

УДК 618.5-089.888.61

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ РОБСОНА

Рудзевич А.Ю., Кукарская И.И., Фильгус Т.А.

ГОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет», Тюмень, e-mail: obst_med@mail.ru

Мы оценили частоту кесарева сечения согласно рекомендациям ВОЗ по методике Робсона за два месяца 2015 г. во всех лечебных учреждениях города г.Тюмени. Согласно этой методике мы распределили случаи родов по 10 группам. Чаще всего кесарево сечение выполнялось в группе № 5, в которую отбирались женщины с рубцом на матке. На втором месте – группа № 2, состоящая из первородящих, которым запланировано кесарево сечение или индукция родов. Эта группа вносит наибольший вклад в проведение первичного кесарева сечения. Основным резервом для сокращения частоты кесарева сечения, по-нашему мнению, является улучшение применения методов индукции родов и родоусиления, и обучение методам оценки КТГ. Такие выводы мы делаем на основании высокой частоты кесарева сечения в группе № 1, в этой группе находятся первобеременные, у которых роды наступили спонтанно в доношенный срок. Кроме того, мы считаем важным направлением: предоставление возможности самостоятельных родов беременным с рубцом на матке и аудит показаний к проведению планового кесарева сечения.

Ключевые слова: кесарево сечение, робсон, частота кесарева сечения, классификация робсона.

ANALYSIS OF CESAREAN SECTION RATE ACCORDING TO THE ROBSON CLASSIFICATION

Rudzevich A.Y., Kukarskaya I.I., Filgus T.A.

Tyumen State Medical University, Tyumen, e-mail: obst_med@mail.ru

We estimated the rate of cesarean section according to WHO recommendations on the Robson method in all medical institutions in the city of Tyumen. According to this technique, we distributed cases of childbirth in 10 groups. The most common cesarean section was performed in group # 5. In this group there were women with VBAC. In the second place - group number 2. In this group there were primiparous, who planned a cesarean section or induction of labor. This group was the largest number of women who had a cesarean section. The main reserve for reducing cesarean delivery rates, in our opinion, is to improve the use of methods of induction of labor and delivery, and to teach methods for evaluating CTG. We draw these conclusions on the basis of the high frequency of cesarean section in group No. 1, in this group there are primiparas, in which the birth occurred spontaneously at the term. In addition, we consider it to be an important area: providing an opportunity for independent delivery to pregnant women with a scar on the uterus, and auditing indications for conducting a planned cesarean section.

Keywords: cesarean section, robson, cesarean rate.

Рост частоты кесарева сечения (КС) является одной из проблем современного акушерства. В настоящее время принято считать, что кесарево сечение, проведенное при отсутствии медицинских показаний, является более опасным методом родоразрешения и для матери, и для плода. Чрезмерный рост частоты кесарева сечения вызывает обеспокоенность во всем мире. Использование одного усредненного показателя для оценки частоты кесарева сечения недостаточно в связи с различными показаниями к операции и неоднородным распределением пациентов между различными лечебными учреждениями. Для получения более объективного представления о эффективности сформировавшихся практик и выявления резерва для улучшения качества акушерской помощи в 2015 году ВОЗ рекомендовала проводить анализ

частоты кесарева сечения с использованием метода, предложенного Робсоном [1,2]. Это простой в выполнении метод, который заключается в разделении всех случаев родов на 10 групп и подсчета частоты кесарева сечения в каждой группе отдельно [3]. Соотношение групп в различных учреждениях может отличаться, но частота кесарева сечения внутри групп сравнима. Возможен дополнительный анализ внутри некоторых групп, Робсон также предложил классификацию экстренных показаний к кесаревому сечению, которой мы также попытались воспользоваться [4].

Цель исследования: провести оценку частоты кесарева сечения в городе Тюмени с применением методики Робсона, оценить возможности к снижению этого показателя.

Материалы и методы. Мы провели ретроспективный анализ историй родов в родильных домах г. Тюмени: перинатальный центр (2 корпуса); родильный дом № 2; родильный дом № 3. Учету подлежали все истории родов родоразрешенных женщин за октябрь и ноябрь 2015 г. По каждой истории родов заполнялись электронные формы, в режиме online, с использованием Google Forms, в форме отмечался № истории родов и вводились ответы на следующие вопросы (далее приводим форму в виде – вопрос и в скобках возможные варианты ответов):

1. Номер истории родов;
2. Учреждение (РД №3, ПЦ1, ПЦ2, РД №2);
3. Способ родоразрешения (самостоятельные роды, кесарево сечение); паритет (первородящая, повторнородящая);
4. Количество плодов (один, два, три и более); срок родоразрешения (до 37 нед., 37–40 нед., 41–42 и более);
5. Предлежание (головное, тазовое, поперечное/косое);
6. Индукция родов (проводилась индукция, не проводилась индукция);
7. Беременность находилась в родах (да; нет или была, но КС запланировано до родов); рубец на матке (нет, один, два и более);
8. Апгар 5 мин (10,9–1,0, антенатальная смерть, интранатальная смерть);
9. Если КС выполнено у женщины в родах [кроме запланированных на КС], то показанием послужило: [не оценивать, дистресс плода (без окситоцина)], неэффективная маточная активность (НМА) при максимальных дозах окситоцина, НМА частые схватки при отсутствии прогресса, НМА дистресс плода на фоне окситоцина, НМА окситоцин не применялся, эффективная маточная активность (ЭМА), неправильное предлежание плода, ЭМА обструкция родов);

10. Метод индукции, возможно выбрать несколько ответов (мифепристал, Рg, Фолея, амниотомия, окситоцин).

3–7 вопросы классифицируют случай по 10 группам Робсона; 9-ый вопрос классифицирует случай по дополнительной классификации Робсона, для случаев экстренного кесарева сечения; ответы на 8,10-ый вопросы были интересны нам и добавлены сверх рекомендаций Робсона; первые два вопроса являлись паспортной частью.

Применение технологий Google Forms позволяло проводить набор материала сразу нескольким операторам из разных лечебных учреждений в режиме online. Материалы автоматически переносились в таблицу Google, обработчик Google Script формировал 10 таблиц google по каждому медицинскому учреждению, которые были необходимы для дальнейшего анализа. Через таблицы Google проводилось определение процентного соотношения случаев родов и кесарева сечения, как это необходимо для заполнения стандартной таблицы анализа, согласно методике, предложенной Робсоном.

Результаты

Результаты распределения случаев родов на 10 групп и частота кесарева сечения в них демонстрируется в таблице.

Сводная таблица частоты кесарева сечения по 10 группам Робсона

	645/2681 24,1 %	Число КС в группе и общее количество родов в группе	Относительный размер группы от общего кол-ва родов	Частота КС относительно размера группы	Частота кесарева сечения относительно всех родов
1	Первородящие, с гестационным сроком ≥ 37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды.	82/684	25,5 %	12 %	3,1 %
2	Первородящие, с гестационным сроком ≥ 37 нед.,	127/343	12,5 %	37 %	4,7 %

	одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановое КС.				
3	Повторнородящие, без рубца на матке, с гестационным сроком ≥ 37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды.	20/948	35,4 %	2,1 %	0,7 %
4	Повторнородящие, без рубца на матке, с гестационным сроком ≥ 37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановое КС.	51/227	8,5 %	22,5 %	1,9 %
5	Повторнородящие с рубцом на матке, с гестационным сроком ≥ 37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание.	230/253	9,4 %	90,4 %	8,6 %

6	Первородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание.	41/46	1,7 %	89,1 %	1,5 %
7	Повторнородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание, в том числе с рубцом на матке.	34/37	1,4 %	91,9 %	1,3 %
8	Все женщины с многоплодной беременностью, в том числе с рубцом на матке.	13/30	1,1 %	43,3 %	0,5 %
9	Все женщины с одноплодной беременностью при поперечном или косом положении плода, включая женщин с рубцом на матке.	11/11	0,4 %	100 %	0,4 %
10	Все женщины с одноплодной беременностью, головное предлежание, с гестационным сроком ≤ 36 нед., включая женщин с рубцом на матке.	36/102	3,8 %	35,3 %	1,3 %

Обсуждение. Классификация Робсона является универсальным средством, позволяющим оценить возможности улучшения службы при любых возможностях региона или учреждения. Конечно, для роддомов в РФ достижения 100 % проведения КС в 9 группе не является проблемой, при неправильном положении плода кесарево сечение должно быть доступно всегда, важно учитывать, что из 24 % кесаревых сечений только 0,4 % являются обусловлены беременными этой группы. Высокая частота КС в группах №№ 6,7,8 оправдана современными акушерскими подходами.

Основной вклад в структуру кесарева сечения вносят женщины с рубцом на матке (группа № 7), 91,9 % из которых оперируются вновь. Мы проводили анализ, разделив женщин с 1 рубцом на матке и сопоставив статистику из разных стационаров. Подходы к родоразрешению женщин с рубцом на матке после одной операции кесарева сечения отличаются в разных лечебных учреждениях. Но вне зависимости от различия в протоколах необходимо отметить, что основным направлением в профилактике кесарева сечения является профилактика первой операции.

Основным резервом для снижения случаев оперативных родов являются группы №№ 1,2,3,4. Мы отметили высокую частоту кесарева сечения в группе № 1 (более 10 %), наиболее часто такое повышение связывают с проблемами в реализации протоколов родоусиления и навыков оценки кардиотокографии [5]. Действительно, при попытке классифицировать случаи экстренного кесарева сечения, на основании вопроса № 9 (в нашей форме сбора данных), в некоторых акушерских стационарах, мы столкнулись с невозможностью это выполнить в связи с хаотичностью подходов: к определению дозы окситоцина, и в принятии решения об экстренном кесаревом сечении при неуспешности родоусиления. Именно в этих лечебных учреждениях частота кесарева сечения в группе № 1 был выше. Группы №№ 2,4 всегда должны быть больше в перинатальном центре, что мы и наблюдали. Анализ этих групп должен проводиться постоянно вместе с оценкой протоколов ведения осложнений, требующих планового родоразрешения или проведения индукции родов.

Таким образом, мы оценили частоту кесарева сечения согласно рекомендациям ВОЗ по методике Робсона. Нам удалось выявить резерв сокращения частоты кесарева сечения в улучшении применения методов индукции родов и родоусиления, оценки КТГ. Кроме того, мы считаем важным направлением: предоставление возможности самостоятельных родов с рубцом на матке, анализ показаний к плановому кесаревому сечению.

Список литературы

1. Кесарево сечение должно выполняться только при наличии медицинских показаний. Всемирная организация здравоохранения (10 апреля 2015 г.) [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/ru>.
2. Орлова В.С., Калашникова И.В., Булгакова Е.В и др. Абдоминальное родоразрешение как медико-социальная проблема современного акушерства /В.С. Орлова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. – № 4. – С. 6-14.
3. Robson M.S. Classification of caesarean sections (Review) // Fetal and Maternal Medicine. – 2001. – Vol.12, Issue 1. – P. 23-39.
4. Robson M. et al. Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery // International Journal of Gynecology and Obstetrics. – 2015. – Volume 131, Supplement 1. – P. 23-27.
5. Prameela R.C., Farha D., Bhanumati P., Prajwa l4 S. Analysis of Caesarean Section Rate in a Tertiary Hospital – according to Robson’s 10 Group Classification System (TGCS) IOSR Journal of Dental and Medical Sciences. 2015. Vol.14. Issue 2. Ver. V. P. 46-49.