



УДК 616-089.888.61

<https://doi.org/10.65249/1027-7218-2026-4-53-58>

Репродуктивное здоровье и развитие акушерско-гинекологической службы в перинатальном центре города Москвы

¹М. А. Пониманская, ²Л. П. Храпылина, ³П. А. Кузнецов

¹Городская клиническая больница № 67 им. Л. А. Ворохобова
Департамента здравоохранения, Москва, Россия

²Российская академия народного хозяйства и государственной службы
при Президенте Российской Федерации, Москва, Россия

³Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

Цель исследования. Оценить современные подходы к развитию акушерско-гинекологической службы и их влияния на показатели репродуктивного здоровья женщин на примере перинатального центра г. Москвы.

Материал и методы. Проведен анализ статистических данных, нормативных документов и результатов организационных и клинических мероприятий, реализованных в перинатальном центре. Осуществлена оценка эффективности внедрения современных технологий (телемедицина, цифровизация, новые подходы к интерпретации кардиотокографии, классификация Робсона).

Результаты. Установлено, что внедрение комплексных организационных решений, включая развитие инфраструктуры, маршрутизацию пациенток, интеграцию амбулаторной и стационарной помощи и использование инновационных технологий, способствует значительному снижению репродуктивных потерь. Отмечено снижение частоты госпитализации новорожденных в реанимацию (с 4,5 до 1,1 %) без увеличения доли кесарева сечения (30,3 %). Анализ структуры кесарева сечения по классификации Робсона показал эффективность проводимых мероприятий в группах низкого риска.

Заключение. Совершенствование акушерско-гинекологической службы требует системного подхода, включающего повышение доступности и качества медицинской помощи, цифровизацию, развитие профилактики и междисциплинарного взаимодействия. Реализация данных направлений способствует улучшению репродуктивного здоровья женщин и снижению материнской и перинатальной смертности.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, акушерско-гинекологическая служба, перинатальный центр, кесарево сечение, классификация Робсона, материнская смертность, цифровизация, телемедицина.

Objective. To evaluate modern approaches to the development of obstetric and gynecological care and their impact on women's reproductive health indicators using the example of a perinatal center in Moscow.

Materials and methods. The study is based on the analysis of statistical data, regulatory documents, and results of organizational and clinical interventions implemented in a perinatal center. The assessment of modern technologies (telemedicine, digitalization, cardiotocography interpretation, Robson classification), was performed.

Results. The implementation of comprehensive organizational measures, including infrastructure development, patient routing, integration of outpatient and inpatient care, and innovative technologies, has led to a significant reduction in reproductive losses. A decrease in neonatal intensive care admissions (from 4.5 % to 1.1 %) was observed without an increase in cesarean section rates (30.3 %). The Robson classification analysis confirmed improved outcomes in low-risk groups.

Conclusion. The improvement of obstetric and gynecological services requires a systemic approach focused on accessibility, quality of care, digital transformation, prevention, and interdisciplinary collaboration. These measures contribute to better reproductive health outcomes and reduced maternal and perinatal mortality.

Key words: reproductive health, obstetric care, perinatal center, cesarean section, Robson classification, maternal mortality, digitalization, telemedicine.

HEALTHCARE. 2026; 4: 53–58

REPRODUCTIVE HEALTH AND THE DEVELOPMENT OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL SERVICES
IN A PERINATAL CENTER IN MOSCOW

M. Ponimanskaya, L. Khrapylina, P. Kuznetsov

Репродуктивное здоровье напрямую связано с общим состоянием здоровья женщин. Современные подходы в акушерско-гинекологической помощи способствуют снижению материнской и младенческой смертности, а также в целом улучшают качество жизни.

В последние годы в России отмечается положительная динамика показателей репродуктивных потерь, обусловленная снижением материнской и младенческой смертности. Это стало возможным благодаря созданию разветвленной сети федеральных перинатальных центров и выстраиванию эффективной маршрутизации пациенток с осложненным течением беременности и экстрагенитальной патологией.

Современные технологии (телемедицина, искусственный интеллект, генетические исследования и новые лекарственные препараты) расширяют возможности диагностики и лечения репродуктивных заболеваний. Их внедрение в клиническую практику существенно повышает эффективность акушерско-гинекологической помощи.

По данным Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, в 2025 г. показатели материнской и младенческой смертности достигли исторического минимума: соответственно 3,6 на 100 000 живорожденных и 3,5 ‰. Несмотря на достигнутый прогресс, сохраняются проблемы репродуктивных потерь, бесплодия и осложнений беременности, решение которых требует комплексного системного подхода [1].

При этом ряд организационных и экономических аспектов остается недостаточно изученным и носит фрагментарный характер.

Современные научные подходы к организации акушерско-гинекологической службы включают несколько ключевых направлений:

- доступность медицинской помощи – обеспечение равного доступа для всех групп населения, включая уязвимые категории;
- качество медицинской помощи – внедрение клинических рекомендаций, стандартов и непрерывное обучение персонала;
- инновационные технологии – цифровизация и автоматизация процессов;
- профилактика и ранняя диагностика – ключевые факторы снижения заболеваемости и осложнений;
- междисциплинарный подход – взаимодействие акушеров-гинекологов с врачами других специальностей для комплексного ведения пациенток.

Проблема сохранения репродуктивного здоровья женщин в условиях снижения рождаемости приобретает особую актуальность в связи с ухудшением репродуктивного потенциала населения. Развитие акушерско-гинекологической помощи направлено на своевременную диагностику, лечение и наблюдение беременных, рожениц и родильниц.

Важным направлением является укрупнение медицинских организаций и формирование интегрированных центров, обеспечивающих быструю маршрутизацию пациенток для получения специализированной помощи и проведения необходимых исследований, недоступных на амбулаторном уровне.

Таким образом, совершенствование акушерско-гинекологической службы требует комплексного подхода, включающего повышение доступности и качества помощи, внедрение инноваций, развитие профилактики и междисциплинарного взаимодействия. Только согласованная реализация этих направлений позволит эффективно сохранять репродуктивное здоровье женщин и формировать основу для дальнейших управленческих решений.

Системные решения

Акушерско-гинекологическая служба занимает ключевое место в системе здравоохранения, обеспечивая здоровье женщин и новорожденных. Государственная политика в этой сфере направлена на повышение качества и доступности медицинской помощи, а также на внедрение современных технологий.

Основные направления:

- развитие инфраструктуры – строительство и модернизация родильных домов, перинатальных центров и центров женского здоровья, оснащение современным оборудованием;
- подготовка кадров – повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала;
- телемедицина – дистанционное консультирование и мониторинг состояния пациенток;
- программы охраны репродуктивного здоровья – маршрутизация беременных высокого риска в специализированные центры.

Особое значение в г. Москве имеет подпрограмма «Материнство и детство» в рамках Государственной программы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)»¹[2]. Она включает:

- развитие сети перинатальных центров;
- внедрение современной медицинской техники;

¹О Государственной программе города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)»: постановление Правительства Москвы от 4 октября 2011 г. № 461-ПП (с изм. от 25 марта 2025 г.) // ГАРАНТ : информ.-поисковая система (дата обращения: 16.12.2024).

- обеспечение преемственности между родильными домами и женскими консультациями;
- совершенствование маршрутизации пациентов;
- развитие высокотехнологичной медицинской помощи;
- модернизацию консультативно-диагностических центров;
- обучение медицинского персонала.

С 2024 г. реализуется программа охраны репродуктивного здоровья, включающая профилактику инфекций, передающихся половым путем, просвещение населения и меры по борьбе с бесплодием.

Дополнительно планируется модернизация оборудования перинатальных центров в рамках национальных проектов Минздрава Российской Федерации, направленных на повышение качества и доступности медицинской помощи.

Ранее реализованные программы (в частности, модернизация родильных домов в 2014–2018 гг.) уже продемонстрировали эффективность, выразившуюся в снижении материнской и младенческой смертности.

В целом государственная политика ориентирована на решение актуальных проблем отрасли, однако для устойчивых результатов необходимо дальнейшее развитие системы и активное вовлечение общества [2; 3].

Организационные мероприятия на уровне учреждения

Реализация государственной политики требует конкретных организационных решений на уровне медицинских организаций. К ним относятся модернизация перинатальных центров, повышение квалификации персонала и внедрение современных технологий.

Проактивная модель оказания помощи предполагает раннюю диагностику и своевременное направление пациенток в специализированные учреждения, что позволяет минимизировать риски и повышает вероятность благоприятных исходов.

В то же время сохраняется потребность в дальнейшей оптимизации системы, включая специализацию стационаров и децентрализацию родовспоможения.

Исследования показывают, что повышение эффективности возможно за счет совершенствования амбулаторной службы, маршрутизации пациенток и внедрения инновационных методов диагностики и лечения.

Перспективным направлением является развитие мобильного здравоохранения (mHealth),

позволяющего выявлять и контролировать ранние симптомы заболеваний.

Комплексное обновление амбулаторного и стационарного звеньев способствует повышению доступности и качества медицинской помощи, укреплению кадрового потенциала и улучшению показателей здоровья населения.

В перинатальном центре ГБУЗ «Городская клиническая больница № 67 им. Л. А. Ворохобова Департамента здравоохранения» развернут Центр женского здоровья, который позволяет оказывать амбулаторную помощь женщинам на протяжении всей беременности. Интеграция центра позволяет оперативно привлекать специалистов различного профиля к ведению отягощенных пациенток с соматическими заболеваниями.

В структуру перинатального центра интегрировано отделение антенатальной охраны плода, где проводятся первый и второй скрининги для всех пациенток, наблюдающихся по беременности в женских консультациях больницы. При выявлении аномалий развития плода в перинатальном центре проводится перинатальный консилиум.

Одним из ключевых преобразований в интранатальном контроле за состоянием плода является внедрение физиологического подхода к интерпретации кардиотокографии (КТГ) [4]. Данный подход подразумевает не оценку небольшого участка ленты КТГ, а динамические изменения параметров сердцебиения плода на протяжении родов. Нами адаптирована шкала оценки КТГ и утвержден алгоритм действий при различных типах гипоксии.

Обучение по трактовке КТГ проводится в непрерывном режиме как среди врачей, так и среди акушерок. Каждый час КТГ любой женщины оценивает акушерка и выкладывает фото КТГ с оценкой в чат. Любые клинически значимые события в родах фиксируются на ленте КТГ.

С целью облегчения контроля кривые со всех КТГ-аппаратов отделения выводятся на централизованный монитор, расположенный у акушерского поста. Внедрение вышеописанных мер позволило добиться существенного снижения частоты госпитализаций доношенных детей в отделение реанимации и интенсивной терапии. Если в 2023 г. этот показатель составлял 4,5 %, то в 2025 г. уже 1,1 %. Улучшение показателей новорожденных было достигнуто не за счет повышения частоты кесаревых сечений (КС). Напротив, доля КС даже несколько снизилась. В 2025 г. при 10 032 родах было проведено 3039 (30,3 %) КС. Интересна

также структура показаний к операции КС (таблица). Только 8,95 % всех операций было выполнено в связи с дистрессом плода.

Эффективность принятых мер подтверждается также изменением структуры КС по классификации Робсона, которая была внедрена как стандартизированный инструмент для аудита и сравнительного анализа частоты КС. Ее ключевая цель – обеспечить сопоставимость данных между

различными учреждениями и странами за счет распределения всех родов по десяти клинически однородным группам на основании паритета, гестационного срока, начала родовой деятельности, предлежания плода и количества плодов. Такой подход позволяет не только количественно оценивать частоту операций, но и выявлять группы, вносящие наибольший вклад в общий показатель, что делает систему удобной для мониторинга, вну-

Структура кесаревых сечений в 2025 г. по классификации Робсона в перинатальном центре Городской клинической больницы № 67 им Л. А. Ворохобова Департамента здравоохранения Москвы

The structure of cesarean section in 2025 according to the Robson classification in the Perinatal Center of Vorokhobov City Hospital № 67 of the Moscow Department of Health

№	Группа	Частота КС в каждой группе, %	Относительный вклад каждой группы, %
1	Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, 37 нед. гестации, со спонтанным началом родовой деятельности	7,7	5,3
2	Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, 37 нед. гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой деятельности	34,6	28,3
2a	Индукция родов	24,4	17,2
2b	КС до начала родовой деятельности	100,0	11,1
3	Повторнородящие без предыдущего КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, 37 нед. гестации, со спонтанным началом родовой деятельности	0,8	0,5
4	Повторнородящие без предыдущего КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, 37 нед. гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой деятельности	13,8	5,6
4a	Индукция родов	5,1	1,9
4b	КС до начала родовой деятельности	100,0	3,7
5	Все повторнородящие с одним или несколькими КС в анамнезе, с одноплодной беременностью в головном предлежании, 37 нед. гестации	93,4	28,5
5.1	С одним КС в анамнезе	91,3	21,0
5.2	С двумя или более КС в анамнезе	100,0	7,5
6	Все первородящие женщины с одноплодной беременностью в тазовом предлежании	92,8	9,3
7	Все повторнородящие женщины с одноплодной беременностью в тазовом предлежании, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе	82,9	4,1
8	Все женщины с многоплодной беременностью, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе	58,6	4,6
9	Все женщины с одноплодной беременностью, поперечным или косым положением плода, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе	100,0	1,7
10	Все женщины с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода, менее 37 нед. гестации, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе	50,5	12,0
	Всего	30,3	100,0

тренного контроля качества и разработки управленческих решений.

Классификация Робсона отражает структуру показаний к КС косвенно – через распределение операций по клиническим категориям, а не через формальный перечень показаний. Например, высокая доля операций в группе 1 (первородящие с доношенной одноплодной беременностью, спонтанные роды) может указывать на избыточное использование КС при неосложненных родах, тогда как преобладание группы 5 (женщины с рубцом на матке) отражает вклад повторных операций [5].

Целевые показатели в системе Робсона не являются универсально фиксированными, однако ожидается, что группы 1 и 3 (низкий риск) формируют наибольшую долю родов при относительно низкой частоте КС, тогда как группа 5 закономерно дает значительный вклад в общий показатель и требует особого контроля за частотой вагинальных родов после КС.

Низкий показатель в группах 1 и 3 отражает эффективность мероприятий, внедренных в работу перинатального центра.

Заключение

Современная система родовспоможения требует дальнейшей модернизации, направленной на повышение эффективности, доступности и качества медицинской помощи, ориентированности на запросы пациентов.

Ключевым направлением является интеграция амбулаторного и стационарного звеньев, что позволяет устранить фрагментарность оказания помощи за счет централизации ресурсов, стандартизации процессов и внедрения современного диагностического оборудования.

Важную роль играет цифровизация, обеспечивающая переход к управлению на основе данных и повышающая обоснованность клинических решений.

Ожидаемые результаты включают снижение материнской и перинатальной смертности, улучшение репродуктивного здоровья женщин, включая старшую возрастную группу, и позитивное влияние на демографическую ситуацию.

В то же время сохраняются вызовы, связанные с кадровым дефицитом и региональной неравномерностью доступа к медицинской помощи, что требует дальнейшей оптимизации системы.

Литература

1. *Здравоохранение в России. 2025 : стат. сб. / Федеральная служба государственной статистики (Росстат) ; редкол.: С. М. Окладников, С. Ю. Никитина, Г. А. Александрова [и др.]. – М., 2025. – 149 с. – URL: https://www.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooxran_2025.pdf (дата обращения: 19.01.2026).*
2. *В России обновят оборудование в перинатальных центрах / Информационное телеграфное агентство России (ИТАР-ТАСС). – URL: <https://tass.ru/obschestvo/22351151> (дата обращения: 16.12.2024).*
3. *Абдукаримов, Р. Анализ работы организации родовспоможения на примере крупного мегаполиса / Р. Абдукаримов, Д. Н. Маханбеткулова // Медицинские науки и общественное здравоохранение. – 2025. – Спецвып. – doi: 10.24412/1609-8692-2025-0-400-408.*
4. *Физиологический подход к интерпретации кардиотокографии / М. А. Пониманская, П. А. Кузнецов, Ю. Э. Доброхотова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2025. – № 8. – С. 215–222.*
5. *Филиппов, О. С. Результаты анализа частоты и причин кесарева сечения, основанного на классификации Робсона, в акушерских стационарах Федерального медико-биологического агентства России / О. С. Филиппов, К. Д. Павлов // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2023. – Т. 23, № 5. – С. 7–12.*

References

1. *Rosstat; Okladnikov S.M., Nikitina S.Yu., Aleksandrova G.A. (eds.), et al. Healthcare in Russia. 2025. Moscow; 2025. 149. Available at: https://www.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooxran_2025.pdf (accessed: 19.01.2026). (in Russian)*
2. *ITAR-TASS. Perinatal centers in Russia will be upgraded. Informacionnoe telegrafnoe agentstvo Rossii. Available at: <https://tass.ru/obschestvo/22351151> (accessed: 16.12.2024). (in Russian)*
3. *Abdukarimov R., Mahanbetkulova D.N. Analysis of the work of a maternity care organization using the example of a large metropolis. Medicinskie nauki i obshchestvennoe zdravoohranenie. 2025. doi: 10.24412/1609-8692-2025-0-400-408.*
4. *Ponimanskaya M.A., Kuznecov P.A., Dobrohotova Yu.E., et al. Physiological approach to the interpretation of cardiotocography. Akusherstvo i ginekologiya. 2025; 8: 215–222.*
5. *Filippov O.S., Pavlov K.D. Results of the analysis of the frequency and causes of cesarean section, based on the Robson classification, in obstetric hospitals of the Federal Medical and Biological Agency of Russia. Rossijskij vestnik akushera-ginekologa. 2023; 23(5): 7–12.*

Контактная информация:

Пониманская Мария Александровна – к. м. н., заместитель главного врача
по акушерско-гинекологической помощи
Городская клиническая больница им. Л. А. Ворохобова Департамента здравоохранения
Ул. Саляма Адиля, 2/44, 123423, г. Москва
Сл. тел. +7 985 761-01-70
ORCID: 0000-0001-9447-110X

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования: Л. П. Х.
Сбор информации и обработка материала: М. А. П.
Написание текста: М. А. П., П. А. К.
Редактирование: П. А. К., Л. П. Х.
Храпылина Любовь Петровна. ORCID: 0000-0002-4990-660X
Кузнецов Павел Андреевич. ORCID: 0000-0003-2492-3910

Конфликт интересов отсутствует

Поступила 23.03.2026
Принята к печати 02.04.2026