

УДК 618.5-089.888.61(575.2)

ВНЕДРЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ РОБСОНА В КИРГИЗСТАНЕ: ПЕРВЫЕ ШАГИ

Шоонаева Н.Дж., Выборных В.А.

Киргизский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова МЗ КР, Бишкек, e-mail: shoonaeva.nurgul@gmail.com

В данной статье рассмотрены первые результаты внедрения классификации Робсона в Киргизской Республике. Последние два десятилетия мировая медицина столкнулась с проблемой неуклонного роста числа кесаревых сечений (КС). Постоянно пересматриваются показания к этой операции. В последнее время акцентировано внимание к показаниям со стороны плода. Расширены относительные показания (не связанные с угрозой жизни и здоровья) в связи с появлением новых технологий (ЭКО) и желанием женщины. Анализ тенденций в 121 стране мира показал, что в период с 1990 по 2014 г. глобальный среднегодовой темп роста КС увеличился на 12,4% (с 6,7% до 19,1%) со средним ежегодным темпом роста 4,4%. В 2015 г. ВОЗ объявила, что увеличение частоты КС более 10% не связано со снижением материнской и перинатальной смертности. 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 10 групп М. Робсона была впервые описана в 2001 г. и рекомендована ВОЗ (2015) к применению для всех стран. Согласно системе Робсона, каждая женщина, поступающая в организацию здравоохранения (ОЗ), может быть отнесена к одной из 10 групп на основе легко определяемых характеристик, таких как число предыдущих беременностей, предлежание плода, гестационный возраст, КС в анамнезе, паритет родов и признаков начала родов. В будущем это позволит провести сравнительную оценку различных учреждений здравоохранения по областям, унифицировать данные по Киргизской Республике и сравнить показатели с основными мировыми трендами в родовспоможении и поможет найти пути снижения количества оперативных родов в акушерских стационарах Киргизской Республики.

Ключевые слова: кесарево сечение, классификация Робсона, стандартизованная международная система мониторинга

THE IMPLEMENTATION OF ROBSON CLASSIFICATION IN KYRGYZSTAN: THE FIRST STEPS

Shoonaeva N.Dzh., Vybornykh V.A.

Kyrgyz State Medical Institute of Advanced and Postgraduate Trainings S.B. Daniyarov MM RK, Bishkek, e-mail: shoonaeva.nurgul@gmail.com

This article discusses the first results of implementing the Robson classification in the Kyrgyz Republic. Over the past two decades, world medicine has faced the problem of an unstoppable increase in the number of cesarean sections (CS). The indications for this operation are constantly reviewed. Recently, attention has been focused on indications from the fetus. The relative indications (not related to the threat to life and health) due to the emergence of new technologies (IVF) and the desire of women have been expanded. An analysis of trends in 121 countries showed that between 1990 and 2014, the global average annual growth rate of CS increased by 12.4% (from 6.7% to 19.1%) with an average annual growth rate of 4.4%. In 2015, WHO announced that an increase in the frequency of COP more than 10% is not associated with a decrease in maternal and perinatal mortality. Therefore, there is a need for a new generally accepted strategy that will create a common database on the epidemiological situation, will be structured, will help to identify negative and positive consequences, and the results will be analyzed in a standard way. The classification system of 10 groups of M. Robson was first described in 2001 and recommended by WHO (2015) for use in all countries [4]. According to the Robson system, each woman entering a health organization (HOS) can be assigned to one of 10 groups based on easily identifiable characteristics, such as the number of previous pregnancies, fetal presentation, gestational age, history of COP, birth parity, and signs of future delivery. This will allow a comparative assessment of different health institutions by area, unify data for the Kyrgyz Republic and compare indicators with the main global trends in maternity care and help find ways to reduce the number of operative deliveries in obstetric hospitals in the Kyrgyz Republic.

Keywords: cesarean section, Robson classification, standardized international monitoring system

Последние два десятилетия мировая медицина столкнулась с проблемой неуклонного роста числа кесаревых сечений (КС). Постоянно пересматриваются показания к этой операции. В последнее время акцентировано внимание к показаниям со стороны плода. Расширены относительные показания (не связанные с угрозой жизни и здоровья) в связи с появлением новых

технологий (ЭКО) и желанием женщины. Например, в США, начиная с 1985 г., доля этих операций в структуре родоразрешенных женщин постоянно увеличивается, и в настоящее время снижение частоты кесаревых сечений в этой стране считается важнейшей задачей для акушеров-гинекологов [1]. В Мексике и Китае каждая вторая беременность заканчивается оперативными

родами. В Австралии с 2003 по 2013 год удельный вес КС вырос с 23,3% до 33% соответственно. В Российской Федерации частота КС с 2005 по 2017 г. выросла с 23,4% до 28,1%. В Киргизской Республике (КР) за аналогичный период частота КС выросла с 13% до 22,6%, причем в городе Бишкек этот показатель превышает 30%. Это связано с тем, что Бишкек является столицей КР, здесь находятся акушерские учреждения вторичного и третичного уровня, и тяжелая акушерско-гинекологическая патология аккумулируется именно здесь. Следует отметить отдельно, что, по статистическим данным Министерства здравоохранения (МЗ) КР, не существует какой-либо корреляции между уровнем младенческой смертности и частотой КС в различных областях КР. Так, в ряде областей республики по итогам 2013 г., при частоте КС 22,6%, младенческая смертность в них сохранилась выше среднестатистической и составила более 5‰.

В 2015 г. ВОЗ объявила, что увеличение частоты КС более 10% не связано со снижением материнской и перинатальной смертности [2].

Факторы, приводящие к росту КС, всем широко известны. Это увеличение среднего возраста женщин, решивших выполнить свою репродуктивную функцию; экстрагенитальная патология, при которой естественные роды невозможны; желание самой женщины родоразрешаться оперативным путем; а также юридические аспекты, связанные с ростом количества судебных разбирательств в отношении акушеров-гинекологов по поводу осложнений во время естественных родов или родового травматизма. Кроме того, во многих прогрессивных странах растет беспокойство оперирующих акушеров-гинекологов по поводу увеличивающейся частоты отдаленных последствий и осложнений после одной или нескольких операций КС, например вращение плаценты, задержка плацентарной ткани в матке после родов, разрыв матки по рубцу с последующей гистерэктомией [3].

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 10 групп М. Робсона была впервые описана в 2001 г. и рекомендована ВОЗ (2015) к применению для всех стран [4]. Согласно системе Робсона, каждая женщина, поступающая в организа-

цию здравоохранения (ОЗ), может быть отнесена к одной из 10 групп на основе легко определяемых характеристик [5].

За двадцать пять лет независимости Киргизской Республики национальное здравоохранение прошло несколько этапов реформирования и оптимизации. В настоящее время медицинскую помощь на первичном уровне здравоохранения оказывают врачи семейной медицины. Дородовая помощь осуществляется в Центрах семейной медицины и в коммерческих медицинских клиниках, имеющих лицензию МЗ КР на ведение беременности до родов. Акушерские стационары, в свою очередь, были разделены на три уровня. Первичный уровень – это Территориальные больницы и Центры общей врачебной практики. Вторичный уровень – это Областные родильные дома. Третичный уровень – это Национальные центры. В столице Киргизской Республики, городе Бишкеке, акушерскую помощь оказывают 4 родильных дома (вторичный уровень) и два Национальных центра третичного уровня здравоохранения. Это Национальный Центр Охраны Материнства и Детства (НЦОМид) и Киргизский Национальный Центр Репродукции Человека (КНЦРЧ), где оказывается высококвалифицированная акушерско-гинекологическая помощь. В НЦОМид и РНЦРЧ направляют пациенток с различными видами акушерской и гинекологической патологии со всех регионов республики.

Целью нашего исследования был ретроспективный анализ работы родильного отделения НЦОМид за период 6 месяцев 2019 г. с использованием классификации Робсона для поиска возможных путей снижения частоты абдоминальных родов в стационаре третичного уровня здравоохранения и сравнительный ретроспективный анализ работы акушерского отделения НЦОМид за 2014 и 2019 гг. с аналогичным использованием классификации Робсона.

Материалы и методы исследования

1. Ретроспективный анализ историй родов пациенток родильного отделения НЦОМид за 6 месяцев 2019 г. по классификации Робсона.

2. Анализ показаний к абдоминальным родам в соответствии с классификацией Робсона.

Всего было проанализировано 4679 историй родов, из которых число кесаревых сечений составило 1175 (25%).

3. Проведен ретроспективный анализ историй родов пациенток родильного отделения НЦОМид в 2014 и 2019 гг. путем внесения каждой пациентки в одну

из групп классификации Робсона. В соответствии с принципом классификации каждая пациентка могла быть внесена только в одну группу.

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

Ниже представлено описание групп классификации Робсона (табл. 1) [6].

Результаты исследования и их обсуждение

Впервые в республике НЦОМид был выбран для пилотного проекта по внедрению классификации Робсона с апреля 2019 г. потому, что он является организацией здравоохранения третичного уровня и оказывает высококвалифицированную помощь женщинам с осложнённой беременностью со всех регионов Киргизстана.

В табл. 2 представлены данные об общем количестве родов и количестве абдоминальных родов в родильном отделении НЦОМид за период 2016–2018 гг.

Как видно из табл. 2, общее количество родов и количество кесаревых сечений постоянно растет и не имеет радикальной тенденции к снижению. Это еще раз подтверждает правильность принятия решения о внедрении классификации Робсона

в будущем во всех акушерских стационарах Киргизской Республики.

Все беременные, поступающие в приемный блок родильного отделения НЦОМид, автоматически заносятся в определенную группу по классификации Робсона. Номер группы фиксируется на титульном листе истории родов.

В табл. 3 представлены первые статистические данные по внедрению классификации Робсона в НЦОМид по количественному составу каждой группы и ее доле от общего количества родоразрешенных за период с апреля по октябрь 2019 г.

Первое ранговое место занимает третья группа. В этой группе коэффициент КС 2%. Этот показатель входит в средний стандарт, рекомендованный ВОЗ.

Второе ранговое место занимает первая группа. Коэффициент КС в данной группе 2,6%. ВОЗ рекомендует 5–8%.

Третье ранговое место занимает десятая группа. По рекомендациям ВОЗ, размер этой группы колеблется от 4 до 5%, но может быть и более 10% на третичном уровне родильных стационаров. Учитывая, что НЦОМид – родильный стационар третьего уровня, эта группа составляет 10,5% от всех групп, что также входит в рекомендации ВОЗ.

Таблица 1

Описание групп классификации Робсона

| Группы | Характеристика |
|--------|---|
| 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 |

Таблица 2

Данные по НЦОМид за период 2016–2018 гг.

| Год | Общее кол-во родов (абс. число) | Число операций КС (абс. число) | Доля от общего числа родов (%) |
|------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 2016 | 4603 | 1325 | 28,8 |
| 2017 | 5309 | 1699 | 32,0 |
| 2018 | 5176 | 1708 | 33 |

Таблица 3

Распределение женщин, поступивших в родильное отделение НЦОМиД,
по классификации Робсона за период 17.04.19–17.10.19 г.

| Номер группы | Общее количество женщин в каждой группе | | Общее количество женщин, родивших каждой группе | | Общее количество КС в каждой группе | |
|--------------|---|------|---|------|-------------------------------------|------|
| | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| Всего | 4679 | 100 | 3504 | 75 | 1175 | 25 |
| 1 группа | 691 | 15 | 581 | 12,4 | 110 | 2,6 |
| 2 группа | 225 | 4,8 | 112 | 2,4 | 113 | 2,4 |
| • 2a | 143 | 3 | 112 | 2,4 | 31 | 0,6 |
| • 2b | 82 | 1,8 | – | – | 82 | 1,8 |
| 3 группа | 1262 | 27 | 1163 | 25 | 99 | 2 |
| 4 группа | 347 | 7,4 | 168 | 3,6 | 179 | 3,8 |
| • 4a | 187 | 4 | 168 | 3,6 | 19 | 0,4 |
| • 4b | 100 | 3,4 | – | – | 160 | 3,4 |
| 5 группа | 432 | 9,2 | 30 | 0,6 | 402 | 8,5 |
| • 5a | 5 | 0,1 | 4 | 0,09 | 1 | 0,01 |
| • 5b | 295 | 6,3 | – | – | 295 | 6,3 |
| • 5c | 132 | 2,8 | 26 | 0,6 | 106 | 2,2 |
| 6 группа | 38 | 0,8 | 17 | 0,4 | 21 | 0,4 |
| 7 группа | 84 | 1,8 | 30 | 0,6 | 54 | 1,2 |
| 8 группа | 72 | 1,5 | 33 | 0,7 | 39 | 0,8 |
| 9 группа | 34 | 0,7 | – | – | 34 | 0,7 |
| 10 группа | 490 | 10,5 | 295 | 6,3 | 195 | 4,2 |

Четвертое ранговое место занимает пятая группа. В этой группе коэффициент КС 9,2% всех женщин. По рекомендациям ВОЗ, не более 10%.

Пятое ранговое место занимает четвертая группа. Частота КС в этой группе 3,8%. По ВОЗ, может составлять 5–8%.

Шестое ранговое место занимает вторая группа. Коэффициент КС в этой группе 2,4%. Коэффициент КС, по ВОЗ, в этой группе 25–30%.

Самые малочисленные группы – шестая, седьмая, восьмая и девятая, но они тоже играют важную роль в снижении перинатальной заболеваемости и смертности любого акушерского стационара.

В табл. 4 представлен количественный состав каждой группы и ее доля от общего числа родоразрешенных в течение года в 2014 и 2019 гг. пациенток родильного отделения НЦОМиД.

Из представленных выше данных мы видим, что в 2019 г., по сравнению с 2014 годом, произошло достоверное снижение доли родоразрешенных пациенток в 1-й и 3-й группах – это самые многочисленные группы. При этом доля пациенток во 2-й и 4-й группах достоверно возросла. Такая динамика, по нашему мнению, связана с изменением тактики ведения беременных высокого риска и отбором женщин

на программированное родоразрешение или путем индукции родов, или путем планового КС, не дожидаясь начала регулярной родовой деятельности. За счет тщательного отбора пациенток для влагалищных родов с рубцом на матке произошло снижение частоты абдоминальных родоразрешений в 5-й группе, это тоже внесло свой вклад в сдерживание роста частоты КС. По мнению Рудкевич А.Ю. и соавторов (2017), главным резервом для снижения случаев оперативных родов являются группы № 1, 2, 3, 4. Это связано с улучшением применения методов индукции родов и родоусиления, с повышением качества трактовки КТГ [7].

По мнению M. Nakamuya-Pereira и соавторов (2016), только группы 1 и 2 могут служить основным резервом для снижения частоты КС. В Бразилии в течение 10 месяцев применения классификации Робсона в группах 1 и 2 общая частота КС снизилась с 34,6% до 13,5%. В Швеции после применения классификации Робсона частота КС в 1 группе снизилась с 10,1% в 2006 г. до 3,1% в 2015 г. В некоторых клиниках США, при сравнении результатов работы по классификации Робсона за 2012 и 2014 годы, частота абдоминальных родов достоверно снизилась в группе № 1 с 26,4% до 18,8% [8].

Таблица 4

Распределение родоразрешенных женщин по группам классификации Робсона

| Группа | 2014 | | 2019 | | p |
|--------|----------------------------|--|----------------------------|--|-------|
| | Количество родоразрешенных | Доля от общего количества родоразрешенных, % | Количество родоразрешенных | Доля от общего количества родоразрешенных, % | |
| 1 | 3158 | 35,7 | 1797 | 19,2 | 0,005 |
| 2 | 663 | 7,5 | 1628 | 17,4 | 0,005 |
| 3 | 2716 | 30,7 | 2358 | 25,2 | 0,005 |
| 4 | 504 | 5,7 | 1553 | 16,6 | 0,005 |
| 5 | 460 | 5,2 | 608 | 6,6 | 0,02 |
| 6 | 177 | 2,0 | 159 | 1,7 | >0,05 |
| 7 | 124 | 1,4 | 178 | 1,9 | >0,05 |
| 8 | 168 | 1,9 | 225 | 2,4 | >0,05 |
| 9 | 53 | 0,6 | 66 | 0,7 | >0,05 |
| 10 | 823 | 9,3 | 786 | 8,4 | >0,05 |
| Всего | 8846 | 100 | 9358 | 100 | |

Заключение

Безусловно, нельзя делать каких-либо масштабных выводов по эффективности внедрения классификации Робсона за столь короткий период времени, но самое главное, что начало уже положено.

Тщательный отбор пациенток на программированные роды позволит обеспечить максимальную частоту консервативного родоразрешения при программированных родах (группы № 2 и № 4) и сведет к минимуму оперативное родоразрешение в группах со спонтанным развитием родовой деятельности (группы № 1 и № 3).

Можно с уверенностью предположить, что внедрение классификации Робсона в КР позволит провести сравнительную оценку различных учреждений здравоохранения по областям, унифицировать данные по Киргизской Республике, сравнить показатели с основными мировыми трендами в родовспоможении и поможет найти пути снижения количества оперативных родов в акушерских стационарах Киргизской Республики.

Список литературы

1. Fischer A., LaCoursiere D.Y., Barnard P., Bloebaum L., Varner M. Differences Between Hospitals in Cesarean Rates for Term Primigravidas With Cephalic Presentation. *Obstetrics and Gynecology*. 2005. Vol. 105 (4). P. 816–821.
2. 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. Vol. 13 (Suppl 3). 128 p.
3. Tanaka K., Mahomed K. The Ten-Group Robson Classification: A single centre approach identifying strategies to optimise caesarean section rates. *Obstetrics and Gynecology International Volume*. 2017. Article ID 5648938. 5 p.
4. Abdel-Aleem H., Shaaban O.M., Hassanin A.I. Analysis of Cesarean Delivery at Assiut University Hospital Using Ten Group Classification System. *Int. J. Gynecol. Obstet*. 2013. Vol. 123. № 2. P. 119–123.
5. Betrán A.P., Vindevooghel N., Souza J.P., Gulmezoglu A.M., Torloni M.R. 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). P. e97769.
6. Robson M. Classification of caesarean sections. *Fetal Matern Med. Rev*. 2001. Vol. 12. P. 23–39.
7. Рудзевич А.Ю., Кукарская И.И., Фильгус Т.А. Оценка частоты кесарева сечения по классификации Робсона // *Современные проблемы науки и образования*. 2017. № 6. [Электронный ресурс]. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=27171> (дата обращения: 13.03.2020).
8. Boatin A.A., Cullinane F., Torloni 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. Vol. 125. P. 36–42.