

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 кандидозда емдеуде қынапты санау процесінде жоғарғы нәтижелі зат. Гинофорттың аппликациясы симптомдардың тез кетуге 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.

Сравнительный анализ применения медикаментов в родах выявил, что у рожениц в 2011 г. с ведением партограммы, спазмолитики и анальгетики использовались реже, чем в 2000 г. (2011 г. – 5%, 2000 г. – 89%). Родовозбуждение внутривенным капельным введением окситоцина в 2000 г. было проведено в 5,6% случаев, а в 2011 г. – в 0,4% случаев.

Низкое число родовозбуждений и применения спазмолитиков и анальгетиков в 2011 г., где роды велись с использованием партограммы, обусловлено как внедрением партограммы, так и принципов демедикализации родов [1].

Средняя продолжительность родов у первородящих в 2000 г. составила 7-9 часов и у повторнородящих 4-6 часов. Аналогичные показатели у родильниц в 2011 г. составили 8-10 часов и 5-7 часов. Эти данные указывают на удлинение средней продолжительности родов до физиологических параметров у родильниц, чьи роды велись с использованием партограммы.

Анализ родового травматизма матери (разрывы влагалища, шейки матки и промежности) показал снижение его у родильниц, где роды велись с использованием партограммы (19% против 26,8%), что обусловлено более строгой дозировкой и контролем за количеством вводимых препаратов при родовозбуждении и родостимуляции. Кроме того, меньше произведено эпизиотомий у родильниц в 2011 г., чьи роды велись с применением партограммы и не на спине (3,9% против 18,2%).

Состояние новорожденных по шкале Апгар у родильниц в 2000 г. – 7-8 баллов, в 2011 г. – 8-9 баллов. Таким образом, использование партограммы в родах привело к сокращению количества осложнений в родах и послеродовом периоде, позволило избежать чрезмерного использования лекарственных препаратов и добиться снижения частоты родового травматизма матери. При-

менение партограммы не оказывает влияния на объем кровопотери.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Основные клинические протоколы и приказы МЗ РК по акушерству и неонатологии, Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК. Алматы, 2010. – 172 с.; 2. Практическое руководство по актуальным аспектам акушерства. Республиканский научно-исследовательский центр охраны здоровья матери и ребенка, Алматы, 2004. – 208 с.; 3. Чернуха Е.А. Родовой блок. М., «Триада-Х», 1999. – 533 с.

ТҰЖЫРЫМ

АКУШЕРЛІК ТӘЖІРІБЕДЕ ПАРТОГРАММАНЫ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРІБЕСІ

О.В. Нягулова

Рудный перзентханасы

Мақалада партограмма әдісінің тиімділігін бағалау мақсатымен «Рудный перзентханасы» МКҚК-да 2000 ж., 2011 ж. босанушылардың 200 босану тарихтар талдауы жүргізілді. Партограмманы қолдану босану кезіндегі ауыр-сынуларды төмендетеді.

SUMMARY

PARTOGRAM EXPERIENCE IN OBSTETRIC PRACTICE

O.V. Nyagulova

Rudnensky Maternity Hospital

In this article with the aim of assessment of partogram approach effectiveness is down the analysis of 200 parturition histories of patients being in labour in Rudniy maternity hospital in 2000 and 2011. The use of partogram encourages reduction of obstetric complications while childbearing.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИКУ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

О.В. НЯГУЛОВА

Рудненский родильный дом

Назрела необходимость разработки новых подходов, основанных на современных технологиях мировой науки и практики, по-новому решающих проблемы охраны материнства и детства и улучшения качества оказываемых медицинских услуг, путём совершенствования и организации системы здравоохранения. Всем этим требованиям отвечает Программа Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), объединённая под общим названием «Безопасное материнство/Содействие повышению эффективности перинатальной помощи» (БМ/СПЭПП) [1].

Главными компонентами безопасного материнства являются: совершенствование инфраструктуры системы здравоохранения в области охраны здоровья матери и ребенка, научные принципы ведения беременности и родов, эффективность и обоснованность медицинской практики, профессиональный уровень медицинских работников, информированность семьи и её участие в принимаемом решении [3].

Программа состоит из 4-х разделов: планирование семьи, безопасные роды, необходимая акушерская помощь по адекватному наблюдению и обследованию до родов и реабилитация после родов [4].

В родильном доме г. Рудного активно внедряются принципы этой программы в отношении дородовой помощи, оказания акушерской помощи в родах и послеродовом периоде, проводятся внедрение новых перинатальных технологий в практику родовспоможения.

Основные принципы, которые мы изменили и адаптировали к нашим условиям, начались с изменения отношения к беременным и членам их семей. Для создания дружелюбной, располагающей обстановки для рожениц в родильном отделении обеспечен свободный доступ членов семьи в индивидуальную родовую палату, «партнёрские роды», эмоциональная поддержка, индивидуальный уход и приватность в родах. В родах поощряется свободное положение роженицы, использование медикаментов ограничивается необходимым минимумом.

Эпизиотомии применяются по показаниям со стороны плода (гипоксия плода, дисточия плечиков). Амниотомии, родостимуляции, анальгетики в родах используются по строгим показаниям [2].

Все акушерки обучены методикам немедикаментозных, отвлекающих манипуляций в родах, которым обучают как партнёра в родах, так и саму роженицу. Обезболивание родов индивидуализировано с учетом