

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2025-5-839-847

## ПОИСК ОПТИМАЛЬНОЙ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ АКУШЕРСКОГО ДИСТАНЦИОННОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА

*И.А. Прялухин<sup>1,2,3</sup>, Г.В. Гриненко<sup>3</sup>, Е.И. Пустынская<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации - Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России, г. Москва

<sup>2</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

<sup>3</sup>Санкт-Петербургский ГБУЗ «Городской перинатальный центр №1», г. Санкт-Петербург

<sup>4</sup>ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

**Введение.** Акушерский дистанционный консультативный центр (далее – АДКЦ) является координационным органом службы охраны материнства в субъекте Российской Федерации. Учитывая высокую роль АДКЦ в снижении материнской смертности, определение оптимальной медико-организационной структуры АДКЦ является актуальной задачей.

**Цель:** определить оптимальную медико-организационную структуру АДКЦ, необходимость ее изменения в субъектах Российской Федерации.

**Материалы и методы.** Использовался метод экспертных оценок. В качестве экспертов выступили организаторы здравоохранения в сфере родовспоможения высшего звена. Эксперты оценивали по 10-бальной шкале оптимальную медико-организационную структуру АДКЦ (2025 год). Данные о количестве и медико-организационной структуре АДКЦ были получены на основе анкетирования главных внештатных специалистов по акушерству и гинекологии 89 субъектов Российской Федерации.

**Результаты и обсуждение.** Оптимальной медико-организационной структурой АДКЦ является его создание в качестве структурного подразделения «якорного» перинатального центра (средняя оценка – 9,1 балла). По состоянию на 2024 год в России АДКЦ функционирует в 83 регионах, 98% из которых – на базе акушерского стационара. Учитывая количество родов, создание АДКЦ в 4 регионах является нецелесообразным, в 2 – необходимым.

**Заключение.** Текущая медико-организационная структура АДКЦ в субъектах Российской Федерации является оптимальной. Необходимо создание АДКЦ в Севастополе и Луганской Народной Республике.

**Ключевые слова:** акушерский дистанционный консультативный центр, материнская смертность, территориальное планирование

## SEARCH FOR AN OPTIMAL MEDICAL AND ORGANIZATIONAL STRUCTURE FOR OBSTETRICS REMOTE CONSULTATION CENTER

*I.A. Prialukhin<sup>1,2,3</sup>, G.V. Grinenko<sup>3</sup>, E.I. Pusty'nskaya<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>*State Scientific Center of the Russian Federation – Federal Medical Biophysical Center named after A. I. Burnazyan of the FMBA of Russia, Moscow*

<sup>2</sup>*National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V.I. Kulakov Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow*

<sup>3</sup>*SPB GBUZ "GPCN№1", Saint-Petersburg*

<sup>4</sup>*Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University)*

**Introduction.** The Obstetric Remote Consultation Center (hereinafter - ORCC) is the regional coordinating center for the maternity service. Given the high role of the ORCC in reducing maternal mortality, determining the optimal medical and organizational structure of the ORCC is an urgent task.

**Goal.** To determine the optimal medical and organizational structure of ORCC and the needs of changing it in Russian regions.

**Materials and methods.** The method of expert assessments was used. The experts were senior healthcare managers in the field of maternity care. The experts evaluated the optimal medical and organizational structure of ORCC (2025) on a 10-point scale. The data on the number and medical and organizational structure of ORCCs was obtained through a survey of the chief specialists in obstetrics and gynecology from 89 regions of the Russian Federation.

**Results and Discussions.** The optimal medical and organizational structure of an ORCC is to create it as a structural unit of a perinatal center (average score of 9.1). As of 2024, there are ORCCs in 83 Russian regions, 98% of which are based on an obstetric hospital. Given the number of births, it is not advisable to create ORCC in 4 regions, but it is necessary in 2 regions.

**Conclusion.** The current medical and organizational structure of the ORCCs in Russian regions is optimal. It is necessary to establish ORCC in Sevastopol and the Lugansk People's Republic.

**Keywords:** obstetrics remote consultation center, maternal mortality, territorial planning

**Введение.** Одной из основных функций «якорного» перинатального центра является осуществление оперативного слежения за состоянием беременных женщин, рожениц и родильниц, нуждающихся в интенсивной помощи, обеспечение своевременного оказания им специализированной медицинской помощи при выявлении осложнений [1,2]. Данная функция возложена на акушерский дистанционный консультативный центр [3,4].

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 года № 1130н (далее - Порядок), не фиксирует медико-организационную структуру АДКЦ, и предоставляет относительную свободу в ее выборе. Учитывая высокую роль АДКЦ

в снижении материнской смертности [3,4,5] определение оптимальной медико-организационной структуры АДКЦ является актуальной задачей.

**Цель:** определить оптимальную медико-организационную структуру акушерского дистанционного консультативного центра, необходимость ее изменения в субъектах Российской Федерации.

**Материалы и методы.** Данные о количестве и медико-организационной структуре АДКЦ были получены на основе анкетирования главных внештатных специалистов по акушерству и гинекологии (далее – ГВС). Сплошное анкетирование было проведено в 2024 году. Анкету заполнили представители всех 89 субъектов Российской Федерации, включая регионы без ГВС - Еврейская автономная область, Запорожская область, в которых данные предоставили начальники отделов охраны материнства и детства.

Анкета персонифицирована, работе АДКЦ посвящено 2 блока вопросов:

- 9 вопросов об организации работы АДКЦ до 2021 года;
- 11 вопросов об организации работы АДКЦ в 2024 году.

Учитывая многофакторность влияния на успешную работу АДКЦ, в качестве основного экспериментального метода был выбран метод экспертных оценок. С целью уточнения оптимальной медико-организационной структуры АДКЦ в 2025 году было проведено анкетирование 10 ведущих организаторов здравоохранения в сфере акушерства и гинекологии страны (главные внештатные специалисты по акушерству и гинекологии Минздрава России, руководители профильных подразделений Минздрава России, профильный заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации). Экспертам предложили оценить следующие возможные варианты медико-организационной структуры АДКЦ:

- АДКЦ в составе перинатального центра;
- АДКЦ в составе территориального центра медицины катастроф (далее – ТЦМК);
- АДКЦ на базе отделения реанимации и интенсивной терапии (далее – ОРИТ)

многопрофильной взрослой больницы;

- АДКЦ как отдельная структура / юрилицо.

Каждый вариант предлагалось оценить по десятибалльной шкале, где «10» – наиболее оптимальный вариант, «1» – наименее оптимальный вариант. Для дальнейшего анализа высчитывалось среднее значение оценок 10 экспертов.

Данные о количестве случаев критических акушерских состояний были получены из всероссийского Регистра критических акушерских состояний.

Анализ данных был проведён с использованием пакетов программ Microsoft Office 365 и MedCalc Version 19.0.7 – 64 bit.

**Результаты и обсуждение.** Было установлено, что по состоянию на 2024 год, АДКЦ функционируют в 83 (93%) субъектах Российской Федерации. АДКЦ не организованы в Магаданской и Херсонской областях, Еврейской автономной области, Ненецком автономном округе, Севастополе и Луганской Народной Республике. В Ханты-Мансийском автономном округе действует сразу три АДКЦ – в Ханты-Мансийске, Сургуте и Нижневартовске, последний начал свою работу в мае 2021 года.

До создания Регистра критических акушерских состояний (январь 2021 года) АДКЦ существовали всего в 63 (74%) субъектах Российской Федерации. В 21 субъекте появление Регистра критических акушерских состояний стало стимулом для создания АДКЦ.

АДКЦ различаются по своей медико-организационной структуре: одни расположены в акушерских стационарах, другие входят в состав территориальных центров медицины катастроф или являются частью многопрофильных взрослых больниц. Существует также уникальный пример – АДКЦ в составе городского центра телемедицины в Москве (группа «иное» в таблице 1). Особенностью АДКЦ Москвы является ориентация на непосредственное консультирование пациенток в режиме «врач-пациент», хорошо зарекомендовавшее себя в ситуации пандемии COVID-19. Однако, специалисты АДКЦ Москвы не участвуют в организации оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и не проводят консультирование в режиме «врач-врач».

**Таблица 1**

Медико-организационная структура АДКЦ

<i>АДКЦ в составе:</i>	<i>до 2021 года</i>	<i>2024 год</i>
акушерский стационар	61	83
ТЦМК	1	1
многопрофильной взрослой больницы без акушерского стационара	1	0
иное	0	1
всего	63	85

В 2024 году в Российской Федерации подавляющее большинство – 83 (98%) АДКЦ функционирует на базе «якорных» акушерских стационаров, по 1 (1%) – в составе ТЦМК (Ямало-Ненецкий автономный округ) и в составе городского центра телемедицины (г. Москва). Единственный АДКЦ в составе многопрофильной взрослой больницы без акушерского

стационара (Ленинградская область) был переподчинен «якорному» перинатальному центру к 2024 году.

В четырех из шести регионов без АДКЦ отмечается низкое количество родов (менее 1200 ежегодно). В этих территориях обязанности АДКЦ исполняют руководители региональных служб акушерства и гинекологии. Учитывая частоту возникновения критических акушерских состояний (3-15 на 1000 родов [5]), в этих регионах будет происходить до 4-18 случаев в год, что подтверждается данными Регистра КАС (таблица 2).

**Таблица 2**

Количество случаев критических акушерских состояний в субъектах Российской Федерации без АДКЦ и количеством родов менее 1200 в год в 2024 году

<i>Субъект Российской Федерации</i>	<i>Количество случаев критических акушерских состояний</i>
Магаданская область	2
Херсонская область	0
Еврейская автономная область	4
Ненецкий автономный округ	2

При территориальном планировании, создание полноценного АДКЦ со штатным расписанием в 16,25 ставок (согласно штатным нормативам для АДКЦ, указанным в Порядке) в таких субъектах будет чрезмерным решением.

В Севастополе и Луганской Народной Республике, где число родов значительно превышает тысячу (3458 и 5141 соответственно в 2023 году), целесообразно создать АДКЦ.

Результаты оценки ведущими организаторами здравоохранения в сфере акушерства и гинекологии страны оптимальной медико-организационной структуры АДКЦ представлены в таблице 3.

**Таблица 3**

Результаты экспертной оценки оптимальной медико-организационной структуры АДКЦ

<i>Медико-организационная структура АДКЦ</i>	<i>Средний балл по десятибалльной шкале</i>
в составе перинатального центра	9,1
в составе ТЦМК	2,6
на базе ОРИТ многопрофильной взрослой больницы	2,1
отдельная структура / юрлицо	1,0

Наиболее оптимальной медико-организационной структурой АДКЦ является его создание в качестве структурного подразделения «якорного» перинатального центра – средняя оценка данного варианта в 3-4 раза выше вариантов «в составе ТЦМК» и «на базе ОРИТ многопрофильной взрослой больницы». Вариант «отдельная структура / юрлицо» экспертами признан неприемлемым (средний балл – 1,0).

Текущая медико-организационная структура существующих АДКЦ в субъектах Российской Федерации («в составе перинатального центра») является оптимальной – большинство АДКЦ функционируют на базе «якорных» акушерских стационаров, кроме отдельных случаев, таких как Ямало-Ненецкий автономный округ (на базе ТЦМК, учитывая климатогеографические особенности региона) и Москвы (городской центр телемедицины).

В Ямало-Ненецком автономном округе функционируют 3 практически равнозначных по оснащению, коечной мощности и кадровому составу перинатальных центра, разделённых большими расстояниями (более 300 км) и другими логистическими (в том числе климатическими) препятствиями. Функционирование АДКЦ на базе ТМЦК (включающего санитарную авиацию) в данном случае является уместным.

В Москве отсутствие АДКЦ можно объяснить городскими особенностями организации медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»: в городе созданы комплексы женская консультация – акушерский стационар – многопрофильная больница, в виде единого юридического лица. Самостоятельных родильных домов или женских консультаций в Москве нет. Практически весь объем медицинской помощи беременной женщине, включая курирование критических акушерских состояний, может быть оказан в рамках одной медицинской организации (комплекса).

**Заключение.** По данным, полученным в результате проведенного научного исследования (метод экспертных оценок), оптимальной медико-организационной структурой АДКЦ признано его нахождение в составе «якорного» перинатального центра субъекта Российской Федерации. В субъектах Российской Федерации изменений медико-организационной структуры АДКЦ не требуется, однако необходимо его создание в Севастополе и Луганской Народной Республике.

#### Список литературы

1. Володин Н.Н., Кулаков В.И., Хальфин Р.А., ред. Руководство по организации и деятельности перинатального центра. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007.

2. Российский регистр критических акушерских состояний: от мониторинга к менеджменту лечения / П. С. Пугачев, Г. Т. Сухих, Е. Л. Шешко, А. Н. Плутницкий, О. Р. Артемова, И. А. Прялухин, М. В. Кецкало, Р. Г. Шмаков, Т. А. Гойник, Е. В. Гусева, Т. В. Пугачева, А. А. Верховцев, Г. В. Гриненко // Вестник Росздравнадзора. – 2023. – № 5. – С. 69-80.
3. Мурашко М.А. Дистанционный консультативный центр – оперативный контроль над оказанием акушерской помощи в регионе. Журнал акушерства и женских болезней. 2004; 2: 44-7.
4. Акушерство : национальное руководство / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих, М. А. Курцера, В. Е. Радзинского. - 3-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2026. - 1080 с. (Серия "Национальные руководства") – DOI: 10/33029/9704-9451-6-NRA-2026-1-1048.
5. Международный и российский опыт мониторингирования критических акушерских состояний / М. А. Мурашко, Г. Т. Сухих, П. С. Пугачев, О. С. Филиппов, О. Р. Артемова, Е. Л. Шешко, И. А. Прялухин, К. В. Гасников // Акушерство и гинекология. – 2021. – № 3. – С. 5-11. – DOI 10.18565/aig.2021.3.5-11.

### References

1. Volodin N.N., Kulakov V.I., Khal'fin R.A. Rukovodstvo po organizacii i deyatel'nosti perinatal'nogo centra [Guidelines for the organization and operation of the perinatal center]. Moscow: GEHOTAR-Media; 2007. (In Russian).
2. Rossijskij registr kriticheskix akusherskix sostoyanij: ot monitoringa k menedzhmentu lecheniya [Russian Register of Obstetric «Near-miss» cases : From Monitoring to Treatment Management] / P. S. Pugachev, G. T. Sukhikh, E. L. Sheshko, A. N. Plutnitsky, O. R. Artemova, I. A. Pryalukhin, M. V. Ketskalo, R. G. Shmakov, T. A. Goynik, E. V. Guseva, T. V. Pugacheva, A. A. Verkhovtsev, and G. V. Grinenko // Vestnik Roszdravnadzora [Bulletin of Roszdravnadzor]. – 2023. – No. 5: 69-80. (in Russian).
3. Murashko M.A. Distancionny`j konsul`tativny`j centr – operativny`j kontrol` nad okazaniem akusherskoj pomoshhi v regione [The remote consulting centre – operative control for rendering obstetric care in Komi Republic]. Zhurnal akusherstva i zhenskix boleznej [Journal of Obstetrics and Women's Diseases]. 2004; 2: 44-7. (in Russian).
4. Akusherstvo : nacional`noe rukovodstvo [Obstetrics: National Guidelines] / pod red. [edited] V. N. Serova, G. T. Suxix, M. A. Kurcera, V. E. Radzinskogo. - 3-e izd. , ispr. i dop [3rd edition, revised and expanded]. – Moskva [Moscow] : GE`OTAR-Media, 2026. - 1048 s. [p.] - (Seriya

Nacional'ny'e rukovodstva) [(National Guidelines Series)]. – DOI: 10/33029/9704-9451-6-NRA-2026-1-1048. (In Russian)

5. Mezhdunarodny`j i rossijskij opy`t monitorirovaniya kriticheskix akusherskix sostoyanij [International and Russian experience in monitoring critical obstetric conditions] / M. A. Murashko, G. T. Sukhih, P. S. Pugachev, O. S. Filippov, O. R. Artemova, E. L. Sheshko, I. A. Prialukhin, K. V. Gasnikov // Akusherstvo i ginekologiya [Obstetrics and Gynecology]. – 2021. – № 3. – S. 5-11. – DOI 10.18565/aig.2021L3.5-11. (In Russian)

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Acknowledgments.** The study did not have sponsorship.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interest.

#### Сведения об авторе

**Прялухин Иван Александрович** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом медико-социальной экспертизы, ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации - Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России, 123098, г. Москва, ул. Живописная, д. 46, стр. 8; специалист-эксперт центра цифровой трансформации, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 117997, г. Москва, ул. Академика Опарина, д. 4; заместитель главного врача по клинко-экспертной работе, СПб ГБУЗ «Городской перинатальный центр №1», 193312, г. Санкт-Петербург, проспект Солидарности, д. 6, e-mail: i.prialukhin@yandex.ru, ORCID 0000-0001-8867-3020; SPIN: 4724-8470

**Гриненко Галина Викторовна** – кандидат медицинских наук, главный врач, СПб ГБУЗ «Городской перинатальный центр №1», 193312, г. Санкт-Петербург, проспект Солидарности, д. 6, e-mail: gpc1@zdrav.spb.ru, ORCID 0000-0002-6433-1103; SPIN: 3607-1416

**Пустынская Елизавета Ильинична** – студента, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), 119048, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, e-mail: pustynskaya.02@mail.ru

#### About the author

**Prialukhin Ivan Aleksandrovich** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Public Health with a course in medical and social expertise State Scientific Center of the Russian Federation – Federal Medical Biophysical Center named after A. I. Burnazyan of the FMBA of Russia, 123098, Moscow, Jivopisnaya street, 46, building 8; National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V.I.Kulakov Ministry of Health of the Russian Federation, 117997, Moscow, Akademika Oparina street, 4; Deputy Chief



Medical Officer SPB GBUZ "GPC№1", 193312, Saint-Petersburg, Solidarnosti avenue, 6, e-mail: i.prialukhin@yandex.ru, ORCID 0000-0001-8867-3020; SPIN: 4724-8470

**Grinenko Galina Viktorovna** – Candidate of Medical Sciences, Chief Medical Officer SPB GBUZ "GPC№1", 193312, Saint-Petersburg, Solidarnosti avenue, 6, e-mail: gpc1@zdrav.spb.ru, ORCID 0000-0002-6433-1103; SPIN: 3607-1416

**Pusty'nskaya Elizaveta Il'ichna** – Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University); 8-2 Trubetskaya str. Moscow, Russian Federation, 119991, e-mail: pustynskaya.02@mail.ru

Статья получена: 01.10.2025 г.  
Принята к публикации: 25.12.2025 г.