

Профілактика ускладнень та післяабортна реабілітація жінок репродуктивного віку

О.М. Гопчук, Т.В. Герасимова

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

Висока материнська і перинатальна смертність, невиношування, ускладнення вагітності та пологів, погіршення здоров'я нації в цілому – неповний перелік наслідків штучного абортів. На сучасному етапі особливу увагу необхідно звернути на профілактику саме запальних ускладнень, що передбачає застосування нестероїдних протизапальних засобів та антибактеріальних препаратів широкого спектра дії, до яких належать у тому числі хінолони.

Ключові слова: аборт, ускладнення, реабілітація, профілактика, лікування, Цифран СТ.

Незважаючи на доступність і поширеність контрацептивних засобів штучне переривання вагітності так само залишається широко застосовуваним методом регулювання народжуваності, що тягне за собою низку несприятливих наслідків і ускладнень, частота яких залишається високою, досягаючи 30%, а у першовагітних – 45%. Висока материнська і перинатальна смертність, невиношування, ускладнення вагітності та пологів, погіршення здоров'я нації в цілому – неповний перелік наслідків штучного абортів [1].

Як і будь-яке хірургічне втручання, інструментальне переривання вагітності часто супроводжується значним стресом, що призводить до розвитку у жінок, особливо підлітків, різних невротичних та психоемоційних розладів. Основні ускладнення при проведенні абортів можна розділити на ранні, що виникають під час виконання цієї операції або в найближчі години після неї, і пізні – у віддалені терміни.

Одним з найбільш частих наслідків абортів (ранніх післяабортних ускладнень) – є ендометрит. Ранній ендометрит (виділення гнійного характеру; хворобливі відчуття різної інтенсивності; кровотечі; загальне нездужання) вимагає негайного звернення до фахівця. Уже на 8–10-й день хвороба може перейти в хронічну форму, що супроводжується зменшенням вираженості або зникненням ознак гострої стадії. Латентний перебіг, як відомо, приносить лише зовнішнє поліпшення, у той час як слизова оболонка матки продовжує надаватися структурним перетворенням, що спричинює більш поширені патологічні процеси. Частим ускладненням їх безконтрольного прогресування стає розвиток ендометріозу, що служить причиною різних порушень менструального циклу з ризиком розвитку подальшого безпліддя та невиношування вагітності.

Так само, до ранніх ускладнень хірургічного абортів можна віднести:

- розриви шийки матки, що виникають при її підвищеній ригідності, особливо у жінок, що не народжували, в подальшому це може бути причиною розвитку ектропіону і анатомічної істміко-цервікальної недостатності, що зумовлює невиношування вагітності;
- залишки плодового яйця при неповному спорожненні матки;
- гематометру в результаті порушення скоротливої здатності міометрія або спастичного скорочення м'язів області внутрішнього зів'язу шийки матки;
- перфорація матки – найбільш серйозне ускладнення, яке може відбутися в будь-який момент проведення медично-

го абортів; при зондуванні порожнини матки або в момент розширення каналу шийки матки розширювачами Гегара, при грубому маніпулюванні в порожнині матки кюреткою, абортангом і навіть трубкою вакуум-екскохлеатора. Іноді перфорація матки супроводжується пораненням великих маткових судин, сечового міхура, сечоводу і кишечника. Перфорація матки (особливо своєчасно не діагностована) може стати причиною розвитку параметриту, пельвіоперитоніту, розлитого перитоніту, сепсису.

До пізніх ускладнень і наслідків абортів відносять:

- запальні захворювання жіночих статевих органів (ендометрит, сальпінгофорит, перитоніт, сепсис та ін.);
- порушення менструальної функції (частіше за типом олігоменореї, аменореї, гіперпролактинемії, розвитку вторинного синдрому полікістозних яєчників і т.д.);
- порушення репродуктивної функції (невиношування вагітності, безпліддя) внаслідок дисфункції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи та запальних захворювань статевих органів;
- розвиток хоріонкарциноми – рідкісне, але грізне ускладнення абортів;
- підвищений ризик ускладнень під час наступної вагітності (спонтанні аборти, передчасні пологи, несвоєчасне вилиття навколоплідних вод, слабкість пологової діяльності, порушення процесу відділення посліду, кровотеча в послідовий і ранній післяпологовий періоди та інші), що зумовлено ушкодженням рецепторного апарату матки та порушенням гіпоталамо-гіпофізарних взаємовідносин;
- підвищений ризик перинатальної патології. Діти від матерів зі штучним абортів в анамнезі частіше народжуються в стані асфіксії, з порушеннями мозкового кровообігу та іншими захворюваннями. Це призводить до збільшення дитячої захворюваності та смертності;
- материнська смертність є самим тяжким наслідком абортів.

У структурі її причин аборт посідає одне з провідних місць. На сучасному етапі штучний аборт за показаннями може бути виконано такими методами, як хірургічне втручання, вакуум-аспірація, медикаментозне переривання.

Хірургічний аборт. У кінці XIX століття, в період широкого впровадження асептики й антисептики, Гегаром були запропоновані розширювачі з ебоніту і металу, які застосовують і сьогодні, хоча вони мають низку недоліків, наприклад, велику різницю в діаметрі. Це є не тільки причиною болючого розширення каналу шийки матки, але і розривів циркулярних м'язових волокон органа, що призводить у подальшому до істміко-цервікальної недостатності. Крім того, частота перфорації матки розширювачами Гегара становить близько 10–15% від загального числа цих ускладнень, і подальше вишкрібання стінок порожнини матки кюреткою є травматичною процедурою.

Міні-аборт. Метод вакуум-аспірації заснований на створенні рівномірного негативного тиску в порожнині матки, що призводить до мимовільного відділення плодового яйця, незалежно від його локалізації. У зв'язку з цим аборт за допомогою вакуум-аспірації в ранні терміни вагітності є більш щадною опе-

Класифікація хінолонів/фторхінолонів [4]

Покоління	Препарат	Спектр активності
I – нефторовані хінолони	Налідиксова кислота Оксолінова кислота Піпемідова кислота	В основному грамнегативна мікрофлора (родина <i>Enterobacteriaceae</i>)
II – «грамнегативні» фторхінолони	Норфлоксацин Ципрофлоксацин Пефлоксацин Офлоксацин Ломефлоксацин	Грамотрипна мікрофлора, <i>S. aureus</i> , низька активність проти <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Chlamydia pneumoniae</i>
III – «респіраторні» фторхінолони	Левовфлоксацин Спарфлоксацин	Активність проти <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Chlamydia pneumoniae</i>
IV – «респіраторні» + «антианаеробні» фторхінолони	Тровафлоксацин Клінафлоксацин Моксифлоксацин	Активність проти <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , анаеробів

рацією, ніж хірургічний аборт за 8–12-тижневої вагітності. Безпека нанесення механічної травми при даному методі значно менше, оскільки стінки матки при невеликому терміні вагітності більш пружні та еластичні, а порожнина матки ще мало збільшена. Крім того, переривання вагітності в ранні терміни призводить до значно менш вираженої гормональної перебудови організму, що є серйозним ускладненням штучного абортів. Перевагами міні-абортів є також простота і нетривалість самої операції, можливість її проведення в амбулаторних умовах.

Медикаментозний аборт. Одним із сучасних безпечних методів є медикаментозне переривання вагітності на ранніх термінах шляхом застосування біологічно активних речовин. У даний час для цього застосовують міфепристон – таблетований синтетичний стероїдний препарат, конкурентний інгібітор прогестерону. Зв'язуючись з прогестероновими рецепторами, міфепристон блокує дію прогестерону. При цьому відновлюється чутливість міометрія до окситоцину, потенціюється дія простагландинів, що посилює скоротливу активність міометрія і призводить до переривання вагітності. Міфепристон використовують для медикаментозного переривання маткової вагітності ранніх строків.

Ефективність міні-абортів істотно не відрізняється від медикаментозного, складаючи 96–98%. Прогресування вагітності і неповний аборт може спостерігатися після міні-абортів також у 3–4% випадків, залишки плодового яйця після хірургічного абортів – у 2–3% пацієнток. Однак ступінь травматичності цих методів переривання вагітності і частота ускладнень після їхнього застосування різні. Результати гістологічного дослідження абортівного матеріалу свідчать, що найменш травматичним є медикаментозний аборт, оскільки відторгнення збереженого хоріального мішка відбувається за рахунок утворення ретрохоріальної гематоми без пошкодження парієтального і базального шарів ендометрія [2].

Під час міні-абортів відбувається роздроблення частин зародка, хоріального мішка, що оточують ворсини, із залученням до цього процесу прилеглого ендометрія на значну його глибину, із захопленням спонгіозного шару маткових залоз. Крім екстазованих залоз із секретом в просвітах, у глибоких шарах ендометрія виявляють багато спіральних артерій, розриви яких супроводжуються рясною матковою кровотечею.

При хірургічному аборті спостерігається глибоке пошкодження стінок порожнини матки. У абортівному матеріалі визначають фрагменти перехідної зони ендометрія в міометрій, де розташовуються залози камбіального шару і ділянки прилеглого міометрія. Це свідчить про те, що при інструментальному вишкрібанні стінок порожнини матки, крім видалення функціонального шару ендометріальних залоз, видаляють також камбіальні глибокі залози, розташовані на кордоні з міометрієм, а також травмуються прилеглі шари міометрія або матково-плацентарної області.

Значна травматичність хірургічного абортів зумовлює більшу частоту ускладнень, особливо за наявності таких факторів ризику, як хронічні запальні захворювання статевих органів, ПСШ, рубець на матці, міома матки, дисфункція яєчників, неодноразові внутрішньоматкові втручання в анамнезі, юний вік при першій вагітності [3].

Яким би щадним не був спосіб переривання вагітності, він все одно є серйозною психологічною та фізичною травмою, гормональним стресом і завжди має ризик розвитку серйозних ускладнень. Тому реабілітація жінок, особливо першовагітних, які перенесли штучний аборт, є дуже важливим медичним завданням.

На сучасному етапі особливо увагу необхідно звернути на профілактику саме запальних ускладнень.

Показаннями для проведення профілактичних заходів є:

- після медикаментозного абортів – виявлення до переривання вагітності ПСШ, кольпіту, бактеріального вагінозу;
- після міні-абортів – хронічні запальні захворювання статевих органів; рубець на матці; посилання на неодноразові внутрішньоматкові втручання в анамнезі;
- після хірургічного абортів – у всіх випадках.

Профілактика запальних ускладнень передбачає застосування нестероїдних протизапальних засобів та антибактеріальних препаратів широкого спектра дії, до яких належать хінолони, які з невеликої групи препаратів, що використовували для лікування інфекцій сечовивідних шляхів (СШ), перетворилися на один з домінуючих класів антибіотиків.

Протягом понад 20 років налідиксова кислота і її похідні використовували тільки для лікування інфекцій СШ. Друга хвиля розвитку хінолонів пов'язана з появою фторованих сполук з набагато більш високою активністю щодо широкого спектра грамнегативних мікроорганізмів, деяких грампозитивних збудників (*Staphylococcus aureus*), з поліпшеною фармакокінетикою, появою форм для парентерального введення і внаслідок цього розширенням показань для застосування.

«Золотим стандартом» хінолонів II покоління став ципрофлоксацин, який з великим успіхом використовують для лікування багатьох інфекцій. До недоліків препаратів цього покоління слід віднести низьку активність щодо пневмококів, хламідій, мікоплазм і анаеробів.

Ці недоліки були подолані при розробленні нових фторхінолонів III–IV поколінь (таблиця). Одним з перших препаратів цієї групи був левофлоксацин, активність якого проти пневмококів і атипичних збудників перевершувала попередні фторхінолони.

Подальші модифікації хімічної структури привели до появи сполук, активних також відносно анаеробів. Однак багато нових розроблених препаратів були швидко відкликані з ринку внаслідок розвитку тяжких небажаних реакцій. Одним із комбінованих фторхінолонів II покоління є препарат

Цифран® СТ (1 таблетка містить ципрофлоксацину 500 мг та Тинідазол ВР 600 мг).

Цифран СТ – комбінований препарат, призначений для терапії мікст-інфекцій, що спричинені анаеробними та аеробними мікроорганізмами.

Тинідазол ефективний проти анаеробних мікроорганізмів, таких, як *Clostridium difficile*, *Clostridium perfringens*, *Bacteroides fragilis*, *Peptococcus* і *Peptostreptococcus anaerobius*. Анаеробні мікроорганізми зумовлюють захворювання органів черевної порожнини, малого таза, легенів та органів ротової порожнини. При анаеробній інфекції найчастіше присутня суміш анаеробних і аеробних бактерій. Тому при змішаній анаеробній інфекції до терапії додають антибіотик, активний проти аеробних бактерій.

Ципрофлоксацин характеризується широким спектром антибактеріальної дії. Швидкий бактерицидний ефект забезпечується внаслідок пригнічення бактеріального ферменту ДНК-гірази, який належить до топоізомераз II і IV типів. Результатом такого пригнічення є порушення об'ємної структури ДНК бактерій та робить неможливим подальший поділ бактеріальних клітин. Препарат виявляє активність відносно широкого спектра мікроорганізмів: *E.coli*, *Klebsiella* spp., *S.typhi* та інших штампів *Salmonella*, *P.mirabilis*, *P.vulgaris*, *Yersinia enterocolitica*, *Ps.aeruginosa*, *Shigella flexneri*, *Shigella sonnei*, *H.duceyri*, *N.influenzae*, *N.gonorrhoeae*, *M.cattarrhalis*, *V.cholerae*, *B.fragilis*, *Staph.aureus* (включаючи метицилінстійкі штами, *Staph.epidermidis*, *Strep. pyogenes*, *Strep. pneumoniae*, *Chlamidia*, *Mycoplasma*, *Legionella* та *Mycobacterium tuberculosis*.

При пероральному застосуванні ципрофлоксацин швидко та майже повністю всмоктується, досягаючи піку концентрації у плазмі через 1–2 год після застосування. Абсолютна біодоступність становить майже 70%. За умов вживання разом із їжею абсорбція ципрофлоксацину сповільнюється. Приблизно 20–40% ципрофлоксацину зв'язується з протеїнами сироватки. Ципрофлоксацин добре проникає у рідкі середовища та тканини організму: легені, шкіру, жирову, м'язову та хрящову тканини, а також кісткову тканину в органи сечовидільної системи. Препарат виявляється у високих концентраціях у слині, слизові носової порожнини і бронхів, спермі, лімфі, перитонеальній рідині, жовчі. Частково ципрофлоксацин метаболізується печінкою. Близько 50% від вживаної дози виводиться в незміненому вигляді із сечею, а також 15% – у вигляді активних метаболітів, таких, як оксоципрофлоксацин. Інша частина дози виводиться із жовчю, частково всмоктується повторно. Близько 15–30% ципрофлоксацину виводиться із калом. Період напіввиведення близько 3,5–4,5 год.

Застосування Цифрану СТ після переривання вагітності рекомендовано за такими схемами:

– після медикаментозного абортів та міні-абортів за наявності факторів ризику післяабортних ускладнень (виявлення до переривання вагітності кольпіту, бактеріального вагінозу, ПСШ та ін.) призначення препарату Цифран СТ 500/600 мг: 1 таблетка – 2 рази на добу, курс лікування – 5 днів;

**Профилактика осложнений и постабортная реабилитация женщин репродуктивного возраста
Е.Н. Гопчук, Т.В. Герасимова**

Высокая материнская и перинатальная смертность, невынашивание, осложнения беременности и родов, ухудшение здоровья нации в целом – неполный перечень последствий искусственного аборта. На современном этапе особое внимание необходимо обратить на профилактику воспалительных осложнений, предусматривающую применение нестероидных противовоспалительных препаратов и антибиотиков широкого спектра действия, к которым относятся в том числе хинолоны.

Ключевые слова: аборт, осложнения, реабилитация, профилактика, лечение, Цифран СТ.

– після хірургічного абортів – проведення профілактичного курсу антибактеріальної терапії із застосуванням препарату Цифрану СТ 500/600 мг протягом 5–10 днів.

Препарат застосовують всередину, після споживання їжі, запиваючи достатньою кількістю води.

Крім профілактики запальних станів необхідно здійснювати профілактику гормональних порушень. З метою профілактики порушень менструального циклу після переривання вагітності різними способами показано призначення комбінованих оральних контрацептивів (КОК). З урахуванням темпів відновлення ендометрія і змін гормонального статусу після різних методів переривання вагітності рекомендується диференційована гормональна корекція. Після медикаментозного та міні-абортів доцільне застосування мікродозованих КОК останнього покоління. У цих випадках оптимальним є призначення мікродозованих КОК, що містять 20 мкг етинілестрадіолу і 150 мкг дезогестрелу. Після хірургічного абортів рекомендується призначення монофазних КОК з дещо більшим вмістом естрогенного компонента не менше 6 міс. Таким вимогам найбільше відповідають низькодозовані КОК, що містять 30 мкг етинілестрадіолу та 150 мкг дезогестрелу. Завдяки низькому вмісту гормонів і високоефективному гестагенному компоненту ці препарати не чинять анаболічну, андрогенну дію, не впливають на ліпідний спектр крові і артеріальний тиск. Крім того, застосування низькодозованих КОК є ефективним при дисменореї і передменструальному синдромі, андрогензалежних змінах шкіри (акне, себорея, гіпертрихоз). Кращим є призначення КОК в день абортів; в будь-якому випадку першу таблетку слід вжити не пізніше 5-го дня після операції, що забезпечує контрацептивний ефект вже в першому циклі. За неможливості раннього застосування КОК (у випадках проведення протизапальної терапії) у перший місяць після абортів рекомендують використовувати бар'єрні методи (презерватив разом зі сперміцидами). Застосування гормональної контрацепції після абортів сприяє реабілітації функції гіпоталамо-гіпофізарної системи жінок і відновленню менструального циклу.

Додаткові профілактичні і реабілітаційні заходи планує лікар індивідуально для кожної жінки залежно від наявності супутніх факторів та захворювань.

ВИСНОВКИ

Реабілітацію репродуктивної функції жінок слід здійснювати на всіх етапах надання медичної допомоги: до проведення абортів, під час переривання вагітності, в ранній та віддаленій післяабортний періоди. Ефективна протизапальна та антибактеріальна терапія може бути запорукою запобігання розвитку тяжких післяабортних ускладнень. Цифран СТ – комбінований препарат нового покоління, що володіє високою активністю щодо збудників запальних процесів статевих шляхів, завдяки оптимальній фармакокінетиці є зручним у застосуванні (пероральне вживання незалежно від їжі 2 рази на добу), при поліетіологічних інфекціях (у гінекології, абдомінальній хірургії та ін.) забезпечує зручну монотерапію/профілактику.

**Prevention of complications and post-abortion rehabilitation of women of reproductive age
E.N. Gopchuk, T.V. Gerasimova**

High maternal and perinatal mortality, miscarriage, complications of pregnancy and childbirth, deterioration of health of the nation as a whole - a partial list of the effects of artificial abortion. At the present stage, special attention should be paid to prevent inflammatory complication that involves the application of NSAID and antibacterial broad-spectrum drugs, which include hinolons.

Key words: abortion, complications, rehabilitation, prevention, treatment, Cifran ST.

Сведения об авторах

Гопчук Елена Николаевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: gopchuk@gmail.com

Герасимова Талина Викторовна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: geratalina@yandex.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Безпечний аборт: рекомендації для систем охорони здоров'я з питань політики і практики, 2004, Всесвітня організація охорони здоров'я.
2. Наказ МОЗ України «Про затвердження Інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності, форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення», № 183 від 25.03.2009.
3. Інформація для жінок про медикаментозний аборт, The International Consortium for Medical Abortion (ICMA) Information Package on Medical Abortion.
4. Бондарева Н.С. Новые фторхинолоны: особенности антимикробного действия и фармакокинетика / Н.С. Бондарева, С.В. Буданов // Антибиотики и химиотерапия, 2008. – Т. 43, № 8. – С. 28–33.
5. Яковлев В.П. Применение цифрана / В.П. Яковлев, Л.А. Блатун, А.М. Светухин // Медико-фармац. журн. – 2006. – № 9–10. – С. 28–31.
6. Fratini L. Ciprofloxacin determination by visible light spectrophotometry using iron (III) nitrate / Fratini L., Schapoval E.E.S. // Int. J. Pharm. 2006. – Vol. 127, № 2. – P. 279–282.
7. Wennersten C., Ferraro M., Moellering R.Jr., Eliopoulos G. Susceptibilities of Legionella spp. to newer antimicrobials in vitro. Antimicrob Agents Chemother 2008; 42:1520–3.

Статья поступила в редакцию 15.12.2014