



Снижение частоты кесарева сечения и перинатальных потерь в стационаре уровня 3А с использованием классификации Робсона

Д.Л. Гурьев^{1,2}, М.Б. Охупкин², М.С. Гурьева¹, И.В. Кабанов², Д.Д. Гурьева², С.А. Асадова¹

¹ ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр», г. Ярославль

² ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель исследования: с помощью 10-групповой классификации Робсона определить резервы снижения частоты кесарева сечения (КС) и перинатальной смертности (ПС) в акушерском стационаре уровня 3А.

Дизайн: ретроспективное групповое исследование.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй родов пациенток, которых распределили на 10 групп по классификации Робсона. Всего проанализированы 7629 историй родов, из которых 3605 за 2012 г. и 4024 за 2017 г.

Результаты. Частота КС в 2012 г. составила 17,1%, в 2017-м — 16,9%. Наиболее существенный вклад в общую частоту КС в 2012 г. внесли 1-я и 5-я группы, а в 2017-м — 2-я и 5-я. Доля абдоминальных родов в 2017 г. в сравнении с 2012-м в 1-й, 2-й, 4-й, 5-й группах значительно снизилась, а в 7-й группе увеличение стало изменением подхода к программированным родам. Частота их увеличилась с 11,9% в 2012 г. до 13,6% в 2017-м, доля показаний со стороны матери и плода возросла с 37,7% до 72,4%, доля показаний «тенденция к перенашиванию» уменьшилась с 62,3% до 27,6%. Частота влагалищных родов при анамнезе КС увеличилась с 20,2% в 2012 г. до 32,8% в 2017-м. В целом сдерживание частоты КС в Перинатальном центре (г. Ярославль) привело к снижению ПС в 1,9 раза, а мертворождаемости и ранней неонатальной смертности — в 1,5 и 2,9 раза соответственно. По сравнению с другими клиниками, применяющими 10-групповую классификацию Робсона, частота КС в Перинатальном центре была наименьшей.

Заключение. Для снижения ПС и частоты КС в учреждении уровня 3А необходимы: а) анализ всех случаев родоразрешения по 10-групповой классификации Робсона, б) аудит показаний для программированных родов и КС, прежде всего при доношенной беременности, в) уменьшение частоты экстренных КС в доношенном сроке за счет правильного отбора беременных для программированных родов и корректной техники индукции родовой деятельности, г) сдерживание частоты абдоминального родоразрешения у женщин с анамнезом КС за счет правильного отбора группы для консервативных родов, предоставление женщинам всесторонней информации о возможностях лечебного учреждения по ведению родов при рубце на матке, пользе и рисках данного метода родоразрешения в каждом конкретном случае.

Ключевые слова: кесарево сечение, 10-групповая классификация Робсона, перинатальная смертность.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Гурьев Д.Л., Охупкин М.Б., Гурьева М.С., Кабанов И.В., Гурьева Д.Д., Асадова С.А. Снижение частоты кесарева сечения и перинатальных потерь в стационаре уровня 3А с использованием классификации Робсона // Доктор.Ру. 2019. № 4 (159). С. 8–13. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-159-4-8-13



Using the Robson Classification to Reduce Rates of Cesarean Section and Perinatal Loss in a 3A-Level Hospital

D.L. Guriev^{1,2}, M.B. Okhapkin², M.S. Gurieva¹, I.V. Kabanov², D.D. Gurieva², S.A. Asadova¹

¹ Regional Perinatal Center; 31B Tutayevskoye Highway, Yaroslavl, Russian Federation 150042

² Yaroslavl State Medical University, Russian Ministry of Health; 5 Revolutsionnaya St., Yaroslavl, Russian Federation 150000

Objective of the Study: To use the 10-group Robson classification to assess the possibility of reducing rates of cesarean section (CS) and perinatal mortality (PM) in a 3A-level obstetrical hospital.

Study Design: This was a retrospective group study.

Materials and Methods: Retrospective analysis was done of the labor and delivery histories of patients, divided into 10 groups according to the Robson classification. A total of 7,629 labor and delivery histories were analyzed, including 3,605 from 2012 and 4,024 from 2017.

Study Results: The rate of CS was 17.1% in 2012 and 16.9% in 2017. The major contributors to the overall CS rate were groups 1 and 5 in 2012 and groups 2 and 5 in 2017. Compared with 2012, the proportion of abdominal deliveries in 2017 was significantly reduced in groups 1, 2, 4, and 5 and significantly higher in group 7. The reason for this reduction was a change in attitudes toward programmed labor. The rate of

Асадова Сиадет Алимовна — врач акушер-гинеколог ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр». 150042, г. Ярославль, Тутаевское шоссе, д. 31В. E-mail: doctor.ru@mail.ru

Гурьев Дмитрий Львович — доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России; главный врач ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр», к. м. н., доцент. 150042, г. Ярославль, Тутаевское шоссе, д. 31В. eLIBRARY.RU SPIN: 6062-9826. E-mail: d_guriev@mail.ru

Гурьева Дарья Дмитриевна — студентка 4-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России. 150000, ул. Революционная, д. 5. E-mail: dashagurueva@gmail.com

Гурьева Марина Сергеевна — к. м. н., заместитель директора ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр» по клинико-экспертной работе. 150042, г. Ярославль, Тутаевское шоссе, д. 31В. E-mail: gurieva_ms@mail.ru

Кабанов Иван Владимирович — студент 4-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России. 150000, ул. Революционная, д. 5. E-mail: doctor.ru@mail.ru

Охупкин Михаил Борисович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России. 150042, г. Ярославль, Тутаевское шоссе, д. 31В. eLIBRARY.RU SPIN: 9587-1565. E-mail: doctor.ru@mail.ru

programmed labor increased from 11.9% in 2012 to 13.6% in 2017; the share of cases based on maternal and fetal indications increased from 37.7% to 72.4%; and the share of cases based on the indication “signs of prolonged gestation” was reduced from 62.3% to 27.6%. The rate of vaginal delivery in women with a history of CS increased from 20.2% in 2012 to 32.8% in 2017. In sum, the measures taken at the Perinatal Center (Yaroslavl) to reduce the rate of CS led to a reduction in the rates of PM by a factor of 1.9, stillbirth by a factor of 1.5, and early neonatal mortality by a factor of 2.9. The CS rate at the perinatal center was the lowest among all hospitals using the 10-group Robson classification.

Conclusion: The following measures are required to reduce the rate of PM and CS in a 3A-level institution: a) analysis of all delivery and labor histories based on the 10-group Robson classification; b) an audit of the indications for programmed labor and CS, especially in full-term pregnancies; c) reduction in the frequency of emergency CS at full term through identifying appropriate candidates for programmed labor and using correct techniques to induce labor; d) containment of the rate of abdominal delivery in women with a history of CS through identifying appropriate candidates for conservative delivery; and e) giving women complete information about the strategies employed by the medical institution for managing labor in women with a uterine scar and the benefits and risks of vaginal delivery in individual patients.

Keywords: cesarean section, 10-group Robson classification, perinatal mortality.

The authors declare that they do not have any conflict of interests.

For reference: Guriev D.L., Okhapkin M.B., Gurieva M.S., Kabanov I.V., Gurieva D.D., Asadova S.A. Using the Robson Classification to Reduce Rates of Cesarean Section and Perinatal Loss in a 3A-Level Hospital. Doctor.Ru. 2019; 4(159): 8–13. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-159-4-8-13

В большинстве регионов Российской Федерации ежегодно увеличивается частота абдоминального родоразрешения. В целом по России с 2006 по 2016 г. она выросла на 52,2% (с 18,4% до 28%). При этом, однако, не всегда рост частоты кесарева сечения (КС) снижает перинатальную (ПС) и младенческую смертность. Так, в ряде регионов РФ, имевших в 2017 г. показатель младенческой смертности выше среднероссийского, доля абдоминального родоразрешения также была высока и превысила 30%. Это Брянская, Орловская, Ростовская, Тульская области, Алтайский и Красноярский края [1]. В 2015 г. ВОЗ объявила, что повышение частоты КС в структуре родоразрешений на 10% не связано со снижением материнской и неонатальной смертности и эта операция должна выполняться только по строгим медицинским показаниям [2].

По мнению авторов федеральных клинических рекомендаций «Оказание специализированной помощи при оперативных влагалищных родах при наличии живого плода (с помощью акушерских щипцов или с применением вакуум-экстрактора или родоразрешение с использованием другого акушерского пособия)» [3], частота родоразрешающих операций в современном акушерстве в значительной степени определяется показаниями, обусловленными состоянием плода, и расширением показаний, зачастую необоснованных, к КС при тяжелых формах фетоплацентарной недостаточности, синдроме задержки роста плода и хронической гипоксии плода [4]. Авторы считают, что изменить частоту и структуру перинатальной заболеваемости и смертности может не способ родоразрешения, антенатальная охрана плода, использование современных диагностических технологий, а также достижения и успехи неонатологии.

В Ярославской области в течение последних 15 лет частота КС остается самой низкой в РФ, в 2017 г. она составила 14,1%. В ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр» (далее — Перинатальный центр) доля абдоминального родоразрешения — 17–20%.

Предпринималось много попыток оптимизировать использование КС. Например, в 2001 г. М. Robson предложил оценивать работу акушерских стационаров по разработанной им 10-групповой классификации, основанной исключительно на 5 параметрах: гестационный возраст, паритет (в том числе анамнез КС), начало родов (спонтанное или индуцированное), предлежание плода и количество плодов. Классификация не допускает попадания одной и той же женщины в разные группы. Она позволяет анализировать частоту КС в каждой группе, сравнивать ее с таковой в других стационарах и искать пути снижения доли абдоминального родоразрешения [5].

В 2015 г. данная классификация была одобрена ВОЗ, а в 2016 г. — International Federation of Gynecology and Obstetrics, которые рекомендовали ее использование в различных акушерских клиниках [6]. Следуя этим рекомендациям, мы провели ретроспективное исследование, цель которого — с помощью 10-групповой классификации Робсона определить резервы снижения частоты КС и ПС в акушерском стационаре уровня 3А.

Задачи исследования:

1. определить группы с наибольшим влиянием на частоту КС в Перинатальном центре в 2012 и 2017 г.;
2. проанализировать динамику частоты КС в целом по Перинатальному центру и в каждой группе (по 10-групповой классификации Робсона) в 2012 и 2017 г. и объяснить ее причины;
3. оценить влияние динамики частоты КС в различных группах на показатели ПС в целом и среди доношенных детей и распространенность неонатальных аспирационных синдромов;
4. сравнить работу Перинатального центра с другими отечественными и зарубежными клиниками, которые пользуются 10-групповой классификацией Робсона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ историй родов пациенток ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр» в 2012 и 2017 г., каждая больная была внесена в одну из групп 10-групповой классификации Робсона. В соответствии с принципом классификации каждая больная могла попасть только в одну определенную группу.

Всего проанализированы 7629 историй родов, из которых 3605 (88,3% от 4081 родившей) за 2012 г. и 4024 (93,9% от 4284 родивших) за 2017 г.

10-групповая классификация Робсона приведена в *таблице 1*.

Для статистической обработки полученных данных был применен пакет прикладных программ Statistica 10 с использованием непараметрических критериев. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Как показано в *таблице 2*, в целом частота абдоминальных родоразрешений в Перинатальном центре не претерпела существенных изменений в 2017 г. в сравнении с 2012-м. При этом доля абдоминальных родов значительно снизилась в 2017 г. в 1-й, 2-й, 4-й, 5-й группах и значительно выросла в 7-й группе (газовое предлежание).

Таблица 1

Классификация Робсона

Группы	Характеристики
1	Роды первые, доношенная одноплодная беременность, головное предлежание плода. Спонтанная родовая деятельность
2	Роды первые, доношенная одноплодная беременность, головное предлежание плода. Плановая индукция родов или плановое кесарево сечение
3	Роды повторные, доношенная одноплодная беременность, головное предлежание плода. Спонтанная родовая деятельность
4	Роды повторные, доношенная одноплодная беременность без рубца на матке, головное предлежание плода. Плановая индукция родов или плановое кесарево сечение
5	Роды повторные, доношенная одноплодная беременность, головное предлежание плода, 1 рубец или более на матке
6	Роды первые, одноплодная беременность, тазовое предлежание плода
7	Роды повторные, одноплодная беременность. Тазовое предлежание плода, в том числе при рубце на матке
8	Многоплодная беременность, в том числе при рубце на матке
9	Одноплодная беременность, поперечное или косое положение плода, в том числе при рубце на матке
10	Одноплодная беременность, преждевременные роды, головное предлежание плода, в том числе при рубце на матке

Причиной уменьшения частоты КС во 2-й и 4-й группах (плановая индукция родов или плановое КС у перво- и повторнородящих соответственно) стало изменение подхода к программированному родоразрешению по различным акушерским и соматическим показаниям в 2017 г. по сравнению с 2012-м. Частота программированных родов в 2012 г. в нашей клинике составляла 11,9% (488 из 4081), при этом основным показанием была «тенденция к перенашиванию» в сроке 41 неделя и более (62,3%), а показания со стороны матери и плода (гестационный СД, гипертензивные расстройства при беременности, синдром задержки роста плода и другие) занимали 37,7%.

В 2017 г. частота программированных родов в Перинатальном центре выросла до 13,6% (583 из 4284), и изменилась структура показаний к ним. Основными стали показания со стороны матери и плода, доля которых достигла 72,4%, тогда как доля подготовки к родам и родо-возбуждения из-за «тенденции к перенашиванию» снизилась до 27,6%.

Сроки программированного родоразрешения в зависимости от сопутствующей акушерской и экстрагенитальной патологии подробно описаны и обоснованы в исследовании S.J. Васак и соавт. [7]. В своей работе мы активно пользуемся данными рекомендациями.

Для подготовки родовых путей к родам в 2017 г. в нашей клинике стали чаще применять катетер Фолея, который размещается в цервикальном канале при недостаточно зрелой

Таблица 2

Количество женщин в каждой группе и процент кесарева сечения (КС) в них в 2012 и 2017 г.

Группы	2012		2017	
	количество родоразрешенных	количество КС в группе, n (%)	количество родоразрешенных	количество КС в группе, n (%)
1	1287	135 (10,5)	773	48 (6,2)*
2	270	67 (24,8)	699	126 (18,0)**
3	1105	50 (4,5)	1015	30 (3,0)
4	207	42 (20,3)	668	74 (11,1)***
5	188	150 (79,8)	264	168 (63,6)***
6	72	36 (50,0)	67	45 (67,2)
7	48	18 (37,5)	75	45 (60,0)**
8	69	18 (26,1)	97	31 (32,0)
9	23	22 (95,7)	28	27 (96,4)
10	336	80 (23,8)	338	88 (26,0)
Всего	3605	618 (17,1)	4024	682 (16,9)

Примечание. Отличия от показателей 2012 г. статистически значимы: (*) — $p = 0,002$; (**) — $p = 0,02$; (***) — $p = 0,001$.

шейке матки, заполняется 30–50 мл физиологического раствора и оставляется на 24–48 часов. По истечении этого времени в большинстве случаев появляются условия для амниотомии или самостоятельно начинается родовая деятельность. При отсутствии нарушений фетоплацентарного кровотока в головном предлежании плода в нашей клинике применяются простагландины в виде геля. Амниотомия также является одним из методов родо-возбуждения и проводится только на «зрелой» шейке матки (не менее 8 баллов по Бишопу) [8].

В случаях высокого риска экстренного КС или интранатальной гипоксии (синдром задержки роста плода с выраженными нарушениями кровотока, СД у матери и предполагаемая масса плода более 4500 г, анамнез дистоции плечиков с неблагоприятными исходами, предлежание плаценты или ее низкое расположение у первородящих и т. д.) абдоминальное родоразрешение проводилось в плановом порядке.

Таким образом, снижение частоты КС в 1-й группе (первородящие в доношенном сроке с одним плодом в головном предлежании и спонтанной родовой деятельностью) связано с переходом части беременных, имевших патологическое течение гестационного процесса, во 2-ю группу, в которой производили программированное консервативное родоразрешение или плановое КС. При этом в 1-й группе стало больше беременных и рожениц с неосложненной беременностью, и вероятность КС в родах у них существенно снизилась. Такая же тенденция к снижению частоты КС отмечена и в 3-й группе, откуда часть повторнородящих женщин с патологической беременностью перешли в 4-ю группу. Однако эта разница не была статистически значимой.

На рисунке 1 продемонстрировано количество КС по различным экстренным акушерским показаниям в общей струк-

туре КС в 2012 и 2107 г. в Перинатальном центре. Отмечено значимое снижение доли клинически узкого таза и неэффективности родовозбуждения и незначимое — дистресса плода. Так, в 2017 г. в сравнении с 2012-м в 1,7 раза снизилось количество КС по показанию «неэффективность родовозбуждения» (41 в 2017 г. и 70 в 2012-м) и в 2,2 раза — количество КС по показанию «клинически узкий таз» (33 в 2017 г. и 72 в 2012-м). Частота КС из-за дистресса плода также уменьшилась, но только в 1,3 раза (с 118 в 2012 г. до 91 в 2017-м) (см. рис. 1).

Особо необходимо выделить снижение частоты КС в 5-й группе, куда включены пациентки с одноплодной беременностью в головном предлежании плода и с рубцом на матке. Благодаря правильному отбору беременных с анамнезом КС на самостоятельные роды, с использованием в качестве критериев состояния нижнего маточного сегмента (однородный, толщиной более 2 мм), массы плода не более 3800 г, головного предлежания плода, переходящего показания для предыдущей операции КС и «зрелости» родовых путей в 2017 г. в Перинатальном центре удалось достигнуть количества самостоятельных родов при рубце на матке 32,8% (в 2012 г. — 20,2%).

Единственная группа, в которой в нашем исследовании зарегистрировано значимое увеличение частоты КС в 2017 г. в сравнении с 2012-м, — 7-я, которая включала повторнородящих с тазовым предлежанием плода, в том числе с рубцом на матке. В федеральных клинических рекомендациях «Тазовое предлежание плода (ведение беременности и родов)» одним из показаний к КС является отказ женщины от самостоятельных родов при тазовом предлежании [9]. Беременные активно пользуются данным правом, что не позволяет акушерам-гинекологам даже при наличии условий для консервативного родоразрешения при тазовом предлежании выбрать тактику вагинальных родов.

На рисунке 2 представлены данные о вкладе каждой группы в общую частоту абдоминального родоразрешения.

Наиболее существенный вклад в общую частоту КС в 2012 г. внесли 1-я и 5-я группы (первородящие в доношенном сроке одним плодом в головном предлежании со спонтанной родовой деятельностью и повторнородящие в доношенном сроке с одним плодом в головном предлежании с анамнезом КС соответственно). Каждое четвертое абдоминальное родоразрешение в Перинатальном центре выполнялось при наличии рубца на матке (5-я группа), а каждое пятое — у первобеременной с одним плодом в головном предлежании и спонтан-

ной родовой деятельностью (1-я группа). В 2017 г. 5-я группа сохранила лидерство в структуре всех КС.

Таким образом, ее доля в нашей клинике в течение 6 лет не претерпела существенных изменений, тогда как в США за 10 лет доля КС в структуре всех абдоминальных родоразрешений, выполняемых у женщин с рубцом на матке (5-я группа), выросла на четверть и в 2014 г. составила 34%. [9].

По нашему мнению, сдерживание частоты КС в 5-й группе можно рассматривать как резерв для ограничения роста числа абдоминальных родов.

На второе место по влиянию на общую частоту КС в нашем исследовании вышла 2-я группа, куда включены первобеременные с головным предлежанием плода и программированными родами или родоразрешением путем планового КС. Вклад группы преждевременных родов (10-й) в общее количество КС в 2012 и 2017 г. был одинаковым. Каждая седьмая-восьмая операция делалась при недоношенном сроке беременности. Остальные группы в разные периоды по-разному влияли на количество КС.

Отсутствие роста частоты абдоминального родоразрешения в Перинатальном центре не привело к увеличению ПС, которую многие напрямую связывают именно с оперативной активностью в акушерстве. Наоборот, за шестилетний период общая частота перинатальных потерь в нашей клинике снизилась в 1,9 раза, а частота ее компонентов — мертворождаемости и ранней неонатальной смертности — соответственно в 1,5 и 2,9 раза (рис. 3). За это время отмечен незначительный рост доли родоразрешенных в Перинатальном центре с антенатальной гибелью плода от общего количества таких беременных в регионе. Так, в 2012 г. она составляла 45,8%, а в 2017 г. — 51,7%. Остальных беременных с антенатальной гибелью плода, в соответствии с маршрутизацией в Ярославской области, родоразрешали в стационарах 2-го уровня.

Рис. 1. Количество операций кесарева сечения по показаниям «неэффективность родовозбуждения», «клинически узкий таз» и «дистресс плода» в 2012 и 2017 г.

* Отличия от показателей 2012 г. статистически значимы ($p < 0,05$)

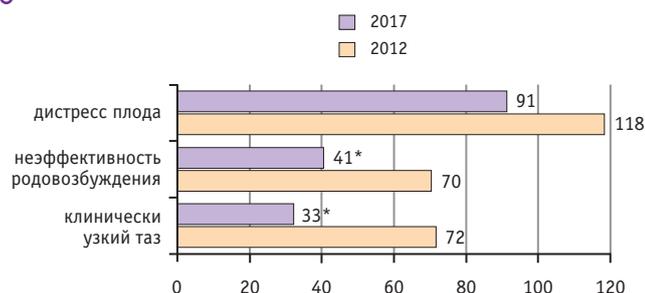


Рис. 2. Процент операций кесарева сечения от их общего количества в каждой из групп исследования

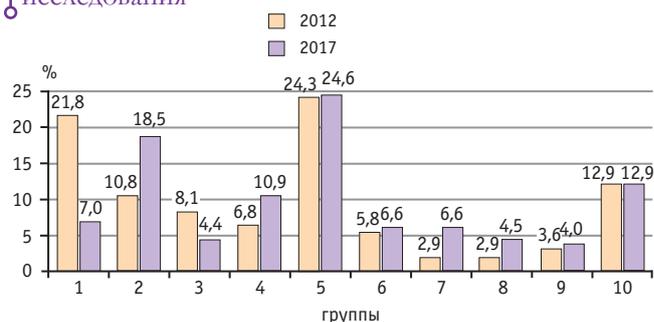
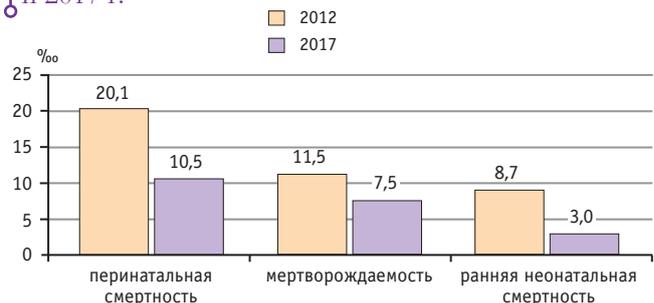


Рис. 3. Перинатальная смертность и ее компоненты в Перинатальном центре (г. Ярославль) в 2012 и 2017 г.



Наиболее значимо за прошедший период снизилась ПС недоношенных — на 42,7% (с 100,6‰ в 2012 г. до 57,6‰ в 2017 г.). При этом доля КС при преждевременных родах (10-я группа) не претерпела существенных изменений (23,8% в 2012 г. и 26,0% в 2017-м). Среди доношенных детей в 1–9 группах ПС уменьшилась на 21% (с 4,3‰ в 2012 г. до 3,4‰ в 2017 г.). Необходимо подчеркнуть, что из 15 доношенных плодов, умерших до родов в 2012 г., в Перинатальный центр поступили без сердцебиения 10 (66,7%), а у 5 (33,3%) женщин антенатальная гибель произошла уже в стационаре. В 2017 г. доношенных плодов, поступивших в стационар без сердцебиения, было 12 из 13 (92,3%), и только у одной женщины антенатальная гибель доношенного плода произошла в стационаре. Частота интранатальной гибели плода в 2012 г. составила 4 случая (0,95‰), 2 из которых — доношенные. В 2017 г. зарегистрированы 2 случая интранатальной гибели плода (0,45‰), один из них — в доношенном сроке.

ОБСУЖДЕНИЕ

Наш опыт показал, что не только в Перинатальном центре, но и в регионе в целом возможно снижение мертворождаемости, ранней неонатальной и младенческой смертности без изменения частоты КС. Это связано с тем, что именно работа ста-

ционара уровня 3А определяет показатели акушерской и неонатальной служб всей трехуровневой системы региона [11].

Одной из важных составляющих качества оказания акушерской помощи является распространенность аспирационных синдромов у новорожденных. В Перинатальном центре в 2012 г. она составляла 41 (1,0%) случай, в 2 из них произошла ранняя неонатальная гибель. В 2017 г. частота неонатальных аспирационных синдромов снизилась до 4 (0,09%), а смертей от этой причины в ранний неонатальный период не было. Наши данные подтверждают мнение В.А. Yoder и соавт. [12], которые утверждают, что за счет снижения частоты родоразрешения в сроке более 41 недели на 33% и увеличения ее на 33% в сроке 38–39 недель с помощью программированных родов удается добиться уменьшения распространенности мекониальной аспирации в 3,9 раза (с 5,8% до 1,5%).

В *таблице 3* приведено сравнение частоты КС в различных клиниках, использующих в своей работе классификацию Робсона. В нашем Центре частота абдоминального родоразрешения самая низкая во всех группах, за исключением 3-й и 10-й (группы повторнородящих с одним плодом в головном предлежании и спонтанными родами и группа преждевременных родов). В 3-й группе частота КС выше только в клиниках 3-го уровня Литвы [13].

Таблица 3

Сравнение частоты кесарева сечения (КС) в различных акушерских клиниках, использующих классификацию Робсона

Группы	Количество КС, %			
	Национальный акушерский госпиталь (Дублин), 2015 [14]	Госпиталь Ирвиш (Квинсланд, Австралия), 2015 [4]	Клиники 3-го уровня (Литва), 2015 [13]	Данные по г. Тюмень, 2017 [15]
1. Роды первые, срок — 37 недель и более, одноплодная беременность, головное предлежание. Спонтанная родовая деятельность	7,1	11,9	15,5	12,0
2. Роды первые, срок — 37 недель и более, одноплодная беременность, головное предлежание плода. Плановая индукция родов или плановое КС	35,9	28,1	48,1	37,0
3. Роды повторные, срок — 37 недель и более, одноплодная беременность, головное предлежание плода. Спонтанная родовая деятельность	1,2	2,9	3,8	2,1
4. Роды повторные, срок — 37 недель и более, без рубца на матке, одноплодная беременность, головное предлежание плода. Плановая индукция родов или плановое КС	13,8	16,6	26,2	22,5
5. Роды повторные, срок — 37 недель и более, одноплодная беременность, головное предлежание плода, 1 рубец или более на матке	68,1	76,5	75,0	90,4
6. Роды первые, срок — 37 недель и более, одноплодная беременность, тазовое предлежание плода	93,8	91,3	93,4	89,1
7. Роды повторные, одноплодная беременность. Тазовое предлежание плода, в том числе при рубце на матке	89,9	89,7	88,6	91,9
8. Многоплодная беременность, в том числе при рубце на матке	65,7	52,6	62,7	43,3
9. Одноплодная беременность, поперечное или косое положение плода, в том числе при рубце на матке	100,0	100,0	94,3	100,0
10. Одноплодная беременность, срок — 36 недель и менее, головное предлежание плода, в том числе при рубце на матке	30,4	24,2	31,8	35,3
Всего	23,1	23,5	30,2	24,1

По-нашему мнению, повторнородящая с головным предлежанием плода без рубца на матке и со спонтанным развитием родовой деятельности должна завершить роды через естественные пути практически в 100% случаев. Одним из значимых препятствий к этому может стать дистресс плода, появившийся в первом или в начале второго периода родов.

Предотвратить КС по показанию «дистресс плода» может как строгий отбор пациенток для спонтанных родов с учетом антенатального состояния плода и рисков развития его гипоксии в родах, так и более объективная интранатальная трактовка кардиотокограммы, снижающая частоту необоснованных операций по причине гипоксии плода.

При преждевременных родах наиболее низкая частота КС зарегистрирована в госпитале Ирвиш (Квинсланд, Австралия) [4]. В целом следует отметить, что в соответствии с федеральным клиническим протоколом «Преждевременные роды», утвержденным 17.12.2013 г., при преждевременных родах преимущества абдоминального родоразрешения не доказаны и оно должно выполняться только по акушерским показаниям [16]. При выборе способа родоразрешения при недоношенном сроке мы придерживаемся именно такого подхода, что позволяет нам в 74% случаев вести преждевременные роды консервативно. Однако, по нашему мнению, пациентки с преждевременными родами не относятся к той категории, за счет которой можно эффективно управлять частотой абдоминального родоразрешения, прежде всего вследствие своей малочисленности (не более 6–7% в популяции).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одним из главных резервов снижения частоты кесарева сечения (КС) и перинатальной смертности (ПС) в акушерском стационаре уровня ЗА является запланированное родоразрешение беременных, имеющих высокий риск развития пери-

натальной и акушерской патологии и наиболее сильно влияющих на общую частоту КС в клинике. Это женщины с гипертензивными расстройствами при беременности, СД, задержкой внутриутробного развития плода и другими состояниями, от которых зависит благополучие плода. Своевременная диагностика подобных осложнений и родоразрешение с помощью программированных родов снижают не только количество КС по экстренным показаниям, но и ПС и распространенность аспирационных синдромов у новорожденных.

Доля программированных родов при доношенной беременности в Перинатальном центре должна, по-нашему мнению, составлять не менее 13% от общего количества родов в этом сроке, причем в структуре показаний к программированным родам должны преобладать ассоциированные с высокой степенью акушерского риска, а не «тенденция к перенашиванию» беременности.

Таким образом, для снижения ПС и частоты КС в учреждении ЗА уровня необходимы:

- анализ всех случаев родоразрешения по 10-групповой классификации Робсона;
- аудит показаний для программированных родов и КС, прежде всего при доношенной беременности;
- снижение частоты экстренных КС в доношенном сроке за счет правильного отбора беременных для программированных родов и корректной техники индукции родовой деятельности;
- уменьшение частоты абдоминального родоразрешения у женщин с рубцом на матке с помощью правильного отбора группы для консервативного ведения родов, предоставление женщинам всесторонней информации о возможностях родовспомогательного учреждения по ведению родов при рубце на матке, пользе и рисках данного метода родоразрешения в каждом конкретном случае.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. V.2. М.; 2017. 872 с. [Radzinskii V.E. Akusherskaya agressiya. V.2. M.; 2017. 872 s. (in Russian)]
2. Nakamura-Pereira M., do Carmo Leal M., Esteves-Pereira A.P., Soares Madeira Domingues R.M., Alves Torres J., Bastos Dias M.A. et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod. Health.* 2016; 13 (suppl. 3): S128. DOI: 10.1186/s12978-016-0228-7
3. Краснополянский В.И., Петрухин В.А., Логотова Л.С., Баев О.Р., Шмаков Р.Г., Филиппов О.С. и др. Оказание специализированной помощи при оперативных влгалищных родах при наличии живого плода (с помощью акушерских щипцов или с применением вакуум-экстрактора или родоразрешение с использованием другого акушерского пособия. Клинические рекомендации (протокол лечения). М.; 2017. 34 с. [Krasnopol'skii V.I., Petrukhin V.A., Logotova L.S., Baev O.R., Shmakov R.G., Filippov O.S. i dr. Okazanie spetsializirovannoi pomoshchi pri operativnykh vlagalishchnykh rodakh pri nalichii zhivogo ploda (s pomoshch'yu akusherskikh shchiptsov ili s primeneniem vakuum-ekstraktora ili rodorazreshenie s ispol'zovaniem drugogo akusherskogo posobiya). Klinicheskie rekomendatsii (protokol lecheniya). M.; 2017. 34 s. (in Russian)]
4. Tanaka K., Mahomed K. The Ten-Group Robson Classification: a single centre approach identifying strategies to optimise caesarean section rates. *Obstet. Gynecol. Int.* 2017; 2017: 5648938. DOI: 10.1155/2017/5648938
5. Robson M. Classification of caesarean sections. *Fetal. Matern. Med. Rev.* 2001; 12(1): 23–39. DOI: 10.1017/S0965539501000122
6. Souter V., Jodie K., Chien A. The Robson Classification: monitoring and comparing cesarean delivery rates. *Obstet. Gynecol.* 2016; 127: 131S. DOI: 10.1097/01.AOG.0000483531.18218.6d
7. Bacak S.J., Olson-Chen C., Pressman E. Timing of induction of labor. *Semin. Perinatol.* 2015; 39(6): 450–8. DOI: 10.1053/j.semper.2015.07.007
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; RCOG Clinical Effectiveness Support Unit. Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. London: RCOG Press; 2001.
9. Адамьян Л.В., Артымук Н.В., Баев О.Р., Белокрыницкая Т.Е., Краснополянский В.И., Логотова Л.С. и др. Тазовое предлежание плода (ведение беременности и родов). Клинические рекомендации (протокол). М.; 2017. 38 с. [Adamyan L.V. Artyumuk N.V., Baev O.R., Belokrynitskaya T.E., Krasnopol'skii V.I., Logotova L.S. i dr. Tazovoe predlezhanie ploda (vedenie beremennosti i rodov). Klinicheskie rekomendatsii (protokol lecheniya). M.; 2017. 38 s. (in Russian)]
10. Hehir M. P., Ananth C.V., Siddiq Z., Flood K., Friedman A.M., D'Alton M.E. Cesarean delivery in the United States 2005 through 2014: a population-based analysis using the Robson 10-Group Classification System. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2018; 219(1): 105.e1–11. DOI: 10.1016/j.ajog.2018.04.012
11. Гурьев Д.Л., Волкова Т.А., Олендарь Н.В., Охпкин М.Б. Регионализация перинатальной помощи в Ярославской области: клинические и организационные аспекты. Доктор.Ру. 2015; 14(115): 38–41. [Gur'ev D.L., Volkova T.A., Olenдар' N.V., Okhapkin M.B. Regionalizatsiya perinatal'noi pomoshchi v Yaroslavskoi oblasti: klinicheskie i organizatsionnye aspekty. Doktor.Ru. 2015; 14(115): 38–41. (in Russian)]
12. Yoder B.A., Kirsch E.A., Barth W.H., Gordon M.C. Changing obstetric practices associated with decreasing incidence of meconium aspiration syndrome. *Obstet. Gynecol.* 2002; 99(5 pt 1): 731–9.
13. Barčaitė E., Kemeckienė G., Railaitė D.R., Bartusevičius A., Maleckienė L., Nadišauskienė R. Cesarean section in Lithuania using Robson Ten Group Classification system. *Medicina.* 2015; 51(5): 280–5. DOI: 10.1016/j.medic.2015.09.001
14. Robson M., Murphy M., Byrne F. Qualite assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, cesarian delivery. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2015; 131(suppl.1): S23–7. DOI: 10.1016/j.ijgo.2015.04.026
15. Рудзевич А.Ю., Кукарская И.И., Фильгус Т.А. Оценка частоты кесарева сечения по классификации Робсона. *Соврем. пробл. науки и образования.* 2017; 6. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=27171> (дата обращения — 15.01.2019). [Rudzevich A.Yu., Kukarskaya I.I., Fil'gus T.A. Otsenka chastoty kesareva sечения по klassifikatsii Robsona. *Sovrem. probl. nauki i obrazovaniya.* 2017; 6. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=27171> (data obrashcheniya — 15.01.2019). (in Russian)]
16. Преждевременные роды. Клинические рекомендации (протокол лечения). URL: http://zdravorel.ru/arhiv/prezhdevremennierodi_2013.pdf (дата обращения — 15.01.2019). [Prezhdevremennnye rody. Klinicheskie rekomendatsii (protokol lecheniya). URL: http://zdravorel.ru/arhiv/prezhdevremennierodi_2013.pdf (data obrashcheniya — 15.01.2019). (in Russian)]