

Самигуллина А.Э., Выборных В.А.

**КЕСАРЧА ЖАРУУ: БОЛЖОЛДОО ЖАНА АЗАЙТУУ
ЖОЛДОРУ**

Самигуллина А.Э., Выборных В.А.

**КАЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ
И ПУТИ СНИЖЕНИЯ**

A.E. Samigullina, V.A. Vybornykh

**CAESAREAN SECTION: FORECASTING AND WAYS
TO REDUCTION**

УДК: 618.5-089.888.61

Изилдөөнүн жүрүшүндө үч жылдык мезгилде Эне жана Баланы коргоо Улуттук борборунда төрөттүн жалпы саны 1,1 эсеге, ыкчам төрөт 1,3 эсеге жогорулаган, энелердин өлүмүнүн деңгээли 0,9 эсеге, перинаталдык өлүмдүн саны 0,8 эсеге азайган, Кесарча жаруунун коэффициенти орточо эсеп менен 26,6%га барабар болгондугу аныкталган.

М.Робсондун классификациясы боюнча эң көп сандык болуп 5-чи топ болду (33,1%), экинчи рангдык орунда 10-чу топ (15,9%). 2014-жылы үчүнчү орунда 1-чи жана 3-чу топ (10,5%дан), бешинчи орунда – 4-чу топ (8,7%). 2015-жылы үчүнчү орун 1-чи жана 4-чу топко туура келет (12,6%), бешинчи орунда - 3-чу топ (9,2%). 2016-жылы үчүнчү орунда 4-чу топ (12,0%), төртүнчү рангдык орун – 3-чу топ (11,4%). 2-чи топко орточо 7,4% туура келет. Эң аз сандык топтор, бул 6-чы, 7-чи, 8-чи жана 9-чу, бирок дал ушулар акушердик жардамдын сапатынын индикатору болуп саналат.

Ошентип, М.Робсондун классификациясы менен талданган Кесарча жаруунун коэффициенти төрөттү жүргүзүү тактикасы жана дарыгердик кадрлардын кесипкөйлүгү тууралуу маалыматтарды алууга мүмкүнчүлүк берет, мекеменин ичинде төрөткө болгон мамиленин философиясын жана өзгөрүүнүн жылдар боюнча динамикасын салыштырма баалоону жүргүзүү гана эмес, облустар жана өлкөлөрдөгү ар кандай саламаттык сактоо мекемелерин салыштырууга мүмкүнчүлүк берет. М.Робсондун ондук классификациясын киргизүү Кыргыз Республикасындагы көрсөткүчтөрдү бир түргө келтирүүнү жана төрөткө жардам берүүнүн негизги дүйнөлүк тренддери менен биздин көрсөткүчтөрдү салыштырууга мүмкүндүк берет.

Негизги сөздөр: кесарча жаруу, жыштык, үлүш, Робсондун классификациясы.

В ходе исследования выявлено, что за трехлетний период в Национальном центре охраны материнства и детства (НЦОМид) общее количество родов возросло в 1,1 раз, оперативных родов в 1,3 раза, уровень материнской смертности уменьшился в 0,9 раза, перинатальной смертности в 0,8 раз, коэффициент Кесарево сечения (КС) в среднем равен 26,6%.

По классификации М. Робсона самой многочисленной оказалась 5-я группа (33,1%), на втором ранговом месте 10-я группа (15,9%). В 2014 году на третьем месте 1-я и 3-я группы (по 10,5%), на пятом – 4-я (8,7%). В 2015 году третье место приходится на 1-ю и 4-ю группы (по 12,6%), на пятом месте - 3-я (9,2%). В 2016 году на третьем месте 4-я группа (12,0%), четвертое ранговое место - 3-я группа (11,4%). На 2-ю группу приходится в среднем 7,4%. Самые

малочисленные 6, 7, 8 и 9 группы, но именно они являются индикатором качества акушерской помощи.

Таким образом, коэффициент Кесарево сечения, проанализированный с помощью классификации М.Робсона позволяет получить информацию о тактике ведения родов и профессионализме врачебных кадров, о философии подхода к родам внутри учреждения и позволяет провести сравнительную оценку не только изменений динамики по годам, но и сравнить различные учреждения здравоохранения по областям и странам. Внедрение 10-ти значной классификации М.Робсона позволит унифицировать данные по Кыргызской Республике и сравнить наши показатели с основными мировыми трендами в родовспоможении.

Ключевые слова: кесарево сечение, частота, доля, классификация Робсона.

The study revealed that during the three-year period, the total number of births at the National center for maternal and child care (Ntsomid) increased by 1.1 times, the number of prompt deliveries by 1.3 times, the level of maternal mortality decreased by 0.9 times, perinatal mortality by 0.8 times, the Caesarean section rate (CS) is on average 26.6%.

According to M. Robson's classification, the 5th group (33.1%) was the most numerous, the 10th group (15.9%) was in second place. In 2014, 1st and 3rd groups (10.5%) were ranked third, and 4th (8.7%) were ranked fifth. In 2015, the third place belongs to the 1st and 4th groups (12.6%), the fifth place-the 3rd (9.2%). In 2016, the 4th group (12.0%) took the third place, the fourth ranking place-the 3rd group (11.4%). The 2nd group accounts for an average of 7.4%. The smallest groups are 6, 7, 8 and 9, but they are an indicator of the quality of obstetric care.

Thus, the Caesarean section ratio, analyzed with the help of the classification of M. Robson, provides information about the tactics of childbirth and the professionalism of medical personnel, the philosophy of the approach to childbirth within the institution and allows for a comparative assessment of not only changes in dynamics over the years, but also to compare different health institutions by region and country. The introduction of a 10-digit classification of M. Robson will unify data on the Kyrgyz Republic and compare our indicators with the main global trends in childbirth.

Key words: cesarean section, frequency, percentage, classification of Robson.

Введение. Медико-социальное значение любого патологического состояния или оперативного вмешательства определяется, прежде всего, его распространенностью в популяционных группах и влиянием на важнейшие показатели, определяющие параметры смертности, здоровья или качество жизни [1].

По мнению большинства авторов, основными причинами увеличения количества абдоминального родоразрешения являются возраст первородящих более 30 лет в сочетании с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом; перинатальный аспект (кесарево сечение, производимое в интересах плода); тазовое предлежание плода; рубец на матке. С учетом же различной акушерской и экстрагенитальной патологии с целью улучшения исходов беременности, в первую очередь в интересах плода, кесарево сечение осуществляют у 65-72% первородящих старше 30 лет [2, 3].

В 1996 году Michael Robson впервые опубликовал инновационную систему классификации Кесарево сечений (КС). Рожениц он подразделил на 10 взаимоисключающих групп на основании рутинно регистрируемых объективных акушерских параметров. Для каждой группы фиксируется число участниц, а также количество КС, что позволяет определить группы с высоким показателем КС и их вклад в общие показатели КС. В настоящее время ВОЗ (2014) рекомендовала применять эту систему для анализа показателей КС по всему миру. Результаты такого анализа свидетельствуют о широком разбросе в показателях при наличии общих характерных черт [4].

В условиях высокого уровня ресурсов большинство КС проводятся у женщин из трех групп: рожавших женщин с КС в анамнезе, нерожавших женщин при спонтанных родах и нерожавших женщин при индуцированных родах. Усилия, направленные на сокращение доли КС посредством десяти групповой системы классификации Робсона, как правило, сосредоточены на трех упомянутых группах [5].

Кроме того, разработанная британским акушером Robsonom M.S., классификация позволяет сопоставлять причины в динамике по годам, а также анализировать их в региональном, национальном и международном уровнях [6], выявлять и осуществлять мониторинг тех акушерских практик, которые оказывают наибольшее влияние на текущие тенденции роста общего уровня КС и таким образом позволяет улучшать качество оказания акушерской помощи [7].

Однако в Кыргызстане работ по оценке динамики частоты КС по годам и научной оценки данной динамики с помощью классификации М. Робсона не проводилось, что и явилось обоснованием для проведения данной работы.

Цель исследования. Изучить динамику частоты и удельный вес КС по классификации Робсона для научного обоснования путей его снижения.

Материал и методы исследования. Проведено когортное ретроспективное исследование на базе Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики (КГМИПКиПК МЗ КР).

Для его проведения сплошным методом получены данные о количестве абдоминальных родов у

женщин Кыргызской Республики, родоразрешенных в Национальном центре охраны материнства и детства (НЦОМид) МЗ КР. Путем выкопировки данных из историй родов форма 096/у от 10.09.2002. №375 за период 2014-2016 годы были получены абсолютные цифры. Проведена научная оценка частоты, динамики и удельного веса абдоминальных родов за краткосрочный цикл развития, который составил 3 года.

Показатели уровня материнской смертности были рассчитаны на 100 тыс. живорожденных. Показатель перинатальной смертности рассчитывался на 1 тыс. детей рожденных живыми и мертвыми.

Ранговая значимость вычислялась коэффициентом ранговой корреляции Спирмена по формуле:

$$p = 1 - \frac{\Sigma d^2 + A + B}{n^3 - n}$$

Оценка удельного веса коэффициента КС оценивалась по единой стандартизированной европейской классификации (10-групповая классификация M.S. Robson, 2001) рекомендованной ВОЗ в 2014 г.

В качестве значений вероятности безошибочного прогноза были выбраны критерии статической значимости ошибки – менее 5% двусторонняя ($p < 0,05$), при 95% доверительном интервале, и статистической мощности – 80%-я мощность. Для проведения статистической обработки полученных данных использован доступный в онлайн-режиме свободный программный пакет Центра по контролю Заболеваемости США OpenEpi 3.03.

Результаты исследования. Исследование показало, что за анализируемые три года в Национальном центре охраны материнства и детства общее число родов возросло в 1,1 раз, так в 2014 году роды произошли у 4293 женщин, в 2015 году – у 4603 беременных, а в 2016 году у 4768 беременных женщин. При этом отмечается и рост оперативных родов путем Кесарево сечение в 1,3 раза (2014г. – 1028, 2015г. – 1296, 2016г. – 1325). Учитывая, что НЦОМид является организацией здравоохранения третичного уровня и специализируется на оказании высококвалифицированной помощи для женщин с осложненной беременностью со всех уголков Кыргызстана, соответственно уровень материнской смертности намного выше среднего республиканского уровня, однако отмечается положительная тенденция его снижения. В 2014 году данный показатель составлял 70,2 на 100 тыс. живорожденных (3 женщины), в 2015 году – 87,0 на 100 тыс. живорожденных (4 женщины) и к 2016 году снизился до 63,3 на 100 тыс. живорожденных (3 женщины), отмечается снижение его в 0,9 раз за трехлетний период. При этом в 2014 году и 2016 году все умершие женщины были родоразрешены абдоминальным путем (100%), а в 2015 году из 4-х умерших женщин у 2 беременных были самостоятельные роды (50%) и 2 женщины родоразрешены путем операции Кесарево сечение (50%). За анализируемые три года отмечается положительная динамика в отношении перинатальной смертности, так показатель за этот период снизился в 0,8 раз. Перинатальная

смертность в 2014 году составляла 67,6 на 1 тыс. родившихся, в 2015 году – 56,8 на 1 тыс. родившихся, а в 2016 году – 53,5 на 1 тыс. родившихся. Коэффициент Кесарево сечения в НЦОМид в 2014 году равнялся 23,9%, с ростом его в 2015 году до 28,2% и снижением до 27,8% к 2016 году. Специалисты здравоохранения полагали, что оптимальный коэффициент КС – это минимальный коэффициент, для третичного уровня здравоохранения в среднем он составляет 30%. Однако сама цифра коэффициента не позволяет ответить на вопрос много это или мало. Учитывая рост беременных женщин старше 35 лет, имеющих различную соматическую патологию, ежегодное снижение индекса здоровья женщин, рост неудовлетворенности самих женщин услугами медицинской помощи оказываемых в родах, следующие судебные разбирательства, настороженность со стороны медицинских экономистов увеличением расходов в здравоохранении на КС в сравнении с вагинальными родами, при этом данная динамика характерна не только для КР, но и для всего мира. Данная тенденция объединила специалистов и колледжи акушеров-гинекологов в США, Великобритании, Австралии и Новой Зеландии выступить с обсуждением, что существующие классификации КС не позволяют увидеть полную картину тенденций и провести научных анализ качественного обслуживания женщин. Поэтому назрела необходимость новой общепринятой стратегии, которая позволит создать общую базу данных по эпидемиологической обстановке, будет структурирована, поможет выявить негативные и позитивные последствия, а результаты анализироваться стандартным образом. Система классификации десяти групп М.Робсона была впервые описана в 2001 году и рекомендована ВОЗ (2015) к применению для всех стран, так как она позволяет оценить структурировано все исходы для матери и ребенка, различные процессы и их экономическую эффективность. Кроме того группы важны для клиницистов и руководителей, так как служат отправной точкой для любого обсуждения перинатального аудита, давая полную информацию о типе предоставляемой помощи медицинским учреждениям, возможности интерпретировать информацию, при этом дает возможность сравнения учреждений между собой, регионов и даже стран являясь единым принятым стандартом.

Из данных представленных в таблице 1, видно, что самая многочисленная группа №5, из 10-ти значной классификации Робсона – это повторнородящие с рубцом на матке, с гестационным сроком более 37 недель, одноплодной беременностью, головным предлежанием. При этом за все три анализируемых года на нее приходится в среднем 33,1% всех оперативных родов. Учитывая динамику ежегодного роста абдоминальных родов, именно эта группа требует усилия акушеров для изыскания профессиональных возможностей проведения вагинальных родов у женщин с рубцом на матке, тем самым снижая процент

инвалидизации женщин. Второе ранговое место приходится на 10-ую группу – женщины с одноплодной беременностью, головное предлежание, с гестационным сроком меньше 36 недель, включая женщин с рубцом на матке. В среднем на эту группу приходится 15,9%, однако отмечается положительная тенденция уменьшения данного показателя за три года, с 17,5% в 2014 году до 14,6% к 2016 году.

Третье ранговое место в группах различаются по годам, если в 2014 году на него приходится две группы – это первая группа (первородящие, с гестационным сроком более 37 недель, одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды) – 10,5% и 3-я группа (повторнородящие, без рубца на матке, с гестационным сроком более 37 недель, одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды) – 10,5%. Первая группа женщин является наиболее важной для стационаров любого уровня здравоохранения, именно в этой группе коэффициент КС должен рассматриваться как показатель «золотого стандарта» по которому необходимо оценивать мероприятия и результат качественного обслуживания родильниц. Тем самым данная группа позволяет выявить динамику изменений в области применения абдоминальных родов, особенности клинических характеристик женщин и профессионализма акушеров. Аудит в динамике показателя данной группы позволяет не только снизить процент КС, но и приведет к снижению женщин в пятой группе классификации. Третья группа женщин уникальна тем, что именно эта группа должна иметь очень низкий коэффициент КС, при этом, если коэффициент КС в данной группе выше 3%, следует научно проанализировать данные аудита и внедрить инструмент позволяющий добиться снижения показателя до 3%.

Следует обратить внимание на пятое ранговое место в 2014 году, которое приходится на четвертую группу (повторнородящие, без рубца на матке, с гестационным сроком более 37 недель, одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановое КС) на которое в нашем исследовании приходится 8,7%. Средний показатель, рекомендованный ВОЗ, для этой группы составляет 5-8%. Если данный показатель выше этих цифр, следует предположить, что Кесарево сечение в этой группе проводится по просьбе самих женщин или акушеров-гинекологов с целью обезопасить себя от судебных разбирательств.

В 2015 году на 3-е ранговое место приходятся первая и четвертая группы по 12,6% на каждую группу. Четвертая группа – это повторнородящие женщины, без рубца на матке, с гестационным сроком более 37 недель, одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановое КС, как и первая группа, коэффициент КС обычно в этой группе (ВОЗ) составляет 5-8% и более высокий коэффициент означает, что количество плановых КС остается все еще актуальным для данной организации.

Динамика изменения частоты КС в НЦОМид по классификации М. Робсона за период 2014-2016 гг.

№ №	Показатели	2014 n=1028		2015 n=1296		2016 n=1325	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	первородящие, с гестационным сроком ≥ 37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды	108	10,5	163	12,6	88	6,6
2.	первородящие, с гестационным сроком ≥ 37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановое КС	80	7,8	80	6,2	109	8,2
3.	повторнородящие, без рубца на матке, с гестационным сроком ≥ 37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды	108	10,5	119	9,2	151	11,4
4.	повторнородящие, без рубца на матке, с гестационным сроком ≥ 37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановое КС	89	8,7	163	12,6	159	12,0
5.	повторнородящие с рубцом на матке, с гестационным сроком ≥ 37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание	360	35,0	370	28,5	473	35,7
6.	первородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание	21	2,1	58	4,5	25	1,9
7.	повторнородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание, в том числе с рубцом на матке	30	2,9	50	3,9	63	4,8
8.	все женщины с многоплодной беременностью, в том числе с рубцом на матке	32	3,1	46	3,5	29	2,2
9.	все женщины с одноплодной беременностью при поперечном или косом положении плода, включая женщин с рубцом на матке	20	1,9	46	3,5	35	2,6
10.	все женщины с одноплодной беременностью, головное предлежание, с гестационным сроком ≤ 36 нед., включая женщин с рубцом на матке.	180	17,5	201	15,5	193	14,6

Пятое ранговое место приходится на третью группу – 9,2%, как уже отмечалось выше, данная группа имеет целевой показатель не выше 3% и организации с более высоким удельным весом данной группы должны провести научную оценку и аудит каждого случая в отдельности для изыскания резервов снижения данного показателя.

В 2016 году на третье ранговое место приходится четвертая группа (повторнородящие женщины, без рубца на матке, с гестационным сроком более 37 недель, одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановое КС) на которую приходится 12,0% от общего числа абдоминальных родов. Четвертое ранговое место занимает третья группа (повторнородящие, без рубца на матке, с гестационным сроком более 37 недель, одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды) – 11,4%.

При анализе групп выявлено, что вторая группа (первородящие, с гестационным сроком более 37 недель, одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановое КС) имеет в среднем удельный вес 7,4%, обычно коэффициент КС в данной группе составляет 25-30%, в нашем исследовании данный коэффициент в 4,0 раза меньше, при этом, чем больше соотношение 2-й группы к 1-й группе тем выше коэффициент КС в

медицинском учреждении. Основная проблема клиницистов в том, что именно первая и вторая группы становятся «движущей силой» для повышения первичного коэффициента КС.

Самые малочисленные в нашем исследовании 6, 7, 8 и 9 группы по классификации Робсона, но именно они имеют огромное значение в снижении перинатальной заболеваемости и смертности любого медицинского учреждения, по ним судят о доступности медицинской помощи для беременных.

В 9-й группе коэффициент КС всегда равен 100% и вклад в общий коэффициент КС не имеет значения, так как он очень низок – это все женщины с одноплодной беременностью при поперечном или косом положении плода, включая женщин с рубцом на матке, по данным ВОЗ данная группа в среднем составляет от 0,4-0,8%. Из таблицы 1 видно, что к сожалению в 2014 году на эту группу женщин приходится 1,9% всех КС, в 2015 году удельный вес данной группы составил 3,5%, а в 2016 году снизился до 2,6%, в среднем за три года на эту группу приходится 2,7%, что в 3,3 раза больше рекомендованных цифр.

Группа №8 очень гетерогенна и включает в себя всех женщин с многоплодной беременностью, в том числе с рубцом на матке, учитывая очень высокий риск перинатальной заболеваемости и смертности, при оценке коэффициента КС эта группа очень мало влияющая на общий коэффициент, но вследствие

высокого риска перинатальной смертности имеет совершенно другой подход к оценке риска и пользы для снижения коэффициента КС. В нашем исследовании средний процент данной группы за три года составил 2,9%.

Следующие две группы – это группа №6 (первородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание) и группа №7 (повторнородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание, в том числе с рубцом на матке) вклад этих групп в коэффициент КС очень мал, но учитывая общую мировую тенденцию родоразрешать тазовые предлежания абдоминальным путем и высокое соотношение риска и пользы в пользу избегания перинатальных рисков эти две группы следует оценивать иначе и более дифференцированно подходить к каждому частному случаю. В динамике за три года удельный вес данных групп различный в среднем в 6-й группе он равен 2,8%, с резким скачком в 2015 году, в 7-й группе – 3,9%, в ежегодным ростом в 1,7 раза к 2016 году.

Таким образом, уровень коэффициента КС не является маркером качества медицинской помощи, но коэффициент КС проанализированный с помощью классификации М. Робсона позволяет получить информацию о тактике ведения родов и профессионализме врачей кадров, о философии подхода к родам внутри учреждения и позволяет провести сравнительную оценку не только изменений динамики по годам, но и сравнить различные учреждения здравоохранения по областям и странам. Внедрение 10-ти значной классификации М. Робсона позволит унифицировать данные по Кыргызской Республике и

сравнить наши показатели с основными мировыми трендами в родовспоможении.

Литература:

1. Орлова В.С. Абдоминальное родоразрешение как медико-социальная проблема современного акушерства / В.С. Орлова, И.В. Калашникова, Е.В. Булгакова, Ю.В. Воронова // Журнал акушерства и женских болезней. - М., 2013. - Т. LXII. – В. 4. - С. 6-14.
2. Analysis of Cesarean Delivery at Assiut University Hospital Using Ten Group Classification System / Abdel-Aleem H., Shaaban O.M., Hassanin A.I. [et al.] // Int.J. Gynecol. Obstet, 2013. - Vol. 123. - №2. - P. 119-123.
3. Ананьев В.А. Осложнения и заболеваемость после кесарева сечения в послеродовом и отдаленном периоде / В.А. Ананьев, Н.М. Побединский, Е.А. Чернуха // Акушерство и гинекология, 2005. - №2. - С. 52-54.
4. Robson M, Scudamore I, Walsh S. Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates. Am J Obstet Gynecol, 1996; 174:199-205.
5. Kotaska A. Кесарево сечение или роды через естественные родовые пути в 20-м веке / Andrew Kotaska // Entre Nous: Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью, 2015. - № 81. - с.9.
6. Brennan D. J., Robson M.C., Murphy M. Comparative analysis of international cesarean delivery rates for the 10-group classification identifies significant differences in spontaneous labor // Am. J. Obstet. Gynecol, 2009. - Vol. 201. - №3. - P. 308-316.
7. Comparative Analysis of Cesarean Delivery Rates over a 10-year Period in a Single Institution Using 10-class Classification / Cirello E., Locatelli A., Incerti M. [et al.] // J.Mater. Fetal Neonatal Med, 2012. - Vol. 25. - №12. - P. 2717-2720.

Рецензент: д.м.н., профессор Рыскельдиева В.Т.