

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АБОРТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ЛОНГИДАЗА®

Л.Е. Смирнова

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

Обсуждается проблема профилактики и лечения инфекционно-воспалительных осложнений, возникающих после аборта. Предлагается схема лечения, состоящая из базисной антибактериальной терапии с применением антибиотиков широкого спектра действия в сочетании с препаратом гиалуронидазы Лонгидаза® (по 3000 МЕ в 2 мл физиологического раствора внутримышечно с интервалом 4 дня, всего 10 инъекций). Результаты показали, что применение Лонгидазы® в комплексной терапии инфекционно-воспалительных осложнений после аборта повышает эффективность проводимого лечения вследствие улучшения биодоступности антибактериальных средств на фоне применения Лонгидазы®, а также собственной противовоспалительной активностью и иммунотропным воздействием Лонгидазы®.

Ключевые слова: искусственное прерывание беременности, аборт, осложнения после аборта, хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов, Лонгидаза®

The article discusses the problem of the prevention and treatment of infectious and inflammatory complications arising from abortion. The scheme of treatment consisting of a basic antibacterial therapy with broad-spectrum antibiotics in combination with the hyaluronidase preparation Longidaza® (3,000 IU in 2 ml of saline intramuscularly at intervals of 4 days, 10 injections) is presented. The results showed that the use of Longidaza® in the treatment of infectious and inflammatory complications after abortion increases the effectiveness of the treatment due to improved bioavailability of antibiotics during treatment with Longidaza®, as well as due to anti-inflammatory activity and immunotropic action of Longidaza®.

Key words: induced termination of pregnancy, abortion, abortion complications, chronic inflammatory diseases of the internal genital organs, Longidaza®

Искусственное прерывание беременности до настоящего времени остается серьезной проблемой во всем мире. Недаром распространенность и динамика числа абортотворений являются одними из немногих показателей, по которым оценивается как состояние здоровья населения в целом, так и отношение государства к проблемам материнства и детства [1, 2].

К сожалению, в России до сих пор аборт остается основным механизмом регуляции рождаемости, что приводит к различным нарушениям репродуктивного здоровья женщин. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире ежегодно производится около 50 млн абортотворений и Россия в этой неутешительной статистике занимает второе место [1, 3]. Несмотря на четкую регламентацию показаний и условий производства аборта, пока не достигнуты желаемые результаты по снижению ближайших и отдаленных его осложнений [4].

Более половины учтенных абортотворений приходится на женщин в возрас-

те 20–30 лет; женщины 30–35 лет и старше делают абортотворения в 2,5 раза реже. На долю россиянок в возрасте до 20 лет приходится только 10 % случаев искусственного прерывания беременности. Известно, что максимальный вред здоровью наносит прерывание именно первой беременности, особенно в юном возрасте [5, 6].

Количество и степень осложнений после абортотворения целиком зависят от состояния здоровья женщины на момент операции. Если у женщины есть какие-либо хронические заболевания, риск осложнений резко увеличивается. После прерывания беременности осложнения могут проявиться не сразу, а через несколько месяцев или лет, даже если аборт проведен грамотно и на должном медицинском уровне.

Все осложнения можно условно разделить на возникшие непосредственно во время операции, в послеоперационном периоде и отдаленные. К первым относятся осложнения, связанные непосредственно с манипуляцией, такие как разрыв шейки матки

и перфорация матки, а также гипотония матки с кровотечением и неполное удаление плодного яйца после выскабливания. К послеоперационным осложнениям относятся обострение воспалительных заболеваний внутренних половых органов, гематометра и плацентарный полип [5].

В 8–42 % случаев после искусственного абортотворения возникают нарушения менструального цикла. Для женщин с тремя искусственными абортотворениями в анамнезе и более доказано увеличение риска развития дисгормональных заболеваний (миомы матки, гиперплазии эндометрия, эндометриоза) и рака молочной железы. Повторные искусственные абортотворения могут служить причиной патологического течения климактерического периода. Аборт оказывает негативное влияние на функциональное состояние эндокринной, сердечно-сосудистой, нервной и других систем организма, может вызывать психогенные расстройства [5, 7, 8].

Повреждения и рубцовые изменения внутреннего зева и цервикального канала влекут за собой истмико-

цервикальную недостаточность, невынашивание последующей беременности. Повреждение и дегенерация эндометрия с формированием хронического аутоиммунного эндометрита приводят к нарушению имплантации плодного яйца, а образование синехий в матке — к возникновению аномалий развития плода. Нарушение проходимости маточных труб служит причиной бесплодия или возникновения внематочной беременности. Ведущим звеном в возникновении бесплодия являются нарушения посттравматической регенерации, развитие фиброзно-соединительной ткани и дистрофических процессов, а также повреждение рецепторного аппарата эндометрия [4].

Следствием аборта может стать осложненное течение последующей беременности: развитие поздних токсикозов, повышение частоты угрозы прерывания и невынашивания беременности, слабость родовой деятельности, риск возникновения кровотечений в родах, рождение детей с низкой массой тела. После аборта возникает изоиммунизация при резус-несовместимости. В 15–19 % случаев могут возникнуть воспалительные заболевания матки и придатков, особенно у пациенток с высоким инфекционным риском [5].

Если же патогенные микроорганизмы не стали причиной ярко выраженного воспалительного процесса, инфекция может временно затаяться, но при этом перейти в хроническую стадию, дожидаясь благоприятного момента для своей активизации.

Чаще всего это происходит на фоне снижения иммунитета после перенесенных острых респираторных воспалительных инфекций, переохлаждения организма, при обострении других хронических заболеваний и т. д.

По данным некоторых авторов, через 2 месяца после проведенного аборта хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов (ХВЗВПО) выявляются у 18 % женщин, а через 2 года — у 12,5 %. Наиболее частыми инфекционными осложнениями после аборта являются хронический сальпингоофорит (ХРС) и хронический эндометрит (ХРЭ).

Несмотря на то что в возникновении первичного воспалительного процесса

матки и придатков основная роль принадлежит болезнетворным организмам, в последующем у большинства больных с хроническими процессами (ХРС и ХРЭ) микробный фактор уже не играет существенной роли в возникновении обострений. На стерильность содержимого маточной трубы при ХРС и полости матки при ХРЭ указывают многие исследователи. Под влиянием неспецифических факторов развивается картина, воспроизводящая в большей или меньшей степени первоначальный патологический процесс [9].

Важную роль в патогенезе хронического воспалительного процесса играет иммунная система. Некоторые исследователи [9, 10] показали, что вялотекущие рецидивирующие заболевания матки и придатков сопровождаются развитием у таких больных состояния вторичного иммунодефицита, снижающего сопротивление организма к инфекциям. Уровень снижения функциональной активности иммунной системы зависит от длительности патологического процесса.

Лечение ХВЗВПО, возникших в результате перенесенного аборта, в настоящее время предполагает применение антибиотиков. Вместе с тем даже длительный прием наиболее эффективного для данного больного препарата не всегда приводит к его достаточной концентрации и эффективности в очаге хронического воспаления. Протеолитические ферменты уже несколько десятилетий успешно применяются врачами различных специальностей, в т. ч. гинекологами, при воспалительных заболеваниях. Способность энзимов активировать действие антибиотиков, облегчать их проникновение в ткани и в результате повышать эффективность терапии установлена в ряде экспериментальных и клинических исследований [12].

Клинические проявления ХВЗВПО разнообразны, при этом некоторые симптомы связаны не столько с изменениями в матке и придатках, сколько с нарушением деятельности эндокринной, сердечно-сосудистой, нервной и других систем, вторично вовлеченных в патологический процесс [6, 13].

У $2/3$ пациенток наблюдается острое начало заболевания с развитием всей возможной симптоматики, у $1/3$ — начало заболевания, как правило, бывает стертым, вялым и в основном характеризуется только болями внизу живота. Боли, как правило, локализованы в нижних отделах живота и могут иррадиировать в поясничный или крестцовый отделы позвоночника. Боли нередко продолжают существовать после исчезновения признаков воспалительной реакции и могут усиливаться при охлаждении, интеркуррентных заболеваниях, физических, эмоциональных перегрузках и т. п. Часто интенсивность боли не соответствует характеру изменений в половых органах, боль появляется или усиливается в зоне расположения нервных стволов (невралгия тазовых нервов, вегетативный ганглионеврит). Как правило, боли сопровождаются изменениями в нервно-психическом состоянии больных (ухудшается сон, появляются раздражительность, быстрая утомляемость, снижается трудоспособность и др.).

Другим проявлением хронического воспалительного процесса является нарушение репродуктивной функции. Частота бесплодия у больных ХРС может достигать 60–70 %, причем у $2/3$ случаев — вторичное. По данным литературы, после однократного эпизода сальпингита непроходимость маточных труб выявляется в 11–13 %, после двукратного — в 23–36 %, при трех и более обострениях — в 54–75 % случаев. У 27 % женщин с трубноперитонеальным бесплодием при лапароскопии выявляется спаечный процесс III–IV степеней распространенности. Для 30 % женщин с ХРЭ нарушение репродуктивной функции в большей степени связано с невынашиванием беременности на ранних сроках.

Практически у каждой четвертой женщины, страдающей хроническим воспалением матки и/или придатков, отмечаются бели. Они могут быть серозными или гнойными, их количество также может быть различным и, как правило, связано с остротой воспалительного процесса.

Существование стойкого очага хронического воспаления в малом тазу приводит к различным нарушениям менструального цикла, которые чаще всего проявляются в виде метrorрагии, меноррагии, аменореи (рис. 1).

Практически в 100 % случаев хронические воспалительные процессы репродуктивной системы сопровождаются нарушениями состава и количества влагалищной флоры, что проявляется чрезмерным увеличением количества облигатно-анаэробных бактерий и резким снижением содержания лактобацилл или их отсутствием (рис. 2).

При бактериологическом исследовании для больных ХВЗВПО характерен полимикробный пейзаж, представленный в основном факультативными анаэробами с превалированием различных вариантов стафилло-, стрепто- и энтерококков (рис. 3).

Вытеснение условно-патогенными микроорганизмами других членов микробного сообщества (*Lactobacillus* spp., *Prevotella* spp., *Micrococcus* spp., *Propionibacterium* spp., *Veilonella* spp., *Eubacterium* spp. и т. д.) также может приводить к развитию выраженного дисбиоза, крайняя степень которого проявляется в виде бактериального вагиноза.

Очевидно, что для лечения патологических состояний, сопровождающихся разрастанием соединительной ткани, необходимо комплексное воздействие как на сформировавшийся фиброзный процесс с целью его рассасывания, так и на воспалительные реакции, стимулирующие его формирование.

По нашему мнению, таким лекарственным препаратом является Лонгидаза®, которая обладает всем спектром фармакологических свойств, присущих лекарственным средствам с гиалуронидазной активностью. Однако терапевтический эффект Лонгидазы® как ферментного препарата значительно выше благодаря пролонгированному действию, стабилизации фермента, повышению устойчивости к действию ингибиторов, наличию других фармакологических свойств, привнесенных в препарат носителем (хелатирующих, антирадикальных, иммуномодулирующих, противовоспалительных) [14].

Рис. 1. Нарушения менструальной функции, %

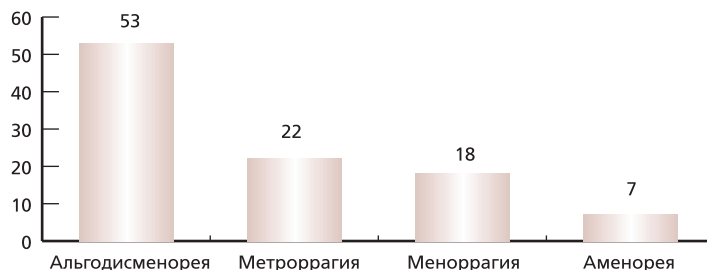


Рис. 2. Определение степени чистоты влагалищного отделяемого у пациенток с обострением ХВЗВПО

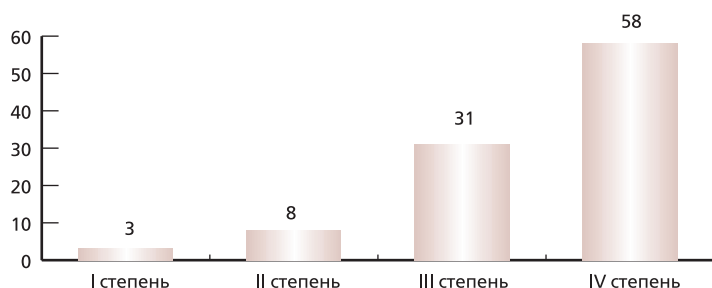
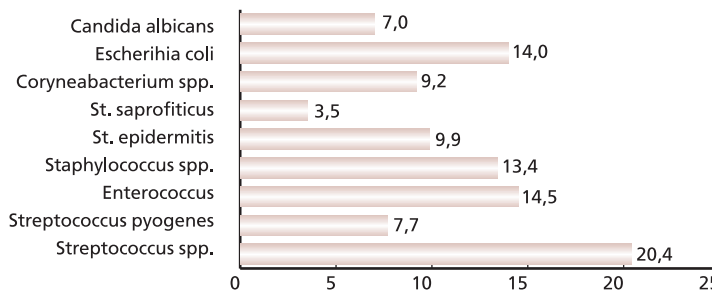


Рис. 3. Результаты бактериологического скрининга



Терапия инфекционно-воспалительных осложнений после аборта является многоэтапной, состоит из применения медикаментозных средств и немедикаментозных методов лечения. При назначении антибактериальных препаратов необходимо учитывать природу микробного фактора. При невозможности его идентификации предпочтение следует отдавать антибиотикам широкого спектра действия. Частое применение болеутоляющих средств связано с тем, что болевой синдром является основ-

ным признаком ХВЗВПО, особенно в период обострения. Поскольку в развитии заболевания участвуют аллергический и аутоиммунный компоненты, больным ХВЗВПО необходимо проводить десенсибилизирующую терапию, а для усиления неспецифической реактивности – витаминотерапию.

В нашей практике применена следующая схема терапии больных: пациенткам провели базисную антибактериальную терапию в сочетании с Лонгидазой® (по 3000 МЕ в 2 мл

физиологического раствора внутримышечно с интервалом 4 дня, всего 10 инъекций). Использовали антибиотики широкого спектра действия. В процессе наблюдения большинство пациенток указывали на хорошую переносимость препарата Лонгидаза®.

Кроме того, применены немедикаментозные методы лечения (преформированными физическими факторами). Для улучшения гемодинамики и достижения болеутоляющего эффекта использованы диадинамические токи. При выраженном спаечном процессе в малом тазу применен ультразвук в импульсном режиме, который оказывал фибринолитический эффект, а

также обладал десенсибилизирующим и вазотропным действиями.

В результате терапии все пациентки отметили субъективное улучшение общего состояния: исчезли “тянущие” боли внизу живота, уменьшился объем менструальной кровопотери, менструации стали мало- или безболезненными, прекратилось выделение белей из половых путей.

Терапевтическая эффективность комплексной терапии с применением Лонгидазы определена положительной динамикой диагностических критериев (клинических и лабораторных), а также параметрами местного и общего иммунитета. При инструменталь-

ном обследовании выявлено уменьшение степени выраженности спаечного процесса и окклюзии маточных труб (при спаечном процессе в малом тазу).

Таким образом, применение Лонгидазы® в комплексной терапии инфекционно-воспалительных осложнений после аборта улучшает эффективность проводимого лечения. Достигнутый эффект, вероятнее всего, вызван улучшением биодоступности антибактериальных средств в сочетании с Лонгидазой®, а также собственной противовоспалительной активностью и иммунотропным воздействием Лонгидазы®.

ЛИТЕРАТУРА

1. Население России 2000. Справочник Госкомстата РФ. М., 2001. 49 с.
2. Сотникова Е.И. Состояние репродуктивной системы и принципы диспансеризации женщин, использующих различные методы регуляции рождаемости. Дисс. докт. мед. наук. М., 1990. 43 с.
3. Пестрикова Т.Ю., Ковалева Т.Д., Калмыкова Л.Н. Клинический опыт применения препарата Три-Регол в реабилитационной терапии больных с воспалительными заболеваниями малого таза // Пробл. репродукции 1999. № 3. С. 45.
4. Кулаков В.И. Планирование семьи в Европе. 1996 № 2. С. 15–8.
5. Дурасова Н.А. Справочник фельдшера и акушерки. 2011. С. 2.
6. Вехновский В.О. Научные основы реабилитации женщин, прервавших первую беременность искусственным абортom. Дисс. канд. мед. наук. М., 1985. 18 с.
7. Серов В.Н., Кожин А.А., Прилепская В.Н. Клинико-физиологические основы гинекологической эндокринологии. Ростов н/Д, 1988.
8. Гриценко Г.И. Эндокринная функция яичников и гипофиза у женщин после искусственного прерывания беременности. Дисс. канд. мед. наук. Киев, 1980. 15 с.
9. Новиков Е.И. Пути совершенствования лечебно-восстановительных мероприятий при острых воспалительных заболеваниях матки, ее придатков и септических осложнениях. Дисс. докт. мед. наук. СПб., 1998. 31 с.
10. Серов В.Н., Черепанов В.П. Профилактика воспалительных заболеваний и эндометриоза гениталий после аборта. Актуальные вопросы воспалительных заболеваний женских половых органов. М., 1984; 163–65.
11. Коваленко М.В. Клиника, диагностика и лечение острого эндометрита после искусственного прерывания беременности. Дисс. канд. мед. наук. М., 1998. 31 с.
12. Ковалева Л.А. Возможности ферментной терапии при хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза // РМЖ 2010. № 19. С. 1162–64.
13. Прилепская В.Н. Аборт в I триместре беременности. М., 2010. 224 с.
14. Иванова А.С., Юрьева Э.А., Длин В.В. Фиброзирующие процессы. Патофизиология соединительной ткани. Методы диагностики и принципы коррекции фиброза. Диагностический справочник. М., 2008. С. 6–185.

Информация об авторе:

Смирнова Л.Е. — к.м.н., кафедра акушерства и гинекологии стоматологического факультета МГМСУ