

ULTRASOUND DIAGNOSTIC OF GYNATRESIA IN GIRLS

I.V.Gavrilova

Abstract. USD has been widely used in the diagnostics of abnormalities of the inner genitals with an occlusion of the menstrual flow in girls. The analysis of managing 100 patients with atresia or aplasia of part of the genital passages established a dependence of a share of diagnostic pitfalls of such complications as the formation of haematometra and haematosalpinx on the level of atresia. Methods of using ultrasound monitoring during the performance of plastic operations have been worked out.

Key words: developmental abnormalities of girls' genital organs, ultrasound diagnostics, management policy.

Ukrainian hospital for children "Ohmatdet", Kyiv

Buk. Med. Herald. – 2004. – Vol.8, №2.- P.30-33

Надійшла до редакції 01.02.2004 року

УДК 618.2 – 085.256

А.В.Гага, Л.В.Бегаль, І.І.Шевчук, В.Є.Ринжук

ВИКОРИСТАННЯ ГІНЕПРАЛУ В ЮВЕНІЛЬНОМУ АКУШЕРСТВІ

Кафедра акушерства і гінекології
з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав. – проф. О.М.Юзько)
Буковинської державної медичної академії
Міський клінічний пологовий будинок № 1, м. Чернівці

Резюме. Проведена порівняльна оцінка різних препаратів, які використовуються в ювенільному акушерстві з медикаментозного токолізу. Зроблено висновок, що гінепрал є препаратом вибору в юних вагітних, яким показано застосування медикаментозного токолізу.

Ключові слова: гінепрал, медикаментозний токоліз, передчасні пологи.

Вступ. Однією з актуальних проблем сучасного акушерства є невиношування вагітності. Це визначається її соціальним значенням, впливом на рівень перинатальної захворюваності і смертності, здоров'я жінки, повноцінність потомства [4]. Частота цього ускладнення не зменшується протягом багатьох років і становить 15%-20% від усіх бажаних вагітностей [2]. Тому профілактика і лікування невиношування вагітності є одним із важливих завдань сучасного акушерства [1,5].

Великим досягненням останніх років у профілактиці і терапії загрози переривання вагітності є використання β -адренорміметичних засобів [3]. β -адренорміметики здатні припинити перейми, тому їх називають токолітиками. Одними з перших препаратів, що використовували як токолітик, був партусистен, бриканіл, ритодрин, сальбутамол. При клінічному дослідженні цих препаратів були помічені позитивні результати: гальмування скоротливої активності матки і, як наслідок цього, подовження вагітності. Водночас були виявлені ускладнення з боку матері і плода (тахікардія, зниження артеріального тиску, зміна загального і периферичного опору судин), оскільки токолітики, крім дії на β_2 -адренорецептори, міоцити міометрія, викликають помірне збудження β_1 -адренорецепторів серця.

Тому сьогодні одним з оптимальних препаратів цієї групи є гінепрал, оскільки в порівнянні з аналогами, він більш ефективний і має невеликий діапазон побічних реакцій. Це – високоєфективний симпатоміметик, що діє вибірково на β_2 -рецептори мускулатури матки і лише в дуже незначому ступені впливає на β_1 -рецептори м'язів серця. Селективний індекс дії складає 5:1. Завдяки цьому зменшується навантаження на серце матері та дитини, оскільки гінепрал переважно діє на матку. Гіне-

прал також впливає на метаболічні процеси: підвищується рівень глюкози в крові з подальшим зниженням до висхідного, збільшується концентрація вільних жирних кислот та інсуліну. Також змінюється електролітний баланс організму. Гінепрал нормалізує фетоплацентарний кровообіг, викликає вазодилатацію і підвищення перфузії плаценти.

Мета дослідження. Вивчити ефективність гінепралу як препарату гострого токолізу в юних вагітних та провести порівняльну характеристику з іншими препаратами подібної дії.

Матеріал і методи. Нами була обстежена група пацієнток (120 вагітних) із передчасними переймами в терміні вагітності 24-36 тижнів. Для лікування використовували різні токолітичні препарати (гінепрал, партусистен, сальбутамол, ритодрин).

Під час використання гінепралу вивчалась його токолітична дія; проводився кардіотокографічний моніторинг; вивчалися зміни в серцево-судинній системі матері, у порівнянні з іншими токолітичними препаратами.

Критерії щодо використання гінепралу наступні: вагітність 24-36 тижнів, розкриття шийки матки менше 3 см, цілий плідний міхур, відсутність хоріоамніональної інфекції та перейми до 30 с через 10 хв.

Результати дослідження та їх обговорення. Подовження вагітності більше, ніж до 37-го тижня вагітності вдалося досягти у 62,9% випадків. Причому пульс у вагітних, яким призначали гінепрал, зростав у середньому від 88,8 до 96 поштовхів за 1 хвилину. У групі юних вагітних з передчасними пологам, де для лікування застосовували інші токолітики (партусистен, сальбутамол, ритодрин), подовження вагітності вдалось досягти у 53,2%, пульс зростав від 88,9 до 112,3 поштовхів за 1 хвилину.

Токолітичні форми використання гінепралу:

1. Гострий токоліз; швидко знижує перейми в пологах при гострій асфіксії плода; іммобілізує матку перед кесаревим розтинном; перед мануальним поворотом плода, при пролапсі пуповини та при ускладненій пологовій діяльності.

2. Масивний токоліз: зниження передчасних перейм при зглаженій шийці матки та/або розкритті вічка.

3. Тривалий токоліз: запобігання передчасним пологам у випадку маткових скорочень без функціональних змін шийки матки; іммобілізація матки перед, під час та після накладання циркуляжу.

При гострому токолізі гінепрал вводять в/в повільно в дозі 10 мкг (в 10 мл 0,9 %-ного розчину натрію хлориду або 15%-ного розчину глюкози) протягом 5-10 хв.

Масивний токоліз:

- зниження передчасних перейм при зглаженій шийці матки або розкриття зіва.

Для масивного токолізу гінепрал вводять в/в крапельно в дозі 0,3 мкг/хв. Для в/в крапельного введення концентрат для інфузій необхідно розвести в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду або 5%-ного розчину глюкози. Для введення гінепралу в дозі 0,3 мкг/хв можуть бути використані наступні відношення кількості препарату (на 500 мл інфузійного розчину) і швидкості введення: 1 ампула (25 мкг) – 120 крапель/хв; 2 ампули (50 мкг) – 60 крапель/хв; 3 ампули (75 мкг) – 40 крапель/хв; 4 ампули (100 мкг) – 30 крапель/хв.

Тривалий токоліз:

- запобігання передчасним пологам у випадку маткових скорочень без функціональних змін шийки матки;

- іммобілізація матки перед, під час та після накладення циркуляжу.

Гінепрал вводять в/в крапельно в дозі 0,075 мкг/хв. Концентрат для інфузій необхідно розвести в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду або 5%-ного розчину глюкози. Для введення гінепралу в дозі 0,075 мкг/хв можуть бути використані наступні співвідношення кількості препарату (на 500 мл інфузійного розчину) і швидкості введення: 1 ампула (25 мкг) – 30 крапель за хвилину; 2 ампули (50 мкг) – 15 крапель за хвилину. Якщо скорочення матки відсутні протягом 48 годин, можна призначити гінепрал всередину у вигляді таблеток. Зазвичай спочатку призначають по 500 мкг кожні 3 год, потім - кожні 4-6 годин.

Слід зауважити, що найбільш сприятливий ефект при гальмуванні передчасних пологів гінепралом виникає при відкритті шийки матки до 2 см, цілому плідному міхурі та тривалості перейм не більше 30с з інтервалом не менше 10 хв, відсутності хоріоамніональної інфекції. Найбільш успішною є терапія, розпочата до виникнення змін з боку шийки матки.

Висновки:

1. Гінепрал є препаратом вибору в юних вагітних, яким показане застосування медикаментозного токолізу.

2. Гінепрал рекомендований для подовження вагітності у пацієток із передчасними переймами в терміні з 24 до 36 тижнів.

3. Гінепрал у порівнянні зі своїми аналогами має незначний діапазон побічних дій (практично не викликає стимулювального впливу на серце матері та дитини).

Перспектива подальшого дослідження. Надалі планується вивчення ефективності застосування гінепралу в пролонгуванні вагітності у групах юних вагітних із передчасним відходженням навколоплідних вод та без нього.

Література. 1. *Леви Д.* Адренорецепторы, их стимуляторы и блокаторы // В кн.: Эндокринология / Под ред. Н.Лавина: Пер. с англ.-М: Практика, 1999.-С.54-60. 2. *Абрамченко В.В., Капленко О.В.* Адренергические средства в акушерской практике.- СПб: ТК Петрополис, 2000. – 271с. 3. *Абрамченко В.В., Омелянюк Е.В., Нацвльшвили Ш.И.* Опыт применения бета-адреномиметиков в акушерской практике. – Тбилиси: Сабчота медицина, 1989. – С.2, 61-62. 4. *Морозова Т.А.* Изучение природы эндогенного стабилизатора β -адренорецепторов и других факторов, регулирующих сократимость и адренореактивность гладкой мускулатуры: Автореф. дис... канд. биол. наук. – М, 1998. – 17с. 5. *Раис Г.Э., Дженкин Г., Торберн Дж. Д.* Физиология и эндокринология преждевременных родов // В кн: Недоношенность: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1991. – С.40-61.

THE USE OF HINEPRAL IN JUVENILE OBSTETRICS

A.V.Haha, L.V.Begal, I.I.Shevchuk, V.E.Rynzhuk

Abstract. A comparative evaluation of different remedies used in juvenile obstetrics for medicinal tocolysis has been carried out. A conclusion has been arrived at to the effect that Hinepral is a medication of choice in adolescent gravidas that are indicated the use of medicinal tocolysis.

Key words: hinepral, medicinal tocolysis, premature delivery.

Bokovinial State Medical Academy (Cernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2004. – Vol.8, №2. - P.33-35

Надійшла до редакції 05.02.2004 року
