

Акушерско-гинекологическая помощь



А.В. Семенычев,
главный акушер-гинеколог Минздрава Нижегородской области

Об особенностях структуры акушерско-гинекологической службы Нижегородской области с региональным корреспондентом Никитиной Еленой беседуют главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Нижегородской области Антон Викторович Семенычев и начальник отдела детства и родовспоможения Министерства здравоохранения Нижегородской области Татьяна Анатольевна Боровкова.

Антон Викторович, как представлена акушерско-гинекологическая помощь на территории Нижегородской области?

Структура акушерско-гинекологической помощи в Нижегородской области сформировалась достаточно давно. На амбулаторно-поликлиническом этапе она представлена фельдшерско-акушерскими пунктами, их в Нижегородской области 935, 97 акушерско-гинекологическими кабинетами, 4 самостоятельными женскими консультациями, 22 консультациями в составе родильных домов многопрофильных больниц и областным Центром планирования семьи и репродукции. Стационарная помощь оказывается в 8 родильных домах и 48 акушерских отделениях ЦРБ. На базе пяти крупных акушерских стационаров (отделений) функционируют межрайонные перинатальные центры, куда направляются

женщины средней степени риска. Областной перинатальный центр в настоящее время как самостоятельное лечебное учреждение в регионе отсутствует. Но ведутся проектные работы по строительству областного перинатального центра, с которым мы связываем очень большие надежды. Создание специализированного лечебного учреждения для оказания высокотехнологичной помощи женщинам и новорожденным позволит снизить материнскую и перинатальную смертность в регионе, позволит выхаживать глубоко недоношенных детей.

В Нижегородской области проживает 879632 женщин фертильного возраста, это 26,7% от всего населения области. Из них 52% сосредоточено в крупных городах – Нижнем Новгороде (41%), Дзержинске (7,4%), Арзамасе (4,2%). Поэтому запланировано строительство областного перинатального центра на 250 коек в Нижнем Новгороде и межрайонного центра в Дзержинске на 150 коек.

Медицинская помощь женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде реализуется на принципах этапности оказания медицинской помощи. В крупных районных центрах беременные наблюдаются в женских консультациях. При любой степени перинатального риска направляются в муниципальные родильные дома. При необходимости реанимационных мероприятий переводятся в реанимационные отделения городских больниц. В сельской местности ситуация другая. На доврачебном этапе – это фельдшерско-акушерские пункты. Врачебная помощь оказывается в акушерских отделениях ЦРБ. При наличии отклонений в состоянии

здоровья женщины она направляется в межрайонный перинатальный центр, а в случае высокой степени риска по приказу Министерства здравоохранения Нижегородской области – на плановое родоразрешение в областной перинатальный центр, функции которого выполняет крупный родильный дом на 200 коек в составе многопрофильной больницы.

Одна из главных задач, решаемых сейчас на правительственном уровне РФ, – это повышение рождаемости. Как в связи с этим меняется демографическая ситуация в нашем регионе?

Согласно статистическим данным, Нижегородская область характеризуется отрицательным приростом населения. В Приволжском федеральном округе этот показатель составляет 6,1, в Нижегородской области – 8,5. Рождаемость в 2007 году на 1000 человек населения составила 9,9, смертность – 18,3. За год количество женщин фертильного возраста уменьшилось на 1203 человек.

По сравнению с прошлым годом количество родов возросло на 2177. Этому послужила и реализация национального проекта «Здоровье» и то, что на территории области реализуется областная целевая программа «Совершенствование службы родовспоможения в Нижегородской области». Целью этой программы является создание достойных условий для рождения ребенка, обеспечение лечебных учреждений необходимым современным оборудованием.

Имеет ли регион особенности в структуре онкогинекологических заболеваний?

Специфики в структуре онкоги-

в Нижегородской области

некологических заболеваний в нашем регионе не отмечается. Как и в целом по России, в области высок процент заболеваний раком шейки матки, у нас таких больных около 4500 человек. К сожалению, довольно часто подобные заболевания выявляются на III-IV стадиях. Лечение III стадии является самым затратным при низкой степени его эффективности. Для преодоления этой ситуации необходимо возобновление диспансеризации населения. И, конечно, лечение должно проводиться в специализированных учреждениях, занимающихся именно онкогинекологией, а не в гинекологических отделениях многопрофильных больниц. В настоящее время есть современные методы профилактики онкогинекологических заболеваний. Поскольку в генезе рака шейки матки большую роль играет вирус папилломы человека, в Московской области начали вакцинировать девочек 13-14 лет. Это дорогостоящее мероприятие. Вакцинация одной девочки стоит около 9000 рублей.

Антон Викторович, одно время в западных странах было популярно оперативное родоразрешение. Как обстоит ситуация в России? Каково соотношение кесаревых сечений и естественных родов?

В настоящее время процент оперативного родоразрешения в России и, в частности, в Нижегородской области неуклонно растет. В среднем по области в 2007 году он составил 17,3% к количеству родов, т.е. каждая шестая женщина не может родить самостоятельно. Данный показатель в лечебных учреждениях области различен. Понятно, что в перинатальных центрах он будет выше, чем в акушерских отделениях ЦРБ, так как в перинатальных центрах концентрируются беременные с различной патологией.

Когда были расширены показания к проведению кесарева сечения, были надежды, что это снизит родовой травматизм у новорожденных, уменьшит перинатальную смертность. До определенного момента

так оно и было. Корреляция между этими цифрами есть, но не абсолютная. В ряде районов Нижегородской области отмечается достаточно высокий процент родоразрешения путем кесарева сечения и низкие показатели перинатальной смертности. Это говорит о грамотных действиях врачей по определению показаний к оперативному родоразрешению. Но есть и районы, где высок процент кесаревых сечений на фоне высокой перинатальной смертности. Подобные ситуации требуют дополнительного анализа. Вообще, современное акушерство имеет яркую перинатальную направленность. В отличие от классического акушерства, где в приоритете было только сохранение здоровья роженицы, сейчас есть сочетанные показания для родоразрешения в интересах ребенка. Наиболее высокий процент (более 80%) кесаревых сечений у женщин с беременностью, наступившей после процедуры ЭКО. Это связано со многими факторами. Во-первых, беременность вследствие ЭКО зачастую является многоплодной. Во-вторых, у женщин, забеременевших подобным образом, есть сопутствующие заболевания, не позволяющие им рожать самостоятельно. Сейчас метод ЭКО совершенствуется, специалисты вспомогательных репродуктивных технологий постепенно отходят от практики пересаживания нескольких эмбрионов, стараясь пересаживать один-два эмбриона. Сейчас есть возможность проводить редукцию эмбриона, но тут мы сталкиваемся с рядом этических проблем. Эта манипуляция сродни аборт, не все женщины готовы пойти на это.

Антон Викторович, репродуктивная система человека с течением времени претерпевает какие-либо изменения?

Если сравнить репродуктивные показатели поколения 60-х и 80-х годов прошлого века, то ситуация выглядит следующим образом. Менархе в 15-17 лет у девушек поколения 60-х годов и – в 11-13 лет

у девушек 80-х, половой дебют – в 17-19 лет и 16 лет соответственно. Первая беременность поколения 60-х годов приходится на 19-20 лет, а у поколения 80-х – на 29-30 лет. Отсрочился период наступления менопаузы. Раньше он приходился на 40-45 лет, сейчас средний возраст наступления менопаузы составляет 50 лет. Это на самом деле имеет свои отрицательные стороны, поскольку возрастает риск развития гормонозависимых опухолей, чаще возникают гиперпластические процессы в эндометрии.

Антон Викторович, как меняется ситуация с искусственным прерыванием беременности?

Согласно статистическим данным, число абортов снижается. Но на самом деле не все так оптимистично. Максимальное количество женщин репродуктивного возраста сконцентрировано в крупных городах, где сегодня имеется большое количество частных медицинских центров, не предоставляющих данные в государственные органы статистики. Общее количество зарегистрированных абортов в Нижегородской области по данным статистики в 2007 г. составило 24562. В 2001 году их было 39 тысяч. В пересчете на 100 женщин фертильного возраста это 27,9 в 2007 и 44,8 – в 2001 году. По желанию пациентки беременность может быть прервана в сроке до 12 недель. После 12 недель и до 22 недель беременность прерывается по социальным показаниям. До 2003 года был довольно большой перечень социальных показаний. Например, если женщина не состоит в браке. В 90% случаев беременность прерывалась по этой причине. Сейчас в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.08.03 № 485 оставлено 4 показания. Целью этого ограничения было повышение рождаемости в стране. Об этом говорят и статистические данные. В 2001 году процент абортов по социальным показаниям составлял 3,6, а в 2007 году – 0,06. Что касается абортов по медицинским показаниям, то этот показатель довольно стабилен. Наша



задача – своевременно выявить заболевания, при которых беременность угрожает здоровью и жизни женщины. Смертность от экстрагенитальной патологии в структуре материнской смертности составляет около 17%. Это те ситуации, когда своевременно не была прервана беременность по медицинским показаниям или женщина сама отказалась от прерывания беременности. В Нижегородской области в 2007 году зарегистрировано три подобных случая.

Процент криминальных абортс снижается. Если в 2001 году он составлял 0,1 относительно общего числа абортс, то в 2007 году этот показатель составил 0,07. Криминальные абортс характерны для социопатических групп населения. Очень настораживает сохраняющийся высокий уровень абортс среди подростков. В возрасте до 14 лет в 2007 году в регионе зарегистрировано 18 абортс, причем в одном случае это был повторный аборт. В возрастной категории от 15 до 19 лет зарегистрировано 2209 абортс, из них 581 аборт – в возрастной группе 15-17 лет. Первая беременность закончилась абортс в 2583 случаях.

Как известно, для нормального функционирования репродуктивной системы в дальнейшем первая беременность должна закончиться родами. Понятно, что жизненные ситуации могут быть самыми разными, но врачи акушеры-гинекологи всегда стараются убедить женщину сохранить беременность.

Известно, что процент абортс среди подростков достаточно высок. Проводится ли какие-то мероприятия по профилактике этого явления?

В Нижегородской области с конца 90-х годов прошлого века организована служба детской и подростковой гинекологии. Детские гинекологи ведут консультативно-диагностический прием на базе 14 межрайонных центров и в 9 лечебных учреждениях Нижнего Новгорода. Проводится работа по выявлению и лечению гинекологической патологии – эндокринно-гинекологических и воспалительных заболеваний, а также профилактическая работа по контрацепции в подростко-

вом возрасте. В 2004 году на базе детской городской больницы № 42 Н. Новгорода был организован городской центр детской и подростковой гинекологии, где оказывается профилактическая, санитарно-просветительская и медико-психологическая помощь подросткам в амбулаторных условиях. Совместно с учреждениями образования силами врачей проводятся лектории и круглые столы для подростков в организованных коллективах, работают телефоны доверия.

Антон Викторович, как в Нижегородской области решается проблема бесплодия?

По данным мировой статистики, в популяции населения 18-20% пар – бесплодны. Соотношение мужского и женского бесплодия составляет 40 и 60% соответственно. Кабинеты по бесплодию организованы в крупных женских консультациях. Кроме того, вопросами планирования семьи, и в частности, лечением бесплодия занимается Областной центр планирования семьи и репродукции. Процедура ЭКО на территории Нижегородской области проводится пока только в частных медицинских центрах. За счет средств федерального бюджета мы направляем женщин в Москву, в НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии для проведения процедуры ЭКО. Но в перспективе проведение ЭКО в Нижегородской области планируется на базе будущего областного перинатального центра.

Сейчас большой упор делается на выявление врожденных пороков развития. Все беременные, ставшие на учет, обязаны пройти обследование у генетика. Какие службы занимаются этими вопросами в Нижегородской области?

В соответствии со стандартами оказания медицинской помощи при беременности всем женщинам проводится трехкратное ультразвуковое исследование с целью выявления врожденной патологии плода по месту наблюдения женщины. Ультразвуковой скрининг, проводимый на разных сроках беременности, позволяет выявить определенную патологию. С 2007 года внедрен биохимический скрининг

групп риска беременных, позволяющий более точно диагностировать врожденную патологию у плода. С этой целью в рамках областной программы были закуплены препараты для проведения биохимического скрининга.

Медико-генетическое консультирование беременных проводится на базе медико-генетического центра. Если диагностируется некорректируемая врожденная патология плода, как, например, анэнцефалия, то беременность своевременно прерывается. Учитывая, что врожденная патология составляет примерно четверть перинатальной смертности, то медико-генетическое консультирование позволяет снизить данный показатель.

Антон Викторович, достаточно ли в нашей области акушеров-гинекологов?

В Нижегородской области имеется кадровый дефицит, характерный для многих регионов России. Обеспеченность акушерами-гинекологами в Нижегородской области на 20% ниже, чем в целом в Российской Федерации, и составляет по данным 2007 года 4,1 на 10000 женского населения (в РФ – 5,2). При этом в Н. Новгороде этот показатель равен 5,5, а в районах области – 2,8. Но наибольшая потребность учреждений родовспоможения во врачах-неонатологах, анестезиологах-реаниматологах. Данную проблему невозможно решить без участия органов местного самоуправления. В настоящее время в Нижегородской области действует областная целевая программа по поддержке молодых специалистов в сельской местности. В рамках этой программы выпускникам институтов, в том числе медицинской академии, приобретается или строится жилье, приобретается автомашина, осуществляются дополнительные выплаты к заработной плате. Это позволяет привлечь молодых специалистов для работы на селе. В рамках областной программы «Совершенствование службы родовспоможения в Нижегородской области» в течение периода 2007-2009 года проводится обучение специалистов службы родовспоможения, в том числе в клинической ординатуре за счет средств областного бюджета.



Т.А. Боровкова, начальник отдела детства и родовспоможения Минздрава Нижегородской области

Татьяна Анатольевна, каким образом в Нижегородской области решается задача оказания медицинской помощи новорожденным?

В Нижегородской области разработан план мероприятий по поэтапному переходу на современные технологии медицинской помощи новорожденным, в том числе выхаживания недоношенных и маловесных детей в соответствии с критериями регистрации рождений, рекомендованными ВОЗ. На территории области реализуется областная целевая программа «Совершенствование службы родовспоможения в Нижегородской области». В рамках данной программы предусмотрено внедрение трехуровневой организации неотложной помощи новорожденным и недоношенным детям. В результате реализации данного направления этапность оказания помощи родовспоможения в Нижегородской области выглядит следующим образом. При необходимости интенсивной терапии областной и межрайонные перинатальные центры оказывают медицинскую помощь новорожденным детям на месте, новорожденные из ЦРБ и родильных домов переводятся в Нижегородскую детскую областную клиническую больницу или детские больницы городов. В настоящее время на территории области развернуто 236 коек патологии новорожденных. 132 из них сосредоточены в Н. Новгороде. К 2009 году планируется

развертывание дополнительных коек патологии новорожденных на базе межрайонных перинатальных центров. Это позволит обеспечить оказание медицинской помощи новорожденным, которые не нуждаются в специализированной медицинской помощи на местах, а также выхаживать недоношенных детей на втором этапе выхаживания. С этой целью во все межрайонные перинатальные центры в рамках Программы поставлено современное медицинское оборудование, в том числе инкубаторы для выхаживания недоношенных детей. В настоящее время Нижегородская область переходит на выхаживание недоношенных детей с экстремально низкой массой тела, т.е. менее 1000 г. В настоящее время опыт выхаживания таких детей имеется. Все дети с низкой массой тела переводятся в ГУЗ «Нижегородская областная детская клиническая больница» и получают весь комплекс лечения, в том числе и хирургического, на базе данного учреждения. Кроме этого, в рамках областной Программы закупается курсорф с целью профилактики и лечения синдрома дыхательных расстройств у недоношенных детей. Это позволяет значительно снизить уровень смертности среди недоношенных детей. Максимально решить проблему выхаживания недоношенных детей, в том числе с экстремально низкой массой тела, позволит введение в эксплуатацию Областного перина-

тального центра. В настоящее время он пока существует только на функциональной основе на базе многопрофильной больницы. В этот центр направляются женщины с высокой степенью перинатального риска. В рамках Программы планируется строительство нового областного перинатального центра на 250 коек. В его структуре заложены отделения патологии новорожденных, отделения недоношенных детей. Примерный срок ввода в эксплуатацию – 2011 год. В 2008 году ведутся проектные работы, финансирование осуществляется за счет средств областного бюджета.

Недоношенные дети, каков процент благополучного исхода?

Данные мировой статистики свидетельствуют о том, что чем глубже недоношенность, тем выше процент смертности. Несмотря на то что у нас уже накоплен некоторый опыт по выхаживанию недоношенных детей, тем не менее существует очень большой риск развития в последующем грубых нарушений со стороны различных органов и систем и инвалидизации ребенка. Это, прежде всего ретинопатия недоношенных, грубые поражения ЦНС, врожденные пороки развития и т. д. Но медицина развивается, есть современные методы лечения патологии недоношенных детей. В настоящее время высокотехнологичные виды медицинской помощи оказываются, как правило, на базе федеральных клиник за счет средств федерального бюджета по квотам региона.

Татьяна Анатольевна, как вы оцениваете состояние здоровья новорожденных по сравнению с прошлыми десятилетиями?

Во многом состояние ребенка определяется состоянием здоровья матери. Сейчас большинство беременных женщин, около 84%, имеют ту или иную экстрагенитальную патологию, что не лучшим образом сказывается на течении беременности и состоянии здоровья плода. С другой стороны, мы располагаем в настоящее время более точными диагностическими методами. Это позволяет диагностировать различные заболевания у новорожденных на ранних этапах. Поэтому на показатель здоровья новорожденных влияет и этот фактор. 