

ГИНЕКОЛОГИЯ

Под редакцией профессора В.Е. Радзинского

УЧЕБНИК ДЛЯ АКУШЕРСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ СРЕДНИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) в качестве учебника для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальности 31.02.02 «Акушерское дело» по ПМ.03 «Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни», МДК.03.01 «Гинекология»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив.....	5
Предисловие.....	7
Список сокращений и условных обозначений.....	9
Введение. История развития гинекологии	10
Глава 1. Организация охраны здоровья женщины.....	19
1.1. Принципы организации медицинской помощи женскому населению	19
1.2. Организация гинекологической помощи женщинам, проживающим в сельской местности	22
1.3. Диспансеризация женского населения.....	28
1.4. Медицинская помощь в гинекологическом стационаре.....	33
1.5. Гинекологическая помощь детям и подросткам	33
1.6. Основные принципы этики и деонтологии в гинекологии.....	34
1.7. Роль акушерки в современной российской системе охраны репродуктивного здоровья.....	36
1.8. Роль акушерки в сохранении и укреплении репродуктивного здоровья населения.....	37
Глава 2. Репродуктивное здоровье	40
2.1. Общие представления о репродуктивном здоровье.....	40
2.2. Факторы риска нарушений репродуктивного здоровья.....	41
2.3. Репродуктивное здоровье населения России в современных социально- экономических условиях	49
2.4. Профилактика заболеваний женской половой сферы	50
2.5. Репродуктивное просвещение детей и подростков.....	52
Глава 3. Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы женщины	57
3.1. Строение половых органов женщины.....	57
3.2. Тазовое дно и поддерживающий матку аппарат.....	67
3.3. Строение молочной железы.....	72
3.4. Функции репродуктивной системы. Нейрогуморальная регуляция менструального цикла.....	74
3.5. Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы женщины в различные возрастные периоды	88
Глава 4. Репродуктивный выбор, планирование семьи и регулирование рождаемости.....	102
4.1. Репродуктивный выбор и планирование семьи	102
4.2. Методы внутрисемейной регуляции рождаемости.....	106

Глава 5. Бесплодный брак	131
Глава 6. Методы обследования гинекологических больных	143
6.1. Общие методы обследования	143
6.2. Специальные методы гинекологического исследования	151
6.3. Дополнительные методы исследования	157
Глава 7. Семиотика, диагностика и лечение женских болезней	179
7.1. Нарушения менструальной функции	179
7.2. Нейроэндокринные синдромы	202
7.3. Воспалительные заболевания женских половых органов	220
7.4. Доброкачественные и предраковые заболевания вульвы, промежности, влагалища и шейки матки	243
7.5. Лейомиома матки	264
7.6. Эндометриоз	274
7.7. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников	285
7.8. Аномалии развития репродуктивной системы	300
7.9. Аномалии положения половых органов	313
7.10. Доброкачественные дисплазии молочной железы	322
7.11. Онкологические заболевания женских половых органов	330
7.12. Трофобластическая болезнь	351
Глава 8. Неотложная медицинская помощь при гинекологических заболеваниях	357
8.1. Неотложные состояния	357
8.2. Предоперационная подготовка гинекологических больных	379
8.3. Уход за гинекологическими больными в послеоперационном периоде	381
Глава 9. Основы сексологии и сексопатологии	389
9.1. Общие вопросы сексологии	389
9.2. Сексуальные реакции женщин	389
9.3. Сексуальные реакции мужчин	391
9.4. Половая конституция	393
9.5. Сексуальные расстройства у женщин	393
Рекомендуемая литература	395
Предметный указатель	396

ВВЕДЕНИЕ. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ГИНЕКОЛОГИИ

Гинекология (от греч. *Γυναικ* — женщина и *λογία* — изучение) — отрасль медицины, изучающая заболевания, характерные только для организма женщины, прежде всего заболевания женской репродуктивной системы. Это — наука об анатомо-физиологических, физических и психических особенностях организма женщины и их нарушениях. Гинекология неразрывно связана с акушерством. До XIX в. эти науки не разделялись — учение о женских болезнях было составной частью учения о родовспоможении.

Гинекология в Древнем мире и Средневековье. Первые сведения о родовспоможении и лечении женских болезней содержатся в медицинских текстах Древнего Востока: китайских иероглифических рукописях, египетских папирусах («гинекологический папирус» из Кахуна, XIX в. до н.э., и папирус Г. Эберса, XVI в. до н.э., рис. 1), вавилонских и ассирийских клинописных табличках (II—I вв. до н.э.), индийских аюрведических текстах. В них говорится о женских болезнях, диететике беременных, нормальных и осложненных родах.

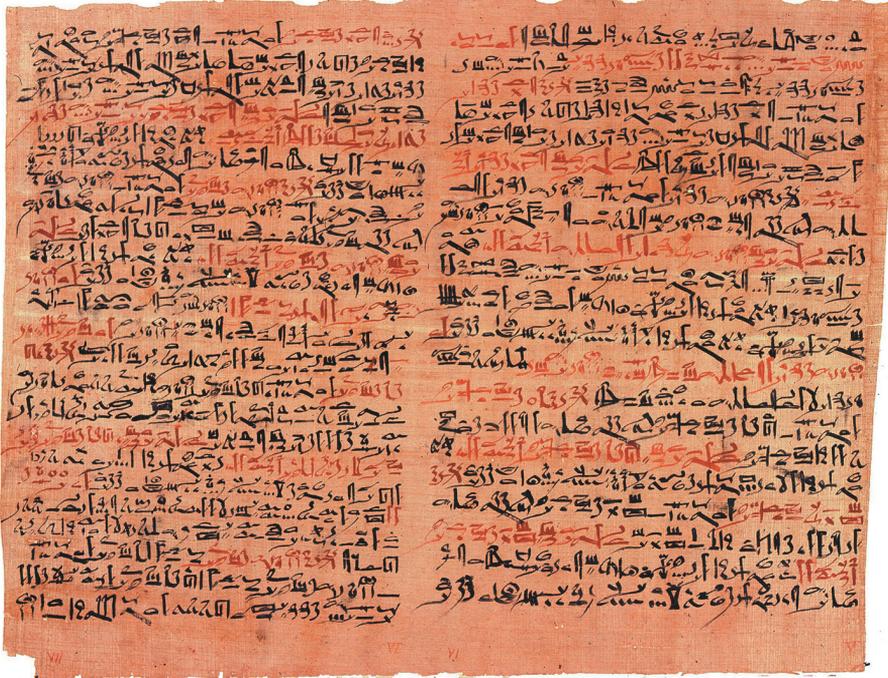


Рис. 1. Папирус Г. Эберса, XVI в. до н.э. (обнаружен в Фивах в 1872 г.)

До наших дней дошли специальные сочинения римских врачей — манускрипт александрийского врача Клеофанта (II в. до н.э.), труд женщины-акушерки Аспазии (II в.), в которых описаны методы консервативного и оперативного лечения женских болезней, гигиена беременности, уход за новорожденными. Древнегреческий ученый Гиппократ (V—IV вв. до н.э.) подробно описал клиническую картину и диагностику воспалительных заболеваний, опухолей матки.

«Гиппократов сборник» содержит ряд специальных работ: «О природе женщины», «О женских болезнях», «О бесплодии», где описаны симптомы болезней матки и методы удаления опухолей при помощи щипцов, ножа и раскаленного железа.

В I—II вв. н.э. римский хирург и акушер Архивен впервые применил при исследовании влагалища и шейки матки зеркало, названное им диоптра (греч. *dioptra*; от *diopleuo* — видеть всюду). Гинекологические зеркала и другие хирургические инструменты обнаружены при раскопках древнеримских городов Помпеи (рис. 2) и Геркуланум, погребенных под пеплом вулкана Везувия в 79 г. н.э.



Рис. 2. Оригинальное вагинальное зеркало. Находка из Помпеи (Италия)

Но со второй половины VII века наступил почти полный застой в развитии медицины. В период классического Средневековья, когда в Западной Европе господствовала схоластика и в университетах занимались главным образом компиляцией и комментариями отдельных рукописей древних авторов, ценное эмпирическое наследие античного мира сохранили и обогатили врачи и философы средневекового Востока (Абу Бакр ар-Рази, Ибн Сина, Ибн Рушд и другие).

В эпоху Возрождения эволюция научной анатомии и физиологии [А. Везалий, Дж. Фабриций, Г. Фаллопий (рис. 3), Б. Евстахий, Р. Грааф] заложила основы развития научного акушерства и гинекологии. Первое в Западной Европе обширное руководство «О женских болезнях» составлено в 1579 г. Луисом Меркадо (1525—1606) — профессором университета г. Толедо (Испания).

Большое значение для развития акушерства и гинекологии имела деятельность Амбруаза Паре (Франция), который ввел в широкую практику гинекологические зеркала и организовал при парижском госпитале первое родовспомогательное отделение и первую в Европе акушерскую школу.

Только с эпохи Возрождения врачи начали собирать материал для научной гинекологии. Прежде всего пришлось очистить ее, как и акушерство, от укоренившихся предрассудков и мистических положений.



Рис. 3. Габриэль Фаллопий (1523–1562)

в наше время (зеркало Куско); Лисфранк доказал возможность ампутации шейки матки; в 1809 г. Эфраим Макдауэлл произвел первую овариотомию.

Из акушеров, оказавших услуги гинекологии, особенно выдается профессор Киллиан, написавший руководство по оперативному акушерству, в которое вошла и оперативная гинекология. 1847 г. знаменит введением в медицину хлороформа профессором Симсоном в Эдинбурге. Большое значение для установления этиологической диагностики воспалительных заболеваний половых органов имело развитие бактериологии, в частности открытие немецким врачом А. Нейссером (1879) возбудителя гонореи.

В XX в. с развитием основных медицинских наук: анатомии, физиологии, гистологии — гинекология получила новое научное направление и систематизировала подлежащие ее ведению болезни. Эмпиризм, дававший основу для терапии, заменился точно обставленными опытами и наблюдениями под контролем статистики. Появились и врачи, посвятившие себя гинекологии, даже одному какому-либо ее отделу.

В XX в. достигнуты большие успехи в теоретической гинекологии. Работами немецкого врача Ф. Гичмана и австрийского А. Адлера (1907) были установлены циклические изменения в слизистой оболочке матки, сложные взаимоотношения между яичником, гипофизом, гипоталамической областью головного мозга, его корой, что способствовало изучению физиологии и патологии менструального цикла.

Применение предложенного в 1925 г. немецким врачом Х. Хинзельманом кольпоскопа и метода цитологического исследования, введенного в 1933 г. Г. Папаниколау (рис. 4), расширило диагностические возможности при гинекологических исследованиях.

Развитию оперативной гинекологии способствовали достижения анестезиологии, применение антибиотиков, переливания крови, разработка эффек-

Развитие гинекологии в XVIII–XX веках. XVIII век явился периодом становления акушерства и гинекологии в Англии, Голландии, Германии, Франции, России и других странах. Так, в 1729 г. в Страсбурге был открыт первый в Европе родильный дом-клиника. В 1751 г. в Геттингене была организована первая университетская акушерская клиника, где обучали студентов. В Королевской хирургической академии в Париже, открытой Лапейроном в 1737 г., гинекология занимала уже видное место. Хирургами же в начале следующего столетия сделано много важных открытий, относящихся к гинекологии: в 1818 г. получило известность открытое Рекамье «рукавное» цилиндрическое зеркало, употребляемое и



Рис. 4. Георгиос Папаниколау (1883–1962)

тивной борьбы с шоком, терминальными состояниями и усовершенствование оперативной техники. Получил распространение метод радикальной операции при раке матки (австрийский ученый Э. Вертгейм). Изучение методов лучевой терапии позволило применять ее при лечении злокачественных новообразований женских половых органов.

XX век ознаменовался великими открытиями в области гинекологии, некоторые из которых отмечены Нобелевскими премиями.

Грегори Пинкус — американский биолог и исследователь, известен как один из создателей пероральных противозачаточных таблеток (рис. 5). Первым его успехом было достижение экстракорпорального оплодотворения у кроликов в 1934 г. Г. Пинкус начал заниматься исследованиями в области гормональной контрацепции в 1951 г., и через 10 лет первый гормональный контрацептив ановлар[®] был выпущен в Германии.

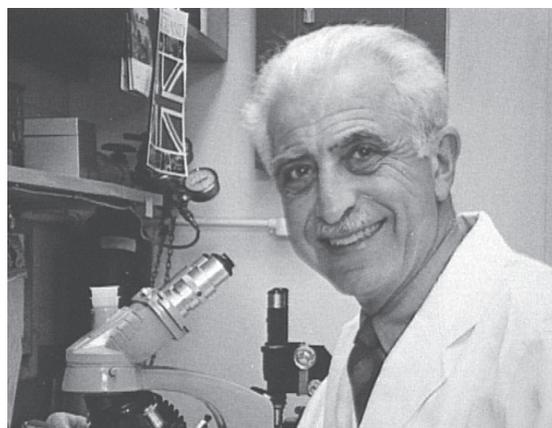


Рис. 5. Грегори Гудвин Пинкус (1903–1967)

Роберт Эдвардс — британский ученый-физиолог, был удостоен Нобелевской премии по физиологии и медицине за 2010 г. за разработку технологии искусственного (экстракорпорального) оплодотворения — ЭКО (рис. 6). Впервые

успешно эта медицинская технология была применена в Великобритании в 1977 г., в результате чего в 1978 г. родилась Луиза Браун — первый человек, «зачатый в пробирке». В 2010 г. на нашей планете насчитывалось около 4 млн детей, зачатых методом ЭКО.



Рис. 6. Роберт Джеффри Эдвардс (1925–2013).
На фото — Роберт Эдвардс с 2500-м ребенком «из пробирки»

Революцией XX века было названо медикаментозное прерывание беременности, что позволило отказаться от оперативного удаления плодного яйца из полости матки. Впервые метод был применен во Франции Эмилем Этьеном Булье (1980 г.). В клиническую практику метод вошел в 1988 г.

Последние десятилетия XX века в гинекологии ознаменовались быстрым развитием малоинвазивной эндоскопической хирургии (рис. 7).

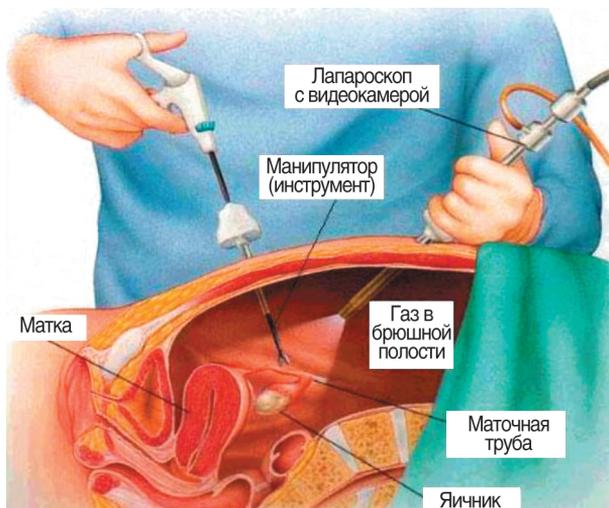


Рис. 7. Операция эндоскопическим доступом

Наряду с эндоскопической хирургией в гинекологии продолжается развитие традиционных методов хирургического лечения с использованием современных

шовных материалов, антибиотиков, медицинской реабилитации в послеоперационном периоде.

Эмпирическая наука сменилась развитием медицины, основанной на доказательствах, — проведением высоко доказательных исследований, их обобщением (мета-анализ) и разработкой рекомендаций, имеющих доказанную эффективность.

Ныне гинекологи ориентированы на профилактическое направление своей дисциплины, основным методом которой являются регулярные профилактические осмотры для женщин разных возрастов.

Гинекология в России. В России акушерская и гинекологическая помощь изначально была связана с деятельностью знахарей и повивальных бабок.

Первые новшества по части акушерства и гинекологии, которые потом распространились по всей стране, были введены в Санкт-Петербурге при Петре I: так, например, в некоторых военных госпиталях (первый был заложен в 1715 г.) были поставлены койки для беременных и рожениц.

В 1790 г. в Московском университете образована кафедра повивального искусства, которую возглавил Вильгельм Михайлович Рихтер (1783—1822). В.М. Рихтер открыл при Клиническом институте Московского университета Повивальный институт, который явился прообразом первой акушерской клиники Московского университета. В 1798 г. образована Медико-хирургическая академия с кафедрой «повивального искусства и судной медицинской науки», а в 1842 г. при ней открыли клинику — теоретическое обучение стало подкрепляться практикой.

Первое в России руководство по акушерству «Искусство повивания или наука о бабичьем деле» написал Нестор Максимович Амбодик (1742—1812), которое было издано в Санкт-Петербурге в 1784 г.

В 1797 г. в Петербурге на Фонтанке открылась Императорская родильня и при ней — Повивальный институт (рис. 8). В 1835 г. в институте открыли первое в стране амбулаторное отделение, а спустя 9 лет — женскую консультацию и гинекологический стационар.



Рис. 8. Здание Императорского повивального института на набережной реки Фонтанки. Санкт-Петербург, 1910 г. (ныне — ФБГУ «Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта», расположен на стрелке Васильевского острова)

В наши дни учреждение получило название «Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта». Дмитрий Оскарович Отт, руководивший институтом с 1893 до 1918 г., создал крупнейшую школу акушеров-гинекологов, а также разработал систему подготовки и повышения квалификации для специалистов этого профиля.

Клинический институт Великой княгини Елены Павловны (в просторечии «Еленинский институт») был открыт в 1885 г. — первое в мире высшее учебное заведение, созданное специально для дальнейшего (т.е. последиplomного) усовершенствования врачей. Ныне — Санкт-Петербургская медицинская академия последиplomного образования (рис. 9).



Рис. 9. Операционная Еленинского повивального института (Санкт-Петербург, 1903 г.)

В XIX веке огромную роль в развитии российской акушерско-гинекологической науки сыграли петербургские врачи С.А. Громов, А.Я. Крассовский, А.И. Лебедев и др.

Введение эфирного (1846) и хлороформного (1847) наркоза, начало профилактики родильной горячки (1847), а также развитие учения об антисептике и асептике открыли широкие возможности для акушерской и гинекологической практики. Начало хирургическому направлению в российской гинекологии положил Александр Александрович Китер (1813–1879) — талантливый ученик Н.И. Пирогова. В течение 10 лет (1848–1858) А.А. Китер руководил кафедрой акушерства с учением о женских и детских болезнях в Петербургской медико-хирургической академии. Он написал первый в России учебник по гинекологии «Руководство к изучению женских болезней» (1858) и выполнил первую в стране успешную чрезвлагалищную операцию удаления матки, пораженной раком (1842).

Большой вклад в развитие оперативной гинекологии и оперативного акушерства внес А.Я. Крассовский (1821–1898) (рис. 10). Он первым в России произвел успешные операции удаления яичника и матки. Из школы Крассовского вышли видные представители русского акушерства и гинекологии В.В. Сутугин, И.Ф. Масловский, К.Ф. Славянский, А.И. Лебедев, Г.Е. Рейн и другие.

Все это вместе с достижениями в области морфологии и физиологии женского организма способствовало успешному развитию гинекологии и выделению ее в середине XIX в. в самостоятельную медицинскую дисциплину. Гинекологи А.М. Макеев и В.Ф. Снегирев (Москва), Н.И. Феноменов (Казань), Н.Ф. Толочинев и П.А. Ясинский (Харьков), Г.Е. Рейн (Киев), Н.В. Ястребов (Варшава), Н.Н. Грамматикати (Томск) и Д.О. Отт (Санкт-Петербург) являются видными представителями гинекологии и акушерства в России в начале XX века.

В современной клинической гинекологии используются достижения эндокринологии, хирургии, фармацевтики, высоких технологий. Огромным достижением гинекологии XX века в России стали репродуктивные технологии. Первый ребенок (девочка), зачатый с помощью ЭКО в Советском Союзе, был рожден в феврале 1986 г. В это время создается группа раннего эмбриогенеза, которая в 1973 г. переросла в лабораторию экспериментальной эмбриологии (руководитель — проф. Б.В. Леонов).

Большой вклад в развитие отечественного акушерства и гинекологии внес академик В.И. Кулаков (рис. 11). В наши дни традиции отечественной школы акушеров-гинекологов достойно продолжают крупные российские ученые-академики Г.М. Савельева, В.Н. Серов, Л.В. Адамян, В.И. Краснопольский, их сотрудники и ученики. Ими были заложены основы новых научных направлений в акушерстве и гинекологии — перинатальной медицины, репродуктивной хирургии, гинекологической эндокринологии.

Профессор В.Е. Радзинский (инициатор создания, руководитель коллектива авторов и редактор настоящего учебника, автор монографий «Ранние сроки беременности», «Молочные железы и гинекологические болезни», «Акушерская агрессия» и др.) основал научную школу, которая объединила достижения гинекологии региональных кафедр акушерства и гинекологии, предоставив площадку для широкого обмена научными достижениями, практическим опытом и дискуссий в рамках Всероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии», международных конференций «Ранние сроки беременности», «Шейка матки и вульвовагинальные болезни», «Медицина молочной железы», «Инфекции

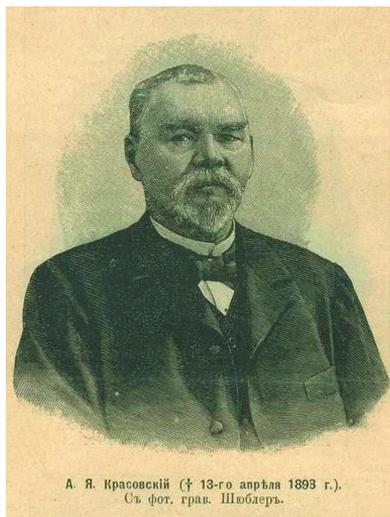


Рис. 10. Эдуард-Антон Яковлевич Красовский (1821–1898)



Рис. 11. Владимир Иванович Кулаков (1937–2007)

и инфекционный контроль». Созданные ведущими специалистами страны руководства «Акушерство», «Гинекология», «Руководство по амбулаторной помощи в акушерстве и гинекологии»¹ стали настольными книгами медицинских работников, прежде всего оказывающих помощь женскому населению страны. Особо следует отметить издания для средних медработников: «Акушерство»², РАППАГ³, а также настоящий учебник. Он состоит из двух самостоятельных книг: «Акушерство» и «Гинекология». Отличительная особенность этих современных книг — доказательность излагаемых основ предмета «Акушерство и гинекология», полноценная дидактическая база с возможностью проверки собственных знаний, в том числе в процессе интерактивного обучения.

Среднее медицинское образование в России берет свое начало от «бабичьих школ». В 1757 г. был учрежден статус присяжной акушерки, или повивальной бабки, которую экзаменовали, допускали к работе и предписывали ее обязанности. За период 1901–1917 гг. школа выпустила 3800 учениц — больше, чем за первые 100 лет. Обучение акушерскому делу осуществлялось параллельно и в известном смысле независимо от общемедицинского среднего образования, которое готовило фельдшеров. В конце XIX века был поднят вопрос о совмещении профессий фельдшера и акушерки в одном лице. Повивальные школы стали заменяться акушерско-фельдшерскими.

В течение XIX–XX вв. в России открылось более 200 медицинских школ и училищ, которые по современным программам обучают квалифицированных акушерок и медицинских сестер.

Сегодня в лечебно-профилактических учреждениях страны работает более 3 млн медицинских работников со средним образованием, в том числе около 64 тыс. акушерок в перинатальных центрах, родильных домах, женских консультациях, смотровых кабинетах, сельских врачебных амбулаториях, фельдшерско-акушерских пунктах (рис. 12). За последние 5 лет численность акушерок сократилась на 3,7%.

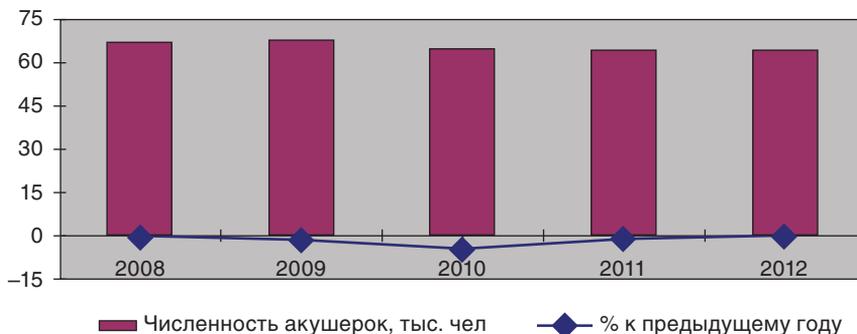


Рис. 12. Динамика численности акушерок в Российской Федерации (источник: Федеральная служба государственной статистики, BusinesStat)

¹ Руководство по акушерству и гинекологии для фельдшеров и акушерок / под ред. В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, — 2007. — 688 с.

² Акушерство: учебник / под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 920 с.

³ Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, — 2014. — 944 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ

Репродуктивное здоровье — способность воспроизводить (репродуцировать) себе подобных. От него зависит и количество, и «качество» рожденных детей. Репродуктивное здоровье обусловлено как общественными и государственными, так и медицинскими факторами — доступностью и качеством медицинского обслуживания.

Охрана здоровья женщин — приоритетное направление политики государства в области здравоохранения.

Организация медицинской помощи женщинам основана на этапности ее оказания и осуществляется медицинскими организациями федерального, регионального и муниципального уровней под руководством Министерства здравоохранения Российской Федерации и региональных органов здравоохранения субъектов Российской Федерации (рис. 1.1).

1.1. ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Выделяют следующие уровни медицинской помощи женщинам.

- **Первичная доврачебная** медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерками и медицинскими работниками со средним медицинским образованием.
- **Первичная врачебная** медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами (в том числе участковыми), врачами общей практики (семейными врачами).
- **Первичная специализированная медико-санитарная помощь (гинекологическая)** оказывается врачами акушерами-гинекологами, врачами общей практики (семейными врачами) в случае отсутствия акушеров-гинекологов и предоставляется женщинам в медицин-



Рис. 1.1. Структура организации медицинской помощи женщинам

ских организациях или их структурных подразделениях, в том числе во врачебно-физкультурных диспансерах, центрах планирования семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков и центрах медицинской профилактики.

- **Скорая медицинская помощь**, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), оказывается безотлагательно женщинам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства — нарушениях репродуктивного здоровья (внематочная беременность, кровотечение и т.д.).

- **Стационарная медицинская помощь** предоставляется женщинам в случае острых, обострения хронических заболеваний, которые требуют круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения.
- **Специализированная медицинская помощь**, в том числе высокотехнологичная, предоставляется женщинам в медицинских организациях при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

Основные задачи медико-санитарной помощи женщинам следующие:

- профилактика, раннее выявление и лечение гинекологических заболеваний и болезней молочных желез (в том числе онкологических);
- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;
- санитарно-гигиеническое образование, направленное на охрану репродуктивного здоровья, предупреждение абортов, формирование стереотипа здорового образа жизни.

Система учреждений здравоохранения в Российской Федерации, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, включает:

- медицинские организации амбулаторного типа;
- фельдшерско-акушерские пункты (ФАП);
- акушерско-гинекологические кабинеты;
- женские консультации;
- смотровые кабинеты поликлиник;
- центры планирования семьи и репродукции;
- медико-генетические консультации (кабинеты);
- центры охраны здоровья матери и ребенка;
- медицинские организации стационарного типа;
- родильные дома (с отделением гинекологии);
- отделения гинекологии в составе многопрофильных больниц.

Женская консультация — ключевое звено амбулаторно-поликлинической службы в акушерстве и гинекологии. Наряду с женскими консультациями амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь оказывают в акушерско-гинекологических кабинетах и на фельдшерско-акушерских пунктах. Указанная сеть первичной акушерско-гинекологической помощи позволяет практически всем женщинам находиться под наблюдением медицинского персонала.

Основа системы здравоохранения в Российской Федерации — первичная медико-санитарная помощь — первый уровень контакта граждан с системой здравоохранения и первый этап непрерывного процесса охраны здоровья и оказания медицинской помощи больным. В целях регулирования вопросов оказания медицинской помощи женщинам приказом Минздрава России от 12.11.2012 № 572н утверждён Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляются профилактические медицинские осмотры женского населения, направленные на раннее выявление гинекологических заболеваний, болезней молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, подбор методов контрацепции, прегравидарную подготовку и др.

1.2. ОРГАНИЗАЦИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ, ПРОЖИВАЮЩИМ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Гинекологическая помощь сельскому населению оказывается комплексом лечебно-профилактических учреждений в три этапа.

- **Первый этап:** осуществление доврачебной и первой врачебной помощи в пределах сельского врачебного участка. Включает в себя участковую больницу и/или сельскую врачебную амбулаторию (СВА), а также фельдшерско-акушерские пункты (ФАП). Территории охвата населения на данном этапе — села, поселки, деревни.
- **Второй этап:** оказание квалифицированной врачебной помощи в пределах районного центра [центральная районная и районные больницы, имеющие в своем составе гинекологические отделения (койки) и кабинеты акушера-гинеколога].
- **Третий этап:** обеспечение сельского населения высококвалифицированной (специализированной) гинекологической помощью. Осуществляется в областной (окружной, краевой, республиканской) больнице, имеющей в своем составе женскую консультацию (консультативно-диагностическое поликлиническое отделение), отделение гинекологии или самостоятельный родильный дом с женской консультацией, а также в областном (краевом, республиканском) перинатальном центре.

Врачебную гинекологическую помощь на сельском врачебном участке осуществляет врач общего профиля. Под его непосредственным руководством работает акушерка участковой больницы, как в стационаре, так и в амбулатории. За организацию оказания этой медицинской помощи отвечает главный врач районной участковой больницы.

Основной объем акушерско-гинекологической помощи в сельском врачебном участке относят к доврачебной помощи, и осуществляют ее акушерки и фельдшера фельдшерско-акушерского пункта.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОГО ПУНКТА

ФАП организуют в селе с численностью населения от 300 до 800 жителей в тех случаях, если в радиусе 4–5 км отсутствует участковая больница или амбулатория. ФАП осуществляет лечебно-профилактическую, санитарно-эпидемиологическую работу и санитарно-гигиеническое просвещение населения. Вся работу ФАП обеспечивают фельдшер, акушерка и санитарка. В связи с тем, что на ФАП оказывают медицинскую помощь всему сельскому населению, а не только женскому, помещение, в котором он располагается, должно состоять из двух половин: фельдшерской и акушерской. В акушерской части ФАП должен быть следующий набор помещений: прихожая, комната ожидания и кабинет акушерки со смотровой комнатой. Акушерка ФАП осуществляет всю работу по организации и оказанию акушерско-гинекологической помощи сельским жительницам в радиусе обслуживания пункта.

При фельдшерско-акушерском пункте, находящемся в селе (где нет аптеки), организуют аптечный пункт (или киоск) по продаже населению готовых лекарственных средств и предметов ухода за больными.

Обязанности акушерки ФАП:

- оказание медицинской помощи беременным и гинекологическим больным, а также санитарно-просветительная работа по вопросам охраны материнства и детства;
- выявление гинекологических больных и оказание им соответствующей лечебно-профилактической помощи.

В этих целях акушерка ФАП:

- ведет амбулаторный прием на ФАП;
- оказывает экстренную акушерскую и гинекологическую помощь с последующим вызовом врача или направлением женщин в соответствующие лечебно-профилактические учреждения, сопровождая их в необходимых случаях лично;
- посещает гинекологических больных на дому;
- оказывает первую неотложную медицинскую помощь при острых заболеваниях и несчастных случаях (ранения, кровотечения, отравления и др.) с последующим вызовом врача к такому больному или направлением его в соответствующее ближайшее лечебно-профилактическое учреждение, независимо от ведомственной подчиненности, сопровождая больную в необходимых случаях лично;
- осуществляет профилактические осмотры женщин согласно установленным срокам;
- выполняет врачебные назначения;
- подготавливает гинекологических больных к приему врачом на ФАП;
- осуществляет санитарно-просветительную работу среди населения по вопросам охраны материнства и детства.

При этом акушерка ФАП имеет право:

- в пределах компетенции обследовать женщин, устанавливать диагноз, срок беременности, осуществлять назначенное врачом лечение, выполнять медицинские манипуляции и осуществлять профилактическую работу;
- выписывать за своей подписью лекарства для оказания экстренной помощи в соответствии с правилами, установленными ОДЗ России;
- выдавать справки и другие документы медицинского характера в порядке, установленном МЗ России.

Акушерка ФАП руководствуется в своей работе должностной инструкцией, положением о ФАП, приказами, инструкциями, методическими и другими указаниями органов здравоохранения, а также распоряжениями и указаниями соответствующих должностных лиц.

Акушерка непосредственно подчиняется заведующему ФАП (фельдшеру).

Патронаж гинекологических больных является элементом активного диспансерного метода. Патронажная работа акушерки выполняется по плану, который предусматривает дни посещения сел и деревень. В специальной тетради ведется учет патронажной работы, регистрируются все посещения женщин и детей. Все советы и рекомендации акушерка вносит в тетрадь работ на дому для последующей проверки их выполнения.

Фельдшер и акушерка формируют на своем участке список женщин, подлежащих профилактическим осмотрам.

Работой по организации профилактических осмотров руководят районный акушер-гинеколог и главная акушерка района.

Для регистрации и учета женщин, подлежащих активному диспансерному наблюдению, заводят контрольные карты диспансерного наблюдения (ф-030/у).

Большая роль в профилактике абортов отводится акушерке, которая информирует женщин о современных средствах контрацепции, особенностях их действия, их эффективном применении.

Оказание медицинской помощи женщинам, проживающим в транспортно не доступных и отдаленных территориях Российской Федерации, осуществляется санитарной авиацией.

СТРУКТУРА, ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ И ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Организация работы женской консультации основана на территориально-участковом принципе. Ее структура: регистратура, кабинеты участковых врачей акушеров-гинекологов (рис. 1.2), специализированные кабинеты (маммолога, психолога и др.), процедурный кабинет, малая операционная, дневной стационар.

Акушерско-гинекологический участок рассчитан на 2200 женщин, проживающих на территории деятельности данной консультации. Режим работы женской консультации установлен с учетом безотказного обеспечения амбулаторной акушерско-гинекологической помощью женщин в дневное время.

Профилактическим осмотрам подлежат все женщины прикрепленной территории с 18-летнего возраста один раз в год.



Рис. 1.2. Оснащение кабинета акушера-гинеколога женской консультации

Акушерка может вести прием самостоятельно (при отсутствии врача) и помогать на приеме врачу в диагностике и лечении больных. В обязанности участковой акушерки входят:

- подготовка инструментов для приема женщин;
- ведение медицинской документации;
- выдача направлений на анализы и консультации;
- выполнение диагностических (забор мазков с шейки матки на онкоцитологию, вагинального отделяемого на микрофлору и др.) и лечебных процедур;
- осуществление патронажа на дому;
- санитарно-просветительная работа.

Акушерка ведет «*Дневник работы врача и среднего медицинского персонала консультации*».

На каждую женщину, первично обратившуюся в женскую консультацию, заводят «*Медицинскую карту амбулаторного больного*» (форма 025у). При наличии показаний для диспансеризации заполняют «*Контрольную карту диспансерного наблюдения*» (форма 030у).

Санитарно-просветительную работу осуществляют врачи и акушерки по плану. Основные формы этой работы: индивидуальные и групповые беседы, лекции, ответы на вопросы с использованием аудио- и видеокассет, радио, кино, телевидения.

Дополнительно в женской консультации могут быть организованы **специализированные кабинеты**: гинеколога-эндокринолога, заболеваний шейки матки, маммолога, ультразвуковой диагностики (рис. 1.3) и др.



Рис. 1.3. Кабинет ультразвуковой диагностики женской консультации

В целях оказания услуг по охране и укреплению репродуктивного здоровья, профилактике аборт, а также по профилактике, диагностике и лечению гинекологических заболеваний женская консультация осуществляет следующие функции:

- обследование и лечение гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий, в том числе в условиях дневного стационара и в амбулаторных условиях;

- диспансерное наблюдение гинекологических больных, в том числе девочек;
- выявление, установление медицинских показаний и направление женщин с гинекологическими заболеваниями для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- консультирование и оказание услуг по вопросам охраны и укрепления репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортот и подготовки к беременности и родам;
- организацию и осуществление профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний, болезней молочных желез;
- установление медицинских показаний и направление на санаторно-курортное лечение женщин, в том числе девочек, с гинекологическими заболеваниями;
- прерывание беременности в ранние сроки, а также выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий (гистероскопия, лазеро-, радиоволновая хирургия);
- экспертизу временной нетрудоспособности в связи с гинекологическими заболеваниями, выдачу листков нетрудоспособности;
- консультирование по вопросам психологической, социальной поддержки женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности;
- социально-психологическую помощь несовершеннолетним, направленную на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовку к семейной жизни, ориентацию на здоровую семью;
- медико-психологическую и социальную помощь женщинам-инвалидам, в том числе в части формирования репродуктивного поведения.

ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР

С учетом высокой стоимости стационарной помощи большое значение приобретают новые стационарозамещающие технологии, позволяющие существенно экономить имеющиеся ресурсы без снижения качества медицинского обслуживания. К таким организационным формам относятся:

- дневные стационары в амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- дневные стационары в лечебно-профилактических учреждениях.

Дневной стационар (рис. 1.4) предназначен для профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.

Наиболее эффективной является схема лечения женщины, когда 5–6 дней отводится на стационарное лечение, купирование основных симптомов заболевания, а далее для долечивания пациентку переводят в дневной стационар женской консультации.

Эффективными считают реабилитационные мероприятия, проводимые под контролем участкового акушера-гинеколога в течение 4–6 мес. В завершение пациентке рекомендуют санаторно-курортное лечение по профилю заболевания, использование естественных климатических или преформированных физичес-

ких факторов (ультразвука, магнитного поля, лазерного излучения, электрофонофореза).

Преимуществом взаимодействия в работе амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений во многом повышает качество медицинской помощи.



Рис. 1.4. Палата стационара дневного пребывания

Показания к пребыванию гинекологических больных в дневных стационарах следующие:

- обострение хронических воспалительных заболеваний половых органов (для комплексного целенаправленного обследования, этиотропного лечения, реабилитационных мероприятий: рассасывающей терапии, грязелечения, иглорефлексотерапии и других процедур);
- эндометриоз (для биопсии из доступных локализаций, гистеросальпингографии водорастворимыми контрастными веществами, УЗИ, клиничко-лабораторных исследований, кольпоскопии, гистероскопии, рассасывающего и восстановительного лечения);
- болезни органов нижнего отдела половых путей (для дифференциальной диагностики с предраковыми заболеваниями и раком шейки матки, вульвы, влагалища);
- бесплодие;
- восстановительное лечение после гинекологических операций;
- инструментальное прерывание беременности путем вакуумной аспирации до 20 дней задержки менструации;
- завершение медикаментозного аборта путем вакуум-аспирации;
- перенесенный осложненный аборт (для выполнения комплекса восстановительного лечения).

Перечень малых гинекологических операций и манипуляций для выполнения в дневном стационаре:

- аспирация содержимого полости матки для цитологического исследования;

- гистеросальпингография;
- гистероскопия;
- раздельное лечебно-диагностическое выскабливание слизистых оболочек канала шейки матки и полости матки с последующим гистологическим исследованием при полипах канала шейки матки, гиперпластических заболеваниях эндометрия;
- выскабливание слизистой оболочки канала шейки матки при удаленной матке;
- радиоволновая, лазерная, ножевая биопсия шейки матки;
- деструктивные методы лечения доброкачественных заболеваний органов нижнего отдела половых путей (радиоволновая хирургия, лазерная коагуляция) при гистологически подтвержденном отсутствии злокачественного процесса;
- удаление небольших размеров кист органов нижнего отдела половых путей;
- рассечение девственной плевы, полностью закрывающей вход во влагалище;
- искусственное прерывание беременности медикаментозным методом и/или вакуум-аспирацией (на ранних сроках);
- удаление и введение контрацептивных имплантов.

1.3. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Диспансеризация — система мер (профилактические осмотры, диспансерное наблюдение и др.), направленных на сохранение здоровья женщины, предупреждение развития заболеваний, снижение частоты обострений хронических заболеваний, развития осложнений, инвалидности, смертности и повышение качества жизни.

Диспансеризацию проводят с целью раннего выявления злокачественных и хронических заболеваний — основных причин инвалидности населения и преждевременной смертности.

Рекомендуемое время, отведенное на профилактический осмотр одной женщины, — 15 мин.

При профилактических осмотрах женщин осуществляют цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки, маммографию, ультразвуковое исследование органов малого таза.

По результатам профилактических осмотров женщин подразделяют на **пять групп** в соответствии с состоянием здоровья:

I — практически здоровые женщины, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении;

II — женщины с риском возникновения нарушений репродуктивной системы;

III — женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях для уточнения (установления) диагноза при впервые установленном хроническом заболевании или при наличии уже имеющегося хронического заболевания, а также нуждающиеся в лечении в амбулаторных условиях;

IV — женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара;

V — женщины с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по поводу хронического заболевания и имеющие показания к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи.

Женщинам, отнесенным к I–II группам состояния здоровья, рекомендуют профилактические осмотры не реже 1 раза в год.

Женщинам, отнесенным к III–V группам состояния здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляют индивидуальную программу лечения, при необходимости за ними устанавливают диспансерное наблюдение врачом акушером-гинекологом по месту жительства.

Группы диспансерного наблюдения:

- первая — женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, доброкачественными заболеваниями шейки матки;
- вторая — женщины с врожденными аномалиями развития и положения половых органов;
- третья — женщины с нарушениями функций репродуктивной системы (невынашиванием, бесплодием).

Женщин с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы обследуют на предмет исключения злокачественных новообразований.

Немаловажная роль в диспансеризации женского населения отводится смотровым кабинетам поликлиник, в которых работают акушерки, прошедшие соответствующее тематическое усовершенствование (144 ч).

Смотровые кабинеты — структурные подразделения учреждений амбулаторно-поликлинического звена. Цель создания смотровых кабинетов — обязательный профосмотр всех пациенток, обращающихся к врачам любых специальностей. Такая организация повышает эффективность выявления онкологических заболеваний на ранних стадиях.

Основная задача акушерки смотрового кабинета — профилактический осмотр, выявление предраковых и онкологических заболеваний на ранних стадиях.

В смотровых кабинетах акушерки работают самостоятельно под руководством заведующего поликлиникой (главный врач), онколога и акушера-гинеколога.

Основная задача смотровых кабинетов — профилактический осмотр женщин старше 18 лет с целью раннего выявления злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний в визуальных локализациях (половые органы, молочная железа, прямая кишка, губы и органы полости рта, кожные покровы, периферические лимфатические узлы). Эти органы доступны осмотру и пальпации, а также могут быть исследованы с помощью цитологического метода. Опухоли наружных локализаций, которые можно обнаружить в ходе профилактических осмотров, составляют 40% среди всех злокачественных опухолей у женщин.

При выявлении заболеваний во время профилактических осмотров и необходимости дополнительного обследования и лечения дальнейшую работу с пациенткой проводят врачи соответствующего профиля.

Результаты профилактического осмотра заносят в «Карту полицевого учета», в которой проставляется группа здоровья.

Методика обследования в смотровом кабинете

В смотровых кабинетах подлежат исследованию в обязательном порядке:

- кожный покров;
- органы ротовой полости;
- периферические лимфатические узлы;
- молочные железы;
- половые органы;
- прямая кишка.

Перед началом осмотра медицинский работник проводит краткий доврачебный опрос, обращая внимание на появление слабости, утомляемости, снижение аппетита, наличие болевых ощущений в животе или поясничной области, изменение цвета или появление примесей крови в моче, кале, слюне и др.

При жалобах на осиплость голоса и кашель, которые не очень беспокоят пациентку, можно заподозрить рак гортани или легких, а при малейших затруднениях проглатывания твердой пищи — опухоль пищевода или кардиального отдела желудка.

Следует выяснить, нет ли «ранок» во рту, увеличивающихся родимых пятен или родинок, изъязвлений кожи, выделений из сосков. При опросе женщин следует обращать внимание на нарушение менструального цикла, наличие и появление болей и атипичных кровяных выделений в период постменопаузы. Выясняют, нет ли затруднений при мочеиспускании и изменения частоты в ночное время. Отмечают также наличие запоров или чередования запоров с поносами, слизи и кровяных выделений из прямой кишки, увеличение живота, уменьшение количества мочи.

Осмотр кожного покрова. Последовательно осматривают кожу лица, головы, шеи, туловища и конечностей с целью выявления пигментных бородавчатых и узелковых образований, изъязвлений. Следует обращать внимание на наличие длительно существующих гиперемированных участков кожи с шероховатой поверхностью и склонностью к изъязвлению, которые располагаются в областях тела, подвергающихся воздействию раздражающих факторов (трение краев одежды, воздействие солнечных лучей, химических веществ и т.д.). С течением времени на этих местах могут возникнуть узелковые и бородавчатые образования. Наиболее частой локализацией рака и предрака является кожа лица. Большую опасность на наличие злокачественной пигментной опухоли кожи — меланомы — представляют собой темные и синюшно-багровые пятна и узелковые образования, возвышающиеся над поверхностью кожи, склонные к увеличению и изъязвлению. Такие образования часто встречаются на коже живота, спины, нижних конечностей. С пигментных опухолей материал получают только методом отпечатков путем прикладывания чистого обезжиренного стекла к изъязвившейся или мацерированной поверхности.

Осмотр полости рта. Обследование начинают с ротовой полости. С помощью одноразового шпателя осматривают слизистую оболочку губ, щек, десен, языка. Для осмотра языка его кончик берут марлевой салфеткой и подтягивают наружу. Цель осмотра — обнаружение лейкоплакий, трещин, изъязвлений слизистой оболочки.

Лейкоплакии выглядят как белые шероховатые налеты или плотные белые бляшки, возвышающиеся над поверхностью гладкой, розовой слизистой оболочки. Чаще они располагаются на слизистой оболочке щек. Трещины и изъязвления встречаются на боковых поверхностях языка, на красной кайме нижней губы ближе к углу рта, а также на тех участках слизистой оболочки полости рта, которые постоянно травмируются острыми краями обломанных зубов и плохо подобранными протезами. Легкая ранимость и кровоточивость этих участков может быть признаком предопухолевых заболеваний. Соскоб на цитологическое исследование с язвенной поверхности слизистой оболочки полости рта, кожи, нижней и верхней губы осуществляют тупым скальпелем. Полученный материал наносят тонким слоем на обезжиренное предметное стекло. При наличии на язве гнойно-некротического налета его необходимо удалить сухим ватно-марлевым тампоном. Маски подсушивают на воздухе.

Пальпация лимфатических узлов. Последовательно пальпируют периферические лимфатические узлы: шейные, надключичные, подмышечные и паховые. Пальпация шейных и надключичных лимфатических узлов осуществляется в положении пациентки стоя или сидя. Акушерка становится позади обследуемой. Пальпацию осуществляют двумя руками, при этом четырьмя пальцами каждой руки исследуют шейную и надключичную области, а большие пальцы рук располагаются на боковых поверхностях шеи. Пальпацию подмышечных лимфатических узлов осуществляют отдельно с каждой стороны. При этом акушерка стоит спереди от пациентки, положив ее руку на свое плечо со стороны осмотра. Паховые лимфатические узлы пальпируют в положении пациента лежа на кушетке. В норме могут определяться мелкие лимфатические узлы эластической консистенции. Лимфатические узлы — барьер на пути распространения злокачественного процесса. В них в первую очередь могут быть выявлены метастазы опухолей различных локализаций. Пораженные метастазами лимфатические узлы представляют собой плотные, часто неподвижные образования различной величины. В ряде случаев увеличение лимфатических узлов может быть проявлением лимфогранулематоза или лейкозов — системных заболеваний, поражающих весь лимфатический аппарат организма.

Обследование молочных желез. Обследование молочных желез включает осмотр и их пальпацию. Осмотр проводится в положении «поднятые руки положены на затылок». Обращают внимание на величину и форму молочных желез, состояние кожи, сосков, ареолы. Каждую железу осматривают отдельно, придав пациентке полубоковое положение и попросив ее поднять руку. Изменения легче выявляются при сравнении одной железы с другой. В норме молочные железы, как правило, имеют одинаковую форму и величину. Соски располагаются на одной линии. Трещины, мокнутия, корочки, втяжение и фиксация соска, кожу, напоминающую лимонную корку, следует рассматривать как признаки злокачественного заболевания. Пальпацию молочных желез всегда осуществляют в двух положениях обследуемой: стоя (см. гл. 6, рис. 6.29) и лежа. Проводят «плоской» ладонью по молочной железе и ощупывают ее пальцами с целью выявления уплотнений и узлов в ткани молочной железы. Ощупывать молочные железы нужно тщательно, последовательно обследуя каждый участок. Большую обвисшую грудь удобнее обследовать в положении лежа, немного повернув пациентку сначала на

один, а затем на другой бок. Легко нажимая на сосок, следует выяснить, нет ли выделений из соска. В норме молочные железы мягкие, уплотнений не содержат. Злокачественные опухоли определяются в виде плотных, хорошо отграниченных узлов или уплотнений без четких границ, часто сопровождающихся втяжением соска или фиксацией кожи. При правильной пальпации можно выявить опухоли размером от 1 см.

Пальпация молочных желез не может заменить УЗИ или маммографию!

Материал для цитологического исследования молочных желез — выделения из сосков. Для качественного получения материала необходимо провести легкий массаж молочной железы поглаживанием по направлению к соску. Затем производят «сцеживание» на предметное стекло. Готовят 4–5 мазков, распределяя выделенную жидкость тонким слоем.

Обследование женских половых органов.

Осмотр с помощью зеркал. Шейку матки обнажают ложкообразными зеркалами Симса и подъемниками. При осмотре определяют величину, форму шейки матки, состояние слизистой оболочки шейки матки и стенок влагалища. При осмотре могут быть выявлены образования, напоминающие цветную капусту, характерные для рака шейки матки.

Цитологический скрининг. Предусматривает выявление предраковых изменений на клеточном уровне: дисплазии различной степени (слабая, умеренная, тяжелая) и преинвазивная карцинома.

Пальцевое исследование прямой кишки. Перед исследованием прямой кишки необходимо тщательно осмотреть кожные покровы области крестца и копчика, межъягодичной складки, промежности, ануса. При осмотре промежности и области ануса обращают внимание на рубцы, деформацию, воспалительные инфильтраты, наружные отверстия гнойных свищей, перианальные бахромки, остроконечные кондиломы, наружные геморроидальные узлы. Перианальные бахромки представляют собой мясистые радиально расположенные вокруг ануса складки перианальной кожи, образовавшиеся на месте затромбированных наружных геморроидальных узлов. При большом количестве перианальных бахромок, препятствующих туалету области ануса, может быть поставлен вопрос об их оперативном удалении, и такие больные могут быть направлены к проктологу. Наружные геморроидальные узлы располагаются по краю анального отверстия, бывают одиночными и множественными, покрыты синюшной или фиолетового цвета кожей. Консистенция их мягкая, при надавливании они слегка болезненны и не спадаются. Тромбоз наружных геморроидальных узлов сопровождается выраженными воспалительными явлениями. При часто повторяющихся острых тромбозах женщину следует отправить к проктологу. Перианальные остроконечные кондиломы представляют собой множественные мелкие плотноватые бородавчатые узелки, нередко в области ануса образующие разрастания в виде цветной капусты. Таких больных также необходимо направить к проктологу. Для осмотра стенок анального канала следует раздвинуть его края и попросить обследуемую слегка натужиться. При этом выявляются анальные трещины, выпадающие крупные анальные (фиброзные) полипы, наружные отверстия подкожно-подслизистых свищей прямой кишки, иногда можно увидеть нижние полюса внутренних геморроидальных узлов, особенно при их склонности к выпадению. Ректальное исследование проводится в перчатке указательным пальцем, который обильно сма-

зывается вазелином. Палец вводят в прямую кишку и обследуют ее стенки по ходу часовой стрелки.

В задачу акушерки смотрового кабинета не входит установление точного диагноза. Она должна заподозрить заболевание и направить пациентку к соответствующему врачу-специалисту на углубленное обследование. При подозрении на злокачественное новообразование заполняется форма сигнального извещения смотрового кабинета, которая направляется в онкологический кабинет.

1.4. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Гинекологический стационар представляет собой отделение многопрофильной больницы или родильного дома. Функционирование гинекологического отделения в многопрофильной больнице позволяет решать ряд дополнительных задач — дополнительного обследования и лечения.

Отделение формируется таким образом, чтобы выполнять следующие задачи:

- плановое оперативное лечение гинекологических заболеваний;
- ургентная (неотложная) гинекологическая помощь (при внутрибрюшных и маточных кровотечениях, ранениях половых органов, острых воспалительных заболеваниях половых органов);
- уточнение диагноза или консервативное лечение, которые невозможно провести в амбулаторных условиях.

Пациентки поступают по направлению врача женской консультации, по каналу «скорая помощь» или самостоятельно. Основная задача специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при гинекологических заболеваниях — сохранение и восстановление анатомо-функционального состояния репродуктивной системы с использованием современных медицинских технологий (эндоскопических, методов вспомогательной репродукции).

1.5. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ

Ребенок имеет право на охрану здоровья с момента рождения, поэтому к контингенту, обслуживаемому в системе специализированной гинекологической помощи детям и подросткам, относят девочек в возрасте от 0 до 18 лет (17 лет, 11 мес и 29 дней).

Оказание медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями осуществляется в рамках первичной медико-санитарной помощи детскими и подростковыми акушерами-гинекологами в детских поликлиниках, женских консультациях, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, помощь выполняется в гинекологических стационарах (отделениях).

Девочки, достигшие возраста 18 лет, передаются под наблюдение врача акушера-гинеколога женской консультации после оформления переводного эпикриза. Врачи женских консультаций обеспечивают прием документов и осмотр девушки для определения группы диспансерного наблюдения.

1.6. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Медицинская этика и деонтология — совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении ими профессиональных обязанностей.

Термин введен Бенхамом в работе «Деонтология, или наука о морали» в 1834 г. В отечественную медицинскую литературу впервые ввел понятие о медицинской деонтологии заслуженный советский онколог Н.Н. Петров (рис. 1.5), автор книги «Вопросы хирургической деонтологии».

Медицинская этика изучает и определяет решение различных проблем межличностных взаимоотношений по трем основным направлениям:

- медицинский работник—пациент;
- медицинский работник—родственники пациента;
- медицинский работник—медицинский работник.

Существует четыре универсальных этических принципа:

- милосердие;
- автономия;
- справедливость;
- полнота медицинской помощи.

Принцип милосердия гласит: «Я принесу добро пациенту или, по крайней мере, не причиню ему вреда». Милосердие подразумевает чуткое и внимательное отношение к пациенту, выбор методов лечения соответственно тяжести состояния, готовность и способность пациента справиться с предписанным медицинским вмешательством. Любое действие медицинского работника должно быть направлено во благо пациента.

Принцип автономии требует уважения к личности каждого пациента и его решениям. С принципом автономии связаны такие аспекты оказания медицинской помощи, как конфиденциальность, уважение к культуре, религии, политическим и иным убеждениям пациента, информированное согласие на медицинское вмешательство и совместное планирование и осуществление плана ухода, а также самостоятельное принятие пациентом решений либо принятие решений законным представителем данного пациента.

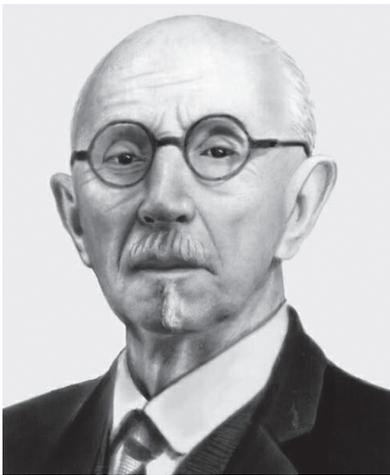


Рис. 1.5. Николай Николаевич Петров (1876–1964)

Принцип справедливости/непричинения вреда требует равного отношения медицинских работников и оказания равноценной помощи всем пациентам независимо от их статуса, положения, профессии или иных внешних обстоятельств. Какую бы помощь ни оказывал медицинский работник пациенту, его действия не должны нанести вреда ни самому пациенту, ни другим лицам. В случае конфликта между пациентом и его близкими

или другими лицами, руководствуясь данным принципом, медицинский работник должен быть на стороне пациента.

Принцип полноты оказания медицинской помощи подразумевает профессиональное оказание медицинской помощи и профессиональное отношение к пациенту, применение всех доступных средств и методов для качественной диагностики и лечения, реализации профилактических мер и оказания паллиативной помощи, соблюдение всех норм законодательства, связанных со здравоохранением, а также всех положений этического кодекса.

Моральная ответственность медицинского работника подразумевает соблюдение им всех принципов медицинской этики.

Отношения «акушерка—пациентка»

Акушерка обязана быть выдержанной и приветливой в общении с пациенткой. Недопустимы как фамильярность и панибратство, так и чрезмерная сухость и официальность. Обращаться к больным следует на «Вы», по имени и отчеству.

Нельзя в присутствии больных обсуждать поставленный диагноз, план лечения, говорить о заболеваниях соседей по палате. В присутствии больной запрещается подвергать сомнению правильность проводимого лечения.

Перед болезненными процедурами акушерка должна разъяснить в доступной форме значение, смысл и необходимость их для успешного лечения.

Отношения «акушерка—родственники (и близкие) пациентки»

- Необходимо сохранять сдержанность, спокойствие и тактичность.
- Беседовать только в пределах своей компетенции (не рассказывать о симптомах, диагнозе и прогнозе заболевания).
- Отвечать на вопросы спокойно, неторопливо, обучать правильному уходу за больными.
- Лицам, ухаживающим за тяжелобольными, разъяснять правильность выполнения процедур и манипуляций.

Отношения «акушерка—врач»

- Недопустимы грубость, неуважительное отношение в общении.
- Необходимо исполнять врачебные назначения своевременно, четко и профессионально.
- Срочно информировать врача о внезапных изменениях в состоянии больной.
- При возникновении сомнений в процессе выполнения врачебных назначений в тактичной форме выяснить все нюансы с врачом в отсутствие больной.

Отношения «акушерка—акушерка»

- Недопустима грубость и неуважительное отношение к коллегам.
- Замечания должны делаться тактично и в отсутствие больного.
- Опытные акушерки должны делиться с молодыми своим опытом.
- В сложных ситуациях должны помогать друг другу.

Отношения «акушерка—младший медицинский персонал»

- Соблюдать взаимоуважение.
- Тактично контролировать деятельность младшего медперсонала.
- Недопустимы грубость, фамильярность, высокомерие.
- Недопустимо делать замечания в присутствии больных и посетителей.

1.7. РОЛЬ АКУШЕРКИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЕ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Акушерка относится к категории специалистов. На должность акушерки назначается лицо со средним медицинским образованием по специальности «Акушерское дело». Назначение на должность и освобождение от нее производится приказом руководителя учреждения.

Акушерка может работать:

- под непосредственным руководством врача в городских и сельских медицинских учреждениях — родильном доме, родильном отделении больницы, женской консультации и др.;
- самостоятельно, под общим руководством врача акушера-гинеколога районной или участковой больницы, в основном в условиях сельской местности — на фельдшерско-акушерском пункте, в женской консультации и смотровом кабинете.

Акушерка выполняет следующие обязанности:

- профилактические осмотры и диспансеризация женщин в различные периоды жизни с целью выявления гинекологических заболеваний (совместно с врачом или самостоятельно);
- подготовительная работа для лечебно-диагностической деятельности врача акушера-гинеколога и собственная лечебно-диагностическая деятельность под руководством врача;
- профилактическая, санитарно-просветительная работа, уход за пациентами в соответствии с профилем отделения под руководством врача;
- выполнение диагностических манипуляций самостоятельно в пределах своих полномочий;
- ассистирование врачу при акушерских и гинекологических операциях;
- оказание неотложной доврачебной медицинской помощи при острых заболеваниях и несчастных случаях по профилю деятельности с последующим вызовом врача или направлением пациента в лечебно-профилактическое учреждение;
- участие в оказании помощи пациентам в периоперационном периоде;
- осуществление патронажа на дому гинекологических больных с выполнением организационных и лечебных мер;
- санитарно-просветительная работа по вопросам планирования семьи, сохранения и укрепления репродуктивного здоровья;
- выполнение мер по соблюдению санитарно-гигиенического режима (соблюдение правил асептики и антисептики, правильное хранение, обработка, стерилизация инструментов, приборов, перевязочного материала) в отделении (женской консультации, кабинете);
- оформление установленной Минздравом России медицинской документации для соответствующего подразделения.

Для выполнения своих профессиональных обязанностей акушерка должна знать:

- законы Российской Федерации и иные нормативные правовые акты по вопросам здравоохранения;