

Татьяна Цакирова: «Каждая жизнь –

Основная задача акушерско-гинекологической службы – сохранение репродуктивного здоровья женщин и снижение репродуктивных потерь. Как функционирует акушерско-гинекологическая помощь на территории Республики Калмыкия, с какими проблемами сталкиваются пациентки и медицинский персонал, рассказала региональному корреспонденту журнала «Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии» Светлане Семеновой главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения и социального развития Республики Калмыкия Татьяна Геннадьевна Цакирова.



Татьяна Геннадьевна, какие изменения произошли в акушерско-гинекологической службе республики в ходе реализации Национального проекта «Здоровье»?

В структуре населения Республики Калмыкия женщины составляют 52,4%, из них фертильного возраста – 54,8%. На территории республики работают 13 родильных отделений при ЦРБ и один городской роддом им. О.А. Шунгаевой в Элисте.

В прошедшем 2008 году в родильных отделениях республики было принято 4308 родов. В последние несколько лет, с началом действия приоритетного Национального проекта «Здоровье», мы наблюдаем тенденцию к росту количества родов на 100-150 в год. Причем именно за счет повторных родов, которые на данный момент практически сравнялись с первыми родами. Однако если сравнивать с 20-летней статистикой, то в последнее время количество родов в год стало меньше почти в 1,5 раза. В 1990 году в Республике Калмыкия было зарегистрировано 6800 родов. В целом в 90-е годы происходило постепенное снижение числа родов, самая нижняя точка пришлась на 1999 год, но с 2000-го мы наблюдаем небольшой, но

стабильный рост в среднем на 3,6%.

Вы сказали о тенденции роста количества родов, которая началась после начала реализации Национального проекта «Здоровье». Соответственно улучшается и качество акушерско-гинекологической помощи женщинам?

Необходимо отметить, что с началом действия проекта «Здоровье», введения родового сертификата в 2005 году, безусловно, улучшилось качество акушерско-гинекологической помощи. Выросло и число родов, и процент беременных женщин, вставших на учет до 12 недель, а также среднее число посещений беременными женской консультации. Вырос процент охвата беременных трехкратным УЗИ-скринингом, стабильны показатели скрининга на альфа-фетопротеин, ХГЧ, осмотра терапевтом, обследования на инфекционную патологию. В 2 раза снизилось число роже-ниц, не состоявших на учете. На средства, заработанные по талону 1 родового сертификата, женские консультации закупают и выдают беременным женщинам поливитамины и препараты железа. Благодаря этому, как мне кажется, у них несколько снизились и по-

казатели заболеваемости. Своевременная постановка на учет беременной женщины позволяет более полно обследовать ее, выявить ту или иную патологию и провести лечение. В прошлом году, благодаря усилиям моих коллег, в республике снизилась перинатальная смертность: если в 2007 г. этот показатель составлял 11,62%, то в 2008 г. – 8,53%. Стало меньше фактов мертворождаемости и ранней неонатальной смертности.

К сожалению, факт материнской смертности и гибели плода в акушерстве и гинекологии исключить трудно. В чем вы видите причину такого исхода родов?

При всех принимаемых нами мерах по сохранению матери и ребенка в год мы имеем 2-3 случая потери женщины в родах в результате осложнений, связанных с беременностью. Число родов в год у нас невелико, поэтому и показатель материнской смертности, рассчитываемый на число детей, родившихся живыми,

бесценна, жизнь матери и ее ребенка – бесценны вдвойне»

относительно высок. Три случая гибели женщин в 2006 г. составили 78,8%. В 2008 г. в родах мы потеряли одну женщину. Таким образом, показатель смертности снизился втрое. Причины гибели женщин в родах: разрыв матки, криминальный аборт, кровотечение, сепсис, эклампсия, тяжелая форма экстрагенитальной патологии. Важно отметить, что в структуре материнской смертности 83,3% составляют жительницы сельских районов республики, где уровень родильных отделений районных больниц не позволяет минимизировать риск осложненной беременности и затрудненных родов.

Безусловно, многое зависит от квалификации медперсонала, оснащения родовспомогательного учреждения, скорости и качества анестезиологической и реанимационной помощи, обеспеченности медикаментами. Важен и вопрос прогнозирования и правильной оценки вероятности осложнений. В 2008 году Минздравсоцразвития РК были изданы приказы о совершенствовании медицинской помощи в родах в ЦРБ, о порядке госпитализации на лечение и родоразрешении беременных женщин и рожениц. Беременные высокой степени риска из сельской местности госпитализируются в городской роддом для оказания им акушерско-гинекологической, анестезиологической и реанимационной помощи, а новорожденному неонатологической медицинской помощи на более высоком уровне. Наши сельские врачи акушеры-гинекологи, неонатологи, педиатры хорошо

подготовлены, несут большие нагрузки и ответственность. Я отношусь к своим коллегам из районов с уважением: на них лежит и диспансеризация женщин, и их лечение, и родовспоможение. Любые роды – это всегда риск, сложные роды – риск вдвойне, поэтому помощь городских коллег сельским специалистам необходима.

Не секрет, что кесарево сечение становится в мире все более актуальным. Как часто применяется данный метод у вас? Каково процентное соотношение родов путем операции кесарева сечения и родов естественных?

К сожалению, процент кесарева сечения растет в последние годы и в мире, и в нашей республике. Я бы сказала, что это вынужденная мера современного акушерства. Еще в начале XX века в работах ведущих акушеров-гинекологов нашей страны и мира звучала озабоченность ростом этого показателя. Так, профессор Л.Л. Окинчиц писал в 1938 году: «Производить эту операцию лишь при точно выработанных условиях и показаниях. Это тем более необходимо, что нельзя забывать еще и о послеоперационных осложнениях». Вопрос определения медицинских показаний к данной операции непрерывно развивается. Если в начале XX века кесарево сечение применяли только при пяти медицинских показаниях здоровья беременной женщины, то сейчас в надежде на более бережное родоразрешение женщины и получение нетравмированного ребенка, оно производится и по абсолютным, и по отно-

сительным данным, которых всего около 20. Сегодня мы вынуждены производить кесарево сечение и во время беременности, и в родах, что объясняется стабильно высоким процентом осложнений. В 2007 г. кесарево сечение в родовспомогательных учреждениях республики составило 16,4%, а в 2008 г. – 20,4%. Другими словами, каждую пятую женщину пришлось оперировать.

Ранние роды, как и кесарево сечение, тоже тенденция последних лет. Как с этой проблемой справляются в Калмыкии?

По-моему, истина проста: дети не должны рожать детей. Девочка, не достигшая 18 лет, это незрелый организм, она еще ребенок, несмотря на внешнюю акселерацию. Это должны понимать все. У подростков, как правило, в период беременности и во время родов возникают осложнения со всеми вытекающими из этого последствиями. Меньше таких случаев не становится. Тенденции к снижению, боюсь, не будет, при сложившихся в нашем обществе стандартах поведения.

Как много аборт делают несовершеннолетние?

Общее число аборт в республике за последние 3 года снижается. Уменьшается и количество аборт в возрастной категории от 15 до 19 лет. Прерывание беременности у первородящих женщин остается на прежнем уровне. Число же аборт у несовершеннолетних в течение последних 3 лет имеет тенденцию к росту и составляет до 61 случая в год. У детей до 14 лет включительно



также регистрируются до трех случаев прерывания беременности в год.

Насколько успешно проводится профилактическая работа с данной возрастной группой?

В нашем городе уже много лет существует специальная комиссия по работе с подростками, которая организует для них встречи с медицинскими работниками для бесед и лекций о здоровом образе жизни, в том числе по предупреждению ранней беременности. Работают Центр планирования семьи, женская консультация, диспансер здоровья, где много современной наглядной агитации и специальной литературы, которые врачи акушеры-гинекологи так же используют в профилактической работе с девочками подросткового возраста. Профилактика ранней беременности, родов, абортов, инфекций, передающихся половым путем, ведется с подростками достаточно активно, но результаты могут быть лучше при общегосударственной поддержке.

Родовой сертификат заставил женщин своевременно вставлять на учет в женскую консультацию, что позволяет, как вы заметили, контролировать течение беременности. Но состояние здоровья будущей матери в большинстве случаев оставляет желать лучшего. Как у вас обследуются беременные женщины?

С обследованием беременных женщин у нас ситуация непростая, так как оно должно предоставляться бесплатно и требует серьезных материальных расходов от муниципальных образований. Для нашей местности характерна патология почек, показатель заболеваемости которой вдвое превышает среднероссийский. Не снижается и высокая частота позднего гестоза. Анемия и сердечно-сосудистые заболевания у беременных женщин

вдвое превышают аналогичные федеральные данные. Причины: экология, низкое качество питьевой воды, социальное неблагополучие и другие.

В такой ситуации медико-генетическое обследование беременных женщин крайне важно. О чем свидетельствуют выводы генетиков?

Из всего спектра обследования беременных женщин мы имеем пока только первый этап дородовой диагностики врожденных пороков развития плода: трехкратный ультразвуковой скрининг, процент охвата которым растет, в 2008 году составил в республике 90,6%, обследование на альфа-фетопротеин и ХГЧ – сывороточные маркеры ВПР. Данные о пороках развития новорожденных в последние годы снижаются: в 2008 году – 20,4 на 1000 родившихся детей.

В структуре аномалий развития плода: пороки сердечно-сосудистой системы, кишечного тракта, поли- и синдактилии. При Минздравсоцразвития РК работает пренатальная клинико-экспертная комиссия, по заключению которой беременность прерывается в случае выявления у плода порока развития, несовместимого с жизнью.

Причина рождения недоношенных детей – серьезный вопрос современной медицины. Как решают его врачи акушеры-гинекологи в регионе?

Число преждевременных родов у нас всегда было высоким – 4,7%, в 2008 году – 5,7%, тогда как по России – 3,3%. К сожалению, принимая во внимание тяжесть гестоза, плацентарной недостаточности, данные доплерометрии, мы вынуждены порой индуцировать преждевременные роды. Не снижается количество родов с преждевременным излитием околоплодных вод в ранние сроки беременности. Для оказания

медицинской помощи недоношенным детям у нас работает отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Для профилактики дистресс-синдрома у плода применяется бетаметазон, для лечения используется Куросурф. К сожалению, устаревшее и несовершенное техническое оснащение не позволяет рассчитывать на заметное повышение качества медицинской помощи недоношенным детям.

Здоровье нашей нации лет 10-15 назад было значительно лучше и крепче, соответственно и дети рождались более здоровые. О чем свидетельствуют ваши данные здоровья новорожденных в последние годы по сравнению с предыдущими?

Больные дети были всегда. Но развитие современных перинатальных технологий практически обезоружило естественный отбор. Мы выхаживаем очень слабеньких детей, здоровье которых и в дальнейшем оставляет желать лучшего. Современная перинатальная помощь младенцам требует стандартизации всех лечебных учреждений. Параллельное развитие акушерско-гинекологической и неонатологической службы – жизненная необходимость.

Неонатологов в районах республики не хватает. Наши специалисты хотят учиться. Задача муниципальных образований – финансирование, но пока обучение на рабочем месте и совершенствование профессионального мастерства – таких возможностей у нас немного. И акушерская, и неонатальная помощь новорожденным стабильна, но и она нуждается в серьезном материально-техническом подкреплении.

Существует ли у вас проблема с кадрами врачей акушеров-гинекологов?

Существует, особенно на уровне сельских больниц, где недо-

статочны специалистов. Как мы решаем эту проблему? Ежегодно набираем группу врачей-интернов, но это не выход. Для того чтобы сложился грамотный специалист, нужны годы практической работы, а это время. Всегда ли так было? Нет. В данное время по всей стране сказывается миграция части населения республики за пределы региона с целью трудоустройства. Изменились условия оплаты труда медработников: не оплачивается дежурство на дому, нет преимуществ в этом вопросе у сельских специалистов.

Онкологические проблемы в гинекологии – серьезнейший вопрос современной медицины. Какая сегодня тенденция в Калмыкии?

В Калмыкии, как и по Российской Федерации, сохраняется тенденция роста числа онкологических заболеваний в гинекологии. На первом месте – рак шейки матки, на втором – рак тела матки, на третьем – рак яичников. Показатель активного выявления онкопатологии остается, к сожалению, еще низким. Необходимо решить ряд практических задач: завершить капитальный ремонт радиоблока онкодиспансера, подготовить специалистов хирургического профиля в данной специализации, внедрить в широкую практику комплексную программу скрининга, оснастить онкодиспансер современной диагностической и лечебной аппаратурой, обеспечить онкобольных в необходимом объеме химиогормональными препаратами и медикаментами сопроводительной терапии.

В настоящее время онкозаболевание – не приговор. При своевременном обнаружении болезни лечение идет успешно. В нашей стране, как известно, нет еще закона о здоровье, который бы предусматривал ответственность каждого гражданина за состоя-

ние своего организма, здоровья близких ему людей, ведение правильного образа жизни, занятия профилактикой и т.д.

Наряду с абортами, избавляющими женщину от нежелательной беременности, существует обратная проблема – бесплодие, когда женщина фертильного возраста не может родить ребенка. Насколько успешно удается решать проблему бесплодия методами современной медицины в Калмыкии?

Бесплодие – не только женская проблема: из 100 больных около 40% – женщины, 20% – мужчины, 15% – те и другие. Поэтому андрология развивается параллельно с гинекологией, проблема сперматогенеза стоит остро.

За последний год среди наших семейных пар, имеющих данную проблему, выявлено три случая бесплодия мужчин репродуктивного возраста. Лечение на современном уровне требует высоких технологий, поэтому таких больных мы отправляем в специализированные центры Москвы, Ростова-на-Дону.

Проблема бесплодия в Калмыкии не имеет тенденции к снижению. Причина зачастую банальная: инфекции половых путей, спаечные процессы малого таза, последствия внематочной беременности. В лечебных учреждениях республики проводятся лапароскопические операции по восстановлению репродуктивной функции. Пациенток, которым показано экстракорпоральное оплодотворение, также направляем в российские центры. В 2008 году у нас было двое родов после ЭКО, несколько беременных находятся в данное время под наблюдением, надеемся на благополучный исход. Растут дети, рожденные благодаря современным методам высоких репродуктивных технологий оплодотворения.

В этом году Минздравсоцразвития РФ значительно сократил объемы бюджетного финансирования ЭКО для нашей республики. Это лишает многих женщин их последнего шанса, ведь лечение бесплодия платное и дорогое, доступно немногим.

Татьяна Геннадьевна, что вы думаете о перспективах акушерско-гинекологической службы в Республике Калмыкия?

В нашей маленькой республике совсем невелико число беременных женщин и новорожденных детей по сравнению с другими регионами. Из сказанного мной выше понятно, что ситуацию в здравоохранении Калмыкии нужно улучшать.

В первую очередь необходимо решить вопрос о государственном статусе, оснащении и стабильном финансировании родильного дома в городе Элисте, фактически всегда выполнявшего функции республиканского, учреждения IV этапа оказания специализированной медицинской помощи женщине и ее ребенку. Состояние его материально-технической базы при пятибалльной шкале я оценила бы на два балла. Необходимо развивать и укреплять районные службы здравоохранения. В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» несколько улучшилось оснащение первичного звена здравоохранения республики. Наши районные ЦРБ получили аппараты УЗИ, ЭКГ, гистероскопы, кольпоскопы и другое. Есть проблемы с финансированием обучения специалистов. Реальный ущерб от недофинансирования здравоохранения невозможно компенсировать никакими организационными мерами.

У нас не так много родов, поэтому наша задача – сделать их минимально опасными. Каждая жизнь – бесценна, жизнь матери и ее ребенка – бесценны вдвойне. 