

ГИНЕКОЛОГИЯ

УЧЕБНИК

Под редакцией
В.Е. Радзинского, А.М. Фукса

2-е издание,
переработанное и дополненное

Министерство науки и высшего образования РФ

Рекомендовано ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» в качестве учебника для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» по дисциплине «Акушерство и гинекология»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	24
Введение	27
Глава 1. Медицинское образование в России, Соединенных Штатах Америки и странах Европы	33
Глава 2. Краткий очерк развития и современного состояния акушерства и гинекологии	39
2.1. Акушерство в древнегреческой и древнеримской мифологии (4000 лет до н.э. – 476 г.)	40
2.2. Медицина древних	41
2.3. Медицина средних веков	46
2.4. Эпоха возрождения (Ренессанс)	48
2.5. Акушерство и гинекология в XVII–XIX веках	50
2.6. Гинекология XX и XXI веков	61
Глава 3. Репродуктивная система женщины	66
3.1. Анатомия женской репродуктивной системы	66
3.1.1. Половые органы женщины	67
3.1.1.1. Наружные половые органы женщины (вульва)	67
3.1.1.2. Внутренние половые органы женщины	70
3.1.2. Анатомические образования, удерживающие половые органы в правильном положении	77
3.1.2.1. Тазовое дно и промежность	77
3.1.2.2. Фасции таза	81
3.1.2.3. Связочный аппарат внутренних половых органов	84
3.1.2.4. Клетчаточные пространства таза	85
3.1.3. Кровоснабжение, венозный отток, иннервация и лимфатическая система половых органов	87
3.1.3.1. Кровоснабжение половых органов и венозный отток	87
3.1.3.2. Лимфоотток от половых органов	90
3.1.3.3. Иннервация половых органов	92
3.1.4. Костный таз	93
3.1.4.1. Анатомия костного таза	94
3.1.4.2. Развитие женского костного таза	96
3.1.4.3. Отличия женского таза от мужского	97
3.1.5. Молочные железы	97
3.1.5.1. Общие сведения	97
3.1.5.2. Сосок	98
3.1.5.3. Структура молочной железы	99
3.1.5.4. Кровоснабжение, лимфатическая система и иннервация молочных желез	102
3.2. Физиология и онтогенез репродуктивной системы. Менструальный цикл	107
3.2.1. Понятие о репродуктивной системе	107
3.2.2. Внутриутробный период	109

3.2.3. Период новорожденности	119
3.2.4. Период детства	121
3.2.5. Период полового созревания (пубертатный период)	123
3.2.6. Период половой зрелости (репродуктивный период). Нормальный менструальный цикл	127
3.2.7. Климактерический период	139
3.3. Биоценоз женских половых органов	143
Глава 4. Акушерско-гинекологическая и неонатальная помощь в Российской Федерации	156
4.1. Общая организация и структура	156
4.2. Женская консультация	160
4.2.1. Общие сведения	160
4.2.2. Амбулаторная помощь женщинам с гинекологическими заболеваниями	163
4.2.3. Медицинская помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями	167
4.2.4. Дневной стационар	168
4.2.5. Оказание специализированных видов акушерско- гинекологической помощи	168
4.2.6. Консультирование и предоставление услуг по планированию семьи и профилактике абортс	169
4.2.7. Акушерско-гинекологическая помощь сельскому населению	170
4.3. Гинекологический стационар	171
Глава 5. Пропедевтика гинекологических заболеваний. Методы исследования в гинекологии	177
5.1. Жалобы и анамнез	177
5.1.1. Возраст пациентки	178
5.1.2. Жалобы	179
5.1.3. Семейный анамнез и условия жизни	180
5.1.4. Соматические заболевания	181
5.1.5. Гинекологический (специальный) анамнез	181
5.1.6. Анамнез заболевания	186
5.2. Объективные методы исследования	189
5.2.1. Типы телосложения и распределение жировой клетчатки	189
5.2.2. Кожа и ее придатки	193
5.2.3. Оценка полового развития	196
5.2.4. Исследование молочных желез	199
5.2.5. Исследование живота	200
5.3. Специальные методы исследования гинекологических больных	201
5.3.1. Гинекологическое исследование	201
5.3.2. Тесты функциональной диагностики	207
5.4. Лабораторные методы исследования в гинекологии	212
5.4.1. Микробиологические методы	213
5.4.2. Цитологический метод	216

5.4.3. Гистологическое исследование	219
5.4.4. Определение гормонов и их метаболитов	219
5.4.5. Иммунологические исследования.	223
5.4.6. Медико-генетические методы	223
5.4.7. Определение онкомаркёров.	224
5.5. Инструментальные методы исследования.	225
5.5.1. Зондирование матки.	225
5.5.2. Проба с пулевыми щипцами.	226
5.5.3. Биопсия	227
5.5.4. Раздельное диагностическое выскабливание	229
5.5.5. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища (кульдоцентез)	230
5.5.6. Ультразвуковое исследование.	231
5.5.7. Эндоскопические методы исследования	233
5.5.8. Рентгенологические методы исследования.	242
5.6. Инструментальное исследование молочных желез	244
Глава 6. Расстройства менструации	250
6.1. Определение, классификация, терминология.	250
6.2. Аменорея	251
6.2.1. Аменорея, обусловленная заболеваниями матки, шейки матки и влагалища.	255
6.2.2. Аменорея, обусловленная заболеваниями яичников	257
6.2.3. Аменорея, обусловленная заболеваниями гипофиза	260
6.2.4. Аменорея, обусловленная заболеваниями и нарушениями гипоталамуса, экстрагипоталамических структур и коры головного мозга	263
6.3. Аномальные маточные кровотечения.	272
6.4. Дисменорея	284
Глава 7. Предменструальный синдром	295
7.1. Общие сведения	295
Глава 8. Синдром гиперпролактинемии	308
Глава 9. Преждевременная недостаточность яичников	320
Глава 10. Синдром гиперандрогении в гинекологии	332
10.1. Синдром поликистозных яичников	332
10.2. Аденогенитальный синдром (врожденная дисфункция коры надпочечников)	356
Глава 11. Воспалительные заболевания женских половых органов	374
11.1. Общие сведения	374
11.1.1. Актуальность и эпидемиология	374
11.1.2. Факторы риска	376
11.1.3. Этиология	377
11.1.4. Пути распространения	378
11.1.5. Классификация и терминология	379
11.1.6. Патогенез.	380

11.1.7. Принципы диагностики и врачебной тактики при воспалительных заболеваниях органов малого таза	383
11.2. Острые неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов	385
11.2.1. Вульвит.	385
11.2.2. Воспалительные заболевания бартолиновой железы	388
11.2.3. Нарушения биоценоза влагалища	391
11.2.3.1. Бактериальный вагиноз	391
11.2.3.2. Вагинит	400
11.2.4. Эндоцервицит и экзоцервицит.	403
11.2.5. Эндометрит.	406
11.2.6. Сальпингоофорит	410
11.2.7. Параметрит	413
11.2.8. Пельвиоперитонит	415
11.3. Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов	418
11.4. Инфекционные заболевания в гинекологии	426
11.4.1. Генитальный кандидоз.	427
11.4.2. Урогенитальный трихомониаз	432
11.4.3. Гонорея.	438
11.4.4. Сифилис.	446
11.4.5. Урогенитальная хламидийная инфекция	448
11.4.6. Микоплазменные урогенитальные инфекционные заболевания	455
11.4.7. Папилломавирусная инфекция	458
11.4.8. Герпес половых органов	464
11.4.9. Цитомегаловирусная инфекция	474
11.4.10. Контагиозный моллюск	478
11.4.11. Инвазия лобковыми вшами (фтириоз)	480
11.4.12. Инвазия клещами (чесотка)	482
11.4.13. Синдром приобретенного иммунодефицита.	484
11.4.14. Туберкулез женских половых органов.	491
Глава 12. Доброкачественные опухоли и предраковые заболевания женских половых органов	509
12.1. Понятие о предраке	509
12.2. Опухоли и опухолевидные образования яичников	510
12.2.1. Эпителиальные опухоли (цистаденомы)	517
12.2.1.1. Серозные опухоли	517
12.2.1.3. Опухоли Бреннера.	519
12.2.1.4. Светлоклеточные (мезонефроидные) опухоли	520
12.2.2. Опухоли стромы полового тяжа.	520
12.2.2.1. Гранулезоклеточные опухоли, текомы.	520
12.2.2.2. Фиброма яичника	521
12.2.2.3. Андробластомы	522
12.2.2.4. Гинандробластома	523
12.2.3. Герминогенные опухоли	523

12.2.3.1. Дисгерминома	524
12.2.3.2. Тератомы	524
12.2.4. Дифференциальная диагностика опухолей яичника	529
12.2.5. Лечение опухолей яичника	531
12.3. Предраковые заболевания вульвы	535
12.3.1. Доброкачественные поражения вульвы	537
12.3.1.1. Склеротический лишай	537
12.3.1.2. Плоскоклеточная гиперплазия	539
12.3.1.3. Смешанная дистрофия	540
12.3.2. Плоскоклеточные вульварные интраэпителиальные неоплазии	540
12.3.3. Дифференциальная диагностика доброкачественных невоспалительных заболеваний вульвы	542
12.3.4. Лечение доброкачественных заболеваний вульвы	543
12.4. Доброкачественные заболевания влагалища	544
12.4.1. Плоскоклеточная гиперплазия	545
12.4.2. Дисплазия влагалища	545
12.5. Доброкачественные невоспалительные заболевания шейки матки	546
12.5.1. Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки	547
12.5.1.1. Истинная эрозия шейки матки	547
12.5.1.2. Лейкоплакия шейки матки	548
12.5.1.3. Полип шейки матки	551
12.5.1.4. Эктропион шейки матки	552
12.5.2. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия	554
12.5.3. Профилактика рака шейки матки	558
12.6. Предраковые заболевания эндометрия. Гиперплазия эндометрия	560
12.6.1. Гиперплазия эндометрия	563
12.6.2. Полипы эндометрия	569
12.6.3. Оценка результатов лечения гиперплазии эндометрия. Наблюдение	571
12.7. Миома матки	574
Глава 13. Эндометриоз	592
Глава 14. Злокачественные заболевания органов женской репродуктивной системы	611
14.1. Рак шейки матки	611
14.2. Рак тела матки	628
14.3. Злокачественные новообразования яичников	641
14.4. Рак молочной железы	654
Глава 15. Трофобластическая болезнь	687
Глава 16. Репродуктивное здоровье и планирование семьи	706
16.1. Общие сведения	706

16.1. Определение	706
16.2. Репродукция и демография	707
16.3. Проблемы охраны репродуктивного здоровья населения в современном мире	711
16.4. Материнская и перинатальная смертность	715
16.4.1. Материнская смертность	715
16.4.2. Перинатальная смертность	721
16.5. Планирование семьи и современные методы контрацепции	724
16.5.1. Планирование семьи и его влияние на жизнь общества	724
16.5.2. Методы контрацепции и принципы их выбора	726
Глава 17. Методы регулирования рождаемости	734
17.1. Методы контрацепции	734
17.1.1. Естественные методы планирования семьи	734
17.1.2. Барьерные методы контрацепции	740
17.1.3. Внутриматочная контрацепция	748
17.1.4. Гормональная контрацепция	753
17.1.4.1. Комбинированные оральные контрацептивы	755
17.1.4.2. Трансдермальная контрацептивная рилизинг-система	767
17.1.4.3. Контрацептивное влагалищное кольцо	768
17.1.4.4. Чисто прогестиновые контрацептивы	769
17.1.5. Экстренная контрацепция	779
17.1.6. Хирургическая контрацепция	782
17.1.7. Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции	787
17.2. Искусственный аборт	790
17.2.1. Общие сведения	790
17.2.2. Искусственный аборт при беременности до 12 недель	800
17.2.2.1. Медикаментозный аборт	800
17.2.2.2. Метод вакуумной аспирации плодного яйца	802
17.2.2.3. Расширение цервикального канала и выскабливание стенок полости матки	804
17.2.3. Искусственное прерывание беременности в поздние сроки	807
17.2.4. Медико-консультативная помощь женщинам после искусственного аборта	812
17.2.5. Осложнения после аборта и их лечение	814
17.2.5.1. Осложнения после абортов в ранние сроки беременности	814
17.2.5.2. Осложнения после абортов в поздние сроки беременности	817
Глава 18. Бесплодный брак	826
18.1. Общие сведения	826
18.2. Формы женского бесплодия	828
18.2.1. Трубно-перитонеальная форма бесплодия	828

18.2.2. Эндокринное женское бесплодие	829
18.2.3. Маточный фактор бесплодия	830
18.2.4. Шеечный фактор бесплодия	831
18.2.5. Иммунологические факторы бесплодия	833
18.2.6. Психогенные факторы бесплодия	833
18.3. Обследование при бесплодном браке	833
18.3.1. Анамнез	836
18.3.2. Клиническое обследование	837
18.3.3. Лабораторные и инструментальные исследования	838
18.4. Методы преодоления бесплодия	839
18.4.1. Медикаментозное лечение бесплодия.	839
18.4.2. Хирургические методы лечения бесплодия	843
18.4.3. Вспомогательные репродуктивные технологии	844
Глава 19. Внематочная беременность	854
19.1. Общие сведения	854
19.2. Патогенез	855
19.3. Клиническая картина и диагностика	860
19.3.1. Прогрессирующая эктопическая беременность.	860
19.3.2. Прервавшаяся внематочная беременность	861
19.3.3. Редкие формы внематочной беременности	864
19.4. Лечение и последствия внематочной беременности.	866
Глава 20. Аномалии (пороки развития) женских половых органов	877
20.1. Общие сведения	877
20.2. Пороки развития вульвы и влагалища	882
20.2.1. Атрезия гимена	882
20.2.2. Атрезия влагалища	884
20.2.3. Аплазия (агенезия) влагалища	884
20.3. Пороки развития матки и влагалища	884
20.3.1. Аплазия влагалища и матки (синдром Рокитанского— Кюстнера—Майера—Хаузера)	886
20.3.2. Нарушение слияния парамезонефральных протоков	887
20.4. Пороки развития яичников.	889
20.4.1. Аплазия яичников (врожденное отсутствие яичников)	889
20.4.2. Дисгенезия гонад	889
20.5. Гермафродитизм.	892
Глава 21. Нарушения полового развития	898
21.1. Преждевременное половое развитие	899
21.1.1. Истинная форма преждевременного полового развития по изосексуальному (женскому) типу	900
21.1.2. Преждевременное половое развитие по гетеросексуальному типу.	903
21.1.3. Конституциональная форма преждевременного полового развития	904
21.1.4. Ложное преждевременное половое развитие	904
21.2. Задержка полового развития	906

21.2.1. Конституциональная форма задержки полового развития . . .	907
21.2.2. Задержка полового развития периферического генеза	907
21.2.3. Задержка полового развития центрального генеза	907
21.2.4. Задержка полового развития соматогенного генеза	909
Глава 22. Травмы женских половых органов и их последствия	914
22.1. Инородные тела во влагалище и матке	915
22.2. Свежие повреждения половых органов	916
22.3. Изнасилование	918
22.4. Женское обрезание	924
22.5. Старые повреждения женских половых органов.	927
22.6. Свищи женских половых органов	928
Глава 23. Аномалии положения женских половых органов	937
23.1. Нормальная топография тазовых органов	937
23.2. Классификация и терминология	941
23.3. Пропалс половых органов	942
Глава 24. Недержание мочи у женщин	968
24.1. Общие сведения	968
24.2. Механизмы удержания мочи и акт нормального мочеиспускания.	969
24.3. Клиническая картина и диагностика	976
24.4. Лечение.	980
24.4.1. Хирургическое лечение стрессового недержания мочи	981
24.4.2. Лечение гиперрефлексии мочевого пузыря	983
24.4.3. Лечение недержания мочи смешанного типа	984
Глава 25. «Острый живот» в гинекологии	988
25.1. Понятие об «остром животе».	988
25.2. Клиническая картина и диагностика	990
25.3. Дифференциальная диагностика.	995
25.4. Лечение.	998
Глава 26. Расстройства климактерия	1005
26.1. Общие сведения	1005
26.1.1. Эпидемиология	1005
26.1.2. Терминология и стадии климактерия	1006
26.1.3. Этиология и патогенез	1010
26.1.4. Диагностика климактерических расстройств.	1011
26.2. Климактерические расстройства.	1012
26.2.1. Вазомоторные и психоэмоциональные расстройства	1012
26.2.2. Генитоуринарный менопаузальный синдром	1016
26.2.3. Позднеременные симптомы климактерия	1018
26.3. Лечение климактерических нарушений.	1023
26.3.1. Принципы лечения климактерических расстройств	1023
26.3.2. Менопаузальная гормональная терапия	1024
26.3.3. Альтернативные методы лечения	1029
26.3.4. Лечение вазомоторных симптомов климактерия	1031

26.3.5. Лечение урогенитальных расстройств в климактерии	1032
26.3.6. Лечение постменопаузального остеопороза	1033
26.3.7. Постоваризэктомический синдром	1037
Глава 27. Доброкачественные заболевания молочных желез	1046
27.1. Мастит	1047
27.1.1. Неспецифические маститы	1047
27.1.2. Хронические специфические воспалительные процессы молочной железы	1051
27.1.2.1. Туберкулез молочных желез	1051
27.1.2.2. Сифилис молочной железы	1051
27.2. Доброкачественные заболевания молочных желез	1052
27.2.1. Классификация	1053
27.2.2. Этиология	1054
27.2.3. Клиническая картина и диагностика	1057
27.2.4. Профилактика	1066
27.2.5. Лечение	1068
Ключи к тестам и ситуационным задачам	1074
Литература	1085
Предметный указатель	1088

Глава 1

Chapter 1

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В РОССИИ, СОЕДИНЕННЫХ ШТАТАХ АМЕРИКИ И СТРАНАХ ЕВРОПЫ

MEDICAL EDUCATION IN RUSSIA, THE UNITED STATES OF AMERICA AND EUROPE

Медицинское образование — система подготовки медицинских кадров, обеспечивающая изучение общеобразовательных и специальных дисциплин, а также овладение необходимыми практическими навыками. Развитие медицинского образования определяется потребностями страны в медицинских кадрах и носит плановый государственный характер.

Медицинское образование в России реализуется медицинскими высшими учебными заведениями системы Минздрава и Минобрнауки (46 высших учебных заведений и медицинских факультетов/институтов в составе классических университетов страны), в состав которых входят от 1 до 5 факультетов (лечебный, педиатрический, санитарно-гигиенический, стоматологический, фармацевтический). Многие высшие учебные заведения находятся на государственном бюджетном финансировании. Право обучения в них предоставлено лицам в возрасте до 35 лет, имеющим иное высшее, общее среднее образование или диплом об окончании среднего специального учебного заведения и успешно выдержавшим вступительные экзамены.

Процесс обучения длится 6 лет. На первых 2 курсах осуществляется доклиническая подготовка, студенты изучают теоретические дисциплины (анатомию, гистологию, физиологию, биологию, биохимию, физику и др.). Дифференциация учебных планов начинается с 3-го курса, когда вводятся специальные дисциплины и общая врачебная подготовка, содержание которой для каждого факультета различно. Подготовку в области основных клинических дисциплин (акушерства и гинекологии, терапии, хирургии и т.д.) студенты получают в основном на 4–6-м курсах непосредственно в клиниках под руководством опытных преподавателей. По окончании 6-го курса студенты сдают государственные экзамены и им присваивается звание врача. Далее в течение двух лет в ординатуре каждый врач более детально изучает избранную им одну из основных клинических дисциплин (например, акушерство и гинекологию).

Додипломная и последипломная специализация позволила перейти от подготовки врачей общего лечебного профиля к подготовке специалистов по основным клиническим дисциплинам, на базе которых возможно в дальнейшем приобретение более узких специальностей.

Подготовка научно-педагогических кадров осуществляется в системе аспирантуры и докторантуры.

В настоящее время в РФ начата реализация проекта отработки модели непрерывного медицинского образования (НМО), основными принципами которого являются поддержание должного уровня компетенций врача (непрерывность), внедрение самостоятельного освоения электронных обучающих материалов с учетом полученных знаний в условных единицах — кредитах.

Медицинское образование и обучение в Соединенных Штатах Америки — длительный, дорогой и конкурентный процесс, имеющий целью отбор наиболее одаренных студентов.

Для получения профессии врача в Соединенных Штатах Америки по окончании средней школы (*high school*) необходимо пройти 4-летний **курс предварительного обучения** (*premedical study*) в одном из колледжей по смежной специальности — это первый этап, и он уже дает высшее образование. Учащиеся в колледже студенты называются «*undergraduate students*», т.е. «не завершившие высшее образование».

Далее обучение следует продолжить в **медицинской школе** в течение, как правило, еще 4 лет. Первые 2 года обучения в медицинской школе называют преклиническими, так как в это время студенты почти не имеют выхода в клинику и изучают основные предметы медицины. Тем не менее уже на 2-м курсе студентов обучают сбору анамнеза и методам объективного обследования. Начиная с 3-го года обучения все существенно изменяется — студент впервые сталкивается с пациентом. Год обычно разделен на несколько периодов по 6–8 нед: студент посещает отделения акушерства и гинекологии, педиатрии, терапии, хирургии, психиатрии и семейной медицины. В течение 4-го года у студента увеличивается объем практики, он наделяется большей ответственностью по отношению к пациенту и работает в серии месячных курсов в областях, избранных выпускником.

Затем наступает время **резидентуры**. Это дополнительное 3–5-летнее обучение в области, вызывающей наибольший интерес будущего врача. Курс резидентуры по специальности «акушерство и гинекология» длится 4 года. Первый год резидентуры в Соединенных Штатах Америки называется интернатурой. В течение этого года интерн проводит 5 мес в амбулаторной службе (из них 4 мес посвящено семейной медицине и внутренним болезням и 1 мес — ургентной помощи). Один месяц отводится на работу в отделении интенсивного лечения новорожденных, 2 мес на гинекологию и 4 мес на акушерство. На 2-м году обучения резиденты посвящают 8 мес гинекологии и 4 мес — акушерству. На 3-м году обучающиеся в резидентуре в течение 2 мес находятся на амбулаторной ротации (включает изучение патологии), 2 мес занимаются акушерством, 2 мес специализируются по какому-либо

направлению по выбору и еще 6 мес отведено на гинекологию. На 4-м году обучения 2 мес отведено овладению административными навыками (каждый из резидентов 4-го года обучения в течение 2 мес учится руководить акушерской, гинекологической, онкологической и эндокринологической службами).

Во время резидентуры резидент нанимается госпиталем, получает зарплату, работает около 60–80 ч в неделю и оказывает помощь пациентам под руководством более квалифицированного врача. По завершении этого уровня специализации выпускник становится полностью лицензированным врачом.

Для дальнейшей более узкой специализации после резидентуры в Соединенных Штатах Америки с начала 70-х годов XX в. существуют так называемые программы субспециализации (*fellowships*), рассчитанные на 3 года. Во время обучения по программе субспециализации зарплата врача составляет 40–50 тысяч долларов в год, что сравнительно немного, но во многих случаях имеется возможность дополнительной подработки за счет дежурств или другой врачебной деятельности, разрешенной официально. Кроме этого, для стажеров часто оплачиваются расходы, связанные с посещением конференций, с исследовательской деятельностью и др. Для акушеров и гинекологов возможны следующие направления узкой специализации: медицина матери и плода (перинатология), урогинекология и тазовое дно, репродуктивная эндокринология и бесплодие, онкогинекология.

Термин «непрерывное медицинское образование» (*Continuing Medical Education* — CME) наиболее близко соответствует современной системе последипломного медицинского образования в Соединенных Штатах Америки, имеющей широкое распространение и развитую структуру.

В последние 30 лет врачи, участвующие в программе «Непрерывное медицинское образование», награждаются специальным сертификатом «*Physician's Recognition Award*» (PRA; дословно — награда признания врача) Американской медицинской ассоциации (АМА). Этот сертификат служит доказательством того, что врач стремится к овладению самыми современными знаниями в своей профессии. Для его получения необходимо иметь по крайней мере 50 ч учебной деятельности, отвечающей стандартам Американской медицинской ассоциации, в год.

В США выделяют 2 категории баллов, или кредитов. Первая категория определяется участием в конференциях, публикацией статей в аннотированных журналах и т.п. Баллы второй категории в Соединенных Штатах Америки начисляются за следующую деятельность, предпринимаемую врачом самостоятельно: консультации с коллегами или экспертами, поиск медицинской информации и обучение в Интернете, обучение других медицинских работников, чтение авторитетной медицинской литературы.

Медицинское образование Европы рассмотрим на примере Швеции — оно считается эквивалентным соответствующему обучению в других странах Европейского союза (EU).

В Швеции врачи получают додипломное образование по схожим программам во всех университетах на базах университетских клиник, являющихся региональными госпиталями.

Особенность шведской системы — **сотрудничество университетов и региональных госпиталей**. Главные врачи этих госпиталей являются профессорами или преподавателями и исследователями. Правительство оказывает финансовую поддержку региональным госпиталям за их образовательную и исследовательскую деятельность. Медицинские факультеты университетов отвечают за медицинское образование и исследования в области медицины, а правительство и Министерство образования — за образование и научные исследования в различных сферах.

В Швеции, чтобы стать студентом медицинского факультета, необходимо пройти сложный конкурс, основанный на школьных оценках. В результате студенты медицинских факультетов сравнительно успешно справляются с программой обучения. Это связано еще и с тем, что врачи имеют высокие доход и социальный статус.

Обычно студентами медицинского факультета становятся в 18–20 лет — после завершения общего начального и среднего образования (это занимает 10 лет). Додипломное образование — 5,5 лет. Раньше оно было организовано в соответствии с жесткой системой «блоков», включающей курсы по определенным предметам: сначала теоретические (доклинические), а затем — с постепенным увеличением доли клинических дисциплин. В последние десятилетия додипломное образование стало более объектно- и проблемно-ориентированным, при котором различные медицинские вопросы освещаются специалистами разного профиля.

В период клинического обучения студенты общаются с пациентами, ведут истории болезни и изучают различные методы обследования. При этом акцент делается не только на диагностику и лечение, но и на другие формы врачебной работы, включая профилактические программы, социальную медицину и этику.

Последипломное образование начинается с длящейся 21 месяц **интернатуры** по специальностям: терапия, хирургия, психиатрия и общая практика. Это период оплачиваемой работы, координируемой другими специалистами. По завершении интернатуры и подтверждения своей квалификации в соответствующих тестовых заданиях врач становится дипломированным специалистом и получает лицензию на работу.

После этой процедуры регистрации доктор получает разрешение практиковать и работать в госпиталях и других медицинских учреждениях, но только при условии координирования его работы. Именно поэтому почти все врачи продолжают свое последипломное образование с целью получения квалификации специалиста после четырехгодичной работы по одной из 60 специальностей. В течение этого периода **резидентуры** врач должен выполнять оплачиваемую работу в различных областях медицины в соответствии с программой, установленной для каждой специальности, и подтверждать свои знания в ряде квалификационных

тестов. При успешном завершении последипломного образования он получает сертификат специалиста и разрешение практиковать самостоятельно.

Ответственность за организацию и контроль последипломного образования врачей лежит на Национальном департаменте здоровья и благосостояния при Министерстве здравоохранения и социальных вопросов. В планирование и контроль, особенно в отношении резидентуры, вовлечены также такие организации, как Шведская медицинская ассоциация и Шведское медицинское общество.

В Швеции научные исследования в области медицины имеют большое международное значение. Они отличаются интеграцией фундаментальных и клинических работ и носят прикладной характер для практического здравоохранения, особенно на уровне региональных/университетских госпиталей. Эти исследования финансируются в основном за счет правительственных фондов — через университеты и специальные исследовательские советы, но советы округов и фармацевтические компании также предоставляют финансовые ресурсы для клинических исследований, которые связаны с практическим здравоохранением. Почти треть суммы, затрачиваемой университетами на исследования, идет на работы в различных областях медицины.

В университетах существует специальная исследовательская обучающая программа, которая завершается экзаменом на звание MD — соответствующая PhD (*Doctor of Philosophy*). PhD — докторская степень, аналог кандидатской в отечественной системе образования, с указанием области знаний. Например, *Doctor of Philosophy in medicine* (доктор философии в области медицины).

Как видно из краткого очерка о медицинском образовании в различных странах мира, суть его практически одинакова: это *continuum education* (непрерывное образование), начинающееся на младших курсах изучением фундаментальной медицины, базовых дисциплин: анатомии, гистологии, физиологии, биохимии, микробиологии, общей патологии — и переход в дальнейшем к клиническим предметам для получения к окончанию высшего учебного заведения необходимого объема знаний по общеврачебным дисциплинам, с последующим *postgraduate education*, тоже обязательным образованием. Существующие различия относятся к срокам обучения, особенно последипломного, и формам повышения квалификации.

Болонский процесс во многом направлен на создание единых программ, по крайней мере, образования в высших учебных заведениях. Этот процесс достаточно дискуссионный, длительный, но существенно унифицирующий современный учебный процесс в Европе и других странах мира.

Представленные данные свидетельствуют о тождественности основных принципов и методов обучения в системе высших учебных заведений России и большинстве стран мира. Послевузовское образование (клиническая ординатура или резидентура) отличается сроками обучения. В част-

ности, по акушерству и гинекологии *postgraduate education* длится 4 года в Германии и Соединенных Штатах Америки, 5 лет — в Израиле, 6 лет — в Греции.

Вероятно, указанные различия сохранятся и в дальнейшем, так как зависят от политики государства в области здравоохранения, в том числе в акушерстве и гинекологии. Это в полной мере относится и к повышению квалификации на протяжении врачебной карьеры: национальные правительства сами устанавливают формы, сроки и программы *continuum education* в течение всей жизни врача.