

вально-фізкультурних диспансерів, а при відсутності їх на територіальні амбулаторно-поліклінічні заклади, за рахунок штатних нормативів, функції подання організаційно-методичної і консультативної допомоги у закріплених закладах. Для стимулювання діяльності лікарів з лікувальної фізичної культури ця робота повинна бути включена до їх основної діяльності.

Дальшому удосконаленню подання і підвищення якості медичної допомоги засобами лікувальної фізичної культури сприятимуть такі організаційні заходи: 1) розробка посадових інструкцій, що визначають права і обов'язки спеціалістів з ЛФК, виходячи із місцевих умов і організації праці. Координація їх роботи з іншими спеціалістами родильних відділень і будинків;

2) розширення діапазону діяльності районних (міських) лікувально-фізкультурних диспансерів відносно амбулаторно-поліклінічних закладів по забезпеченню організаційно-методичної допомоги інструкторам і консультативної допомоги вагітним і породіллям в родильних будинках;

3) розробка науково обгрунтованих критеріїв вибору комплексу вправ, виходячи із ускладнень в післяродовому періоді, часу, що минув після родів, і ускладнень матері, створення єдиної системи забезпечення методичними матеріалами родопомічних закладів;

4) розробка і впровадження готових бланків, штампів-кліше, статистичних форм обліку і звітності з метою скорочення письмової роботи.

Комплексне впровадження зазначених заходів роботи спеціалістів лікувальної фізичної культури родопомічних закладів сприятиме підвищенню якості і ефективності медичного обслуговування вагітних і породіль.

ЛІТЕРАТУРА. 1. *Грицина О. В., Микельская Н. П.* О факторах, влияющих на преждевременные роды женщины.— *Здравоохранение РСФСР*, 1976, № 3, с. 7—8; 2. *Мотков В. Н.* Лечебная физкультура на современном этапе.— *Вопр. курортологии, физиотерапии и ЛФК*, 1978, № 5, с. 2—7; 3. *Он же* Некоторые вопросы лечебной физической культуры.— Там же, 1981, № 3, с. 1—5; 4. *Муха Е. Н., Маркова З. И.* Лечебная физкультура в период беременности при аномалиях положения плода.— В сб.: *II Всесоюзный съезд по ЛФК и спортивной медицине*. М., 1981, с. 100; 5. *Романенко А. Е.* Основные задачи здравоохранения Украинской ССР в одиннадцатой пятилетке.— В сб.: *Социальная гигиена, организация здравоохранения и история медицины*. Вып. 12. К.: Здоров'я, 1981, с. 3—9.

Надійшло 12.05.82.

УДК 615.611.1:618.48

ПРО ВПЛИВ ОКСИТОЦИЧНИХ І СПАЗМОЛІТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА СУДИНИ ПУПОВИНИ

(Експериментальні дослідження)

А. П. ГОЛУБЕВ, Ю. Б. БЕЗНОСИК

Каф. акушерства і гінекології (зав. — проф. А. П. Голубев) Подільського стоматологічного медич-ту

Для зниження перинатальної захворюваності і смертності, охорони майбутнього покоління велике значення мають запобігання і лікування гіпоксії плода та асфіксії новонародженого. Асфіксія новонароджених є однією з основних причин, що призводять до смерті дітей у перші дні їх життя [1, 5]. Так, за даними деяких авторів [7], вона була безпосередньою причиною антенатальної смерті плода в 33,1% випадків. Смертність дітей у перші 7 днів життя становить понад 70% від усієї дитячої смертності [2].

Разом з тим найчастішою причиною як асфіксії, так і травматизму плодів і новонароджених є слабкість родової діяльності [4].

Отже, правильно підібрана методика лікування зазначених ускладнень родового акту буде інтранатальною охороною плода.

Нині застосовується велике число різних методів збудження і посилення родової діяльності, які тією чи іншою мірою забезпечують зниження перинатальної смертності. Найчастіше застосовується внутрішнє крапельне введення розчину окситоцину.

Під нашим спостереженням перебувала 121 вагітна жінка.

Перед внутрішнім введенням розчину окситоцину створювався естрогено-вітамінно-глюкозо-кальцієвий фон. При цьому народилося 9 (7,4%) мертвих дітей. У перші сім днів померло 7 дітей, перинатальна смертність була обумовлена рядом особливостей перебігу вагітності і родів. Так, токсокоз другої половини вагітності відмічався в 13% випадків, роди в тазовому передлежанні — в 12, запізнилі роди — в 16, резус-конфлікт між організмом матері і плодом — в 15%. Стійка слабкість родової діяльності, що вимагала повторного посилення останньої, спостерігалась в 10% випадків.

Безпосередньою причиною народження мертвих дітей при родозбудженні і посиленні родової діяльності була асфіксія. Крім цього, у 111 жінок в процесі родостимуляції спостерігалась гіпоксія плода.

Деякі автори [3, 5] відмічають несприятливий вплив окситоцину на плід і вважають необхідним припинення внутрішнього крапельного введення цього препарату при появі ознак гіпоксії плода.

Зазначене спонукало нас до вивчення можливих причин посилення гіпоксії і асфіксії плода при внутрішньому крапельному введенні розчину окситоцину (до вивчення впливу розчину окситоцину на стінку судин пуповини). Було проведено 120 експериментів, при яких через відрізок пуповини пропускався розчин окситоцину (5 ОД препарату на 350 мл фізіологічного розчину) з підрахунком частоти крапель його кожні 15 хв. Тривалість дослідів складала 2 год.

Відрізок пуповини довжиною 20 см брали відразу після нормальних родів. В один кінець венозної судини пуповини вводилась канюля, через яку відрізок з'єднувався з системою для переливання розчину. У першій серії дослідів (60) вивчався вплив фізіологічного розчину на стінку судин пуповини. При цьому частота крапель розчину коливалась у межах від 15 до 40 за хвилину, при середній частоті $24,0 \pm 1,9$ ($M \pm m$). Установлено, що частота крапель протягом 2 год практично не змінювалась. Отже, перфузія фізіологічного розчину не впливала на судинну стінку. Ця серія дослідів була контролем.

У другій серії дослідів вивчався вплив окситоцину на стінку судини пуповини. Методика проведення експериментів була такою ж, як і в контрольній групі.

Одержані дані свідчать, що уже протягом 15 хв перфузії розчину окситоцину через вени частота крапель знижувалася на 29,1%, продовжувала поступово знижуватися протягом 90 хв, скорочуючись до цього часу на 50%, і зберігалася на такому рівні до кінця дослідів. Отже, при перфузії окситоцину відбувається звуження судин пуповини, що і призводить до зменшення частоти крапель розчину. Частота крапель при цьому зворотно пропорційна тривалості перфузії.

З метою в'ясування характеру змін у венозній судині пуповини було проведено патогістологічне дослідження судинної стінки вени пуповини після перфузії розчину окситоцину. Брали відрізки пуповини, через які пропускався фізіологічний розчин, і відрізки, через які пропускався розчин окситоцину. Досліджувані пуповини фіксувалися у 12%-ному нейтральному формаліні. Після фіксації матеріал заливали у парафін за загальноприйнятою методикою. Гістологічні зрізи товщиною 15 мкм

депарафінізувалися і забарвлювалися за Хартом з додатковим забарвленням пікрофуксином за Ван-Гізеном.

В результаті дослідження визначено відношення: а) площі просвіту судини до площі поздовжнього м'язового шару; б) площі просвіту судини до площі циркулярного м'язового шару; в) площі просвіту судини до суми площин поздовжнього і циркулярного м'язових шарів; г) площі поздовжнього м'язового шару до площі циркулярного.

Вираховано ентропію для двох досліджуваних груп: $H_1=2,431$ і $H_2=2,339$.

Статистична обробка одержаних результатів показала, що середнє квадратичне відхилення (σ) одного порядку з вибірковими середніми і навіть наближається до них за абсолютною величиною, що вказує на недостовірність середніх коефіцієнтів, тобто на дуже велику варіацію досліджуваних відношень. Показники статистичної ентропії за індексом H_1 і H_2 практично однакові, що підтверджує наведені результати.

На підставі проведених морфометричних досліджень можна зробити висновок, що влив перфузії розчину окситоцину на стінку судин пуповини є функціональним і не приводить до морфологічних змін її.

Після встановлення в експерименті, що скорочення судин пуповини відбувається не за рахунок морфологічних змін, було проведено серію дослідів. Із однієї і тієї ж пуповини брали відрізки однакової величини. Через одні відрізки пуповини пропускали розчин окситоцину, а через інші — розчин окситоцину і но-шпу (2 мл). У першому випадку відбувалося звуження судин пуповини. Отже, но-шпа знімає спазм судин пуповини, викликаний розчином окситоцину.

Висновки. 1. При перфузії розчину окситоцину через судини пуповини відбувається зменшення останньої, що може бути однією з причин гіпоксії плода.

2. Скорочення судин пуповини відбувається не за рахунок морфологічних змін, тобто цей стан не супроводжується необоротними морфологічними змінами.

3. Спазм судин пуповини, викликаний розчином окситоцину, може бути усунений додаванням но-шпи.

ЛИТЕРАТУРА. 1. Гуревич П. С., Хамидуллина А. Х. О причинах перинатальной смертности.— Казан. мед. журн., 1973, № 4, с. 57—58; 2. Гуткин К. А., Щипуржицкая Э. И. Перинатальная смертность и пути ее снижения.— В сб.: Ученые записки. Медицинские науки. Петрозаводск, 1970, т. 17, вып. 5, с. 240—242; 3. Карпушин В. П., Голубев А. П. Исход родов для плода при возбуждении и усилении родовой деятельности.— Акуш. и гин., 1977, № 3, с. 54—55; 4. Лопушанский В. Г. Некоторые вопросы мертворождаемости в Омске в 1969—1971 гг.— Сов. здравоохранение, 1973, № 4, с. 27—30; 5. Чернецкая Е. О. О влиянии некоторых социально-гигиенических факторов на уровень перинатальной смертности.— Здравоохранение Российской Федерации, 1975, № 8, с. 23—26; 6. Downing T. W., Brock-Utne J. G., Mankowitz M. Aspects of intra-uterine fetal resuscitation.— S. Art. med. J., 1980, 58, 9, 373—375; 7. Jaeger G., Mey W. Betrachtungen zur Totgeburtenhäufigkeit in den Jahren 1970 bis 1977 im Bezirk Zuhl.— Zbl. Gynäk., 1980, 102, 18, 1063—1071.

Надійшло 02.10.81.

Правила оформлення статей
будуть вміщені
в наступному номері журналу