



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ



Гинекология

Национальное руководство

Главные редакторы:

Г.М. Савельева, Г.Т. Сухих, В.Н. Серов,
В.Е. Радзинский, И.Б. Манухин

**2-е издание, переработанное
и дополненное**

Подготовлено под эгидой
Российского общества акушеров-гинекологов
и Ассоциации медицинских обществ по качеству



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	9
Участники издания	10
Благодарности	20
Список сокращений и условных обозначений	21

Глава 1. Организация гинекологической помощи в Российской Федерации (Гусева Е.В., Шувалова М.П., Костин И.Н.)	24
--	----

Глава 2. Непрерывное медицинское образование акушеров-гинекологов в России: проблемы и перспективы (Серов В.Н., Баранов И.И., Нестерова Л.А.)	32
--	----

Глава 3. Правовые аспекты оказания акушерско-гинекологической помощи в современной России (Айламазян Э.К., Акулин И.М., Белоколодова Т.И., Горяинов А.М., Пристансков В.Д.)	37
--	----

РАЗДЕЛ 1. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Глава 4. Клинические методы диагностики (Манухин И.Б., Манухина Е.И., Казенашев В.В.)	51
--	----

Глава 5. Лабораторные методы исследования	60
5.1. Определение гормонов в сыворотке крови (Иванец Т.Ю., Сметник В.П.)	60
5.2. Микробиологические методы исследования (Припутневиг Т.В., Савигова А.М.)	74
5.3. Иммунологические исследования (Крегетова Л.В., Ванько Л.В.)	87
5.4. Молекулярно-генетические методы в практике гинеколога (Донников А.Е., Трофимов Д.Ю.)	94
5.5. Цитологический метод в диагностике заболеваний шейки матки (Минкина Г.Н.)	102

Глава 6. Инструментальные методы исследования	107
6.1. Ультразвуковое исследование органов малого таза (Демидов В.Н., Гус А.И.)	107
6.2. Кольпоскопия (Прилепская В.Н., Костава М.Н.)	120
6.3. Биопсия шейки матки (Байрамова Г.Р.)	124
6.4. Зондирование матки (Белоцерковцева Л.Д.)	126
6.5. Аспирационная биопсия эндометрия (Белоцерковцева Л.Д.)	127
6.6. Гистероскопия (Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М., Баисова Б.И.)	130
6.7. Гистеросальпингография, гидросонография (Радзинский В.Е., Краснова И.А.)	134
6.8. Лапароскопия как метод диагностики гинекологических заболеваний (Каппушева Л.М., Штыров С.В.)	146
6.9. Магнитно-резонансная томография органов малого таза (Воеводин С.М., Бызгенко В.Г.)	154
6.10. Ультразвуковое исследование молочных желез (Габуния М.С.)	168

РАЗДЕЛ 2. НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ РЕГУЛЯЦИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Глава 7. Нормальный менструальный цикл (<i>Хашукоева А.З.</i>).....	173
--	-----

РАЗДЕЛ 3. ТАЗОВЫЕ БОЛИ

Глава 8. Тазовые боли (<i>Радзинский В.Е., Яроцкая Е.Л., Оразов М.Р.</i>).....	183
---	-----

РАЗДЕЛ 4. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Глава 9. Эндокринные расстройства в репродуктивном периоде	193
---	-----

9.1. Аномальные маточные кровотечения репродуктивного периода (<i>Чернуха Г.Е.</i>).....	193
9.2. Аменорея (<i>Чернуха Г.Е., Марченко Л.А.</i>).....	200
9.3. Синдром поликистозных яичников (<i>Чернуха Г.Е., Геворкян М.А.</i>).....	213
9.4. Метаболический синдром (<i>Андреева Е.Н.</i>).....	221
9.5. Предменструальный синдром (<i>Балан В.Е., Ткаченко Л.В.</i>).....	231
9.6. Синдром после тотальной овариоэктомии (<i>Юренева С.В.</i>).....	236
9.7. Постгистерэктомиический синдром (<i>Подзолкова Н.М.</i>).....	242
9.8. Гиперпролактинемия (<i>Подзолкова Н.М.</i>).....	246

Глава 10. Сексуальные нарушения у женщин (<i>Стеняева Н.Н., Хритинин Д.Ф.</i>).....	253
--	-----

Глава 11. Патология пери- и постменопаузы	263
--	-----

11.1. Климактерический синдром (<i>Сметник В.П.</i>).....	263
11.2. Урогенитальные расстройства в климактерическом периоде. Генитоуринарный синдром (<i>Балан В.Е., Юренева С.В., Аполихина И.А., Геворкян М.А., Ермакова Е.И.</i>).....	275
11.3. Кровотечения в перименопаузе и постменопаузе (<i>Бреусенко В.Г.</i>)....	285
11.4. Постменопаузальный остеопороз (<i>Юренева С.В.</i>).....	289

РАЗДЕЛ 5. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Глава 12. Доброкачественные заболевания половых органов	303
--	-----

12.1. Гиперпластические процессы эндометрия (<i>Бреусенко В.Г., Чернуха Г.Е., Голова Ю.Б.</i>).....	303
12.2. Миома матки (<i>Адамян Л.В., Стрижаков А.Н., Пекарев О.Г., Тихомиров А.Л., Краснова И.А., Кира Е.Ф.</i>).....	308
12.3. Эндометриоз (<i>Адамян Л.В., Стрижаков А.Н.</i>).....	332
12.4. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников (<i>Соломатина А.А.</i>).....	345

Глава 13. Злокачественные новообразования женских половых органов	362
--	-----

13.1. Рак вульвы (<i>Ашрафян Л.А.</i>).....	362
13.2. Рак влагалища (<i>Жордания К.И.</i>).....	368
13.3. Рак шейки матки (<i>Ашрафян Л.А.</i>).....	371
13.4. Рак эндометрия (<i>Новикова Е.Г.</i>).....	376

- 13.5. Рак маточной трубы (*Ашрафян Л.А.*) 382
 13.6. Злокачественные новообразования яичников (*Жордания К.И.*) 384

РАЗДЕЛ 6. БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ И ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Глава 14. Нормальная микрофлора влагалища (*Савигова А.М.*) 413

- Глава 15. Бактериальный вагиноз и клинические формы воспалительных заболеваний органов малого таза** 417
- 15.1. Бактериальный вагиноз (*Кира Е.Ф.*) 417
 15.2. Вульвовагинальный кандидоз (*Байрамова Г.Р.*) 429
 15.3. Вульвовагиниты (*Мальшикина А.И.*) 437
 15.4. Бартолинит (*Доброхотова Ю.Э.*) 442
 15.5. Экзо- и эндоцервициты (*Зарогенцева Н.В.*) 447
 15.6. Воспалительные заболевания матки 451
 15.6.1. Острый эндометрит (*Тотгиев Г.Ф., Духин А.О., Хамошина М.Б.*) 451
 15.6.2. Хронический эндометрит (*Маргенко Л.А.*) 455
 15.7. Гнойно-воспалительные заболевания органов малого таза (*Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Белоцерковцева Л.Д., Шукина Н.А.*) 460

- Глава 16. Инфекционно-воспалительные заболевания специфической этиологии** 475
- 16.1. Папилломавирусная инфекция половых органов (*Прилепская В.Н., Минкина Г.Н.*) 475
 16.2. Генитальный герпес (*Маргенко Л.А.*) 480
 16.3. Цитомегаловирусная инфекция (*Кузьмин В.Н.*) 486
 16.4. Урогенитальная микоплазменная инфекция (*Кузьмин В.Н.*) 491
 16.5. Урогенитальная хламидийная инфекция (*Кан Н.Е., Баранов И.И.*) 495
 16.6. Урогенитальный трихомониаз (*Межевитинова Е.А.*) 498
 16.7. Гонорея (*Евсеев А.А.*) 503
 16.8. Туберкулез женских половых органов (*Евсеев А.А.*) 510
 16.9. Сифилис (*Евсеев А.А.*) 514
 16.10. ВИЧ-инфекция и СПИД (*Баранов И.И., Рымашевский А.Н.*) 521

- Глава 17. Доброкачественные заболевания вульвы, влагалища и шейки матки** 525
- 17.1. Дистрофические заболевания вульвы (*Роговская С.И., Костава М.Н.*) 525
 17.2. Доброкачественные заболевания шейки матки 534
 17.2.1. Эктопия цилиндрического эпителия шейки матки (*Зарогенцева Н.В.*) 534
 17.2.2. Эрозия шейки матки (*Зарогенцева Н.В.*) 537
 17.2.3. Эктропион (*Зарогенцева Н.В.*) 540
 17.2.4. Лейкоплакия (*Прилепская В.Н., Костава М.Н.*) 542
 17.3. Дисплазии шейки матки (*Минкина Г.Н.*) 547

- Глава 18. Вакцинопрофилактика** 553
- 18.1. Вакцины против папилломавируса как средство профилактики цервикального рака (*Краснопольский В.И., Прилепская В.Н., Зарогенцева Н.В.*) 553

РАЗДЕЛ 7. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Глава 19. Пороки развития женских половых органов (Адамян Л.В., Хашукоева А.З., Макиян З.Н., Бобкова М.В., Мурватов К.Д., Арсланян К.Н.)	565
---	-----

РАЗДЕЛ 8. ПРОЛАПС И СВИЩИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Глава 20. Генитальные свищи (Краснопольский В.И., Буянова С.Н.)	583
--	-----

Глава 21. Проплап тазовых органов (Краснопольский В.И., Щукина Н.А.) ..	599
21.1. Манчестерская операция (Каппушева Л.М.)	606

Глава 22. Недержание мочи (Буянова С.Н., Аполихина И.А., Мгелиашвили М.В., Чегнева М.А.)	612
22.1. Слингвые операции (Каппушева Л.М.)	622

РАЗДЕЛ 9. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В ГИНЕКОЛОГИИ

Глава 23. Острый живот в гинекологии (Савельева Г.М.)	633
23.1. Перфорация матки (Савельева Г.М., Каухова Е.Н.)	635
23.2. Апоплексия яичника (Савельева Г.М.)	637
23.3. Перекрут ножки опухоли яичников (придатков матки) (Соломатина А.А., Малышкина А.И., Козагенов А.В.)	640
23.4. Нарушение кровоснабжения миоматозного узла (Савельева Г.М.)	643
23.5. Внематочная беременность (Стрижаков А.Н.)	645
23.6. Пельвиоперитонит, перитонит (Савельева Г.М., Евсеев А.А.)	653

Глава 24. Неотложные состояния в гинекологии	660
24.1. Самопроизвольный аборт в I триместре беременности (Дикке Г.Б., Кан Н.Е.)	660
24.2. Шок геморрагический (Пырегов А.В., Баранов И.И.)	670
24.3. Сепсис и септический шок (Гельфанд Б.Р., Артымук Н.В., Куликов А.В., Белокриницкая Т.Е.)	675

РАЗДЕЛ 10. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Глава 25. Принципы обезболивания гинекологических операций (Штабницкий А.М.)	687
--	-----

Глава 26. Предоперационная подготовка и обследование больных (Чурпынин В.Д.)	692
--	-----

Глава 27. Техника оперативных вмешательств в гинекологии	699
27.1. Киста гартнерова хода (Гришин И.И.)	699
27.2. Рассечение перегородки влагалища (Доброхотова Ю.Э.)	701
27.3. Оперативные вмешательства на шейке матки (Фирюгенко С.В.)	702
27.4. Операции при внутриматочных заболеваниях (Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М.)	710

27.5. Операции на матке	724
27.5.1. Операции на матке с использованием лапароскопического доступа	724
Лапароскопическая миомэктомия (Киселев С.И.)	724
Лапароскопическая гистерэктомия (Попов А.А.)	729
Тотальная лапароскопическая гистерэктомия (экстирпация матки) (Хабас Г.Н.)	733
27.5.2. Операции на матке с использованием лапаротомического доступа (Чупрынин В.Д., Хилькевич Е.Г.)	737
27.5.3. Влагалищная экстирпация матки (Капнушева Л.М.)	746
27.6. Операции на придатках матки	752
27.6.1. Операции на придатках с использованием лапароскопического доступа (Штыров С.В., Козагенов А.В.)	752
27.6.2. Операции на придатках с использованием лапаротомического доступа (Стрижаков А.Н., Давыдов А.И.)	758
27.7. Осложнения лапароскопических вмешательств и их профилактика (Азиев О.В.)	760
27.8. Эндovasкулярные вмешательства в гинекологии (Капранов С.А.)	762
27.9. Робот-ассистированная лапароскопия в гинекологии (Кира Е.Ф.)	779
Глава 28. Медицинская реабилитация в гинекологии (Ипатов М.В., Маланова Т.Б.)	787

РАЗДЕЛ 11. ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ И КОНТРАЦЕПЦИЯ

Глава 29. Репродуктивное здоровье населения России (Хамошина М.Б., Костин И.Н.)	799
Глава 30. Предупреждение нежелательной беременности.	
Методы контрацепции.	804
30.1. Гормональная контрацепция (Прилепская В.Н., Тарасова М.А.)	804
30.2. Внутриматочная контрацепция (Прилепская В.Н.)	827
30.3. Барьерные методы контрацепции (Межевитинова Е.А.)	832
30.4. Физиологические (естественные) методы контрацепции (Межевитинова Е.А.)	838
30.5. Женская хирургическая контрацепция (Адамян Л.В., Данилов А.Ю.)	842
30.6. Мужская контрацепция (Гамидов С.И.)	844

РАЗДЕЛ 12. БЕСПЛОДНЫЙ БРАК И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Глава 31. Бесплодный брак (Радзинский В.Е., Краснополянская К.В.)	851
31.1. Трубно-перитонеальное бесплодие (Абубакиров А.Н., Мишичева Н.Г., Мальшикина А.И.)	852
31.2. Эндометриоз и бесплодие (Смольникова В.Ю.)	855
31.3. Маточные формы бесплодия (Краснополянская К.В.)	860
31.4. Мужское бесплодие (Гамидов С.И.)	866

31.5. Вспомогательные репродуктивные технологии (Краснопольская К.В., Корсак С.В.)	873
31.6. Осложнения вспомогательных репродуктивных технологий (Калинина Е.А.)	885
31.6.1. Синдром гиперстимуляции яичников (Корнеева И.Е., Перминова С.Г.)	891
31.7. Онкофертильность (Курцер М.А., Короленкова Л.И.)	905

РАЗДЕЛ 13. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Глава 32. Нарушения полового развития и гинекологические заболевания детей и подростков	911
32.1. Нарушение полового развития (Уварова Е.В., Кумыкова З.Х.)	911
32.2. Пороки (аномалии) развития влагалища и матки у девочек (Уварова Е.В., Чупрынин В.Д.)	927
32.3. Дисменорея пубертатного периода (Уварова Е.В.)	934
32.4. Аномальные маточные кровотечения в пубертатном периоде (Башмакова Н.В., Уварова Е.В.)	940
32.5. Олигоменорея и аменорея у подростков (Уварова Е.В., Андреева В.О.)	950
32.6. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у девочек (Уварова Е.В., Латыпова Н.Х.)	957
32.7. Сращения малых половых губ у девочек (Уварова Е.В., Батырова З.К.)	963
32.8. Сальпингит и сальпингофорит у девочек (Хамошина М.Б.)	966
32.9. Опухоли и опухолевидные образования яичников у детей и подростков (Уварова Е.В., Соломатина А.А., Карагенцева И.В.)	973

РАЗДЕЛ 14. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Глава 33. Доброкачественные заболевания молочных желез (Овсянникова Т.В.)	981
Глава 34. Рак молочной железы (Рожкова Н.И., Родионов В.В., Гайлиш Ю.П.)	988

ПРЕДИСЛОВИЕ

С момента издания первого национального руководства по гинекологии прошло 10 лет. Известно, что первое издание руководства явилось для многих гинекологов нашей страны настольной книгой, которая предоставила возможность получить необходимые сведения по всем основным разделам специальности.

В новом издании переработаны все главы, впервые включены молекулярно-генетические методы исследования, большое внимание уделено органосохраняющему направлению и малоинвазивным технологиям в оперативной гинекологии (эмболизация маточных артерий, роботхирургия), четко представлено комплексное лечение при эндометриозе, миоме матки, онкогинекологических заболеваниях. Рассмотрены все стороны проблемы планирования семьи: предупреждение нежелательной беременности современными методами контрацепции, медикаментозный аборт, профилактика его осложнений. Наполнены новым содержанием разделы по лечению бесплодия, в частности показано совершенствование вспомогательных репродуктивных технологий.

С позиции доказательной медицины в соответствии с современными протоколами изложены методы диагностики и лечения воспалительных заболеваний, большое внимание уделено профилактике рака шейки матки при папилломавирусной инфекции.

Работа по переизданию руководства проводилась под эгидой Российского общества акушеров-гинекологов с привлечением ведущих специалистов НМИЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, МГМСУ им. А.И. Евдокимова, РУДН, МОНИИАГ, НИИАГиР им. Д.О. Отта и многих других кафедр и институтов страны.

Авторы надеются, что данное издание будет способствовать дальнейшему повышению качества профессиональной подготовки и переподготовки акушеров-гинекологов, врачей других специальностей и организаторов здравоохранения.

*Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н.,
Радзинский В.Е., Манухин И.Б.*

Медицинская помощь населению предоставляется:

- бесплатно — в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, а также средств соответствующих бюджетов (федерального, регионального или местного);
- платно — за счет средств граждан или организаций.

Согласно российскому законодательству, медицинская помощь населению, в том числе гинекологическая помощь женскому населению, классифицируется по видам, условиям и формам оказания медицинской помощи.

Гинекологическая помощь пациенткам может оказываться:

- амбулаторно (не предусматривается круглосуточное медицинское наблюдение и лечение), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- в дневном стационаре (предусматривается медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующее круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).

В зависимости от степени риска для жизни и здоровья женщины гинекологическая помощь бывает: экстренная, неотложная и плановая.

Медицинская помощь при гинекологических заболеваниях оказывается в рамках первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности по акушерству и гинекологии.

Основными задачами **первичной медико-санитарной помощи** гинекологическим больным являются профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний, а также оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение абортов, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни с использованием эффективных информационно-просветительских моделей (школы пациентов, круглые столы с участием пациентов, дни здоровья).

Первичная медико-санитарная медицинская помощь предоставляется в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара. Выделяют первичную доврачебную, первичную врачебную и первичную специализированную медико-санитарную помощь.

- *Первичная доврачебная медико-санитарная помощь* оказывается фельдшерами, акушерками и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием в фельдшерско-акушерских пунктах.
- *Первичная врачебная медико-санитарная помощь* женщинам с заболеваниями репродуктивной системы при необходимости может оказываться врачами общей практики (семейными врачами) в центрах общей врачебной практики (семейной медицины).
- *Первичная специализированная медико-санитарная медицинская помощь* по профилю «акушерство и гинекология» оказывается врачами акушерами-гинекологами в женских консультациях, поликлиниках, врачебных амбулаториях, консультативно-диагностических центрах, центрах вспомогательных репродуктивных технологий, центрах охраны материнства и детства, центрах охраны здоровья семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного

здоровья подростков и др. Помимо общей сети медицинских организаций, работникам промышленных предприятий гинекологическая помощь дополнительно оказывается по месту работы в медико-санитарной части врачом акушером-гинекологом цехового врачебного участка.

В целях повышения доступности организация данного вида помощи осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы.

Территория, закрепленная за медицинской организацией, делится на врачебные участки. Каждый участковый врач акушер-гинеколог обслуживает женское население, постоянно проживающее в границах конкретного врачебного участка, это позволяет врачу хорошо изучить состав населения, спектр заболеваемости и исключает обезличивание в оказании медицинской помощи.

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

При проведении профилактических осмотров женщин осуществляются цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки, маммография, УЗИ органов малого таза.

По результатам профилактических осмотров женщин формируются *группы состояния здоровья*:

- I группа — практически здоровые женщины, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении;
- II группа — женщины с риском возникновения заболеваний репродуктивной системы;
- III группа — женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях для уточнения (установления) диагноза при впервые установленном хроническом заболевании или при наличии уже имеющегося хронического заболевания, а также нуждающиеся в лечении в амбулаторных условиях;
- IV группа — женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара;
- V группа — женщины с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

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

При наличии риска возникновения заболеваний репродуктивной системы в детородном возрасте женщины ориентируются врачом акушером-гинекологом на деторождение с последующим подбором методов контрацепции.

Женщинам, отнесенным к III, IV, V группам состояния здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение врачом акушером-гинекологом по месту жительства.

Группы диспансерного наблюдения:

- 1-я диспансерная группа — женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, фоновыми заболеваниями шейки матки;

- 2-я диспансерная группа — женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий;
- 3-я диспансерная группа — женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (невывнашивание, бесплодие).

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

Медицинская помощь женщинам с целью выявления заболеваний молочных желез оказывается врачом акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по патологии молочной железы.

Женщины с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза. После исключения злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся под диспансерным наблюдением врача акушера-гинеколога, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественных заболеваний молочных желез и лечению доброкачественных диффузных изменений с учетом сопутствующих гинекологических заболеваний.

Рекомендуемая численность прикрепленного населения:

- на 1 должность врача акушера-гинеколога — 2200 женщин;
- на 1,25 должности врача акушера-гинеколога по оказанию медицинской помощи в детском возрасте — 10 тыс. детского населения.

Норма нагрузки консультативно-амбулаторного приема врача акушера-гинеколога:

- первичный прием беременной женщины — 30 мин;
- повторный прием беременной женщины — 20 мин;
- прием женщины с гинекологическим заболеванием — 25 мин;
- профилактический осмотр женщины — 15 мин;
- первичный прием девочки — 30 мин;
- повторный прием девочки — 20 мин.

С целью охраны и укрепления репродуктивного здоровья женского населения первичное звено гинекологической службы осуществляет:

- 1) организацию и проведение профилактических осмотров женского населения по выявлению гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез;
- 2) консультирование по вопросам подготовки к беременности, использования современных методов контрацепции, профилактики абортот, инфекций, передаваемых половым путем; информирование по различным аспектам здорового образа жизни;
- 3) обследование и лечение пациенток с гинекологическими заболеваниями, ведение диспансерного наблюдения, прерывание беременности в ранние сроки;
- 4) взаимодействие и преемственность в обследовании, лечении и реабилитации пациенток с гинекологическими заболеваниями с другими медицинскими организациями.

В медико-санитарной части, где женщины получают большую часть необходимой им медицинской помощи при гинекологических заболеваниях, по показаниям осуществляется направление пациенток в соответствующие лечебные учреждения.

В *дневные стационары* направляются женщины с гинекологическими заболеваниями, нуждающиеся в проведении инвазивных манипуляций, ежедневном

наблюдении и/или выполнении медицинских процедур, но не требующие круглосуточного наблюдения и лечения, а также для продолжения наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре. Рекомендуемая длительность пребывания в дневном стационаре составляет 4–6 ч в сутки.

При наличии показаний для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи женщины с гинекологическими заболеваниями направляются в медицинские организации, имеющие лицензии и врачей-специалистов соответствующего профиля.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний женской репродуктивной системы, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий.

Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной и оказывается в соответствии с перечнем ее видов, включая применение новых сложных и/или уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

В настоящее время перечень видов высокотехнологичной гинекологической помощи определяется Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи:

- хирургическое органосохраняющее лечение женщин с несостоятельностью мышц тазового дна, опущением и выпадением органов малого таза, а также в сочетании со стрессовым недержанием мочи, соединительнотканными заболеваниями, включая реконструктивно-пластические операции (сакроагинопексию с лапароскопической ассистенцией, оперативные вмешательства с использованием сетчатых протезов);
- хирургическое органосохраняющее и реконструктивно-пластическое лечение распространенных форм гигантских опухолей гениталий, смежных органов малого таза и других органов брюшной полости у женщин с использованием лапароскопического и комбинированного доступов;
- хирургическое органосохраняющее лечение пороков развития гениталий и мочевыделительной системы у женщин, включая лапароскопическую сальпинго-стоматоластику, ретроградную гистерорезектоскопию, операции влагалищным доступом с лапароскопической ассистенцией, реконструкцию влагалища с использованием синтетических имплантатов, кольпопоза;
- комплексное лечение при задержке полового созревания у женщин, подтвержденной молекулярно- и иммуногенетическими методами, включающее гормональные, иммунологические, физические и малоинвазивные хирургические методы лечения;
- неинвазивное и малоинвазивное хирургическое органосохраняющее лечение миомы матки, аденомиоза (узловой формы) у женщин с применением реконструктивно-пластических операций, эмболизации маточных артерий и ультразвуковой абляции под ультразвуковым контролем и/или контролем магнитно-резонансной томографии;
- хирургическое лечение распространенного эндометриоза, пороков развития и опухолей гениталий, пролапса гениталий у женщин с использованием робототехники.

Гинекологическая, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь предоставляется медицинскими организациями в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на койках гинекологического профиля (гинекологические, гинекологические для детей, гинекологические для вспомогательных репродуктивных технологий).

В российской системе здравоохранения специализированные федеральные научные центры и университетские клиники выполняют функции клиник «последней инстанции», куда направляются наиболее сложные и тяжелые пациенты.

Российское законодательство предусматривает оказание медицинской помощи в рамках **клинической апробации** (статья 36.1 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Клиническая апробация представляет собой практическое применение разработанных и ранее не применявшихся методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи для подтверждения доказательств их эффективности. Экспертный совет Минздрава России дает разрешение на апробацию, включающую в себя определение числа пациентов, которым будет оказана медицинская помощь в рамках клинической апробации по каждому методу профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также определяет медицинские организации.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь женщинам с заболеваниями репродуктивной системы, требующими срочного медицинского вмешательства, оказывается врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи. При необходимости осуществляется медицинская эвакуация больного (с привлечением санитарной авиации).

В рамках национальной системы здравоохранения медицинская деятельность подлежит жесткому регулированию как со стороны государства, так и со стороны профессионального сообщества. Правила, которые регламентируют этапы оказания медицинской помощи, маршрутизацию пациентов и требования к медицинским организациям закреплены в **порядках оказания медицинской помощи**. Специфика организации лечебно-диагностического процесса отражается в **стандартах медицинской помощи**, которые разрабатываются в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включают в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: медицинских услуг; лекарственных препаратов; медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; компонентов крови; видов лечебного питания.

Таким образом, медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями.

Критерии оценки качества гинекологической помощи формируются на основе стандартов клинических рекомендаций (протоколов лечения) и учитывают:

- выполнение этапов, условий и сроков оказания медицинской помощи по соответствующему виду, профилю заболеваний или состояний;
- соблюдение требований к организации деятельности медицинской организации (ее структурных подразделений);
- соблюдение требований стандартов оснащения медицинской организации, структурных подразделений;
- соответствие штатного расписания рекомендуемым штатным нормативам;
- обоснованность и полноту выполнения медицинских услуг в зависимости от усредненных показателей частоты и кратности их применения;

- обоснованность и полноту назначения лекарственных препаратов, имплантируемых в организм человека медицинских изделий;
- обоснованность и полноту назначения видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания.

В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи определены критерии доступности гинекологической помощи:

- сроки ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должны превышать 2 ч с момента обращения пациента в медицинскую организацию;
- сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию;
- сроки ожидания приема врачами общей практики (семейными врачами) не должны превышать 24 ч с момента обращения пациента в медицинскую организацию;
- сроки проведения консультации врачом-акушером-гинекологом не должны превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию.

В медицинских организациях, оказывающих специализированную гинекологическую помощь в стационарных условиях, ведется лист ожидания плановой специализированной медицинской помощи и осуществляется информирование граждан, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети Интернет, о сроках ожидания с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

Оплата медицинской помощи в амбулаторном звене производится по подушевому нормативу финансирования на прикрепленных лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, за посещение, за обращение) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации.

Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, предусматривает финансирование за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

Организация электронного документооборота, ведение баз данных персонализированного учета медицинской помощи, контроль соблюдения сроков рассмотрения документов позволяют сократить время ожидания пациентами получения медицинской помощи и частоту необоснованных госпитализаций.

Совершенствование оказания гинекологической помощи заключается в выборе наиболее оптимальной организационной модели. Объединение поликлиник (женских консультаций и пр.) со стационарами способствует повышению квалификации врачей, работающих попеременно в поликлинике и стационаре. Объединенные больницы имеют единое административное управление, хозяйственную часть, лечебно-диагностическую службу, что позволяет рационально использовать имеющиеся ресурсы.

Результативность — это способность обеспечить достижение конечного результата.

Эффективность — это отношение результата к затратам, т.е. результат, достигнутый с наименьшими затратами.

Для оценки использования имеющихся ресурсов здравоохранения необходимо проводить анализ показателей деятельности в динамике за 3–5 лет.

При организации гинекологической помощи необходимо учитывать интересы уязвимых групп, этнический и конфессиональный состав населения, принимать во внимание культурные различия, имеющие отношение к здоровью женщин и морально-этическим аспектам. Гинекологическая служба часто сталкивается с проблемами домашнего и сексуального насилия, поэтому медицинские работники в ряде случаев должны проявлять определенную настороженность, выявлять, консультировать и направлять женщин, подвергшихся насилию, в соответствующие инстанции.

В недалекой перспективе телемедицинские услуги займут свое место в системе оказания медицинской помощи населению. Посредством дистанционного консультирования жители отдаленных регионов страны получают доступ к квалифицированным и качественным советам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016).
3. Приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572н (ред. от 12.01.2016) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (Зарегистрировано в Минюсте России 02.04.2013 № 27960).
4. Постановление Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н (ред. от 16.12.2014) «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 04.06.2012 № 24440).

Глава 2

Непрерывное медицинское образование акушеров-гинекологов в России: проблемы и перспективы

Термин «непрерывное медицинское образование» был введен Всемирной федерацией медицинского образования в начале XXI в. Под непрерывным медицинским образованием понимается любая деятельность, направленная на поддержание, развитие или повышение уровня знаний, приобретение новых навыков, совершенствование профессиональной деятельности и создание связей, которые врач использует для оказания медицинской помощи больным и обществу, а также помощи коллегам (Американская медицинская ассоциация, 2007; Аккредитационный совет по непрерывному образованию, 2007).

В связи с тем, что высшего и последипломного образования недостаточно для поддержания должного уровня компетентности врача в течение всей жизни, важно, чтобы врач пополнял недостающие знания и мог отвечать на вызовы времени — быстрое увеличение объема информации, появление большого количества новых технологий, изменение потребностей здравоохранения и социальных потребностей, а также влияние политических и экономических факторов на практическую медицину. В непрерывном медицинском образовании большую роль играют мотивация врача и навыки самостоятельного обучения. Общество должно быть уверено — практикующие врачи в курсе последних достижений теории и практики.

В большинстве развитых стран врачи обязаны и имеют возможность непрерывно повышать свою квалификацию с помощью как традиционных образовательных технологий (обучение в образовательном учреждении путем прохождения курса лекций и практических занятий), так и более современных путем самостоятельного изучения специальных электронных обучающих материалов. Полученные медицинскими работниками знания учитываются в форме условных единиц — кредитов. Кредиты в непрерывном медицинском образовании — это баллы или условные единицы изме-

рения значимости образовательного мероприятия. В большинстве стран за 1 кредит принят 1 ч, т.е. длительность образовательного мероприятия.

С целью мотивации врачей к непрерывному медицинскому образованию используются следующие механизмы: получение непрерывного медицинского образования является условием релицензирования и карьерного роста, оно учитывается при заключении контракта и выплате премии, число кредитов, набранное каждым врачом, публикуется в реестре лицензированных врачей (т.е. эта информация является достоянием коллег, а в ряде случаев и пациентов).

Существующая до последнего времени в России система непрерывного образования врачей (т.н. усовершенствование, ресертификация) была основана на единовременном однократном прохождении циклов усовершенствования 1 раз в 5 лет на протяжении всей трудовой карьеры. Такой цикл тематического усовершенствования представлял собой квинтэссенцию актуальных вопросов по данной специальности в целом или ее больших разделов, и таким образом врач одно-кратно получал большую информацию. Имея свои положительные стороны, такая система ограничивала возможность врача в выборе вариантов повышения квалификации, так как иные формы, кроме одноразового цикла, не учитывались.

Несмотря на различия, структура, процедуры и результаты последипломного медицинского образования по всему миру все больше унифицируются. Безусловно, международные стандарты следует модифицировать или дополнять в соответствии с потребностями и приоритетами отдельных регионов, государств и даже образовательных учреждений. Каждое государство самостоятельно обеспечивает соответствие программ последипломного медицинского образования потребностям и задачам своей системы здравоохранения.

Ключевым моментом развития непрерывного медицинского образования в России стало создание в 2013 г. по инициативе Национальной медицинской палаты и Ассоциации медицинских обществ по качеству при поддержке Минздрава России Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования, основной целью которого явилось осуществление модернизации системы дополнительного профессионального образования в стране (официальный сайт <http://www.sovetnmo.ru>).

Одной из важнейших задач внедрения системы непрерывного медицинского образования в стране стала возможность проходить обучение не только циклами в образовательных учреждениях, но и по месту проживания путем внедрения и освоения новых видов образовательной активности, таких как посещение конференций и семинаров, проводимых профессиональными обществами; самостоятельная работа с электронными интерактивными образовательными модулями, участие в вебинарах, дистанционных лекциях и т.д. Таким образом, врач сможет получать образование более равномерно: предполагается, что в год необходимо будет набирать 50 кредитов (примерно по 1 часу-кредиту в неделю) с помощью небольших циклов, отдельных мероприятий и электронных модулей.

Уже сегодня все врачи, у которых истекает сертификат специалиста, могут пройти очередной цикл ресертификации по модели «108+36», где 108 ч (3 нед) — обучение в образовательной организации, а 36 ч — обучение с помощью материалов профессиональных обществ (см. приказ Минздрава России № 328 от 9 июня 2015 г.). Список образовательных организаций, предлагающих новую модель обучения, уже сегодня составляет более 50 и продолжает пополняться новыми участниками. После прохождения в 2016–2020 гг. сертификационного цикла (в зависимости от срока истечения действующего сертификата у каждого специалиста) врач должен вступить в новую модель обучения и ежегодно накапливать не менее

50 кредитов образовательной активности. То есть, например, врач у которого закончится сертификат в 2017 г., может в 2017 г. пройти цикл ресертификации (по «старой» системе — 144 ч в образовательной организации либо по «новой» системе — по модели «108+36») и далее каждый год набирать по 50 кредитов, чтобы через 5 лет (в данном примере в 2022 г.) предъявить на аккредитации набранные 250 кредитов непрерывного медицинского образования. В настоящее время соответствующий приказ Минздрава России находится на утверждении.

Информационная поддержка формирования и освоения индивидуального плана будет осуществляться из «Личного кабинета специалиста», который необходимо получить, зарегистрировавшись на Портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России (Портал непрерывного медицинского образования). Специалисту следует выбрать специальность и начать формировать индивидуальный план. Компонентами индивидуального плана являются различные виды образовательной активности, информация о которых размещена на Портале непрерывного медицинского образования:

- дополнительные профессиональные программы повышения квалификации непрерывного образования (далее программы непрерывного образования) трудоемкостью 18 или 36 академических часов, реализуемые организациями, осуществляющими образовательную деятельность;
- образовательные мероприятия, к которым относятся очные образовательные мероприятия [конференции, семинары, мастер-классы и т.п., в том числе проводимые с использованием дистанционных образовательных технологий (вебинары)] и заочные образовательные мероприятия (дистанционные интерактивные образовательные модули и электронные образовательные курсы, разработанные по клиническим рекомендациям), реализуемые различными организациями, в том числе профессиональными некоммерческими организациями.

Освоение компонента индивидуального плана подтверждается соответствующим документом. Учет освоения компонентов индивидуального плана ведется с помощью Портала непрерывного медицинского образования. После успешного выполнения индивидуального плана специалист может быть допущен к прохождению процедуры повторной аккредитации.

Решение о допуске к аккредитации специалиста принимается аккредитационной комиссией.

Данная схема повышения квалификации не дублирует систему непрерывного образования и в период до 1 января 2021 г. может применяться вместо «традиционных» циклов повышения квалификации только по желанию самого специалиста с целью его допуска к «последней» сертификации.

Слушатели циклов повышения квалификации, проводимых в рамках модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования, могут получать доступ к дистанционным интерактивным модулям как со страницы сайта Sovetnpo.ru, так и со страницы Портала непрерывного медицинского образования «Обучение вне пятилетних циклов».

Российское общество акушеров-гинекологов одним из первых общественных профессиональных организаций приняло участие в реализации программы непрерывного медицинского образования. Разработаны основанные на доказательной медицине современные информационно-образовательные ресурсы по акушерству и гинекологии: руководства, клинические рекомендации, Национальные руководства, образовательные журналы, электронные образовательные модули, проводятся научно-образовательные мероприятия для врачей.

Как участник внедрения модели непрерывного медицинского образования Российское общество акушеров-гинекологов обеспечивает разработку и оценку дистанционных компонентов образовательной программы акушеров-гинекологов на соответствие установленным требованиям к электронным учебным модулям и учебным мероприятиям (конгрессы, симпозиумы, семинары, вебинары, интерактивные школы и др.). В 2015–2016 гг. Российское общество акушеров-гинекологов подготовило 73 электронных учебных модуля, 54 из которых уже прошли утверждение Координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России.

Электронные учебные модули (далее модули) — обучающие материалы, предназначенные для самостоятельного изучения и размещенные на образовательных интернет-сайтах. Они представляют собой особый формат электронного издания для непрерывного медицинского образования и содержат информацию небольшого объема по узкой тематике акушерства и гинекологии, предназначенной для конкретной целевой аудитории (рассчитаны на 40–60 мин самостоятельного изучения врачом). Модули могут включать иллюстрации, видео- и аудиоряд и обязательно — контрольные вопросы, на которые врач должен правильно ответить, чтобы завершить модуль.

Врач может выбирать модули, ориентируясь на название и аннотацию, раскрывающую образовательную цель модуля. После успешного изучения модуля врач получает 1–2 образовательных кредита, которые зачисляются в его индивидуальный отчет на портале (портфолио). Таким образом, врач сможет набирать до 14 кредитов из 50 необходимых ежегодно (в рамках ресертификации по новой модели «108+36» — до 20 кредитов).

Для обеспечения удобства образовательного процесса и максимальной доступности дистанционного обучения врачей создаются интернет-платформы, проводящие интернет-семинары (вебинары), затрагивающие основные вопросы ежедневной практики врача акушера-гинеколога. Врач может принять непосредственное участие в вебинаре, предварительно зарегистрировавшись. Интернет-платформа гарантирует сохранность персональных данных, обеспечивает надежную и эффективную обратную связь и техническую поддержку пользователей, предоставляет возможность лектору при наличии интернет-подключения проводить семинар со своего рабочего места.

Помимо указанных дистанционных технологий, начисление кредитов врачам происходит и за участие в аудиторных учебных мероприятиях: конгрессах, симпозиумах, конференциях, семинарах, школах и др. Количество кредитов, начисленных рецензентами Российского общества акушеров-гинекологов для утверждения Координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России, зависит от продолжительности, результативности, качества и значимости учебного мероприятия.

Постоянно дополняющийся актуальный список доступных для изучения материалов и мероприятий доступен на образовательном портале Минздрава России по адресу <http://edu.rosminzdrav.ru> и на сайте Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России по адресу <http://sovetsnmo.ru>. Регистрация на данных сайтах и их использование являются бесплатными для всех врачей.

Необходимо отметить, что содержание образовательных дистанционных материалов для акушеров-гинекологов должно соответствовать уровню развития здравоохранения, поэтому необходимо обеспечить их регулярное обновление по наиболее актуальным темам. Эта работа будет продолжаться под контролем и при непосредственном участии Российского общества акушеров-гинекологов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
3. Приказ Минздрава России от 3 августа 2012 г. № 66н «Об утверждении порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях».
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 1 июля 2013 года № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
5. Приказ Минздрава России от 29 ноября 2012 г. № 982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста».
6. Приказ Минздрава России № 82 от 18 февраля 2013 г. «О Координационном совете по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения Российской Федерации».
7. Приказ Минздрава России от 11 ноября 2013 г. № 837 «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций».
8. Приказ Минздрава России № 328 от 9 июня 2015 г. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 ноября 2013 г. №837».
9. «Развитие системы непрерывного медицинского образования в Российской Федерации»: концепция. URL: <http://www.cito03.ru/>.
10. НМО в Российской Федерации. URL: <http://www.sovetnmo.ru>.
11. WFME Task Force on Defining International Standards in Basic Medical Education, Report of the Working Party. Copenhagen, 14–16 October 1999 // Med. Educ. 2000. Vol. 34. P. 665–675.
12. World Federation for Medical Education. Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME. Copenhagen, 2003. URL: <http://www.wfme.org>.
13. World Federation for Medical Education. Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME. Copenhagen, 2003. URL: <http://www.wfme.org>.

Глава 3

Правовые аспекты оказания акушерско-гинекологической помощи в современной России

Права женщин по-прежнему остаются одним из самых острых вопросов международного права. Российская Федерация практически полностью транспонировала международные документы в своем законодательстве, касающемся прав женщин, детей и семьи в целом.

Перечень особенностей медицинской деятельности:

- обязанность медицинских работников при оказании экстренной и неотложной помощи безотлагательно осуществлять медицинскую деятельность;
- наличие у медицинских работников власти особого рода (профессиональной власти) в отношении пациента (в отдельных случаях медицинская помощь может оказываться даже против воли пациента);
- наличие доверия в отношениях медицинского работника и пациента при их фактическом неравенстве;
- неопределенность труда медицинских работников в части выбора адекватных для пациента и его болезни средств (риск медицинского вмешательства);
- независимость в принятии своих решений медицинскими работниками, возможность действовать вне указаний работодателя.

Врач становится субъектом права и приобретает правовой статус (наделяется правами и обязанностями) в случае:

- факта заключения трудового договора;
- факта получения образования определенного вида и уровня (или наличия справки об окончании обучения на третьем или четвертом курсе медицинского вуза);
- наличия медицинского заключения о допуске к работе (в некоторых случаях).

Документы, обязательные для занятия медицинской деятельностью во всех случаях:

- 1) диплом о высшем или среднем медицинском образовании;
- 2) удостоверение о прохождении ординатуры или интернатуры;

- 3) сертификат специалиста;
- 4) протокол специального экзамена (в отношении медицинских работников, получивших подготовку в иностранных государствах);
- 5) свидетельство об установлении эквивалентности документа об образовании (в отношении медицинских работников, получивших подготовку в иностранных государствах).

Дополнительно могут потребоваться документы, обязательные для занятия медицинской деятельностью лишь в определенных случаях:

- удостоверение о получении квалификационной категории;
- диплом о неполном высшем профессиональном образовании или академическая справка (для допуска к работе лиц с незаконченным высшим медицинским образованием);
- медицинское заключение о состоянии здоровья;
- аттестат об ученых званиях;
- выписка из протокола сдачи экзамена по допуску к осуществлению медицинской деятельности на должностях среднего медицинского персонала (для лиц с высшим медицинским образованием и с незаконченным высшим медицинским образованием);
- заключение о признании документа об образовании в качестве документа, подтверждающего освоение группы дисциплин и/или период обучения по образовательной программе определенного уровня (академической справки) (в отношении медицинских работников, получивших подготовку в иностранных государствах и поступающих на должности средних медицинских работников);
- трудовая книжка, подтверждающая стаж работы (или трудовые договоры).

3.1. ТРУДОВОЙ ДОГОВОР

Юридически врач становится публичным работником только при заключении трудового договора.

Особенностями правового статуса врача, его профессиональной уникальностью являются следующие дополнительные условия трудового договора:

- условие о неразглашении врачебной тайны;
- дополнительные права и обязанности работника и работодателя (предоставление санитарного автотранспорта, средств связи, дополнительного материального стимулирования работы медицинского работника).

С прекращением трудового договора прекращается правовой статус врача как работника публичной службы Российской Федерации.

Необходимо обратить особое внимание на основания прекращения трудового договора, связанные с **виной медицинского работника**. Это отличает медицинского работника от работников других профессиональных сообществ.

Таковыми основаниями являются:

- однократное грубое нарушение трудовых обязанностей, повлекшее разглашение врачебной тайны;
- непринятие медицинским работником мер по предотвращению или урегулированию конфликта интересов, если указанные действия дают основания для утраты доверия.

3.2. ПРАВОВОЙ СТАТУС АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

В соответствии с утвержденной номенклатурой специалистов (Министерство здравоохранения РФ, Приказ от 7 октября 2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование», раздел 2) определена специальность «акушерство и гинекология». Соответствующее право на занятие этой деятельностью определяется документами о специальном образовании. Специфических особенностей регулирования труда акушеров-гинекологов немного, в основном это общие правила для всех категорий медицинских работников.

Для медицинских работников квалификационные справочники и профессиональные стандарты обязательны в части наименования должностей и требований к квалификации. Профессиональные стандарты разработаны для акушеров-гинекологов, с ними можно ознакомиться на сайте Минздрава России.

3.2.1. Аккредитация

С 2021 г. медицинские работники полностью переходят на процедуру аккредитации в силу статьи 69 Основ. В разъяснениях Минздрава РФ об аккредитации медицинских работников от 24 декабря 2015 г. говорится о том, что с 1 января 2016 г. вступает в силу статья 69 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Федеральный закон № 323-ФЗ). Часть 1 указанной статьи регламентирует, что право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с регламентирующим порядком выдачи свидетельств об аккредитации.

Сертификаты специалистов будут выдаваться до 1 января 2021 г. включительно с учетом этапности перехода к системе аккредитации специалистов, а соответственно право на осуществление медицинской (фармацевтической) деятельности по указанным сертификатам будет пролонгировано до 1 января 2026 г.

Процедура аккредитации предполагает оценку профессионального портфолио, оценку профессиональных знаний (по результатам национального профессионального тестирования), оценку профессиональных компетенций в условиях симуляционно-аттестационного центра.

3.2.2. Врачебная тайна

Обязанность по соблюдению врачебной тайны в трудовых отношениях как специфическая особенность медицинской деятельности.

Под врачебной тайной мы понимаем любые сведения о состоянии здоровья пациента, а также иную информацию о его частной жизни, не известную широкому кругу лиц и запрещенную к разглашению, если эти сведения и информация получены при осуществлении медицинской деятельности.

Отношения врача и пациента начинаются с момента обращения пациента в лечебно-профилактическое учреждение и выбора в нем своего лечащего врача. Выбор врача, равно как и отказ от его услуг, — добровольный акт, никто не может навязать свое мнение в этом вопросе.

На пациента также должны быть возложены определенные обязанности (в том числе юридические), которые будут способствовать не только выздоровлению, но и сохранению здоровья. Главной обязанностью пациента является забота о сохранении здоровья и соблюдение режима лечения.

3.2.3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство пациента, юридическое значение

Пациент должен совместно с врачом участвовать в выборе методов диагностики и лечения. Статья 20 Основ «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» регулирует данные отношения: «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи».

Этому вопросу Минздрав России уделяет повышенное внимание, издается большое количество регламентирующих документов.

Информированное добровольное согласие — важное условие оказания медицинской помощи и в определенной степени защита врача.

3.2.4. Информированный отказ от медицинского вмешательства

Нередко врач может сталкиваться с отказом пациента от медицинского вмешательства (лечения). В таком случае важно правильно оформить документ об отказе с учетом специфики медицинской деятельности.

3.2.5. Порядки, стандарты, клинические рекомендации, определяющие качество медицинской помощи

Наряду с организационными положениями государство устанавливает порядки оказания медицинской помощи разного профиля, критерии качества медицинской помощи разного профиля и вида, а также другие нормативные акты, регламентирующие доступность, своевременность и качество оказания медицинской помощи. Для управления качеством медицинской помощи необходима ее стандартизация, внедрение таких **порядков и стандартов**, которые позволили бы каждому гражданину страны, независимо от его места жительства и работы, получить гарантированный объем медицинской помощи, идентичной при одном и том же патологическом состоянии.

Порядки оказания медицинской помощи — это по существу алгоритмы ее оказания, прописывающие ее этапность, необходимые уровни оснащения медицинской организации и компетенции медицинских работников. **Стандарты медицинской помощи** (иногда их называют клиничко-экономическими протоколами) — это медико-экономические документы, которые представляют собой, по определению Минздрава России, «усредненный смысловой контент для определенной нозологии. Цель введения стандартов **не собственно в лечении, а в планировании и организации медицинской помощи...**».

Под профессиональным стандартом понимается характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной

деятельности, а под квалификацией — уровень знаний, умений, профессиональных навыков и опыта работы работника.

Клинические рекомендации — это систематически разработанные и периодически обновляемые документы, описывающие действия врача по диагностике, лечению и профилактике заболеваний и помогающие ему принимать правильные клинические решения. Использование клинических рекомендаций позволяет внедрять во врачебную практику наиболее эффективные и безопасные медицинские технологии и лекарственные средства, отказываться от необоснованных медицинских вмешательств и повышать качество медицинской помощи.

Клинические рекомендации должны быть источником индикаторов (критериев оценки) качества медицинской помощи.

Клинический протокол может быть юридически значимым документом, если он утвержден в соответствии с правилами регистрации стандартов.

Протоколы, стандарты, порядки, клинические рекомендации, безусловно, имеют юридическое значение, но только как дополнение в разрешении в суде конфликтов, связанных с компенсацией вреда, причиненного медицинскими работниками, так как эти документы носят рекомендательный характер.

3.2.6. Правовые риски в деятельности акушера-гинеколога

РОЛЬ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО МЕДИЦИНСКИМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ

Риск — это вероятность или угроза ущерба, вреда, наступления негативной ответственности, убытков или иных негативных случаев, обусловленных внешней или внутренней незащищенностью (*vulnerabilities*), которых можно избежать путем предупреждающих действий.

Риски при взаимодействии с пациентами постоянно растут в силу осведомленности пациентов о деятельности врачей через средства массовой информации.

Обезопасить пациента на все 100% от рисков в медицине практически невозможно, но разбираться в причинах врачебных ошибок необходимо, в том числе с помощью анализа результатов судебно-медицинской экспертизы.

ДЕФЕКТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Под дефектом оказания медицинской помощи следует понимать неправильное действие (бездействие) медицинских работников с нарушением действующих правил, стандартов, приказов в связи с выполнением ими своих функциональных обязанностей (лечебно-диагностических, профилактических, медико-реабилитационных), независимо от того, привели ли они к развитию неблагоприятных последствий.

УГОЛОВНОЕ ПРАВО, ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ПРЕСТУПНОСТЬ ДЕЯНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Преступлением против жизни и здоровья признается виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное Уголовным кодексом под угрозой наказания.

Применительно к медицинской деятельности первостепенным значением обладают два таких обстоятельства: крайняя необходимость и обоснованный риск.

Крайняя необходимость — состояние, когда лицо для отращения опасности, угрожающей охраняемым законом интересам, причиняет вред интересам третьих лиц при условии, что грозящая опасность не могла быть устранена другими средствами и причиненный вред менее значителен по сравнению с предотвращаемым