

УДК 618.55-005.284

**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ  
ПО ДАННЫМ ГАУЗ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»  
за 2015–2017 гг.**

© **Ли Ван-Хай Аурика Вячеславовна**

аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом педиатрии  
Медицинский институт, Бурятский государственный университет  
Россия, 670000, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а  
E-mail: aurika-t@mail.ru

© **Алексеева Лилия Лазаревна**

д-р мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом педиатрии,  
Медицинский институт, Бурятский государственный университет  
Республиканский перинатальный центр  
заместитель главного врача  
Россия, 670000, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а  
E-mail: l.alekseeva09@mail.ru

В России, как и во всем мире, отмечается рост частоты операции кесарева сечения. Как и любая медицинская операция, кесарево сечение, выполненное без строгих на то показаний, может явиться более опасным методом родоразрешения и для матери, и для плода.

Актуальным на сегодня является анализ показаний и эффективности выполненных операций кесарева сечения. Применение одного усредненного показателя для оценки частоты кесарева сечения считается недостаточно объективным в связи с различными показаниями к операции и неоднородным распределением пациентов между родовспомогательными учреждениями разных уровней. Для получения более объективного представления об эффективности сформировавшихся практик и выявления резерва для улучшения качества акушерской помощи в 2015 г. ВОЗ рекомендовала проводить анализ частоты кесарева сечения с использованием метода, предложенного Робсоном [1, 2]. Данный метод заключается в разделении всех случаев родов на 10 групп и подсчете частоты кесарева сечения в каждой группе отдельно [3]. Соотношение групп в различных учреждениях может отличаться, но частота кесарева сечения внутри групп сравнима.

**Ключевые слова:** кесарево сечение, классификация Робсона, коэффициент эффективности.

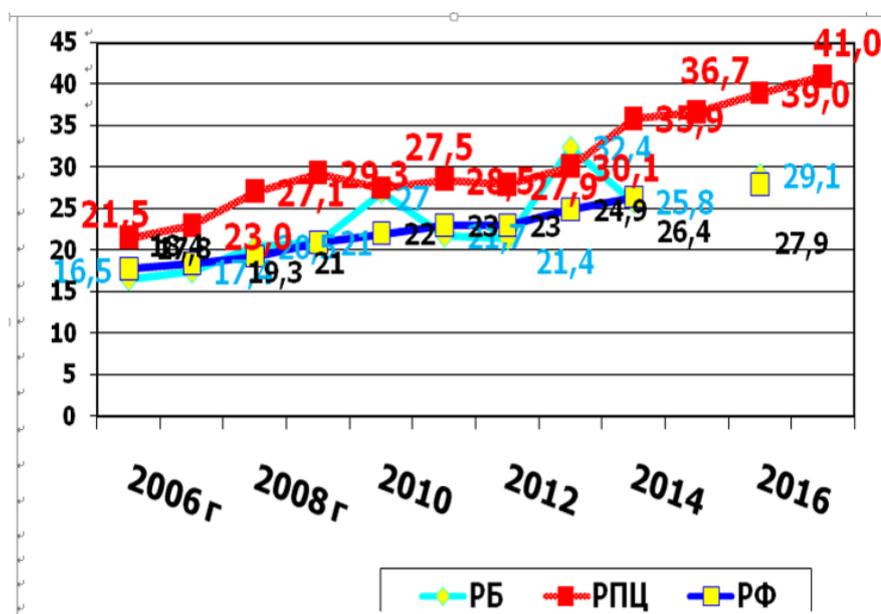
**Цель исследования:** провести оценку эффективности кесарева сечения по данным республиканского перинатального центра за три года (2010–2012) с применением методики Робсона, оценить возможности снижения этого показателя.

**Материалы и методы.** Мы провели ретроспективный анализ историй родов в ГАУЗ «РПЦ» за период 2015–2017 гг. Учету подлежали все истории родов родоразрешенных женщин, прооперированных в указанный период. По каждой истории родов заполнялись электронные формы в формате Excel.

**Результаты.** В структуре оперативного родоразрешения превалирует операция «кесарево сечение», на втором месте вакуум-экстракция плода, за 2017 г. произошло 24 случая вакуум-экстракции, наложения акушерских щипцов не было.

***Количество операций кесарева сечения***

В 2017 г. продолжает увеличиваться частота операций кесарева сечения. 1816 — 407 на тыс. родов и составила 40,7%.



Динамика частоты кесарева сечения по данным ГАУЗ РПЦ:

- 2017 г. — 1 816 операций (407 на тысячу родов)
- 2016 г. — 1 720 операций (391 на тысячу родов)
- 2015 г. — 1 698 операций (367 на тысячу родов)
- 2014 г. — 1 582 операции (359 на тысячу родов)
- 2013 г. — 1 326 операций (301 на тысячу родов)
- 2012 г. — 1 128 операций (279 на тысячу родов)
- 2011 г. — 931 операция (284 на тысячу родов)
- 2010 г. — 1 029 операций (275 на тысячу родов)
- 2009 г. — 942 операции (293 на тысячу родов)
- 2008 г. — 886 операций (278 на тысячу родов)

Рост частоты кесарева сечения происходит за счет увеличения экстренных операций.

- 2013 г. — экстренные 65%, плановые 35%
- 2014 г. — экстренные 57,3%, плановые 42,7%
- 2015 г. — экстренные 56,2%, плановые 43,8%
- 2016 г. — экстренные 56,2%, плановые 43,8%
- 2017 г. — экстренные 56,1%, плановые 43,9%

В структуре показаний к операции КС:

- 1) рубец на матке — 820 (45,15%), в том числе несостоятельных — 293 (35%), 2–3 рубца — 270;
- 2) гипоксия плода, синдром задержки развития плода — 277 (15,3%), в 2016 г. — 214 (12,4%);
- 3) тазовое предлежание плода — 102 (5,6%), несколько снизилось в сравнении с 2016 г. [116 (6,7%)];
- 4) преэклампсия и ее прогрессирование на фоне незрелых родовых путей — 143 (7,8%), возросло в сравнении с 2016 г. [109 (6,3%)];

5) возрастная первородящая — 123 (6,7%), увеличилось количество по сравнению с 2016 г. [59 (3,4%)];

6) ЭКО — 72(3,9%), увеличилось в сравнении с 2016 г. [54 (3,1%)], в дальнейшем ожидаем рост в связи с приказом МЗ РФ и МЗ РБ;

7) многоплодная беременность, неправильное положение плодов — 93 (5,1%), увеличилось в сравнении с 2016 г. [47 (2,7%)];

8) аномалии родовой деятельности в 2017 г. — 31 (1,7%), в 2016 г. — 37 (2,2%), в 2015 г. — 76 (4,5%), тенденция к уменьшению, что объясняется ведением родов по клиническим протоколам, а также психологической подготовкой пациенток к родам из группы высокого риска.

Результаты распределения случаев родов на 10 групп и частота кесарева сечения в них демонстрируется в таблице.

Таблица

Частота кесарева сечения

№	Группы Робсона	2015 г.	2016 г.	2017 г.
1	Первородящие, с гестационным сроком $\geq 37$ нед., одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды	210 12,36%	177 10,2%	218 12%
2	Первородящие, с гестационным сроком $\geq 37$ нед., одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановое КС	144 8,5%	202 11,7%	181 9,9%
3	Повторнородящие, без рубца на матке, с гестационным сроком $\geq 37$ нед., одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды	113 6,6 %	89 5,1 %	104 5,7 %
4	Повторнородящие, без рубца на матке, с гестационным сроком $\geq 37$ нед., одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановое КС	109 6,4%	122 7,1%	111 6,1%
5	Повторнородящие, с рубцом на матке, с гестационным сроком $\geq 37$ нед., одноплодная беременность, головное предлежание	704 41,6%	683 39,7 %	670 36,8 %
6	Первородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание	62 3,6%	60 3,4%	59 3,2%
7	Повторнородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание, в том числе с рубцом на матке	65 3,8%	89 5,1%	86 4,7%
8	Все женщины с многоплодной беременностью, в том числе с рубцом на матке	71 4,1%	60 3,5%	59 3,2%
9	Все женщины с одноплодной беременностью при поперечном или косом положении плода, включая женщин с рубцом на матке	3 0,2%	24 1,4%	20 1,1%
10	Все женщины с одноплодной беременностью, головное предлежание, с гестационным сроком $\leq 36$ нед., включая женщин с рубцом на матке	201 11,8%	205 11,9%	275 15,1%

В соответствии с данной классификацией отмечается стабильно высокий уровень оперативных вмешательств в 1-й и 2-й клинических группах (перворо-

дящие, с гестационным сроком  $\geq 37$  недель, одноплодная беременность в головном предлежании), что обусловлено преобладанием в стационарах 3-го уровня возрастных первородящих, женщин с ОАА (беременность в результате ЭКО), ОСА, эндокринной патологией, которые могут приводить к различным АРД, их медикаментозной коррекции, а в дальнейшем потребовать экстренной операции кесарева сечения.

Также увеличение оперативной активности обусловлено показаниями со стороны плода — интранатально выявленной внутриутробной гипоксией. Основным показанием у повторнородящих является рубец на матке после предыдущего КС — 683 (39,7%) в 2016 г., 670 (36,8%) в 2017 г. Анализируя данные, следует отметить снижение данного показателя за 3 года, в связи с тем, что нами проводится работа по программированию консервативных родов у женщин с рубцом на матке при благоприятных условиях, которые перенесли ранее одну операцию кесарева сечения.

В 10-й группе (преждевременные роды) высокий показатель абдоминального родоразрешения связан с прогрессирующей гипоксией плода, ЗВУР, гипертензивными расстройствами во время беременности, преждевременным разрывом плодных оболочек при неготовности организма к естественным родам.

Закономерно увеличение частоты КС в группах беременных с тазовым предлежанием и многоплодной беременностью, что позволяет значимо снизить перинатальную смертность и патологию новорожденных.

На основе полученных данных мы провели расчёт коэффициента эффективности кесарева сечения, который производится по следующей формуле:

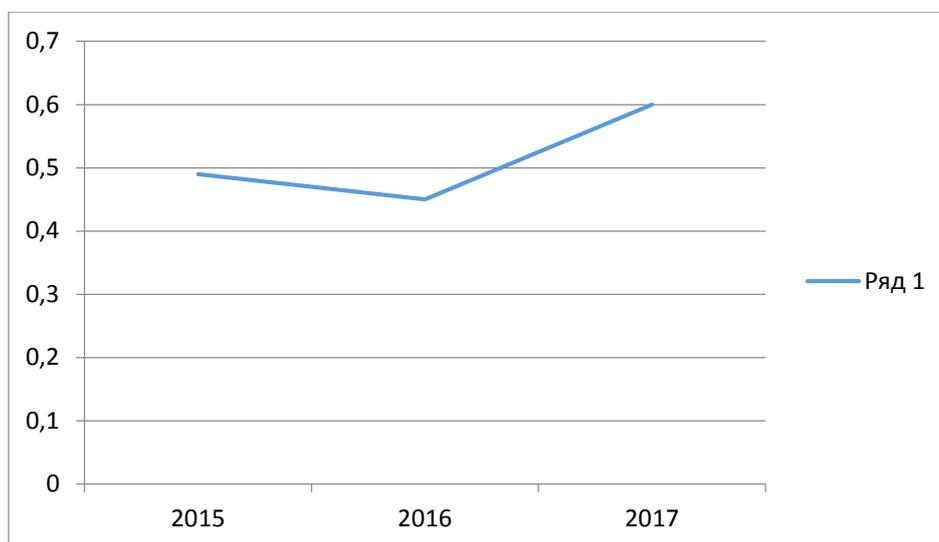
$$\text{КЭКС} = \frac{\text{КС базового региона} \times \text{ПС базового региона}}{\text{КС исследуемого региона} \times [\text{ПС исследуемого региона}]^2} \times 10,$$

где частота операции КС (%) и показатель ПС (‰); базовый регион — регион, внутри которого производят расчёт (Российская Федерация). Коэффициент, равный 2,0 и выше, считают отличным, 1,5–2 — хорошим, 1–1,5 — удовлетворительным, ниже 1 — плохим [4].

#### Коэффициент эффективности кесарева сечения (И. Н. Костин, 2007)

Значение КЭКС	Оценка	Характеристика групп
2 и более	Очень высокий	Разные уровни КС сочетаются с очень низким показателем ПС
1,5–1,9	Высокий	Разные уровни КС сочетаются с низким показателем ПС
1,0–1,4	Средний	Сочетание среднего и высокого уровня КС со средним показателем ПС или сочетание низкого уровня КС с показателем ПС выше среднего
0,5–0,9	Низкий	Чаще средний уровень КС сочетается с показателем ПС выше среднего, реже — низкий уровень КС и высокий ПС
Менее 0,5	Очень низкий	Чаще высокий уровень КС и высокий показатель ПС, реже — низкий и средний уровень КС в сочетании с чрезвычайно высокой ПС

Сравнительный трехгодичный анализ коэффициента эффективности кесарева сечения выявил низкий КЭКС в целом по ГАУЗ РПЦ в среднем 0,6 и очень низкий в 2015–2016 гг. (0,45 и 0,49 соответственно).



#### Выводы

Основные пути к снижению частоты кесарева сечения:

- увеличение консервативных родоразрешений беременных с рубцом на матке (5-я группа по классификации М. Robson);
- профилактика и своевременная коррекция аномалий родовой деятельности;
- оценка перинатальных факторов риска;
- рациональный мониторинг состояния плода.

Классификация Робсона является универсальным средством, позволяющим оценить возможности улучшения службы при любых возможностях региона или учреждения. Но вне зависимости от различия в протоколах необходимо отметить, что основным направлением в профилактике кесарева сечения является профилактика первой операции.

#### Литература

1. Кесарево сечение должно выполняться только при наличии медицинских показаний. Всемирная организация здравоохранения (10 апреля 2015 г.) [Электронный ресурс]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/ru>.
2. Абдоминальное родоразрешение как медико-социальная проблема современного акушерства / В. С. Орлова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. 2013. № 4. С. 6–14.
3. Robson M. S. Classification of caesarean sections (Review) // Fetal and Maternal Medicine. 2001. Vol. 12, Issue 1. P. 23–39.
4. Костин И. Н. Резервы снижения репродуктивных потерь в Российской Федерации: автореф. ... д-ра мед. наук: 14.01.01. М., 2012. 48 с.

**ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF ABDOMINAL DELIVERY  
ACCORDING "REPUBLICAN PERINATAL CENTER"  
FOR THE 2015-2017 BIENNIUM**

**Aurika V. Li Van-Khai**

Post-graduate student,  
Obstetrics and Gynecology Chair, Medical Institute,  
Buryat State University  
36, Oktyabrskaya st., Ulan-Ude, 670002, Russian Federation  
E-mail: bogomazova15@yandex.ru

**Liliya L. Alekseeva**

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor,  
Obstetrics and Gynecology Chair, Medical Institute,  
Buryat State University  
36, Oktyabrskaya st., Ulan-Ude, 670002, Russian Federation  
Deputy Chief Doctor, Republican Perinatal Center  
4, Solnechnaya st., Ulan-Ude, 670031, Russian Federation  
E-mail: l.alekseeva09@mail.ru

In Russia, as in the whole world, there is an increase in the frequency of cesarean section. Like any medical operation, a cesarean section performed without strict indications may be a more dangerous method of delivery for both the mother and the fetus.

Today the analysis of indications and efficiency of the performed operations of cesarean section is of high actuality. The use of one average point to estimate the frequency of cesarean section is considered to be not enough objective due to different indications for surgery and heterogeneous distribution of patients between obstetric institutions of different levels. In order to obtain a more objective picture of the effectiveness of the established practices and to identify a reserve for improving the quality of obstetric care in 2015, who recommended that cesarean section frequency be analyzed using the method proposed by Robson [1, 2]. This method consists of dividing all cases of labor into 10 groups and counting the frequency of cesarean section in each group separately [3]. The ratio of groups in different institutions may vary, but the frequency of cesarean section within the groups is comparable.

**Keywords:** Cesarean section, Robson classification, efficiency ratio.