

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЗЕРВОВ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛАССИФИКАЦИИ РОБСОНА

Ш.Д. БАБАЖАНОВА, Н.И. ЛЮБЧИЧ, С.Д. БАЙРАМОВ

Республиканский перинатальный центр, Республика Узбекистан, г. Ташкент

РОБСОН КЛАССИФИКАЦИЯСИ ЁРДАМИДА ПЕРИНАТАЛ МАРКАЗДА КЕСАР КЕСИШ АМАЛИЁТИ СНИНИ КАМАЙТИРИШ ЗАҲИРАЛАРИНИ АНИҚЛАШ

Ш.Д. БАБАЖАНОВА, Н.И. ЛЮБЧИЧ, С.Д. БАЙРАМОВ

Республика перинатал маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

DETERMINATION OF RESERVES TO REDUCE THE FREQUENCY OF CESAREAN SECTION IN THE PERINATAL CENTER USING THE ROBSON CLASSIFICATION

SH.D. BABAZHANOVA, N.I. LYUBCHICH, S.D. BAYRAMOV

Republican Perinatal Center, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Ретроспектив текширув натижасида Республика перинатал марказида 2017 йил 1 январидан 31 декабрда бўлган 5551 та туғруқлар, улардан 1966 та кесар кесиш амалиёти Робсон классификацияси ёрдамида 10 та гуруҳга ажратилиб, ўрганилди ва таҳлил қилинди. Робсон классификацияси перинатал марказда кесар кесишни камайитириш заҳираларини аниқлашга имкон берди: бачадонда чандиқли ҳомиладор аёлларни табиий йўл орқали туғдириш, ҳомила чаноқ билан келганда ҳомирани бошига айланитиш ва табиий йўл орқали туғдириш, обструктив туғруқни ўз вақтида таъхис қилиш учун ва қарор қабул қилиш учун партограммадан унумли фойдаланиш, юрак уриши аритмиялари бўлган ҳомиладор аёллар акушерлик тактикаси бўйича клиник протокол ишлаб чиқиш.

Калит сўзлар: туғруқ, кесар кесиш, Робсон классификацияси.

This study was performed in Republican Perinatal Center in Uzbekistan, from January 1, 2017 to December 31, 2017. All women delivered during this period were classified according to the Robson classification consisting of 10 groups using their maternal characteristics and obstetric history. There were 5551 births, of which 1966 - from cesarean section. Robson's classification made it possible to determine the dynamics and reserves to reduce the caesarean section in the perinatal center: to increase vaginal birth after cesarean, vaginal birth at breech presentations, use a partograph to make a decision for the diagnosis of obstructive labor, suggest external cephalic version at breech presentation, develop a guideline on obstetric tactics in pregnant women with cardiac arrhythmias.

Key words: birth, cesarean section, the Robson classification.

Актуальность. По данным ВОЗ, в последние 30 лет, количество операции кесарева сечения (КС) растет во всем мире. В США операция КС является в настоящее время наиболее распространенной операцией у женщин, уровень КС вырос от 20,7 % в 1996 году до 31,1 % в 2006 году [6]. В Канаде в 1940–1950-х годах КС составляло 5%, в конце 1970-х годов - 15%, в 2009 году - от 21,4 до 37,8 % [2]. В 1998 году в Австралии уровень КС вставлял 21 %, а в 2007 году - почти 31 % [5]. Абсолютные показания к операции кесарева сечения не изменились за последние 50 лет, а частота кесарева сечения растет в основном за счет женщин низкого риска [6]. Самые высокие показатели частоты КС отмечаются в странах Латинской Америки, так, в Мексике еще в 1992 году частота КС достигала 40% в муниципальных больницах, 70 % - в частных клиниках [1]. В Бразилии, где разрешено проводить КС по желанию женщины, частота КС в частных клиниках в 3 раза выше, чем в муниципальных клиниках и достигает 75-80% [7]. Многие исследователи отмечают, что рост частоты КС приводит к повышению заболеваемости и смертности у женщин. Так, Clark

E. A. S. et Silver R.M.(2011) проанализировав более 30 тысяч операций, определили, что при КС повышается частота предлежания и приращения плаценты, разрыва матки, повреждения мочевого пузыря, мочеточника или кишечника, увеличивается частота гистерэктомий, переливаний крови, тяжелой анемии, осложнений после наркоза, расхождения краев раны, гематомы, тромбоэмболии, послеоперационной лихорадки, длительного пребывания в стационаре, тяжелых спаечных процессов, материнской смерти [3]. Большинство новорожденных, родившиеся в частных клиниках от матерей с низким риском, родились до 40 недель, имели больше риска для первичной реанимации новорожденных, но меньше риска для оценки Апгар менее 7 на 5 минуте, у них выше была заболеваемость в неонатальном периоде (асфиксия, желтуха, респираторные заболевания, поведенческие проблемы) и они имели больше трудностей при кормлении [4]. В новом докладе ЮНИСЕФ «Capture the moment early initiation of breastfeeding: the best start for every newborn» (2018), где содержится анализ данных из 76 стран, делается вывод о том, что, несмотря на важность

раннего начала грудного вскармливания, 78 миллионов младенцев не получают грудного молока в первый час жизни, что повышает для них риск смерти и заболеваний, и снижает вероятность их дальнейшего грудного вскармливания, и среди одной из причин этого, отмечается рост количества кесарева сечения. В 2015 году ВОЗ в своем заявлении, отмечает: что «В виду 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». Для выявления резерва для улучшения качества акушерской помощи и снижения частоты кесарева сечения, в 2015 году ВОЗ рекомендовала проводить анализ частоты кесарева сечения с использованием классификации Робсона [8]. Эта классификацию в 2001 году разработал ирландский акушер Robson M.S. для определения динамики причин кесарева сечения, она используется во многих странах, но в Узбекистане еще не применялась.

Цель исследования: оценить частоту операции кесарева сечения в Республиканском перинатальном центре (РПЦ) с использованием классификации Робсона и определить резервы для его снижения.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ родов в РПЦ за 2017 год с применением классификации Робсона [8]. Учету подверглись все роды, прошедшие в РПЦ за 2017 год, изучали следующие данные: способ родоразрешения (кесарево сечение, самостоятельные роды), паритет родов, количество плодов (один плод, многоплодие), срок родоразрешения (о 37 недель и более), предлежание (головное, тазовое), положение плода (продольное, косое, поперечное), беременная была в родах или плановое кесарево сечение до родов, роды самостоятельно начались или индуцированы, было ли предыдущее кесарево сечение. Все данные были внесены в таблицу по классификации Робсона.

Результаты: Всего за 2017 год с 1 января по 31 декабря, в РПЦ было 5551 родов, срочные роды – 4654 (84%), преждевременные роды 870 (15,7%), запоздалые роды 27 (0,3%). За 2017 год проведено кесарева сечения у 1966 женщин (35,4%), плановые кесарево сечение - 59%, экстренные - 41%. По классификации Робсона все родившие распределены по группам.

I группа - Первородящие с одним плодом в головном предлежании на сроке ≥ 37 недель беременности, со спонтанно развившейся родовой деятельностью. Отношение количества КС на общее число женщин в группе составил 147/1174. Относительный размер группы составил 21,1%, частота КС в группе составил 12,5%, доля этой

группы в общем показателе частоты КС составила 7,8%. В этой группе основными показателями к КС были тазо-головная диспропорция, острый дистресс плода, слабость родовой деятельности и отслойка плаценты.

II группа - Первородящие с одним плодом в головном предлежании на сроке ≥ 37 недель беременности, с индукцией родов или КС, проведенным до родов. Отношение количества КС на общее число женщин в группе составил 175/295. Относительный размер группы составил 6,2%, частота КС в группе составил 57,5%, доля этой группы в общем показателе частоты КС составила 9,2%. В этой группе были беременные с соматическими заболеваниями, которым было показано КС, беременные с тенденцией к перенашиванию или с дородовым излитием околоплодных вод.

III группа- Повторнородящие (кроме женщин с КС в анамнезе), с одним плодом в головном предлежании на сроке ≥ 37 недель беременности, со спонтанно развившейся родовой деятельностью. Отношение количества КС на общее число женщин в группе составил 112/981. Относительный размер группы составил 36%, частота КС в группе составил 6%, доля этой группы в общем показателе частоты КС составила 6%. В этой группе основными показателями к КС были тазо-головная диспропорция, острый дистресс плода, слабость родовой деятельности.

IV группа - Повторнородящие (кроме женщин с КС в анамнезе), с одним плодом в головном предлежании на сроке ≥ 37 недель беременности, с индукцией родов или КС, проведенным до родов. Отношение количества КС на общее число женщин в группе составил 75/270. Относительный размер группы составил 4,8%, частота КС в группе составил 61,3%, доля этой группы в общем показателе частоты КС составила 8,84%. В эту группу вошли беременные с отягощенным акушерским анамнезом, с соматической патологией, явившейся показанием к КС, с преэклампсией или с тенденцией к перенашиванию.

V группа - Женщины с кесаревым сечением в анамнезе, с одним плодом в головном предлежании на сроке ≥ 37 недель беременности. Отношение количества КС на общее число женщин в группе составил 692/719. Относительный размер группы составил 14%, частота КС в группе составил 96%, доля этой группы в общем показателе частоты КС составила 36,7%. В этой группе показателями к КС был предыдущий рубец на матке в сочетании или без соматической патологии или отягощенного акушерского анамнеза.

VI группа - в эту группу вошли все первородящие с плодом в тазовом предлежании. Отношение количества КС на общее число женщин в группе составил 77/88. Относительный размер группы составил 1,8%, частота КС в группе составил

88%, доля этой группы в общем показателе частоты КС составила 4%.

VII группа - Все повторнородящие с плодом в тазовом предлежании (включая женщин с КС в анамнезе). Отношение количества КС на общее число женщин в группе составил 74/90. Относительный размер группы составил 1,6%, частота КС в группе составил 83%, доля этой группы в общем показателе частоты КС составила 4%.

VIII группа - Все женщины с многоплодной беременностью (включая женщин с КС в анамнезе). Отношение количества КС на общее число женщин в группе составил 115/154. Относительный размер группы составил 2,8%, частота КС в группе составил 75%, доля этой группы в общем показателе частоты КС составила 6%.

IX группа - Все женщины с поперечным или косым положением плода (включая женщин с КС в анамнезе). Отношение количества КС на общее число женщин в группе составил 94/98. Относительный размер группы составил 1,8%, частота КС в группе составил 95,5%, доля этой группы в общем показателе частоты КС составила 5%.

X группа - Все женщины с одним плодом в головном предлежании на сроке ≤ 36 недель беременности (включая женщин с КС в анамнезе). Отношение количества КС на общее число женщин в группе составил 330/796. Относительный размер группы составил 16%, частота КС в группе составил 38%, доля этой группы в общем показателе частоты КС составила 17,5%. Показанием к досрочному прерыванию были дородовые кровотечения, преэклампсия, тяжелые соматические заболевания женщины, неубедительные состояния плода.

Обсуждение: Классификация Робсона является универсальным средством, позволяющим оценить возможности улучшения перинатальной помощи в учреждении и провести сравнительную оценку с данными другого учреждения. Как показали данные, наиболее частыми показаниями к КС в РПЦ были рубец на матке (V группа), соматическая патология или осложнения беременности у женщин с рубцом на матке или без рубца на матке (II, IV, X группы), многоплодная беременность (VIII группа). Для перинатального центра рост частоты кесарева сечения характерно для II, IV группы, что мы и наблюдали. В эту группу вошли беременные которым индуцировали роды в связи с тяжелой соматической патологией или осложнениями беременности (преэклампсия), или с излитием околоплодных вод или перенашиванием. В этой группе 89 женщинам проведено кесарево сечение в связи с заболеванием сердца, из них у 60% - так называемый «постмиокардитический кардиосклероз», когда при нарушениях ритма сердца (тахикардия, экстрасистолия) выставлен этот диагноз и определено это как показание к

кесарево сечению. В этой группе возможно снижение частоты КС за счет естественных родов у женщин с нарушениями ритма сердца, с заболеваниями сердца, при диагнозе «постмиокардитический кардиосклероз», но на сегодняшний день протокол или стандарт по акушерской тактике и родоразрешению при этих состояниях в стране не разработан. В IX группе проведение кесарева сечения при поперечных и косых положениях плода в 95,5% оправдано. Роды через естественные родовые пути в тазовом предлежании в последние десятилетия стали нечастыми, так как были проведены исследования, где отмечается высокая заболеваемость и перинатальная смертность вследствие родовых травм у ребенка, в связи с этим, в группах VI и VII частота КС составила более 85%. В то же время, Berhan Y et all (2016), проведя метаанализ сделал вывод, что роды через естественные родовые пути при тазовом предлежании имеют низкий риск, необходимо по критериям отбирать беременных для родов через естественные родовые пути, а также, проводить наружный поворот на головку плода в сроке 37 недель и выше, что приведет к уменьшению частоты КС в этих группах. VIII группа - беременные с многоплодной беременностью в 75% родоразрешены путем кесарева сечения. Здесь нужно отметить, что рост частоты многоплодной беременности за счет ЭКО приводит к увеличению частоты КС в этой группе, так как у этих женщин в анамнезе бесплодие, потери плодов, неудачные оперативные вмешательства, а также, существенные финансовые затраты для ЭКО. Все это в совокупности приводит к тому, что беременные с многоплодной беременностью все чаще отказываются от естественных родов в пользу КС, но в данной группе при неосложненной бихориальной двойне, при головном предлежании первого плода, не нужно рутинно предлагать кесарево сечение, так как недостаточно данных в пользу elective кесарева сечения при данном состоянии. (Кокрановское руководство: беременность и роды. 2010г) Основным резервом для снижения случаев КС являются группа V, роды с рубцом на матке. Роды через естественные родовые пути практикуются в РПЦ нечасто, в основном, беременные поступают в плановом порядке для операции, 96% (692 женщин) беременных с рубцом на матке были оперированы, и всего 4% родили через естественные родовые пути. По данным Американского колледжа акушеров и гинекологов (ACOG, 2010г), если у женщины было предыдущее кесарево сечение с низким поперечным разрезом, риск разрыва матки при вагинальных родах до 1,5%, и риск родов через естественные родовые пути ниже, чем повторное кесарево сечение. Резервами для снижения являются также группы I и III, это первобеременные и повторнобеременные в

доношенном сроке со спонтанной родовой деятельностью, где роды закончились КС по причине слабости родовой деятельности, выявления тазово-головной диспропорции или острого дистресса плода. В этой группе, где у беременных нет в анамнезе кесарева сечения, тщательно нужно подходить к вопросу об операции, так как при следующих родах эти женщины с большой вероятностью повторно будут оперированы. В данной группе для снижения частоты КС необходимо строго следить за ведением партограммы, использовать партограмму для принятия решения, применять адекватные дозы окситоцина для родоусиления, проводить запись КТГ при подозрении на дистресс плода.

Таким образом, на основании анализа всех родов и изучения показаний к кесареву сечению в РПЦ за 2017 год, по классификации Робсона в 10 группах, были выявлены резервы снижения частоты кесарева сечения в перинатальном центре и разработаны следующие рекомендации:

- снизить количество кесарева сечения у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения в анамнезе. Беременным с одним рубцом на матке, с одним плодом в головном предлежании предложить роды через естественные родовые пути.
- снизить количество кесарева сечения у беременных с тазовым предлежанием. Беременным с чисто ягодичным предлежанием, с предполагаемым весом плода ниже 3500, при отсутствии разгибания головки плода на УЗИ, при отсутствии родового излития околоплодных вод, при отсутствии других показаний к КС, предложить роды через естественные родовые пути
- беременным с тазовым предлежанием, в сроке 37 недель и более, при отсутствии противопоказаний предложить наружный поворот плода на головку
- в родах партограмму вести в режиме реального времени и использовать партограмму для принятия решения (для правильной диагностики тазово-головной диспропорции, слабости родовой деятельности, затяжных родов)
- первородящим с одним плодом в головном предлежании на сроке ≥ 37 недель беременности, со спонтанно развившейся родовой деятельностью при выставлении показаний к кесареву сечению тщательно взвесить все «за» и «против» и принять решение вместе со старшими врачами
- при определении тахикардии или брадикардии плода провести запись КТГ
- разработать стандарт/протокол по родоразрешению беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями
- при неосложненной бихориальной двойне, при головном предлежании первого плода, рутинно кесарево сечение не предлагать.

Выводы: классификация Робсона позволяет определить динамику и резервы снижения частоты кесарева сечения в перинатальном центре.

Литература:

1. Alternative strategy to decrease cesarean section: support by doulas during labor/Trueba G. [et al.] // J. Perinatal Education.-2000.- Vol. 9, N 2.- P. 89–13.
2. 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
3. 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.
4. Kealy M.A., Small R.E., Liamputtong P. Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia // BMC Pregnancy and Childbirth. 2010 URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/47/>
5. Mac Dorman M.F., Menacker F., Declercq E. Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes // Clin. Perinatol.- 2008.- Vol. 35, N 2.- P. 293–307.
6. Potter J., Hopkins K., Faundes A. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale // Birth.- 2008.- Vol. 35.- P. 33–40.
7. Robson M.S. Classification of caesarean sections // Fetal and Maternal Medicine Review.- 2001.- Vol. 12, N 1.-P. 23–29.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЗЕРВОВ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛАССИФИКАЦИИ РОБСОНА

Ш.Д. БАБАЖАНОВА, Н.И. ЛЮБИЧ,
С.Д. БАЙРАМОВ

Проведено ретроспективное изучение 5551 родов, из них 1966 кесарева сечения, прошедших в Республиканском перинатальном центре с 1 января по 31 декабря 2017 года, проведен анализ с применением классификации Робсона по 10 группам. Классификация Робсона позволила определить динамику и резервы снижения частоты кесарева сечения в перинатальном центре: увеличить роды через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке, у женщин с ягодичным предлежанием, использовать партограмму для принятия решения для диагностики обструктивных родов, предложить поворот на головку плода при тазовом предлежании, разработать протокол по тактике родоразрешения у беременных женщин с нарушениями ритма сердца.

Ключевые слова: роды, кесарево сечение, классификация Робсона.