

Винахід належить до галузі медицини, а саме - до акушерства, та може бути використаний при ліквідації дискоординації родової діяльності II - III стадій.

Проблема порушення скоротливої діяльності матки в родах залишається однією з кардинальних в акушерстві, оскільки запобігання цій патології сприяє зниженню перинатальної смертності і серйозних ускладнень материнського організму. За даними наукової літератури дискоординація родової діяльності розвивається в 20% всіх родів (Акушерство і гінекологія. - 1988. - №2. - С.73). При цій патології родової діяльності спостерігається відсутність координованих скорочень різних ділянок матки. Внаслідок зміни (нервації цього органа, водій ритму може виникнути у різних ділянках матки, що клінічно і проявляється сегментарним характером переймів чи дискоординованою родовою діяльністю. Настає різке порушення маточно-плацентарного кровообігу, внаслідок чого виникає внутрішньоматочна гіпоксія плода, яка часто призводить до постнатальної асфіксії і ранньої неонатальної смертності. Нерідко при відсутності адекватної терапії настають тяжкі форми дискоординації родової діяльності: розвиваються її II та III стадії, які характеризуються низькою ефективністю лікування, необхідністю введення великої кількості медичних препаратів, високою частотою ускладнень у матері і плода. Часто при запізнілому та неефективному лікуванні II і III стадій дискоординації родової діяльності доводиться вдаватися до операції кесарського розтину. В той же час, своєчасність і правильний підбір лікування дискоординації навіть тяжких II і III стадій з урахуванням оптимального впливу фармакологічних препаратів на матір і плід, побічних впливів, їх доступності - нагальна проблема, що стоїть перед вітчизняною акушерською наукою, рішення якої дозволило б нормалізувати скоротливу функцію матки, знизити частоту затяжних родів, родового травматизму матері і плода, асфіксії новонароджених та післяродових септичних ускладнень (Педіатрія, акушерство і гінекологія. - 1988. - №1. - С.29 - 32).

Відомий спосіб ведення родів при дискоординованій родовій діяльності II - III стадій (Акушерство і гінекологія. - 1988. - №2. - С.68 - 72), який включає внутрішнє введення анагетиків, спазмолітиків, хінолітичних та антигістамінних препаратів (промедол, морфін, апрофен, платифілін, папаверин, но-шпа, атропин, седуксен), β-адреноміметиків. Через 5 - 10 хвилин після прийому ліків проводять амніотомію. Потім породіллі надають медикаментозного сну протягом 3 - 4 годин. Після сну на фоні постійного внутрішнього введення препаратів спазмолітичної дії (баралгін 5мл або но-шпи 6 - 8мл, розчинених у 400мл реопогіглюкіну, фізіологічного розчину чи 5% розчину глюкози) застосовують лікування окситоцином або простагландінами (або їх поєднання).

Недоліком відомого способу є довготривалий процес терапії (6 - 8 годин). Це призводить до збільшення терміну перебігу родів, виникнення ризику інфікування матері і плода, внутрішньоматочної гіпоксії плода. Відомий спосіб передбачає надмірне фармакологічне навантаження матки, всього жіночого організму і плода, а також робить проблематичним у разі необхідності застосування

операції кесарського розтину, оскільки безводний період, що триває понад 6 годин, є протипоказанням до операції.

Відомий також спосіб ведення родів при дискоординованій родовій діяльності II - III стадій, який включає поєднане застосування γ-адреноміметиків і препаратів окситоцичної дії (Педіатрія, акушерство і гінекологія. - 1988. - №1. - С.31 - 32). Вводять крапельно внутрішньо партусистен дозою 0,5мг (10мл) на фізіологічному розчині по 10 крапель за хвилину з метою токолітичного впливу на матку. Для усунення побічної дії партусистену призначають ізоптин. За 30 хвилин від моменту введення γ-адреноміметика вводять окситоцин (3ОД внутрішньо крапельно) або простенон (5мг), дезамінокситоцин. Згідно з відомим способом роди у первородящих закінчувались через 13 годин, у повторнородящих - через 8 годин. Недоліком відомого способу є довготривалість перебігу родів, що небезпечно для здоров'я породіллі і плода.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є відомий спосіб ведення родів при дискоординованій родовій діяльності II - III стадій, який включає внутрішнє крапельне введення токолітичного засобу у вигляді β-адреноміметика партусистену (0,5мг в 400мл 5% розчину глюкози) або папаверину (100мг й 400мл 5% розчину глюкози) до повного припинення родової діяльності. Потім внутрішньо крапельно вводять утеротонічну суміш з окситоцину (2,5ОД) та енапросту (0,5мл) в 400мл 5% розчину глюкози. Тривалість родів становить  $7,8 \pm 0,4$  години та  $14,4 \pm 0,6$  годин (відповідно для повторно- і первородящих) (Інформаційний лист Міністерства охорони здоров'я України. - Вип.10 з проблеми "Акушерство і гінекологія". - К., 1992. Спосіб корекції слабості родової діяльності β-адреноблокаторами і β-адреноміметиками).

Недоліком відомого способу є низька ефективність лікування дискоординації родової діяльності II - III стадій. Наслідком цього є зниження швидкості розкриття шийки матки та збільшення тривалості перебігу родів, в т.ч. безводного періоду, що призводить до погіршення внутрішньоматочного стану плода, робить неможливою у разі необхідності оперативну родопоміч зі збереженням матки. Окрім того, лікувальні засоби, що застосовують згідно з відомим способом мають ряд протипоказань і проявляють негативну побічну дію, наприклад, партусистен (Машковский М.Д. Лекарственные средства. - М., Медицина, 1993. - Т.1. - С.313, 631), а папаверин малоефективний при усуненні дискоординації саме II - III стадій.

В основу винаходу поставлено задачу в способі ведення родів при дискоординованій родовій діяльності II - III стадій шляхом підбору токолітичного і утеротонічного засобів, їх дозування та режимів застосування забезпечити підвищення ефективності процесу ліквідації сегментарного характеру переймів, який обумовлював дискоординацію родової діяльності, що призведе до скорочення терміну перебігу родів.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі ведення родів при дискоординованій родовій діяльності II - III стадій, який включає внутрішнє введення токолітичного засобу і утеротонічної суміші з окситоцину, препарату на основі простагландину в прийнятих медичних дозах і фізіологічного розчинника, після 2

- 4 годин відсутності динаміки розкриття шийки матки породіллі проводять амніотомію, одночасно вводять одномоментно токолітичний засіб та починають крапельне введення утеротонічної суміші, яке здійснюють впродовж 50 - 120 хвилин, причому як токолітичний засіб застосовують лікувальну суміш з 8 - 10мг седуксену, 18 - 20мг промедолу і 7 - 8мл фізіологічного розчину, а як препарат на основі простагландину - простенон.

Іншою відмінною способом, що заявляється, є те, що одномоментне внутрішнє введення токолітичного засобу здійснюють шприцом впродовж 1,5 - 2,0 хвилин.

Ще одною відмінною способом, що заявляється, є те, що як утеротонічну використовують суміш з 1,25 - 2,50ОД окситоцину, 0,25 - 0,50мг простенону і 250,0 - 500,0мл фізіологічного розчину.

Відмінністю способом, що заявляється, є також те, що утеротонічну суміш вводять зі швидкості 8 - 10 крапель за хвилину впродовж перших 15 хвилин, потім швидкість поступово підвищують до 30 - 35 крапель за хвилину.

Між сукупністю суттєвих ознак винаходу і технічним результатом, якого можна досягти при здійсненні винаходу, існує причинно-наслідковий зв'язок.

Важливою ознакою винаходу являється вибір терміну початку лікувальних заходів, який суттєво впливає на їх ефективність та результат родів. Лікування дискоординації родів починають після 2 - 4 годин відсутності динаміки розкриття шийки матки. Цей термін достатній для того, щоб переконатися в наявності патології родової діяльності (за допомогою кардіомоніторного спостереження діагностують наявність патології вже через 2 години спостережень) і запобігти початку тяжких її стадій, якими не вдається управляти (4 години - достатній термін для діагностики дискоординаційних процесів навіть при відсутності в акушерському стаціонарі апаратурного обладнання для кардіомоніторингу). Так що 2 - 4 години відсутності динаміки розкриття шийки матки - оптимальний термін для початку лікування, що максимально впливає на його ефективність і результат родів.

Традиційно ведення родів при дискоординованій родовій діяльності починають з ліквідації спастичних скорочень м'язів матки, щоб блокувати її діяльність. Потім після амніотомії починають родостимуляцію (Педіатрія, акушерство і гінекологія. - 1988. - №1. - С.34), оскільки перший лікувальний захід часто-густо викликає слабкість родової діяльності.

Згідно з аналогами і прототипом послідовність корекції родової діяльності при дискоординованих скороченнях матки такий: крапельне внутрішнє введення токолітичних засобів, амніотомія, крапельне внутрішнє введення утеротонічної суміші. Така послідовність прийомів і режими введення лікувальних засобів обумовлює довготривалий процес розродження, череватий тяжкими ускладненнями для породіллі і плода.

Спосіб, що заявляється, передбачає одночасне поєднане виконання всіх трьох прийомів: введення токолітичного засобу (одномоментно внутрішньої амніотомію, початок введення утеротонічної суміші (крапельне внутрішнє протягом 50 - 120 хвилин до повного розкриття шийки матки). Тобто, одночасно з розтином плідного міхура (амніотомія) здійснюють гальмування родової діяльності і

починають її стимулювання. Вибір терміну введення утеротонічної суміші (50 - 120 хвилин) обумовлений фізіологічним періодом повного розкриття шийки матки. Неочікуваним результатом впровадження заявленого режиму лікування явилася швидка та ефективна ліквідація дискоординації родової діяльності навіть тяжких II і III стадій. При цьому термін повного розкриття шийки матки зменшується порівняно зі способом-прототипом у 3 - 7 разів. Скорочення загального терміну розродження спостерігається у первородящих до  $7,3 \pm 0,5$  години, у повторнородящих до  $5,2 \pm 0,4$  години. В 3 рази знижується кількість випадків внутріутробної гіпоксії плода (див. табл.).

Прискорення процесу розродження при ускладненні родової діяльності дискоординуванням II - III стадій одночасними блокуванням скоротливої активності матки токолітиком та родозбудженням утеротоніком тим більш несподіване, що спрямування лікувальної дії обох застосованих засобів протилежне. Механізм досягнення цього ефекту до кінця не вивчено. Лікувальний ефект, очевидно, значною мірою обумовлений точним підбором комбінації фармакологічних засобів, оптимально дієвих при даній патології родової діяльності. Так, складові: компоненти утеротонічної суміші - окситоцин та препарат простагландину - проявляють односпрямовану дію на м'язи матки. Однак, коли як препарат простагландину використовують простенон (простагландин E<sub>2</sub>), що порівняно з ензалпростом (простагландин F<sub>2a</sub>) за прототипом має дещо інші фармакологічні якості (Машковский М.Д. Лекарственные средства. - М.: Медицина, 1993. - Т.1. - С.624, с.626); то окситоцин і простенон підсилюють дію один одного. Підбір складових частин для токолітичного засобу як в якісному, так і в кількісному відношенні, метод і режим його введення в організм породіллі (одномоментно внутрішньо, а не крапельно, як за прототипом) дозволяють лікувати стан гіпертонусу м'язів матки і все ж не протидіють фізіологічній родовій діяльності, яку стимулюють утеротонічною сумішшю, початок дії якої, поєднано з прийомом токолітика. Крім того, завдяки заявленому підбору ліків, їх доз, режиму введення, ліквідовано необгрунтоване надмірне фармакологічне навантаження матки за відомими способами. Вибір конкретних лікувальних засобів згідно зі способом, що заявляється, обумовлений механізмом дії кожного з них на організм породіллі. Так, седуксен проявляє седативну, антигістамінну, протисудомну дію, впливає на лімбічну систему головного мозку, β-адренорецептори, в тім числі матки і судин, знімаючи спазм шийки матки, прискорює її розкриття, являється антигіпоксантом для внутріутробного плода. Промедол є одночасно анальгетиком та спазмолітиком, ліквідує неправильне скорочення тіла матки, надмірний спазм нижнього сегмента та шийки матки, позитивно впливає на дихання біологічних тканин. Введення на цьому фоні простенонута окситоцину на фізіологічному розчині сприяє правильному скороченню м'язів тіла матки і при ліквідованому спазмі шийки матки і її нижнього сегмента спостерігається прискорене розкриття шийки матки.

Простенон, окрім того, стимулює маточно-плацентарний кровообіг, одночасно підсилюючи інтенсивність скорочення м'язів матки. Оскільки

простенон є простагландином E<sub>2</sub>, то він сприяє захисту плода від родового стресу при ускладнених родах. Є можливість знизити вірогідність виникнення ускладнень плода, як гіпоксія, травматичні ушкодження та інші.

Спосіб, що заявляється, опробовано на 33 породіллях (група порівняння за відомим способом налічувала 30 породіль), родова діяльність яких була ускладнена дискоординацією II - III стадій (див. табл.). Всі 33 породіллі родили самостійно (необхідності в проведенні кесарського розтину не було).

Спосіб здійснюють таким чином.

При ускладнених родах шляхом вагінального або кардіомоніторного дослідження упевнюються у відсутності динаміки розкриття шийки матки впродовж 2 - 4 годин. Потім виконують амніотомію при розкритті шийки матки на 4,0 - 4,5см. Одночасно шприцом в вену породіллі одночасно повільно - протягом 1,5 - 2,0 хвилин - вводять токолітичний засіб - суміш 8 - 10 мг седуксену, 18 - 20мг промедолу і 7 - 8мл фізіологічного розчину. В той же час в іншу вену починають крапельно вводити утеротонічну суміш з 1,25 - 2,50ОД окситоцину, 0,25 - 0,50мг простенону і 250,0 - 500,0мл фізіологічного розчину. Перші 15 хвилин утеротонічну суміш вводять зі швидкістю 8 - 10 крапель за хвилину, потім швидкість поступово підвищують до 30 - 35 крапель. Загальний термін введення утеротонічної суміші складає 50 - 120 хвилин - до повного розкриття шийки матки. Згодом настають фізіологічні роди. В способі використовують кардіотокограф, наприклад О.Т.Е. фірми Biomedica (Італія).

Приклади здійснення способу, що заявляється.

Приклад 1. Породілля 3., 36 років. Історія родів №1173. Клінічний діагноз: друга вагітність, 40 - 41 тиждень. Перші пологи. Обтяжений акушерський анамнез: один самоаборт, вторинне безпліддя впродовж 10 років. При госпіталізації встановлено, що тонус матки, особливо її нижнього сегмента, різко підвищений. Частота скорочень матки становить 6 - 7 за 10 хвилин. Перейми мають больовий спастичний характер. Поводиться породілля вкрай неспокійно. Шкіра обличчя гіперемована, відзначається висока пітливість. Розвинулась тахікардія. Артеріальний тиск підвищився до 180/100мм рт.ст. Незважаючи на збережену нормальну функцію уретри та відповідність розмірів головки плода і таза матері, самостійний сечовитік відсутній. Температура тіла відповідає 37,8°C. Матка прийняла форму піщаного годинника. Тонус матки залишається підвищеним і поза переймами. Через порушення маточно-плацентарного кровообігу серцева діяльність плода швидко погіршується.

При вагінальному дослідженні виявлено, що плідний міхур має виразну плоску форму, а передня частина плода знаходиться над входом в малий таз. Мазки з піхви містять невелику домішку крові. Крім того, відзначено, що матка розкрита на 4,5см і протягом 4 годин родової діяльності динаміки розкриття шийки матки не спостерігалось. Виставлено діагноз - дискоординація родової діяльності II стадії.

Породіллі зроблено амніотомію. одночасно в вену шприцом введено впродовж 2 хвилин токолітичний засіб - суміш 8мг седуксену, 18мг промедолу і 7мл фізіологічного розчину. Паралельно в іншу вену почали крапельно

введення утеротонічної суміші з 1,25ОД окситоцину, 0,25мг простенону і 250,0мл фізіологічного розчину, Перші 15 хвилин суміш вводили зі швидкістю 8 крапель за хвилину, Потім швидкість поступово підвищили, довівши до 30 крапель на 35 - й хвилині введення. Через 120 хвилин від початку лікування настало повне розкриття шийки матки. Тому введення утеротонічної суміші було припинено. А ще через 40 хвилин почалися роди. Родився живий хлопчик вагою 3000г. Стан новонародженого по шкалі Апгар оцінено в 7 балів. Крововтрата складала 200 мл. Загальна тривалість родів дорівнювала 7,5 годинам.

Приклад 2. Породілля І., 30 років. Історія родів №663. Клінічний діагноз: третя вагітність, 41 тиждень. Обтяжений акушерський анамнез: самоаборт в 8 - 9 тижнів, вторинне безпліддя протягом 5 років, нефропатія II ступеня, крупний плід. Дискоординація родової діяльності III стадії.

При госпіталізації відмічено, що перейми короткі, часті, аритмічні, з нерівномірною амплітудою. Породілля відчуває тупий біль в попереку і внизу живота, байдужа до себе і оточуючих. Пульс 100уд./хв., артеріальний тиск 200/110мм рт.ст. Породілля самостійно не мочиться. При катетеризації сечового міхура видаляються малі порції сечі, в якій виявлено білок, еритроцити, лейкоцити, циліндри. При зовнішньому акушерському дослідженні, визначається матка, звужена в поперечнику. Контракційне кільце на рівні пупка. Плід, щільно обхвачений м'язами, невіджимий. Серцебиття плода глухе, аритмічне. При вагінальному дослідженні виявлено гіпертонус м'язів тазового дна, звужену піхву, набряклі потовщені краї маткового зіву, через тетанус м'язи зробилися товстими, щільними, ригідними. Плідний міхур щільно натягнутий на передню частину плода, шийка матки розкрита на 4,0см і на протязі 2 годин родової діяльності динаміка розкриття шийки відсутня, що встановлено за допомогою кардіотокографа О.Т.Е. фірми Biomedica (Італія). Клінічна картина підтверджує діагноз дискоординації родової діяльності III стадії.

Породіллі проведено амніотомію. Одночасно впродовж 1,5 хвилин в вену вводили токолітичний засіб - суміш 10мг седуксену, 20мг промедолу та 8мл фізіологічного розчину. Паралельно в іншу вену почали вводити крапельно утеротонічну суміш з 2,5ОД окситоцину, 0,50мг простенону і 500,0мл фізіологічного розчину. Протягом перших 15 хвилин, суміш вводили зі швидкістю 10 крапель за хвилину, потім швидкість поступово підвищували, довівши її до 35 крапель за хвилину на 45 - й хвилині введення. Через 50 хвилин від початку лікування шийка матки породіллі І. розкрилась повністю. Введення утеротонічної суміші припинили. Почалися фізіологічні роди. Родився живий хлопчик вагою 4600г. Стан новонародженого по шкалі Апгар Оцінено в 6-7 балів. Родові шляхи цілі. Загальна тривалість родів становила 4,7 години. Крововтрата складала 250мл.

Таблиця

Порівняльна ефективність ведення родів при дискоординованій родовій діяльності II-III стадій по способу, що заявляється, та відомому способу

Спосіб ведення родів	Кількість породіль, жін.	Показники перинатальної захворюваності		Стан новонароджених по шкалі Апгар, бали	Рівня дитячої смертності, %	Термін повного розкриття шийки матки, хвил.	Загальна тривалість родів, год. (первород. повторно-род.)
		Асфіксія	Травми				
Спосіб, що заявл.	33	21,2	3,1	6,63+0,13	0,84	91,72+3,96	7,3+0,5 5,2+0,4
Відомий спосіб	30	66,6	6,4	5,67+0,22	0,95	346,74+56,68	14,4+0,6 7,8+0,4