

ПРИМЕНЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ РОБСОНА ДЛЯ ПОИСКА ПУТЕЙ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОПЕРАЦИЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

*Л.В. Ткаченко, Т.А. Веровская, Т.И. Костенко, Т.В. Складановская,
Н.И. Свиридова, Л.К. Бабаева*

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Изучены исходы беременности и родов, закончившихся операцией кесарева сечения, в соответствии с классификацией Робсона с целью изыскания путей снижения частоты оперативного родоразрешения в стационаре 3-го уровня. Определены механизмы снижения частоты кесарева сечения в акушерском стационаре: прегравидарная подготовка в группах риска по преждевременным родам и оценка перинатальных факторов риска, персонализированный подход к методам преиндукции родов у пациенток высокой группы риска, особенно при доношенной беременности, рациональное ведение родов, профилактика первого кесарева сечения, увеличение родоразрешений через естественные родовые пути у беременных с рубцом на матке.

Ключевые слова: кесарево сечение, рубец на матке, классификация М. Робсона.

DOI 10.19163/1994-9480-2020-2(74)-87-90

APPLYING THE ROBSON CLASSIFICATION TO FIND WAYS TO REDUCE THE FREQUENCY OF CESAREAN SECTION OPERATIONS

*L.V. Tkachenko, T.A. Verovsky, T.I. Kostenko, T.V. Skladanowsky,
N.I. Sviridova, L.K. Babayeva*

*FSBEI HE «Volgograd State Medical University»
of Public Health Ministry of the Russian Federation*

The outcomes of pregnancy and childbirth, which ended with a cesarean section, were studied in accordance with Robson's classification in order to find ways to reduce the frequency of surgical delivery in a level 3 hospital. The mechanisms to reduce the frequency of cesarean section in an obstetric hospital are defined: pregravid preparation in risk groups for preterm delivery and assessment of perinatal risk factors, a personalized approach to methods of pre-induction of parturition in high-risk patients, especially in full-term pregnancy, rational management of parturition, prevention of the first cesarean section, an increase in delivery through the natural birth canal in pregnant women with a scar on the uterus.

Key word: C-section, scar on the uterus, the classification of M. Robson.

Кесарево сечение, осуществляемое по медицинским показаниям, позволило добиться снижения материнской и перинатальной смертности, однако в последние десятилетия отмечается стабильный рост частоты кесарева сечения (КС) во всем мире. При этом влияние частоты абдоминального родоразрешения на показатели материнской и перинатальной заболеваемости, а также на социально-экономическую составляющую данного вопроса, по-прежнему остаются недостаточно изученными. Но точно можно сказать, что кесарево сечение, как и любое хирургическое вмешательство, сочетается с возможностью развития осложнений у матери как в раннем, так и в позднем послеродовом периоде. Неблагоприятное влияние оперативного родоразрешения на состояние здоровья матери влечет за собой увеличение риска внутрибольничных инфекций.

Для выяснения этиологических факторов, определяющих частоту кесарева сечения и поиска путей решения этой проблемы необходим комплекс мероприятий, первоочередным из которых

является выделение групп беременных женщин, которым выполнялось кесарево сечение.

В 2001 году М. Robson предложил оценивать работу акушерских стационаров по 10-групповой классификации, что позволяет анализировать частоту КС в каждой группе, сравнивать ее с другими стационарами и находить пути снижения доли абдоминального родоразрешения. В 2015 г. данная классификация была одобрена ВОЗ, которая рекомендовала ее использовать в различных акушерских клиниках. В 2016 г. FIGO рекомендовала классификацию Робсона в качестве глобального стандарта для оценки, мониторинга и сравнения показателей КС в учреждениях здравоохранения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение исходов беременности и родов, закончившихся операцией кесарева сечения, в соответствии с классификацией Робсона и изыскание путей снижения частоты оперативного родоразрешения в стационаре 3-го уровня.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Определить группы с наибольшим влиянием на частоту кесарева сечения и в ВОКПЦ № 2.

2. Проанализировать динамику частоты кесарева сечения в ВОКПЦ № 2 за период 2018–2019 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведен ретроспективный анализ историй родов пациенток ВОКПЦ № 2 за 2018 и 2019 годы с использованием 10-групповой классификации Робсона. В соответствии с принципом классификации каждая пациентка могла попасть только в одну определенную группу. Классификация Робсона приведена в табл. 1.

Таблица 1

Классификация Робсона

Группы	Характеристики
1	Роды первые, доношенная одноплодная беременность, головное предлежание. 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 и более рубец на матке
6	Роды первые, одноплодная беременность, тазовое предлежание плода
7	Роды повторные, одноплодная беременность, тазовое предлежание плода, в том числе рубец на матке
8	Многоплодная беременность, в том числе рубец на матке
9	Одноплодная беременность, поперечное или косое положение плода, в том числе рубец на матке
10	Одноплодная беременность, преждевременные роды, головное предлежание плода, в том числе рубец на матке

Проанализировано 8706 историй родов на базе ГБУЗ ВОКПЦ № 2, из которых 4456 – за 2018 г. и 4250 – за 2019 г.

Для статистической обработки полученных данных был применен пакет прикладных программ Statistica 10 с использованием непараметрических критериев.

В целом частота абдоминальных родоразрешений в ВОКПЦ № 2 не претерпела существенных изменений в 2019 г. по сравнению с 2018 г. (табл. 2).

При этом доля абдоминальных родов снизилась в 2019 г. в 1, 5, 7-й и выросла в 10-й, во 2-й и 4-й группах.

Таблица 2

Процент кесарева сечения в каждой группе за 2018–2019 гг.

Группа	2018		2019	
	количество КС в группе			
	абс.	%	абс.	%
1	106	6,50	80	4,78
2	271	16,50	389	23,20
3	31	1,90	40	2,39
4	111	6,70	170	7,14
5	651	39,60	454	27,10
6	65	4,00	70	4,18
7	74	4,50	28	2,33
8	94	5,70	82	4,91
9	16	1,00	20	1,19
10	224	13,60	342	20,42

Наиболее существенный вклад в частоту КС в 2018–2019 гг. внесли 2-я группа, 5-я и 10-я группы (первородящие с доношенной одноплодной беременностью, головным предлежанием, которым выполнялась индукция родов или плановое кесарево сечение; повторнородящие в доношенном сроке, одним плодом и кесаревым сечением в анамнезе, а также преждевременные роды при одноплодной беременности, головном предлежании и рубцом на матке).

Абсолютное лидерство в структуре оперативного родоразрешения в течение двух лет сохраняет группа женщин с рубцом на матке, 78,2 % из которых оперируются вновь. Каждое четвертое абдоминальное родоразрешение в Перинатальном центре выполнялось при наличии рубца на матке. Однако в 2019 г. количество абдоминальных родов в данной группе удалось снизить на 12,5 % за счет более тщательного отбора беременных для проведения родов *per vias naturalis*.

Несомненно, персонализированный подход к пациенткам данной группы позволит снизить процент абдоминальных родов, но вне зависимости от различия в протоколах необходимо отметить, что основным направлением в профилактике роста частоты КС является адекватное ведение родов и профилактика первой операции.

На втором месте мы отметили высокую частоту кесарева сечения в группе 2 более 23 %, причем в 2019 г. отмечено увеличение числа абдоминальных родов на 6,7 % относительно 2018 г. Причиной стабильно высокой частоты является то, что частота программированных родов в перинатальном центре увеличивается с каждым годом вследствие специфики учреждения. Основными показаниями для преиндукции являются декомпенсированный сахарный диабет, перенашивание беременности и преэклампсия, требующая досрочного родоразрешения.

Стабильно высокой, с тенденцией к росту (13,6 % в 2018 г. и 20,4 % в 2019 г.) в течение последних двух лет остается частота кесарева сечения у пациенток при преждевременных родах, одноплодной беременности. Высокая частота КС в группе № 10 оправдана современными акушерскими подходами, и изыскать резервы снижения количества родоразрешающих операций в данной группе возможно только при проведении адекватной предгравидарной подготовки, особенно в группах риска.

Четвертой по частоте влияния на структуру оперативных родов стала 1-я группа, казалось бы, самая благоприятная для завершения родов через естественные родовые пути. При попытке классифицировать случаи экстренного кесарева сечения в данной группе нами определено, что основную долю показаний к операции вносит дистресс плода, аномалии родовой деятельности, включая патологический прелиминарный период, предшествующий развитию родовой деятельности. Данные причины мы считаем управляемыми при адекватной оценке перинатальных факторов риска и рационального мониторинга за состоянием плода. Таким образом, основным резервом для снижения случаев оперативных родов являются группы 1, 2, 3, 4.

Стабильной остается частота операции и в группах пациенток с тазовым предлежанием плода (6-я и 7-я группы) 4 % в 2018 г. и 4,1 % в 2019 г. На сегодняшний день в Федеральных клинических рекомендациях и проекте протокола «Тазовое предлежание плода (ведение беременности и родов)» используется практика европейских стран, где решение о методе родоразрешения в данной акушерской ситуации принимает женщина. Беременные активно пользуются этим правом, что не позволяет акушерам-гинекологам, даже при наличии условий консервативного родоразрешения, выбрать тактику вагинальных родов. Одним из путей снижения абдоминальных родов в данных группах мы считаем освоение и выполнение практики наружного акушерского поворота плода на головку, который ранее успешно выполнялся в классическом акушерстве, а на сегодняшний день в акушерских стационарах 3-го уровня

есть все необходимые условия для осуществления данной практики, включая симуляционный тренинг. Актуальным в данной ситуации также будет работа психолога.

Группа 9 (одноплодные беременности с косым или поперечным положением плода) составляет 1 % от общего количества абдоминальных родоразрешений, и в связи с абсолютными показаниями для оперативного родоразрешения, согласно современным протоколам, повлиять на снижение данного показателя не представляется возможным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные резервы снижения частоты кесарева сечения в акушерском стационаре:

1. Прегравидарная подготовка в группах риска по преждевременным родам и оценка перинатальных факторов риска.
2. Персонализированный подход к методам преиндукции родов у пациенток высокой группы риска, особенно при доношенной беременности.
3. Рациональное ведение родов, профилактика первого кесарева сечения.
4. Увеличение родоразрешений через естественные родовые пути у беременных с рубцом на матке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Артымук Н.В., Баев О.Р. и др. Тазовое предлежание плода (ведение беременности и родов). Клинические рекомендации (протокол). – М., 2017. – 38 с.
2. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия, v. 2.0. – М., 2017. – 872 с.
3. Краснопольский В.И., Петрухин В.А., Логотова Л.С. и др. 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). Клинические рекомендации (протокол лечения). – М., 2017. – 34 с.
4. Преждевременные роды. Клинические рекомендации (протокол лечения) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://zdravorel.ru/arhiv/prejdevremennierodi_2013.pdf (дата обращения: 15.01.2019).
5. Рудзевич А.Ю., Кукарская И.И., Фильгус Т.А. Оценка частоты кесарева сечения по классификации Робсона [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6. – Режим доступа: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=27171> (дата обращения: 15.01.2019).
6. Nakamura-Pereira M., do Carmo Leal M., Esteves-Pereira A.P., et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth // *Reprod. Health.* – 2016. – No. 13 (suppl. 3). – P. 128. – doi: 10.1186/s12978-016-0228-7.
7. Tanaka K., Mahomed K. The Ten-Group Robson Classification: a single centre approach identifying strategies to optimise caesarean section rates // *Obstet. Gynecol.* – 2017. – No. 5648938. – doi: 10.1155/2017/5648938

8. Robson M. Classification of caesarean sections // Fetal. Matern. Med. Rev. – 2001. – No. 12 (1). – P. 23–39. – doi: 10.1017/S0965539501000122

9. Souter V., Jodie K., Chien A. The Robson Classification: monitoring and comparing cesarean delivery rates // Obstetrics & Gynecology. – 2016. – No. 127. – P. 131. – doi: 10.1097/01.AOG.0000483531.18218.6d

10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; RCOG Clinical Effectiveness Support Unit. Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. – London: RCOG Press, 2001.

REFERENCES

1. Adamyan L.V., Artymuk N.V., Baev O.R., et al. Tazovoe predlezhanie ploda (vedenie beremennosti i rodov). Klinicheskie rekomendatsii (protokol) [Pelvic presentation of the fetus (management of pregnancy and childbirth). Clinical recommendations (protocol)]. Moscow, 2017. 38 p. (In Russ.; abstr. in Engl.).

2. Radzinskii V.E. Akusherskaya agressiya, v. 2.0 [Obstetric aggression, v. 2.0]. Moscow, 2017. 872 p. (In Russ.; abstr. in Engl.).

3. Krasnopol'skii V.I., Petrukhin V.A., Logutova L.S., et al. 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) [Providing specialized care for surgical vaginal delivery in the presence of a live fetus (using obstetric forceps or using a vacuum extractor or delivery using another obstetric aid). Clinical recommendations (treatment protocol)]. Moscow, 2017. 34 p. (In Russ.; abstr. in Engl.).

4. Prezhdevremennye rody. Klinicheskie rekomendatsii (protokol lecheniya) [Premature birth. Clinical recommendations (treatment protocol)]. [Electronic resource]. URL: http://zdravorel.ru/arhiv/prejdevremennierodi_2013.pdf (date of viewing: 15.01.2019). (In Russ.; abstr. in Engl.).

5. Rudzevich A.Yu., Kukarskaya I.I., Fil'gus T.A. Otsenka chastoty kesareva secheniya po klassifikatsii Robsona [Estimation of the frequency of cesarean section according to Robson's classification] [Electronic resource]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya [Modern problems of science and education], 2017, no. 6. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=27171> (date of viewing: 15.01.2019). (In Russ.; abstr. in Engl.).

6. Nakamura-Pereira M., do Carmo Leal M., Esteves-Pereira A.P., et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod. Health*, 2016, no. 13 (suppl. 3), pp. 128. doi: 10.1186/s12978-016-0228-7.

7. Tanaka K., Mahomed K. The Ten-Group Robson Classification: a single centre approach identifying strategies to optimise caesarean section rates. *Obstet. Gynecol.*, 2017, no. 5648938, doi: 10.1155/2017/5648938

8. Robson M. Classification of caesarean sections. *Fetal. Matern. Med. Rev.*, 2001, no. 12 (1), pp. 23–39, doi: 10.1017/S0965539501000122

9. Souter V., Jodie K., Chien A. The Robson Classification: monitoring and comparing cesarean delivery rates. *Obstetrics & Gynecology*, 2016, no. 127, p. 131, doi: 10.1097/01.AOG.0000483531.18218.6d

10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; RCOG Clinical Effectiveness Support Unit. Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. London: RCOG Press, 2001.

Контактная информация

Ткаченко Людмила Владимировна – д. м. н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ИНМФО, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: tkachenko.fuv@mail.ru