



УКРАЇНА

(19) UA (11) 33497 (13) A

(51) 6 A61M19/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДИСКООРДИНАЦІЇ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

(21) 99031170

(22) 02.03.1999

(24) 15.02.2001

(33) UA

(46) 15.02.2001, Бюл. № 1, 2001 р.

(72) Грищенко Валентин Іванович, Щербина Микола Олександрович, Лазуренко Вікторія Валентинівна

(73) Харківський державний медичний університет

(57) Спосіб лікування дискоординації пологової діяльності, який включає дію через вегетативну систему на матку, який відрізняється тим, що на вегетативну систему діють комбіновано через зони Захар'їна-Геда, виконуючи локальне охолодження до +14°C гіпогастральної ділянки передньої черевної стінки роділлі на протязі 20-40 хвилин після внутрішньовенного введення токолітиків в половинній дозі.

Винахід відноситься до медицини, а саме до акушерства, і може бути використаний для лікування дискоординації пологової діяльності.

Дискоординація пологової діяльності (ДПД) - це стан, коли має місце порушення ритму, частоти, зниження сили перейм, підвищення їх болісності на фоні розвитку гіпертонусу матки. Відмічається міграція «водія ритму» з трубного вугла на тіло чи на нижній сегмент матки, відсутність синхронізації скорочувальної діяльності окремих м'язових пучків і шарів міометрію в зв'язку з виникненням декількох очагів збудження (И.С. Сидорова, Н.В. Оноприенко Профилактика и лечение дискоординированной родовой деятельности. - М., Медицина, 1987. - 176с.).

Частота ДПД складає 18% від усіх пологів і 25-30% аномалій пологової діяльності. ДПД виникає в результаті порушень рівноваги вегетативної нервової системи з перевагою в сторону парасимпатичної; підвищення базального тонуусу міометрію; нейроендокринною дезінтеграцією і т.д. (И.С. Сидорова. Гипертоническая дисфункция матки (дискоординация родовой деятельности). - Вестник Российской Ассоциации акуш.-гинеколог.-1997. - М4.- С. 104-111.)

Причинами ДПД можуть бути вади розвитку матки, дистопія шийки матки, порушення іннервації та враження обмежених ділянок матки запальними чи дегенеративними процесами. В результаті відмічається зниження здібностей мускулатури матки до сприймання подразників чи вона втрачає здібність відповідати на імпульси нормальними скороченнями (В. В. Абрамченко.-Активное ведение родов. -С.-Пт. 1996 - 506 с.). Так як сила скорочень знижена, тривалість пологів збільшується, а в зв'язку з підвищенням тонуусу міометрію зменшу-

ється кровоток через матку і погіршується кровопостачання плода.

Нелікована ДПД часто приводить до несвоечасного вилиття амніотичної рідини, гіпоксії плоду, затяжної течії пологів. Спроба стимуляції пологової діяльності неминує тягне за собою порушення біомеханізму пологів, пологову травму плоду, емболію навколоплідними водами, поширені розриви шийки матки, піхви, інколи і матки, гіпотонічні кровотечі, запальні та септичні ускладнення у післяпологовому періоді.

При визначенні ДПД застосовують наступні методи лікування: вплив на центральну нервову систему (седативні препарати, анальгетики, голкорексотерапія, електроанальгезія); препарати для релаксації матки (спазмолітики, холінолітики, токолітики), антигістамінні препарати. Основна задача багатокomпонентної терапії ДПД - відновлення вегетативної рівноваги в організмі роділлі. Родостимулююча терапія окситоцином і простагландінами при невстратеному гіпертонусі матки категорично заборонена, тому що може викликати тетанус міометрію, пологовий шок в матері, гіпоксію плода, подальше - повну атонію матки. Згідно останнім даним при ДПД недопустимо застосування гангліоблокаторів, тому що вони призводять до ішемічних пошкоджень нейронів мозку плода (И.С. Сидорова, М.А. Ботвин Профилактика, диагностика и терапия дискоординированной родовой деятельности. - Акуш. и гинекология - 1988. - № 2. - С. 68-72).

Загальнозрозуміле використання спазмолітичних (но-шпа, баралгін), седативних і наркотичних (промедол, морфін) препаратів при ДПД. Перевага їх застосування в тому, що вони ліквідують психічну напруженість, больові відчуття, нормалізують

(19) UA (11) 33497 (13) A

функції адренергічної і холінергічної вегетативної нервової системи, знімають гіпертонус міометрію. До недоліків їх застосування відносяться: можливість виникнення депресії у плода, зміна частоти пульсу і артеріального тиску, виникнення головного білю, сухості в роті, запаморочення, алергічних подразнень шкіри у роділлі, при повторному введенні може виникнути звичка до наркотичного препарату.

Акушерський наркоз (ГОМК, віадріл) застосовують для проведення медикаментозного сну на протязі 3-4 годин, після чого проводять токоліз до повного припинення пологової діяльності. Переважно цей спосіб використовують при загрозі передчасних пологів. Недолік способу в тому, що його застосування для лікування ДПД, особливо на фоні передчасного відходження навколоплідних вод, призведе тільки до підвищення кількості септичних ускладнень. Треба урахувати, що віадріл протипоказан при гіпотонії і схильності до тромботворення. До недоліків акушерського сну також відноситься необхідність присутності лікаря-анестезіолога, збільшення тривалості пологів, можливість розвитку хоріонамніоніту при несвоєчасному виліві навколоплідних вод, виникнення флебіту у місці введення препарату.

В останній час найбільш поширена терапія ДПД з застосуванням токолітиків (алупент, бриканіл, партусистен). Вони діють на в-адренорецептори циркулярне розташованих м'язових шарів, знімають їх спастичне скорочення і відновлюють координацію скорочень міометрію. До переваг способу відноситься їх швидка дія - вже через 10 хвилин після застосування тербуталіну (бриканіл) в дозі 0,5 мг відмічалось зниження амплітуди маткових скорочень, зменшення їх подовженості та частоти скорочень матки (Е.В. Омелянюк, В.В. Абрамченко, В.В. Корхов и др. Применение в-адреномиметика тербуталина (бриканила) для лечения дискоординированной родовой деятельности // Вопр. охраны материнства и детства - 1983. - № 3. - С. 67-68). Крім того, на погляд В.П. Бандика, застосування партусистену для лікування ДПД сприяє покращенню стану плода в пологах і введення після цього невеликих доз окситоцину не впливає негативно на плід (В.П. Бандик, М.Є. Яроцький. Стан плода при дискоординованому і нормальному перебігу родового акту // Педіатр. акуш. і гінек. - 1989. - № 3. - С. 40-41). До недоліків способу відноситься те, що в-адреномиметики в значних дозах можуть визвати тахікардію, як у матері, так і у плоду, зниження артеріального тиску, гіперемію лица, пітливість у роділлі. Вони протипоказані при тіреотоксикозах, цукровому діабеті, серцево-судинних захворюваннях, материнсько-плодових інфекціях.

Деколи після лікування токолітиками значно слабшає скорочувальна діяльність матки, ДПД переходить в слабкість пологової діяльності. Тому в такій ситуації доцільніше спільне застосування в-адреномиметиків з препаратами тономоторної дії на фоні спазмолітичних препаратів. Існують спостереження про застосування при ДПД поєднання простагландинів F2a (ензапрост) с в-адреномиметиками - партусистеном в дозах 0,05 мг/хвил і 1,5-3 мкг/хвил. Партусистен починали вводити через 40 хвилин після введення ензапросту при появі 4-5

перейм за 10 хвилин. Маляр В.А. (1991) використовував при ДПД комбіноване введення 5 мг корданума (В1-адреноблокатор) і 2,5 ОД окситоцину (В.А. Маляр. Порушення скоротливої діяльності матки при втомі роділлі в родах // Педіатр. акуш. і гінек. - 1991. - № 4. - С. 58-59). Але, як вже вказувалося, застосування окситоцину і простагландинів при ДПД категорично заборонено в зв'язку з грізними ускладненнями з боку матері і плоду.

Серед немедикаментозних способів лікування ДПД заслуговує уваги застосування електроанальгезії (Л.С. Персианінов, Э.С. Каструбин, Н.Н. Расстригин. Электроанальгезия в акушерстве и гинекологии. - М., Медицина. - 1978. - 237 с.). Спосіб центральної електроанальгезії простий, його може застосовувати навіть середній медичний персонал. Однак до методів лікування з використанням електричної дії, як головного фактора впливу на функцію міометрію, треба підходити дуже обережно, в зв'язку з непереносимістю організмом роділлі електричного струму.

Приваблює відсутністю негативних реакцій спосіб голкорексфлексотерапії. Цей спосіб містить дію на функції організму різних по силі і тривалості подразнювань певних точок поверхні тіла, які мають підвищену больову чутливість, збільшену шкіряну температуру і нижчий електричний опір шкіри. Встановлено, що голкорексфлексотерапія сенсорно-вісцерально та рефлекторно-гуморально діє на всі фізіологічні системи організму, переважно на ЦНС і систему гомеостазу. Деякі автори використовували акупунктуру для знеболювання пологів, передпологової підготовки вагітних, прискорення «дозрівання» шийки матки. В.С. Степанов використовував акупунктуру для регуляції пологової діяльності. Пропонує їм спосіб був оснований на вісцеро-сенсорному рефлексі, одержаному в результаті подразнення біологічно активних точок в зонах Захар'їна-Геда матки. Автор рахує, що рефлекторна селективна пологорегулююча дія голкотерапії зумовлена збудженням парасимпатичеської системи, іннервуючої шийку матки, при гальмуванні функційної активності симпат-адреналової ланки матки (Степанов В.С., В.Г. Филимонов, Г.М. Воронцова. Нейрофизиологические механизмы акупунктурной терапии аномалий родовой деятельности // Акуш. и гинек. - 1984. - № 8. - С. 22-25). Г.М. Воронцова рахує, що голкотерапія приводить до змін функцій вегетативного відділу нервової системи і значним гуморальним здвигам, впливаючим на скоротливу функцію матки.

Вищевказаний спосіб лікування ДПД є найбільш близьким по технічній суті і результатам, що може бути досягнутим до того, що заявляється, тому його обрано нами за прототип.

До недоліків способу треба віднести необхідність спеціальної підготовки лікаря, тривалість процедури 3-6 годин, виникнення ефекту гальмування при надпороговому збудженні, неможливість дозувати вплив, небезпека виникнення інфекційних хвороб (СНІД, гепатит та ін).

В основу винаходу покладена задача спрощення способу лікування ДПД і профілактика ускладнень.

Задача, покладена в основу винаходу вирішується тим, що у відомому способі лікування ДПД шляхом дії на вегетативну систему через нейрогу-

моральний ланцюг, згідно з винаходом, на вегетативну систему діють комбіновано через зони Захар'їна-Геда виконуючи локальне охолодження до +14°C гіпогастральної ділянки передньої черевної стінки роділлі на протязі 20-40 хвилин після внутрішньовенного введення токолітиків (в половинній дозі).

Нормалізація пологової діяльності досягається тим, що спочатку знижується базальний тонус матки за рахунок введення токолітика (1\2 дози), а потім холодний вплив в вищевказаному режимі, який визначено експериментальне, на передню черевну стінку в зонах Захар'їна-Геда рефлекторно регулює і нормалізує перейми, знижає їх болісність.

Спрощування способу досягається тим, що не треба спеціальної підготовки лікарів; скороченням тривалості і можливості дозувати вплив факторів охолодження і токолітиків.

Профілактика ускладнень досягається тим, що не треба вводити в організм роділлі безліч лікарських препаратів, які негативно впливають на матір і плід.

Пропонуємий спосіб лікування ДПД з використанням факторів охолодження шляхом локальної гіпотермії гіпогастральної ділянки передньої черевної стінки складається з наступних етапів: роділля з діагностованою ДПД знаходиться на ліжку чи в кріслі в пологовому залі. Внутрішньовенне крапельне вводять токолітики. На передню черевну стінку в області зон Захар'їна-Геда накладають спеціальний аплікатор, в якому циркулює охолоджувальна рідина (вода і спирт 96% в співвідношенні 1:1). Аплікатор за допомогою гнучких шлангів поєднан з холодильним пристроєм серійного виробництва «Холод-2Ф», котрий охолоджує циркулюючу рідину до заданої температури (+14°C). Задану температуру реєструють на спеціальному приладі (приставка до апарату «Холод-2Ф»). Температура на поверхні шкіри пацієнтки також реєструється на цьому пристрої. Термін маніпуляції від

20 до 40 хвилин. Ефективність 90%. Ускладнень з боку матері та плоду не відмічено.

Приклад клінічного застосування: Вагітна С., 29 років, надійшла до пологового відділення 5 пологового будинку м. Харкова для пологорозрішення зі скаргами на болісні, часті перейми, відходження навколоплідних вод 2 години тому, пологова діяльність розпочалась 6 годин тому; при обстеженні - перейми по 5-6 за 8-10 хвилин, на гістерографії відмічається гіпертонус нижнього сегменту. Поведінка роділлі бестокійна. Серцебиття плоду - 136 уд/хв. При піхвовому дослідженні - шийка матки декілька скорочена, відкриття зіву - 2 см. Встановлен діагноз: вагітність 40 тижнів, пологи перші, перша позиція, передній вид, несвоєчасне відходження навколоплідних вод, дискоординована пологова діяльність. Вагітній показано лікування дискоординованої пологової діяльності. Після внутрішньовенного введення партусистену 0,25 мг в 200 мл 0,9% розчину натрію хлориду зі швидкістю 30-40 крапель в хвилину, роділлі проведено сеанс локальної гіпотермії гіпогастральної ділянки передньої черевної стінки при температурі +14°C, що продовжувався 40 хвилин, під час якого вагітна відзначала посилення, подовження та нормалізацію частоти перейм. При токографії були зареєстровані три перейми за 10 хвилин, амплітуда перейм збільшилась, тонус нижнього сегменту зменшився. Після проведеного лікування: краї шийки матки - тонкі, зів відкритий на 5 см. Через 3 години після сеансу жінка самостійно народила дитину вагою 3000 г, зріст 52 см. Крововтрата в пологах - 200 мл.

Таким чином, запропонований спосіб лікування дискоординації пологової діяльності є більш надійним, ніж існуючі, за рахунок його значної ефективності (90%) при невеликій тривалості сеансу, та профілактиці ускладнень в зв'язку з відсутністю в необхідності застосування великої кількості лікарських препаратів, зменшення їх дози і збільшення швидкості їх введення, які спроможні негативно вплинути як на організм матері, так і плоду.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
