

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© Коллектив авторов, 2015

Е.Л. ЯРОЦКАЯ<sup>1</sup>, Г.Б. ДИККЕ<sup>2</sup>, Е.Б. НИКОЛАЕВА<sup>3</sup>, Т.П. ЦАНЦИНГЕР<sup>3</sup>

**ВНЕДРЕНИЕ БЕЗОПАСНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ  
ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ  
В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ: ОПЕРАЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ  
ВТОРОГО ЭТАПА ПРОЕКТА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ВОЗ**

<sup>1</sup>ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова  
Минздрава России, Москва

<sup>2</sup>ФГБОУ ВПО Российский университет дружбы народов Минобрнауки, Москва

<sup>3</sup>ГБУЗ СО Областной клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка», Екатеринбург, Россия

**Актуальность.** Недостаточная информированность врачей о безопасных технологиях прерывания беременности, рекомендованных ВОЗ, отсутствие практических навыков выполнения аборта в первом триместре методом вакуумной аспирации (ВА), а также административные ограничения применения ВА сроками беременности до 6 недель являются причиной использования устаревших методик (дилатация и кюретаж).

**Цель исследования.** Оценить влияние образовательного курса по вопросам безопасного прерывания беременности на уровень внедрения и качество оказания медицинской помощи женщинам; провести сравнительную оценку двух вариантов внедрения метода ВА в практическую деятельность лечебно-профилактических учреждений: проведение образовательных курсов и административного метода (Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 29 октября 2012 г. N 1229-н).

**Материал и методы.** Субъектами исследования стали 24 врача акушера-гинеколога из 6 учреждений амбулаторного и стационарного типа г. Екатеринбурга и Свердловской области, половина из которых прошли образовательный курс по вопросам безопасного прерывания беременности. Результаты оценивались путем определения уровня знаний врачей и статистических показателей учреждений-участников.

**Результаты.** В учреждениях стационарного типа, персонал которых прошел обучение, повышение частоты использования ВА составило 23%, достигнув 100%, а в стационарах, где врачи не прошли обучение, — только на 7,5%, достигнув 85%. В учреждениях амбулаторного типа повышение частоты использования безопасных технологий прерывания беременности составило 44,5% в обеих группах, достигнув 100% использования.

Максимальный уровень использования метода ВА в учреждениях, в которых врачи прошли обучение, было достигнуто на 6 месяцев раньше по сравнению с учреждениями, врачи в которых не проходили обучение.

Проведение образовательного курса способствовало повышению качества оказания медицинской помощи женщинам в связи с прерыванием беременности за счет значительного снижения количества ранних осложнений (в 20 раз — в амбулаторных учреждениях и в 5 раз — в стационарных), госпитализаций по поводу осложнений (в 5 раз) и инструментальных ревизий полости матки.

**Заключение.** Административные методы внедрения современных методов прерывания беременности являются недостаточными для повышения качества медицинской помощи женщинам при нежелательной беременности и должны сопровождаться целевым обучением медицинского персонала.

**Ключевые слова:** нежелательная беременность, аборт, вакуумная аспирация, обучение персонала.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Яроцкая Е.Л., Дикке Г.Б., Николаева Е.Б., Цанцингер Т.П. Внедрение безопасных технологий искусственного прерывания беременности в первом триместре в Свердловской области: операционное исследование второго этапа проекта Министерства здравоохранения Российской Федерации и ВОЗ. Акушерство и гинекология. 2015; 9: 87-93.

E.L. YAROTSKAYA<sup>1</sup>, G.B. DIKKE<sup>2</sup>, E.B. NIKOLAEVA<sup>3</sup>, T.P. TSANTSINGER<sup>3</sup>

## INTRODUCTION OF SAFE FIRST-TRIMESTER INDUCED-ABORTION TECHNOLOGIES IN THE SVERDLOVSK REGION: OPERATIONAL RESEARCH OF THE SECOND-PHASE PROJECT OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION AND THE WORLD HEALTH ORGANIZATION

<sup>1</sup>Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health of Russia, Moscow 117997, Ac. Oparina str. 4, Russia

<sup>2</sup>Peoples' Friendship University of Russia, Ministry of Education, Moscow 117198, Miklukho-Maclay str. 6, Russia

<sup>3</sup>Regional Clinical and Diagnostic Center for Maternal and Infant Health Care, Yekaterinburg 620041, Flotskaya str. 52, Russia

**Background.** Physicians' inadequate awareness of the safe induced-abortion technologies recommended by the WHO, no practical skills in first-trimester abortion by vacuum aspiration (VA), and administrative restrictions on the use of VA at less than 6 weeks of gestation are responsible for the application of outdated procedures (dilatation and curettage).

**Objective:** to evaluate the impact of an education course on safe pregnancy termination on the introduction and quality of medical care to women; to comparatively assess two types of introducing VA into the practical activity of a healthcare facility: to conduct education courses and to use an administrative method (Ministry of Health of the Sverdlovsk Region Order No. 1229-n dated 29 October 2012).

**Subjects and methods.** The investigation covered 24 obstetricians/gynecologists from 6 outpatient and inpatient facilities of Yekaterinburg and Sverdlovsk Region, half of whom had attended an education course on safe methods of abortion. The results were assessed determining the level of the physicians' knowledge and the statistical indicators of the participating facilities.

**Results.** In the inpatient facilities, the personnel of which had been trained, the rate of VA use was 23%, reaching 100%; and in those where the physicians had not, the rate was only 7.5%, reaching 85%. In the outpatient facilities, the rate of applying safe pregnancy termination technologies was 44.5% in both groups, reaching 100%. The physicians who had been trained started using VA 6 months earlier than those who had not.

The educational course contributed to the better quality of medical care to women because of abortion, by considerably reducing the number of complications (by 20 times in the outpatient facilities and by 5 times in the inpatient facilities), hospital admissions for complications (by 5 times), and instrumental revisions of the uterine cavity.

**Conclusion.** The administrative methods for introducing the up-to-date abortion techniques are insufficient to upgrade the quality of medical care to women with undesirable pregnancy and must be accompanied by the goal-oriented training of healthcare workers.

**Key words:** undesirable pregnancy, abortion, vacuum aspiration, staff training.

Authors declare lack of the possible conflicts of interests.

For citations: Yarotskaya E.L., Dikke G.B., Nikolaeva E.B., Tsantsinger T.P. Introduction of safe first-trimester induced-abortion technologies in the Sverdlovsk Region: Operational research of the second-phase project of the Ministry of Health of the Russian Federation and the World Health Organization. *Akusherstvo i ginekologiya/Obstetrics and Gynecology*. 2015; (9): 87-93. (in Russian)

Вопрос прерывания беременности по желанию женщины остается актуальным для России, несмотря на значительный прогресс в снижении абсолютного количества аборт, достигнутый за последние 10 лет. В 2012 году показатель аборт составил 26,7 на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет [1], что выше показателя развитых стран (17 на 1000). Для сравнения – в Германии этот показатель составляет 6,1, в Швейцарии – 7,1 (2012) [2].

Нежеланная беременность – это всегда (даже в условиях либерального законодательства) высокий риск небезопасного аборта и материнской смертности. Именно поэтому во всем мире идет активная борьба с нежеланными беременностями и их последствиями на основе современных стратегий репродуктивного выбора, предполагающих использование эффективных методов контрацепции, а в случае контрацептивных неудач – безопасное прерывание нежеланной беременности.

В России аборт законодательно разрешены с 1920 г., однако пронаталистский курс правительства, усилившийся в последние годы, направлен на ограничение аборт в пользу рождений. На этом фоне возможны определенные противоречия между демографической политикой государства и необходимостью повышения качества медицинской помощи женщинам при нежеланной беременности [3], приводящие к занижению значимости этой проблемы.

Разграничивая морально-этические и медицинские аспекты, следует подчеркнуть, что согласно Федеральному закону № 323 Российской Федерации [4] каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. По своему желанию женщина может прервать беременность в сроках до 12 недель, в случае изнасилования возможно прерывание беременности до 22 недель, а по медицинским показаниям – в любом сроке.

В 2008–2009 гг. в России проводилось исследование Минздрава России и ВОЗ «Стратегическая оценка политики, программ и услуг в сфере нежелательной беременности, аборт и контрацепции», одной из основных рекомендаций которого явилась скорейшая замена устаревших методов прерывания нежелательной беременности в первом и втором триместрах [3].

Согласно рекомендациям ВОЗ [5], Приказу Минздрава России (572н) [6] и Клиническим рекомендациям по акушерству и гинекологии (4-й пересмотр) [7], предпочтительными способами выполнения аборта являются вакуумная аспирация (ВА) в первом триместре, дилатация и эвакуация (ДЭ) во втором триместре и медикаментозный метод (МА) до 22 недель. В соответствии с перечисленными документами осуществляется постепенный переход к указанным методам в учреждениях практического здравоохранения. Однако в настоящее время самым распространенным в России пока остается метод дилатации и кюретажа (ДК) (59,1%) [1], который, в соответствии с Приказом 572н, не рекомендуется для использования в повседневной клинической практике и, по мнению экспертов ВОЗ, допустимым только в исключительных случаях, когда нет возможности применить более щадящие методы [5]. Такая ситуация обусловлена не только организационными ограничениями, но и недостаточными знаниями и навыками медицинских работников, работающих в сфере охраны репродуктивного здоровья, что также было отмечено экспертами исследования [3].

Необходимо отметить, что, несмотря на определенные ограничения распространения современных методов прерывания беременности, обусловленные недостатками нормативной правовой базы по этому вопросу в предшествующие годы, в целом динамика замены устаревших методов на современные положительная. Так, если сравнивать частоту используемых методов в 2006 и 2012 гг., то использование МА увеличилось с 1,5 до 8,2%, то есть в 5,5 раза, ВА – с 30,3 до 32,6%, а ДК – снизилось на 15% [1]. Однако эта динамика является недостаточной для страны, где ежегодно выполняется более 880 тыс. абортов.

Цель исследования: оценить влияние образовательного курса по вопросам безопасного прерывания беременности на уровень внедрения и качество оказания медицинской помощи женщинам и провести сравнительную оценку двух вариантов внедрения метода ВА в практическую деятельность лечебно-профилактических учреждений: проведение образовательного курса и административно-метода в соответствии с Приказом Минздрава Свердловской области №1229п от 29.10.2012 г. [8].

## Материал и методы исследования

Субъектами исследования стали 24 врача акушера-гинеколога из 6 учреждений амбулаторного и стационарного типа г. Екатеринбурга и Свердловской области.

Деление учреждений-участников произвольно выполнено на 2 группы: Экспериментальная группа (I) – 6 учреждений (3 стационарного типа и 3 амбу-

латорного; количество врачей  $n=12$ ). Участники этой группы проходили обучение в рамках образовательного курса (28–29 мая 2013 г.).

Контрольная группа (II) – 6 учреждений (3 стационарного типа и 3 амбулаторного;  $n=12$ ). Участники этой группы не проходили обучения. Обе группы были подробно ознакомлены с приказом Минздрава Свердловской области №1229п от 29.10.2012 г.

Обучение врачей экспериментальной группы проведено на 2-дневном образовательном семинаре-тренинге, состоявшем из теоретической части (1-й день), включавшей лекционный курс с интерактивным участием слушателей (голосование с помощью системы оперативного контроля знаний с использованием пультов), и практической части, включавшей тренинг на моделях (формирование практических навыков) и работу в операционной (2-й день).

Тестируемое решение оценивалось в два этапа:

- оценка уровня знаний акушеров-гинекологов обеих групп до и после проведения курса;
- оценка статистических показателей учреждений-участников на основании отчетов, представленных через 6 и 12 месяцев после курса.

Уровень знаний акушеров-гинекологов до и после курса проводился на основании тест-опросника, который участники заполняли самостоятельно и анонимно. Сбор статистических материалов учреждений-участников проводился путем заполнения статистической формы. Для анализа динамики статистических показателей были собраны также данные за 2012 год (до вступления в силу Приказа Минздрава Свердловской области №1229п от 29.10.2012 г.). Следует отметить, что статистические показатели учреждений в 2012 г. не имели значимых отличий, в связи с чем в таблицах приведены средние показатели для двух групп.

Полученные при тестировании и сборе статистической информации в исследуемых учреждениях данные обрабатывались качественным и количественным методами.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью компьютерной базы данных, созданной в программе Microsoft Access 98, на основании анкет тестирования и статистических отчетов учреждений-участников, которые были обработаны в программе Microsoft Excel 2002 с использованием модели нормального распределения. Статистически достоверными считались различия при  $p<0,05$ .

## Результаты исследования

Акушеры-гинекологи, принявшие участие в исследовании, имели различный опыт работы при стаже от 1 до 34 лет, при этом в I группе средний стаж работы составил 19,3 года, во II – 13,7 года. Высшую и первую квалификационную категорию имели 78% участников I группы и 86% – II группы.

### *Оценка знаний по безопасному прерыванию беременности*

Таблица 1. Динамика показателей деятельности женских консультаций

Показатели	2012	2013 (июнь-ноябрь)		2014 (январь-июнь)	
		I группа (с обучением)	II группа (без обучения)	I группа (с обучением)	II группа (без обучения)
Выполнено методом, %:					
ДК	44,7	0	0	0	0
ВА	55,3	99,2	97,7	74,8	100
МА	0	0,8	2,3	25,2	0
Соотношение ДК/ВА	1/1	0/1	0/1	0/1	0/1
Осложнений, %	6,0	2,0	3,2	0,3	0,4
из них:					
неполный аборт	5,1	2,0	2,0	0,3	0,4
кровотечение	0,2	0	0,8	0	0
эндометрит	0,4	0	0,4	0	0
перфорация	0,3	0	0	0	0
другие	0	0	0	0	0
Госпитализировано всего, %	1,5	2,0	3,2	0,3	0,4
Выполнено ревизий полости матки, %					
из них методом:	1,1	2,0	2,8	0,3	0,4
ДК	0,2	0	0,4	0	0
ВА	0,9	2,0	2,4	0,3	0,4

Таблица 2. Динамика показателей деятельности гинекологических отделений

Показатели	2012	2013 (июнь-ноябрь)		2014 (январь-июнь)	
		I группа (с обучением)	II группа (без обучения)	I группа (с обучением)	II группа (без обучения)
Выполнено методом, %:					
ДК	21,9	3,6	11,3	0	14,4
ВА	78,1	96,4	88,7	100	85,6
МА	0	0	0	0	0
Соотношение ДК/ВА	0,3/1	0,04/1	0,05/1	0/1	0,1/1
Осложнений, %	6,6	4,6	4,4	1,2	1,7
из них:					
неполный аборт	3,8	2,1	2,5	0,2	0,6
кровотечение	0,6	1,1	1,4	0,6	1,1
эндометрит	1,7	1,1	1,0	0	0
перфорация	0,2	0	0	0	0
другие	0,3	0,3	0,3	0,4	0
Госпитализировано всего, %	6,6	2,1	4,3	0,8	1,1
Выполнено ревизий полости матки, всего, %	3,9	2,1	3,6	0,8	1,1
из них методом:					
ДК	3,1	0	1,6	0	0,4
ВА	0,8	2,1	2,0	0,8	0,7

Анализ анкет пре- и пост-теста врачей, прошедших обучение, показал, что до проведения курса 58,6% слушателей дали правильные ответы на поставленные вопросы и 41,4% – неправильные (общая оценка теста 3,1 балла – удовлетворительно). После обучения правильных ответов было 91,9% ( $p < 0,001$ ) и неправильных – 8,1% ( $p < 0,001$ ) (4,6 балла – отлично) ( $p < 0,001$ ).

Ранжирование ответов представлено на рис. 1, из которого видно, что до начала обучения только четверть слушателей I группы дали правильные ответы, соответствующие оценке выше 4,0 баллов. Удовлетворительных ответов было 44%, а треть слушателей (31%) не смогли выбрать правильные ответы.

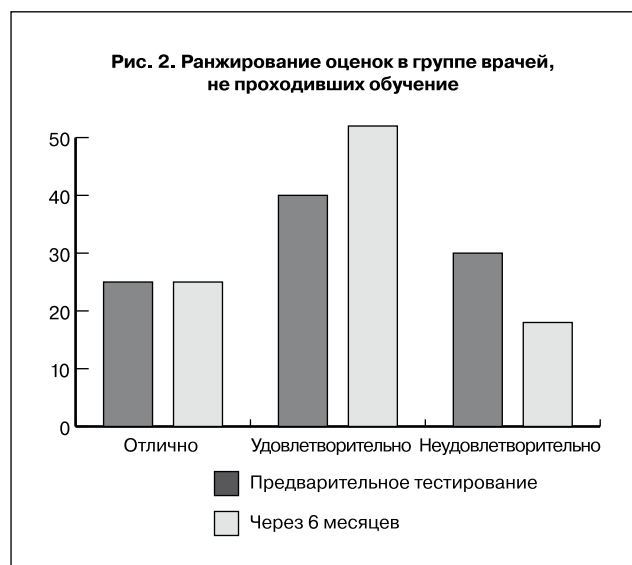
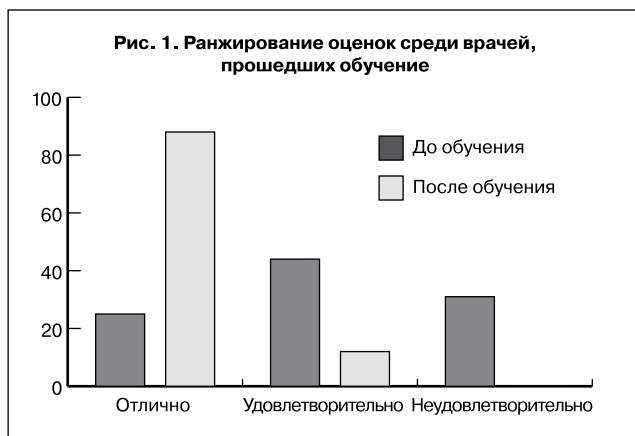
В результате проведенного обучения качество знаний врачей существенно повысилось: отличные ответы дали 88% из них и 12% – удовлетворительные, неправильных ответов отмечено не было. Разница полученных результатов достоверна во всех случаях ( $p < 0,001$ ).

В целом суммарно по всем вопросам средняя оценка качества знаний выросла на 1,5 пункта из 1,9 возможных, что составило 80%.

Повторное тестирование, выполненное через 6 месяцев, показало высокую сохраняемость знаний – 86%.

Анализ анкет врачей II группы показал, что при предварительном тестировании 58,6% слушателей дали правильные ответы на поставленные вопросы и 41,4% – неправильные (общая оценка теста 3,1 балла – «удовлетворительно»). Через 6 месяцев после предварительного тестирования правильных ответов было 66,6% (против 91,9% – в I группе) ( $p < 0,001$ ), неправильных – 33,4% (против 8,1% соответственно) ( $p < 0,001$ ) (3,3 балла – «удовлетворительно») ( $p < 0,001$ ).

Ранжирование ответов представлено на рис. 2, из которого видно, что качество знаний врачей по сравнению с исходным повысилось незначительно: отличные ответы дали 25% из них, (как и в пре-тесте), удовлетво-



рительных ответов было 56,3% (повышение на 12,3%), неправильных ответов – 18,7% (снижение на 12,3%).

В целом суммарно по всем вопросам средняя оценка качества знаний выросла лишь на 0,2 пункта из 1,9 возможных, что составило 10,5%.

**Анализ результатов деятельности учреждений-участников** показал, что в женских консультациях, несмотря на Приказ Минздрава Свердловской области №1229п от 29.10.2012 г., независимо от обучения персонала все абортывыполнялисьисключительно в сроке до 6 недель. Основным методом прерывания беременности как в первом полугодии после курса, так и в течение следующего года была ВА, тогда как 2012 году до вступления в силу приказа Минздрава Свердловской области №1229п от 29.10.2012 г. почти половина абортов даже в столь малых сроках выполнялась методом ДК (табл. 1). Обезболивание выполнялось в 100% комбинированным методом (вербальная поддержка, седативные и обезболивающие препараты, парацервикальная блокада 1% лидокаином) в обеих группах.

Во втором исследуемом полугодии доля ВА уменьшилась до 74,8% в учреждениях, персонал которых прошел обучение, за счет значительного повышения доли медикаментозных абортов (до 25,2%), тогда как в учреждениях II группы таких изменений не произошло. Метод ДК не исполь-

зовался в обеих сравниваемых группах с 2013 г., в соответствии с Приказом Минздрава Свердловской области №1229п от 29.10.2012 г.

Частота ранних осложнений в 2013 году составила 2% в I группе и 3,2% (то есть в 1,6 раза выше) во II группе от общего количества вмешательств. Наиболее частым осложнением был неполный аборт (по 2% в обеих группах), во II группе также встречались кровотечения (0,8%) и эндометрит (0,4%). В 2014 году в обеих группах отмечалось только одно осложнение – неполный аборт. По мере накопления опыта отмечено снижение количества осложнений до 0,3 и 0,4% соответственно в I и II группах в 2014 году.

Все случаи осложнений потребовали госпитализации, при этом ревизия полости матки выполнена методом ВА во всех случаях в I группе и в большинстве случаев во II группе (2013 г.). Для инструментальной ревизии полости матки в 2012 году наряду с ВА у каждой пятой женщины использовался кюретаж матки. В 2014 году все ревизии в обеих группах выполнены методом ВА.

Следует отметить, что по сравнению с 2012 годом частота осложнений в I группе стала ниже в 3 раза, в II группе – в 2 раза через 6 месяцев после обучения, а через год по мере накопления опыта она снизилась в 20 и 15 раз в соответствующих группах.

Анализ данных, полученных в гинекологических отделениях родильных домов, показал, что в стационарах во все исследуемые периоды выполнялось в 3 раза больше абортов, чем в женских консультациях. Из общего количества абортов в первом исследуемом полугодии методом ВА выполнено 96,4 и 88,7% в I и II группах соответственно; и 100 и 85,6% соответственно – во втором исследуемом полугодии (в 2012 году – 78,1%). Остальные 11,3 и 14,4% абортов в двух полугодиях в учреждениях II группы выполнены методом ДК (табл. 2). В 2012 г. методом ВА было выполнено 78,1% абортов; соотношение ДК/ВА составило 0,3. Анестезиологическое обеспечение во всех учреждениях в 100% случаев во все исследуемые периоды включало внутривенную анестезию.

Количество ранних осложнений в первом исследуемом полугодии было сходным в группах I и II: 4,6 и 4,4% соответственно (в 2012 г. – 6,6%). Структура осложнений была также сравнимой в соответствующих группах: неполный аборт – 2,1 и 2,5% (в 2012 г. – 3,8%), кровотечение – 1,1 и 1,4% (в 2012 г. – 0,6%), эндометрит – 1,1 и 1,0% (в 2012 г. – 1,7%), другие осложнения – по 0,3%. Госпитализированы по поводу осложнений были половина женщин в I группе и абсолютное большинство женщин во II группе (в 2012 г. – все женщины). Ревизии полости матки в I и II группе были выполнены в большинстве случаев осложнений, потребовавших госпитализации, причем метод ВА применялся почти во всех случаях в I группе и менее чем в половине случаев во II группе. В 2012 году ВА для ревизии полости матки применялась лишь у каждой пятой больной, в остальных случаях выполнялся кюретаж.

Во втором исследуемом полугодии количество осложнений уменьшилось в I и II группах в 3,8 и

2,6 раза соответственно, составив всего 1,2 и 1,7% всех выполненных аборт. Осложнения были представлены неполным аборт и кровотечением, которые потребовали госпитализации более чем в половине случаев в обеих группах. В I группе ревизия выполнялась исключительно методом ВА, во II группе ей были подвергнуты лишь более половины больных; в остальных случаях был выполнен кюретаж.

## Обсуждение результатов

Оценка результатов обучения слушателей показала существенное повышение качества знаний по тестируемым вопросам, отражающим задачи Проекта.

Так, качество знаний в группе врачей, прошедших обучение, возросло на 80%, при этом общая оценка знаний по сумме вопросов увеличилась с 3,1 балла («удовлетворительно») до 4,6 балла («отлично»), а количество правильных ответов возросло с 59 до 92%. Напротив, в группе врачей, не проходивших обучение, существенного повышения качества знаний в течение последующего года не произошло. Уровень знаний повысился лишь на 11%, с 3,1 балла («удовлетворительно») до 3,3 балла («удовлетворительно»). Количество правильных ответов увеличилось незначительно — с 59 до 67%, более трети ответов были неправильными — 33,4%.

При анализе полученных данных работы учреждений-участников в первую очередь обращает на себя внимание высокая доля аборт в стационаре (около  $\frac{3}{4}$ ), несмотря на то, что в соответствии с административными документами разрешено амбулаторное прерывание беременности до 10 недель (а рекомендациями ВОЗ — до 12 недель). Безопасность аборта методом ВА с использованием комбинированного метода обезболивания в амбулаторных условиях доказана многочисленными исследованиями, частота ранних осложнений составляет 0,1–3,4%, а серьезные осложнения, требующие госпитализации, составляют не более 0,1–0,25% [5]. Тем не менее, в амбулаторных условиях выполняется не более 36% аборт [1], которые в российской литературе обозначаются как «мини-аборт», так как включают сроки не более 6 недель беременности. Такая ситуация сложилась 30 лет назад, когда метод пришел на смену кюретажу, но административными ограничениями не был разрешен в сроки, превышающие 6 недель беременности, из-за опасения возникновения осложнений, требующих применения наркозно-дыхательной аппаратуры. Такое положение сохраняется и по сей день, несмотря на обновление нормативной базы в сторону уменьшения ограничений по срокам выполнения аборт в амбулаторных условиях. Обучение также не способствовало преодолению этого барьера. В отношении применяемых методов прерывания беременности следует отметить, что в настоящем исследовании в учреждениях амбулаторного типа повышение использования безопасных технологий произошло на 44,5% в обеих группах, достигнув 100% использования. В женских консультациях, независимо от того прошли медицинские работники обучение или нет, основной объем аборт уже в первом исследуемом полугодии был выпол-

нен путем ВА (соотношение ДК/ВА = 0/1) в отличие от 2012 г., когда оно составляло 1/1, то есть методы ДК и ВА применялись с одинаковой частотой. Таким образом, можно считать, что отказ от ДК в пользу ВА в амбулаторных условиях обусловлен положительным влиянием административных мер. Интересно отметить, что во втором полугодии в амбулаторных учреждениях, где врачи прошли обучение, на 22,9% выросла частота МА, что говорит о позитивном вкладе обучения в более широкое внедрение этого метода.

В учреждениях стационарного типа в группе врачей, прошедших обучение, повышение использования ВА произошло на 23%, достигнув 100% использования, а в группе не проходивших обучение — только на 7,5%, достигнув 85,6% использования, что свидетельствует о недостаточном влиянии директивных мер на изменение практики врачей стационаров.

В настоящем исследовании количество осложнений при абрте, выполненном в амбулаторных условиях, не превышает среднестатистических мировых показателей (2,0–3,2%), и они представлены в основном неполным аборт, по поводу которого осуществлялась госпитализация всех женщин с этим осложнением, хотя повторная ВА, либо завершение аборта путем применения простагландинов могут выполняться и амбулаторно [9]. Через 1 год после курса обучения количество ранних осложнений в женских консультациях снизилось в 20 и 15 раз в обеих группах по сравнению с годом, предшествующим обучению, в стационарах — в 5 и 3 раза в I и II группах соответственно и составило менее 1%. Количество госпитализаций по поводу ранних осложнений после аборта, выполненного в женских консультациях, сократилось в 5 раз в группе врачей, прошедших обучение, и в 4 раза в группе врачей, не проходивших его; после осложнений аборта, выполненного в стационарах, количество госпитализаций снизилось в 7 и 5 раз соответственно. При необходимости ревизии полости матки врачи, прошедшие обучение, не использовали кюретаж, тогда как врачи, не прошедшие обучение, в трети случаев продолжали использовать именно этот инвазивный метод.

Положительной динамикой после обучения врачей является преимущественное использование метода ВА как для прерывания беременности (98–99% против 45% в 2012 году), так и для ревизии полости матки при неполном абрте (100% против 83%) вместо кюретажа; увеличение частоты МА; использование комбинированного метода обезболивания в 100% случаев в амбулаторных условиях.

Таким образом, замена кюретажа на современные методы прерывания беременности в клинической практике, как это регламентируется нормативными документами (Приказ МЗ РФ №572н), происходит быстрее при проведении целевого обучения специалистов.

## Выводы

1. Обучение врачей по вопросам безопасности и технологии выполнения ВА, а также формирование навыков проведения процедуры, обеспечивает более широкое и быстрое внедрение ВА в клиническую практику в амбулаторных и стационарных условиях по сравнению

с административным методом (Приказом Минздрава Свердловской области №1229п от 29.10.2012 г.). Достижение максимального уровня использования метода ВА в учреждениях, в которых врачи прошли обучение, было достигнуто на 6 месяцев раньше по сравнению с учреждениями, в которых врачи обучение не проходили.

2. В учреждениях стационарного типа в группе врачей, прошедших обучение, повышение использования ВА произошло на 23%, достигнув 100% использования, а в группе не проходивших обучение — только на 7,5%, достигнув 85% использования ВА. В учреждениях амбулаторного типа повышение использования безопасных технологий прерывания беременности произошло на 44,5% в обеих группах, достигнув 100% использования.

3. Проведение образовательного курса среди врачей способствует повышению качества оказания медицинской помощи женщинам по вопросам безопасного прерывания нежеланной беременности за счет перехода к более безопасным технологиям прерывания беременности и значительного снижения количества ранних осложнений, госпитализаций и инструментальных ревизий полости матки.

4. Директивные методы внедрения современных методов прерывания беременности недостаточны для повышения доступности и качества медицинской помощи женщинам при нежелательной беременности и должны сопровождаться целевым обучением медицинских работников.

3. Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В. Стратегическая оценка политики, программ и услуг в сфере непланируемой беременности, абортов и контрацепции в Российской Федерации. Совместное исследование МЗ и СР РФ и ВОЗ. Проблемы репродукции. 2010; 16(3): 92-107. [Dicke G.B., Yarotskaya E.L., Yerofeyeva L.V. Strategic Assessment of policies, programs and services in unplanned pregnancy, abortion and contraception in the Russian Federation. A joint study by Ministry of Health of the Russian Federation and WHO. Problemy reproduktivnoy. 2010; 16 (3): 92-107. (in Russian)]
4. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями). [Federal Law of the Russian Federation of November 21, 2011 № 323-FZ „On the basis of the health of citizens in the Russian Federation” (as amended). (in Russian)]
5. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research; 2012. 132p.
6. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 572н Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». [Order of the Russian Ministry of Health on November 12, 2012 № 572n On approval of medical care on the profile of „Obstetrics and Gynecology (except for the use of assisted reproductive technology).” (in Russian)]
7. Серов В.Н., Сухих Г.Т., ред. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. 4-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014. 1024с. [Serov V.N., Sukhikh GT, eds. Clinical guidelines. Obstetrics and gynecology. 4th ed. Moscow: GEOTAR Media; 2014. 1024p. (in Russian)]
8. Приказ МЗ Свердловской области №1229п от 29.10.2012 г. «О совершенствовании медицинской помощи при прерывании беременности на территории Свердловской области». [Order of the Ministry of Health of the Sverdlovsk region №1229p from 29.10.2012. „On the improvement of medical care for abortion in the Sverdlovsk region.” (in Russian)]
9. Gynuity Health Projects and Reproductive Health Technologies Project. Instructions for use: misoprostol for treatment of incomplete abortion and miscarriage. 2008. Available at: <http://gynuity.org/>

## Литература/References

1. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М.; 2013. [Key indicators of maternal and child health, child welfare service activities and obstetrics in the Russian Federation. Moscow; 2013. (in Russian)]
2. World Abortion Policies 2011. United Nations; 2012. Available at: <http://www.un.org/>

Поступила 10.04.2015  
 Принята в печать 17.04.2015  
 Received 10.04.2015  
 Accepted 17.04.2015

### Сведения об авторах:

Яроцкая Екатерина Львовна, д.м.н., зав. отделением международного сотрудничества ФГБУ НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова Минздрава России. 117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4. Телефон: 8 (495) 494-38-16. E-mail: [inter\\_otdel@mail.ru](mailto:inter_otdel@mail.ru)

Дикке Галина Борисовна, заслуженный деятель науки и образования, д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников ФБОУ ВПО РУДН Минобрнауки. 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8. Телефон: 8 (495) 434-53-00. E-mail: [galadikke@yandex.ru](mailto:galadikke@yandex.ru)

Николаева Елена Борисовна, заслуженный врач РФ, главный врач ГБУЗ СО Областной клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка». 620041, Россия, Екатеринбург, ул. Флотская, д. 52. Телефон: 8 (343) 341-36-37. E-mail: [nikolaeva@etel.ru](mailto:nikolaeva@etel.ru)

Цанцингер Татьяна Павловна, зав. отделом методического обеспечения ГБУЗ СО Областной клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка». 620041, Россия, Екатеринбург, ул. Флотская, д. 52. Телефон: 8 (343) 341-36-37. E-mail: [mgc@etel.ru](mailto:mgc@etel.ru)

### About the authors:

E.L. Yarotskaya, MD, Head of the International Cooperation, Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health of Russia. 117997, Russia, Moscow, Ac. Oparina str. 4. Tel.: +74954381166. E-mail: [inter\\_otdel@mail.ru](mailto:inter_otdel@mail.ru)

G.B. Dikke, Honored Science and Education, MD, professor of obstetrics, gynecology and reproductive medicine faculty training of health workers of Peoples' Friendship University of Russia. 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maclay str. 6. Tel.: +74954345300. E-mail: [galadikke@yandex.ru](mailto:galadikke@yandex.ru)

E.B. Nikolaeva, Honored Doctor of the Russian Federation, the chief doctor, Regional Clinical and Diagnostic Center for Maternal and Infant Health Care. 620041, Russia, Yekaterinburg, Flotskaya str. 52. Tel.: +73433413637. E-mail: [nikolaeva@etel.ru](mailto:nikolaeva@etel.ru)

T.P. Tsantsinger, Head of the Department of methodical maintenance, Regional Clinical and Diagnostic Center for Maternal and Infant Health Care. 620041, Russia, Yekaterinburg, Flotskaya str. 52. Tel.: +73433413637. E-mail: [mgc@etel.ru](mailto:mgc@etel.ru)