

# Предгравидарная подготовка пациенток с воспалительными заболеваниями женских половых органов

Т.В. Овсянникова, И.О. Макаров, И.А. Куликов

Адрес для переписки: Тамара Викторовна Овсянникова, tamaraovsyannikova@yandex.ru

*В статье даны рекомендации по предгравидарной подготовке пациенток с воспалительными заболеваниями женских половых органов и их последствиями при бесплодии и невынашивании беременности. Показания, методы обследования с целью уточнения генеза воспалительного заболевания и принципы терапии изложены на основании клинических рекомендаций 2012 г. Отмечена эффективность антибактериального препарата широкого спектра действия амоксициллина/клавуланата в программе подготовки к беременности пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза, учитывая значительный рост частоты инфицирования бактериальной флорой.*

**Ключевые слова:** предгравидарная подготовка, воспалительные заболевания органов малого таза, амоксициллин/клавуланат

В настоящее время вопросам плановой подготовки супружеских пар к беременности и родам уделяется большое внимание. Согласно данным литературы, более 40% беременностей являются незапланированными и, учитывая высокую частоту недиагностированных воспалительных заболеваний органов ма-

лого таза (ВЗОМТ), заканчиваются самопроизвольными абортми, преждевременными родами, развитием внутриутробного инфицирования плода и послеродовых осложнений [1, 2]. В зарубежные гинекологические клиники с целью подготовки к предполагаемой беременности обращается каждая 3–4-я супружеская пара.

Количество супружеских пар, решающих аналогичные проблемы в нашей стране, намного ниже, что связано с отсутствием знаний о программах предгравидарной подготовки как у врачей акушеров-гинекологов, так и у пациенток [3, 4].

В последние годы установлена четкая зависимость состояния здоровья потомства от возраста родителей, показателей их здоровья, наследственности, уровня образования, материального и семейного положения. Результаты одного из исследований показали, что в контрольной группе, где рожденные дети были здоровыми, родители состояли в зарегистрированном браке, данная беременность была желанной и запланированной. В группе детей с умеренным перинатальным риском отмечено значительное влияние таких негативных факторов, как отягощенный акушерско-гинекологический анамнез и наличие одновременно 5–6 повреждающих факторов, что является причиной угрозы прерывания беременности, гестоза, плацентарной недостаточности и дру-



гих осложнений. В группе детей с высоким перинатальным риском ведущими отрицательными факторами являлись возраст родителей (старше 35–45 лет) и отягощенный соматический и гинекологический анамнез [3].

Предгравидарная подготовка включает в себя комплекс мероприятий, направленных на подготовку женщины и ее супруга к беременности. Известно, что эффективность мероприятий по охране здоровья матери и ребенка и профилактики различных осложнений наиболее ощутима, если они начаты до наступления беременности [5]. Здоровье отца в равной степени, как и матери, имеет значение в рождении здорового потомства. Кроме того, здоровье будущего ребенка зависит не только от состояния здоровья обоих супругов, но и от социальных, психологических и экономических условий. Участие в обследовании перед планируемой беременностью обоих супругов также связано с высокой частотой ВЗОМТ, значительная часть которых длительное время протекает без выраженной клинической симптоматики. Хронические воспалительные заболевания гениталий в основном выявляются при обследовании пациенток перед планируемой беременностью, после самопроизвольного аборта или преждевременных родов, а также у супругов, состоящих в бесплодном браке.

### Программы предгравидарной подготовки

Проведение предгравидарной подготовки рекомендовано женщинам, планирующим беременность, с жалобами и без них; пациенткам с бесплодием; при наличии невынашивания беременности в анамнезе. Комплекс мероприятий, направленных на подготовку женщины к беременности, включает в себя сбор анамнеза, клиничко-лабораторное обследование с целью выявления экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, а также комплексное лечение, если оно необходимо.

Выявляемые при обращении к специалистам наследственные или экстрагенитальные заболевания, туберкулез, эндокринные заболевания (сахарный диабет, метаболический синдром, заболевания щитовидной железы), а также оперативные вмешательства на мочеполовых органах требуют консультирования со специалистами соответствующего профиля, в частности генетиками, терапевтами, эндокринологами, хирургами или урологами-андрологами.

Частота соматических заболеваний при беременности составляет 12–14%. С одной стороны, беременность может вызвать осложнение уже имеющегося заболевания, с другой – ряд хронических заболеваний женщины может неблагоприятно сказаться на состоянии здоровья будущего ребенка. К заболеваниям перинатального риска относятся: сердечно-сосудистая патология (врожденные и приобретенные пороки сердца и гипертензия), заболевания мочевыделительных путей, эндокринопатии, болезни кроветворной системы, печени, легких, заболевания соединительной ткани, нарушение гемостаза, острые и хронические инфекции, заболевания нервной системы [6]. Таким образом, программа обследования включает в себя [7]:

- выявление наследственной патологии у супругов и при необходимости консультация генетика;
- уточнение наличия экстрагенитальных заболеваний (консультация и лечение у профильных специалистов);
- обследование на урогенитальные инфекции (инфекционный скрининг и лечение);
- анализы на TORCH-комплекс (Toxoplasmosis – токсоплазмоз, Others – другие инфекции, Rubella – краснуха, Cytomegalovirus – цитомегаловирусная инфекция, Herpes simplex virus – вирус простого герпеса). Проводится определение антител IgG и IgM к краснухе, токсоплазмозу, цитоме-

Амоксициллин/клавуланат активен в отношении аэробных и анаэробных грамположительных и грамотрицательных бактерий, то есть практически в отношении всего спектра бактериальных агентов, присутствующих у пациенток с ВЗОМТ.

герпесу и вирусу простого герпеса 1 и 2 типов;

- гормональное обследование – при нарушениях менструального цикла, а также у пациенток с бесплодием или невынашиванием беременности после исключения органических причин этих нарушений (табл.);
- обследование на врожденные тромбофилические заболевания – у женщин с невынашиванием беременности;
- эндоскопическое обследование (лапароскопия и/или гистероскопия с биопсией эндометрия) показана всем женщинам с бесплодием и, по показаниям, при невынашивании беременности.

### Диагностика и лечение воспалительных заболеваний органов малого таза

Совместное консультирование обоих супругов позволяет получить наиболее полную информацию о воспалительных заболеваниях мочеполовой системы до брака и за период супружеской жизни. У пациенток с бесплодием и невынашиванием беременности наиболее часто выявляются последствия ВЗОМТ: нарушение проходимости маточных труб, спаечный процесс в малом тазу, тубоовариальные образования, хронический эндометрит. Среди пациенток с бесплодием, несмотря на неоднократные курсы противовоспалительной терапии, при комплексном обследовании практически в 25–30% случаев выявляется хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, бактериальные инфекции, кандидоз [1, 7].

Таблица. Гормональный скрининг в программе предгравидарной подготовки\*

Гормон	Нарушения менструального цикла (аменорея I и II степени, олигоменорея, синдром поликистозных яичников)*	Регулярный ритм менструаций	
		2–3-й день цикла (фолликулиновая фаза)	21–23-й день цикла** (лютеиновая фаза)
Пролактин	+	+	-
Фолликулостимулирующий гормон	+	-	-
Лютеинизирующий гормон	+	-	-
Эстрадиол	+	-	-
Тестостерон общий	+	+	-
Кортизол	+	+	-
Дегидроэпиандростерон сульфат	+	+	-
17-гидроксипрогестерон	+	+	-
Прогестерон	-	-	+
Тиреотропный гормон	+	+	-
Тироксин свободный (Т <sub>4</sub> )	+	+	-
Антитела к тиреоглобулину	+	+	-
Антитела к тиреопероксидазе	+	+	-
Антимюллеров гормон (по показаниям)	+	+	-

\* Адаптировано по [7].

\* Показатели гормонов сравниваются с нормативными показателями фолликулиновой фазы цикла.

\*\* Максимально точная информация о функции желтого тела может быть получена при определении уровня прогестерона на 17–19; 21–23 и 25–27-й дни цикла.

Особенностью воспалительных заболеваний гениталий в последние годы является изменение этиологической структуры ВЗОМТ. Так, в 52% случаев обнаруживаются ассоциации, включающие 3–7 микроорганизмов. В последнее время акушеры-гинекологи переоценивают значение в развитии ВЗОМТ инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), забывая о роли условно-патогенной, аэробной и анаэробной флоры. Известно, что в норме условно-патогенная флора находится в организме в небольшом количестве, не вызывая воспалительных заболеваний гениталий, и только при определенных условиях становится истинно патогенной [4, 8]. В частности, к условно-патогенным микроорганизмам относятся кишечная палочка, стафилококки, стрептококки, кандиды и др. Смешанные инфекции, вызванные несколькими возбудителями,

составляют 20–30% в структуре ВЗОМТ, и в таких ситуациях клинические проявления заболевания могут быть абсолютно нетипичными, в зависимости от особенностей взаимодействия между различными видами возбудителей. При смешанной инфекции и хроническом течении процесса частота рецидивов заболевания увеличивается в несколько раз [8, 9].

Практически у 80% женщин с вульвовагинитом, цервицитом, уретритом выявляется смешанная бактериально-грибково-вирусная инфекция. Сочетание хламидиоза и анаэробной флоры диагностируется в 14–24% случаев, хламидиоза и трихомониаза – в 5–10%. Микоплазма в виде моноинфекции встречается в 12–18% случаев, частота микоплазмоза возрастает в несколько раз в сочетании с другими микробными агентами. В структуре бактери-

альной флоры у женщин с ВЗОМТ в 18,7% случаев выявляются энтеробактерии, в 16,6% – стрептококки, в 10% – коринебактерии, в 6% – облигатные анаэробы. В последние годы резко уменьшилась (5,5%) частота гонококковой инфекции и возросла (72,8%) частота дисбиотических нарушений влагалищной флоры [4, 10].

У 25% женщин острый воспалительный процесс, несмотря на своевременное начатое лечение, переходит в хроническую стадию, причем хронический сальпингит, оофорит и эндометрит занимают ведущее место в структуре гинекологических заболеваний. Среди причин женского бесплодия последствия воспалительных процессов гениталий занимают первое место, а при невынашивании беременности – второе [8, 11]. Наряду с увеличением частоты ВЗОМТ и ростом случаев самолечения отмечается развитие

акушерство



лекарственной устойчивости к большинству антибиотиков. В ряде многоцентровых исследований показано, что возникающая все чаще устойчивость к лекарственным препаратам представляет наибольшую сложность в лечении больных с различными инфекционными процессами, особенно смешанной этиологии [9].

Учитывая все вышеизложенное, женщины с наличием воспалительных заболеваний гениталий в анамнезе, пациентки с бесплодием и невынашиванием беременности обязательно должны пройти комплексное обследование на урогенитальные инфекции. Правила получения клинического материала для лабораторного исследования заключаются в следующем [12].

1. Соблюдение сроков забора материала с учетом проводимой медикаментозной терапии антибактериальными, антимикотическими и другими препаратами:

- не ранее чем через 14 дней после окончания терапии для идентификации возбудителей культуральным методом или методом амплификации РНК;
- не ранее чем через 4 недели при использовании методов амплификации ДНК (полимеразной цепной реакции (ПЦР), ПЦР в режиме реального времени).

2. Получение клинического материала из цервикального канала или влагалища вне менструации.

3. Проведение различных методов провокации с целью повышения эффективности диагностики урогенитальных инфекций нецелесообразно.

Инфекционный скрининг пациенток с ВЗОМТ, бесплодием и невынашиванием беременности включает в себя:

- мазок на степень чистоты из уретры, цервикального канала и влагалища;
- мазок из цервикального канала для определения методом ПЦР наличия: *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonor-*

*rhoeae*, *Candida* spp., *Gardnerella vaginalis*, вируса простого герпеса 1 и 2 типов, цитомегаловируса и вируса папилломы человека;

- культуральное исследование на *Ureaplasma* spp. и *Mycoplasma hominis*;
- бактериологический посев из цервикального канала для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам (качественный и количественный анализ микрофлоры).

Обследование супругам следует проводить в одной лаборатории, применяя одинаковые диагностические тест-системы, соблюдая правила получения и хранения клинического материала для проведения лабораторных исследований [12].

Патогенетически обоснованная терапия должна быть назначена одновременно обоим супругам гинекологом и андрологом с последующим контролем результатов лечения.

Стандартные схемы лечения, согласно клиническим рекомендациям отечественных авторов (2012), назначаются при выявлении вирусной инфекции, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, бактериального вагиноза, *Trichomonas vaginalis* по результатам ПЦР-диагностики. Антибактериальная терапия с целью эрадикации *Mycoplasma hominis* и/или *Ureaplasma* spp. назначается при количестве микробных агентов  $> 10^4$  КОЕ (ГЭ)/мл (г). Лечение всех остальных инфекций, в том числе и кандидоза, проводится по результатам бактериологических исследований с учетом КОЕ для каждого возбудителя.

Имеются публикации по результатам изучения отдаленных осложнений ВЗОМТ при персистирующей анаэробной инфекции с преимущественным поражением маточных труб. В связи с этим оптимальным, особенно для женщин с бесплодием и невынашиванием беременности в анамнезе, является включение в схему лечения препаратов, обладающих

широким спектром действия, особенно в отношении анаэробных микроорганизмов [11, 13].

Создание комбинированного антибактериального препарата – амоксициллина/клавуланата – явилось прогрессивным шагом в лечении воспалительных заболеваний у женщин до и во время беременности. Добавление клавулановой кислоты, при сохранении бактерицидности и безопасности пенициллинов, существенно расширило антибактериальную активность амоксициллина до уровня антибиотиков широкого спектра действия. Благодаря подавлению активности бактериальных бета-лактамаз клавулановой кислотой, амоксициллин/клавуланат активен в отношении аэробных и анаэробных бактерий. Другой важной особенностью амоксициллина/клавуланата является его высокая антианаэробная активность, аналогичная таким препаратам, как метронидазол и карбапенем.

Наиболее важным аспектом эффективного применения амоксициллина/клавуланата у пациенток с ВЗОМТ при бесплодии и невынашивании беременности являются данные об активности препарата в отношении аэробных и анаэробных грамположительных и грамотрицательных бактерий, то есть практически в отношении всего спектра бактериальных агентов, присутствующих у подавляющего большинства этой группы женщин [13, 14].

Отмечена высокая клиническая (96,8%) и бактериологическая (100%) эффективность амоксициллина/клавуланата у пациенток с воспалительными заболеваниями гениталий, обусловленными бактериальной аэробной и анаэробной флорой.



Диспергируемые таблетки Амоксиклав® Квиктаб (амоксициллин/клавуланат) имеют удобную форму для рассасывания (не требуют запивания водой), быстро растворяются, обеспечивая высокую скорость доставки препарата в ткани.

Согласно инструкции по применению препарата, после приема амоксициллина/клавуланата оба активных вещества быстро абсорбируются из желудочно-кишечного тракта. После приема амоксициллина/клавуланата внутрь в дозе 375 мг и 625 мг  $C_{\max}$  амоксициллина в плазме крови составляет 3,7 и 6,5 мг/л соответственно, клавулановой кислоты – 2,2 и 2,8 мг/л соответственно. Связывание с белками плазмы крови составляет 25% для клавулановой кислоты и 18% – для амоксициллина. После однократного приема внутрь одной таблетки в дозе 375 мг (250 мг амоксициллина и 125 мг клавулановой кислоты) или 625 мг (500 и 125 мг соответственно) приблизительно 60–70% амоксициллина и 40–60% клавулановой кислоты в течение первых 6 ч выделяются с мочой в неизменном виде. Средний период полураспада амоксициллина и клавулановой кислоты после приема препарата в дозе 375 мг и 625 мг составляет соответственно 1 ч и 1,3 ч для амоксициллина, 1,2 ч и 0,8 ч для клавулановой кислоты. Средний период полураспада амоксициллина и клавулановой кислоты после внутривенного введения препарата в дозе 1,2 г и 600 мг составляет 0,9 ч и 1,07 ч для амоксициллина, 0,9 ч и 1,12 ч для клавулановой кислоты соответственно.

В результате сравнительного изучения амоксициллина/клавуланата, офлоксацина, метронидазола и других антибактериальных препаратов зарубежными и отечественными авторами отмече-

на высокая клиническая (96,8%) и бактериологическая (100%) эффективность амоксициллина/клавуланата у пациенток с воспалительными заболеваниями гениталий, обусловленными бактериальной аэробной и анаэробной флорой [11, 13].

Одним из препаратов, содержащих амоксициллин/клавуланат, является препарат Амоксиклав®. Помимо таблеток для перорального применения, покрытых пленочной оболочкой, выпускаются также диспергируемые таблетки Амоксиклав® Квиктаб, которые имеют более удобную форму для рассасывания (не требуют запивания водой), быстро растворяются, обеспечивая высокую скорость доставки препарата в ткани. Данная форма и дозировка с двукратным использованием препарата обеспечивают высокую комплаентность пациентов.

Комбинированные схемы противовоспалительной терапии активно применяются при подготовке пациенток к гистеросальпингографии, лапароскопии и/или гистероскопии, то есть ко всем инвазивным процедурам, которые проводятся при обследовании женщин с бесплодием и невынашиванием беременности.

Не менее важно проводить активную реабилитацию пациенток с бесплодием и невынашиванием беременности после лапароскопических оперативных вмешательств по поводу спаечного процесса в малом тазу, нарушения проходимости маточных труб, при подтвержденном эндометрите [15].

Антибактериальная терапия проводится в сочетании с эстроген-гестагенными препаратами, которые назначаются на 3–6 месяцев. На фоне этих препаратов во время менструации назначается антибактериальная и антимикотическая терапия с учетом лабораторных исследований, которые проводились до операции. На фоне эстроген-гестагенных препаратов целесообразно рекомендовать также физио- или бальнеотерапию.

Вопрос о возможности наступления беременности решается после получения отрицательных результатов обследования на выявленные ранее инфекции, учитывая правила забора материала для лабораторных методов исследования [12].

### Алгоритм лечения женщин с бесплодием и невынашиванием беременности

Таким образом, после клинико-лабораторного обследования и точной постановки диагноза терапия у пациенток с невынашиванием беременности и бесплодием проводится поэтапно, учитывая, что у одной больной может быть выявлено одновременно несколько причин нарушения репродуктивной функции [7, 15].

*I этап* – после подтверждения диагноза инфекционного поражения гениталий назначается патогенетически обоснованная терапия обоим супругам до подтверждения отсутствия лабораторных признаков.

*II этап* – лечение органической патологии гениталий (лапароскопия, гистероскопия). Это пациентки с трубно-перитонеальным бесплодием, эндометриозом/аденомиозом, опухолями матки и яичников, внутриматочной патологией в виде внутриматочных перегородок, синехий и субмукозной миомы.

*III этап* – проведение лекарственной терапии последствий спаечного процесса, генитального эндометриоза, коррекция эндокринных нарушений и нарушений менструально-репродуктивной функции.

Стимуляция функции яичников прямыми и непрямыми стимуляторами овуляции показана только после проведения гормонального обследования и в тех случаях, когда врач уверен, что все органические причины бесплодия или невынашивания беременности устранены.

Непростой клинической ситуацией является развитие воспалительных заболеваний во время беременности. В соответствии с современными данными, бета-

# Амоксиклав® Квиктаб

амоксициллин + клавулановая кислота



Рег. номер: ЛСР-005243/08

Новая форма для рассасывания во рту или растворения в воде  
Для пациентов с ЛОР-инфекциями\* и тех, кому трудно глотать  
обычные таблетки

Ко-амоксиклав – «золотой стандарт» лечения внебольничных  
респираторных инфекций<sup>3,4</sup>

реклама

#### КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА АМОКСИКЛАВ® КВИКТАБ

МЕЖДУНАРОДНОЕ НЕПАТЕНТОВАННОЕ НАЗВАНИЕ: амоксициллин + клавулановая кислота. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА: таблетки диспергируемые. ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА: антибиотик – пенициллин полусинтетический + бета-лактамаз ингибитор. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: инфекции верхних отделов дыхательных путей и ЛОР-органов (острый и хронический синусит, острый и хронический средний отит, заглоточный абсцесс, тонзиллит, фарингит); инфекции нижних отделов дыхательных путей (острый бронхит с бактериальной суперинфекцией, хронический бронхит, пневмония); инфекции мочевыводящих путей; инфекции в гинекологии; инфекции кожи и мягких тканей, включая укусы человека и животных; инфекции костной и соединительной тканей; инфекции желчных путей (холецистит, холангит); одонтогенные инфекции. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата; повышенная чувствительность в анамнезе на любой антибиотик из группы пенициллинов, на цефалоспорины и другие бета-лактамы антибиотик; наличие в анамнезе указаний на холестатическую желтуху и/или другие нарушения функции печени, вызванные приемом амоксициллина/клавулановой кислоты; дети до 12 лет или с весом тела меньше 40 кг. С ОСТОРОЖНОСТЬЮ: при псевдомембранозном колите в анамнезе, печеночной недостаточности, тяжелых нарушениях функции почек, в период лактации. В связи с тем, что у большого числа пациентов, страдающих инфекционным мононуклеозом и лимфопатией, получавших ампициллин, наблюдали появление эритематозной сыпи, применение антибиотиков группы ампициллина для таких пациентов не рекомендуется. ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ: Амоксиклав® Квиктаб может назначаться во время беременности при наличии четких показаний. Амоксициллин и клавулановая кислота в небольших количествах проникают в грудное молоко. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: внутрь. Таблетки необходимо растворить в половине стакана воды (минимум 30 мл) и тщательно перемешать, затем выпить, или таблетки подержать во рту до полного растворения, после чего проглотить. С целью снижения риска развития побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта следует принимать препарат в начале еды. Взрослым и детям старше 12 лет (или массой тела более 40 кг): в случае легкого и среднетяжелого течения инфекции дозу составляет 1 таблетка 625 мг каждые 12 часов, в случае инфекций дыхательных путей и тяжелого течения инфекций – 1 таблетка 625 мг каждые 8 часов или 1 таблетка 1000 мг каждые 12 часов. В случае начала лечения с парентерального введения препарата его возможно продолжить приемом пероральных таблеток Амоксиклав® Квиктаб. Продолжительность лечения до 14 дней. Дозировки при почечной недостаточности: в соответствии с тяжестью функциональных нарушений почек необходимо снизить дозу препарата и/или увеличить интервал дозирования. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: потеря аппетита, тошнота, рвота, диарея; зуд, крапивница, эритематозные высыпания; головокружение, головная боль; обратимая лейкопения (включая нейтропению) и тромбоцитопения; интерстициальный нефрит, кристаллурия; кандидоз и другие виды суперинфекции. ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: с целью снижения риска развития побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта следует принимать препарат в начале приема пищи. ВЛИЯНИЕ НА СПОСОБНОСТИ К КОНЦЕНТРАЦИИ ВНИМАНИЯ: данных об отрицательном влиянии препарата Амоксиклав® Квиктаб в рекомендуемых дозах на способности к управлению автомобилем или работе с механизмами нет. УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ: в защищенном от влаги месте при температуре не выше 25 °С. Хранить в недоступном для детей месте. СРОК ГОДНОСТИ: 3 года.

\* Бактериальный тонзиллит, фарингит.

Список литературы

1. Козлов С.Н., Стрauchунский Л.С. Современная антимикробная химиотерапия: Руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 448 с. 2. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под редакцией Стрauchунского Л.С., Белоусова Ю.Б., Козлова С.Н. Смоленск: МАКМАХ, 2007. – 464 с. 3. Яковлев С.В. Справочник поликлинического врача. 2006; 4 (10): 47-50. 4. Ко-амоксиклав

– British Approved Name (BAN) – непатентованное название амоксициллина/клавуланата, применяемое в Великобритании. Доступно по адресу: <http://www.pharmacoepia.gov.uk/publications/british-approved-names.php>

a Novartis company

123317 Москва, Пресненская набережная,  
дом 8, строение 1, комплекс «Город столиц»,  
8-9 этаж, ЗАО «Сандоз», тел.: (495) 660-75-09  
[www.sandoz.ru](http://www.sandoz.ru)

 **SANDOZ**

Здоровые решения

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ (ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ) РАБОТНИКОВ.  
ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ, ПОЖАЛУЙСТА, С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ.

RU1301074603

лактамы могут назначаться разным категориям больных, в частности беременным, у которых из-за потенциальной токсичности невозможно применение антибиотиков других групп. Амоксициллин/клавуланат может быть назначен при беременности, в частности, для лечения бессимптомной бактериурии и пиелонефрита. Эффективность и безо-

пасность данного препарата была подтверждена О.И. Михайловой и соавт. (2013) у беременных женщин с инфекциями мочевыводящих путей.

### Заключение

Следует отметить, что женщины с ВЗОМТ в анамнезе, а также с бесплодием и невынашиванием беременности входят в наиболее

сложную группу пациенток, у которых возникают трудности в восстановлении и сохранении репродуктивной функции. Несмотря на тщательное обследование и лечение, проблемы нередко возникают не только на этапе подготовки к беременности: последствия ВЗОМТ могут проявиться как во время беременности, так и в послеродовом периоде. ❧

### Литература

- Hitti J., Garcia P., Totten P. et al. Correlates of cervical Mycoplasma genitalium and risk of preterm birth among Peruvian women // *Sex. Transm. Dis.* 2010. Vol. 37. № 2. P. 81–85.
- Penta M., Lukic A., Conte M.P. et al. Infectious agents in tissues from spontaneous abortions in the first trimester of pregnancy // *New Microbiol.* 2003. Vol. 26. № 4. P. 329–337.
- Кулаков В.И., Серов В.Н. Руководство по безопасному материнству. М.: Триада-Х, 1998. 531 с.
- Кулавский В.А., Уткин Е.В. Основные причины развития и современные тенденции в клиническом течении воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин // *Российский вестник акушера-гинеколога.* 2008. № 1. С. 40–44.
- Макаров И.О., Шешукова Н.А., Овсянникова Т.В. Особенности прегравидарной подготовки у женщин с инфекционным генезом невынашивания беременности // *Акушерство, гинекология и репродукция.* 2011. № 1. С. 5–7.
- Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременности. Киев: Авиценна, 2004. 168 с.
- Овсянникова Т.В., Камилова Д.П., Макарова И.О. Бесплодный брак: принципы диагностики и лечения // *Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология.* 2012. № 1. С. 7–9.
- Ялов В.В. Воспалительные заболевания органов малого таза // *Гинекология.* 2006. Т. 8. № 4. С. 47–51.
- Прилепская В.Н., Яглов В.В. Воспалительные заболевания органов малого таза. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 128 с.
- Кочетов А.Г., Пиддубный М.И., Радзинский В.Е. и др. Профилактика воспалительных осложнений при малых гинекологических операциях // *Гинекология.* 2002. № 2. С. 76–78.
- Кисина В.И., Канищева Е.Ю., Колиева Г.Л. Амоксициллин-клавулановая кислота в лечении воспалительных заболеваний верхних отделов половой системы у женщин // *Воспалительные заболевания.* 2003. № 1. С. 32–35.
- Клинические рекомендации по ведению больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями. 2012 // [www.cnikvi.ru](http://www.cnikvi.ru).
- Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Амоксициллин/клавуланат – адекватный подход к лечению воспалительных заболеваний женских половых органов // *Гинекология.* 2006. Т. 8. № 1. С. 14–17.
- Михайлова О.И., Елохина Т.Б., Балушкина А.А. Антибактериальная терапия инфекций мочевыводящих путей у беременных // *Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология.* 2013. № 1. С. 2–7.
- Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Современные принципы профилактики и лечения воспалительных заболеваний женских половых органов в оперативной и неоперативной гинекологии. Методические рекомендации. М., 2005.

### Pre-conceptional management of pelvic inflammatory diseases in women

T.V. Ovsyannikova, I.O. Makarov, I.A. Kulikov

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Obstetrics and Gynecology Department of the Faculty of Postgraduate Professional Training of Physicians

Contact person: Tamara Viktorovna Ovsyannikova, [tamaraovsyannikova@yandex.ru](mailto:tamaraovsyannikova@yandex.ru)

*The authors present basic recommendations on the pre-conceptional therapy in women with pelvic inflammatory diseases and associated infertility and miscarriage. Diagnostic methods for identifying the cause of inflammatory disease, indications and therapy principles are discussed basing on the clinical guidelines 2012. In women with pelvic inflammatory diseases, broad-spectrum antibacterial agent amoxicillin/clavulanate is recommended for the pre-conceptional therapy due to high prevalence of bacterial infections.*

**Key words:** pre-conceptional management, pelvic inflammatory diseases, amoxicillin/clavulanate