

## ЗАСТОСУВАННЯ ОКСИТОЦИНУ ПРИ СЛАБКОСТІ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

**Стоцький С.С.**

### **Івано-Франківський клінічний пологовий будинок**

Серед різних методів електростимуляції у жінок зі слабкістю пологової діяльності певний інтерес складає метод внутрішнього введення окситоцину [1, 2, 3].

Метою даної праці була оцінка ефективності лікування слабкості пологових сил довенним введенням окситоцину.

Нами проведена оцінка ефективності використання окситоцину з метою активації пологів у 40 жінок з слабкістю пологової діяльності

Активация пологів здійснювалася шляхом довенного крапельного введення розчину окситоцину (5.0 ОД на 500 мл 5% розчину глюкози), за загальноприйнятою методикою, починаючи з п'яти – шести крапель на хвилину).

Оцінка скоротливої діяльності матки проводилась за допомогою триканального динамоутрографа ДУ-3. Математична оцінка гістерограм проводилась за методом А.З.Хасіна (1971) за формулою:

$$E = k \sum_t A \tau,$$

де k-коефіцієнт (визначається калібруванням); E-ефективність скоротливої активності матки (в умовних одиницях);

де  $\sum$  - математичний знак суми; A-амплітуда одиничного скорочення в г/см ;  $\tau$  – тривалість одиничного скорочення в сек; t-час реєстрацій гістерограми в сек.

Тонус матки оцінювався в умовних одиницях за допомогою тонусометра оригінальної конструкції (Хасін А.З. і співавт. 1977).

Із 40 роділь у 32 (80%) пологи були першими, у 8 (20%) повторними.

Всі роділлі, які поступили до пологового залу, були практично здоровими (97.5%), і термін вагітності складав 39-40 тижнів. В момент обстеження у 39 (97.5%) жінок визначалось головне передлежання плоду, а у (2.5%) сідничне. У 36 (92.5%) жінок головка плоду була притиснута до входу в малий таз, у трьох (7.5%) ухома над входом до малого тазу.

Безводний проміжок у 32 (80.0%) роділь пологової діяльності до пологоактивації складав три-чотири години, у 8 (20.0%) п'ять-шість годин.

У всіх 34 (85.0%) жінок з "зрілою" шийкою матки і позитивним окситоциновим тестом довенне крапельне введення 5.0 ОД. окситоцину на 400.0 мл розчину 5% глюкози було успішним.

У 6 (15.0%) роділь з групи жінок при "непідготовленій" шийці матки половоактивація була малоефективною і пологи закінчилися операцією кесаревого розтину.

На основі клініко-інструментального дослідження у 30 (75%) жінок клінічно і інструментально виявлена "зріла" шийка матки, у 5 (12.5%) "незріла". "Зрілій" шийці матки відповідали дані резистоцетвікометрії (РМЦ) 160 – 240 Ом і позитивний окситоциновий тест (ОТ), "дозріваючий" 250-270 Ом, позитивний або слабкопозитивний (ОТ), "незрілий" 280 – 300 Ом, слабкопозитивний або від'ємний (ОТ).

Клінічний аналіз скроотливої діяльності матки у жінок з слабкістю пологової діяльності вказує на те, що його ефективність, за рахунок зменшення частоти перейм і тонуусу матки у підгрупі жінок з "зрілою" шийкою матки достовірно нижча, ніж у підгрупах з "дозріваючою" і "незрілою" шийкою матки ( $P < 0.05$ ). При цьому інтенсивність перейм відповідно складала  $3.6 \pm 0.14$  кПа проти  $5.4 \pm 0.16$  кПа,  $4.8 \pm 0.18$  кПа ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.05$ ).

На гістерограмах відмічалось переважання дна над іншими сегментами матки, наявність "потрійного низхідного градієнта", що дозволило виключити дискоординовану пологову діяльність.

Ефективність скорочень матки при слабкості пологової діяльності становила: дно –  $2.28 \pm 0.86$ , тіло –  $0.82 \pm 0.18$ , нижній сегмент  $0.31 \pm 0.10$ .

Після початку доведеного введення окситоцину в перші 10 хвилин з'явилися високоамплітудні скорочення матки (висота хвилі 12 мм і більше, тривалість  $74.6 \pm 1591$  сек. Вже через 30 хв. дані скорочення мали регулярний характер і в подальшому не змінювались аж до кінця перебігу пологів. На початку латентної фази відкриття шийки матки відмічається скорочення нижнього сегмента. Починаючи з початку швидкої фази відкриття шийки матки (4-6 см) на гістерографах реєструється розслаблення нижнього сегмента. В той же час в кінці швидкої і з початком сповільненої фази відкриття шийки матки (6-7 см) і до кінця першого періоду пологів знову спостерігається скорочення нижнього сегмента матки. Ефективність скорочень матки під час стимуляції становила  $6.90 \pm 0.48$ , тіла –  $3.10 \pm 0.26$ , нижній сегмент –  $0.67 \pm 0.11$ .

Незважаючи на суттєве зростання ефективності скорочень усіх відділів матки із збереженням "феномена низхідного трійного градієнта", нами в 35 (87.5%) випадків у перші десять хвилин пологопідсилення відмічено різке зростання її базального тонуусу – поява так званого "феномена підвищеної активності матки".

На фоні підвищеного базального тонуусу матки простежується утробне страждання плоду – падіння базального ритму до 80-90 уд./хв., поява U-подібної брадикардії, збільшення числа децелерацій, реєструється  $\text{dir's II}$ , що вказує на порушення гемодинаміки в матково-плацентарному комплексі і розвиток утробної гіпоксії плоду.

У 18 (45.0%) роділь при пологопідсиленні окситоцином виникли "тахісистоличні" скорочення матки (більше 6 скорочень за 10 хв), які в 25 (62.5%) випадках обумовлювали розвиток утробної гіпоксії плоду.

Дослідження утробного стану плода здійснювалось за допомогою аскультації та ультразвукового доплерівського сканування.

Народилось усього 40 малюків. Із них 30 (75%) в задовільному стані з оцінкою за шкалою Апгар 8 балів, 8 (20%) в легкому ступені гіпоксії (6-7 балів), двоє малюків (15%) в важкій гіпоксії (менше 4 балів за шкалою Апгар).

У неонатальному періоді у чотирьох новонароджених спостерігалось порушення мозкового кровообігу 2-3 ступеня, яке до сьомого дня періоду новонародженості пройшло, і малюків у задовільному стані було виписано додому.

Через природні пологові шляхи народилося 34 малюків, 6-за допомогою операції кесаревого розтину.

Таким чином, проведені дослідження показали, що, незважаючи на досить високу ефективність пологостимуляції доведеним введенням окситоцину жінкам з слабкістю пологової діяльності, даний метод має ряд суттєвих недоліків. Наприклад, веде до виникнення "тахісистоличії" та гіпертонуусу матки, які викликають порушення матково-плацентарного кровообігу і ведуть до розвитку утробної гіпоксії плоду.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В. Активное ведение родов. – Санкт-Петербург "Спец.литература" 1996.- 665 с.
2. Артамонов В.С. Марушенко Ю.А., Орчаков В.О. Сучасні аспекти профілактики і лікування слабкості родової діяльності. //Тез.доп. X з'їзду акушерів і гінекологів України.- Одеса, 1996.- С.14
3. Давыдов С.Н., Клименко С.А., Липис С.І. Родостимуляция внутривенным введением окситоцина //Акуш. и гинеко.- 1985.- № 8.- С. 9-12.
4. Хасин А.З. Метод математического анализа гистерограмм. // Акуш. и гинеко.- 1971.- № 12.- С.31-35.

## SUMMARY

### *APPLICATION OF OXYTOCIN IN CASE OF WEAK LABOR ACTIVITY*

*S.S. Stotsky*

Forty women with weak labor activity have been treated with intravenous infusion of oxytocin. In spite of rather high effectiveness this method has a number of shortcomings. For example, it leads to the development of "tachysystole" and hypertone of uterus causing violation of uteroplacental blood circulation and leading to the development of intrauterine hypoxia of the fetus.