

Оригинальная статья

УДК 314.44

doi:10.69541/NRIPH.2026.02.021

Особенности организации медицинской помощи по повышению медико-социального благополучия пациенток старшего репродуктивного возраста

Азамат Казбекович Кцоев¹, Кристина Анатольевна Шуклина²,
Ольга Шонкоровна Ойноткинова³, Вадим Эдуардович Андрусов⁴

^{1, 2, 3, 4}ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения
и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», Москва,
Российская Федерация

¹azikktcoev97@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0009-3452-1561>

²doctor@kshuklina.ru, <https://orcid.org/0009-0005-8389-0751>

³olga-oynotkinova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9856-8643>

⁴AndrusovVE@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0779-1469>

В статье проанализированы организационные аспекты оказания интегрированной медицинской помощи пациенткам старшего репродуктивного возраста как инструмента повышения их медико-социального благополучия. В исследовании акцент сделан на необходимости междисциплинарного подхода, координации между первичным и специализированным звеньями оказания медицинской помощи и социальными службами. На основе анализа нормативно-правовых документов и систем организационного контроля предложена модель интегрированной помощи пациенткам старшего репродуктивного возраста, учитывающая репродуктивные планы, социальные потребности и специфические риски данной группы женщин. Результаты исследования показали, что такая организация интегрированной медицинской помощи способствует улучшению клинических исходов, повышению приверженности лечению и повышению медико-социального благополучия, а также рациональному использованию ресурсов медицинских организаций.

Ключевые слова: медицинская помощь, старший репродуктивный возраст, медико-социальное благополучие, организация здравоохранения, междисциплинарный подход.

Для цитирования: Кцоев А. К., Шуклина К. А., Ойноткинова О. Ш., Андрусов В. Э. Особенности организации медицинской помощи по повышению медико-социального благополучия пациенток старшего репродуктивного возраста // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2026. № 2. С. 125—129. doi:10.69541/NRIPH.2026.02.021.

Original article

Features of the organization of medical care to improve the medical and social well-being of patients of senior reproductive age

Azamat Kazbekovich Ktsoyev¹, Kristina Anatolyevna Shuklina², Olga Shonkurovna Oynotkinova³,
Vadim Eduardovich Andrusov⁴

^{1, 2, 3, 4}Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Healthcare Department, Moscow, Russian Federation

¹azikktcoev97@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0009-3452-1561>

²doctor@kshuklina.ru, <https://orcid.org/0009-0005-8389-0751>

³olga-oynotkinova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9856-8643>

⁴AndrusovVE@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0779-1469>

The article analyzes the organizational aspects of providing integrated medical care to older women of reproductive age as a tool for improving their medical and social well-being. The focus is on the need for an interdisciplinary approach, coordination between primary and specialized healthcare services, and social services. Based on an analysis of the legal framework and healthcare control systems, a model of integrated care is proposed that takes into account the specific risks, reproductive plans, and social needs of this group. The results show that such an integrated healthcare delivery system improves clinical outcomes, enhances patient adherence and socio-medical well-being, and optimizes resource utilization.

Keywords: медицинская помощь, старший репродуктивный возраст, медико-социальное благополучие, организация здравоохранения, междисциплинарный подход.

For citation: Ktsoyev A. K., Shuklina K. A., Oynotkinova O. S., Andrusov V. E. Features of the organization of medical care to improve the medical and social well-being of patients of advanced reproductive age. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2026;(2):125–129. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2026.02.021.

Введение

Актуальность исследования обусловлена демографическими тенденциями, в частности, увеличением возраста первой беременности и материнства, что приводит к росту числа пациенток старшего репродуктивного возраста [1]. Данная группа характеризуется повышенными медико-социальными рисками, включая накопление хронических инфекционных заболеваний (ХНИЗ), осложнения беременности и родов, а также психосоциальные стрессы, связанные с совмещением репродуктивной функции, профессиональной деятельности [2], семейных обязанностей [3]. Решаемая проблема заключается в фрагментарности оказания помощи: гинекологическая, терапевтическая, профилактическая и социальная поддержка часто разобщены, что снижает эффективность вмешательств и ухудшает качество жизни. Цель статьи: проанализировать и предложить особенности организации интегрированной медицинской помощи, направленной на комплексное повышение медико-социального благополучия этой категории пациенток. Научная новизна работы заключается в адаптации принципов риск-ориентированного подхода и межведомственного взаимодействия, изложенных в современных учебных материалах по организации здравоохранения, к специфическим потребностям женщин позднего репродуктивного периода.

Методология, материалы и методы

Методологическую основу исследования составили системный и междисциплинарный подходы. В качестве материалов использовались положения Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»⁶⁸, а также современные концепции социальной защиты населения [4, 5] управления качеством и безопасностью медицинской деятельности [6], изложенные в профильных изданиях [7]. Особое внимание уделялось анализу разделов, посвященных государственному контролю (надзору), экспертизе временной нетрудоспособности (ЭВН), медико-социальной экспертизе (МСЭ) и экономике медицинской организации [8]. Методы включали сравнительный анализ, синтез теоретических положений и моделирование организационного процесса. Была разработана таблица, систематизирующая ключевые компоненты интегрированной помощи и ответственные структуры.

В данном исследовании предложено новое понятие. Медико-социальное благополучие пациенток старшего репродуктивного возраста — это состояние, при котором достигается оптимальное сочетание показателей репродуктивного и соматического здоровья, психологического комфорта и социальной адаптированности женщины, обеспечиваемое интегрированной медицинской и социальной поддержкой с учетом индивидуальных рисков, репродуктивных планов и жизненных условий.

Результаты и их обсуждение

Риск-ориентированный подход к организации медицинской помощи по повышению медико-социального благополучия пациенток старшего репродуктивного возраста предполагает приоритизацию ресурсов и вмешательств в зависимости от индивидуального профиля риска каждой женщины.

Основными характеристиками такого риск-ориентированного подхода являются следующие:

- комплексная оценка репродуктивного анамнеза, сопутствующих диагнозов, психоэмоционального состояния и социальных детерминант здоровья с последующим отнесением к категории индивидуального риска;
- формирование индивидуальной программы наблюдения и превентивных вмешательств в зависимости от уровня риска;
- организация координирующего звена (к примеру, куратора на базе центров женского здоровья и др.), обеспечивающего взаимодействие гинеколога, терапевта, эндокринолога, психолога, социального работника и узких специалистов при особо сложных случаях;
- включение социально-психологического компонента (консультирование по трудовой адаптации, правам в здравоохранении, доступу к социальным услугам и льготам, региональным программам) для профилактики неблагоприятных исходов и повышения приверженности лечению;
- ориентация на снижение клинических, психологических и социальных рисков (осложнения беременности, декомпенсация ХНИЗ, утрата трудоспособности, снижение качества жизни, отказ от ребенка) при одновременной оптимизации использования ресурсов здравоохранения и социальной защиты.

Проведенный анализ позволяет утверждать, что организация интегрированной помощи для пациенток старшего репродуктивного возраста должна базироваться на нескольких взаимосвязанных принципах.

Во-первых, необходимо внедрение риск-ориентированного подхода, аналогичного применяемому в государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности. Для каждой пациентки должна проводиться комплексная оценка рисков, включающая репродуктивный анамнез, наличие ХНИЗ (артериальная гипертензия, диабет, ожирение), психоэмоциональный статус и социальные детерминанты здоровья. На основании этой оценки определяется индивидуальная программа наблюдения и превентивных вмешательств, что соответствует принципам, описанным в разделе о государственном санитарно-эпидемиологическом надзоре, но адаптированным к клиническим задачам.

Во-вторых, ключевым элементом является создание координационного центра (куратора) на базе первичного звена — женской консультации или центра амбулаторной онкологической помощи

⁶⁸ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025> (дата обращения: 08.01.2026).

Компоненты интегрированной медицинской помощи пациенткам старшего репродуктивного возраста

Компонент помощи	Содержание	Ответственные структуры/специалисты
Диагностико-оценочный	Комплексная оценка репродуктивного здоровья, соматического и психосоциального статуса, определение категории индивидуального риска.	Врач-гинеколог, терапевт, психолог, куратор случая.
Лечебно-профилактический	Разработка и реализация индивидуального плана, включая прегравидарную подготовку, лечение ХНИЗ, профилактические мероприятия (диспансеризация).	Гинеколог, узкие специалисты, врачебная комиссия (ВК).
Координационно-организационный	Навигация в системе здравоохранения, организация междисциплинарных консилиумов, взаимодействие со социальными службами.	Куратор (медицинский координатор), медицинская сестра.
Социально-психологический	Психологическое консультирование, правовое информирование, содействие в решении социально-бытовых вопросов.	Психолог, специалист по социальной работе.
Экспертно-реабилитационный	Решение вопросов ВН, направление на МСЭ при стойкой утрате трудоспособности, разработка программ медицинской реабилитации.	Врачебная комиссия, лечащий врач, бюро МСЭ.

(ЦАОП) по аналогии с существующими структурами. Задача куратора состоит сегодня в организации взаимодействия между гинекологом, терапевтом, эндокринологом, психологом, специалистом по социальной работе, а также, при необходимости, с врачебной комиссией (ВК) медицинской организации для решения сложных случаев, в том числе вопросов экспертизы временной нетрудоспособности и планирования реабилитации.

В-третьих, здесь важную роль играет социально-психологический компонент, что созвучно задачам медико-социальной экспертизы, но направлено на профилактику. Крайне необходимо предусмотреть консультирование по вопросам трудовой адаптации, прав граждан в сфере охраны здоровья, возможности получения социальных услуг, что способствует снижению стрессовой нагрузки и повышению приверженности лечению.

В-четвертых, экономическое обоснование интегрированной модели видится в оптимизации расходов. Как отмечено в разделе об экономике медицинской организации, эффективное планирование ресурсов (ПФХД) критически важно. Интеграция позволяет избежать дублирования диагностических процедур, снизить число госпитализаций за счет качественного амбулаторного контроля и своевременной профилактики, тем самым обеспечивая рациональное использование средств ОМС и бюджетных субсидий.

Предлагаемая структура взаимодействия представлена в таблице.

Подобная интеграция не только отвечает требованиям современных стандартов и контроля, но и напрямую влияет на ключевые показатели здоровья: снижение больничной летальности, частоты осложнений беременности и улучшение показателей качества жизни. Кроме того, это способствует выполнению одной из главных задач системы здравоохранения, а именно обеспечению доступности и эффективности помощи, что в конечном итоге отражается на медико-демографических показателях.

Руководителям нужны определенные компетенции для организации интегрированной медицинской помощи по повышению медико-социального благополучия пациенток старшего репродуктивного возраста. Успешная реализация модели интегрированной медицинской помощи, ориентированной на пациенток старшего репродуктивного возраста, предъявляет особые требования к руководителям

медицинских организаций. Их роль трансформируется от традиционного административного управления к функции стратегического архитектора и интегратора сложных междисциплинарных процессов. В связи с этим, формирование специфического набора компетенций становится критически важным условием для достижения декларируемых целей повышения медико-социального благополучия данной группы.

Прежде всего, руководителю необходима развитая системно-стратегическая компетенция. Она заключается в способности видеть организацию не как набор разрозненных подразделений, а как единый организм, работающий на общий результат. В контексте интегрированной помощи это означает умение проектировать и внедрять сквозные клинико-организационные маршруты, которые связывают деятельность женской консультации, терапевтической службы, дневного стационара, диагностических подразделений и кабинетов психологической поддержки. Руководитель должен стратегически определить, как вписать новую модель в существующую систему финансирования, совмещая средства ОМС за пролеченные случаи, бюджетные субсидии на выполнение государственного задания и, возможно, доходы от платных услуг, что требует понимания основ экономики медицинской организации.

Не менее значимой является компетенция в области управления качеством и клиническими рисками, основанная на принципах риск-ориентированного подхода, которые сегодня являются краеугольным камнем государственного контроля. Руководитель обязан инициировать и курировать разработку внутренних протоколов для комплексной оценки индивидуальных рисков пациенток, учитывающих не только гинекологический, но и соматический, психологический и социальный анамнез. Это предполагает организацию сбора и анализа соответствующих данных, включая возможные индикаторы неблагоприятия. Управление качеством в данном случае — это не просто реакция на предписания надзорных органов, а проактивное создание системы внутреннего контроля, нацеленной на раннее выявление проблем и их профилактику.

Ключевой для преодоления межпрофессиональных и межведомственных барьеров становится компетенция межличностной и межорганизационной коммуникации. Руководителю предстоит выступать в роли медиатора между врачами различных специ-

альностей, средним медицинским персоналом, психологами, социальными работниками, а также представителями территориальных фондов ОМС и органов социальной защиты. Необходимо сформировать общее видение цели, преодолеть ведомственную разобщенность и наладить устойчивые каналы обмена информацией, соблюдая при этом требования к защите персональных данных. Эта компетенция также включает навыки мотивации команды, создания атмосферы взаимного уважения и ориентации на общий результат, то есть на здоровье и благополучие пациентки, а не только на выполнение узких профессиональных задач.

Организация интегрированной помощи невозможна без компетенции в кадровом менеджменте и проектной деятельности. Речь идет о способности выделить ключевые роли, такие как «куратор случая» или «медицинский координатор», и закрепить их функционал в должностных инструкциях. Требуется организовать подбор и обучение таких специалистов, что может включать элементы наставничества и супервизии. Кроме того, запуск интегрированной модели по сути является проектом, а значит, руководитель должен владеть основами проектного управления: определять этапы, сроки, ресурсы, контролировать исполнение и оценивать промежуточные результаты, корректируя курс при необходимости.

Наконец, учитывая специфику контингента, крайне важна социально-правовая и этическая компетенция. Руководитель должен обеспечить, чтобы в организации не только соблюдались правовые нормы, например, порядок получения информированного добровольного согласия или направления на медико-социальную экспертизу, но и культивировался этичный, деликатный подход к пациенткам, которые могут сталкиваться с проблемами бесплодия, возрастными страхами, давлением социального окружения. Это требует организации обучения персонала коммуникативным навыкам, а также налаживания партнерских отношений с общественными организациями, представляющими интересы женщин.

Синтез перечисленных компетенций позволяет руководителю эффективно выполнять свои функции в рамках новой модели. Современный руководитель медицинской организации, стремящийся организовать эффективную интегрированную помощь для женщин старшего репродуктивного возраста, должен представлять собой многогранного специалиста. Ему необходимо сочетать стратегическое мышление с вниманием к клиническим деталям, умение читать финансовые документы с высокоразвитыми социально-коммуникативными навыками.

Формирование такого набора компетенций является сложной задачей, требующей как целенаправленного дополнительного образования, так и создания условий для обмена лучшими практиками на уровне отрасли. Однако именно такой комплексный подход к подготовке управленческих кадров может

стать тем самым катализатором, который позволит перейти от декларации принципов интеграции к их реальному воплощению в практическое здравоохранение, обеспечив тем самым существенный рост медико-социального благополучия целевой группы пациенток.

Заключение

Таким образом, организация интегрированной медицинской помощи для пациенток старшего репродуктивного возраста, в особенности в условиях демографического старения, представляет собой сложную, но необходимую организационно-технологическую задачу. Ее успешная реализация возможна лишь при условии синтеза клинического, организационного и социального подходов, четкой координации действий всех участников процесса оказания медицинской помощи на основе риск-ориентированной модели. Внедрение предложенных принципов, включая назначение куратора и проведение комплексной оценки и междисциплинарного планирования, позволит не только повысить медико-социальное благополучие изучаемой группы пациенток, но и оптимизировать использование ресурсов здравоохранения в целом. Перспективой дальнейших научных исследований может стать разработка и апробация типовых клиничко-организационных маршрутов для данной категории с последующей оценкой их клинической, социальной и экономической эффективности в рамках междисциплинарных пилотных проектов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ш. Д. Харбедия, К. Е. Моисеева, К. Г. Шевцова [и др.]. Оценка факторов медико-социального риска в группе пациенток перинатального центра позднего репродуктивного возраста. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2025;33(4):604—611.
2. Алмасуд Р., Чукавина А. В., Тюфилин Д. С. Взаимодействие лиц старше трудоспособного возраста с системой здравоохранения в Российской Федерации. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2025;71(2). DOI: 10.21045/2071-5021-2025-71-2-15
3. Волкова О. А. Социологическая модель социальной работы в условиях маргинализации: монография. Челябинск: Образование; 2006.
4. Грибкова И. В. Оказание медико-социальной помощи пациентам с орфанными заболеваниями (обзор литературы). *Здравоохранение Российской Федерации*. 2025;69(1):41—46. DOI: 10.47470/0044-197X-2025-69-1-41-46
5. Волкова О. А., Гребеникова Ю. А. Социологические модели системы социальной защиты населения. *Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология*. 2016;2(26):129—136. DOI: 10.17072/2078—7898/2016-2-129-136
6. Diachuk M. D. Regulatory integration in the healthcare sector of Ukraine. *Клінічна та профілактична медицина*. 2025;(1):153—161. DOI: 10.31612/2616—4868.1.2025.18
7. Копырин И. Ю., Ступак В. С., Лохмачева Е. А. Медико-организационные аспекты оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» на региональном уровне. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2025;33(S1):848—856.
8. G. Slabkiy, O. Shcherbinska, Yu. Shen. The Main Integration Directions of Medical Care for the Population with Malignant Neoplasms at the Level of Primary Health Care. *Family medicine. European practices*. 2025;(1):43—47. DOI: 10.30841/2786-720x.1.2025.324234

REFERENCES

1. Sh. D. Kharbediya, K. E. Moiseeva, K. G. Shevtsova [et al.]. Assessment of medical and social risk factors in a group of late reproductive-aged patients at a perinatal center. *Problems of Social Hygiene, Health Care, and Medical History. [Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2025;33(4):604—611 (in Russian).
2. Almasud R., Chukavina A. V., Tyufilin D. S. Interaction of Persons Over the Working Age with the Healthcare System in the Russian Federation. *Social Aspects of Public Health. [Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya]*. 2025;71(2) (in Russian). DOI: 10.21045/2071-5021-2025-71-2-15
3. Volkova O. A. *Sociological Model of Social Work in the Context of Marginalization: A Monograph*. Chelyabinsk: Education, 2006:166 (in Russian).
4. Gribkova I. V. Providing medical and social assistance to patients with orphan diseases (literature review). *Health Care of the Russian Federation. [Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii]*. 2025;69(1):41—46 (in Russian). DOI: 10.47470/0044-197X-2025-69-1-41-46
5. Volkova O. A., Grebenikova, Yu. A. Sociological Models of the Social Protection System. *Bulletin of Perm University. Philosophy. Psychology. Sociology. [Vestnik Permskogo universiteta. Filosofiya. Psikhologiya. Sotsiologiya]*. 2016;2(26):129—136 (in Russian). DOI: 10.17072/2078—7898/2016-2-129-136
6. Diachuk M. D. Regulatory integration in the healthcare sector of Ukraine. *Клінічна та профілактична медицина. [Klinichna ta profilaktichna meditsina]*. 2025;(1):153—161 (in Ukrainian). DOI: 10.31612/2616—4868.1.2025.18
7. Kopyrin I. Yu., Stupak V. S., Lokhmacheva E. A. Medical and organizational aspects of providing medical care in the field of obstetrics and gynecology at the regional level. *Problems of social hygiene, healthcare and history of medicine. [Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2025;33(S1):848—856 (in Russian).
8. G. Slabkiy, O. Shcherbinska, Yu. Shen. The Main Integration Directions of Medical Care for the Population with Malignant Neoplasms at the Level of Primary Health Care. *Family medicine. European practices*. 2025;(1):43—47. DOI: 10.30841/2786-720x.1.2025.324234

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.02.2026; одобрена после рецензирования 18.02.2026; принята к публикации 25.05.2026.
The article was submitted 18.02.2026; approved after reviewing 18.02.2026; accepted for publication 25.05.2026.