

## DIRIJAREA TRAVALIULUI PRIN APLICAREA INTRANAZALĂ A OXITOCINEI

dr. A. Borbáth, dr. Șt. Kali, dr. N. Illyés

Concepția obstetricală contemporană este dominată de conduita activă în asistența nașterilor. Expresia cea mai concretă a acestei conduite o constituie dirijarea medicamentoasă a nașterii, achiziția cea mai valoroasă a obstetricii moderne. Agentul medicamentos suveran al dirijării medicamentoase a nașterii este reprezentat prin hormonul oxitocic retrohipofizar (oxitocina). Cei 47 de ani, care au trecut de la descoperirea (Dale 1906) și prepararea sintetică a acesteia (du Vigneaud și colab. 1953), au permis obstetricienilor să concretizeze indicațiile și contraindicațiile, avantajele și dezavantajele aplicării oxitocinei. Ceea ce înseamnă digitala sau strofantina în medicina internă, înseamnă oxitocina în practica obstetricală. Oxitocina reprezintă un veritabil forceps farmacologic.

Problema centrală a aplicării oxitocinei a constituit-o calea de administrare, precum și dozajul hormonului. Oxitocina fiind inactivată în tractul gastrointestinal, ea poate fi administrată numai pe cale parenterală (subcutanată, intramusculară, intravenoasă).

Calea de administrare intramusculară este simplă, dar ea are inconveniente, cum ar fi inactivarea rapidă prin oxitocinază, declanșarea unor contracții hipertone-hiperkinetice etc.

Cea mai corespunzătoare cale de administrare a oxitocinei s-a dovedit perfuzia intravenoasă lentă, preconizată de către Theobald și colab. în anul 1948. Această metodă are însă dezavantajul că necesită prezența permanentă a obstetricianului, deoarece uneori poate declanșa contracții furtunoase, chiar asfixia intrauterină a fătului.

O cale de administrare eficientă și totuși puțin răspândită a oxitocinei o constituie cea intranazală, preconizată pentru prima oară de către Hofbauer în anul 1927. În ultimul timp, calea intranazală a suscitât interesul obstetricienilor, publicându-se lucrări din care reiese eficacitatea aplicării intranazale a oxitocinei (Baumgarten și Hofhansl, Stangl, Petrescu și Cornelia Georgescu). Astfel, Hendricks și Gabel au constatat că introducând la 23 gravide un balon intrauterin, apoi administrându-le oxitocina sub forma unui spray intranazal, la 5—7 minute după administrare apar contracții uterine care persistă 10—20 de minute, perioadă după care încetează. Autorii afirmă că, contracțiile declanșate prin administrarea intranazală a oxitocinei nu se deosebesc de contracțiile spontane.

Administrarea intranazală se realizează fie cu ajutorul unui tampon de vată îmbibat cu o soluție de oxitocină, fie prin pulverizarea soluției sub forma unui spray intranazal, fie cu ajutorul unui cateter de polietilen (Borglin).

Sporirea îmbucurătoare a numărului nașterilor din ultimii ani a constituit un motiv, argument și justificare, în vederea căutării unei metode de dirijare a travaliului care să corespundă necesităților practice, prin simplitatea și inofensivitatea ei. Ni s-a părut că postulatul din urmă se realizează îndeosebi prin administrarea intranazală a oxitocinei.

Din acest motiv, ne-am propus să cercetăm eficacitatea aplicării intranazale a oxitocinei (AIO) pentru stimularea travaliului la 100 de parturiente cu travaliu hipodinamic.

Constatările făcute în legătură cu dirijarea nașterii prin AIO le rezumăm în cele ce urmează:

1. Vîrsta parturientelor a fost între 18 și 42 de ani.
  2. Paritatea: IP=57 %, MP=43 %.
  3. Indicația AIO a constituit-o hipotonia-hipochinezia uterină, cu prelungire consecutivă a travaliului.
  4. Starea membranelor la începutul AIO: intacte în 73 %, rupte în 27 %.
  5. AIO a fost efectuată pentru combaterea inerției uterine în perioada de dilatație în 86 %, pentru corectarea inerției uterine secundare în perioada de expulsiune în 10 % și pentru declanșarea nașterii în 4 % a cazurilor.
  6. Dozarea a constat în aplicarea din oră în oră a unui tamponaș de vată îmbibat cu jumătate din conținutul unei fiole de oxitocină (5 unități) pînă la instalarea efectului dorit și menținerea acestuia. Doza integrală administrată a oscilat între 3—6 fiole (15—30 unități).
  7. Efectul AIO asupra dinamicii uterine s-a manifestat prin influențarea netă a contracțiilor uterine în 55 de cazuri, influențarea mediocră a contracțiilor uterine în 33 de cazuri, neinfluențarea contracțiilor uterine în 6 cazuri, efect inapreciabil în 6 cazuri.
  8. Durata medie a travaliului a fost de 14 ore la primipare și 6 ore la multipare.
  9. Efectul AIO asupra terminării nașterii a dat următoarele procentaje: naștere spontană 93 %, operație cezariană 1 %, aplicare de forceps 4 %, vidextracție 2 %.
  10. Efectul asupra fătului s-a manifestat în nașterea de feți cu Apgar 10 în 96 % și feți asficsici în 4 % a cazurilor.
- Dirijarea unui număr relativ redus de nașteri prin AIO ne-a permis să tragem unele concluzii privind avantajele și dezavantajele metodei.

Avantajele administrării intranazale a oxitocinei sînt următoarele:

1. Metoda este inofensivă pentru mamă și făt.
2. Complicațiile sînt mai rare decît în cazul administrării intravenoase.
3. Eficacitatea metodei se apropie de cea a perfuziei intravenoase.
4. Efectul tocogen se instalează după cîteva minute de la aplicare, durează 10—15 minute, doza următoarea putînd fi administrată fără pericolul supradozării. Datorită acestei proprietăți, ca'ea intranazală nu declanșează contracții excesive ce ar duce la asfizia intrauterină, ruptura uterină sau la deslipirea prematură a placentei.

5. Administrarea este simplă. Parturienta nu este legată de pat și nu necesită o supraveghere permanentă ca în cazul perfuziei intravenoase.

Dezavantajele AIO sînt minore față de avantajele ei:

1. Oxitocina nu poate fi administrată intranazal în caz de rinită acută sau cronică care îngreunează resorbția hormonului.
2. Nu este posibilă dozarea exactă din cauza resorbției neuniforme a hormonului. Din acest motiv administrarea intranazală necesită o doză de oxitocină de 5—10 ori mai mare ca administrarea intravenoasă.
3. La parturiente sensibile soluția de oxitocină poate irita mucoasa nazală.

Constatările noastre făcute în legătură cu 100 de nașteri dirijate prin AIO ne îndreptățesc să confirmăm eficacitatea metodei și să o recomandăm pentru aplicare în practica de toate zilele.

Sosit la redacție: 22 aprilie 1970.

#### Bibliografie

1. BAUMGARTEN K., HOFHANSL W.: *Geburts. u. Frauenh.* (1959), 19, 913;
2. BORGLIN N. E.: *Zbl. für Gyn.* (1963), 6, 193; 3. DALE H. H.: *Journ. Phys.* (1906), 34, 163; 4. HENDRICKS C. H., GABEL R. A.: *Am. J. Obstetr. Gyn.* (1960), 79, 780;

5. HOFBAUER J. și colab.: *Am. J. Obst. and Gyn.* (1927), 14, 137; 6. PETRESCU V.,  
CORNELIA GĂBREANU-GEORGESCU: *Progrese terapeutice* (1966), 2, 103; 7.  
STANGL J.: *Gyógyszereink* (1961), 11, 25; 8. THEOBALD G. G. și colab.: *Brit. Med.*  
J. (1948), 2, 123; 9. DU VIGNEAUD V. și colab.: *Biol. Chem.* (1953), 205, 949