

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений . . . . .	25
Введение . . . . .	27
<b>Глава 1. Медицинское образование в России, Соединенных Штатах Америки и странах Европы . . . . .</b>	<b>33</b>
<b>Глава 2. Краткий очерк развития и современного состояния акушерства и гинекологии . . . . .</b>	<b>39</b>
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
<b>Глава 3. Репродуктивная система женщины . . . . .</b>	<b>66</b>
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
<b>Глава 4. Акушерско-гинекологическая и неонатальная помощь в Российской Федерации . . . . .</b>	<b>156</b>
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 . . . . .	172
<b>Глава 5. Препедвтика гинекологических заболеваний. Методы исследования в гинекологии . . . . .</b>	<b>177</b>
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 . . . . .	213
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
<b>Глава 6. Расстройства менструации . . . . .</b>	<b>250</b>
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
<b>Глава 7. Предменструальный синдром . . . . .</b>	<b>295</b>
7.1. Общие сведения . . . . .	295
<b>Глава 8. Синдром гиперпролактинемии . . . . .</b>	<b>308</b>
<b>Глава 9. Преждевременная недостаточность яичников. . . . .</b>	<b>320</b>
<b>Глава 10. Синдром гиперандрогении в гинекологии. . . . .</b>	<b>332</b>
10.1. Синдром поликистозных яичников . . . . .	332
10.2. Аденогенитальный синдром (врожденная дисфункция коры надпочечников) . . . . .	356
<b>Глава 11. Воспалительные заболевания женских половых органов . . . . .</b>	<b>374</b>
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. Аэробный 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 . . . . .	425
11.4.1. Генитальный кандидоз . . . . .	426
11.4.2. Урогенитальный трихомониаз . . . . .	431
11.4.3. Гонорея . . . . .	437
11.4.4. Сифилис . . . . .	445
11.4.5. Урогенитальная хламидийная инфекция . . . . .	447
11.4.6. Микоплазменные урогенитальные инфекционные заболевания . . . . .	453
11.4.7. Папилломавирусная инфекция . . . . .	456
11.4.8. Герпес половых органов . . . . .	462
11.4.9. Цитомегаловирусная инфекция . . . . .	471
11.4.10. Контагиозный моллюск . . . . .	476
11.4.11. Инвазия лобковыми вшами (фтириоз) . . . . .	477
11.4.12. Инвазия клещами (чесотка) . . . . .	480
11.4.13. Синдром приобретенного иммунодефицита . . . . .	481
11.4.14. Туберкулез женских половых органов . . . . .	488
<b>Глава 12. Доброкачественные опухоли и предраковые заболевания женских половых органов . . . . .</b>	<b>506</b>
12.1. Понятие о предраке . . . . .	506
12.2. Опухоли и опухолевидные образования яичников . . . . .	507
12.2.1. Эпителиальные опухоли (цистаденомы) . . . . .	514
12.2.1.1. Серозные опухоли . . . . .	514
12.2.1.2. Муцинозные опухоли . . . . .	515
12.2.1.3. Опухоли Бреннера . . . . .	516
12.2.1.4. Светлоклеточные (мезонефроидные) опухоли . . . . .	517
12.2.2. Опухоли стромы полового тяжа . . . . .	517
12.2.2.1. Гранулезоклеточные опухоли, текомы . . . . .	518
12.2.2.2. Фиброма яичника . . . . .	519
12.2.2.3. Андробластомы . . . . .	519
12.2.2.4. Гинандробластома . . . . .	520

12.2.3. Герминогенные опухоли . . . . .	520
12.2.3.1. Дисгерминома . . . . .	521
12.2.3.2. Тератомы . . . . .	521
12.2.4. Дифференциальная диагностика опухолей яичника . . . . .	526
12.2.5. Лечение опухолей яичника . . . . .	528
12.3. Предраковые заболевания вульвы . . . . .	532
12.3.1. Доброкачественные поражения вульвы . . . . .	534
12.3.1.1. Склеротический лишай . . . . .	534
12.3.1.2. Плоскоклеточная гиперплазия . . . . .	536
12.3.1.3. Смешанная дистрофия . . . . .	537
12.3.2. Плоскоклеточные вульварные интраэпителиальные неоплазии . . . . .	537
12.3.3. Дифференциальная диагностика доброкачественных невоспалительных заболеваний вульвы. . . . .	539
12.3.4. Лечение доброкачественных заболеваний вульвы. . . . .	540
12.4. Доброкачественные заболевания влагалища. . . . .	541
12.4.1. Плоскоклеточная гиперплазия . . . . .	542
12.4.2. Дисплазия влагалища . . . . .	542
12.5. Доброкачественные невоспалительные заболевания шейки матки. . . . .	543
12.5.1. Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки. . . . .	544
12.5.1.1. Истинная эрозия шейки матки . . . . .	544
12.5.1.2. Лейкоплакия шейки матки . . . . .	545
12.5.1.3. Полип шейки матки . . . . .	548
12.5.1.4. Эктропион шейки матки . . . . .	549
12.5.2. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия. . . . .	551
12.5.3. Профилактика рака шейки матки. . . . .	555
12.6. Предраковые заболевания эндометрия. Гиперплазия и полип эндометрия . . . . .	557
12.6.1. Гиперплазия эндометрия. . . . .	559
12.6.2. Полипы эндометрия. . . . .	565
12.6.3. Оценка результатов лечения гиперплазии эндометрия. Наблюдение . . . . .	567
12.7. Миома матки . . . . .	570
<b>Глава 13. Эндометриоз . . . . .</b>	<b>588</b>
<b>Глава 14. Злокачественные заболевания органов женской репродуктивной системы . . . . .</b>	<b>607</b>
14.1. Рак шейки матки . . . . .	607
14.2. Рак тела матки. . . . .	624
14.3. Злокачественные новообразования яичников . . . . .	637
14.4. Рак молочной железы . . . . .	650
<b>Глава 15. Трофобластическая болезнь. . . . .</b>	<b>683</b>
<b>Глава 16. Репродуктивное здоровье и планирование семьи . . . . .</b>	<b>702</b>
16.1. Общие сведения . . . . .	702

16.2. Определение . . . . .	702
16.3. Репродукция и демография . . . . .	703
16.4. Проблемы охраны репродуктивного здоровья населения в современном мире . . . . .	707
16.5. Материнская и перинатальная смертность . . . . .	712
16.5.1. Материнская смертность . . . . .	712
16.5.2. Перинатальная смертность . . . . .	717
16.6. Планирование семьи и современные методы контрацепции . . . .	720
16.6.1. Планирование семьи и его влияние на жизнь общества . . . .	720
16.6.2. Методы контрацепции и принципы их выбора . . . . .	723
<b>Глава 17. Методы регулирования рождаемости . . . . .</b>	<b>731</b>
17.1. Методы контрацепции . . . . .	731
17.1.1. Естественные методы планирования семьи . . . . .	731
17.1.2. Барьерные методы контрацепции . . . . .	737
17.1.3. Внутриматочная контрацепция . . . . .	745
17.1.4. Гормональная контрацепция . . . . .	750
17.1.4.1. Комбинированные оральные контрацептивы . . . . .	752
17.1.4.2. Трансдермальная контрацептивная рилизинг-система . . . . .	764
17.1.4.3. Контрацептивное влагалищное кольцо . . . . .	765
17.1.4.4. Чисто прогестиновые контрацептивы . . . . .	766
17.1.5. Экстренная контрацепция . . . . .	776
17.1.6. Хирургическая контрацепция . . . . .	779
17.1.7. Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции . . . . .	783
17.2. Искусственный аборт . . . . .	786
17.2.1. Общие сведения . . . . .	786
17.2.2. Искусственный аборт при беременности до 12 недель . . . . .	796
17.2.2.1. Медикаментозный аборт . . . . .	796
17.2.2.2. Метод вакуумной аспирации плодного яйца . . . . .	799
17.2.2.3. Расширение цервикального канала и выскабливание стенок полости матки . . . . .	800
17.2.3. Искусственное прерывание беременности в поздние сроки . . . . .	803
17.2.4. Медико-консультативная помощь женщинам после искусственного аборта . . . . .	809
17.2.5. Осложнения после аборта и их лечение . . . . .	810
17.2.5.1. Осложнения после аборт в ранние сроки беременности . . . . .	810
17.2.5.2. Осложнения после аборт в поздние сроки беременности . . . . .	813
<b>Глава 18. Бесплодный брак . . . . .</b>	<b>822</b>
18.1. Общие сведения . . . . .	822
18.2. Формы женского бесплодия . . . . .	824
18.2.1. Трубно-перитонеальная форма бесплодия . . . . .	824

18.2.2. Эндокринное женское бесплодие . . . . .	825
18.2.3. Маточный фактор бесплодия . . . . .	826
18.2.4. Шеечный фактор бесплодия . . . . .	827
18.2.5. Иммунологические факторы бесплодия . . . . .	829
18.2.6. Психогенные факторы бесплодия . . . . .	829
18.3. Обследование при бесплодном браке . . . . .	829
18.3.1. Анамнез . . . . .	832
18.3.2. Клиническое обследование . . . . .	833
18.3.3. Лабораторные и инструментальные исследования . . . . .	834
18.4. Методы преодоления бесплодия . . . . .	835
18.4.1. Медикаментозное лечение бесплодия. . . . .	835
18.4.2. Хирургические методы лечения бесплодия . . . . .	839
18.4.3. Вспомогательные репродуктивные технологии . . . . .	840
<b>Глава 19. Внематочная беременность . . . . .</b>	<b>850</b>
19.1. Общие сведения . . . . .	850
19.2. Патогенез . . . . .	851
19.3. Клиническая картина и диагностика . . . . .	856
19.3.1. Прогрессирующая эктопическая беременность . . . . .	856
19.3.2. Прервавшаяся внематочная беременность . . . . .	857
19.3.3. Редкие формы внематочной беременности . . . . .	860
19.4. Лечение и последствия внематочной беременности. . . . .	862
<b>Глава 20. Аномалии (пороки) развития женских половых органов . . . . .</b>	<b>873</b>
20.1. Общие сведения . . . . .	873
20.2. Пороки развития вульвы и влагалища . . . . .	878
20.2.1. Атрезия гимена . . . . .	878
20.2.2. Атрезия влагалища . . . . .	880
20.2.3. Аплазия (агенезия) влагалища . . . . .	880
20.3. Пороки развития матки и влагалища . . . . .	880
20.3.1. Аплазия влагалища и матки (синдром Рокитанского— Кюстера—Майера—Хаузера) . . . . .	882
20.3.2. Нарушение слияния парамезонефральных протоков . . . . .	883
20.4. Пороки развития яичников. . . . .	885
20.4.1. Аплазия яичников (врожденное отсутствие яичников) . . . . .	885
20.4.2. Дисгенезия гонад . . . . .	885
20.5. Гермафродитизм. . . . .	888
<b>Глава 21. Нарушения полового развития . . . . .</b>	<b>894</b>
21.1. Преждевременное половое развитие . . . . .	895
21.1.1. Истинная форма преждевременного полового развития по изосексуальному типу . . . . .	896
21.1.2. Истинная форма преждевременного полового развития по гетеросексуальному типу . . . . .	899
21.1.3. Конституциональная форма преждевременного полового развития . . . . .	900
21.1.4. Ложное преждевременное половое развитие . . . . .	900
21.2. Задержка полового развития . . . . .	902

21.2.1. Семейно-конституциональная форма задержки полового развития у . . . . .	903
21.2.2. Задержка полового развития периферического гонеза . . . . .	903
21.2.3. Задержка полового развития центрального гонеза . . . . .	903
21.2.4. Задержка полового развития соматогонеза . . . . .	905
<b>Глава 22. Травмы женских половых органов и их последствия . . . . .</b>	<b>910</b>
22.1. Иноородные тела во влагалище и матке . . . . .	911
22.2. Свежие повреждения половых органов . . . . .	912
22.3. Изнасилование . . . . .	914
22.4. Женское обрезание . . . . .	920
22.5. Старые повреждения женских половых органов. . . . .	923
22.6. Свищи женских половых органов . . . . .	924
<b>Глава 23. Аномалии положения женских половых органов . . . . .</b>	<b>933</b>
23.1. Нормальная топография тазовых органов . . . . .	933
23.2. Классификация и терминология . . . . .	937
23.3. Пропалс половых органов . . . . .	938
<b>Глава 24. Недержание мочи у женщин . . . . .</b>	<b>964</b>
24.1. Общие сведения . . . . .	964
24.2. Механизмы удержания мочи и акт нормального мочеиспускания. . . . .	965
24.3. Клиническая картина и диагностика . . . . .	972
24.4. Лечение. . . . .	976
24.4.1. Хирургическое лечение стрессового недержания мочи . . . . .	977
24.4.2. Лечение гиперрефлексии мочевого пузыря . . . . .	979
24.4.3. Лечение недержания мочи смешанного типа . . . . .	980
<b>Глава 25. «Острый живот» в гинекологии . . . . .</b>	<b>984</b>
25.1. Понятие об «остром животе». . . . .	984
25.2. Клиническая картина и диагностика . . . . .	986
25.3. Дифференциальная диагностика. . . . .	991
25.4. Лечение. . . . .	994
<b>Глава 26. Расстройства климактерия. . . . .</b>	<b>1001</b>
26.1. Общие сведения . . . . .	1001
26.1.1. Эпидемиология . . . . .	1001
26.1.2. Терминология и стадии климактерия . . . . .	1002
26.1.3. Этиология и патогенез . . . . .	1006
26.1.4. Диагностика климактерических расстройств. . . . .	1007
26.2. Климактерические расстройства. . . . .	1008
26.2.1. Вазомоторные и психоэмоциональные расстройства . . . . .	1008
26.2.2. Генитоуринарный менопаузальный синдром . . . . .	1012
26.2.3. Позднеременные симптомы климактерия . . . . .	1014
26.3. Лечение климактерических нарушений. . . . .	1019
26.3.1. Принципы лечения климактерических расстройств . . . . .	1019
26.3.2. Менопаузальная гормональная терапия . . . . .	1020
26.3.3. Альтернативные методы лечения . . . . .	1025

26.3.4. Лечение вазомоторных симптомов климактерия . . . . .	1027
26.3.5. Лечение урогенитальных расстройств в климактерии . . . . .	1028
26.3.6. Лечение постменопаузального остеопороза . . . . .	1029
26.3.7. Постоваризэктомический синдром . . . . .	1033
<b>Глава 27. Доброкачественные заболевания молочных желез . . . . .</b>	<b>1041</b>
27.1. Мастит . . . . .	1042
27.1.1. Неспецифические маститы . . . . .	1042
27.1.2. Хронические специфические воспалительные процессы молочной железы . . . . .	1046
27.1.2.1. Туберкулез молочных желез . . . . .	1046
27.1.2.2. Сифилис молочной железы . . . . .	1046
27.2. Доброкачественные заболевания молочных желез . . . . .	1047
27.2.1. Классификация . . . . .	1048
27.2.2. Этиология . . . . .	1049
27.2.3. Клиническая картина и диагностика . . . . .	1052
27.2.4. Профилактика . . . . .	1061
27.2.5. Лечение . . . . .	1063
<b>Ключ к тестам и ситуационным задачам . . . . .</b>	<b>1069</b>
<b>Литература . . . . .</b>	<b>1080</b>
<b>Предметный указатель . . . . .</b>	<b>1082</b>

# 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 Российской Федерации (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.