

## **Лекція № 1**

### **Тема: Вступ. Організація гінекологічної допомоги в Україні**

#### **План**

- Визначення гінекології як науки.
- Організація гінекологічної допомоги в місті та сільській місцевості.
- Лікувально-профілактичні заклади для надання амбулаторної допомоги — жіноча консультація, денні стаціонари, ФАПи, лікарські амбулаторії та стаціонарної допомоги — гінекологічні відділення лікарень.
- Робота молодшого медичного персоналу в гінекологічних відділеннях консервативного й оперативного методів лікування.
- Роль фельдшера в наданні долікарської допомоги, проведенні амбулаторного прийому та щорічних профілактичних оглядів жінок.
- Санітарно-освітня робота та її значення.
- Етика та деонтологія в гінекології. Основи законодавства України про охорону здоров'я жінки.

**Гінекологія** (назва походить від двох грецьких слів: *gune* - жінка і *logos* - наука) - наука, що вивчає анатомічні особливості та фізіологічні процеси, які відбуваються у статевих органах жінки від дитинства до старості, та захворювання жіночих статевих органів, що виникають поза вагітністю і пологами.

Здоров'я жінки - це здоров'я нації. Тому перед медичними закладами України, що здійснюють лікувально-профілактичну допомогу гінекологічним хворим, стоїть відповідальне завдання - зменшення кількості захворювань статевої сфери жінки та запобігання їх виникненню. Велика роль у реалізації цих завдань відводиться акушеркам та фельдшерам.

Гінекологічна допомога в Україні здійснюється у лікувальних закладах амбулаторного і стаціонарного типу, основними з яких є:

- гінекологічні відділення та жіноча консультація у складі акушерсько-гінекологічного об'єднання;
- гінекологічні відділення у складі багатопрофільної лікарні;
- жіноча консультація у складі поліклініки.

Наявність акушерсько-гінекологічних відділень у складі багатопрофільних лікарень або медико-санітарних частин дає можливість оперативно забезпечити кваліфіковану консультативну допомогу спеціалістами будь-якого профілю, цілодобову лабораторну діагностику, вирішувати питання господарського забезпечення тощо.

Керівництво акушерсько-гінекологічною роботою в нашій країні здійснює Головне управління лікувально-профілактичної допомоги дітям і матерям Міністерства охорони здоров'я України.

В областях безпосереднє керівництво акушерсько-гінекологічними закладами здійснює Управління охорони здоров'я через головних спеціалістів.

Основними принципами амбулаторної гінекологічної допомоги є: систематичний, кваліфікований, в рівній мірі доступний у селах і містах лікарський, фельдшерсько-акушерський профілактичний нагляд за жінками, своєчасна діагностика і лікування гінекологічної патології, широка інформаційно-просвітницька робота з питань репродуктивного здоров'я, планування сім'ї. Амбулаторна гінекологічна допомога здійснюється в жіночих консультаціях, гінекологічних кабінетах центральних районних

лікарень, сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики/сімейної медицини, фельдшерсько-акушерських пунктах, центрах планування сім'ї, оглядових кабінетах поліклінік, приватних гінекологічних кабінетах.

Вони обслуговують жінок, які проживають на прикріпленій до них території. В основі лікувально-профілактичної роботи цих закладів лежить принцип диспансерного обслуговування жінок.

Структурні підрозділи жіночої консультації такі: реєстратура, кабінети лікарів-гінекологів, кабінети терапевта, стоматолога, генетика та інших фахівців-консультантів, процедурна та маніпуляційна, лікувально-діагностичні кабінети (кольпоскопії, ультразвукової діагностики, фізіотерапевтичні кабінети), мала операційна.

**Завдання жіночої консультації такі:**

- надання кваліфікованої акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам, що проживають у зоні її обслуговування;
- регулярне проведення профілактичних онкооглядів;
- активне виявлення хворих із запальними процесами, передраковими захворюваннями жіночих статевих органів, доброякісними та злоякісними пухлинами;
- взяття виявлених хворих на диспансерний облік, систематичне спостереження, обстеження та лікування гінекологічних хворих;
- надання соціально-правової допомоги вагітним жінкам;
- проведення санітарно-освітньої роботи;
- забезпечення постійного зв'язку із гінекологічним стаціонаром.

Робота жіночої консультації організована за територіальним принципом. Одна акушерська дільниця включає приблизно дві терапевтичні. На дільниці працюють акушер-гінеколог й акушерка. Вони обслуговують 3300 жінок. Територіально-дільничний принцип роботи жіночої консультації дає можливість акушеру-гінекологу підтримувати постійний зв'язок із дільничним терапевтом та іншими спеціалістами.

Весь об'єм лікувально-профілактичної допомоги лікарі жіночої консультації виконують разом з акушерками чи фельдшерами, які зобов'язані допомагати лікареві у роботі на дільниці.

На кожну жінку, яка звертається за гінекологічною допомогою, заводиться **медична карта амбулаторної хворої** (облікова форма № 0-250), куди вносять усі дані про огляд, діагноз, перебіг захворювання. Коли вперше встановлено діагноз, лікар заповнює статистичний талон для реєстрації остаточних або уточнених діагнозів. Лікування, призначене гінекологом, можуть проводити в умовах процедурного кабінету лікар, акушерка чи фельдшер, а також удома сама пацієнтка. В амбулаторних умовах найчастіше проводиться консервативне лікування при запальних процесах зовнішніх статевих органів, вагіни і шийки матки. Використовують внутрішньом'язові та внутрішньовенні ін'єкції, вагінальні ванночки, тампони, змащування, промивання уретри та сечового міхура тощо.

Дільничний лікар вирішує питання про необхідність госпіталізації, як планової, так і екстреної. Перевірку фактичної госпіталізації здійснює дільнична акушерка чи фельдшер. Після виписування пацієнтки зі стаціонару лікар жіночої консультації вирішує питання про методи реабілітації, у тому числі й про санаторно-курортне лікування.

Однією з важливих галузей роботи фельдшера, акушерки є диспансеризація.

**Диспансеризація** — це активне виявлення хворих на ранніх стадіях захворювання, динамічне спостереження і проведення комплексного лікування, здійснення заходів з оздоровлення умов праці та побуту, запобігання розвитку хвороби, відновлення працездатності.

На всіх хворих, які виявлені на амбулаторному прийомі, крім медичної карти амбулаторної хворої заводять **контрольну карту диспансерного спостереження** — ф.30. У цій карті відзначають частоту і термін відвідування, об'єм обстеження і лікування, терміни

оздоровлення. Диспансерне спостереження закінчується після повного видужання або зі зміною місця проживання.

Тривалість диспансерного спостереження залежить від характеру захворювання, клінічних проявів, віку хворої та інших факторів.

**Диспансерному нагляду** підлягають хворі із запальними захворюваннями різної локалізації та етіології, безплідністю, розладами менструального циклу, передраковими захворюваннями, пухлинами статевих органів, запальними захворюваннями.

Багато захворювань, зокрема передракові та рак, на початкових стадіях не дають жодної симптоматики, тому такі хворі самостійно не звертаються за допомогою, доводиться виявляти їх активно за допомогою **онкопрофоглядів**.

**Кожна жінка повинна проходити профілактичний онкоогляд щороку, окремі категорії населення - двічі на рік.**

Огляд полягає в обстеженні молочних залоз, огляді шийки матки в дзеркалах, взятті мазка для онкоцитологічного досліджень та проведенні бімануального обстеження. При онкопрофогляді можна виявити передракові захворювання шийки матки, фіброміому матки, пухлини яєчників, захворювання молочних залоз. Вчасне виявлення цієї патології дає можливість не допустити розвитку за давнених форм злоякісних пухлин. У жіночій консультації можна виконувати невеликі хірургічні втручання - біопсію шийки матки, аспірацію вмісту порожнини матки для цитологічного дослідження, поліпектомію, діатермокоагуляцію, діатермоексцизію, діатермопунктуру, введення внутрішньоматкових контрацептивів, гідротубацію. Ці втручання проводить лікар, **акушерка допомагає йому**. Вона стерилізує та готує до операції інструменти, асистує під час проведення операції, якщо під час операції отримано якийсь патологічний матеріал, акушерка вміщує його у флакон, фіксує у розчині формаліну, підписує, заповнює направлення у патогістологічну лабораторію, стежить за тим, щоб матеріал було відправлено за призначенням, а після отримання результату заносить дані у відповідний журнал і повідомляє лікаря.

#### **Організація амбулаторної гінекологічної допомоги**

Організація амбулаторної гінекологічної допомоги регламентується Наказом МОЗ України №503 від 28.12 2002 р. «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» і передбачає проведення заходів з питань профілактики виникнення гінекологічних захворювань, раннього їх виявлення та надання лікувальної та реабілітаційної допомоги.

Гінекологічні захворювання виявляють під час звернення жінок у жіночу консультацію або гінекологічні кабінети багатопрофільної поліклініки, а також під час проведення профілактичних оглядів (у жіночій консультації, оглядових кабінетах поліклінік, лікарських амбулаторіях, ФАПх, стаціонарах).

Профілактичними оглядами в оглядових кабінетах забезпечують усіх жінок (за їх поінформованою згодою), які звернулися вперше в поточному році в поліклініку. Діагноз, який встановлює в оглядовому кабінеті акушерка, є орієнтовним. Остаточний діагноз захворювання встановлює лікар акушер-гінеколог на підставі даних гінекологічного огляду та подальшого обстеження. У роботі адміністративно-територіальних жіночих консультацій і багатопрофільних поліклінік необхідно дотримуватись взаємодії у виявленні та оздоровленні пацієнтів.

При проведенні профілактичних оглядів жінок проводять пальпацію молочних залоз, огляд шийки матки в дзеркалах, забір вагінальних мазків для онкоцитологічного і бактеріоскопічного досліджень, пробу Шиллера, бімануальне обстеження, пальцеве ректальне обстеження. Ультразвукове сканування виконують за показаннями. Під час оглядів проводять консультування з питань планування сім'ї та профілактики ПСШ, ВІЛ/СНІДу.

За результатами проведених профілактичних гінекологічних оглядів, для визначення груп здоров'я беруть до уваги такі критерії:

- «здорова» - в анамнезі відсутні скарги, порушення менструальної функції з моменту її становлення і гінекологічні захворювання;
- «практично здорова» - в анамнезі є свідчення про гінекологічні захворювання, оперативні втручання, в тому числі аборти, порушення ритму і характеру менструації; скарги на момент обстеження відсутні. При об'єктивному обстеженні можуть мати місце анатомічні зміни, які не викликають порушення функції репродуктивної системи і не знижують працездатність жінки;
- «хвора» - якщо при об'єктивному обстеженні жінки виявлено гінекологічне захворювання.

Результати профілактичного гінекологічного огляду заносять в амбулаторну картку.

Огляд «здорових» жінок передбачає збереження здоров'я шляхом інформування щодо здорового способу життя та періодичного профілактичного обстеження. Ця група жінок може проходити огляд 1 раз на рік.

У «практично здорових» жінок огляди мають на меті проведення профілактичних заходів, які зменшують дію факторів ризику гінекологічного захворювання і зміцнюють захисні сили організму. Ця група жінок може проходити профілактичний огляд 1 раз на рік.

Завданнями динамічного контролю «хворих» жінок є вивчення та вибір можливостей усунення причин, які спричиняють захворювання органів репродуктивної системи, раннє виявлення захворювань, ефективне їх лікування та реабілітація згідно з «Нормативами надання медичної допомоги жіночому населенню за спеціальністю «Акушерство і гінекологія» в умовах амбулаторно-поліклінічних лікувальних закладів».

На кожну жінку, яка вперше звернулася у жіночу консультацію у зв'язку зі скаргами або за направленням інших спеціалістів, а також для профілактичного огляду, заповнюють «Медичну карту амбулаторного хворого» (ф 025/о) із детальним описом анамнезу, скарг, результатів аналізів і даних гінекологічного обстеження.

Після збору анамнезу проводять загальне та спеціальне обстеження жінок. Загальний огляд включає пальпацію молочних залоз з оцінкою їх стану, визначення типу і характеру оволосіння, огляд за органами та системами. При огляді шийки матки в дзеркалах потрібно здійснити забір матеріалу із 3-х точок на онкоцитологічне дослідження та провести пробу Шиллера Жіночі консультації повинні бути обладнані мікроскопом для термінового виконання деяких простих аналізів.

Після першого огляду на другій сторінці амбулаторної карти хворого в «Листку запису заключних (уточнених) діагнозів» проставляють дату огляду, заключний (уточнений) діагноз записують у день його встановлення.

При виявленні в однієї жінки двох і більше гінекологічних захворювань статистичний талон заповнюють на кожне остаточно встановлене захворювання.

Обсяг та кількість відвідувань вагітною для динамічного спостереження, обстеження і лікування гінекологічних хворих здійснюють згідно з «Нормативами надання медичної допомоги жіночому населенню за спеціальністю «Акушерство і гінекологія» в умовах амбулаторно-поліклінічних лікувальних закладів».

На кожну жінку, яка підлягає диспансерному нагляду, заповнюють «Контрольну карту диспансерного спостереження» (форма ЗО), де вказують діагноз захворювання, з приводу якого вона поставлена на облік, частоту оглядів, методи обстеження та лікування.

Чітка взаємодія та наступність у роботі амбулаторних і стаціонарних закладів підвищує якість медичної допомоги, яка полягає в організації механізму інформації щодо етапності проведеного амбулаторного або стаціонарного лікування та реабілітації, а також здійсненні періодичного контролю органами охорони здоров'я.

### **Організація амбулаторної гінекологічної допомоги у сільській місцевості**

У сільській місцевості організація амбулаторної гінекологічної допомоги має деякі особливості. За організацію цієї допомоги в районі відповідає районний акушер-гінеколог. В організаційних питаннях йому допомагає районна акушерка. На селі жінок обслуговує

акушерка лікарської амбулаторії чи фельдшер, акушерка фельдшерсько-акушерського пункту. Особливої відповідальності вимагає робота акушерки на фельдшерсько-акушерському пункті (ФАП), оскільки вона виконує багато функцій, які в районних лікарнях і в міських жіночих консультаціях виконує лікар.

#### **Примірне положення про акушерку фельдшерсько-акушерського пункту**

➤ Фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП) є амбулаторно-поліклінічним закладом первинної ланки з надання долікарняної медико-санітарної допомоги сільському населенню і відіграє важливу роль у лікувально-профілактичному обслуговуванні, проведенні комплексу профілактичних і оздоровчих заходів, а також санітарно-просвітницькій та протиепідемічній роботі.

➤ На посаду акушерки ФАПу призначається молодший спеціаліст з медичною освітою, який закінчив вищий медичний навчальний заклад і отримав кваліфікацію акушерки, фельдшера-акушерки або фельдшера.

➤ Акушерка безпосередньо підпорядкована завідувачу ФАПу. Методичне керівництво її роботою здійснює лікар лікувально-профілактичного закладу, відповідальний за надання акушерсько-гінекологічної допомоги населенню на території діяльності ФАПу.

#### **Функції акушерки ФАПу:**

- Забезпечення надання медичної допомоги вагітним і гінекологічним хворим за призначенням лікаря акушера-гінеколога.

- Санітарно-просвітницька робота з питань охорони материнства і дитинства, планування сім'ї та відповідального батьківства.

- Ведення амбулаторного прийому на ФАПі.

- Здійснення патронажу вагітних, породіль та новонароджених удома.

- Здійснення екстреної акушерської і гінекологічної допомоги з подальшим направленням жінок у відповідні лікувально-профілактичні заклади, супроводжуючи їх при необхідності.

- Надання першої невідкладної медичної допомоги при гострих захворюваннях і нещасних випадках (поранення, кровотечі, отруєння та ін.) з подальшим викликом лікаря, організацією госпіталізації пацієнтки у відповідний найближчий лікувально-профілактичний заклад незалежно від відомчої підпорядкованості, супроводжуючи хвору в необхідних випадках.

- Направлення вагітних у стаціонари відповідних лікувально-профілактичних закладів.

- Проведення профілактичних оглядів жінок відповідно до встановлених термінів.

- Виконання лікарських призначень.

- Підготовка робочого місця для прийому вагітних і гінекологічних хворих лікарем на ФАПі.

- Проведення найпростіших лабораторних досліджень, пов'язаних із наданням екстреної лікувально-профілактичної допомоги вагітним і гінекологічним хворим.

- Здійснення фізіотерапевтичних процедур.

- Ведення документації у встановленому порядку за своїм розділом роботи.

#### **Акушерка ФАПу зобов'язана:**

- У своїй роботі старша акушерка жіночої консультації керується положенням про жіночу консультацію, діючим законодавством, наказами, іншими нормативними актами органів охорони здоров'я, правилами внутрішнього трудового розпорядку, посадовою інструкцією.

- У безпосередньому підпорядкуванні старшої акушерки жіночої консультації знаходиться середній і молодший медичний персонал консультації.

- Основним завданням старшої акушерки жіночої консультації є правильна організація праці середнього і молодшого медичного персоналу та забезпечення своєчасного виконання ними лікарських призначень вагітним і гінекологічним хворим.

Сільському населенню комплексну лікарську акушерсько-гінекологічну допомогу також надають виїзні бригади, до складу яких входять лікар акушер-гінеколог, лікар-педіатр, лікар-терапевт, лікар-стоматолог, лікар-лаборант.

Виїзні бригади здійснюють свою діяльність відповідно до затвердженого графіку, що передбачає дату кожного виїзду, його тривалість, місце виїзду, складу бригади, який затверджує головний лікар ЛПЗ та доводять до відома керівників господарств, що несуть відповідальність за створення умов роботи виїзної бригади (забезпечення транспортом, доставку жінок і дітей до місця роботи спеціалістів). Графік виїзду бригади медичних працівників також доводять до відома головних лікарів ДЛ, завідувачів фельдшерськими і фельдшерсько-акушерськими пунктами.

Фельдшер і акушерка повинні мати список (реєстр) жінок своєї дільниці, які підлягають профілактичним періодичним оглядам. Згідно з графіком акушерка дільниці інформує населення щодо приїзду виїзної бригади.

Свою діяльність лікар-акушер-гінеколог виїзної бригади повинен відображувати в документації того закладу, де він працює. Виявлених хворих з гінекологічною патологією за показаннями необхідно взяти на облік із наступними заходами оздоровлення. При повторному виїзді лікар-акушер-гінеколог перевіряє виконання акушеркою ФАПу призначень та рекомендацій.

#### **Організація стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги в сільській місцевості**

1. Стаціонарна акушерсько-гінекологічна допомога в сільській місцевості надається в центральних районних, районних лікарнях і передбачає чітку взаємодію та наступність з амбулаторною ланкою акушерсько-гінекологічної служби району.

2. Стаціонарна акушерська допомога вагітним I та II груп динамічного спостереження надається у пологових відділеннях районних, центральних районних лікарень, у яких відсутні відділення анестезіології та інтенсивної терапії, але забезпечено цілодобове чергування лікаря-анестезіолога (чергування на дому).

3. Стаціонарна акушерська допомога вагітним «високого» ризику виникнення ускладнень перинатального періоду надається в лікувально-профілактичних закладах II та III рівня відповідно до визначених показань.

4. Порядок скерування жінок на вищі рівні надання медичної допомоги визначено у наказі МОЗ України від 28.12.2003 р. № 503 «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні». Підставою для такого скерування є також консультативний висновок фахівця/фахівців міських, обласних, республіканських лікувально-профілактичних закладів, ППАГ АМН України.

5. Питання надання висококваліфікованої і спеціалізованої акушерсько-гінекологічної допомоги в ургентних ситуаціях мешканкам сільської місцевості вирішується спільно з головним спеціалістом з акушерства органів охорони здоров'я, фахівцями виїзних консультативних бригад екстреної медичної допомоги. Інформація про гінекологічних хворих, вагітних, роділь, породіль, що потребують такої допомоги, має своєчасно надходити до головного спеціаліста з акушерства і гінекології органів охорони здоров'я, який забезпечує належну координацію та організацію роботи бригади.

## Організація стаціонарної гінекологічної допомоги

Медичну допомогу жінкам із захворюваннями статевих органів надають у гінекологічних відділеннях, які є частиною акушерсько-гінекологічного об'єднання або входять до складу загальносоматичних лікарень.

Залежно від обсягу та профілю допомоги, якої потребують хворі, гінекологічний стаціонар поділяють на 2 відділення: консервативної гінекології та оперативної гінекології. Гінекологічні відділення також можуть входити до складу інших спеціалізованих стаціонарів — онкологічного, ендокринологічного тощо.

Керівництво роботою відділення здійснює завідувач, який підпорядкований безпосередньо головному лікарю. Роботою середнього медичного персоналу керує старша медсестра відділення, яка, у свою чергу, підпорядкована завідувачу відділення та головній медсестрі лікарні.

До складу відділення **консервативної гінекології** належать:

- санітарно-пропускний блок (приймальна, оглядова, кімната санобробки);
- палати для хворих;
- оглядова, маніпуляційна, мала операційна;
- допоміжні приміщення, кімната гігієни, санвузли.

**Відділення оперативної гінекології**, окрім перелічених приміщень, включає ще й **операційний блок**: велику і малу операційні, кімнати для зберігання та підготовки до операції інструментів і хірургічної білизни (матеріальна), передопераційну та післяопераційну палати, перев'язувальну.

### Особливості професійної профілактики інфікування вірусним гепатитом та СНІДом

Джерелом зараження ВІЛ є хвора на СНІД людина або вірусносіє. Інфікована людина стає заразною доволі швидко, іноді через 1-2 тижні після зараження. Хворі на СНІД заразні впродовж усього життя. ВІЛ може передаватися від людини до людини при прямому контакті: кров-кров або сперма-кров. Виходячи з цього, зараження професійним шляхом медичних працівників, зокрема акушерок, можливе тоді, коли кров хворого на СНІД потрапляє на ушкоджену шкіру (мікротравми, тріщини тощо) чи слизові оболонки (при внутрішньовенних маніпуляціях, асистуванні лікарю під час операції, абортів, при діагностичному вишкрібанні у разі пошкодження цілості рукавичок).

Профілактика професійних заражень медичних працівників полягає у максимальному обмеженні контакту з кров'ю хворих і використанні засобів захисту. Всі маніпуляції, при яких може статися забруднення рук кров'ю чи сироваткою, слід проводити в гумових рукавичках. Якщо на руках є ушкодження, до роботи з хворими на СНІД акушерка тимчасово не допускається. Незначні дефекти шкіри потрібно додатково закривати лейкопластирем. Працювати необхідно у масці. Забороняється куріння та вживання їжі у приміщеннях, де проводять процедури.

Для будь-якої маніпуляції необхідно використовувати за можливістю одноразовий або ретельно оброблений та простерилізований інструментарій. **За жодних умов не допускається проведення ін'єкцій кільком пацієнтам одним шприцом при зміні тільки голки.** Не можна проводити забір крові з пальця для аналізу однією мікропіпеткою кільком хворим. Не допускається промивання мікропіпеток у загальній посудині.

Розбирати, мити, полоскати медичний інструментарій, використанні мікропіпетки та лабораторний посуд, що контактував із кров'ю чи сироваткою, необхідно після його попередньої дезінфекції обов'язково в гумових рукавичках. Після будь-якої процедури потрібно ретельно двічі помити руки з милом під проточною водою.

Поверхні лабораторних та інструментальних столів наприкінці робочого дня або у разі забруднення їх кров'ю слід обробити 3 % розчином хлораміну.

Для запобігання інфікуванню медичних працівників під час роботи з ВІЛ-інфікованим матеріалом у лікувально-профілактичних закладах, що надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД, необхідно мати запас антивірусних препаратів для

проведення екстренної профілактики ВІЛ-інфекції (тимазид, ретровір, криксиван) з розрахунку 30 грамів на одного медичного працівника та аптечку для надання термінової медичної допомоги медпрацівникам і технічному персоналу. До аптечки входять 70°С спирт, йод, перев'язувальний матеріал, марганцевокислий калій, хлорамін Б, дистильована вода для його розведення, лейкопластир. До і після роботи з хворими на СНІД або їх кров'ю руки можна обробити антисептиком із противірусною дією - стериліум віругард.

Про всі випадки, за яких можливе інфікування працівників вірусом СНІДу, необхідно поінформувати адміністрацію і зробити відповідний запис у журналі аварійних ситуацій. За потерпілими ведуть нагляд протягом одного року. У разі від'ємних реакцій на СНІД через 6 тижнів, 12 тижнів, 6 місяців та 1 рік після випадку спостереження припиняють.

Послідовність дій у таких ситуаціях, юридична відповідальність посадових осіб та питання страхування медичних працівників на випадок зараження регламентована Законом України «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» від 8 березня 1998 р. № 155 та Постановою Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1998 р. № 1642 «Про затвердження порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків».

### **Основи законодавства України про охорону здоров'я жінки**

Одним із напрямків соціальної політики держави є забезпечення правових гарантій щодо охорони здоров'я жінки та підвищення її соціального статусу.

Відповідно до «Закону України про шлюб, сім'ю та молодь», держава гарантує певний рівень матеріальної підтримки сім'ям з дітьми. Вагітна жінка має право на допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами: у терміні 30 тижнів вагітності їй надається відпустка, яка оплачується. Підставою для допомоги є виданий у встановленому порядку листок непрацездатності. Період відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами - 70 календарних днів перед пологами та 56 після пологів. У разі ускладнених пологів або народження двох і більше дітей післяпологова відпустка продовжується до 70 календарних днів. Ця допомога надається жінкам у повному обсязі (сумарно), незалежно від того, скільки днів вони використали перед пологами.

Розмір грошової допомоги усім жінкам, що працюють, становить 100 % їхнього заробітку (доходу); безробітним жінкам її виплачують у розмірі мінімальної заробітної платні, студенткам - місячної стипендії.

Кабінет Міністрів України 13.09.1995 р. затвердив національну програму «Планування сім'ї», у зв'язку з чим наказом МОЗ України за № 180 від 11.06.1997 р. регламентована організація медичних центрів «Планування сім'ї та репродукції людини».

Міністерство охорони здоров'я України в наказі №620 від 29.12.2003 р. встановило загальні принципи організації надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні, які базуються на концепції ВООЗ щодо раціонального ведення пологів (1996), Концепції безпечного материнства, а також на державних засадах щодо здійснення активної демографічної політики.

Згідно із Законом України «Про охорону праці», забороняється використання праці жінок на важких роботах та роботах із шкідливими умовами праці, а також там, де необхідно піднімати речі, маса яких перевищує граничні норми. Перелік цих робіт регламентують відповідні нормативні документи.

### **Медична деонтологія та особливості спілкування з хворими в гінекології**

**Медична деонтологія** — це сукупність етичних норм і принципів поведінки медичного працівника під час виконання своїх професійних обов'язків

Медична деонтологія дуже тісно пов'язана з медичною етикою.

**Медична етика** - це вчення про мораль медпрацівників, їхню поведінку, стосунки з хворими, з колегами, із суспільством. Вона теоретично обґрунтовує вчинки середнього медичного працівника у сфері його діяльності. Складовою частиною медичної етики є деонтологія - вчення про обов'язок медичного працівника.

Порушення правил деонтології іноді може призвести до виникнення такої патології, як ятрогенія – психогенний розлад внаслідок неправильних, необережних висловлювань або дій медичного працівника. Тому важливим принципом є дотримання основного деонтологічного правила - не зашкодити при діагностиці або лікуванні.

Фельдшери, акушерки надають лікувально-профілактичну допомогу жінкам на фельдшерсько-акушерських пунктах, у жіночих консультаціях, маніпуляційному кабінеті та операційній, у гінекологічному відділенні акушерсько-гінекологічного об'єднання.

Основною функцією акушерки є догляд за хворими та виконання призначень і вказівок лікаря, під керівництвом якого вона працює. Професіоналізм акушерки полягає в чіткому виконанні своїх обов'язків, бо від цього значною мірою залежить ефективність лікування.

Особливістю роботи в акушерстві та гінекології з деонтологічної точки зору є необхідність врахування своєрідності жіночої психіки. Фельдшер, акушерка своїми діями, поведінкою та словом повинна зробити все, щоб у хворої був оптимістичний настрій, впевненість у швидкому одужанні чи сприятливому закінченні пологів, якщо йдеться про породіллю. Не слід інформувати хворих про результати аналізів, висновки лікарських консилиумів, висловлювати свої прогнози щодо термінів лікування, розповідати про об'єм оперативних втручань. Таке право має тільки лікар. Якщо у фельдшера чи акушерки виникли сумніви щодо правильності лікарських призначень, вона повинна негайно звернутися до лікаря-куратора, в жодному разі не обговорюючи це з хворими або іншими особами.

Робота в гінекологічному відділенні вимагає від середнього медичного персоналу особливої уваги до хворих, зважаючи на те, що гінекологічні проблеми торкаються дуже делікатної, часто інтимної сфери. Природна сором'язливість жінки не повинна бути травмована під час огляду, тому в оглядовій не місце стороннім, двері слід тримати зачиненими. Лише за таких умов створюється атмосфера довіри між лікарем та жінкою, без якої часто неможливе з'ясування причин хвороби, а отже, і вчасне лікування. Результати огляду та аналізів, зокрема мазків, може повідомляти хворій тільки лікар. Якщо у мазку виявлені збудники захворювань, які передаються статевим шляхом, це не повинно стати відомим нікому, окрім самої хворої, за жодних умов не можна інформувати про це її родичів. Часто жінку хвилює, яким чином перенесене захворювання може вплинути на її статеву та репродуктивну функції. Особливо це стосується хворих після операцій на матці та придатках. Інформацію про обсяг операції та її наслідки надає хворій тільки лікар, але іноді пацієнтка намагається отримати додаткові дані від середнього медичного персоналу. Цього в жодному разі не слід робити, так само, як і обговорювати призначення лікаря, тактику лікування чи висловлювати сумніви щодо доцільності операції. Такі вчинки є грубим порушенням етики, окрім того, вони травмують психіку хворої, руйнують її довіру до лікарів та медицини взагалі, бо якщо міг помилитися один лікар, де гарантія, що не помилиться й інший? Така хвора може перестати ретельно виконувати призначення лікаря, що значно погіршує ефективність лікування.

Проте звідси не випливає висновок, що помилки медичного персоналу, незалежно від рівня, можна приховувати. Навпаки, помилка, допущена лікарем чи фельдшером, акушеркою, має бути якнайшвидше виявлена, визнана та виправлена. Приховування помилок або ускладнень, що виникли під час виконання професійних обов'язків медичними працівниками (наприклад, перфорація матки під час абортів, допущена лікарем, або введення акушеркою під шкіру чи у м'язи розчину, який вводять лише внутрішньовенно), може призвести до тяжких або й непоправних наслідків для здоров'я пацієнтки. Кожен такий випадок має стати темою обговорення у колі колег, потрібно вжити адміністративних чи, якщо необхідно, юридичних санкцій. У жодному разі це не повинно бути предметом обговорення поза межами лікувального закладу. Законом роботи в гінекологічному та, врешті, в будь-якому стаціонарі повинна бути співпраця лікаря, середнього медперсоналу та самої хворої у боротьбі зі спільним ворогом - хворобою. За такої умови високий професіоналізм, ретельність і точність у виконанні призначень, дотримання лікувально-охоронного режиму та принципів деонтології приведуть до очікуваного результату -

видужання хворої, її реабілітації, відновлення менструальної, статеві та репродуктивної функцій жінки.

Високі морально-етичні принципи, чітке дотримання деонтологічних норм лікарями та середнім медичним персоналом мають величезне значення для ефективного лікування жінок.

Основою діяльності акушерки, фельдшера є спілкування з хворими. Вони повинні виробити навички професійного цілеспрямованого спілкування, яке є основою їхніх стосунків з пацієнтками.

### **Література**

1. *Хміль С.В.* Гінекологія: підручник. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2006.
2. *Грищенко В.І., Щербини М.О.* Гінекологія: підручник. — К.: Медицина, 2007.
3. *Назарова І.Б., Пісарев А.А., Михайлов О.В.* Медсестринство в гінекології: навч. посіб. — К.: Медицина, 2010. — 248 с.
4. *Степанківська О.В., Щербина М.О.* Гінекологія: підручник. — К.: Здоров'я, 2010.
5. *Хохліч Т.І.* Практикум з гінекології. — К.: Здоров'я, 2000. — 200 с.