према томе, и нема нормалне секреције прогестерона. Због тога је слузокожа материце под продуженим дејством естрогена, што доводи до њене хиперплазије и касније некрозе која изазива оштећење крвних судова ендометријума и крварење. Далеко ређе крварење може потицати и из атрофичног ендометријума.

Дијагноза јувенилне метрорагије поставља се на основу анамнезе о обилном и неуредном крварењу, на основу самог крварења и секундарне анемије која га прати. Како су често у питању девојчице које још нису полно опшtile, понекад се уместо вагиналног врши ректални преглед. Да би се поставила дијагноза јувенилне метрорагије, основно је да при прегледу нема патолошког налаза који би оправдао крварење.

У диференцијалној дијагнози долазе у обзир ретка малигна обољења вагине и материце, туберкулоза, крварење због поремећене коагулабилности крви, најчешће тромбоцитопеније. Зато је, уз остале лабораторијске анализе, неопходно испитати и број тромбоцита.

Терапија девојчица са јувенилним крварењем из материце подразумева хоспитализацију, надокнаду изгубљене крви трансфузијом, појачању и квалитетну исхрану и давање одговарајућих сексуалних хормона у циљу сређивања менструационих циклуса.

Крварења из материце код извесних крвних болести наизглед су слична функционалним метрорагијама. Код њих, међутим, у основи болести није поремећај у функцији ендокриних жлезда, већ неки од поремећаја згрушавања крви. У таквим случајевима крварење из материце представља само симптом основне болести. Лечење се састоји у одстрањењу узрока болести.

Метрорагије органског порекла. – Метрорагије органског порекла изазване су неким патолошким процесом на полним органима жене или ван полних органа, који се обичним гинеколошким или неким од допунских прегледа може открити. У лечењу ових метрорагија основно је пронаћи њихов узрок. Његовим одстрањењем постиже се потпуно излечење.

Има више врста метрорагија органског порекла.

Метрорагија у трудноћи и порођају. – Крварење може изузетно ретко да се јави код нормалне трудноће, али је зато скоро редован пратилац поремећене трудноће, било да се она развија у материци или је ектопична. Код материчне трудноће крварење прати све облике спонтаног или насилног абортуса и гроздасту молу. Уколико се у трудноћи не може очувати, терапија оваквих метрорагија се састоји у одстрањивању овуларног ткива и испражњењу материце. То се постиже киражом, односно киретажом. Једина терапија код гроздасте моле је одстрањење моларног ткива из материце, што се постиже киретажом или аспирацијом моларног ткива.

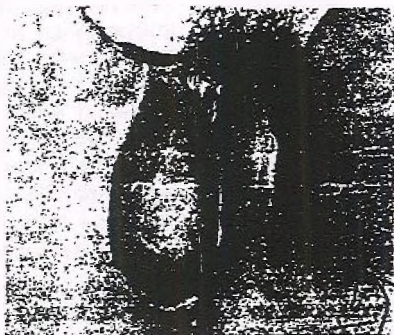
У пuerперијуму, после порођаја или одмахлих побачаја, такође се може јавити крварење из материце, чему је најчешћи узрок заостао комадић постелице, који треба одстранити. При овим крварењима треба мислити и на хорионеопителиом.

Метрорагија инфламаторног порекла. — Неуредна крварења могу да прате и различите запаљење процесуе у малој карлици, најчешће акутне и хроничне аднекситисе и параметритисе. Терапија таквих крварења спроводи се сузбијањем акутних или хроничних запаљењских процесуа. Излечењем болеснице од запаљења у малој карлици престаје и крварење из материце.

Крварење из материце услед постојања тумора на унутрашњим полним органима жене. — Постојање бенигних и малигних тумора, првенствено на материци, може бити праћено неуредним крварењима из овог органа. Од бенигних тумора најчешћи узрок метрорагија су миоми материце. Метрорагије су најчешће код субмукозне локализације миома. У таквим случајевима због обилног или дуготрајног крварења може се јавити врло изражена секундарна анемија, која захтева хитно лечење, укључујући и трансфузију крви, дијагностичку, односно терапијску киретажу, а ако крварење не престане, и неодложну оперативну интервенцију (миомектомију или хистеректомију). Осим тога, до неуредних крварења могу да доведу и тумори јајника. Од малигних тумора најчешћи узрок крварења су рак грлића или тела материце.

ТУМОРИ ПОЛНИХ ОРГАНА ЖЕНЕ

Тумори су изражени на појединим органима или ткивима чији раст организам није у стању сам да контролише и да га ограничи. Они могу бити доброћудни (бенигни) и злоћудни (малигни). Као и у осталим деловима организма, и бенигни и малигни тумори могу се јавити на било ком од спољашњих и унутрашњих полних органа. Бенигни тумори женских полних органа немају велики значај уколико својом величином и локализацијом не дају специјалне симптоме. То је данас релативно ретко, јер се ови тумори откривају, осим изузетно, док су још мали, и док је њихов утицај на организам без већег значаја. Бенигни тумори такође могу да ремете опште стање болеснице ако наступе извесне компликације, у првом реду ако је тумор на петељци па настане увртање петељке, затим инфекција и руптура тумора. Насупрот томе, малигни тумори женских полних органа који су релативно чести, нарочито у одређеним деловима полних органа, оби-



Слика 37. — *Papiloma labiae majoris dextrae*

1-1
1-2
1-3
1-4
1-5
1-6
1-7
1-8
1-9
1-10
1-11
1-12
1-13
1-14
1-15
1-16
1-17
1-18
1-19
1-20
1-21
1-22
1-23
1-24
1-25
1-26
1-27
1-28
1-29
1-30
1-31
1-32
1-33
1-34
1-35
1-36
1-37
1-38
1-39
1-40
1-41
1-42
1-43
1-44
1-45
1-46
1-47
1-48
1-49
1-50
1-51
1-52
1-53
1-54
1-55
1-56
1-57
1-58
1-59
1-60
1-61
1-62
1-63
1-64
1-65
1-66
1-67
1-68
1-69
1-70
1-71
1-72
1-73
1-74
1-75
1-76
1-77
1-78
1-79
1-80
1-81
1-82
1-83
1-84
1-85
1-86
1-87
1-88
1-89
1-90
1-91
1-92
1-93
1-94
1-95
1-96
1-97
1-98
1-99
1-100

чно су веома опасни по здравље и угрожавају живот болеснице. Пошто се још увек не располаже апсолутно сигурним методама и средствима за њихово дефинитивно одстранавање и излечење, врло је важно да их лекар рано открије и да болеснице упути на одговарајућу терапију.

НАЧИН НАСТАНКА КАРЦИНОМСКИХ ОБОЉЕЊА НА ЖЕНСКИМ ПОЛНИМ ОРГАНИМА

Карциномска обољења ретко се код гинеколошких болесница јављају нагло и изненада. Обично им, на органу на коме ће се јавити, претходе промене на ћелијама и у ткивима које касније могу да се повуку, али се то ређе дешава. Много чешће промене у ћелијама по свом току све више добијају малигне карактеристике, што доводи до развоја најпре преинвазивног, а касније правог инвазивног карцинома. Такав ток премалигних у малигне промене може се релативно лако запознати и пратити на гениталним органима жене јер су они органи лако доступни за преглед и евентуална испитивања. Због тога се прекаинерозна стања чешће него на другим органима откривају на стидници (вулви), на грлићу материце, или на ендометријуму. У ћелијама епитела на једном од ових органа, а на месту на коме постоје изглед да се касније развије карцином, поједине ћелије, под дејством засад још непознатих чинилаца, почињу да губе неке од својих нормалних особина и да добијају карактеристике малигних ћелија (облик, величина ћелија и једара, њихов међусобни однос, начин бојења). За ћелије које су промењене, а нису још испојиле својства малигних, каже се да су дисплазичне, а настало стање назива се дисплазија. Према степену колико је тај процес одмакао говори се о лакој, средњој и одмаклој дисплазији. Док се промене код лаке дисплазије могу спонтано повући, код средње и одмакле то се не дешава, те је потребно предузети одговарајуће лечење. Дијагноза дисплазије поставља се на основу колпоскопског и цитолошког прегледа бојењем по Папаниколау-методи.

Карцином вулве. – Карцином вулве најчешћи је од малигних тумора стиднице. Јавља се код жена у одмаклим годинама, обично више година после климактеријума, мада се понекад може и раније срести. Обично почиње као мала и чврста брадавица у чијој ближој околини жена осећа врло јак свраб. Касније настаје некроза центра брадавице, улцерација и секундарна инфекција. Даљи развој проузрокује ширење неоплазме у околини, доводећи до малигне ин-



Слика 38. – Карцином вулве

филтрације поткожног ткива према стидним костима, стидном орежуљку и чмару и до стварања метастаза у околним лимфним жлездама. У почетку карцином стиднице протиче без симптома, односно једини симптом је свраб који се јавља у околини огњишта неоплазме. Свраб је упоран и не реагује на терапију. Тек касније, када се малигни процес увелико прошири на околно ткиво и пређе у регионалне лимфне жлезде, јављају се болови. У то време карцином стиднице је знатно одмакао и обично је доспео у иноперабилан, па чак и у инкурабилан стадијум.

Прогноза у случају рано постављене дијагнозе прилично је повољна јер се постиже висок проценат излечења. Што се дијагноза постави касније, касније се приступи и лечењу, па је и прогноза мање повољна.

Терапија је оперативна уколико процес није одмакао. После операције, у случају налаза малигнух сlemenата у одстрањеним лимфним жлездама, лечење се допуњује зрачењем. Зрачење се такође, као једини начин терапије, примењује и у касно откривеним одмаклим случајевима болести.

ТУМОРИ ВАГИНЕ

Тумори вагине прилично се ретко јављају. Могу бити бенигни и малигни. Од бенигнух ваља поменути цисте вагине које и нису праве неоплазме, већ ретенционе формације од ембрионалних остатака Гертнерових канала. Прави тумори вагине су фиброми који се као чврсте формације јављају на зиду материце. Иако не изазивају веће сметње, цисте и фиброме треба оперисати.

Од малигнух тумора најтежи је карцином вагине. То је веома злоћудна неоплазма, веома ретка и са касним симптомима од којих је најважније крварење. Почиње као мала квржица или улцерација која се шири и по површини и у дубину (инфилтрише се у суседне органе). Обично се касни са дијагнозом, па су и терапијски резултати прилично лоши. Лечење је оперативно или зрачењем.

ТУМОРИ МАТЕРИЦЕ

БЕНИГНИ ТУМОРИ МАТЕРИЦЕ

Фибромиоми материце. – То су чврсти, меснати тумори, саграђени од густо збијених мишићних и везивних влакана материце. Због тога их многи аутори називају миофибромима или чак фибромима.

Миоми материце најчешће се откривају код жена у доба пуне полне зрелости и активности, око и после тридесете године живота. Врло ретко могу да се нађу у доба пубертета или раније. Они обично расту и напредују све до менопаузе, а у климактеријуму и сенијуму долази до њихове постепене спонтане регресије и атрофије. Могу да се јаве на било ком делу материце, али се најчешће јављају на телу и истмусу, а далеко ређе на грлићу материце и на округлим везама. Ретко настају појединачо, а

далеко чешће присутна су два или више. Фибромиоми материце настају из везивног и мишићног ткива овог органа. У зависности од тога како се развијају у односу на зид материце, разликују се тумори у следећим зиду (интрамурални миоми), тумори на површини органа према трбушној шупљини покривачи материце делом цервиконеума (супсерозни миоми) и тумори који расту и продиру према слузокожи материце одижући је према материчној дупљи, (субмукозни миоми). Субмукозни миоми могу да се спуштају ка унутрашњем ушћу материце, да га шире и да кроз проширени цервикални канал, мање или више, продиру у вагину. Такав тумор назива се миома шегі nascens (миом који се рађа).

Развој највећег броја миома материце у почетку протиче без икаквих симптома. Симптоми се обично јављају тек када миом достигне извесну величину и почне да притиска суседне органе, у првом реду мокраћну бешику, уретру и ректум. То су најпре осећај пуноће у доњем делу трбуха, учестало мокрење, тегобе при мокрењу, опстипација, бол у крстима. Чести симптоми у вези са миомом материце су и неуредна ациклична крварења, као и менометрорагије или менорагије (продужене обилне менструације). У таквих жена секундарна анемија као симптом може бити веома изражена. Извесне миоме прати стерилитет.

Дијагноза миома поставља се гинеколошким прегледом. У савременој гинекологији и дијагностички фибромиома материце и њиховом диференцирању од циста јајника користи се и ултразвук.

Терапија болесница које пате од миома материце је оперативна уколико постоје индикације за оперативним захватом (веома велик тумор, неугодни симптоми – притисак на суседне органе, стерилитет, обилне и продужене менструације, неуредна крварења из материце).

МАЛИГНИ ТУМОРИ МАТЕРИЦЕ

Малигни тумори материце су релативно честа обољења код жена. То нарочито важи за карцином материце који по учесталости



Слика 39. – Миомијозна материца



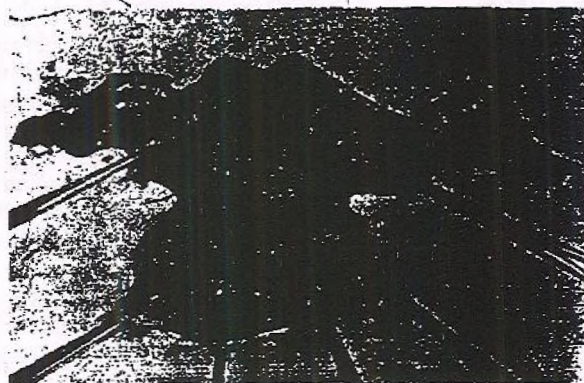
Слика 40. – Субмукозни миом материце

после карцинома дојке представља другу по реду локализацију малигних обољења у организму жене. Карцином материце дели се према месту јављања на карцином тела и карцином грлића. И један и други веома су малигни и ако се на време не открију и не лече, наставља се напредовање малигног процеса на околину и удаљене органе, што ускоро узрокују смрт жене. Срећна је околност што рак тела, а и рак грлића материце прилично рано дају извесне алармантне симптоме, у првом реду крварење које уплаши болесницу и доведе је лекару. Нажалост, и поред тога, случајеви раног откривања рака материце доста су ретки, па се још и данас у пракси срећу одмакли, често инкурабилни облици болести.

Рак грлића материце

Рак грлића материце најчешћи је малигни тумор женских полних органа. По учесталости долази одмах после карцинома дојке. Може се открити у преинвазивном и у инвазивном облику. У преинвазивном обично се дијагностикује око 35. године живота, а у инвазивном осам до десет година касније, најчешће око 45. године старости. У веома високом проценту (око 95%) у погледу хистолошке грађе у питању је карцином плочасто-слојевитог епитела, а у преосталих 5% карцином цилиндричног епитела ендометријалних жлезда. Код старијих жена, чешће него код младих, рак грлића уместо са епитела око спољњег материчног ушћа почиње са епитела ендоцервикса. Како због тога малигне промене дуго остају непримећене, овај облик карцинома отежава благовремену дијагнозу и смањује успех лечења и прогнозу у погледу излечења.

Према стању малигног процеса када се постави дијагноза, рак грлића материце дели се у две групе: преинвазивну и инвазивну.



Слика 41. – Рак грлића материце

Преинвазивна фаза малигног обољења грлића материце

У овој фази у питању је такозвани сарцинома *in situ*, пулти или интраепителни карцином. Сматра се да се он надовезује на претходну дуготрајну дисплазију грлића.

Преинвазивно малигно огњиште локализовано је у самом епителу, без пробоја базалне мембране и без продора канцерских ћелија у околно ткиво, лимфне и крвне судове. У овој фази болести нема метастаза. Оне се могу јавити тек касије када дође до пробијања базалне мембране, те се створи могућност даљег ширења процеса. Да би се спречио такав даљи развој болести, те да би се могло спровести што успешније лечење, од изванредне важности је да се болест открије још у овом стадијуму, што се постиже колопоскопским прегледом сумњивих промена на грлићу, прегледом вагиналног секрета и микроскопским прегледом хистолошког препарата добијеног биопсијом ткива. У фази преинвазивног карцинома грлића за потпуно излечење довољна је веома мала гинеколошка операција (конизација).

Инвазивни карцином грлића материце

Малигни процес пробија базалну мембрану и наставља даље ширење. У почетку је у питању микроинвазија, али ускоро процес узима маха те се на грлићу мо-

гу запазити и видљиве промене. Према степену напредовања инвазије малигни процес се групише у четири стадијума:

I стадијум – промене су ограничене на сам грлић. Он подразумева два подстадијума: Ia, када постоји само рана инвазија строме, а дијагноза се поставља само хистолошким, а не и клинички и Ib, када су промене на грлићу видљиве, али нема захватања вагине и параметријума. По неким ауторима у 17% присутне су метастазе у регионалним лимфним жлездама;

II стадијум – малигни процес поред грлића захвата горњу трећину вагине и параметријума;

III стадијум – карцином захвата параметријум у целости и допире до карличне кости. Захвата и доњу трећину вагине.

IV стадијум – малигни процес прелази на органе мале карлице (бешику и ректум) и даје бројне метастазе у регионалним и удаљеним лимфним жлездама.

Према савременом схватању болест се може задржати у преинвазивном стадијуму и до десет година.

Инвазивни карцином грлића развија се у три макроскопска облика. Најчешћи је вегетантни, када се на грлићу стварају трошне израслине које му дају карфиоласт изглед и испуњавају вагину.

Код инфилтрантне форме процес се са површине брзо шири у дубину инфилтришући ткиво грлића. Овај макроскопски облик врло је малиган јер се брзо шири на параметријум, карличну кост и околне органе и рано продире у лимфне судове и даје метастазе у регионалне лимфне жлезде.

Улцерозни облик карцинома карактерише се пливим или дубљим кратером на површини грлића. Ивице кратера су уздигнуте, а база тврда.

из улкуса, који је обложен рожним некротичним масама, шири се непријатан задах. Због еродирања крвних судова јавља се крварење из ранице.

У старих жена чешће него код младих малигна лезија почиње свој развој са слузокоже цервикалног канала (carcinoma endocervicale). Овај облик се дуго развија а да спољна површина грлића остаје непромењена. У одмаклијој фази болести цервикс је чврст, увећан, бачвастог изгледа. Због распадања ендоцервикалног ткива и општећења крвних судова често се јавља лако крварење из цервикалног канала и избацивање оскудног некротичног ткива. И поред тога недостатак било каквих промена на спољној површини грлића отежава постављање праве дијагнозе, што чини да малигни ендоцервикални процес неоткривен наставља да несметано напредује, продирући у околна ткива и дајући ране метастазе у регионалне лимфне жлезде. Због тога је овај облик карцинома грлића много малигнији од карцинома који почиње са спољне површине цервикса, те је и прогноза болести гора.

Карцином грлића шири се на три начина: *per continuitatem*, прелазећи са почетног огњишта на параметријум и околне органе мале карлице: преко лимфних судова (лимфогено), најпре у регионалне, а касније и у удаљене лимфне жлезде и хематогено, преко крвних судова у удаљена ткива и органе: кости, плућа, јетру. Хематогени начин ширења карцинома грлића је веома редак.

Симптоматологија. – Карцином грлића материце не даје ране симптоме који би болесници скренули пажњу на постојеће обољење и указали лекару на праву природу болести. То посебно важи за преинвазивне и микроинвазивне облике болести. Због тога се код карцинома грлића и не говори о раним већ о првим симптомима који се јављају тек у одмаклијој фази инвазије малигног обољења (Ib стадијум). Први и најважнији симптом је крварење. Оно је оскудно, јавља се повремено, најчешће после полног односа, вагиналног испирања или при вагиналном прегледу (контактно крварење). Други важан симптом који се јавља нешто касније од контактнoг крварења је бело прање. Оно је упорно, не реагује на терапију, непријатног је задаха и има изглед испирка меса. Трећи симптом који се најкасније јавља су болови. Они су последица притиска и захватања нерава малигним инфилтратом у одмаклој фази болести.

Дијагноза карцинома грлића материце поставља се на основу гинеколошког прегледа, прегледа десквамисаних ћелија грлића по методи Папаниколау, на основу колпоскопског налаза и хистолошким прегледом биопсијом добијеног материјала.

Лечење се спроводи оперативним путем и зрачењем. Избор терапије зависи у првом реду од стадијума болести, здравственог стања и старости болеснице.

Рак тела материце

Јавља се обично код старијих жена више година после менопаузе. Може, међутим, да се јави и код младих жена у доба пре климактеријума или у току самог климактеријума, па треба бити веома обазрив када се јаве неуредна крварења у том животном добу жене. По

учесталости знатно је ређи од карцинома грлића. Такође је од њега нешто мање малиган. У зависности од тога колико је малигни процес напредовао, поред преинвазивног или пултог стадијума, када је малигна лезија локализована само у епителу слузокоже, без пробоја базалне мембране, разликују се четири стадијума болести. У првом карциномексн процес је само на телу материце, у другом стадијуму он је поред корпуса захватио и грлић, у трећем је пробио зид материце и прешао на органе мале карлице (јајнике, јајоводе, параметријум, перитонеум Дугласа, лимфне жлезде мале карлице). У четвртном стадијуму малигни инфилтрат је захватио мокраћну бешику, ректум и прешао на органе изван мале карлице.

Симптоматологија карцинома тела материце је оскудна али алармантна, што болесницу и доводи лекару. Најзначајнији и први симптом је неуредно крварење. Код жена при крају генеративног периода оно се може заменити, односно тумачити као преклимактерично или климактерично, што каткад завара болесницу те се не јави онама лекару. Код старица у сенијуму карактеристично је да се обраћају лекару са изјавом да су више година по менопаузи опет добиле менструацију, што их је уплашило. Уз крварење, код ове болести се као други симптом јавља и упорно бело прање са сукрвичастим примесима, које личи на исцедак од испраног mesa. Када се посумња на карцином тела материце, потребно је прегледати вагинални секрет по методи Папаниколау, али се код неуредних крварења мора урадити и дијагностичка киретажа ендометријума и добијени материјал микроскопски прегледати. Тек позитиван микроскопски налаз даје право гинекологу на спровођење потребног лечења. Иначе, према микроскопском типу, карцином тела материце углавном је карцином жлезданог епитела. Због тога је, по правилу, резистентан на јонизујуће зрачење, те болеснице које болују од ове болести треба оперисати кад год је то могуће.

ТУМОРИ ЈАЈНИКА

Тумори јајника су израстине које се јављају на овим органима. У ствари, све израстине на јајницима нису прави тумори јер поред њих постоје и такозвани псеудотумори или лажни тумори. Псеудотумори макроскопски представљају цистичне творевине чије су шупљине испуњене течним садржајем, она им је саграђена од нормалних ћелија. За разлику од њих, прави тумори јајника су настали неконтролисаним растом променењих ћелија јајничког ткива.

ПСЕУДОТУМОРИ ЈАЈНИКА

У псеудотуморе јајника спадају такозвани полицистични јајници (микроцистична дегенерација јајника), фоликуларне цисте, цисте жутог тела и тер или чоколадне цисте.

У случају микроцистичне дегенерације јајника ови органи су два до три пута увећани, са присуством многобројних цистица до величине зрна кукуруза. Цисте су расејане испод беличасте задебљане опне јајника. Овакав налаз виђа се и код Штајн-Левенталовог синдрома, који је праћен поремећеним менструационим циклусом, аменорејом, понекад хирзутизмом и стерилитетом. Лечење се састоји у клинастој ресекцији јајника.

Фоликулинске цисте јајника настају увећањем цистичног фоликула услед изостанка овулације. На тај начин створена ретенциона циста може да достигне величину мандарине. Макроскопски, фоликулинске цисте веома личе на праве цистичне туморе јајника. За разлику од њих, фоликулинске цисте обично спонтано нестају (најчешће прскањем).

Цисте жутог тела настају после ресорпције хематома жутог тела или лутенизацијом раније створених атретичних тела. Ови псеудотумори виђају се и као пратиоци гроздасте моле и тада су обострани.

У близини или уз саме јајнике, скоро као саставни део аднекса, могу се каткад запазити и такозване параоваријалне цисте. То су цистичне творевине смештене између два листа широких материчних веза. Оне достижу чак величину мушке песнице. Могу бити и на петелци. Са јајницима немају ни макроскопске ни микроскопске додирне тачке. У таквим случајевима клинички је тешко поставити прецизну преоперативну дијагнозу, па због опасности од појаве карцинома јајника такве болеснице треба што пре оперисати.

Прави тумори јајника

Прави тумори јајника настају некон-
тролисаним растом ћелија овог органа.
На основу ткива од којих су настали овари-

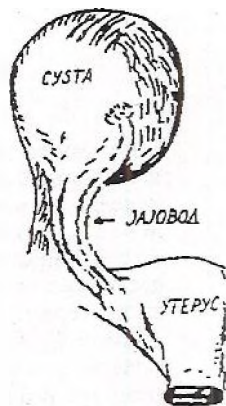
јални тумори могу се поделити у три групе: епителне, везивоткивне и ембрионалне.

Епителни тумори јајника су најчешћи и представљају више од 70% свих тумора овог органа. Међу њима најчешће су цисте или кисте, који могу бити серозне или муцинозне (слузасте) природе.

Серозне цисте јајника су тумори танког зида испуњени бистром албуминском течношћу ниске специфичне тежине. Оне се најчешће јављају код полно зрелих жена и могу да достигну знатну величину. То су такозване прсте цисте јајника или кисте. Ови тумори обично дуго не дају никакве симптоме све док својом величином не почну да врше притисак на суседне органе, ремете њихову функцију и да деформишу предњи трбушни зид. Тада могу да изазову извесне нелагодности и осећај присуства страног тела у трбуху, а понекад чак и лаке болове. Терапија се спроводи одмах по постављању дијагнозе која се мора што пре утврдити због могућности да је у питању малигни процес. Лечење је оперативно, а ткиво одстрањено цисте обавезно се шаље на микроскопски преглед. Понекад, у сумњивим случајевима, микроскопска дијагноза мора се поставити још у току оперативног захвата да би се одредио опсег операције.

Псеудомуцинозне цисте јајника или ентероидне цисте су такође веома чести тумори јајника и представљају око четвртину свих оваријалних

Ендометриоидни цистаденоми су цистични тумори који по грађи у извесној мери подсећају на слузокожу материце (ендометријум), због чега се и називају ендометриоидни. Њихове шупљине испуњене су густом течношћу чоколадне или катранасте боје и изгледа. Цисте могу да достигну величину песнице. Најчешће су бенигне природе, али се понекад може радити и о малигном обољењу (ендометриоидни карцином).



Везивноткивини оваријални тумори

Ови тумори потичу из везивноткивиних елемената јајника. То су малобројни тумори који могу показивати бенигне или малигне карактеристике. Бенигни тумори везивноткивиних елемената јајника називају се фиброми, а малигне туморе ове групе чине фибросаркоми. Фибросаркоми имају брзу и неповољну еволуцију. Терапија код бенигних тумора – фиброма састоји се у оперативном одстрањењу самог тумора, док се код фибросаркома морају оперативним одстранити оба јајника са јајоводима и са материцом, а лечење се наставља јонизујућим зрачењем или цитостатикима.

Слика 43. – Циста јајника

ЕМБРИОНАЛНИ ТУМОРИ ЈАЈНИКА (ТЕРАТОМИ)

Дермоидне цисте. – Од такозваних ембрионалних тумора јајника, или тератома, најчешће су дермоидне цисте, које настају неконтролисаним растом и развојем заосталог герминативног епитела. Ови тумори обично се јављају на једном јајнику, а ређе на оба јајника и по правилу су бенигне природе. Дермоидне цисте могу да порасту до величине песнице. Оне споља имају чврсту, беличасту, непровидну опну у којој су смештена ембрионална ткива: праменови длаке, хрскавица, коштано ткиво. Поред ових ткива у цистичној кеси налази се и густа, жељтичава, непровидна течност, која по изгледу и вискозности подсећа на гној.

Дермоидне цисте, док су мале, обично не изазивају никакве тегобе те се откривају при редовним или систематским гинеколошким прегледима. Тек кад порасту, могу да створе осећај присуства страног тела у трбуху и да, вршећи притисак на суседне органе у малој карлици, ремете њихове функције.

Тератобластом је врло редак и веома малиган тумор саграђен од незрелог, недиференцираног ткива које потиче од сва три кличина листа.

Хормонски активни тумори (ендокрини оваријални тумори)

То су ретки тумори са ткивом сличним ендокриним жлездама. Ту спадају тумори који луче женске полне hormone (естрогене), мушке полне hormone (ендрогене) или хормон штитасте жлезде. У прву групу спадају тумори гранулозних

хелија и тумори теку интерне (текоми). Када се неки од њих јави код девојчица, настају знаци раног пубертета, а кад се јаве код старица, менструација се одржава и после времена када би требало да престане. И код једних и код других лечење је оперативно.

Аденобластоми и хипернефроми продукују мушке полне hormone и доводе до знакова маскулинизације код жена (косматост, појава маљавости, дубљи глас). Лечење подразумева одстрањење тумора.

КАРЦИНОМ ЈАЈНИКА

Карцином јајника је релативно често малигно обољење. По учесталости на трећем је месту малигнух обољења женских гениталија. Обично се јавља код жена у генеративном добу, веома је малигног тока и праћен је високим процентом смртности. Најчешћи узрок томе је кашњење у дијагностици и лечењу. Код ове болести малигни процес обично почиње на једном јајнику, па се касније, вероватно лимфним путем, обољење преноси и на други овариијум. Код одмаклог стадијума долази до увећања јајника у целини. Тумор је солидне или солидноцистичне грађе, чврсте конзистенције, обично режљивит и на почетку глатке површине. У почетном стадијуму тумор на јајнику је ограничен везивном чахуром коју касније малигно ткиво пробија, те малигне хелије убрзо прелазе у перитонеалну шупљину и на суседне органе. Врло често после тога јавља се асцит у трбушној дупљи.

Дијагноза карцинома јајника у раном стадијуму обично је тешка и непоуздана јер су симптоми оскудни и некарактеристични. То нарочито важи за дијагнозу постављену само на основу гинеколошког прегледа, као и за визуелну дијагнозу, која се поставља само на основу макроскопског изгледа посматраног или одстрањеног тумора у току операције. Сигурна и једино важећа дијагноза мора се поставити или потврдити тек микроскопским прегледом исечка ткива тумора добијеног при целиоскопији или на операционом столу. Важно је, дакле, знати да је присуство цистичних, солидних или мешовитих тумора на јајнику увек сумњиво на малигнитет и да се због тога у свим таквим случајевима мора оперативно интервенисати. На тај начин открије се да су и наизглед бенигни тумори јајника у извесном проценту у ствари карциноми јајника. За повољан терапијски успех неопходно је што раније поставити дијагнозу и благовремено или превентивно интервенисати (тотална хистеректомија са обо-страном аднексектомијом). По извршеној операцији терапија се наставља ако је потребно јонизујућим зрачењем и/или само цитостатикима. У одмаклим иноперабилним случајевима лечење се реализује само јонизујућим зрачењем и/или само давањем цитостатика по утврђеном протоколу. У таквим приликама резултати лечења знатно су слабији него када се лечење започне благовремено.

Карцином јајника може бити примаран и секундаран, а на овом органу могу да се развију и метастатска огњишта карцинома друге примарне локализације. Примаран карцином развија се на оваријалном ткиву као такав од почетка, а секундаран настаје метаплазијом и малигном дегене-

Сваки преглед треба започети разгледањем грлића материце и вагине помоћу екартера и рутинским узимањем вагиналног секрета за одређивање степена чистоће вагине и тражења малигних ћелија по методи Папаниколау. Осим прегледа помоћу екартера, треба увести и рутински колпоскопски преглед. Нарочиту пажњу треба посветити женама код којих се нађу макроскопски видне промене на грлићу материце. Поред цитолошког и колпоскопског прегледа и коришћења Шилерове јодне пробе, у сумњивим случајевима треба извршити и циљану биопсију. Како се у извесном проценту јављају ектоцервикални облици карцинома грлића материце, које је тешко дијагностиковати јер су скривени од погледа при прегледу спекулумом и од колпоскопског прегледа, осим биопсије, а ако је слузокожа грлића према вагини без промене и без биопсије, треба извршити експлоративну киретажу ектоцервикса.

У суспектним случајевима, када малигну природу промена не докажемо уобичајеним испитивањима, жена се мора у кратким временским размацима поново контролисати. Исто тако и болеснице од рака материце лечене операцијом или зрачењем треба држати у евиденцији и, повремено, у почетку тромесечно а касније на шест месеци, контролисати. Ако такве болеснице преживе пет година после спроведеног лечења, практично се сматрају излеченим, мада се метастазе на другим органима могу јавити и после тог времена.

Рано откривање карцинома јајника подразумева организацију гинеколошких прегледа жене генеративног периода и старијег животног доба бар једном у току године и обавезну операцију болесница са налазом тумора на јајницима или јајоводима. Откривени тумори јајника, цистични или солидни, могу већ од почетка да буду малигни, или ако нису, могу у извесном проценту касније малигно да дегенеришу. Због тога болесницу са налазом тумора треба што пре оперисати, а како се макроскопски не може са сигурношћу установити права природа болести, сваки одстрањени тумор јајника треба хистолошки обрадити и прегледати микроскопски. Успех у превенцији и лечењу болесница од малигних тумора јајника постиже се, дакле, најбоље раним откривањем болести и благовремено предузетим лечењем.

ХОРИОНЕПИТЕЛИОМ (МАЛИГНИ ТУМОР ПОСТЕЉИЧНОГ ТКИВА)

Хорионепителиом, као што му и име каже, јесте малигни тумор постељичних чупица. То је једини тумор који не потиче од ткива организма у коме се ствара и развија. Он је једна од најмалигнијих неоплазми у организму човека. Јавља се као последица малигне дегенерације заосталих постељичних чупица у зиду материце, најчешће после изbacивања гроздасте моле, после побачаја или порођаја.

Заостале чупице не угину него малигно дегенеришу, претварајући се у веома агресивну неоплазму која задржава извесне особине и изглед постељичног ткива. Сматра се да се од свих случајева хорионепителиома половина јавља после гроздасте моле, 30% после побачаја и 20% после нормалних порођаја. Због тога жене које су имале гроздасту молу треба

да се у одређеним временским размацима, бар две године, контролишу код гинеколога. Поред тога, хорионепителиом се може изванредно ретко јавити после ванматеричне трудноће. Према неким ауторима хорионепителиом се јавља једном на 25 000 до 40 000 трудноћа.

Главни симптом ове болести је оскудно, али продужено крварење после избацивања гроздасте моле, после побачаја или порођаја. Због тога у свим таквим случајевима крварење треба озбиљно схватити и одговарајућим дијагностичким мерама и поступцима потврдити или одбацити постојећу сумњу. То се остварује киретажом ендометријума и микроскопским прегледом препарата начињеног од добијеног ткива. У дијагностичке сврхе користи се и доказивање хорионског гонадотропина у мокраћи болеснице. У случају постојања болести овај хормон је присутан у веома великим количинама.

Хорионепителиом рано даје метастазе, обично крвним путем, и то најчешће у плућима, мозгу и доњој трећини вагине. До проналаска цитостатика лечење је било оперативно, али готово увек безуспешно. Данас се цитостатикима, а посебно употребом метотраксајта, постижу задовољавајући терапијски резултати.



Саветовалиште за планирање породице је поликлиничка установа у којој се помаже супружницима да планирају своје потомство. Под тим се подразумева спречавање нежељеног зачећа у време када родитељи нису спремни за рађање, али исто тако и стварање медицинских услова за подстицање настајања трудноће и рађање у браковима када до трудноће теже долази и за лечење неплодних мушкараца и жена.

Саветовалиште за планирање породице треба да постоји при сваком диспанзеру за жене, при гинеколошко-акушерским одељењима, као и при специјализованим гинеколошким болницама и клиникама. У саветовалишту у одређене дане и у одређено време долазе неплодни супружници или жене које у датом моменту не желе да остану гравидне. У првом случају у питању је саветовалиште за неплодност, а у другом саветовалиште за контрацепцију. Штитајући жене од нежељене трудноће, саветовалиште за контрацепцију смањује број намерних прекида трудноће и на тај начин има значајну улогу у очувању здравља жена.

У таквом саветовалишту лекар помаже жени да изабере за њу најпогодније и најприхватљивије средство за заштиту од нежељене трудноће, контролише њено здравствено стање и успех предузетих контрацептивних мера и метода.

Последњих година саветовалиште за планирање породице добија све већи значај у борби против прогресивног, драстичног смањења наталитета и све израженије депопулације која угрожава опстанак народа на овим просторима. Тај проблем је озбиљно забринуо наше друштво и народе који живе у нашој земљи. Он се може решавати само организованим напорима усмереним ка стварању услова за повећање броја порођаја и стварање што више породица са троје или четворо деце. Поред осталог, за то су неопходне материјалне, стамбене и друге социјалне олакшице младим супружницима и брачним партнерима који желе да имају децу. Многе од мера које би могле да допринесу повећању наталитета треба законски регулисати у корист младих родитеља и породице (здравствена и социјална заштита трудница, новорођенчади и деце, јевтина и здрава храна за новорођенчад и одојчад, јевтина одећа и обућа, као и све остало што је неопходно деци, продужење порођајног одсуства итд.). Надаље,

треба težiti stvaraњу uslova kako bi se mladi oba pola što ranije materijalno osamostalili, što bi im omogućilo rano osnivanje porodice i rađanje dece u mladim godinama roditelja. Stručne savete u tom pogledu dужni su i kompetentni da pruže zainteresovanim u prvom redu zdravstveni radnici (na prvom mestu medicinske sestre svih profila koje su, po prirodi posla, najbliže ženama). U suzbijaњу takozvane bele kuge, koja uveliko hara u pojedinih krajevima naše zemlje (osim na Kosovu i Metohiji), od koristi je i delovanje zdravstvenih radnika preko sredstava javnog informisanja, putem predavanja i zdravstvenog prosvetljavanja. Takođe su važni i лични контакти са супружницима и пацијентима. Између осталог, ниједан прекид трудноће не треба урадити без покушаја да се супружници, у првом реду жена, не убеди да то не треба чинити. Оваквим поступком може се убедити бар свака десета трудница да одустане од намераваног побачаја, како се не би излагала ризику од интервенције, компликација и последица које могу да прате прекид трудноће.

У пропаганди и стварању повољних услова за повећање natalитета треба обавезно укључити и сеоску средину која је доскора била основни извор биолошког обнављања народа.

КОНТРАЦЕПЦИЈА

Мираслав Марковић
Марковић Мираслав

36

Под контрацепцијом треба подразумевати скуп различитих метода и мера, поступака и средстава којима се постиже спречавање нежељене трудноће. Појам контрацепције не треба везивати само за једну методу или за једно средство којим се то постиже.

Свака контрацептивна метода, или средство, треба да испуни неколико услова, као што су ефикасност у пружању заштите од нежељене трудноће, да не омета нормалан ток сексуалних односа нити да умањује задовољство сексуалних партнера. Контрацептивно средство при томе мора бити нешкодљиво, јефтино и свима приступачно, руковање њиме лако, просто и схватљиво и да је за сексуалне partnere који га користе етички прихватљиво, то јест да се његова примена не коси са њиховим моралним и естетским схватањима. Намерно кажемо за сексуалне partnere, а не само за жене, јер контрацепцију не треба схватити само као проблем жене, већ као проблем брака, односно проблем сексуалних односа. До данас још се не располаже идеалним, стопроцентно сигурним средством или методом. И поред тога, жена која то жели може са приличном сигурношћу да се сачува од нежељеног зачећа. Јасно је да је при томе потребна сарадња и другог сексуалног партнера.

Методе и средства контрацепције могу да се поделе у неколико група. Прва група обухвата средства и методе које у току полних односа не дозвољавају изливање сперме у вагину жене. Њих углавном примењују мушкарци. Од њих су најважније следеће методе.

Метода прекинутог полног односа. – Ово је веома стара метода која се и данас, са извесним успехом, користи у многим браковима и у ванбрачним полним односима. Она је посебно често распрострањена међу мање

образовањим светом, коме су из разних разлога, а у првом реду због заосталости и недовољне здравствене просвећености, слабије познате и мање прихватљиве друге, савремене методе спречавања нежељеног зачећа.

Презерватив. – Употреба презерватива је друга метода која спречава непосредан додир полних органа сексуалних партнера и не дозвољава изливање сперме у вагину. Због тога ова метода, поред спречавања нежељеног зачећа, штити партнере од полних болести. Данас је то метода избора у превенцији инфекције изазивачем сиде или сифиса.

Презерватив је издужена навлака од веома танке и фиње гуме, у облику мушког полног уда. На мушки полни орган у моменту ерекције навлачи се навијањем непосредно пре полног односа.

Презерватив спречава продирање сперматозоида у вагину у току ејакулације и на тај начин штити жену од трудноће. Осим тога, штити и жену и мушкарца од венеричних болести, а и од сиде, што је изванредно важно, јер је ова болест засад неизлечива. После употребе треба га обавезно контролисати да ли је цео. Ако је поцепан или напуксао, жена треба хитно да предузме друге допуске контрацептивне мере да би се спречило настајање трудноће. Као контрацептивно и превентивно средство против инфекције полним болестима презерватив је веома поуздан, па се може са великом сигурношћу препоручити.

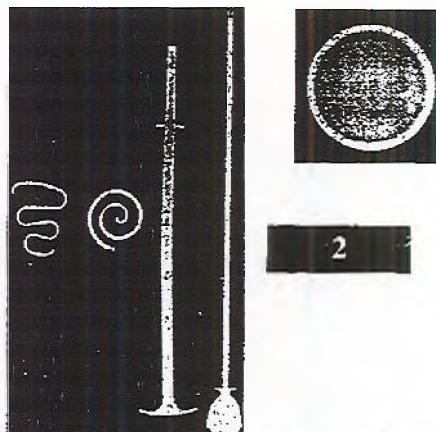
Цервикалне капице су капице од гуме или од метала који не рђају. Капице су у облику грлића материце на који их жена навлачи. Пре намештања треба их премазати сперматоцидном пастом. Правилно намештена цервикална капица спречава продирање сперматозоида из вагине у цервикални канал и горње путеве женских полних органа. Ове капице се данас ретко употребљавају јер лако спадају са грлића материце у току полног општења.

Ранијих година су ради спречавања зачећа коришћени и цервикални песари начињени од племенитих или тешких метала који не рђају. Најчешће су такви песари прављени од сребра. Они су имали облик цервикалног канала у који су се увлачили. Претпоставка која није у потпуности потврђена да локално иритирају слузокожу грлића материце допринела је слабој афирмацији металних цервикалних песара и њиховом недовољном прихватању како од стране жена, тако и од стране лекара.

Вагинална дијафрагма је танка гума у облику полулопте (натакнута на фину, еластичну, кружну, челичну опругу). Под лаким притиском дијафрагма се може моделовати и заузимати одговарајући облик. Кад се стави у вагину, дијафрагма уздужно подели њену шупљину на два дела. Горњи, у коме је грлић материце, и доњи, у коме се обавља полни однос. Семена течност при ејакулацији доспева у доњи део вагине, али јој дијафрагма спречава пут према грлићу материце. Да би заштита била ефикасна, дијафрагма се пре увлачења у вагину премаже танким слојем сперматоцидне пасте која уништава евентуално доспеле сперматозоиде у горњем делу вагине. Дијафрагму жена добија од лекара који претходно гинеколошким прегледом одреди потребну величину. После односа дијафрагма не сме одмах да се одстрани, нити жена сме да испере вагину у наредних осам часова. Правилно коришћена дијафрагма је потпуно нешкодљиво и до сада најефикасније средство у заштити жене од нежељене

трудноће. За њену употребу нема битних контраиндикација. Коришћење дијафрагме не причињава никакве сметње нити неугодности ни мушкарцу ни жени.

Интраутерини улошци. – Последњих година поново је покренуто питање спровођења контрацепције помоћу интраутериних уложака који могу бити различитог облика и обично су начињени од пластичних маса. У пластичну масу од које је начињен интраутерини уложак уграђена је танка нит од бакра, који хемијским деловањем потпомаже механичко контрацептивно дејство уложка. Постигнути резултати веома су задовољавајући, па су данас свуда у свету интраутерини улошци наишли на широку примену. Како они представљају страно тело за организам жене, при њиховој примени могућа је и појава извесних компликација: спонтано избацавање, крварење, инфекција и перфорација материце. Зато њихово коришћење треба да индикују и да такве песаре стављају само лекари.



Слика 44. – *Контрацептивна средства:*
1 – интраутерина спирала са бакарним
шпиром; 2 – вагинална дијафрагма

ХЕМИЈСКО-МЕХАНИЧКЕ МЕТОДЕ КОНТРАЦЕПЦИЈЕ

Од свих ових метода прво место заузимају вагинална испирања. Њих треба користити непосредно после полног односа. Вагина се испира благим киселим растворима који, осим хемијским путем, односно својом киселошћу, уништавају заостале сперматозоиде. За испирање у народу се веома много користи благ раствор винског сирћета, а поред сирћетне препоручују се и млечна и борна киселина. Ова метода примењена сама није довољно поуздана, па је боље ако се користи у комбинацији са другим средствима и методама.

Вагинални улошци. – Спречавање зачћа може се спроводити и стављањем у вагину, непосредно пре полног општења, комадића сунђера натопљеног у благ раствор неке од поменутих киселина. Комадић сунђера механичким путем спречава продирање сперматозоида у горње путеве, а благ раствор киселине их уништава. Не може се, међутим, рећи да је ова метода поуздана, па је саму не можемо препоручити.

Вагиналне таблете и глобуле. – У циљу спречавања нежељене трудноће могу се дубоко у вагину кратко време пре односа ставити таблете које се под дејством вагиналног секрета растапају и својим хемијским својствима неповољно утичу на виталност, покретљивост, а тиме и на оплодну способност сперматозоида. Осим киселих својстава, ове таблете

често садрже и мале количине кинина. Неке од њих, растварајући се у вагини, стварају извесну желатинозну скрамцу која покрива спољно ушће грлића материце, па се на тај начин и механичким путем спречава даље продирење сперматозоида, док друге то постижу обилним стварањем пене. Осим таблета, постоје и сперматоцидне глобуле са сличним контрацептивним дејством. Употреба ових таблета и глобула не пружа апсолутну заштиту од зачећа, па је боље користити их у комбинацији са неком другом методом или средством.

Сперматоцидне масти и пасте. – Ова средства обично се користе заједно са дијафрагмом или цервикалним капицама. Поседују изразиту сперматоцидну способност па повећавају сигурност средстава са којима се комбинују. Међутим, оне се са приличном сигурношћу могу и саме користити. При томе се дубоко у вагину пре пуног односа нарочитим интродуктором уводи одређена количина контрацептивне масти или пасте. Позданије је, међутим, ако се ова средства користе истовремено са још неким од постојећих (пенотан-паста и пена-гел-маст).

БИОЛОШКЕ МЕТОДЕ КОНТРАЦЕПЦИЈЕ

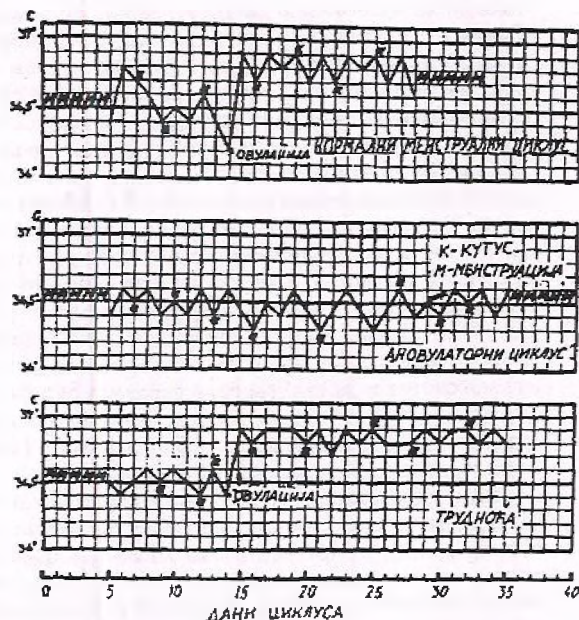
Ради спречавања зачећа покушавало се и са парентералним или пероралним давањем комбинације хормона и њихових деривата. До сада су постигнути релативно задовољавајући резултати оралном применом таквих комбинација, тако да су орална средства данас у широкој употреби и дају се углавном у виду таблета.

Таблете се узимају свакодневно по једна, од 6-ог до 25-ог дана од почетка менструације. Ова терапија спроводи се у току девет месеци, па се после тромесечне паузе, када се користе друге антиконтрацепционе методе, поново наставља.

Осим узимања оралних таблета, постоје и друге биолошке методе којима се покушава избећи нежељено зачеће. Треба знати да се ни хормонске пилуле ни ин. раутерини улошци не могу препоручити младим девојкама и младим женама које нису рађале.

Једна од биолошких метода која заслужује пажњу јесте метода коришћења физиолошки неплодних дана, такозвана Огино-Кнаусова метода по ауторима који су је први препоручили и образложили. Ова метода заснива се на претпоставци да се код жене у једном менструационом циклусу, на 14 дана пре очекивања менструације, догађа само једна овулација и да је време кад настаје овулација релативно константно. Под претпоставком да је јајна ћелија способна за оплођење 48 часова по овулацији и да је сперматозоид исто толико после ејакулације способан да оплоди јајну ћелију, закључује се да оплођавајући полини однос највероватније треба да се деси у границама од два дана пре и два дана после момента овулације. Према томе, код жене са циклусом од 28 дана и са овулацијом од 14 дана, критично време за оплођење било би између 12-ог и 16-ог дана менструационог циклуса. Како се тачан датум овулације не може фиксирати, допушта се да може настати извесно његово померање, па се сматра могућним да жена не може бити оплођена пет дана по престанку про-

Слика 45. –
Кривуља базалне
температуре



текле и седам дана пре очекиване менструације, и у то време жени се може одобрити слободно полно општење. Међутим, ова рачуница има само релативну вредност и може се користити само код жена које су имале редовне менструационе циклусе најмање дванаест месеци пре њене примене, што је случај код око 50% жена, док друге, са недовољно уредним циклусима, и у време такозване физиолошке неплодности могу затруднети. Због тога таквим женама треба препоручивати да и у време физиолошке неплодних дана користе контрацептивна средства и методе. У остале дане, када је могућност за настајање трудноће врло велика, треба стриктно и обавезно спроводити контрацептивне мере.

ЦИТОГЕНЕТСКИ ПРОБЛЕМИ У ГИНЕКОЛОГИЈИ

Последњих година цитогенетика као дисциплина биологије направила је велики напредак. Захваљујући томе, у медицини уопште, а у гинекологији посебно, разјашњен је постанак извесних урођених неправилности и обољења, односно синдрома, чије порекло доскора није било познато. Наиме, скорашњим открићем у цитогенетици доказано је да се једарна супстанца, преко које се на потомство преносе наследне особине и која се у фази привидног мировања тешко запажа у једру, у току деобе ћелија концентрише у кончасте творевине, хромосоме, који се сврставају у парове и групишу у облику вретена између центросома двају будућих једара. Пред саму деобу једра хромосоми се уздужно деле и свака од

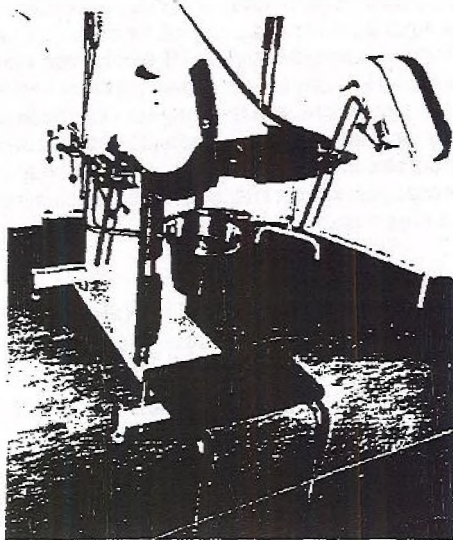
новонасталих ћелија добије исти број хромосома колико је имала и мајка ћелија. Број хромосома у једру карактеристичан је и сталан за одређену животињску врсту. Доскора се мислило да се у ћелији човека налазе по 48 хромосома, односно по 24 пара. Најновија истраживања показала су да се код човека налазе 46 хромосома, односно 23 пара. Од њих су 22 пара такозвани аутосоми, а двадесет трећи пар представља полне хромосоме. Сваки пар хромосома има своје место у кариотипу и број који носи. Два највећа хромосома чине пар означен бројем 1, а пар двају најмањих означен је бројем 22. Пар полних хромосома обележен је бројем 23. Док су аутосомни хромосоми у сваком пару међусобно једнаки, полни хромосоми су код женске особе такође једнаки и означавају се са XX, а полни хромосоми су код мушкараца неједнаки по изгледу и величини. Вели хромосом по облику личи на аутосоме и означава се са X, а мањи подсећа на слово Y и означава се Y. Сексуални хромосоми женских особа, означени са X, осим карактеристика пола, носеци су и других бројних особина, а сексуални хромосом Y који се налази само код мушкараца једино је носилац мушкости. У ствари, у хромосомима се налазе многобројне мање јединице, назване гени, за које су везане одређене особине које се наслеђем преносе на потомство. Сматра се да су гени линеарно поређани у хромосомима и да сваком гену одговара одређена особина. Као што смо поменули, гени преносе одређене особине на потомке, односно одређују њихове телесне и душевне карактеристике. Гени су у хромосомима такође поређани у паровима. Ако једна особа за једну одређену особину поседује два истоветна гена, за њу кажемо у односу на ту особину да је хомозигот, а ако гени парњаци нису истоветни, онда је особа хетерозигот, тј. ген од једног родитеља у погледу одређене карактеристике разликује се од гена другог родитеља. Који ће ген за одређену особину у том случају бити наслеђен, зависи од тога који је доминантан, а који рецесиван. Мноштво парних гена за различите телесне и душевне карактеристике омогућава у наслеђу неслућен број комбинација особина која ће се као наследне појавити код одређеног потомка. Сами гени, који одржавају активност ћелија и служе као преносиоци особина, састоје се од дезоксирибонуклеинске киселине. Унутрашњи распоред наслеђених гена једне особине назива се генотип. Уочљиве телесне и душевне особине и карактеристике које карактеришу једну особу називају се фенотип. Фенотип и генотип се не подударају један с другим, јер за све телесне и душевне особине у конституцији генотипа постоје по два гена, од којих само један може доћи до изражаја у фенотипу.

Као што свака ћелија у организму човека поседује 23 пара хромосома, и незреле полне ћелије садрже 46 хромосома, од којих су два полна. У току сазревања и мушке и женске полне ћелије изврше редукционе деобе, при чему се од 46 хромосома, односно од диплоидног броја, у свакој зрелој полној ћелији нађу по 23 хромосома, али хаплоидан број. Према томе, за оплођење способне зреле ћелије и мушкараца и жене, или гамети, садрже по 23 хромосома. Када се при оплођењу споје мушка и женска полна ћелија, тј. када из два гамета постане зигот, онда се спајањем по 23 хромосома добију 23 пара. Ако се десило да се у оба гамета од полних хромосома нађе по један X-хромосом, онда ће оплођена ћелија

имати два X сексуална хромосома и зачетак ће бити женског пола. Ако је, пак, један од гамета имао X полни хромосом, а други Y, онда ће новонастало биће бити мушког рода. У току сазревања мушких и женских полних ћелија, односно у току и после оплођења, могу се на хромосомима јавити структуралне и нумеричке абериације које са собом повлаче значајне промене у фенотипу новонастале особе. Као последица тих абериација велики број оплођених јајних ћелија угине још у свом раном развоју и бива избачен из материце. Према данашњим схватањима, око 20% спонтаних побачаја последица је хромосомских абериација које у гаметима претходе оплођењу. Исто тако, данас се и велики број поремећаја и обољења у телесној и психичкој сфери појединих особа приписује хромосомским абериацијама. У томе и лежи клинички значај промена у оплодним ћелијама, односно у њиховим хромосомима као носiocима наслеђа. Различити механички, хемијски, термички или физички чиниоци могу у експерименту довести до генетских промена у ћелијама експерименталних животиња. На жалост, резултати добијени у експериментима не могу се механички и безрезервно преносити и на човека, а с друге стране, овакви опити се не могу вршити на човеку.

УСТАНОВЕ ЗА ЗАШТИТУ ЖЕНА СПЕЦИФИЧНОСТИ И ОРГАНИЗАЦИЈА РАДА НА АКУШЕРСКОМ И ГИНЕКОЛОШКОМ ОДДЕЉУ ГИНЕКОЛОШКА АМБУЛАНТА

Превентивну и терапијску здравствену заштиту жена код нас пружају здравствене установе у којима раде лекари и медицинске сестре, првенствено акушерског смера, обаспољбене за ове задатке. При томе се под здравственом заштитом подразумева не само лечење већ, што је још важније, настојање да се предузимањем одговарајућих мера спречи појава болести или заустави њен ток у самом почетку када су оштећења од болести и последице које могу да је прате најмање и када је терапију најлакше и најбоље спровести. Овај важан задатак у првом реду припада диспансерима за жене при домовима здравља. У њима се у циљу превентиве спроводи организовано здравствено васпитање жена, у првом реду трудница, било да желе да роде или да прекину трудноћу, затим неплодних жена и пацијенткиња код којих постоји сумња на могућност појаве малигнух обољења. Здравствено васпитање треба да се спроводи организовањем популарних предавања из ових области првенствено у саветовалишту за труднице, за планирање породице (контрацепција и стерилитет) и у саветовалишту за рано откривање малигнух обољења женских полних органа. Осим тога, на здравственом васпитању треба радити индивидуално са болесницама у амбулан-



Слика 46. - Гинеколошки сто

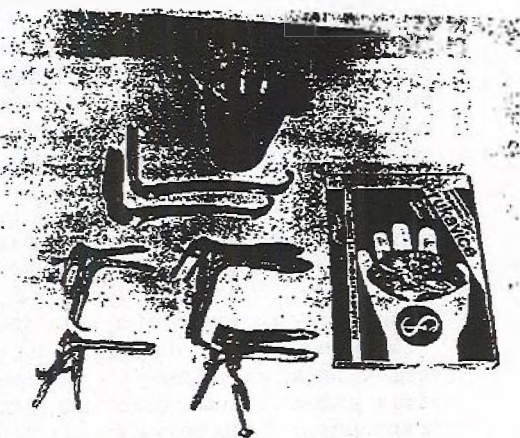
тама опште медицине и у гинеколошким амбулантама. На томе треба такође да раде и медицинске сестре и бабице које при домовима здравља учествују у организацији и реализацији патронажне службе.

Првенствено дијагностичку и терапијску заштиту здравља жена, не умањујући ни значај њихове превентивне, више појединачне заштите, пружају женама и гинеколошко-акушерска одељења општих болница или специјализованих гинеколошких болница и клиника. У

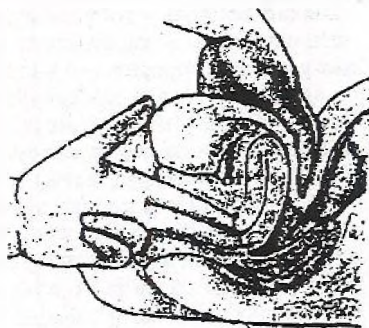
њима се решавају компликованији дијагностички проблеми, лече тежа гинеколошка и акушерска обољења која се не могу амбулантно решавати, спроводе нормални и патолошки порођаји и изводе оперативни захвати на полним органима жена.

Због природе посла, као и због тога што се жене порађају у било које доба дана и ноћи и што се тешка гинеколошка обољења или акушерске компликације, а поготову по живот опасна крварења, могу у било које време изненада јавити гинеколошко-акушерска одељења раде дано-ноћно и без прекида, примајући и збрињавајући хитне случајеве који нису ретки у гинеколошко-акушерској пракси. Отуда је рад на оваквим одељењима веома напоран и одговоран и за лекара, а и за остале здравствене раднике запослене у њима.

Према томе, уз домове здравља и гинеколошко-акушерска одељења при општим и специјализованим болницама или клиникама са својим гинеколошким амбулантама имају веома важну улогу у здравственој заштити жена.



Слика 47. — Прибор за гинеколошки преглед



Слика 48. — Унутрашњи вагинални преглед

ПРИЈЕМ БОЛЕСНИЦА И ТРУДНИЦА НА ОДЕЉЕЊЕ И ПСИХИЧКА И ФИЗИЧКА ПРИПРЕМА ПОРОДИЉЕ ЗА ПОРОЂАЈ

У савременим гинеколошко-акушерским стационарним установама, било да су у питању одељења или специјализоване болнице или клиничке, инсистира се на одвојености гинеколошких од акушерских одељака, односно одељења. Настоји се да се обезбеди посебан приступ једнима и другима, те да се онемогући мешање гинеколошких са акушерским пацијенткињама, а нарочито са породиљама и бабињарама. Овакав поступак спроводи се и у току трајања хоспитализације.

Гинеколошке болеснице долазе у амбуланте гинеколошких одељења или болница са упутом гинеколога надлежног дома здравља ради консултативног прегледа или ради пријема и лечења. Такве болеснице, осим уобичајене партиципације, уколико постоји, ослобођене су плаћања прегледа. Насупрот томе, пацијенткиње које дођу без упута у болничку гинеколошку амбуланту саме сnose трошкове прегледа.

Прво што здравствени радници на пријему, односно лекар који прегледа у гинеколошкој амбуланту, морају да учине јесте провера докумената и установљивање идентитета пацијенткиње. На тај начин избегава се коришћење туђих докумената, а тиме и туђих права на бесплатну или повлашћену здравствену заштиту од стране лица која та права не уживају. Пропусти на том плану могу да имају судско-медицински значај.

Када надлежни лекар прими болесницу на болничко испитивање или лечење, она се упућује у гардеробу где се пресвлачи у болничко рубље које ће носити док је хоспитализована. Ако није у питању изузетно хитан случај, пре него што дође на одељење на које је упућена, болесница треба да се окупа. Уз рубље болесница добије убрис и сапун, а за остале потребе за одржавање личне хигијене треба да се сама побрине (четкица за зубе, калодонт и друго).

Пријем трудница и породиља врши се на сличан начин, али одвојено од гинеколошких болесница. Уколико није у питању хитан случај или одмакао порођај у доба истискивања плода, при пријему поступа се на исти начин као и код описаног пријема гинеколошких болесница. Ако је пак у питању породиља са напонима у фази истискивања плода, скраћује се административна процедура узимања података од породиље која се одмах одводи у породилиште, а подаци се узимају из докумената и од пратилаца или пак од саме породиље у породилишту или када се породи. У редовној процедури лекар је обавезан да у пријемној амбуланту прегледа трудницу или породиљу, провери њен идентитет, установи старост трудноће и опште стање жене, одреди положај, став, смештај и држање плода, установи вредности спољних карличних мера, стање и виталност плода, одреди да ли је порођај почео и у којој се фази налази, изврши унутрашњи преглед и дијагностикује да ли су плодови овојци цели и какво је стање вагиналног дела грлића, односно колика је дилатација његовог спољњег ушћа. Велику помоћ могу да пруже подаци добијени прегледом труднице помоћу ултразвука. Са свим подацима амбулантни

лошком одељењу. Изподе га бабица или медицинска сестра. Супротно томе, вагинална испирања из хигијенских разлога врши сама жена, обично у купатилу.

У амбулантним условима вагинално испирање врши се помоћу кригатора који се састоји из кантице од емајла, гуменог црева дужине 1,5 m и наставка од каучука који је шупаљ и са рупицама кроз које отиче раствор за испирање у вагину. Овај наставак увлачи се у вагину. Пре сваке употребе кригатор са наставцима треба стерилисати, а после употребе одмах опрати. Вагинално испирање обично се врши неким од благих раствора слабих киселина, привремено сирћетне, млечне или борне или благим раствором неког дезинфекционог средства (дезол, асепсол). У исте сврхе може да се користи, као што је већ поменуто, и благ раствор хиперманганана или чај од камилице. Материјал за вагинално испирање припреми се на тај начин што се на покретан стоцић прекривен стерилном компресом стави пар стерилних гумених рукавица, стерилна Песанова клема или пинцета, неколико стерилних тупфера (брисева од газе) и већ поменуте стерилне посуде, емајлирана кантица, гумено црево дужине 2 m и избушен наставак од каучука са рупицама кроз које течност за испирање отиче у шупљину вагине. Све то прекривено је другом стерилном компресом. Стоцић се ставља са леве стране гинеколошког стола на коме лежи болесница. Пре испирања болесница легне на гинеколошки сто са размакнутих и лако подигнутим ногама, савијеним у куковима и коленима и потколеницама ослоњеним на нарочите подупираче. Испред изице гинеколошког стола налази се причвршћен лавор у који из вагине отиче течност којом се жена испира. Кантица кригатора напуни се течношћу за испирање загрејаном нешто изнад телесне температуре жене, па се кригатор, чији је доњи крај цеви затворен малом славинам, подигне на 1 до 1,5 m висине, а доњи крај цеви од кригатора, на коме се налази наставак од каучука, увуче се што дубље у вагину. Затим се одврне славина која задржава течност у кригатору, те она постепено из кантице исцури у вагину жене, а затим у лавор причвршћен за гинеколошки сто.

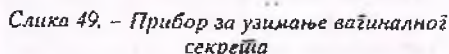
У домаћим условима вагинално испирање врши се на истоветан начин, а изводи га сама жена у купатилу. Пошто увуче канилу кригатора у вагину, жена која је у полулежећем положају подигне кантицу на што већу висину, отвори славину и течност за испирање излучи што дубље у вагину.

УЗИМАЊЕ ВАГИНАЛНОГ СЕКРЕТА – ПРИПРЕМА МАТЕРИЈАЛА И ТЕХНИКА РАДА

Садржај вагине код здраве женске особе, без обзира на њен узраст, обично је течан и оскудан, заправо једва довољан да одржава влажном слузокожу вагине обложену плочастим вишеслојним епителом. Садржај вагине здраве жене у генеративном периоду живота чини трансудат крвних судова зидова вагине, бројне десквамисане епителне ћелије које се непрекидно љуште са површине ендометријума, ендоцервикса и повр-

Ови бацили имају важну улогу у самозащити вагине од спољне инфекције јер претварајући гликоген десквемисаних површинских ћелија слузокоже вагине у млечну киселину стварају киселу средину неповољну за развој и размножавање патогених бактерија у њој (рН вагине око 4,5). У случају запаљења слузокоже вагине или грлића мате-

За узимање вагиналног бриса припреми се покретан сточић који се прекрије стерилном компресом на коју се ставе стерилне гумене рукавице, стерилна пинцета или дужа Пеанова клешта, неколико стерилних тупфера газе, предњи и задњи вагинални ескартери или стерилан вагиналан спекулум, стерилан дрвени штапић с учвршћеним комадићем вате на једном крају и стерилне плочице на којима ће се начинити размаз. Сточић се до интервенције покрије другом стерилном компресом од платна. Пошто се вагиналним ескартерима или спекулумом отвори вагина, стерилним комадићем вате причвршћеним на стерилном штапићу узме се брис из задњег свода вагине или из спољњег ушћа грлића или цервикалног канала, па се на стерилној плочици направи размаз. Ако се жели преглед вагиналне флоре, односно идентификација у њој присутних бактерија, брис се узима из задњег свода вагине, а ако се испитује дејство оваријалних хормона, размаз треба начинити од бриса узетог са задње трећине бочних вагиналних сводова. Уколико се вагинални размаз користи за доказивање малигних промена десквамисаних ћелија када се сумња на постојање малигног процеса на слузокожи вагине, грлића, ендоцервикса или ендометријума, или чак и ендосалпинкса, материјал за микроскопски преглед треба узети са сумњиве лезије на вагини, са слузокоже цервикса, из почетног дела ендоцервикса и из задњег свода вагине. Узима се помоћу стерилног штапића са ватом на једном крају или



стерилном дрвеном шпатулом. Ватом се нежно прегнуће слузокожи са које се узима материјал, па се од њега начини што тачни размлаз на стакленој плочици. Плочицу са размизом треба одмах ставити у раствор за фиксирање. Поступак треба наставити бојењем по методи Папаникколау. Пошто се бојење заврши, препарат преузима квалификовани цитолог који прегледом помоћу микроскопа на основу карактеристика десквамисаних ћелија поставља цитолошку дијагнозу.

ПРИПРЕМА ЖЕНЕ И МАТЕРИЈАЛА ЗА ПОБАЧАЈ И НЕГА ПОСЛЕ ПОБАЧАЈА

Побачај или прекид трудноће подразумева одстрањивање зачетка, односно плода и осталих делова овулума из материце до 28. недеље његовог интраутериног живота. Такав прекид може бити спонтан, а може бити и намеран. И у једном и у другом случају мора се, да би се материца у потпуности ослободила овулума и његових делова, урадити киретажа. Такође, у оба случаја припрема болеснице, инструмената и материјала готово је идентична, па ћемо овде говорити само о припреми за прекид ране трудноће. Такав прекид код нас је дозвољен без икаквих формалности до десете недеље трудноће. После тог времена, све до двадесете недеље трудноће, прекид се може урадити само изузетно, и то уз дозволу одговарајуће комисије. Артефицијалан прекид врши се у болничкој операционој сали у општој, обично интравенској краткотрајној анестезији. За ову интервенцију болесница се припрема као и за остале гинеколошке вагиналне операције.

Инструменти и материјал ставе се на покретан стоцић прекривен стерилном компресом, па се на њу поређају још четири стерилне компресе за заштиту, односно покривање околине оперативног поља, затим стерилни тупфери, пинцете, предњи и задњи вагинални екартер, матери-



Слика 50. — Материјал и инструменти за артефицијални прекид трудноће

чна сонда, зупчаста клешта и метални дилататори, обично пречника 12 mm. Осим дилататора, потребно је припремити и абортна клешта или шупљу металну канилу за аспирацију и неколико кирета различите величине. Све то ставља се на сточић преко стерилне компресе и прекрива другим стерилном компресом до почетка интервенције.

Непосредно пре интервенције болесница на потколенице навуче широке платнене чизме, па легне на гинеколошки оперативни сто размакнутих колена и потколеница ослоњених на нарочите подупираче. Претходно обријана и опрана кожа стиднице премаже се неким дезинфекционим раствором (повидон, карбофуксин, дезол, асепсол), па се оперативна поље заштити помоћу четири стерилне компресе. После тога анестезиолог пажљиво уведе пацијенткињу у општу интравенску, ређе у инхалациону анестезију. Понекад, ако за то постоје оправдани разлози, лекар може да у раду користи и локалну анестезију. После тога приступа вршењу оперативне интервенције.

По интервенцији болесницу треба најпре пробудити из анестезије и контролисати неколико сати да ли крвари из материце. Било да остане у болници, било да неколико сати по буђењу и кратком опоравку оде кући, она треба три дана да лежи у постељи и да узима неки антибиотик широког спектра деловања како би се избегла постоперативна инфекција. Тек после тога може да иде на посао. Полне односе не би требало да има још месец дана, односно док не добије прву менструацију по операцији.

ПРИПРЕМА ИНСТРУМЕНАТА И МАТЕРИЈАЛА ЗА АМНИОСКОПИЈУ

Ова интервенција изводи се код трудница при крају трудноће и код породиља на самом почетку порођаја. Због опасности од уношења инфекције у порођајне путеве и материцу обавезно је у току рада поштовати основне принципе асепсе и антисепсе.

Пацијенткиња се ставља на гинеколошки или порођајни сто, ногу савијених у куковима и коленима, размакнутих колена и потколеница ослоњених на посебне подупираче. Стидни предео, кожа спољних полних органа и предео чмара се обрију, оперу и премажу раствором неког дезинфекционог средства. Околина интроитуса вагине прекрије се са четири стерилне компресе да би се заштитило оперативна поље. Тако припремљена пацијенткиња спремна је за интервенцију.

На покретан сточић покривен стерилном компресом ставе се четири стерилне компресе, пар стерилних гумених рукавица, пинцета, вагинални метални спекулум, неколико стерилних тупфера од газе, амниоскоп. На доњу нестерилну преграду сточића ставља се посуда са раствором средства за дезинфекцију.

ПРИПРЕМА ИНСТРУМЕНАТА И МАТЕРИЈАЛА ЗА АМНИОЦЕНТЕЗУ

Амниоцентеза служи за добијање потребне количине плодове воде ради испитивања њених биохемијских својстава и садржаја ћелијских елемената. То се постиже пункцијом трбушног зида, материчног мишића и плодових овојака да би врх шупље игле доспео до амнионске шупљине и плодове воде у њој. Да би се спречило интраовуларно уношење инфекције, интервенција се мора вршити уз пуно поштовање основних принципа асепсе и антисепсе.

На покретач сточић покривен стерилном компресом ставе се четири стерилне компресе којима се покрива околина оперативног поља. Поред њих ставља се пар гумених рукавица, неколико тулфера од газе, дугачка игла слична игли којом се врши лумбална пункција, шприц и пинцета. Разумљиво је да материјал и инструменти морају бити стерилни. Како се пункција врши преко предњег трбушног зида, обично одмах изнад симфизе, пре интервенције треба обријати стидне длаке и кожу предела на коме ће се интервенцијом премазати дезинфекционим раствором. После тога околина места одређеног за пункцију покрије се стерилним компресима. На доњу нестерилну преграду сточића стави се посуда са дезинфекционим средством.

ПРВИ ПОДОЈ И НЕГА БРАДАВИЦА

У нормалним околностима, када је мајка здрава и новорођенче неопштећено, донесено, витално и без знакова неког обољења, ако су испуњени и други услови према новијим схватањима и ставу великог броја неонатолога, а то је пракса и на Гинеколошкој клиници у Београду, порођена жена треба да се припреми за сусрет са новорођенчетом, односно за први подој што пре после завршеног порођаја. Прецизније речено, већ шест сати после порођајног чина, иако је мала вероватноћа да ће дете моћи да буде сито после првих подоја, јер млеко бабињарама обично надолази другог или трећег дана бабиња. Према мишљењу лекара који заступају овакво гледиште врло је важно да се раним почетком првог дојења што пре успостави присна телесна и психичка веза између мајке и детета. Новорођенче ће, у ствари, од природног подоја моћи да буде сито тек другог или трећег дана, а дотле га треба прихрањивати. На први подој шест сати после порођаја могу да се носе новорођенчад тежа од 2 400 грама, која порођајем нису превише преморена нити су рођена са неком од аномалија која отежава дојење и захтева интервенцију лекара (зечја усна, вучја чељуст). Преморену, порођајем трауматизовану децу и децу са урођеним аномалијама, као и недонесену новорођенчад потребно је неко време хранити мајчиним млеком али кашчицом, па тек кад се разлози против дојења отклоне, треба их однети мајкама на подој, а то може потрајати и неколико, па и више дана. Важно је да се код мајки измузањем за то време одржава лактација.

Бабињара која доји мора посебно да води рачуна о личној хигијени. Она мора често да пресвлачи лично и постелно рубље и да се редовно купа. Спаваћница или кошуља не сме бити натопљена мајчиним млеком или знојем и не сме бити окорела. Пре првог, а и пре сваког каснијег подоја, бабињара мора да пере руке и да млаком водом и сапуном запере и чистим убрусом обрише и просуши обе дојке, а посебно предео око брадавица и саме брадавице. Тек после тога сме да стави новорођенче на прса, и то прво на дојку коју је при претходном подоју дете сисало као другу. Извесно време по подоју дете треба држати лако усправљено да би подригнуло и избацило ваздух који је при сисању прогутало. После тога дете се ставља у креветац да спава и да се одмара. Следћи оброк даје се на три сата, мада међу педијатрима има присталица и дојења на позив, то јест кад дете заплаче, али они су у мањини.

Да би се брадавице припремиле за дојење и да би се избегла појава компликација на овим врло важним и врло осетљивим органима, потребно је да се трудница припрема за дојење, односно да за то негује своје брадавице уз савете и помоћ медицинских сестара и лекара. У том циљу од средине трудноће треба почети са редовном и веома пажљивом негом брадавица како би кожа која их покрива очврсла и како би се при каснијем дојењу избегла појава напрстина (рагаде). Посебну пажњу треба посветити нези брадавица које су у нивоу брадавичастог поља или су чак увучене. Њих треба свакодневно извлачити и формирати их уз ојачавање њихове покровне коже површном, нежном масажом. Истовремено треба такође вршити и нежну масажу жлезданог ткива дојки потискујући благим, нежним покретима колострум из горњих партија дојки према брадавицама. Очврсле и формиране брадавице смањују опасност од настанка рагада на њима у току првенствено првих подоја када су оне најосетљивије. На тај начин избегава се стварање улазних вратница за усходну инфекцију дојки (маститис). Тако се редовном масажом жлезданог ткива за време трудноће припремају дојке за лактацију и редовно пражњење при дојењу новорођенчета, односно одојчета у првим месецима његовог живота. Стаза млека у жлезданом ткиву, његово згрушавање у дојкама, као и појава рагада, ако се не запазе на време и не санирају, скоро сигурно доводе до настанка запаљењског процеса у жлезданом и везивном ткиву дојке. Због тога је од посебне важности одржавање мера личне хигијене мајке дојиље, посебно хигијене дојки и хигијенских мера пре сваког подоја и конглола и нега брадавица и дојки у трудноћи, порођају и за све време лактације.

ХИГИЈЕНА И НЕГА БАБИЊАРЕ

После порођаја породиља остаје најмање још два сата у породилишту под непосредним надзором лекара или бабице јер за то време може наступити профузно и по живот опасно крварење. После тога бабињара се превози из породилишта и оставља на одељењу где леже порођене жене, али су лекар и бабица дужни да је и даље контролишу. Пре него што

легне у постељу, бабињари се оперу спољни полни органи и преко њих стави стерилан уложак од вате умотан у газу. Кожа спољних полних органа пере се стерилном ватом натопљеном благим раствором неког дезинфекционог средства, најчешће дезолом. Уколико постоји шав на међици, нези спољних полних органа посвећује се посебна пажња. После сваког зазирања треба осушити рану на међици стерилним комадићима газе и заправити кожу танким слојем праха неког антибиотика са широким спектром деловања. У принципу, сваку бабињару треба зазирати бар два пута на дан, изјутра и увече. Бабињаре са шавом на међици треба зазирати и после сваког обављања велике или мале нужде.

У бабињама ваља постојати да се поврати нормална фигура жене и да се ојача снага њених мишића. То се постиже гимнастичким вежбама са којима треба почети првих дана по порођају, још док је бабињара у постељи и наставити касније кад почне да устаје из кревета. Вежбе треба изводити систематски и свакодневно. Оне се углавном састоје из прегинања и опружања трбушних и леђних мишића и мишића ногу. Да би се спречило попуштање потрбушине и помогло формирање фигуре бабињаре, осим гимнастичких вежби препоручује се и ношење појаса који стеже потрбушину и помаже трбушном зиду у држању трбушних органа и супротстављању интраабдоминалном притиску.

Са устајањем бабињаре из постеље не треба ни одуговлачити ни преурањити. Здрава бабињара може да почне да устаје из постеље већ сутрадан после порођаја. Јасно је да то важи за бабињаре које су имале нормалан порођај, које су здраве и добро се осећају и које немају на међици ране од већих расцепа и великих епизнотомија. Ако је у току порођаја извршена дугачка и дубока епизнотомија или је настао велики расцеп на међици, који је ушиван, са устајањем бабињаре не треба преврше журити. Код таквих жена устајање се дозвољава трећег или четвртог дана, тј. пошто се установи да је шав на међици зарастао и пошто бабињара спонтано или помоћу лаксантних средстава добије столицу. Уколико постоје знатније компликације, лекар од случаја до случаја одлучује докле ће бабињара остати у постељи. Рано устајање и гимнастичке вежбе, које бабињара почиње да изводи још док не устаје из постеље, одлична су прехрана против тромбофлебитиса и емболије.

Што се исхране тиче, првих дана по порођају бабињара треба да узима лако сварљиву храну, претежно лактовегетатилну. У то време поред млека, куваног гриза, сутлијаша, пудинга и кремova она може да узима пире од кромпира, кувано живинско и телеће месо, млад сир, свеже воће, компоте и другу сличну храну. Од четвртог дана па надаље, ако не постоје посебни разлози против тога, бабињара постепено прелази на обичну исхрану водећи рачуна о томе да извесне намирнице могу да шкоде детету које се храни мајчиним млеком (нпр. пасуљ, грашак, купус).

Опште стање бабињаре треба свакодневно надгледати и контролисати њен изглед, боју коже и видљивих слузокожа, артеријски крвни притисак, пулс, телесну температуру, дисање и друго. Осим тога, сваког дана треба прегледати дојке да се види да ли жена има довољно млека, да ли се дојке празне после подоја, да ли су набрекле и топле, какав је венски прегеж на њиховој кожи и има ли у њима осетљивих места и отвордлина.

Ако је у питању поремећена интраутерина трудноћа у смислу претећег или почетног спонтаног побачаја, а зачетак је жив, што се установљавало ехографијом (ултразвук), хормонским испитивањем крви и мокраће труднице, трудницу, уз уобичајену негу, треба ставити у постељу и одредити јој мировање. При томе улошцима стављеним преко спољних полних органа треба мерити количину изгубљене крви и проверавати да ли крварење престаје или се појачава. Ако се крварење појачава или се прегледом помоћу ултразвука запази да је зачетак угинуо, ради се киретажа, те се гравидна материца ослободи угинулог овулума. Исто се чини и када је у питању непотпун или потпун побачај. Испражњена материца чврсто ретражује своје мишићне зидове затварајући тиме преклинуте крвне судове, што доводи до престанка крварења. Болеснице код којих је на овакав начин урађена киретажа треба неколико дана задржати у постељи, дати им превентивно неки од антибиотика широког спектра и стављати им кесу с ледом на доњи део трбуха. До отпуста треба контролисати изглед болеснице, боју коже и видљивих слузокожа, артеријски крвни притисак, пулс, температуру, осетљивост доњег дела трбуха на додир и притисак, проверавати да ли је крварење из материце престало и колика је дневна количина излучене мокраће. Исто тако треба водити рачуна о чистоћи рубља и постељине, као и о личној хигијени болеснице. У том случају болесницу треба редовно купати и неколико пута на дан запирати јој спољне полне органе млаком водом и сапуном.

Ако крварење по количини није алармантно, а последица је ниског усађивања постељине, треба прегледом помоћу ултразвука прецизно одредити локализацију постељине, трудницу задржати на акушерском одељењу, припремити крв одговарајуће групе и Rh-фактора за евентуалну трансфузију и настојати да се трудноћа изнесе што ближе датуму очекиваног порођаја. Код централног типа овог усађивања треба завршити царским резом. Ако је узрок крварења превремено одлужљивање нормално усађене постељине, клиничка слика и количина изгубљене крви у првом реду зависе од пространства одлужљене површине постељине. Одлужљивање мањих површина може да протекне без озбиљнијих симптома и без тежих последица и да прође чак незапажено. У најтежим пак случајевима, названим утероплацентна алоплексја, плод угине у материци одмах после пространог одлужљивања плаценте, а трудница је у веома тешком стању које захтева брзу лекарску помоћ и интервенцију. Између осталог, трудница је у тешком циркулаторном колапсу и треба је, после кратке реанимације, оперисати, односно урадити царски рез и на тај начин ослободити угнутог плода. Пре и у току операције болесници треба интравенским путем надокнадити изгубљену крв и течност. Понекад, додуше ретко, код овог патолошког стања матерични мишић је веома оштећен дегенеративним променама, те није у стању да се трајно контрахује, што изазива обилно и по живот опасно крварење. Иако су у већини таквих случајева у питању млада жене којима је то често прва трудноћа, у циљу спасавања њиховог живота царски рез се мора понекад, у најтежим случајевима, наставити оперативним одстрањем материце. После операције болесница, која је обично још неколико дана у тешком стању, ради стручнијег и бољег надзора и лечења и ради потпуније пост-

оперативне неге задржава се на одељењу интензивне неге где се њено стање даноноћно прати. Док је на том одељењу, стално се посматра њен изглед, контролишу пулс, температура и дисање, мери диуреза, проверава и успоставља баланс течности и електролита, прати успостављање пасаже црева, по потреби проверава крвна слика и хематокрит и ако се установи јаче изражена анемија, даје се трансфузија одговарајуће крви.

И у току порођаја, као и у другој половини трудноће, крварење из материце може потицати од плаценте превије или због превременог одлбљивања нормално усађене постељице или чак од раније поменутих локалних промена на слузокожи вагине и грлића материце, укључујући и карциноме. Због тога и код трудница унутрашњи преглед треба започети визуелним посматрањем слузокоже вагине и грлића уз помоћ спекулума или екартера. Од ових локалних крварења, много чешћи узрок крварења у трећем и четвртном добу порођаја јесте неправилно одлбљивање плаценте или атонија материце.

Разлози неправилног одлбљивања постељице могу бити различити: миоми на зиду материце, посебно ако су субмукозне локализације, ниско усађена постељица, прирасла, срасла или урасла постељица у мишићни зид материце, прерастегнута материца крупним плодом, вишесплодном трудноћом или превеликом количином плодове воде, ожиљна материца због ранијих операција или бројних киретажа. Многа од ових патолошких стања, поред задржавања неодлбљених комадића плаценте, могу бити разлог и атоније материце са наглим, обилним и по живот опасним крварењем из овог органа. И у случају крварења због неправилног одлбљивања постељице, као и у случају атоничног крварења у четвртном добу порођаја неопходна је хитна акушерска интервенција, односно ручно одлбљивање постељице, и/или само ручна ревизија материчних зидова са давањем утеротоничних лекова (окситоцин, синтоцинон, метергин) и антибиотика у циљу спречавања појаве инфекције. Осим тога, болесница треба да бар први дан по порођају држи кесу с ледом на доњем делу трбуха.

У случају акутне анемије због обилног крварења треба надокнадити изгубљену крв трансфузијом крви одговарајуће групе и регулисањем баланса течности и електролита. Болесница, зависно од општег стања, неколико дана не треба да устаје из постеље. За то време треба контролисати телесну температуру, пулс, артеријски крвни притисак, крвну слику, а по потреби хематокрит и мокраћу. Течност и храну треба да узима редовно и без ограничења. Такође треба водити рачуна о њеној личној хигијени. Уз добар третман, негу и терапију успешан опоравак уследи већ неколико дана по порођају када се болесница излечена и опорављена отпушта из болнице.

НЕГА ТРУДНИЦА СА РАНИМ ГРАВИДИТЕТНИМ ТОКСИКОЗАМА

У случајевима раних гравидитетних токсикоза, као што су прекомерно лучење пљувачке (pialismus gravidarum) и почетни стадијум јутарњег стуживања са ретким повременим повраћањем, није потребна посебна

уколико пhtiјализам није сувише изражен. Проблеми неге јављају се тек ако повраћање узме маха, те болесница дође у стадијум прекомерног повраћања. Такве болеснице се због поремећеног, односно погоршаног, општег стања морају хоспитализовати. Труднице у тој фази болести због честог повраћања нису у стању да у организам унесу и задрже течност ни-ти било какву храну, а истовремено губе велике количине течности и електролита. Због тога постају дехидратисане, а мења се и електролитни статус у крви и ткивним течностима. У крви долази до хемокоен-трације и због тога при контроли крвних елемената до нечачних, боље рећи нестварних вредности (еритроцити, леукоцити, тромбоцити, хемо-глобин). При општем прегледу запажа се да су кожа и видљиве слу-зокоже труднице лако субиктеричне, при чему је она малаксала, уморна, исцрпљена. Усне су суве, језик бело обложен, сув, вежњаче жућкасте и такође сасушене. У таквом стању трудници треба пружити што брже по-моћ, ставити је у постелу, парентерално дати средства против повраћа-ња, надокнадити изгубљену течност и успоставити поремећени електро-литни баланс. То се постиже интравенским давањем физиолошког раствора натријум-хлорида или глукозе са витаминима. У току лечења треба свакодневно контролисати изглед труднице, мерити њену телесну масу и телесну температуру, одређивати учесталост и друге квалитете пулса и, што је од посебне важности, мерити количину излучене мокраће у току 24 часа и прегледати мокраћу, а посебно у њој тражити кетонска тела. Чим престане повраћање, што се обично дешава дан или два по започетом лечењу, треба прехи на орално давање лекова, течности и хране. Терапију, и поред јасног побољшања или ишчезавања симптома болести, треба наставити још неколико дана како не би по отпуштању труднице из болнице дошло до рецидива и њеног повратка на поновно лечење. Због те опасности и по отпусту из болнице треба неко време на-ставити са лечењем, уз повремену лекарску контролу.

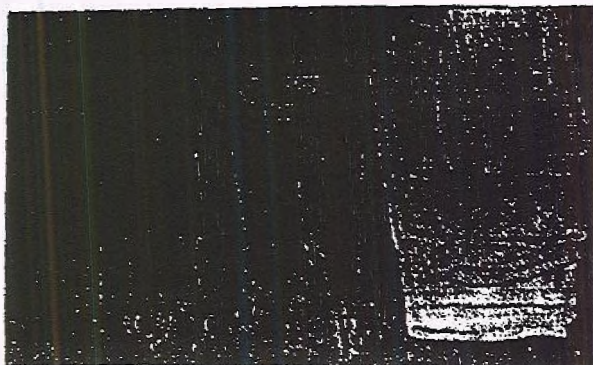
НЕГА ТРУДНИЦА ОБОЛЕЛИХ ОД КАСНИХ ГРАВИДИТЕТНИХ ТОКСИКОЗА, А ПОСЕБНО ТРУДНИЦА СА ЕКЛАМПСИЈОМ

Код лакших облика касних гравидитетних токсикоза треба бити све-стан опасности од даљег напредовања болести и опасности од појаве правих екламптичких напада. Зато и код нефропатије гравидних жена, а тим пре код трудница са прееклампсијом, треба настојати да се отклони опасност од преласка болести у стадијум праве еклампсије. То се пости-же одговарајућом исхраном, хоспитализацијом тежих болесница и дава-њем лекова који делују умирујуће на централни нервни систем, снижава-ју повишен артеријски крвни притисак, смањују постојеће едеме и од-страњују беланчевине из мокраће. Трудницу треба сместити у болничку постаљу, обезбедити мир, заштитити је од буке и других спољних дражи. Потребно је редовно мерити артеријски крвни притисак, контролисати

својим прстима изнад лица, проверавати стање отока на лицу и ногама, мерити дневну количину излучене мокраће и у њој пратити проценат излучених беланчевина. Ако не свакодневно, телесну масу труднице треба мерити бар сваког другог дана. Трудница са преeklampсијом мора да се подвргне одговарајућој исхрани. Она треба да узима храну са што мање соли, или без кухињске соли, и без масти животињског порекла. Бјеланчевине уноси у виду куваног, несланог пилећег или телешег меса, несланог младог сира или на посебан начин припремљеног крављег млека. Осим тога, трудница треба да узима и доста витамина, свеже поврће и воће. Тежина болести у појединим случајевима утиче и на квалитет и количину хране која се може дати таквој трудници. Трудницама са преeklampсијом треба доzirати уношење течности зависно од тежине болести и величине отока на ногама, лицу и осталим деловима тела. Строжа дијета, што је само по себи јасно, одређује се болесницама које су имале eklampтичке нападе. Њима се првих дана од хране даје само воће, и то у тежини излучене мокраће у току 24 сата. То воће се даје уместо и хране и течности, јер им се у то време уношење друге течности ускраћује. Труднице са тешким случајевима преeklampсије, као и у случају eklampсије са eklampтичким нападима треба по могућности сместити у засебну, замрачену собу, изоловати их од буке и других спољних draжи и утицаја и ставити им тамне наочари на очи. Поред болеснице треба увек да се налази неко стручно лице које ће јој помоћи у случају напада. Оно треба да има при руци спремљену дрвену шпатулу или варјачу, обмотану ватом и газом. Шпатула се, или дрвена варјача, у току eklampтичког напада ставља трудници у уста, између горње и доње вилице. да би се спречили невољни угриз језика у време тоничних и клоничних грчева мускулатуре главе, врата и лица. Таквим трудницама више пута на дан контролише се висина артеријског крвног притиска и редовно се мери диуреза. Болеснице од лекова добијају седативна средства, средства за снижење крвног притиска, а само ретко и лекове за побољшање диурезе. Најважније је да се таква трудница што пре ослободи плода, односно да се према датим условима спроведе порођај, вагиналним или абдоминалним путем. Иако по порођају симптоми преeklampсије и eklampсије убрзо ишчезавају, бабињара још дуго захтева посебну пажњу, негу и контролу од стране лекара и надлежног здравственог особља.

ПРИПРЕМА БОЛЕСНИЦЕ И МАТЕРИЈАЛА ЗА ПУНКЦИЈУ ДУГЛАСОВОГ ПРОСТОРА

Пункција Дугласовог простора врши се у дијагностичке и терапијске сврхе: за добијање садржаја најнижег дела трбушне дупље како би се на основу његових особина одредила дијагноза постојећег стања или ради пражњења страног садржаја из пунктираног простора и евентуалног убризгавања раствора потребних лекова у тај простор. Најчешће индикације за ову интервенцију јесу сумња на ванматричну трудноћу, а у прилог тога говори присуство свеже, делом хемоллизоване крви или старе хемо-

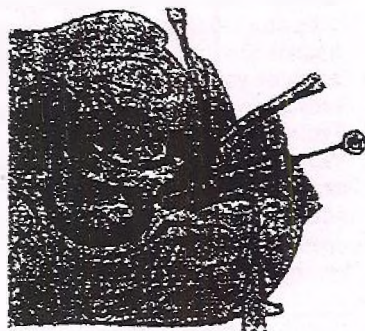


Слика 31. – Материјал и инструменти за пункцију Дугласовог простора

лизоване крви и ситних крвних угрушка у лункасту, и апсцес Дугласовог простора, одиодно загнојени пелвеоперитонитне када се пункцијом Дугласа добија гнојни садржај.

За ову интервенцију болесница се припрема као и за остале мале вагиналне оперативне захвате. Ставља се да леђима легне на гинеколошки сто са лако подигнутим ногама, размакнути коленима и потколеницама ослободеним на нарочите подупираче. На потколенице болеснице навуку се чисте, комотне, платнене чизме. Спољни полни органи оперу се благим раствором неког дезинфекционог средства, па се сличним раствором помоћу бригатора испере и вагинална слузокожа. После тога испод задњице болеснице, која је до саме пивце гинеколошког стола, стави се стерилна компреса. Спољни полни органи, унутрашње стране бутина и кожа стидног брежуљка премажу се неким дезинфекционим средством (повидоном), па се преко сваке бутине и преко доњег дела трбуха стави по једна трбушна компреса, али тако да се између њих остави простор за приступ интронтусу вагине.

Материјал и инструменти потребни за пункцију Дугласовог простора стављају се на покретан сточић покривен стерилном компресом. На њу се најпре ставе четири стерилне компресе за гармирање оперативног поља, пар стерилних гумених рукавица, неколико стерилних тупфера газе, пинцета, предњи и задњи вагинални екскерти, једнозуба зупчаста клешта, дугачка игла за пункцију са нешто ширим луменом и стерилна бризгалица (шприц) за аспирацију садржаја. Сви инструменти морају претходно бити стерилисани.

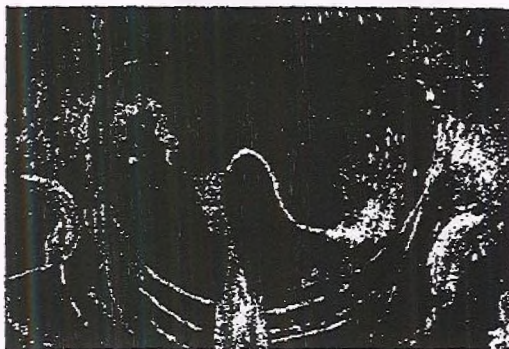


Слика 32. – Пункција Дугласовог простора

ПРИПРЕМА БОЛЕСНИЦЕ И МАТЕРИЈАЛА ЗА ИНСУФЛАЦИЈУ ЈАЈОВОДА

Инсуфлација или продузавање јајовода је интервенција при којој се кроз канал грлића материце под одређеним притиском убацује у материчну дупљу, а кроз њу и јајоводе у дупљу мале карлице, односно материчну шупљину, угљен-диоксид у гасовитом стању и тиме се проверава да ли су јајоводи пролазни.

Пре интервенције мора да се изврши гинеколошки преглед болеснице, уз истовремени преглед седиментације еритроцита, броја леукоцита и вагиналног секрета. Патолошки палпаторни налаз на гениталијама, изражена осетљивост у малој карлици, спонтана или при гинеколошком прегледу, и лоши лабораторијски резултати одлажу интервенцију до побољшања стања. За интервенцију је потребан апарат за инсуфлацију и боца са угљен-диоксидом. На покретан сточић покривен стерилном компресом поставе се четири стерилне платнене компресе, пар стерилних гумених рукавица, тупфери од газе и стерилни инструменти: пинцета, двоје једнозубих зупчастих клешта за хватање предње и задње усне грлића, канила која се увлачи у цервикални канал са гуменим цревом које је повезује са апаратом за инсуфлирање угљен-диоксида и уређај за мерење интраутериног притиска и његово бележење ради стварања кимографске кривуље. На доњу нестерилну преграду сточића ставља се суд са дезинфекционим раствором којим се пре почетка интервенције обрише слузокожа вагине и усминског дела грлића материце.

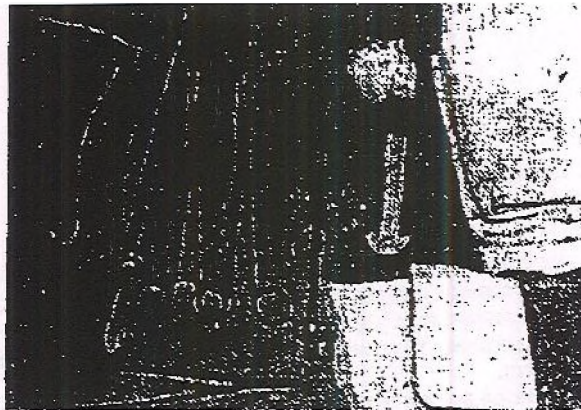


Слика 53. – Пролазни јајоводи

Манометром се контролише да при интервенцији притисак не пређе 200 mm живиног стуба како не би наступила руптура јајовода. На апарату се налази и писаљка која аутоматски уцртава линију притиска на нарочитом дободшу. Из изгледа добијене кривуље изводи се закључак о пролазности испитиваних јајовода.

ПРИПРЕМА БОЛЕСНИЦЕ, МАТЕРИЈАЛА И ИНСТРУМЕНАТА ЗА ХИСТЕРОСАЛПИНГОГРАФИЈУ

И ова, као и претходна, интервенција служи за утврђивање пролазности материце и јајовода. Она је поузданија од прве јер не само што даје



податке о пролазности или непролазности већ пружа информације и о облику матичне дупље, о стању јајовода и о месту евентуалне препреке, запушења и деформације.

И за хистеросалпингографију, као и за инфлуацију, болесница мора претходно клинички да се прегледа и припреми. Ту спада преглед вагиналног секрета, мерење брзине седиментације еритроцита и броја леукоцита. Увече, уочи интервенције, болесница не треба да узима чврсту храну, а на дан интервенције, док се она не обави, не треба да једе. Болесница изјутра добије клистир да би се испразниле доње партије дебелог црева. Пре саме операције бабича на покретан сточић прекривен стерилном компресом припреми за интервенцију потребне инструменте и материјал. Најпре ставља четири стерилне компресе којима се штити оперативно поље, затим пар стерилних гумених рукавица, пинцету, неколико стерилних тупфера од газе, вагиналне екартере, двоје једнозубих зупчастих клешта, канилу за убризгавање контрастног средства. На канили се касније монтира манометар којим се одређује притисак под којим се убризгава контрастно средство и шприц којим се оно убризгава.

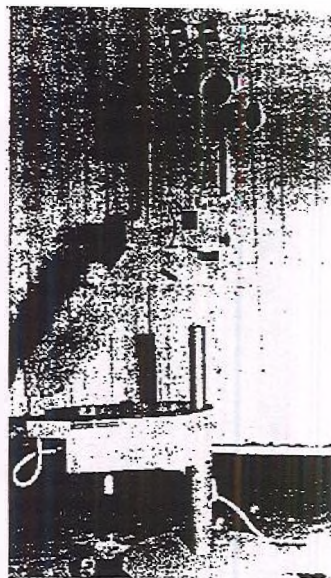
На доњој нестерилној прегради сточића налази се суд са широким грлићем у коме је неко од дезинфекционих средстава (повидон).

ПРИПРЕМА МАТЕРИЈАЛА И ИНСТРУМЕНАТА ЗА КОЛПОСКОПИЈУ

Колпоскопија подразумева преглед вагиналног дела грлића и слузокоже вагине помоћу колпоскопа, посебног апарата који увеличава посматрано поље десет до двадесет пута. Овај преглед надовезује се, по правилу, на обичан гинеколошки преглед, па се болесница углавном припрема на исти начин за оба прегледа. Са десне стране лекара, а леве стране болеснице која лежи на гинеколошком столу, на покретном сточићу, прекривеном стерилном компресом, налазе се стерилни предњи и задњи

Екартер или вагинални екскрет као и стерилна пинцета са више тупфера. На доњој прегради сточића налази се отворен суд са благим раствором сирћетне киселине. Испред гинеколошког стола је округла столица за лекара, а између лекара и гинеколошког стола постављен је колпоскоп. Пошто се узме брис из задњег свода вагине и са грлића, лекар седа на столицу преко пута гинеколошког стола на коме лежи болесница у гинеколошком положају.

Екартерима или вагиналним спекулом раздвоји се предњи од задњег зида вагине, те се вагинални део грлића материце учини видљивим и приступачним. Пинцетом се узме тупфер поквашен раствором сирћетне киселине и њиме се пребрише вагинални део грлића. После тога у вагину се испред вагиналног дела грлића увуче предњи крај колпоскопа, па се сумњиве промене на слузокожи грлића, осветљене хладном светлошћу са колпоскопа, посматрају увећане десет до двадесет пута.



Слика 55. – Колпоскоп

ПРИПРЕМА ИНСТРУМЕНАТА И МАТЕРИЈАЛА ЗА ЦЕЛИОСКОПИЈУ

Целиоскопија или лапароскопија је метода директног посматрања трбушних органа. У гинекологији ова се метода користи за преглед органа мале карлице. Изводи се помоћу апарата цевастог облика који се назива целиоскоп или лапароскоп. Крај овог апарата, осветљен хладном светлошћу, увлачи се у трбушну дупљу, а други крај, кроз који се посматра, остаје изван ње. Ова интервенција врши се у општој анестезији. Уочи операције болесница не вечера, а на дан интервенције добија клизму ради пражњења доњих партија дебелог црева. Исто тако на дан операције жена не узима ни храну ни течност. За извођење операције, осим лапароскопа, потребни су боца са угљен-диоксидам, троакар за пробијање трбушног зида, игла за пункцију, стерилне рукавице, стерилне компресе и чаршав за заштиту оперативног поља, затим стерилна пинцета, стерилни скалпел, тупфери и стерилна метална копчица ради затварања просечене коже на трбуху. Стерилан материјал и инструменти ставе се на покретан сточић прекривен стерилном компресом. На истом столу, или још боље на другом покретном сточићу, треба припремити инструменте за неоп-

ходно интраутеринно манипулисање за време целноскопије ради померања материце у току интервенције како би се боље сагледали органи мале карлице – стерилне вагиналине екаторе, стерилну пинцету, једнозуба зупчаста клешта, материчну сонду, шупљу металну канилу за убацивање контраста у материчну дупљу и јајоводе (метиленско плавило).

НЕГА БОЛЕСНИЦА КОД АКУТНОГ И ХРОНИЧНОГ ЗАПАЉЕЊА ЈАЈНИКА И ЈАЈОВОДА. ПРИМЕНА ТОПЛОТЕ И ХЛАДНОЋЕ

Запаљење јајника и јајовода (salpingo-oophoritis или adnexitis) је озбиљно обољење које се обично јавља код жена у доба пуне полне зрелости и активности, најчешће после извесних интервенција на унутрашњим полним органима, после спонтаних побачаја или компликованих инструментално довршених или нестручно или недовољно стручно вођених порођаја. Ово обољење може да се јави и као последица пажеба и неадекватне примене основних хигијенских принципа. Болест обично почиње нагло, ређе постепено, најчешће после поменутих интервенција или неколико дана по завршетку менструације, као последица недовољне заштите од прехладе. Посебно треба истаћи да намерно прекидање трудноће чак и у болничким релативно повољним условима, како се то код нас чини, због масовности ове интервенције има важну улогу у настајању запаљењских процеса на аднексама. При појави првих знакова болесница осети болове у доњем делу трбуха, обично обострано, јер у акутном стању готово увек су нападнута оба аднекса. Повишена телесна температура прати појаву болова и често може бити удружена са повременим осећајем жезе и дрхтавице. Кретање и телесна активност појачавају спонтане болове због чега болесницу треба одмах ставити у постељу. Већ при првим симптомима болести треба измерити телесну температуру, избројати фреквенцију пулса, одредити друге његове квалитете, прегледати крвну слику, а посебно установити број леукоцита и брзину седиментације еритроцита. Такође треба извршити и преглед мокраће. Пулс и температуру треба по неколико пута свакодневно контролисати, а друге анализе по потреби понављати. У циљу лечења треба из цервикалног бриса или из пунктата Дугласовог простора одредити узрочника болести и његову осетљивост на поједине лекове, у првом реду на антибиотике. Поред примењене терапије, болесница треба да на доњем делу трбуха неколико дана држи кесу са ледом. Док се не уради антибиограм и утврди степен осетљивости узрочника инфекције на поједине антибиотике, болесницу треба лечити применом антибиотика широког спектра. За време лечења болесници треба давати лакшу дијеталну храну и треба је свакодневно контролисати, мада болови у доњем делу трбуха после примењене терапије и поступака по правили убрзо нестају. Насупрот томе, брзина седиментације еритроцита и број леукоцита одржавају се више дана у патолошким границама и док ове вредности не дођу у нор-

малне границе, болесницу не треба сматрати излеченом. Ако се пре времена прекине са лечењем и пружањем одговарајуће неге, болесници прети опасност од рецидива и преласка болести у хронично стање.

Слични описаним, али много тежи симптоми јављају се ако се акутна инфекција са аднекса пренесе на перитонеум мале карлице (pelveo-peritonitis acuta). Таква болесница мора хитно да се смести у болницу и да се подвргне енергичном лечењу антибиотикима и евентуално сулфонамидима. Мора да мирује у кревету и да држи кесу с ледом на доњем делу трбуха. Опште стање болеснице је тешко, она је малаксала, лежи немично на леђима, ногу лако савијених у куковима и коленима. И најмањи покрет причињава јој болове. Симптоми болести су врло изражени: пулс је убрзан, телесна температура висока, болови у доњем делу трбуха нарочито при покретима, палпацији и прегледу су јаки. Прети опасност од ширења инфекције и на остали део трбушне марамице (дифузни перитонитис). Да би се то предупредило и да би се болесница што пре излечила, неопходно је да се одмах спроведе активно лечење: давање антибиотика широког спектра док се не добију резултати антибиограма, а онда треба наставити са антибиотикима на које су узроци болести осетљиви. Свакодневно треба контролисати изглед болеснице, пулс, телесну температуру, повремено проверавати седиментацију еритроцита, број леукоцита и мокраћу. Болесница треба да узима лакшу храну богату витаминима. Медицинске сестре треба да јој помажу у одржавању чистоће постеље, постељине, болесничког рубља и њене личне хигијене (хигијена усне дупље, редовно умивање, купање, хигијена спољних полних органа).

Ако се запаљење трбушне марамице мале карлице (акутни пелвео-перитонитис) и поред интензивног лечења не заврши смиривањем инфламаторног процеса, а не наступи његово даље ширење на перитонеум трбушног зида и других трбушних органа, у Дугласовом простору може да дође до сакупљања гнојног садржаја одвојеног сраслинама од осталог дела трбушне дупље. Тако настаје апсцес Дугласовог простора чији гнојни садржај, ако се не одстрани пункцијама или просецањем зида задњег свода вагине, може да начини себи пут у спољну средину, стварањем fistule, преко ректума или вагине. Због тога се код оваквих болесница мора урадити више поновљених пункција са одстрањењем гноја и убацивањем антибиотика у Дугласов простор. Раније, а понекад се то и данас мора учинити, ради дренаже шупљине апсцеса рађена је колпотомија са дренажом до излечења које ускоро наступи. У оваквим случајевима, као последица насталих сраслина у малој карлици и евентуалног зачепљења јајовода, може доћи до привременог или трајног стерилитета.

Код акутних запаљенских процеса јајовода и јајника у терапији ради сузбијања инфекције на доњи део трбуха ставља се кеса с ледом, али ако се процес не излечи у потпуности, он прелази у хронично стање или ако се као такав процес запази од почетка, болесница не сме да ставља кесу с ледом или хладне облоге на доњи део трбуха већ треба да утопљава овај део тела. Хронична запаљења обично су праћена стварањем тракастих или пространих сраслина и брида, без елемената акутног процеса у малој карлици. Болеснице немају знатније повишење телесне температуре

ји извесна, обично лака, али често испријатна повремени осетљивост овог предела, по правили у виду тупитања. Осетљивост у пределу јајовода и јајника се појачава на притисак споља или при бимануелном гинеколошком прегледу. Осим тога, седиментација еритроцита је у уобичајеним границама или је лако убрзана, а број леукоцита може, али не мора, бити нешто повећан. Ради отклањања субјективних сметњи и побољшања локалног налаза потребно је у оваквим ситуацијама повећати локалну циркулацију крви и тиме повећати присуство леукоцита, који својим деловањем треба да побољшају и олакшају размекшавање и ресорпцију сраслини и брида. У том циљу дају се средства и примењују поступци који изазивају хиперемичну органа мале карлице. Ту спадају терисентинска уља (chinoscyrinol), вакцине (полифламини), комбинација надражајних средстава и антибиотика (омницилин, омниамидин), електрично загревање (дијатермија), стављање и држање топлог термофора или загрејаног црепа на доњем делу трбуха, орошавање (вагинално испирање загрејаном водом у коју се стави морска со) свако вече 20 до 30 дана, бањско лечење: топле купке, омотавање доњег дела трбуха и крста врућим лековитим блатом, кварцовање. Лети као природна терапија долази у обзир свакодневно постепено сунчање, са све дужиим излагањем сунчевим зрацима доњег дела трбуха и крста.

Надражајна терапија и топлота веома повољно делују на хронично оболеле јајоводе и јајнике, те се болесницама са оваквим болестима може у приличној мери помоћи не само у отклањању субјективних тегоба и сметњи по такође и у поновном успостављању поремећених функција оболелих органа, укључујући и успешну терапију неплодности.

ЗНАЧАЈ ЗДРАВСТВЕНО-ВАСПИТНОГ РАДА У РАНОМ ОТКРИВАЊУ ТУМОРА. ЗДРАВСТВЕНО-ВАСПИТНИ РАД У ВЕЗИ СА ПРАВИЛНОМ ПРИМЕНОМ КОНТРАЦЕПТИВНИХ СРЕДСТАВА

Циљ здравствено-просветног рада у гинекологији и акушерству првенствено се односи на помоћ жени да схвати колика јој опасност прети од касно постављене дијагнозе тумора гениталних органа и дојке, посебно ако су у питању малигне израстлине и колико јој се изгледи на излечење могу побољшати постављањем ране, односно благовремене дијагнозе, чему и сама може у великој мери да допринесе. Улога медицинских сестара и техничара је да о томе путем популарних предавања информишу ширу јавност, мушку и женску омладину, жене и мушкарце, односно њихове мужеве и партнере са којима живе о тешким и опасним болестима које се могу избећи одређеним хигијенским мерама или отклонити благовремено предузетим лечењем. Здравствено-просветним радом медицинских сестре треба да се баве и у директним контактима са женама у оквиру амбулантног или патронажног рада, при организовању систематских прегледа жена у установама, фабрикама и предузећима, обаве-

штавајући на њ значају редовних гинеколошких прегледа, о могућности-ма раној откривања тумора гениталних органа и дојке и о успешном лечењу када се тумори на време дијагностикују. Овакав здравствено-васпитни приступ треба да мотивише жене да посвећују већу пажњу своме здравственом стању. Треба знати да су генитални органи, осим јајника и јајовода, доступни чак делимично и визуелном прегледу и да данас постоје могућности да се тумори на њима, макар да су у питању и малигне израслине, открију у почетној фази настанка када је довољна и сасвим мала интервенција да би се спречио њихов даљи развој и отклонила опасност од болести. Да би се жена са сигурношћу сачувала од малигних тумора на гениталним органима, укључујући ту и туморе јајника и јајовода, који се најтеже откривају, као и малигне туморе дојке, неопходно је да се свака жена, посебно после 35 година живота прегледа гинеколошки сваких шест месеци или бар на годину дана. У гинеколошки преглед укључују се и преглед вагиналног и цервикалног секрета по методи Папаниколау, преглед вагиналног дела грлића колпоскопом, као и преглед унутрашњих полних органа ултразвуком. Ако је потребно гинеколошки преглед допуњава се узимањем биопсије са сумњивог места, уколико је доступно, и микроскопским прегледом ткивног материјала са сумњивог места на вулви, грлићу материце или вагине, или материчне слузокоже добијене експлоративном киретажом.

Тумори дојке откривају се повременим опипавањем ткива дојке које треба по упутствима лекара да врши сама жена на себи и повременим прегледима које врши надлежни гинеколог, хирург или онколог. У случају налаза сумњивог израштаја, прави се рендгенски снимак дојке на основу кога се, као и на основу клиничког налаза, одлучује да ли треба вршити биопсију дојке или треба наставити са даљим посматрањем и контролом.

Веома је важан и здравствено-васпитни рад на планирању породице у чијој домен спада и контрацепција. Живот данас, да би се очувао животни стандард становништва, императивно намеће стварање малих породица са двоје или троје деце, што се постиже ограничавањем рађања. У том погледу у нашој земљи имамо две крајности. Док се у извесним крајевима број деце толико смањио да највећи број породица има само једно или двоје деце, а породице са троје или четворо деце представљају праву реткост, дотле се у другим, најсиромашнијим регионима просек деце у породици креће око седморо. Овакав наталитет највећи је у Европи и у огромној мери успорава економски развој ових региона и онемогућава да се народ тога краја извуче из немаштине, незапослености и непросвећености и поред непрекидне велике економске помоћи. Стога је у интересу самих житеља ових пренасељених, неразвијених и заосталих регија да правилно вођеном политиком планирања породице створе могућности и услове за што бржи развој, а тиме и за решавање нараслих материјалних, социјалних и других проблема.

Питање планирања породице подразумева не само регулисање рађања спречавањем нежељене трудноће, уз очување здравља жене и њене способности материнства, које се тиме одлаже за боља времена у будућности, већ и лечење неплодних супружника или ванбрачних партнера да би

жена затруднила и да би mogла да роди онда када жели и када процени да су услови за ушећање породице најповољнији. Регулисање рађања, односно планирања породице не сме се заснивати, кпо што се данас код нас углавном чини, на прекидању већ настале нежељене трудноће. Потребно је настојати да се то постиже заштитом жене од зачећа све док родитељи не пожеле да повећају породицу. Наиме, намеран прекид трудноће, урађен и под најповољнијим болничким условима уз коришћење анестезије и уз поштовање основних принципа асепсе и антисепсе и од стране специјалисте гинеколога представља озбиљну операцију која у извесном проценту може бити праћена тешким компликацијама, па чак и смртним исходом. Гривница жена може да умре у току саме интервенције због стања тешког шока у који може да упадне или од искрварења нарочито ако се прекида трудноћа старија од три дунарна месеца. Друге озбиљне компликације, које не морају или могу у каснијем току бити смртоносне, јесу перфорација зида материце са могућом повредом оментума, танког и дебелог црева, макрарне бенике и већих крвних судова. И ове компликације могу бити праћене тешком инфекцијом, укључујући у крајњем степену и опште запаљење трбушне мараинце и могу такође бити узрок смртног исхода. Од осталих, ко живот мање или више опасних компликација ваља поменути акутна и хронична запаљења слузокоже материце (endometritis), јајовода и јајника (adnexitis), стварање услова за појаву ванматеричне трудноће, тешке поремећаје у функцији јајника праћене поремећајем менструационих крварења, пролазну или трајну неплодност жене која може бити функционалног, али је знатно чешће опструкционог карактера, углавном због запушења јајовода.

Због свега тога здравствени радници сматрају да законски дозвољено слободно обављање прекида трудноће, до десете недеље интраутериног развоја овулума, треба само у одређеном неповољном тренутку да помогне жени да се без велике процедуре ослободи нежељене трудноће, а да трајно решење за планирање породице треба тражити у примени контрацепције. Здравствено-васпитни рад из домена планирања породице треба усмерити у том правцу одржавањем научно-популарних предавања из те области, директним разговорима при прегледима жена у гинеколошким амбулантама, поготову са женама које долазе ради прекида трудноће и са женама које су се недавно породиле или већ имају онолико деце колико су желеле да роде.

Мирослав Марковић - Маркант

Др ДРАГОМИР МЛАДЕНОВИЋ, др ЗОРИЦА БОГДАНОВИЋ, др АЛЕКСАНДРА МИХАИЛОВИЋ, ГИНЕКОЛОГИЈА И АКУШЕРСТВО СА НЕТОМ за IV разред медицинске школе • Пето издање, 1999. година • Издавач: Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, Обилићев венац 5 • Ликовни уредници: др ТАМАРА ПОПОВИЋ-НОВАКОВИЋ и ДЕСАНКА ПОСЛОН • Лектори: ОЛГА МИНИЋ и ДРАГИЦА ТУБИЋ-БУДА • Корице: МИЛОШ МАРТИНОВИЋ • Графички уредници: ГРАДИМИР ДРАГАНШЕВИЋ и МИЛОРАД МИТИЋ • Коректор: ДУШАНКА ТОРБИЦА • Обим: 9½ штампарских табака • Формат: 17 x 24 cm • Тираж: 2500 примерака • Рукопис предат у штампу новембра 1998. године • Штампаче завршено маја 1999. године • Компјутерска припрема „АС“, Београд • Штампача „Слободан Јовић“, Београд

DA U PRINCIPU NE NEKA

TV, TV DAVIM. BRAVO MLECKI

LETERAŠ MARKE SONE TI POLJUBIM

LEDO - MARSEIDA JEDNA ODVRATNA

LEDO - BEIPINO MATA

DI BAVA SUNE TI POLJUBIM

LAŽEŠ, ISKUSNA

DRAHS VAN POLZI EXIPA, etign za Respers 111

SU MORNA DASE PORSEDI

1111 1111, 1111
NE SNE DASE
POGREŠI

