

# Профілактика запальних захворювань органів малого таза в жінок, які перенесли внутрішньоматкові втручання з приводу вагітності, що завмерла

**В.І. Пирогова, І.В. Козловський, С.О. Шурпяк**

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

У статті наведено дані оцінки ефективності і безпечності застосування препарату Дистрептаза (ректальні супозиторії) у профілактиці запальних захворювань органів малого таза в жінок із завмерлою вагітністю.

**Ключові слова:** невиношування вагітності, вагітність, що не розвивається, запальні захворювання органів малого таза, Дистрептаза.

У сучасних умовах складної демографічної ситуації в Україні питання втрати вагітності є особливо актуальним і соціально значущим. При цьому проблема викидня, що не відбувся, посідає особливе місце в практиці акушера-гінеколога. Під викиднем, що не відбувся (вагітність, що не розвивається; аборт, що не відбувся; вагітність, що завмерла, missed abortion), розуміють внутрішньоутробну загибель ембріона (плода), яка не супроводжується його мимовільним вигнанням, із затримкою на невизначений час у порожнині матки [1, 3].

Викидень, що не відбувся, складає до 10–20% усіх випадків репродуктивних утрат і майже у третині випадків призводить у наступному до звичного невиношування вагітності [1]. Причини викидня, що не відбувся, численні і часто комплексні, проте в основі всіх процесів лежить порушення формування системи мати–плацента–плід під впливом різних чинників: хромосомні аномалії, гормональні порушення, персистуючі хронічні запальні захворювання репродуктивних органів, автоімунні процеси тощо [2, 6, 7].

Проблема персистуючої інфекції в разі невиношування вагітності складна і дискусійна. За даними літератури, хронічний ендометрит гістологічно верифікується в переважній більшості жінок із завмерлою вагітністю, що дало підставу рекомендувати проведення лікування хронічного ендометриту всім жінкам, які перенесли хоча б одну вагітність, що не розвивалася [3]. Мікробіологічні і морфологічні дослідження ендометрія виявляють наявність хронічного ендометриту і персистенції умовно-патогенних бактерій у майже 70% жінок з інфекційним генезом невиношування. На даний час встановлена відсутність суворо визначених мікроорганізмів, що провокують звичну втрату вагітності. При вагітності, що не розвивається, умовно-патогенні мікроорганізми виявляються у 20% пацієнток, а вірусно-бактеріальні асоціації – у 70%. Проте навіть у разі відсутності прямої специфічної дії інфекційних агентів на плід, морфо-функціональні порушення репродуктивної системи, спричинені персистенцією мікроорганізмів в ендометрії з формуванням хронічного ендометриту, призводять до порушення розвитку ембріона [2, 7].

У структурі гінекологічної патології запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ) посідають провідне місце. Незважаючи на успіхи сучасної медицини, частота гнійно-запальних захворювань жіночих статевих органів не знижується. Цьому сприяє ряд факторів, серед яких суттєву

роль відіграє постійна зміна видів мікроорганізмів, що викликають запальні ускладнення в гінекологічній практиці. Останні десятиліття характеризуються не тільки зміною збудників генітальних інфекцій (на перше місце вийшли представники умовно-патогенної мікрофлори), але й зміною клініки запальних процесів (первинно-латентний перебіг, без клінічних проявів) [6, 8, 10].

На сьогодні спостерігається зміна лідерства бактеріальних збудників гнійно-запальних захворювань жіночих статевих органів. Якщо раніше у спектрі мікроорганізмів переважали стафілококи, то внаслідок широкого впровадження антибіотиків антистафілококової групи на перший план вийшла грамотрицателна флора. Використання нових антибактеріальних засобів, активних до цих збудників, призвело до домінування анаеробної мікрофлори [7, 9]. Останніми роками частіше виявляються грамотрицателні аероби (кишкова паличка, протей, клебсієла, ентерококи) і неклостридіальні анаероби (пептококи, бактероїди). Бактерійно-вірусна контамінація ендометрія є, як правило, наслідком нездатності імунної системи і неспецифічних захисних сил організму (системи комплементу, фагоцитозу тощо) повністю елімінувати інфекційний агент разом з обмеженням його розповсюдження за рахунок активації Т-лімфоцитів (Т-хелперов, природних кілерів) і макрофагів [3, 6]. Захворювання розвивається в разі проникнення у верхні статеві шляхи збудника й за наявності сприятливих умов для його розвитку й розмноження. Ці умови, зокрема, існують у післяабортний період після внутрішньоматкових маніпуляцій, проведених при евакуації вагітності, що не розвивається або перервалася самовільно [5, 7].

На сьогоднішній день тактика ведення пацієнток, які втратили вагітність, залишається однозначно не визначеною. Проте проведення своєчасного лікування і адекватна реабілітація даної категорії пацієнток мають вирішальне значення не тільки в сенсі попередження безпосередніх запальних ускладнень, але й для подальшої реалізації репродуктивної функції і збереження репродуктивного здоров'я в цілому [2, 5].

Профілактика розвитку запальних захворювань органів малого таза в жінок, які перенесли інвазивні втручання в порожнину матки, вимагає комплексного застосування антибактеріальних, протигрибкових, симптоматичних середників, еубіотиків тощо [5, 6, 11]. Однак аналіз лікувальних заходів щодо пацієнток, які перенесли втручання з приводу завмерлої вагітності, свідчить про проблему поліпрагмазії – одночасного призначення значної, не завжди обґрунтованої кількості препаратів. При цьому фармакокінетичний та фармакодинамічний ефекти застосованих медикаментозних середників спрогнозувати важко, а інколи просто неможливо.

Застосування антибактеріальних засобів з профілактичною метою повинно бути обґрунтованим, а показання до їх призначення диференційованими та виваженими. З точки зору принципу розумної достатності, антибактеріальний препа-

рат для профілактики запальних ускладнень повинен мати широкий спектр дії щодо патогенів, які найчастіше зустрічаються, зокрема, аеробних (переважно грамнегативних) та анаеробних бактерій; володіти добрими фармакокінетичними параметрами, високою біодоступністю, достатньо тривалим періодом напіввиведення; мати доведену безпечність та невелику ймовірність побічних дій; мінімально взаємодіяти з іншими препаратами, зокрема анестетиками і анальгетиками [8, 9].

Особливого значення в реабілітації пацієнток після видалення порушеної або завмерлої вагітності набуває застосування максимально ефективних середників, які б дозволили, уникаючи нерационального застосування значної кількості препаратів, забезпечити безпосередню дію їх у вогнищі ураження [5]. Одним із шляхів оптимізації лікування є використання вагінального або ректального шляхів введення лікарських засобів, які дозволяють зменшити дози медикаментозних протизапальних середників при забезпеченні максимально ефективного впливу на вогнище ураження, знизити частоту розвитку побічних системних реакцій, алергізації організму. З огляду на дані принципи доцільним може бути застосування в комплексі профілактичних і лікувальних заходів препарату Дистрептаза, який зумовлює швидкий лізис некротичних мас, відкладень фібрину і тромбів, тим самим сприяє покращенню мікроциркуляції і репарації тканин органів малого таза і доступу антибіотиків і хімотерапевтичних середників в уражені тканини.

**Метою** нашої роботи була оцінка ефективності та безпечності застосування препарату Дистрептаза у профілактиці запальних ускладнень після евакуації вагітності, що не розвивається, та попередженні наступних порушень репродуктивної функції.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводилось на клінічній базі кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО ЛНМУ ім. Данила Галицького у Львівському обласному клінічному перинатальному центрі.

Під спостереженням перебувало 80 жінок віком від 19 до 32 років, які були госпіталізовані після діагностування вагітності, яка не розвивається. Верифікацію вагітності, що завмерла, проводили при ультрасонографії на апараті «Алока SSD 500» (Японія) шляхом трансабдомінального і трансвагінального сканування датчиками з частотою 3,5 і 5 МГц відповідно. Ультразвуковими ознаками викидня, що не відбувся, вважали відсутність пульсації серцевої трубки або серцебиття ембріона; відсутність рухів ембріона; анембріонію; подвійний контур плодового яйця.

Первинно сформований масив жінок методом випадкової вибірки за наявності інформованої згоди пацієнток був розділений на три групи.

I група (основна) – 30 хворих, які в поєднанні зі стандартною терапією отримували препарат Дистрептаза за оригінальною схемою з 2-го дня після евакуації завмерлої вагітності.

II група (порівняння) – 30 хворих, які в поєднанні зі стандартною системною терапією отримували препарат Дистрептаза з 5-го дня після видалення плодового яйця.

III група (контрольна) – 20 пацієнток, які отримували профілактику ЗЗОМТ відповідно до клінічних галузевих протоколів.

Детально вивчався соматичний і репродуктивний анамнез пацієнток. Об'єктивне фізикальне обстеження проводили рутинними методами. Під час гінекологічного дослідження визначали термін вагітності, наявність ознак запальних процесів статевих органів. Клініко-лабораторне обстеження включало проведення загальних аналізів крові та сечі, визна-

чення групи крові і резус-фактора, обстеження на ВІЛ (за інформованої згоди пацієнтки) та сифіліс, біохімічні аналізи крові, гемостазіограму.

Дослідження вагінальної флори проводилося методами світлової мікроскопії; молекулярно-біологічним методом для верифікації інфікування хламідіями, вірусом простого герпесу; бактеріологічного дослідження з кількісним та якісним визначенням мікроорганізмів до проведення внутрішньоматкового втручання і через 28 днів.

У динаміці післяабортного періоду клінічно та ультрасонографічно вивчали динаміку інволюції матки, стан порожнини матки.

Загальноприйнята схема профілактики запальних ускладнень після видалення завмерлої вагітності включала антибактеріальні препарати широкого спектра дії з урахуванням полімікробного пейзажу піхвових виділень (офлоксин 400 мг на добу протягом 7 діб у формі деескалаційної антибіотикотерапії з початком введення перед видаленням завмерлої вагітності), протимікотичні середники (дифлазон 150 мг пероральною однократно), гепатопротектори, препарати метронідазолу (трихопол по 250 мг тричі на добу протягом 5 діб) для пригнічення анаеробної мікрофлори. У разі виявлення хламідійного інфікування призначали азитроміцин курсовими дозами на 14 днів.

Застосування препарату Дистрептаза, до складу якого входять два активних компоненти: стрептокіназа (15 000 МО) та стрептодорназа (1250 МО), після видалення завмерлого плодового яйця має патогенетичне обґрунтування і певні особливості. Стрептокіназа – активатор проензиму плазміногену, який розчиняє згустки крові та покращує мікроциркуляцію у вогнищі запалення. Стрептодорназа – ензим, який розчиняє липкі маси нуклеопротейнів, мертвих клітин, гною, не впливаючи на структуру та функцію живих клітин. Препарат має ферментативну, протизапальну, розсмоктувальну, антитромботичну, анальгезуючу дію, покращує доступ антибіотиків і хімотерапевтичних середників у вогнище запалення.

Курс лікування препаратом Дистрептаза в основній групі та групі порівняння становив 5 діб. Супозиторії вводили глибоко в пряму кишку. У середньому на курс лікування використовували 12 супозиторіїв.

Пацієнтки I групи в комплексі терапії отримували супозиторії Дистрептаза з 2-го дня після проведеної інструментальної евакуації плодового яйця: протягом перших двох днів – 2 рази на добу, у наступні 2 дні – 3 рази на добу і останній день – 2 рази на добу.

Пацієнтки II групи на фоні стандартної профілактики запальних ускладнень отримували супозиторії Дистрептаза з 5-го дня після проведеного інструментального видалення завмерлої вагітності: протягом перших двох днів – 2 рази на добу, у наступні 2 дні – 3 рази на добу і останній день – 2 рази на добу.

Перед застосуванням препарату Дистрептаза всім пацієнткам проводилось ультрасонографічне дослідження для контролю повноти евакуації елементів плодового яйця з порожнини матки. Протягом післяабортного періоду оцінювали кількість і динаміку кров'янистих виділень з піхви.

Ефективність проведених заходів оцінювали за клініко-лабораторним перебігом післяабортного періоду, динамікою гінекологічного статусу та ультрасонографічних параметрів інволюції матки (обстеження на 2, 4 і 6-ту добу після евакуації завмерлої вагітності), станом біоценозу піхви. Досліджували переносимість застосованої терапії.

Статистична обробка результатів досліджень проводилась з використанням комп'ютерних програм «Statistica 6.0» та «Excel 5.0». Відмінності вважали вірогідними при  $p < 0,05$ .

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ  
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Середній вік пацієнок становив 25,2±3,8 року і не мав вірогідної відмінності між групами.

Тяжка соматична патологія не виявлена ні в одній з обстежених пацієнок, однак у 25 (31,3%) були екстрагенітальні захворювання: пієлонефрит (15%), хронічний гастрит (13,8%), дифузний еутиреоїдний зоб (18,8%), хронічне обструктивне захворювання легень (11,3%).

Пізнє менархе, порушення менструального циклу, альгодисменорея до вагітності відзначали 36,3% жінок. Для 23,8% пацієнок характерним був ранній (15–18 років) початок статевих життів.

Повторнонавагітних було більше половини – 48 (60%). Репродуктивний анамнез був обтяженим у 39 (48,8%) пацієнок. Пологи в анамнезі мали 23 (47,9%) жінки, з них операцію кесарева розтину перенесли 9 (39,1%); перервали першу вагітність шляхом артифіційного або медикаментозного абортів 9 (21,95%); самовільний викидень у I триместрі вагітності був у 16 (39%); пізній викидень – у 8 (16,7%); вагітність, що не розвивається, – у 9 (21,95%). Насторожуючим фактом є те, що вагітність, яка не розвивається, діагностована у 32 (40%) уперше вагітних. Отже із пацієнок, включених у дослідження, переважна більшість (71,3%) не реалізувала свою репродуктивну функцію.

Аналіз перенесених від початку статевого життя до даної вагітності гінекологічних захворювань показав, що кожна друга жінка (50%) перенесла запальні процеси статевих органів різної локалізації. У структурі гінекологічних захворювань

переважали запальні захворювання нижніх відділів генітального тракту (кольпіт, бактеріальний вагіноз, фонові захворювання шийки матки), сальпінгоофорит перенесли 8 (10%) жінок, лікування з приводу урогенітального хламідіозу – 11 (13,8%).

У 25 (31,3%) вагітність, що не розвивається, діагностовано в гестаційному терміні 10–12 тиж, при цьому завмирання вагітності за даними ультразвукографії відбулося від 7 до 14 днів тому (розміри плодового яйця відповідали в середньому 8,8±1,4 тиж вагітності). У 55 (68,7%) пацієнок ультразвукографічні параметри на момент верифікації діагнозу відповідали в середньому 15,4±2,2 тиж, тоді як гестаційний термін на момент обстеження мав бути від 17 до 20 тиж.

Під час госпіталізації більшість жінок – 47 (58,8%) або зовсім не виявляли скарг, або скарги мали неспецифічний характер. Біль унизу живота різної інтенсивності, кров'янисті виділення зі статевих органів як прояви загрози або розпочатого переривання вагітності були в 11 (13,8%) спостереженнях (табл. 1).

Нормальна мікрофлора піхви в жінок репродуктивного віку є одним з показників здоров'я, оскільки відіграє значну роль у підтримці мікроекологічного статусу. Взаємодія між представниками нормальної мікрофлори і клітинами вагінального епітелію здійснюється на клітинному і молекулярному рівнях і постійно контролюється рядом систем макроорганізму. Порушення нормального біоценозу піхви були виявлені у всіх обстежених пацієнок із завмерлою вагітністю. Відзначались низькі показники контамінації слизових оболонок лактобацилами ( $10^2$ – $10^4$  КУО/мл), не виділено лактобацили у 21 (13,8%) пацієнтки із всіх груп.

Таблиця 1

**Основні скарги обстежених жінок (n=80)**

Клінічні прояви	Абс. число	%
Відсутність скарг	47	58,8
Переймоподібний біль унизу живота	5	6,3
Ниючий біль унизу живота	6	7,5
Зникнення "симптомів вагітності" (нудота, набряк грудей)	21	26,3
Субфебрильна температура тіла	8	10
Кров'янисті виділення зі статевих органів	11	13,8

Таблиця 2

**Показники мікробіоценозу піхви в обстежених жінок до евакуації вагітності, що не розвивається (кількість виділених штамів)**

Мікроорганізм	Групи			
	I (n=30)	II (n=30)	III (n=20)	Всього (n=80)
Enterobacterium spp.	11 (36,7%)	10 (33,3%)	7 (35%)	28 (35%)
Streptococcus spp.	5 (16,7%)	7 (23,3%)	4 (20%)	16 (20%)
Staphylococcus spp.	5 (16,7%)	6 (20%)	4 (20%)	15 (18,8%)
Gardnerella vaginalis	12 (40%)	9 (30%)	7 (35%)	28 (35%)
Eubacterium spp.	8 (26,7%)	9 (30%)	6 (30%)	23 (28,8)
Peptostreptococcus spp.	7 (23,3%)	8 (26,7%)	4 (20%)	19 (23,8%)
Mobiluncus spp.	6 (20%)	5 (16,7%)	3 (15%)	14 (17,5%)
Mycoplasma genitalium	5 (16,7%)	5 (16,7%)	3 (15%)	13 (16,3%)
Ureaplasma urealyticum	2 (6,7%)	3 (10%)	1 (5%)	6 (7,5%)
Candida spp.	11 (36,7%)	15 (50%)	8 (40%)	34 (42,5%)
Fusobacterium spp.	3 (10%)	5 (16,7%)	2 (10%)	10 (12,5%)
Lactobacillus spp.	22 (73,3%)	23 (76,7%)	14 (70%)	59 (73,8%)

Клінічний перебіг післяабортного періоду

Групи	I група, n=30				II група, n=30				III група, n=20			
	1	2	3	6	1	2	3	6	1	2	3	6
Переймоподібний біль унизу живота, бал	5	2	0	0	5	3	2	0	6	6	7	9
Температура тіла, С°	37,2	N	N	N	37,3	N	N	N	37,3	37,5	N	37,8 (30 % хворих)
Введення спазмолітичних і знеболювальних засобів	-	-	-	-	+	+	+	-	+	+	+	+ та введенням препаратів, що посилюють скоротливу діяльність матки

У цілому якісні показники контамінації піхви асоціаціями аеробних і анаеробних умовно-патогенних мікроорганізмів у жінок сформованих груп значимо не відрізнялись (табл. 2).

Кількісна оцінка росту виділених мікроорганізмів показала, що масивне обсеменення слизової оболонки піхви ( $10^4$ – $10^6$  КУО/мл) було у 8 (26,7%) пацієток I групи, у 10 (33,%) – II групи і у 6 (30%) – III групи.

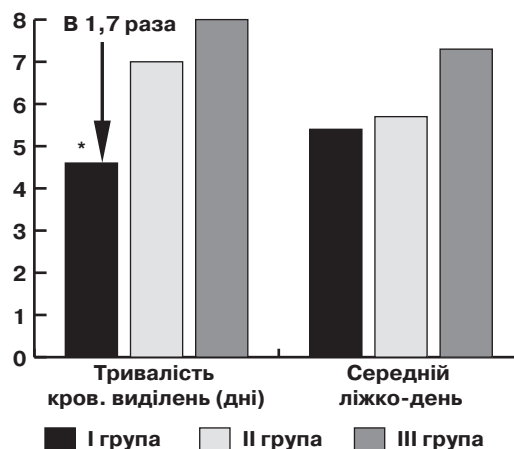
Значна контамінація слизової оболонки піхви патогенними і умовно-патогенними мікроорганізмами, виявлена у обстежених жінок із вагітністю, що завершила, є чинником ризику виникнення запальних ускладнень.

Хламідійне інфікування методом полімеразно-ланцюгової реакції діагностовано в 5 (16,7%) жінок I групи, у 2 (6,7%) – II групи і у 2 (10,0%) – III групи.

Усім пацієткам з викиднем, що не відбувся, була проведена процедура видалення плодового яйця з подальшим гістологічним дослідженням отриманих матеріалів.

У 39 (48,8%) випадках у базальному шарі ендометрія виявлялись дистрофічні зміни маткових залоз, іноді з елементами некрозу, виражена фіброblastна трансформація елементів стромы, явища мальформації ендометріальних судин (прекапілярів, венул, лімфатичних комунікацій), тромбоваскуліту з організацією тромбів і облітерацією судин, що є характерним для хронічного ендометриту. Серед елементів помірно вираженої запально-клітинної інфільтрації переважали лімфоцити і макрофаги. Аналогічні запально-дистрофічні зміни виявлялись у 43 (53,8%) випадках в елементах хоріона і плаценти.

Аналіз клінічного перебігу післяабортного періоду засвідчив, що у пацієток II і III груп спостерігався протягом перших трьох діб виражений переймоподібний біль унизу живота, що вимагало введення спазмолітичних і знеболювальних засобів. Інтенсивність кров'янистих виділень з піхви у цих групах до 6-ї доби не перевищувала допустимого (3 менструальні прокладки на добу) в перші 2 дні; у подальшому зменшення до двох прокладок на добу протягом 4 діб, однак у 6 (30%) пацієток III групи на 6-ту добу внаслідок затримки виділень на тлі субінволюції матки було підвищення температури тіла, посилення больового синдрому, які були куповані введенням препаратів, що посилюють скоротливу діяльність матки, і спазмолітиків (табл. 3). Загальна три-



(\* $p < 0,05$  порівняно із III групою)

Тривалість кров'янистих виділень з піхви і середній ліжко-день у післяабортний період (дні)

валість кров'янистих виділень з піхви у II групі становила  $7,03 \pm 0,57$  доби, а у третій групі –  $8,05 \pm 0,57$  доби.

У разі початку застосування Дистрентази з 2-ї доби після інструментальної ревізії порожнини матки (I група) було виявлено незначне збільшення інтенсивності кров'янистих виділень у перший день (до 4–5 менструальних прокладок за добу), однак тривалість кров'янистих виділень зменшилась до  $4,63 \pm 0,53$  доби ( $p < 0,05$  порівняно із III групою) (малюнок).

Ультрасонографічний контроль швидкості інволюції матки (обстеження на 2, 4 і 6-ту добу після евакуації заведеної вагітності) показав, що позитивна динаміка зменшення розмірів матки, формування шийки матки і порожнини матки більш виражена у пацієток I групи (табл. 4).

Лабораторні показники клінічних аналізів крові, сечі, коагулограми у пацієток усіх груп протягом періоду спостереження були в межах норми. На тлі терапії, що проводилась, проявів запальних ускладнень не зафіксовано ні в одній групі. Середній ліжко-день у III групі становив  $7,3 \pm 1,5$ , у I і II групах відповідно  $5,4 \pm 0,3$  і  $5,7 \pm 0,6$  доби (див. малюнок).

Таблица 4

Швидкість інволюції матки (УЗ критерії)

Групи	1 група, n=30			2 група, n=30			3 група, n=20		
	2	10	20	2	10	20	2	10	20
Ширина тіла матки, мм	72,3±31,1	61,4±23,6	45,2±14,2	73,4±32,1	65,2±24,6	49,2±15,4	72,3±30,3	66,3±24,2	55,2±14,4
Передньо-задній розмір, мм	63,2±25,5	53,3±16,1	45,4±7,6	62,6±24,2	54,2±16,3	48,6±8,3	63,3±24,2	57,4±14,2	51,7±8,5
Довжина тіла матки, мм	112,3±39,1	95,4±24,6	80,3±14,2	114,3±39	96,5±24,6	83,3±15,5	112,2±40	99,3±23,5	85,4±16,2

Відновлення менструальної функції

Групи	I група, n=30	II група, n=30	III група, n=20
Доба початку менструації	26,3±1,2	26,5±1,5	22,3±0,5*
Нормалізація менструального циклу	N	N	гіперполіменорея та виражена альгодисменорея

\* Примітка: – прояви гіперполіменореї і вираженої альгодисменореї були у 5 (25%) пацієнток III групи.

У жінок I і II груп через місяць після видалення завмерлої вагітності показники бактеріальної флори наближались до стану нормоценозу, однак виявлялась недостатність пула лактобацил, яка була відкоригована призначенням еубіотиків. Більш виражені явища дисбіозу з переважанням виділення грибів *Candida* були в 5 (25%) жінок III групи з наявністю симптоматики (печіння, свербіж), що вимагало призначення етіотропної місцевої терапії.

Відновлення менструальної функції спостерігалось у пацієнток I групи через 26,3±1,2 дня, II групи – через 26,5±1,5 дня, у той час як у 5 (25%) пацієнток III групи було вкорочення менструального циклу до 22,3±0,5 дня з проявами гіперполіменореї і вираженою альгодисменореєю (табл. 5).

Побічні явища, пов'язані із застосуванням ректальних свічок Дистрептаза, нами не спостерігались, 90% хворих оцінили переносимість препарату як відмінну, 10% – як добру.

### ВИСНОВКИ

Проведені дослідження показали, що включення Дистрептази в комплекс ранніх реабілітаційних заходів у жінок із вагітністю, що завмерла, сприяє пришвидшенню процесів інволюції матки і відновленню нормобіоценозу нижніх відділів генітального тракту, зменшує тривалість перебування пацієнток у стаціонарі, ефективно профілактує виникнення розладів менструальної функції і альгодисменореї.

Застосування Дистрептази з 2-го дня після евакуації завмерлої вагітності є безпечним, не загрожує виникненням кровотечі за умови ретельного видалення елементів вагітності, що завмерла, з порожнини матки.

### Профилактика воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин, которые перенесли внутриматочные вмешательства вследствие замершей беременности V.I. Pirogova, I.V. Kozlovskiy, S.O. Shurpyak

В статье приведены данные оценки эффективности и безопасности использования препарата Дистрептаза (ректальные суппозитории) в профилактике воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин с замершей беременностью.

**Ключевые слова:** невынашивание беременности, замершая беременность, воспалительные заболевания органов малого таза, Дистрептаза.

### Preventive Treatment of Inflammatory Diseases of Pelvic Organs of Women with Intrauterine Surgery because of Missed Miscarriage V.I.Pirogova, I.V. Kozlovskiy, S.O. Shurpyak

The article deals with the findings of the effectiveness and safety of preparation Distreptasa (rectal suppository) for preventive treatment of inflammatory diseases of pelvic organs of women with missed miscarriage.

**Key words:** miscarriage, missed miscarriage, inflammatory diseases of pelvic organs, Distreptasa.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Агаркова И.А. Неразвивающаяся беременность: вопросы этиологии и патогенеза // Гинекология. – 2010. – Т. 12, № 5.
2. Долгая Г.В. Реабилитация женщин, перенесших несостоявшийся выкидыш / Г.В. Долгая, Г.У. Асымбекова // Материалы международной конференции, посвященной вопросам контрацепции и планирования семьи. – Сербия, Белград, – 2009.
3. Инфекционные аспекты неразвивающейся беременности и методы профилактики послеабортных эндометритов / А.В. Шаклеин и соавт. // Бюллетень СО РАМН. – 2003. – № 4 (110). – С. 79–82.
4. Подольский В.В. Хронические воспалительные заболевания половых органов – основная угроза репродуктивному здоровью / В.В. Подольский, В.Л. Дронова // Doctor. – 2001. – № 5 (9). – С. 18–20.
5. Профилактика инфекционных осложнений у женщин с неразвивающейся беременностью в первом триместре / М.Е. Шляпников, Л.Д. Соловова, В.И. Меркулова и соавт. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2010. – 9 (6). – С. 42–46.
6. Сидорова И.С. Принципы лечения воспалительных заболеваний половых органов / И.С. Сидорова, Н.А. Шешукова // Акуш. и гинекол. – 2007. – № 4. – С. 65–68.
7. Тихомиров А.Л. Значение адекватной антибактериальной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза для сохранения репродуктивного женского здоровья // Трудный пациент. – 2010. – № 1–2.
8. Тихомиров А.Л. Современная рациональная фармакотерапия воспалительных заболеваний женских половых органов / А.Л. Тихомиров, С.И. Сарсания // Здоровье женщины. – 2010. – № 2 (48). – С. 3–6.
9. Чеснокова А.А. Лекарственная устойчивость возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний у беременных / А.А. Чеснокова, Б.Ф. Мазорчук, И.В. Яцки // Клинічна та експериментальна патологія. – 2008. – 7, № 3. – С. 1–8.
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010 // MMWR Recomm Rep. – 2010. – Т. 59, № 1.
11. Eiko E. Petersen. Infections in Obstetrics and Gynecology: Textbook and Atlas. – New York: Thieme, 2006. – 260 p.

# ДИСТРЕПТАЗА

СТРЕПТОКИНАЗА 15 000 МЕ + СТРЕПТОДОРНАЗА 1250 МЕ



**УНИКАЛЬНИЙ ДУЕТ, ПОБЕЖДАЮЩИЙ ВОСПАЛЕНИЕ, СПАЕЧНУЮ БОЛЕЗНЬ, БЕСПЛОДИЕ!**

## ПРЕИМУЩЕСТВА:

- значительно повышает эффективность лечения ВЗОМТ (95,4%);
- усиливает действие АБ и других лекарственных средств;
- сокращает сроки терапии (на 34%);
- уменьшает рецидивы;
- предупреждает и лечит спаечный процесс, бесплодие;
- обладает отличной переносимостью и высоким уровнем безопасности (98%).

- купирование боли и синдрома в 2 раза быстрее;
- ликвидация диспепсических явлений в 3 раза быстрее;
- случаи дисменореи в 2 раза реже;
- рецидивы признаков воспаления по данным УЗИ в 9 раз быстрее.

## ПОКАЗАНИЯ:

- острые и хронические воспаления придатков матки;
- эндометриты;
- послеоперационные инфильтративные поражения органов малого таза;
- профилактика спаечного процесса при любых оперативных вмешательствах;
- геморрой; парапроктит; периректальные свищи; гнойные каудальные кисты.



Производитель:  
BIOMED (SRL) (Италия)  
ИНДИАКТИВОН ЛТД (Литва)

Представительство «Альпа Фарма АГ» (Швейцария) в Украине  
г. Киев, Пушпа Борща, ул. Леопаля, 30 а, 04070, +380 44 481 8 108  
[www.alpafarma.com](http://www.alpafarma.com)

© Альпа Фарма АГ 2018