



### **Воспалительные заболевания органов малого таза (сальпингит, оофорит, сальпингоофорит)**

РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК)

Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2015

Категории МКБ: Острый сальпингит и оофорит (N70.0), Сальпингит и оофорит неуточненные (N70.9), Хронический сальпингит и оофорит (N70.1)

Разделы медицины: Акушерство и гинекология

### **Воспалительные заболевания промежности, вульвы и влагалища (бартолинит, вульвит, вагинит)**

РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК)

Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2016

Категории МКБ: Болезни бартолиновой железы (N75), Другие воспалительные болезни влагалища и вульвы (N76), Другие уточненные воспалительные болезни влагалища и вульвы (N76.8)

Разделы медицины: Акушерство и гинекология

Подготовила: Алмуратова А. С.

Группа: 18-02

# Определение

**Сальпингоофорит (сальпингит, оофорит)** – инфекционно-воспалительный процесс неспецифической или специфической этиологии с локализацией в маточных трубах и яичниках [1].

Код протокола:

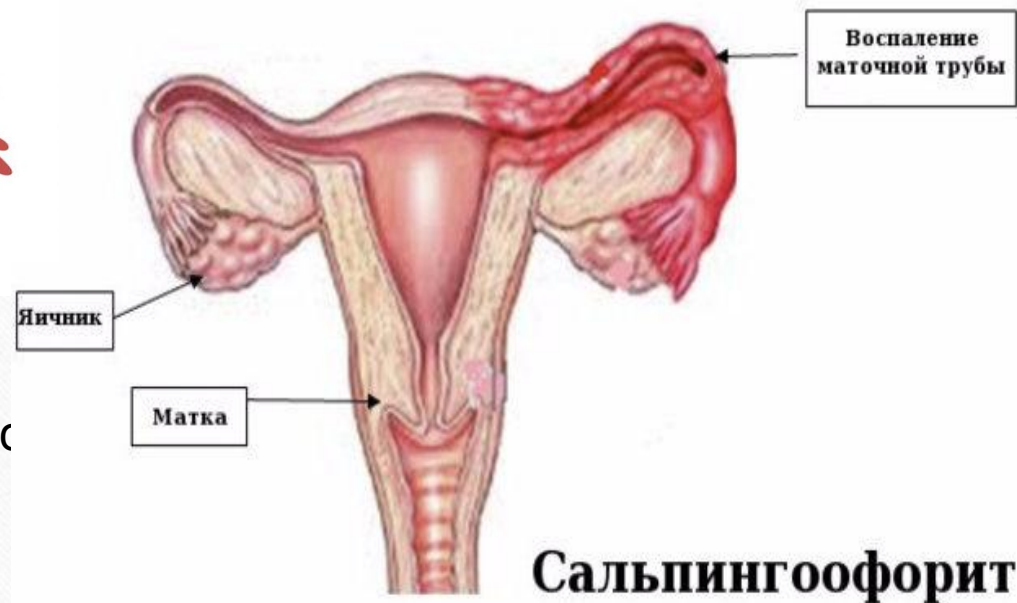
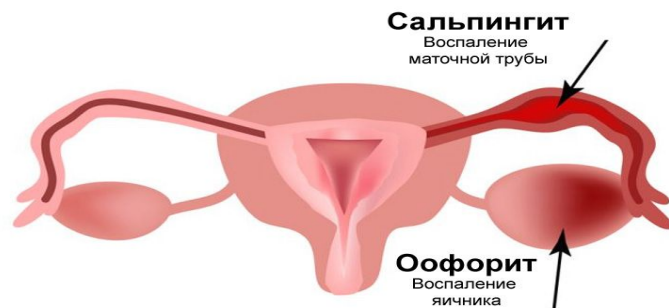
Код(ы) МКБ-10:

N70 сальпингит и оофорит

N70.0 острый сальпингит и оофорит

N70.1 хронический сальпингит и оофорит. Гидросальпинкс

N70.9 сальпингит и оофорит неуточненные



# Классификация

---

- **Клиническая классификация:**

- острый неспецифический (или специфический) сальпингоофорит;
- обострение неспецифического сальпингоофорита;
- хронический неспецифический сальпингоофорит [1].



# Клиническая картина

---

- **Жалобы при остром сальпингоофорите**
  - сильные боли внизу живота;
  - повышение температуры выше 38°C;
  - озноб;
  - дизурические явления;
  - вздутие живота;
  - патологические (серозные, гнойвидные, серозно-гнойвидные, кровянистые) выделения из половых путей;
  - диспареуния.

# Клиническая картина

---

- **Жалобы при обострении хронического сальпингоофорита**
  - боли внизу живота;
  - субфебрильная температура до 38°C;
  - дизурические явления;
  - вздутие живота;
  - патологические выделения из половых путей;
  - диспареуния.

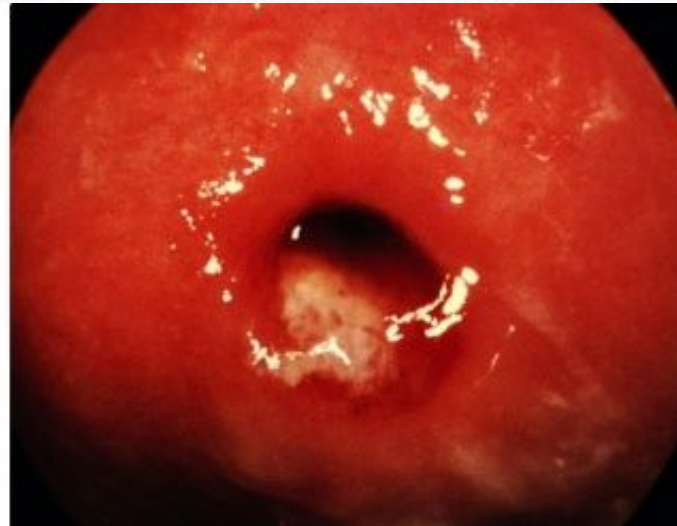
# Анамнез

---

- осложненные роды, аборт;
- внутриматочные инвазивные манипуляции (выскабливание полости матки, введение или извлечение ВМС);
- ГСГ;
- гистероскопия;
- раннее начало половой жизни;
- половой акт во время менструации;
- случайные половые контакты.

## • Физикальное обследование:

- на зеркалах – воспалительный эндоцервицит, серозно-гноевидные выделения
- ~~при бимануальном исследовании – придатки четко не определяются, болезненные, отечные, тестообразной консистенции, при хроническом процессе - тяжесть в области придатков.~~



# Диагностика

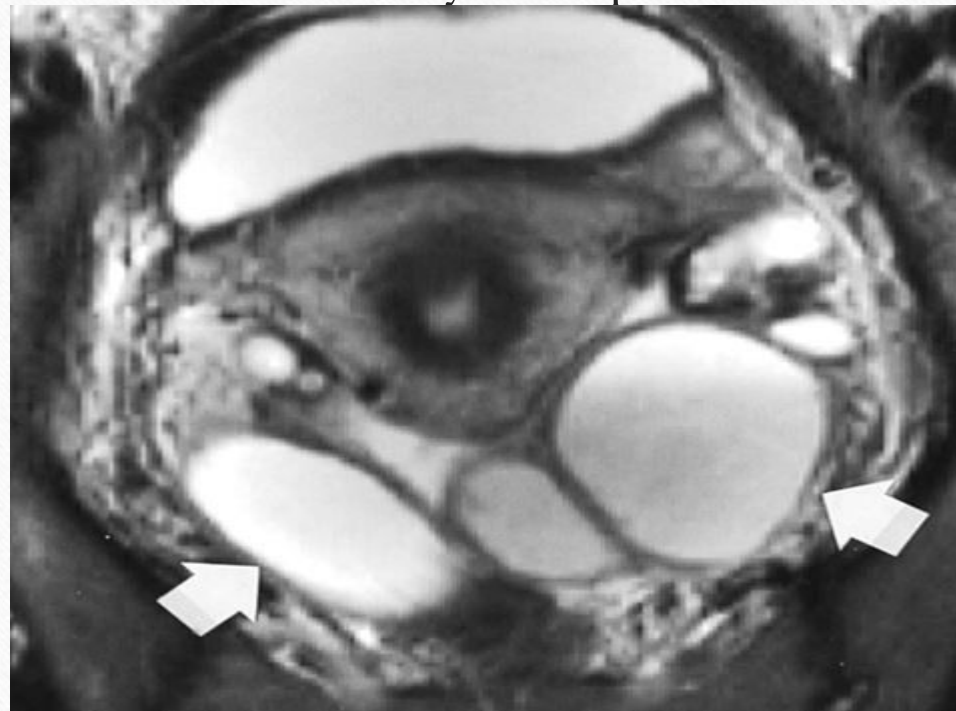
- **Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**
  - сбор жалоб;
  - анамнез жизни;
  - осмотр на зеркалах;
  - бимануальное исследование;
  - ОАК;
  - ОАМ;
  - мазок на степень чистоты;
  - тест на беременность;
  - УЗИ органов малого таза.





- **Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- ГСГ;
- КТ/МРТ;
- доплерометрическое исследование сосудов органов малого таза;
- лапароскопия;
- биопсия эндометрия.



- **Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов в соответствии с приказом МО:**

- анамнез жизни;
- осмотр на зеркалах;
- бимануальное исследование;
- ОАК;
- ОАМ;
- анализ крови на RW;
- анализ крови на ВИЧ;
- УЗИ органов малого таза;
- биохимический анализ крови (общий белок, С-реактивный белок, протеинограмма, глюкоза крови, билирубин, мочеви́на, креатинин, АЛТ, АСТ)
- мазок на степень чистоты;
- бактериологический посев из цервикального канала на чувствительность к антибиотикам.

- **Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов в соответствии с приказом МО:**

- коагулограмма при планируемом оперативном вмешательстве (фибриноген, МНО, ПТИ, фибриноген В);
- КТ/МРТ;
- ПЦР-диагностика на хламидии [3];
- доплерометрическое исследование органов малого таза [3].

- **Инструментальные исследования:**

- при УЗИ – наличие жидкости в позадиматочном пространстве, наличие жидкости в маточных трубах, утолщение стенок маточных труб;
- на КТ/МРТ наличие жидкости в позадиматочном пространстве, наличие жидкости в маточных трубах, изменения тазовой брюшины, утолщение крестцово-маточных связок;
- при Допплерометрическом исследовании органов малого таза – усиление кровоснабжения маточных труб;
- при лапароскопии – признаки воспаления маточных труб, гидросальпинкс, сактосальпинкс, спаечный процесс в малом тазу.

**Показания для консультации узких специалистов:**

- хирург - дифференциальный диагноз с острым аппендицитом, хирургическим перитонитом, опухолями кишечника, кишечной коликой;
- уролог - дифференциальный диагноз с почечной коликой.

# Лабораторная диагностика

---

- **Лабораторные исследования:**

- в ОАК - умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ;
- в биохимическом анализе крови - диспротеинемия с преобладанием глобулиновых фракций, повышение уровня С-реактивного белка;
- в коагулограмме возможны изменения в системе гемостаза в сторону гиперкоагуляции;
- в ОАМ - отсутствие лейкоцитурии;
- в мазке на степень чистоты 3-4 степень чистоты, наличие инфекционного возбудителя;
- в бактериологическом посеве может быть получен возбудитель;
- отрицательный тест на беременность;
- положительные результаты ПЦР-диагностики на хламидии, гонорею.

# Дифференциальный диагноз

| Симптомы, лабораторные данные              | Воспалительные заболевания органов малого таза  | Острый аппендицит                            | Хирургический перитонит              | Почечная колика                         | Внематочная беременность        | Перекрут кисты яичника                        | Эндометриоз                                  |
|--|---|--|--------------------------------------|---|---------------------------------|---|--|
| Боли внизу живота                          | +   | Боли иррадируют в правую подвздошную область | Боли по всему животу                 | Боли в поясничной области               | +                               | +   | Боли внизу живота носят циклический характер |
| Повышение температуры                      | +   | +  | +                                    | +/-                                     | -                               | +/-   | -  |
| Анамнез                                    | Хронический сальпингоофорит, длительное ношение ВМК, случайные половые связи, внутриматочные инвазивные манипуляции |  | Язва желудка или 12-типерстной кишки | Заболевания почек, МКБ                  | Возможна задержка месячных      | Киста яичника                                 | Эндометриоз в анамнезе, бесплодие            |
| Положительные симптомы раздражения брюшины | +   | +  | +                                    | -                                       | +                               | +   | -  |
| Лейкоцитоз                                 | +   | +  | +                                    | +                                       | +/-                             | +   | -  |
| Ускорение СОЭ                              | +   | +  | +                                    | -                                       | +                               | +   | -  |
| Изменения в ОАМ                            | -   | -  | -                                    | +                                       | -                               | -   | + при поражении мочеточников                 |
| Положительный С-реактивный белок           | +   | +  | +                                    | -                                       | -                               | +   | -  |
| Тест на беременность                       | -   | -  | -                                    | -                                       | +                               | -   | -  |
| Боли при бимануальном исследовании         | +   | -  | -                                    | -                                       | +                               | +   | +  |
| Данные УЗИ                                 | Наличие жидкости в позадаточном пространстве или в трубах, утолщение стенок маточных труб                           | Специфических признаков нет                  | Специфических признаков нет          | Наличие конкремента в почечных лоханках | Наличие плодного яйца вне матки | Эхонегативное образование в области придатков | Признаки эндометриоза на УЗИ                 |

# Лечение

- **Цели лечения:** Уменьшение симптомов интоксикации, улучшение общего состояния пациентки, элевация возбудителя из вагинального и цервикального секрета.

## **Тактика лечения:**

- антибактериальная, противовоспалительная, дезинтоксикационная терапия. Пациенткам, пользующихся внутриматочной контрацепцией, рекомендуется удаление ВМС, однако, доказательств об эффективности недостаточно [3]. При отсутствии эффекта от лечения в течение 48-72 часов, рекомендуется удаление ВМС [3,4] (УД – II С).
- при отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 72 часов рекомендуется оперативное лечение (УД – II С)

## **Немедикаментозное лечение:**

1-2 режим, стол №15, при оперативном лечении стол №1

## **Медикаментозное лечение:**

Все схемы антибактериальной терапии должны быть эффективными против гонореи, хламидий и анаэробной инфекции, а также учитывать результаты посева из цервикального канала и чувствительность высеянного возбудителя к антибиотикам [3] (УД – 1А).

- **Антибактериальная терапия:**

**Схема №1 (УД - 1А):**

- цефтриаксон 500 мг в/в/внутримышечно 2 раза в день или цефокситин 2 грамма в/в/внутримышечно однократно + доксициклин по 100мг в/в либо доксициклин по 100мг по 2 раза в сутки + метронидазол 400 мг перорально, 14 дней;

Применение цефалоспоринов может быть прекращено через 24 часа после клинического улучшения, доксициклин продолжают до 14 дней терапии.

**Схема №2 (УД - 1А):**

- клиндамицин 900 мг внутривенно каждые 8 часов, до клинического улучшения + гентамицин внутривенно или внутримышечно (2 мг/кг массы тела), с последующей поддерживающей дозой (1,5 мг/кг) каждые 8 часов.

~~Парентеральное лечение может быть прекращено через 24 часа после клинического улучшения; пероральная терапия должна продолжаться и состоять из клиндамицина 450 мг внутрь четыре раза в день, 14 дней или доксициклин по 100мг по 2 раза в сутки + метронидазол 400 мг перорально, 14 дней.~~

**Схема №3 (УД - 1В):**

- ампициллин/сульбактам по 3 г каждые 6 часов – до клинического улучшения;
- доксициклин или внутривенно каждые 12 часов до клинического улучшения далее по 100 мг перорально – 14 дней.

**Схема №4 (УД - 1В):**

- цефтриаксон 250мг внутримышечно в разовой дозе;
- доксициклин 100 мг в/в либо перорально два раза в день в течение 14 дней;
- метронидазол 500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней.

**Схема №5 (УД - 1В):**

- цефокситин 2 г внутримышечно в разовой дозе;
- пробенецид 1 г перорально одновременно в одной дозе;
- доксициклин 100 мг перорально дважды в день в течение 14 дней;
- метронидазол 500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней.

При наличии тубоовариального абсцесса, применение схемы с клиндамицином более эффективно. У женщин с положительным тестом на гонорею при невозможности применения цефалоспоринов, возможно использование азитромицина: 2 грамма перорально однократно [3,4].



# Хирургическое вмешательство:

---

- хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:

## Показания:

- безэффективность консервативной терапии в течение 72 часов УД-П-С;
- нарастание симптомов интоксикации;
- нарастание клиники острого живота;
- нарастание воспалительных изменений в лабораторных данных;
- бесплодие трубно – перитонеального генеза.

При наличии показаний возможный объем операции - тубэктомия, аднексэктомия, сальпингоовариолизис, сальпингонеостомия, разъединение абдоминальных спаек.

Оперативное лечение при бесплодии проводится лапароскопическим доступом с оценкой проходимости маточных труб, эффективным является использование противоспаечных барьеров в ходе операции. Объем оперативного вмешательства решается интраоперационно, с учетом желания пациентки и ее репродуктивного анамнеза. По результатам оперативного лечения составляется прогноз в отношении возможности наступления беременности.

- **Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:**
  - купирование воспалительного процесса;
  - отсутствие рецидивов и хронизации процесса;
  - восстановление репродуктивной функции.

## **Госпитализация**

**Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:**

**Показания для экстренной госпитализации:**

- острый сальпингоофорит с симптомами интоксикации;
- обострение хронического сальпингоофорита с симптомами интоксикации.

Большинство женщин получают амбулаторное лечение. Госпитализация показана при неэффективности амбулаторного лечения. УД 1-А

# Профилактика

- **Профилактические мероприятия:**

- консультирование по безопасному сексу;
- использование презервативов;
- скрининг сексуально активных женщин на хламидиоз с последующим лечением [3] УД – П С;
- лечение сексуального партнера, если половой акт был в течение 60 дней до появления клиники заболевания, либо последнего полового партнера при половом акте ранее 60 дней до появления клиники заболевания. Лечение должно включать препараты, эффективные при лечении гонореи и хламидиоза [4].

## **Дальнейшее ведение:**

### **При хроническом процессе**

- исследование на флору из уретры, цервикального канала и степень чистоты влагалища – 1 раз в год;
- УЗИ органов малого таза - по показаниям;
- исследование на наличие уреоплазмы и микоплазмы - по показаниям;
- исследование методом ПЦР хламидий, ВПГ, ЦМВ – по показаниям.

Наблюдение в процессе проведения лечения 2 раза в неделю, после окончания лечения 2 раза в год, в течение года.

### **При остром и обострении хронического процесса**

- ОАК, ОАМ – при обращении (в течение 1-2 дней.);
- исследование на флору из уретры, цервикального канала и степень чистоты влагалища; наличия уреоплазмы и микоплазмы;
- мазок из цервикального канала для выявления методом ПЦР хламидий, ВПГ, ЦМВ-по показаниям;
- УЗИ органов малого таза – по показаниям [5].

# Источники и литература

---

- Протоколы заседаний Экспертного совета РЦРЗ МЗСР РК, 2015Список использованной литературы (необходимы ссылки валидные исследования на перечисленные источники в тексте протокола). 1) Гинекология. Национальное руководство. В.И.Кулаков, И.Б.Манухин, Г.М.Савельева. М «ГЭОТАР-Медиа», 2011, с.720. 2) <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/195/diagnosis/tests.html> 3) <http://bestpractice.bmj.com/bestpractice/monograph/195/prevention/secondary.html> 4) 2012 European Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease 5) Приказ МЗ РК №885 «Протоколы (стандарты) диспансеризации больных с хроническими формами заболеваний. Инструкция маршрута движения пациента» от 26 декабря 2012г.

## **Воспалительные заболевания промежности, вульвы и влагалища (бартолинит, вульвит, вагинит)**

---

РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК)

Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2016

Категории МКБ: Болезни бартолиновой железы (N75), Другие воспалительные болезни влагалища и вульвы (N76), Другие уточненные воспалительные болезни влагалища и вульвы (N76.8)

# Определение

- Воспалительные заболевания промежности, вульвы и влагалища – это воспалительный процесс наружных и внутренних (влагалища) гениталий (бартолинит, вульвит, вагинит).

**Бартолинит** – это воспалительное заболевание большой железы преддверия влагалища (бартолиновой железы).

**Вульвит** – это воспалительное заболевание преддверия влагалища (вульвы).

**Вагинит** – это воспалительное заболевание влагалища.



Острый вульвит



Хронический вульвит



# Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9

| МКБ-10 | Название   | МКБ-9 | Название                                     |
|--------|--|-------|--|
| Код    |  | Код   |  |
| N75    | Болезни бартолиновой железы                                    | 71.24 | Удаление кисты бартолиниевой железы          |
| N75.0  | Киста бартолиновой железы                                      |       |  |
| N75.1  | Абсцесс бартолиновой железы                                    |       |  |
| N75.8  | Другие болезни бартолиновой железы                             |       |  |
| N75.9  | Болезнь бартолиновой железы<br>неуточненная                    |       |  |
| N76    | Другие воспалительные болезни<br>влагалища и вульвы            |       |  |
| N76.0  | Острый вагинит   | 71.29 | Другие манипуляции на бартолиновой<br>железе |
| N76.1  | Подострый и хронический вагинит                                |       |  |
| N76.2  | Острый вульвит   |       |  |
| N76.3  | Подострый и хронический вульвит                                |       |  |
| N76.4  | Абсцесс вульвы   |       |  |
| N76.5  | Изъязвление влагалища  |       |  |
| N76.6  | Изъязвление вульвы   |       |  |
| N76.8  | Другие уточненные воспалительные<br>болезни влагалища и вульвы |       |  |

# Классификация

---

- **Бартолиниты:**

Клинические формы:

- острый бартолинит – воспалительный процесс бартолиновой железы без закупорки протока;
- абсцесс бартолиновой железы – воспалительный процесс бартолиновой железы с закупоркой протока.

**Вульвит и вагинит:**

По клинической стадии:

- острые (не более 1 месяца);
- подострые (до 3 месяцев);
- хронические (свыше 3 месяцев).

По этиологии:

- специфические (вызванные инфекциями, передающимися половым путем);
- неспецифические (неспецифические инфекционные, механические, термические, химические, эндокринные факторы).



# Диагностика (амбулатория)

---

- **Жалобы и анамнез:**

**Бартолинит:**

- боли в области пораженной железы;
- неприятные ощущения при половом акте;
- неудобство при ходьбе;
- общее недомогание.

**Вульвит и вагинит:**

- боль, жжение, зуд в области наружных половых органов и во влагалище, усиливающиеся при мочеиспускании;
- обильные вагинальные выделения;
- общее недомогание.

**Анамнез:**

- применение медикаментов, гигиенических средств;
- наличие нескольких сексуальных партнеров;
- незащищенный половой контакт;
- сахарный диабет, ожоги и др.

Анамнестические данные позволяют выявить стадию заболевания по длительности жалоб, а также заподозрить этиологию заболевания.

# Физикальное обследование:

---

- **Специальный гинекологический осмотр:**

## **Бартолинит:**

- образование в области больших половых губ;
- болезненность при пальпации пораженной железы, гиперемия, отек тканей, при абсцессе - флюктуация, гипертермия.

## **Вульвовагинит:**

- отечность и гиперемия слизистой оболочки вульвы и влагалища;
- серозно-гнойные/гнойные налеты, могут быть небольшие изъязвления, кровоточащие при контакте.
- может наблюдаться увеличение паховых лимфатических узлов.

## **Выделения из влагалища:**

- при бактериальном вагинозе – бели с запахом рыбы, усиливающимся после полового контакта;
- при кандидозном вульвовагините – выделения густой консистенции белого цвета («творожистые»);
- при трихомониазе – выделения желто-зеленого цвета с неприятным запахом, могут быть пенистого характера.

# Лабораторные исследования:

---

- **Бартолинит:** специфических изменений нет.
  - ОАК – умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ;
  - бактериоскопическое исследование отделяемого из влагалища и поверхности вульвы: выявление возбудителя.

## **Вульвовагинит:**

- бактериоскопическое исследование отделяемого из влагалища и поверхности вульвы: 3-4 степень чистоты, наличие инфекционного агента.

## **Дополнительные лабораторные исследования:**

- бактериологическое (культуральное) исследование отделяемого из влагалища и вульвы с определением чувствительности к антибиотикам: выявление возбудителя и его чувствительности к антибактериальным препаратам (для подбора антибактериальной терапии и контроля эффективности антибактериальной терапии);
- ПЦР – диагностика на ИППП (при подозрении на специфический инфекционный агент).

# Таблица – 1. Лабораторные показатели вагинальных выделений (УД – В).

| Бактериальный вагиноз  | Кандидозный вульвовагинит  | Трихомонадный вульвовагинит  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>· серо-белые выделения из половых путей.</li><li>· «рыбий» запах (если нет, то можно нанести 2-3 капли 10% р-р КОН).</li><li>· рН влагалища &gt;4,5.</li><li>· ключевые клетки при бактериоскопии.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>· обнаружение при бактериоскопии дрожжей или их мицелии (чаще <i>C.albicans</i>) – чувствительность 40-60%.</li><li>· рост дрожжевых клеток при бактериологическом исследовании.</li><li>· при рецидиве роста дрожжевых клеток не <i>C.albicans</i>, чаще <i>C.glabrata</i> свидетельствует о снижении чувствительности к противогрибковым препаратам.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>· обнаружение при бактериоскопии <i>T.vaginalis</i> (чувствительность 40-70%).</li><li>· бактериологический анализ (чувствительность 95%).</li><li>· ПЦР на трихомониаз (чувствительность 100%).</li></ul> |

# Инструментальные исследования:

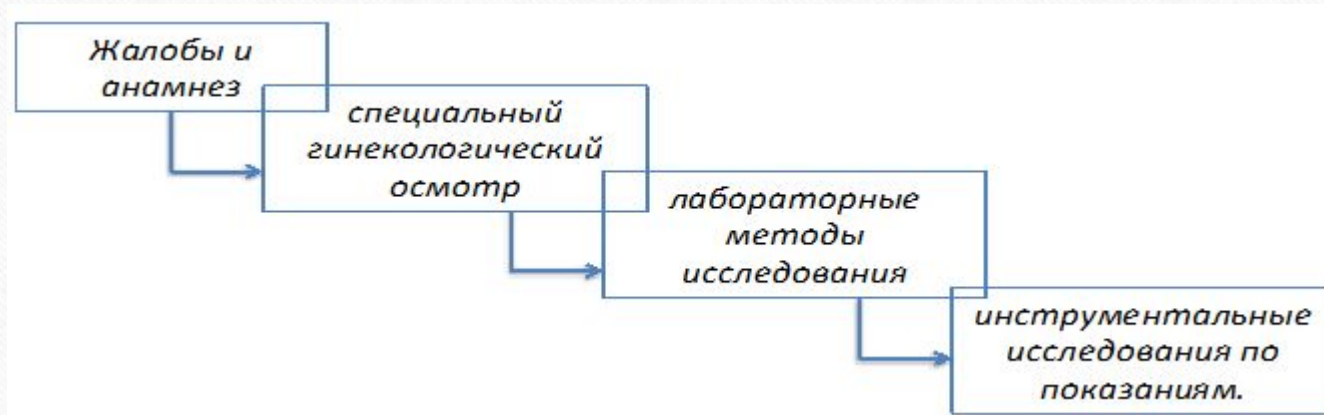
**Бартолинит:** нет

---

**Вульвовагинит:**

- вагиноскопия у девочек – при рецидивирующем течении воспаления и подозрении на полипоз, новообразование, инородное тело.

**Диагностический алгоритм:**



# Диагностика (скорая помощь)

---

- ДИАГНОСТИКА НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

## **Диагностические мероприятия:**

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование.

# Дифференциальный диагноз

## Дифференциальная диагностика воспаления бартолиновой железы (бартолинит).

| Диагноз                        | Обоснование для дифференциальной диагностики   | Обследования   | Критерии исключения диагноза   |
|--------------------------------|--|--|--|
| Киста бартолиновой железы      | Жалобы на образование в области вульвы, дискомфорт при половых контактах, боль.              | Специальный гинекологический осмотр.                       | Отсутствие гиперемии, отека, флюктуации  |
| Гематома в области вульвы      | Жалобы на образование в области вульвы, дискомфорт при половых контактах, боль.              | - Сбор анамнеза;<br>- Специальный гинекологический осмотр. | - Связывает с механической травмой, родами;<br>- Расположена не в области проекции большой железы предверия. |
| Фурункулез больших половых губ | Жалобы на образования в области промежности, общее недомогание, гиперемия, отек, гипертермия | Специальный гинекологический осмотр.                       | Образование локализуется в области волосяного фолликула, сальной железы.                                     |
| Парауретральные кисты          | Жалобы на образование в области вульвы, дискомфорт при половых контактах, боль.              | Специальный гинекологический осмотр.                       | Образования располагаются в парауретральной области.   |

## Таблица – 2. Дифференциальная диагностика вульвита и вагинита.

| Диагноз                      | Обоснование для дифференциальной диагностики       | Обследования   | Критерии исключения диагноза   |
|------------------------------|--|--|--|
| Атрофический вульвит/вагинит | Жалобы на зуд, жжение, выделения из половых путей. | - Специальный гинекологический осмотр;<br>- Кольпоскопия;<br>- Мазок на цитологическое исследование. | - Сглаженность слизистой вульвы и влагалища, истонченность, кровоточивость при контакте;<br>- Истончение эпителия вульвы и влагалища, неравномерное окрашивание по Шиллеру;<br>- Клетки базальных и парабазальных слоев. |



# Лечение (амбулатория)

- **Тактика лечения:**

## **Бартолинит:**

- При наличии бессимптомного течения кисты бартолиниевой железы или бартолинита лечение не требуется. Нужно только наблюдение, достаточная гигиена и сбалансированное питание;
- При остром бартолините или при спонтанном разрыве абсцесса рекомендуются местные теплые ванночки и обезболивание [9];
- Несозревшие малые абсцессы также можно лечить с помощью местных теплых ванночек, для содействия спонтанному дренажу или развития до стадии, пригодной для разреза и дренажа [9,10,11];
- После дренажа абсцесса (самостоятельного или хирургического) рекомендуются антибиотики широкого спектра действия;
- Разрез и дренаж может потребоваться, если не происходит спонтанного дренажа. При этом тампонирование полости (марсупилизация) снижает риск рецидива абсцесса, частота которого после разреза и дренажа составляет до 15% [9,10,11] (УД – В,С).

## **Вульвит/вагинит [4]:**

- Лечение вульво-вагинального кандидоза и бактериального вагиноза проводится только при наличии симптомов заболевания.
- Лечение симптомов кандидозного вульвовагинита препаратами местного воздействия, могут потребоваться более длительные курсы терапии (УД I-A).
- Применение высоких доз препаратов для лечения трихомониоза может привести к возникновению резистентных случаев трихомониоза. (УД I-A)
- Во время беременности, лечение трихомониоза пероральным метронидазолом является оправданным для профилактики преждевременных родов. (УД I-A)
- Более длительные курсы терапии бактериального вагиноза рекомендуется для женщин, с документально подтвержденными частыми рецидивами. (УД I-A)

## **Бартолинит:**

Немедикаментозное лечение – нет

**Медикаментозное лечение** (в зависимости от степени тяжести заболевания):

- **Перечень основных лекарственных средств:**

Антибиотики широкого спектра действия не менее 7 дней (УД – GPP)

**1 линия препаратов (УД – GPP):**

- Амоксициллин+клавулоновая кислота 500 мг 3 раза в день per os;
- или Цефалексин 500 мг 3 раза в день per os;
- или Цефтриаксон 250 мг в/м однократно + метронидазол 500 мг 2 раза в день.

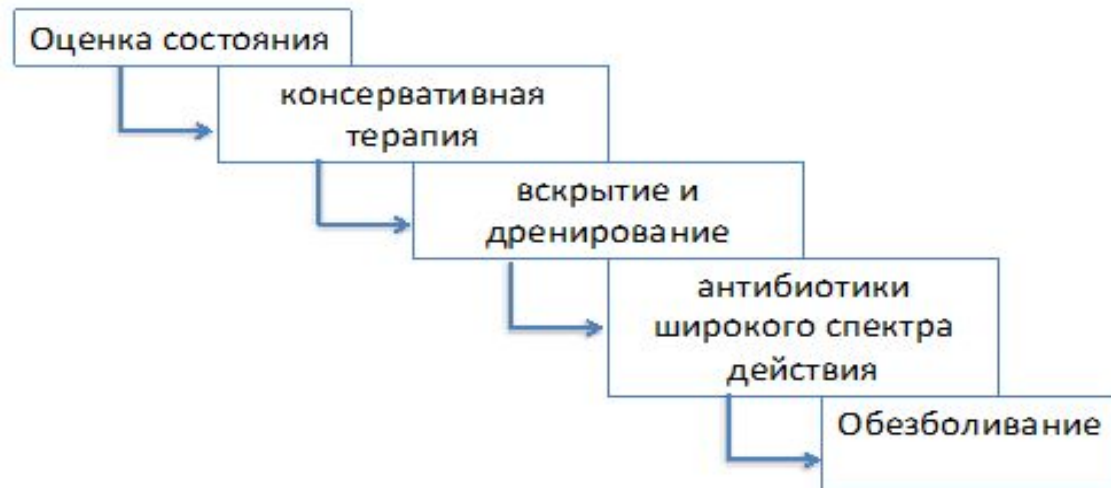
**2 линия препаратов (УД – GPP):**

- Цефуроксим - 750 мг в/в каждые 8 часов.

**Перечень дополнительных лекарственных средств:**

- Парацетамол 500-1000 мг per os 4-6 часов по требованию, максимум 4000 мг в день – с целью обезболивания.

## Алгоритм действий при неотложных ситуациях:



**Другие виды лечения:** Марсупиализация (операция, при которой края стенки полости пришиваются к краям операционной раны с образованием искусственного кармана и оставляется открытой до тех пор, пока она не заживет), дренаж Word – катетером. Данные методы предпочтительны после разрешения воспаления. Существует недостаток доказательств в поддержку той/иной стратегии управления.

### Вульвит/вагинит:

Немедикаментозное лечение – нет

Бактериальный вагиноз

Предпочтительна пероральная форма применения [УД – А] metronidazole: 250 мг перорально 3 раза в день 7 дней или 500 мг 2 раза в день 7 дней.  
Метронидазол во время беременности – препарат из категории В.

**1-я линия** Метронидазол не зависимо от формы применения [УД – А, В].

Метронидазол 500 мг 2 раза в день 7 дней **или**

Метронидазол гель 1% по 5 гр (1 аппликатор) интравагинально 1 раз в день на ночь 5 дней.

**Клиндамицин** [УД – С]. Клиндамицин 2% крем однократно интравагинально по 5 г (1 аппликатор) на ночь 7 дней или вагинальные свечи 100 мг 1 раз в день 3 дня или клиндамицин 300 мг 2 раза в день 7 дней per os.

**2-я линия –**

Тинидазол – 2 г в день 3 дня или 1 г в день 5 дней per os.

**При рецидивирующей форме:**

Метронидазол 500 мг 2 раза в день 10-14 дней;

Метронидазол гель 1% по 5 гр (1 аппликатор) интравагинально 1 раз в день на ночь 10 дней, далее 2 раза в неделю 3-6 мес.

Трихомонадный вагинит/вульвит

Метронидазол 2 г или тинидазол 2г (как альтернативная терапия) per os однократно и одновременно.

Местная терапия не эффективна. Рекомендуются препараты системного пользования для эффективной иррадикации инфекции. [УД – А, В]: Метронидазол 2 гр одновременно или 500 мг 2 раза в день 7 дней, тинидазол 2 г одномоментно. Лечение полового партнера улучшает показатель эффективности лечения [УД 1-А].

Кандидозный вульвит/вагинит

Рекомендуется местная терапия. Клотримазол является препаратом выбора [УД – А]. Clotrimazole: 100 mg интравагинально 1 раз в день на ночь 7 дней.

Лечение может быть пероральным или местным [УД – А].

Возможно лечение краткими курсами (1-3 дня). Лечение полового партнера не рекомендуется.

Butoconazole: (2% cream) по 5 g (1 аппликатор) интравагинально 3 дня.

**или**

clotrimazole: (1% cream) по 5 g интравагинально на ночь 7-14 дней

**или**

clotrimazole: 100 mg вагинальные таблетки интравагинально на ночь 1 раз в день 7 дней или 2 раза в день 3 дня

**или**

miconazole: (2% cream) по 5 g интравагинально на ночь 7 дней

**или**

miconazole: 100 mg вагинальные свечи 1 раз в день на ночь 7 дней или 2 раза в день 3 дня

**или**

tiocanazole: (6.5% ointment) по 5 g интравагинально однократно на ночь (после регистрации в РК)

**или**

fluconazole: 150 mg/dose однократно, одномоментно

**или**

nystatin: 100,000 интравагинально 1 раз в день на ночь 14 дней.

**При осложненной форме:**

clotrimazole: 100 mg интравагинально 7 дней по 1 разу в день

**или**

fluconazole: 150 mg перорально 1 раз в день 3 дня.

**При рецидивирующей форме:**

Imidazole cream: 10-14 дней как при неосложненной форме.

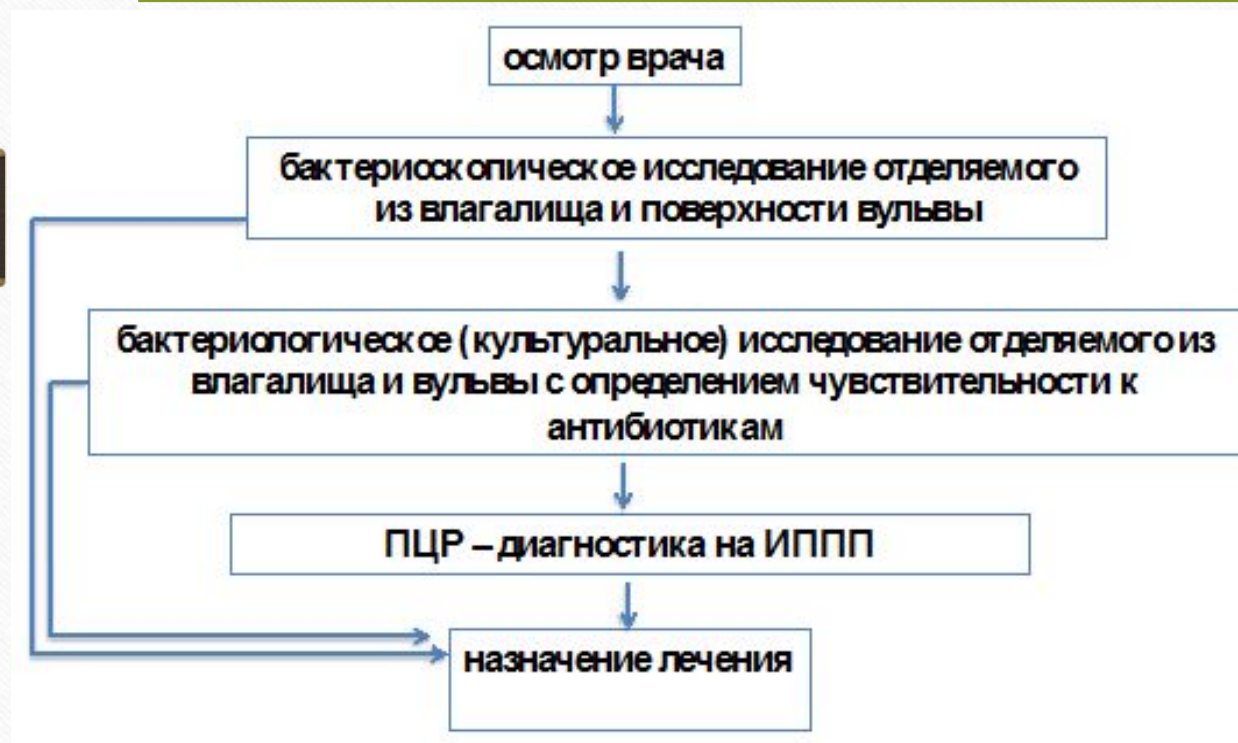
fluconazole: 150 mg/dose: 3 дозы, в течении 72 часов;

**Кандидоз не-Albicans:**

Амфотерецин-В суппозитории: 50 мг один раз в день 14 дней.

Нистатин свечи 100 000 Ед 1 раз в день 3-6 мес.

## Алгоритм действий при неотложных ситуациях:



Показания для консультации специалистов:

**Бартолинит** - нет;

**Вульвит, вагинит:**

- консультация аллерголога – при аллергическом вульвовагините;
- консультация эндокринолога – при подозрении на эндокринную патологию;
- консультация инфекциониста – при инфекционном заболевании.

- **Профилактические мероприятия:** Предупреждение инфекционных заболеваний, барьерные методы контрацепции. Необходимо избегать ежедневного применения женских гигиенических средств, презервативов из латекса/диафрагмы, спринцевания и раздражителей, таких как сильные мыла или пены для ванн. Дополнительное применение вагинальных свечей с лактобактериями снижает риск рецидива бактериального вагиноза до 6 месяцев [7,8].

**Мониторинг состояния пациента:** индивидуальная карта наблюдения пациента, индивидуальный план действий. После основной терапии, с целью профилактики рецидива рекомендуется еженедельное применение флуконазола длительностью до 6 мес. (УД II-2А): clotrimazole: 100 mg вагинальные таблетки интравагинально 5 дней, 1 раз в месяц в течение 6 месяцев; fluconazole: 150 mg перорально 1 раз в неделю; ketoconazole 100 мг 1 раз в день (под контролем побочных явлений).

**Индикаторы эффективности лечения:**

- улучшение самочувствия;
- прекращение выделений;
- восстановление влагалищной микрофлоры.

# Госпитализация

---

## Показания для плановой госпитализации:

Дневной стационар

- абсцесс бартолиновой железы (для вскрытия и дренажа, марсупиализации, дренаж Word – катетером).
- вульвит, вагинит: нет

## Показания для экстренной госпитализации:

Дневной стационар

- абсцесс бартолиновой железы (для хирургического лечения (вскрытия и дренажа)).
- вульвит, вагинит: нет

# Источники и литература

- Протоколы заседаний Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗСР РК, 2016) Best Practice <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/75/basics/definition.html>. 2) BestPractice-<http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/1060/basics/definition.html>. 2011 European (IUSTI/WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge. 3) SOGC Vulvovaginitis: Screening for and Management of Trichomoniasis, Vulvovaginal Candidiasis, and Bacterial Vaginosis No. 320, March 2015 4) Best Practice - <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/75/diagnosis/step-by-step.html> 5) Best Practice - <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/1060.html> 6) Best Practice - <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/75/treatment/details.html#expsec-692077> 7) Best Practice - <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/1060/treatment/details.html#expsec-8> 8) Kaufman RH, Faro S, Brown D. Benign diseases of the vulva and vagina. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2005:240-249. 9) Omole F, Simmons BJ, Hacker Y. Management of Bartholin's duct cyst and gland abscess. Am Fam Physician. 2003;68:135-140. 10) Wechter ME, Wu JM, Marzano D, et al. Management of Bartholin duct cysts and abscesses: a systematic review. Obstet Gynecol Surv. 2009;64:395-404. 11) Scott PM. Draining a cyst or abscess in a Bartholin's gland with a Word catheter. JAAPA. 2003;16:51-52. 12) Cobellis PL, Stradella L, De Lucia E, et al. Alcohol sclerotherapy: a new method for Bartholin gland cyst treatment. Minerva Ginecol. 2006;58:245-248.
- **Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:**
  - 1) Дошанова Айкерм Мжаверовна – доктор медицинских наук, профессор, врач высшей категории, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии интернатуры АО «Медицинский университет Астана».
  - 2) Миреева Алла Эвельевна – доктор медицинских наук, профессор, врач высшей категории, профессор кафедры акушерства и гинекологии по интернатуре КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова.
  - 3) Тулетова Айнур Серикбаевна – PhD, врач первой категории, ассистент кафедры акушерства и гинекологии интернатуры АО «Медицинский университет Астана».
  - 4) Мажитов Талгат Мансурович – доктор медицинских наук, профессор АО «Медицинский университет Астана», врач клинический фармаколог высшей категории.