Куркин Н.В., Ляличкина Н.А.

Анализ кесарева сечения по классификации Робсона М.

ФГБОУ ВО "Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва"
(Россия, Саранск)

doi: 10.18411/lj-01-2019-104

idsp: ljjournal-01-2019-104

Аннотация

Продолжая оставаться одной из самых часто выполняемых операций кесарево сечение привлекает внимание исследователей к поиску эффективных мер, способствующих снижению показателя кесарева сечения [3,4,12]. Кесарево сечение увеличивает материнскую заболеваемость, потребность для переливания крови, а также сроки госпитализации.

Одной из важнейших задач современного акушерства является поддержание низких показателей кесарева сечения (10-15%, по рекомендации ВОЗ) при сохранении безопасных исходов для матери и плода [5,6,7,11,12].

Ключевые слова: классификация М S Robson, анализ кесарева сечения, беременность

Abstract

Continuing to remain one of the most frequently performed operations, a caesarean section draws the attention of researchers to the search for effective measures to reduce the Cesarean section rate [3, 4, 12].

One of the most important tasks of modern obstetrics is to maintain low rates of the Cesarean section (10-15%, as recommended by WHO) while maintaining safe outcomes for the mother and fetus [5, 6, 7, 11, 12].

Keywords: M S Robson classification, cesarean section analysis, pregnancy

Из всех существующих классификаций КС наиболее оптимальной для проведения аудита является классификация М. Робсона, позволяющая классифицировать всех рожениц на 10 взаимоисключающих групп (таблица 1). ВОЗ и FIGO рекомендуют классификацию Робсона в качестве главного стандарта для оценки, мониторингования и сравнения показателей КС.

Таблица 1

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

Целью данного исследования был анализ кесарева сечения с использованием классификации Робсона в Мордовском Республиканском клиническом перинатальном центре, г. Саранск, Россия.

Методы. Мы провели ретроспективный анализ всех операций кесарево сечение выполненные с 01.01.2017 по 31.12.17г. Информация о женщинах перенесших кесарево сечение была получена из журнала регистрации родов.

Для каждого анализируемого случая мы использовали данные о возрасте пациенток, паритете беременности и родов, гестационном возрасте плода, предлежании, количестве плодов (одноплодная или многоплодная беременность), начале родов и массе новорожденных.

При анализе всех кесаревых сечений нами была выделена дополнительная группа 11, в которую были включены пациентки с антенатальной гибелью плода, родоразрешенные путём операции кесарева сечения.

Статистическая обработка данных проводилась в программе Microsoft Excell 2010.

Результаты

Рис. 1. Общее число родов в МРКПЦ

Рис 2. Возрастной диапазон женщин по группам

Анализ показателей кесарева сечения в МРКПЦ показал довольно высокую частоту этой операции, начиная с 2011 года рис. 1.

За исследуемый период в МРКПЦ прошло 2777 родов, из них 1090 (37,5%) – путём кесарева сечения.

Средний возраст участников составил 20-35 лет рис. 2.

Плановое кесарево сечение проведено - 642 женщинам (58,9%), а экстренное - 448 (41,1%), кесарево сечение до 28 недель - 9 женщинам. Показатели кесарева сечения в каждой отдельной группе представлены на рис. 3.

Рис 3. Сравнение % кесарева сечения по группам в МРКПЦ

Наиболее высокий показатель кесарева сечения (35%) был отмечен в группе 5 (повторнородящие с рубцом на матке, с гестационным сроком ≥ 37 нед., одноплодной беременностью, головным предлежанием) [1,2,4,8,9,10].

Вторым по величине вкладчиком были женщины с одноплодной беременностью и головным предлежанием: группа 1 - 13,2%, группа 2 – 12,8%.

Обращает на себя внимание довольно высокая частота кесарева сечения в группе преждевременных родов при головном предлежании плода (группа 10) – 12,5%.

Все женщины с тазовым предлежанием, поперечным или косым положением плода (группа 6, 7 и 9) составили 10% от всех родоразрешенных путём операции кесарева сечения.

Обсуждение

Наше исследование показало, что большинство кесаревых сечений выполняется у многорожавших женщин с предыдущим кесаревым сечением, в анамнезе, первородящих женщин с доношенным сроком беременности, как со спонтанными, так и с индуцированными родами (или плановым кесаревым сечением), а также среди пациенток с преждевременными родами. Сопоставимы с полученными данными результатами аудита показателей кесарева сечения в странах с высоким уровнем дохода (Канада, Швейцария, Сингапур). Оценивая перинатальные факторы риска, а так же проводя мониторинг состояния плода позволяет выбрать оптимальную тактику ведения беременных и рожениц, тем самым уменьшая количество оперативных родоразрешений и снижая перинатальные потери.

1. Ананьев В.А., Побединский Н.М., Чернуха Е.А. Осложнения и заболеваемость после кесарева сечения в послеродовом и отдаленном периоде // Акушерство и гинекология. 2005. №2. С. 52–54.
2. Рыбин М.В. Структура показаний и причины роста частоты операции кесарева сечения в родильном доме при многопрофильной больнице №7 г.Москвы // Материалы IV Ассамблеи «Здоровье столицы». 2005. С. 1–2.

3. Кесарево сечение в современном акушерстве / Савельева Г.М., Караганова Е.Я., Курцер М.А. [и др.] // Акушерство и гинекология. 2007. №2. С. 3–8.
 4. Суханова Л.П. Анализ показателей здоровья матери и ребенка в условиях реформирования службы родовспоможения в России в 2006-2011 гг. Доклад ФГБОУ ЦНИИОИЗ Минздрава РФ. 2012. 125 с.
 5. 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.
 6. WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America: Classifying Caesarean Sections / Betran A.P., Gumezoglu A.M., Robson M.S. [et al.] // Reprod. Health. 2009. Vol. 6. P. 18.
 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.
 8. Howell S., Johnston T., Macleod S.L. Trends and Determinants of Caesarean Sections Births in Queensland, 1977-2006 // Aust.N.Z.Obstet.Gynaecol. 2009. Vol. 49, №6. P. 606–611.
 9. McCarthy F.P., Rigg L., Cullinane F. A New Way of Looking at Caesarean Section Births // Aust. N.Z. Obstet. Gynaecol. 2007. Vol. 47. P. 316–320.
 10. Menacker F., Hamilton B.E. Recent Trends in Cesarean Delivery in the United States // NCHS Data Brief. 2010. Vol. 35. P. 1–8.
 11. Robson M.S. Classification of Cesarean Sections // Fetal and Maternal Medicine Review. 2001. Vol. 12, №1. P. 23–39.
 12. Methods of Achieving and Maintaining an Appropriate Caesarean Section Rate / Robson M.S., Hartigan L., Murphy M. // Best Pract.Res.Clin.Obstet.Gynaecol. 2013. Vol. 27, №2. P. 297–308.
-