

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ
МАТЕРИ И РЕБЁНКА**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«БОЛЕЗНИ БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ»**

ТАШКЕНТ – 2025

«УТВЕРЖДАЮ»
Министр здравоохранения
Республики Узбекистан
_____ **А.А. Худаяров**
_____ **“ ” 2025 г.**

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«БОЛЕЗНИ БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

ТАШКЕНТ – 2025

«СОГЛАСОВАНО»
Директор РСНПМ
здоровья матери и ребенка
Н.С. Назырханова

“*Наз*”



НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «БОЛЕЗНИ БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

ТАШКЕНТ – 2025

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

ВВЕДЕНИЕ

Цель протокола: обзор наилучших имеющихся доказательств, внедрение и организация системы и единого подхода по диагностике, лечению и профилактике болезней бартолиновой железы.

Категории пациентов: пациенты с кистами и абсцессами бартолиновой железы.

Пользователи клинического протокола: акушеры-гинекологи, урологи, дерматовенерологи, семейные врачи, организаторы здравоохранения, студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских ВУЗов, пациенты с заболеваниями бартолиновых желез, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Приверженность рекомендациям протокола:

В протоколе представлены рекомендации общего характера, разработанные на основе имеющихся на момент публикации доказательств.

Если в практической деятельности принимается решение отойти от рекомендаций данного протокола, то врачи-клиницисты должны задокументировать в истории болезни/амбулаторной карте пациента следующие данные:

- кем принято такое решение;
- подробное обоснование решения отхода от протокола;
- какие рекомендации по ведению пациента были приняты.

Рекомендации не охватывают все элементы клинической практики, это означает, что врачи должны обсуждать с пациентами индивидуальную тактику ведения, принимая во внимание потребности пациента, придерживаясь принципа уважительного конфиденциального общения. Это включает:

- использование услуг переводчика в случае необходимости;
- консультирование пациента и получение информированного согласия на ту или иную манипуляцию или тактику введения;
- обеспечение ухода в рамках требований законодательства и соблюдения стандартов профессионального поведения;
- документирование любой тактики ведения и ухода в соответствии с общими и местными требованиями.

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2030 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке клинического протокола: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка.

Руководители рабочей группы:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Надырханова Н.С.	Директор, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
2	Абдуллаева Л.М.	Главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, д.м.н., профессор	ТМА
3	Гафурова Ф.А.	Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор	ЦРПКМР, кафедра акушерства, гинекологии и перинатальной медицины,

4	Каримова Ф.Д.	Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор	ЦРПКМР, кафедра акушерства и гинекологии №2
---	---------------	---------------------------------------	---

Список составителей:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Азизова Г.Д.	акушер-гинеколог, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
2	Иргашева С.У.	акушер-гинеколог, д.м.н, профессор	РСНПМЦЗМиР
3	Алиева Д.А.	акушер-гинеколог, д.м.н., профессор	РСНПМЦЗМиР
4	Нишанова Ф.П.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
5	Шамиров А.К.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
6	Ботирова М.Р.	акушер-гинеколог	ЦРПКМР
7	Усмонов С.К.	главный специалист Проектного офиса «Центра проектов здравоохранения»	

Рецензенты:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Юсупбаев Р.Б.	Д.м.н., профессор, руководитель отдела фетальной медицины	РСНПМЦЗМиР
2	Ниязметов Р.Э.	Д.м.н. профессор	ЦРПКМР, кафедра акушерства и гинекологии №2

РСНПМЦЗМиР – Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребёнка

ТМА – Ташкентская медицинская академия

ЦРПКМР – Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов ГУ РСНПМЦЗМиР и их заместителей), врачей региональных учреждений системы родовспоможения в онлайн-формате «_14_» _марта_ 2025 г., протокол №3. Руководитель рабочей группы – д.м.н. Надырханова Н.С., директор ГУ «РСНПМЦЗМиР».

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра здоровья матери и ребенка» «_27_» _марта_ 2025 г., протокол №4_

Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Асатова М.М.

Внешняя экспертная оценка:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Мухамадиева С.М.	Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор	Государственное образовательное Учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения» Республики Таджикистан, кафедра акушерства и гинекологии №1

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)

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.

Абсцесс бартолиновой железы – гнойное воспаление бартолиновой железы микробного происхождения.

Этиология и патогенез

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

При инфицировании кисты может сформироваться абсцесс бартолиновой железы (АБЖ), который имеет в большинстве случаев полимикробный характер. Чаще всего возбудители инфекции попадают в железу восходящим путем через выводной проток из влагалища или уретры при воспалительных процессах, а также из кишечника.

Эпидемиология

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

Кодирование по МКБ-10/МКБ-11

Код по МКБ-10	Код по МКБ-11	Нозологическая единица
N75	GA32–GA32.Z	Болезни бартолиновой железы
N75.0	GA32.0	Киста бартолиновой железы
N75.1	GA32.1	Абсцесс бартолиновой железы
N75.8	GA32.Y	Другие болезни бартолиновой железы
N75.9	GA32.Z	Болезнь бартолиновой железы неуточненная

Классификация

Не применимо.

Клиническая картина

АБЖ и КБЖ могут сопровождаться следующими симптомами:

- 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.

Диагностика

Критерии установления диагноза

Диагноз КБЖ или АБЖ устанавливается на основании жалоб пациентки, физикального обследования, лабораторных и инструментальных методов исследований.

Жалобы и анамнез

Рекомендуется всем пациенткам с заболеваниями БЖ проведение сбора жалоб и анамнеза (*шкала рекомендации С*).

При сборе анамнеза необходимо получить информацию об особенностях интимной гигиены, наличии сексуального партнера, случаях незащищенного полового акта, соматическом анамнезе, травмах промежности.

https://roag-portal.ru/projects_gynecology

Физикальное обследование

Рекомендуется всем пациенткам с заболеваниями БЖ проведение физикального обследования по стандартным принципам пропедевтики, а также проведение визуального осмотра наружных половых органов (*шкала рекомендации С*).

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 (*шкала рекомендации С*).

https://roag-portal.ru/projects_gynecology

Лабораторные диагностические исследования

Рекомендуется пациенткам с заболеваниями БЖ проведение микроскопического исследования влагалищных мазков с целью выявления воспалительных заболеваний (*шкала рекомендации С*).

Рекомендуется пациенткам с АБЖ проведение микробиологического (культурального) исследования гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы для назначения и/или коррекции антимикробной терапии (*шкала рекомендации С*).

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 (*шкала рекомендации С*).

Рекомендуется пациентам с АБЖ проводить общий (клинический) анализ крови развернутый для выявления признаков системного воспаления (*шкала рекомендации С*).

У пациентки может быть выявлен лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (увеличение содержания палочкоядерных лейкоцитов).

https://roag-portal.ru/projects_gynecology

Инструментальные диагностические исследования

Рекомендуется пациенткам с заболеваниями БЖ проведение ультразвукового исследования органов малого таза комплексного (трансвагинального и трансабдоминального) для исключения сопутствующей гинекологической патологии (*шкала рекомендации С*).

Лечение

Консервативное лечение

Рекомендуется использовать антибактериальную терапию в качестве дополнения к хирургическому методу лечения АБЖ при наличии факторов риска рецидивирования, признаков системного воспаления (*шкала рекомендации С*).

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.

Схемы стартовой антибактериальной терапии заболеваний БЖ

Возможные схемы антибактериальной терапии.

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
3	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	
Mycoplasma spp.	0,8

https://roag-portal.ru/projects_gynecology

Хирургическое лечение

Рекомендуется проводить хирургическое лечение пациенткам с КБЖ/АБЖ с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала (*шкала рекомендации С*).

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

течение 3 месяцев с последующим ультразвуковым мониторингом; при тенденции к увеличению – оперативное лечение (*шкала рекомендации C*).

Варианты хирургических вмешательств:

При АБЖ: 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.

3. **Марсупиализация** – суть операции заключается во вскрытии полости кисты, иссечении и подшивании капсулы кисты к краям раны.

Альтернативой марсупиализации является установка силиконового баллонного катетера Word на 4-6 недель. Процедура может быть проведена под местным обезболиванием в условиях дневного стационара или амбулаторно. Кистозное образование вскрывается через небольшой, не более 5 мм, разрез, полость кисты промывается, после санации устанавливается Ворд-катетер. Для лучшей фиксации и предотвращения выпадения катетера может быть наложено несколько швов по контуру катетера.

4. **Энуклеация КБЖ.**

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.

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 (*шкала рекомендации C*).

https://roag-portal.ru/projects_gynecology

Медицинская реабилитация

Специфической реабилитации нет.

Рекомендована всем пациентам консультация врача-физиотерапевта для определения программы реабилитации (*шкала рекомендации C*).

Послеоперационная реабилитация с применением физиотерапевтических методов на фоне адекватной антибактериальной терапии оказывает анальгетический, противовоспалительный эффекты.

После хирургического лечения абсцесса БЖ могут применяться следующие виды физиолечения:

- 1) контактная методика переменного магнитного поля.
- 2) влажная или контактная методики низкоинтенсивного лазерного излучения и магнитолазерной терапии.
- 3) контактная методика сверхвысокочастотного электромагнитного поля (СВЧ терапия).

https://roag-portal.ru/projects_gynecology

Профилактика и диспансерное наблюдение

Рекомендуется всем пациенткам с заболеваниями БЖ (АБЖ, КБЖ) после хирургического

лечения соблюдение правил личной и интимной гигиены с целью профилактики рецидива (шкала рекомендации С).

Соблюдение правил личной гигиены особенно в дни менструации и применение методов барьерной контрацепции целесообразно для снижения риска инфицирования ИППП.

https://roag-portal.ru/projects_gynecology

Организация оказания медицинской помощи

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

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- хирургическое лечение КБЖ и АБЖ.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- клиническое выздоровление.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Проведен сбор жалоб и акушерско-гинекологического анамнеза	Да/Нет
2.	Проведен визуальный осмотр наружных половых органов и бимануальное влагалищное исследование	Да/Нет
3.	Проведено микроскопическое исследование влагалищных мазков и/или микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы при АБЖ	Да/Нет
4.	Проведена антибактериальная терапия при АБЖ при наличии факторов риска рецидивирования, признаков системного воспаления	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение АБЖ	Да/Нет

Список литературы

1. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Болезни бартолиновой железы», Москва, РФ, 2024.
2. 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.
3. 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).
4. 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/>.
5. 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
6. Quaresma 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/>
7. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross¹, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.
8. The British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). Pelvic inflammatory disease. Guideline. 2019.
9. 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)
10. 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.
11. 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.

Приложения

Алгоритмы действий врача

