



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 4505

(13) U

(51) 7 A61K31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ІНТРАТЕКАЛЬНОГО ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПЕРШОГО ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ

1

2

(21) 20040503784

(22) 19 05 2004

(24) 17 01 2005

(46) 17 01 2005, Бюл. № 1, 2005 р.

(72) Фесенко Володимир Сергійович

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ (ХМАПО)

(57) Спосіб інтратекального знеболювання першого періоду пологів, що включає інтратекальне введення лікарської суміші з прозерином, який відрізняється тим, що додатково внутрішньовенно вводять 0,5 - 1 мг атропіну на початку інтратекального знеболювання пологів і повторно при виникненні нудоти або блювання

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до анестезіології, і може бути використана під час першого періоду пологів.

Відомим є спосіб знеболювання пологів шляхом інтратекального введення прозерину (неостигміну) - лікарського засобу з антихолінестеразною дією [Nelson K E, D'Angelo R, Foss M L, et al. Intrathecal neostigmine and sufentanil for early labor analgesia. Anesthesiology // 1999 - Vol 91, № 5 - P 1293-1298]. Перевагами цього способу є значне (у півтора рази) збільшення тривалості знеболювання пологів. Недоліком інтратекального введення прозерину (неостигміну) є його здатність спричинити побічні дії нудоту й блювання.

Найбільш близьким та обраним за прототип є спосіб знеболювання при пологах природними шляхами інтратекальне (під павутинку оболонку спинного мозку) введення мінімальної дози місцевого анестетика, знеболювальна дія якого підсилюється додаванням інших ліків, що діють на рецептори задніх рогів спинного мозку опіоїдів (морфін або фентаніл), альфа-2-адреноміметиків (клофелін), антихолінестеразних засобів (прозерин) [Nelson K E, D'Angelo R, Foss M L, et al. Intrathecal neostigmine and sufentanil for early labor analgesia. Anesthesiology // 1999 - Vol 91, № 5 - P 1293-1298].

Такий спосіб, по-перше, забезпечує абсолютне знеболювання для матері без уведення будь-яких заспокійливих засобів, які б могли спричинити медикаментозне пригнічення плода, по-друге, зберігає здатність жінки ходити під час першого періоду пологів і тужитись під час другого періоду, по-третє, майже не знижує артеріальний тиск. Однак застосування зазначених препаратів викликає

нудоту й блювання.

В основу корисної моделі поставлено задачу вдосконалення способу інтратекального знеболювання пологів, в якому за рахунок додаткового внутрішньовенного введення препарату, досягається усунення небажаних ефектів, опосередкованих головним мозком, за рахунок чого проходить нудота і блювання.

Поставлена задача вирішується в способі інтратекального знеболювання першого періоду пологів шляхом інтратекального введення лікарської суміші з прозерином, згідно з корисною моделлю, додатково внутрішньовенно вводять 0,5-1 мг атропіну на початку інтратекального знеболювання пологів і повторного при виникненні нудоти або блювання.

При цьому внутрішньовенне введення атропіну, усуваючи нудоту й блювання, опосередковані головним мозком, не зменшує анальгезію, здійснювану прозерином на рівні спинного мозку.

Спосіб виконують наступним чином: одну ампулу прозерину (500 мг, тобто 1 мл 0,05%-ного розчину) розводять у 5-грамовому шприці чотирма мілілітрами 0,9%-ного розчину натрію хлориду. Після цього, виливши зі шприца 4 мл суміші (щоб у шприці лишилося 100 мг прозерину), набирають до цього шприца ще 4 мл 0,9%-ного розчину натрію хлориду і знову виливають 4,5 мл суміші. Таким чином, у шприці лишається 10 мг прозерину в 0,5 мл подвійно розведеного розчину. Потім до того ж шприца набирають 25 мкг (0,5 мл 0,005%) фентанілу, 50 мкг (0,5 мл 0,01%) клофеліну й 0,5 мл місцевого анестетика (0,5% бупівакаїну або 2% лідокаїну). Отриману суміш вводять інтратекально шляхом спинальної пункції надтонкою голкою (калібр G22-G27) на рівнях L3-L4. Одразу ж після

11

4505

11

цього внутрішньовенне вводять атропін у дозі 0,5-1 мг (0,5-1 мл 0,1% розчину) для запобігання нудоті й блюванню, які можливі під час розкривання шийки матки в першому періоді пологів навіть без введення прозерину. Якщо під час такої інтратекальної аналгезії (що триває не менше 3 годин) або після неї все ж таки виникне нудота або блювання, атропін внутрішньовенне вводять повторно в тій самій дозі.

Важливою перевагою запропонованого способу є тривале знеболювання першого періоду пологів (у півтора рази довше, ніж без прозерину) без негативної дії на плід (немає медикаментозної депресії) і на матір (збереження здатності до потуг, мінімальне зниження артеріального тиску, відсутність брадикардії, головного болю, нудоти й блювання).

Адекватність запропонованого способу підтверджується клінічною картиною пологів і високими показниками за шкалою Апгар у дітей, народжених природним шляхом під інтратекальною аналгезією запропонованим способом.

Спосіб ілюструють такі приклади клінічного використання.

Приклад 1. Пацієнтка Г., 24 років (історія пологів №669). Вагітність II, 39 тижнів, обтяжений акушерський анамнез, водянка вагітних, варикозна хвороба, вегето-судинна дистонія з цефалгічним вестибулярним компонентом. Перший період пологів) розкриття шийки 5 см. Перейми – болісні, розкриття шийки супроводжується блюванням,

голівка плода просувається погано. Інтратекальне знеболювання: 10 мг лідокаїну (2% - 0,5 мл), 25 мкг фентанілу, 50 мкг клофеліну, 10 мкг прозерину. В/в 1 мг атропіну. Блювання припинилося. Побічні ефекти – незначний свербіж обличчя, грудей, верхніх кінцівок. Анастезія нижніх кінцівок – протягом 1 години, після чого пацієнтка могла ходити до початку потуг. Через 1 годину 45 хвилин після початку інтратекального знеболювання народила з першої потуги. Після цього відновилось блювання, що припинилося після повторного в/в введення атропіну.

Приклад 2. Пацієнтка С., 21 року (історія пологів №26). Вагітність I, 39-40 тижнів, анемія I ст., ожиріння I ст., поєднаний гестоз (артеріальний тиск 150/90). Перший період пологів, розкриття шийки 2 см. Інтратекальне знеболювання: 2,5 мг анекаїну (0,5% - 0,5 мл), 25 мкг фентанілу, 50 мкг клофеліну, 10 мкг прозерину. В/в 0,5 мг атропіну. Блювання та інших побічних ефектів не було. Анастезія нижніх кінцівок – протягом 1 години, після чого пацієнтка могла ходити до початку потуг. Через 3 години після інтратекального знеболювання народила з п'ятої потуги.

Таким чином, прозерин як компонент інтратекальної аналгезії з внутрішньовенним введенням атропіну запропонованим способом може успішно використовуватись для знеболювання першого періоду пологів. Перевагами такого способу є уникнення побічних ефектів на матір і на плід.