

СПОСІБ ПОСИЛЕННЯ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Винахід відноситься до медицини, а саме до акушерства і може бути використан для посилення пологової діяльності при її слабості.

Слабість пологової діяльності (СПД)- це стан, коли інтенсивність дригальності і частота перейм недостатні і тому згладжування шийки матки, розкриття цервікального каналу та просування плоду при його відповідності розмірам тазу йде дуже повільно (В.В.Абрамченко.Активное ведение родов.С-Пб., 1996.-667с).

Частота слабості пологової діяльності нині складає від 10 до 17% (Е.А.Чернуха. Современные принципы регуляции сократительной деятельности матки Вопросы охраны мат. и дет.-1990-№2.-С.64-71.). Вона може виникати в результаті як недостатніх імпульсів, регулюючих пологову діяльність, так і неспроможності рецепторного апарату матки сприймати або відповідати достатніми скороченнями на ці імпульси (Л.В.Тимошенко. Регуляция родовой деятельности и профилактика ее слабости: Метод.рекомендации.-К.:Б.и.,1976.-18с.)

У патогенезі СПД важливу роль грає зниження рівня естрогенної насиченості, порушення синтезу простагландинів, білкового, вуглеводного, ліпідного та мінерального обміну , низького рівня ферментів і т.д. (Практическое акушерство\ Под ред.Я.П.Сольского.- К.:Здоров,я,1976.-С.117-127.)

Як відомо, СПД приводить до подовження часу пологів, несвоєчасного відходження амніотичної рідини, підвищенню частоти оперативних втручань, патологічної крововтрати, перінатальної смертності, післяпологових септичних ускладнень (Н.С.Бакшеев, Р.С.Орлов Сократительная функция матки.-К.:Здоров,я, 1976.-183с).

Таким чином, пошук нових способів посилення пологової діяльності при СПД є дуже актуальним.

При визначенні СПБ звичайно застосовують слідуючі методи лікування: внутрішньовенне введення окситоцину, простагландинів, р-адреноблокаторів. Серед немедикаментозних способів найбільш розпоширені: голкорексфлексотерапія, електростимуляція матки, піхвова гіпотермія та інші (Є.Т. Михайленко, М.Я. Чернега. Комплексный метод дородовой подготовки беременных и лечение слабости родовой деятельности: Метод.рекомендации.-К.:Б.и.,1980.-20с.)

Якщо зупинитись на найбільш часто вживаємих способах посилення пологової діяльності, то це внутрішньовенна інфузія 5 ОД окситоцину на 5% розчину глюкози 400 мл зі швидкістю 8-10 краплин за хвилину під контролем серцебиття плоду. До переваг способу відноситься його швидкий ефект і пряма стимуляційна дія на скорочення м'язів матки. До недоліків можна віднести несприятливу дію на матір (передчасне відшарування плаценти, ризик розриву матки, водна інтоксикація) і на плод (гостра внутрішньоутробна гіпоксія плоду). Крім того, це інвазивний метод, який може привести до розвитку флебітів, гепатиту, СНІДу и т.д. Несприятливим у пологах з застосуванням окситоцину є вимушене положення роділлі на ліжці.

Досить розповсюдженим в акушерській практиці є спосіб парентерального введення простагландинів F2a- (В.В.Абрамченко, Ю.И.Новиков, В.М.Шлепаков. Применение простагландинов в акушерско-гинекологической практике: Метод.рекоменд.-Л.:Б.и.,1984.-27 с). Суть способу складається у внутрішньовенному введенні 5 мг простагландину F2a (ензапросту) на 500 мл фізіологічного розчину. Перевагою способу є значний контрактильний ефект, зменшення «прогестеронового блоку», здібність до інукції пологів. До недоліків способу, крім інвазивних втручань та можливого несприятливого впливу на плід (порушення матково-плацентарного кровобігу.

внутрішньоутробна гіпоксія), можна віднести знижену ефективність препарату у повторнороділь, необхідність у великих дозах препарату чи повторному його введенні, несвоєчасне відходження навколоплідних вод, підвищення артеріального тиску та ускладнення з боку шлунково-кишечного тракту вагітної (тошнота, рвота, біль у місці проєкції жовчного міхура) та ін. (В.В.Абрамченко, Н.Г.Богдашкін. Простагландини и репродуктивная система женщины. Киев. Здоров'я. 1988.-168с).

Використання β -адреноблокаторів (анапрілін, обзідан, індерал) для лікування СПД було запропоновано І.В.Дудой (І.В.Дуда, Г.И.Герасимович, А.И.Балаклеєвський. Предродовая подготовка и родовозбуждение с применением β -адреноблокаторов, Мн., 1980.20 с). Суть способу складається в веденні вагітній 5 мг обзідану в 400 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно крапельно. До переваг способу відноситься його ефективність як при парентеральному, так і при пероральному введенні, можливість використання при гіпертонічній хворобі, пізньому гестозі (знижує артеріальний тиск). До недоліків способу можна віднести несприятливу дію на плід та новонародженого (призводить до депресії, поліцитемії, гіпоглікемії, брадикардії, бронхоспазму). Обзидан протипоказан при екстрагенітальній патології у вагітної, його неможна поєднувати з іншими препаратами (ізоптин) в зв'язку з можливістю тяжких серцево-судинних розладів.

Серед немедикаментозних способів лікування СПД пильної уваги заслуговує метод піхвової гіпотермії (Н.П.Сухіна. Применение внутривлагалищной гипотермии при слабости родовой деятельности и преждевременном излитии околоплодных вод. Автореф. дис.к.м.н. Харьков, 1975,21 с). Суть способу складається з проведення охолодження піхви скляним охолоджувачем при температурі циркулюючої в ньому рідини $+4^{\circ}\text{C}$ на протязі 45-90 хвилин, а терапевтичний ефект реалізується рефлекторним шляхом

позраження терморечепторного апарату піхви, що призводить до посилення скоротливої діяльності матки. Перевагою способу є відсутність негативного впливу на матір і плід, зниження частоти оперативних втручань і патологічної крововтрати. До недоліків способу треба віднести незручність застосування для жінки (наявність скляного охолоджувача в піхві), проблеми з його стерілізацією, небезпечність для жінки при його пошкодженні, можливість виникнення хоріонамніоніту і метроендометріту в пологах в зв'язку з піхвовим введенням охолоджувача.

В основу винаходу покладена задача спрощування способу посилення пологової діяльності при СПД і профілактика ускладнень.

Задача, покладена;., в основу винаходу, вирішується тим, що у відомому способі посилення пологової діяльності, який включає дію на терморечептори матки холодом згідно з винаходом, на терморечептори діють локальним охолодженням гіпогастральної ділянки передньої черевної стінки до +10+12 С на протязі 30-60 хвилин до нормалізації пологової діяльності.

Підвищення тонузу матки і посилення схватки зумовлено як рефлекторним впливом на передню черевну стінку в зоні проєкції матки, так і змінами товщини міометрію, кровонаповнення, рівня гормонів, простагландинів, ферментів в системі гомеостазу роділля.

Спрощування способу досягається тим, що не треба внутрішньовенно вводити лікарський розчин на протязі 4-6 годин, який негативно впливає на організм матері і плоду; роділля не повинна знаходитися у вимушеному положенні декілька годин; аплікацію на передню черевну стінку виконати значно простіше, ніж введення охолоджувача в піхву.

Профілактика ускладнень досягається тим, що не треба вводити в піхву охолоджувачі, які можуть сприяти виникненню кольпітів, хоріонамніонітів, метроендометрітів, крім цього є небезпека їх

пошкодження. Також виключаються незручності для роділлі, зумовлені достатньо низькою температурою (+4 C).

Пропонуемий спосіб лікування СПД з використанням факторів охолодження шляхом локальної гіпотермії гіпогастральної ділянки передньої черевної стінки складається з наступних етапів: роділля з діагностованою слабкістю пологової діяльності знаходиться на ліжці чи сидить в кріслі в пологовому залі. На передню черевну стінку в місті проекції матки їй накладують спеціальний аплікатор у вигляді подушки з проходящими у ньому трубками, в котрих циркулює охолоджуюча рідина (вода та 96% спирт в співвідношенні 1:1). Аплікатор за допомогою гнучких шлангів поєднаний з холодильним пристроєм серійного виробництва «Холод-2Ф», котрий охолоджує циркулюючу рідину до завданої температури(+10+12 C). Завдану температуру реєструють на спеціальному приладі (приставка до апарату «Холод2Ф»). Температура на поверхні шкіри пацієнтки також реєструється на цьому пристрої. Термін маніпуляції від 30 хвилин до 60 хвилин. Ефективність 91%. Ускладнень з боку матері та плоду не відмічено.

Приклад клінічного застосування: Вагітна Д., 18 років, надійшла до пологового відділення 5 пологового будинку м. Харкова для пологорозрішення зі скаргами на відходження навколоплідних вод, пологова діяльність розпочалась 6 годин тому; при обстеженні - перейми по 10-15 сек через 8-10 хвилин. Серцебиття плоду - 136 уд\хв. При піхвовому дослідженні - шийка матки скорочена, відкриття зіву - 4 см. Через 2 години частота і тривалість схваток, а також дані піхвового дослідження - ті ж самі. Проведена наружна кардіотокографія, встановлен діагноз: вагітність 40-41 тиждень, пологи перші, перша позиція, передній вид, несвоєчасне відходження навколоплідних вод, первинна слабкість пологової діяльності. Вагітній показано посилення пологової діяльності. Проведен сеанс локальної

гіпотермії гіпогастральної ділянки передньої черевної стінки, який продовжувався 45 хвилин, під час якого вагітна відзначала посилення, подовження та підвищення частоти перейм. При токографії були зареєстровані нормальні маткові скорочення. Після сеансу гіпотермії: краї шийки матки - тонкі, зів відкритий на 6 см. Через 2 години після гіпотермії жінка самостійно народила дитину вагою 3100г, зріст 50 см. Крововтрата в пологах -150 мл.

Таким чином, запропонований спосіб лікування слабості пологової діяльності є більш надійним, ніж існуючі, за рахунок його значної ефективності (91%) при невеликій тривалісті сеансу, та профілактиці ускладнень в зв'язку з відсутністю в необхідності застосування лікарських препаратів та піхвових охолоджувачів, які спроможні негативно вплинути як на організм матері, так і плоду.