

АКУШЕРСКИЙ АУДИТ ЧАСТОТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ II УРОВНЯ ЗА 2016–2019 гг. НА ОСНОВЕ КЛАССИФИКАЦИИ М. РОБСОНА

А.Е. Мирошников, Н.А. Жаркин, Е.П. Шевцова, Ю.А. Шатилова, Т.К. Гаверильчук

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

Показатель частоты кесарева сечения является важным фактором, характеризующим эффективность службы родовспоможения. В последние годы частота операции кесарева сечения приобрела характер эпидемии. Большая вариабельность исходного состояния рожениц и многообразие показаний к операции не позволяют выявить основные детерминанты. В целях разработки эффективных мер по сокращению частоты абдоминального родоразрешения ВОЗ рекомендует использовать классификацию М. Робсона (TGCS). Проведенное исследование с использованием шкалы М. Робсона выявляет контингент пациенток, среди которых возможно уменьшение числа абдоминальных родоразрешений и разработка мер, направленных на снижение частоты кесарева сечения в стационарах II уровня.

Ключевые слова: частота кесарева сечения; классификация М. Робсона; абдоминальное родоразрешение.

DOI 10.19163/1994-9480-2020-4(76)-65-67

OBSTETRIC AUDIT OF CAESAREAN SECTION FREQUENCY IN LEVEL II HOSPITALS FOR 2016–2019, BASED ON THE CLASSIFICATION OF M. ROBSON

A.E. Miroshnikov, N.A. Zharkin, E.P. Shevtsova, Yu. A. Shatilova, T.K. Gavrilchuk

FSBEI HE «Volgograd State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

The caesarean section is an important factor characterizing of obstetric care. In recent decades, the frequency of cesarean section has become pandemic. The large variability of the initial state of women in labor and the variety of indications for surgery do not allow us to identify the main determinants. In order to develop effective measures to reduce the frequency of abdominal delivery, WHO recommends using the M. Robson classification (TGCS). A study using the M. Robson scale identifies the patient population, among which a decrease in the number of abdominal delivery is possible and measures can be developed aimed at reducing the frequency of cesarean section in level II hospitals.

Key words: caesarean section frequency, classification of M. Robson, abdominal delivery.

Увеличение количества кесаревых сечений в последние десятилетия вызывает озабоченность специалистов родовспоможения [5]. Факторы, влияющие на эту тенденцию, противоречивы и не всегда оправданы, как, например, желание пациентки осуществить кесарево сечение даже при отсутствии каких-либо показаний. Признано, что смещение пропорции в сторону абдоминального родоразрешения многократно увеличивает риски для всех участников процесса [3]. Врач утрачивает профессиональный навык бережного акушерства. Мать остается в зоне риска возникновения тромбоза, эмболии, кровотечений. В дальнейшем у таких женщин снижается качество репродуктивного здоровья [4]. Новорожденный зачастую получает микрофлору не матери, а медицинского персонала, а потому менее устойчив к ряду заболеваний (Краснопольский В.И., 2015). В поисках причин роста абдоминальных родов объективную картину дает 10-групповая классификация кесарева сечения М. Робсона (TGCS). Она позволяет осмысленно и релевантно сравнивать показатели кесарева сечения на уровне учреждения, города или региона [2].

Согласно этой классификации все пациентки, поступающие на родоразрешение в медучреждение, распределяются между 10 группами по таким признакам, как акушерский анамнез, вид беременности, характер начала родов, срок беременности к моменту родоразрешения и пр. [6, 7] (табл.).

Группировка по шкале М. Робсона

Группа	Характеристика
1	Первородящие, с гестационным сроком ≥ 37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды
2	Первородящие, с гестационным сроком ≥ 37 нед., 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
4	Повторнородящие, без рубца на матке, с гестационным сроком ≥ 37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановое КС
5	Повторнородящие с рубцом на матке, с гестационным сроком ≥ 37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание
6	Первородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание
7	Повторнородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание, в том числе с рубцом на матке
8	Все женщины с многоплодной беременностью, в том числе с рубцом на матке
9	Все женщины с одноплодной беременностью при поперечном или косом положении плода, включая женщин с рубцом на матке
10	Все женщины с одноплодной беременностью, головное предлежание, с гестационным сроком ≤ 36 нед., включая женщин с рубцом на матке

Частота акушерских осложнений рассчитывается в каждой группе отдельно. Это позволяет анализировать природу осложнений среди однородного контингента пациенток.

В нашей стране за последние десять лет были опубликованы исследования с применением этой классификации [2, 3]. Мы провели собственное исследование частоты операций кесарева сечения за 2016, 2018 и 2019 гг. в родильном доме II уровня. Известно, что родовспомогательные учреждения II уровня несут основную нагрузку по обеспечению высококвалифицированной помощью рожениц с повышенным риском – 60 % стационарных акушерских коек в нашей стране развернуты в этих учреждениях [1]. ГУЗ «Клинический родильный дом № 2» г. Волгограда – один из 5 городских роддомов, относящийся ко II уровню учреждений родовспоможения. За год в этом роддоме проходит около 2400 родов. За последнее десятилетие в этом роддоме, как и в других роддомах города, да и страны в целом, частота кесаревых сечений выросла с 16 % в 2004 г. до 28,8 % за 2019 г. Чтобы понять природу роста частоты этого осложнения, мы классифицировали по критериям М. Робсона всех пациенток, поступивших на родоразрешение в роддом № 2 в 2016, 2018 и 2019 гг.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести анализ частоты операций кесарева сечения с помощью групп Робсона. Выявить основные резервы уменьшения частоты абдоминального родоразрешения в учреждениях II уровня.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Были проанализированы 6 216 родов, произошедших в 2016, 2018 и 2019 гг в ГУЗ «Клинический родильный дом № 2» г. Волгограда. Все случаи родов были рассмотрены отдельно по годам. Анализ выполнялся в соответствии с Письмом Минздрава России от 19.02.2019 № 15-4/И/2-1286 «О направлении методического письма по внедрению и использованию классификации операции кесарева сечения М. Робсона, рекомендованной ВОЗ».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Частота кесарева сечения в данном роддоме за анализируемый период увеличилась с 26,5 до 28,8 %. В это количество включены как впервые выполненные операции, так и повторные из-за ранее перенесенной. Попытка найти объяснение этому феномену дала следующий результат.

Все 6 216 пациенток ежегодно распределялись на 10 групп М. Робсона. Абсолютные цифры и процентное выражение в группах за каждый отдельный год остаются в определенном соотношении, что свидетельствует о правильности распределения родильниц по соответствующим группам (рис. 1).

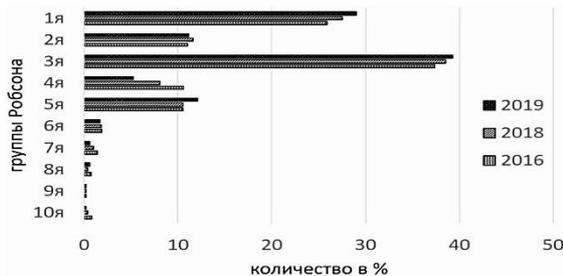


Рис. 1. Сравнение размеров групп пациенток в процентном соотношении за 2016, 2018 и 2019 гг.

Также о верности распределения можно судить по 9-й группе (женщины с одноплодной беременностью при поперечном или косом положении плода). Частота кесарева сечения в этой группе за все время наблюдения остается на уровне 100 %, что совершенно логично и подтверждает качество исследования.

Абсолютное большинство родильниц сосредоточены в первых 5 группах. Именно в этих группах находятся объяснения прироста частоты кесарева сечения. Так, в 1 гр. (первородящие после 37 нед., одноплодные, со спонтанным началом родов) обнаруживается прирост частоты кесарева сечения с 16,5 до 23,5% (рис. 2). Одна из причин этого явления, возможно, лежит в гипердиагностике «острой гипоксии плода». Так, сравнивая показания к кесареву сечению, можно увидеть, что в 2016 г. острая гипоксия плода была причиной кесарева сечения в 7,2 % случаев, а в 2019 году – 8,8 %.

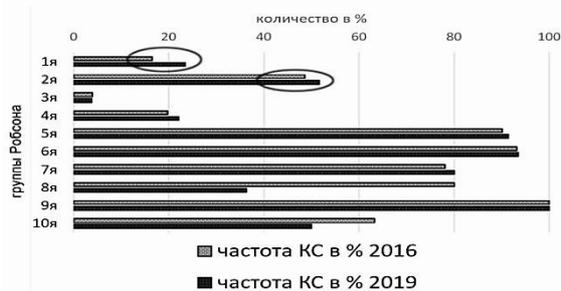


Рис. 2. Динамика изменения частоты кесарева сечения в % в стационаре II уровня за 2016 и 2019 гг., отраженная в группах Робсона

Заметный прирост абдоминальных родоразрешений наблюдается во 2-й гр. (первородящие после 37 нед., одноплодные, с индукцией родов или плановым кесаревым сечением). Здесь прирост частоты с 48,6 до 51,7 %. При анализе показаний к кесареву сечению можно обнаружить, что в 2016 г. частота «клинически узкого таза» составляла 2,7 %, а в 2019 г. – 4 %. Доля операций только в этих 2 группах родильниц составляет больше половины от общего количества. Особую озабоченность имеет тот факт, что эти многочисленные родильницы становятся потенциальными претендентками на повторные операции в будущем.

Еще один феномен привлекает внимание. Повторнородящие из 3-й и 4-й групп составляют больше половины общего количества родильниц. Среди этих пациенток частота кесарева сечения в разы

меньше (3,9 против 23,5 %). Однако из-за многочисленности группы вклад в общее количество кесарева сечения составляет почти 10 % (49 случаев).

Другая составляющая кесаревых сечений – повторные операции из-за рубца на матке. Это 5-я группа родильниц (повторнородящие после 37 нед. с рубцом на матке). В этой группе 221 пациентка (12,1 % от всех родоразрешенных). За 2019 г. абсолютное большинство из них – 202 (91,4 %) – подверглись повторной операции. Среди этих родильниц не наблюдалось снижения частоты кесарева сечения за прошедшие три года. Напротив, в последний год наметилась тревожная тенденция по увеличению процента абдоминальных родоразрешений при наличии рубца на матке.

Следует обратить внимание еще на один возможный резерв снижения количества операций. Родильницы 6-й гр. (первородящие после 37 нед., тазовое предлежание) немногочисленны – 31 чел. (1,7 % от общего количества). Однако частота кесарева сечения у них также велика – 93,5 %. В абсолютных цифрах – это дополнительные 29 первичных операций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Десятигрупповая классификация Майкла Робсона является качественным инструментом для объективного анализа эффективности родовспоможения как в отдельном учреждении, так и в динамике по годам. Разделение всех родильниц на категории со схожими исходными данными позволяет более точно увидеть причины неудовлетворительных результатов.

В качестве эффективных мероприятий по снижению частоты КС следует внедрять методы более точной диагностики состояния внутриутробного плода (определения лактата крови, применения STAN в родах, УЗИ в родах).

Тщательная психопрофилактическая подготовка беременных к родам, в том числе имеющих рубец на матке после предыдущего кесарева сечения, способна обеспечить устойчивое стремление рожениц к вагинальным родам, полноценную мобилизацию их собственных возможностей, более доверительное сотрудничество с медперсоналом. В этом видятся резервы снижения акушерской агрессии в родах и уменьшения числа материнских и перинатальных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Методическое письмо МЗ РФ «Совершенствование трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде» от 20.11.2014 г. № 15-4/10/2-8757.
2. Орлова В.С., Калашникова И.В. Абдоминальное родоразрешение как медико-социальная проблема современного акушерства // Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. – № 62 (4). – С. 6–13.
3. Радзинский В.Е., Князев С.А. Настоятельные рекомендации ВОЗ о снижении доли кесаревых сечений // Status Praesens. – 2015. – № 3 (26). – С. 11–20.

4. Шевцова Е.П., Мирошников А.Е., Шатилова Ю.А., Жаркин Н.А. Комплексная подготовка беременных с рубцом на матке к вагинальным родам // Архив акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирёва. – 2019. – Т. 6, № 1. – С. 38–42. – doi: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2019-6-1-38-42>.

5. Patterns of maternity care in English NHS trusts / 2013/14/March 2016.

6. Robson M.S. Classification of caesarean sections // Fetal and Maternal Medicine Review. – 2001. – Vol. 12(1). – P. 23–39.

7. Robson M. The Ten Group Classification System (TGCS) – a common starting point for more detailed analysis // BJOG. – 2015. – Vol. 122(5). – P. 701.

8. Torloni M.R., Betran A.P., Souza J.P., et al. Classification for caesarean section: a systematic review // PLoS ONE. – 2011. – Vol. 6 (1). – e14566.

9. Betran A.P., Vindevooghel N., Souza J.P., et al. A systematic review of the Robson Classification for caesarean section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It // PLoS ONE. – 2014. – Vol. 9 (6). – e 97769. – doi: [10.1371/journal.pone.0097769](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097769).

REFERENCES

1. Metodicheskoye pis'mo MZ RF «Sovershenstvovaniye trekhurovnevoy sistemy okazaniya meditsinskoy pomoshchi zhenshchinam v period beremennosti, rodov i v poslerodovom periode» [Methodological letter of the Ministry of Health of the Russian Federation «Improvement of the three-level system of medical care for women during pregnancy, childbirth and the postpartum period»] from 20.11.2014 g. No. 15-4/10/2-8757. (In Russ.; abstr. in Engl.).

2. Orlova V.S., Kalashnikova I.V. Abdominal'noye rodorazresheniye kak mediko-sotsial'naya problema sovremennogo akusherstva [Abdominal delivery as a medical and social problem of modern obstetrics]. *Zhurnal akusherstva i zhen'skikh bolezney* [Journal of Obstetrics and Women's Diseases], 2013, no. 62 (4), pp. 6–13. (In Russ.; abstr. in Engl.).

3. Radzinsky V.E., Knyazev S.A. Nastoyatel'nyye rekomendatsii VOZ o snizhenii doli kesarevykh secheniy [WHO urgent recommendations to reduce the proportion of caesarean sections]. *Status Praesens*, 2015, no. 3 (26), pp. 11–20. (In Russ.; abstr. in Engl.).

4. Shevtsova E.P., Miroshnikov A.E., Shatilova Yu.A., Zharkin N.A. Kompleksnaya podgotovka beremennykh s rubtsom na matke k vaginal'nym rodam [Integrated preparation of pregnant women with a uterine scar to vaginal parturition]. *Arkhiv akusherstva i ginekologii im. V. F. Snegirovayu* [V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology], 2019, no. 6(1), pp. 38–42, doi: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2019-6-1-38-42>. (In Russ.; abstr. in Engl.).

5. Patterns of maternity care in English NHS trusts / 2013/14/March 2016.

6. Robson M.S. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*, 2001, vol. 12(1), pp. 23–39.

7. Robson M. The Ten Group Classification System (TGCS) – a common starting point for more detailed analysis. *BJOG*, 2015, vol. 122(5), p. 701.

8. Torloni M.R., Betran A.P., Souza J.P., et al. Classification for caesarean section: a systematic review. *PLoS ONE*, 2011, vol. 6 (1), e14566.

9. Betran A.P., Vindevooghel N., Souza J.P., et al. A systematic review of the Robson Classification for caesarean section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It. *PLoS ONE*, 2014, vol. 9 (6), e97769, doi: [10.1371/journal.pone.0097769](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097769).

Контактная информация

Мирошников Анатолий Евгеньевич – к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: miroshnikov-7@mail.ru