Текст лекции по теме занятия №22: Организация гинекологической помощи. Методы исследования в гинекологии. Диспансеризация гинекологических больных.

Изучаемые вопросы:

Введение

1. Принципы организации медицинской помощи женскому населению

2.Программы лечения пациенток с различной патологией

3.Субъективные и объективные методы исследования в гинекологии

4.Методы гинекологического исследования: дополнительные (лабораторные и инструментальные).

5.Основная документация гинекологического стационара и женской консультации, правила оформления.

Введение

Репродуктивное здоровье - способность воспроизводить себе подобных. От него зависит и количество, и «качество» рожденных детей. Репродуктивное здоровье обусловлено как общественными и государственными, так и медицинскими факторами - доступностью и качеством медицинского обслуживания.

Охрана здоровья женщин - приоритетное направление политики государства в области здравоохранения.

Организация медицинской помощи женщинам основана на этапности ее оказания и осуществляется медицинскими организациями федерального, регионального и муниципального уровней под руководством Министерства здравоохранения Российской Федерации и региональных органов здравоохранения субъектов Российской Федерации

Принципы организации медицинской помощи женскому населению

Выделяют следующие уровни медицинской помощи женщинам.

• Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерками и медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

• Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами общей практики (семейными врачами).

• Первичная специализированная медико-санитарная помощь (гинекологическая) оказывается врачами акушерами-гинекологами, врачами общей практики (семейными врачами) в случае отсутствия акушеров-гинекологов и предоставляется женщинам в медицинских организациях или их структурных подразделениях, в том числе во врачебно-физкультурных диспансерах, центрах планирования семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков и центрах медицинской профилактики.

• Скорая медицинская помощь, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), оказывается безотлагательно женщинам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства - нарушениях репродуктивного здоровья (внематочная беременность, кровотечение и т.д.). Стационарная медицинская помощь предоставляется женщинам в случае острых, обострения хронических заболеваний, которые требуют круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения.

• Специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная, предоставляется женщинам в медицинских организациях при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

Основные задачи медико-санитарной помощи женщинам следующие:

• профилактика, раннее выявление и лечение гинекологических заболеваний и болезней молочных желез (в том числе онкологических);

• оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

• санитарно-гигиеническое образование, направленное на охрану репродуктивного здоровья, предупреждение абортов, формирование стереотипа здорового образа жизни.

Система учреждений здравоохранения в Российской Федерации, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, включает:

• медицинские организации амбулаторного типа;

• фельдшерско-акушерские пункты (ФАП);

• акушерско-гинекологические кабинеты;

• женские консультации;

• смотровые кабинеты поликлиник;

• центры планирования семьи и репродукции;

• медико-генетические консультации (кабинеты);

• центры охраны здоровья матери и ребенка;

• медицинские организации стационарного типа;

• родильные дома (с отделением гинекологии);

• отделения гинекологии в составе многопрофильных больниц.

*Женская консультация* - ключевое звено амбулаторно-поликлинической службы в акушерстве и гинекологии. Наряду с женскими консультациями амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь оказывают в акушерско-гинекологических кабинетах и на фельдшерско-акушерских пунктах.

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

*Организация гинекологической помощи женщинам, проживающим в сельской местности*

Гинекологическая помощь сельскому населению оказывается комплексом лечебно-профилактических учреждений в три этапа.

• Первый этап: осуществление доврачебной и первой врачебной помощи в пределах сельского врачебного участка. Включает в себя участковую больницу и/или сельскую врачебную амбулаторию (СВА), а также фельдшерско-акушерские пункты (ФАП). Территории охвата населения на данном этапе - села, поселки, деревни.

• Второй этап: оказание квалифицированной врачебной помощи в пределах районного центра (центральная районная и районные больницы, имеющие в своем составе гинекологические отделения (койки) и кабинеты акушера-гинеколога).

• Третий этап: обеспечение сельского населения высококвалифицированной (специализированной) гинекологической помощью. Осуществляется в областной (окружной, краевой, республиканской) больнице, имеющей в своем составе женскую консультацию (консультативно-диагностическое поликлиническое отделение), отделение гинекологии или самостоятельный родильный дом с женской консультацией, а также в областном (краевом, республиканском) перинатальном центре. Врачебную гинекологическую помощь на сельском врачебном участке осуществляет врач общего профиля. Под его непосредственным руководством работает фельдшер участковой больницы, как в стационаре, так и в амбулатории. Основной объем акушерско-гинекологической помощи в сельском врачебном участке относят к доврачебной помощи, и осуществляют ее акушерки и фельдшера фельдшерско-акушерского пункта.

*Организация работы фельдшерско-акушерского пункта*

ФАП организуют в селе с численностью населения от 300 до 800 жителей в тех случаях, если в радиусе 4-5 км отсутствует участковая больница или амбулатория. ФАП осуществляет лечебно-профилактическую, санитарно-эпидемиологическую работу и санитарно-гигиеническое просвещение населения. Всю работу ФАП обеспечивают фельдшер, акушерка и санитарка. В связи с тем, что на ФАП оказывают медицинскую помощь всему сельскому населению, а не только женскому, помещение, в котором он располагается, должно состоять из двух половин: фельдшерской и акушерской.

Патронаж гинекологических больных является элементом активного диспансерного метода. Патронажная работа акушерки выполняется по плану, который предусматривает дни посещения сел и деревень. В специальной тетради ведется учет патронажной работы, регистрируются все посещения женщин и детей. Все советы и рекомендации акушерка вносит в тетрадь работ на дому для последующей проверки их выполнения.

Фельдшер и акушерка формируют на своем участке список женщин, подлежащих профилактическим осмотрам.

Работой по организации профилактических осмотров руководят районный акушер-гинеколог и главная акушерка района.

Оказание медицинской помощи женщинам, проживающим в транспортно не доступных и отдаленных территориях Российской Федерации, осуществляется санитарной авиацией.

*Структура, организация работы и основные показатели работы трехуровневой системы оказания медицинской помощи*

Организация работы женской консультации основана на территориально-участковом принципе.

Акушерско-гинекологический участок рассчитан на 2200 женщин, проживающих на территории деятельности данной консультации. Режим работы женской консультации установлен с учетом безотказного обеспечения амбулаторной акушерско-гинекологической помощью женщин в дневное время. Профилактическим осмотрам подлежат все женщины прикрепленной территории с 18-летнего возраста один раз в год.

Дополнительно в женской консультации могут быть организованы специализированные кабинеты: гинеколога-эндокринолога, заболеваний шейки матки, маммолога, ультразвуковой диагностики. В целях оказания услуг по охране и укреплению репродуктивного здоровья, профилактике абортов, а также по профилактике, диагностике и лечению гинекологических заболеваний женская консультация осуществляет следующие функции: обследование и лечение гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий, в том числе в условиях дневного стационара и в амбулаторных условиях;

• диспансерное наблюдение гинекологических больных, в том числе девочек;

• выявление, установление медицинских показаний и направление женщин с гинекологическими заболеваниями для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;

• консультирование и оказание услуг по вопросам охраны и укрепления репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортов и подготовки к беременности и родам;

• организацию и осуществление профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний, болезней молочных желез;

• установление медицинских показаний и направление на санаторно-курортное лечение женщин, в том числе девочек, с гинекологическими заболеваниями;

• прерывание беременности в ранние сроки, а также выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий (гистероскопия, лазеро-, радиоволновая хирургия);

• экспертизу временной нетрудоспособности в связи с гинекологическими заболеваниями, выдачу листков нетрудоспособности;

• консультирование по вопросам психологической, социальной поддержки женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности;

• социально-психологическую помощь несовершеннолетним, направленную на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовку к семейной жизни, ориентацию на здоровую семью;

• медико-психологическую и социальную помощь женщинам-инвалидам, в том числе в части формирования репродуктивного поведения.

*Дневной стационар*

Различают:

• дневные стационары в амбулаторно-поликлинических учреждениях;

• дневные стационары в лечебно-профилактических учреждениях.

Дневной стационар предназначен для профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.

Наиболее эффективной является схема лечения женщины, когда 5-6 дней отводится на стационарное лечение, купирование основных симптомов заболевания, а далее для долечивания пациентку переводят в дневной стационар женской консультации.

Преемственность взаимодействия в работе амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений во многом повышает качество медицинской помощи.

*Диспансеризация женского населения*

Рекомендуемое время, отведенное на профилактический осмотр одной женщины, - 15 мин.

При профилактических осмотрах женщин осуществляют цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки, маммографию, ультразвуковое исследование органов малого таза.

По результатам профилактических осмотров женщин подразделяют на пять групп в соответствии с состоянием здоровья:

I - практически здоровые женщины, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении;

II - женщины с риском возникновения нарушений репродуктивной системы;

III - 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 - женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара;

V - женщины с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по поводу хронического заболевания и имеющие показания к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи.

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

Женщинам, отнесенным к III-V группам состояния здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляют индивидуальную программу лечения, при необходимости за ними устанавливают диспансерное наблюдение врачом акушером-гинекологом по месту жительства.

Группы диспансерного наблюдения:

• первая - женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, доброкачественными заболеваниями шейки матки;

• вторая - женщины с врожденными аномалиями развития и положения половых органов;

• третья - женщины с нарушениями функций репродуктивной системы (невынашиванием, бесплодием).

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

Немаловажная роль в диспансеризации женского населения отводится смотровым кабинетам поликлиник.

Смотровые кабинеты - структурные подразделения учреждений амбулаторно-поликлинического звена. Цель создания смотровых кабинетов - обязательный профосмотр всех пациенток, обращающихся к врачам любых специальностей. Такая организация повышает эффективность выявления онкологических заболеваний на ранних стадиях.

Основная задача асмотрового кабинета - профилактический осмотр, выявление предраковых и онкологических заболеваний на ранних стадиях.

Результаты профилактического осмотра заносят в «Карту полицевого учета», в которой проставляется группа здоровья.

*Медицинская помощь в гинекологическом стационаре*

Гинекологический стационар представляет собой отделение многопрофильной больницы или родильного дома. Функционирование гинекологического отделения в многопрофильной больнице позволяет решать ряд дополнительных задач - дополнительного обследования и лечения.

Отделение формируется таким образом, чтобы выполнять следующие задачи:

• плановое оперативное лечение гинекологических заболеваний;

• ургентная (неотложная) гинекологическая помощь (при внутрибрюш-ных и маточных кровотечениях, ранениях половых органов, острых воспалительных заболеваниях половых органов);

• уточнение диагноза или консервативное лечение, которые невозможно провести в амбулаторных условиях.

Пациентки поступают по направлению врача женской консультации, по каналу «скорая помощь» или самостоятельно.

*Гинекологическая помощь детям и подросткам*

Ребенок имеет право на охрану здоровья с момента рождения, поэтому к контингенту, обслуживаемому в системе специализированной гинекологической помощи детям и подросткам, относят девочек в возрасте от 0 до 18 лет (17 лет, 11 мес и 29 дней). Оказание медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями осуществляется в рамках первичной медико-санитарной помощи детскими и подростковыми акушерами-гинекологами в детских поликлиниках, женских консультациях, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, помощь выполняется в гинекологических стационарах (отделениях).

Программы лечения пациенток с различной патологией

Программы лечения женщин с гинекологическими заболеваниями направлены на сохранение репродуктивного здоровья.

Охрана РЗ включает в себя:

• безопасную беременность и уход до родов, в период родов и после родов;

• лечение бесплодия;

• лечение заболеваний репродуктивной сферы;

• лечение заболеваний, передающихся половым путем;

• безопасное и эффективное предохранение от нежелательной беременности, возможность доступа и выбор методов и средств контрацепции;

• безопасное прерывание беременности.

Для того чтобы прогнозировать качество здоровья будущего индивидуума, необходимо учитывать множество взаимосвязанных и взаимозависимых факторов риска, способных участвовать в развитии заболеваний у человека. Условно различают факторы эндогенного и экзогенного характера.

Среди факторов эндогенного характера приоритетными считают: • наследственные факторы;

• состояние здоровья (соматическое) родителей и особенно матери в период беременности;

• РЗ матери и отца, их детский анамнез и период становления репродуктивной функции и др.

К факторам экзогенного характера относятся:

• неблагоприятные факторы производственной и окружающей среды;

• социально-экономические показатели жизни;

• качество медицинского обслуживания и его эффективность;

• условия быта и места проживания;

• сбалансированность питания, особенно в период беременности и т.д.

На состояние репродуктивного здоровья существенное влияние оказывает соматическое и психическое здоровье населения. В последние годы увеличилась доля заболеваний с хроническим, рецидивирующим течением, возросло число лиц с заболеваниями системы кровообращения, нервной системы, мочеполовых органов, инфекционными болезнями.

Большую тревогу вызывает рост заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и СПИДом.

Рост соматических заболеваний во многом определяет увеличение количества осложнений во время беременности и родов.

*Профилактика* гинекологических заболеваний включает в себя следующее:

• охрану здоровья, начиная с периода внутриутробного развития;

• своевременное лечение последствий родовых травм;

• отказ от вредных привычек;

• ведение здорового образа жизни;

• соблюдение правил общей гигиены, гигиены половой жизни и половых органов;

• использование средств, предотвращающих заражение инфекциями, передаваемых половым путем, и непланируемую беременность;

• регулярные профилактические осмотры (не реже 1 раза в год).

Одной из задач приоритетного национального проекта в области здравоохранения является укрепление профилактической направленности Российской системы здравоохранения. Профилактика абортов и заболеваний, передаваемых половым путем, в значительной мере опираются на успешность санитарно-просветительной работы среднего медицинского персонала.

Субъективные и объективные методы исследования в гинекологии

*Общие методы обследования*

Для обследования женщин с гинекологическими заболеваниями используют анализ общего и специального гинекологического анамнеза, общее объективное исследование и специальные методы гинекологического исследования, а также инструментальные, лабораторные и функциональные методы.

*Анамнез*

Сбор анамнеза осуществляется для того, чтобы выяснить жалобы, получить сведения о предшествующей жизни и перенесенных ранее заболеваниях и выяснить развитие настоящего заболевания.

Опрос больной производится по следующему плану.

• Паспортные данные, возраст.

• Жалобы.

• Перенесенные ранее заболевания: болезни детского возраста, инфекционные (в том числе болезнь Боткина), болезни различных систем и органов, наследственность, операции, травмы, аллергологический анамнез, гемотрансфузии.

• Заболевания мужа (полового партнера).

• Условия быта и труда.

• Специальный акушерско-гинекологический анамнез: - характер менструальной, половой, детородной, секреторной функций;

- перенесенные гинекологические заболевания и операции на половых органах;

- перенесенные урогенитальные и венерические заболевания (при этом необходимо также выяснить функции соседних органов в настоящее время - мочевыделительной системы, кишечника).

• Наличие болей и их характер.

• Развитие настоящего заболевания.

• Подведение итогов.

Особое внимание должно быть уделено выяснению перенесенных ранее гинекологических заболеваний. В этом отношении большой интерес представляют инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), наличие у мужа туберкулеза, которые нередко являются одной из причин бесплодного брака.

Неблагоприятные условия быта и труда, наличие профессиональных вредностей (вибрация; запыленность; работа с химическими веществами; поднятие тяжестей, особенно в период полового созревания или вскоре после родов; переохлаждение; перегревание; длительное стояние или сидение и др.) неблагоприятно влияют на течение и способствуют возникновению расстройств менструальной функции, воспалительных заболеваний, аномалий положения, предраковых и раковых заболеваний половых органов и многих других.

При сборе анамнеза жизни необходимо получить сведения о вредных привычках (алкоголизм, табакокурение, наркомания и другие), непереносимости лекарственных препаратов, произведенных ранее переливаниях крови.

Оценку половой функции необходимо начинать с изучения особенностей менструальной функции, так как она характеризует состояние половой системы и всего организма женщины. При изучении особенностей менструальной функции необходимо выявить следующие данные:

• время начала первой менструации;

• через какой промежуток времени установился менструального цикла;

• продолжительность менструального цикла;

• продолжительность менструации, болезненность и величина кровопотери;

• изменения менструального цикла после начала половой жизни, после родов и абортов;

изменения МЦ в связи с данным гинекологическим заболеванием;

• дату последней нормальной менструации (ее начало и конец).

При этом необходимо выяснить:

• возраст начала половой жизни;

• наличие беременностей и срок наступления первой беременности после начала половой жизни;

• количество беременностей, их течение и исход (родов, абортов);

• течение родов и послеродового периода;

• характер перенесенных абортов (самопроизвольный, искусственный), сроки прерывания беременности, осложнения вовремя и после аборта.

Половое чувство. Половое влечение и удовлетворение обычно характеризуют полноценность половой функции женщины, правильное развитие полового аппарата. Нарушение полового акта. Болезненный половой акт (диспареуния) служит симптомом хронических воспалительных заболеваний матки, ее придатков и тазовой брюшины, позадишеечного эндометриоза, вульвовагинита.

Контрацепция. Необходимо узнать, предохраняется ли женщина от беременности, выяснить способ контрацепции, его длительность и переносимость.

Секреторная функция - важный показатель состояния женских половых органов. Нарушение секреторной деятельности может наблюдаться не только при гинекологических заболеваниях, но и при экстрагенитальных.

Опрос больной заканчивается получением подробных сведений о развитии настоящего заболевания. Необходимо выяснить время возникновения жалоб и клинических симптомов, их связь с тем или иным фактором (менструации, роды, аборт, переохлаждение, общие заболевания и прочие), а также получить сведения о развитии заболевания. Следует подробно расспросить больную о течении заболевания, применявшихся методах диагностики и лечения и их эффективности.

*Общее объективное обследование*

Цель объективного обследования пациенток с гинекологическими заболеваниями - распознавание заболеваний половой системы и выяснение состояния других органов и систем.

Обычно используются следующие методы:

• общепринятые в медицинской практике - осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др.;

• специальные методы исследования - обследование шейки матки при помощи зеркал, влагалищное и прямокишечное бимануальное исследование;

• клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования. При общем объективном исследовании производят оценку типа конституции, состояния кожного покрова, характера оволосения, состояния молочных желез, исследование по органам и системам.

О наличии избыточной массы тела можно судить по индексу массы тела (ИМТ), рассчитываемому по формуле: ИМТ = масса тела (кг) / длина тела (м2).

При осмотре живота обращают внимание на его размеры, конфигурацию, вздутие, симметричность, участие в акте дыхания. Изменение живота и его формы наблюдается при больших опухолях (миома, кистома), асците, выпотном перитоните.

При пальпации определяют тонус мышц брюшной стенки, наличие симптома «мышечной защиты», диастаза прямых мышц живота, болезненность.

Перкуссия позволяет уточнить границы опухолей, инфильтратов, определяют наличие свободной жидкости в брюшной полости. Аускультация живота позволяет определить наличие перистальтики кишечника и ее характер.

*Специальные методы гинекологического исследования*

К обязательным методам исследования женщин относятся:

• осмотр наружных половых органов;

• обследование шейки матки при помощи зеркал;

• влагалищное, бимануальное и ректальное исследование.

Гинекологическое исследование проводится после объяснения пациентке сути исследования и получения ее согласия, а также после опорожнения мочевого пузыря при отсутствии переполнения кишечника, в горизонтальном положении на специальном гинекологическом кресле, застеленном индивидуальной пеленкой.

Исследование начинается с осмотра наружных половых органов.

После этого приступают к внутреннему исследованию. Исследование при помощи зеркал производится перед влагалищным и бимануальным исследованием, так как предварительное пальцевое исследование может изменить характер влагалищных выделений или травмировать слизистую оболочку шейки матки и влагалища. Для исследования применяют различные зеркала: цилиндрические, створчатые, ложкообразные.

При влагалищном (одноручном) исследовании определяют:

• состояние мышц тазового дна;

• состояние больших вестибулярных желез (воспаление, киста и пр.);

• состояние уретры (уплотнение, болезненность), а при наличии воспаления в ней получают выделения путем выдавливания;

• состояние влагалища:

- объем;

- складчатость;

- растяжимость;

- наличие патологических изменений (пороки развития, рубцы, стеноз, инфильтраты и др.);

• особенности сводов влагалища: глубину, болезненность.

Методы гинекологического исследования: дополнительные (лабораторные и инструментальные).

*Определение гормонов в крови*

Гормональный скрининг — метод диагностики эндокринных нарушений. Задача гормонального обследования — оценка уровня базальной секреции тропных и стероидных гормонов в плазме крови в раннюю фолликулиновую фазу менструального цикла, которой соответствуют 2–3й дни от начала менструации.

Изучают концентрацию пролактина, гонадотропинов (ФСГ, ЛГ), эстрадиола, тестостерона, ДГЭАС, кортизола, ТТГ, свободных фракций гормонов щитовидной железы: Т3, Т4 — определяют уровень АТ к тиреоидной пероксидазе и тиреоглобулину.

*Микробиологические методы исследования*

Цель микробиологического исследования — установить этиологическую роль тех или иных микроорганизмов при возникшем заболевании или клиническом синдроме.

*Инструментальные методы диагностики*

*гистеросальпингография*— метод рентгенодиагностики заболеваний матки и её труб, основанный на введении в нихконтрастных веществ.

*Ультразвуковое исследование органов малого таза*

*Магнитнорезонансная томография органов малого таза*

*Аспирационная биопсия эндометрия*

Цитологическое исследование аспирата из полости матки не утратило своей значимости до настоящего времени.

*Пункция позадиматочного пространства через задний свод влагалища*

Пункция брюшной полости через задний свод влагалища (кульдоцентез) — ближайший и наиболее удобный доступ в полость малого таза (прямокишечноматочное углубление, Дугласово пространство), где скапливается жидкость (кровь, гной, экссудат) при различных патологических процессах, чаще гинекологического происхождения.

*Цитологический метод в диагностике заболеваний шейки матки*

Мазок по Папаниколау (Паптест).

Метод морфологического анализа основан на изучении и оценке клеточного материала.

*Кольпоскопия* — осмотр поверхности влагалищной части шейки матки с помощью кольпоскопа при стандартном увеличении.

*Биопсия шейки матки* — прижизненное взятие небольшого объёма ткани влагалищной части шейки матки для микроскопического исследования с диагностической целью.

*Гистероскопия* — метод эндоскопии в гинекологии, позволяющий осмотреть полость матки.

Основная документация гинекологического стационара и женской консультации, правила оформления.

Для регистрации и учета женщин на ФАПе, подлежащих активному диспансерному наблюдению, заводят контрольные карты диспансерного наблюдения (ф-030/у).

На каждую женщину, первично обратившуюся в женскую консультацию, заводят «Медицинскую карту амбулаторного больного» (форма 025у). При наличии показаний для диспансеризации заполняют «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (форма 030у).