

лабораторное обследование больных и лечение интеркуррентных заболеваний.

Проявление герпетической инфекции на коже и слизистых половых органов не является сугубо дерматологической или венерологической проблемой. Герпетические высыпания – всего лишь симптомы инфекции, источник которой находится глубже. При генитальном герпесе возбудитель может проникать и поражать другие органы мочеполовой системы и у мужчин, и у женщин, лежащие за пределами видимых слизистых оболочек половых органов.

В качестве средства профилактики рецидивов генитального герпеса в настоящее время выпускается герпетическая вакцина. Вакцина может использоваться для иммунотерапии пациентов с генитальным герпесом, для предотвращения передачи вируса серонегативным партнерам больных генитальным герпесом, а также для вакцинации серонегативных лиц.

Больному следует рекомендовать воздерживаться от половой жизни до исчезновения клинических проявлений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Адаскевич В.П., Козин В.М. Кожные и венери-

ческие болезни. Москва, 2006; 2. Соколовский Е.В., Савичева А.М., Домейка М., Айламазян Э.К. Беляева Т.В. Инфекции, передаваемые половым путем. Москва, 2006; 3. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Москва, 2000.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М ЖЫНЫСТЫҚ ҰШЫҚ ИНФЕКЦИЯСЫ

Н.С. Күләшбекова

*Жамбыл облысының тері-венерологиялық
диспансері*

Берілген мақалада жыныстық ұшықтардың эпидемиологиясы, патогенезі, жұғатын жолдары, диагностикасы, аурудың алдын алуы және емдеуі туралы айтылған.

S U M M A R Y GENITAL HERPES INFECTION

N.S. Kuliashbekova

Zhambyl regional dermatovenerological dispensary

In given article are described epidemiology, a pathogenesis, transfer ways, diagnostics, treatment and preventive maintenance of a genital herp.

ЛЕЧЕНИЕ ВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА БЕРЕМЕННЫХ

Г. БАЙКАДАМОВА

Областная больница, г. Петропавловск

В последние годы отмечен рост вагинальных инфекций, которые прочно занимают ведущее место в структуре как акушерских осложнений, так и гинекологической заболеваемости. Половая инфекция обусловлена несколькими патогенными микроорганизмами, вирусами, микробами, грибами, простейшими, которые вызывают изменения, сходные по клиническому течению [1]. При беременности наблюдается тенденция к активации резистентных микроорганизмов, из-за сдвига баланса половых гормонов создаются благоприятные условия для роста бактериальной флоры. В настоящее время установлено, что вышеуказанные вагинальные инфекции отрицательно влияют на течение беременности, вызывая самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, развитие фетоплацентарной недостаточности, много- и маловодия и внутриутробное инфицирование плода. В родах отмечается значительный рост травмы влагалища и промежности, в послеродовом периоде осложнений септического характера, у плода и новорожденных – различных постнатальных инфекций [2]. По мнению ряда авторов [3, 4], одним из главных факторов, способствующих развитию данных осложнений беременности и родов, является широкое распространение вагинального кандидоза в большинстве случаев, вызываемого *Candida albicans*. Даже при физиологическом течении беременности зачастую встречается вагинальный кандидоз [5]. Все это определяет актуальность проблемы подготовки влагалища к родам при наличии данного возбудителя. В данной статье представлены результаты применения препарата гинофорт (бутаконазол нитрат) и его влияние на флору влагалища. Влагалищный путь лечения вагинального кандидоза является предпочтительным из-за меньшей вероятности развития побочных реакций, опасных для беременных женщин.

Цель исследования – оценка эффективности данного лекарственного средства у беременных при наличии вагинального кандидоза.

Под наблюдением находились 15 беременных, срок гестации 34-39 недель, использовавших с целью лечения препарат гинофорт. Средний возраст обследуемых женщин составил в среднем 28 лет. При анализе анамнестических данных выявлено, что акушерский анамнез был отягощен медицинскими и самопроизвольными абортми у 35%. Гинекологический анамнез отягощен воспалительными заболеваниями – 24%. При исследовании у всех пациенток был диагностирован вагинальный кандидоз на основании клинических и лабораторных методов. Диагноз подтвержден микробиологическим исследованием. Основные клинические симптомы: жалобы на зуд, жжение в наружных половых органах, обильные выделения из половых путей (80%), наличие выделений из половых путей без субъективных жалоб (17%), скудные выделения из половых путей при наличии жалоб на зуд, жжение в наружных половых органах (3%). После установления диагноза беременным было назначено лечение с применением препарата гинофорт, который обеспечивает прилипание бутаконазола на слизистую оболочку влагалища в виде пленки, благодаря технологии Vagi Site. При этом происходит постепенное высвобождение и поддержка лечебной концентрации во влагалище в течение 4-5 суток. По данным литературы гинофорт не обладает тератогенным, канцерогенным действием и не влияет на фертильность. Препарат применялся однократно (содержимое одного аппликатора 5 г).

В первые сутки отмечалось исчезновение субъективных жалоб (боль, зуд и выделения из половых путей) у 70% беременных, находящихся под наблюдением, и у 29% по истечении 3-5 дней отмечалось купирование симптомов вагинального кандидоза. Повторное исследование про-

водилось через 7 дней после однократного интравагинального введения препарата гинофорт. Все пациентки отметили хорошую переносимость метода.

Таким образом, при применении препарата гинофорт отмечается быстрое снятие симптомов вагинального кандидоза. Препарат комфортен в применении (не пачкает белье, может использоваться в любое время суток), не требует больших затрат – одна доза на курс лечения. Он хорошо зарекомендовал себя в лечении вагинального кандидоза и процессе санации влагалища перед родами.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Прилепская В.Н., Байрамова Г.П. Вагинальный кандидоз: этиология, клиника, диагностика, принципы терапии // 2006; 2. Минкина Г.Н. Лечение острого кандидозного вульвовагинита. Гинекология, 2007; 3. Байрамова Г.Р. Опыт терапии вульвовагинального кандидоза. Гинекология, 2006; 4. Mardh PA The vaginal ecosystem. Amer Obstet Gynecol, 2008; 5. Sobel J.D. Desquamative inflammatory vaginitis a new subgroup of purulent vaginites responsive to topical 2% clindamycin therapy. Am.J. Obstet. Gynec. – 2004.

ТҰЖЫРЫМ

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕ ҚЫНАП КАНДИДОЗЫН ЕМДЕУ

Г. Байкадамова

Областық аурухана, Петропавл қ.

Гинофорт препаратты босану алдында вагиналды кандидоздаң емдеуде қынапты санаңылау процессінде жоғарғы нәтижелі зат. Гинофорттың аппликациясы симптомдардың тез кетуне және субъективті процестердің жақсаруға алып келеді.

SUMMARY

TREATMENT OF VAGINA CANDIDOSIS BY PREGNANTS

G. Baykadamova

Regional hospital, Petropavlovsk c.

Gynofort is high-efficiency preparation in vaginal candidosis cure and in the course of vagina sanitation before the childbearing. On application of Gynofort medicine we register throwing off the symptoms of vagina sanitation, register positive subjective processes.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРТОГРАММЫ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

О.В. НЯГУЛОВА

Рудненский родильный дом

Все случаи родов сопряжены с определенным риском. Нередко в родах развивается патология, которая требует квалифицированной помощи, а в некоторых случаях и неотложного вмешательства.

Одним из технических компонентов стратегии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), направленной на поддержку инициативы «Безопасное материнство», является использование метода партограммы.

Основные принципы партограммы заключаются в графическом отображении процесса раскрытия шейки матки и других характеристик, касающихся состояния матери и плода [1, 3].

Партограмма – это наиболее простое и эффективное средство ведения родов, инструмент для принятия решений и действий. Внедрение ее позволяет обеспечить единые подходы к оказанию квалифицированной помощи в родах [2].

В родильном отделении внедрен метод ведения родов с использованием партограммы. С целью оценки эффективности метода партограммы проведен анализ 200 историй родов пациенток, родоразрешенных в родильном отделении в 2000 г. и в 2011 г. При этом 100 историй родов за 2000 г., которые велись без использования партограммы, и 100 историй родов за 2011 г., которые велись с использованием партограммы. Средний возраст родильниц в 2000 г. составил 29,6 года, в 2011 г. – 29 лет (табл. 1).

Первородящих и повторнородящих было поровну (табл. 2).

Экстрагенитальную патологию имели в 2000 г. 52% родильниц и 43,9% в 2011 г. При этом преобладающими экстрагенитальными заболеваниями были эндокринные, хроническая ЖДА, хронический пиелонефрит. Осложненное течение беременности наблюдалось в 2000 г. в 29,6%, в 2011 г. – 29,3%. Превалировали артериальная

Таблица 1

Распределение родильниц по возрасту

Возраст	2000 г.	2011 г.
	100 историй родов	100 историй родов
<20	3-3,0%	8-8%
20-24	26-26%	26-26%
25-29	34-34%	34-34%
30>	37-37%	32-32%

Таблица 2

Распределение родильниц по паритету

Паритет	2000 г.	2011 г.
Первородящие:	50-50%	50-50%
- первобеременные	32-32%	21-21%
- повторнобеременные	18-18%	29-29%
Повторнородящие	50-50%	50-50%

гипертензия, отеки, вызванные беременностью, анемия беременной.

Сравнительный анализ течения и исходов родов выявил, что вагинальные обследования в 2000 г. проводились в среднем 1 раз в течение 2-3 часов, а в 2011 г. – 1 раз в 4 часа. В 2000 г. наблюдение за маточными сокращениями проводилось каждые 2 часа в латентную и активную фазу родов. В 2011 г. в родах с использованием партограммы наблюдение за маточными сокращениями проводилось каждые 30 минут в течение латентной и активной фазы родов, при этом соответствующие данные заносились в партограмму.