

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 демедиализации 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 ТӘЖІРИБЕДЕ ПАРТОГРАММАНЫ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ****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 shown 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, проводится 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, дистотия 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

конкретной роженицы. Электронный мониторинг плода в родах проводится по строгим показаниям со стороны плода. Вагинальный осмотр в родах осуществляется согласно партограмме.

Большое внимание уделяется нами началу второго периода у роженицы, так как следует помнить, что время полного открытия не означает времени начала потуг. Роды принимаются преимущественно не на спине (на боку, вертикально). Потуги регулируются самой роженицей.

Безусловным правилом является раннее прикладывание новорожденного к груди с обеспечением кожного контакта. Здоровый новорожденный находится постоянно с матерью для получения полноценного грудного вскармливания, что служит эффективной профилактикой развития воспалительных заболеваний у матерей и новорожденных. Вышеуказанные факторы обеспечивают максимальное физиологическое течение родов и приближены к принципам естественных родов.

Приватность и комфорт рожениц полностью соблюдаются при родах в индивидуальных родовых палатах, где проходят все периоды родов и ранний послеродовый период. Вагинальные исследования и роды проводятся в кровати. Осмотр шейки матки проводится по показаниям (кровотечение, инструментальные роды, стремительные роды) в кровати. Ушивание травм мягких родовых путей, ручное обследование полости матки проводятся также в кровати.

В родблоке наряду с индивидуальными родовыми палатами организована материальная комната, где хранятся наборы для приёма родов. Партнёр на роды приходит в чистой одежде со сменной обувью. В настоящее время в родильном отделении более 80% родов партнёрские.

В родах проводится оценка основных жизненно важных функций, отражённых в партограмме (общее состояние, пульс, АД, дыхание, температура, характер родовой деятельности, состояние плода). Партограмма – инструмент для принятия решений и действий.

Сердцебиение плода выслушивается за полную минуту каждые 30 минут в I периоде родов и каждые 5 минут во II периоде родов или после каждой потуги. Угрожающее состояние плода при частоте сердцебиения менее 100 или более 180 ударов в минуту с мекониальными околоплодными водами.

В родильном отделении придерживаются принципа своевременной диагностики родов, которая предполагает подтверждение начала родов, диагностику периода и фазы родов, оценку вставления и опускания головки, определение предлежания и положения плода.

Ошибочная оценка в диагностике родов приводит к необоснованным диагнозам аномалии родовой деятельности и излишним вмешательствам в родах. Процесс родов отражается в партограмме, в активной фазе родов скорость раскрытия шейки составляет 1 см в час независимо от паритета родов.

При неосложненных родах слизь у новорожденного не отсасывается, в случае необходимости отсасывается баллончиком после рождения головки до рождения плечиков и туловища.

Проводится активное ведение III периода родов, что снижает вероятность развития послеродовых кровотечений в 2-2,5 раза, 10 единиц окситоцина внутримышечно в область бедра в течение первой минуты после рождения ребёнка, пересечение пуповины через 30 секунд, контролируемая тракция пуповины во время схватки с отведением матки в противоположную сторону. Преимущество окситоцина заключается в быстром начале действия, минимальных побочных явлениях, возможности использования при любой патологии матери.

После родов нами проводится осмотр шейки матки по

следующим показаниям: кровотечение, инструментальные роды, быстрые и стремительные роды. При необходимости разрывы мягких тканей родовых путей ушиваются под местным или внутривенным обезболиванием синтетическим рассасывающимся шовным материалом.

При дородовом излитии околоплодных вод родовозбуждение начинается через 24 часа от момента излития вод при отсутствии спонтанной родовой деятельности. При решении вопроса о кесаревом сечении безводный период более 12 часов не является противопоказанием к оперативному родоразрешению [2].

При необходимости подготовки шейки матки к родам в случаях планирования индуцированных родов по медицинским показаниям проводится подготовка мизопростомом по схеме ВОЗ: 25 мкг в задний свод влагалища, через 6 часов при необходимости повторное введение в дозе 50 мкг и затем каждые 6 часов, но не более 200 мкг [2].

При индукции родов введение окситоцина начинается через 2 часа после амниотомии, если не началась регулярная родовая деятельность. В случаях дородового излития вод при недоношенной беременности проводится прологирование беременности на фоне введения кортикостероидов (дексаметазон 6 мг x 2 раза внутримышечно в сутки, на курс 4 дозы – 24 мг), приема антибиотиков (эритромицин 250 мг x 4 раза внутрь 7-10 дней) под контролем анализа крови, влагалищного мазка, термометрии.

Токолиз применяется при сроке беременности менее 34 недель, открытии шейки матки менее 3 см в случаях, если у роженицы нет хориоамнионита, тяжёлой преэклампсии, кровотечения, дистресса плода. Токолитики для проведения курса профилактики РДС плода, перевода на III уровень оказания неонатальной помощи до 32 недель беременности. Токолитики не назначаются более чем на 48 часов. Если преждевременные роды продолжаются, роды ведутся с обеспечением всех имеющихся возможностей выхаживания ребёнка. Проводится антибактериальная терапия ампициллином 2 г внутривенно каждые 6 часов до рождения ребёнка с целью профилактики раннего неонатального сепсиса при вагинальных родах.

Профилактическое введение антибиотиков при кесаревом сечении проводится внутривенным введением однократной дозы после пережатия пуповины у ребёнка.

Результаты внедрения всех вышеописанных технологий представлены в таблице 1.

Таблица 1

Основные показатели родильного отделения за 2008-2010 гг.

Показатели	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Принято родов	1614	1668	1742
Кесарево сечение	137-8,5%	191-11,5%	200-11,5%
Послеродовые кровотечения	2,5%	2,3%	1,1%
Послеродовые воспалительные осложнения	3,4%	3,1%	2,2%
Материнская смертность	0	0	1 – ЭГП

Анализируя исходы родов, очевидно существенное снижение аномалий родовой деятельности (на 2,3% по сравнению с 2008 г.), что связано с использованием партограммы в родах, как основного инструмента ведения родов.

При снижении несвоевременного излития околоплодных вод продолжает снижаться и частота родовозбужде-

Таблица 2

Структура патологии, осложнившая течение родового акта

Нозология	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Физиологические роды	25%	29,5%	38,3%
Преждевременные роды	5,8%	5,3%	5%
Аномалии родовой деятельности	13,2%	12,4%	10,9%
Несвоевременное излитие околоплодных вод	40%	33%	30%
Предлежание плаценты	0,12%	0,2%	0,23%
Преждевременная отслойка плаценты	1,2%	1,14%	1,15%
Гипертензивные состояния	4,5%	6,4%	5,7%
Рубец на матке	2,9%	3,1%	3,3%
Вагинальные роды с рубцом на матке	0,2%	0,3%	0,4%
Роды после ЭКО	0,1%	0,12%	0,34%
Кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде	2,5%	2,3%	2%

ния, что обусловлено переходом на начало родовозбуждения при 24-часовом безводном промежутке, увеличения частоты воспалительных послеродовых заболеваний при этом не произошло.

Увеличилось число вагинальных родов у рожениц с рубцом на матке на 0,2%, тем не менее, это один из факторов снижения частоты оперативного родоразрешения.

Обращает внимание уменьшение частоты гипертензивных состояний у родоразрешенных беременных, что связано с применением классификации согласно МКБ (физиологические отеки после 37 недель не расцениваются как гестоз).

Активное ведение III периода родов позволило снизить развитие ПРК в 2 раза (2010 г. – 1,1%; 2008 г. – 2,5%). В родах в 2010 г. у 1,8% было ручное вхождение в полость матки, что на 0,9% ниже, чем в прошлые годы, за счет уменьшения всех причин, являющихся показанием к данной операции. Акушерский травматизм снизился на 3%, эпизиотомий проведено в 7,7% случаев в 2010 г., что в 1,4 раза меньше по сравнению с прошлыми годами. Операций вакуум-экстракции, акушерских щипцов не было. Послеродовые воспалительные осложнения имеют тенденцию к снижению (2010 г. – 2,9%; 2008 г. – 3,4%), нозология представлена расхождением швов промежности, послеродовой язвой. Снижение частоты и тяжести послеродовых воспалительных осложнений обусловлено внедрением новых протоколов антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии, внедрением новых принципов инфекционного контроля, а именно постоянным слезением за

частотой факторов риска развития внутрибольничных инфекций, слезением за микропейзажем высеваемой флоры у больных и сотрудников.

На фоне снижения ряда акушерских осложнений сложилась тенденция снижения показателей перинатальной смертности (2010 г. – 11,6‰; 2009 г. – 14,8‰; 2008 г. – 20,9‰), за счет снижения, в основном, уровня ранней неонатальной смертности (2010 г. – 5,1‰; 2008 г. – 5,6‰). В структуре РНС на 1-м месте стоит внутриутробная врожденная пневмония – 35%, на 2-м месте – геморрагические и гематологические нарушения – 25%, на 3-м месте ВПР – 22%.

Таким образом, внедрение технологий безопасного материнства способствует снижению развития акушерских осложнений в родах, что оказывает благоприятное влияние и на динамику перинатальных показателей. Это служит основанием внедрения новых акушерских технологий в родовспомогательных учреждениях всех уровней.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Внедрение новых перинатальных технологий в практику родовспоможения. Сборник научных трудов кафедры неонатологии АГИУВ, г. Алматы, 2007. – 171 с.;
2. Основные клинические протоколы и приказы МЗ РК по акушерству и неонатологии. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК, г. Алматы, 2010. – 172 с.;
3. Руководство по оказанию неотложной помощи в перинатологии. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК, г. Алматы, 2010. – 233 с.;
4. Методическое руководство по дородовой подготовке беременных к родам и партнерству в родах. Департамент здравоохранения г. Алматы, Городской центр репродукции человека, г. Алматы, 2006. – 93 с.;
5. Чернуха Е.А. Родовой блок. М., «Триада-Х», 1999. – 533 с.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

БОСАНДЫРУ ТӘЖІРИБЕСІНЕ ЖАҢА ПЕРИНАТАЛДЫ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ЕНГІЗУДІҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

О.В. Нягулова

Рудный перзентханасы

Мақалада 1 жылда 1742 босанған әйелдер арасында қауіпсіз аналық принциптерін қолданудың талдауы жүргізілді. Автор жаңа принциптердің енгізуі босану кезінде акушерлік асқынуды төмендететінін ескеріп отыр.

S U M M A R Y

ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF INTRODUCTION OF NEW PERINATAL TECHNIQUES TO THE OBSTETRICS AID PRACTICE

O.V. Nyagulova

Rudnensky Maternity Hospital

The analysis of harmless maternity principles appliance among 1742 parturient women during a year is drown in this article. The author points out that the implementation of new principles encourages reduction of obstetric complications while childbearing.