

Структура и функции женской консультации. Дневные стационары. Центры планирования семьи.

Женская консультация — учреждение здравоохранения, оказывающее амбулаторную лечебно-профилактическую акушерскую и гинекологическую помощь населению. Она играет ведущую роль в оказании первичной акушерско-гинекологической помощи.

Женская консультация может быть самостоятельной юридической организацией или структурным подразделением родильного дома, поликлиники, медико-санитарной части. Наиболее рационально размещение женской консультации в составе лечебно-профилактических учреждений в связи с их более широкими возможностями в обследовании и лечении женщин.

Женская консультация должна быть функционально связана с акушерско-гинекологическим стационаром, перинатальным центром, поликлиникой, Центром планирования семьи и репродукции, медико-генетическими консультациями, консультативно-диагностическими центрами, специализированными диспансерами, детскими поликлиниками и другими учреждениями для обеспечения преемственности в наблюдении женского населения.

С целью полного охвата медицинской помощью, непрерывностью наблюдения и общедоступностью работа женской консультации основана на участково-территориальном принципе, т.е. вверенная ей территория поделена на участки, исходя из количества жителей (6000 на каждом участке).

Деятельность женской консультации регламентирована Приказом Минздравсоцразвития РФ № 223 от 30 марта 2006 г. «**О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации**».

Женская консультация осуществляет следующие **функции**:

- 1) диспансерное наблюдение беременных, в т.ч. выделение женщин «групп риска» в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;
- 2) выявление, установление медицинских показаний и направление беременных женщин, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями на стационарное лечение;
- 3) физическая и психопрофилактическая подготовка беременных к родам, в том числе подготовка семьи к рождению ребёнка;
- 4) патронаж беременных и родильниц;
- 5) консультирование и оказание услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, применения современных методов профилактики абортов и подготовки к беременности и родам;
- 6) организация и проведение профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний;

- 7) обследование и лечение беременных и гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий, в том числе в условиях дневного стационара и на дому (стационар на дому);
- 8) диспансеризация гинекологических больных в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, включая реабилитацию;
- 9) установление медицинских показаний и направление на санаторно-курортное лечение беременных женщин и женщин с гинекологическими заболеваниями;
- 10) осуществление прерывания беременности в ранние сроки (при задержке менструации не более 20 дней), а также выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий (гистероскопия, лазеро-, криотерапия и т.д.);
- 11) обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц, гинекологических больных между женской консультацией и другими лечебно-профилактическими учреждениями (кожно-венерологическим, онкологическим, психоневрологическим, наркологическим, противотуберкулёзным диспансерами и т.д.), территориальным фондом обязательного медицинского страхования РФ;
- 12) клиничко-экспертная оценка качества оказания медицинской помощи женщинам вне, в период беременности, послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;
- 13) экспертиза временной нетрудоспособности по беременности, родам, в связи с гинекологическими заболеваниями, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направление в установленном порядке на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности;
- 14) оказание медико-социальной, правовой и психологической помощи;
- 15) повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала в соответствии с действующим законодательством РФ;
- 16) внедрение в практику современных диагностических и лечебных технологий, новых организационных форм работы, средств профилактики и реабилитации больных;
- 17) выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности пациентов и персонала, предотвращения распространения инфекций;
- 18) проведение мероприятий в области информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья женщин, профилактики абортов, а также инфекций, передаваемых половым путём, в т.ч. ВИЧ-инфекции;
- 19) анализ показателей работы женской консультации, эффективности и качества медицинской помощи, разработка предложений по улучшению качества акушерско-гинекологической помощи.

Рекомендуемая структура женской консультации:

- а) регистратура;
- б) кабинет врача акушера-гинеколога
- в) кабинеты специализированных приёмов:
 - планирования семьи;
 - невынашивания беременности;
 - гинекологической эндокринологии;
 - патологии шейки матки;
 - бесплодия (репродуктивного здоровья);
 - гинекологии детского и подросткового возраста;
 - функциональной и пренатальной диагностики;
- в) кабинеты специалистов:
 - терапевта;
 - стоматолога (зубного врача);
 - психотерапевта (медицинского психолога);
 - юриста;
 - социального работника;
 - лечебной физкультуры;
 - физиотерапевтических методов лечения;
 - психопрофилактической подготовки беременных к родам;
- г) другие подразделения:
 - малая операционная;
 - клиничко-диагностическая лаборатория;
 - дневной стационар;
 - стационар на дому;
 - процедурный кабинет;
 - стерилизационная.

Представленная выше рекомендуемая структура женской консультации может быть адаптирована с учётом местных условий.

Важнейшее значение имеет грамотное ведение медицинской документации.

Медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у) заполняется на каждого поступившего в стационар, где является основным медицинским документом. Данный документ един для всех стационаров (больниц любого профиля, диспансеров, клиник вузов и НИИ, санаториев).

Карта содержит сведения о состоянии больного в течение всего времени пребывания в стационаре, организации его лечения, объективных исследованиях и назначениях. Данные медицинской карты стационарного больного позволяют контролировать правильность организации лечебного процесса и используются для выдачи справочного материала по запросам ведомственных учреждений (суда, прокуратуры и др.).

Медицинская карта прерывания беременности (форма № 003–1/у) заводится на всех женщин, поступивших в стационар для искусственного

прерывания беременности или по поводу самопроизвольного аборта, в учреждениях, имеющих условия для выполнения аборта.

Статистическая карта выбывшего из стационара (форма № 066/у) составляется на основании медицинской карты стационарного больного (форма № 003/у) и является статистическим документом, содержащим сведения о больном, выбывшем из стационара (выписанном, умершем).

Карта заполняется одновременно с написанием эпикриза в медицинской карте стационарного больного. Её составляет лечащий врач на всех выбывших из стационара (выписанных или умерших), в том числе и родильниц, выписанных после нормальных родов. Карта не заполняется на больных, переведённых в другие стационары.

В карте отражают:

- длительность лечения в стационаре;
- диагноз основного и сопутствующих заболеваний;
- время, характер и эффективность хирургической помощи;
- исход заболевания и др.

Медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/у) — основной первичный медицинский документ больного, лечащегося амбулаторно или на дому, и заполняется на всех больных при первом обращении за медицинской помощью в данное лечебное учреждение.

На каждого больного в поликлинике ведётся одна медицинская карта независимо от того, лечится ли он у одного или нескольких врачей. Карта заполняется во всех учреждениях, ведущих амбулаторный приём (общих и специализированных), городских и сельских, включая фельдшерско-акушерские пункты, врачебные и фельдшерские здравпункты. В женских консультациях карту заводят на гинекологических больных и женщин, обратившихся по поводу прерывания беременности; на беременных и родильниц заполняют индивидуальную карту беременной и родильницы (ф. № 111/у). На фельдшерско-акушерских пунктах и здравпунктах в случае необходимости вместо медицинской карты амбулаторного больного разрешается вести журнал регистрации амбулаторных больных (ф. № 074/у).

В случае госпитализации больного в стационар, объединённый с поликлиникой, карта передаётся в стационар и хранится в медицинской карте стационарного больного. После выписки больного из стационара или его смерти медицинская карта амбулаторного больного с эпикризом лечащего врача стационара возвращается в поликлинику.

В случае смерти больного одновременно с выдачей врачебного свидетельства о смерти в карте производится запись о дате и причине смерти. Медицинские карты умерших изымаются из действующей картотеки и передаются в архив лечебного учреждения.

На титульном листе медицинской карты амбулаторного больного предусмотрено место для записи заболеваний, по поводу которых больной был взят под диспансерное наблюдение, с указанием дат взятия и снятия с учёта и причины снятия.

Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма № 030/у) заполняется всеми амбулаторно-поликлиническими учреждениями, за исключением противотуберкулёзных, онкологических, психоневрологических и наркологических учреждений. Карты заполняются на всех больных, взятых под диспансерное наблюдение. В правом верхнем углу указывают диагноз заболевания, дату его установления и способ выявления (при обращении за лечением, при профилактическом осмотре). В специально отведённом месте записывают возникающие осложнения, сопутствующие заболевания, изменения диагноза и наиболее важные лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, перевод на инвалидность и т.д.).

На больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу двух заболеваний и более, этиологически не связанных между собой, заполняются разные контрольные карты.

Карты хранятся в картотеке у лечащего врача. Карты рекомендуется хранить по месяцам назначенной явки, что позволяет вести контроль посещений, принимать меры к привлечению больных, пропустивших срок явки.

Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (форма № 027/у) заполняется амбулаторно-поликлиническими учреждениями при направлении больного на стационарное лечение и стационарами всех профилей при выписке (в случае смерти) больного. Она необходима для обмена информацией между амбулаторно-поликлиническими и стационарными учреждениями о диагнозе, течении заболевания, состоянии больного при направлении (выписке), проведённых исследованиях и лечении, лечебных (трудовых) рекомендациях больному. Выписка выдаётся на руки больному или, в случае необходимости, пересылается почтой.

В женской консультации амбулаторно могут быть выполнены следующие **гинекологические операции и манипуляции**:

- удаление полипов канала шейки матки;
- аспирация содержимого полости матки для цитологического исследования;
- введение и удаление внутриматочного противозачаточного средства;
- прерывание беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации;
- ножевая биопсия шейки матки;
- диатермо-, крио- или лазерная деструкция шейки матки;
- кимопертубация;
- гистероскопия;
- удаление кист влагалища небольших размеров.

Для этих целей в консультации должны быть организованы малая операционная и комната временного пребывания больных после операций

(стационар дневного пребывания). Все операции фиксируют в «Журнале амбулаторных операций».

В исключительных случаях медицинская помощь гинекологической больной (осмотр, анализы, инъекции, консультации) может быть оказана на дому.

В стационарном лечении нуждаются 10–15% гинекологических больных. При определении показаний для стационарного лечения выдают «Талон на госпитализацию» с отметкой результатов предварительно проведенного обследования, записывают дату направления в стационар и фактической госпитализации.

Основные задачи первичной медико-санитарной помощи:

- профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний;
- оказание мед.помощи при неотложных состояниях;
- санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение абортов, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни.

ПРОФИЛАКТИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

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

Гинекологические заболевания диагностируют:

- при обращении женщин в женскую консультацию или поликлинику, в т.ч. по поводу беременности;
- при осмотре женщин на дому (по вызову или при активном посещении врачом);
- при проведении профилактических осмотров в женской консультации, смотровых кабинетах поликлиник, на предприятиях, в учреждениях и при стационарном лечении по поводу экстрагенитальных заболеваний.

Для правильного планирования профилактических осмотров женские консультации должны иметь списки женщин прикрепленного района. Для того чтобы охватить профилактическим осмотром большое число женщин, при общих поликлиниках созданы смотровые кабинеты, где проводятся осмотры всех женщин, обратившихся в поликлинику. Должности акушерок для работы в таком кабинете (в две смены) утверждает главный врач поликлиники. Акушерка устанавливает ориентировочный диагноз. Окончательный диагноз определяет акушер-гинеколог на основании данных, поступающих от акушерки смотрового кабинета, анамнеза, личного осмотра с использованием дополнительных методов обследования.

Контроль и руководство смотровым кабинетом осуществляют заведующий поликлиникой (главный врач), онкологи и акушеры-гинекологи, а при отсутствии в поликлинике акушера-гинеколога — заведующий женской консультацией или районный акушер-гинеколог.

Группы риска, скрининг.

Диспансерное наблюдение женщин направлено на раннее выявление и своевременное лечение гинекологических заболеваний, патологии МЖ, ИППП, ВИЧ, подбор методов контрацепции, прерывание беременности до 12 недель, прегравидарную и прееконтцептивную (профилактика врожденных пороков развития плода) подготовку.

При профилактических осмотрах женщин осуществляется цитологический скрининг шейки матки, маммография, УЗИ органов малого таза.

Скрининг – это массовое обследование больших групп населения с использованием информативных, экономически доступных методов диагностики с целью раннего выявления онкологических заболеваний или формирования групп риска женщин по развитию злокачественных новообразований.

В ЖК осуществляется маммографический, цитологический и УЗ скрининг.

Маммографический скрининг предназначен для ранней диагностики рака МЖ и включает проведение рентгеномаммографии – всем женщинам старше 40 лет – 1 раз в 2 года, старше 50 лет – ежегодно. При подозрении на узловое образование в МЖ рентгеномаммография проводится независимо от возраста. У женщин моложе 40 лет проводится УЗИ МЖ по показаниям (рентгеномаммография может быть неинформативна ввиду высокой рентгенологической плотности МЖ).

Цитологический скрининг направлен на раннее выявление предраковых заболеваний ШМ и рака ШМ. Исследование мазков по Папаниколау (мазки на онкоцитологию) проводится всем женщинам старше 40 лет 1 раз в год.

УЗИ органов малого таза проводится по показаниям, женщинам старше 40 лет – ежегодно.

Группы диспансерного наблюдения.

- I. Здоровые женщины без отклонения от нормы в состоянии репродуктивного здоровья.
- II. Здоровые женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы.
- III. Женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивных органов и МЖ.
- IV. Женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий.
- V. Женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (невынашивание беременности, бесплодие).

Проф.осмотры женщин, находящихся на диспансерном учете, проводятся не реже 1 раза в год. Женщины II группы ориентируются на деторождение и последующий подбор контрацепции. Женщинам III группы проводится обследование для исключения злокачественного новообразования. Женщин с выявленными кистозными или узловыми образованиями МЖ направляют в онкологический диспансер для верификации диагноза. После исключения злокачественной патологии МЖ такие женщины находятся под наблюдением врача акушера-гинеколога, который проводит диагностику и лечение доброкачественных диффузных изменений МЖ с учетом сопутствующей гинекологической патологии.

При наличии показаний для оказания специализированной (в т.ч. высокотехнологичной) мед.помощи (эндоскопические методы, пластические операции, ВРТ – вспомогательные репродуктивные технологии) женщины IV и V групп направляются в учреждения, имеющие лицензии и специалистов соответствующего профиля (в гинекологические стационары, Центры акушерства и гинекологии, центры планирования семьи и репродукции, центры ЭКО и т.п.).

Организация работы дневного стационара

На современном этапе одним из важных принципов организации медицинской помощи женщинам является осуществление акушерско-гинекологической помощи в максимальном объёме в амбулаторных условиях с оказанием всех возможных лечебно-диагностических услуг в соответствии с достижениями медицинской науки и техники.

В свете поставленных задач возникает необходимость широкого внедрения таких новых форм работы, как дневные стационары в поликлиниках, палаты (отделения) дневного пребывания в больницах для госпитализации больных. Деятельность таких подразделений регламентирована приказом МЗ РФ № 438 от 09.12.1999 г.

Дневные стационары могут быть организованы на базе поликлиник, поликлинических отделений городских больниц, женских консультаций, родильных домов, диспансеров, клиник НИИ, имеющих хорошую материально-техническую базу. Главное преимущество лечения больных в условиях дневного стационара — возможность широкого применения инфузионной терапии, а также возможность использования вспомогательных отделений в случае организации на базе многопрофильной клиники (функциональная диагностика, лабораторная диагностика, физиотерапия и т.д.).

Мощность дневных стационаров зависит от потребностей и местных условий. Ответственность за деятельность дневных стационаров несёт главный врач учреждения. Необходимое количество медицинского персонала определяется по действующим штатным нормативам в пределах общей численности и решается индивидуально главным врачом.

Учитывая особенности работы дневных стационаров, выделяют врача на правах заведующего, который осуществляет всю координационно-организационную и частично лечебную работу.

Наиболее целесообразно дневной стационар располагать в наиболее изолированном месте учреждения, приблизив максимально его к отделению восстановительного лечения для широкого применения различных физиотерапевтических процедур, психотерапии, иглорефлексотерапии, ЛФК и т.д.

Объём медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, как правило, включает лабораторно-диагностическое обследование, медикаментозную терапию, восстановительное лечение.

Больные находятся в дневном стационаре в среднем 10–12 дней. Как и в обычном стационаре, они ежедневно осматриваются врачом, который следит за их состоянием, назначает контрольные лабораторно-инструментальные исследования, консультации врачей узких специальностей и т.д. Кроме того, организация дневного стационара позволяет в условиях женской консультации, поликлиники проводить целый ряд сложных диагностических исследований, таких как гистероскопия, аспирация эндометрия и др.

В дневном стационаре помимо лечения основного заболевания больным целесообразно проводить оздоровительные мероприятия и лечение сопутствующих заболеваний. В данный период необходимо широко использовать физиотерапию, бальнеолечение, грязелечение, массаж, ЛФК, психотерапию, иглорефлексотерапию и другие методы восстановительного лечения.

В условиях дневного стационара может также осуществляться долечивание больных, выписанных из стационара для завершения лечения в условиях активного режима с последующей выпиской для трудовой деятельности. В функции дневного стационара может входить оказание неотложной догоспитальной помощи тем больным, у которых в период обращения в поликлинику, женскую консультацию развились неотложные состояния.

В дневном стационаре поликлиники, стационаре на дому записи о состоянии больного при назначении лечения, диагностических исследований, а также обобщённые сведения о проведённом лечении и его результатах вносятся в «Медицинскую карту амбулаторного больного» или «Историю развития ребёнка», которые передаются в стационар из подразделения, направившего пациентку на лечение.

В стационаре дневного пребывания в больнице все записи вносят в «Медицинскую карту стационарного больного».

Показания для лечения в дневном стационаре

Первичный отбор пациенток в дневной стационар осуществляет лечащий врач женской консультации, поликлиники. Для работы в дневном стационаре должны быть выделены опытные медицинские работники: врачи

соответствующей специальности в зависимости от профиля и объёма медицинской помощи дневного стационара (иглорефлексотерапевты, акушеры-гинекологи, физиотерапевты), средние медработники, санитарки. Врачи дневного стационара должны владеть методами догоспитальной реанимационной помощи.

ЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Гинекологическим больным необходимо обеспечить соответствующий объём обследования, диагностики, лечения, в т.ч. восстановительного. Для решения поставленных задач дневной стационар должен осуществлять взаимосвязь с другими учреждениями здравоохранения:

- консультативно-диагностическими центрами;
- физиотерапевтическими отделениями;
- специализированными центрами;
- санаториями-профилакториями.

Внедрение в практику работы учреждений стационарзамещающих технологий позволяет выполнять необходимый объём лечебно-диагностических мероприятий без излишних затрат на круглосуточное пребывание больных в стационаре.

Показания к пребыванию гинекологических больных в стационарах.

■ Обострение хронических воспалительных заболеваний гениталий (для комплексного целенаправленного обследования, этиотропного лечения, выполнения рассасывающей терапии, грязелечения, иглорефлексотерапии и других процедур, связанных с медицинской реабилитацией).

■ Эндометриоз (для биопсии из доступных локализаций, гистеросальпингографии водорастворимыми контрастами, УЗИ, клинко-лабораторных исследований, рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта, кольпоскопии, фиброгастроскопии, проведения рассасывающего и восстановительного лечения).

■ Фоновые состояния, доброкачественные опухоли, опухолевидные образования (лейкоплакия, эрозия шейки матки, эктропион и др.).

■ Бесплодие.

■ Восстановительное лечение после гинекологических операций.

■ Перенесённый осложнённый аборт (для выполнения комплекса восстановительного лечения).

Перечень **малых гинекологических операций и манипуляций** для выполнения в дневном стационаре:

- аспирация содержимого полости матки для цитологического исследования;
- гистеросальпингография, кимопертубация и гидротубация;
- гистероскопия;
- раздельное лечебно-диагностическое выскабливание слизистых канала шейки матки и полости матки с последующим

- гистологическим исследованием при полипах канала шейки матки, гиперпластических заболеваниях эндометрия;
- выскабливание канала шейки матки при удалённой матке;
 - ножевая биопсия шейки матки;
 - деструктивные методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки (радиоволновая хирургия, диатермокоагуляция, криодеструкция, лазерная коагуляция) при гистологически подтвержденном отсутствии злокачественного процесса;
 - удаление небольших размеров кист влагалища;
 - рассечение девственной плевы, полностью закрывающей вход во влагалище;
 - операции искусственного прерывания беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации;
 - удаление и введение контрацептивных имплантатов.

Центры планирования семьи и репродукции (ЦПСиР).

Это может быть специализированный кабинет в структуре ЖК, структурное подразделение в составе УЗ (например, клинической больницы) либо самостоятельная многопрофильная клиника.

В структуре ЖК кабинет по планированию семьи осуществляет работу по профилактике аборт, консультирование по вопросам репродуктивного здоровья, индивидуальный подбор средств и методов контрацепции. В сложных случаях, требующих более квалифицированного обследования и лечения, врач направляет женщину в территориальный Центр ПСиР (в Ульяновске таким центром является Центр планирования семьи на базе ЖК ГУЗ ГKB №1 («Перинатальный центр»), ул. Вр. Сурова, 4).

Структура ЦПСиР.

- Регистратура
- Кабинеты врачей акушеров-гинекологов
- Кабинеты специализированных приемов (невынашивания беременности, гинекологической эндокринологии, сохранения и восстановления репродуктивной функции, пренатальной диагностики, детской и подростковой гинекологии и др. – в зависимости от мощности Центра)
- Кабинеты смежных специалистов (уролога-андролога, эндокринолога, мед.психолога; может быть также дерматовенеролог, онколог-маммолог)
- Кабинет или отделение УЗИ
- Клинико-диагностическая лаборатория (в крупных Центрах м.б. цитогенетическая, патогистологическая лаборатория, лаборатория экстракорпорального оплодотворения - ЭКО)
- Отделение ВРТ, в т.ч. ЭКО (в многопрофильных Центрах)
- Малая операционная, процедурные, перевязочные кабинеты.

- Вспомогательные помещения (ординаторская, каб.зав.Центром, каб.мед.персонала, каб. для хранения медикаментов., мед.инвентаря и т.п.).
- В крупных многопрофильных Центрах могут быть также организованы стационарные отделения (родильное, оперблок, акуш.физиология и обсервация, отделение патологии беременности, отд. новорожденных, гинекологическое отд-е, отд-е эндоскопической хирургии).

Функции ЦПСиР.

- 1) планирование беременности и прегравидарная подготовка
- 2) подбор контрацепции
- 3) обследование и лечение невынашивания беременности, бесплодия
- 4) прерывание беременности на ранних сроках, пред- и послеабортное консультирование
- 5) лечение гинекологических заболеваний, в т.ч. эндокринных
- 6) подготовка к ЭКО (при наличии отделения ВРТ) и/или проведение ЭКО и ПЭ (переноса эмбриона) в матку (при наличии соответствующего оборудования и специалистов)
- 7) детская и подростковая гинекология
- 8) в крупных Центах – ведение беременности и родов, пренатальный скрининг, эндоскопическая хирургия и др.)