

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИНИПРАЛА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ

И.С. СИДОРОВА

член-корр. РАМН, д.мед.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии факультета последипломного профессионального обучения врачей Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова

О.С. БИЛЯВСКАЯ

к.мед.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии факультета последипломного профессионального образования Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова

Мы выделяем следующие формы гипертонической дисфункции матки (дискоординации родовой деятельности), приближающиеся к указанным в МКБ-10 (Женева, 1992 г., класс XV, блок 062.4):

- ▣ патологический прелиминарный период;
- ▣ дискоординация родовой деятельности;
- ▣ стремительные роды;
- ▣ контракционное кольцо (сегментарная дистоция);
- ▣ тетанус матки (гипертоническая форма слабости родовой деятельности);
- ▣ тотальная дистоция матки [9].

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД

Аномалиям родовой деятельности нередко предшествует изменение характера предродового подготовительного периода. Патологический прелиминарный период (ППП) встречается в 10-17% случаев и совпадает по частоте с аномальной родовой деятельностью. Если нормальные предродовые сокращения матки клинически незаметны, безболезненны, чаще возникают ночью и приводят к укорочению, размягчению шейки матки (ШМ) и открытию шейечного канала на 2-3 см, то ППП характеризуется спастическим сокращением круговых мышц перешейки и отражает дородовую гипертоническую дисфункцию матки [9, 11].

ППП характеризуется следующими признаками:

- ▣ подготовительные предродовые сокращения матки болезненны, возникают не только ночью, но и днем, носят нерегулярный характер и долгое время не переходят в родовую деятельность. Длительность ППП может составлять от 24 до 240 ч (!), лишая женщину сна и покоя;
- ▣ структурных изменений ШМ не происходит, она остается длинной, эксцентрически расположенной, плотной, наружный и внутренний зев закрыты. Иногда внутренний зев определяется в виде плотного валика;
- ▣ отсутствует должное развертывание нижнего сегмента, в который (при зрелой шейке) должна вовлекаться и надвлагалищная порция ШМ;
- ▣ возбудимость и тонус матки чрезмерно повышены;
- ▣ предлежащая часть плода не прижимается ко входу в малый таз (при отсутствии

какой-либо диспропорции между размерами головки плода и таза женщины);

- ▣ из-за гипертонуса матки пальпация предлежащей части и мелких частей плода затруднена;
- ▣ сокращения матки носят монотонный характер: их частота не увеличивается, сила не возрастает;
- ▣ при отсутствии лечения ППП нередко появляются признаки гипоксии плода;
- ▣ характерным осложнением ППП является дородовое излитие околоплодных вод, что приводит к уменьшению объема матки и снижению тонуса миометрия.

ППП переходит либо в дискоординацию родовой деятельности, либо в первичную слабость схваток.

ДИСКООРДИНАЦИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Клинические формы гипертонической дисфункции сократительной деятельности матки весьма разнообразны из-за многогранности нарушений нейрогенной, эндокринной и миогенной ее регуляции. Симптомы этой патологии сводятся к изменению всех характеристик схваток, спастическому (болезненному!) их характеру, гипертонусу матки и нижнего ее сегмента, замедлению процесса родов (а иногда и прекращению), проявлению вегетативных нарушений [8, 9, 11]:

- ▣ схватки являются неравномерными по частоте, силе и продолжительности; длительность схватки и периода расслабления матки различна. Преобладает продолжительность схватки над периодом расслабления матки или возникают обратные взаимосвязи;
- ▣ отмечается резкая болезненность схваток (по типу спастического сокращения). Поведение роженицы беспокойное, не соответствующее фазе родов. Жалобы роженицы характерны: разламывающая боль в области крестца и поясницы;
- ▣ между схватками матка в достаточной степени не расслабляется. Из-за гипертонуса нижнего сегмента затруднены пальпация предлежащей части, определение ее положения по отношению к плоскостям малого таза;
- ▣ возникает затруднение мочеиспускания (при полной соразмерности головки плода и таза матери);



Различают следующие формы гипертонической дисфункции матки:

- ▣ патологический прелиминарный период;
- ▣ дискоординация родовой деятельности;
- ▣ стремительные роды;
- ▣ контракционное кольцо (сегментарная дистоция);
- ▣ тетанус матки (гипертоническая форма слабости родовой деятельности);
- ▣ тотальная дистоция матки

- ▣ характерным является замедление процессов укорачивания, сглаживания и раскрытия ШМ, удлинение латентной и активной фазы родов, несмотря на, казалось бы, сильную родовую деятельность;
 - ▣ изменяется характер раскрытия ШМ. Вместо растяжения краев маточного зева происходит насильственное преодоление спастически сокращенной ткани за счет разрывов. Возможны обширные разрывы и разможжения ШМ;
 - ▣ нарушается синхронность продвижения плода, соответствующая достаточному раскрытию маточного зева. Предлежащая часть долго стоит в каждой плоскости малого таза, как это имеет место при узком тазе. Удлиняется период изгнания плода;
 - ▣ часто происходит нарушение биомеханизма родов за счет гипертонуса нижнего сегмента или отдельных зон матки. Возникают задний вид или разгибание головки, нарушение членорасположения плода;
 - ▣ дискоординация родовой деятельности сопровождается нарушением маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока. Спастический характер схваток, гипертонус миометрия снижают кровоток и микроциркуляцию матки, кровоснабжение и оксигенацию плода вплоть до развития острой его гипоксии [7, 19];
 - ▣ возможны преждевременные, ранние потуги не только как следствие ущемления ШМ между головкой плода и костями таза, но и как результат длительного спазма, отека ШМ, влагалища;
 - ▣ имеет место раннее образование родовой опухоли на головке плода, соответствующей месту ущемления спастически сокращенным маточным зевом, даже при малом его раскрытии;
 - ▣ характерными для дискоординации сократительной деятельности матки являются вегетативные нарушения различной степени выраженности: тошнота, рвота, тахикардия или брадикардия, артериальная гипертензия или гипотензия, вегетативная сосудистая дистония, бледность, потливость или выраженная гиперемия лица, повышение потоотделения и температуры тела (до 38 °С и выше), озноб и др.
- Преобладание отдельных симптомов, синдромов, осложнений зависит от степени и формы гипертонической дисфункции сократительной деятельности матки.

СТРЕМИТЕЛЬНЫЕ РОДЫ

Стремительные роды относятся к одной из частых форм проявления гипертонической

дисфункции сократительной деятельности матки, которая сопровождается разрывами родовых путей, гипоксически-травматическим повреждением плода, неравномерным развитием процесса раскрытия ШМ и продвижения плода.

Первоначально роды могут носить затяжной характер: замедлены процессы структурных изменений и раскрытия ШМ; предлежащая часть плода долгое время остается прижатой ко входу в малый таз, а затем происходит стремительное продвижение головки через все плоскости таза. Общая продолжительность родов может соответствовать нормальным показателям (10-12 ч) и даже превышать их, но отдельные фазы первого периода родов и период изгнания плода резко укорочены. Поэтому по существу стремительный характер родов касается именно стремительного прохождения плода через все плоскости костного таза и вульварного кольца [9].

Характерными особенностями таких родов являются:

- ▣ нарушение пропорциональных взаимоотношений медиаторов симпатической (норадреналин), парасимпатической (ацетилхолин) вегетативной нервной системы, а также гормонов материнского и плодового генеза, приводящее к одновременному спастическому сокращению всех различно расположенных отделов, слоев гладкомышечных пучков миометрия;
- ▣ недостаточное расслабление запирающих мышц ШМ (маточного зева) во время схватки;
- ▣ изменение характера раскрытия ШМ за счет не только усиленного растяжения и повышенной тракции продольно расположенных мышц верхних отделов матки, но и разрывов тканей ШМ (II-III степени);
- ▣ значительное повышение тонуса матки.

Схватки носят спастический характер: частые, длительные, болезненные. Паузы между схватками короткие. Поведение женщины беспокойное (кричит, мечется). Наблюдаются вегетативные нарушения: тошнота, рвота, повышение температуры тела, потливости, тахикардия, гипертензия, сосудистая дистония. В родах образуется функционально неполноценный плодный пузырь (напряженный во время и вне схватки или по существу полностью отсутствующий, так как оболочки натянута на головку плода). ШМ имеет воронкообразную форму, спастическое кольцо определяется в области наружного зева. Во время одной из схваток происходит разрыв ШМ, и головка плода, иногда не совершая необходимого биомеханизма, опускается на тазовое дно.

Этот вид гипертонической дисфункции сократительной деятельности матки может иметь и другие проявления, если с самого начала родовой деятельности схватки принимают «штормовой» характер. Изгнание плода и последа может произойти за 1-2 потуги. Общая продолжительность родов составляет 1-3 ч. Такие стремительные роды сопровождаются глубокими разрывами ШМ, влагалища, пещеристых тел, клитора, промежности. Нередко возникают преждевременная отслойка плаценты, гипотоническое (атоническое) кровотечение.

КОНТРАКЦИОННОЕ КОЛЬЦО (СЕГМЕНТАРНАЯ ДИСТОЦИЯ ТЕЛА МАТКИ)

Эту форму гипертонической дисфункции можно рассматривать как более тяжелую форму нарушения нейрогенной и миогенной регуляции сократительной деятельности матки. Водитель ритма смещается по вертикали на границу нижнего сегмента и тела матки. Возникает сегментарный спазм циркулярных мышц нижнего сегмента и области внутреннего зева. ШМ длинная, отличается особой плотностью в области внутреннего зева, наружный зев может пропускать кончик пальца, внутренний зев закрыт [9]. Если на определенном этапе родов шеечный канал становится проходимым хотя бы для одного пальца, то обнаруживается разная длина шеечного канала и влагалищной порции ШМ. Причем разница иногда составляет 1,5-2 см. Из-за спастически сокращенного внутреннего зева и недостаточного развертывания нижнего сегмента матки, в который не вошла надвлагалищная часть ШМ, предлежащая часть долго остается подвижной над входом в малый таз.

Базальный тонус миометрия высокий, стенки матки (или ее отдельные участки) находятся в состоянии гипертонуса; внутриматочное давление во время отдельных судорожных схваток, когда 2-3-4 схватки соединяются в тетанические, может на 3-5 мм рт. ст. превышать внутриамниотическое, в результате чего происходит частичная или полная отслойка нормально расположенной плаценты. Градиент давления может измениться и в другую сторону, что вызовет еще более тяжелое осложнение – эмболию околоплодными водами. Дискоординация родовой деятельности является ведущей причиной этого нередко смертельного осложнения. Излитие околоплодных вод не изменяет тетанический характер схваток. Нередко разрыв плодных оболочек остается незамеченным из-за отсутствия передних вод. Плодные оболочки буквально натянуты на головке плода и плотно соединены с децидуальной тканью нижнего сегмента матки. Гиперстимуляция сократительной активности запирающих мышц внутреннего зева матки, образование контракционного кольца на границе нижнего сегмента и тела матки вызывают так называемую свисающую дистоцию ШМ. Последняя характеризуется тем, что можно растянуть наружный зев, саму ШМ, а внутренний зев сохраняется в виде спастического кольца. Постепенно нарастает отек ШМ, влагалища, промежности, как это наблюдается при угрозе разрыва матки. Дискоординация родовой деятельности такого типа может сама стать причиной клинически узкого таза: матка плотно охватывает плод, принимает форму вытянутого овоида или форму песочных часов. Головка пло-

да разгибается (лобное предлежание) либо вставляется стреловидным швом в прямом размере.

Схватки носят не только спастический, но иногда тетанический характер, нарушается автоматический ритм схваток. Их частота, продолжительность, сила становятся неравномерными. Отдельные схватки могут наслаиваться друг на друга, вызывая ощущение резкой боли. Роженица ведет себя крайне беспокойно, кричит, мечется, становится неуправляемой. Кожа лица гиперемирована, отмечаются рвота, повышенная потливость, довольно быстро развиваются повышенная температура тела, тахикардия. Артериальное давление повышается, возможна выраженная сосудистая дистония. Язык сухой, покрыт белым налетом. Возникает олигурия или даже парадоксальная ишурия. При проходимости уретры и полной соразмерности головки плода и таза женщины прекращается самостоятельное мочеиспускание. В моче обнаруживают эритроциты, лейкоциты, в крови – лейкоцитоз, сдвиг формулы крови влево, признаки остро развившегося синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания, гипергликемию.

При сегментарной спастической дистоции могут произойти разрывы анатомически неполноценного миометрия, ШМ III степени с переходом на нижний сегмент матки. Такие разрывы можно диагностировать, пальпируя или осматривая ШМ со стороны шеечного канала, тогда как со стороны влагалища разрыв ШМ может достигать только до середины длины. Упорное маточное кровотечение в ранний послеродовой период может быть следствием такого нераспознанного неполного разрыва матки выше внутреннего зева.

Осложнения, возникающие у плода, обусловлены не только нарушением маточно-плацентарного кровотока, но и так называемым сдавливанием маточным зевом шеи плода или области пупочного кольца, почек, надпочечников, печени. Могут возникнуть кровоизлияния в мозг, нарушение кровообращения в брыжейке с некрозом петель кишечника, спинномозговом канале.

В англо-американской литературе введен термин «спастическое кольцо». Спастическую сегментарную дистоцию следует отличать от кольца Бандля. Кольцо Бандля означает границу между полым мускулом и нижним сегментом матки. Спастическое кольцо может возникнуть не только там, но и ниже, на протяжении нижнего сегмента, в области внутреннего зева. Оно может стать препятствием на пути продвижения плечевого пояса плода, затрудняя его извлечение при операции наложения акушерских щипцов или даже при кесаревом сечении. Сегментарная спастическая дистоция может вызвать очаговую ишемию матки. При наличии в этом месте миоматозного узла возможен его некроз.

При ведении родов, осложненных сегментарной дистоцией, необходимо особое внимание уделять хронометрии схваток, кардиотокографическому контролю в процессе всех родов. Спастическая дистоция, гипертонус миометрия, частые и длительные схватки вызывают переполнение межворсинчатых пространств венозной кровью при сниженном артериальном притоке. Довольно быстро у матери и плода развивается метаболический ацидоз (снижение парциального давления O_2 и повышение давле-

ния CO₂) [7, 9, 10]. Учитывая крайне неблагоприятное влияние сегментарной дистоции на плод и новорожденного, ведение родов через естественные родовые пути нецелесообразно. Следует своевременно пересмотреть план ведения родов в пользу кесарева сечения.

ТЕТАНУС МАТКИ (ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ФОРМА СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ)

Эта форма патологии сократительной деятельности матки называется еще тотальной дистоцией и является наиболее тяжелой формой гипертонической дисфункции матки, при которой имеются очень глубокие нарушения миогенной регуляции проведения импульсов сокращения [9]. Одновременно возникает не один водитель ритма, а несколько (смещение пейсмекера по вертикали и горизонтали). Матка как бы разделяется на несколько зон, каждая из которых берет на себя функцию пускового центра. Каждый сегмент матки имеет свой ритм, амплитуду и частоту сокращения, не совпадающие друг с другом. Происходит фибрилляция миомерия подобно мерцанию и трепетанию сердца при блокаде передачи импульсов. Тонус матки постоянно сохраняется повышенным, все мышечные волокна находятся в состоянии тонического напряжения. Отсутствует суммарный эффект действия. Роды замедляются и останавливаются. Родовая деятельность прекращается вследствие того, что порог возбуждения одних групп клеток очень высокий, других – очень низкий. Волны возбуждения и сокращения не могут охватить весь миомерий, поскольку одна часть мышечных пучков сокращается в одном ритме, другая – в другом. Распространение волн сокращения противоположно направлено: одновременно вверх и вниз, справа налево и наоборот.

Схватки становятся редкими, короткими, слабыми, но, в отличие от истинной слабости родовой деятельности, сохраняется высокий тонус миомерия. Отсутствует фаза расслабления и покоя. Клиническая картина перехода дискоординированной родовой деятельности в гипертоническую форму слабости весьма характерна: после спастических, очень болезненных схваток наступает период видимого ослабления родовой деятельности. Роженица уже не кричит, не мечется, ведет себя более спокойно, но безучастно. Жалуется лишь на тупую постоянную боль в крестце и пояснице. Это нередко дает повод врачу поставить ошибочный диагноз вторичной слабости родовой деятельности и назначить родостимулирующую терапию, хотя состояние роженицы больше напоминает торпидную фазу родового шока, а тотальный тетанус всего миомерия – парадоксальную фазу парабриоза мышечных сокращений. При внимательном осмотре можно отметить бледность кожных покровов роженицы, акроцианоз, мраморность кожи, частый, легко сжимаемый, слабый пульс. Самостоятельное мочеиспускание затруднено, при катетеризации мочевого пузыря выделяются малые порции мочи, содержащей белок, эритроциты, лейкоциты, цилиндры.

При наружном акушерском исследовании определяется сужение матки в поперечнике за счет тетанического сокращения всех циркулярно расположенных волокон. Имеется выраженное контракционное кольцо. Мышцы матки плотно охватывают плод. Пальпация предлежа-

щей части крайне затруднительна. Даже при поперечном или косом положении плода матка сохраняет форму вытянутого овоида и так сдавливает плод, что создается впечатление продольного расположения. Напряженный плотный нижний сегмент нередко принимают за предлежащую часть. Плод страдает, сердцебиение у него частое или редкое, аритмичное, глухое или звонкое с металлическим оттенком.

При влагалищном исследовании обращают на себя внимание напряженные мышцы тазового дна, спастически суженное влагалище, отекающие, толстые края маточного зева, которые при развитии тотального тетануса матки становятся еще более толстыми, плотными и ригидными. Степень раскрытия маточного зева уменьшается (по сравнению с данными предыдущего влагалищного исследования) вследствие постоянной тотальной дистоции циркулярных мышц матки. Определение целостности плодного пузыря затруднительно из-за плотных плодных оболочек, которые буквально натянуты на головке. Передние воды практически отсутствуют. На головке имеется выраженная родовая опухоль, из-за которой трудно определить швы и роднички. Иногда создается впечатление, что головка плода продвинулась к тазовому дну, однако пальпация всей свободной задней поверхности лобковой дуги свидетельствует о высоком расположении головки.

При появлении тотальной дистоции, если позволяет ситуация (отсутствие инфекции, повышенной температуры тела, живой плод, недлительный безводный промежуток) родоразрешение необходимо проводить только путем кесарева сечения или плодоразрушающей операции (на мертвом плоде) [4, 6, 9].

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ

Выделяя различные формы гипертонической дисфункции сократительной деятельности матки, следует подчеркнуть два обстоятельства. Первое – зависимость степени тяжести этой патологии от выраженности и глубины нарушений нейроэндокринной, нейрогенной и миогенной регуляции. Второе – динамичность и усугубление тяжести дискоординации схваток при недостаточности компенсаторных механизмов в организме беременной и плода или при отсутствии своевременного адекватного лечения и родоразрешения.

При отсутствии лечения в связи с наличием патологического прелиминарного периода дородовые дискоординированные сокращения матки перейдут в аномалию родовой деятельности. В родах может произойти переход сегментарной дистоции в тотальную.

При выборе корректирующей терапии дискоординированной родовой деятельности следует исходить из ряда положений:

- прежде чем вести роды через естественные родовые пути при сложных многокомпонентных нарушениях регуляции сократительной деятельности матки, в том числе и миогенной (самой древней и прочной в эволюционном развитии человека), необходимо составить прогноз родов, предусмотрев исходы для матери и плода;



Использование β -адреномиметиков для медикаментозной коррекции любой формы гипертонической дисфункции матки является одной из самых эффективных методик устранения базального гипертонуса матки

- при отсутствии факторов риска или при наличии противопоказаний к кесареву сечению проводят многокомпонентную коррекцию родовой деятельности;
- для лечения гипертонической дисфункции матки используют инфузии β -адреномиметиков, антагонистов ионов кальция, спазмолитиков, спазмоанальгетиков; при раскрытии маточного зева на 4 см начинают длительную эпидуральную анестезию [2, 11];
- использование β -адреномиметиков для медикаментозной коррекции любой формы гипертонической дисфункции матки является одной из самых эффективных методик устранения ее базального гипертонуса [1, 8, 9].

Препараты группы β -адреномиметиков снижают тонус и сократительную активность миометрия, уменьшают частоту и интенсивность сокращений матки, нормализуют чрезмерно сильные или нерегулярные схватки [3, 5].

Наиболее эффективным и безопасным симпатомиметиком является β -адреномиметик Гинипрал. Использование β -адреномиметика Гинипрала в режиме «острого» токолиза – эффективный метод лечения гипертонической дисфункции матки. Данная методика применима как в ситуациях, когда возможно дальнейшее ведение родов через естественные родовые пути и необходима нормализация тонуса матки, так и при запущенных формах дискоординированной родовой деятельности, когда вследствие нарушения маточно-плацентарной перфузии возникает острая гипоксия плода [3, 8].

Противопоказаниями к проведению токолиза Гинипралом со стороны матери являются:

- гипертиреоз;
- сердечно-сосудистые заболевания (нарушения сердечного ритма, протекающие с тахикардией, миокардит, порок митрального клапана, аортальный стеноз);
- тяжелые заболевания почек;
- закрытоугольная глаукома;
- подозрение на преждевременную отслойку плаценты;
- внутриматочные инфекции;
- повышенная чувствительность к компонентам препарата (особенно при сопутствующей бронхиальной астме и гиперчувствительности к сульфитам).

При использовании Гинипрала необходимо следить за пульсом и артериальным давлением матери и проводить кардиомониторинг состояния плода [3, 7, 10].

При проведении «острого» токолиза в начале лечения Гинипрал вводят болюсом в дозе 10 мкг. При необходимости дальнейшего применения препарат вводят путем внутривенной инфузии со скоростью 0,3 мкг/мин. При приготовлении инъекционного раствора для болюсного введения содержимое ампулы 10 мкг (2 мл) разводят в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида или в 5% растворе глюкозы и вводят внутривенно медленно в течение 5-10 мин.

При приготовлении инфузионного раствора для введения со скоростью 0,3 мкг/мин концентрат для инфузий разводят в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида или в 5% растворе глюкозы. Приготовленный раствор вводят внутривенно капельно (20 капель = 1 мл).

Для расчета дозы 0,3 мкг/мин необходимо учитывать количество ампул, скорость введения препарата и объем концентрата для инфузий внутривенного введения:

- 1 ампула (25 мкг концентрата) – 120 капель/мин;
- 2 ампулы (50 мкг концентрата) – 60 капель/мин;
- 3 ампулы (75 мкг концентрата) – 40 капель/мин;
- 4 ампулы (100 мкг концентрата) – 30 капель/мин.

Целесообразно использовать дозирующие инфузоматы, позволяющие контролировать скорость введения препарата. Для приготовления раствора для инфузомата удобнее использовать 75 мкг концентрата для инфузий (3 ампулы) и развести их до 50 мл изотоническим раствором натрия хлорида или 5% раствором глюкозы, скорость введения должна составлять 0,3 мкг/мин. Интенсивность введения Гинипрала должна быть достаточной для прекращения родовой деятельности и полной нормализации тонуса матки. Токолиз завершают через 30 мин после достижения периода покоя маточной активности. В среднем через 30-40 мин после окончания токолиза самостоятельно начинаются регулярные координированные маточные сокращения [1, 3, 8].

Таким образом, своевременная и патогенетически обоснованная коррекция дискоординированной родовой деятельности позволяет снизить частоту экстренного оперативного родоразрешения, обеспечить оптимальный исход родов для матери и плода.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Кулаков В.И., Айламазян Э.К., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство: Национальное руководство. – М: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007. – 1198 с.
Kulakov VI, Ailamazyan EK, Radzinsky VE, Saveliev GM
Obstetrics: National Guidelines. – М: GEOTAR-MEDIA, 2007. – 1198 p.
2. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М. и др. Обезболивание родов. – М: Триада-Х, 1998. – 152 с.
Kulakov VI, Serov VN, Abubakirova AM et al.
Pain relief in labor. – М: Triada-X, 1998. – 152.
3. Кулаков В.И., Серов В.Н. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – М: Литера, 2005. – 1152 с.
Kulakov VI, Serov VN
Rational pharmacotherapy in obstetrics and gynecology. – М: Letter 2005. – 1152 p.
4. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение. – М: Триада-Х, 2004. – 320 с.
Kulakov VI, Chernukha EA, Komissarov LM
Cesarean section. – М: Triada-X, 2004. – 320 p.
5. Кулаков В.И., Серов В.Н., Барашнев Ю.И. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. – М: ГЭОТАР-МЕДИА, 2004. – 240 с.
Kulakov VI, Serov VN, Barashnev YI
Drugs used in obstetrics and gynecology. – М: GEOTAR-MEDIA, 2004. – 240 p.
6. Кулаков В.И. Руководство по безопасному акушерству. – М: Триада-Х, 1998. – 531 с.
Kulakov VI
Safe Obstetric Guidance. – М: Triada-X, 1998. – 531 p.
7. Сидорова И.С., Макаров И.О. Клинико-диагностические аспекты фетоплацентарной недостаточности. – М: МИА, 2005. – 138 с.
Sidorov IS, Makarov IO
Clinical and diagnostic aspects of placental insufficiency. – М: MIA, 2005. – 138 p.
8. Сидорова И.С., Кулаков В.И., Макаров И.О. Руководство по акушерству. – М: Медицина, 2006. – 848 с.
Sidorova IS, Kulakov VI, Makarov IO
Guidelines for midwifery. – М: Medicine, 2006. – 848 p.
9. Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности. – М: МЕДпресс, 2000. – 320 с.
Sidorova IS
Physiology and pathology of labor. – М: MEDpress, 2000. – 320 p.
10. Сидорова И.С., Макаров И.О. Методы исследования при беременности и в родах. Учебное пособие. – М: МЕДпресс 2005. – 128 с.
Sidorova IS, Makarov IO
Methods of research in pregnancy and childbirth. Training manual. – М: MEDpress 2005. – 128 p.
11. Чернуха Е.А. Родовой блок. – М: Триада-Х, 2003. – 709 с.
Chernukha EA
Obstetric unit. – М: Triada-X, 2003. – 709.

Статья опубликована в журнале «Российский вестник акушера-гинеколога». – 2008. – № 2. – С. 80-84.



ВИКОРИСТАННЯ ГІНІПРАЛУ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ СКОРОТЛИВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАТКИ

І.С. Сидорова, член-корр. РАМН, д.мед.н., професор, зав. кафедри акушерства і гінекології факультету післядипломної професійної освіти лікарів Московської медичної академії ім. І.М. Сеченова

О.С. Білявська, к.мед.н., доцент кафедри акушерства і гінекології факультету післядипломної професійної освіти Московської медичної академії ім. І.М. Сеченова

Виділяють різні форми гіпертонічної дисфункції скоротливої діяльності матки. За відсутності лікування гіпертонічної дисфункції скоротливої діяльності матки у зв'язку з наявністю патологічного преліментарного періоду допологові дискоординовані скорочення матки перейдуть в аномалію пологової діяльності. У пологах може відбутися перехід сегментарної дистоції в тотальну. Для лікування гіпертонічної дисфункції матки використовують інфузії β-адреноміметиків, антагоністів іонів кальцію, спазмолітики, спазмоанальгетики. При розкритті маткового вічка на 4 см починають тривалу епідуральну анестезію. Використання β-адреноміметиків знижує тонус і скоротливу активність міометрія, зменшує частоту та інтенсивність скорочень матки, нормалізує надмірно сильні або нерегулярні перейми. Найбільш ефективним і безпечним симпатоміметиком є β-адреноміметик Гініпрал.

Ключові слова: скоротлива діяльність матки, гіпертонічна дисфункція матки, β-адреноміметики, Гініпрал.

GYNIPRAL USE FOR CORRECTION HYPERTONIC DYSFUNCTION OF UTERUS ACTIVITY

I.S. Sidorova, corresponding member of RAMS, MD, professor, head of the Obstetrics and Gynecology Department, Faculty of Postgraduate Doctors Training, I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

O.S. Bilyavskaya, PhD, associate professor of the Obstetrics and Gynecology Department, Faculty of Postgraduate Doctors Training, I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

There are various forms of hypertonic dysfunction of uterus activity. Untreated hypertensive dysfunction uterus activity due to the presence of pathological preliminaries prenatal period incoordinate uterine anomaly pass in abnormal delivery. At delivery segmental dystocia can pass in total. For the treatment of hypertension dysfunction of uterine used the infusion of β-agonists, calcium antagonists, antispasmodics, analgesics. Epidural anesthesia starts after disclosure of cervix to 4 cm. β-agonists using reduces the tone and contractile activity of the myometrium, reduces the frequency and intensity of uterine contractions, and normalizes excessively heavy or irregular contractions. The most effective and safest sympathomimetic is β-agonists Gynipral.

Keywords: contractile activity of uterus, hypertonic uterine dysfunction, β-agonists, Gynipral.