

Галина Чижова: «Хабаровский край»



Об особенностях структуры акушерско-гинекологической службы Хабаровского края с региональным корреспондентом журнала «Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии» Александром Филимоненко беседует главный внештатный акушер-гинеколог Минздрава Хабаровского края, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Хабаровского института повышения квалификации специалистов здравоохранения, проректор Хабаровского института повышения квалификации специалистов здравоохранения (ХИПКСЗ) по научно-исследовательской работе и международным связям, заслуженный врач РФ Галина Всеволодовна Чижова.

Галина Всеволодовна, расскажите, пожалуйста, о системе и структуре акушерско-гинекологической помощи на территории Хабаровского края.

Система акушерско-гинекологической помощи в крае реализуется на общих принципах этапности оказания медицинской помощи, как и в целом по России. На амбулаторно-поликлиническом этапе она представлена 196 фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП), 52 акушерско-гинекологическими кабинетами и 26 смотровыми кабинетами в амбулаторно-поликлинических учреждениях, 24 женскими консультациями (12 из них находятся в структуре родильных домов), двумя самостоятельными Центрами планирования семьи. Стационарная помощь оказывается в 4 родильных домах и 22 государственных учреждениях здравоохранения. Головное учреждение – ГУЗ «Перинатальный центр» Минздрава Хабаровского края. Для обеспечения специализированной медицинской помощью беременных отдаленных районов края разработан порядок маршрути-

зации женщин с учетом территории (Николаевск-на-Амуре, Комсомольск-на-Амуре). Все самые тяжелые случаи транспортируются в Хабаровск. В течение последних трех лет мы стараемся активно влиять на ситуацию и организовать потоки беременных и больных таким образом, чтобы все женщины высокой группы риска попадали в ведущие медицинские учреждения. В Комсомольске-на-Амуре это родильное отделение 7-й городской больницы, в Хабаровске – ГУЗ «Перинатальный центр» Минздрава края. Наша задача так перераспределить потоки пациентов, чтобы участковым врачам в отдаленных районах не приходилось иметь дела с женщинами из групп риска. Разработана система показаний для госпитализации в учреждения разного уровня: если одна женщина может получить помощь в участковой больнице или ЦРБ, то другая уже должна рожать как минимум в городском роддоме, ну а некоторые должны родоразрешаться только в «Перинатальном центре». Мы постоянно совершенствуем эту трехуровневую систему.

Есть ли особая (дальневосточная) специфика работы акушерско-гинекологической службы Хабаровского края и в чем она заключается?

Дальний Восток уникален, и наш край тоже – у него огромная территория с крайне низкой плотностью населения – 1,78 человека на квадратный километр, что в 4,6 раза меньше, чем

в целом по России, плюс сложные климатические условия, удаленность. Хабаровский край на тысячи километров протянулся с севера на юг вдоль побережья Охотского моря. Представьте, случилась беда в Охотске. Чтобы долететь из Хабаровска в Охотск (это при условии летной погоды!) требуется минимум 4 часа! Такие у нас расстояния, такие масштабы. Есть отдаленные населенные пункты, где практически не осталось жителей. Раньше там действовали амбулатории, ФАП, но сейчас они закрыты, ведь мы пытались централизовать медицинскую помощь. Теперь для того, чтобы человек ее получил, ему нужно приехать издалека, а это не всегда возможно не только из-за финансовых проблем, но и даже чисто технически. Проблемы у каждого региона свои, но Хабаровский край весьма сложен в плане своевременного оказания квалифицированной экстренной помощи. При «Перинатальном центре» действует реанимационно-консультативный центр выездных бригад. Его задача – экстренная реанимационная помощь новорожденным, беременным, роженицам и родильницам. Диспетчерская служба Центра каждые сутки мониторит ситуацию по краю: количество беременных, случаев заболеваний, осложнений. Ведется реестр беременных женщин высокого риска, организован диспетчерский час для связи с муниципальными образованиями, ведется дистанционное наблюдение женщин. Опытные сотрудники ГУЗ «Перинатальный

«Весьма сложен в плане своевременного оказания квалифицированной экстренной помощи»

центр» стали кураторами отдельных муниципальных образований. Круглосуточно дежурит выездная бригада экстренной помощи: анестезиолог-реаниматолог, акушер-гинеколог, иногда и неонатолог, если требуется его присутствие. Точно такая же бригада есть у неонатальной службы. За 2008 г. акушерской бригадой сделано 213 выездов/вылетов, оказана помощь почти 489 женщинам, произведено 2564 консультации (2318 из них – по телефону). Специалисты выезжают по вызовам в любую точку края и оказывают помощь. По показаниям в тяжелых случаях пациентку доставляют в «Перинатальный центр» или реанимацию краевой клинической больницы №1. Если женщина серьезно больна, нуждается в наблюдении и специализированной помощи специалиста (кардиохирурга, невролога или эндокринолога и т.д.), то мы ее родоразрешаем в краевой клинической больнице №1. После родов пациентка переводится в реанимацию, а новорожденного забирает реанимационная бригада «Перинатального центра». Такая система – мощный резерв для снижения материнской и младенческой смертности.

Как складывается демографическая ситуация в крае?

Если обратиться к статистике за последние три года, то демографическая ситуация в целом несколько улучшилась: в 2 раза снизилась естественная убыль населения за счет роста рождаемости (в 1,1 раза), снижения общей смертности на (6,4%) и младенческой смертности (в 1,1 раза). Прогрессивно увеличивается число родов – с 15673 в 2006 г. до 17063 в 2008 г. Однако нас тревожит материнская смертность, ее показатель отличается нестабильностью и превышает российский в 2 раза. Мы имели не очень хорошие показатели за 2008 г., по этому поводу отчитывались на координационном совете Минздравсоцразвития РФ, где анализировалась ситуация, выясня-

лись причины и намечались необходимые программные мероприятия. В 2008 г. показатель материнской смертности в крае составил 58,2 (на 100 тыс. родившихся живыми). Это выше общероссийского показателя в два раза и в 4 раза выше среднемирового. С чем это связано? Если посмотреть динамику материнской смертности в крае в 2000-х гг., то видно, что в 2003-2004 гг. ситуация временно улучшалась. Почему? Тогда заработала программа управления качеством, профилактировались аборт, внедрялись контрацептивы. Четко работали бригады экстренной помощи, забирали тяжелых женщин в центр. Мы имели показатель, близкий к российскому. Изучив медико-социальный портрет материнской смертности, мы поняли, что «погоду» нам в крае делают асоциальные женщины, с ними велась работа. С 2005 г. кривая материнской смертности снова пошла вверх. Анализируем ситуацию. Акушерские причины материнской смертности снизились почти в 3 раза, а на первом месте – экстрагенитальная патология. Детей пытаются вынашивать женщины с тяжелыми заболеваниями. Если 10 лет назад мы прерывали такие беременности, их нельзя было вынашивать, то сегодня женщина может это делать. В 2008 г. высокий показатель дал Комсомольск-на-Амуре и его район. Из 10 случаев – 5 «комсомольские». Из этих пяти женщин наблюдалась по беременности лишь одна! У трех из пяти алкогольный анамнез, полная алкогольная дегенерация органов. Таким образом, на передний план вышли социальный фактор и экстрагенитальная патология. Хотя, на мой взгляд, не совсем правильно включать в показатель материнской смертности случаи, когда причиной смерти является тяжелая экстрагенитальная патология. При Минздраве Хабаровского края создана комиссия по материнской и перинатальной смертности, каждый случай материнской смертности у нас на контроле, он анализируется,

разбирается, делаются выводы и тут же разрабатываются мероприятия. С учетом высокой социальной составляющей на заседания этой комиссии стали приглашать заместителей глав муниципальных образований по социальным вопросам. Мы усилили свои бригады, а также заставили врачей всех специальностей мониторировать обстановку на местах. Деревенский врач или фельдшер должен иметь информацию о беременных и обязан передать ее в центр, чтобы о женщинах знали специалисты. Мы стали активно выявлять беременных, наблюдать их. Если говорить о младенческой смертности, то она снизилась с 12,3 в 2006 г. до 11,7 в 2008 г. Перинатальная смертность незначительно выше, чем по России, в структуре ее причин – нарушения перинатального периода: внутриутробная гипоксия, асфиксия и врожденные пороки развития.

Галина Всеволодовна, какие целевые программы действуют в крае, напрямую связанные с акушерством и гинекологией?

С 2001 г. в Хабаровском крае реализуется целевые программы в области охраны здоровья матери и ребенка: краевая целевая программа «Охрана здоровья женщин, детей и подростков Хабаровского края», а с 2007 г. – «Здоровое поколение» с общим объемом финансирования 374 млн руб. Программа имеет межведомственный характер. Ее основные задачи: сохранение, восстановление и укрепление здоровья матерей и детей, совершенствование лечебно-диагностической, в том числе реанимационной помощи беременным женщинам и новорожденным детям, внедрение современных медицинских технологий, улучшение подготовки и повышение квалификации кадров, охрана здоровья детей и подростков в образовательных учреждениях, в том числе формирование навыков здорового образа жизни, совершенствование молодежной политики в области охраны здоровья молодой семьи, детей и



подростков, проведение спортивно-оздоровительных мероприятий среди детей и подростков края.

Финансирование программы за 2007-2008 гг. составило почти 40 млн руб., из них 28,7 млн руб. по отрасли здравоохранения, что позволило практически полностью реализовать намеченные программные мероприятия.

Значительные средства краевого бюджета направлялись на приобретение для государственных учреждений здравоохранения медицинского оборудования.

Важный блок вопросов, который помогла решить краевая программа, – это лекарственное обеспечение женщин и детей. Использование современных препаратов способствовало профилактике осложнений беременности, внедрению современной технологии выхаживания маловесных и глубоко недоношенных новорожденных.

В 2009 г. в рамках реализации краевой целевой программы «Демографическое развитие Хабаровского края на 2009-2015 годы» приобретено медицинское оборудование для реанимационного отделения для новорожденных ГУЗ «Перинатальный центр», экспресс-анализатор для пренатальной диагностики. В 2008 г. открыт новый главный акушерский корпус «Перинатального центра». Там такая аппаратура, которую имеют клиники Японии, Южной Кореи, великолепное лекарственное обеспечение.

Серьезные средства на развитие службы охраны материнства и детства края привлечены и из федерального бюджета. Мы получаем очень хорошую поддержку.

Что дала реализация приоритетного национального проекта «Здоровье»?

За время реализации приоритетного проекта мы получили немало нового медицинского оборудования, кроме того, проведен капитальный ремонт некоторых родовспомогательных учреждений (МУЗ «Родильный дом №4» в Хабаровске и МУЗ «Ванинская ЦРБ»), было введено в эксплуатацию во вновь построенном здании родильное отделение ГУЗ «Вяземский центр организации специализированных видов медицинской помощи».

Какова ситуация с искусственным прерыванием беременности, есть ли в крае программа профилактики аборт?

В течение трех последних лет число аборт в крае уменьшилось на 13%, однако показатель их остается высоким (51,2 на 1 тыс. женщин фертильного возраста) и превышает аналогичный показатель по России в 1,5 раза. Остается неблагоприятной и структура аборт: высокая доля и рост в 1,7 раза криминальных аборт. Сохраняется высокий уровень распространенности аборт у девушек 15-19 лет.

Одновременно за последние три года снизилось число женщин, использующих современные средства контрацепции, в 1,1 раза, в том числе применяющих ВМС – в 1,2 раза, использующих гормональные средства – на 6%.

Программа профилактики аборт в крае принята. Она обширная: в нее входят социальный блок, медицинский, образовательный, используются все возможности СМИ. Если говорить о медицинском блоке, то в нем уделено много внимания доабортному и послеабортному информированию и реабилитации, безопасным аборт. Реализуется большая программа по современной контрацепции. Идут акции совместно с Краевым молодежным социальным медико-педагогическим центром, представителями Русской православной церкви, публикации в газетах, выступления на радио и ТВ.

Мы полагаем, в школы должна вернуться программа полового воспитания, но сейчас не так просто прийти в учебное заведение и прочитать лекцию, ведь врачей могут обвинить, что они чуть ли не развращают детей и так далее. Но мы хотим идти в школы, работать с родителями, это очень важно. Программа по профилактике аборт обширная, медики готовы внести свою лепту.

Галина Всеволодовна, есть ли особенности в структуре онкогинекологической заболеваемости в крае?

Ситуация в онкогинекологии края примерно такая же, как и по всей России. Заболеваемость растет, в том числе и у женщин репродуктивного возраста. На первом месте в

крае среди онкопатологии органов репродуктивной системы рак шейки матки (170 случаев на 100 тысяч). На втором месте рак эндометрия и рак яичника. Несколько уменьшилось число запущенных случаев, то есть стала лучше выявляемость, но все это нельзя сравнить с тем, что было во времена всеобщей диспансеризации, когда любая женщина обязана была посетить смотровой кабинет. Сейчас мы работаем по обращаемости. Превышения система была эффективнее.

Как внедряются в крае современные методы профилактики онкогинекологических заболеваний?

Есть первичная и вторичная профилактика онкозаболеваний, но вы, видимо, ведете речь о вакцине против вируса папилломы человека? Да, я считаю, что молодые женщины, начинающие жить половой жизнью, должны привиться, учитывая высокую контагиозность вируса. Вакцинация такая в крае проводится. Хотя сейчас об этой вакцине стали говорить осторожнее, нежели три-четыре года назад. Нужно понимать, что вакцина профилактирует вирус, но не развитие рака, – знак равенства здесь ставить нельзя. Вакцинировать нужно, но женщины, кроме того, должны обладать половой культурой и раз в полгода приходить к врачу. Поэтому первичная профилактика, на мой взгляд, не менее важна и актуальна, и мы работаем в этом направлении.

Как решаются в крае проблемы бесплодия?

Для решения проблем бесплодия в Хабаровском крае сделано очень многое. С 2006 г. в структуре «Перинатального центра» работает лаборатория ЭКО. За три года она добила неплохих показателей (30-35% беременностей). Женщинам с трубноперитонеальным фактором операция экстракорпорального оплодотворения проводится за счет средств краевого бюджета. С 2009 г. идет финансирование средств из федерального бюджета – 50 квот. Лаборатория работает на весь Дальний Восток, но она не единственная – аналогичная действует во Владивостоке.

Галина Всеволодовна, проводится ли в крае медико-генетическое консультирование?

В крае имеется медико-генетическая лаборатория в структуре «Перинатального центра», и работает она на весь регион. В медико-генетической консультации проводятся практически все виды диагностики. Специалисты прошли подготовку в российских центрах и в Японии. Пренатальная диагностика у нас на очень хорошем уровне.

С каждым годом идет рост оперативных родоразрешений. Каково в крае соотношение оперативных родоразрешений и естественных родов?

Да, родильные стационары постепенно превращаются в хирургические. Расширение показаний к кесареву сечению где-то оправдано, где-то завышено. О ситуации нужно судить по родильным домам. В Хабаровском «Перинатальном центре» около 30% оперативных родоразрешений, но ведь там и самая тяжелая патология, а вот в городском 25-30% – это уже многовато. Пытаемся этот показатель стабилизировать.

Когда расширяли показания к кесареву сечению, прежде всего учитывались интересы плода. Рост оперативных родоразрешений должен был снизить перинатальную заболеваемость и смертность. Так сначала и получилось, но затем наступил «крест» в графических показателях – как бы не повышали число операций, особого улучшения нет. Должен быть четкий анализ показаний к оперативному родоразрешению и снижение его частоты.

Когда я начинала работать, то для решения вопроса об операции ночью собирали консилиум во главе с профессором. Да и не все врачи могли тогда оперировать. Сейчас мы разучились красиво и грамотно вести роды, правильно накладывать выходные щипцы, принимать роды в тазовом предлежании. Молодому врачу сегодня проще прооперировать, чем научиться профессионально вести роды.

Какова ситуация с кадровым обеспечением службы в крае?

Такого кадрового голода, как сейчас, причем по всему специальности, мы не испытывали никогда. В среднем по краю укомплектованность штатов медучреждений врачами акушерами-

гинекологами снизилась до 60% (2008). Есть территории, где практически нет врачей, пусть и зарплаты там подняли. Не едут медики в районы и в деревни. Раньше специалист по направлению должен был отработать три года. Жилье предоставляли. Сейчас выпускники и врачи туда не едут. А кадры решают если не все, то многое. У нас построены прекрасные центры, но не хватает специалистов! В Хабаровске такой же дефицит, как и в глубинке. Раньше в краевом центре свободных вакансий акушера-гинеколога просто не было! Сегодня врачей заывают все. Открылся мощный «Перинатальный центр», где, казалось бы, должны были собраться только опытные маститые врачи, но мы не можем полностью укомплектовать штаты. Сейчас там работают молодые врачи, которые получают уникальный опыт!

Как решают эту ситуацию в Хабаровском крае?

Минздрав края, конечно, делает все возможное. Сейчас город Хабаровск оплачивает Дальневосточному государственному медицинскому университету подготовку 15 специалистов, которые вернутся в город работать, это – «целевики». Министр здравоохранения края Александр Витько постоянно предлагает районным центрам оплату учебы их «целевиков». Квартирный вопрос стал решаться...

Я знаю, что в Хабаровском крае действует эффективная система повышения квалификации медицинских работников...

Нам завидуют многие регионы, потому что Хабаровский край – единственный субъект Российской Федерации, который имеет медицинский институт послевузовского образования. Вуз был создан при поддержке губернатора края Виктора Ишаева в 2001 г. В 2005 г. мы получили аккредитацию Минобразования РФ. За все время обучено более 30 тысяч медицинских специалистов (врачей всех специальностей, провизоров, средних медицинских работников) Хабаровского края и Дальневосточного региона. Изначально Хабаровский институт повышения квалификации специалистов здравоохранения создавался для края, мы работаем «под заказ» и на нужды прежде всего Хабаровского

края. До 2008 г. институт предлагал только профессиональную переподготовку и циклы усовершенствования. Сейчас у нас все виды учебы по любой медицинской специальности. Что у нас действительно на высоком уровне – это организация повышения квалификации врачей. Если нет возможности обучить врача каким-то современным технологиям, то мы приглашаем специалистов, активно используются возможности телемедицины – организуем контакт с любым уголком страны. Взять, к примеру, акушеров-гинекологов. За последние годы расширен перечень тематической последипломной подготовки специалистов. С 2008 г. в институте открыты интернатура, клиническая ординатура и аспирантура по нашей специальности. Все вопросы по подготовке или переподготовке специалиста по акушерству-гинекологии решаются моментально, проблем нет – спросите любого главного врача в Хабаровском крае.

Галина Всеволодовна, расскажите, чего вы ждете от акушерско-гинекологической службы края в 2010 году?

Жду от 2010 года только хорошего. Хочу, чтобы вошло в строй новое оборудование, внедрялись новые технологии, чтобы появились грамотные специалисты в моей профессии, которые любят женщин и детей. Хочу, чтобы наши женщины изменили отношение к себе, чтобы они были здоровы. В крае есть все возможности, чтобы хорошо работать. В 2010-м стоит задача открыть филиалы краевого «Перинатального центра» в Николаевске-на-Амуре и Комсомольске-на-Амуре (межрегиональные перинатальные центры). У нас мало реанимационных коек для новорожденных. Со всего края приходится везти детей в «Перинатальный центр», теряя драгоценное время. Это неправильно. Стоит задача увеличить число коек реанимации новорожденных до 40. Планируется реконструкция 1-го родильного дома г. Хабаровска, думаю, 6-8 коек должны быть открыты там. Это только начало, много и других проблем, которые акушеры-гинекологи Хабаровского края готовы решать, и я хочу пожелать им и себе в этом успеха. 