

Науково-практичний загальномедичний журнал

Ukrainian Medical Journal

Scientific and practical journal

1562-1146 (Print)

1680-3051 (Online)

Засновник і видавець

ТОВ «МОПІОН»

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи

ДК № 5490 від 22.08.2017 р.

Співзасновник

Національний університет

охорони здоров'я України

імені П.Л. Шупика

Виходить 8 разів на рік

Заснований у жовтні 1997 р.

№ 8 (174) 2025

Затверджено

Вченою радою Національного університету

охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Протокол № 10 від 17.12.2025 р.

Редакційна колегія:

Зозуля Іван Савович

(головний редактор) (Україна)

Березін Олександр Євгенійович (Україна)

Валіпур Аршанг (Австрія)

Гіббс Тревор (Великобританія)

Губергріц Наталя Борисівна (Україна)

Іванов Дмитро Дмитрович (Україна)

Фльор-Генрі П'єр (Канада)

Редакційна рада:

Волосовець Антон Олександрович (Україна)

Коваленко Володимир Миколайович (Україна)

Козьолкін Олександр Анатолійович (Україна)

Корнацький Василь Михайлович (Україна)

Морозова Ольга Григорівна (Україна)

Негріч Тетяна Іванівна (Україна)

Ніколаїдес Ендрю Н. (Кіпр)

Новицька-Усенко Людмила Василівна (Україна)

Прокопів Марія Мирославівна (Україна)

Шкробот Світлана Іванівна (Україна)

Завідуюча редакцією

Хоморецька Івета Борисівна

Editorial board:

Zozulya Ivan S. (Editor-in-chief) (Ukraine)

Berezin Alexander E. (Ukraine)

Valipour Arschang (Austria)

Gibbs Trevor (Great Britain)

Gubergrits Natalya B. (Ukraine)

Ivanov Dmitry D. (Ukraine)

Flor-Henry Pierre (Canada)

Editorial council:

Volosovets Anton O. (Ukraine)

Kovalenko Volodymyr M. (Ukraine)

Kozyolkina Olexander A. (Ukraine)

Kornatsky Volodymyr M. (Ukraine)

Morozova Olga G. (Ukraine)

Nehrych Tetyana I. (Ukraine)

Nicolaides Andrew N. (Cyprus)

Novitskaia-Usenko Ludmila V. (Ukraine)

Prokopiv Maria M. (Ukraine)

Shkrobot Svitlana I. (Ukraine)

Executive editor

Khomoretska Ivetta B.

Київ • МОПІОН • 2025

ЛІКАРЮ-ПРАКТИКУ

Нейропатії під тиском: погляд на тунельні синдроми Д.Г. Рекалов, І.Ю. Головач.....	5
Клінічне значення німесулідів в періопераційному веденні пацієнтів в отоларингології: вплив на запалення, набряк і процеси загоєння Д.С. Коваль.....	10
Комбінація без ілюзій: парацетамол та диклофенак «під мікроскопом» доказів Т.Л. Можина.....	15
Жорсткість судин у пацієнтів із артеріальною гіпертензією: клінічні прояви, інструментальна діагностика, зв'язок із ризиком інсульту О.В. Звягіна.....	21
Клінічні практичні рекомендації щодо кохлеарної імплантації у дітей і дорослих За редакцією Федора Юрочка, Соломії Бубес, Андрія Бурого, Арсена Думича, Романа Новосільського, Ольги Pokори.....	29
Дістрептаза Дістрепт як компонент мультимодального лікування післяопераційних гінекологічних ускладнень Р.А. Сафонов, В.В. Лазуренко.....	35
Торасемід vs фуросемід: нові стандарти петльової діуретичної терапії при застійній серцевій недостатності та проблема біоеквівалентності генериків О.В. Звягіна.....	41
Щодо синдрому довготривалого стиснення (краш-синдром): діагностика, клініка, надання невідкладної допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах І.С. Зозуля, А.О. Волосовець, І.В. Вербицький.....	48
Anesthetic error. Part 2 (review) O.V. Kravets, V.V. Yekhalov, V.A. Sedinkin, D.M. Stanin, D.V. Myronov, M.D. Zinenko.....	51
Особливості відновлення військовослужбовців та цивільного населення після реконструкції передньої схрещеної зв'язки колінного суглоба Ю.О. Костогриз.....	57
ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ	
Клінічні особливості порушень сечовипускання В.М. Михальчук, І.В. Вербицький, О.Б. Тонковид.....	62
Раннє формування метаболічних ризиків у дітей з ендокринними порушеннями в постпандемічну епоху В.В. Ткачук, М.А. Косовська, А.Н. Швабська, В.М. Жмурчук.....	65
Особливості післяопераційних інфекцій бойових травм та поранень Є.Е. Щегольков, А.Г. Салманов.....	67
Погляд на проблему організації ведення пацієнтів похилого віку із гастродуоденальною кровотечею в практиці хірурга та сімейного лікаря М.В. Трофімов, А.В. Похвальна, С.О. Мунтян.....	75
Безперервний професійний розвиток лікарів в Україні: досвід, сприйняття та бар'єри Є.О. Мельник, О.В. Ігнашук.....	77
ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ	
Функціональні зміни біоелектричної активності мозку у стані тривалого стресу за відсутності органічної патології А.Г. Снегір, А.Р. Гаріфуліна, Т.І. Гайдук, С.В. Татарко.....	81
НЕКРОЛОГ	
Пам'яті Володимира Миколайовича КОВАЛЕНКА (1949–2025).....	88

Дістрептаза Дістрепт як компонент мультимодального лікування післяопераційних гінекологічних ускладнень

Р.А. Сафонов, В.В. Лазуренко

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна



Оперативні втручання на матці, незалежно від типу доступу — абдомінального, вагінального, лапароскопічного чи роботизованого, залишаються однією з найпоширеніших гінекологічних операцій у світі. Попри вдосконалення хірургічних технік та протоколів періопераційного ведення, значна частина пацієнток стикається з ускладненнями, що погіршують результати лікування. Серед них домінують дві взаємопов'язані, але патогенетично відмінні проблеми: післяопераційні інфільтративні ускладнення та розвиток злукового процесу в малому тазі. Післяопераційний тазовий інфільтрат — це локалізоване скупчення запального ексудату та клітинних елементів у тканинах малого таза. Зазвичай маніфестує на 3-тю–7-му добу після оперативного втручання й пов'язаний



із активацією ендогенної флори та реакцією тканин на травму [1]. Частота розвитку інфільтратів на органах малого таза, за різними даними, становить 2–5% навіть за умови профілактичного призначення антибіотиків. За відсутності належної профілактики цей показник може бути вищим. Формування інфільтрату не лише пролонгує госпіталізацію та зумовлює необхідність інтенсивної антибактеріальної терапії, але й спричиняє ризик прогресування до тазового абсцесу, що потребує інвазивного дренирування [2]. На відміну від інфільтратів, що мають інфекційно-запальну природу, злуки формуються внаслідок порушення фізіологічних процесів загоєння очеревини. Злукоутворення є значно більш поширеною проблемою: за даними досліджень, злуки утворюються у переважній більшості пацієнток після відкритих гінекологічних операцій. Аутопсійні дослідження підтверджують цей масштаб: близько 93% жінок із лапаротомією в анамнезі мали перитонеальні зрощення [3]. Впровадження мінімально інвазивних доступів лише частково знизило ризик: частота утворення злук після лапароскопічних втручань оцінюється в діапазоні 45–65%. Водночас за наявності факторів ризику (запалення, ендометріоз, інтраопераційна кровотеча, коагуляція тканин) навіть лапароскопічні процедури можуть супроводжуватися утворенням зрощень у понад 80% випадків [3, 4].

Клінічні наслідки та мотивація мультимодального підходу

Злуки та післяопераційні інфільтрати є вагомими причинами післяопераційної захворюваності. Вони асоціюються з розвитком хронічного тазового болю (ХТБ), безпліддя трубного-перитонеального генезу, порушенням функції суміжних органів та ризиком кишкової непрохідності.

Ці ускладнення збільшують частку повторних госпіталізацій і реоперацій. За даними когортних спостережень, близько 35% пацієнток після тазових операцій протягом 10 років потребують повторної госпіталізації з причин, безпосередньо пов'язаних зі злуками [3]. Накопичувальна частота ускладнень після пангістеректомії залишається клінічно значущою, причому у значній частці випадків їх першопрчиною є саме злукова хвороба або хронічне запалення [4].

Висока поширеність та значні клінічні й економічні наслідки обґрунтовують пріоритетність профілактики й лікування післяопераційних інфільтратів і злук у сучасній хірургічній гінекології. З огляду на поліетіологічність цих ускладнень, оптимальною є мультимодальна стратегія, що поєднує хірургічні та медикаментозні заходи. У межах цього огляду увагу зосереджено на визначальній ролі ферментної терапії препаратом Дістрептаза Дістрепт як ключового та незамінного компонента комплексного менеджменту [5].

Патофізіологічне підґрунтя і механізм дії

Розуміння ефективності мультимодальної стратегії потребує аналізу патофізіологічних процесів. Формування інфільтратів і злук після гістеректомії — це явища, які сходяться на спільних молекулярних мішенях.

Післяопераційний інфільтрат у ділянці таза формується на тлі реакції тканин, де найчастіше залучена ендогенна полімікробна флора. Від моменту втручання розгортається класичний запальний каскад: спершу підвищується проникність капілярів із виходом плазми крові й нейтрофілів у міжтканинний простір, унаслідок чого формується в'язкий ексудат, багатий на фібриноген. Далі під дією тканинного тромбoplastину з ушкоджених тканин фібриноген полімеризується у фібрин з відкладенням ниток між листками очеревини та в параметрії. Паралельно активуються тромбоцити й локальний гемостаз, виникають мікротромбози дрібних судин, що погіршує перфузію у вогнищі запалення [6–8].

Суттєвий внесок у формування стійкості запального процесу вносять біоплівки та позаклітинні нейтрофільні сітки (NETs) — каркас із ДНК, який нейтрофіли вивільняють у відповідь на запалення. Саме фібриново-нуклеїновий матрикс інфільтрату та біоплівки створюють захисний бар'єр для бактерій, що ускладнює дію антибіотиків та подовжує період одужання. У підсумку первинний ін-

фільтрат постає проміжною ланкою між набряком тканин і сформованим абсцесом, складаючись насамперед із фібрину та клітинного детриту [9–11].

Якщо процес не перервано своєчасною терапією, інфільтрат прогресує, а фібринові відкладення стають основою для майбутніх злук. Патогенетично обґрунтованим є використання ферментів: фібринолітики та нуклеази здатні селективно руйнувати цей каркас, полегшуючи резорбцію інфільтрату, покращуючи мікроциркуляцію та доступ антибіотиків у вогнище [12, 13].

Адгезіогенез: роль фібрину та «вікно» профілактики злук

Доцільність призначення ферментної терапії зумовлена наявністю фібриноутворення при будь-яких ушкодженнях під час оперативного втручання, оскільки це завжди запальний процес, який потребує своєчасного лізису відкладень фібрину та запуску регенерації та репарації.

Злуковий процес є варіантом патологічного загоєння очеревини, коли тимчасовий фібриновий зліпок замість фізіологічного розсмоктування організується у зрілу сполучнотканинну перемичку. У нормі мезотелій продукує активатор плазміногену (tPA), який запускає лізис фібрину [14–16]. Проте при хірургічній травмі, ішемії чи запаленні цей процес пригнічується. Якщо фібриновий зліпок зберігається більш ніж 72 год, у нього проростають судини та фібробласти — відбувається організація злуки. Таким чином, перші доби після операції є критичним «терапевтичним вікном» для профілактики адгезіогенезу, коли медикаментозна підтримка фібринолізу має вирішальне значення [17, 18]. Експериментальні та клінічні дані свідчать, що своєчасна активація плазміну, зокрема за допомогою стрептокінази, дозволяє попередити трансформацію фібрину у злуки [19, 20].

Дістрептаза Дістрепт: склад, системна дія та аспекти безпеки

Дістрептаза Дістрепт — інноваційний комбінований ферментний препарат у формі супозиторіїв для ректального застосування. Один супозиторій містить стрептокіназу 15 000 МО та стрептодорназу 1 250 МО. Це потужна синергічна комбінація, що працює як «біологічний скальпель».

Стрептокіназа є потужним активатором проензиму плазміногену. Утворюючи з ним комплекс, вона запускає процес перетворення плазміногену на плазмін, який здатний розчиняти фібринові згустки, мікротромби та фібринові волокна [21–23].

Стрептодорназа — ензим, що гідролізує нуклеопротейди та деполімеризує ДНК у гнійно-некротичному субстраті (включаючи NETs та матрикс біоплівки). Це призводить до розрідження в'язкого ексудату та очищення вогнища запалення від мертвих клітин, не впливаючи на здорові тканини [23–25].

Поєднання цих механізмів забезпечує комплексний ефект у мікротромбах, тканинах та інфільтратах: покращення мікроциркуляції, зменшення набряку, розрідження інфільтрату та руйнування біоплівок. У клінічній практиці асоціюється з швидшим очищенням вогнища та регресією симптомів, включно з болем, а також потенційним скороченням тривалості стаціонарного лікування [23, 26, 27]. Згідно з інструкцією, після всмоктування в кров'яному руслі обидва компоненти препарату чинять системну дію,

а саме — полегшують доступ антибіотиків або хіміотерапевтичних засобів до вогнища запалення, що робить Дістрептазу Дістрепт відмінним «провідником» для базисної терапії [23].

Застосування препарату найчастіше ініціюють у ранній післяопераційний період (з 3–4-ї доби), що дозволяє безпечно пройти фазу первинного гемостазу судин і потрапити в «терапевтичне вікно» профілактики злук. Препарат демонструє сприятливий профіль безпеки. Протипоказаннями є активна кровотеча та гострі коагулопатії. З обережністю слід застосовувати при одночасному прийомі антикоагулянтів, оскільки можливі кровотечі в місці введення, що слід враховувати [23].

При цьому форма ректальних супозиторіїв забезпечує додаткові переваги: завдяки системі венозних сплетень прямої кишки препарат швидко всмоктується і створює високі концентрації безпосередньо в органах малого таза. Це дозволяє досягти потужного локального ефекту.

У сучасній гінекологічній практиці, зокрема на території Польщі, Угорщини, Болгарії, України і загалом 14 країн світу, Дістрептаза Дістрепт активно застосовується у складі комплексного лікування запального процесу органів малого таза, зокрема після оперативних втручань. Єдиним в Україні препаратом стрептокінази (15 000 МО) та стрептодорнази (1 250 МО), що має показання до лікування гінекологічної патології, є Дістрептаза Дістрепт. Цей препарат входить у перелік оригінальних (інноваційних) лікарських засобів, зареєстрованих в Україні, станом на 1.12.2025 р.

Стратифікація ризику ускладнень та мультимодальна модель ведення пацієнток

Діагностика інфільтратів

Клінічна картина (лихоманка, біль, тахікардія) зазвичай розгортається на 3–7-й день [28, 29]. Лабораторні маркери (лейкоцитоз, С-реактивний білок) підтверджують запалення. Золотим стандартом візуалізації є трансвагінальне ультразвукове дослідження (УЗД), яке дозволяє диференціювати інфільтрат (тканина підвищеної ехогенності без рідинної порожнини) від абсцесу [30, 31].

Діагностика злук

На відміну від інфільтратів, злуки важко візуалізувати неінвазивно. Тому в клінічній практиці спираються на фактори ризику та клінічні прояви (біль, порушення функції органів). Лапароскопія залишається єдиним методом точної верифікації, проте стратегія профілактики має бути превентивною, базуючись на оцінці ризиків ще до розвитку ускладнень [32]. У деяких випадках є відносні ознаки злукового процесу під час УЗД-діагностики.

Загальні принципи терапії

Ефективне ведення післяопераційних станів спирається на комплексний підхід, у якому ферментна терапія розглядається як важливий компонент, що посилює результат базисних заходів.

Фундамент менеджменту становлять стандарти хірургічної реабілітації та інфекційного контролю. Емпірична антибіотикотерапія, адекватне знеболення (нестероїдні протизапальні препарати — НПЗП), контроль нутритивного статусу та рання мобілізація (ERAS) створюють умови для одужання [33–35]. Інтеграція в цю схему спеціалізова-

ної ферментної терапії дозволяє впливати на специфічні ланки патогенезу — фібрин, набряк та біоплівки.

Включення Дістрептази Дістрепт у схему лікування є обґрунтованим кроком для оптимізації післяопераційного відновлення. Оптимальним вважається початок застосування на 2–3-тю добу після операції. Цей таймінг дозволяє мінімізувати ризики кровотеч (первинний тромб у судинах вже сформований), але залишається в межах «вікна», коли фібрин на поверхні очеревини ще доступний для лізису, а інфільтрат не організувався. Перевага ректального шляху пояснюється швидким надходженням до венозних сплетень малого таза при мінімальному системному впливі [36].

Менеджмент інфільтратів: від антибіотиків до дренивання з роллю Дістрептази Дістрепт

Тактика визначається сукупністю клінічних даних та результатів УЗД. За наявності лихоманки та болю антибіотики призначаються одразу, не чекаючи інструментального підтвердження. Якщо УЗД-картина відповідає параметральному інфільтрату без сформованої порожнини, до антибактеріальної терапії раціонально додати препарат Дістрептаза Дістрепт за наведеною схемою та оцінити динаміку впродовж 48–72 год. Виявлення абсцесу діаметром понад 3–4 см зазвичай є аргументом на користь дренивання — переважно малоінвазивного, наприклад пункції через склепіння піхви під контролем УЗД або лапароскопію, після евакуації гною препарат Дістрептаза Дістрепт застосовують ректально для прискорення очищення порожнини абсцесу [37, 38]. Для невеликих абсцесів до 3 см можлива ретельно контрольована спроба суто консервативної тактики з антибіотиками та препаратом Дістрептаза Дістрепт протягом 72 год. Подальші кроки залежать від відповіді: за позитивної динаміки — продовження консервативної моделі до клінічного одужання, за відсутності ефекту або погіршення стану — ескалація до дренивання чи хірургічної ревізії, а за наявного дренажу — його корекція разом зі зміною антибіотикотерапії [39]. Окремо слід згадати нагноєння вагінальної культі: у таких випадках часто необхідне роз'єднання швів для адекватного дренажу, після чого Дістрептаза Дістрепт може застосовуватися ректально як інструмент ензимної санації [40].

Стандартна схема курсу становить 9 діб (курсова доза — 18 супозиторіїв):

- перші 3 дні: по 1 супозиторію 3 рази на добу;
- наступні 3 дні: по 1 супозиторію 2 рази на добу;
- ще 3 дні: по 1 супозиторію 1 раз на добу.

Оцінювання відповіді здійснюється комплексно: очікується зниження температури тіла, зменшення вираженості больового синдрому та позитивна УЗД-динаміка (резорбція інфільтрату) протягом 48–72 год від початку терапії.

При виявленні параметрального інфільтрату без ознак абсцедування додавання Дістрептази Дістрепт до антибіотикотерапії є тактикою вибору. Препарат сприяє швидкому розсмоктуванню запального ущільнення, зменшенню набряку тканин та купіруванню болю.

У разі сформованого абсцесу, що потребує дренивання, застосування препарату також є доцільним. Завдяки стрептодорназі відбуваються розрідження гнійного вмісту та руйнування перетинків у порожнині абсцесу, що покращує відтік ексудату та прискорює очищення порожнини. Це дозволяє скоротити терміни дренивання та пришвидшити одужання пацієнтки [37, 38].

Менеджмент злук: профілактика та лікування

Стратегія щодо злук принципово відрізняється залежно від часу втручання. Під час операції профілактика базується на атравматичній техніці, ретельному гемостазі та мінімізації висушування очеревини. У післяопераційний період застосування Дістрептази Дістрепт з метою попередження формування злук вважається виправданим через наявність фібриноутворення при будь-яких пошкодженнях під час оперативного втручання. Відповідно, патогенетично виправданою метою лікування є лізис відкладень фібрину та запуск процесів регенерації і репарації.

Отже, застосування Дістрептази Дістрепт з метою попередження формування злук у післяопераційний період є патогенетично обґрунтованим для широкого кола пацієнток. Між тим, групи високого ризику, для яких включення препарату в схему лікування є пріоритетним, такі:

- пацієнтки з репродуктивними планами, при яких збереження прохідності труб та архітекτονіки малого таза є критичним;
- жінки з ендометріозом, запальними захворюваннями органів малого таза (ЗЗОМТ) в анамнезі;
- пацієнтки з метаболічним синдромом, ожирінням та цукровим діабетом, у яких процеси запалення та фібринолізу порушені;
- жінки, що перенесли повторні втручання або операції з великою площею травматизації.

У цих категорій хворих рання терапія Дістрептазою Дістрепт (з 4–5-ї доби) дозволяє попередити надмірне відкладення фібрину та його організацію у стійкі злуки [35].

Хронічний злуковий процес

Якщо йдеться про вже сформовану злукову хворобу з хронічним перебігом, ферментний підхід із препаратом Дістрептаза Дістрепт також є ефективним, оскільки зрілі злуки є причиною травматизації навколишньої тканини з появою нескінченного каскаду нових свіжих відкладень фібрину, з яких потім утворюються нові злуки. Це формує хибне коло асептичного запалення, яке пояснює підвищення ступеня тяжкості злукової хвороби та появу ХТБ з його прогресією. Саме для лізису фібрину та зменшення вираженості асептичного запалення курсове призначення Дістрептази Дістрепт є доцільним та доведеним у дослідженнях 2018 р. при синдромі ХТБ [35]. Доведено, що 10-денна курсова терапія препаратом Дістрептаза Дістрепт значно зменшує вираженість болю у пацієнток з синдромом ХТБ та в 6,4 рази зменшує потребу в застосуванні НПЗП. Цей ефект зберігається не менше місяця після закінчення 10-денного курсу лікування. Враховуючи вищезазначене, препарат Дістрептаза Дістрепт слід розглядати в якості стартової монотерапії або компонента комбінованої терапії у пацієнток із синдромом ХТБ на фоні злукової хвороби. Курс Дістрептази Дістрепт становить 9 діб. Препарат важливо застосовувати в адекватному режимі: перші 3 дні по 3 супозиторії, потім 3 дні по 2 супозиторії та ще 3 дні по 1 супозиторію.

За неефективності консервативної моделі показаний лапароскопічний адгезіолізис, оскільки ризик реформування високий, логічним є комбінування інтраопераційного бар'єрного гелю з курсом препарату Дістрептаза Дістрепт, розпочатим із 2–3-ї доби після адгезіолізу, аби

цілеспрямовано вплинути на новоутворений фібрин [37]. При цьому механічні бар'єри та Дістрептаза Дістрепт не конкурують, а доповнюють один одного: перші реалізують фізичний розподіл поверхонь у момент операції, друга — післяопераційний хімічний лізис фібринового субстрату.

Таким чином, при хронічному злуковому процесі застосування препарату Дістрептаза Дістрепт є найбільш ефективним та практично безальтернативним рішенням. Завдяки потужній фібринолітичній та протизапальній дії препарат забезпечує максимальний терапевтичний ефект, усуваючи причину болю та розвиток таких тяжких ускладнень злукової хвороби, як-от динамічна кишкова непрохідність.

Пріоритетні групи пацієнток

Окремої уваги потребує група пацієнток з репродуктивними планами після оперативних втручань зі збереженими повністю або частково органами внутрішньої репродуктивної системи. За даними дослідження професора І.З. Гладчука, застосування Дістрептази Дістрепт після реконструктивних оперативних втручань дає такі результати.

Вагітність протягом 2 років настала на 13,5% частіше в групі Дістрептази Дістрепт (у 47,5% жінок) порівняно з 34% у групі порівняння ($p < 0,05$).

Застосування Дістрептази Дістрепт сприяє підвищенню ефективності лікування та профілактики злукоутворення після реконструктивних операцій [41].

Клінічні випадки

Клінічний випадок № 1. Ранній післяопераційний параметрит

Пацієнтка, 46 років, після абдомінальної гістеректомії з приводу запальних пухлин додатків матки, лейоміоми матки. На 4-ту добу виникли лихоманка ($38,5\text{ }^{\circ}\text{C}$) і правобічний біль. УЗД засвідчило наявність інфільтрату 5×3 см. До антибактеріальної терапії додано препарат Дістрептаза Дістрепт (відповідно до стандартної схеми). Через 48 год температура тіла нормалізувалася, вираженість болю зменшилася, а на 7-му добу інфільтрат регресував, що дозволило виписати пацієнтку на 10-й день.

Клінічний випадок № 2. Тазовий абсцес

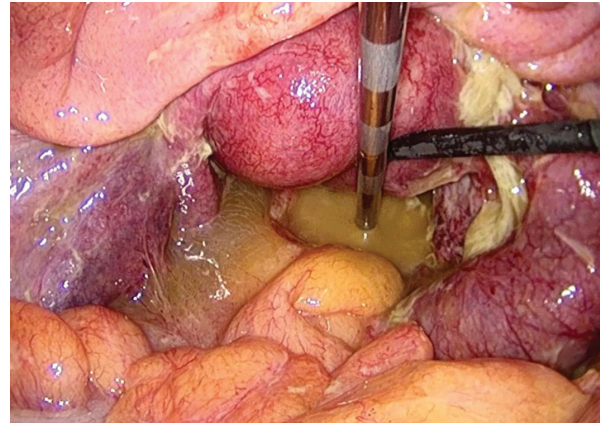
Пацієнтка, 36 років, у якої є репродуктивні плани. Піосальпінкс. На 6-й день — висока температура тіла та гнійні виділення, УЗД виявило 6-сантиметрову порожнинну структуру в Дугласовому просторі. Виконано лапароскопію, розкриття та дренивання абсцесу малого таза, сальпінгостомію з обох сторін (рисунки). Після операції разом з антибактеріальною терапією призначена Дістрептаза Дістрепт ректально. Це сприяло найбільш швидкому регресу. Дренаж видалено на 3-й день, пацієнтка одужала без ускладнень.

Клінічний випадок № 3.

Профілактика рецидиву злук

Пацієнтка, 37 років, з ХТБ та злуковою хворобою. Виконано лапароскопічний адгезіолізис. Для запобігання реформуванию злук з 3-ї доби призначено курс препарату Дістрептаза Дістрепт. Контрольний огляд через 6 міс показав відсутність рецидиву болю та збереження мобільності органів, що підтверджує ефективність етапного підходу.

Рисунок Двобічний піосальпінкс. Абсцес малого таза. Лапароскопія, дренивання абсцесу. Двобічна сальпінгостомія



Аналіз доказової бази

Систематичний огляд доступних публікацій окреслює узгоджений сигнал на користь післяопераційного ферментного підходу, зокрема із застосуванням Дістрептази Дістрепт, як у гострій і підгострій фазах, так і при хронічному перебігу, коли ключовою мішенню залишаються фібрин та ексудативна стадія запалення.

Рандомізованих плацебо-контрольованих випробувань, сфокусованих саме на пацієнтках після гістеректомії, небагато, водночас наявні контрольовані дослідження оцінювали стрептокіназу / стрептодорназу в суміжних гінекологічних моделях, релевантних для розуміння процесів після гістеректомії. У дослідженні А. Chaika та співавторів (2010) у жінок із трубно-перитонеальним безпліддям курс препарату Дістрептаза Дістрепт після операції асоціювався зі зниженням частоти й тяжкості тазових злук при контрольній лапароскопії (різниця на користь препарату становила 28%, $p < 0,05$) [38]. Робота В.А. Потапова (2012) показала, що рання реабілітація з Дістрептазою Дістрепт після міомектомії супроводжувалася значно нижчою частотою тазового болю та кращою УЗД-картиною через 2 роки [40].

Дослідження М. Sadłocha (2018) у пацієнток із ХТБ продемонструвало зниження інтенсивності болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) на 49% на тлі терапії Дістрептазою Дістрепт, що значно перевищувало показники контрольної групи [35]. М.М. Kozub (2020) відзначив зниження частоти злук у 1,6 раза при поєднанні бар'єрних методів та Дістрептази Дістрепт [42]. Ретроспективний аналіз S. Onyshchenko (2012) свідчить про зниження частоти рецидивів гострої злукової непрохідності з 21 до 8% при застосуванні препарату [43].

Ці дані підтверджують доцільність широкого впровадження Дістрептази Дістрепт у схеми лікування та реабілітації гінекологічних пацієнток.

Базові алгоритми та клінічні рішення

Синтез доказів з опублікованих робіт і повсякденного досвіду дозволяє інтегрувати Дістрептазу Дістрепт у мультимодальний менеджмент післягістеректомічних ускладнень як ад'ювант, що працює на тлі стандартів інфекційного контролю та хірургічної тактики. Запропоновані нижче підходи мають на меті не замінити, а структурувати клініч-

не міркування, зберігаючи індивідуалізацію рішень і баланс користі та безпеки.

Профілактика стартує до операції з ідентифікації пацієнок високого ризику (ендометріоз, тазові інфекції в анамнезі, повторні лапаротомії, онкогінекологічні втручання) і планування інтраопераційних бар'єрних заходів.

Під час втручання пріоритет мають принципи атравматичної техніки, ретельний гемостаз і мінімізація висушування тканин, використання механічних бар'єрів у пацієнок високого ризику залишається золотим стандартом інтраопераційної профілактики [42].

У ранній післяопераційний період стандартними залишаються рання мобілізація за ERAS і адекватне знеболення. Призначення препарату Дістрептаза Дістрепт доцільне для всіх пацієнок, особливо із високим ризиком, якщо з'являються ранні ознаки надмірного фібриноутворення (нестандартно інтенсивний ранній біль, що не відповідає обсягу операції) [35].

Роль Дістрептази Дістрепт чіткіше окреслюється в контексті мультимодальної профілактики та лікування. Так, гіалуронідаза діє через інші мішені, впливаючи на компоненти позаклітинного матриксу, що робить цей підхід релевантним тільки для «пізньої» фази, тоді як Дістрептаза Дістрепт є більш логічною в гострий період та і під час хронічного перебігу при асептичному запаленні, коли мішенню залишається фібрин [18]. Інтраопераційні механічні гіалурононі бар'єри не мають достатньо доказів впливу на біль і фертильність. Тому Дістрептаза Дістрепт не конкурує, а доповнює бар'єрні технології, забезпечуючи післяопераційний ферментний контроль фібриноутворення та ексудативної фази запалення [42]. Антибіотикотерапія як базис інфекційного контролю опосередковано знижує ризик тяжких злук через вплив на запалення та відкладення фібрину, що посилює логіку поєднання з ферментною терапією [33].

«Дерево» рішень для післяопераційних інфільтратів

Відправною точкою є клінічна підозра в проміжку 3–7-ї доби після операції — лихоманка понад 38 °С, тазовий біль, тахікардія. На цьому етапі доцільно одразу розпочати емпіричну антибіотикотерапію широкого спектра в поєднанні з НПЗП і базовим лабораторним скринінгом (загальний аналіз крові, С-реактивний білок), не затримуючи верифікації. Подальша тактика визначається трансвагінальним УЗД малого таза.

Коли УЗД описує картину параметрального інфільтрату без сформованої порожнини (гетерогенна, переважно гіпоехогенна ділянка без чітких контурів), обґрунтованим є продовження антибіотикотерапії з додаванням препарату Дістрептаза Дістрепт, розпочинаючи орієнтовно з 3–4-ї доби після операції, ректальний режим: перші 3 дні по 3 супозиторії, потім 3 дні по 2 супозиторії та ще 3 дні по 1 супозиторію, курс 9 діб. Оцінювати відповідь слід через 48–72 год за трьома векторами — клініка, лабораторні маркери (зокрема С-реактивний білок) і динаміка за даними УЗД.

Якщо ж виявлено абсцес діаметром понад 3–4 см, пріоритет зміщується до дренивання, бажано малоінвазивного (пункція під УЗД-контролем через склепіння піхви або лапароскопія) на тлі антибіотикотерапії [43]. Після забезпечення адекватного відтоку додавання Дістрепта-

зи Дістрепт — ректально — може прискорювати санацію порожнини [44–47]. Для невеликих абсцесів до 3 см можливо ретельно контрольований консервативний підхід із препаратом Дістрептаза Дістрепт та повторною оцінкою через 72 год. За позитивної динаміки консервативне лікування продовжують до клінічного одужання, за відсутності поліпшення або при погіршенні стану тактика ескалується — повторна візуалізація і перехід до дренивання чи хірургічної ревізії.

Практичні висновки

Інтеграція препарату Дістрептаза Дістрепт у клінічну практику дозволяє суттєво покращити результати лікування пацієнок після гінекологічних операцій [48, 49]. Завдяки комбінації стрептокінази та стрептодорнази препарат забезпечує:

- ефективний лізис фібринових нашарувань та профілактику злукової хвороби, особливо у пацієнок груп ризику (репродуктивні плани, ендометріоз, метаболічні порушення);
- швидку регресію запальних інфільтратів та набряку тканин;
- покращення біодоступності антибіотиків та інших хіміотерапевтичних засобів до вогнища запалення;
- профілактику рецидивів злукового процесу після хірургічного адгезіолізу.

Максимізація користі ферментної терапії досягається завдяки чіткому відбору. Найбільш відповідним профілем є пацієнтка з підтвердженим на УЗД інфільтратом (флегмоною) без ознак абсцедування на 4-ту–7-му добу після операції, у ранній післяопераційний період також розумно розглядати препарат Дістрептаза Дістрепт, особливо у пацієнок дуже високого ризику злук за умови відсутності інтраопераційного бар'єра, а також після лапароскопічного адгезіолізу з метою стримування реформування злук. Ще однією пріоритетною групою є пацієнтки з репродуктивними планами після оперативних втручань зі збереженими повністю або частково органами внутрішньої репродуктивної системи. Висока ефективність, зручна форма випуску та сприятливий профіль безпеки роблять Дістрептазу Дістрепт незамінним компонентом сучасної мультимодальної стратегії ведення пацієнок в оперативній гінекології. Таким чином, Дістрептаза Дістрепт для оперуючого гінеколога — це препарат першої ланки для екстреного усунення запалення та післяопераційного хімічного лізису фібринового субстрату.

□

Список використаної літератури

1. Kallen A.N. (2018) ACOG Committee Opinion No. 750: Perioperative Pathways: Enhanced Recovery After Surgery. *Obstet. Gynecol.*, 132(3): e120–e130.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (2018) ACOG Practice Bulletin No. 195: Prevention of Infection After Gynecologic Procedures. *Obstet. Gynecol.*, 131(6): e172–e189.
3. Fatehi Hassanabad A., Zarzycki A.N., Jeon K. et al. (2021) Prevention of Post-Operative Adhesions: A Comprehensive Review. *Biomolecules*, 11(7): 1027.
4. Pados G., Venetis C.A., Almaloglou K. et al. (2010) Prevention of Intra-Peritoneal Adhesions in Gynaecological Surgery. *Reprod. Biomed. Online*, 21(3): 290–303.
5. Hosseini A., Akhavan S., Menshaei M. et al. (2018) Effects of streptokinase on the incidence of intra-abdominal adhesion. *Adv. Biomed. Res.*, 7(1): 16.
6. Mehta N.Y., Marietta M., Copelin E.L. II (2025) Intraabdominal Abscesses. *StatPearls*.

7. Finlay-Jones J.J., Davies K.V., Sturm L.P. et al. (1999) Inflammatory processes in a murine model of intra-abdominal abscess formation. *J. Leukoc. Biol.*, 66: 583–587.
8. Lachiewicz M.P., Moulton L.J., Jaiyeoba O. (2015) Pelvic surgical site infections. *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.*, 2015: 614950.
9. Shioyama K., Onouchi T., Mizutani Y. et al. (2016) Visualization of neutrophil extracellular traps and fibrin meshwork. *Acta Histochem. Cytochem.*, 49(4): 109–116.
10. Baz A.A., Hao H., Lan S. et al. (2024) Neutrophil extracellular traps in bacterial infections. *Front. Immunol.*, 15: 1357967.
11. James P., Kaushal D., Wilson R.B. (2024) NETosis in surgery: pathophysiology, prevention, and treatment. *Ann. Surg.*, 279(5): 765–780.
12. Shenoy-Bhangle A.S., Gervais D.A. (2012) Use of fibrinolytics in abdominal and pleural collections. *Semin. Intervent. Radiol.*, 29(4): 264–269.
13. Hartz R.S., Poticha S.M., Shields T.W. (1980) Healing of the perineal wound. *Arch. Surg.*, 115(4): 471–474.
14. Arung W., Meurisse M., Detry O. (2011) Pathophysiology and prevention of postoperative peritoneal adhesions. *World J. Gastroenterol.*, 17(41): 4545–4553.
15. Cheong Y.C., Laird S.M., Li T.C. et al. (2001) Peritoneal healing and adhesion formation/reformation. *Hum. Reprod. Update*, 7(6): 556–566.
16. Thompson J. (2000) Peritoneal fibrinolysis and adhesion formation. Springer-Verlag.
17. Schnüriger B., Barmparas G., Branco B.C. et al. (2011) Prevention of postoperative peritoneal adhesions. *Am. J. Surg.*, 201(1): 111–121.
18. Orita H., Fukasawa M., Girgis W. et al. (1991) Inhibition of postsurgical adhesions. *Int. J. Fertil.*, 36(3): 172–177.
19. Dunn R.C., Mohler M. (1993) Effect of varying days of tissue plasminogen activator therapy. *J. Surg. Res.*, 54(3): 242–245.
20. Banerjee A., Chisti Y., Banerjee U.C. (2004) Streptokinase — a clinically useful thrombolytic agent. *Biotechnol. Adv.*, 22(4): 287–307.
21. Reddy K.N.N., Markus G. (1972) Mechanism of activation of human plasminogen by streptokinase. *J. Biol. Chem.*, 247(6): 1683–1691.
22. Buchanan J.T., Simpson A.J., Aziz R.K. et al. (2006) DNase expression allows the pathogen to escape killing in neutrophil extracellular traps. *Curr. Biol.*, 16(4): 396–400.
23. Інструкція для медичного застосування препарату Дістрептаза Дістрепт.
24. Simpson G., Roomes D., Heron M. (2000) Effects of streptokinase and deoxyribonuclease on viscosity of human surgical pus. *Chest*, 117: 1728–1733.
25. Quintero L., Hernández-Bernal F., Marrero M.A. et al. (2010) Initial evidence of safety and clinical effect of recombinant streptokinase suppository. *Biotechnol. Appl.*, 27(4): 277–280.
26. Reznichenko G.I. et al. (2010) Effectiveness of the use of the drug «Distreptaza» for the prevention of postoperative purulent-septic complications. *Modern medical technologies*, 4: 19–22.
27. Reznichenko G.I. et al. (2012) The effectiveness of Distreptaza in the prevention of postoperative complications in women undergoing hysterectomy, 67: 153–156.
28. Solonetsky B.I. et al. (2011) Experience with the use of the drug Distreptaza in patients with acute adhesive intestinal obstruction. *Men's Health*, 1: 52–54.
29. Faro C., Faro S. (2008) Postoperative pelvic infections. *Infect. Dis. Clin. North Am.*, 22(4): 653–663.
30. Taha M., Shafique U., Rashid W. et al. (2025) Diagnostic Accuracy of C-reactive Protein in Early Detection of Post-surgical Infections. *Cureus*, 17(4).
31. Shetty M. (2023) Acute pelvic pain: role of imaging. *Semin. Ultrasound CT MRI*, 44(6): 491–500.
32. Gervais D.A., Ho C.H., O'Neill M.J. et al. (2004) Recurrent abdominal and pelvic abscesses. *Am. J. Roentgenol.*, 182(2): 463–466.
33. The American Fertility Society (1988) Classifications of adnexal adhesions. *Fertil. Steril.*, 49(6): 944–955.
34. Uppal S., Al-Niaimi A., Rice L.W. et al. (2013) Preoperative hypoalbuminemia is an independent predictor of poor perioperative outcomes. *Gynecol. Oncol.*, 131(2): 416–422.
35. Guo S., DiPietro L.A. (2010) Factors affecting wound healing. *J. Dent. Res.*, 89(3): 219–229.
36. Sadlocha M., Paszkowski T., Skrzypulec-Plinta V. (2018) Badanie skuteczności i tolerancji leczenia preparatem Distreptaza. *Forum Położnictwa i Ginekologii*.
37. Hur H.C., Lightfoot M., McMillin M.G. et al. (2016) Vaginal cuff dehiscence and evisceration. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.*, 28(4): 297–303.
38. Muers M.F. (1997) Streptokinase for empyema. *Lancet*, 349(9064): 1491–1492.
39. Chaika A., Nosenko E., Suslikova L. (2010) Distreptaza in the prevention of adhesive process. *Zdorov'e zhenshchiny*, 6: 52.
40. Antonelli E., Morales M.A., Dumps P. et al. (2004) Sonographic detection of fluid collections following hysterectomy. *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 23(4): 388–392.
41. Potapov V.A., Mutana E., Stepanova D.Yu. Strategy of early postoperative rehabilitation of reproductive function in women with uterine leiomyoma. *Zdorove zhenshchiny*, 10: 101–101. Gladchuk I.Z. et al. (2008) Prophylaxis of adhesions after surgical treatment in infertile women with uterine myoma and endometriosis. *Reproductive health of a woman*, 5(39): 44–46.
42. Kozub M.M. (2020) Experimental rationale and clinical use of anti-adhesion drugs. *J. Educ. Health Sport*, 10(2): 340–352.
43. Reznichenko G.I. et al. (2010) Effectiveness of the use of the drug «Distreptaza» for the prevention of postoperative purulent-septic complications. *Modern medical technologies*, 4: 19–22.
44. Onyshchenko S., Slonetskyi B., Ivanko O. (2012) Long-term results of surgical treatment of acute adhesive intestinal obstruction. *Zdorov'e muzhchiny*, (3): 105–108.
45. Chaika A., Nosenko E., Suslikova L. (2010) Distreptaza in the prevention of adhesive process in patients with tubal-peritoneal infertility. *Zdorov'e zhenshchiny*, 6: 52.
46. Kozub M.M. (2020) Experimental rationale and clinical use of radiowave energy, anti-adhesion drugs. *J. Educ. Health Sport*, 10(2): 340–352.
47. Onyshchenko S., Slonetskyi B., Ivanko O. (2012) Long-term results of surgical treatment of acute adhesive intestinal obstruction. *Zdorov'e muzhchiny*, 3: 105–108.
48. Reznichenko G.I. et al. (2012) The effectiveness of Distreptaza in the prevention of postoperative complications in women undergoing hysterectomy, 67: 153–156.
49. Solonetsky B.I. et al. (2011) Experience with the use of the drug Distreptaza in patients with acute adhesive intestinal obstruction. *Men's Health*, 1: 52–54.

Інформація про авторів:

Сафонов Роман Анатолійович — доктор медичних наук, професор, завідувач відділення оперативної гінекології з малоінвазивними технологіями КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня», заслужений лікар України, професор кафедри акушерства та гінекології № 2 Харківського національного медичного університету, Харків, Україна. E-mail: safrom68@gmail.com. ORCID ID: orcid.org/0000-0002-3876-4415. Scopus ID: www.scopus.com/authid/detail.uri?authorid=57196317092

Лазуренко Вікторія Валентинівна — докторка медичних наук, професорка, завідувачка кафедри акушерства та гінекології № 2 Харківського національного медичного університету, Харків, Україна. E-mail: vv.lazurenko@kntmu.edu.ua. ORCID ID: orcid.org/0000-0002-7300-4868. Researcher ID: www.researchgate.net/profile/Viktoriya_Lazurenko/experience. Scopus ID: www.scopus.com/%20authid/detail.uri?authorid=57194712400

Information about the authors:

Safonov Roman A. — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Operative Gynecology with Minimally Invasive Technologies at the Regional Clinical Hospital, Merited Doctor of Ukraine, Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology № 2 of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine. E-mail: safrom68@gmail.com. ORCID ID: orcid.org/0000-0002-3876-4415. Scopus ID: www.scopus.com/authid/detail.uri?authorid=57196317092

Lazurenko Viktoriya V. — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology № 2 of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine. E-mail: vv.lazurenko@kntmu.edu.ua. ORCID ID: orcid.org/0000-0002-7300-4868. Researcher ID: www.researchgate.net/profile/Viktoriya_Lazurenko/experience. Scopus ID: www.scopus.com/%20authid/detail.uri?authorid=57194712400