

Получена: 25 марта 2019 / Принята: 4 апреля 2019 / Опубликовано online: 30 июня 2019

УДК 618.3615.07(574.25)

ПРИМЕНЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ РОБСОНА ДЛЯ АНАЛИЗА РАБОТЫ КГП НА ПХВ «ПАВЛОДАРСКОГО ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА №1» И ПОИСКА ПУТЕЙ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Диляра Е. Серикболова ¹, Алма С. Каипова ¹

Жансулу Е. Акылжанова ², <https://orcid.org/0000-0001-6855-127X>

Татьяна М. Дернова ¹, <https://orcid.org/0000-0001-7609-1568>

Оксана И. Шалбаева ¹, <https://orcid.org/0000-0002-9646-1981>

¹ Резиденты 3 года обучения по специальности «Акушерство и гинекология, в том числе детская». НАО «Медицинский Университет Семей», Павлодарский филиал.

² Курс акушерства и гинекологии НАО «Медицинский Университет Семей», Павлодарский филиал, г. Павлодар, Республика Казахстан.

Введение. Кесарево сечение (КС) является самой распространённой операцией во всем мире, частота которой, по данным ВОЗ за последнее десятилетие достигла максимума и составила 25-30% в экономически развитых странах [14]. Во многих странах растёт озабоченность акушер-гинекологов по поводу возрастающей частоты отдаленных осложнений после одной или нескольких операций КС, таких как вращение плаценты, задержка плаценты в матке после родов и разрыв матки с возможной последующей гистерэктомией [22].

Цель. Ретроспективный анализ работы КГП на ПХВ «Павлодарского областного перинатального центра №1» в 2018 году с использованием классификации Робсона для поиска путей снижения частоты кесарева сечения в стационаре 3 уровня.

Материал и методы. Ретроспективное исследование. Был проведен анализ историй родов пациенток КГП на ПХВ «Павлодарского областного перинатального центра №1» в 2018 году по классификации Робсона и анализ показаний к оперативному родоразрешению в соответствии с классификацией Робсона.

Всего было проанализировано 4101 историй родов, из которых доля оперативного родоразрешения в 2018 году составила 1106 (26,97%). Формирование базы данных исследований и расчета статистических показателей было произведено с помощью лицензионной программы SPSS 20.0. Для статистического результата использовали критерий Т-критерий Стьюдента.

Результаты. В КГП на ПХВ «Павлодарского областного перинатального центра №1» за 2018 год рост частоты КС относительно общего количества оперативных родов происходит в основном за счет 3 групп: повторнородящие с рубцом на матке 498 (45,03%) №5; женщины с гестационным сроком ≤ 36 недель 140 (12,66%) №10; первородящие, плановое КС или индуцированные роды 93 (8,41%) №2.

Наименьшее количество абдоминального родоразрешения относительно общего количества оперативных родов представлено в следующих 3 группах: женщины с одноплодной беременностью при поперечном или косом положении плода, включая женщин с рубцом на матке 15 (1,36%) №9; первородящие с одноплодной беременностью в тазовом предлежании плода 50 (4,52%) №6; повторнородящие, без рубца на матке с гестационным сроком ≥ 37 недель, одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановые КС 51 (4,61%) №4.

Следует отметить, что из 10 представленных групп по классификации Robson, наибольшее количество пришлось на категорию родильниц из повторнородящих женщин с рубцом на матке 498 (45,03%) №5, а наименьшее на группу из женщин с одноплодной беременностью при поперечном или косом положении плода, включая женщин с рубцом на матке 15 (1,36%) №9.

Вывод. Доля КС в общей структуре способов родоразрешений в КГП на ПХВ «Павлодарского областного перинатального центра №1» за 2018 год составила 1106 (26,97%), при этом наибольшую динамику за данный период времени она претерпела в группе повторнородящих с рубцом на матке 498 (45,03%) №5.

В этой связи, по-нашему мнению, для профилактики роста доли абдоминального родоразрешения или для ее снижения в стационаре 3 уровня требуется изменение подходов к ведению беременных и рожениц. Снижение частоты КС в группе №5 является резервом сдерживания роста абдоминального родоразрешения, поскольку с течением времени число женщин с рубцом на матке будет возрастать. С целью уменьшения количества родов путем операции КС в данной группе, следует направить усилия для повышения частоты родоразрешения через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке.

Классификация Робсона может облегчить анализ распределения женщин по группам и подгруппам, тем самым выявить динамику изменений области применения операции кесарева и особенности клинических характеристик беременных.

Ключевые слова. Кесарево сечение, беременность, классификация Робсона, роды, операция.

Summary

USE OF ROBSON CLASSIFICATION FOR ANALYSIS THE WORK OF MUNICIPAL STATE ENTERPRISE ON THE RIGHT OF ECONOMIC MANAGEMENT "PAVLODAR REGIONAL PERINATAL CENTER №1" AND FINDING WAYS TO REDUCE THE FREQUENCY OF SURGICAL INTERVENTION

Dilyara Ye. Serikbolova ¹,

Alma S. Kaipova ¹,

Zhansulu E. Akylzhanova ², <https://orcid.org/0000-0001-6855-127X>

Tatiana M. Dernova ¹, <https://orcid.org/0000-0001-7609-1568>

Oksana I. Shalbaeva ¹, <https://orcid.org/0000-0002-9646-1981>

¹ Third-year residents by specialty "Obstetrics and gynecology, including children". Pavlodar branch of NCJSC «Semey Medical University».

² Head of the course of obstetrics and gynecology. Pavlodar branch of NCJSC «Semey Medical University». Pavlodar c., Republic of Kazakhstan

Introduction. Caesarean section (CS) is the most common operation in the world, the rate of which, according to WHO, has reached a maximum in the last decade and amounted to 25-30% in economically developed countries [14]. In many countries, there is growing concern among obstetrician-gynecologists about the increasing frequency of long-term complications after one or more CS operations, such as placenta ingrowth, placental retention in the uterus after childbirth, and uterine rupture with possible subsequent hysterectomy [22].

The aim. Retrospective analysis of work of Municipal state enterprise on the right of economic management "Pavlodar regional perinatal center №1" in 2018 by using Robson classification in order to find ways to reduce the frequency of CS in the hospital of 3rd level.

Materials and methods: Study design - retrospective study. Analysis of childbirth histories of patients of Municipal state enterprise on the right of economic management "Pavlodar regional perinatal center №1" in 2018 by using of Robson classification and analysis of indications for operative delivery in accordance with the Robson classification.

The total number of analyzed birth histories in 2018 year was equal to 4101, from which caesarean section deliveries were 1106 (26.97%). The formation of a database of research and calculation of statistical indicators has been produced with the help of a licensed program SPSS 20.0 (IBM Ireland Product Distribution Limited, Ireland). For the statistical results using Student's t-test.

Results. In Municipal state enterprise on the right of economic management "Pavlodar regional perinatal center №1" for 2018, the increase in the frequency of CS with respect to the total number of operative births occurs mainly due to 3 groups: multiparous with a scar on the uterus - 498 (45.03%) №5; women with gestational age ≤ 36 weeks -140 (12.66%) №10; primiparous, elective CS or induced labor- 93 (8.41%) №2.

The smallest number of abdominal delivery in relation to the total number of operative delivery is presented in the following 3 groups: women with a single pregnancy with a transverse or oblique position of the fetus, including women with a scar on the uterus -15 (1.36%) №9; primiparous with singleton pregnancies in pelvic presentation of the fetus -50 (4.52%) №6; multiparous, without a scar on the uterus with a gestational period ≥ 37 weeks, singleton pregnancy, head presentation of the fetus, induced labor or elective CS -51 (4.61%) №4.

It should be noted that among the 10 groups represented by Robson, the largest number was in the category of multiparous women with a scar on the uterus- 498 (45.03%) №5, and the smallest in the group of women with a single pregnancy, including women with a scar on the uterus -15 (1.36%) №9.

Conclusion. The share of the caesarean section in the total structure of delivery methods in Municipal state enterprise on the right of economic management "Pavlodar regional perinatal center №1" for 2018 was 1106 (26.97%), wherein the most dynamic over a given period of time was multiparous group with scar on the uterus - 498 (45.03%) №5.

In this regard, in our opinion, to prevent the growth of the share of abdominal delivery or to reduce it in the hospital of 3rd level a change is required in the management of pregnant women and parturients. Reducing the frequency of CS in group 5 is a reserve for restraining the growth of abdominal delivery, because over time the number of women with a scar on the uterus will increase. In order to reduce the number of births by the operation of the CS in this group, efforts should be directed to increase the frequency of delivery through the birth canal in women with a scar on the uterus.

The Robson classification can facilitate the analysis of the distribution of women into groups and subgroups, thereby revealing the dynamics of changes in the field of application of caesarean section and the features of the clinical characteristics of pregnant women.

Key words. *Caesarean section, pregnancy, Robson classification, delivery, operation.*

Түйіндеме

РОБСОН КЛАССИФИКАЦИЯСЫН ШЖҚ «№1 ПАВЛОДАР ОБЛЫСТЫҚ ПЕРИНАТАЛДЫҚ ОРТАЛЫҒЫНЫҢ» КМК ЖҰМЫСЫН БАҒАЛАУДА ЖӘНЕ ОПЕРАТИВТІ КІРІСУЛЕРДІҢ ЖИІЛІГІН АЗАЙТУ ЖОЛДАРЫН ІЗДЕСТІРУГЕ ҚОЛДАНУ

Диляра Е. Серикболова¹, **Алма С. Каипова**¹,**Жансулу Е. Ақылжанова**², <https://orcid.org/0000-0001-6855-127X>**Татьяна М. Дернова**¹, <https://orcid.org/0000-0001-7609-1568>**Оксана И. Шалбаева**¹, <https://orcid.org/0000-0002-9646-1981>¹ «Акушерия және гинекология, соның ішінде балалар» мамандығы бойынша білім алушы 3-ші жылғы резиденттер КАҚ «Семей Медицина университеті», Павлодар филиалы.² КАҚ «Семей Медицина Университеті», Павлодар филиалы, акушерия және гинекология курсы. Павлодар қ., Қазақстан Республикасы

Кіріспе. Кесар тілігі (КТ) жиілігі жөнінде ДДҰ мәліметтері бойынша соңғы онжылдықта шарықтау шегіне жетіп, экономикалық дамыған елдерде 25-30% құрайтын, әлемдегі ең кең тараған операция болып табылады. [14]. Көптеген мемлекеттерде бір немесе бірнеше КТ операциясынан кейінгі плацентаның жатырға кіріге өсуі, босанудан кейін плацентаның жатыр қуысында қалып қалуы және мүмкін болатын гистерэктомиямен жалғасатын жатыр жырттылуы сияқты кеш асқынуларының жиілігінің жоғарылауына акушер-гинекологтардың алаңдаушылығы артып келеді. [22].

Көптеген мемлекеттерде бір немесе бірнеше КТ операциясынан кейінгі плацентаның жатырға кіріге өсуі, босанудан кейін плацентаның жатыр қуысында қалып қалуы және мүмкін болатын гистерэктомиямен жалғасатын жатыр жырттылуы сияқты кеш асқынуларының жиілігінің жоғарылауына акушер-гинекологтардың алаңдаушылығы артып келеді. [2].

Мақсаты. 3 деңгейлі стационарда кесар тілігі жиілігін азайту жолдарын іздестіру үшін ШЖҚ «№1 Павлодар облыстық перинаталдық орталығының» КМК 2018 жылғы жұмысын Робсон классификациясын пайдаланып, ретроспективті талдау.

Құралдар мен әдістер. Зерттеу құрылымы – ретроспективті талдау. ШЖҚ «№1 Павлодар облыстық перинаталдық орталығының» КМК 2018 жылғы пациенттерінің босану тарихын Робсон классификациясы бойынша ретроспективті талдау және Робсон классификациясына сәйкес оперативті босандыруға көрсеткіштерді талдау.

Барлығы 4101 босану тарихы талданды, оның ішінде 2018 жылы оперативті босандыру үлесі 1106 (26,97%) құрады. Зерттеудің мәліметтер базасын және статистикалық көрсеткіштерді санау лицензионды SPSS 20.0 бағдарламасымен жүзеге асырды. Статистикалық нәтиже үшін Стьюдента критерялары қолданылды.

Нәтижелер. ШЖҚ «№1 Павлодар облыстық перинаталдық орталығында» КМК жалпы оперативті босандыруға сәйкес, 2018 жыл бойынша КТ жиілігінің артуы негізінен 3 топқа байланысты болды, олар: жатырдағы кесар тілігі тыртығымен қайта босанушылар 498 (45,03%) №5; гестациялық мерзімі ≤ 36 апталық әйелдер 140 (12,66%) №10; алғашқы босанушылар, жоспарлы КТ немесе индуцирленген босанулар 93 (8,41%) №2.

Абдоминалды босандыру төменгі саны жалпы оперативті босандыру санына сәйкес келесідей 3 топта анықталды: жатыр тыртығымен қоса алғандағы, ұрықтың көлденең немесе қиғаш орналасуы бар бір ұрықты жүкті әйелдер 15 (1,36%) №9, жамбаспен келген бір ұрықты жүктілікпен алғашқы босанушылар 50 (4,52%) №6, жатырдағы тыртықсыз, гестациялық мерзімі ≥ 37 апта болатын, бір ұрықты жүктілік, ұрықтың баспен келуі, индуцирленген босану немесе жоспарлы КТ 51 (4,61%) №4.

Айта кететін жайт Робсон классификациясы бойынша келтірілген 10 топтағы босанушылардың ең көп санды үлесін жатырдағы тыртықпен қайта босанушы әйелдер санаты алды 498 (45,03%) №5, ал аз үлесін жатыр тыртығымен қоса алғандағы, ұрықтың көлденең немесе қиғаш орналасуы бар бір ұрықты жүкті әйелдер 15 (1,36%) №9 алды.

Қортынды. ШЖҚ «№1 Павлодар облыстық перинаталдық орталығында» КМК жалпы босандыру әдістері құрылымындағы КТ үлес салмағы 2018 жылға 1106 (26,97%) құрады, сонымен қатар осы уақыт ағымында ең жоғарғы динамика жатырдағы тыртықпен қайта босанушы әйелдер тобында байқалды 498 (45,03%) №5.

Осыған байланысты, біздің ойымызша, 3 деңгейлі стационарда абдоминалды босандыру үлесінің артуының алдын алу немесе оны төмендету үшін жүктілер мен босанушыларды жүргізу тәсілдемесі өзгертуді қажет етеді. №5 топта КТ жиілігінің төмендеуі абдоминалды босандырудың өсуін тежеудегі сақтық қоры болып табылады, себебі уақыт ағымына сай жатырдағы тыртықпен әйелдер саны артады. КТ жолымен босандырудың санын азайту мақсатында аталған топта, жатыр тыртығы бар әйелдерді табиғи жол арқылы босандыру жиілігін арттыруға күш жұмсау керек.

Робсон классификациясы әйелдерді топтар мен топшаларға бөлуді талдауды жеңілдетеді, сонымен кесар операциясын қолдану аймағы динамикасының өзгеруін және жүктілердің клиникалық сипаттамаларының ерекшеліктерін анықтайды.

Негізгі сөздер. Кесар тілігі, жүктілік, Робсон классификациясы, босану, операция.

Библиографическая ссылка:

Серикболова Д.Е., Каипова А.С., Акылжанова Ж.Е., Дернова Т.М., Шалбаева О.И. Применение классификации Робсона для анализа работы КГП на ПХВ «Павлодарского областного перинатального центра №1» и поиска путей снижения частоты оперативного вмешательства // Наука и Здравоохранение. 2019. 3 (Т.21). С. 135-141.

Serikbolova D.Ye., Kaipova A.S., Akyzhanova Zh.E., Dernova T.M., Shalbayeva O.I. Use of Robson classification for analysis the work of Municipal state enterprise on the right of economic management "Pavlodar regional perinatal center №1" and finding ways to reduce the frequency of surgical intervention // *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2019, (Vol.21) 3, pp. 135-141.

Серикболова Д.Е., Каипова А.С., Акылжанова Ж.Е., Дернова Т.М., Шалбаева О.И. Робсон классификациясын ШЖҚ «№1 Павлодар облыстық перинаталдық орталығының» КМК жұмысын бағалауда және оперативті кірісулердің жиілігін азайту жолдарын іздестіруге қолдану // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2019. 3 (Т.21). Б. 135-141.

Актуальность

Кесарево сечение является одним из наиболее распространенных хирургических вмешательств в мире, при этом частота его выполнения продолжает возрастать, особенно в странах с высоким и средним уровнем дохода, по данным ВОЗ за последнее десятилетие достигла максимума и составила 25-30% [14].

Хотя кесарево сечение может спасти жизни людей, оно нередко выполняется при отсутствии медицинских показаний, что подвергает женщин и их детей риску развития проблем со здоровьем. В новом заявлении ВОЗ подчеркивается важное значение принятия во внимание потребностей пациента в каждом конкретном случае и отказа от практики достижения плановых показателей. Выполнение кесарева сечения может быть необходимо в тех случаях, когда естественные роды могут представлять опасность для матери или ребенка, например, при затыжных родах, дистресс синдроме или предлежании плода. В то же время кесарево сечение может приводить к серьезным осложнениям, инвалидности или летальному исходу, особенно в условиях отсутствия возможностей для безопасного выполнения хирургических вмешательств или лечения возможных осложнений. Влияние на снижение материнской и детской смертности. С 1985 года в международном сообществе специалистов здравоохранения было принято считать, что идеальный показатель частоты выполнения кесарева сечения составляет 10-15%. Результаты новых исследований показывают, что если частота выполнения кесарева сечения возрастает до 10% на уровне популяции, показатели материнской и неонатальной смертности снижаются. Однако если частота его выполнения превышает 10%, имеющиеся данные не свидетельствуют об улучшении показателей смертности.

На уровне популяции влияние частоты выполнения кесарева сечения на исход беременности для матери и новорожденного, например, в отношении мертворождаемости или таких осложнений, как родовая асфикция, остается неизвестным. Необходимы дальнейшие исследования, касающиеся последствий оперативных родоразрешений для психологического и социального благополучия женщин. Ввиду дополнительных затрат, высокие показатели частоты выполнения кесарева сечения, в котором нет необходимости, могут приводить к оттоку ресурсов в

ущерб предоставлению других услуг в рамках перегруженных и слабых систем здравоохранения.

Среди факторов, которые способствуют росту частоты кесарева сечения, следует выделить, прежде всего, увеличение среднего возраста рожавших женщин, ожирение, а также немедицинские проблемы, среди которых ведущую роль играет возрастающее число судебных исков в отношении акушеров-гинекологов [31]. Во многих странах растет озабоченность акушеров-гинекологов по поводу возрастающей частоты отдаленных осложнений после одной или нескольких операций кесарева сечения, таких как вращение плаценты, задержка плаценты в матке после родов и разрыв матки с возможной последующей гистерэктомией [22].

В Республике Казахстан частота кесарева сечения за последние годы (с 2016 по 2017 год) выросла с 17,6% до 18,6%, причем в 8 регионах этот показатель превысил 18,6%. Следует отметить, что в Павлодарской области в 2016 году он составил 21,1%, а в 2017 году 20,9% [27].

Отсутствие стандартизированной международной признанной системы классификации для последовательного мониторинга и сравнительного анализа данных по частоте выполнения кесарева сечения, имеющего практическую значимость, является одним из факторов, препятствующих лучшему пониманию тенденций в этой области.

Еще в 2001 году М. Robson предложил оценивать работу акушерских стационаров по 10 групповой классификации [24]. В 2015 году она была одобрена ВОЗ, которая рекомендовала ее использование в различных акушерских клиниках [26]. В 2016 году FIGO рекомендовала классификацию Робсона в качестве глобального стандарта для оценки, мониторинга и сравнения показателей кесарева сечения в учреждениях здравоохранения с течением времени и между учреждениями [7].

Согласно системе Робсона, каждая женщина, поступающая в родильное отделение, может быть отнесена к одной из 10 групп на основе легко определяемых характеристик, таких как число предыдущих беременностей, располагается ли ребенок головой вперед, гестационный возраст, кесарево сечение в анамнезе, количество детей и признаки начала родов. Использование этой системы позволило проводить сравнительный анализ частоты выполнения кесарева сечения как в рамках отдельно взятых

учреждений, так и между разными учреждениями здравоохранения, а также между странами и регионами.

Получение информации стандартизированным, унифицированным и воспроизводимым образом имеет важнейшее значение для учреждений здравоохранения, желающих оптимизировать применение кесарева сечения, а также оценить и повысить качество оказываемой помощи.

Целью нашего исследования был ретроспективный анализ работы КГП на ПХВ «Павлодарского областного перинатального центра №1» в 2018 году с использованием классификации Робсона для поиска путей снижения частоты кесарева сечения в стационаре 3 уровня.

Задачи исследования:

1. Распределить женщин с абдоминальным родоразрешением по категориям в соответствии с 10 групповой классификацией Робсона.
2. Определить группы с наибольшим и наименьшим влиянием на общую частоту кесарева сечения в

стационаре 3 уровня и, таким образом, определить пути снижения абдоминального родоразрешения.

Материалы и методы.

1. Ретроспективный анализ историй родов пациенток КГП на ПХВ «Павлодарского областного перинатального центра №1» в 2018 году по классификации Робсона.

2. Анализ показаний к оперативному родоразрешению в соответствии с классификацией Робсона.

Всего было проанализировано 4101 историй родов, из которых доля оперативного родоразрешения в 2018 году составила 1106 (26,97%).

Данные были обработаны методами математической статистики с использованием программного обеспечения MS Excel 2017.

Формирование базы данных исследований и расчета статистических показателей было произведено с помощью лицензионной программы SPSS 20.0. Для статистического результата использовали критерий Т-критерий Стьюдента.

Описание групп классификации М. Robson представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Описание групп классификации М. Robson.

1	Первородящие, гестационным сроком ≥ 37 нед, одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды.
2	Первородящие, гестационным сроком ≥ 37 нед, одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановые 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 плановые 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 почечном 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.

Результаты

Количественный состав каждой группы и ее доля от общего количества родоразрешенных в течение 2018 года приведена в таблице №2.

Из представленного видно, что в 2018 году рост частоты кесарева сечения относительно общего количества оперативных родов происходит в основном за счет 3 групп: повторнородящие с рубцом на матке 498 (45,03%) №5; женщины с гестационным сроком ≤ 36 недель 140 (12,66%) №10; первородящие, плановое кесарево сечение или индуцированные роды 93 (8,41%) №2.

Наименьшее количество абдоминального родоразрешения относительно общего количества оперативных родов представлено в следующих 3 группах: женщины с одноплодной беременностью при поперечном или косом положении плода, включая женщин с рубцом на матке 15 (1,36%) №9; первородящие с одноплодной беременностью в

тазовом предлежании плода 50 (4,52%) №6; повторнородящие, без рубца на матке с гестационным сроком ≥ 37 недель, одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановые кесарева сечения 51 (4,61%) №4.

Следует отметить, что из 10 представленных групп по классификации Робсона, наибольшее количество пришлось на категорию рожениц из повторнородящих женщин с рубцом на матке 498 (45,03%) №5, а наименьшее на группу из женщин с одноплодной беременностью при поперечном или косом положении плода, включая женщин с рубцом на матке 15 (1,36%) №9.

Выводы

Доля кесарева сечения в общей структуре способов родоразрешения в КГП на ПХВ «Павлодарского областного перинатального центра №1» за 2018 год составила 1106 (26,97%), при этом наибольшую динамику за данный период времени она претерпела в

группах повторнородящие с рубцом на матке 498 (45,03%) №5; женщины с гестационным сроком ≤ 36 недель 140 (12,66%); первородящие, плановое кесарево сечение или индуцированные роды 93 (8,41%) №2.

В этой связи, по-нашему мнению, для профилактики роста доли абдоминального родоразрешения или для ее снижения в стационаре 3 уровня требуется изменение подходов к ведению беременных и рожениц. Снижение частоты кесарева сечения в группе №5 является резервом сдерживания роста абдоминального

родоразрешения, поскольку с течением времени число женщин с рубцом на матке будет возрастать. С целью уменьшения количества родов путем операции кесарева сечения в данной группе, следует направить усилия для повышения частоты родоразрешения через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке.

Частота кесарева сечения в группах женщин с одноплодной беременностью при поперечном или косом положении плода, включая женщин с рубцом на матке и первородящие с одноплодной

Таблица №2.

Классификация М.Робсон КС за январь-декабрь 2018 год.

	Месяц	Абсолютное кол-во												Итого	Всего родов	Частота КС относительно общего кол-ва оперативных родов %	% от кол-ва всех родов
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII				
	Кол-во родов	278	350	393	369	377	413	368	329	311	292	293	328	4101			
	Кол-во КС	72	85	111	104	93	103	102	107	95	93	96	45	1106			
1	Первородящие, гестационным сроком ≥ 37 нед, одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды	6	1	11	7	7	10	3	7	8	9	6	2	77	4101	6,96%	1,88%
2	Первородящие, гестационным сроком ≥ 37 нед, одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановые КС	5	9	10	6	10	7	6	8	4	6	14	8	93	4101	8,41%	2,27%
3	Повторнородящие, без рубца на матке, с гестационным сроком ≥ 37 нед, одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды	2	3	8	7	7	4	5	5	7	7	8	2	65	4101	5,89%	1,58%
4	Повторнородящие, без рубца на матке, с гестационным сроком ≥ 37 нед, одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановые КС	3	10	6	3	4	3	2	3	4	4	5	4	51	4101	4,61%	1,24%
5	Повторнородящие, с рубцом на матке, с гестационным сроком ≥ 37 нед, одноплодная беременность, головное предлежание	30	36	54	53	33	49	62	55	39	41	34	12	498	4101	45,03%	12,14 %
6	Первородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание	3	5	4	3	7	3	5	4	6	4	3	3	50	4101	4,52%	1,22%
7	Повторнородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание, в том числе с рубцом на матке	7	7	6	8	6	3	5	11	6	4	10	2	75	4101	6,78%	1,83%
8	Все женщины с многоплодной беременностью, в том числе с рубцом на матке	5	4	3	17	7	2	2	1	4	4	2	3	54	4101	4,88%	1,32%
9	Все женщины с одноплодной беременностью при поперечном или косом положении плода, включая женщин с рубцом на матке	1	3	0	0	1	3	2	1	2	0	1	1	15	4101	1,36%	0,37%
10	Все женщины с одноплодной беременностью, головное предлежание, с гестационным сроком ≤ 36 нед, включая женщин с рубцом на матке.	10	7	9	12	11	19	10	12	15	14	13	8	140	4101	12,66%	3,41%

Литература:

1. Akram H., Bukhari A.A., Din A.U. Multiple caesarean sections - an association with increasing frequency of placenta praevia // Biomedica. 2009 Vol. 25. P. 28–31.

2. Allen V.M., Baskett T.F., O'Connell C.M. Contribution of select maternal groups to temporal trends in rates of caesarean section // JOGC. 2010. Vol. 32, N 7. P. 633–641.

3. Althabe F. [et al.] Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study // *Birth*. 2006. Vol. 33. P. 270–277.
4. Ananth C.V., Vintzileos A.M. Trends in cesarean delivery for pregnancy and association with perinatal mortality // *Am.J.Obstet.Gynecol.* 2011. Vol. 204, N 6. P. 505–513.
5. *Application of the Robson classification of cesarean sections in focus: Robson groups* / Budhwa T. [et al.]. A report by the child health network for the greater Toronto area. - Toronto, 2010. 60 p.
6. Bergholt T., Lim L.K., Jorgensen J.S. Maternal body mass index in the first trimester and risk of cesarean delivery in nulliparous women in spontaneous labor // *Am.J. Obstet. Gynecol.* 2007. Vol. 196, N 2. P. 163–167.
7. Boatin A.A., Cullinane F., Tortoni M.R., Betr A.P. Audit and feedback using the Robson classification to reduce caesarean section rates: a systematic review. Department of Obstetrics and Gynecology, Massachusetts General Hospital, Harvard. *BJOG*. 2018; 125: 36–42.
8. 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, N 3. P. 308–316.
9. Cheng Y., Nakagawa S., Caughey A. Number of prior cesarean delivery and perinatal outcomes: more is worse? // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2009. Vol. 200, suppl. P. 214.
10. Christilaw J.E. Cesarean section by choice: Constructing a reproductive rights framework for the debate // *International J. Gynecol. Obstet.* 2006. Vol. 94. P. 262–268.
11. Clark E.A. S., Silver R.M. Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery // *Am.J. Obstet. Gynecol.* 2011. Vol. 205, N 6, suppl. P. S2–10.
12. Daltveit A.K., Tollanes M.C., Pihlstrom H. Cesarean delivery and subsequent pregnancies // *Obstet. Gynecol.* 2008. Vol. 111, N 6. P. 1327–1334.
13. Denk C.E., Kruse L.K., Jain N.J. Surveillance of cesarean section deliveries, New Jersey 1999–2004 // *Perinatal Care*. 2006. Vol. 33, N 3. P. 203–209.
14. Dobrokhotova Yu.E., Kuznetsov P.A., Kopylova Yu.V., Dzhokhadze L.S. Cesarean section: past and future // *Gynecology*. 2015. T.17. №.3. pp. 64–67. [in Russian]
15. Dunne C., Silva O.D., Schmidt G. Outcomes of elective labour induction and elective caesarean section in low-risk pregnancies between 37 and 41 weeks' gestation // *JOGC*. 2009. Vol. 31, N 12. P. 1124–1130.
16. Ecker J.L., Frigoletto F.D. Cesarean delivery and the risk– benefit calculus // *N. Engl. J. Med.* 2007. Vol. 356, N 9. P. 885–889.
17. Farine D. Classification of caesarean sections in Canada: the modified Robson criteria // *JOGC*. 2012. Vol. 34, N 10. P. 976–979.
18. Giguere R. Social determinants of cesarean deliveries in Latin America: a case study of Brazil // *Center for Global Initiatives*. 2007, April. 47 p.
19. Hamilton B.E., Martin J.A., Ventura S.J. Births: preliminary data for 2006 // *National vital statistics reports*. 2007. Vol. 56, N 7. P. 54–63.
20. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/ru/>
21. Nakamura-Pereira M., do Carmo Leal M., Esteves-Pereira A.P., Soares Madeira Domingues R.M., Alves Torres J, Bastos Dias M.A., Moreira M.E. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reproductive Health*. 2016; 13(Suppl 3): 128.
22. Orlova V.S., Kalashnikova I.V., Bulgakova E.V. in dr. Abdominal delivery as a medical and social problem of modern obstetrics // *Obstetrics and women's diseases*. 2013. №4. pp. 6–14. [in Russian]
23. Pang S.M.W. et al. Determinants of preference for elective caesarean section in Hong Kong Chinese pregnant women // *Hong Kong Med. Journal* 2007. Vol.13, N2. P. 100–105.
24. Robson M. Classification of caesarean sections. *Fetal Matern Med. Rev.* 2001; 12: 23–39.
25. Shah A. et al. Cesarean delivery outcomes from the WHO global survey on maternal and perinatal health in Africa // *Int.Journal Gynecol. Obstet.* 2009. Vol. 107. P. 191–197.
26. Souter V., Jodie K., Chien A. The Robson Classification: Monitoring and Comparing Cesarean Delivery Rates. *Obstetrics & Gynecology*. 2016; 127: 131s.
27. Statisticheskij sbornik MZ RK: «Zdorov'e naselenija Respubliki Kazahstan i dejatel'nost' organizacij zdavoohranenija» – Astana: TOO «Medinform», 2017.
28. Stavrou E.P. [et al.] Epidemiology and trends for caesarean section births in New South Wales, Australia: A population-based study // *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011. Vol. 11. P. 8.
29. Trueba G. [et al.] Alternative strategy to decrease cesarean section: support by doula during labor // *J. Perinatal Education*. 2000. Vol. 9, N 2. P. 89–13.
30. Villar J. [et al.] Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America // *Lancet*. 2006. Vol. 367. P. 1819–1829.
31. Wood S., Cooper S., Rossa S. Does induction of labour increase the risk of caesarean section? A systematic review and meta-analysis of trials in women with intact membranes. *BJOG*. 2014; 121: 674–685.
32. Zhang J. [et al.] Contemporary cesarean delivery practice in the United States // *Am. J. Obst. Gynecol.* October 2010. Vol. 203, N 4. P. 326–336.

Контактная информация:

Акылжанова Жансулу Егизбаевна – и.о. доцента кафедры неотложной медицины НАО «Медицинский университет Семей», Павлодарский филиал, г. Павлодар, Республика Казахстан.

Почтовый адрес: 0714002, Республика Казахстан, г. Павлодар, улица Торайгырова 72/1.

E-mail: Akilshanova@mail.ru

Телефон: +7 (701)498464