

03.12.2011 г.

Кулигина М.В.<sup>1</sup>, Карнеева Л.В.<sup>2</sup>, Комарова И.А.<sup>1</sup>, Серебрянников А.С.<sup>1</sup>,  
Цивилева А.Е.<sup>3</sup>

## Характеристика амбулаторной помощи семьям с нарушенной репродуктивной функцией

<sup>1</sup>Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова г. Иваново

<sup>2</sup>Вичугская ЦРБ; г. Вичуга, Ивановская область

<sup>3</sup>ООО «Дигимед», Москва

Kuligina M.V.<sup>1</sup>, Karneyeva L.V.<sup>2</sup>, Komarova Yi.A.<sup>1</sup>, Serebryannikov A.S.<sup>1</sup>, Tsivilyova A.Ye.<sup>3</sup>

## Features of outpatient care for couples with reproductive disorders

<sup>1</sup>Ivanovo State Research Institute of Maternity and Childhood

<sup>2</sup>Vitchuga Central Municipal Hospital, Vitchuga, Ivanovo oblast

<sup>3</sup>"Digimed", LmD inc., Moscow

**Резюме.** С целью оценки состояния амбулаторной помощи семьям с нарушенной репродуктивной функцией методом анонимного анкетирования 1998 пациентов-жителей Ивановской и Костромской областей, обратившихся к врачам акушер-гинекологам женских консультаций, и выкопировки данных из первичной медицинской документации проведено медико-социальное исследование. Согласно результатам исследования о неудовлетворительном состоянии работы первичного звена здравоохранения по реабилитации репродуктивной функции в семье свидетельствуют низкий охват больных мужчин и женщин диспансерным наблюдением, Помимо отклонения от необходимого объема лечебно-диагностических мероприятий (в том вследствие низкой ресурсобеспеченности женской консультации) в половине случаев (48,0%) женщины не были направлены участковым акушером-гинекологом к специалистам по невынашиванию беременности имеющегося в территории федерального учреждения материнства и детства и были вынуждены обратиться самостоятельно.

При этом время прошедшее после самопроизвольного прерывания желательной беременности до обращения на специализированный прием составило в среднем 13,3±3,7 месяцев.

Вследствие низкой обеспеченности специалистами уроandroлогического профиля только четверть (25,0%) мужчин с хроническим везикулостатитом и 7,8% из числа мужчин с бесплодием состояли под диспансерным наблюдением уролога.

Кроме того, из числа мужчин, направленных участковым акушером-гинекологом к урологу при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий в семьях с нарушенной репродуктивной функцией, 47,4% воспользовались услугами специалистов областных и муниципальных лечебных учреждений, а 52,6% вынуждены были обратиться в частные медицинские организации. В результате высокая частота невыполнения стандартов

медицинской помощи, которые в свою очередь обусловлены недостаточной обеспеченностью взрослого населения акушерско-гинекологической и урологической помощью.

Поэтому, в настоящее время с учетом имеющихся возможностей амбулаторной акушерско-гинекологической и уроandroлогической служб целесообразно выделить двух этапов обследования и лечения семей с нарушенной репродуктивной функцией. При этом основными задачами первого этапа оказания медицинской помощи (женские консультации, сельские врачебные участки) является своевременное выявление всех случаев бесплодия, невынашивания беременности, репродуктивных потерь и направление супружеских пар на следующий этап – этап специализированного приема.

Организация специализированного приема для семей с нарушенной репродуктивной функцией целесообразна на базе муниципальных, субъектовых и федеральных государственных учреждений (областного перинатального центра, городского консультативно-диагностического центра и т.д.) располагающего клинко-лабораторной базой, обеспечивающей выполнение лечебно-диагностических стандартов одновременно у обоих супругов.

**Ключевые слова.** Нарушение репродуктивной функции семьи, амбулаторно-поликлиническая помощь.

**Summary.** To evaluate existing level of outpatient healthcare for families with disturbed reproductive function.

1998 patients with fertility problems from Ivanovo and Kostroma Regions were enrolled in this trial. Anonymous questioning was supplemented with survey of primary medical records of patients who obtained access to an obstetrician/gynecologist in antenatal consultative clinic.

Presumed unsatisfactory level of primary healthcare facilities for rehabilitation of reproductive function in affected families was confirmed. Low inclusion of female, as well as male patients in outpatient care was identified. Antenatal clinic provided amount of therapeutic and diagnostic services that was low beyond the socially required one, partly it was due to deficient material resources of such facilities. Another reason was that primary population-based obstetrician/gynecologist were referring such patients to special maternity and childhood establishments rather rarely, for example, in miscarriage cases only half of accessed patients were referred to, while 48.0% of cases applied to specialty centers on their own. As a result of this situation, the mean period between spontaneous miscarriage in desired pregnancy and access to specialty center was  $13.3 \pm 3.7$  months.

As a consequence of low local provision with urologists/andrologists, only 25.0% of patients with chronic vesicular prostatitis and 7.8% of patients with male infertility were involved in outpatient continuous urology observation.

Only 47.4% of male patients referred to urologist (on the motive of gynecologist prognosis of family infertility) had obtained access to this end to appropriate Regional/municipal medical establishments, while 52.6% of them were compelled to seek an access to private establishments.

High incidence of failure to fulfill standards of care for this nosology group was predetermined by insufficient provision of adult population with gynecology and urology facilities. Nevertheless, the opportune identification by outpatient obstetrician/gynecologic and urology primary services of cases with disturbed reproductive function implying their further referral to specialty centers for clinical examination and treatment could have done a good turn. The conditions to be checked at primary care for referral purposes should include female and male infertility, cases of miscarriage, and other reproductive losses.

Presumed unsatisfactory level of primary healthcare facilities for rehabilitation of reproductive function in affected families was confirmed. To overcome it, a two-step management of these conditions should be properly established. Referral access of affected family members to specialty center would be expedient only as far as municipal, Regional, and Federal medical establishments are concerned, i.e. Regional perinatal center, or municipal consultative and diagnostic center, and alike, which possess adequate clinical and laboratory facilities with implied simultaneous services for both family partners.

**Key words.** Reproductive disorders, ambulatory/polyclinic care

Преобладание у населения установок на суженное и простое воспроизводство, высокая распространенность нарушений репродуктивной функции (невынашивания беременности и бесплодия) являются факторами, определяющими демографическую ситуацию в сфере рождаемости, и обуславливающими необходимость совершенствования организации медицинской помощи семье в репродуктивный период [2]. Поэтому представляет интерес исследование медико-организационных аспектов амбулаторной помощи населению генеративного возраста по сохранению и восстановлению репродуктивной функции.

#### *Материалы и методы*

Материалом исследования послужили результаты анонимного анкетирования 900 жителей Ивановской области: 400 женщин, обратившихся на амбулаторный прием акушера-гинеколога женских консультаций по поводу беременности или гинекологического заболевания; 400 мужчин из семей с нарушенной репродуктивной функцией и 100 женщин с невынашиванием беременности, обратившихся на специализированный прием для семей с нарушенной репродуктивной функцией, и 1098 жительниц Костромской области: завершивших беременность родами ( $n=818$ ) и искусственным абортom ( $n=280$ ). Опрос проведен с использованием оригинальных анкет, содержащих вопросы закрытого и полужакрытого типов. Выборочная совокупность составила 1598 женщин (средний возраст -  $30,3 \pm 0,38$  лет) и 400 мужчин (средний возраст  $32,88 \pm 0,33$  лет). Результаты анкетирования жителей Ивановской области дополнены выкопировкой из первичной медицинской документации (025/у-04). Полученные данные статистически обработаны при помощи программы «Microsoft Excel» из комплекта «Microsoft Office XP».

#### *Результаты и обсуждение*

На этапе женской консультации меры по профилактике нарушений репродуктивной функции в семье включают диагностику и лечение гинекологической патологии, реабилитацию после завершения беременности. По данным исследования не все женщины с гинекологической патологией находятся под диспансерным наблюдением участкового акушера-гинеколога: среди пациенток муниципальной женской консультации г. Иванова (средний возраст -  $32,7 \pm 0,64$  года) наличие хронических заболеваний органов репродуктивной системы отметили 72,0% женщин, из них состояли под диспансерным наблюдением только 25,0%.

Низкий охват диспансерным наблюдением гинекологических больных характерен и для Костромской области: по данным анкетирования женщин активного репродуктивного возраста (в среднем  $27,0 \pm 0,16$  лет) половина из них (51,2%) отметили наличие хронической гинекологической патологии, охват диспансерным наблюдением составил 55,5%.

В женской консультации недостаточно внимания уделяется работе по восстановлению здоровья женщин после завершения беременности: по данным опроса пациенток женской консультации г.Иванова, среди которых 72,5% имели в анамнезе беременности, завершившиеся абортom (в среднем  $1,2 \pm 0,05$ ), послеабортная реабилитация была проведена в

30,5%. После самопроизвольного прерывания беременности реабилитационные мероприятия в женской консультации были проведены менее чем у половины женщин (46,0%). Также недостаточно эффективно женская консультация выполняет задачу по послеродовой реабилитации: о её необходимости были информированы во время беременности 65,0% женщин, охват лечебно-реабилитационной помощью после рождения ребенка составил 27,5%.

Охват диспансерным наблюдением женщин из семей с нарушенной репродуктивной функцией снижен: согласно статистическим данным, частота женского бесплодия составила в 2009 году 4,11% в Ивановской и 5,98% в Костромской областях [1], по данным выкопировки из первичной медицинской документации доля женщин, находящихся под наблюдением участкового акушера-гинеколога по поводу бесплодия, составила 2,8% и 3,1% соответственно. Из числа пациенток с невынашиванием беременности (средний возраст -  $29,9 \pm 0,7$  лет), имеющих помимо нарушения репродуктивной функции сопутствующую гинекологическую патологию (в среднем  $1,3 \pm 0,03$  заболевания на 1 женщину), состояли под диспансерным наблюдением участкового акушера-гинеколога только треть (34,0%) женщин.

Закономерной является высокая доля женщин (51,0% жительниц Ивановской области и 51,9% жительниц Костромской области), неудовлетворенных работой женской консультации. Причиной снижения удовлетворенности пациенток работой женской консультации является недостаточная мощность амбулаторных учреждений. Согласно существующей нормативной базе должность врача лабораторной, функциональной диагностики вводится при наличии не менее 10 врачебных должностей, а должность врача специализированного приема при наличии не менее 8 должностей участкового акушера-гинеколога [6]. В настоящее время среднее число должностей участковых акушеров-гинекологов в муниципальных женских консультациях, например, по Ивановской области составляет  $3,26 \pm 0,5$ , в том числе по г.Иваново -  $6,25 \pm 1,0$ , по муниципальным образованиям -  $2,48 \pm 0,5$ , в результате специализированный прием (по невынашиванию беременности и бесплодию) имеется только в одной женской консультации г.Иванова, и задача по восстановлению репродуктивной функции в семье возложена на участковых акушеров-гинекологов, которые с ней не справляются, о чем свидетельствуют данные исследования. По мнению большинства (85,0%) женщин с невынашиванием беременности объем диагностических мероприятий, выполненных в женской консультации, недостаточен, что подтверждается результатами выкопировки из первичной медицинской документации, свидетельствующими о невыполнении объема обследования в 95,0% случаев.

Назначаемое участковым акушером-гинекологом лечение также не соответствует современным рекомендациям: из числа пациенток, обратившихся в женскую консультацию по поводу невынашивания беременности, лечебные мероприятия проведены у 64,0% женщин: у 36,0% - лечение ЗППП, в том числе у 16,0% одновременно с мужем, у 16,0% - гормональная терапия, у 8,0% - иммунокоррекция, у 4,0% - противовоспалительное лечение.

Помимо отклонения от необходимого объема лечебно-диагностических мероприятий (в том вследствие низкой ресурсобеспеченности женской консультации) в половине случаев (48,0%) женщины не были направлены участковым акушером-гинекологом к специалистам по невынашиванию беременности имеющегося в территории федерального учреждения материнства и детства и были вынуждены обратиться самостоятельно. При этом время прошедшее после самопроизвольного прерывания желательной беременности до обращения на специализированный прием составило в среднем  $13,3 \pm 3,7$  месяцев. Между тем по данным С.Н.Платоновой, Е.Л.Бойко, А.Е.Мальшиной [3] при более позднем обращении (через 12 месяцев после самопроизвольного прерывания беременности) эффективность лечения снижается в 1,7 раза по сравнению с результатами реабилитации репродуктивной функции у семей, обратившихся в течение первых шести месяцев.

В задачи акушера-гинеколога женской консультации входит организация обследования и лечения не только женщин, но и мужчин из семей с нарушенной репродуктивной функцией [5]. Однако активность врачей первичного звена по обеспечению реабилитационными мероприятиями обоих супругов недостаточна: например, в семьях с невынашиванием беременности обследование и лечение мужа одновременно с женщиной была проведено только в 44,0% случаев, а из 400 мужчин из семей с нарушенной репродуктивной функцией 158 (39,5%) до обращения к урологу-андрологу специализированного приема на базе федерального учреждения материнства и детства не имели опыта общения со специалистом данного профиля. При этом по данным клинического обследования мужчин из семей с нарушенной репродуктивной функцией частота диагностики хронического простатозезикулита составила 37,8 случая на 100 мужчин, патологии спермы – 58,5 случая, в том числе мужского бесплодия – 38,3 случая на 100 мужчин.

Следует отметить, что одной из причин неполного охвата мужчин реабилитационными мероприятиями является низкая обеспеченность амбулаторного звена врачами-урологами, которая по Ивановской области составила в 2010 году 0,09 на 10 тыс. населения, а согласно нормативным документам необходимо 0,5 на 10 тыс. населения [4, 7]. Вследствие низкой обеспеченности специалистами уроandroлогического профиля только четверть (25,0%) мужчин с хроническим везикулитом и 7,8% из числа мужчин с бесплодием состояли под диспансерным наблюдением уролога. Кроме того, из числа мужчин, направленных участковым акушером-гинекологом к урологу при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий в семьях с нарушенной репродуктивной функцией, 47,4% воспользовались услугами специалистов областных и муниципальных лечебных учреждений, а 52,6% вынуждены были обратиться в частные медицинские организации. При этом объем проведенного обследования снижен: частота использования лабораторно-диагностических услуг составила 176,9 сл. на 100 мужчин, в том числе: лабораторные исследования были проведены в 54,5 сл. на 100 мужчин, УЗИ предстательной железы и/или почек – в 30,6 сл., исследование спермы – в 75,2 сл., консультации генетика – в 13,2 сл. и консультации иммунолога – в 3,3 сл. на 100 мужчин.

Кроме того, участковые акушеры-гинекологи, как и в случае организации консультативной гинекологической помощи женщинам из семей с нарушенной репродуктивной функцией, не использовали возможности специализированного уроandroлогического приема на базе федерального учреждения, выполняющего в регионе роль перинатального центра, и информировали пациентов о возможности получения андрологической помощи только в 40,5% случаев, большинство (46,5%) мужчин-пациентов получили информацию от знакомых и родственников, 7,3% - от врачей-генетиков и 5,7% от урологов-андрологов.

### *Заключение*

Таким образом, работу амбулаторных учреждений здравоохранения по реабилитации репродуктивной функции в семье нельзя считать удовлетворительной: по причине низкого охвата диспансерным наблюдением, высокой частоты невыполнения стандартов медицинской помощи, в свою очередь, являющихся следствием низкой ресурсообеспеченности.

Поэтому, в настоящее время с учетом имеющихся возможностей амбулаторной акушерско-гинекологической и уроandroлогической служб целесообразно выделить двух этапов обследования и лечения семей с нарушенной репродуктивной функцией. При этом основными задачами первого этапа оказания медицинской помощи (женские консультации, сельские врачебные участки) является своевременное выявление всех случаев бесплодия,

невынашивания беременности, репродуктивных потерь и направление супружеских пар на следующий этап – этап специализированного приема.

Организация специализированного приема для семей с нарушенной репродуктивной функцией целесообразна на базе муниципальных, субъектов и федеральных государственных учреждений (областного перинатального центра, городского консультативно-диагностического центра и т.д.) располагающего клиничко-лабораторной базой, обеспечивающей выполнение лечебно-диагностических стандартов одновременно у обоих супругов. Обязательным условием функционирования предлагаемой системы является обеспечение системы документооборота между этапами с целью не только обеспечения своевременности и полноты лечебно-реабилитационной помощи на втором этапе, но также диспансерного наблюдения и статистического учета выявляемой патологии на первом этапе.

Для повышения качества медицинской помощи семьям с нарушенной репродуктивной функцией необходимо в рамках программы по модернизации здравоохранения провести обновление и переоснащение сети ЛПУ с целью улучшения обеспеченности населения амбулаторной акушерско-гинекологической и уроandroлогической помощью.

### **Список литературы**

1. Заболеваемость населения России в 2009 году /Статистические материалы. Часть II. М.: Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. 2010. 169 с.
2. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации /Сборник материалов. М. 2010. 146 с.
3. Платонова С.Н., Бойко Е.Л., Малышкина А.И. Анализ деятельности акушерско-гинекологического приема в условиях перинатального центра //Бюллетень национального НИИ общественного здоровья РАМН. 2002. №3. С. 80-83.
4. Показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Ивановской области в 2005-2009 гг. /Статистические материалы. Иваново. 2010. 189 с.
5. Приказ Минздрава РФ от 10 февраля 2003 г. № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» [Internet]. URL: <http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ2003/50/50.htm> (дата обращения 16.04.2011)
6. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 2 октября 2009 г. №808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» [Internet]. URL:<http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/family/8> (дата обращения 21.05.2011)
7. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 8 декабря 2009 г. № 966н. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с урологическими заболеваниями» [Internet] URL: [http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/copy\\_of\\_35](http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/copy_of_35) (дата обращения 13.10.2010)

### **References**

1. Zaboлеваemost naseleniya Rossii v 2009 godu [Morbidity of Russian population in 2009]. Statistical materials. Chapter II. Moscow: Ministerstvo zdravookhraneniya i sotsialnogo razvitiya Rossiyskoy Federatsii. 2010. 169 p.
2. Osnovnye pokazateli zdorovya materi i rebenka, deyatelnost sluzhby okhrany detstva i rodovspomozheniya v Rossiyskoy Federatsii [Main indicators of maternal and child health, childhood protection and obstetric care services in the Russian Federation]. Statistical materials. Moscow. 2010. 146 p.
3. Platonova S.N., Boyko E.L., Malysheva A.I. Analiz deyatelnosti akushersko-ginekologicheskogo priema v usloviyakh perinatalnogo tsentra [Analysis of obstetric and

gynecological care provided in conditions of a perinatal center]. *Byulleten natsionalnogo NII obshchestvennogo zdorovya RAMN* 2002;(3):80-83.

4. Pokazateli zdorovya naseleniya i deyatelnosti uchrezhdeniy zdravookhraneniya Ivanovskoy oblasti v 2005-2009 gg. [Indicators of population health and activity of health facilities in Ivanovo region]. Statistical materials. Ivanovo. 2010. 189 p.

5. Prikaz Minzdrava RF ot 10 fevralya 2003 g. № 50 «O sovershenstvovanii akushersko-ginekologicheskoy pomoshchi v ambulatorno-poliklinicheskikh uchrezhdeniyakh» [The Order of MoH&SD of the RF of 2003, February 10, № 50 “On improving obstetric and gynecological care in out-patient polyclinic facilities] [Internet] 2003 [cited 2011 Apr 16]. Available from: <http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ2003/50/50.htm>

6. Prikaz Minzdravsotsrazvitiya RF ot 2 oktyabrya 2009 g. №808n «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya akushersko-ginekologicheskoy pomoshchi». [The Order of MoH&SD of the RF of 2009, October 2 №808n “ On approving the arrangement of obstetric and gynecological care delivery”]. [Internet] 2009 [cited 2011 May 21]. Available from: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/family/8>

7. Prikaz Minzdravsotsrazvitiya RF ot 8 dekabrya 2009 g № 966n. «Ob utverzhdenii poryadka okazaniya meditsinskoy pomoshchi bolnym s urologicheskimi zabolevaniyami» [The Order of MoH&SD of the RF of 2009, December 8 № 966n “On approving the arrangement of medical care delivery to urological patients] [Internet] 2009 [cited 2010 Oct 13]. Available from: [http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/copy\\_of\\_35](http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/copy_of_35)