

Любовь Ионова: «Беременные»



Главный специалист-эксперт по акушерству и гинекологии Управления здравоохранения Тамбовской области **Любовь Григорьевна Ионова**

Основными задачами акушерско-гинекологической службы на данном этапе ее развития являются сохранение и укрепление репродуктивного здоровья женщин, профилактика заболеваний, снижение материнской и перинатальной смертности, сокращение числа аборт. Главный внештатный специалист-эксперт по акушерству и гинекологии Управления здравоохранения Тамбовской области Любовь Григорьевна Ионова считает эти задачи государственными, учитывая демографическую ситуацию в стране и в Тамбовском регионе в частности. Сегодня каждая беременная женщина и каждый новорожденный – буквально на вес золота. О том, как акушерско-гинекологическая служба области решает эти задачи, Любовь Григорьевна Ионова рассказала тамбовскому корреспонденту журнала «Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии» Татьяне Коротяевой.

Любовь Григорьевна, в какой степени областная акушерско-гинекологическая служба соответствует потребностям региона?

Акушерско-гинекологическая помощь женскому населению Тамбовской области оказывается стационарно и амбулаторно. Амбулаторная помощь осуществляется 9 женскими консультациями, 26 акушерско-гинекологическими кабинетами, 2 Центрами планирования семьи и репродукции, 1 медико-генетической консультацией, 515 фельдшерско-акушерскими пунктами. Стационарная помощь оказывается в 13 акушерских и 28 гинекологических отделениях. И этого на сегодня вполне достаточно. Однако у нас есть проблема другого рода. Область испытывает нехватку врачебных кадров. Если средняя укомплектованность составляет 60%, то по акушерско-гинекологической службе эта цифра – 80%. Нехватка специалистов ощущается, в основном, в сельских районах. Главная причина, по которой врачи не едут в село, – жилищный вопрос. Раньше на село охотно ехали врачи-интерны, теперь этого нет.

Что предпринимается для того, чтобы восполнить кадровые прорехи?

По целевым направлениям от УЗО в медицинских вузах России учатся 697 студентов. Все они должны

вернуться к нам уже молодыми специалистами. Мы возлагаем особую надежду и на созданный при Тамбовском государственном университете имени Г.Р. Державина медицинский факультет. Он был открыт в 2007 году специально, чтобы утолить кадровый голод в здравоохранении области, так что сейчас наши будущие кадры только заканчивают третий курс.

Чем сегодня характеризуется демографическая обстановка в Тамбовской области?

К сожалению, пока мы наблюдаем демографический спад, т.е. отрицательный прирост населения. Несмотря на то, что в 2009 году рождаемость увеличилась и составила 9,3 новорожденных на 1000 населения (2007 год – 8,2; 2008 – 8,9), она по-прежнему остается ниже среднего показателя по Российской Федерации. По данным Росстата, в прошлом году в нашей области родились 10176 детей, а годом раньше – 10241. Современные параметры рождаемости в 1,8 раз меньше, чем требуется для замещения поколений. Думаю, что с ростом уровня жизни, с изменением статуса женщины картина начнет меняться в лучшую сторону.

Сыграл ли свою роль материнский капитал? Сказался ли он на динамике повторных родов?

Женщины рожают и вторых, и третьих детей. Мы ощутили всплеск

сразу же после принятия закона о материнском капитале. Женщины, особенно из сельской местности, рассчитывали на то, что сразу же после рождения второго и последующего ребенка получат деньги. Однако в законе прописана другая процедура получения капитала. Так или иначе, материнский капитал не стал стимулом для демографического бума. В результате доля повторных родов с 40% упала до 33%. Кроме того, в области сократилось количество женщин фертильного возраста. На конец 2009 года их число составляло 280033. Это на 4,2% меньше, чем на конец 2008 года.

Какие меры предпринимает акушерско-гинекологическая служба, чтобы стабилизировать (по меньшей мере) сложившуюся ситуацию?

Мы осознаем всю ответственность за возложенную на нас миссию, но нам не хватает целенаправленной широкомасштабной пропагандистской поддержки. Просветительская деятельность – неисчерпаемый резерв. Я имею в виду работу школ, СМИ по пропаганде здорового образа жизни, по возвращению в российское общество нравственных ценностей. В этом направлении уже есть прогресс, и он отражается на цифрах. Приведу простой пример: с 2006 года в области

Женщины и младенцы – на вес золота»

наметилась тенденция снижения количества аборт, причем во всех возрастных категориях. Я напрямую связываю это с пропагандой безопасного секса. До 12 недель прерывание беременности – воля самой женщины. Для прерывания беременности в более поздние сроки существуют строгие социальные и медицинские показания, утвержденные законодательством РФ.

Насколько остра проблема прерывания беременности по медицинским показателям?

Я не открою секрет, если скажу, что сейчас рождает поколение женщин не очень здоровых. Многие страдают соматической патологией, не совместимой с беременностью. Кроме того, нам приходится прерывать беременность по данным ультразвуковых исследований, когда выявляем врожденные пороки развития плода, не совместимые с жизнью. Однако ни один врач не принимает решения единолично. Женщина направляется на комиссию по порокам. Состоит она из нескольких опытных специалистов. Зачастую окончательное решение принимается по данным генетического обследования, которое выявляет характер и степень патологии плода. Периодически мы направляем женщин в федеральные центры для кариотипирования. Пока у нас в области такое исследование не проводится, но, я надеюсь, когда-нибудь мы сможем это сделать и в Тамбове. С 2010 года в Тамбовской области начала работать программа «Прогноз» – проведение скрининговых исследований на выявление болезни Дауна в малых сроках беременности с большей степенью достоверности, чем ранее существовавшая. Так как в ней используется не только ультразвуковое исследование, но и специальные биохимические анализы. В результате скрининговых УЗИ в 2008 году выявлено беременных с врожденными пороками развития плода – 91, в 2009 – 111, в I квар-

тале 2010 – 29. При выявлении не совместимых с жизнью пороков развития плода не все женщины соглашаются на прерывание беременности. Кто-то – надеется на «чудо», кто-то – руководствуется религиозными убеждениями. Не могу не отметить, что в прошлом году снизилось число женщин, имеющих заболевания, осложняющие течение беременности, до 77,2% (2008 год – 79,2%). Тем не менее, цифра высока и обусловлена заболеваемостью девочек-подростков, воспалительными и соматическими заболеваниями женщин детородного возраста, неблагоприятными социальными условиями, в том числе и нерациональным питанием. В результате только каждые третьи роды являются нормальными (31,2%; по Российской Федерации – 35,8%). В связи с этим по приказу Управления здравоохранения области проведено перераспределение потоков беременных, имеющих ту или иную патологию. Поэтому на данный момент почти 75% всех родов проводится в акушерских отделениях городов области и областного центра, где имеются высококвалифицированные специалисты и достаточное оснащение для оказания квалифицированной помощи малышам и мамам.

Насколько эффективной показала себя работа с родовыми сертификатами в рамках приоритетного Национального проекта «Здоровье»?

Эффект несомненен. На средства родовых сертификатов в 2006-2009 годы закуплено современное медицинское оборудование на сумму более 80 млн руб. 90% учреждений родовспоможения оборудованы согласно таблице оснащения. Улучшилось лекарственное обеспечение, беременные женщины бесплатно получают препараты железа, поливитамины. В акушерских стационарах организовано дополнительное питание беременных женщин и родильниц.

В прошлом году продолжалась работа по реабилитации беременных женщин из числа неработающих в условиях санатория за счет средств областного бюджета, оздоровлено 180 женщин. Оздоровление работающих беременных женщин осуществлялось за счет средств ФСС, в санаториях области их пролечено 511. Благодаря проекту «Улучшение помощи мамам и малышам», мы получили возможность консультировать тяжелых больных в НИИ акушерства и гинекологии им. Городкова в Иванове, который курирует акушерско-гинекологическую службу нашей области. Наши врачи теперь могут участвовать в «он-лайн» конференциях по различным проблемам службы, задавать вопросы специалистам НИИ. Созданы протоколы ведения различной патологии, то есть, своего рода, пошаговые алгоритмы действий врача в определенных случаях. И, конечно же, особое внимание уделяется новорожденным.

Как сами новорожденные откликаются на такое особое к ним внимание?

Если до сих пор мы выхаживали младенцев с весом от 1 кг,



Здание роддома Тамбовской областной больницы расположено на территории большого комплекса в самом центре Тамбова. Здесь, согласно приказу Управления здравоохранения области, самые квалифицированные специалисты принимают роды у 75% рожениц из городов и районов региона



Отделение реанимации новорожденных родильного дома Тамбовской областной больницы, оснащенное современной аппаратурой, позволяет выхаживать недоношенных младенцев с весом от 500 г

то теперь нарабатываем опыт выхаживания с весом от 500 г. Мы оборудовали современной аппаратурой отделение реанимации новорожденных. Все наши неонатологи прошли специальное обучение на центральной базе. Теперь мы умеем заставлять жить даже самого крошечного недоношенного малыша. Теперь у нас есть возможность закупать хорошие дорогостоящие медикаменты, например курсурф (искусственный сурфактант), который помогает легким младенца раскрыться и дает возможность нормально дышать. Кстати, хорошую помощь нашей службе оказывают специалисты реанимационного отделения детской областной больницы. В трудных случаях они всегда приезжают в роддом по первому зову, либо забирают малыша к себе и проводят с ним необходимые мероприятия. В результате реализации мероприятий по национальному проекту «Здоровье» перинатальная смертность снизилась на 29% (2006-2009 годы). Однако, если сравнить цифры 2008 и 2009 годов, то данный показатель вырос на 10%. Но все-таки младенческая смертность в Тамбовской области остается ниже среднего показателя по России и составляет 6,2% против 8,7% по Российской Федерации. Мы видим следующие резервы для уменьшения показателя перинатальной смертности. Во-первых, за счет профи-

лактической работы женской консультации, налаженной работы акушерско-педиатрическо-терапевтического комплекса. Необходимо своевременное выявление девочек-подростков с соматической патологией, передача их под наблюдение терапевта и акушера-гинеколога, санация очагов инфекции, профилактика нежелательной беременности. Недооценка степени риска развития осложнений беременности и родов, несвоевременная профилактика и некачественное лечение ФПН – основные ошибки амбулаторного звена. Во-вторых, профилактики и лечения плацентарной недостаточности на всех этапах родовспоможения. Плацентарная недостаточность является одной из основных причин перинатальных потерь. Диагностика ее улучшилась с введением обязательного скринингового УЗИ с доплером, КТГ плода. На родовые сертификаты в акушерский стационар с этой целью Тамбовской областной больницей был приобретен УЗИ-аппарат экспертного класса, проведено обучение врача работе по новым методикам, выявляющим внутриутробное страдание плода. В-третьих, за счет как можно более раннего выявления пороков развития плода, о чем я уже говорила раньше, так как нередки случаи рождения детей с врожденными пороками развития, не совместимыми с жизнью. Еще один резерв снижения перинатальных потерь мы видим в ранней диагностике невынашивания. Ежегодно более 3% беременностей заканчиваются преждевременными родами. Преждевременные роды являются важной социальной проблемой в связи с высокой стоимостью выхаживания недоношенных детей с низкой и экстремально низкой массой при рождении, а также необходимостью оказания квалифицированной реанимационной помощи в первые минуты жизни ребенка. В связи с этим, госпитализация беременных с начавшимися преждевременными родами с 2008 года осуществляется в наиболее квалифицированные стационары,

где решаются проблемы интенсивной терапии, выбора метода родоразрешения, реанимации, интенсивной терапии новорожденных и II этапа выхаживания новорожденных. В случае отсутствия возможности транспортировки беременной на роды в специализированное отделение, в акушерское отделение ЦРБ выезжает специализированная неонатологическая бригада санавиации. Однако не все зависит от врачей. Эффективность лечения и других мер по охране здоровья беременных будет выше, если они будут своевременными. Вот почему так важно, чтобы проводилась прегравидарная подготовка женщин, ранняя постановка на учет. Число беременных женщин, поступивших под наблюдение в женские консультации области до 12 недель, увеличилось за 3 года на 7%. Однако в 2009 году в ЛПУ области было принято 216 родов у беременных, не состоявших на учете. Каждая такая женщина рискует не только потерять ребенка, но и собственной жизнью. Доля женщин, не наблюдавшихся по поводу беременности, в 2009 году возросла в 2,3 раза.

Любовь Григорьевна, гинекологические стационары области полны больными женщинами.

Да, уровень гинекологической заболеваемости у нас высок. Это и воспалительные заболевания женской половой сферы, и дисфункции, и бесплодие. Вот уже в течение нескольких лет действует приказ Управления здравоохранения области о тотальном профилактическом осмотре женщин фертильного возраста. Такой подход позволяет выявлять заболевания на ранней стадии и своевременно их лечить. Многие женщины идут на осмотр неохотно. И зря! Потому что эти мероприятия уже принесли свои плоды и спасли многим женщинам жизнь. В связи с проводимыми осмотрами и последующей диспансеризацией отмечается снижение доли запущенности онкопатологии на 2,3%, в том числе снижение доли запущенности по раку тела матки на 20%. 