

StatusPraesens

МЕД ПОЛИТ

Для библиографических ссылок

• Гаджиева С.М., Власов И.С., Оленев А.С., Радзинский В.Е. Флагманские проекты развития акушерско-гинекологической службы // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2025. — №1 (118). — С. 17–19.

быстро, качественно, удобно

Флагманские проекты развития акушерско-гинекологической службы



Авторы: Саига Мердановна **Гаджиева**, канд. мед. наук, зам. руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы; Игорь Сергеевич **Власов**, и.о. директора Центра мониторинга и развития медицинской помощи г. Москвы; Антон Сергеевич **Оленов**, докт. мед. наук, главный внештатный специалист по акушерству Департамента здравоохранения г. Москвы, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГКБ №31 им. Г.М. Савельевой, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы; Виктор Евсеевич **Рагзинский**, засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы, вице-президент РОАГ, президент МАРС (Москва)

Столица часто выступает в роли источника «искры», из которой «пламя» новой идеологии распространяется на всю страну, и медицина — не исключение. История знает немало примеров: на основе концепции приютов и убежищ для беременных, родильниц и новорождённых, разработанной московским врачом Григорием Львовичем Грауэрманом, была создана **сеть женских консультаций**, охвативших всю страну. В 30-е годы XX века это позволило **существенно снизить** материнскую и младенческую смертность, при этом организаторы здравоохранения сумели создать эту систему на фоне последствий Гражданской войны и интервенции.

Современные задачи, стоящие перед специалистами репродуктивной медицины, **не менее масштабны**: внедрение цифровых моделей, сокращение потерь времени на ожидание обследования и лечения, автоматизация процессов контроля и многое другое. Фантастика? Совсем нет. Более того, часть этих грандиозных проектов **уже стали реальностью**. Каких ещё целей предстоит достичь амбулаторному звену столичной акушерско-гинекологической службы?

Пройдённый этап создания каркаса акушерско-гинекологической службы в Москве — формирование 11 крупных объединений в составе многопрофильных больниц. Ранее в столице существовала разрозненная сеть, состоящая из 121 женской консультации, 21 акушерского стационара и 36 гинекологических отделений.

Первое, что бросалось в глаза на самом старте этого процесса, — крайняя **«разношёрстность» амбулаторного звена**: в 24% учреждений отсутствовали про-

цедурные кабинеты и в 21% — манипуляционные, в 12% — не существовало кабинета ультразвукового исследования (УЗИ), а 2,5% — не имели аппаратов для записи кардиотокограммы (КТГ). Однако самое удручающее обстоятельство заключалось в том, что в 80% организаций **не выполняли кольпоскопию** и в 60% — **УЗИ молочных желёз**. Было очевидно, что для построения новой системы акушерско-гинекологической помощи необходим соответствующий **стандарт, единый для всех учреждений**.

Новый стандарт

Без привлечения **профессионального сообщества** разработать новый стандарт невозможно. Именно поэтому базой для его создания стало **формирование рабочей группы** под руководством внештатных специалистов, с включением всех профильных заместителей главных врачей 11 объединений и заведующих женскими консультациями. Совместными усилиями появился **принципиально новый подход** к оказанию амбулаторной

[Выделение кабинетов доврачебного приёма позволяет достичь сразу нескольких целей: разгрузить поток пациенток к врачу и рационально использовать элиту среднего медицинского персонала — акушерок.]

помощи женскому населению. Его ключевыми моментами стали следующие положения.

- Единый подход к набору специалистов с **формированием кадрового состава**, обеспечивающего высокую доступность медицинской помощи.
- Единый стандарт **оснащения оборудованием**, позволяющий «под одной крышей» выполнить полный спектр диагностических процедур на современных высокотехнологичных аппаратах (УЗИ, маммография, скрининг плода и др.).
- Современные подходы к **профилактике и лечению**. Полный цикл оказания помощи — от диагностики до терапии, в том числе раннее выявление онкологических заболеваний, лечение бесплодия, заболеваний шейки матки, доброкачественных заболеваний молочной железы и др.
- Разработка **цифровых сервисов**: все виды дистанционной записи и интегрированные в единый цифровой контур результаты анализов, обследований и консультаций специалистов.
- Создание **центров женского здоровья** — мощнейших центров компетенции в структуре крупнейших многопрофильных больниц. Обеспечение преемственности между амбулаторным и стационарным звеньями. Здоровье женщины будет находиться в руках одной команды профессиональных врачей.
- **Комфортные условия** для пациенток и медицинских работников.

Все акушерско-гинекологические участки сформированы по единому регламенту, из расчёта один участок на 4000 прикрепленного женского населения, на котором работают **один основной акушер-гинеколог и два замещающих**. Основной врач не может быть внешним совместителем или обслуживать более одного участка, за исключением случаев временного замещения на период не более 2 мес. Пороговое значение для формирования нового

участка — превышение числа прикрепленного населения на 20%.

Для обеспечения доступности **расписания работы** докторов, процедурных и диагностических кабинетов формируют по единому стандарту: под запись и приём женщин выделено 85% рабочего времени акушера-гинеколога и 95% — кабинетов инструментальной диагностики. Немаловажное функциональное звено в структуре женской консультации — **дежурный врач**, оказывающий помощь при наличии экстренных показаний, обращении пациенток с открытым листком нетрудоспособности или после выписки из стационара. График работы такого специалиста соответствует режиму данного амбулаторного подразделения, время ожидания приёма — не более 1 ч.

Важные структурные элементы стандарта, позволяющие **существенно разгрузить** приём акушера-гинеколога, — специальные кабинеты, позволяющие провести необходимые рутинные манипуляции без участия доктора. В **кабинете доврачебного приёма**, берущем начало из акушерского поста, измеряют артериальное давление, пульс, размеры таза, высоту стояния дна матки и окружность живота, а также оформляют направления на стандартные исследования, в **смотровом** — берут биоматериал на флору, цитологическое, бактериологическое исследование и полимеразную цепную реакцию (ПЦР), вводят или извлекают влагалищный пессарий. Такое распределение позволяет достичь сразу нескольких целей: разгрузить поток пациенток к врачу и **рационально использовать акушерок**, не превращая элиту среднего медицинского персонала в «писаря» направлений и рецептов.

Контроль и учёт

Испокон веков **диспансерное наблюдение** — головная боль любого заведующего женской консультацией. Пожел-

тевшие листки формы 030/у, журналы, на перелистывание которых уходит драгоценное время, потеря документов при перемещении кабинета или учреждения — всё это не может не сказаться на качестве наблюдения. При создании нового стандарта разработчики не могли пройти мимо этого важного компонента помощи женскому населению.

В 2025 году столичная акушерско-гинекологическая служба перейдёт на электронную форму ведения диспансерных групп, основа которой — «**проактивное**» **наблюдение**. Разработаны клиентские пути по целому ряду нозологий, в которых установлены **контрольные сроки** для каждого из этапов диагностики и маршрутизации. Цифровая модель даёт возможность не только оптимизировать диагностический и лечебный процессы, но и выводит контроль их соблюдения на принципиально новый уровень — **система подсказывает врачам** сроки обследования, выделяет пациенток, у которых нарушены диагностический или лечебный алгоритм, позволяя быстро работать с реестром диспансерной группы.

Намного проще также стал контроль для заведующего подразделением: новый функционал способен проводить **анализ существующей картины** всего подразделения, участка каждого врача и перейти в медицинскую карту любой пациентки, сразу получив представление о существующей ситуации в режиме реального времени.

Всё дело в цифре

Цифровая модель позволяет не только улучшить процесс диагностики или лечения. Она также избавляет пациенток от множества хлопот, **связанных с дополнительными посещениями** специалиста для выписки направлений, получения результатов анализов, проसживания в очередях для получения направления на исследование или госпитализацию. Экономится время, медицинская помощь **становится комфортнее**, и, соответственно, уменьшается число запущенных случаев опасных заболеваний, когда женщине было «недосуг» заниматься хождением по врачам. В конечном итоге всё это приведёт к увеличению продолжительности жизни

женского населения и улучшению её качества.

Все эти доводы подтверждают показатели. Только за прошедший год доля пациенток, сумевших попасть на приём к врачу в интервал 0–3 дней, выросла с 0,9 до 4%, в интервал 0–7 дней — с 3,6 до 55%. Качество диагностики повысило число диагностированных случаев рака на стадии *in situ*, то есть с максимально оптимистичным прогнозом для жизни.

В 2021 году рак молочной железы *in situ* выявили у 445 женщин, в 2022-м — у 441, в 2023-м — у 630, за первое полугодие 2024 года — у 500. Аналогичная картина при раке шейки матки *in situ*: в 2021 году — у 393 пациенток, в 2022-м — у 463, в 2023-м — у 903, в первом полугодии 2024 года — у 656. Даже с наиболее сложным для диагностики раком тела матки на стадии *in situ* ситуация внушает определённый оптимизм: в 2021 году на этой стадии заболевание диагностировали у 25 женщин, в 2022-м — у 82, в 2023-м — у 373 (!), в первом полугодии 2024 года — у 243.

Причём цифровая модель позволяет отслеживать и анализировать эти показатели не в режиме «постфактум», при работе с отчётами за прошедший календарный год, а в режиме реального времени.

В развитии цифровой модели ещё много этапов: синхронизация протоколов исследования в амбулаторной и стационарной картах, создание регистров для диспансерных групп, отладка комплекса для ведения беременности (от электронного регистра до дневников самоконтроля и автоматизированного расчёта индивидуальных рисков). Какие ещё проекты предложит женскому населению столичная организация медицинской помощи?

Равнение на Центр!

Идеология равного доступа к качественной помощи независимо от района проживания продиктовала необходимость создания единого шаблона для получения населением акушерско-гинекологической помощи, получившего название «Центр женского здоровья». Эти учреждения формируют по единому диагностическому и специализированному стандарту.

Кабинеты приёма.

- Дежурного акушера-гинеколога.
- Акушеров-гинекологов.
- Терапевта.
- Эндокринолога.
- Смотровой (приём акушерки).
- Психолога.

Кабинеты специализированного приёма.

- Лечения бесплодия.
- Заболеваний шейки матки с кольпо-скопией.
- Невынашивания.
- По раннему выявлению заболеваний молочной железы.

Кабинеты диагностического блока.

- КТГ.
- УЗИ.
- Функциональной диагностики.
- Маммографии.
- Антенатальной охраны плода.
- Забора крови.

[Шаг навстречу пациентке — создание комфортной и удобной для неё модели акушерско-гинекологической службы — залог того, что доверие и приверженность к «женским» врачам будут возрастать.]

Современная пациентка требовательна не только к качеству получения медицинской помощи. Конкуренция с развитым и набравшим силу коммерческим сектором поставщиков этих услуг заставляет подумать о **комфортности условий пребывания** в учреждении. С учётом этого при разработке проектов центров женского здоровья в них были включены следующие зоны.

- Комфортного ожидания.
- Комнаты поддержки грудного вскармливания.
- Игровые для детей.
- Вендинговые.

В настоящее время открыто пять центров женского здоровья, а в будущем году их число утроится.

Впереди планеты всей

Снижение рождаемости, общемировой тренд на малодетность, рост доли инфертильных пар требует новых, **иннограда и революционных подходов** к реше-

нию этих проблем. Осенью 2024 года в столице стартовал проект по сохранению репродуктивного здоровья: все женщины в возрасте от 25 до 39 лет* могут определить **уровень антимюллерова гормона** в рамках ОМС. При его снижении пациентку приглашают на консультацию акушера-гинеколога и при значении от 1,2 до 1,5 нг/мл информируют о возможности бесплатной **криоконсервации половых клеток и эмбрионов** с последующим хранением в течение нескольких лет.

В рамках программы также выполняют **генетическое тестирование** женщинам в возрасте старше 35 лет, с привычным невынашиванием или неудачными попытками ЭКО, а также с тяжёлыми нарушениями сперматогенеза у мужчин или наследственными заболеваниями в семье. В мире **нет аналогов** этой программы.



Итог коллективного труда рабочей группы — новый стандарт акушерско-гинекологической службы — позволяет не только повысить качество наблюдения, обследования или лечения. Не менее важны **эргономичность и удобство** получения медицинской помощи. Век скорости создаёт новый дефицит — **дефицит времени**, и современная женщина не может позволить себе тратить несколько часов на пребывание в очереди. Шаг навстречу пациентке — создание комфортной и удобной для неё модели акушерско-гинекологической службы — залог того, что **доверие и приверженность** к ней будут возрастать, что, надеемся, отразится на итоговом результате. **SP**

* При оперативных вмешательствах на яичниках или ранней менопаузе у ближайших родственниц в анамнезе нижний порог — 18 лет.