

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

Kasimova Shaxnozaxon Oybek qizi

**“LOR AZOLARI KASALLIKLARI MAVJUD XOMILADOR
AYOLLARDA XOMILADORLIKNI OLIB BORISH VA DAVOLASH ”
(Monografiya)**

Andijon-2024

Tuzuvchi:

Kasimova Sh.O. ADTI “1-Akusherlik va ginekologiya” kafedrası assistenti,
tibbiyot fanlari bo‘yicha falsafa doktori PhD

Taqrizchilar:

Asrankulova D.B. ADTI “1-Akusherlik va ginekologiya” kafedrası mudiri, t.f.d.,
dotsent

Lutfullaev G.U. SamDTU DKTP “Otorinolariningologiya” kafedrası mudiri, t.f.d.,
professor

Annotatsiya

Monografiyada Akusherlik va ginekologiya va otorinolariningologiya fanlari bo'yicha materiallardan tashqari ushbu nashr amaliyotchi uchun sog'liqni saqlash, anesteziologiya, reanimatsiya, bolalar nevrologiyasi, kardiologiya, pediatriya, radiologiya, bolalar jarrohligi, audiologiya, oftalmologiya va endokrinologiya ishlarini tashkil etish bo'yicha zarur ma'lumotlarni o'z ichiga oladi.

Monografiyada Akusherlik va ginekologiya va otorinolariningologik kasalliklarning xususiyatlari, ushbu davolash va oldini olish taktikalari o'rganilgan. Asosiy patologik holatlar va yuzaga keladigan kasalliklar to'g'risida tizimlashtirilgan ma'lumotlar keltirilgan.

Monografiyadagi ma'lumotlar Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan tasdiqlangan bolalar kasalliklari bo'yicha dasturga mos keladi, u talabalar, pediatrlar va neonatolog shifokorlar uchun mo'ljallangan.

Annotatsiya

В монографии, помимо материалов по акушерству и гинекологии и оториноларингологии, данное издание содержит необходимые для практикующего врача сведения по организации здравоохранения, анестезиологии, реаниматологии, детской неврологии, кардиологии, педиатрии, радиологии, детской хирургии, сурдологии, офтальмологии и эндокринологии содержит данные.

В монографии изучены вопросы акушерства и гинекологии, особенности оториноларингологических заболеваний, тактика их лечения и профилактики. Даны систематизированные сведения об основных патологических состояниях и возникающих заболеваниях.

Информация в монографии соответствует программе по детским болезням, утвержденной Минздравом и предназначенной для студентов, педиатров и неонатологов.

Annotation

In the monograph, in addition to materials on obstetrics and gynecology and otorhinolaryngology, this publication contains information necessary for a practicing physician on the organization of healthcare, anesthesiology, resuscitation, child neurology, cardiology, pediatrics, radiology, pediatric surgery, audiology, ophthalmology and endocrinology contains data.

The monograph examines issues of obstetrics and gynecology, features of otorhinolaryngological diseases, tactics of their treatment and prevention. Systematized information about the main pathological conditions and emerging diseases is given.

The information in the monograph corresponds to the program on childhood diseases approved by the Ministry of Health and intended for students, pediatricians and neonatologists.

SHARTLI QISQARTMALAR

A- araxidon

GS- herpes simpleks

KXT- kasalliklarning xalqaro tasnifi

MAT- markaziy asab tizimi

N- neonatologiya

P- pediatriya

PM- perianatal markaz

RT -retikulyar tana

TYOK -tuyinmagan yog‘ kislotalari

CHGK- chaqaloqlar gemolitik kasalligi

CHNOBS- chaqaloqlar nafas olish buzilishi sindromi

ET- elementar tana

EKG- elektrokardiografiya

EXoKG- exokardiografiya

HII- homila ichi infeksiyalari

HIO‘S- homila ichi o‘shida orqada qolish

MUNDARIJA

KIRISH.....	10
I BOB. AHOLIGA GINEKOLOGIK XIZMAT KO'RSATISH	
TAMOYILLARI.....	15
1.1. Akusherlik va ginekologik yordamni tashkil etishning asosiy tamoyillari.....	15
1.2. Statsionar akusherlik yordamini tashkil etish.....	17
1.3. Statsionar ginekologik yordamni tashkil etish.....	23
1.4. Sanoat korxonalarida ishlaydigan ayollarga akusherlik va ginekologik yordamni tashkil etish.....	24
1.5. Qishloq joylarda akusherlik-ginekologik yordamni tashkil etish.....	25
1.6. Ixtisoslashgan ginekologik yordamni tashkil etish.....	27
1.7. Homilador ayollarda ixtisoslashgan otorinolaringologik yordamni tashkil etish.....	32
II BOB. HOMILADOR AYOLLARDA VAZOMOTOR RINITNI	
KOMPLEKS TASHXISLASH VA DAVOLASH.....	34
2.1. Homiladorlik davrida vazomotor rinitni olib borish.....	34
2.2. Homiladorlik davrida tonzillitga chalingan ayollarni olib borish usullari.	46
2.3. Homiladorlik paytida faringitning belgilari.....	49
2.4. Homiladorlik paytida ftonzillitni davolash.....	52
2.5. Homiladorlik paytida otitni davolash.....	53
2.6. Tibbiy – genetik maslahat berish.....	55
2.7. Ultratovush tekshirishlari.....	56
2.8. Zardobli alfa-fetoprotein.....	58
III BOB. HOMILADORLIKNING TURLI DAVRLARIDA LOR	
A'ZOLARINING FUNKTSIONAL HOLATINING XUSUSIYATLARI.....	60
3.1. Homiladorlik davrida burun bo'shlig'idagi funktsional va patologik o'zgarishlar.....	60
3.2. Homiladorlik davrida quloqdagi funktsional va patologik	

o'zgarishlar.....	68
3.3. Homilador ayollarda sinusitning xususiyatlari.....	71
3.4. Rinosinusitis bilan homilador ayollarning immun status.....	75
3.5. Homiladorlikning iii trimestrida virusli etiologiyaning o'tkir sinusiti bo'lgan onalardan yangi tug'ilgan chaqaloqlarning sog'lig'i.....	81
VI BOB. GINEKOLOGIK KASALLIKLAR VA HOMILADORLIK.....	84
4.1. Bachadon miomasi.....	86
4.2. Tuxumdon shakllanishi va homiladorlik.....	89
4.3. Homiladorlik va tug'ish.....	90
4.4. Jinsiy organlarning anomaliyalari.....	91
4.5. Bachadon bo'yni saratoni.....	92
XULOSALAR.....	95
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI.....	98

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	10
ГЛАВА I. ПРИНЦИПЫ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ.....	15
1.1. Основные принципы организации акушерско- гинекологической помощи.....	15
1.2. Организация стационарной акушерской помощи.....	17
1.3. Организация стационарной гинекологической помощи.....	23
1.4. Организация акушерско-гинекологической помощи женщинам, работающим на промышленных предприятиях.....	24
1.5. Организация акушерско-гинекологической помощи в сельской местности.....	25
1.6. Организация специализированной гинекологической помощи.....	27
1.7. Организация специализированной, оториноларинголо- гической помощи беременным.....	32
ГЛАВА II. КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ.....	34
2.1. Проведение вазомоторного ринита при беременности.....	34
2.2. Способы введения женщинам, страдающим тонзиллитом во время беременности.....	46
2.3. Симптомы фарингита при беременности.....	49
2.5. Лечение фтонзиллита при беременности.....	52
2.6. Лечение отита при беременности.....	53
2.7. Медико-генетическое консультирование.....	55
2.8. Ультразвуковые исследования.....	56
2.9. Сывороточный альфа-фетопротеин.....	58
ГЛАВА III. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛОР- ОРГАНОВ НА РАЗНЫХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ.....	60
3.1. Функциональные и патологические изменения носовой полости при беременности.....	60

3.2. Функциональные и патологические изменения в ухе при беременности.....	68
3.3. Особенности гайморита у беременных.....	71
3.4. Иммунный статус беременных при риносинусите.....	75
3.5. Здоровье новорожденных от матерей с острым синуситом вирусной этиологии в iii триместре беременности.	81
ГЛАВА VI. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ...	84
4.1. Миома матки.....	86
4.2. Формирование яичников и беременность.....	89
4.3. Беременность и роды.....	90
4.4. Аномалии половых органов.....	91
4.5.Рак шейки матки.....	92
ВЫВОДЫ.....	95
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	98

CONTENTS

INTRODUCTION.....	10
CHAPTER I. PRINCIPLES OF GYNECOLOGICAL SERVICES FOR THE POPULATION.....	15
1.1. The basic principles of the organization of obstetric and gynecological care.....	15
1.2. Organization of inpatient obstetric care.....	17
1.3. Organization of inpatient gynecological care.....	23
1.4. Organization of obstetric and gynecological care for women working in industrial enterprises.....	24
1.5. Organization of obstetric and gynecological care in rural areas.....	25
1.6. Organization of specialized gynecological care.....	27
1.7. Organization of specialized otorhinolaryngological care for pregnant women.....	32
CHAPTER II. COMPREHENSIVE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF VASOMOTOR RHINITIS IN PREGNANT WOMEN.....	34
2.1. Vasomotor rhinitis during pregnancy.....	34
2.2. Methods of administration to women suffering from tonsillitis during pregnancy.....	46
2.3. Symptoms of pharyngitis during pregnancy.....	49
2.4. Treatment of phthonzillitis during pregnancy.....	52
2.5. Treatment of otitis media during pregnancy.....	53
2.6. Medical and genetic counseling.....	55
2.7. Ultrasound examinations.....	56
2.8. Serum alpha-fetoprotein.....	58
CHAPTER III. FEATURES OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE ENT ORGANS AT DIFFERENT STAGES OF PREGNANCY.....	60
3.1. Functional and pathological changes in the nasal cavity during pregnancy.....	60
3.2. Functional and pathological changes in the ear during pregnancy.....	68

3.3. Features of sinusitis in pregnant women.....	71
3.4. The immune status of pregnant women with rhinosinusitis.....	75
3.5. The health of newborns from mothers with acute viral sinusitis in the third trimester of pregnancy.....	81
CHAPTER VI. GYNECOLOGICAL DISEASES AND PREGNANCY.....	84
4.1. Uterine fibroids.....	86
4.2. Ovarian formation and pregnancy.....	89
4.3. Pregnancy and childbirth.....	90
4.4. Abnormalities of the genitals.....	91
4.5. Cervical cancer.....	92
CONCLUSIONS.....	95
LIST OF USED LITERATURE.....	98

KIRISH

Homiladorlik jarayonlarining xususiyatlariga ta'sir qiluvchi ayollarning reproduktiv tizimi faoliyatining tizimli jihatlarini o'rganish tobora dolzarb bo'lib bormoqda[3, 5, 6, 10-12, 44]. Ushbu muammoni hal qilish uchun "ona-platsenta-homila" funktsional tizimidagi adaptiv jarayonlarning mexanizmlari va feno-va genotipik xususiyatlarini o'rganish bo'yicha qo'shimcha tadqiqotlar o'tkazish kerak (FSMPP) [12, 22, 26, 31-34]. Biroq, ushbu kontsepsiya "homila" quyi tizimi muhim, genetik jihatdan aniqlangan xususiyat – uning jinsi bilan ajralib turishini hisobga olmaydi. Akusherlik patologiyasining ko'p shakllari ayol tanasining moslashuvchan va moslashuvchan mexanizmlarining pasayishi bilan belgilanadi[3,34],shu bilan birga, homila jinsiga qarab salbiy endogen va ekzogen ta'sirlarga qarshilik bir xil emas [17] va qo'shimcha tekshirishni talab qiladi. Reproaktiv tizimda (ovaryan-menstrüel tsikl, homiladorlik, tug'ish, laktatsiya) sodir bo'ladigan davriy takrorlanadigan va evolyutsion ravishda aniqlangan tsiklik jarayonlar natijasida reproduktiv tizimning juft va bioritmik tashkil etilishi [20] paydo bo'ldi, bu homiladorlik xususiyatlari bilan sezilarli darajada modulyatsiya qilingan himoya-kompensatsion mexanizmlarning shakllanishi bilan birga keldi [35,43], shu jumladan, bolaning jinsi. Shuning uchun FSMPP elementlarining har birida funktsional jarayonlarni tashkil etish fazoviy-vaqtinchalik (doimiy) xususiyatga ega bo'ldi.

Inson tanasida bodomsimon bezlarining yallig'lanishining sababi, bu yallig'lanishning roli va har xil murakkabliklarni rivojlanish ehtimoli to'g'risida so'rov nihoyat hal qilinmadi. Surunkali tonzillit ekstorogenital infektsiya sifatida nafaqat homiladorlik kursi va natijasiga, balki homila rivojlanishi va yangi tug'ilgan chaqaloqning sog'lig'iga ham ta'sir qiladi [1, 4-8].

Kasallikning klinik ko'rinishi nafaqat tomoqdagi mahalliy o'zgarishlar, balki turli darajadagi intoksikatsiyaning namoyon bo'lishi bilan ham tavsiflanadi. Homiladorlik immunitet tanqisligi holati bilan birga keladi, chunki homiladorlik davrida ayolning tanasida otalik kelib chiqishi homila antijenlariga nisbatan immunosupressiv omillarni ishlab chiqarishga qaratilgan murakkab gumoral-immun

qayta qurish sodir bo'ladi. Shuning uchun homilador ayolda har qanday surunkali infektsiya o'choqlari, shu jumladan surunkali tonzillit faollashishi mumkin. Angina, surunkali tonzillitning kuchayishi sifatida, homiladorlik paytida juda istalmagan. Bunday holda, homilador ayolda homilaning intrauterin infektsiyasi va homiladorlikning asoratlari bo'lishi mumkin.

Adabiyotlarga ko'ra, gestozi sonining ko'payishining asosiy sabablaridan biri homilador ayollarda kasallikning yuqori darajasi [1-3; 8]. I. V. Duda, L. V. Vavilova ta'kidlashicha, ekstrogenital patologiya xomilalik tuxumga salbiy ta'sir qiladi, uteroplasental qon oqimining buzilishiga olib keladi va homiladorlikning yo'qolishining yagona etiologik omili yoki boshqa sabablarni og'irlashtirishi mumkin [2].

Fiziologik immunitet tanqisligi holati infektsiyalarga sezuvchanlikni oshiradi va mavjud kasalliklarni kuchaytiradi. Populyatsiyada surunkali tonzillit rivojlanishining etiologik omili patogenlardir, ular orasida bakteriyalar ham, viruslar ham, zamburug'lar ham aniqlanadi. Xususan, xorijiy va mahalliy nashrlarning so'nggi ma'lumotlariga ko'ra, a guruhining b-gemolitik streptokokklari uchrashadi-CIA kattalarda 10-15% hollarda, ko'pincha St aniqlanadi. aureus, H. influenzae, M. catarrhalis, N. gonorrhoeae, C. haemolyticum, M. pneumoniae, C. pneumoniae, Toxo- plazma, anaeroblar, adenoviruslar, sitomegaloviruslar, herpes virusi va boshqalar. [8].

Otorinolaringolog va akusher-ginekolog homilador ayolga homilaga toksik ta'sir qilish xavfi tufayli barcha terapevtik tadbirlarni amalga oshirish mumkin emasligini hisobga olishlari kerak.

Hozirgi vaqtda homilador ayollarda surunkali tonzillitda ajratilgan flora spektri va homiladorlik paytida bemorlarni boshqarish taktikasi to'g'risida umumlashtiruvchi ma'lumotlar mavjud emas. Onalar va bolalar o'limi ko'rsatkichlari mamlakatning ijtimoiy-iqtisodiy farovonligining ko'rsatkichidir va ularning pasayishi ro'yxatga kiritilgan BMT tomonidan belgilangan Mingyillik rivojlanishining asosiy maqsadlari.

Ukrainada ham, dunyoda ham ona va chaqaloq yo'qotishlarining asosiy

sabablari homiladorlik bilan bevosita bog'liq bo'lmagan ayollarning jiddiy kasalliklari – ekstragenetal patologiya (EGP) [5]. Sog'liqni saqlash tizimini isloh qilish munosabati bilan homiladorlikni boshqarishda asosiy rol oilaviy shifokorlarga beriladi. Aynan shu mutaxassislar ayol bilan dastlabki aloqani amalga oshiradilar, uni butun homiladorlik davrida kuzatadilar va EGP diagnostikasi va davolash masalalariga birinchi bo'lib duch kelishadi. Afsuski, tug'ish yoshidagi ayollarning sog'lig'i qoniqarsiz bo'lib qolmoqda va kontsepsiya vaqtida ko'pchilik allaqachon bir qator somatik kasalliklarga ega. Shunday qilib, Dnepropetrovsk viloyati GUOZ ma'lumotlariga ko'ra, EGP bilan og'rikan ayollarda har yili 25 mingdan ortiq tug'ilish sodir bo'ladi, ularning 20 foizida somatik kasalliklar og'ir kechadi [4].

Klinik ahamiyatga ega patologiya fonida homiladorligi davom etayotgan ayollar sonini hisobga olgan holda, tibbiy islohotlarning bosqichlaridan biri uchinchi darajali shifoxonalar asosida perinatal markazlar va homiladorlik patologiyasining ixtisoslashgan bo'limlarini yaratish edi. Ushbu davolash muassasalarida homiladorlikning murakkab kechishi bo'lgan ayollarga yuqori ixtisoslashgan yordam ko'rsatish uchun mutaxassislar ham, texnik vositalar ham to'plangan. Biroq, amaliyot shuni ko'rsatadiki, bunday yordamni o'z vaqtida ko'rsatish muammosi mavjud. Ko'pgina bemorlar uchinchi darajali kasalxonalarga dekompensatsiya yoki kasallikning asoratlari bilan kirib kelishadi, buning uchun ular yashash joyida uzoq vaqt kuzatilgan.

Mualliflarning fikriga ko'ra, ushbu holatning sabablaridan biri terapevtlar va oilaviy shifokorlar uchun EGP bilan homilador ayollarni boshqarish bo'yicha aniq tavsiyalarining yo'qligi. Tegishli mutaxassislar bilan maslahatlashuvlar ro'yxati, tartibi va muddatlari, shuningdek homilador ayolni kuzatish joyini aniqlash tamoyillari tartibga solinmagan. 2004-2008 yillardagi ma'lumotlarga ko'ra, homiladorlik jarayonini tez – tez murakkablashtiradigan kasalliklar orasida birinchi o'rinda yurak-qon tomir tizimi kasalliklari (40,5%), keyin yuqumli patologiya (29,4 %) va neoplazmalar (19%) bo'lgan [2]. Biroq, a H1N1 grippi epidemiyasinafaqat EGP tarkibiga o'zgarishlar kiritmadi, bu esa akusher bo'lmagan sabablarga ko'ra onalar o'limi ko'rsatkichlarini 24% ga oshirdi, balki homilador ayolda nafas olish

tizimining surunkali patologiyasi (DS) pnevmoniyaning og'ir kechishi va o'tkir nafas etishmovchiligining rivojlanishi uchun xavf omili sifatida muhimligini ta'kidladi [7, 9, 10].

DSNING to'liq gaz almashinuvini ta'minlash qobiliyati homiladorlik davrida ayniqsa muhimdir, chunki bu davrda organizm tomonidan kislorod iste'moli 15-20% ga oshadi [3]. Bunday ehtiyojlar DSga yukni bir qator tarkibiy va funktsional o'zgarishlar bilan oshirish orqali qondiriladi, bu DSNING surunkali patologiyasi mavjud bo'lganda ham kasallikning dekompensatsiyasiga, ham uning klinik kursining o'zgarishiga olib kelishi mumkin. Shuning uchun mualliflar DSNING surunkali patologiyasiga og'ir nafas etishmovchiligi va nafas olish yo'llari infeksiyalarining murakkab kechishi uchun xavf omili sifatida e'tibor qaratmoqchi.

Onalikni muhofaza qilish Rossiya sog'liqni saqlashning asosiy yo'nalishlaridan biridir. Homiladorlik ayol tanasining barcha a'zolari va tizimlarining fiziologik parametrlarida, shu jumladan yuqori nafas yo'llarida (VDP) o'zgarishlarga olib keladi [Tatarchuk T. F., Solnitskiy ya.P., 2003; Savelyeva G. M., Breusenko V. G., 2010].

Homilador ayollarda VDPNING funktsional holati masalasi yaxshi tushunilmagan. Biroq, faktlar keng ma'lum: 1) homilador ayollarda asosan VDP shilliq qavatini o'z ichiga olgan nafas olish lezyonlarining sezilarli darajada ko'payishi kuzatiladi [Yeremina I. A., 1975; Oteva E. A. va boshqalar., 1994; Drinov G. I. va boshqalar., 2003; Toppozada H. et al., 1982; Ellegard E. K., Karlsson N. G., 2000]; 2) burun nafasi parametrlarida sezilarli o'zgarishlar yuz beradi, bu ko'plab homilador ayollarning hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradi [Alimov G. V. va boshqalar., 2004; Muratova N. M., 2006; Mabry R. L., 1983; Ellegard E. K. va boshq., 2003]; 3) ko'pincha homiladorlik paytida hidning kuchayishi yoki xiralashishi aniq namoyon bo'ladi [Eremina I. A., 1975; Nosula E. V., Chernyx N. M., 2007].

Homiladorlik davrida burun bo'shlig'idagi funktsional va patologik o'zgarishlarni o'rganish bilan bog'liq masalalarning ilmiy va amaliy ahamiyati homilador ayollarning taxminan 2/3 qismida qayd etilgan burun nafas olish

buzilishlarining yuqori darajada tarqalishi, burun obstruktsiyasining homilador ayollarning hayot sifatiga salbiy ta'siri bilan bog'liq. Shuningdek, homiladorlik paytida burun obstruktsiyasining salbiy ta'siri ehtimoli istisno qilinmaydi. [Shulga I. A., Lashev Yu.V., Karpuxin V. M., 2006; Nosula E. V., Chernyx N. M., 2010].

I BOB. AHOLIGA GINEKOLOGIK XIZMAT KO'RSATISH TAMOYILLARI.

1.1. Akusherlik va ginekologik yordamni tashkil etishning asosiy tamoyillari.

Akusherlik va ginekologik yordam ko'rsatishning asosiy standart muassasalari quyidagilardir: tug'ruqxona, shifoxonaning akusherlik va ginekologiya bo'limi, klinika yoki tug'ruqxona tarkibidagi antenatal klinika, FAP - feldsher -akusherlik punkti va perinatal markazlar.

Akusherlik va ginekologik yordamni tashkil etishning yangicha yondashuvi akusherlik yordamining umumiy tibbiy tarmoq bilan integratsiyalashuviga bog'liq. Ushbu integratsiyaning yo'llari har xil: antenatal klinikalarni klinikalar bilan birlashtirish; akusherlik va ginekologik shifoxonani ko'p tarmoqli shifoxonalar bilan birlashtirish; homilador ayollar uchun xizmatlar va ularni ixtisoslashtirilgan umumiy kasalxonalarga yotqizish.

Izolyatsiya qilingan tug'ruqxona, antenatal klinika, ginekologik shifoxonalar asta-sekin o'tmishga aylanib bormoqda, chunki bu muassasalar keng qamrovli, ko'p tarmoqli tashkil etish imkoniyatiga ega emas. to'liq tibbiy va diagnostika yordami.

Ambulator akusherlik va ginekologik yordamni tashkil etish. Ambulator akusherlik -ginekologik yordam ko'rsatuvchi tibbiyot muassasalari tizimining yetakchi bo'g'ini **antenatal klinika** hisoblanadi . Ko'pgina antenatal klinikalar tug'ruqxona, klinika, perinatal markaz yoki tibbiy bo'limning bir qismidir. Bir nechta maslahatlar mustaqil institutlardir.

-hududiy printsiplarga asoslanadi , unga ko'ra har bir shifokorga 3300 nafar 15 yoshdan oshgan ayollar yoki 6000 nafar kattalar yashaydigan ma'lum hudud ajratiladi. Bu bemorlarning shifokorni erkin tanlashini istisno qilmaydi. Joyda akusher-ginekolog va akusher (hamshira) ishlaydi. Mahalliy xizmat ko'rsatish tamoyilining afzalliklari: akusher-ginekologning tuman poliklinikasidagi mahalliy terapevt, antenatal klinikada terapevt va boshqa mutaxassislar bilan doimiy aloqasi; homilador ayollarni o'z vaqtida ro'yxatga olish (12 haftagacha); ekstragenital kasalliklardan aziyat chekadigan ayollarda homiladorlikni saqlab qolish imkoniyati

haqidagi muammolarni hal qilish kasalliklar , ularni har tomonlama tekshirish, tegishli rejim va davolashni o'rnatish; qo'shma dispanser kuzatuv.

Antenatal klinikaning vazifalari.

Homiladorlik davrida va tug'ruqdan keyin ayollarga terapevtik va profilaktik yordam ko'rsatish.

Onalar o'limi, o'lik tug'ilish , erta chaqaloqlar o'limi va tushish ko'rsatkichlarini kamaytirish homiladorlik .

Homilador ayollarni tug'ish uchun fiziopsixoprofilaktik tayyorgarlikni o'tkazish .

Ginekologik bemorlarga terapevtik va profilaktik yordam ko'rsatish.

Ayollarning sanitariya -gigiyena madaniyatini oshirish ; abortga qarshi kurash.

Ishlayotgan ayollarning mehnat sharoitlarini o'rganish, ularga ijtimoiy - huquqiy yordam ko'rsatish.

Antenatal klinikaning tuzilishi: qabulxona - kiyinish xonasi, ro'yxatga olish bo'limi , mahalliy akusher-ginekologlar, terapevt, stomatolog, maslahatchi shifokorlar, antenatal klinika boshlig'i , katta akusherka (hamshira), advokat, kontratsepsiya va bepustlikni davolash bo'limlari, ofis homilador ayollarni tug'ish uchun fizio-psixo-profilaktika tayyorlash bo'yicha mashg'ulotlar uchun , fizioterapiya xonasi, mushak ichiga va tomir ichiga in'ektsiyalarni davolash xonasi, operatsiya xonasi, funktsional xonalar, shu jumladan prenatal diagnostika, asboblarni qayta ishlash va sterilizatsiya qilish xonasi.

belgilangan tartibda homilador va ginekologik bemorlar uchun kunduzgi statsionar tashkil etish huquqiga ega .

Antenatal klinikalarning davolash -profilaktika ishlarini yaxshilash uchun ularning ba'zilar eng yirik va yaxshi jihozlangan muassasalardir. Ular ma'lum bir hududda (shaharda) ambulator yordam ko'rsatish bo'yicha maslahat markazlari. Bunday maslahatlashuvlar asosiy deb ataladi. Sakkiz yoki undan ortiq saytga xizmat ko'rsatish. Ular ixtisoslashtirilgan akusherlik va ginekologik yordamning barcha turlarini jamlagan . Asosiy konsultatsiyalar endokrinolog, oftalmolog, venerolog va pediatrik ginekolog kabinetlarini o'z ichiga olishi kerak.

Yirik shaharlarda “Nikoh va oila” ixtisoslashtirilgan konsultatsiyalar tarmog‘i, shuningdek, oilani rejalashtirish va reproduksiya markazlari mavjud bo‘lib, ularda er-xotinning bepushtlik, homiladorlik , jinsiy kasalliklar va oilaning normal rivojlanishiga to‘sqinlik qiluvchi boshqa kasalliklar bo‘yicha tekshiruv va davolash o‘tkaziladi. amalga oshirildi; bajarildi.

Tibbiy -genetik maslahatlar tegishli ixtisoslashtirilgan konsultatsiyalarda beriladi. Ekstragenital patologiyasi bo‘lgan homilador ayollarga yuqori malakali yordam ko‘rsatish uchun ixtisoslashtirilgan akusherlik shifoxonalari negizida yurak-qon tomir, qandli diabet, buyrak patologiyasi va boshqalar bilan og‘rigan bemorlar uchun maslahat-dagnostika markazlari tashkil etilmoqda.

Hududiy antenatal poliklinikalar nafaqat poliklinika faoliyat yuritayotgan hududda yashovchi ayollarga, balki hududda joylashgan ayrim kichik korxonalar ishchilariga ham davolash - profilaktika yordamini ko‘rsatmoqda.

tibbiy -sanitariya bo'limi tarkibida ginekologik xonalar (antenatal klinikalar) tashkil etilgan .

Mamlakatimizda ona va bola salomatligini muhofaza qilish borasida erishilayotgan yutuqlardan biri bu dispanser kuzatuvidir. Bu shuni anglatadiki, mahalliy akusher- ginekolog o'z hududidagi barcha homilador ayollarni ro'yxatga oladi va ularning paydo bo'lishi uchun aniq sanalarni belgilash orqali ularning monitoringini ta'minlaydi.

1.2. Statsionar akusherlik yordamini tashkil etish.

Tug'ruqxonaning asosiy vazifasi ayollarga homiladorlik , tug'ish, tug'ruqdan keyingi davrda, shuningdek, ginekologik kasalliklarda malakali statsionar tibbiy yordam ko'rsatish; tug'ruqxonada bo'lish davrida yangi tug'ilgan chaqaloqlarga malakali tibbiy yordam ko'rsatish va parvarish qilish.

Tug'ruqxonaga yo'naltirish quyidagilar tomonidan amalga oshiriladi: tez yordam va tez yordam stantsiyasi; akusher-ginekolog, boshqa mutaxassislik shifokorlari , akusherlik, feldsher, hamshira; Agar amniotik suyuqlikning muddatidan oldin yorilishi yoki qon ketishi bo'lsa, ayol mustaqil ravishda (tortishish kuchi bilan) tug'ruqxonaga borishi mumkin .

Homilador ayollarni rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish akusher-ginekolog (antenatal klinikada) yoki u yo'qligida akusher (hamshira) tomonidan amalga oshiriladi. Tug'ruqxonaga yotqizish tartibi, bo'lim profili homilador ayol, tug'ruqdagi yoki tug'ruqdan keyingi ayol yotqizilgan tashxisga qarab akusher-ginekolog (akusher) tomonidan belgilanadi.

Homilador ayollar, agar tibbiy ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, tug'ruqxonaga yotqizilishi kerak, tug'ruq davridagi ayollar va tug'ruqdan keyingi erta davrda (tug'ilgandan keyin 24 soat ichida) tibbiy muassasadan tashqarida tug'ilganda.

Homilador ayollar patologiyasi bo'limida kasalxonaga yotqizish uchun antenatal klinikadan yo'llanma, homilador ayolning shaxsiy kartasidan ko'chirma (hisob raqami 111/U) va ayirboshlash kartasi (hisob raqami 113/U) beriladi. .

Alohida hollarda homilador bo'lmagan ayollar - farzand asrab oluvchilarga nomzodlar tegishli hujjatlar mavjud bo'lganda farzandlikka olish sirini saqlash maqsadida belgilangan tartibda kasalxonaga yotqizilishi mumkin.

Tug'ruqxonaga yotqizilganida homilador ayol quyidagilarni taqdim etadi: pasport, almashinuv kartasi, tashxisni ko'rsatuvchi kasalxonaga yotqizish uchun yo'llanma.

Agar pasport bo'lmasa, unda ma'lumot ayolning so'zlaridan yozib olinganligi ta'kidlanadi va yaqin kelajakda pasportni taqdim etish zarurati ko'rsatiladi .

Akusherlik kasalxonasining bo'limlari: qabul qilish va kirish bloki, fiziologik (I) akusherlik bo'limi, kuzatuv (II) akusherlik bo'limi, homilador ayollar patologiyasi (OPD), I va II akusherlik bo'limlarida yangi tug'ilgan chaqaloqlar bo'limi (yoki bo'lim), ginekologiya bo'limi.

Tug'ruqxona tuzilmasi tug'ish uchun yotqizilgan sog'lom ayollarni kasal ayollardan to'liq izolyatsiya qilishni ta'minlashi kerak; muvofiqlik sanitariya - gigiyena rejimi; I va II akusherlik bo'limlari va ginekologiya bo'limi ajratilishi kerak.

Qabul va imtihon xonasi quyidagilarni o'z ichiga oladi: qabul qilish xonasi (foygali) , filtr xonasi, imtihon xonasi (ko'rik xonalari), hojatxona va dush xonasi bilan jihozlangan sanitariya- tesisat xonasi.

Faqat akusherlik shifoxonasi bo'lgan tug'ruqxonada ikkita qabul qilish va

tekshirish bo'limi bo'lishi kerak, ular bir-biridan ajratilgan bo'lishi kerak, biri tug'ruqdagi ayollarni va homilador ayollarni fiziologiya bo'limida , ikkinchisi kuzatuv bo'limida.

Homilador ayollarni 1 yoki 2-akusherlik bo'limiga yuborish uchun qabul qilish va kirish blokidagi ko'rsatmalar .

1-akusherlik bo'limining tekshiruv xonasiga tana harorati normal bo'lgan, yuqumli kasallik, intoksikatsiya belgilari bo'lmagan, teri kasalliklari bo'lmagan homilador ayollar yuboriladi.

Kuzatuv bo'limida kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar: o'tkir respirator kasalliklar, shaharda ixtisoslashtirilgan shifoxona mavjud bo'lmaganda ekstragenital yallig'lanish kasalliklari (pnevmoniya, otit va boshqalar) namoyon bo'lishi; klinik jihatdan ahamiyatli boshqa alomatlar bo'lmasa, febril holat (tana harorati $37,6^{\circ}\text{C}$ va undan yuqori); uzoq, suvsiz davr (kasalxonaga yotqizilishdan 12 soat yoki undan ko'proq vaqt oldin amniotik suyuqlikning yorilishi); intrauterin homila o'limi; soch, terining qo'ziqorin kasalliklari, teri kasalliklari (psoriaz, dermatit, ekzema va boshqalar); terining yallig'lanishli lezyonlari, teri osti yog'i; o'tkir, subakut tromboflebit; pyelonefrit, pyelit, sistit va siydik tizimining boshqa yuqumli kasalliklari; tug'ilish kanalining infektsiyasining namoyon bo'lishi (kolpit), vestibulaning katta bezining yallig'lanishi, genital siğiller; homilaning intrauterin infektsiyasi xavfi yuqori bo'lgan infektsiyani klinik yoki laboratoriya tasdiqlash : toksoplazma , listerioz , qizilcha, jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar (shaharda ixtisoslashtirilgan muassasalar yo'qligida); ixtisoslashtirilgan bo'lim bo'lmaganida sil kasalligi (har qanday lokalizatsiyaning yopiq shakli); diareya; tibbiy muassasadan tashqarida tug'ilganda erta tug'ruqdan keyingi davr (24 soat); 28 haftadan keyin aniqlangan xomilalik deformatsiyalar; malign neoplazmalar uchun; osteomiyelit, najas, genitouriya va boshqa oqmalar uchun; tos a'zolarining disfunktsiyasi (poliomielit, orqa miya sinishidan keyin); ayirboshlash kartasining yo'qligi yoki homilador ayollarni, tug'ruqdagi ayollarni PW, OIV, gonoreya va boshqalar uchun tekshirish natijalari.

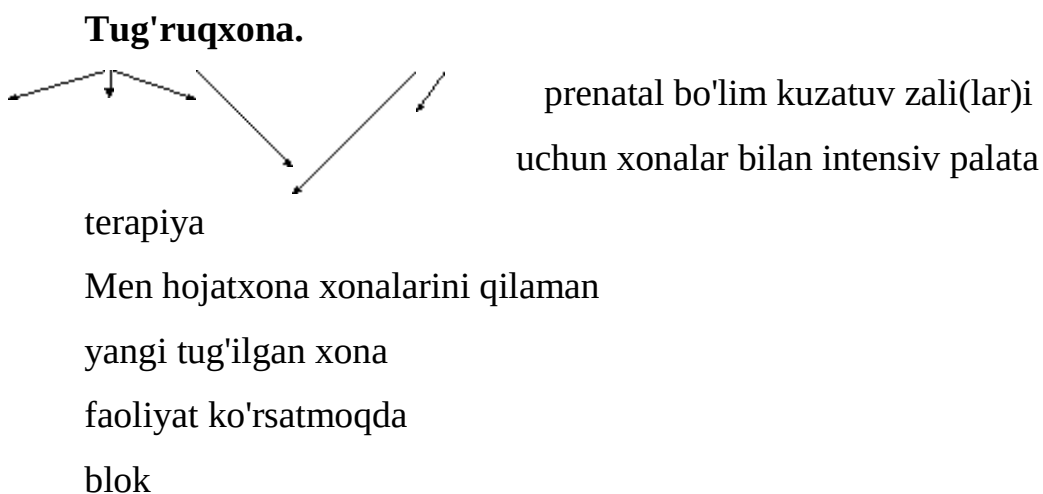
Yuqumli kasalliklarga chalingan homilador ayollar (epidemik gepatit va

boshqalar) tegishli shifoxonalarning alohida bo'limlariga yuboriladi.

Tekshiruv xonasida kiruvchi ayollarni maxsus reestrda ro'yxatdan o'tkazgandan so'ng, **tug'ilish tarixining pasport qismi to'ldiriladi (hisob raqami 096/U).**

Agar bo'sh joylar bo'lmasa yoki boshqa sabablarga ko'ra sababni oqlagan holda , rad etishni **kasalxonaga yotqizishni rad etish reestrda (hisob raqami 001/U) ro'yxatdan o'tkazing.**

Birinchi akusherlik (fiziologik) bo'limga quyidagilar kiradi: tug'ruq bo'limi, tug'ruqdan keyingi bo'lim, neonatal bo'lim, bo'shatish xonasi.



Tug'ilgan ayollar butun birinchi davrni prenatal bo'limda, tug'ruqning ikkinchi va uchinchi bosqichlarini tug'ruq xonasida o'tkazadilar. Prenatal bo'limda faqat tashqi akusherlik tekshiruvi ginekologik kafedrada tekshiruv xonasida amalga oshiriladi ;

Hozirda alohida bo'limlarga ega tug'ruqxonalar qurilib, ular tug'ruqxona, tug'ruqxona va kichik operatsiya xonasi vazifasini bajaradi.

Reanimatsiya bo'limi homiladorlikning og'ir shakllari (preeklampsi) va ekstragenital patologiyasi bo'lgan tug'ruqdagi ayollar uchun mo'ljallangan. Bo'lim zarur jihozlar, asbob-uskunalar , dori-darmonlar, funktsional yotoqxonalar, markazlashtirilgan kislorod yetkazib berish moslamalari bilan jihozlangan.

Kichkina operatsiya xonasida akusherlik operatsiyalari uchun asbob-uskunalar va asboblari mavjud: akusherlik forsepslarini qo'llash; xomilaning bosh tomonidan vakuumli ekstraksiyasi; nazorat qilish, bachadon bo'shlig'ining devorlarini qo'lda tekshirish; qo'lda ajratish, platsentani bo'shatish; yumshoq

tug'ilish kanalini tug'ilgandan keyin tekshirish, ularning yoriqlarini tikish.

Katta operatsiya xonasida ular bajaradilar: sezaryen, supravaginal amputatsiya, histerektomiya va boshqalar.

Tug'ruqxonadagi yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun bo'lim yangi tug'ilgan chaqaloqni dastlabki davolash va shoshilinch reanimatsiya yordamini ko'rsatish uchun zarur bo'lgan barcha narsalar bilan jihozlangan.

Tug'ruqdan keyingi bo'limda akusherlik shifoxonasi o'rinlarining 50-55 foizi joylashgan. Tuzilishi: tug'ruqdan keyingi ayollar uchun bo'limlar, nasos, ona sutini yig'ish xonasi, davolash xonasi, choyshab xonasi, shaxsiy gigiena xonasi, xodimlar xonalari, sanitariya xonalari, hojatxona xonalari.

Ushbu bo'limda palatalarni to'ldirishda tsikliklikka rioya qilish katta ahamiyatga ega.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar bo'limiga quyidagilar kiradi: sog'lom to'liq tug'ilgan chaqaloqlar, erta tug'ilgan chaqaloqlar, tug'ruq paytida shikastlangan bolalar uchun bo'limlar, davolash xonasi, sut xonasi, intensiv terapiya bo'limi va yordamchi xonalar.

Agar infektsiya aniqlansa, yangi tug'ilgan chaqaloqlar darhol kasalxonaning yuqumli kasalliklar bo'limiga o'tkaziladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar palatalari davriy ravishda to'ldiriladi. Umumiy tozalash har 7 kunda bir marta amalga oshiriladi. Hozirgi tozalash nam usul yordamida amalga oshiriladi . Mikroblarga qarshi lampalar kuniga bir necha marta yoqiladi va xonalar ventilyatsiya qilinadi (ovqatlanish vaqtida). Bo'limlarda havo harorati to'liq tug'ilgan chaqaloqlar uchun $21-22^{\circ}\text{C}$, erta tug'ilgan chaqaloqlar uchun $24-26^{\circ}\text{C}$ ni tashkil qiladi.

Bolalar ichki kiyimlari avtoklavda sterilizatsiya qilinadi . Barcha parvarishlash vositalari steril bo'lishi kerak.

Onalar va bolalar birgalikda saqlanadigan tug'ruqxonalar tashkil etildi.

To'liq huquqli parvarish qilishni tashkil qilish uchun har bir bola to'shagida kamida $2,5\text{ m}^2$ xona maydoni bo'lishi kerak . Ikkinchi akusherlik bo'limida yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun bo'limlar bo'lishi kerak .

Faqat sog'lom bolalar uyga chiqariladi; erta tug'ilgan, jarohatlangan yangi tug'ilgan chaqaloqlar shifoxonalarning ixtisoslashtirilgan bolalar bo'limlariga o'tkaziladi. Bo'shatish to'g'risida tuman bolalar poliklinikasiga telefon orqali xabar yuborish kerak.

II kuzatuv bo'limimini tug'ruqxona, tug'ruqxonada . Ikkinchi akusherlik bo'limiga quyidagilar kiradi: sanitariya nazorati xonasi, tug'ruqxona xonasi, tug'ruq xonasi, homilador ayollar, tug'ruqdan keyingi ayollar, yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun bo'linmalar , kichik va katta operatsiya xonasi, manipulyatsiya xonasi, davolash xonasi, kiler, tushirish xonasi, sanitariya xonalari va boshqa yordamchi xonalar.

Bo'limdagi yotoqlarning umumiy soni tug'ruqxonadagi barcha akusherlik yotoqlarining 20-25% ni tashkil qiladi. Bo'lim ishining o'ziga xosligi shundaki, homilador ayollar, tug'ruqdagi ayollar va tug'ruqdan keyingi ayollar bir vaqtning o'zida davolanadi .

II akusherlik bo'limining tug'ruqdan keyingi ayollari, I fiziologiya bo'limining tug'ruqdan keyingi ayollaridan farqli o'laroq , bepul, cheklangan, qattiq yotoqda dam olishlari mumkin .

Hozirgi vaqtda yiringli-septik kasalliklari bilan tug'ilgan chaqaloqlar ixtisoslashtirilgan bolalar tibbiy shifoxonalariga o'tkaziladi va onasi, agar uning ahvoli qoniqarli bo'lsa, 5-kuni uyga chiqariladi .

Homilador ayollar patologiyasi bo'limi turli xil ekstragenital homilador ayollarni prenatal kasalxonaga yotqizish uchun mo'ljallangan kasalliklar , homiladorlikning asoratlari. Infektsiyalangan ayollar ushbu bo'limga qabul qilinmaydi .

Bo'limdagi yotoqlar soni barcha akusherlik kasalxonalari yotoqlarining kamida 25% ni tashkil qiladi .

Tuzilishi: homilador ayollar uchun palatalar, manipulyatsiya xonasi, davolash xonasi, funktsional diagnostika xonasi, ovqat xonasi bo'lgan bufet, dam olish xonasi (bemorlarning kunduzi bo'lishi uchun), shaxsiy gigiena xonasi, xodimlar xonasi, sanitariya xonalari va boshqalar. kommunal xonalar.

Ixtisoslashgan akusherlik yordami.

o'limni yanada kamaytirish , homilador ayollarga yordam ko'rsatish sifatini oshirish uchun kurashda akusherlik shifoxonalarining ish shakllari takomillashtirilmoqda . Shu maqsadda yurak-qon tomir patologiyasi, sil, qandli diabet , Botkin kasalligi bilan og'rigan homilador ayollar va Rh omiliga izommunizatsiyalangan homilador ayollar uchun ixtisoslashtirilgan bo'limlar va tug'ruqxonalar tashkil etilgan . Yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun ixtisoslashtirilgan shifoxonalar , bo'limlar va bo'limlar ham yaratilgan .

Ixtisoslashtirilgan tug'ruqxonalarda erta tug'ilgan chaqaloqlar parvarishlanadi, tug'ruq vaqtida kasal va jarohatlangan yangi tug'ilgan chaqaloqlarga malakali yordam ko'rsatiladi.

1.3. Statsionar ginekologik yordamni tashkil etish.

odatda umumiy somatik shifoxonaning bir qismi bo'lgan ginekologiya bo'limida ko'rsatiladi , tibbiy bo'lim yoki tug'ruqxona. Mamlakatimizning yirik shaharlarida mustaqil ginekologik shifoxonalar tashkil etilmoqda . Ish profiliga qarab, ginekologiya bo'limi turli xil ixtisoslashtirilgan shifoxonalarning bir qismi bo'lishi mumkin : onkologiya , sil kasalligi, endokrinologiya va boshqalar.

Umumiy ginekologiya bo'limi odatda bir-biridan ajratilgan ikkita bo'limga bo'linadi: jarrohlik (operativ ginekologiya bo'limi) va konservativ (konservativ ginekologiya bo'limi) davolash usullariga muhtoj bemorlar uchun. O'z navbatida, jarrohlik bo'limi "toza" va yiringli operatsiyalar uchun bo'limlarga bo'lingan. Bundan tashqari, ginekologiya bo'limida alohida yotoq ajratiladi abort qilish , ular ham ikki guruhga bo'linishi mumkin: sun'iy (sun'iy) abortlar va tibbiy muassasadan tashqarida boshlangan abortlar uchun .

Har qanday ginekologik shifoxonada alohida qabul qilish xonasi , palatalar, tekshiruv xonalari, kiyinish xonalari, davolash xonalari , ovqat xonasi, kiler, xodimlar xonalari, navbatchi hamshiralar uchun postlar, idishlar va moyli kiyimlarni yuvish va quritish xonasi, sanitariya-texnik vositalar va sanitariya-texnik vositalar bo'lishi kerak. boshqa binolar. Jarrohlik yordamini ko'rsatish bo'limiga operatsiya bo'limi kiradi: katta va kichik operatsiya xonalari, endoskopik, operatsiyadan oldingi

va operatsiyadan keyingi bo'limlar. Ginekologiya bo'limidagi hamshira navbatchilik punktida , operatsiya xonasida, tekshiruv xonasida, kiyinish xonasida va protsedura xonasida ishlashi mumkin.

1.4. Sanoat korxonalarida ishlaydigan ayollarga akusherlik va ginekologik yordamni tashkil etish.

Mamlakatimizda sanoat korxonalarida mehnat qilayotgan xotin-qizlar o'z ish joyida, umumiy tibbiyot tarmog'ida esa yashash joyida tibbiy-profilaktika yordamini olish imkoniyatiga ega.

Ish joyida tibbiy-profilaktika yordami yirik sanoat korxonalarida tashkil etilgan tibbiyot bo'linmalarida amalga oshiriladi . Ularning aksariyati antenatal klinika va akusherlik va ginekologiya shifoxonasini o'z ichiga oladi . Ba'zi korxonalarda faqat antenatal klinikalar tashkil etilgan, kasalxonaga yotqizish esa ochiq tarmoq kasalxonalarida amalga oshiriladi.

Tibbiy-sanitariya bo'limining ayollar maslahat markazi o'z ishini ustaxona printsipiga muvofiq tashkil qiladi, ya'ni. akusherlik va ginekologiya bo'limi tashkil etish orqali . Bu tamoyil akusher-ginekologdan ishlab chiqarish tabiati va texnologiyasini, ustaxonalarda ayollar mehnatining sanitariya-gigiyena sharoitlarini bilishni talab qiladi. Tibbiy-sanitariya bo'limining akusher-ginekologi nafaqat bemorlarning dispanser guruhini, balki ishlab chiqarish ustaxonalarining barcha ishchilarini tibbiy ko'rikdan o'tkazadi.

Ishlab chiqarishda ginekologik kabinetda hamshiraning ishlashi. Hamshira ham shifokor kabi ishlab chiqarishning o'ziga xos xususiyatlarini, ayollarning mehnat sharoitlarini yaxshi bilishi, ishlab chiqarish omillarining ayol organizmiga ta'sirini o'rganishi kerak. Shifokor bilan birgalikda hamshira ayollarni majburiy dastlabki (ish joyiga kirishda) va davriy ko'rikdan o'tkazishda, ularning mehnat sharoitlarini himoya qilish va yaxshilash, vaqtincha nogironlikning oldini olish va kamaytirish bo'yicha chora-tadbirlarda ishtirok etadi. Yirik sanoat korxonalarida yaxshi jihozlangan xonalar va davolash xonasi mavjud bo'lib, bu yerda maxsus tayyorgarlikdan o'tgan hamshira shifokor ko'rsatgan muolajalarni bajaradi.

Mahalliy sog'liqni saqlash organlarining qarori bilan homilador ayollar - o'zlarining ish joyida tibbiy-sanitariya bo'limining antenatal klinikasida - homiladorlikning butun davri va tug'ruqdan keyingi davrda yoki faqat homiladorlikning 30-haftasigacha kuzatilishi mumkin . Bunday holda, hamshiraning vazifalari homilador ayolni hududiy antenatal klinikaga keyingi kuzatish uchun o'tkazishni nazorat qilishni o'z ichiga oladi.

Korxonada 300 va undan ortiq ayollar bo'lganda tashkil etiladigan shaxsiy gigiena xonalari ishini hamshira nazorat qiladi . Xonalar dush moslamalari, jumladan, ko'tarilgan dush va gigiena protseduralaridan so'ng ayollar uchun qisqa muddatli dam olish xonasi bilan jihozlangan. Hamshira har bir ayolning shaxsiy gigiena xonalariga tashrifini maxsus jurnalda qayd etadi , unga steril, individual paket beradi va birinchi tashrifi haqida ko'rsatma beradi.

1.5. Qishloq joylarda akusherlik-ginekologik yordamni tashkil etish.

aholisiga akusherlik va ginekologik yordam qator tibbiyot muassasalari tomonidan bosqichma-bosqich ko'rsatilmoqda . **Birinchi bosqichda** akusherlik va ginekologik yordamni tibbiy-akusherlik punktlarining feldsherlar (doyalar, hamshiralar) amalga oshiradilar .

Birinchi bosqichda ambulatoriya ishi mahalliy shifoxona shifokori nazorati ostida amalga oshiriladi va homiladorlik va ginekologik kasalliklarning asoratlari oldini olish uchun asosan profilaktika xususiyatiga ega.

Hamshiralarning vazifalariga xizmat ko'rsatish hududidagi barcha homilador ayollarni homiladorlikning dastlabki bosqichlarida aniqlash, ularning holatini muntazam ravishda kuzatib borish , homilador ayollar, tug'ruqdan keyingi ayollar va hayotning birinchi yilidagi bolalarga homiylik qilish, bolalarni jismoniy va psixoprofilaktika tayyorlash bo'yicha mashg'ulotlar o'tkazish kiradi. tug'ish va sanitariya ta'limi uchun homilador ayollar, siz ginekologik bemorlarning fenomenisiz. Birinchi bosqichda tibbiy nazorat homiladorlik davrida taxminan 6-8 marta tuman shifoxonalaridagi antenatal klinikalar shifokorlari yoki tashrif buyuradigan tibbiy brigada tomonidan amalga oshiriladi.

Markaziy tuman yoki viloyat kasalxonalari negizida akusher-ginekolog,

terapevt, stomatolog, akusher (hamshira), bolalar hamshirasi va laborantdan iborat sayyor brigadalar tashkil etiladi va aniq jadval bo'yicha muntazam ravishda qishloq joylarga sayohat qilib, u yerda ayollarni har tomonlama tekshirish .

Birinchi bosqichdagi muassasalar hududida yashovchi barcha homilador ayollar tug'ruq uchun akusher-ginekolog joylashgan kasalxonaga tug'ruqxonaga yuborilishi kerak. Homiladorlikning fiziologik bosqichida yosh sog'lom ayollar uchun istisno tariqasida birinchi bosqichdagi muassasalarda tug'ilishga ruxsat beriladi . Tug'ruq paytida asoratlar yuzaga kelgan taqdirda, hamshiralarning vazifalari darhol akusher-ginekologni chaqirish yoki ayolni yordam uchun keyingi bosqichga o'tkazish to'g'risida qaror qabul qilishni o'z ichiga oladi.

Ikkinchi bosqichda ambulator akusherlik-ginekologik yordam akusher-ginekolog lavozimi ta'minlangan 50 va undan ortiq o'rinli mahalliy kasalxonalarda , shuningdek, etarli miqdorda ish bo'lsa, qishloq vrachlik punktlarida ko'rsatiladi. shtatlarda

Qishloq vrachlik punktida akusher - ginekolog lavozimi joriy etilmoqda . Ikkinchi bosqichda homiladorlikning fiziologik kursi bo'lgan sog'lom ayollar shifokor va hamshiralar tomonidan kuzatiladi . Yuqori xavf guruhidagi homiladorlar, ikkinchi bosqich muassasalarida kuzatuvdan tashqari, tuman yoki markaziy tuman shifoxonasi shifokorining dispanser nazorati ostida bo'lishi kerak. Ikkinchi bosqichda statsionar yordam tuman kasalxonalari , tuman kasalxonalari va III toifadagi markaziy tuman kasalxonalari tomonidan amalga oshiriladi. Yuqori xavf guruhidagi homilador va tug'ruqdan keyingi ayollar, shuningdek, doimiy tibbiy nazoratga muhtoj bo'lgan ginekologik bemorlar tunu-kun navbatchi akusher-ginekolog bo'lmagan ikkinchi bosqich shifoxonalariga yotqizilishi mumkin emas.

Uchinchi bosqichda ambulator yordam tuman va markaziy tuman kasalxonalari antenatal poliklinikalari tomonidan, statsionar yordam I-II toifadagi markaziy tuman kasalxonalari tomonidan amalga oshiriladi. Bu bosqich qishloq aholisiga malakali tibbiy yordam ko'rsatishning eng muhim bo'g'ini hisoblanadi .

To'rtinchi bosqich antenatal klinikalar va shahar va viloyat tug'ruqxonalarini va kasalxonalardagi shifoxonalar bilan ifodalanadi .

antenatal klinikalar va ixtisoslashtirilgan akusherlik va ginekologiya muassasalarining kasalxonalari , ilmiy-tadqiqot institutlari va bazalari, oliy o'quv yurtlarining akusherlik va ginekologiya kafedralari **tomonidan ta'minlanadi . Homilador ayollar, tug'ruqdagi ayollar, tug'ruqdan keyingi ayollar va** ayniqsa og'ir patologiyalari bo'lgan ginekologik bemorlar to'rtinchi va beshinchi bosqichdagi muassasalarga yuboriladi .

Qishloq joylarida shoshilinch akusherlik va ginekologik yordam akusherlik va ginekologlardan tashkil topgan brigadalar bilan birgalikda anesteziolog , reanimatolog va boshqa mutaxassislar tomonidan amalga oshiriladi . Bunday holda tez-tez tibbiy yordam havo kemalari ishlatiladi.

1.6. Ixtisoslashgan ginekologik yordamni tashkil etish.

neyroendokrin kasalliklari, bepushtlik, shuningdek, bolalar va o'smirlarning ginekologik kasalliklari bo'lgan bemorlarga ixtisoslashtirilgan ginekologik yordamni rivojlantirish zarurligini aniqladi .

ginekologik kasalliklari bo'lgan ayollarga ixtisoslashtirilgan yordam zamonaviy endokrinologik laboratoriyalar tashkil etish va tegishli ixtisoslashtirilgan xonani ajratish uchun sharoitlar mavjud bo'lgan yirik antenatal klinikalarda ko'rsatiladi . Keyingi bosqichda ginekologik shifoxonaning tegishli bo'limlarida ixtisoslashtirilgan yordam ko'rsatiladi.

Bepushtlik nikohlariga ixtisoslashtirilgan yordamni tashkil etish bosqichma-bosqich amalga oshirilmoqda . Birinchi bosqichda yordam bepust er -xotin aylanadigan hududiy antenatal klinikada ko'rsatiladi . Ikkinchi bosqich - katta antenatal klinikalarda bepustlik bo'yicha akusher-ginekolog bilan ixtisoslashgan uchrashuv . Erkak klinikada urolog-androlog ko'rigidan o'tkazilmoqda. Uchinchi bosqichga ixtisoslashtirilgan shifoxonalar kiradi.

Qizlarda ginekologik kasalliklarning kechishi o'ziga xos xususiyatlarga ega va shuning uchun bolalar va o'smirlar ginekologiyasi ayollar kasalliklari fanining mustaqil sohasiga aylandi . Bolalar ginekologiya xizmati 18 yoshgacha bo'lgan qizlarga bosqichma-bosqich ixtisoslashtirilgan yordam ko'rsatadi.

Birinchi bosqichda bolalar ginekologi maktabgacha ta'lim muassasalarida,

maktablarda, maktab-internatlarda, o'rta maxsus muassasalarda va bolalar sanatoriylarida ishlaydi. Ushbu ish asosan sanitariya-ma'rifiy va profilaktika xarakteriga ega bo'lib, bolalar ginekologi maslahatiga muhtoj bo'lgan bolalarni - aniqlashga qaratilgan .

Ikkinchi bosqichda tuman bo'limlarida ginekologlar tomonidan , uchinchi bosqichda - bolalar ginekologiya bo'limlarida va ulardagi maslahat xonalarida yordam ko'rsatiladi.

Barcha bosqichlarda ixtisoslashtirilgan ginekologik yordam ko'rsatishda shifokor bilan birgalikda profilaktika, terapevtik va sanitariya-ma'rifiy ishlar bilan shug'ullanadigan hamshira katta rol o'ynaydi.

Shunday qilib, akusherlik va ginekologik muassasalarda hamshiraning ishi antenatal klinikalarda, sanoat ishlab chiqarishining tibbiy -sanitariya qismining ginekologiya kabinetida , akusherlik va ginekologik shifoxonalar bo'limlarida keng qo'llaniladi . Shifokor rahbarligida davolash va profilaktika ishlari odatda hamshira tomonidan amalga oshiriladi. U shifokorning ko'rsatmalarini bajaradi , ayollar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarga g'amxo'rlik qiladi, kichik tibbiyot xodimlarining ishini tashkil qiladi va nazorat qiladi. Hamshira shifokor kelguniga qadar ayollar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarga shoshilinch yordam ko'rsatishga majburdir.

Hamshiralar keng ko'lamli sanitariya-ma'rifiy ishlarni olib boradilar, homilador ayollar, tug'ruqdan keyingi ayollar va yosh bolalarga patronajlik qiladilar, homiladorlik , tug'ish va ginekologik kasalliklarning asoratlarini oldini olish choralarini ko'radilar, ommaviy profilaktika ko'riklarida ishtirok etadilar, himoya qilish to'g'risidagi qonun hujjatlarining bajarilishini nazorat qiladilar. ayollar va bolalar huquqlari.

Shunday qilib, akusherlik va ginekologik muassasalarda hamshiraga juda ko'p ish yuklanadi . Bu uning oldiga yuqori malakali mutaxassis bo'lishdek mas'uliyatli vazifani qo'yadi . Shuning uchun ham bo'lajak hamshirani tayyorlashda akusherlik va ginekologiya asoslarini o'rganish katta ahamiyatga ega.

Vrachning ko'rsatmalarini bajarishdagi vijdonlilik, chuqur bilim va kasbiy mahorat hamshira mehnati sifatining asosiy ko'rsatkichlari hisoblanadi.

Hamshiraning axloqiy xarakteri va xulq-atvor standartlari ham katta ahamiyatga ega. Bemorlar bilan muloqot qilishda hamshira har doim o'zini tuta oladigan, do'stona, kuzatuvchan va qiyin vaziyatlardan chiqish yo'lini topa oladigan bo'lishi kerak. Hamshiralar kasallikning diagnostikasi, davolashi, natijalarini muhokama qilmasligi , operatsiyalar va ularning natijalari bo'yicha tushuntirishlar bermasligi kerak.

Hamshiraning tashqi ko'rinishining ajralmas xususiyatlari kamtarlik, kiyim-kechak, qo'llar va tirnoqlarning tozaligi bo'lishi kerak.

hamshiraning bevosita nazorati ostida bo'lganligi sababli , u shifokorga bemorlarning farovonligi va ahvoli haqida xabar berishi kerak. Barcha terapevtik choralar faqat shifokor tomonidan belgilanadi va hamshira tomonidan ruxsatsiz dori-darmonlarni tavsiya qilish qat'iyan man etiladi .

Davolanishdan oldin hamshira shifokorga bemorlarni kuzatish natijalari , retseptlarning bajarilishi va bemorlarning kayfiyati haqida xabar berishi kerak.

Homilador ayollar bilan ishlashda hamshiraning asosiy vazifasi ularda tug'ilishning ijobiy natijasiga ishonchni shakllantirishdir, chunki tug'ilish fiziologik jarayondir . Hamshiraning ishida homilador ayollarga, tug'ruqdagi ayollarga , tug'ruqdan keyingi ayollarga e'tibor bermaslik , begona suhbatlar, hayotning shaxsiy jihatlariga oid nomaqbul savollar, hayo tuyg'usini haqorat qiluvchi va u yoki bu darajada, ayolning ruhiyatiga zarar etkazishi mumkin. Tibbiy maxfiylikni saqlashni unutmashlik kerak.

Zamonaviy sog'liqni saqlashni rivojlantirishning ustuvor yo'nalishlaridan biri onalar va bolalar kasalliklari va o'limini kamaytirishdir. Ushbu maqsadga erishishga yirik ko'p tarmoqli shifoxonalar samaradorligini oshiradigan zamonaviy boshqaruv texnologiyalari yordam beradi [1].

Tarixiy jihatdan, inqilobdan oldingi Rossiya va SSSRda tug'ruqxonalar va feldsher-akusherlik punktlari ko'p hollarda yuridik jihatdan mustaqil bo'lgan, ularning ishi asosan ixtisoslashtirilgan akusherlik yordamini ko'rsatish bilan cheklangan edi [2]. Og'ir ekstragenital kasalliklarga chalingan bemorlarda tug'ruq bo'lsa , tibbiy yordam sifati talab darajasiga javob bermadi [3].

Shunga o'xshash muammo erta tug'ilish paytida, yangi tug'ilgan chaqaloqlar intensiv terapiyani talab qilganda paydo bo'lgan [4]. Vaziyat 1970-yillarda o'zgara boshladi. ko'p tarmoqli shifoxonalar hududida tug'ruqxonalar qurish bilan. Ammo bunday tibbiyot markazlari qurilishi bilan bir qatorda mustaqil akusherlik shifoxonalari qurilishi davom etdi. Bu 21-asrning boshlarida ekanligiga olib keldi. Moskvada 10 ga yaqin tug'ruqxona mustaqil ravishda ishladi, ular vaqti-vaqti bilan yuqori xavfli guruhlardan homilador ayollarni tug'ish paytida yuzaga keladigan tibbiy muammolarga duch kelishdi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, Evropaning iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarida hozirgi vaqtda tug'ilishning umumiy sonining atigi 25-30 foizi fiziologik deb tasniflanadi. Xuddi shunday holat Rossiyada ham kuzatilmoqda [5]. Bu bir profilli shifoxonalarda ko'p tarmoqli tibbiy yordam ko'rsatishni murakkablashtiradi , birinchi navbatda intensiv terapiya va reanimatsiya yordami [6]. Ushbu vaziyatni bartaraf etish uchun 2014 yilda Moskvada mustaqil akusherlik muassasalari ko'p tarmoqli shifoxonalar tizimiga birlashtirildi. Amalga oshirilgan modernizatsiya nafaqat ko'rsatilayotgan tibbiy yordam sifatini oshirdi, balki shifoxonalar ishini iqtisodiy jihatdan samaraliroq qildi va moddiy-texnikaviy ta'minot masalalarini yanada muvaffaqiyatli hal qilish imkonini berdi.

Aholiga akusherlik va ginekologik yordam ko'rsatishni modernizatsiya qilishning muhim bosqichi 2017 yilda shifoxonalar tarkibiga antenatal klinikalarning kiritilishi bo'ldi. Ushbu qo'shilish natijasida ambulator-poliklinika mutaxassislari murakkab laboratoriya tekshiruvlarini o'tkazish masalalarini hal qilishda ancha osonlashdi. tegishli mutaxassislar, va yuqori texnologiyali uskunalar yordamida bemorlarni tekshirish. Bundan tashqari, qator huquqiy muammolar ham hal etildi.

Shunday qilib, "akusherlik va ginekologiya" sohasida tibbiy yordam ko'rsatish tartibi endi Rossiya Sog'liqni saqlash vazirligining 2012 yil 1 noyabrdagi 572n-sonli "Sohada tibbiy yordam ko'rsatish tartibini tasdiqlash to'g'risida" gi buyrug'i bilan tartibga solinadi. "Akusherlik va ginekologiya" (yordamchi reproduktiv texnologiyalardan foydalanish bundan mustasno)" [7]. Ba'zi hollarda ushbu

protseduraga rioya qilish faqat kichik akusherlik shifoxonalarida har doim ham mavjud bo'lmagan to'liq laboratoriya bazasi, tegishli mutaxassislar va yuqori texnologiyali uskunalar mavjud bo'lganda mumkin. Moskvada birinchi marta yuqori sifatli multidisipliner yordam olish uchun homilador ayolga kerakli mutaxassis yoki laboratoriyani mustaqil ravishda izlash kerak bo'lmagan qulay vaziyat yuzaga keldi. Barcha logistika masalalari qisqa vaqt ichida davolovchi shifokor yoki qiyin vaziyatda shifokorlar kengashi tomonidan hal qilinishi mumkin.

Amalga oshirilgan modernizatsiyaning ahamiyatini ortiqcha baholash qiyin, chunki sog'liqni saqlashdagi logistika muammolari eng katta qiyinchiliklarni keltirib chiqardi. Ma'lumki, chet el klinikalarida tibbiy yordam so'rash va chet elda davolanish ko'p jihatdan Rossiyada kerakli mutaxassislarning etishmasligi bilan emas, balki bemorning davolanish uchun ularga qanday borishni tushunmasligi bilan bog'liq.

Yirik tibbiyot birlashmasining ishiga misol sifatida 67-sonli shahar klinik shifoxonasining tuzilishini keltirish mumkin, u bir necha asosiy markazlardan iborat: anesteziologiya va reanimatsiya; jarrohlik; terapiya; akusherlik va ginekologiya; qon tomir markazi. Har bir markaz rahbari bo'limlar ishini belgilaydi va nazorat qiladi. Markaz rahbarlarining yaqin o'zaro hamkorligi og'ir bemorlarga qisqa vaqt ichida (favqulodda vaziyatlarda – bir necha daqiqada) kompleks tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etish imkonini beradi. Markaz rahbari, agar kerak bo'lsa, o'z sohasidagi asosiy mustaqil mutaxassis bilan yordam ko'rsatishni muvofiqlashtirish imkoniyatiga ega. Ko'p tarmoqli kengash xulosasida aks ettirilgan markazlar rahbarlarining umumiy qarori shifoxona bosh vrachiga taqdim etiladi. Qiyin holatlarda maslahatlashuvlar bosh shifokorning shaxsiy nazorati ostida o'tkaziladi.

Har bir menejerning o'z profili doirasidagi faoliyati va markazlar rahbarlarining yaqin o'zaro ta'siri umumiy yakuniy qaror qabul qilishdan oldin vaqtni sezilarli darajada qisqartirishi mumkin, bu og'ir akusherlik qon ketishi, emboliya, eklampsiya, intrakranial holatlarda fundamental ahamiyatga ega. homiladorlik va

tug'ruqdan keyingi davrning qon ketishi va boshqa asoratlari.

1.7. Homilador ayollarda ixtisoslashgan otorinolaringologik yordamni tashkil etish.

Quloq va yuqori nafas yo'llarining yiringli-yallig'lanish kasalliklari strukturasida etakchi kasalliklardan biri hisoblanadi LOR patologiyasi . Quloq, farenks va kakaoning yiringli shikastlanishining surunkali shakllari bilan og'rigan bemorlar sonining doimiy o'sishi , homiladorlik patologiyasi va kech hayotning noqulay daromadlari (erta tug'ilish , deformatsiyalar, o'lim to'shaklari , yangi tug'ilgan chaqaloqlar o'limi) sonining ko'payishi. tug'ilgan onalar) kundalik LOR bilan tibbiy fanning markaziy muammolaridan biri (Agaaaa N. M. , 1974 ; Bshskzr 0, M." I97S; Voropaeva S.D. , 1983 ;

Ayrim DOR- zobolevayadlarning klinikasi va davolashini homiladorlik sharoitida va tug'ilish ko'rsatkichi yuqori bo'lgan O'zbekiston sharoitida o'rganish dolzarb muammo bo'lib, salmoqli qismini re- va shogoroyavshaolar egallaganligi sababli. , unda reproduktiv davr 40-45 latgacha uzaytiriladi . Ushbu yosh davriga kelib, revmatizm, yurak nuqsonlari, pielonefrit, surunkali bronxit va boshqalar kabi turli xil ekstragenital kasalliklarning paydo bo'lish ehtimoli ortadi (Frolova O.G., Nikolaeva E.I., 1978), bu , qoida tariqasida , gnoyko-aospalptolnning : drotsasoov yuqori vdaatvlnzh putai».

boshqa og'iz bo'shlig'i kasalliklari haqida ma'lumot yo'q. organlar va rakunlar. Adabiyot ma'lumotlari shuni ko'rsatadiki , to'liq muddatli homiladorlik davrida LOR a'zolarida ma'lum o'zgarishlar ro'y beradi (Dovyaenko G.I., 1956; Leonova V.I., 1958; Fotin A.V., -1966; Alman A.V., 1975; Agaeva N.M., 1974).

Otorinolaringologiyada erishilgan yutuqlarga qaramay, yiringli orediyaning klan shaklidagi o'ziga xos xususiyatlari. Okoyaonooovshning otltov va thayu® kasalliklari : homiladorlik davrida sinuslar, farenks va halqum - etarli darajada kasalliklar qolmagan bo'lsa (Ageeve N.M., 1974; Xlystov Yu.D., Yudaeva V.M., 1980; Agaeva N.X., Sultonova O.M. , - 1935 ; Chkhshtov L.N. , 1990 ; '

Mushuklardan biri Drnchyan , chaqiradi: patologlar; L0?~ orgaloo , bakterial ifloslanishdir (Preobra&enogash HA va com1., 1932; Zabolotschy D.I., IS33;

sassZlie r. ot . ai ., 1989). Biroq, IOP- orgaksv kasalliklari bo'lgan homilador ayollarda farenks va nooa kakroflorasining soapoo tabiati yoritilgan emas. Yiringli o'choqlar fgorining tur tarkibining doimiy o'zgarishi Shtshlovning virulentligi , bakteriyaga chidamli § or;l ning paydo bo'lishi , teratogen ta'sirga ega bir qator antibiotiklarga ega bo'lishi va kakao organizmning ko'p miqdordagi antibakteriallarga sezgirlik darajasini sezilarli darajada murakkablashtiradi . yana dorivor preparatlarni modernizatsiya qilish va homiladorlik davrida antibakterial davolash usullarini izlashni aniqlash , ... •

Profilaktik tadbirlarni o'tkazishning maqsadga muvofiqligi masalasi hal etilmagan . ara homilador ayollarda huquqiy organlarning kasalliklari. Shu bilan birga, ko'plab yallig'lanish kasalliklari aniqlangan nazux (Dainyak L.B., '1280; Tarasova G.D., 1983; Adalov M.M., IS39; Erasan V.G., Kaoymoe K., X98S) va gdotka (Polliyag SB, 1976; Gorbachevsky BJI . , .F19 ; atoz I.B. , 1984; Pooa V.A. , 1984; ISS5; Kabort R.V. , 1990 ;

Ma'lumki , homiladorlikning fiziologik kechishi immun tizimining bug 'isitishidan kelib chiqadi (Savelyeva G.M., IS3I;

Bulienko S.D. I soivg ., 1981; Mayagaeva N.K. I al ., 1986; Fogel P.I., 1987 va boshqalar). Shu bilan birga, LOR kasalliklari bilan og'rigan homilador ayollarda immunologik o'zgarishlarning tabiati haqida ma'lumot yo'q . Bu ma'lumotlar noto'g'ri asosiy kasallikning asoratlarini oldini olish uchun homiladorlik davridagi ginekologik bemorlarda LOR patologiyasini , shuningdek, homiladorlik davrida oqilona davolash va profilaktika choralarini ishlab chiqish uchun .

Homilador ayollarda LOR kasalliklarini davolash masalasi bo'yicha biz alohida nashrlarni olamiz. Shunday qilib, homilador ayollarda quloq, tomoq, burun va paranasal sinuslarning yallig'lanish kasalliklarini davolash uchun aftayaanoterapiya (Agazva N.M., 1974) va peloidanni joriy etish prezumpsiyasi mavjud edi . pra Maksiller sinusning ponksiyoni (Xhlyotov HA, Yudaeva V.M., IS80). LOR a'zolarining yiringli-yallig'lanish kasalliklarining homiladorlik jarayoniga va tug'ilish natijalariga salbiy ta'siri homilaga salbiy ta'sir ko'rsatmasdan yallig'lanish jarayoniga ta'sir qilishning eng samarali vositalarini izlash zarurligini belgilaydi.

II BOB. HOMILADOR AYOLLARDA VAZOMOTOR RINITNI KOMPLEKS TASHXISLASH VA DAVOLASH.

2.1. Homiladorlik davrida vazomotor rinitni olib boorish.

Ona bo'lishga tayyorlanayotgan ayolga shifokorlar har doim o'z sog'lig'i masalasiga mas'uliyat bilan yondashishni qat'iy maslahat berishadi. Albatta, homiladorlikdan oldin sog'lig'ingizni kuzatib borish kerak, ammo kelajakdagi ona uchun bu ayniqsa dolzarb bo'lib qoladi, chunki tug'ilmagan bolaning sog'lig'i ko'p jihatdan bunga bog'liq. Homiladorlik-bu ayol tanasining maxsus holati. Bu vaqtda immunologik qarshilikning o'zgarishi, gormonal, endokrin, asab va boshqa barcha tizimlarning qayta tuzilishi mavjud.

Ayol infeksiyalarga qarshi himoyasiz bo'lib qoladi, surunkali kasalliklar kuchayadi va ba'zi patologik jarayonlar rivojlanadi. Shuning uchun barcha mamlakatlarda homilador ayollarni tekshirishga katta e'tibor beriladi. Tekshiruv rejasiga, akusherlik tekshiruvlaridan tashqari, mutaxassis shifokorlar-jarroh, Optometrist, stomatolog, otorinolingologning maslahatlari kiritilishi kerak. Ammo agar kelajakdagi onalarning tish, endokrin, yurak-qon tomir muammolari hammaga ma'lum bo'lsa, unda homiladorlik paytida LOR tekshiruvlariga ehtiyoj hamma uchun aniq emas. Nima uchun homiladorlik paytida otorinolingolog tomonidan tekshirilishi kerak?

Homiladorlik paytida ayol o'tkir respirator kasalliklarning rivojlanishi, LOR organlarining surunkali kasalliklarining kuchayishi va faqat homiladorlik paytida yuzaga keladigan o'ziga xos sharoitlar bilan bog'liq muammolarga duch kelishi mumkin. Har qanday homiladorlik immunologik himoyaning zaiflashishi bilan birga keladi. Bir tomondan, bu onaning turli xil genlarini o'z ichiga olgan chaqaloqning tanasini rivojlantirishga imkon beradi, boshqa tomondan, bu onaning yuqumli kasalliklarini ko'payishiga yordam beradi. O'tkir respirator kasalliklar (o'tkir respiratorli infeksiyalar, o'tkir respirator virusli infeksiyalar) homiladorlik paytida havo tomchilari orqali oson yuqishi sababli juda keng tarqalgan.

Umumiy farovonlikning yomonlashishi bilan bir qatorda, nafas olish yo'llari

infektsiyalari bilan burun oqishi, bodomsimon bezlarning yallig'lanishi, laringit, tomoq — faringit, traxeya — traxeit, bronxlar — bronxit va boshqalar kuzatilishi mumkin. So'nggi paytlarda surunkali kasalliklarning kuchayishi sezilarli darajada oshdi. Bugungi kunda ular homilador ayollarning 60-75 foizida uchraydi va homiladorlikning noqulay kechishining asosiy sabablari bo'lib, bu yangi tug'ilgan chaqaloqlarning sog'lig'iga katta ta'sir qiladi. Homilador ayollarda surunkali somatik kasalliklar ko'pincha bir nechta sabablarga ega, ularning aksariyati kelajakdagi otalarning bolalik va o'spirinlik davrida paydo bo'lgan va birinchi navbatda ularning sog'lig'iga beparvo munosabatda bo'lish va davolanishni istamaslik bilan bog'liq.

Tonzillit, rinit, sinusit, otit — bu odatda surunkali va uzoq vaqt asemptomatik bo'lgan patologiya. Alevlenmeler odatda tananing himoyasi, shu jumladan homiladorlik paytida pasayganda paydo bo'ladi. O'tkir va surunkali infektsiyalarning onaning fokusi bola uchun xavflidir, chunki homilaga ta'sir ikki tomonlama bo'lishi mumkin — to'g'ridan-to'g'ri va bilvosita. Patogen fetoplasental to'siqni engib, intrauterin infektsiyaga olib kelishi mumkin. Xomilada eng zaif bo'lganlar rivojlanayotgan Markaziy asab tizimidir (shuning uchun yangi tug'ilgan chaqaloqlarda asab tizimining patologiyasi juda keng tarqalgan). Immunitet sezuvchanlik bo'yicha ikkinchi o'rinda turadi, agar patologiya yuzaga kelsa, bolalikda kasallikning ko'payishi ehtimoli oshadi.

Tug'ruqdan keyingi hayotda mikroob bilan intrauterin uchrashuv yurak, bo'g'im, buyrak, teri kasalliklari va allergik kasalliklarni rivojlanish xavfini oshiradi. Agar doimiy infektsiyaning homilasiga to'g'ridan-to'g'ri ta'sir bo'lmasa, u otoimmün tizimning buzilishi orqali onaning reproduktiv tizimiga bilvosita ta'sir qilishi mumkin. Toksikoz shakllanishi sodir bo'ladi, ko'pincha erta yoki kech tushish, erta tug'ilish xavfi mavjud. Amniotik suyuqlikning erta oqishi, mehnatning zaifligi kabi mehnatning anormalliklari rivojlanishi mumkin. Ko'pincha onada infektsiya o'choqlari mavjudligi

Gipogalaktiyaga olib keladi (sut bezlari tomonidan sut ishlab chiqarishning etarli emasligi). Ko'pincha homilador ayol uzoq muddatli, davolanishga chidamli burun burunidan shikoyat qiladi. Bunday holda, biz odatda homilador onalarning

o'ziga xos kasalligi — homilador ayollarning riniti haqida gapiramiz, uning paydo bo'lishida bir nechta tarkibiy qismlar rol o'ynaydi — allergik, gormonal, immunologik. Agar LOR patologiyasi yuzaga kelsa, otorinolaringolog onaning ahvolini engillashtiradi va bolani himoya qiladi. Avvalo, tekshiruvdan o'tish kerak. Otorinolaringologning tekshiruvi, flora smear va qo'shimcha tekshiruvlar shifokorga kasallikni aniqlashga imkon beradi. Agar kerak bo'lsa, shifokor chaqaloqqa zarar bermaydigan davolanishni buyuradi. Shunday qilib, LOR organlarini davolash uchun noan'anaviy va giyohvand bo'lmagan davolash usullari, Gomeopatiya, fizioterapevtik davolash, akupunktur-tananing biologik faol nuqtalariga ta'siri, mikroblarga qarshi va yallig'lanishga qarshi dorilarni qo'llash bilan mahalliy davolash keng qo'llaniladi.

Amalga oshirilgan protseduralar o'tkir infektsiyani davolaydi, surunkali jarayonlarning doimiy remissiyasini keltirib chiqaradi va keyingi alevlenmelerin oldini oladi. Bunday holda, chaqaloqning bachadonda azoblanish ehtimoli juda kichik. Va, albatta, siz otorinolaringologni va LOR organlarining patologiyasiga ega bo'lmagan ayollarni tekshirishdan bosh tortmasligingiz kerak. Chunki homilador ayollarga maslahat beradigan otorinolaringologning asosiy vazifalaridan biri kelajakdagi onalarga oilada va bolada otorinolaringologik kasalliklarning oldini olishga o'rgatishdir.

Homiladorlik davrida vazomotor rinitning patogenezi haqidagi savollar to'liq tushunilmagan. Homiladorlikning turli bosqichlarida gormonal holatning individual xilma-xilligini hisobga olgan holda , hozirgi vaqtda otorinolaringologning ambulatoriya amaliyotida quyidagilar muhim ahamiyatga ega: homiladorlik paytida burun obstruksiyasi darajasini oldindan aytib bo'lmaydi, diagnostika va differentsial tashxis qo'yishdagi qiyinchilik, samarali terapiya [1;3].

Ko'pincha homiladorlikning birinchi trimestrining oxirida paydo bo'ladigan burun obstruksiyasi yoki homiladorlik riniti, shuningdek, homiladorlikning vazomotor riniti deb ataladi. Ba'zi ma'lumotlarga ko'ra, homilador ayollarning qariyb 30 foizi homiladorlikning deyarli har qanday bosqichida burun nafas olishining buzilishidan aziyat chekadi va tug'ruqdan keyin to'liq tiklanadi [9;10].

Homilador ayollarda rinit simptomlar triadasi bilan tavsiflanadi: burun obstruktsiyasi, aniq rinoreya, hapşırma, horlama (bronxopatiya). Homilador ayollarda rinxopatiya bilan asoratlangan rinit arterial gipertenziya va preeklampsiya rivojlanishiga moyil omil hisoblanadi [1;3;6].

Homiladorlik davriga ko'ra, asosiy gormonlar (estron, estradiol, estriol) konsentratsiyasi doimiy ravishda oshib boradi. Estriol eng katta miqdorda hosil bo'ladi . Bu xomilalik buyrak usti bezlari platsentada estriolga aylanadigan dehidroepiandrosteron va dehidroepiandrosteron sulfat ishlab chiqarishi bilan bog'liq . Olingan gormon onaning qon oqimiga fetoplasental tizim orqali kiradi, uning tanasida o'z estriol ham sintezlanadi . Estradiol suyaklar va xaftaga anabolik ta'sir ko'rsatadi va ularning o'sishiga yordam beradi [8]. Bu holat homiladorlik davrida ba'zi ayollarda kuzatiladigan burunning kattalashishi va uning shaklidagi o'zgarishlarni tushuntirishi mumkin.

Diagramma 2.1.

Homilador ayollarda vazomotor rini tning oddiy uchligi



Estron oraliq gormon bo'lib, organizm tomonidan estradiol sintezi uchun material sifatida ishlatiladi. Periferik qon tomirlariga ta'sir qilib, estrogenlar parasempatik asab tizimining vositachisi bo'lgan atsetilxolinni yo'q qiluvchi ferment

- atsetilxolinesteraza sintezini blokirovka qilish orqali ularning kengayishiga olib keladi [8].

Progesteron tanadagi suyuqlikni ushlab turishga yordam beradi. Ishlab chiqarilgan progesteron miqdori homiladorlik davriga mutanosib ravishda oshadi . Progesteron ishlab chiqarish sariq tanasi tomonidan amalga oshiriladi va platsenta paydo bo'lgan paytdan boshlab bu funktsiyani platsenta o'z zimmasiga oladi.

Boshqa sabablarga ko'ra, parasempatik asab tizimining giperaktivligiga va burun shilliq qavatining tiqilishiga olib keladigan platsenta gormonining yuqori darajasi, shuningdek, progesteronning burun turbinalari tomirlarining silliq mushak hujayralarining ohangiga inhibitiv ta'siri kiradi [10; o'n bir]. Burun bilan nafas olishning qiyinlashishi ona va homila tanasining gipoksiyasiga olib keladi va ba'zi hollarda homiladorlikning tugashiga va homilaning intrauterin o'limiga olib kelishi mumkin.

Burun obstruktsiyasi sindromi natijasida uyqu buziladi va ronxopatiya paydo bo'ladi , bu arteriyalarning rivojlanishi uchun predispozitsiya qiluvchi omil hisoblanadi.

gipertenziya va preeklampsi . Pastki turbinatlar shilliq qavatining shishishi tufayli yuqori nafas yo'llarining refleksogen zonasining uzoq muddatli intensiv tirnash xususiyati nafas olish va qisman vazomotor markazlar va miyaning yuqori qismlari faoliyatining zaiflashishiga olib kelishi mumkin [3; 7].

Homiladorlik vazomotor rinitni davolashda qo'llaniladigan usullarda cheklovlarni nazarda tutadi. Homiladorlik davrida ayolning tanasida chuqur fiziologik jarayonlar sodir bo'lib, ular buyurilgan dori-darmonlarning farmakodinamikasini o'zgartirishi mumkin. Eng muhimlari: onaning qon hajmining oshishi, sarum albumin darajasi, buyraklar orqali chiqarilishi va buyrak metabolizmi.

Aylanma qon hajmining 50% ga oshishi undagi dorilar kontsentratsiyasining pasayishiga olib keladi. Homilador ayollarning qon zardobida zardob albuminining bosqichma-bosqich kamayishi dorilar bilan oqsilning kamroq bog'lanishiga va yo'ldoshni kesib o'tadigan erkin aylanadigan dorilarning ko'payishiga olib keladi.

Homiladorlik davrida buyrak funksiyasining oshishi asosan buyraklar orqali chiqariladigan dorilarning klirensi darajasining oshishi bilan namoyon bo'ladi. Jigarining ekskretor funksiyasi tabiatidagi o'zgarishlar kamroq doimiydir. Jigar metabolizmining ko'payishi yoki kamayishi dorilar orasida farq qiladi. Shuningdek, homila jigari va yo'ldoshi, garchi ular dori almashinuvida ishtirok etsa ham, ularning hissasi ona tanasining imkoniyatlari bilan solishtirganda cheklanganligi aniqlandi. Onaga buyurilgan deyarli har bir dori platsenta orqali o'tadi va homiladagi preparatning darajasi onaning qon zardobidagi konsentratsiyasining 50-100% ga yetishi mumkin [9].

1979 yilda AQSh Federal oziq-ovqat va farmatsevtika boshqarmasi (Foodand Dori Ma'muriyat (FDA) butun dunyoda qo'llaniladigan homiladorlik paytida giyohvand moddalarni iste'mol qilish uchun xavf toifalarini ishlab chiqdi. FDA homila uchun mumkin bo'lgan salbiy ta'sirlar, shu jumladan tug'ma deformatsiyalar uchun 5 ta xavf guruhini aniqladi.

Jadval 2.1.

Xomilaga potentsial yon ta'sir ko'rgan 5 ta kuni guruhi , shu shaxsiy tug'ma joylar .

Guruh	Klinika shaxs	Xafv	Samara	Misol
A	1 - trimestr	Yo'q	Bor	NaCl Eritmalari 0,9%-2 % mentol yog '
B	Faqat hayvonlarda	Yo'q	Bor	TGKS (faqat Budesonid) Antigistaminlar
C	Faqat hayvonlarda	Bor	Bor	TGKS (bundan mustasno) Budesonida) Psevdoefedrin

				Mahalliy dekonjestanlar
D	Homiladorlarda	Bor	Bor	-
X	Hayvonlar va homiladorlarda	Bor	Yo'q	-

A guruhiga dori-darmonlar kiradi, ulardan homiladorlikning I, II, III trimestrlarida qo'llanilishi, etarli darajada qat'iy nazorat ostida o'tkazilgan tadqiqotlar natijasida homilaga salbiy ta'sir ko'rsatish xavfi aniqlanmagan. Ushbu guruhga intranazal foydalanish uchun tuzli eritmalar, xususan, dengiz suviga asoslangan preparatlar kiradi.

B guruhiga hayvonlarning ko'payishi bo'yicha tadqiqotlar homilaga salbiy ta'sir ko'rsatish xavfini aniqlamagan va homilador ayollarda qat'iy nazorat qilinadigan tadqiqotlar o'tkazilmagan dorilarni o'z ichiga oladi.

C guruhiga hayvonlarning ko'payishi paytida homilaga salbiy ta'sir ko'rsatish uchun o'rganilgan va homilador ayollarda qat'iy nazorat ostida bo'lgan tadqiqotlar o'tkazilmagan dorivor preparatlar kiradi, ammo homilador ayollarda preparatni qo'llash bilan bog'liq potentsial foyda oqlanishi mumkin; mumkin bo'lgan xavfga qaramasdan foydalanish. Ushbu guruhga topikal vazokonstriktorlar (dekonjestanlar), masalan, ksilometazolin kiradi . D guruhi tadqiqot yoki amaliyot natijasida olingan, preparatning inson homilasiga salbiy ta'sir ko'rsatish xavfi mavjud bo'lgan dorilar bilan ifodalanadi, ammo homilador ayollarda preparatni qo'llash bilan bog'liq potentsial foyda uni qo'llashni oqlashi mumkin. , mumkin bo'lgan xavfga qaramay.

X guruhi hayvonlarda qo'llanganda yoki klinik tadqiqotlarda homila rivojlanishining buzilishini ko'rsatgan va/yoki preparatning inson homilasiga salbiy ta'sir ko'rsatish xavfi mavjud bo'lgan dorilarni o'z ichiga oladi.

A guruhiga umuman tanaga tizimli ta'sir ko'rsatadigan biron bir dori kirmaydi, deb ishoniladi, chunki har qanday dori potentsial yon ta'sirga ega [14].

Dori vositalarining homilaga ta'sirining quyidagi mexanizmlari ajralib turadi:

1. Xomilaga to'g'ridan-to'g'ri ta'sir qilish - homilaning shikastlanishi,

rivojlanishining buzilishi yoki o'limi;

2. Miyometriumning haddan tashqari qisqarishi — homilaning qon bilan ta'minlanishining buzilishi;

3. Platsentaning disfunktsiyasi - ona va homila o'rtasida gaz va oziq moddalar almashinuvining buzilishi [4].

Barcha tizimli kortikosteroidlar C toifali dorilar sifatida tasniflanadi (bu erda potentsial foyda mumkin bo'lgan xavflarga qaramay foydalanishni oqlashi mumkin), chunki ular platsentadan o'tadi va ulardan foydalanish dastlabki ikki trimestrda cheklangan. Burun nafasini yaxshilash uchun burun turbinatlariga gormonlarni yuborish parenteral foydalanish hisoblanadi va retinal arteriya embolizatsiyasi kabi asoratlar bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Hozirgi vaqtda topikal kortikosteroidlar homilador ayollarda vazomotor rinitni davolash uchun faol va muvaffaqiyatli qo'llaniladi. Intranazal kortikosteroidlarning ta'siri shilliq qavat bezlarining sekretor faolligining pasayishi, qon tomir o'tkazuvchanligining pasayishi, yallig'lanishga qarshi vositachilarning sintezini inhibe qilish, hujayra retseptorlari va hujayra yopishish molekulalarining ekspressiyasi bilan bog'liq [10].

homilador ayollarda intranazal kortikosteroidlarning past dozalarini qo'llash xavfsiz ekanligini ko'rsatdi [2;4;12].

Vazomotor rinitni dori-darmonlar bilan davolashning yana bir yo'nalishi - og'iz orqali antigistaminlarni qo'llash. Biroq, homilador ayollarda burun shilliq qavatining shishishini engillashtirish uchun ushbu dorilarni qo'llash embriopatiya rivojlanish xavfini oshiradi, shuning uchun erta bosqichlarda foydalanish kontrendikedir [12]. Past amplitudali to'g'ridan-to'g'ri oqim bilan intranazal galvanizatsiyaning kundalik protseduralari kursi samarali. Kaltsiy xlorid va sink sulfat bilan dorivor elektroforezning ta'siri burun bo'shlig'i va nazofarenkning yumshoq to'qimalarini galvanizatsiyalash ta'sirini kuchaytiradi.

Vazoaktiv dorilarni (adrenalin, difengidramin kabi) elektroforez shaklida qo'llash tug'ilishga yaqin homiladorlik davrida bachadonda qo'zg'aluvchanlik va kontraktiliyaning kuchayishi va homila motor faolligining pasayishiga olib kelishi

mumkin. Gipotenziv ta'siri tufayli vazomotor rinitni davolashda muvaffaqiyatli qo'llaniladigan o'zgaruvchan magnit maydonga dozali ta'sir qilish usuli arterial gipertenziyasi bo'lgan homilador ayollarda foydalanish uchun tavsiya etilishi mumkin [5].

Dekonjestanlardan foydalanish jiddiy burun tikanikligining namoyon bo'lishini sezilarli darajada osonlashtiradi . Psevdoefedrin, C toifali tizimli vazokonstriktor, Amerika akusherlik va ginekologiya kolleji va Amerika allergiya, astma va immunologiya kolleji ko'rsatmalari tomonidan tanlangan og'iz dekonjestan sifatida tavsiya etilgan . Shu bilan birga, tizimli dekonjestanlar (psevdoefedrin) platsenta etishmovchiligi va homiladorlik bilan bog'liq gipertenziya shubha qilingan bemorlarda qo'llanilmasligi kerak [9;12].

mahalliy vazokonstriktorlar (masalan, ksilometazolin yoki fenilefrin) faqat ishlab chiqaruvchi tomonidan tartibga solingan dozada ishlatilishi mumkin, chunki tez-tez qo'llanilganda, giyohvand moddalarni keltirib chiqaradigan rinitning rivojlanish xavfi yuqori [12].

Pastki turbinatlarni kamaytirishning invaziv usullari samarali bo'lishi mumkin, ammo ko'pchilik mualliflar ularni keng qo'llashni tavsiya etmaydi, chunki Ko'pincha homilador ayollarda vazomotor rinit, allergik rinit va o'tkir sinusitni farqlash qiyin [13].

Jadval 2.2.

Homilador ayollarda vazomotor rinit , allergik rinit va o'tkir sinusitni farqlash

haqida usuli	Asoratlar
Psevdoefedrin	Gipertenziya Plastentar yetishmovchilik
Peroral H1 blokatorlari	Embriopatiya
Adrenalin va dimedolning farmakologok kiyim	Miyometrium qisqarishi ortishi
Muddatli magnit maydoni	Gipotenziya

Burun bo'lganiga gormonal in'yekstiyasi	To'r parda arteriyasi embolizastiyasi
--	---------------------------------------

Bu vaziyatda, deb atalmish "Topikal foydalanish uchun sho'rlangan eritmalar" - bu turli etiologiyalarning rinit belgilari bilan kurashish uchun samarali vosita sifatida uzoq vaqtdan beri o'zini isbotlagan burun spreyi shaklida dengiz suviga asoslangan preparatlar. Ushbu dorilar guruhi homilador ayolning tanasiga tizimli ta'sir ko'rsatmasa va shuning uchun homilaga salbiy ta'sir ko'rsatish xavfi yo'qligi sababli boshqa farmakoterapevtik guruhlarining dori-darmonlari bilan ijobiy taqqoslanadi. Intranazal foydalanish uchun gipertonik tuzli eritmalar guruhiga alohida e'tibor berilishi kerak (masalan, Aqua Maris Strong burun spreyi); Ushbu dorilar, haqiqiy yo'q qilish ta'siridan tashqari, burun yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklaydigan va burun nafasini engillashtiradigan shishlarga qarshi ta'sirga ham ega.

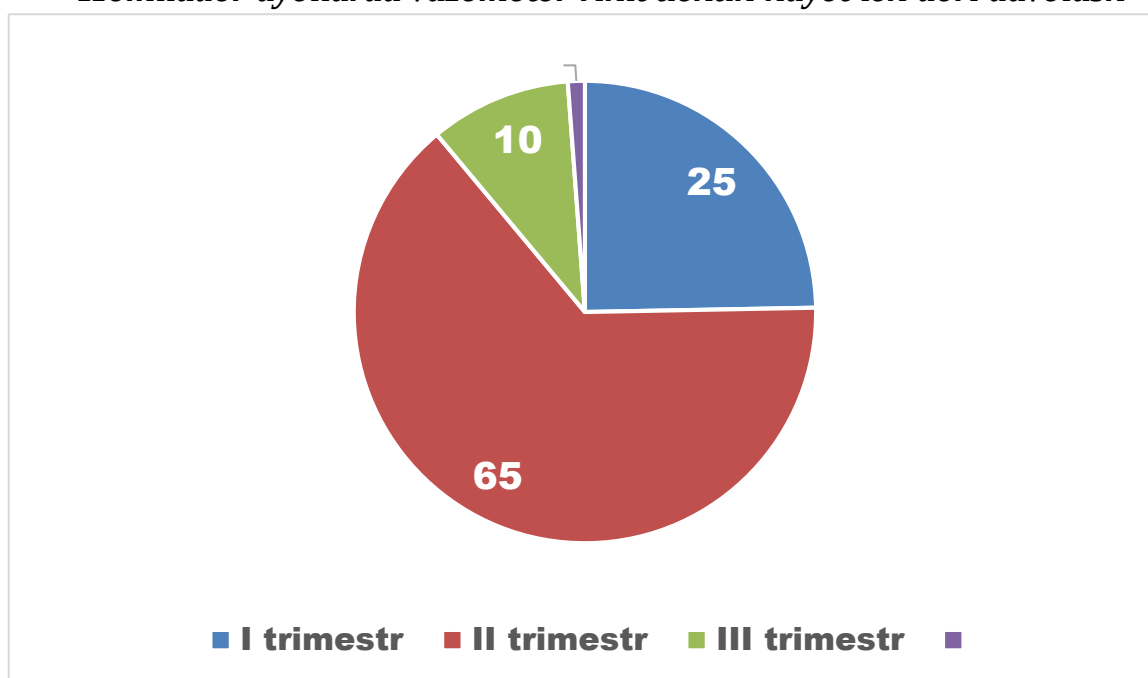
Biz 19 yoshdan 39 yoshgacha bo'lgan vazomotor rinitli 73 homilador ayolni kuzatdik. Barcha bemorlar homiladorlik yoshiga qarab 3 guruhga bo'lingan.

1-guruh (I trimestr) homiladorlik yoshi 8 dan 12 haftagacha bo'lgan o'rtacha yoshi $24,67 \pm 4,12$ yil bo'lgan 7 (9%) bemordan iborat.

2-guruh (II trimestr) 40 nafar (55%) homilador ayollar, o'rtacha yoshi $22,17 \pm 4,03$ yosh, homiladorlik davri 16-22 hafta.

3-guruhdagi (III trimestr) 26 (36%) bemorning o'rtacha yoshi $25,23 \pm 4,21$ yil, homiladorlik muddati 29-38 hafta.

Homilador ayollarda vazomotor rinit uchun hayot'ich dori davolash



Barcha homilador ayollar burun bo'shlig'ining normal anatomik tuzilishiga ega bo'lib, homiladorlikdan oldin burun nafasida hech qanday qiyinchilik tug'dirmagan.

Barcha 3 tadqiqot guruhida homilador ayollarda vazomotor rinit uchun dastlabki dori terapiyasi tabiiy dengiz suviga asoslangan steril gipertonik eritma bilan burun bo'shlig'i va nazofarenklarni sug'orish terapiyasi ("Aqua Maris Strong" preparati, Jadran Galenski Laboratories, Xorvatiya) edi. NaCl 21 g/l, shuningdek, mikroelementlar: K, Mg , Na , Cl , Se , I, Ca , Zn , Cu , Fe sxema bo'yicha: 2-4 marta, har burun teshigiga kuniga 1 marta, ko'proq. agar kerak bo'lsa.

Shunday qilib, birinchi navbatda, burun bo'shlig'i va nazofarenksning barcha qismlaridan bakteriyalar, viruslar, allergenlar, qobiqlar, chang va ortiqcha shilliq qavatlarni yaxshilab olib tashlashga erishildi va burun bo'shlig'i va nazofarenks shilliq qavatining shishishi kamaytirildi. burun nafasini tiklashga hissa qo'shgan osmotik bosim gradienti [3]. Bir oz yallig'lanishga qarshi va immunostimulyatsiya qiluvchi ta'sir, burun bo'shlig'i va nazofarenks epiteliysining shilliq qavatining faolligi oshishi ham kuzatildi . Bundan tashqari, burun shilliq qavatiga qo'llaniladigan dori vositalarining terapevtik samaradorligining oshishi qayd etildi, bu homilador ayolning tanasiga ta'sir ko'rsatish uchun zarur bo'lgan dozani kamaytirish va nojo'ya ta'sirlarning og'irligini kamaytirish orqali homilador ayolning

tanasiga dori yukini kamaytirishga yordam beradi (dekonjestanlar , dolzarb glyukokortikosteroidlar) [6;7].

O'rganilgan homilador bemorlarning barcha 3 guruhi vazomotor rinit uchun kompleks davolashni oldi, ular orasida asosiy simptomlarni hisobga olgan holda, topikal kortikosteroidlar (budesonid), mahalliy dekonjestanlar (oksimetazolin yoki fenilefrin) va fizioterapiya (kaltsiy xlorid va sinklorid bilan dori elektroforezi) kiritilgan.). Har uch guruhda homiladorlik tugashidan oldin burun nafasida sezilarli yaxshilanish kuzatildi .

Jadval 2.3.

Homilador ayollarda vazomotor rinitni davolash algoritmi

Tayyorgarlik	Homilador ayollarning rinit davolashini masala davlat simptom		
	Burun obstruksiyasi	Rinoreya	Asircha va qichishish
Yo'q qilish (Aqua Maris Kuchli))	+/+++	++	+++
Burun GCS	++	+++	++
Dekonjestanlar	+++		+/-
Fizioterapiya		+	+

Adabiyot ma'lumotlarini tahlil qilish va o'z tadqiqotlarimiz homilador ayollarda vazomotor rinitni homiladorlik jarayonini og'irlashtiruvchi omil sifatida ko'rib chiqishga imkon beradi. Homilador ayollarda vazomotor rinit uchun dori terapiyasi muammosi mutlaqo barcha dori-darmonlarni qo'llashni cheklashdir, chunki ularning barchasi qanchalik minimal ahamiyatga ega bo'lishidan qat'i nazar, yon ta'sirga ega. Shuning uchun vazomotor rinitni davolash rejimini tanlashda, burun obstruksiyasi holatida homilador ayol va homila uchun gipoksiyaning ahamiyati darajasi hisobga olingan. Ushbu patologiyani kechishida etarli darajada simptomatik yaxshilanishga faqat davolash keng qamrovli bo'lganda erishish mumkin. Shu munosabat bilan shuni ta'kidlash kerakki, "homilador ayollarda rinit" davolash kompleksiga eliminatsiya terapiyasining kiritilishi shilliq qavatga qo'llaniladigan

dori vositalarining terapevtik samaradorligini oshirish orqali homilador ayolning tanasiga farmakologik yukni kamaytirish imkonini beradi. ularning dozasini kamaytirish orqali membrana; Shu bilan birga, davolanishning samaradorligi yuqori darajada qolmoqda. Ba'zi hollarda dengiz suviga asoslangan preparatlar bilan monoterapiya homilador ayolning ahvolini sezilarli darajada yaxshilashga erishish mumkin.

Ushbu kasallikning rivojlanishini bashorat qilish uchun ushbu kasallikning patogenezini aniqlash kerak. Homilador ayollarda vazomotor rinitni samaradorlik va xavfsizlik nuqtai nazaridan davolashning mutlaq usulining yo'qligi xavfsiz dori-darmonlarni va etarli texnikani yanada izlashni rag'batlantiradi.

2.2. Homiladorlik davrida tonsillitga chalingan ayollarni olib boorish usullari.

Homiladorlik davrida tomoq og'rig'i homiladorlik davrida paydo bo'lgan tanglay, tilli bodomsimon bezlar, farenks va halqum orqa devoridagi limfadenoid to'qimalarning o'tkir yuqumli yallig'lanishi hisoblanadi . Bu gipertermiya, og'ir intoksikatsiya sindromi, tomoq og'rig'i, submandibulyar va kamroq tarqalgan bo'yin limfa tugunlarining kengayishi va og'rig'i sifatida namoyon bo'ladi. Faringoskopiya va orofarenkdan smear madaniyati yordamida tashxis qo'yilgan. Davolash uchun sefalosporinlar, makrolidlar , b- laktam penitsillinlari, NSAIDlar va antiseptik eritmalar qo'llaniladi. Og'ir yiringli-destruktiv jarayon bo'lsa, xo'ppozlarni ochish va abstsessillektomiya qilish mumkin .

Sabablari

Patogenez

Tasniflash

Homiladorlik paytida tomoq og'rig'ining belgilari

Murakkabliklar

Diagnostika

Homiladorlik paytida tomoq og'rig'ini davolash

Prognoz va oldini olish

Davolash narxlari

Umumiy ma'lumot

Tomoq og'rig'i (o'tkir tonsillit) homiladorlik davrida tashxis qo'yilgan yuqori nafas yo'llarining uchinchi eng keng tarqalgan yuqumli kasalligi (gripp va ARVI dan keyin). Patogen nafaqat bodomsimon bezlar, balki farenks to'qimalariga ham ta'sir qilganligi sababli, yaqinda kasallikni tasvirlash uchun o'tkir tonsillofaringit atamasi qo'llanila boshlandi. Bemorlarning 82% da A guruhi b-gemolitik streptokokklar ajratilganligi sababli, ilgari faqat streptokokk o'tkir tonsillit deb ataladigan tomoq og'rig'i. Hozirgi vaqtda kasallikning etiologiyasini tushunish kengaydi. Tomoq og'rig'i ko'pincha homiladorlikning ikkinchi yarmida 30-35 yoshgacha bo'lgan homilador ayollarda kuzatiladi. Homiladorlikning 3-trimestrida yallig'lanishning yanada og'ir kechishi kuzatiladi. O'tkir tonsillitning bakterial shakllarining eng yuqori darajasi erta bahorda, virusli shakllar esa kuz-qish davrida sodir bo'ladi.

Sabablari. Asosan havo orqali yuqadigan mexanizmga ega bo'lgan antroponotik infeksiyalar toifasiga kiradi. Bu faringeal halqaning limfoid shakllanishining patogen va opportunistik mikroflorasi bilan infeksiyasi natijasida rivojlanadi. Yallig'lanish jarayonining tez boshlanishi va to'qimalarni chuqurroq yo'q qilish homiladorlik davrida immunitetning tabiiy pasayishi bilan yordam beradi, bu genetik jihatdan begona homilani rad etishni oldini oladi. Homiladorlik paytida tomoq og'rig'ining qo'zg'atuvchisi homiladorlik davridan tashqarida bo'lgan bir xil yuqumli agentlardir:

Bakteriyalar. Bemorlarning 80% dan ortig'ida homiladorlik davrida o'tkir tonsillit A guruhining b-gemolitik streptokokklari tufayli yuzaga keladi. Kamroq, kasallikning qo'zg'atuvchisi boshqa guruhlarining streptokokklari, stafilokokklar, pnevmokokklar, meningokokklar, gonokokklar, klebsiellalar va boshqalar. *Haemophilus influenzae*, anaeroblar, *Vinsent spiroketasi* fusiform tayoqcha bilan bog'langan.

Viruslar. So'nggi yillarda virusli kelib chiqadigan tomoq og'rig'ining tarqalishi ortib bormoqda. Homilador ayollarda bodomsimon bezlarning yallig'lanishi adenovirus, enterovirus yoki herpetik ARVI ning asoratlari bo'lishi mumkin.

Immuniteti past bo'lgan ba'zi bemorlarda epiteliyaning bakterial flora tomonidan ikkilamchi kolonizatsiyasi limfoid to'qimalarning birlamchi virusli shikastlanishi fonida sodir bo'ladi.

Sporadik holatlarda tonzillit xlamidiya va mikoplazma infeksiyasi tufayli yuzaga keladi. Ba'zi ayollarda kandidoz bilan kokklarning assotsiatsiyasi bodomsimon sekretsiasidan ekilgan. O'tkir tonzillitni keltirib chiqaradigan omillarga gipotermiya, noto'g'ri ovqatlanish, homilador ayollarning ko'p sonli xodimlar yoki tashrif buyuruvchilari bo'lgan chang va ifloslangan xonalarda qolishi, karies va surunkali milk kasalligi mavjudligi kiradi.

Patogenez. Infektsion manbai, odatda, bakteriya tashuvchilari, o'tkir tonzillofarenjitli bemorlar va ba'zan rekonvalesanlardir. Kasallikning qo'zg'atuvchisi ko'pincha havo tomchilari orqali, kamroq tez-tez ifloslangan idishlar yoki oziq-ovqat bilan oziq-ovqat orqali uy sharoitida yuqadi. Homiladorlik davrida tomoq og'rig'i rivojlanishining qo'zg'atuvchi nuqtasi orofaringeal limfoid halqaning epiteliyasiga mikroorganizmning aloqasi hisoblanadi. Mahalliy immunitetni bostiradigan M-oqsil, bodomsimon bezlar epiteliysiga yaqin bo'lgan lipoteikoik kislota va boshqa patogenlik omillari mavjudligi sababli, yuqumli agentlar shilliq qavatga o'rnatiladi va faol ko'paya boshlaydi, ekzo- va hujayralarni chiqaradi. endotoksinlar.

Bakteriyalar, viruslar va zamburug'larning zararli ta'siriga javoban mahalliy yallig'lanish reaksiyasi paydo bo'ladi: kapillyar o'tkazuvchanlikning oshishi tufayli limfoid to'qimalar shishadi va neytrofillar tomonidan infiltratsiya qilinadi. Keyinchalik, makrofag proteazlari ta'sirida limfoid follikullar erib, yiring hosil bo'ladi. Og'ir holatlarda nafaqat epiteliya qatlami, balki bodomsimon bezlarning stromasi ham yo'q qilinadi. Nekrotik joylarni rad etish qon ketish nuqsonlarining shakllanishi bilan birga keladi, keyinchalik epitelizatsiya qilinadi. Limfa yo'llari bo'ylab infektsiyaning tarqalishi natijasida mintaqaviy limfa tugunlari ta'sirlanadi va mikroorganizmlarning septik o'choqdan tizimli qon oqimiga kirishi ularning butun tanaga tarqalishiga, umumiy intoksikatsiyaning rivojlanishiga va ko'p a'zolarining rivojlanishiga yordam beradi. reaksiya.

Tasniflash. Homiladorlik davrida anginaning klinik shakllarini tizimlashtirish kursning xususiyatlariga va limfoid to'qimalarda morfologik o'zgarishlarning tabiatiga asoslanadi. Umuman olganda, tasniflash infeksiyon-yallig'lanish jarayonining rivojlanish bosqichlarini aks ettiradi, garchi u qisman etiologik omilni hisobga oladi. Otorinolarinologiya , akusherlik va ginekologiya sohasidagi mutaxassislar homiladorlik davrida tashxis qo'yilgan o'tkir tonsillitning quyidagi turlarini ajratib ko'rsatishadi:

Kataral tomoq og'rig'i. Asosan mahalliy simptomlar, o'rtacha intoksikatsiya va yiring yo'qligi bilan bodomsimon yallig'lanishning nisbatan kam uchraydigan varianti. Etarli reaktivlik va o'z vaqtida davolash bilan kataral tonsillit yiringli shakllarga aylanmasligi mumkin. Ko'pincha bu virusli kelib chiqishi.

Yiringli tomoq og'rig'i. Yallig'lanishning tarqalishiga qarab, u aniq pustulalar bilan follikulyar, blyashka o'choqlari bilan lakunar, yallig'lanishda butun bodomsimon bezining ishtiroki va qo'shni to'qimalarga o'tishi bilan fibrinli bo'lishi mumkin. Odatda, homiladorlik davrida o'tkir tonsillitning yiringli shakllaridan biri aniqlanadi.

Nisbatan kamdan-kam hollarda, homiladorlik davrida bodomsimon bezning bir qismining yiringli erishi bilan flegmonoz tonsillit va Simanovskiy- Plaut - Vinsentning yarali-nekrotik fusospirochetozi paydo bo'ladi . Klinik ko'rinishning o'ziga xosligini hisobga olgan holda, herpetik kelib chiqadigan o'tkir tonsillofaringit kasallikning alohida varianti sifatida aniqlanadi , unda bodomsimon bezlar va orofarenkning shilliq qavatida qizg'ish tarkibli pufakchalar hosil bo'ladi.

2.3. Homiladorlik paytida faringitning belgilari.

Faringit-bu tomoq shilliq qavatining yallig'lanishi. Homiladorlik paytida faringit isitma (37,5 darajagacha), burun oqishi, ba'zida yo'tal bilan namoyon bo'ladi, bu farenksning orqa devoridagi shilliq sekretsialarning oqishi tufayli yuzaga keladi.

Tomoq og'rig'i "qichishish" va karıncalanma xususiyatiga ega, ular tupurikni yutganda kuchayadi. Homiladorlik paytida faringitni davolash homilador ayollar tomonidan foydalanish uchun tasdiqlangan yuvish, nafas olish, rezorbsiya uchun ba'zi antiseptik tabletkalar yordamida amalga oshiriladi.

Shuningdek, shifokor antipiretik dorilarni buyurishi mumkin. Homiladorlik paytida faringitni dori-darmon bilan davolash bilan bir vaqtda siz ba'zi qoidalarga rioya qilishingiz kerak: kamroq gapiring (halqumning ligament apparatini zo'riqtirmaslik uchun), ko'proq iliq suyuqlik iching, xonani tez-tez havalandirib, achchiq, nordon, sho'r, dudlangan ovqatlar va gazlangan suvni dietadan chiqarib tashlang.

Odatda, kasallik infeksiya paytidan boshlab bir necha soatdan 2 kungacha o'tkir rivojlanadi. Tonzillofaringitning dastlabki bosqichlarida homilador ayolning tana harorati 38-40 ° C gacha ko'tariladi, titroq, bosh og'rig'i, mushak va bo'g'imlarda og'riqlar, bel og'rig'i, og'ir holatlarda - ishtahani yo'qotish, ko'ngil aynishi, qusish, qorin og'rig'i. . Ayol kuchli zaiflik va zaiflikni his qiladi. Mastlik fonida tomoq og'rig'i paydo bo'ladi, u yutish, gaplashish paytida kuchayadi va quloqqa nurlanishi mumkin. Keyinchalik, submandibular limfa tugunlari zichroq bo'lib, diametri 1-2 sm gacha oshadi va og'riqli bo'ladi. Og'izdan yoqimsiz hid bor, ovoz xirillab eshitiladi.

Homiladorlik paytida tonzillit, boshqa har qanday doimiy infeksiya o'chog'i singari, tug'ilmagan chaqaloqning sog'lig'iga ham ta'sir qilishi mumkin (onaning tanasining intoksikatsiyasi erta tug'ilish xavfini oshiradi). Kasallik tomoq og'rig'i, isitma, zaiflik, ishtahani yo'qotish, bosh og'rig'i bilan namoyon bo'ladi. Bodomsimon bezlarda blyashka paydo bo'ladi va tomoq tagida joylashgan limfa tugunlari kattalashishi mumkin. Homiladorlik paytida tonzillitni davolash nafas olish terapiyasi va chayishdan iborat. Ko'proq radikal vositalar faqat favqulodda holatlarda va faqat shifokor bilan maslahatlashgandan so'ng qo'llaniladi.

O'tkir davrda, shuningdek, homiladorlikdan tashqari, homilador ayolda angina o'tkir laringit, o'tkir servikal limfadenit, otitis media, paratonzillit va perifaringeal xo'ppoz shakllanishi bilan murakkablashishi mumkin. Patogen kontakt orqali tarqalsa, mediastinit va menenjit paydo bo'lishi mumkin. Immunitetning pasayishi fonida mikroorganizmlarning ommaviy tarqalishi sepsis va infeksiyon-toksik shok rivojlanishiga olib keladi. Streptokokk tonzillitidan 2-4 hafta o'tgach, ayol o'tkir glomerulonefrit, o'tkir revmatik isitma, revmatik kardit belgilarini boshdan

kechirishi mumkin, bu tananing otoimmün reaksiyasidan kelib chiqadi.

Erta homiladorlikning o'ziga xos asoratlari toksikozning kuchayishi va og'ir intoksikatsiya va gipertermiya bilan - spontan abort . 2-3 trimestrda platsenta qon oqimining buzilishi va homila gipoksiyasi , platsentaning ajralishi va erda tug'ilish mumkin . Tonzillitni keltirib chiqaradigan bir qator yuqumli vositalar fetoplasental to'siqdan o'tib, bolaning intrauterin infeksiyasini keltirib chiqarishi mumkin. Xomilalik to'qimalarga sezilarli zarar etkazish rivojlanish anomaliyalariga, homiladorlik etishmovchiligiga va perinatal o'lim ko'rsatkichlarining oshishiga olib kelishi mumkin. O'tkir tonzillit bilan og'rigan bemorlarda mehnatda zaiflik paydo bo'lishi ehtimoli ko'proq .

Diagnostika. Ko'pgina hollarda homiladorlik paytida tonzillitni tashxislash alohida qiyinchiliklarni keltirib chiqarmaydi. Bodomsimon bezlarning yuqumli lezyonlari odatda ularning giperemiyasi, shishishi, diametri 2-3 mm bo'lgan oq follikullarni aniqlash va sarg'ish-oq oqindi bilan ko'rsatiladi. Nekrotik shaklda quyruq kulrang nekrotik joylarni rad etishdan keyin hosil bo'lgan tuberosus tubi bilan 2 sm gacha bo'lgan o'lchamdagi limfoid to'qimalarning chuqur nuqsonlari kuzatiladi . Kamdan kam hollarda tashxis qo'yilgan herpetik tomoq og'rig'i orofarenkning shilliq qavatida qizg'ish pufakchalar paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Tavsiya etilgan tekshirish usullari:

Farenksni tekshirish. Faringoskopiya , otorinolaringol tomonidan maxsus asboblarda yordamida amalga oshiriladi, farenks shilliq qavatining holatini aniqroq aniqlash imkonini beradi. Tadqiqot limfoid to'qimalarda patologik o'zgarishlarning tabiati va tarqalishini baholaydi.

Mikroflora uchun tomoq novdasini ekish. Qo'zg'atuvchini aniqlash anginani boshqa yuqumli jarayonlar bilan differentsial tashxislashni osonlashtiradi. Mikrobiologik tadqiqot davomida mikroorganizmning antibakterial preparatlarga sezgirligi aniqlanadi.

Qon testi. Umumiy qon testining ko'rsatkichlari o'tkir yuqumli jarayonning belgilariga mos keladi. Odatda, leykotsitlar sonining ko'payishi, asosan neytrofillar tufayli, leykotsitlar formulasining chapga siljishi va ESRning o'rtacha o'sishi

aniqlanadi. Murakkab klinik holatlarda yuqumli agentni aniqlashning qo'shimcha usullari sifatida RIF, Elishay va PCR diagnostikasi tavsiya etiladi.

Homiladorlik davrida tomoq og'rig'i gripp, ARVI, difteriya , skarlatina, yuqumli mononuklyozda limfoid shakllanishlar, faringeal shilliq qavat va limfa tugunlarining shikastlanishi, listerioz , sifiliz , sil, tulyaremiya , gematopatik kasalliklar, neoplazma kasalliklaridan farqlanadi . Ko'rsatkichlarga ko'ra, homilador ayolga akusher-ginekolog va LOR mutaxassisi bilan bir qatorda infeksiyachil, venerolog, ftiziatr, gematolog, onkolog va onkogematolog maslahat beradi .

2.4. Homiladorlik paytida ftonzillitni davolash.

Kataral, follikulyar, lakunar, fibrinoz yallig'lanish va akusherlik asoratlari bo'lmasa, bemorni ambulatoriya sharoitida davolash tavsiya etiladi. Kasalxonaga yotqizish o'tkir tonsillitning og'ir flegmonoz yoki atipik kursi, kasallikning ülseratif-nekrotik shakli, homilaning intrauterin shikastlanish belgilari yoki abort tahdidi uchun ko'rsatiladi. Gipertermiya davrida va tiklanishning birinchi kunlarida ayolga yotoqda dam olish, ko'p miqdorda iliq suyuqlik ichish tavsiya etiladi (suv, zaif choy, atirgul qaynatmasi, yangi rezavorlar va quritilgan mevalardan kompotlar).

Bakterial tonsillitni dori-darmonlar bilan davolashning asosi patogenning sezgirligini va simptomatik vositalar bilan to'ldirilgan preparatning homilaga mumkin bo'lgan ta'sirini hisobga olgan holda etiotrop tizimli antibiotik terapiyasi hisoblanadi. O'tkir tonsillitli homilador ayollarga quyidagi dorilar guruhlari buyurilishi mumkin:

Antibakterial vositalar. Tomoq og'rig'ini davolash uchun tavsiya etilgan ko'pchilik antibiotiklar, fetotoksiklik tufayli homiladorlik paytida taqiqlanadi . Homiladorlik va emizish davrida ba'zi sefalosporinlarni, tabiiy va yarim sintetik makrolidlarni , shuningdek, keng spektrli b- laktam penitsillinlarini qo'llashga ruxsat beriladi. Virusli tomoq og'rig'i uchun antibiotiklar qo'llanilmaydi.

Antipiretik dorilar. Harorat 39 ° C va undan yuqori darajaga ko'tarilganda cheklangan tarzda belgilanadi. Homiladorlik davrida tanlangan dorilar anilidlar guruhidan antipiretiklar bo'lib, ulardan foydalanish barcha bosqichlarda ruxsat etiladi. 1-2 trimestrda fenilasetik va propion kislotalarning hosilalarini qo'llash

mumkin . Haroratni pasaytirishdan tashqari, NSAIDlar o'rtacha og'riq qoldiruvchi ta'sirga ega.

Dezinfektsiyali eritmalar. Farenksni sanitarizatsiya qilish uchun nitrofuran , fenolik va katyonik mahalliy antiseptiklar bilan muntazam chayqash tavsiya etiladi. Ba'zi farmatsevtik antiseptik preparatlar nafaqat bakteriyalarga, balki viruslar va qo'ziqorinlarga qarshi ham samarali . Farmakologik yechimlarga muqobil dorivor o'tlarning (evkalipt, romashka, adaçayı) dekoltsiyalari bo'lishi mumkin.

Tomoq og'rig'ini kamaytirish uchun homilador ayollarga bug 'va apparatdan foydalanish tavsiya etiladi inhaliyalar . Maxsus LOR protseduralarini bajarish mumkin - farenks va bodomsimon bezlarning orqa devorini dori-darmonlar bilan davolash , Tonsillor apparati yordamida fizioterapevtik davolash . Limfoid to'qimalarning yiringli erishi va xo'ppoz shakllanishi bo'lsa , paratonsillar xo'ppozning ochilishi va abstsessonsillektomiya amalga oshiriladi .

Prognoz va oldini olish. Etarli antibiotik terapiyasi bilan kasallik belgilari 7-10 kun ichida butunlay yo'qoladi, kataral tonsillit 3-5 kun ichida davolanadi. Tonsillitning halokatli shakllari uchun prognoz jiddiyoq. Homiladorlik davrida profilaktika choralari patogenning mumkin bo'lgan tashuvchilari bilan aloqani cheklashga qaratilgan - jamoat joylarida vaqtni cheklash, ayniqsa mavsumiy mavsumda, ARVI epidemiyasi paytida odamlar bilan aloqa qilishda tibbiy niqob kiyish, stomatolog va otorinolaringologga tashrif buyurish. og'iz bo'shlig'ida infektsiya o'choqlarini o'z vaqtida sanitariya qilish.

Kasallikning oldini olishda immunitet tizimini mustahkamlash, jismoniy faollik va psixologik stress darajasini pasaytirish orqali o'ziga xos bo'lmagan rol o'ynaydi. Homiladorlikning kechikishini yomonlashtirishi mumkin bo'lgan tonsillitning kech asoratlarini oldini olish uchun infeksiyadan keyingi birinchi oy davomida umumiy qon va siydik testlarini va 1 va 3 haftalarda EKGni tayinlash bilan faol tibbiy kuzatuv tavsiya etiladi.

2.5. Homiladorlik paytida otitni davolash.

Homiladorlik ajoyib vaqt bo'lsa-da, afsuski, hech qanday mo " jiza eng keng tarqalgan kasalliklardan himoya qilmaydi. Homilador ayollar homilador bo'lmagan

ayollar bilan bir qatorda, ehtimol immunitetning fiziologik pasayishi tufayli biroz ko'proq kasal bo'lishlari mumkin. Hamma narsa yaxshi bo'lar edi, lekin faqat kelajakdagi onalarni davolash boshqa barcha bemorlarga qaraganda ancha qiyin. Ehtimol, ko'pchilik otit nima ekanligini bilishadi. Ba'zilar bu haqda oldindan bilishadi, boshqalari esa faqat umumiy ma'noda.

Shuni ta'kidlash kerakki, odatda bu yallig'lanish jarayoni kuchli o'tkir quloq og'rig'i bilan tavsiflanadi, shuning uchun ongli yoshda otit bilan kasallanish baxtiga muyassar bo'lmaganlar bu haqda unutishlari dargumon. Aytgancha, uch yoshgacha bo'lgan bolalarning 80 foizi kamida bir marta otit bilan kasallangan. Yuqorida aytib o'tilganidek, otit – bu bitta yoki ikkala quloqdagi yallig'lanish jarayoni va u mos ravishda bir yoki ikki tomonlama bo'ladi.

Bundan tashqari, kursning tabiati bo'yicha otit o'tkir yoki surunkali bo'lishi mumkin, va chiqarilgan ekssudat bo'yicha – yiringli yoki kataral. Ammo eng muhimi, shubhasiz, lokalizatsiya joyi bo'yicha tasniflashdir va yallig'lanishni tashqi, o'rta yoki ichki deb atash mumkin. Otitis media ko'pincha uchraydi, shuning uchun kasallikning ushbu shaklini batafsil ko'rib chiqishga arziydi. Odatda otit kamdan-kam hollarda o'z-o'zidan paydo bo'ladi. Ko'pgina hollarda quloqdagi yallig'lanish bakterial yoki virusli nafas olish kasalliklarining asoratlari sifatida rivojlanadi, bu davrda eshitish naychasining himoya funktsiyasi zaiflashishi mumkin, natijada turli xil patogenlar o'rta quloqqa kiradi. Bunday asosiy kirish yo'lidan tashqari, potentsial patogenlar quloqqa quloq pardasidagi shikastlanish yoki qon oqimi orqali kirishi mumkin, ammo bu juda kam uchraydi.

Shuni ham ta'kidlash kerakki, homiladorlik paytida burun va eshitish naychasining shilliq qavatining bu holat uchun tabiiy ravishda shishishi kuzatiladi, buning natijasida ularning yallig'lanishi, ya'ni rinit yoki otit paydo bo'lishi xavfi ortadi. Homilador ayollarda otitni davolash pozitsiyadagi ayollarda boshqa kasalliklarni davolash bilan bir xil printsiplarga ega va ularning eng muhimi, har qanday preparatni qo'llashning foydasi homila uchun mo'ljallangan xavfdan yuqori bo'lishi kerakligini ko'rsatadi.

O'rta quloqning o'tkir yiringli otiti bilan, tana haroratining sezilarli darajada

oshishi bilan birga, majburiy nuqta homiladorlik vaqtini hisobga olgan holda shifokor tomonidan tanlanadigan antibiotikni qabul qilishdir. Aks holda, otit eshitish qobiliyatini yo'qotishdan tortib, kranial bo'shliqqa yiring tushishigacha jiddiy asoratlar bilan tahdid qilishi mumkin. Ba'zi hollarda, yiring quloq pardasini teshish orqali o'z-o'zidan chiqish yo'lini topmasa, mutaxassis qanchalik dahshatli tuyulmasin, uni teshishga majbur bo'ladi. Yiring chiqishi boshlanganidan keyin umumiy holat sezilarli darajada yaxshilanadi. Sog'ayish jarayonida membranadagi shikastlanish o'z-o'zidan o'sib chiqadi va eshitish tiklanadi.

Kataral (ekssudativ) otit, agar siz antibiotiklarni qabul qilmasdan qilishingiz mumkin bo'lsa, yallig'lanishning oldingi shakliga qaraganda osonroq davolanadi. Ushbu otitni davolashda asosiy maqsad shish tufayli yopilishi mumkin bo'lgan eshitish naychasini kengaytirishdir. Bu to'plangan suyuqlik o'rta quloqdan mustaqil ravishda chiqishi uchun kerak. Bunga burun orqali maxsus moslama yordamida yoki quloq pardasini pnevmatik massaj qilish orqali erishiladi. Ushbu protseduralar shifokor tomonidan ham, mustaqil ravishda ham amalga oshirilishi mumkin.

Bunday holda, eshitish naychasi burun va quloq bo'shlig'idagi bosimning o'zgarishi tufayli ochiladi. Boshqa narsalar qatorida, otit uchun mahalliy davolanish majburiydir. Homiladorlik paytida ruxsat etilgan dorivor preparatga botirilgan turundalarni quloq kanaliga kiritish orqali amalga oshiriladi. Barcha dorilar faqat shifokor ko'rsatmasi bo'yicha ishlatilishi kerak.

2.6. Tibbiy – genetik maslahat berish

Tibbiy-genetik maslahat berish, antenatal yordam ko'rsatish tizimining asosiy tarkibiy qismiga aylanib bormoqda. Prenatal tashxislanadigan irsiy kasalliklar soni, molekulyar genetikadagi muvaffaqiyatlar tufayli, kundan kunga ortib boryapti.

Homila holatini prenatal tekshirishdan oldin, mijoz bilan to'laqonli maslahat o'tkazish muhim, shu bilan birga, tug'ma patologiya bo'lish xavfdarajasini baholash asosiy vazifa hisoblanadi.

Prenatal skrining o'tkazish qarorini qabul qilish va tanlash hamda unga bog'liq

bo'lgan keyingi aralashuvlar, bolaning bo'lajak ota-onasi uchun afzal bo'lishi kerak. Bu tanlov kelib chiqqan holatlar, barcha yashirin bo'lgan salbiy oqibatlar va bo'lishi mumkin bo'lgan prenatal diagnostikaning ijobiy natijalari asosida bo'lishi lozim. SHuning uchun, har bir skrining dasturini o'tkazishda, ayol va uning qarindoshlari holatni to'g'ri tushunishi va kerakli qarorni qabul qilishi uchun, mijozga maslahat berish maqsadida kerakli vaqt ajratilishi kerak.

2.7. Ultratovush tekshirishlari

Homilaning tug'ma va nasliy kasalliklarini aniqlash

maqsadida ultratovush tekshirishidan uch yo'nalishda foydalanish mumkin:

-Homila tug'ma patologiyalarining markerlari va rivojlanishini bevosita ko'rish uchun;

-Invaziv bachadon ichi diagnostik aralashuvlarini ta'minlash uchun (masalan, amniotsentez va xorionbiopsiya);

homiladorlik muddati xaqidagi aniq ma'lumotlarni talab qiladigan boshqa testlardan unumli foydalanish imkonini beradigan fetometriya o'tkazish uchun.

Hozirgi kunda homilaning rivojlanish nuqsonlari, ko'p holatlarda ultratovush tekshirish yordamida aniqlanmoqda. Anensefaliya kabi nuqsonlar diagnostikasi, boshqa nuqsonlarga (yurakning ayrim nuqsonlari) nisbatan qiyinchiliklar tug'dirmaydi. Bitta nuqsonni aniqlash, boshqa nuqsonlar va/yoki xromosom anamoliyalar borligiga shubha tug'diradi. Ko'pincha homila rivojlanishining odatiy chetga chiqishi nuqson bo'lmaydi, ammo qanaqadir xromosom buzilishlar borligidan dalolat beradi. Usulning diagnostik aniqlik darajasi quyidagilarga ko'ra o'zgarib turadi:

patologiya turi

gestatsion muddati

tekshirish o'tkazadigan mutaxassis ko'nikmalari

foydalaniladigan asbob sifati

tekshirish o'tkazish uchun ajratilgan vaqt

Bundan tashqari, homila tuzilishi nuqsonlarining skriningini o'tkazadigan mutahassislar, o'tkaziladigan tekshirishlarning doimiy nazorat sifatiga muhtoj

bo'ladilar. Buning eng yaxshi usuli, tekshirish o'tkazgandan keyin tug'ilgan bolalarning sog'lig'i xaqida ma'lumotlar yig'ish hisoblanadi.

Ultratovush skaneridan foydalanish, perinatal o'lim ko'rsatkichining pasayish faktoriga kirishi mumkin, agar, homila rivojlanishida og'ir nuqsonlar aniqlangandan so'ng, ota-onalar homiladorlikni to'xtatish qaroriga kelsalar.

Homilada yashashga muvofiq bo'lmagan rivojlanish nuqsonlari aniqlanganda ko'pchilik oila juftliklari uchun homiladorlikni to'xtatish maqsadga muvofiq bo'ladi. Bu nuqsonlarga, anensefaliya yoki og'ir nogironlikka sabab bo'ladigan nuqsonlar, ya'ni orqa miya churrasi va og'ir gidrotsfaliyalarni birga kelishi kiradi. Qaror qabul qilishda qiyinchiliklar yuz berishi mumkin, qachonki aniqlangan nuqsonlar aniq oqibatlarga ega bo'lmasa yoki holatni sharhlashda xatoliklar bo'lsa.

Bunaqa holatlarda, asossiz aralashuvlar va tibbiy xodimlar xatosi tufayli ro'y beradigan postnatal muammolar bo'lmasligi uchun, hamkor mutahassislik maslahatlaridan foydalanish lozim.

Homilada rivojlanish nuqsonini aniqlash, homiladorlikni albatta to'xtatish uchun, ko'rsatma bo'lmaydi. Aniq tashxis aniqlanishi, bo'lajak ota-onalarni tug'iladigan bolaning rivojlanishida o'zgarishlar borligiga oldindan tayyorlaydi.

Biroq, ayrim holatlarda, oilaga ushbu holatni uddalash va bo'lajak bolani parvarish qilish rejalarini ishlab chiqish uchun, malakali mutaxassis maslahati kerak bo'lishi mumkin. Homila rivojlanishi nuqsoni bo'yicha beg'araz va taxminlarga asoslanmagan maslahat uchun, shaxsiy hamdardlik, hamda amalda qo'llab quvvatlashni ko'rsata oladigan insonlarning qatnashishi talab qilinadi.

Homiladorlikning 20 haftalik muddatida o'tkaziladigan ultratovush tekshirishining eng kam standartlariga quyidagilar kirishi lozim:

homila boshining shakli va o'lchami hamda bosh suyagi bushlig'ining tuzilishi (cavum pellucidum, cerebellum, atrium < 10 mm sohasida qorinchalar o'lchami)

orqa miyani bo'ylama va ko'ndalang skanerlash

-qorin shakli va buyrak hamda kindik sathida joylashgan tuzilmalarning ta'rifi

qorin shakli va oshqozon sathidagi tuzilmalarning ta'rifi

buyrakning oldingi orqa o'lchamini o'lchash
qorin bo'shlig'ini uzunasiga skanerlash (diafragma va siydik pufagi)
yurakning to'rtta bo'limini ko'rsatadigan ko'krak bo'shlig'i
yurakdan chiqadigan katta tomirlar
yuz va lab
qo'l sohasi: barmoqlardan tashqari uchta asosiy suyaklar
oyoq sohasi: barmoqlardan tashqari uchta asosiy suyaklar, kaft suyagi

Homiladorlikning birinchi trimestrida ultratovush orqali homila umurtqasi va bo'yin teri osti kletchatkasining masofasi o'lchanadi. Bu usuldan xavf guruhidagi ayollarda, homiladorlik muddati 10-14 xaftalik bo'lganda foydalaniladi. Bu usuldan, ayrim holatlarda patologiyaning zardobli markerlariga test o'tkazmasdan foydalanish mumkin: XG (garmonning erkin beta- birligi va umumiy miqdori) va homiladorlikka bog'liq bo'lgan RARR-A oqsili (aralash testga kiradigan). Patologiyani aniqlashda bu testdan homiladorlikning ikkinchi trimestrida foydalanish ma'qul, garchi, Daun sindromi tashxisini qo'yishda, testning sezgirlik darajasi yagona tekshirish usuli bo'lib hisoblanmaydi.

Ikkinchi trimestrning erta davrlarida, homiladorlikning 15-16 xaftaligida bioximik markerlardan foydalanib tekshirish o'tkazish mumkin.

2.8. Zardobli alfa-fetoprotein

Qaysi populyasiyada asab naychasining nuqsoni ko'p uchrasa, o'sha joyda zardobli alfa-fetoproteinini skrining usulida o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

10 000 ta tirik tug'ilgan bolada taxminan 7,2-15,6 holatlarda asab naychasining nuqsoni uchraydi va bir qancha belgilar, spina bifidaning sezilmas holatlaridan meningomielotsele va anensefoliya (bachadondan tashqari holatlarda yashash qobiliyati yo'q) kabi og'ir holatlargacha uchrashi kuzatiladi. Homila asab naychasining ochiq nuqsonlari bo'lganda, 80% holatlarda onaning zardobli alfa-protein miqdori ko'payadi. Bu zardobli alfa-protein miqdori yuqori bo'lishiga boshqa anomaliyalar, masalan qorin oldingi devorining ochiq nuqsonlari ham sabab bo'lishi mumkin. Bifida holatlarida, onada MSAFP miqdori o'rtacha ko'rsatkichlardan to'rt marta ko'p bo'ladi, anensefaliyada esa bu ko'rsatkich deyarli

etti martaga ortadi.

Agar test natijalari qonda zardobli alfa-protein miqdori ko'pligini aniqlasa, ona to'liq ultratovush tekshirishidan yoki amniotsintezdan o'tishi lozim. Amniotik suyuqlikda zardobli alfa-protein miqdorini tekshirish, asab naychasi nuqsonlari diagnostikasi uchun sezgir usul hisoblanadi. YUqori malakali ultratovush tekshirishi mavjud bo'lgan holatlarda, amniotsintez o'tkazish maqsadga muvofiq emasligini aytib o'tish lozim.

Folat kislotasini 0,4 mgdan ko'proq miqdorini homilador bo'lishdan kamida 4 hafta oldin va homiladorlikning birinchi 6 xaftaligida tavsiya qilinganda, asab naychasi nuqsonlarining paydo bo'lish ehtimolini sezilarli kamayishi bilan bog'lashadi. Asab naychasi nuqsoni bilan bola ko'rgan ayollarda, folat kislotasini katta miqdorlarda (4 mg) tavsiya qilinishi, kasallik qaytalanish darajasini ancha pasaytiradi.

III BOB. HOMILADORLIKNING TURLI DAVRLARIDA LOR A'ZOLARINING FUNKTSIONAL HOLATINING XUSUSIYATLARI.

3.1. Homiladorlik davrida burun bo'shlig'idagi funktsional va patologik o'zgarishlar.

Burun nafasi tananing muhim funktsiyasi bo'lib, u orqali havo isitiladi, namlanadi va dezinfektsiya qilinadi [3, 35]. Burun obstruksiyasi, aksincha, inson faoliyatining barcha sohalariga salbiy ta'sir qiladi. Bu KBB patologiyasi bo'lgan bemorlarning kamida 80 foizida uchraydi va 50-75% hollarda asosiy simptom hisoblanadi [77]. Homiladorlik paytida burun tıkanıklığını engillashtirish masalasi ayniqsa dolzarbdir, chunki burun bo'shlig'ining shilliq qavatidagi mahalliy o'zgarishlarga qo'shimcha ravishda, bu davrda ayol tanasi immunitetning pasayishiga va homiladorlikning turli davrlarida gormonal tebranishlarga duch keladi.

Ushbu omillarning kombinatsiyasi nafas yo'llarining turli patologiyalari va ularning asoratlari rivojlanishi uchun substrat bo'lib, nafaqat ayolning o'zi, balki homila uchun ham xavflidir [86]. Bugungi kunda burun obstruksiyasini bartaraf etish va shishishni engillashtirish uchun eng keng tarqalgan va mashhur dorilar dekonjestanlardir [33, 36]. Ushbu dorilar guruhidan foydalanish bemorlarning sub'ektiv holatini engillashtirishga imkon beradi, ammo vazokonstriksiya, xususan arteriolalar mukosilyar klirensining buzilishiga, trofikaning jiddiy buzilishiga va shilliq qavatning mahalliy ishemiyasiga olib keladi [133].

Bundan tashqari, homilador ayollarda, hatto intranazal qo'llanilganda ham, dekonjestanlar tizimli qon aylanishiga kirishi va ona va homila tomonidan jiddiy noxush hodisalarga olib kelishi mumkinligi isbotlangan [144]. Dekonjestant terapiyaning zararli ta'siridan qochish mumkin, agar bir tomondan preparatning burun bo'shlig'ining shilliq qavati bilan to'g'ridan - to'g'ri aloqasi chiqarib tashlansa, boshqa tomondan venoz submukozal tarmoqning paretik kengayishini burun bo'shlig'ining shilliq qavatiga arterial qon ta'minotini buzmasdan bartaraf etish mumkin.

Past molekulyar og'irlikdagi glikozaminoglikan polimeri va gialuron kompleksi bu muammolarni hal qilishga yordam beradi kislotalar (Ngpigk). Jel

tarkibiga past molekulyar og'irlikdagi glikozaminoglikan polimer kompleksi, suv kiradi distillangan, dekstran, gialuron kislotasi, Katon. Mahsulot yuzning terisiga qo'llaniladi va shu bilan siliyer epiteliyning shikastlanishini istisno qiladi. Jel venoz submukozal tarmoqqa ta'sir qiladi, uning paretik kengayishini yo'q qiladi va shu bilan dekonjestant ta'siriga olib keladi. Arterial qon ta'minoti zarar ko'rmaydi [25, 27]. Ngpigk kompleksi bo'lgan vosita kattalarda, shu jumladan homilador ayollarda, shuningdek bir yoshdan boshlab bolalarda foydalanish uchun ruxsat etiladi. Biroq, adabiyotda ushbu jelni kompleks davolashda, shuningdek o'tkir rinit va o'tkir rinosinusitda burun obstruktsiyasini monoterapiya sifatida qo'llash haqida ma'lumotlar yo'q.

Homilador ayollarda o'tkir ekssudativ sinusit har doim nafaqat davolashda, balki tashxis qo'yishda ham qiyinchilik tug'diradi [32]. Homilador ayollarda radiatsion tadqiqot usullarini qo'llashni cheklash diafanoskopiya kabi invaziv bo'lmagan diagnostika usullarining ahamiyatini oshiradi.

Dasturiy ta'minotga ega zamonaviy raqamli diafanoskopiya apparati maksiller sinus bo'shlig'ida (VCHP) oqindi mavjudligini samarali va xavfsiz aniqlash va o'z vaqtida davolanishni boshlash imkonini beradi, chunki homilador ayollarda o'tkir ekssudativ sinusit bemorlarning hayot sifatini keskin pasaytiradi, homiladorlikning noqulay kechishi va natijasi xavfini oshiradi [60, 76, 86]. Shunday qilib, o'tkir respirator virusli infektsiyalar fonida burun nafas olish qiyinlashuvi va burun bo'shlig'ida yallig'lanish jarayonlari bo'lgan homilador ayollarga shaxsiylashtirilgan yondashuvni yaratish otorinolaringologiyaning muhim va dolzarb vazifasidir.

Homiladorlik davrida burun bo'shlig'idagi funktsional va patologik o'zgarishlar bilan bog'liq masalalarni o'rganishga bo'lgan qiziqishning ortishi, bir tomondan, homilador ayollarning taxminan 2/3 qismida qayd etilgan burun nafas olish buzilishlarining yuqori darajada tarqalishi, ikkinchi tomondan, burun obstruktsiyasining homiladorlik jarayoniga salbiy ta'siri bilan bog'liq. va homilador ayollarning hayot sifati (S. M. Bromley, 2000; B. L. Swallow va boshq., 2004; E. Ellegard, 2006). Homiladorlik paytida burun nafasining yomonlashishi onaning tanasining gipoksiyasiga va homila shakllanishi sodir bo'ladigan noqulay

sharoitlarning paydo bo'lishiga, intrauterin rivojlanishning kechikishiga va og'ir holatlarda uning o'limi va abort qilish xavfiga olib keladi.

Bundan tashqari, homilador ayollarning burun obstruksiyasining natijasi uyqu buzilishi, ronxopatiya bo'lib, bu arterial gipertenziya va preeklampsianing paydo bo'lishi (kuchayishi) uchun jiddiy xavf omilidir (K. K. Jabbarov, A. I. Mo'minov, 1993; G. I. Drinov va boshqalar., 2003; G. V. Alimov va boshqalar., 2004; I. A. Shulga va boshqalar., 2005; E. Ellegard, 2006; K. Toll, P. Graf, 2006). Ushbu muammoning patogenetik jihatlarini o'rganish natijalari juda ziddiyatli bo'lib, homilador ayollarning burun obstruksiyasini shakllantirishda ishtirok etadigan morfofunktional mexanizmlarning xilma-xilligini ko'rsatadi. Shu bilan birga, hozirgi kunga qadar homiladorlikning turli davrlarida burun shilliq qavatining funktsional tizimlarining paydo bo'lish chastotasi va buzilish xususiyatlari to'g'risida ilmiy asoslangan ma'lumotlar mavjud emas.

Ushbu adabiyotlardan ma'lumki, deyarli barcha homilador ayollar ma'lum dori-darmonlarni qabul qilishadi. Shu bilan birga, homiladorlik paytida klinik samaradorligi va xavfsizligi isbotlanmagan mahsulotlar ko'pincha keng qo'llaniladi (E. A. Strijenok, 2005).

Umuman olganda va homilador ayollarda burun obstruksiyasini tuzatish yo'nalishlaridan biri, xususan, sug'orish protseduralari. Burun bo'shlig'ini sug'orish uchun izotonik eritmadan foydalanish fiziologik hisoblanadi, chunki u kirpikli epiteliya hujayralariga tirnash xususiyati va salbiy ta'sir ko'rsatmaydi (S. N. Kim va boshq., 2005). Shu bilan birga, burun nafasining sub'ektiv hissiyotlari, bemorlarning hayot sifati yaxshilanadi va dori vositalaridan foydalanish kamayadi, bu homilador rinitli ayollarni davolash uchun juda mos keladi.

Rinitlarda keng qo'llaniladigan turli xil etiologiyalarda ishlatiladigan dekonjestanlar, topikal kortikosteroidlar, o'simlik preparatlaridan farqli o'laroq, tuz eritmaları tizimli ta'sir ko'rsatmaydi, sezgirlashtiruvchi ta'sirga ega emas.

Biroq, adabiyotda homilador ayollarda burun obstruksiyasining namoyon bo'lishiga sho'r eritmalar bilan muntazam ravishda burunni yuvish ta'sirini baholash uchun ob'ektiv ma'lumotlar mavjud emas. Yuqorida aytilganlarning barchasi

tadqiqotlarning dolzarbligini belgilaydi.

Burun nafasi tananing funktsional holatiga har tomonlama ta'sir ko'rsatadigan faol fiziologik jarayondir. Nafas olish va chiqarish havo oqimlari burun shilliq qavatining ko'plab nerv uchlari uchun etarli tirnash xususiyati beruvchi bo'lib, burun bo'shlig'ining boshqa organlar va tizimlar bilan neyro-refleks aloqalarini amalga oshirishni ta'minlaydi.

Burunning nafas olish funktsiyasining buzilishi gomeostazni ta'minlash jarayonlariga juda salbiy ta'sir qiladi. Nafas olish va ekspiratuar havo oqimlarining hajm-tezlik xususiyatlarining pasayishi burun bo'shlig'idan nerv afferentatsiyasini inhibe qilish bilan birga keladi. Ushbu fonda yuzaga keladigan o'pka shamollatishidagi o'zgarishlar kislota-ishqor muvozanatining nomutanosibligi, qonda kam oksidlangan metabolik mahsulotlarning to'planishi va atsidozning rivojlanishi, hujayra membranalarining beqarorligi va organlar darajasida buzilishlarning shakllanishiga asoslanadi. . (N.V. Belogolov, 1903; A.T. Bondarenko, 1928; N.A. Golubev, 1959; B.M. Sagalovich, 1967; G.Z. Piskunov, S.Z. Piskunov, 2002). Shu bilan birga, nafas olish, yurak-qon tomir tizimlari, oshqozon-ichak trakti faoliyatidagi o'zgarishlar, suyuqlik dinamikasining buzilishi, miya yarim korteksi faoliyatining inhibisyonu nisbatan tez shakllanadi (B.M. Sagalovich, 1967; V.A. Bukov, P.A. Felberbaum, 1980; G.A. Gadjimirzaev, 1992; V.I. Babiyak va boshqalar., 2002;

Homiladorlik davrida burun bo'shlig'idagi funktsional va patologik o'zgarishlarni o'rganish bilan bog'liq masalalarning dolzarbligi, bir tomondan, homilador ayollarning taxminan 2/3 qismida qayd etilgan burun orqali nafas olish buzilishining yuqori tarqalishi bilan bog'liq. boshqa tomondan, burun obstruktsiyasining homilador ayollarning homiladorlik va hayot sifatiga salbiy ta'siriga (N.M. Ageeva, 1974; K.K. Jabborov, A.I. Mo'minov, 1993; I.A. Shulga va boshqalar, 2005; SM Bromley, 2000; BL Swallow va boshqalar, 2004; E. Ellegard, 2006).

Shu bilan birga, homilador ayollarda burun obstruktsiyasi bilan kasallanishning aniq baholanmagan qiymati, xususan, ularning o'z holatini etarlicha

baholamasliklari, burun va paranasal sinuslar patologiyasining sub'ektiv ko'rinishlariga tanqidiy munosabatda bo'lishlari tufayli ta'kidlanadi. , natijada ixtisoslashtirilgan tibbiy yordamga past murojaat qilish (M. Bende, T. Gredmark, 1999; G. A. Incaudo, 2004; K. Toll, P. Graf, 2006).

Homiladorlik davrida burun nafasining yomonlashishi onaning tanasining gipoksiyasiga va homilaning shakllanishi sodir bo'lgan noqulay sharoitlarning paydo bo'lishiga olib keladi, intrauterin rivojlanish kechikishi va og'ir holatlarda - uning o'limi va homiladorlikning tugashi tahdidi. Bundan tashqari, homilador ayollarda burun obstruktsiyasining oqibati uyqu buzilishi, ronxopatiya bo'lib, ular arterial gipertenziya va preeklampsianing paydo bo'lishi (yomonlashishi) uchun jiddiy xavf omilidir (Q.Q.Jabborov, - A.I. Mo'minov, 1993; G.I.Drinov* va boshqalar. , 2003; G.V.Alymov va boshqalar, 2004;

Ushbu muammoning patogenetik jihatlarini o'rganish natijalari juda ziddiyatli va homilador ayollarda burun obstruktsiyasini shakllantirishda ishtirok etadigan turli xil morfofunktsional mexanizmlarni ko'rsatadi. Endokrin regulatsiyaning o'zgarishi, xususan, atsetilxolinesterazni inhibe qiluvchi estrogenlarning yuqori darajasi bilan birga, homiladorlik paytida burun orqali nafas olishning doimiy buzilishining eng mumkin bo'lgan sabablaridan biri hisoblanadi. Ushbu fonda qonda atsetilxolin darajasining oshishi va burun shilliq qavatining giperemiyasi va shishishi kuzatiladi (RL Mabry, 1986; EK Ellegard, G. Karlsson, 1994, 2003; V*.D. Mann, 1997). A. Haeggstrom va boshqalar, 2000; G. A. Incaudo, 2004).

Bundan tashqari, burun obstruktsiyasi belgilari bo'lgan homilador ayollarda qon zardobida yo'ldoshning o'sish gormoni darajasi burun bilan nafas olish buzilishi bo'lmagan ayollarga qaraganda ancha yuqori (E. Ellegard va boshq., 1998). Bunday hollarda burun tiqilishi aylanma qon hajmining ko'payishi va progesteronning qon tomir devorining ohangiga taskin beruvchi ta'siri tufayli burun tomirlarida tiqilishi (qon ta'minoti ko'payishi) tufayli yuzaga keladi, deb ishoniladi (G. ^ A. Inaudo, 1987; F. Garnet al., 2003).

Homiladorlik davrida burun bo'shlig'ida endokrin tartibga solishning o'ziga xosligi va ventilyatsiya buzilishi o'rtasida ma'lum bog'liqliklar mavjudligiga

qaramay, adabiyotda burunning o'tkazuvchanligini ta'minlaydigan shilliq qavatning fiziologik mexanizmlarining xususiyatlari to'g'risida ma'lumotlar yo'q, bu esa buni qiyinlashtiradi. homiladorlik davrida burun obstruksiyasining rivojlanish mexanizmlarini tushunish. Xususan, biz burundagi o'zgarishlar haqida gapiramiz; homiladorlik davrida tsikl (NC) - burun bo'shlig'ining etarli ventilyatsiyasini ta'minlashda muhim rol o'ynaydigan burunning ikkala yarmida burun qarshiligining (NR) muntazam dalgalanmalari.

Burunning nafas olishining og'ir buzilishi hid bilish funktsiyasi va mukosiliar transport (MCT) faoliyatining aniq tushkunligi bilan birga keladi.

Hid hissi tananing funktsional holatining zarur darajasini va homilador ayollarning hayot sifatini ta'minlaydigan turli fiziologik jarayonlarni amalga oshirishda muhim rol o'ynaydi.

Mavjud g'oyalarga ko'ra, homilador ayollarda hid hissi buzilishining asosi gormonal darajadagi o'zgarishlar, markaziy o'rinni olfaktor miya tuzilmalari egallagan retikulo-gipotalamo-limbik tizimning faolligidir. avtonom nerv tizimining disfunktsiyasi (A.I. Bronshteyn, 1950; I. A., Eremina, 1975; S. Savovich va boshqalar, 2002;

2007). Ta'kidlanishicha, hidning keskinligidagi tebranishlar ko'p jihatdan homiladorlik vaqti va neyrohumoral tartibga solish faoliyatiga bog'liq va ayollarning psixo-emotsional holatiga ta'sir qiladi. Shu bilan birga, hozirgi kunga qadar homiladorlik davrida disosmiya paydo bo'lish chastotasi, homiladorlikning turli davrlarida olfaktor funktsiyasining sifat va miqdoriy ko'rsatkichlarining xususiyatlari haqida ma'lumot yo'q va mavjud ma'lumotlar parcha-parcha bo'lib, hukmlarning nomuvofiqligi bilan tavsiflanadi.

Burun shilliq qavati fiziologiyasi va patologiyasining muhim va kam o'rganilgan bo'limi tananing gormonal fonida fiziologik o'zgarishlar sharoitida siliyer epiteliyning transport funktsiyasini o'rganish bilan bog'liq masalalardir. Mukosiliar tizimning faoliyat rejimlarining o'zgarishi yallig'lanishli va yallig'lanishsiz kelib chiqadigan burun obstruksiyasining shakllanishi / kuchayishining asosiy omillaridan biridir. Homilador ayollarda shilliq qavat

tizimining funktsional holatidagi o'zgarishlarning eng mumkin bo'lgan sabablaridan biri platsenta o'sish gormoni darajasining oshishi va avtonom nerv tizimining ohangidagi o'zgarishlar hisoblanadi (E. Ellegars, O. Garson, 1994). 2000). Shu bilan birga, homiladorlikning birinchi trimestrida siliyer epiteliyaning motor funktsiyasi sezilarli darajada faollashadi.

Izolyatsiya qilingan hisobotlar homiladorlikning davomiyligi oshgani sayin burun shilliq qavatining kiprikli epiteliysi faoliyatining bostirilishini ko'rsatadi (I.A. Eremina, 1974; 1975; B. Heshn Meeeger va boshqalar, 1994). Homilador ayollarda shilliq qavatining disfunktsiyasi va homiladorlikning turli davrlarida MCT buzilishining og'irligi to'g'risida ma'lumotlarning etishmasligi homiladorlik davrida burun shilliq qavatining eng muhim himoya mexanizmlaridan biri holatini tushunishni sezilarli darajada cheklaydi.

Shunday qilib, homiladorlik davrida burun bo'shlig'ida doimiy to'siqlar paydo bo'lishi bilan birga keladi; murakkab patofiziologik ta'sirlarning paydo bo'lishi; tananing funktsional holatiga, homiladorlik va homila rivojlanishiga, homiladorlik davrida ayollarning hayot sifatiga juda salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Shu bilan birga, hozirgi kunga qadar homiladorlikning turli davrlarida burun shilliq qavatining funktsional tizimlarining buzilishlarining paydo bo'lish chastotasi va xususiyatlari haqida ilmiy asoslangan ma'lumotlar yo'q. Yuqoridagilarning barchasi bizning tadqiqotimizning dolzarbligini belgilaydi.

Burun obstruktsiyasi belgilari homilador ayollarning 83,7 foizida qayd etilgan. Homilador ayollarning burun obstruktsiyasi uchun xavf omillari nikotinga qaramlik, og'ir ginekologik anamnez, homiladorlikning patologik kursi.

Homilador ayollarda burun nafasining eng muhim buzilishi homiladorlikning birinchi trimestrida qayd etiladi. Homiladorlikning ikkinchi va uchinchi davrlarida burun obstruktsiyasining ob'ektiv ko'rsatkichlarining pasayishi kuzatiladi, bu etkazib berishdan oldin burun nafasini yaxshilash tendentsiyasini ko'rsatadi.

Homilador ayollarda burun nafasi buzilishining patogenezida burun qarshiligining fiziologik tsiklik tebranishlarining o'zgarishi muhim rol o'ynaydi. Homilador ayollarning burun obstruktsiyasi belgilari-bu homiladorlikning birinchi

trimestrida tez-tez (tekshirilganlarning 62 foizida) qayd etiladigan burun tsiklining yo'qligi yoki burun qarshiligining minimal, ko'pincha bir-biriga mos keladigan tebranishlarining klinik ekvivalenti.

Homiladorlik davrida hid bilish analizatorining funktsional holati tekshirilganlarning aksariyatida hidning o'tkirligi oshishi va hidni aniqlashning buzilishi bilan tavsiflanadi. Bunday holda, birinchi va uchinchi trimestrlarda sensorinöral komponentning ustunligi va homiladorlikning ikkinchi davrida hidning o'tkazuvchan buzilishlarining ustunligi bilan hidlash disfunktsiyasining birlashtirilgan turi mavjud.

Homilador ayollarda, nazorat guruhi bilan taqqoslaganda, homiladorlik muddati oshgani sayin ortib boradigan mukosiliyar transportning statistik jihatdan tasdiqlangan sekinlashishi kuzatiladi. 6. Natriy xloridning izotonik eritmasi bilan burun bo'shlig'ini yuvish ko'rinishidagi sug'orish protseduralari sub'ektiv sezgilarning yaxshilanishi va oldingi faol rinomanometriya ma'lumotlariga ko'ra burun patentsiyasining ob'ektiv ko'rsatkichlarining ijobiy dinamikasi bilan birga keladi.

Burun obstruktsiyasining klinik ko'rinishlarining paydo bo'lishini bashorat qilishda va zo'ravonligini baholashda homiladorlik paytida burun nafasining buzilishi uchun xavf omillarini hisobga olish kerak, ular orasida chekish, og'ir ginekologik tarix va homiladorlikning patologik kursi mavjud.

Homilador ayollarda burun obstruktsiyasini davolash uchun ko'rsatmalar diagnostikasi va ta'rifi burun nafas olish qiyinlashuvi namoyon bo'lishining og'irligini farqlashni o'z ichiga olishi kerak. Burun obstruktsiyasining engil belgilari - 699-500 sm³/s va SS-0,29-0,39 Pa/ sm³/s darajasida sop ko'rsatkichlariga mos keladi. o'rtacha burun obstruktsiyasi-300-499 sm³/s va SS - 0,4-0,49 Pa/ sm³/s oralig'ida sop qiymatlarida qayd etiladi. og'ir shakllar uchun burun nafasining buzilishi sop ko'rsatkichlarining 299 sm³/s gacha pasayishi va SS 0,5 Pa/ sm³/s dan oshishi bilan tavsiflanadi.

Terapevtik chora-tadbirlar homilador ayollarda burun nafasi buzilishining o'rtacha va og'ir ko'rinishlarida ko'rsatiladi.

Homiladorlik davrida dori-darmonlarni tayinlashning mavjud cheklovlarini hisobga olgan holda, eng yaxshi variant.homilador ayollarning burun obstruksiyasini davolash-bu natriy xloridning izotonik eritmasi bilan burun bo'shlig'ining shilliq qavatini sug'orish kursidir.

3.2. Homiladorlik davrida quloqdagi funktsional va patologik o'zgarishlar.

Hozirgi vaqtda ko'plab tadqiqotlar homilador ayollarda gripp va o'tkir respirator virusli infeksiyalarga (Arvi) qaratilgan. Ushbu muammoga bo'lgan qiziqishning ortishi, bir tomondan, ushbu kasalliklarning keng tarqalishi bilan, ikkinchi tomondan, gripp viruslarining tobora yangi turlarining muntazam paydo bo'lishi bilan bog'liq bo'lib, bu homilador ayollarda uning rivojlanishining o'ziga xos xususiyatlarini belgilaydi, mavjud davolash va profilaktika usullarini takomillashtirish va ishlab chiqishni talab qiladi [10, 58].

Ma'lumki, homilador ayollar homiladorlik paytida organizmning immunoiresistentsiyasining pasayishi tufayli yuqumli kasalliklarning og'irroq shakllari bilan ajralib turadi [61, 102]. Shu bilan birga, homilador ayollarning tibbiy va ijtimoiy holatining xususiyatlarini hisobga olgan holda, qo'shma kasalliklar mavjud bo'lganda SARS va grippning xususiyatlari etarlicha o'rganilmagan va qo'shimcha tahlil qilishni talab qiladi.

Gripp va o'tkir respirator virusli infeksiyalarning og'ir kechishi, shuningdek bakterial infeksiyalar bilan murakkablashishi homiladorlik, tug'ish va homila rivojlanish patologiyasining rivojlanishining muhim omillari hisoblanadi [13, 81]. Shu munosabat bilan grippning og'ir shakllari va uning asoratlari rivojlanishini bashorat qilishning ishonchli usullarini ishlab chiqish o'z vaqtida profilaktika choralarini ko'rish uchun katta amaliy ahamiyatga ega bo'lishi mumkin. Grippning mumkin bo'lgan asoratlarini bashorat qilish bilan bir qatorda, grippning differentsial diagnostikasi va uning virusli bakterial pnevmoniya ko'rinishidagi asoratlarini takomillashtirish zarurati ham muhim vazifadir [82, 83].

Ushbu maqsadlar uchun homilador ayollarda rentgen nurlari diagnostikasi usullaridan foydalanish homilaga salbiy ta'sir ko'rsatishi sababli juda cheklangan. Bunda istiqbolli yo'nalish rejada "yallig'lanishning o'tkir fazasi oqsillari" deb

ataladigan qiymatlarni qo'llash mumkin va ularning ma'lumot tarkibini baholash qo'shimcha o'rganishni talab qiladi. Ko'pgina hollarda grippning og'ir shakllarida asoratlarning paydo bo'lishi tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi bilan birga keladi, uning rivojlanishida sitokinlar muhim rol o'ynaydi. Adabiy ma'lumotlarga ko'ra, sitokinlar darajasining o'zgarishi CCC mavjudligini ko'rsatadi, ammo kasallikning asosiy shakllarini ishonchli farqlashga imkon bermaydi.

Shunday qilib, turli yuqumli kasalliklarda, shu jumladan grippda CCEV rivojlanish mexanizmlarini tushunishni yaxshilash uchun sitokinnlarning o'zaro ta'sirini baholashga yangi yondashuvlarni ishlab chiqish zarur. Gripp va o'tkir respirator virusli infeksiyalar fonida onaning tanasida yuzaga keladigan barcha noqulay jarayonlarni qo'llashning yakuniy bo'g'ini uteroplasental qon oqimining buzilishiga asoslangan fetoplasental etishmovchilikning rivojlanishi hisoblanadi. Onaning tanasida gemodinamikaning har qanday buzilishi, xususan, qonning reologik xususiyatlarining o'zgarishi bilan bog'liq bo'lib, muqarrar ravishda uteroplasental qon aylanishida aks etadi.

Shu bilan birga, onadagi qonning yopishqoqligi va uteroplasental va homilaplasenta qon oqimining holati o'rtasidagi bog'liqlik yaxshi tushunilmagan. Homilador ayollarda grippni kamaytirishning eng muhim omili uning oldini olish bo'yicha tibbiy tavsiyalarga rioya qilishdir. Shubhasiz, grippning oldini olish bo'yicha shifokor tavsiyalarining bajarilish darajasi asosan homilador ayolning psixologik xususiyatlari va uning tibbiy va ijtimoiy holati bilan belgilanadi. Biroq, ilmiy adabiyotlarda bu muammo deyarli yoritilmagan.

Serodiagnosticska jarayonida nafas olish virusli kasalliklarining turli etiologiyalarida immunitet reaksiyasini saqlab qolish davomiyligi to'g'risidagi ma'lumotlarni aniqlashtirish kerak. Shunday qilib, gripp va Arvi ning turli shakllari bo'lgan homilador ayollarga nisbatan diagnostika va davolash-profilaktika choralari sifatini yaxshilash sohasidagi mavjud muammolar ushbu tadqiqotning dolzarbligini belgilaydi.

Otorinolaringologiyaning ko'plab muammolari orasida eshitish analizatorining patologiyasi ustunlik qiladi, xususan, erta tug'ilgan chaqaloqlarda eshitish

funktsiyasining buzilishini aniqlashga katta e'tibor beriladi. Mavjud noqulay demografik sharoitlar barcha tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilish va sog'lig'ini saqlash muhimligini asoslaydi. So'nggi 10 yil ichida Rossiya Federatsiyasida bolalar o'limi 38 foizga kamaydi. Bu yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilish usullarini takomillashtirish, tug'ruqxonalarda yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun reanimatsiya bo'limlari va intensiv terapiya bo'limlarini yaratish va amaliyotga eng yangi texnologiyalarni joriy etish bilan bog'liq.

Ushbu chora-tadbirlar ilgari hayotga yaroqsiz deb hisoblangan bolalarning omon qolishini ta'minladi. Erta tug'ilgan chaqaloqlarda surunkali kasalliklar rivojlanishining yuqori darajasi, xususan, psixomotor rivojlanishning kechikishi, ko'rish va eshitish qobiliyatining ma'lum darajada buzilishi va natijada nutqdan oldingi va nutq rivojlanishining kechikishi kuzatiladi.

Bolalardagi eshitish qobiliyatining kech tashxisi nutq nuqsonlariga, kar-soqov rivojlanishiga va natijada ularning nogironligiga olib keladi (84). Shu sababli, erda tug'ilgan chaqaloqlarda eshitish analizatorini tekshirish uchun aniq dasturlarni ishlab chiqish va ularni keyinchalik amalga oshirish alohida ahamiyatga ega. Audiologik skrining bola va uning oilasi uchun juda muhimdir: nutq, intellektual va neyropsikik rivojlanishda, shuningdek moliyaviy va ijtimoiy jihatlarida katta rol o'ynaydi; eshitish qobiliyati cheklangan bolalarni erda reabilitatsiya qilish istiqbollari beradi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning umumiy populyatsiyasida erda tug'ilgan chaqaloqlarning ulushi tobora sezilarli bo'lib, yangi tug'ilgan chaqaloqlar sonining 5-10 foizini tashkil etadi (24).

Frantsiya va AQShda o'tkazilgan tadqiqotlarga ko'ra, og'irligi 2000 g dan kam bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlar guruhida jiddiy eshitish qobiliyatining rivojlanish darajasi 1000 (18) ga 15,5 ni tashkil qiladi va chuqur tug'ilgan chaqaloqlar guruhida 4-5% ni tashkil qiladi (10, 40). So'nggi yillarda bolalarda tug'ma eshitish qobiliyatini yo'qotish va karlik paydo bo'lishining sabablaridan biri sifatida perinatal patologiyaning ahamiyati sezilarli darajada oshdi.

Bundan tashqari, eshitish qobiliyati va karligi bo'lgan bolalarning 82 foizida ushbu patologiya hayotning birinchi yilida rivojlanishi ma'lum, ularning 38,5 foizida

perinatal yoki neonatal davrda (31, 58). So'nggi yillarda Rossiyada eshitish qobiliyati zaif bolalar sonining ko'payishi tendentsiyasi kuzatilmoqda, ularning soni hozirgi kunda 1 milliondan oshadi. 1000 fiziologik tug'ilishga eshitish qobiliyati pasaygan 1 bola to'g'ri keladi deb ishoniladi. Mahalliy va xorijiy mualliflarning aksariyat tadqiqotlari to'liq tug'ilgan chaqaloqlarda eshitish funktsiyasining holatini o'rganishga bag'ishlangan, erta tug'ilgan chaqaloqlarda eshitish qobiliyatini o'rganish bo'yicha ishlar etarli emas.

Bu erta tug'ilgan chaqaloqlarda eshitish qobiliyatini aniqlash qiyinligi, erta tug'ilgan chaqaloqlarda eshitish qobiliyatini aniqlash uchun belgilangan muddatlarning yo'qligi, pediatrlarning bolalarda eshitish qobiliyatining buzilishi muammosidan ehtiyot bo'lishlari, diagnostika texnologiyalarining etishmasligi va malakali mutaxassislarning etishmasligi bilan bog'liq.-erta tug'ilgan chaqaloqlar uchun intensiv terapiya bo'limlari bo'lgan shifoxonalarda otorinolaringologlar. Yuqoridagilarni umumlashtirib, xulosa qilishimiz mumkinki, erta tug'ilgan chaqaloqlarda eshitish funktsiyasini tashxislash muammosi dolzarbdir va eshitish funktsiyasining buzilishini erta aniqlash masalalarini hal qilish va bu bolalarni o'z vaqtida reabilitatsiya qilish ijtimoiy jihatdan moslashtirilgan odamning rivojlanishiga yordam beradi.

3.3. Homilador ayollarda sinusitning xususiyatlari.

Burun tiqilishi homiladorlik paytida keng tarqalgan shikoyatdir [1, 2]. Homilador ayollarning har beshdan biri ma'lum darajada burun obstruksiyasidan aziyat chekadi, deb ishoniladi [3]. Homiladorlik paytida burun tiqilishi rivojlanishining eng keng tarqalgan sabablari o'tkir respirator virusli infeksiya (Arvi), rinit va sinusit [4]. Agar homilador ayollarda Arvi tashxisi odatda qiyinchiliklarga olib kelmasa, homiladorlik paytida sinusitni differentsial tashxislash qiyin vazifadir, chunki ko'pincha uzoq muddatli burun tiqilishi shifokorlar tomonidan homilador rinit deb hisoblanadi. Homilador ayollarning rinitini tashxislash uchun laboratoriya mezonlari mavjud emas va homiladorlik davrida sinusitni (rentgenologik, endoskopik, invaziv) tashxislash uchun bir qator diagnostika usullarini qo'llash cheklangan [5, 6].

Ma'lumki, homilador ayollarda rinosinusit bilan kasallanish taxminan 1,5% ni tashkil qiladi, bu umumiy populyatsiyada ushbu patologiyadan 6 baravar ko'pdir [7]. Hozirgi vaqtda sinusitning homiladorlik davriga ta'siri darajasi etarli darajada o'rganilmagan. Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, sinusit erta tug'ilish xavfini oshirmaydi [8], bu homilador ayol va homila holatiga katta ta'sir ko'rsatadi, chunki homilador ayollarda uzoq muddatli burun tiqilishi hissiy holatning buzilishiga, uyqu buzilishiga, kunduzgi charchoqqa olib keladi va gipertoniya, preeklampsi, intrauterin o'sishning kechikishi kabi asoratlarga olib kelishi mumkin meva [9-11]. Bundan tashqari, sinusitning kech tashxisi va etarli patogenetik terapiyaning yo'qligi orbital va intrakranial asoratlarning rivojlanishiga olib kelishi mumkin, shu jumladan homiladorlik davrida [12].

Paranasal sinus patologiyasi bo'lgan homilador ayollarni davolash mumkin bo'lgan dori terapiyasining tor doirasi va invaziv protseduralarning cheklanishi tufayli qiyin vazifa hisoblanadi. Shuning uchun homilador ayollarda sinusit kursining xususiyatlarini o'rganish dolzarb bo'lib, bu o'z vaqtida to'g'ri tashxis qo'yish va asoratlarni rivojlanishiga yo'l qo'ymaydi. Barcha bemorlarga anamnez, KBB organlarining umumiy qabul qilingan tekshiruvi va klinik qon tekshiruvi o'tkazildi. Tekshiruv davomida burun bo'shlig'idagi o'zgarishlarning og'irligi, Palatin bodomsimon bezlari, farenksning orqa devori va girtlak farenksidagi o'zgarishlar ballarda baholandi [13].

Statistik ma'lumotlarni qayta ishlash Mann—Uitni mezonidan foydalangan holda amalga oshirildi Homiladorlik paytida sinusitning o'rtacha debyut muddati $19,8 \pm 1,9$ homiladorlik haftasini tashkil etdi. Anamnezni tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, tadqiqot guruhida sinusitning debyutidan oldin surunkali rinitning kuchayishi-30% (8/27) holatlarda (allergik (4%, 1/27) va vazomotor (26%, 7/27) rinit, o'tkir respirator kasallik 26% (7/27) holatlarda. Shunday qilib, ayollarning atigi 56 foizida (15/27) homiladorlik paytida sinusit rivojlanishi uchun zarur shartlar aniqlangan va kasallikning o'tkir boshlanishi faqat 26% (7/27) holatlarda kuzatilgan. Shu bilan birga, rinitning surunkali shakllari bo'lgan ayollar, ko'p hollarda (5/8, 63%), $4,6 \pm 2,9$ hafta davomida dekonjestanlar va faqat bitta holatda (1/8, 13%)

intranazal kortikosteroidlarni qabul qilishgan. Homilador ayollarda sinusit tashxisi epos 2012 ko'rsatmalariga muvofiq KBB organlarini tekshirish va shikoyatlar ma'lumotlari asosida amalga oshirildi [14].

Barcha homilador ayollarda klinik tashxis qo'yish uchun o'tkir sinusitning ikki yoki undan ortiq alomatlari borligi aniqlandi: burun tiqilishi (27/27, 100%), burun bo'shlig'idan yoki farenksning orqa devoridan oqindi (89%, 24/27, shundan 88% (21/24) holatlar — yiringli), mintaqadagi bosim yoki og'riq yuzlar (22%, 6/27), hidning pasayishi yoki yo'qolishi (37%, 10/27). Bundan tashqari, 11% (3/27) holatlarda ayollar yo'taldan shikoyat qilishgan, 11% (3/27) holatlarda — zaiflik, 7% (2/27) — tana haroratining past darajadagi darajaga ko'tarilishi. Shunday qilib, o'rganilayotgan guruhdagi sinusit aniq intoksikatsiya sindromi va isitmasiz davom etdi. EPOS 2012 tavsiyalariga ko'ra, sinusitning endoskopik belgilariga burun bo'shlig'idagi poliplar, shilliq-yiringli oqindi, asosan o'rta burun yo'lida, shish yoki obstruksiya, asosan o'rta burun yo'lida kiradi.

Homiladorlik davrida qattiq endoskopiya bilan foydalanish cheklanganligi sababli, homilador ayollarda sinusitni tashxislashda boshqa diagnostika usullarini hisobga olish kerak. Masalan, agar yuz sohasidagi bosim yoki og'riq shikoyatlari homilador ayollarning atigi 22 foizi tomonidan qayd etilgan bo'lsa, tekshiruv paytida paranasal sinuslarning palpatsiyasi va perkussiyasi paytida og'riq bemorlarning yarmida kuzatilgan (52%, 14/27). Homiladorlik paytida radiatsiya yukidagi cheklovlar tufayli sinusitni rentgenologik usullar bilan tasdiqlash oqlanmaydi. Sinusit bilan og'riq ayollarning paranasal sinuslarning magnit-rezonans tomografiyasi sfenoidit, frontit va sinusitning odontogen sababiga shubha qilingan holatlarning atigi 11 foizida (3/27) amalga oshirildi, bu maxsus davolash taktikasini talab qiladi. Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, faqat bitta bemorda (4%, 1/27) sinus ultratovush tekshiruvi o'tkazildi, uning sinusitni aniqlashda diagnostik qiymati past [14]. Tekshiruv natijalariga ko'ra, frontal va sfenoid sinuslarda yallig'lanish jarayoni hech qanday holatda aniqlanmagan, sinusitning odontogen tabiati faqat 1 bemorda aniqlangan, bu paranasal sinuslarda yallig'lanish jarayoni pasayganidan keyin tish ekstraktsiyasini talab qiladi.

Paranasal sinuslarda yallig'lanish jarayonida klinik qon testida oq qon hujayralarining o'rtacha darajasi tadqiqot guruhida surunkali rinit bilan og'rigan homilador ayollarga nisbatan yuqori bo'lgan (mos ravishda $10,9 \pm 1,3$ va $8,9 \pm 0,1 \cdot 10^9/l$), garchi bu farqlar noto'g'ri ekanligi isbotlangan bo'lsa ham ($p > 0,05$), shuningdek, $\pm 3,5$ va $3,4 \pm 0,4$, $p > 0,05$) va segmentli ($70,4 \pm 3,9$ va $65,4 \pm 1,0$, $p > 0,05$) neytrofillar. Faqat ESR ko'rsatkichlaridagi farqlar ishonchli bo'lib chiqdi: sinusit bilan og'rigan bemorlarda $31,5 \pm 3,5$ mm/soat va surunkali rinitli homilador ayollarda $15,6 \pm 0,6$ mm/soat ($p < 0,01$). Sinusit bilan og'rigan homilador ayollarda endoskopik topilmalarni baholashda taqqoslash guruhiga nisbatan burun bo'shlig'idagi o'zgarishlar darajasi sezilarli darajada yuqori (mos ravishda $3,3 \pm 0,4$ va $1,6 \pm 0,1$ ball, $p < 0,05$) va past. Palatin bodomsimon bezlaridagi o'zgarishlarning og'irligi (mos ravishda $1,6 \pm 0,4$ va $2,6 \pm 0,1$ ball), tomoqning orqa devori (Mos ravishda $1,5 \pm 0,2$ va $1,9 \pm 0,04$ ball) va laringofarenks (mos ravishda $3,0 \pm 0,6$ va $4,4 \pm 0,1$ ball).

Sinusit bilan og'rigan homilador ayollarni davolash barcha holatlarda dekonjestanlarni o'z ichiga oladi, ulardan homilador ayollarda ko'rsatmalarga muvofiq foydalanishga ruxsat beriladi (tramazolin gidroxlorigi), burun bo'shlig'ini yuvish uchun sho'r eritmalar va burun bo'shlig'i uchun antiseptik eritmalar, intranazal kortikosteroidlar. Epos (2012) ko'rsatmalariga ko'ra, intranazal kortikosteroidlar o'tkir yiringli sinusit uchun monoterapiya sifatida ishlatilishi mumkin [14]. Yuz og'rig'i va/yoki isitma bo'lsa, 7 kunlik tizimli antibiotik terapiyasi faqat 52% (14/27) hollarda buyurilgan.

Penitsillinlarga, ikkinchi trimestrdan boshlab — klavulan kislotasi yoki makrolidlar bilan birgalikda amoksitsillinga ustunlik berildi. Ponksiyon bilan davolash 22% (6/27) holatlarda, 2 kun davomida konservativ davo fonida og'riqni saqlab qolish bilan talab qilindi. Maksiller sinuslardan aspiratni mikrobiologik o'rganish natijalariga ko'ra, flora o'sishining yarmida aniqlanmagan, qolganlarida flora opportunistik bakteriyalar bilan ifodalangan. Sinusitning uzoq davom etadigan tabiati (davomiyligi 2-3 haftagacha) 6 bemorda (22%, 6/27), asosan bemorlarning tizimli antibiotik terapiyasini qabul qilishdan bosh tortishi (4 holatda), 1 holatda — poliklinikani tayinlash natijasida qayd etilgan. fizioterapevtik davolash va

gomeopatik dorilar, bu bemorda burun tıkanıklığının kuchayishiga, bemorning burun tıkanıklığının yomonlashishiga olib keldi. sinusit kursi, bu tizimli antibiotik terapiyasini tayinlashni talab qildi.

Tadqiqot guruhidagi 27 ayoldan 3 tasida (11%) sinusit takrorlanuvchi xarakterga ega edi. Relapsning sabablari paranasal sinus yallig'lanishining odontogen tabiati (1/3), allergik burun bo'shlig'ining shilliq qavatining doimiy yallig'lanishi (2/3) edi.

Burun tiqilishi va/yoki burun oqishi shikoyati bo'lgan homilador ayollarda sinusitning tarqalishi, bizning tadqiqotimizga ko'ra, 4,7% ni tashkil etdi, kasallikning o'chirilgan boshlanishi 74% hollarda qayd etilgan. Homilador ayollarda sinusit kursi o'chirilgan klinik ko'rinishga ega edi — aniq intoksikatsiya sindromi, isitma, kuzatishlarning 78 foizida-yuz sohasidagi bosim yoki og'riq haqida shikoyat qilmasdan, bu homiladorlik paytida sinusitni erta tashxislashning murakkabligini ko'rsatadi.

Sinusit rivojlanishining uchdan bir qismi homiladorlik paytida surunkali rinitni etarli darajada davolash bilan bog'liq. Homilador ayollarda sinusitni tashxislash uchun rentgenologik va endoskopik usullarning cheklanganligi sababli anamnestik va klinik ma'lumotlar muhim ahamiyatga ega: burun tiqilishi va burun sekretsiasining tabiati, holatlarning yarmida paranasal sinuslarning palpatsiyasi va perkussiyasi paytida og'riq, esning ko'payishi va periferik qonda foizlarning ko'payishi tendentsiyasi.tayoq va segmentli neytrofillar.

Paranasal sinus yallig'lanishining uzoq muddatli yoki takroriy tabiati homiladorlik paytida sinusitni etarli darajada nazorat qilmaslik, nazoratsiz allergik reaksiya, kasallikning odontogen tabiati yoki ayollarning terapiyadan bosh tortishi bilan bog'liq.

3.4. Rinosinusitis bilan homilador ayollarning immun status.

Burun va paranasal sinuslarning yallig'lanish kasalliklari zamonaviy inson patologiyasi tarkibida etakchi o'rinni egallaydi. Hozirgi vaqtda Rossiyada har yili 10 million kishida o'tkir rinosinusit tashxisi qo'yiladi [7]. Hozirgi vaqtda LOR a'zolari patologiyasi bilan kasalxonaga yotqizilgan bemorlar orasida rinosinusit bilan

og'rikan bemorlarning ulushi 40 dan 50% gacha [5].

Xuddi shunday tendentsiyalar boshqa mamlakatlar uchun ham xosdir. Rinosinusit har yili AQShning kattalar aholisining 16 foizida qayd etiladi [10]. AQSh Kasalliklar statistikasi milliy markazi ma'lumotlariga ko'ra, sinusit bu mamlakatda eng keng tarqalgan surunkali kasallik bo'lib, aniqlash chastotasi bo'yicha artrit va arterial gipertenziyadan o'zib ketdi. Qo'shma Shtatlardagi deyarli har sakkiz kishidan biri sinusit bilan kasallangan yoki bo'lgan. Amerika Qo'shma Shtatlari Milliy Sog'liqni Saqlash So'rovi mutaxassislarining fikriga ko'ra, rinosinusit shifokorga tashrif buyurishning eng keng tarqalgan sababidir (1000 aholiga 141,3) [11]. Kanadada rinosinusitning tarqalishi 1000 aholiga 135 ga etadi [14].

O'zbekiston aholisi o'rtasida ommaviy so'rov o'tkazilganda ma'lum bo'ldiki, 40 foizdan ortig'i o'tkir va surunkali sinusit bilan og'riydi, bu esa respublikada LOR kasalliklari tarkibida birinchi o'rinda turadi. Shu bilan birga, o'tkir rinosinusitning ulushi barqaror o'sib bormoqda [8]. Bolalikda o'tkir rinosinusitning ulushi barcha yuqori nafas yo'llarining kasalliklari (URT) ning 42% ga etadi [9]. Ta'kidlanishicha, barcha yosh guruhlarida o'tkir rinosinusitning progressiv o'sishi o'tkir respirator virusli infeksiya epidemiyasi davrida sezilarli bo'ladi (ARVI bilan og'rikan bemorlarning taxminan 2/3 qismi o'tkir rinosinusit bilan og'rikan bemorlardir [4];

Homilador ayollar barcha bemorlar orasida alohida o'rin tutadi. Homiladorlik bilan bog'liq metabolik, endokrinologik va fiziologik o'zgarishlar u yoki bu darajada tananing barcha a'zolari va tizimlariga ta'sir qiladi. Ushbu o'zgarishlarning aksariyati LOR a'zolari kasalliklarining namoyon bo'lishiga olib keladi [15, 16].

Homiladorlikning normal kursi faqat fiziologik ikkilamchi immunitet tanqisligi rivojlanishi bilan birga keladi va erishiladi, ya'ni. T-limfotsitlar, B-limfotsitlar populyatsiyalari va subpopulyatsiyalari tarkibining periferik qonda kamayishi va immunoregulyatsion T-limfotsitlarning bostiruvchi bo'g'inlari faolligining tarqalishi.

Homiladorlik davrida yuzaga keladigan vaqtinchalik immunosupressiya

organizmning himoya kuchlarining pasayishiga olib keladi va boshqa omillar bilan birga bakterial va virusli infeksiyalarning rivojlanishiga yordam beradi [12, 13]. Yana bir omil - keng spektrli antibiotiklarni amaliyotga faol joriy etish, bu inson tanasi va uning mikroflorasi o'rtasidagi munosabatlarning sezilarli darajada buzilishiga olib keladi.

Xavf omillari orasida ayol tanasida surunkali infeksiya o'choqlarining mavjudligi va ularning homiladorlik paytida kuchayishi kiradi [6]. O'tkir va surunkali infeksiya o'choqlari bo'lgan homilador ayollar uchun tananing adaptiv va kompensatsion mexanizmlarining buzilishi uning himoya funktsiyasining pasayishiga, hujayra immunitetining bostirilishiga va gumoral immunitetdan adekvat reaksiyaning yo'qligiga olib keladi [1].

JSST va Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining tahliliy sharhlari homilador ayollarda ekstragenital patologiyaning ko'payishini qayd etadi, ularning 35% KBB patologiyalaridir [2]. Homiladorlik davrida ayollar sinusitdan umrlarining qolgan qismiga qaraganda 6 marta tez-tez aziyat chekishadi.

Homilador ayollarda o'tkir rinosinusit rivojlanishining immunopatologik mexanizmlarini tizimli va mahalliy darajada o'rganish ushbu bemorlar guruhini davolashni bashorat qilish va monitoring qilishning yangi yondashuvlarini ishlab chiqish imkonini beradi.

Tadqiqotda ishtirok etgan barcha homilador ayollar tadqiqot vaqtida homiladorlikning ikkinchi trimestrida bo'lgan, 67% birinchi homilador bo'lgan, 30% ikkinchi va 3% uchinchi bo'lgan; Boshqa birgalikda patologiyalari bo'lgan homilador ayollar tadqiqotga kiritilmagan.

Tashxis anamnez, LOR a'zolarini batafsil tekshirish va burun bo'shlig'ining endoskopiya, paranazal sinuslarning magnit-rezonans tomografiya (MRG) ma'lumotlari, shuningdek, paranazal sinuslardan oqindini baholash asosida qo'yildi. maksiller sinuslarni ponksiyon qilish yoki frontal va asosiy sinuslarni tekshirish. Biroq, homiladorlikdan tashqari o'tkir takroriy rinosinusit yoki surunkali sinusit tarixi bo'lgan homilador ayollar tadqiqotga kiritilmagan.

Barcha tadqiqotlar vaqt o'tishi bilan - davolashdan oldin va patogenetik davolanishdan keyin 10 kun o'tgach amalga oshirildi.

Homilador ayollarda o'tkir rinosinusitni davolash uchun biz quyidagi dorilarni buyurdik:

1. Amoksitsillin/klavinat 625 mg, kuniga 3 marta 1 tabletka yoki kuniga 2 marta 1000 mg;
2. Bioparoks kuniga 4 marta har burun burchagiga 2 dozadan püskürtülür;
3. Nazivin har burun teshigiga 2 dozadan kuniga 2 marta (5-6 kun) püskürtülür.
4. Wobenzym 4 tabletkadan kuniga 3 marta

Shuningdek, Proetz harakatlari, har kuni polivinilxlorid kateter bilan sinuslarni tekshirish yoki yiringli fokus yoritilgunga qadar polivinilxlorid kateterni o'rnatish bilan maksiller sinuslarni ponksiyon qilish amalga oshirildi. Davolash kursi $8,6 \pm 0,8$ yotoq kunini tashkil etdi.

Morfometrik parametrlar $\times 400$ kattalashtirishda bir nechta ko'rish sohalarida DAB-musbat hujayralar sonini hisoblash va o'rtacha arifmetik qiymatni olish yo'li bilan aniqlandi. Hisoblash uchun ma'lum bir tayyorgarlik uchun eng tipik vizual maydonlar tanlangan.

Natijalar 3 guruhga bo'lingan - 1-guruh (past zichlik), 2-guruh (o'rta zichlik), 3-guruh (yuqori zichlik). CD3+ hujayralari uchun 1-guruh - ko'rish maydonidagi 50-70 hujayra, 2-guruh - 70-100, 3-guruh - 100 dan yuqori. CD4+ hujayralari uchun 1-guruh - ko'rish maydonidagi 20-40 hujayra, 2-guruh - 40-80, 3-guruh - 80 va undan yuqori. CD8+ hujayralari uchun - 1-guruh - 30-50, 2-guruh - 50-80, 3-guruh - 80 va undan yuqori. CD20+ hujayralarini sinovdan o'tkazish holatlarida ularni morfometrik tarzda hisoblash mumkin emas edi, shuning uchun bu hujayralar uchun ijobiy immunohistokimyoviy preparatlarning foizi hisobga olindi, ya'ni. ijobiy reaksiyaga ega bo'lgan dorilar va ijobiy reaksiya bo'lmagan yoki zaif ifodalangan dorilar.

Homiladorlikning ikkinchi trimestridagi ayollarning sog'lom homilador

bo'lmagan ayollarga nisbatan tadqiqotlarini tahlil qilish T-limfotsitlar populyatsiyasi va subpopulyatsiyasi sezilarli darajada kamayganligini ko'rsatdi: $CD3^{+}$ limfotsitlar 1,2 marta (normal $54,72 \pm 1,6\%$ ga nisbatan $44,80 \pm 0,70\%$). , 1,2 marta $CD4^{+}$ limfotsitlar ($28,40 \pm 2,4\%$ me'yorga nisbatan $23,10 \pm 0,90\%$) va 1,6 marta $CD20^{+}$ limfotsitlar ($20,24 \pm 1,2\%$ me'yorga nisbatan $13,0 \pm 0,39\%$). T-limfotsitlar subpopulyatsiyasining $CD8^{+}$ sitotoksik hujayralari darajasi deyarli o'zgarishsiz qoldi (normada $17,82 \pm 1,9\%$ ga nisbatan $17,70 \pm 0,26\%$), bu past immunoregulyatsion indeksni ($CD4^{+} / CD8^{+}$) tushuntiradi ($1,35 \pm 0,0$ nisbiy). $1,59 \pm 0,12$ normalgacha) va homiladorlikning saqlanishi va fiziologik kursi uchun zarur bo'lgan immun javobning bostiruvchi xususiyati.

Davolashdan oldin sog'lom homilador va kataral rinosinusit bilan og'rigan homilador ayollarning hujayra immunitetini o'rganish natijalarining qiyosiy tahlili T-limfotsitlar (mos ravishda $44,80 \pm 0,70\%$ va $38,05 \pm 0,92\%$) va B-limfotsitlar (mos ravishda) sezilarli darajada kamayganligini ko'rsatdi. $13,0 \pm 0,39\%$ va $11,70 \pm 0,34\%$ ga teng bo'lsa, T-yordamchi hujayralarida biroz pasayish kuzatiladi (mos ravishda $23,10 \pm 0,90\%$ va $21,20 \pm 0,61\%$). $CD8^{+}$ sitotoksik T-limfotsitlar darajasi amalda o'zgarmaydi (normal $17,82 \pm 1,9\%$ ga nisbatan $17,25 \pm 0,35\%$). Shu munosabat bilan homilador ayol tanasining immun reaksiyasining bostiruvchi xususiyati saqlanib qoladi - immunoregulyatsion indeks (IRI) odatdagi $1,59 \pm 0,12$ ga nisbatan $1,23 \pm 0,02$ ni tashkil qiladi. Ya'ni, ikkinchi darajali immunitet tanqisligi holatining yanada kuchayishi bor, bu allaqachon fiziologik homiladorlik bo'lgan ayollarda paydo bo'ladi.

$^{+}$ T-limfotsitlar, $CD4^{+}$ T-limfotsitlar va $CD20^{+}$ subpopulyatsiyasi darajasida davolashdan oldingi ko'rsatkichlarga nisbatan sezilarli farqlar qayd etilgan. - B-limfotsitlar ($38,05 \pm 0,92\%$ ga nisbatan $40,95 \pm 0,56\%$; $23,10 \pm 0,50\%$ va $13,45 \pm 0,38\%$; davolashdan oldin mos ravishda $21,20 \pm 0,61\%$ va $11,70 \pm 0,34\%$).

Davolashdan keyin o'tkir kataral rinosinusit bilan og'rigan sog'lom homilador ayollar va homilador ayollarning T-limfotsitlarining $CD3^{+}$ -, $CD20^{+}$ -limfotsitlar, $CD4^{+}$ va $CD8^{+}$ - subpopulyatsiyalari ko'rsatkichlarining qiyosiy tahlili umuman olganda o'xshash ma'lumotlarni ko'rsatdi, ya'ni. davolanishdan so'ng, homiladorlikning

ma'lum bir bosqichiga mos keladigan ayol tanasining immunitet holatining o'rtacha fiziologik me'yorlariga uyali immunitet ko'rsatkichlari sezilarli darajada tiklanadi, homilador bo'lmagan sog'lom ayollar ko'rsatkichlariga nisbatan sezilarli darajada past bo'ladi.

Shuningdek, o'tkir yiringli rinosinusit bilan og'rigan 20 nafar homilador ayolni kuzatdik. Yiringli rinosinusit bilan og'rigan homilador ayollar va sog'lom homilador ayollarning davolanishdan oldin immunitet holati ko'rsatkichlarining qiyosiy tahlili biz o'rgangan hujayra immunitetining barcha ko'rsatkichlarining pasayishi va immunitet tanqisligi holatining rivojlanishini ko'rsatdi, bu T-ning sezilarli pasayishi bilan namoyon bo'ladi. limfotsitlar ($34,95 \pm 0,73\%$ ga nisbatan $44,80 \pm 0,70\%$), B-limfotsitlar ($13,0 \pm 0,39\%$ ga nisbatan $11,32 \pm 0,47\%$). Bundan tashqari, T-limfotsitlar subpopulyatsiyasi ($CD4^+$ -helpers va $CD8^+$ -sitotoksik hujayralar) ko'rsatkichlari sezilarli darajada pasaygan - mos ravishda $20,21 \pm 0,33\%$ $23,10 \pm 0,90\%$ va $16,21 \pm 0,40\%$ ga nisbatan $17,70 \pm 0,26\%$. ($P < 0,05$).

O'tkir rinosinusitda hujayra immunitetining pasayish darajasini taqqoslash kataral rinosinusitga nisbatan o'tkir yiringli rinosinusitda chuqurroq immunitet tanqisligi rivojlanishini ko'rsatdi. Bu, ehtimol, o'tkir yiringli rinosinusit bilan og'rigan homilador ayollarning patogenetik terapiyasidan so'ng, o'rganilayotgan ko'rsatkichlar darajasi bemorlarning ushbu guruhidagi dastlabki ko'rsatkichlardan sezilarli darajada farq qilishda davom etishini ham tushuntiradi. T-, B-limfotsitlar va T-limfotsitlar subpopulyatsiyasi - T-xelper va T-sitotoksik hujayralar ko'rsatkichlarida dinamikaning yo'qligi bu kasalliklarning uzoq davom etishi va tiklanishini ko'rsatadi va o'tkir kataralga qaraganda ko'proq vaqt talab qiladi. rinosinusit.

Shunday qilib, yallig'lanish kasalliklari bilan og'rigan homilador ayollarning immunitet holatini o'rganish, shubhasiz, nazariy va amaliy tibbiyot uchun katta ahamiyatga ega. Yuqumli va yallig'lanish kasalliklari bilan og'rigan homilador ayollarda T-limfotsitlar soni kamayishi, immunosupressiya eng og'ir bo'lgan ayollarda kasallikning murakkab kechishi va tiklanish davri uzoqroq bo'lishi ko'rsatilgan.

3.5. Homiladorlikning iii trimestrida virusli etiologiyaning o'tkir sinusiti bo'lgan onalardan yangi tug'ilgan chaqaloqlarning sog'lig'i.

Hozirgi vaqtda homilador ayollarda sinusitning yangi tug'ilgan chaqaloqlarning sog'lig'iga salbiy ta'siri aniqlandi [1, 3]. Shu bilan birga, hozirgi kunga qadar perinatal yoshdagi bolalarning sog'lig'i holatini har tomonlama klinik va laboratoriya baholash o'tkazilmagan, ularning onalari homiladorlikning III trimestrida parainfluenza va gripp infeksiyasi bilan murakkablashgan o'tkir sinusitni boshdan kechirgan. Ushbu tadqiqotning maqsadi homiladorlikning III trimestrida virusli etiologiyaning o'tkir sinusiti bo'lgan onalardan yangi tug'ilgan chaqaloqlarning sog'lig'ini o'rganishdir.

Biz Apgar shkalasi, o'rta molekulyar peptidlar, seromukoid, 1 va 3 turdagi parainfluenza viruslariga antitelolar darajasi, a grippi(H3N2), kindik qonidagi immunoglobulinlarning asosiy sinflari va 53 ta yangi tug'ilgan chaqaloqlarda o'rta miya arteriyasida qon oqimi bo'yicha sog'liqni saqlash holatini o'rganib chiqdik. antenatal anamnez, ularning onalarida o'tkir virusli etiologiya sinusiti homiladorlikning trimestri. 28 homilador ayolga 1 va 3 turdagi parainfluenza (birinchi asosiy guruh), 25 homilador ayolga a grippi(H3N2)(ikkinchi asosiy guruh) tashxisi qo'yilgan.

Chaqaloqlarda intrauterin respirator virusli infeksiya serologik jihatdan gemagglutinatsiyani inhibe qilish reaksiyasi bilan bolalarda kordon qon zardobidagi patogenlarga Antitelo titrlarining to'rt baravar ko'payishi bilan onalarnikiga nisbatan tashxis qo'yilgan [2]. A, M va G immunoglobulinlari kontsentratsiyasini o'rganish G. Manchini va boshq.(1964), V. P. Samsonov va boshqalarning fikriga ko'ra, kindik qonidagi o'rta molekulyar peptidlar va seromukoid.(1988) [5]. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda sma qon oqimini ro'yxatdan o'tkazish ular tug'ilgan kundan boshlab 3 kun davomida amalga oshirildi.

Ultratovush tekshiruvi Doppler bloki va 5 MGts sensori bo'lgan "Sim 5000 - Plus" (Italiya) qurilmasi yordamida amalga oshirildi. Barcha holatlarda MSSK – qon oqimining maksimal sistolik tezligi va KDSK – qon oqimining oxirgi diastolik tezligi o'lchandi, so'ngra qarshilik indeksini (ir) \u003d (MSSK-KDSK)/MSSK (usl.

birlik) [6].

Nazorat homiladorlikning fiziologik kursi bo'lgan onalardan 32 ta yangi tug'ilgan chaqaloq edi. Turli xil namunalarning taqqoslangan parametrlari orasidagi qiymatlar farqlarining ishonchliligi talabani juftlashtirilmagan mezonidan foydalangan holda o'rnatildi.

Belgilarning muqobil taqsimlanish chastotalarini taqqoslashda Fisher mezonidan foydalanilgan. Farqlar, mos ravishda, $p < 0,05$ va $RF < 0,05$ da ishonchli deb hisoblangan.

Biz olib borgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, homiladorlik davrida 1 va 3 turdagi parainfluenza keltirib chiqaradigan o'tkir sinusit bilan og'rigan onalarning chaqaloqlari tug'ilishda Apgar shkalasi bo'yicha 1 daqiqa – $7,1 \pm 0,17$ ball va 5 daqiqa – $7,5 \pm 0,15$ ball past bo'lgan (nazorat ostida, mos ravishda, $8,0 \pm 0,12$). ball, $p < 0,001$ va $8,4 \pm 0,14$ ball, $p < 0,001$).

Qon zardobini serologik tahlil qilishda ona-bola juftliklari yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 7,1 foizida 1 va 3 turdagi parainfluenza virusiga Antitelo titrlarining to'rt baravar ko'payishi aniqlandi. Immunoglobulin A va G ning normal ko'rsatkichlari fonida ularning o'ziga xos bo'lmagan gumoral immun javobini baholash immunoglobulin m konsentratsiyasining tekshirilganlarning 17,9 foizida $0,34 \pm 0,04$ g/l ($p < 0,001$) gacha oshganligini ko'rsatdi. Qon plazmasida kindik venasidan o'rtacha molekulyar peptidlarning konsentratsiyasi $0,285 \pm 0,002$ birlikgacha oshdi. sal. ($p < 0,05$) va seromukoid $0,10 \pm 0,005$ birlikgacha. sal. ($p < 0,05$), shuningdek sma tarkibidagi ir qiymatlari $0,71 \pm 0,009$ gacha. birlik ($p < 0,05$). Homiladorlik davrida onalari gripp etiologiyasining o'tkir sinusitini boshdan kechirgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda tug'ilish paytida Apgar shkalasi bo'yicha 1 daqiqaga pastroq ball qayd etildi – $6,8 \pm 0,13$ ball ($p < 0,001$) va 5 daqiqada – $7,2 \pm 0,15$ ball ($p < 0,001$). Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 36 foizida ($RF < 0,05$) a grippi virusiga (H3N2) Antitelo titrlarining serologik jihatdan to'rt baravar ko'payishi aniqlandi. Bolalarda o'ziga xos bo'lmagan gumoral immunitetning o'zgarishi immunoglobulin m kindik venasidan qon zardobidagi tarkibni tekshirilganlarning 56 foizida $0,35 \pm 0,03$ g/l ($p < 0,001$) gacha ko'tarishdan iborat edi. Shu bilan birga,

qon plazmasida o'rtacha molekulyar peptidlarning $0,292 \pm 0,002$ birlikgacha o'sishi kuzatildi. sal.($p < 0,001$), seromukoid $0,11 \pm 0,004$ birlikgacha. sal.($p < 0,001$), shuningdek sma tarkibidagi ir $0,75 \pm 0,012$ gacha. birlik ($p < 0,001$). Birinchi asosiy guruhda I darajali miya ishemiyasi 6 ta, II darajali miya ishemiyasi esa 2 ta yangi tug'ilgan chaqaloqlarda qayd etilgan.

Ikkinchi asosiy guruhda I darajali miya ishemiyasi 7 ($RF > 0,05$), II darajali miya ishemiyasi esa 10 bemorda ($RF < 0,05$) tashxis qo'yilgan. 1-darajali miya ishemiyasida birinchi va ikkinchi asosiy guruhlarining bolalarida ko'pincha mushaklarning ohangini oshirish, umumiy vosita tashvishi, tendon reflekslari va tug'ma avtomatizm reflekslarining tiklanishi shaklida gipervozitivlik sindromi tashxisi qo'yilgan. Xavotir bilan, ba'zi bemorlarda mushaklarning ohanglari va qo'llab-quvvatlash, emaklash va Moro reflekslarining zo'ravonligi pasaygan. Kamdan kam hollarda yangi tug'ilgan chaqaloqlarda og'zaki avtomatizm reflekslari, shuningdek vegetativ labillik belgilari ("marmar teri", akrotsianoz) aniqlandi. Birinchi asosiy guruhdagi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda II darajali miya ishemiyasi klinik jihatdan giper-qo'zg'aluvchanlik va harakat buzilishi sindromi, ikkinchi guruhdagi bemorlarda miya patologiyasi – konvulsiv sindrom, depressiya va gipertenziya-gidrosefalik sindrom bilan tasdiqlangan.

Shunday qilib, homiladorlikning III trimestrida a grippi(H3N2) bilan rivojlangan o'tkir sinusit bilan kasallangan onalarning yangi tug'ilgan chaqaloqlarida, parainfluenza etiologiyasining o'tkir sinusiti bilan tortilgan antenatal anamnezi bo'lgan bolalarga qaraganda, intrauterin virusli infektsiya ko'proq tashxis qilinadi, bu o'ziga xos va o'ziga xos bo'lmagan gumoral immunitet reaksiyasi, endotoksemiya va miya qon oqimining sezilarli darajada buzilishi bilan tasdiqlanadi.

IV BOB. GINEKOLOGIK KASALLIKLAR VA HOMILADORLIK

Ayni paytda surunkali somatik kasalliklarga chalingan va farzand ko'rishni istaydigan ayollar soni tobora ko'payib bormoqda. Ekstragenital patologiya homiladorlikning rivojlanishi uchun noqulay fon bo'lib, unda homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrda yuzaga keladigan barcha asoratlar og'irlashadi.

Terapevt turli xil ekstragenital patologiyalar (EGP) bilan kasallangan homilador ayollarni kuzatadi va unga ma'lum bir kasallikka chalingan bemorning sog'lig'i va hayoti uchun xavf darajasini baholash akusher-ginekologga qaraganda ancha osonroq. homiladorlik rivojlangan yoki murakkablashgan.

EGP chastotasi ancha yuqori. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, homilador ayollarning 2-5 foizida Yurak nuqsonlari, 1,5-2,5 foizida gipertoniya, 5-6 foizida buyrak kasalliklari, 1-2 foizida qandli diabet, oshqozon-ichak trakti va gepatobilier tizimi kasalliklari kuzatiladi. -3% va boshqalar. Eng konservativ hisob-kitoblarga ko'ra, EGP homilador ayollarning 15-20 foizida aniqlanadi. Akusherlik shifoxonalari hisobotiga ko'ra, 70% ekstragenital patologiyaga ega va mutlaqo sog'lom ayollarning atigi 30%.

Homilador ayollarda aniqlangan eng keng tarqalgan kasalliklarni ko'rib chiqing.

Gipertenziya (G) - homilador ayollarning 4-8 foizida kuzatiladi. Taxminan 30% hollarda gipertenziya bo'lgan homilador ayollar orasida surunkali gipertoniya, 70% da homiladorlik (homiladorlik paytida paydo bo'lgan) gipertenziya aniqlanadi.

Homiladorlikdan oldin, hatto engil arterial gipertenziya (AG,) ham homiladorlik va tug'ruq paytida asoratlar xavfini 2 baravar oshiradi (erta tug'ilish, odatdagi platsentaning ajralishi, setchatka dekolmani, eklampsiya, massiv koagulopatik qonash kuchayadi).

Surunkali arterial gipertenziyaning yagona konsepsiyasi mavjudligiga qaramay, gipertenziv holatlarni o'z vaqtida farqlash muhimdir. Buyrak kelib chiqishining simptomatik gipertenziyasi, proteinuriya bilan davom etishi va qon bosimining barqarorlashishi bilan bir qatorda, buyrakning asosiy kasalligini davolashni talab qiladi va gipertenziya kabi feoxromotsitoma, restavaskulyar arterial

gipertenziya, birlamchi aldosteronizm, tugʻma Yurak nuqsonlaridan kelib chiqqan arterial gipertenziya. (CHD) (PPP), davolashning jarrohlik usullarini taʼminlaydi.

Vegeto-qon tomir distoni (VVD) qon tomir tonusini boshqarishda funksional buzilish boʻlib, homilador ayollarning 45 foizida uchraydigan qon bosimining oshishiga olib keladi.

Gipertenziv VSD turi har qanday yoshdagi homilador ayollarda paydo boʻlishi mumkin. Odatda qon bosimi salbiy his-tuygʻular, stress bilan koʻtariladi va sedativlar yordamida osonlikcha engillashadi. Faqat sistolik bosim sonlari koʻpayadi, diastolik bosim esa xuddi shu joyda qoladi.

VSD ning engil shakli giyohvand davolanishni talab qilmaydi

Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari (KVS) - homilador ayollarning 1 foizida uchraydi, bu revmatik kasalliklarning pasayishi va shunga mos ravishda Yurak nuqsonlari (PPS) bilan kasallangan ayollar sonining kamayishi bilan bogʻliq.

Agar homiladorlikdan oldin Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari asemptomatik boʻlgan boʻlsa, unda bemorlar homiladorlikning boshlanishiga yaxshi toqat qiladilar, qon aylanishi etishmovchiligi alomatlari boʻlsa, protez operatsiyasi va keyin homiladorlik tavsiya etiladi.

Yurak etishmovchiligi (YUE) belgilarining mavjudligi KVH kasalliklarida muhim rol oʻynaydi. Kardiyovaskulyar patologiyaning I va II sinflari bilan, kasallikning klinik koʻrinishlari va Yurak etishmovchiligi yoʻq boʻlganda yoki minimal boʻlsa, tugʻish mumkin, ammo volemik yuk tufayli Yurak etishmovchiligini 20-34 xaftada oshirish mumkin. III va IV sinflarda homiladorlik paytida Yurak etishmovchiligidan oʻlim darajasi yuqori.

Bronxial astma (BA) - kasallanish soʻnggi oʻttiz yil ichida sezilarli darajada oshdi va JSST maʼlumotlariga koʻra bu eng keng tarqalgan surunkali kasalliklardan biri hisoblanadi. Homilador ayollarda bronxial astmaning tarqalishi 1 dan 8% gacha. SHu bilan birga, bronxial astma homiladorlik paytida asoratlarni keltirib chiqarishi isbotlangan. Ularning eng tez-tez uchraydiganlari gestoz (46,8%), homiladorlikning toʻxtash xavfi (27,7%), platsenta etishmovchiligi (53,2%). Bronxial astma bilan ogʻrigan bemorlarda homiladorlikning murakkab kechishining bevosita sabablariga

quyidagilar kiradi: gipoksiya, immunitet buzilishi, gemostaz va metabolizm buzilishi.

Gastroezofagial reflyuks kasalligi (GERD) - asosiy simptom oshqozon yonishi bo'lib, homilador ayollarning taxminan $\frac{1}{2}$ qismida uchraydi va alohida tekshiruv natijalariga ko'ra 80% ga etadi.

Gastroezofagial reflyuks kasalligining kuchayishi, refluks ezofagit, ko'pincha homiladorlikning ikkinchi yarmida sodir bo'ladi. Birinchi trimestrda oshqozon ekşimesi va gastroezofagial reflyuks kasalligining kuchayishi ko'pincha erta gestosis - homilador ayollarning qusishi bilan qo'zg'atilishi mumkin. Uzoq muddatli oshqozon yonishi fonida og'riq ko'pincha sternum orqasida paydo bo'ladi, havo bilan yonadi va tuprik ko'payadi. Bunday simptomlarning paydo bo'lishi qo'shimcha tekshiruv va davolanishni talab qiladi, chunki gastroezofagial reflyuks kasalligi homilador ayollarda mehnat paytida oshqozon tarkibining aspiratsiyasi xavfini oshiradi, ayniqsa, ular behushlik ostida o'tkazilsa.

Surunkali venoz etishmovchilik (CVI) yoki surunkali venoz kasallik - varikoz kengayishi, post-trombotik kasallik, venoz tomirlarning konjenital va shikast anomaliyalari. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, ayollarning 7-35% homiladorlik paytida surunkali venoz etishmovchilikdan aziyat chekadi; homiladorlik paytida birinchi marta ularning 80% da surunkali venoz etishmovchilik rivojlanadi. Klinik ko'rinishning har qanday darajasida surunkali venoz etishmovchilik tug'ruq paytida tromboembolik asoratlarni oldini olish uchun kuzatuv va davolashni talab qiladi.

SHuni ta'kidlash zarurki, hozirgi vaqtda, ekstragenital kasalliklarning aksariyatida, homiladorlik paytida ayolni to'g'ri kuzatish sharoitida homiladorlik va tug'ruqni xavfsiz o'tkazish va agar kerak bo'lsa, o'z vaqtida maxsus davolanishni buyurish mumkin.

Homiladorlik har qanday ginekologik kasalliklar bilan birlashtirilishi mumkin, ular orasida eng keng tarqalgan bachadon miomasi, tuxumdon shakllanishi, jinsiy organlarning anormalliklari, bachadon o'smalari mavjud.

4.1. Bachadon miomasi

Bachadon miomasi (fibromiyomasi) mushak va fibroz hujayralari iborat yaxshi

o'simta hisoblanadi. Muayyan hujayralar ustunligiga qarab, aslida miyom, fibromiyom, fibromiyomani ajratib turadi. Bachadon miomasi keng tarqalgan.

Mioma homiladorlikdan oldin yoki uning boshlanishidan keyin o'zini namoyon qilishi mumkin. Miyom va homiladorlikning kombinatsiyasi chastotasi 0,5-2,5%. Homilador ayollarda subserozal yoki mushaklararo (interstitsial) tugunlar tez-tez uchraydi, chunki shilliq ostidagi tugunlarni lokalizatsiya qilishda (submukozal tugunlar) ko'pincha bepushtlik yoki homiladorlik erta davrda to'xtatiladi.

Homiladorlik kursi. Bachadon miomasi bilan erta davrda homiladorlikning tugashi, erta tug'ilish, platsenta etishmovchiligi, xomilalik o'sishning kechikishiga olib kelishi mumkin. Platsenta etishmovchiligining rivojlanishi platsentaning tugunning proeksiyasiga biriktirilishiga yordam beradi.

Homiladorlik davrida myomatoz nodlar tez o'sib boradi va bachadonning kattaligi homiladorlikning tegishli muddatidan kattaroq bo'ladi.

Klinik belgilari. Agar tugunlarda qon ta'minoti etarli bo'lsa, qorin bo'shlig'ining tez o'sishi bilan bir qatorda homilador ayol shikoyat qilmaydi. Agar tugunning oziqlanishi buzilgan bo'lsa (qon ta'minoti kamaytirilsa), uning proeksiyasi sohasidagi mahalliy og'riqlar paydo bo'ladi. Agar qon ta'minoti etishmasligi tufayli tugun to'qimalarining nekrozi yuzaga kelsa, zaharlanish belgilari paydo bo'lishi mumkin: isitma, titroq, taxikardiya. Palpatsiya paytida tugun og'riqli, ba'zida Peritonitning tirnash xususiyati belgilari mavjud.

Tashxis bachadonning palpatsiyasi bilan belgilanadi-tugun yoki tugunlar bachadon devoridan ko'ra zichroq bo'ladi. To'g'ri, tugunning lokalizatsiyasi va kattaligi ultratovush bilan aniqlanadi.

Homiladorlik. Bachadon miomasi bilan homiladorlikni saqlab qolish uchun mutlaq kontrendikatsiyalar yo'q. Homiladorlik davrida asoratlarning yuqori xavfi 10-13 homiladorlik haftasiga to'g'ri keladigan bachadonning boshlang'ich qiymati bilan bog'liq; tugunlarning submukoz va bo'yin lokalizatsiyasi; kasallikning davomiyligi 5 yildan ortiq; tugunlardan birida ovqatlanish buzilishi.

Homiladorlik davrida platsenta etishmovchiligini o'z vaqtida davolash orqali homila holatini diqqat bilan kuzatib borish kerak. Agar miyomatoz tugunida qon

oqimi buzilgan bo'lsa, qon oqimini yaxshilaydigan dorilar - antispazmodiklar (no-shpa, baralgin, papaverin), shuningdek trentalni, kurantilni o'z ichiga olgan infuzion terapiya ko'rsatiladi. Agar tugundagi qon oqimining buzilishi homiladorlikning II-III trimestrlarida yuzaga kelsa, b-adrenomimetika (partusisten, ginipral) bilan birgalikda kristalloidlarni buyurish tavsiya etiladi.

Davolashning samarasizligi miyomatoz tugunni qorinni davolash va tozalash uchun ko'rsatma. Homiladorlik davrida miyomatoz tugunni nozik asosda topib, og'riq keltirib chiqaradigan bo'lsa, miyomatoz tugunni olib tashlash yoki uning bazasidan kesish uchun operatsiya ham zarur. Operatsiyadan keyingi davrda bachadonning kontraktil faoliyatini kamaytirishga qaratilgan terapiya davom etadi, ya'ni. abort qilishni oldini olish. Bachadon miomasi bo'lgan bemorlarni, ayniqsa katta hajmdagi bemorlarni kasalxonaga yotqizish uchun histerektomiya (bachadonni olib tashlash) ga qadar etarli jarrohlik yordami ko'rsatilishi mumkin bo'lgan muassasalarda zarur. Homiladorlik davrida bir qator sabablar tufayli (bolaning tug'ilishiga to'sqinlik qiluvchi tugunlarning past joylashuvi) ko'pincha rejalashtirilgan kesarchadan haqida savol tug'iladi. Kesarchadan, shuningdek, bachadon miomasi bilan bir qatorda boshqa murakkab omillar ham mavjud: xomilalik gipoksiya, primiparous yoshi 30 yildan ortiq, xomilaning noto'g'ri pozitsiyasi, homiladorlikni qayta tiklash, gestosis va boshqalar.

Bachadon miomasi bo'lgan ayollarda ona va homila uchun asoratlarni rivojlanish xavfi yuqori. Mehnat paytida mehnatning zaifligi, platsentaning ajralishi, uchinchi davrda hipotonik qon ketishi va tug'ilgandan keyin darhol bo'lishi mumkin. Tug'ilish jarayonida homila ko'pincha bachadon qon oqimining kamligi tufayli hipoksiyadan aziyat chekadi. SHu munosabat bilan qorin bo'shlig'ini etkazib berish masalasi ko'pincha paydo bo'ladi.

Kesarchadan paytida bolani olib tashlaganingizdan so'ng, bachadon ichki va tashqi tomondan ehtiyotkorlik bilan tekshiriladi. Kichik o'lchamdagi interstitsial tugunlar, ayniqsa, subserozal lokalizatsiya bilan o'rtacha darajada va interstitsial-subserozal tartibga solinishi mumkin, tugunlar tozalanadi va to'shakda alohida (vikril) tikuvlar qo'llaniladi. Agar tugun sirtida joylashgan bo'lsa, yotoqning

elektrokoagulyasiyasi joizdir. Katta myomatoz tugunlar (diametri 18-20 sm) organ-qo'riqlash jarayonini amalga oshirish uchun tozalanishi kerak. Ushbu operatsiya uchun shifokorning yuqori malakasi talab qilinadi. Ba'zi hollarda, u bachadon olib tashlash uchun, ayniqsa, qon tomir nuriga yaqin joylashgan katta o'simta hajmi bilan murojaat qilish zarur (nadvlagalischnaya amputatsiya yoki extiratsiya).

Tabiiy tug'ilish kanali orqali tug'ilganda xomilalik Yurak urishi va bachadonning kontraktil faoliyatini doimiy monitoring qilish kerak. Uni kuchaytirish uchun oksitotsinni kiritish tavsiya etilmaydi. Mehnat zaifligi va xomilalik gipoksiyaning kombinatsiyasi bilan kesarchadan ko'rsatiladi.

Bachadon miomasi bo'lgan ayollarda tug'ilishning uchinchi davrida sumbukoz tugunlarini chiqarib tashlash uchun bachadon tekshiruvi o'tkaziladi. Ayol bachadonni kamaytirish vositalarini qo'llaydi.

Erta operatsiyadan keyingi davrda tugunni oziqlantirish buzilishi belgilari ham bo'lishi mumkin. SHu bilan birga, antispazmodik va infuzion terapiya amalga oshiriladi. Laparoskopik Yo'xim kamroq - laparotomic kirish davolash samarasizligi jarrohlik Laparoskopik Yo'xim dalolat beradi.

4.2. Tuxumdon shakllanishi va homiladorlik.

Tuxumdon shakllari 1-3 da 1000 chastotasi bo'lgan homilador ayollarda uchraydi. Homiladorlik davrida tuxumdon shakllanishining tabiati boshqacha. Ko'pincha sariq tananing kisti, endometrioid kist, etuk teratoma mavjud. Sariq tananing kistlari, odatda, homiladorlik davrida teskari rivojlanishga duch keladi. Homilador-sti davrida haqiqiy benign tuxumdon o'smalari orasida epitelial kelib chiqishi paydo bo'ladi: seroz va mukozal kistadenoma. Ehtimol, homilador va tuxumdon saratoni kasalligi (0,001%).

Tuxumdon shakllanishi, qoida tariqasida, be-kamarning boshlanishidan oldin bo'ladi, lekin ko'pincha mavjud bo'lganda aniqlanadi.

Klinik rasm. Tuxumdon shakllanishi bilan homilador ayollarda qo'shimcha OS-yolg'on bo'lmasa, shikoyat bo'lmasligi mumkin. Ba'zan o'zgartirilgan tuxumdonning joylashuviga qarab, pastki qorinning chap yoki o'ng tomonidagi noqulaylik bor. Juda mobil shaklda (tuxumdonning uzun ligament apparati) ayolni

bezovta qiladigan og'riq bo'lishi mumkin.

SHish paydo bo'lishi va tuxumdon o'smalari mavjudligi aniq klinik ko'rinishga ega bo'lgan bir qator asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin. Bunga quyidagilar kiradi: o'simta oyoqlarini burish, devorining yorilishi, devorga qon ketishi. SHu bilan birga, tez-tez jarrohlik talab qiladigan "o'tkir qorin" belgilari mavjud.

Tuxumdonlarning o'smalari va o'sma shakllanishi homiladorlikning keyingi asoratlariga olib kelishi mumkin: tugatish tahdidi, o'smaning past holatida xomilaning ko'ndalang polosi. Mehnat paytida kindik ichakchasidagi yo'qotish, boshni noto'g'ri kiritish, mehnat qo'rquvi mumkin.

Tashxis. Homiladorlikning dastlabki bosqichlarida (11-12 haftagacha) diagnostik maqsad bilan ishlab chiqarilgan ikki qo'lli ishda bachadonning chap yoki o'ng tomonidagi shakllanishni aniqlash mumkin. Lekin aniq homiladorlik qiymati, mahalliyashtirish, va tez-tez tuxumdon patologiya tabiati har qanday davri aniqlash imkonini beradi tuxumdon YAB-lyaetsya ultratovush, o'smalari va o'simta shakllanishi tashxis asosiy usuli. Uzoq muddatli homiladorlik bilan tuxumdonlarning shakllanishi bachadonning chap yoki o'ng tomonida juda yuqori aniqlanadi.

Katta ahamiyatga ega, mavjud tuxumdon saratoni yoki haqiqiy tuxumdon o'smalari ozlokachestva o'z vaqtida tashxis: tuxumdon shakllanishi qon Doppler, CA-125 onkomarker aniqlash.

4.3. Homiladorlik va tug'ish.

Homiladorlik oby-zatelnym bilan tuxumdon xavfli o'simtalarining kombinatsiyasi qat'i nazar, bere-mennosti muddati, jarrohlik hisoblanadi. "O'tkir qorin" belgilari bilan, o'simta oyog'i yoki kistaning yorilishi tufayli rivojlanadi, favqulodda ratsional aralashuv ham kerak. Jarrohlik aralashuvidan foydalanish homiladorlik davriga bog'liq. Laparoskopik kirish 16 haftagacha bo'lgan davrda va tuxumdon shakllanishining kichik miqdori bilan mumkin, boshqa hollarda laparotomiya ko'rsatiladi.

Aseptomatik tuxumdon kovasi bilan homiladorlikning taktikasi alohida-alohida hal etiladi. Kichik dobrokachest-vena shakllanishi (ultratovush va

dopplerometriya ma'lumotlari) bilan jarrohlik davolash amalga oshirilmaydi, homiladorlik davrida ta'lim olish kuzatiladi va agar u davom esa, u olib tashlanadi.

Homiladorlik davrida jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalar: og'riq sabab shakllantirish ortiqcha harakatchanlik, diametri 7-8 sm, haqiqiy o'simta ko'proq bo'ladi.

Tuxumdon saratoni jarrohlik amaliyotiga bere-mennosti muddatidan qat'iy nazar ko'rsatiladi. Birinchi bosqichda siz o'zgartirilgan tuxumdonlarni va bezlarni olib tashlashingiz mumkin. Homila hayotiyiligini erishgandan so'ng, kimyoterapiya (ikkinchi bosqich) tomonidan ta'qib kesarchadan va bachadon ektirpasyonu ishlab chiqarish.

Tug'ilishni davom ettirish shish paydo bo'lishining plo-ha ga to'sqinlik qilishiga bog'liq. Agar u to'sqinlik qilsa, kesarchadan ishlab chiqariladi va bachadonning o'zgartirilgan qo'shimchalarini olib tashlaydi. Boshqa tomondan qo'shimchalar diqqat bilan osmot-ret bo'lishi kerak.

Mobil tuxumdon shakllanishi vaginaning kamarlaridan biriga tushib, homila tug'ilishiga to'sqinlik qiladi va kesarchadan uchun ko'rsatmalar beradi. Ko'pincha tuxumdon shakllanishi tug'ilishni murakkablashtirmaydi. Tug'ilgandan so'ng, tuxum shakllanishi tabiatiga qarab, Laparoskopik yoki laparotomik kirish bilan chiqariladi.

4.4. Jinsiy organlarning anomaliyalari.

Jinsiy organlarning anomaliyalari ko'pincha konjenital bo'lib, ular ham olinishi mumkin. Genital organlarning konjenital anomaliyalari rivojlanish nuqsonlarining ko'plab variantlarini ifodalaydi. Ulardan ba'zilar bilan homiladorlik mumkin emas (masalan, bachadonning yo'qligi).

Homiladorlik vagina to'siq, egar, ikki tomonlama va bir oyoqli bachadon, bir yopiq rudimentar shox, er-xotin uterus va er-xotin vagina bilan ikki tomonlama bachadon bilan ayollarda sodir bo'lishi mumkin.

Qo'shimcha shoxdagi homiladorlik asosan ektopik homiladorlikning bir variantidir ("ektopik homiladorlik"ning 18 bo'limiga qarang).

Vaginal to'siq va er-xotin bachadon odatda ikki qo'lli vaginal-abdominal

tekshiruv bilan aniqlash qiyin emas. Er-xotin bachadonning tashxisi ultratovush tekshiruvi bilan aniqlanishi mumkin.

Vagina to'siqlari va skar o'zgarishlari nafaqat tug'ma, balki (difteriya, kimyoviy kuyishdan keyin) ham bo'lishi mumkin. Vaginal skar o'zgarishlarini aniqlash qiyinchilik tug'dirmaydi. Vagina sezilarli darajada torayishi bilan tabiiy yo'llar orqali tug'ilish mumkin emas, bunday hollarda kesarchadan ishlab chiqariladi.

Homiladorlik va tug'ish. To'liq er-xotin (ikki bachadon) bilan homiladorlik ulardan birida tez-tez rivojlanadi, biroq ayni paytda shilliq qavatdagi detsidual o'zgarish kuzatiladi. Homiladorlikning rivojlanishi har bir bachadonda yoki uning ikki yarmida mumkin.

Rivojlanish nuqsonlari bilan homiladorlikning tugashi xavfi bo'lishi mumkin. Homiladorlikning oxiriga kelib, Pelvis prezentatsiyasi, ko'krak qafasi yoki xomilaning ko'ndalang holati tez-tez aniqlanadi. Tug'ilishda mehnatning zaifligi yoki discoordinatsiyasi mavjud. Agar bachadon patologiyasida ba'zi ko'rsatmalar kesarchadan bilan bajarilsa, decidual membranani olib tashlash uchun ikkinchi bachadon shilliq qavatini qirib tashlash kerak.

Vaginal to'siq oldingi qismning tug'ilishiga to'sqinlik qilishi mumkin. Oyoq taqdimoti bilan meva cho'zilgan qismga "tepaga" o'tiradi. Taqdimotning har qanday versiyasida, oldingi qismga cho'zilgan qism kesilishi kerak. To'siqning ajratilgan qismlaridan qon ketish yo'q.

4.5.Bachadon bo'yni saratoni.

Bachadon bo'yni saratoni va homiladorlikning kombinatsiyasi 1-1000-2500 homiladorlik davrida sodir bo'ladi. Bachadon bo'yni saratoni bo'lgan bemorlarda homiladorlik chastotasi 3,1%.

Bachadon bo'yni saratoni yoki epiteliyadan rivojlanadi, serviksin vaginal qismini (skuamoz hujayrali karsinom) qoplaydi - ekzofit o'sishi yoki bo'yin kanalining epiteliyasidan (adenokarsinom) - endofit o'sishi.

Klinik rasm. Homiladorlik davrida va undan tashqarida ayollarda bachadon bo'yni o'sma shikastlanishining belgilari deyarli bir xil. Kasallikning boshida klinik

belgilar yo‘q va jarayonning rivojlanishi bilan jinsiy yo‘llardan suyuq suvli yoki qonli oqim paydo bo‘ladi. Ayniqsa, bachadon bo‘yni saratoni uchun odatiy bo‘lib, jinsiy aloqa yoki vaginal tekshiruvdan keyin qon ketishi bilan bog‘liq.

Tashxis. Bachadon bo‘yni saratonini o‘z vaqtida aniqlash uchun maxsus akusherlik tekshiruvi bilan bir qatorda ayollar maslahatlashuvida homilador ayollarni dastlabki tekshiruvdan o‘tkazish uchun serviksni ko‘zgular yordamida tekshirish va serviksin vaginal qismining yuzasidan va servikal kanaldan smearlarni olish kerak. Smearsning sitologik tekshiruvi bachadon bo‘yni saratonini aniqlashda muhim rol o‘ynaydi. Zarur bo‘lganda, homilador ayol serviksin tekshiruvi bilan maxsus tekshiruv o‘tkazishi kerak, bunda kolposkopning kattalashtiruvchi tasvirini va serviksin shubhali qismini biopsiya qilish kerak. Biopsiya qon ketish xavfi tufayli shifoxonada amalga oshiriladi.

Klinik jihatdan aniqlangan saraton o‘simtasi gulkaramga o‘xshash yaralar yoki papiller o‘sishi kabi ko‘rinishi mumkin.

Bachadon kanalining saratoni bilan bo‘yin to‘p shaklini oladi. Homiladorlik davrida serviksin barcha o‘zgarishlari bilan sitologik, kolposkopik tekshiruv va bioptatning gistologik tekshiruvi amalga oshiriladi.

Differensial tashxis. Bachadon bo‘yni saratoni serviksin benign kasalliklari, tushish, platsentaning taqdimoti bilan ajralib turishi kerak. O‘simtani tanib olishda hal qiluvchi ahamiyatga ega bo‘lgan kolposkop nazorati ostida ishlab chiqarilgan bachadon biopsiyasi mavjud.

Davolash. Bachadon bo‘yni saratoni va homiladorlik bilan birgalikda homiladorlik davri, o‘simta jarayonining bosqichi va o‘smaning biologik xususiyatlarini hisobga olgan holda davolash tadbirlarini rejalashtirish kerak. SHu bilan birga, onaning manfaatlari birinchi o‘rinda turadi. Bachadon bo‘yni saratoni bilan og‘rigan homilador ayollar uchun taktikani aniqlashda onkolog bilan maslahatlashish zarur.

Serviksin intraepitelial karsinom (0 bosqichi) taqdirda ruxsat homiladorlik donashivanie va tug‘ilgandan so‘ng 1,5-2 oy orqali bachadon olib tashlash amalga oshiriladi. Homiladorlikning I va II trimestrlarida invaziv saraton aniqlanganda

bachadonning kengaytirilgan ekstirpatsiyasi ko'rsatiladi. Uzoq davom etgan o'sma jarayoni bilan xomilalik tuxumni vaginal yoki qorin yo'li bilan olib tashlangandan keyin radiatsiya terapiyasi amalga oshiriladi. Birinchi bosqichda invaziv saraton va hayotiy homila bilan kesarchadan va keyinchalik bachadonning kengaytirilgan ekstirpatsiyasi (ikkinchi bosqich) amalga oshirilishi kerak. Agar bachadonni to'liq olib tashlash mumkin bo'lmasa, uning qo'shimcha amputatsiyasiga, keyinchalik radiatsiya terapiyasiga ruxsat beriladi. Antitümör dori foydalanish mumkin.

Prognoz. Bachadon bo'yni saratoni va homiladorlik kombinatsiyasi bilan prognoz salbiy.

XULOSALAR

Ayol homiladorligini bilgach, keyingi kuzatuv uchun antenatal klinikada ro'yxatdan o'tishi kerak. To'liqroq tekshirish uchun ayolning homiladorlikning 12 xaftaligidan oldin ro'yxatdan o'tishi maqsadga muvofiqdir.

Homilador ayolni ro'yxatdan o'tkazishda odatda ikkita karta olinadi. Birinchi karta-bu homilador ayol va tug'ruqxonaning individual kartasi. Ikkinchi karta-homilador ayolning almashinuv kartasi.

Ushbu kartalarda homiladorlik haqida to'liq ma'lumotlar mavjud. Shaxsiy karta shifokor tomonidan to'ldiriladi va doimiy ravishda uning kabinetida bo'ladi. Ayirboshlash kartasi odatda akusher yoki hamshira tomonidan to'ldiriladi va homilador ayolning qo'lga beriladi.

Kuzatuv davomida ayol laboratoriya tekshiruvlaridan o'tishi kerak, shuningdek, u mutaxassis shifokorlar bilan maslahatlashishi kerak, ular orasida otolaringolog ham bor. LOR shifokori bilan uchrashish uchun kuponlar uchun navbatda turish, keyin kasal bemorlar bilan bir xil mutaxassis bilan uchrashish uchun navbatda turish homilador ayol uchun juda qiyin vazifadir. Bizning "MEDEF" tibbiyot markazida siz LOR shifokorining tekshiruvidan navbat va keraksiz muammosiz o'tishingiz mumkin. Bundan tashqari, homiladorlik paytida ayol o'tkir respirator kasalliklarning rivojlanishi, LOR organlarining surunkali kasalliklarining kuchayishi bilan bog'liq muammolarga duch kelishi mumkin.

Tonzillit, rinit, sinusit, otit - bu odatda surunkali bo'lgan va uzoq vaqt asemptomatik bo'lishi mumkin bo'lgan patologiya. Alevlenmeler odatda tananing himoyasi pasayganda paydo bo'ladi, bu ayniqsa homiladorlik paytida to'g'ri keladi, chunki immunologik himoyaning zaiflashishi homilador ayol tanasining normal holatidir. Onaning LOR kasalliklari tug'ilmagan bolaning sog'lig'i uchun qanday xavf tug'diradi? Avvalo, infektsiyaning qo'zg'atuvchisi platsenta to'sig'iga kirib, homila asab tizimiga zarar etkazishi mumkin.

Bundan tashqari, onaning immuniteti pasayganda, bolaning erta yoshda kasallanish ehtimoli ortadi. Bolaning tug'ruqdan keyingi hayotidagi intrauterin infektsiya yurak, bo'g'im, buyrak, teri kasalliklari, allergik kasalliklar xavfini

oshiradi, shuningdek onaning reproduktiv tizimiga ta'sir qiladi. Ammo infektsiya uxlab qolsa va homilaga bevosita ta'sir qilmasa ham, u onaning immunitet tizimini doimiy ravishda rag'batlantiradi, bu esa buzilishga olib kelishi mumkin. Natijada, immunitet tizimi o'z tanasining hujayralari va to'qimalariga qarshi antitelolar ishlab chiqarishni boshlaydi, bu gestozning paydo bo'lishiga, abort qilish xavfiga, erta tug'ilishga olib keladi.

Otorinolarolog LOR organlarining surunkali kasalliklarining kuchayishini o'z vaqtida oldini olishga, onaning ahvolini engillashtirishga va o'tkir kasalliklarda bolani himoya qilishga yordam beradi. Otorinolarologni tekshirish, burun va farenksdan mikrofloraga smear qilish shifokorga kerakli tavsiyalarni berishga imkon beradi

Postnatal rivojlanish va bolaning sog'lig'i asosan perinatal davrning o'tishi bilan belgilanadi. Patologik perinatal omillarning ta'siri genetik dasturning amalga oshirilishini belgilaydi, butun hayot davomida populyasiyada kasallanish xavfini oshiradi.

Bolaning rivojlanishi uchun perinatal davr o'ta muhimdir. Homiladorlikning oxirida homilaning intrauterin shakllanishi tugaydi. Tug'ruq paytida homila ko'plab omillarga duch keladi, dastlabki 7 kun ichida bolaning tashqi hayotga moslashish xususiyatlarini aniqlaydi.

So'nggi yillarda homila patologiyasining ko'payishi kuzatilmoqda, bu esa bolani tashqi hayotga moslashishining buzilishi yoki mumkin emasligiga olib keladi. JSST Ekspert qo'mitasi ma'lumotlariga ko'ra, hayotning birinchi yilidagi bolalar kasalligi asosan perinatal davrda yuzaga kelgan sharoitlar tufayli 39,8 foizga oshgan. Bolalar o'limi, shuningdek, perinatal davrda jiddiy buzilishlar bilan bog'liq.

SHu bilan birga, mavjud vaziyatga ta'sir ko'rsatadigan usullardan biri bu erta neonatal davrda moslashuvi buzilgan holda tug'ilishning oldini olish bo'yicha yondashuvlarni takomillashtirishdir. SHu munosabat bilan, moslashuvning buzilishini prognoz qilishning aniqligini oshirish muhim vazifalardan biridir.

Butunjahon sog'liqni saqlash tashkilotining Evropa mintaqasidagi odamlarning to'liq "salomatlik salohiyatini" amalga oshirish siyosatiga muvofiq, eng muhim

maqsad onalar va bolalar sogʻliqni saqlash xizmatlarining ajralmas qismi boʻlgan "hayotdan sogʻlom boshlash" dir.

Onalar va bolalarni himoya qilish Sogʻliqni saqlash vazirligi va tibbiyot muassasalarining asosiy tibbiy-ijtimoiy yoʻnalishi va faoliyatining asosiy yoʻnalishlaridan biriga aylandi, chunki inson hayoti davomida uning sogʻligʻini belgilovchi omillarning uchdan ikki qismi yaxshi hayotga bogʻliq. homiladorlik, tugʻish va hayotning birinchi yili. SHu sababli, pediatriyadagi neonatologiya muammolari inson hayotida sogʻlom boshlash maqsadlariga erishishda ustuvor vazifalar sifatida qaraladi.

Ushbu muammolarni muvaffaqiyatli hal qilish uchun etiologiyasi, patogenezini va bolalarning erta neonatal notoʻgʻri moslashuvi klinikasi toʻgʻrisida aniq maʼlumot talab etiladi. Zamonaviy konsepsiyalarga koʻra, neonatal davrda moslashish ona va bola tanasining fiziologik barqarorlikni saqlashga qaratilgan reaksiyalar toʻplami sifatida qaraladi.

Bolalarda moslashuvchanlikning buzilishi uchun koʻplab pre-va perinatal omillar mavjud, ammo homiladorlik va tugʻruqning murakkab kechishi bilan bogʻliq boʻlgan xomilalik gipoksiya alohida ahamiyatga ega.

Oʻtkir va / yoki surunkali gipoksiya turli xil nevrologik simptomlarning paydo boʻlishiga olib keladi: motor funksiyalari, aqliy funksiyalar rivojlanishining kechikishi, keyinchalik bu oʻrganish, oʻzini tutish, ijtimoiy va kasbiy moslashishda asosiy qiyinchiliklardan biriga aylanadi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Анютин Р.Г. Диагностика изменений нейрососудистой регуляции слизистой оболочки нижних носовых раковин при различных формах ринитов / Анютин Р.Г., Ивкина С.В // Материалы 3 Российской научно-практической конференции «Наука и практика в оториноларингологии» -2004 - С. 68-69.
2. Аракелян Б. Л. Новая модель двухлампового диафаноскопа / Аракелян Б.Л. // Вестник оториноларингологии - 1955 - № 4. - С. 62.
3. Болезни уха, горла и носа: краткое руководство для врачей /. Ундриц В.Ф., Хиллов К.Л., Супрунов В.К. и др. // Л.: Медгиз - 1960 - 560 с.
4. Бондарева Л. А. Метод пункции лобной пазухи / Бондарева Л.А., Кирасирова Е.А., Смирнова А.В. // Вестник оториноларингологии - 2005 - № 4 - с.38-40.
5. Буков, В. А. Рефлекторные влияния с верхних дыхательных путей / Буков В.А. // Москва: Медицина - 1980 - 272 с.
6. Васильева М.М. К вопросу о гиподиагностике аллергического ринита у взрослых / Васильева М.М., Сулима В.В. // Российский оториноларингологический журнал - 2018 - 15¹⁻²) - С 26-27.
7. Волков А. Г. Диагностика риносинуситов у беременных / Волков А.Г., Бойко Н.В. // В сб: Современные проблемы развития фундаментальных и прикладных наук - 2016 - С. 26-31.
8. Волков А. Г. Диафаногрфия в диагностике неосложнённого фронтита / Волков А.Г. // Актуальные вопросы клинической оториноларингологии. 9-я Краснодарская краевая ЛОР-конференция с участием оториноларингологов других регионов РСФСР: тезисы доклада -Краснодар, 1989. - С. 98-99.
9. Волков А.Г. Значимость локального болевого симптома при фронтите / Волков А.Г., Стагниева И.В., Ерошенко А.Ю. // Вестник оториноларингологии - 2010 - №4 - С. 38-40.
10. Волков А. Г. Лобные пазухи / Волков А.Г. // Ростов-на-Дону.: Феникс - 2000 - 512 с
11. Волков А.Г. Цифровая диафаногрфическая диагностика фронтита /

Волков А.Г., Грошков К.К. // Вестник оториноларингологии -2010 - №4 - с. 58-62.

12. Воячек В. И. Методика щадящих оториноларингологических воздействий / Воячек В.И. // - Л.: Медгиз - 1957. - 154 с.

13. Гладкова Н.Д. Оптическая когерентная томография - новая высокоразрешающая технология визуализации структуры тканей. Сообщение 1. Принцип метода. Объекты приложения ОКТ и технические решения для их исследования / Гладкова Н.Д., Шахова Н.М., Шахов Б.Е. и др. // Вестник рентгенологии и радиологии - 2002 - № 2 - с.39-47.

14. Грошков, К.К. Цифровая диафаногрфия в диагностике фронтитов / грошков К.К. // Российская оториноларингология - 2008 - №1 -с.77-82.

15. Денкер А. Учебник болезней уха, верхних дыхательных путей и полости рта / Денкер А., Альбрехт В. // Л.; М.: ОГИЗ - 1936 - с.237-238.

16. Джаббарова Д.Р. Аспекты клинических проявлений риносинуситов у беременных / Джаббарова Д.Р., Исмадова К.А. // Евразийский союз ученых - 2018 - №2-2(47) - С.54-55.

17. Егоров В. И. Влияние патологии ЛОР органов на репродуктивное здоровье женщин / Егоров В. И., Логутова Л. С., Зайдиева Я. З., Кочнева А. О. // Материалы IV Петербургского форума оториноларингологов России -2015 - С. 6-7.

18. Изотова, Г. Н. Комплексная терапия острого гнойного синусита / Изотова, Г. Н., Кунельская, Н.Л., Захарова, А.Ф., Сединкин, А.А., Попова, И.А. // Медицинский совет - 2013 - №7 - с.6-10.

19. Исмадова К. А. Аспекты механизма развития риносинуситов у беременных женщин / Исмадова К.А., Сон Т.Р. // Современные научные исследования и разработки - 2017 - №2(10) - с.90-92.

20. Карпищенко С.А. Особенности течения синусита у беременных / Карпищенко С.А., Рябова М.А., Шумилова Н.А., Георгиева Л.В., Никитин К.А. // Вестник оториноларингологии - 2019 - №84(3) - с.37-40.

21. Карпищенко С.А. Плюсы и минусы назальных деконгестантов /

Карпищенко С.А., Колесникова О.М. // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum - 2016 - №3 - с.31-36.

22. Карпова Е.П. Фенотипическая классификация ринитов и основные принципы терапии / Карпова Е.П., Бараташвили А.Д. // РМЖ. Медицинское обозрение - 2019 - №8 - С.33-36.

23. Кеда Л. Н. Роль инфекции в возникновении преждевременных родов / Кеда Л. Н., Гутикова Л. В., Пашенко Е. Н., Демина О. В. // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа - 2012 - № 5 - С. 307-311.

24. Ким И.А. Приверженность лечению пациентов с назальной обструкцией / Ким И.А., Рагимова Д.Р., Носуля Е.В., Первичко Е.И., Гришанина А.М. // Российская ринология - 2020 - №28(3) - с.164-166.

25. Киселев А.Б. Новый подход к ликвидации назальной обструкции при интермиттирующем и остром инфекционном ринитах / Киселев А.Б., Овчинников А.Ю., Толстикова Т.Г., Чаукина В.А., Мирошниченко Н.А., Жукова Н.А. // Российская оториноларингология - 2017 - №2(87) - с. 131-135.

26. Киселев А.Б. Снижение нагрузки интраназальными деконгестантами в лечении острого инфекционного ринофарингита у детей / А.Б. Киселев, В.А. Чаукина, О.В. Андамова, А.С. Автушко, О.В. Вертакова // Материалы межрегиональной научно-практической конференции оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока с международным участием «Актуальные вопросы оториноларингологии» - 2018 - с. 128

27. Киселев А.Б. Транскутанная терапия назальной обструкции, сопровождающей интермиттирующий аллергический и острый инфекционный ринит / Киселев А. Б., Овчинников А. Ю., Толстикова Т. Г., Чаукина В.А., Мирошниченко Н.А., Жукова Н.А. // Российская оториноларингология - 2017 - № 2 (87) - с. 131-135.

28. Киселев А.Б. Уменьшение нагрузки деконгестантами в лечении острого инфекционного ринофарингита у детей / Киселев А.Б., Чаукина В.А. // Российская оториноларингология - 2018 - № 2 - с.135-139.

29. Киселев А.Б. Элиминационная терапия заболеваний носа и

околоносовых пазух / Киселев А.Б., Чаукина В.А. // Вестник оториноларингологии - 2007 - №6 - с.56-57.

30. Компанеец С.И. Оториноларингология: диагностика и терапевтическая техника в медицине / Компанеец С.И. // К.: Гос. мед. изд-во УССР, 1936 - с. 162-165.

31. Косяков С.Я. Место топической стероидной терапии в лечении острого риносинусита / Косяков С.Я., Минавина Ю.В. // Медицинский Совет - 2017 - №16 - с. 18-23.

32. Крюков А.И. Острый синусит. Клиническое руководство / Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Царапкин Г.Ю. // Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018 - 80 с.

33. Крюков А.И. Синдром назальной обструкции: алгоритм диагностики и терапии у детей и взрослых / Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Ивойлов А.Ю., Изотова Г.Н., Архангельская И.И. // Медицинский совет - 2016 - №6 - с.8-11.

34. Лаврова О. В. Вазомоторный ринит беременных / Лаврова О.В., Петрова М.А., Рябова М.А., Муллоярова Ю.С., Дымарская Ю.Р. // Российская ринология - 2013 - №21(4) - с.16-20.

35. Леонтьева Г.М. Особенности профилактики иммунологической манифестации острого риносинусита во время беременности / Леонтьева Г.М., Карзакова Л.М., Герасимова Л.И. // Журнал международной медицины - 2015 - №1(12) - с.72-76.

36. Лопатин А.С. Назальные деконгестанты: старые препараты и новые формы / Лопатин А.С. // Доктор.Ру - 2011 - №6 (65) - с. 17-23.

37. Лопатин А.С. Ринит: Руководство для врачей / Лопатин А.С. // М.: Литтерра - 2010 - 432 с.

38. Манн В. Симптомы ЛОР-заболеваний во время беременности / Манн В. // Российская ринология - 1997 - № 3 - с.89.

39. Медведь В.И. Заболевания верхних дыхательных путей у беременных / Медведь В.И., Попович В.И. // Репродуктивное здоровье женщин - 2020 - №3(43) - с.12-17.

40. Меняев Ю.А. Опыт разработки фотоматричной терапевтической

аппаратуры / Меняев Ю.А., Жаров В.П. // Медицинская физика - 2006 - № 2 - с.3-11.

41. Никифорова Г.Н. Антибиотики, антисептики, деконгестанты в ЛОР-практике: как предотвратить апокалипсис. VIII Петербургский международный форум оториноларингологов России. Сателлитный симпозиум компании «Р-фарм» / Никифорова Г.Н., Гуров А.В., Овчинников А.Ю. // Эффективная фармакотерапия - 2019 - Том 15. № 30. Пульмонология и оториноларингология

42. Носуля Е. В. Медикаментозный ринит / Носуля Е. В. // Вестник оториноларингологии - 2017 - №82(3) - С. 84-90.

43. Носуля Е.В. Особенности и клиническое значение объективного тестирования носового дыхания у беременных / Е.В. Носуля, Черных Е.М. // Российская оториноларингология. Приложение- 2009 - №2. Приложение - С.256-259.

44. Носуля Е.В. Ирригационная терапия: актуальность и эффективность / Носуля Е.В., Винников А.К., Ким И.А. // РМЖ - 2011 - Т.19 №8 - с.490-493.

45. Носуля Е.В. Обонятельная дисфункция в практике оториноларинголога: анализ симптомов при различных патологических состояниях у беременных / Носуля Е.В, Ким И.А., Борисенко Г.Н., Черных Н.М., Шпакова Е.А. // Вестник оториноларингологии - 2013 - №4 - с.72-77.

46. Острый риносинусит: клинические рекомендации / под ред. А. С. Лопатина - Москва: Российское общество ринологов, 2017 - 36 с.

47. Острый синусит: методические рекомендации/ Под ред. С.В.Рязанцева - СПб.: Полифорум Групп, 2018

48. Передкова Е.В., Себекина О.В. Влияние беременности на течение аллергических заболеваний // Эффективная фармакотерапия - 2019 - Т. 15. № 37 - с. 18-26.

49. Пискунов Г.З. Руководство по ринологии / Пискунов Г.З., Пискунов С.З. // М.: Литтерра - 2011 - 960 с.

50. Пискунов Г.З. Физиология и патофизиология носа и околоносовых

пазух / Пискунов Г.З. // Российская ринология - 2017 - №25(3) - с.51—57.

51. Плужников М.С. Лазерная диафаноскопия при воспалительных заболеваниях придаточных пазух носа / М. С. Плужников, Б. С. Иванов, А. А. Усанов и др. // Вестник оториноларингологии -1991 - № 4 - с.22-24.

52. Поляков Д. П. Вред и польза назальных деконгестантов: пути снижения рисков / Consilium Medicum // 2015 - №11(17) - с.94-98.

53. Радциг Е.Ю. Топические антибиотики в лечении острого аденоидита у детей / Радциг Е.Ю., Злобина Н.В. // Педиатрия - 2015 - с.5.

54. Решетникова О.В. Передняя активная риноманометрия в диагностике хронических ринитов / Решетникова О.В., Евсеева В.В., Решетников С.В. // Российская ринология - 2013 - №21(4) - с.9-13.

55. Решетько, О. В. Систематизированный обзор использования лекарственных средств растительного происхождения при беременности / Решетько, О. В., Луцевич, К. А., Горшкова, Н. В., Яковлева, О. В. // Педиатрическая фармакология - 2011 - №8 (1) - с.90-100.

56. Романенко С.Г. Антибактериальная терапия острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей у беременных/ Романенко С.Г., Гуров А.В., Изотова Г.Н., Кунельская Н.Л., Яковлев С.В. // Медицинский совет - 2013 - №2-1 - с.30-32.

57. Рябова М.А. Аллергический ринит у беременных / Рябова М.А., Лаврова О.В., Шумилова Н.А., Пестакова Л.В. // Вестник оториноларингологии - 2018 - №83(5) с. 55-58.

58. Рябова М.А. Лечение заболеваний верхних дыхательных путей у беременных / Рябова М.А., Лаврова О.В., Шумилова Н.А. // Практическая медицина - 2018 - №16(5) - с.81-84.

59. 55Рябова М. А. К вопросу о рациональной антибактериальной терапии воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей / Рябова М. А. // Вестник оториноларингологии - 2012 - № 6 - с.82-86.

60. Рябова М.А. Ринит беременных и синусит: клинический случай / Рябова М.А., Шумилова Н.А., Георгиева Л.В. // Folia Otorhinolaryngologiae et

Pathologiae Respiratoriae - 2019 - №2(25) - с.67-72.

61. Рябова М. А. Ринит у беременных: анализ возможных причин / Рябова М. А., Лаврова О. В., Шумилова Н. А., Федотова Ю. С. // Российская ринология - 2015 - №23(4) - С. 22-24.

62. Сависько А.А. Риносинуситы у беременных как проявление иммунодефицита // Научный альманах - 2015 - №1-3(27) - с.234-240.

63. Садиков И.С. Фаринголарингеальный рефлюкс. / Садиков И.С., Лопатин А.С. // Медицинская газета. Конспект врача - 2005 - №85 - с.9.

64. Тарасова Г.Д. и др. Вирусные заболевания ЛОР-органов / Тарасова Г.Д., Лавренова Г.В., Куликова О.А. и др. // Folia Otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae - 2017 - Т. 23. №1 - с.25-33.

65. Черных Н.М. Распространенность и клинические особенности гормональных ринитов (обзор литературы) / Черных Н.М. // Российская ринология - 2016 - №24(3) - с.47-51.

66. Шадыев Т.Х. Острый синусит / Шадыев Т.Х., Изотова Г.Н., Сединкин А.А. // РМЖ - 2013 - №11 - с.567

67. Яковлев В.П. Рациональная антимикробная фармакотерапия. Руководство для практикующих врачей / Яковлев В.П., Яковлев С.В. -Москва - 2007 - 783с.

68. Archontaki M. Increased frequency of rhinitis medicamentosa due to media advertising for nasal topical decongestants / Archontaki M, Symvoulakis EK, Hajjiioannou JK, Stamou AK, Kastrinakis S, Bizaki AJ, Kyrmizakis DE. // BENT - 2009 - №5(3) - p.159-162.

69. Bachmann W. Функциональная диагностика осложненного носового дыхания. Введение в риноманометрию / Bachmann W. - Шпрингер, Берлин - 1982 - 31с.

70. Casiano R.R. Treatment of acute and chronic rhinosinusitis / Casiano R.R. // Seminars in Respiratory Infections - 2000 - №15(3) - p.216-226.

71. Desrosiers M.Y. Treatment of chronic rhinosinusitis refractory to other treatments with topical antibiotic therapy delivered by means of a large-particle

nebulizer: Results of a controlled trial / Desrosiers M.Y. // Otolaryngology - Head and Neck Surgery - 2001 Sep - Vol.125, Issue 3 - p.265-269

72. Ellegård E. The incidence of pregnancy rhinitis / Ellegård E, Hellgren M, Toren K, Karlsson G. // Gynecologic and Obstetric Investigation - 2000 - №49(2) - p.98-101.

73. Feldmann H. Die Geschichte der Diaphanoskopie. Bilder aus der Geschichte der Hals Nasen Ohren Heilkunde, dargestellt an instrumenten aus der Sammlung im Deutschen Medizinhistorischen Museum in Ingolstadt /H. Feldmann // Laryngorhinootologie - 1998 - Vol. 77, № 5 - p.297-304.

74. Garbutt J.M. Amoxicillin for acute rhinosinusitis: a randomized controlled trial / Garbutt J.M., Banister C., Spitznagel E., Piccirillo J.F. // JAMA.2012 - Vol.307(7) - p.685-692.

75. Hueston W.J. Upper respiratory conditions: acute and chronic sinusitis/ Hueston W. J., Kaur D. // FP Essentials - 2013 - № 415 - p.11-16.

76. Incaudo GA. Diagnosis and treatment of allergic rhinitis and sinusitis during pregnancy and lactation / Incaudo GA. // Clinical Reviews in Allergy & Immunology - 2004 - №27(2) - p.159-178.

77. Karataş M. Assessment of nasal airway patency during pregnancy and postpartum period: correlation between subjective and objective techniques / Karataş M., Qam O.H., Tekin M. // Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg - 2016 - №26(2) - p.92-100.

78. Loewen A. H. Thunderclap headache and reversible segmental cerebral vasoconstriction associated with use of oxymetazoline nasal spray / Loewen A. H., Hudon M. E., Hill M. D. // Canadian Med. Ass. J. - 2004 - Vol.171, iss. 6 - p.593-594.

79. 102Montalban J. Cerebral infarction after excessive use of nasal decongestants / Montalban J. // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry - 1989 - Vol. 52- p.541-543.

80. Nulman I. Teratogenic Drugs and Chemicals in Humans. Medication Safety in Pregnancy and Breastfeeding / Nulman I., Izmaylov Y., Staroselsky A., Koren G.

// McGraw-Hill Companies, Inc., New York- Toronto - 2007 - p.21-30.

81. Olivier P. Effets indésirables cardiovasculaires et neurologiques centraux des sympathomimétiques utilisés comme décongestionnants de la sphère ORL: analyse de la Banque Nationale de Pharmacovigilance / Olivier P., Dugué A., Montastruc J.L. // Therapie - 2003, Jul-Aug - №58(4) - p.361-366.

82. Pegoraro-Krook M.I. Effect of nasal decongestion on nasalance measures / Pegoraro-Krook MI, Dutka-Souza JC, Williams WN, Teles Magalhaes LC, Rossetto PC, Riski JE. // The Cleft Palate-Craniofacial Journal - 2006 -№43(3) - p.289-294.

83. Ramey J.T. Rhinitis medicamentosa / Ramey J.T., Bailen E., Lockey R.F. // Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology - 2006 -№16(3) - P.148-155

84. Selcow J.E. Effectiveness of nasal sprays in the treatment of severe chronic bacterial sinusitis / Selcow J.E. // Pediatrics - 1994.

85. Terada N. Allergic diseases—especially on the relation of pregnancy / Terada N., Konno A. // Obstetrics & Gynecology - 1992 - №59 - P.31-36.

86. Wight R.G. Trimming of the inferior turbinates: a prospective long-term study / Wight R.G., Jones A.S., Beckingham E. // Clin Otolaryngol Allied Sci - 1990 - Vol. 15, № 4. - p.347-350.

87. Yau W.P. Use of decongestants during pregnancy and the risk of birth defects / Yau W.P., Mitchell A.A., Lin K.J., Werler M.M., Hernández-Díaz S. // Am J Epidemiol. - 2013, Jul 15 - №178(2) - p.98-208.