

О. В. СИВОЧАЛОВА, О. И. ЛИНЕВА, Л. В. ГАВРИЛОВА

ГИНЕКОЛОГИЯ

УЧЕБНИК

Допущено

*Министерством образования Российской Федерации
в качестве учебника для студентов образовательных учреждений
среднего профессионального образования*

4-е издание, стереотипное



Москва
Издательский центр «Академия»
2012

УДК 618.1(075.32)

ББК 57.1я723

С343

Рецензенты:

зав. кафедрой акушерства и гинекологии Самарского государственного медицинского университета, д-р мед. наук, профессор *В. А. Мельников*;
доцент кафедры сестринского дела в педиатрии, акушерстве Российской медицинской академии последиипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, канд. мед. наук *И. С. Чушкова*

Сивочалова О.В.

С343 Гинекология : учеб. для студ. учреждений сред. мед. проф. образования / О.В. Сивочалова, О.И. Линева, Л.В. Гаврилова. — 4-е изд., стер. — М. : Издательский центр «Академия», 2012. — 288 с.

ISBN 978-5-7695-9262-1

Рассмотрены вопросы этиологии, диагностики и профилактики гинекологических болезней. Описаны современные методы исследования, применяемые при заболеваниях женской половой системы. Изложены основные принципы доврачебной помощи при неотложных состояниях в гинекологии и организация госпитализации гинекологических больных в лечебно-профилактические учреждения. Приведены данные о вредном влиянии профессиональных и экологических факторов, перечень химических веществ, способных нарушить репродуктивные функции, повлиять на развитие плода во время беременности и новорожденного ребенка.

Учебник может быть использован при освоении профессионального модуля ПМ.03. «Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни (МДК 03.01) по специальности 060102 «Акушерское дело».

Для студентов учреждений среднего медицинского профессионального образования.

УДК 618.1(075.32)

ББК 57.1я723

Оригинал-макет данного издания является собственностью Издательского центра «Академия», и его воспроизведение любым способом без согласия правообладателя запрещается

- © Сивочалова О.В., Линева О.И., Гаврилова Л.В., 2007
- © Сивочалова О.В., Линева О.И., Гаврилова Л.В., 2011, с изменениями
- © Образовательно-издательский центр «Академия», 2011
- © Оформление. Издательский центр «Академия», 2011

ISBN 978-5-7695-9262-1

ПРЕДИСЛОВИЕ

Проблемы защиты генофонда нации, безопасного материнства, планирования семьи, охраны репродуктивного здоровья женщин тесно связаны с диагностикой, терапией и профилактикой гинекологических заболеваний.

Стремительное развитие современной науки позволило с новых позиций рассматривать некоторые физиологические и патофизиологические процессы в репродуктивной системе женщины. Накоплены многочисленные научные факты, углубляющие и расширяющие наши представления об этиологии и патогенезе гинекологических заболеваний. Внедрение в клиническую практику радиоиммунных методов определения гормонов, ультразвукового сканирования, компьютерной томографии, рентгенологических, эндоскопических и других методов исследования способствовало разработке новых подходов к диагностике патологии органов репродуктивной системы.

Развитие вирусологии, микробиологии, клинической биохимии, иммунологии значительно расширило современные знания о воспалительных заболеваниях половых органов, их терапии и профилактике.

Появились новые возможности медикаментозной коррекции различных нарушений функции репродуктивной системы с учетом специфики ювенильного, репродуктивного и перименопаузального возраста, разработана техника новых органосохраняющих операций, получили дальнейшее развитие такие частные разделы гинекологии, как репродуктология, детская и подростковая гинекология, гинекологическая эндокринология, планирование семьи и т. д.

Параллельно с этими процессами произошло радикальное реформирование службы родовспоможения, созданы новые организационные структуры, широко внедряются в клиническую практику современные медико-организационные технологии, разработаны стандарты обследования и лечения больных в условиях обязательного медицинского страхования.

В учебнике учтены как требования государственного образовательного стандарта, так и современные реалии работы службы в условиях страховой медицины с учетом последних достижений науки и практики.

Авторы надеются, что учебник найдет свое место в арсенале учебной литературы для подготовки квалифицированных фельдшеров-акушеров как к самостоятельной работе, так и в качестве помощника врача. Все замечания и предложения будут восприняты авторами с благодарностью.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

1.1. Основная задача гинекологической службы

Основной задачей гинекологической службы является профилактика и раннее выявление гинекологических заболеваний, а также обеспечение высококвалифицированной лечебной и реабилитационной помощи гинекологическим больным. Медицинская помощь оказывается в амбулаторно-поликлинических и стационарных лечебно-профилактических учреждениях. При этом в новых экономических условиях особое внимание уделяют развитию амбулаторно-поликлинических видов помощи.

Основным учреждением амбулаторно-поликлинической гинекологической помощи является женская консультация. Помимо этого действуют центры планирования семьи и репродукции, гинекологические кабинеты. Стационарную помощь оказывают в гинекологических отделениях больниц, других лечебно-профилактических учреждений.

Практика развития здравоохранения за последние десятилетия показала, что основные задачи могут быть в значительной мере решены путем дальнейшего развития специализированной помощи.

Специализированная медицинская помощь — это вид помощи, оказываемой врачами-специалистами в специально предназначенных для этого лечебных учреждениях или отделениях с использованием современной лечебно-диагностической аппаратуры, инструментария и оборудования. Развитие специализированных видов гинекологической помощи определяется необходимостью разработки или усовершенствования методов профилактики, диагностики и лечения отдельных видов патологии, имеющих высокую социальную и (или) медицинскую значимость.

Основная группа гинекологических больных (80—85 %) проходит лечение в амбулаторных условиях. По данным П. И. Заборовского, А. А. Ромашко, 79 % женщин с заболеваниями половых органов начинают и заканчивают лечение в амбулаторных условиях.

Динамическому наблюдению подлежат гинекологические больные с хроническим течением заболевания, относящиеся к группе риска по возникновению онкопатологии или нарушения репродуктивного здоровья.

На каждую женщину, подлежащую этому наблюдению, заполняют «Контрольную карту диспансерного наблюдения», где указывают диагноз заболевания, по которому она поставлена на учет, частоту осмотров, применяемые методы обследования и лечения. Динамический контроль за гинекологическими больными проводят в соответствии со «Схемами динамического наблюдения гинекологических больных». После излечения, которое должно быть подтверждено контрольными обследованиями, женщина может быть снята с учета.

Гинекологических больных в основном лечат в женской консультации, на здравпункте, в специализированном диспансере (онкологическом, противотуберкулезном и др.). Лечебные процедуры может выполнять врач или акушерка. Во многих консультациях процедурный кабинет, для работы в котором выделяют специальную медицинскую сестру, работает в две смены. Контроль за его работой возлагают на старшую акушерку.

По выборочным данным научных исследований, 10—15 % гинекологических больных нуждаются в стационарном лечении. По материалам обследования больных гинекологических отделений установлено, что основными причинами пребывания в них женщин были новообразования женских половых органов (13,4 %), воспалительные заболевания придатков матки (27,5 %), расстройства менструальной функции (15,3 %).

После выписки больной из стационара врач женской консультации решает вопрос о методах и сроках долечивания с учетом рекомендаций стационара. Четкая преемственность в работе амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений во многом повышает качество медицинской помощи.

1.2. Организация работы женской консультации

В системе охраны материнства и детства первичная медико-санитарная помощь всегда занимала особое место. В условиях реформирования здравоохранения предполагают значительное усиление роли амбулаторно-поликлинической службы, увеличение объемов помощи на этом этапе, в том числе за счет расширения перечня услуг в стационарах дневного пребывания и внедрения в них стационарзамещающих технологий.

Ведущую роль в оказании амбулаторно-гинекологической помощи играет женская консультация. В 1999 г. с введением в номенклатуру учреждений здравоохранения женской консультации приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «О совершенствовании организации медицинской помощи беременным женщинам и гинекологическим больным» № 462 от 30.12.1999 г. было утверждено положение об организации их работы.

Женская консультация может быть организована как самостоятельное учреждение или являться структурным подразделением родильного дома, поликлиники или амбулатории.

Руководство женской консультацией осуществляет главный врач (заведующий), а штаты утверждаются в установленном порядке. Женская консультация может использоваться в качестве клинической базы для научных, высших и средних медицинских образовательных учреждений, а также учреждений дополнительного медицинского образования.

Женская консультация осуществляет различные виды квалифицированной акушерско-гинекологической помощи:

диспансерное наблюдение беременных, в том числе выделение женщин групп риска в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;

выявление беременных, нуждающихся в своевременной госпитализации в дневные стационары, отделения патологии беременности родильных домов и другие подразделения лечебно-профилактических учреждений по профилю экстрагенитальных заболеваний;

проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных к родам;

оказание медицинской помощи на дому (стационар на дому);

проведение патронажа беременных и родильниц;

консультирование и оказание услуг по вопросам планирования семьи, охраны репродуктивного здоровья согласно установленным стандартам;

организация и проведение профилактических осмотров женского населения в целях раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний;

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

выявление и обследование гинекологических больных для подготовки к госпитализации в специализированные лечебно-профилактические учреждения;

диспансеризация гинекологических больных в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, включая реабилитацию и санаторно-курортное лечение;

выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий (гистероскопия, лазер-, криотерапия и т.д.);

обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц, гинекологических больных между женской консультацией и другими лечебно-профилактическими учреждениями (кожно-венерологическим, онкологическим, психоневро-

логическим, наркологическим, противотуберкулезным диспансе-рами и т.д.), территориальными фондами обязательного медицин-ского страхования и страховыми компаниями;

проведение экспертизы временной нетрудоспособности по бе-ременности, родам, в связи с гинекологическими заболеваниями, определение необходимости и сроков временного или постоян-ного перевода работника по состоянию здоровья на другую ра-боту, направления в установленном порядке на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособ-ности;

оказание медико-социальной, правовой и психологической помощи;

повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала в соответствии с действующим законодательством Рос-сийской Федерации;

внедрение в практику современных диагностических и лечеб-ных технологий, новых организационных форм работы, средств профилактики и реабилитации больных;

выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемичес-ких мероприятий для обеспечения безопасности персонала и па-циентов, предотвращения распространения инфекций;

проведение мероприятий в области информирования и повы-шения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья женщин, планирования семьи, подготовки к беременности и ро-дам, профилактики инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции;

проведение анализа показателей работы женской консульта-ции, эффективности и качества медицинской помощи, разработ-ки предложений по улучшению акушерско-гинекологической по-моши.

С учетом задач, стоящих перед женской консультацией в совре-менных условиях, изменилась структура этого учреждения. В насто-ящее время в зависимости от численности обслуживаемого населе-ния рекомендуется следующая структура:

- 1) кабинет акушера-гинеколога;
- 2) кабинеты специализированных приемов: планирования се-мьи; невынашивания беременности; гинекологической эндокри-нологии; патологии шейки матки; бесплодия; гинекологии детс-кого и подросткового возраста; функциональной и пренатальной диагностики;
- 3) кабинеты других специалистов: терапевта; стоматолога (зуб-ного врача); психотерапевта (медицинского психолога); юриста; социального работника; психопрофилактической подготовки бе-ременных к родам; лечебной физкультуры, физиотерапевтичес-ких методов лечения.

4) другие подразделения: малая операционная; клинико-биохимическая лаборатория; стерилизационная; набор помещений для дневного стационара.

Сеть женских консультаций позволяет практически всем беременным находиться под наблюдением медицинского персонала. Эффективность проводимых в консультации мер по охране здоровья беременных и антенатальной охране плода наиболее высока, если их начинают на ранних сроках беременности. В связи с этим особое внимание уделяют подготовке беременной к процессу родов, в том числе с участием мужа, что обеспечивает создание особой атмосферы психологического комфорта. Как показывает опыт, это позволяет значительно сократить сопутствующие осложнения беременности, родов и послеродового периода, снизить число оперативных вмешательств.

Важным аспектом подготовки к предстоящим родам является пропаганда и обучение женщин грудному вскармливанию. Это также одна из приоритетных задач женской консультации.

Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению предусматривает выполнение мероприятий по профилактике гинекологических заболеваний, раннему их выявлению и оказанию лечебной и реабилитационной помощи гинекологическим больным.

Особое место в деятельности женской консультации уделяется обеспечению консультирования и оказания услуг по планированию семьи, предупреждению аборт, внедрению современных методов контрацепции, профилактике инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции. Наряду с другими специализированными приемами рекомендуется организовывать кабинеты планирования семьи, которые предусматривают более широкий спектр услуг в области охраны репродуктивного здоровья женщин и планирования семьи по сравнению с тем, что раньше делали кабинеты контрацепции.

В работе женской консультации важное место принадлежит деятельности медицинских психологов при подготовке беременных к родам, женщин, идущих на аборт.

В штаты женских консультаций рекомендуется также вводить социальных работников для работы с женщинами групп риска. И это особенно важно с учетом социальной характеристики случаев материнской смертности. Так, ежегодно из числа умерших женщин каждая вторая ни разу не посещала женскую консультацию, половина — домохозяйки, все чаще регистрируются случаи употребления наркотиков и алкоголя во время беременности. Большую помощь социальные работники могут оказать в профилактике абортов, особенно у молодых женщин.

Принципы наблюдения гинекологических больных. Гинекологическая помощь населению ориентирована на профилактику и ди-

агностику нарушений репродуктивного здоровья онкологических и гинекологических заболеваний и их осложнений, а также обеспечение лечебной и реабилитационной помощи гинекологическим больным.

Профилактика и диагностика гинекологических заболеваний. Выявляют гинекологические заболевания в женской консультации или другом лечебно-профилактическом учреждении, при осмотре женщин на дому (по вызову), при профилактических осмотрах.

На каждую женщину, обратившуюся или направленную в женскую консультацию, оформляют «Медицинскую карту амбулаторного больного».

Жалобы, данные анамнеза, пальпации молочных желез, результаты гинекологического осмотра, дополнительных обследований (цитологический и бактериологический скрининг), проведенные манипуляции, назначения и установленный диагноз вносят в «Медицинскую карту амбулаторного больного». Заключительный диагноз регистрируют в «Статистическом талоне для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов».

Лечебные мероприятия. Лечение гинекологических больных проводят в основном в женских консультациях или специализированных лечебно-профилактических учреждениях при выявлении соответствующих заболеваний (онкологический, противотуберкулезный, кожно-венерологический диспансеры и др.). Процедуры выполняет акушерка (процедурная медицинская сестра). Все процедуры регистрируются в «Журнале учета процедур».

При наличии показаний к стационарному лечению женщинам выдают направление на госпитализацию с указанием диагноза, результатов проведенного обследования. После выписки больной из стационара врач женской консультации решает вопрос о методах и сроках реабилитации с учетом рекомендаций, указанных в выписном эпикризе.

Излечение женщины подтверждают данными проведенного обследования, после чего ее снимают с учета.

Значительная часть гинекологических больных нуждается в динамическом контроле в соответствии с действующими стандартами.

В целях раннего выявления злокачественных новообразований рекомендуется проводить ежегодные профилактические осмотры женщин, которые включают осмотр и пальпацию молочных желез, осмотр и пальпацию живота, периферических лимфатических узлов, осмотр в зеркалах шейки матки и влагалища, бимануальное обследование матки и придатков, пальцевое обследование прямой кишки женщинам старше 40 лет или при наличии жалоб.

Результаты профилактического осмотра заносят в «Медицинскую карту амбулаторного больного».

Женщинам старше 30 лет, впервые обратившимся в женскую консультацию, проводят цитологическое исследование мазков из цервикального канала и шейки матки.

Рекомендуется проводить осмотр и пальпацию молочных желез у всех пациенток при обращении в женскую консультацию. Ежегодному осмотру подлежат женщины старше 30 лет. Его проводят в положении стоя, сначала с опущенными, а затем с поднятыми руками. Оценивают контур, величину, симметричность, состояние кожных покровов молочных желез, выявляют смещение, асимметрию, деформацию, изменение уровня расположения соска, сморщивание участка кожи, отечность или гиперемию, наличие выделения из соска.

Пальпируют шейные, подмышечные, над- и подключичные лимфатические узлы. Пальпацию молочных желез проводят легким прикосновением пальцев в вертикальном и горизонтальном положениях женщины.

Доступным методом раннего выявления патологии молочных желез является самообследование. Использованию этой методики рекомендуется обучить каждую женщину. Это может осуществлять медицинский работник среднего звена, получивший специальную подготовку.

Особого наблюдения требуют женщины в возрасте 40 лет и старше, а также относящиеся к группе риска по развитию рака молочной железы, у которых имеются: доброкачественная дисплазия молочной железы; рак молочной железы в семейном анамнезе; стресс; аборт в раннем репродуктивном возрасте (до 18 лет), частые аборты, сокращение сроков лактации; раннее менархе, поздние первые роды или их отсутствие, поздняя менопауза; нейроэндокринные заболевания, гиперпластические процессы эндо- и миометрия и др.; травма молочной железы. Неблагополучная экологическая обстановка, социальные потрясения также являются факторами риска возникновения указанной патологии.

Важное значение в профилактике онкопатологии имеет преемственность в деятельности женской консультации, онкологического диспансера и других лечебно-профилактических учреждений, поэтому женские консультации рекомендуется оснастить маммографом, а также специальным датчиком к ультразвуковому аппарату для исследования молочных желез.

При подозрении на онкопатологию врач акушер-гинеколог направляет женщину на консультацию к врачу-онкологу по месту жительства, который в дальнейшем осуществляет наблюдение за ней.

Предварительные, периодические гинекологические осмотры жительниц села, поступающих на работу (учебу) или работающих в сельскохозяйственном производстве, проводят согласно действу-

ющему приказу, на всех этапах оказания амбулаторно-поликлинической помощи в сельской местности. Профилактический осмотр женщин отдаленных сел и деревень выполняет выездная женская консультация (врачебная бригада) центральной районной больницы (ЦРБ).

Объем обследования женщин-работниц в зависимости от характера воздействия производственных факторов определяется специальными установками вышестоящих органов здравоохранения по согласованию с профпатологом.

Информацию о проведении гинекологических осмотров направляют в отделение (кабинет) профилактики территориальной поликлиники (ЦРБ, районной больницы, медицинской санитарной части МСЧ), а при их отсутствии — ответственному за проведение профосмотров в учреждении.

Специализированная гинекологическая помощь. Такую помощь организуют в крупных женских консультациях (при наличии восьми и более акушерско-гинекологических участков), специализированных лечебно-профилактических учреждениях, на базах кафедр образовательных медицинских учреждений и НИИ акушерско-гинекологического профиля.

Вопрос об организации специализированных видов помощи решают местные органы управления здравоохранением. Виды специализированной помощи, уровень ее размещения определяют, исходя из наличия контингента гинекологических больных, соответствующих специалистов с необходимым уровнем подготовки, с учетом состояния материально-технической базы акушерско-гинекологических учреждений. Посещаемость врачей акушеров-гинекологов, ведущих специализированный прием, составляет примерно 12 % общего объема посещений врачей акушеров-гинекологов.

Для работы в специализированных отделениях (кабинетах) необходимо привлекать опытных (стаж работы не менее 5 лет) врачей акушеров-гинекологов, прошедших специальную подготовку. В женских консультациях рекомендуется организовывать специализированную гинекологическую помощь по следующим направлениям:

- гинекологические заболевания у девочек до 18 лет;
- бесплодие;
- патология шейки матки;
- планирование семьи.

На фоне увеличения соматической патологии гинекологическая заболеваемость имеет тенденцию к росту, что создает неблагоприятный фон для реализации в дальнейшем репродуктивной функции. Анализ частоты гинекологической заболеваемости показал, что среди девушек-подростков, живущих половой жизнью, частота этой патологии в 3 раза выше, чем у их сверстниц, не имеющих сексуального опыта.

В последние годы значительное развитие получили специализированные виды гинекологической помощи подросткам. Сформировалась служба детской и подростковой гинекологии: в большинстве субъектов Российской Федерации организованы кабинеты детской и подростковой гинекологии, в ряде регионов действуют молодежные центры, медико-педагогические школы. Наиболее развита система гинекологической помощи детям и подросткам в Москве, Санкт-Петербурге, Новосибирской и Кемеровской областях. Создана система подготовки кадров для работы в этой области.

Среди детей и подростков особого внимания требуют вопросы профилактики инфекций, передаваемых половым путем. За последние годы эта проблема обострилась в связи с ростом этих заболеваний во всех возрастных группах. Подростки представляют группу риска как по возникновению инфекций, передаваемых половым путем, так и по нежелательной беременности. В работе службы планирования семьи эта возрастная группа требует особого внимания. Такую помощь можно организовать путем выделения специальных часов на специализированных приемах в кабинетах планирования семьи женских консультаций или центров планирования семьи и репродукции. Наиболее оптимальной формой является создание молодежных центров.

Особое медико-социальное значение в условиях современной демографической ситуации имеет проблема бесплодия. По расчетам специалистов Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии Российской академии медицинских наук (РАМН) из 4,5 — 5,0 млн бесплодных пар около 3,0 млн нуждаются в лечении методом экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), который позволяет реализовать функцию деторождения женщинам, считавшимся ранее абсолютно бесплодными. Этот метод позволяет диагностировать врожденную хромосомную патологию эмбриона на ранней стадии его дробления, тем самым обеспечивая перенос только здоровых эмбрионов.

Первый такой ребенок в России родился в 1986 г., когда действовал всего один центр ЭКО. В настоящее время они находятся в большинстве федеральных округов.

Таким образом, можно говорить о новом направлении в лечении бесплодия супружеских пар — вспомогательных репродуктивных технологиях, которые необходимо развивать для обеспечения потребности и улучшения воспроизводства населения.

По данным научных исследований, у 60 — 70 % женщин отмечаются специфические климактерические расстройства, в том числе явления остеопороза — в 30 — 40 % случаев, артериальная гипертонзия — до 50 %, урогенитальные расстройства (50 — 80 %) и др. Снижение частоты климактерических расстройств, улучшение качества и продолжительности активной жизни женщин могут быть

обеспечены путем использования заместительной гормонотерапии, которую с успехом применяют за рубежом более 50 лет.

Учитывая значимость проблемы для обеспечения организационно-методической помощи регионам создан федеральный центр «Здоровье женщин после 40 лет» на базе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН.

В женских консультациях предусмотрена организация кабинетов специализированной помощи для женщин старше 40 лет с возможностями обследования и коррекции менопаузальных расстройств. Эту работу должны проводить врачи или специально подготовленные акушерки в индивидуальном порядке. Основной задачей является сохранение здоровья и улучшение качества жизни женщин старшего возраста путем проведения консультативно-диагностической, лечебной, оздоровительной и санитарно-просветительской работы.

Организация дневных стационаров. Перспективной организационной формой оказания гинекологической помощи являются дневные стационары. Такие стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях (женская консультация), стационары (отделения, палаты) дневного пребывания в родильных домах (отделениях), гинекологических отделениях многопрофильных больниц организуют в целях улучшения качества медицинской помощи гинекологическим больным, не требующим круглосуточного наблюдения и лечения. При ухудшении состояния больных женщин переводят в соответствующие отделения больницы.

В дневном стационаре выполняют следующие малые гинекологические операции и манипуляции:

аспирация содержимого полости матки для цитологического исследования;

гистеросальпингография, кимопертубация и гидротубация;
гистероскопия;

ножевая биопсия шейки матки;

деструктивные методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки (диатермокоагуляция, криодеструкция, лазерная коагуляция) при отсутствии злокачественного процесса, гистологически подтвержденного;

удаление полипа цервикального канала и шейки матки с одновременным выскабливанием слизистой цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим исследованием;

выскабливание цервикального канала при удаленной матке;

удаление небольших размеров кист влагалища;

рассечение девственной плевы, полностью закрывающей вход во влагалище;

операции искусственного прерывания беременности на ранних сроках методом вакуум-аспирации;

удаление и введение контрацептивных имплантов;
внутривенный наркоз, проводимый врачом-анестезиологом;
местная инфильтрационная анестезия;
парацервикальная анестезия.

Для выполнения этих операций в консультации рекомендуется оборудовать малую операционную и комнату временного пребывания больных (стационар дневного пребывания). В необходимых случаях медицинская помощь гинекологическим больным может быть оказана на дому (осмотр, анализы, инъекции, консультации). Операции и манипуляции регистрируют в «Журнале записи амбулаторных операций».

Рекомендуемая мощность дневного стационара — не менее 5—10 коек. Для обеспечения полноценного лечебно-диагностического процесса длительность пребывания больной в дневном стационаре должна быть не менее 6—8 ч.

Руководство дневным стационаром осуществляет главный врач (заведующий) учреждения, на базе которого организовано данное структурное подразделение. Штаты медицинского персонала и режим работы дневного стационара женской консультации зависят от объема оказываемой помощи.

На каждую пациентку дневного стационара оформляют «Карту больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице».

Диагностику и лечение пациенток проводят согласно действующим отраслевым стандартам.

При выписке гинекологических больных сведения о проведенном лечении с необходимыми рекомендациями передают врачу, который направил больную на лечение.

Для пребывания в дневных стационарах необходимы следующие показания:

1) воспалительные болезни женских тазовых органов: хронический сальпингит и оофорит; хроническая воспалительная болезнь матки; воспалительная болезнь шейки матки; хронический параметрит и тазовый целлюлит; тазовые перитонеальные спайки у женщин; другие воспалительные болезни влагалища или вульвы; изъязвления и воспаления вульвы и влагалища при болезнях, классифицированных в других рубриках;

2) невоспалительные болезни женских половых органов: эндометриозы матки, яичников, тазовой брюшины, ректовагинальной перегородки и влагалища, кишечника; киста желтого тела; полипы шейки матки, влагалища; внутриматочные синехии; эрозия и эктропион шейки матки; дисплазии шейки матки и влагалища; лейкоплакия влагалища; отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации; обильные, частые и нерегулярные менструации; синдром предменструального напряжения; первичная и вторичная дисменорея; женское бесплодие, связанное с отсут-

ствием овуляции, трубного, маточного либо цервикального проихождения и др.; женское бесплодие неуточненное;

3) обращения в учреждения здравоохранения в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции: меры по восстановлению репродуктивной функции после прерывания беременности.

Важным аспектом в оказании медицинской помощи гинекологическим больным является осуществление реабилитационных мероприятий. Н. Д. Семенова и соавт. (1987), изучив состояние различных звеньев репродуктивной системы, а также органов и систем, связанных с ней, при различных гинекологических заболеваниях выявили значительные нарушения в репродуктивной системе, рецепции эндометрия, иммунитета, гемостаза, функции печени, почек и мочевыводящих путей и разработали дифференцированную систему реабилитации, в которой ведущую роль отводят физиотерапии.

Основными принципами реабилитации являются: включение восстановительных мероприятий на самых ранних стадиях развития заболевания; индивидуальный подход; непрерывность, последовательность и преемственность мероприятий на различных этапах реабилитации; активное, сознательное участие самих пациенток. Соблюдение этих принципов с включением в систему реабилитации гинекологических больных санаториев-профилакториев промышленных предприятий позволило в 1,5—2 раза снизить гинекологическую заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

Важным разделом работы является проведение экспертизы временной утраты трудоспособности в связи с гинекологическими заболеваниями.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности имеет как медико-биологическое, так и социальное, юридическое значение. Формируется этот вид заболеваемости из случаев временной нетрудоспособности в связи с заболеванием, имевшим место у работающего в данном году.

Учетным документом служит листок нетрудоспособности, который является не только юридическим документом, удостоверяющим освобождение от работы, но и финансовым, поскольку на его основании проводят выплату пособия из средств социального страхования.

В своей практической деятельности врачу акушеру-гинекологу приходится решать вопрос о том, имеет ли место потеря трудоспособности вообще или только профессиональной, определять степень и длительность нетрудоспособности. Важнейшей задачей врачебной экспертизы является установление нетрудоспособности как условия для уточнения диагноза, лечения и восстановления здоровья женщины.

Анализ данного вида заболеваемости проводят по следующим показателям:

число случаев нетрудоспособности на 100 работающих (всего и по отдельным группам заболеваний);

число дней нетрудоспособности на 100 работающих (всего и по отдельным группам заболеваний);

средняя длительность одного случая нетрудоспособности;

показатели структуры заболеваемости (удельный вес случаев и дней нетрудоспособности в связи с данным заболеванием среди всех случаев и дней утраты трудоспособности).

Стационарная гинекологическая помощь. В целях повышения эффективности медицинской помощи гинекологическим больным рекомендуется структуру гинекологических стационаров развивать в соответствии со структурой и распространенностью заболеваемости женщин в регионе. При этом особое внимание необходимо уделять женщинам репродуктивного возраста и подросткам.

Основными подразделениями, где оказывают стационарную гинекологическую помощь, являются гинекологические отделения. Как правило, гинекологические отделения входят в состав многопрофильных больниц, медико-санитарных частей или родильных домов.

Гинекологические отделения подразделяют на три основные группы: оперативные (хирургические), неоперативные (консервативные) и абортные. В свою очередь оперативные отделения подразделяют на отделения для проведения «чистых» и гнойных операций. Абортные отделения также разделяют на две группы: отделения для искусственных (искусственных) абортов и отделения для абортов, начавшихся вне лечебного учреждения.

Однако дифференциация гинекологических отделений приемлема только в крупных городах со значительным числом гинекологических коек. При этом важное значение имеет также и территориальное размещение гинекологических отделений, т. е. возможность быстрой доставки больных к месту оказания неотложной помощи. Наиболее целесообразно размещать гинекологическое отделение в многопрофильной больнице в непосредственной близости от хирургического отделения. В этих случаях рационально используется оборудование и оснащение хирургической службы двумя близкими по роду деятельности отделениями. Гинекологическое отделение для неоперативных методов необходимо размещать в больницах, имеющих хорошо оснащенную физиотерапевтическую службу.

В гинекологических отделениях предусматривают помещение приема, включающее в себя вестибюль-гардеробную (при размещении гинекологического отделения в общей больнице может быть выделена часть помещения общего вестибюля). Количество мест в гардеробе должно составлять 60 % количества коек гинекологи-

ческого отделения. На каждое место в гардеробе следует выделять 0,3 м² площади. Количество поступающих в сутки больных составляет 10 % от числа коек отделения. Для осмотра поступающей больной необходимо выделить 12 м² площади (но не менее 12 м²), смотровую (18 м²), комнату для санитарной обработки больных с душевой кабиной и унитазом (14 м²). Палатные отделения включают палатные секции (по 30 коек каждая), операционный блок, помещение выписки.

Большая операционная гинекологического отделения предназначена для полостных (в том числе лапароскопии) и влагалищных операций, а при отсутствии малой операционной — также для производства сложных диагностических манипуляций, кульдоскопии и др.

Для рационального использования коечного фонда гинекологических стационаров и сокращения необоснованного пребывания женщин в больнице все поступающие больные должны быть максимально обследованы в женской консультации (анализы крови и мочи, ЭКГ, флюорография, анализы крови на ВИЧ-инфекцию, RW). Вместе с направлением на госпитализацию женская консультация должна выдавать больным на руки подробную выписку из медицинской карты амбулаторного больного с указанием характера и особенностей развития и течения настоящего заболевания и данных лабораторного исследования. При выписке из гинекологического отделения женщины получают на руки подробную выписку из истории болезни с указанием характера проведенного лечения и рекомендаций врачу женской консультации для дальнейшего наблюдения.

Для обеспечения специализированной стационарной медицинской помощи гинекологическим больным необходимо организовывать соответствующие отделения и центры.

Этому способствуют большие успехи в применении эндоскопических методов диагностики и лечения. Их внедрение позволяет значительно (в 2,6 раза) снизить число послеоперационных осложнений по сравнению с традиционными методами, а также сократить на 50 % сроки пребывания в стационаре, на 20 % — объем лекарственной помощи.

Перспективным является широкое внедрение в лечебную практику лапароскопии и гистероскопии как наиболее оптимальных методов для сохранения и восстановления репродуктивной функции женщин.

Во многих регионах эти методы уже внедрены в деятельность гинекологической службы и подтвердили свою высокую эффективность в диагностике и лечении больных.

Из общего числа гинекологических больных, нуждающихся в госпитализации, примерно 20 % страдают эндокринными расстройствами. Для оказания им квалифицированной помощи не-

обходима организация крупного отделения с гормональной лабораторией.

В крупном населенном центре необходимо организовать отделение гинекологии детского возраста, которое должно входить в состав детской больницы или профильного учреждения.

Учитывая особую важность проблемы профилактики и снижения числа аборт, а также смертность по этой причине, необходимо использовать современные безопасные технологии, особенно в условиях стационара.

Так, искусственное прерывание беременности во II триместре необходимо проводить в стационаре, имеющем условия для оказания квалифицированной медицинской помощи, в том числе экстренной, хирургической, реанимационной и интенсивной.

Вопрос об искусственном прерывании беременности по социальным показаниям решают в учреждениях, получивших специальный лицензию на данный вид деятельности. Перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 11.08.2003 г. № 485. К этим показаниям относятся следующие:

наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав;

беременность в результате изнасилования;

пребывание женщины в местах лишения свободы;

наличие инвалидности I—II группы и смерть мужа.

Для оказания квалифицированной помощи при септических абортах, гнойных бартолинитах нужны специализированные отделения в составе больниц, имеющих отделения гнойной хирургии и реанимации. Септические больные в связи с почечной недостаточностью нередко нуждаются в гемодиализе.

Больница должна быть обеспечена лабораторной службой, в том числе для экспресс-диагностики.

При оказании стационарной гинекологической помощи важную роль играет реанимационно-анестезиологическая служба. Для ее правильной организации большое значение имеет создание специального филиала на станции скорой помощи. В этом случае с помощью специальных машин с квалифицированным персоналом обеспечивают госпитализацию больных в отделения соответствующего профиля.

Охрана репродуктивного здоровья и планирование семьи. Репродуктивное здоровье — это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или недугов, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов.

Проблема охраны репродуктивного здоровья населения в условиях снижения рождаемости, высокого уровня общей смертности имеет особую социальную значимость. Этим определяется

и приоритет в деятельности органов и учреждений здравоохранения в последние годы.

Работа в области охраны репродуктивного здоровья выполняется в соответствии с концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, концепцией охраны репродуктивного здоровья населения России, концепцией демографического развития Российской Федерации, национальными планами действий и федеральными целевыми программами по улучшению положения и здоровья женщин и детей во взаимодействии с органами и учреждениями здравоохранения на местах, ведомствами, общественными организациями.

Основным документом, определяющим мероприятия по охране репродуктивного здоровья населения, является «Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000 — 2004 гг.» и план мероприятий по ее реализации.

Целью Концепции является сохранение и улучшение репродуктивного здоровья, увеличение воспроизводства населения и повышение его репродуктивного потенциала.

Задачи и направление Концепции включает комплекс мер по созданию эффективной системы охраны репродуктивного здоровья населения: обеспечение единой государственной политики и поддержки в этой области; подготовку кадров; профилактику нарушений репродуктивного здоровья населения детородного возраста; разработку приоритетных научных направлений и целевых программ по данной проблеме; проведение информационных и образовательных мероприятий по формированию общественного мнения; создание новых подходов к гигиеническому и нравственному воспитанию и образованию детей и подростков; повышение ответственности населения за состояние своего здоровья.

В области охраны репродуктивного здоровья принят ряд законодательных актов. В прил. 1 даны извлечения из основных законодательных актов в данной сфере.

В целом реализация мероприятий Концепции по охране репродуктивного здоровья населения осуществляется в соответствии со структурной реформой здравоохранения, в условиях рационализации и реструктуризации амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, основанной на внедрении стационарзамещающих технологий, увеличении объемов помощи в условиях дневных стационаров, обеспечении этапности оказания медицинской помощи населению, расширении профилактической работы и увеличении объемов амбулаторно-поликлинической помощи.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрава России) «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста» от 05.05.1999 г.

№ 154 введена система непрерывного наблюдения за подростками в педиатрической сети.

Исключительно важно, что приказом предусмотрена организация работы отделений (кабинетов) медико-социальной помощи в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях. Задачей этих отделений (кабинетов) является реализация медико-социальных мероприятий, учитывающих специфические особенности детей, в том числе подростков, и направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, их социальную и правовую защиту и поддержку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование потребности в здоровом образе жизни.

Одной из основных задач этих подразделений является выполнение мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья девочек/девушек и мальчиков/юношей. Для этого в соответствии с приказом Минздрава России «О штатных нормах медико-педагогического персонала детских городских поликлиник» от 16.10.2001 г. № 371 в городах с населением свыше 25 тыс. человек установлена должность врача акушера-гинеколога в расчете 1,25 штатных ед. на 10 тыс. детей до 18 лет, прикрепленных к поликлинике. Кроме того, данным приказом предусмотрено введение должности медицинского психолога в зависимости от объема работы, что очень важно для работы с группами риска, в том числе с нарушением репродуктивного здоровья.

Подростковый период является одним из критических периодов в жизни человека. В этом возрасте заканчивается формирование репродуктивной, нервной, эндокринной и других систем организма, а также личности и характера человека. Именно в этот период особенно неблагоприятные последствия возникают в результате влияния различных факторов внешней среды (социальных, экономических, экологических и др.).

Одним из важнейших факторов является планирование семьи — проблема чрезвычайно актуальная для нашей страны, особенно в контексте профилактических мероприятий нарушения репродуктивного здоровья населения, в том числе подростков.

По определению ВОЗ, планирование семьи включает в себя предупреждение нежелательной беременности, выбор времени деторождения в зависимости от возраста и состояния здоровья родителей, рождение только желанных детей. Планирование семьи — это ответственное родительство.

Основной особенностью ситуации, характеризующей проблему планирования семьи в Российской Федерации, является высокая распространенность аборт, оказывающих существенное влияние на состояние репродуктивного здоровья женщин, показатели материнской и младенческой смертности в стране.

Для обеспечения единой государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья населения, особенно с 1980-х гг.,

осуществляется государственная поддержка службы охраны материнства и детства со значительными инвестициями в нее. Важные мероприятия реализованы в рамках федеральных целевых программ «Планирование семьи» и «Безопасное материнство». Особую роль при этом сыграла программа «Планирование семьи», разработанная в соответствии с международными правовыми стандартами Минздравом России в 1991 г. и вошедшая как программа «Безопасное материнство» в состав президентской программы «Дети России». Главными задачами этих программ определены сохранение и укрепление здоровья женщин и детей, охрана репродуктивного здоровья населения, социальная поддержка материнства и детства, профилактика и снижение числа аборт, материнской и младенческой заболеваемости и смертности. Аналогичные программы были приняты и реализуются в субъектах Российской Федерации.

Ключевую роль при создании службы охраны репродуктивного здоровья выполняют центры планирования семьи и репродукции, введенные в номенклатуру лечебно-профилактических учреждений здравоохранения и довольно успешно организуемые в регионах. Уже в первые три года реализации федеральных целевых программ их было создано более 100, а в настоящее время существует более 500 этих учреждений, являющихся методическими и практическими центрами в регионах по оказанию медицинской помощи, подготовке кадров и проведению просветительской деятельности по вопросам охраны репродуктивного здоровья.

В целях оптимизации деятельности центров планирования семьи и репродукции разработана и утверждена штатно-организационная структура этих подразделений. Штаты медицинского персонала центров устанавливаются в пределах общей численности персонала женских консультаций родильных домов, перинатальных центров и других лечебно-профилактических учреждений, в том числе за счет введения дополнительных штатных должностей.

В деятельности служб планирования семьи особое внимание необходимо уделить так называемым «группам риска» по возникновению нежелательной беременности, прежде всего подросткам. Работа с подростками и молодежью, также являющимися группами риска по возникновению нежелательной беременности и заболеваний, передаваемых половым путем, может выполняться как путем выделения специализированных кабинетов и часов приема в центрах планирования семьи и репродукции, кабинетах планирования семьи, других учреждениях здравоохранения, так и путем создания самостоятельных структур.

Важной формой просветительской работы среди молодежи является привлечение известных и популярных людей (звезд эстрады, актеров, известных спортсменов, бардов, политиков и др.) и неформальных лидеров.

Особого внимания требуют женщины, направляемые на искусственное прерывание беременности, женщины после абортов и родов. Во время диспансерного наблюдения по поводу беременности в программу занятий по подготовке к родам необходимо включать беседы о методах контрацепции в целях подбора и выработки мотивации к его использованию. После проведенных занятий и бесед в индивидуальной карте беременной, а также в обменной карте делают отметку о выбранном методе. В послеродовом отделении при наличии возможности и отсутствии противопоказаний у рожениц проводят контрацепцию в соответствии с существующими рекомендациями (медицинская стерилизация, мини-пили, инъекционные контрацептивы, импланты, введение внутриматочных спиралей (ВМС), оральные контрацептивы, барьерные методы и др.).

При выписке из родильного дома в корешке обменной карты делают отметку о проведенной или запланированной после выписки контрацепции. При передаче информации из родильного дома в женскую консультацию в целях обеспечения преемственности сообщают по телефону аналогичную информацию, учитываемую при патронаже на дому врачом акушером-гинекологом и педиатром, а также медицинскими работниками среднего звена.

Необходимо ввести в практику обязательное проведение индивидуальных бесед с пациентами о применении средств контрацепции после аборта. Для этого специалист, направляющий женщину на прерывание беременности, делает отметку в выданном в учреждении направлении о проведенной беседе и о том методе, который выбрала женщина (с учетом противопоказаний). Указанные сведения также вносят в карту прерывания беременности. В случае выбора ВМС ее вводят после окончания операции искусственного прерывания беременности; при выборе противозачаточных таблеток прием первой таблетки начинают в день операции, при этом рекомендуется бесплатное предоставление оральных контрацептивов на 1—3 цикла.

При наличии в учреждении инъекционных контрацептивов, имплантов пролонгированного действия инъекцию или введение также проводят в день операции. В карте прерывания беременности регистрируют предоставленный метод контрацепции и рекомендации по дальнейшему ведению и наблюдению пациентки, которой выдают выписку с аналогичной информацией для врача женской консультации, центра планирования семьи.

В учреждении, где проводят операцию по прерыванию беременности, ведут учет средств и методов контрацепции, предоставленных женщинам бесплатно после операции в соответствии с рекомендациями, утвержденными на местном уровне.

В целях осуществления контроля и оценки эффективности деятельности службы планирования семьи используют анализ пока-

зателей, а также отдельных видов деятельности с использованием современных информационных технологий. При этом используют различные критерии оценки. Ежеквартально проводят анализ следующих показателей:

- абсолютное число аборт в возрастных группах 15—49 лет, а также у подростков до 15 лет;

- число аборт на 1 000 женщин детородного возраста в возрастных группах 15—49 лет, а также у подростков до 15 лет;

- число аборт (абсолютное и выраженное в процентах) первобеременных;

 - число аборт на 100 родов;

 - доля мини-аборт, в том числе у подростков;

 - число криминальных аборт;

 - число аборт с использованием простагландинов;

- структура контрацепции, в том числе среди подростков — оральные контрацептивы, внутриматочные средства, медицинская стерилизация, Депо-провера (продолженного действия), норплант;

- количество упаковок гормональных контрацептивов, выданных бесплатно — подросткам (15—18 лет); женщинам группы риска (18 лет и старше).

Наряду с анализом динамики показателей следует проводить:

- учет пациентов, пользующихся услугами учреждения неоднократно в течение года или нескольких лет подряд;

 - опрос пациентов после посещения специалистов;

- анализ наличия и использования оборудования, информационных материалов, лекарственных препаратов, контрацептивных средств и т. д.;

 - анализ записей приемов по вопросу планирования семьи;

 - интервью медицинского персонала (врачей, медицинских работников среднего звена и социальных работников);

 - интервью семей и отдельных их членов для определения степени удовлетворенности оказываемой помощью и изучение спроса населения в области планирования семьи.

Деятельность в области охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи регламентирована статьями законодательства.

1.3. Правовые основы охраны репродуктивного здоровья

Социальная помощь гинекологическим больным. В условиях неблагоприятной демографической ситуации, ухудшения уровня жизни и состояния здоровья населения особую роль приобретает развитие социальных служб в системе учреждений здравоохранения.