

Клинические рекомендации – Болезни бартолиновой железы – 2023-2024-2025 (25.04.2023) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N75

Год утверждения (частота пересмотра): 2023

Возрастная категория: Взрослые

Пересмотр не позднее: 2025

ID: 765

По состоянию на 25.04.2023 на сайте МЗ РФ

Разработчик клинической рекомендации

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Список сокращений

ББЖ – болезни бартолиновой железы

БЖ – бартолиновая железа

КБЖ – киста бартолиновой железы

АБЖ – абсцесс бартолиновой железы

ИППП – инфекции, передаваемые половым путем

ПЦР – полимеразная цепная реакция

РНК – рибонуклеиновая кислота

Термины и определения

Киста бартолиновой железы – одностороннее или редко двустороннее образование в области нижней трети преддверия влагалища, образующееся в результате нарушения оттока секрета из БЖ [1, 2, 3].

Абсцесс бартолиновой железы – гнойное воспаление бартолиновой железы микробного происхождения [1, 2].

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Киста бартолиновой железы – одностороннее образование в области нижней трети преддверия влагалища, образующееся в результате нарушения оттока секрета из БЖ [1, 2, 3].

Абсцесс бартолиновой железы – гнойное воспаление бартолиновой железы микробного происхождения [1, 4].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Киста бартолиновой железы (КБЖ) формируется при закупорке выводного протока БЖ вследствие скопления секрета, вторичного отека или травмы [1, 2, 4].

При инфицировании кисты может сформироваться абсцесс бартолиновой железы (АБЖ), который имеет в большинстве случаев полимикробный характер (см. приложение Г2) [1, 2, 3, 4, 5]. Чаще всего возбудители инфекции попадают в железу восходящим путем через выводной проток из влагалища или уретры при воспалительных процессах, а также из кишечника [1, 4, 5, 6, 7, 8].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Заболевания бартолиновой железы (КБЖ, АБЖ) наиболее часто выявляются у женщин репродуктивного возраста [1, 2, 5]. Частота заболеваемости КБЖ и АБЖ достигает 2% от всех гинекологических посещений в год [1, 2, 5]. АБЖ примерно в три раза чаще диагностируются, чем КБЖ [1, 7, 8].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Болезни бартолиновой железы
МКБ 10: (N75)
Киста бартолиновой железы
МКБ 10: (N75.0)
Абсцесс бартолиновой железы
МКБ 10: (N75.1)
Другие болезни бартолиновой железы
МКБ 10: (N75.8)
Болезнь бартолиновой железы неуточненная
МКБ 10: (N75.9)

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Не применимо.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

АБЖ и КБЖ могут сопровождаться следующими симптомами [1, 2, 3, 11, 12]:

- Боль в области промежности
- Отек
- Локальная гиперемия и гипертермия
- Лихорадка или озноб
- Ощущение дискомфорта в области промежности
- Асимметрия больших половых губ

КБЖ могут быть и бессимптомными [1, 10, 11, 12].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза.

Диагноз КБЖ или АБЖ устанавливается на основании жалоб пациентки, физикального обследования, лабораторных и инструментальных методов исследований [1, 2, 3, 4, 13, 14, 15].

2.1. Жалобы и анамнез

См. [раздел 1.6](#).

- Рекомендуется всем пациенткам с заболеваниями БЖ проведение сбора жалоб и анамнеза [1, 4, 5, 12].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: При сборе анамнеза необходимо получить информацию об особенностях интимной гигиены, наличии сексуального партнера, случаях незащищенного полового акта, соматическом анамнезе, травмах промежности [1, 2, 7].

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендуется всем пациенткам с заболеваниями БЖ проведение физикального обследования по стандартным принципам пропедевтики, а также проведение визуального осмотра наружных половых органов [1, 2, 10, 12].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: При осмотре определяется асимметрия больших половых губ, объемное образование в области большой половой губы, болезненное при пальпации, гиперемия, отек тканей; при абсцессе – флюктуация, локальная гиперемия и гипертермия.

- Рекомендуется всем пациенткам с заболеваниями БЖ проведение бимануального влагалищного исследования для исключения сопутствующей патологии [1, 2, 5, 6, 10, 12].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

2.3. Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендуется пациенткам с заболеваниями БЖ проведение микроскопического исследования влагалищных мазков с целью выявления воспалительных заболеваний [1, 2, 5, 10, 12, 14].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется пациенткам с АБЖ проведение микробиологического (культурального) исследования гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы для назначения и/или коррекции антимикробной терапии [1, 4, 7, 14, 16].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

- Рекомендуется пациентам с АБЖ/КБЖ и подозрением на ИППП проведение молекулярно-биологического исследования отделяемого слизистых оболочек женских

половых органов (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*) с целью исключения ИППП [4, 7, 17-22].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: Диагностика и лечение ИППП проводится в соответствии с имеющимися клиническими рекомендациями по соответствующим нозологиям согласно МКБ – X.

- Рекомендуется пациентам с АБЖ проводить общий (клинический) анализ крови развернутый для выявления признаков системного воспаления [10, 23, 24, 25].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: У пациентки может быть выявлен лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (увеличение содержания палочкоядерных лейкоцитов) [10, 23, 24, 25].

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендуется пациенткам с заболеваниями БЖ проведение ультразвукового исследования органов малого таза комплексного (трансвагинального и трансабдоминального) для исключения сопутствующей гинекологической патологии [10, 23, 24]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

2.5. Иные диагностические исследования

Не применимо

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Консервативное лечение

- Рекомендуется использовать антибактериальную терапию в качестве дополнения к хирургическому методу лечения АБЖ при наличии факторов риска рецидивирования, признаков системного воспаления [1, 4, 7, 12, 25].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: Возможные схемы антибактериальной терапии представлены в приложении А3.

Коррекцию антибактериальной терапии следует проводить на основании культурального исследования через 48-72 часа после начала лечения при отсутствии улучшения клинико-лабораторных показателей, свидетельствующих о положительной динамике в течении заболевания и/или резистентности возбудителей к проводимой терапии [26, 27].

3.2. Хирургическое лечение

- Рекомендуется проводить хирургическое лечение пациенткам с КБЖ/АБЖ с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала [1, 2, 5, 6, 8, 12, 13, 23, 28].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

- Рекомендуется динамическое наблюдение бессимптомных кист размерами до 2-3 см в

течение 3 месяцев с последующим ультразвуковым мониторингом; при тенденции к увеличению – оперативное лечение [1, 2, 4].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии:

Варианты хирургических вмешательств [4, 12]:

При АБЖ: 1. Вскрытие и дренирование

При КБЖ: 1. Рассечение и дренирование кисты бартолиновой железы (однако, данный метод лечения ассоциирован с высоким риском рецидивирования).

2. Установка катетера для бартолиновых желез [4, 8, 12, 29].

3. Марсупиализация – суть операции заключается во вскрытии полости кисты, иссечении и подшивании капсулы кисты к краям раны [4, 12, 29].

4. Энуклеация КБЖ [4].

5. Удаление КБЖ с помощью хирургического СО2 лазера. При обработке СО2 лазером выполняется вапоризация капсулы кисты или ложа после удаления капсулы с целью дополнительного гемостаза и профилактики рецидивов. Данный тип лечения ассоциирован с минимальным риском рецидивирования [12, 29, 30, 31, 32, 34].

- Рекомендуется проведение коррекции антибактериальной терапии после проведенного хирургического лечения и получения результатов микробиологического (культурального) исследования с учетом чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам при АБЖ [1, 4, 7, 33].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Специфической реабилитации нет.

- Рекомендована всем пациентам консультация врача-физиотерапевта для определения программы реабилитации [10, 35-38].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Послеоперационная реабилитация с применением физиотерапевтических методов на фоне адекватной антибактериальной терапии оказывает анальгетический, противовоспалительный эффекты [35-38].

После хирургического лечения абсцесса БЖ могут применяться следующие виды физиолечения:

1) контактная методика переменного магнитного поля [35].

2) влажная или контактная методики низкоинтенсивного лазерного излучения и магнитолазерной терапии [35, 36].

3) контактная методика сверхвысокочастотного электромагнитного поля (СВЧ терапия) [35, 37, 38].

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Рекомендуется всем пациенткам с заболеваниями БЖ (АБЖ, КБЖ) после хирургического лечения соблюдение правил личной и интимной гигиены с целью профилактики рецидива [4, 10].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Соблюдение правил личной гигиены особенно в дни менструации и

применение методов барьерной контрацепции целесообразно для снижения риска инфицирования ИППП [4, 10].

6. Организация оказания медицинской помощи

Лечение проводится в условиях медицинского учреждения гинекологического/хирургического профиля. При обращении беременных женщин – в условиях медицинского учреждения акушерско-гинекологического профиля.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

1) хирургическое лечение КБЖ и АБЖ

Показания к выписке пациента из медицинской организации

- клиническое выздоровление

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Дополнительная информация отсутствует.

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Оценка выполнения
	Проведен сбор жалоб и акушерско-гинекологического анамнеза	Да/Нет
	Проведен визуальный осмотр наружных половых органов и бимануальное влагалищное исследование	Да/Нет
	Проведено микроскопическое исследование влагалищных мазков и/или микробиологическое (культурное) исследование гнойного отделяемого на анаэробы и факультативно-анаэробные микроорганизмы АБЖ	Да/Нет
	Проведена антибактериальная терапия при АБЖ при наличии факторов риска рецидивирования, признаков системного воспаления	Да/Нет
	Выполнено хирургическое лечение АБЖ	Да/Нет

Список литературы

1. Lee MY, Dalpiaz A, Schwamb R, Miao Y, Waltzer W, Khan A. Clinical pathology of Bartholin's glands: a review of the literature. *Curr Urol* 2015; 8: 22-25.
2. Ilingworth BJG, Stocking K, Showell M, Kirk E, Duffy JMN. Evaluation of treatments for Bartholin's cyst or abscess
3. Quinn A. Bartholin gland diseases. *Medscape Drugs & Diseases from WebMD*. URL: <http://emedicine.medscape.com/article/777112-overview> (accessed: November 15, 2015)
4. Dole DM, Nypaver C. Management of Bartholin Duct Cysts and Gland Abscesses. *J Midwifery Womens Health*. 2019 May; 64(3): 337-343. doi: 10.1111/jmwh.12937. Epub 2019 Feb 7. PMID: 30734519.
5. Ouldamer L, Chraibi Z, Arbion F, Barillot I, Body G. Bartholin's gland carcinoma: Epidemiology and therapeutic management. *Surg Oncol* 2013; 22: 117 – 22.

6. Berger MB, Betschart C, Khandwala N, DeLancey JO, Haefner HK. Incidental Bartholin gland cysts identified on pelvic magnetic resonance imaging. *Obstet Gynecol* 2012; 120: 798-802.
7. Kessous R, Aricha-Tamir B, Sheizaf B, Steiner N, Moran-Gilad J, Weintraub AY: Clinical and microbiological characteristics of Bartholin gland abscesses. *Obstet Gynecol* 2013; 122: 794-799.
8. Reut Rotem, Chagit Diamant, Misgav Rottenstreich, Maggie Goldgof, Moshe Barg, Noa Greenberg, Boaz Sheizaf, Adi Y. Weintraub, Surgical Treatment of Bartholin's Gland Abscess: Is Word Catheter Superior to Marsupialization?, *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 10.1016/j.jmig.2021.01.006, (2021).
9. Lee WA, Wittler M. Bartholin Gland Cyst. [Updated 2021 Feb 25]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532271/>.
10. "Гинекология. Национальное руководство" под редакцией Савельевой Г.М., Серова В.Н., Сухих Г.Т. 2020 г.
11. Policar M. Management of Vulvar and Bartholin Duct Infections. Webinar 1160418. Frederick, MD: American Society for Colposcopy and Cervical Pathology Webinar; September 18, 2017. Website:<http://www.asccp.org/elearning-webinars-courses>. Accessed June 1, 2018.
12. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJ, Gorbach SL, Hirschmann JV, Kaplan SL, Montoya JG, Wade JC. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. *Clin Infect Dis*. 2014 Jul 15; 59(2): 147 – 59. doi: 10.1093/cid/ciu296. Epub 2014 Jun 18. PMID: 24947530.
13. Tamarelle J, Thiébaud ACM, de Barbeyrac B, Bébéar C, Ravel J, Delarocque-Astagneau E. The vaginal microbiota and its association with human papillomavirus, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae and Mycoplasma genitalium infections: a systematic review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect*. 2019 Jan; 25(1): 35-47
14. CDC. Sexually Transmitted Diseases Surveillance 2012. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 2015; available at: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/gonorrhea.htm>
15. Ведение больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями: Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. – М.: Деловой экспресс, 2012. – 112 с.
16. Bhide A, Nama V, Patel S, Kalu E. Microbiology of cysts/abscesses of Bartholin's gland: review of empirical antibiotic therapy against microbial culture. *J Obstet Gynaecol*. 2010; 30(7): 701 – 3. doi: 10.3109/01443615.2010.505672. PMID: 20925614.
17. Quaesma C, Sparzak PB. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Bartholin Gland. [Updated 2021 Jan 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557803/>
18. Bignell C, Fitzgerald M, BASHH Guideline Development Group. UK national guideline for the management of gonorrhoea in adults, 2011. *Int J STD AIDS* 2011; 22: 541 – 7.
19. Lis R, Rowhani-Rahbar A, Manhart LE. Mycoplasma genitalium infection and female reproductive tract disease: a meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2015 Aug 1; 61(3): 418 – 26. doi: 10.1093/cid/civ312. Epub 2015 Apr 21. PMID: 25900174.
20. Price MJ, Ades AE, De Angelis D, Welton NJ, Macleod J, Soldan K, Simms I, Turner K, Horner PJ. Risk of pelvic inflammatory disease following Chlamydia trachomatis infection: analysis of prospective studies with a multistate model. *Am J Epidemiol*. 2013 Aug 1; 178(3): 484 – 92. doi: 10.1093/aje/kws583. Epub 2013 Jun 27. PMID: 23813703; PMCID: PMC3727337.
21. Low N, Bender N, Nartey L, Shang A, Stephenson JM. Effectiveness of chlamydia screening: systematic review. *Int J Epidemiol*. 2009 Apr; 38(2): 435 – 48. doi: 10.1093/ije/dyn222. Epub 2008 Dec 5. PMID: 19060033.;
22. McGee ZA, Jensen RL, Clemens CM, Taylor-Robinson D, Johnson AP, Gregg CR.

Gonococcal infection of human fallopian tube mucosa in organ culture: relationship of mucosal tissue TNF-alpha concentration to sloughing of ciliated cells. *Sex Transm Dis.* 1999 Mar; 26(3): 160 – 5.

23. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines (2015).

24. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross¹, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.

25. The British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). Pelvic inflammatory disease. Guideline. 2019.

26. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Евразийские клинические рекомендации/под ред. С.В. Яковлева, С.В. Сидоренко, В.В. Рафальского, Т.В. Спичак. М.: Издательство "Пре100 Принт", 2016 0 – 144 с.

27. Программа СКАТ (Стратегия Контроля Антимикробной Терапии) при оказании стационарной медицинской помощи: Российские клинические рекомендации/ Под ред. С.В. Яковлева, Н.И. Брико, С.В. Сидоренко, Д.Н. Проценко. – М.: Издательство "Перо", 2018. – 156 с.

28. de Góis Speck NM, Belfort PN, Mendes P, Kang HJ, Ribalta JC. Carbon dioxide laser treatment of Bartholin's gland cyst. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2007. 34(1): 50 – 1. [Medline].

29. Reut Rotem, Chagit Diamant, Misgav Rottenstreich, Maggie Goldgof, Moshe Barg, Noa Greenberg, Boaz Sheizaf, Adi Y. Weintraub, Surgical Treatment of Bartholin's Gland Abscess: Is Word Catheter Superior to Marsupialization?, *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 10.1016/j.jmig.2021.01.006, (2021)

30. Frega A, Schimberni M, Ralli E, Verrone A, Manzara F, Schimberni M, et al. Complication and recurrence rate in laser CO2 versus traditional surgery in the treatment of Bartholin's gland cyst. *Arch Gynecol Obstet.* 2016 Aug. 294 (2): 303 – 9. [Medline].

31. Fambrini M, Penna C, Pieralli A, Fallani MG, Andersson KL, Lozza V, et al. Carbon-dioxide laser vaporization of the Bartholin gland cyst: a retrospective analysis on 200 cases. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008 May-Jun. 15(3): 327 – 31. [Medline].

32. Di Donato V, Bellati F, Casorelli A, Giorgini M, Perniola G, Marchetti C, et al. CO2 laser treatment for Bartholin gland abscess: ultrasound evaluation of risk recurrence. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013 May-Jun. 20(3): 346 – 52. [Medline].

33. Omole F, Kelsey RC, Phillips K, Cunningham K. Bartholin Duct Cyst and Gland Abscess: Office Management. *Am Fam Physician.* 2019 Jun 15; 99(12): 760-766. PMID: 31194482.

34. Benedetti Panici P, Mancini N, Bellati F, Di Donato V, Marchetti C, Calcagno M, et al. CO2 laser therapy of the Bartholin's gland cyst: surgical data and functional short-and long-term results. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007 May-Jun. 14(3): 348 – 51. [Medline].

35. Магнитотерапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах: клинические рекомендации. – Москва. 2015, 47 с. 43.

36. Лазерная терапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах: клинические рекомендации. – Москва. 2015, 68 с. 44.

37. Клинические рекомендации, основанные на доказательствах "Физическая и реабилитационная медицина" Г.Н. Пономаренко, Д.В. Ковлен, Санкт-Петербург, 2018, 38 с. 45.

38. Almeida CC, Maldaner da Silva VZM, Cipriano Junior G, Liebano RE, Quagliotti Durigan JL Transcutaneous electrical nerve stimulation and interferential current demonstrate similar effects in relieving acute and chronic pain: a systematic review with meta-analysis. *Brazilian Journal of Physical Therapy* 2018 Sep-Oct; 22(5): 347-354.

Состав рабочей группы по разработке и пересмотруклинических рекомендаций

1. Адамян Лейла Владимировна – Академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства Здравоохранения РФ, Заслуженный деятель науки России, заведующая кафедрой репродуктивной медицины и хирургии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, главный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов.

2. Аполихина Инна Анатольевна – д.м.н., профессор, руководитель отделения эстетической гинекологии и реабилитации ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова" Минздрава России, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ИПО ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, профессор кафедры акушерства и гинекологии департамента профессионального образования ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России

3. Артымук Наталья Владимировна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО "Кемеровский государственный медицинский университет" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе (г. Кемерово), является членом президиума правления Российского общества акушеров-гинекологов, президент Кемеровской региональной общественной организации "Ассоциация акушеров-гинекологов".

4. Беженарь Виталий Федорович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российского общества акушеров-гинекологов.

5. Белокриницкая Татьяна Евгеньевна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Дальневосточном федеральном округе (г. Чита), является членом Российского общества акушеров-гинекологов, президент Забайкальского общества акушеров-гинекологов.

6. Любасовская Людмила Анатольевна – к.м.н., заведующая отделением клинической фармакологии и антимикробных препаратов ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

7. Крутова Виктория Александровна – д.м.н., профессор, главный врач клиники, проректор по лечебной работе ФГБОУ ВО Кубанский Государственный университет Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин в ЮФО.

8. Малышкина Анна Ивановна – д.м.н., профессор, директор ФГБУ "Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова". заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, медицинской генетики лечебного факультета ФГБОУ ВО "Ивановская государственная медицинская академия" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин в ЦФО.

9. Олина Анна Александровна – д.м.н., профессор, заместитель Директора департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ.

10. Припутневич Татьяна Валерьевна – д.м.н., директор института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова" Минздрава России

11. Сметник Антонина Александровна – к.м.н., заведующая отделением гинекологической эндокринологии "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства здравоохранения Российской Федерации

12. Табеева Гюзьяль Искандеровна – к.м.н., старший научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

13. Тетерина Татьяна Александровна – к.м.н., врач акушер-гинеколог отделения эстетической гинекологии и реабилитации ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова" Минздрава России

14. Тоноян Нарине Марзпетуновна – кандидат медицинских наук, врач-акушер-гинеколог отделения оперативной гинекологии ФГБУ "Научный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства Здравоохранения РФ.

15. Филиппов Олег Семенович – д.м.н., профессор кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России (г. Москва).

16. Шабанова Наталья Евгеньевна – к.м.н., доцент, научный сотрудник отделения клинической фармакологии и антимикробных препаратов ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства здравоохранения Российской Федерации

17. Якушевская Оксана Владимировна – к.м.н., научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

18. Ярмолинская Мария Игоревна – руководитель отдела гинекологии и эндокринологии ФГБНУ "НИИ АГиР им. Д.О. Отта", заведующий отделением гинекологии N 2, руководитель центра "Диагностики и лечение эндометриоза", профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова" Минздрава России, профессор РАН, д.м.н., профессор, член Российского общества акушеров-гинекологов.

Конфликт интересов: отсутствует

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи акушеры-гинекологи
2. студенты; ординаторы, аспиранты акушеры-гинекологи
3. преподаватели, научные сотрудники

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением метаанализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением метаанализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

1. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869).

2. Протокол N 4 Клинический протокол диагностика и лечение "Воспалительные заболевания промежности, вульвы и влагалища" одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития от "9" июня 2016 года Протокол N 4, Список разработчиков протокола: Доцанова А.М, Миреева А.Э, Тулетова А.С, Мажитов 2) Kaufman RH, Faro S, Brown D. Benign diseases of the vulva and vagina. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2005: 240-249.

3. Методические рекомендации N 38. Внедрение программы стратегии контроля антимикробной терапии в хирургических отделениях медицинских организациях Государственной системы здравоохранения г. Москвы при оказании медицинской помощи. 2020. Составители: А.В. Шабунин, М.В. Журавлева, Р.Ю. Маер, Е.В. Кузнецова, К.А.

Покровский, Т.Р. Каменева, М.В. Отпущенникова, Н.А. Резепов.

Схемы стартовой антибактериальной терапии заболеваний БЖ

Возможные схемы антибактериальной терапии [1, 4, 9].

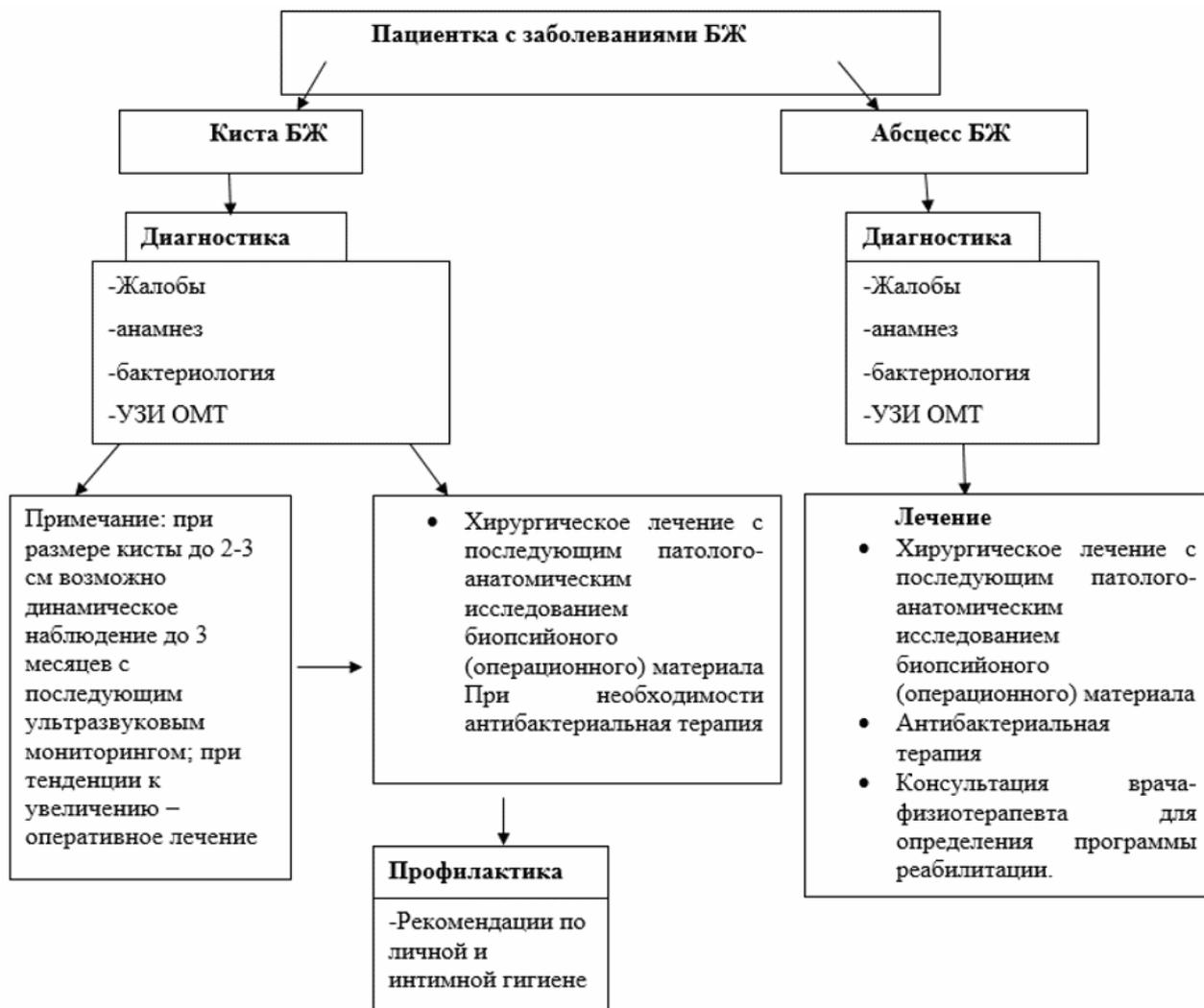
Антибактериальная терапия проводится от 3 до 5 дней с последующим решением вопроса о пролонгировании терапии по результатам клинических, лабораторных, микробиологических данных.

	Схемы терапии	Дозировка
1	Амоксициллин+ [клавулановая кислота]**	1200 мг каждые 8 часов в/в или 625 мг каждые 8 часов перорально, 1000 мг каждые 12 часов перорально
2	#Клиндамицин **	300 мг каждые 6 часов перорально
43	#Доксициклин**	100 мг каждые 12 часов перорально

Спектр наиболее часто встречающихся микроорганизмов при АБЖ и КБЖ

Вид возбудителя	Частота встречаемости, %
Gram-negative bacilli	47,6
Escherichia coli	43,6
Morganella morganii	1,6
Proteus spp	0,8
Klebsiella pneumonia	0,8
Gram-positive cocci	30,2
Staphylococcus aureus:	6,4
Streptococcus aeruginosa	4,8
Enterococcus spp.	4,8
Streptococcus mitis	4
Anaerobes	11,9
Bacteroides species	0,8
Prevotella bivia	2,4
Hypermucoviscous	0,8
Mycoplasma spp.	

Алгоритмы действий врача



Информация для пациента

Что такое киста бартолиновой железы?

Киста бартолиновой железы – это образование с наличием секрета внутри, расположенное в области преддверия влагалища. Возникает в связи с нарушением оттока секрета из полости железы.

Почему они возникают?

Частые воспаления в области половых органов, вызванные неспецифической микрофлорой (кишечной палочкой, стафилококками, стрептококками) и специфической, а также возбудителями ИППП, травмы.

Какие симптомы развиваются при наличии кисты бартолиновой железы?

Чаще всего пациентки жалуются на наличие образования в области промежности, асимметрию больших половых губ из-за припухлости, болезненность. Кисты малых размеров могут протекать бессимптомно и обнаруживаться врачом во время планового гинекологического осмотра. Но в некоторых случаях они могут увеличиваться и вызывать болевой синдром.

Что такое абсцесс бартолиновой железы?

Абсцесс бартолиновой железы – гнойное воспаление бартолиновой железы микробного происхождения. Может сопровождаться повышением температуры тела, интоксикацией и ухудшением самочувствия. В области АБЖ возникает чувство распирания и резкая пульсирующая боль, которая усиливается при движении.

Чтобы не допустить развития КБЖ/АБЖ необходимо соблюдать меры профилактики:
своевременно выявлять и устранять ИППП
лечить острые и хронические воспалительные заболевания органов малого таза;
соблюдать правила интимной гигиены;
наблюдение врача-акушера-гинеколога

Приложение Г1-ГН

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Не применимо.

Новые, изданные в 2020-2023 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.