

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И
ПРОФИЛАКТИКЕ ВАГИНИТОВ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ В**

Список сокращений

ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза

КОН - калиевая щелочь

мл – миллилитр

ПЦР – полимеразная цепная реакция

pH – кислотность среды влагалища

FDA – food and drug administration – управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов (США)

Содержание:

1. Определение понятия вагинит (кольпит).
2. Коды МКБ-10.
3. Эпидемиология.
4. Факторы и группы риска.
5. Классификация.
6. Скрининг.
7. Бактериальный вагиноз. Этиология и патогенез. Принципы клинико-лабораторной диагностики.
8. Кандидозный вагинит. Этиология и патогенез. Принципы клинико-лабораторной диагностики.
9. Трихомоноз. Этиология и патогенез. Принципы клинико-лабораторной диагностики.
10. Бактериальный вагинит. Этиология и патогенез. Принципы клинико-лабораторной диагностики.
11. Осложнения заболевания.
12. Лечение вагинитов в условиях общей врачебной практики.
13. Показания к консультации специалистов.
14. Показания к госпитализации.
15. Профилактика. Обучение пациентов.
16. Прогноз.
17. Порядок оказания лечебно-диагностической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.
18. Схема ведения пациентов с вагинитами в условиях общей врачебной практики.
19. Список литературы.

1. Определение понятия вагинит (кольпит)

Вагинит (кольпит)– это инфекционно-воспалительные заболевания слизистой влагалища различной этиологии.

2. Коды по МКБ-10

N76 Другие воспалительные заболевания влагалища и вульвы
Исключено: старческий (атрофический) вагинит (N95.2)

N76.2 Острый вагинит

N76.1 Подострый и хронический вагинит

N77.1* Вагинит, вульвит и вульвовагинит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках.

номера, помеченные звездочкой () не могут использоваться как самостоятельные номера, а только в совокупности с первичным номером, помеченных плюсом (+)

A59 Трихомоноз

A59.0 Урогенитальный трихомоноз

A63.8 Другие уточненные заболевания, передающиеся преимущественно половым путем

3. Эпидемиология

По данным различных авторов частота вагинитов (кольпитов) составляет 60 – 65% и являются одной из наиболее частых причин обращения к врачу. Наличие воспаления слизистой наружных половых органов и влагалища, свидетельствуют о нарушении микробиоценоза.

Нормальная микрофлора очень чувствительна к местным условиям и гормональным влияниям. Эстрогены способствуют депозиту гликогена, гликоген – оптимальный субстрат для роста лактобактерий. В процессе ферментации гликогена лактобактериями создается кислая среда, это способствует размножению кислотоустойчивых бактерий, определяющих нормальную микрофлору, и ограничивает или подавляет рост патогенных бактерий. Нормальная вагинальная экосистема у женщин включает аэробные и анаэробные виды бактерий. К неспецифическим защитным факторам кроме того относятся слизь, в которой содержатся лизоцим, лактоферрин, дефенсины, цинк, обладающие бактериостатическим и бактерицидным действием. Специфические механизмы защиты определяются макрофагальной реакцией и продукцией противовоспалительных цитокинов

4. Факторы и группы риска

Факторами, способствующими развитию вагинитов (кольпитов) являются общие заболевания – тонзиллогенная инфекция, диабет, ожирение, гипофункция яичников, механические воздействия, гельминтоз (острицы), заболевания мочевой системы (цистит, уретрит, пиелонефрит), раздражение половых органов химическими веществами на производстве, нерациональное применение антибиотиков, нарушение гигиены, беспорядочные половые контакты без использования барьерных методов защиты.

Таким образом, к группе риска по развитию вагинитов (кольпитов) относятся женщины различных возрастных групп с наличием заболеваний внутренних органов, преимущественно желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной и эндокринной системы; женщины, длительно принимающие антибиотики или проходящие химиотерапию и лучевую терапию по поводу рака; женщины, ведущие асоциальный образ жизни.

5. Скрининг

Основным в диагностическом скрининге вульвовагинитов и вагинитов (кольпитов) является клиника заболевания. Больные жалуются на жжение и боли в области наружных половых органов и влагалище, усиливающиеся при ходьбе и мочеиспускании, обильные выделения, зуд, диспареунию. При хроническом течении заболевания указанные признаки выражены меньше. Острая стадия может характеризоваться гипертермией, субфебрилитетом и отеком тканей вульвы, гиперемией, наличием серозно-гнойных и гнойных выделений, возможны изъязвления. Тщательный сбор анамнеза, оценка факторов риска не являются диагностическими, но позволяют предположительно определить этиологию заболевания, и до получения результата микробиологического исследования отделяемого назначить лечение *exjuvantibus*.

6. Классификация

Воспалительные заболевания классифицируются по этиологии, клиническому течению – острые, подострые, хронические, а также обострения хронического процесса. К хроническим относят заболевания с длительностью процесса более двух месяцев или случаи, когда установить давность заболевания не представляется возможным.

В репродуктивном возрасте воспалительные процессы могут быть обусловлены как возбудителями неспецифической, так и специфической этиологии. Неспецифические вульвовагиниты и вагиниты (кольпиты) - это инфекционно-воспалительные заболевания, вызванные действием условно-патогенных микроорганизмов (кишечной палочки, стрептококками, стафилококками, *Gardnerella vaginalis* и др). Специфические вульвовагиниты и вагиниты (кольпиты) могут быть обусловлены инфекционными заболеваниями, передаваемыми половым путем (хламидиоз, микоплазмоз, трихомониаз, вирусные заболевания и др.). А так же причиной вульвовагинитов и вагинитов(кольпитов) могут быть дрожжеподобные грибы рода *Candida*.

7. Бактериальный вагиноз. Этиология и патогенез. Принципы клинико-лабораторной диагностики.

Бактериальный вагиноз не является инфекцией и оценивается как дисбактериоз влагалища, при котором нормальная вагинальная флора, состоящая преимущественно из лактобактерий, замещается анаэробными бактериями, такими как *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium*, *Mobiluncus* и анаэробными кокками. Бактериальный вагиноз характеризуется резким или полным снижением лактобактерий. Изменения вагинального микробиоценоза может происходить под влиянием большого числа факторов, среди которых на первом месте гормональные. Имеет значение наличие некомпенсированные заболевания желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы, диабет, проведение лучевой терапии, прием антибиотиков, однако достаточно часто заболевание невозможно связать ни с одним из провоцирующих факторов.

В большинстве случаев женщины предъявляют жалобы на обильные жидкие гомогенные серовато-белые выделения, имеющие неприятный «рыбный» запах. При осмотре в зеркалах не отмечается воспалительной реакции со стороны влагалища, но имеются обильные выделения. Заболевание протекает без осложнений, однако при отсутствии терапии возможны эндометрит, сальпингоофорит, особенно после инвазивных гинекологических манипуляций. При бактериальном вагинозе у беременных женщин вследствие восходящей инфекции возможно инфицирование плодных оболочек и околоплодных вод, что может привести к прерыванию беременности на различных сроках беременности и преждевременным родам, Диагностика бактериального вагиноза основана на критериях Amsel:

1. Обильные выделения из влагалища с неприятным запахом (запах аммиака или «рыбный» запах);
2. Наличие «ключевых» клеток при микроскопии мазков из влагалища;
3. pH влагалищного содержимого более чем 4,5;
4. положительный аминный тест (капля выделений смешивается с каплей 10% KOH, появляется запах аммиака).

Наличие 3 из 4 перечисленных признаков свидетельствует о бактериальном вагинозе.

Лабораторная диагностика основывается на микроскопических методах. Микроскопии подвергаются влажные (нативные) мазки с передней стенке влагалища и из заднего свода, что позволяет врачу самому поставить диагноз (bed sed), а так же окрашенные метиленовым синим.

Показатели характерные для влагалищного мазка при бактериальном вагинозе:

- отсутствие в мазке лейкоцитов или незначительное их количество;
- отсутствие лактобацилл или незначительное их количество;
- обильное количество бактерий, покрывающие все поле зрения: мелкие кокки, коккобактерии, вибрионы;
- наличие ключевых клеток «clue cells» - клеток плоского влагалищного эпителия, покрытых большим количеством бактерий, вследствие «суперадгезии» на поверхности клеток.

Дополнительно необходимо измерить индикаторной бумажкой рН влагалищных выделений (как правило, на гинекологическом зеркале) обычно не превышает 4,7. При добавлении капли 10%раствора КОН к влагалищным выделениям ощущается неприятный запах «гниющей рыбы», обусловленный выделением летучих аминов – продуктов метаболизма анаэробных микроорганизмов. Необходимо отметить бесполезность выделения чистой культуры *Gardnerella vaginalis* при определении ее ДНК методом ПЦР. Поскольку этот микроорганизм самостоятельно этиологии ческого значения при бактериальном вагинозе не имеет.

8. Кандидозный вагинит. Этиология и патогенез. Принципы клинико-лабораторной диагностики.

Кандидозный вагинит – это заболевание слизистых оболочек гениталий, вызванное дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Кандидоз встречается часто, около 75% всех женщин перенесли хотя бы один эпизод этого заболевания в своей жизни. Кандидоз не является ИППП, но может свидетельствовать об изменениях гормонального и/или иммунного статуса. Следует отметить, что около 20% здоровых женщин являются носителями дрожжеподобных грибов во влагалище, что не требует лечение.

Дрожжеподобные грибы рода *Candida* относятся к классу *Cryptococcaceae* несовершенных грибов *Deuteromycetes*, так как не имеют половых форм размножения и половых спор. Морфологически они являются одноклеточными организмами, клетки имеют округлую или овальную форму, при линейном расположении почкующихся элементов образуют нитевидные формы – гифы и псевдогифы (мицелий). При исследовании вагинального отделяемого наиболее часто выделяют вид *Candida albicans* (около 90%), а так же другие виды этого рода – *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*, *C. Torulopsis glabrata*. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* – условно-патогенные бесспорные диморфные грибы, являющиеся факультативными анаэробами. Они хорошо переносят высушивание и замораживание, размножаются многополярным почкованием.

Грибы рода *Candida* обнаруживаются в воздухе, почве, на овощах и фруктах, кондитерских изделиях. Они являются представителями нормальной микрофлоры кишечника, слизистой оболочки рта, наружных гениталий и прямой кишки.

Колонизация дрожжеподобными грибами рода *Candida* слизистых оболочек гениталий, как и манифестный кандидоз, являются проявлением ослабления иммунитета. Это заболевание называют «болезнью больных». К эндогенным факторам развития кандидоза относятся эндокринные заболевания (гиперкортицизм, сахарный диабет и гипотиреоз), тяжелые общие заболевания (лейкемия, лимфома, ВИЧ – инфекция и др.), патологически протекающая беременность. В настоящее время наиболее часто способствую развитию кандидоза применение антибиотиков с широким спектром антибактериального действия, глюкокортикостероидов, цитостатиков, гормональная контрацепция. К экзогенным факторам относятся повышенная температура и избыточная влажность, приводящие к мацерации и повреждению кожи и слизистых оболочек, микротравмы и др. Сочетание нескольких предрасполагающих факторов повышают риск развития кандидозного вагинита (кольпита)

Кандидозный вагинит характеризуется образованием на гиперемированной слизистой оболочке влагалища беловатого налета. Появляются характерные «творожистые» белые выделения. Больные жалуются на мучительный зуд и жжение. Возможны жжение вульвы при мочеиспускании и болезненность при половом контакте. Кандидозный вагинит отличается упорным течением и склонностью к рецидивированию. При хроническом рецидивирующем заболевании обострение отмечается перед началом менструации. Возможна передача заболевания половому партнеру, ребенку во время родов.

Клинически заболевание проявляется характерными признаками (сильный зуд во влагалище, выделения «творожистого» характера без запаха). При исследовании вагинального отделяемого выделяют вид *Candida albicans* (около 90%), а так же и другие виды этого рода. Материалом для исследования служит отделяемое из влагалища, уретры и моча. Для микроскопии используют неокрашенные препараты, а так же препараты обработанные КОН, окрашенные по Грамму, Романовскому-Гимзе и метиленовым синим. В основе диагноза лежит обнаружение элементов гриба: единичных почкующихся клеток, псевдомицелия, других морфологических форм (бластоконидии, псевдогрифы).

9.Трихомониаз. Этиология и патогенез. Принципы клинико-лабораторной диагностики.

Возбудителем, вызывающим трихомониаз, является простейшее из класса жгутиковых *Trichomonas vaginalis* – это одноклеточный паразит, ограниченный клеточной мембраной, овальной или грушевидной формы. При обычных диагностических исследованиях ориентируются на величину, форму клетки и подвижность.

Половой путь передачи является доминирующим. У мужчин в 50-70% случаев трихомониаз протекает бессимптомно, у женщин заболевание более выражено, редко встречаются бессимптомные формы. К факторам, способствующим трихомонадной инвазии, относятся изменения pH влагалища и гормональные нарушения. Инкубационный период варьирует от 3 до 1 мес. и в среднем составляет 1-12 дней. Без лечения процесс может продолжаться неопределенно долго.

Острый вагинит (кольпит) протекает с обильными жидкими, пенящимися выделениями беловатого или желтоватого цвета с неприятным запахом, зудом наружных половых органов, болезненностью при половом акте. При восходящем процессе возможно развитие ВЗОМТ с характерной симптоматикой: боли внизу живота, нарушение менструального цикла, гипертермией и др.

Основным методом диагностики до настоящего времени остается микроскопическое исследование. В патологическом материале выявляют живые подвижные трихомонады –нативный материал, метод «раздавленной капли» или в мазке, окрашенному метиленовым синим (1% р-р по Леффлеру), по Грамму и по Романовскому-Гимзе. Для культурального исследования используют тест системы «Vagicult» (Финляндия) или любую жидкую питательную среду, обогащенную эмбриональной сывороткой крупного рогатого скота. Использование ПЦР-диагностики не является достоверным, метод нередко дает ложноположительные результаты.

10.Бактериальный вагинит. Этиология и патогенез. Принципы клинико-лабораторной диагностики.

Это чаще всего хронический клинически выраженный вагинит, который часто принимается за трихомонадный кольпит в связи со схожестью симптоматики и обильными выделениями желтого цвета. Возбудителями этого заболевания являются стрептококки группы А, золотистый стафилококк или просто условно-патогенная флора. Как правило у пациентки имеются жалобы на хронические выделения желтого цвета в течение нескольких лет и неоднократные попытки терапии с использованием антибиотиков и противомикробных препаратов. При осмотре влагалища обнаруживается диффузная или пятнистая гиперемия с плоскими узелками, которые имеют незначительную пунктацию. Выделения обильные, вязкие, желтого цвета, pH варьирует между 4,5 и 6,0.

При микроскопическом исследовании мазков обнаруживается выраженный лейкоцитоз, неопределенная смешанная флора и незрелые эпителиальные клетки. Важным диагностическим критерием постановки диагноза является культуральное исследование.

11. Осложнения заболевания

Вагиниты любой этиологии могут привести в развитию восходящей инфекции и ВЗОМТ, эктопической беременности, болезни Рейтера, синдрому хронических тазовых болей. Особенно серьезными могут быть осложнения во время беременности: угроза прерывания беременности, плацентит, хориоамнионит, внутриутробное инфицирование плода.

12. Лечение вагинитов в условиях общей врачебной практики

Для подтверждения диагноза и определения тактики лечения вагинитов врач общей практики должен сделать следующие исследования:

- осмотр влагалища в зеркалах и определение рН влагалища;
- общий мазок на флору;
- ПЦР на инфекции передающиеся половым путем;

Это позволит ему определить тактику лечения пациента и выбрать оптимальную терапию. При выборе терапии необходимо учитывать наличие у женщины беременности.

Кандидозный вульвовагинит:

Таблица 1

Лечение вне беременности

Лечение острого кандидоза	Метамидин* Эконазол* Изоконазол* <i>Альтернативные схемы</i> Препараты флуконазола*	Интравагинально 1 свеча 100мг в течение 6-9 дней Интравагинально 1 свеча 150мг перед сном 3 дня Интравагинально 1 свеча 600мг однократно перед сном Внутрь 150мг однократно
Лечение хронического кандидоза	Наряду с местным лечением, указанным выше, применяются препараты системного действия	
	Препараты флуконазола* или итраконазола*	Внутрь 150мг однократно (в случае рецидива повторный прием препарата через 10 дней) Внутрь 200мг 2 раза в течение 24 часов
	<i>Альтернативные схемы</i> Итраконазол* или натамицин**	Внутрь 200мг 1 раз в сутки в течение 3 дней Сочетанное применение вагинальных свечей и пероральных таблеток. По 1 свече интравагинально 6-9 дней и по 100мг 4 раза в день 5-10 дней

(*) –Классификация FDA, США - категория В
Уровень достоверности – 2а

(**) –Классификация FDA, США- категория А
Уровень достоверности – 1а

Таблица 2

Лечение беременных

Лечение острого кандидоза	Натамицин* – в I, II, III триместрах <i>Альтернативные схемы</i> Этроконазол*	Интравагинально по 1 свече (100мг) в течение 6 дней Интравагинально по 1 свече (150мг) перед сном в течение 3 дней
Лечение хронического кандидоза	Натамицин** – в I, II, III триместрах	Интравагинально по 1 свече (100мг) в течение 9 дней в сочетании с пероральными

		таблетками по 100мг 4 раза в сутки 7-10 дней
Контроль излеченности	Не требуется. Инфекция считается излеченной, если у пациентки нет клинических признаков заболевания	
Лечение полового партнера	Только в том случае, если у партнера имеется кандидозный баланит/баланопостит	
Выявление контактов Регистрация	Не требуется	

(*) –Классификация FDA, США - категория В

Уровень достоверности – 2а

(**) –Классификация FDA, США- категория А

Уровень достоверности – 1а

Бактериальный вагиноз:

Таблица 3

Лечение вне беременности

	Орнидазол*	500мг 2 раза в сутки в течение 5 дней
	<i>Альтернативные схемы</i> Метронидазол*	Внутрь 500мг 2 раза в сутки в течение 7 дней
	Повидон-йод** вагинальные суппозитории	Интравагинально по 1 свече в день перед сном в течение 7 дней (острое течение) и по 1 свече 2 раза в день в течение 7 дней (хроническое течение)
	Клиндамицин**-вагинальный крем	Интравагинально 5г (разовая доза) 2% вагинального крема вводится с помощью прилагаемого аппликатора 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней
	Тержинан*	Интравагинально 1 табл. перед сном в течение 10 дней

(*) –Классификация FDA, США - категория В

Уровень достоверности – 2а

(**) –Классификация FDA, США- категория А

Уровень достоверности – 1а

Таблица 4

Лечение беременных (исключительно местная терапия)

В первом триместре беременности В первой половине беременности	Повидон-йод ** –вагинальные суппозитории Клиндамицин** –вагинальный крем	По 1 свече перед сном в течение 7 дней Интравагинально 5г (разовая доза) 2% вагинального крема вводится с помощью прилагаемого аппликатора 1 раз в сутки перед сном в течение 3 дней местно
Во второй половине беременности	Тержинан*	Интравагинально 1 табл. перед сном в течение 10 дней
	Перед завершением терапии одним из вышеперечисленных препаратов показано лечение направленное на нормализацию микробиотоза влагалища и повышение местного иммунитета с	

	помощью эубиотиков (бифидум бактерин, ацилакт, глицирризиновая кислота)
Контроль излеченности	Не требуется Бактериальный вагиноз считается излеченным, когда исчезают клинические проявления
Выявление контактов	Не требуется
Лечение партнера	Не требуется
Регистрация	Не требуется

(*) –Классификация FDA, США - категория В

Уровень достоверности – 2а

(**) –Классификация FDA, США- категория А

Уровень достоверности – 1а

Кроме того, в качестве лечения рецидивирующего бактериального вагиноза (вне беременности) одновременно с химиотерапией может использоваться вакцина Солкотриховак (внутримышечно 3 инъекции по 0,5мл с интервалом 2 нед.) (Классификация FDA, США - категория С; уровень достоверности – 2b).

Трихоманиаз:

Таблица 5

Лечение вне беременности и беременных.

Неосложненная инфекция	Орнидазол* или Тинидазол*	Внутрь 1,5г однократно перед сном Внутрь 2,0г однократно перед сном
	<i>Альтернативные схемы</i> Орнидазол* или Метронидазол*	Внутрь по 500мг каждые 12 часов 5 дней Внутрь по 500мг каждые 12 часов 7 дней
	Осложненная инфекция	Орнидазол*
Осложненная инфекция	<i>Альтернативные схемы</i> Метронидазол* или Тинидазол*	Внутрь по 500мг каждые 12 часов 10 дней Внутрь по 500мг каждые 6 часов 7 дней Внутрь 2,0г 1 раз в сутки в течение 3 дней
	Возможно одновременное применение местно действующих противопротозойных и противовоспалительных препаратов	
	Лечение беременных (со II триместра)	Орнидазол*
<i>Альтернативные схемы</i> Тинидазол*		Внутрь 2,0г однократно перед сном
Лечение партнера	Партнер обследуется на трихомонады и другие ИППП. и лечится даже если Trichomonas vaginalis у него не обнаружены	
Выявление контактов	Необходимо	
Регистрация	Направляется экстренное извещение в КВД по форме 089/у-кв	

(*) –Классификация FDA, США - категория В

Уровень достоверности – 2а

Бактериальный вагинит

Этиология	Лечебные, реабилитационные мероприятия	
Гнойный вагинит (плазмоцитарно-клеточный)	Клиндамицин**	Интравагинально 5г (разовая доза) 2% вагинального крема вводится с помощью прилагаемого аппликатора 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней (острый процесс)
	Клиндамицин**	Интравагинально 5г (разовая доза) 2% вагинального крема вводится с помощью прилагаемого аппликатора 1 раз в сутки перед сном в течение 2-3 недель
	Реабилитация: суппозитории с эстрогенами для «укрепления» эпителия Влагалищные таблетки с витамином С (Клиндамицин подавляет рост лактобацилл) Гигиена кожи промежности с использованием средств, содержащих лаванду, растительное масло и вит.Е	
Вагинит, вызываемый стрептококками группы А	В связи с тем, что стрептококки группы А могут быть причиной наиболее тяжелых инфекций, во всех случаях обнаружения во влагалище, показана терапия антибиотиками: пенициллин*, амоксицилин* или один из цефалоспоринов* в стандартных дозировках в течение 10 дней	
	Контроль – бактериологическое подтверждение элиминации возбудителя	
	При рецидиве – найти возможный источник инфекции, например, среди членов семьи, которые должны получить терапию	
Вагинит, вызываемый золотистым стафилококком	Лечение рекомендуется только при остром процессе или если на фоне неясной клинической симптоматики во влагалище обнаруживается золотистый стафилококк. Принимая во внимание ограниченную патогенность, терапия проводится местными дезинфицирующими препаратами. Этот возбудитель подлежит элиминации из влагалища перед операцией или во время беременности.	
	Контроль – бактериологическое подтверждение элиминации возбудителя	
Регистрация	Не требуется	

(*) –Классификация FDA, США - категория В

Уровень достоверности – 2а

(**) –Классификация FDA, США- категория А

Уровень достоверности – 1а

13.Показания к консультации специалистов

В случае, если для врача общей практики клиническая картина неясна и отсутствует эффект от проводимой терапии он обязан направить пациента на консультацию к специалисту, при этом круг специалистов может быть расширен по усмотрению врача – гинеколог, дерматовенеролог, инфекционист.

14. Показания к госпитализации больного

Показаний к госпитализации пациентов нет.

15.Профилактика. Обучение пациентов.

Профилактика воспалительных и инфекционно-воспалительных процессов во влагалище включает рекомендации по соблюдению гигиенических мероприятий, использование барьерных методов контрацепции во время спонтанных половых актов.

16.Прогноз

Прогноз для пациентов благоприятный. Неудовлетворительным прогноз может быть для беременных женщин, в случае, если течение заболевания принимает рецидивирующий характер: самопроизвольное прерывание беременности, отслойка нормально расположенной плаценты, хориоамнионит, внутриутробное инфицирование плода. В этом случае врач общей практики определяет необходимость дополнительной консультации гинеколога.

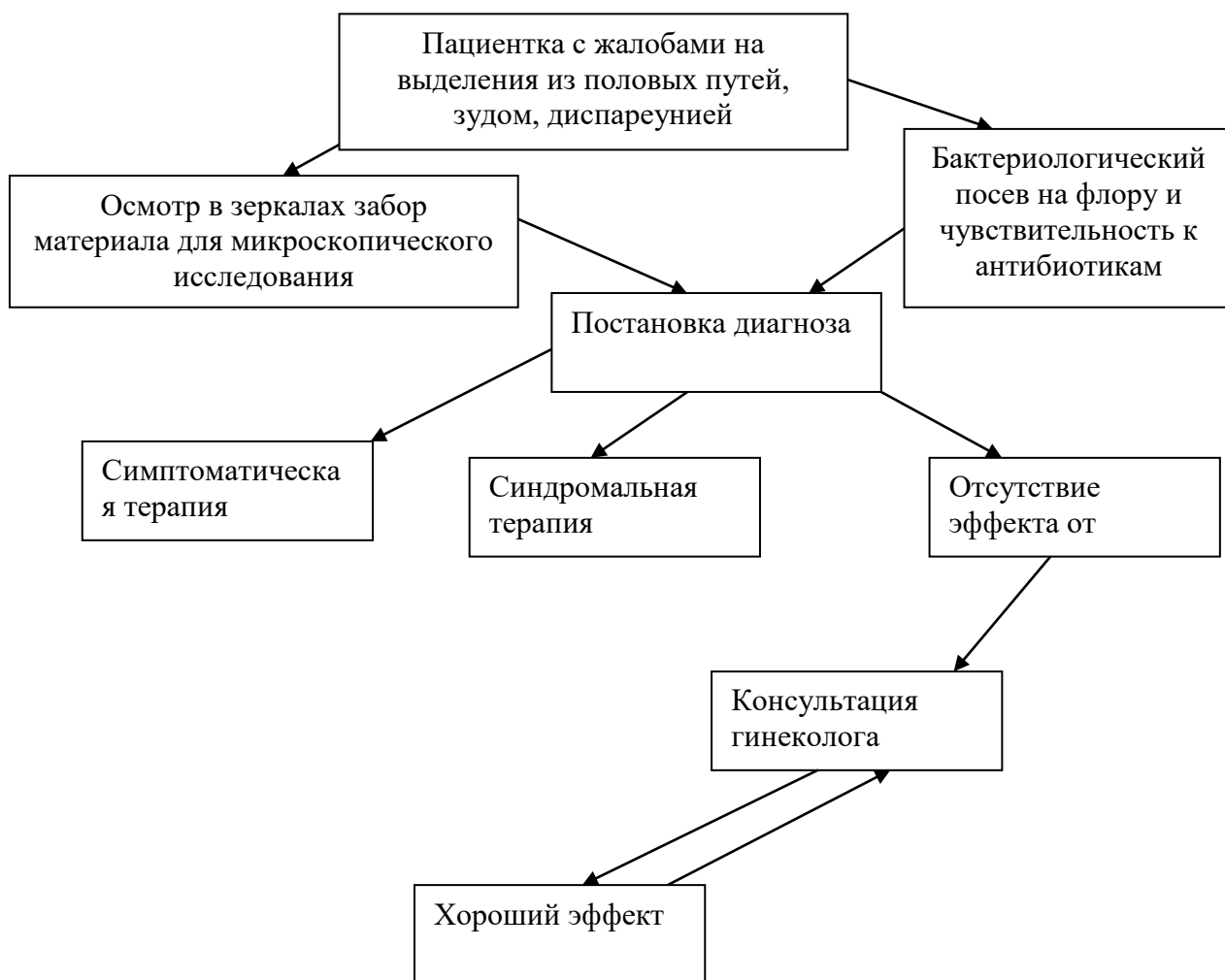
17. Порядок оказания лечебно-диагностической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях

Для оказания диагностической и лечебной помощи пациентам с вагинитами используются возможности врача общей практики. Госпитализация не требуется. Диагноз выставляется синдромальный и этиологический.

Примерная формулировка диагноза для врача общей практики:

- кандидозный вагинит (кольпит)
- трихомонадный вагинит (кольпит)
- бактериальный вагиноз
- бактериальный вагинит (в скобках указать этиологию)

18. Алгоритм ведения пациентов с вагинитами различной этиологии в условиях общей врачебной практики



18. Список литературы

1. Гинекология от пубертата до постменопаузы. Практическое руководство для врачей./Под редакцией акад. РАМН, проф. Э.К.Айламазяна – Москва «МЕДпресс-информ».-2006с.202-210, с.216-218.
2. Инфекции в акушерстве и гинекологии.-Эйко, Петерсен, пер. с аннглийкого/Под общей ред. В.Н.Прилепской.- Москва, «МЕДпресс-информ»- 2007, с.158-176.
3. Лекарственные препараты в России: Справочник. М.: ЮБМ Медика Рус, 2013 г. 1640 с.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем связанных со здоровьем. 10 пересмотр. – Изд-во ОАО «Гедеон Рихтер». – 2004 С. 17-18.
5. Образовательный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов. Специальность: 04.01.10 «Общая врачебная практика (семейная медицина)», М. – 2005. – 95 с.
6. Приказ министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 января 2005 года № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)».
7. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии/ под общ. ред. В.И.Кулакова, В.Н.Серова - М «ЛИТТЕРРА», 2005. С.272-307.
8. Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии / Под ред. проф. В.Е.Радзинского. - 2 изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 688 с.
9. FDA Approved obstetrics drugs: their effects on mother and baby/ Doris Haire. – FDA 2001.

10. Meadows M. Pregnancy and the drug dilemma/ FDA Consumed Mag. 2001 May-June; 35(3): 16-20.
11. Parekh A., Sanhai W., Marts S., Uhl K. Advancing women's health via FDA. Critical Path Initiative. Drug Discovery Today: Technologies 2007; 4: 69-73.

Таблицы

Таблица 1. Кандидозный вульвовагинит. Лечение вне беременности.

Таблица 2. Кандидозный вульвовагинит. Лечение беременных.

Таблица 3. Бактериальный вагиноз. Лечение вне беременности.

Таблица 4. Бактериальный вагиноз. Лечение беременных

Таблица 5. Трихомоноз. Лечение вне беременности и беременных.

Таблица 6. Бактериальный вагинит.