

ТИХООКЕАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Ю.И. ИШПАХТИН

*Амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь
в акушерстве и гинекологии*

Учебное пособие

Рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей.

№508/05. 05 - 20

10.12.2012.

Владивосток

Издательский дом Дальневосточного федерального университета
2013

УДК 618
ББК 57.1
И97

Рецензенты:

Г.В. Чижова, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ГОУ ДПО ИПКСЗ Хабаровского края, д.м.н., профессор ;

Т.Ю. Пестрикова, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздравсоцразвития, д.м.н., профессор.

Ишпахтин Ю. И.

И97 Амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь в акушерстве и гинекологии : учебное пособие / Ю. И. Ишпахтин. — Владивосток : Издательский дом Дальневост. федерал. ун-та, 2013. — 250 с.

ISBN 978-5-7444-3067-2

В учебном пособии, переработанном и дополненном, освещены вопросы диагностики, лечения основных видов акушерской и гинекологической патологии с учетом национального проекта «Здоровье». Особое внимание уделено стандартам и современным технологиям.

Предназначено для обучения врачей в системе послевузовского и дополнительного профессионального образования по специальности 14.01.01 - акушерство и гинекология.

УДК 618
ББК 57.1

©Ишпахтин Ю.И., 2013

©Издательский дом
Дальневосточного
федерального университета
оформление, 2013

ISBN 978-5-7444-3067-2

Содержание

Предисловие	6
Учебно-воспитательные цели	7
Раздел I Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии	8
Глава 1.1 Организация и оценка эффективности ежегодной диспансеризации женщин акушерами-гинекологами.	8
Глава 1.2 Организация непрерывного наблюдения за здоровьем женщины-матери и ребенка в условиях акушерско-терапевтического педиатрического комплекса.	11
Глава 1.3 Ведение беременных женщин с повышенным риском в условиях женской консультации.	14
Глава 1.4 Диспансерное наблюдение и реабилитация женщин, перенесших послеродовые гнойно-септические заболевания.	16
Глава 1.5 Рекомендации по организации диспансерного наблюдения больных миомой матки, эндометриозом и воспалительными заболеваниями гениталий	19
Глава 1.6 Распространенность, ранняя диагностика и лечение гинекологических заболеваний у детей.	23
Глава 1.7 Ведение беременности и родов у женщины с рубцом на матке.	24
Глава 1.8 Кровотечение из половых путей.	26
Глава 1.9 Зуд вульвы.	33
Глава 1.10 Симптом «бели».	37
Глава 1.11 Хроническая тазовая боль.	40
Глава 1.12 Фитотерапия в акушерстве и гинекологии.	45
Глава 1.13 Показатели деятельности учреждений родовспоможения и методика их расчета.	49
Раздел II Акушерство	55
Глава 2.1 Гестоз.	
Глава 2.2 Невынашивание беременности.	55
Глава 2.3 Акушерские кровотечения.	65
Глава 2.4 Плацентарная недостаточность.	71
Глава 2.5 Тазовое предлежание.	86
Глава 2.6 Послеродовой период.	91
Глава 2.7 Профилактика и лечение гипогалактии в условиях современных технологий.	102
Глава 2.8 Послеродовой мастит.	115
Глава 2.9 Эндометрит.	121
Глава 2.10 Риск осложнений беременности при заболеваниях сердца.	128
Глава 2.11 Терапия критических состояний.	131
	136
Раздел III Неонатология	142
Глава 3.1 Внутричерепные кровоизлияния.	
Глава 3.2 Гипоксически-ишемические поражения головного мозга у новорожденных.	142
Глава 3.3 Респираторный дистресс-синдром новорожденных.	145
Глава 3.4 Врожденная дисфункция коры надпочечников.	148
Глава 3.5 Врожденная пневмония.	152
	155
Раздел IV Гинекология	161
Глава 4.1 Репродуктивное здоровье девочек-подростков и основы контрацепции.	
Глава 4.2 Генитальный эндометриоз у подростков.	161
Глава 4.3 Воспалительные заболевания гениталий.	177
Глава 4.4 Актуальные проблемы в лечении миомы матки.	185

Глава 4.5 Эндометриоз.	194
Глава 4.6 Проблема заболеваний молочной железы в практике гинеколога.	200
Глава 4.7 Здоровье женщины переходного возраста.	208
Глава 4.8 Современные аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения инконтиненции у женщин.	214
Глава 4.9 Профилактика послеоперационных осложнений.	225
Глава 4.10 Гиперплазия эндометрия.	233
Глава 4.11 Острый живот в гинекологии.	241
Глава 4.12 Медикаментозные методы прерывания беременности во II триместре.	259
Список рекомендованной литературы	277
	282

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АПФ - ангиотензинпревращающий фермент
АФС - антифосфолипидный синдром
АЧТВ - активированное частичное тромбопластиновое время
ВГКН - врожденная гиперплазия коры надпочечников
ВЗОМТ - воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ - вирус иммунодефицита человека
ВМС - внутриматочное средство
ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения
ВПЧ - вирус папилломы человека
ГПЭ - гиперпластические процессы эндометрия
ГЧД - гестационный сахарный диабет
ДВС - диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ДГЭАС - дегидроэпиандростерона сульфат
ДМК - дисфункциональное маточное кровотечение
ДНК - дезоксирибонуклеиновая кислота
ЕОГ - Европейское общество по гипертензии
ЗПС - задержка полового созревания
ИППП - инфекции, передаваемые половым путем
ИЦН - истмико-цервикальная недостаточность
КОК - комбинированный оральный контрацептив
КОС - кислотно-основное состояние
КТГ - кардиотокография
ЛПВП - липопротеиды высокой плотности
ЛПНП - липопротеиды низкой плотности
НПВС - нестероидные противовоспалительные препараты
ОБП - оптическая плотность билирубина
ОЦК - объем циркулирующей крови
ПИ - пульсационный индекс
ПИВ - пульсационный индекс вены
ПВ - протромбиновое время
ПН - плацентарная недостаточность
ППС - преждевременное половое созревание
ПИФ - прямая иммунофлуоресценция
ПЦР - полимеразная цепная реакция
СДО - систоло-диастолическое отношение
СМА - средняя мозговая артерия
СПКЯ - синдром поликистозных яичников
ТГ - триглицериды
ХГЧ - хорионический гонадотропин человека
ЦНС - центральная нервная система
ЭКО - экстракорпоральное оплодотворение

ПРЕДИСЛОВИЕ

За последние 6-7 лет медицинская помощь населению стала ярко выраженным приоритетным направлением социальных программ. Подтверждением этих слов стал национальный проект «Здоровье». В центре его внимания усиление первичного звена медицинской помощи, развитие профилактики и диспансеризации, повышения доступности высокотехнологичных видов медицинской помощи. В связи с этим появилась необходимость включить в руководство раздел «Женская консультация». Время мчит нас вперед. Новые приказы, постановления, указания особенно в области первичного звена акушерско-гинекологической помощи диктуют необходимость единого принципа развития в соответствии с действующим законодательством. Опыт работы медицинских учреждений показывает, что примерно 85-90% больных начинают и завершают лечение в амбулаторно-поликлинических условиях. Неблагоприятная ситуация в отношении репродуктивного здоровья, сложившаяся в нашей стране к концу двадцатого столетия и к началу двадцать первого, подчеркивает необходимость совершенствования медицинской помощи женщинам с целью улучшения репродуктивной функции как основной медицинской составляющей воспроизводства населения. Известно, что мероприятия по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья базируются на результатах научных исследований с учетом количественных характеристик заболеваемости и уровня медицинской помощи. Это в полной мере относится к этапу первичного звена - женской консультации. В связи с этим имеет большое значение изучение гинекологической заболеваемости при использовании современных технологий (диагностических методов идентификации возбудителей заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), расширенной кольпоскопии, УЗИ, рентгенотелевизионной гистероскопии, аспирационной биопсии эндометрия) и влияния её, как и акушерской патологии, на репродуктивную систему.

Один из основных комплексов приоритетного национального проекта «Здоровье» - это повышение профессионального уровня акушеров-гинекологов. Этим определена и необходимость предлагаемых циклов тематического усовершенствования, которые проводятся сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии ТГМУ: Патология шейки матки с основами кольпоскопии, «Гистероскопия» и сертификационный цикл «Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии».

Основной адресат - как начинающие врачи, так и клиницисты, имеющие определенный рабочий стаж. Книга рассчитана на акушеров-гинекологов, но может представлять интерес и для педиатров.

УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ЦЕЛИ

Изучить основные вопросы по организации комплекса профилактики, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий оказываемых населению врачами в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях. Разобрать вопросы этиологии и патогенеза, диагностики и лечения по разделу акушерства и гинекологии.

Раздел I. АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Глава 1.1. Организация и оценка эффективности ежегодной диспансеризации женщин акушерами-гинекологами

Введение.

Главная задача здравоохранения - сохранение и укрепление здоровья населения. Она осуществляется путем: повсеместного и полного удовлетворения потребностей жителей села и города во всех видах медицинского обслуживания, кардинального повышения качества медицинского обслуживания.

В целях оказания квалифицированной первичной акушерско-гинекологической помощи женщинам, услуг по охране репродуктивного здоровья, профилактике аборт, а также по профилактике, диагностике и лечению гинекологических заболеваний женская консультация осуществляет диспансерное наблюдение.

Диспансеризация - проводимая акушерами-гинекологами включает ежегодные профосмотры с установленным объемом исследований, выявление лиц с патологией или имеющих факторы риска, разработка и проведение комплекса профилактических и лечебных мероприятий, совершенствование и внедрение новых форм акушерско-гинекологической помощи.

Принципы рациональной организации диспансеризации предусматривают отработку четкой преемственности мероприятий акушера-гинеколога и участкового терапевта, использование среднего медперсонала (ФАП, здравпункты и т.д.), увеличение диспансерных групп и повышение качества клиничко-лабораторных исследований, централизованный сбор сведений о результатах осмотров и оценку эффективности проводимой диспансеризации.

При выполнении диспансеризации необходимо предусмотреть санитарно-гигиеническое воспитание населения, дообследование нуждающихся лиц, внедрение современных профилактических, лечебных и других мероприятий, совершенствование технического обеспечения.

Организация учета населения при ежегодной диспансеризации

Подлежит осмотрам все женское население с 15 лет (не реже 1 раз в год).

Учет проводится:

- 1) территориальными женскими консультациями;
- 2) гинекологическими кабинетами городских и сельских участковых больниц;
- 3) врачебными амбулаториями;
- 4) медперсоналом фельдшерско-акушерского пункта.

Полицейский учет составляется совместно с участковым терапевтом, ответственным за проведение ежегодной диспансеризации.

Списки уточняются на начало каждого года в ЖЭУ, ТСЖ, в сельских муниципальных администрациях, в отделах кадров предприятий и учебных заведений.

Планирование и организация проведения гинекологических профилактических осмотров

Для проведения периодических медицинских осмотров выделяются:

- 1) работницы промышленности и сельскохозяйственного производства, строительства, транспорта и связи;
- 2) работницы коммунальных, лечебно-профилактических, детских и других предприятий, организаций и учреждений;
- 3) инвалиды и участницы Великой Отечественной войны;
- 4) студентки высших и средних специальных учебных заведений;
- 5) подростки;
- 6) беременные женщины;
- 7) работницы учебных и дошкольных учреждений.

Эффективность осмотров достигается, если они проводятся комплексно, т.е. с врачами других специальностей, особенно важно проводить их с участковыми терапевтами, при совершенствовании преемственности между акушерами-гинекологами, терапевтической службой, цеховыми и подростковыми кабинетами, использованием выездных форм обслуживания строго по плану; проведением их с учетом сезонности работ, использованием ФАПов как смотровых кабинетов.

Осмотры девочек и подростков до 15 лет - проводятся по показаниям, с 15 лет - планируются совместно с врачом подросткового кабинета.

При этом участковые /цеховые/ акушеры-гинекологи составляют планы-графики годовые, квартальные и месячные и согласуют их с администрацией предприятия, заведующие женскими консультациями на их основе составляют общий план, который согласовывают с отделениями профилактики или участковыми терапевтами, внештатный главный специалист района составляет общий план, где указываются предприятия, место проведения, объем лабораторных исследований и последующие оздоровительные мероприятия.

Осмотры проводятся совместно с бригадами врачей непосредственно на предприятии, в учреждении и т.д., при этом используются разные варианты: при самостоятельном обращении в амбулаторно-поликлиническое учреждение (смотровой кабинет) - регистрация в левом верхнем углу формы N 25, активный вызов женщин по телефону, открыткой и т.д., вызов при патронажных посещениях, при выездной форме обслуживания сельского населения и т.д.

При осмотрах девочек-подростков:

Цель - определить своевременность и правильность развития наружных и внутренних половых органов и выявление патологии.

Объем: сбор анамнеза, осмотр наружных половых органов, ректальное исследование, исследование влагалищного содержимого, углубленное исследование - при наличии патологии.

При осмотрах взрослого населения:

Цель - раннее выявление онкологических, воспалительных и других заболеваний.

Объем: анамнез, осмотр наружных половых органов, осмотр шейки матки и слизистой влагалища с помощью зеркал, бимануальное исследование, взятие мазков для цитологического исследования, пальпация молочных желез.

Дополнительно:

Внедрение скрининг-теста, проба Шиллера, кольпоскопия, бактериоскопия.

Организация учета преемственности

Данные медицинских осмотров заносятся в амбулаторную карту (учетная форма 025/у-04) Записываются жалобы, гинекологический статус, диагноз, план профилактических и лечебных мероприятий, рекомендации по труду, отдыху, питанию и т.д. Уточнение диагноза в течение 10 дней.

Выделяют три категории пациенток:

- 1) Здоровые;
- 2) Практически здоровые;
- 3) Больные.

В группе беременных:

- 1) Здоровые беременные.
- 2) Практически здоровые (сумма факторов риска низкая).
- 3) Группа больных.

В группе родильниц:

- 1) Здоровые (есть лактация).
- 2) Практически здоровые
- 3) Больные.

1. Диспансеризация здоровых предусматривает сохранение здоровья, создание устойчивости к неблагоприятным факторам, осмотр 1-2 раза в год.

2. Диспансеризация практически здоровых предусматривает, проведение профилактических мероприятий против факторов риска, увеличение защитных сил организма, направленных на предупреждение гинекологических заболеваний. Осмотр - не менее 2-х раз в год.

3. Диспансеризация гинекологических больных включает, изучение и выбор возможностей устранения причин, вызывающих заболевание, раннее выявление патологии, эффективное лечение и последующая реабилитация. Осмотр - в зависимости от заболевания.

Контроль за родившими проводят в течение года независимо от группы здоровья путем трехкратного активного вызова в женскую консультацию в 3, 6, и 12 месяцев после родов.

При первом посещении /через 3 месяца после родов/ обязательны осмотр в зеркалах, бимануальное исследование, бактерио- и цитологическое исследование, индивидуальный подбор метода контрацепции.

Данные о женщинах с экстрагенитальными заболеваниями передаются специалисту по профилю, а гинеколог консультирует.

Результаты осмотра заносятся в ф.131у - карту "Данные гинекологического осмотра", при наличии заболевания диагноз выносится в карту 131у после его уточнения, если работают выездные бригады, то карточки хранятся на ФАПе.

Эффективность работы по ежегодной диспансеризации женщин может определяться как для учреждений в целом, так и отдельно для каждого акушерско-гинекологического участка.

Основные критерии оценки эффективности

1. Процент охвата профилактическими гинекологическими осмотрами:
число осмотренных женщин за определенный период

$$\frac{\text{число осмотренных женщин за определенный период}}{\text{число планируемых для осмотра женщин за этот же период}} \times 100$$

Показатель может быть вычислен для любого контингента работающих женщин, учащихся, неорганизованного населения. Благоприятным считается ежегодное увеличение показателя и максимальное его приближение к 100,0.

Для вычисления показателя охвата профилактическими осмотрами женского населения в масштабе района заведующая базовой женской консультацией использует сведения об осмотрах территориальных женских консультаций, гинекологических кабинетов МСЧ, поликлиник, больниц, смотровых кабинетов, фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов.

2. Выявляемость заболеваний гениталий при профилактических осмотрах и по обращаемости женщин в женскую консультацию при необходимости - в возрастном аспекте, по профессиональным группам и нозологии:

$$\frac{\text{число выявленных больных на профосмотре (или по обращаемости) за опред. период (в целом, по возрасту, профессии, нозологии)}}{\text{число всех осмотренных (или принятых в консультации) женщин за этот же период (в целом, по возрасту, профессии, нозологии)}} \times 100$$

число всех осмотренных (или принятых в консультации) женщин
за этот же период (в целом, по возрасту, профессии, нозологии)

Для акушеров-гинекологов представляют интерес показатели выявляемости заболеваний отдельно по профосмотрам, обращаемости и в целом (сумма показателя).

Применение дополнительных методов обследования (бактериоскопии, кольпоскопии, "пробы Шиллера" и др.) повышает выявляемость заболеваний (по литературным данным, до 30-40%), в среднем показатель может быть равен 8-10%). Проведение лечебно-оздоровительных мероприятий ведет к ежегодному снижению показателя.

3. Процент больных, взятых на динамическое /диспансерное/ наблюдение (в целом и по