

Одобрено
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
и социального развития
от «9» июня 2016 года
Протокол №4

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ, ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА

1. Содержание:

Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9	2
Дата разработки протокола	2
Пользователи протокола	2
Категория пациентов	2
Шкала уровня доказательности	2
Определение ХБП	3
Классификация	3
Диагностика и лечение на амбулаторном уровне	6
Показания для госпитализации	31
Диагностика и лечение на этапе скорой неотложной помощи	34
Диагностика и лечение на стационарном уровне	34
Медицинская реабилитация	35
Паллиативная помощь	35
Сокращения, используемые в протоколе	35
Список разработчиков протокола	36
Конфликт интересов	37
Список рецензентов	37
Список использованной литературы	37

2. Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9:

МКБ-10		МКБ-9	
Код	Название	Код	Название
N75	Болезни бартолиновой железы	71.24	Удаление кисты бартолиниевой железы
N75.0	Киста бартолиновой железы	71.29	Другие манипуляции на бартолиновой железе
N75.1	Абсцесс бартолиновой железы		
N75.8	Другие болезни бартолиновой железы		
N75.9	Болезнь бартолиновой железы неуточненная		
N76	Другие воспалительные болезни влагалища и вульвы		
N76.0	Острый вагинит		
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 болезни влагалища и вульвы		

3. Дата разработки/пересмотра протокола: 2016 год.

4. Пользователи протокола: ВОП, акушер - гинекологи.

5. Категория пациентов: гинекологические пациенты.

6. Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или

	контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

7. Определение [1,2]:

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 предверия влагалища (вульвы).

Вагинит – это воспалительное заболевание влагалища.

8. Классификация [1,2, 3]:

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).

9. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

1) Диагностические критерии

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

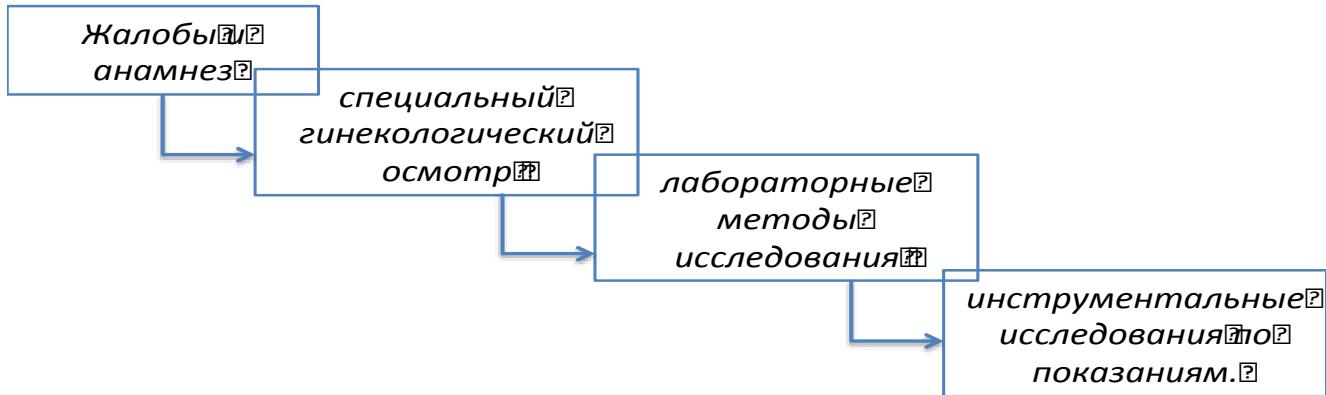
Инструментальные исследования:

Бартолинит: нет

Вульвовагинит:

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

2) Диагностический алгоритм:



3) Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Дифференциальная диагностика воспаление 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; - Специальный гинекологический осмотр.	- Связывает с механической травмой, родами; - Расположена не в области проекции большой железы предверия.
Фурункулез больших половых губ	Жалобы на образования в области промежности, общее недомогание, гиперемия, отек, гипертерmia	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; - Колпоскопия; - Мазок на цитологическое исследование.	- Сглаженность слизистой вульвы и влагалища, истонченность, кровоточивость при контакте; - Истончение эпителия вульвы и влагалища, неравномерное окрашивание по Шиллеру; - Клетки базальных и парабазальных слоев.

4) 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-влагалищного кандидоза и бактериального вагиноза проводится только при наличии симптомов заболевания.
- Лечение симптомов кандидозного вульвовагинита препаратами местного воздействия, могут потребоваться более длительные курсы терапии (УД 1-А).

- Применение высоких доз препаратов для лечения трихомониаза может привести к возникновению резистентных случаев трихомониаза. (УД I-A)
- Во время беременности, лечение трихомониаза 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+claveулоновая 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.

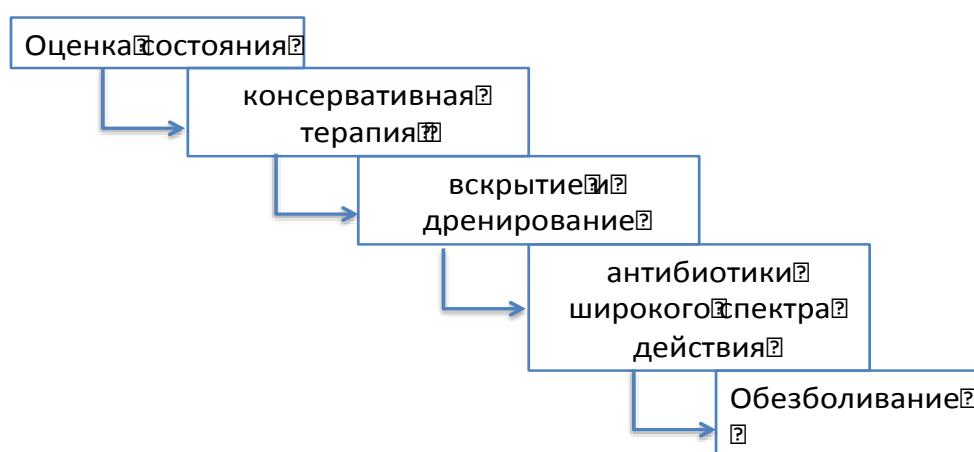
2 линия препаратов (УД – GPP):

- 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

Медикаментозное лечение [4]:

Нозология	При беременности	Вне беременности
Бактериальный вагиноз	<p>Предпочтительна пероральная форма применения [УД – А] metronidazole: 250 mg перорально 3 раза в день 7 дней или 500 mg 2 раза в день 7 дней.</p> <p>Метронидазол во время беременности – препарат из категории В.</p>	<p>1-я линия Метронидазол не зависимо от формы применения [УД – А, В]. Метронидазол 500 mg 2 раза в день 7 дней или</p> <p>Метронидазол гель 1% по 5 гр (1 аппликатор) интравагинально 1 раз в день на ночь 5 дней.</p> <p>Клиндамицин [УД – С]. Клиндамицин 2% крем однократно интравагинально по 5 г (1 аппликатор) на ночь 7 дней или вагинальные свечи 100 mg 1 раз в день 3 дня или клиндамицин 300 mg 2 раза в день 7 дней per os.</p> <p>2-я линия –</p> <p>Тинидазол – 2 г в день 3 дня или 1 г в день 5 дней per os.</p> <p>При рецидивирующей форме:</p> <p>Метронидазол 500 mg 2 раза в день 10-14 дней;</p> <p>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.</p>
Трихомонадный вагинит/вульвит	Метронидазол 2 г или тинидазол 2г (как альтернативная терапия) per os и однократно и одномоментно.	Местная терапия не эффективна. Рекомендуются препараты системного пользования для эффективной иррадикации инфекции. [УД – А, В]: Метронидазол 2 гр одномоментно или 500 mg 2 раза в день 7 дней, тинидазол 2 г одномоментно.

		улучшает показатель эффективности лечения [УД I-A].
Кандидозный вульвит/вагинит	<p>Рекомендуется местная терапия. Клотrimазол является препаратом выбора [УД – А]. Clotrimazole: 100 mg интравагинально 1 раз в день на ночь 7 дней.</p>	<p>Лечение может быть пероральным или местным [УД – А].</p> <p>Возможно лечение краткими курсами (1-3 дня). Лечение полового партнера не рекомендуется.</p> <p>Butoconazole: (2% cream) по 5 g (1 аппликатор) интравагинально 3 дня.</p> <p>или</p> <p>clotrimazole: (1% cream) по 5 g интравагинально на ночь 7-14 дней</p> <p>или</p> <p>clotrimazole: 100 mg вагинальные таблетки интравагинально на ночь 1 раз в день 7 дней или 2 раза в день 3 дня</p> <p>или</p> <p>miconazole: (2% cream) по 5 g интравагинально на ночь 7 дней</p> <p>или</p> <p>miconazole: 100 mg вагинальные свечи 1 раз в день на ночь 7 дней или 2 раза в день 3 дня</p> <p>или</p> <p>tioconazole: (6.5% ointment) по 5 g интравагинально однократно на ночь (после регистрации в РК)</p> <p>или</p> <p>fluconazole: 150 mg/dose однократно, одномоментно</p> <p>или</p> <p>nystatin: 100,000 интравагинально 1 раз в день на ночь 14 дней.</p> <p>При осложненной форме:</p>

		<p>clotrimazole: 100 mg интравагинально 7 дней по 1 разу в день</p> <p>или</p> <p>fluconazole: 150 mg перорально 1 раз в день 3 дня.</p> <p>При рецидивирующей форме:</p> <p>Imidazole cream: 10-14 дней как при неосложненной форме.</p> <p>fluconazole: 150 mg/dose: 3 дозы, в течении 72 часов;</p> <p>Кандидоз не-Albicans:</p> <p>Амфотерацин-В суппозитории: 50 мг один раз в день 14 дней.</p> <p>Нистатин свечи 100 000 Ед 1 раз в день 3-6 мес.</p>
Аллергический вульвит/вагинит		<p>Негормональные вагинальные кремы и гели, смягчающие средства, доступны без рецепта и обычно используются для восстановления pH влагалища и облегчения раздражения влагалища и зуд, а также увеличения количества вагинальной влаги.</p>

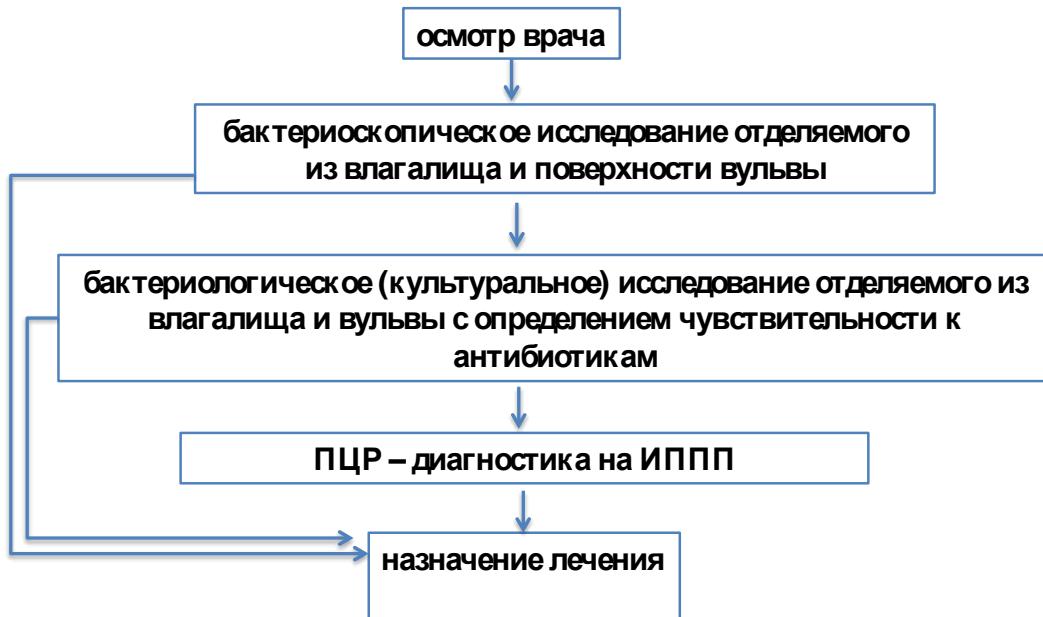
Перечень основных лекарственных средств:

- Метронидазол 500 мг, гель 1%
- Клиндамицин 2%, таблетки 300 мг, вагинальные свечи 100 мг
- Тинидазол 500 мг, таблетки
- Butoconazole 2% крем,
- Clotrimazole 1%, 100 мг, вагинальные таблетки
- Miconazole 2%, вагинальные свечи 100 мг.
- Tioconazole 6,5% крем
- Fluconazole 150 мг
- Nystatin 100,000, вагинальные свечи

Перечень дополнительных лекарственных средств:

- Супрастин, Антигистаминные средства при сильном зуде
- Вагинальные свечи с лактобактериями
- Препараты для стимуляции регенерации пораженного эпителия: Витамин С, Витамин А для перорального или интравагинального применения.

Алгоритм действий при неотложных ситуациях:



Другие виды лечения: нет

5) 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.

6) 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].

7) 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 mg 1 раз в день (под контролем побочных явлений).

8) Индикаторы эффективности лечения:

- улучшение самочувствия;
- прекращение выделений;

- восстановление влагалищной микрофлоры.

10. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

10.1 Показания для плановой госпитализации:

Дневной стационар

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

10.2 Показания для экстренной госпитализации:

Дневной стационар

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

11. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ:

1) Диагностические мероприятия:

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

2) Медикаментозное лечение: нет.

12. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ: нет.

13. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ – нет.

14. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ – нет.

15. Сокращения, используемые в протоколе:

ВОП	–	врачи общей практики
ОАК	–	общий анализ крови
СОЭ	–	скорость оседания эритроцитов
РВ	–	реакция Вассермана
ВИЧ	–	вirus иммунодефицита человека
ПЦР	–	полимеразно-цепная реакция
ИППП	–	инфекции, передающиеся половым путем
УД	–	уровень доказательности

16. 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.

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет

18. Список рецензентов: Рыжкова Светлана Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, руководитель кафедры акушерства и гинекологии факультета последипломного и дополнительного образования РГП на ПХВ «Западно – Казахстанский медицинский университет им М. Оспанова»

19. Указание условий пересмотра протокола: Пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

- 1) 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.