

# Менеджмент частоты кесарева сечения в акушерских стационарах третьего уровня и возможные пути ее снижения

**А. В. Ткаченко**, д.м.н., проф., зав. кафедрой<sup>1</sup>  
**Т. В. Складановская**, к.м.н., доцент кафедры<sup>1</sup>  
**Т. И. Костенко**, к.м.н., доцент кафедры<sup>1</sup>  
**Н. И. Свиридова**, д.м.н., проф., проф. кафедры<sup>1</sup>  
**Т. А. Веровская**, гл. врач<sup>2</sup>  
**А. К. Бабаева**, аспирант, врач<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра акушерства и гинекологии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград

<sup>2</sup>ГБУЗ «Волгоградский областной клинический перинатальный центр № 2», г. Волгоград

## Management of cesarean section frequency in obstetric hospitals of third level and possible ways of reducing it

L. V. Tkachenko, T. V. Skladanovskaya, T. I. Kostenko, N. I. Sviridova, T. A. Verovskaya, L. K. Babaeva  
 Volgograd State Medical University, Volgograd Regional Clinical Perinatal Centre; Volgograd, Russia

### Резюме

В статье представлены данные ретроспективного анализа 8706 историй родов Волгоградского клинического перинатального центра № 2 за 2018–2019 годы. Для анализа частоты и показаний к кесареву сечению использовалась 10-групповая классификация М. Робсона. Результаты позволили определить группы с наибольшей частотой кесарева сечения и наметить пути снижения абдоминального родоразрешения.

Ключевые слова: кесарево сечение, классификация, пути снижения.

### Summary

The article presents data from a retrospective analysis of 8,706 childbirth histories of the Volgograd Clinical Perinatal Center No. 2 for 2018–2019 years. To analyze the frequency and indications for cesarean section, the 10-group classification by M. Robson was used. The results obtained allowed us to determine the groups with the highest frequency of cesarean section and outline ways to reduce the frequency of abdominal birth in these groups.

Key words: cesarean section, classification, reduction methods.

Рост частоты кесарева сечения (КС) в современных условиях является одной из проблем акушерского стационара. В силу объективных причин акушерство становится полностью оперативным. Однако кесарево сечение, проведенное при отсутствии медицинских показаний, остается более опасным методом родоразрешения и для матери, и для плода. Высокий рост частоты кесарева сечения вызывает тревогу и обеспокоенность акушерской общественности во всем мире [1]. На сегодняшний день очевидно, что для оценки частоты кесарева сечения использование одного усредненного показателя недостаточно. Для получения более объективного представления об эффективности сформировавшихся практик и выявления резерва для снижения частоты оперативных родов в 2015 году ВОЗ рекомендовала проводить анализ частоты кесарева сечения с использованием метода, предложенного Робсоном, а в 2016 году Международная федерация гинекологии и акушерства (International Federation of Gynecology and Obstetrics) рекомендовала ее использование в раз-

личных акушерских клиниках [2]. Это простой в выполнении метод, который заключается в разделении всех случаев родов на 10 групп и подсчете частоты кесарева сечения в каждой группе отдельно. Соотношение групп в различных учреждениях может отличаться, но частота кесарева сечения внутри групп сравнима.

Следуя этим рекомендациям, мы провели ретроспективное исследование, **цель которого** – с помощью 10-групповой классификации Робсона определить резервы снижения частоты КС в акушерском стационаре третьего уровня.

### Задачи исследования

1. Определить группы с наибольшим влиянием на частоту КС в перинатальном центре в 2018 и 2019 годах.
2. Проанализировать динамику частоты КС в целом по перинатальному центру и в каждой группе (по 10-групповой классификации Робсона) в 2018–2019 годах и объяснить ее причины.

3. Сравнить работу перинатального центра с зарубежными клиниками, которые пользуются 10-групповой классификацией Робсона.

### Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй родов пациенток Волгоградского перинатального центра № 2 в 2018 и 2019 годах. Каждая родильница была внесена в одну из групп 10-групповой классификации Робсона. В соответствии с принципом классификации каждая родильница могла попасть только в одну группу. Всего проанализировано 8706 историй родов, из которых 4456 – за 2018-й и 4250 – за 2019 годы.

Для статистической обработки полученных данных был применен пакет прикладных программ Statistica 10 с использованием непараметрических критериев.

### Результаты

Как показано в табл. 2, в целом частота абдоминальных родоразрешений в перинатальном центре не пре-

Группы	Характеристики
1	Роды первые, доношенная одноплодная беременность, головное предлежание плода
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, один и более рубцов 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

терпела существенных изменений в 2019 году по сравнению с 2018-м. При этом доля абдоминальных родов снизилась в 2019 году в 1-й, 5-й, 7-й, 10-й группах и выросла во 2-й и 4-й группах.

Наиболее существенный вклад в частоту КС в 2018–2019 годах внесли 2-я, 5-я и 10-я группы (первородящие с доношенной одноплодной беременностью и головным предлежанием, которым выполнялись индукция родов или плановое кесарево сечение; повторно рождающие в доношенном сроке, одним плодом и кесаревым сечением в анамнезе, а также преждевременные роды при одноплодной беременности, головном предлежании и рубцом на матке).

Абсолютное лидерство в структуре оперативного родоразрешения в течение 2 лет сохраняет группа женщин с рубцом на матке, 78,2% из которых оперируются вновь. Каждое четвертое абдоминальное родоразрешение в перинатальном центре выполнялось при наличии рубца на матке. Однако в 2019 году количество абдоминальных родов в данной группе удалось снизить на 12,5% за счет более тщательного отбора беременных для проведения родов *per vias naturalis*. Несомненно, персонализированный подход к пациенткам данной группы позволит снизить процент абдоминальных родов, но, вне зависимости от различия в протоколах, необходимо отметить, что основным направлением в профилактике роста частоты кесарева сечения являются адекватное ведение родов и профилактика первой операции.

На втором месте мы отметили высокую частоту кесарева сечения

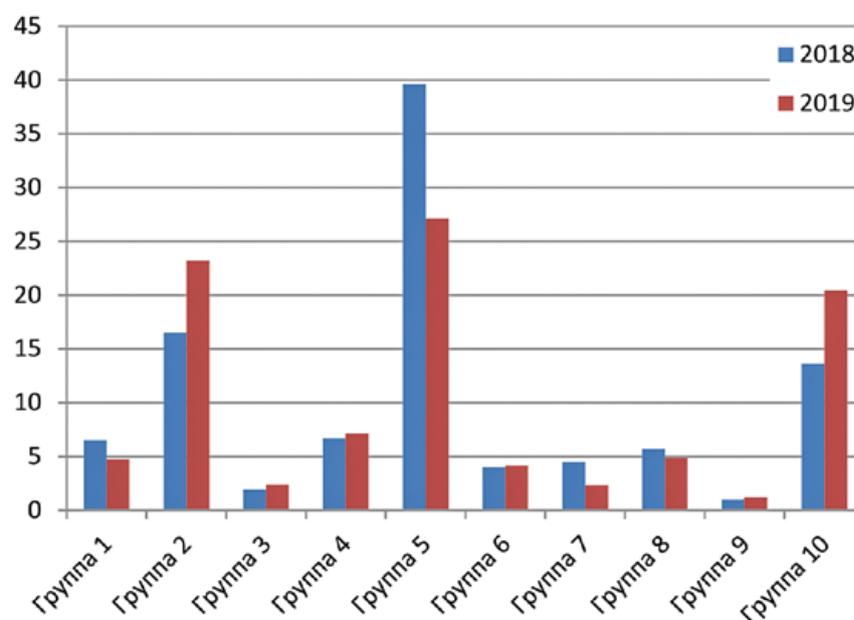


Рисунок 1. Процент кесарева сечения (КС) в исследуемых группах в 2018–2019 годах.

в группе 2 (более 23%), причем в 2019 году отмечено увеличение числа абдоминальных родов на 6,7% относительно 2018 г. Причиной стабильно высокой частоты является то, что частота программированных родов в перинатальном центре увеличивается с каждым годом вследствие специфики учреждения. Основными показаниями для преиндукции являются декомпенсированный сахарный диабет, перенашивание беременности и преэклампсия, требующая досрочного родоразрешения (рис. 2).

Наиболее часто рост абдоминальных родов в данной группе связывают с проблемами в реализации протоколов преиндукции и индукции родов. Для подготовки родовых путей в нашей клинике используют механические методы (катетер Фоллея) и медикаментозные средства

(мифепристон). Согласно протоколу «Подготовка шейки матки к родам» (2016) катетер вводят в цервикальный канал при недостаточно зрелой шейке матки и оставляют на 24–48 часов. По истечении этого времени в большинстве случаев появляются условия для проведения амниотомии или самостоятельно начинается родовая деятельность. Мифепристон используется по описанной в протоколе схеме. Нами был проведен анализ исхода родов в зависимости от используемого метода преиндукции, который показал большую эффективность механических методов перед медикаментозной преиндукцией. Однако, несмотря на определенные успехи разработки способов подготовки шейки матки к родам, оптимальные из них еще не определены, и необходимы дальнейшие

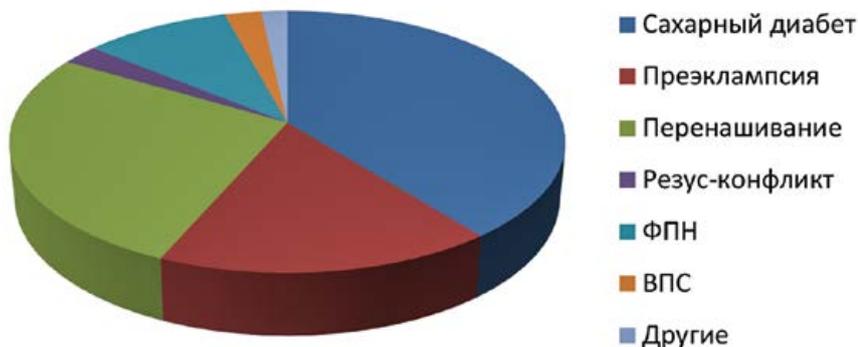


Рисунок 2. Показания для преиндукции родов.

исследования для выработки более четких рекомендаций для конкретных клинических ситуаций.

Стабильно высокой, с тенденцией к росту (13,6% в 2018-м и 20,4% в 2019 году) в течение последних 2 лет, остается частота кесарева сечения у пациенток при преждевременных родах, одноплодной беременности [3]. Высокая частота КС в группе 10 оправдана современными акушерскими подходами, и изыскать резервы снижения процента родоразрешающих операций в данной группе возможно только при проведении адекватной предгравидарной подготовки, особенно в группах риска.

Четвертой по частоте влияния на структуру оперативных родов стала 1-я группа, казалось бы, самая благоприятная для завершения родов через естественные родовые пути. При попытке классифицировать случаи экстренного кесарева сечения в данной группе нами определено, что основную долю показаний к операции вносят дистресс плода, аномалии родовой деятельности, включая патологический прелиминарный период, предшествующий развитию родовой деятельности. Данные причины мы считаем управляемыми при адекватной оценке перинатальных факторов риска и рациональном мониторинге состояния плода.

Таким образом, основным резервом для снижения случаев оперативных родов являются группы 1, 2, 3, 4.

Стабильной остается частота операции и в группах пациенток с тазовым предлежанием плода (6-я и 7-я группы): 4,0% в 2018-м и 4,1% в 2019 году. На сегодняшний день в федеральных клинических рекомендациях и проекте протокола «Тазовое предлежание плода (ведение беременности и родов)» используется практика европейских стран, где решение о методе родоразрешения в данной акушерской ситуации принимает женщина. Беременные активно пользуются этим правом, что не позволяет акушерам-гинекологам, даже при наличии условий консервативного родоразрешения, выбрать тактику вагинальных родов. Одним из путей снижения абдоминальных родов в данных группах мы считаем освоение и выполнение практики наружного акушерского поворота плода на головку, который ранее успешно выполнялся в классическом акушерстве, а на сегодняшний день в акушерских стационарах третьего уровня есть все необходимые условия для осуществления данной практи-

Таблица 2  
Сравнение частоты кесарева сечения в различных акушерских клиниках, использующих классификацию Робсона

Группы		Национальный акушерский госпиталь (г. Дублин, Ирландия), 2015	Госпиталь Ирвиш (Квинслэнд, Австралия), 2015	Перинатальный центр (г. Тюмень, Россия), 2017	Перинатальный центр № 2 (г. Волгоград, Россия), 2019
1	Роды первые, доношенная одноплодная беременность, головное предлежание плода	7,1	11,9	12,0	4,78
2	Роды первые, доношенная одноплодная беременность, головное предлежание плода. Плановая индукция родов или плановое кесарево сечение	35,9	28,1	37,0	23,20
3	Роды повторные, доношенная одноплодная беременность, головное предлежание плода. Спонтанная родовая деятельность	1,2	2,9	2,1	2,39
4	Роды повторные, доношенная одноплодная беременность без рубца на матке, головное предлежание плода. Плановая индукция родов или плановое кесарево сечение	13,8	16,6	22,5	7,14
5	Роды повторные, доношенная одноплодная беременность, головное предлежание плода, один и более рубец на матке	68,1	76,5	90,4	27,10
6	Роды первые, одноплодная беременность, тазовое предлежание плода	93,8	91,3	89,1	4,18
7	Роды повторные, одноплодная беременность, тазовое предлежание плода, в том числе рубец на матке	89,9	89,7	91,9	2,33
8	Многоплодная беременность, в том числе рубец на матке	65,7	52,6	43,3	4,91
9	Одноплодная беременность, поперечное или косое положение плода, в том числе рубец на матке	100,0	100,0	100,0	100,00
10	Одноплодная беременность, преждевременные роды, головное предлежание плода, в том числе рубец на матке	30,4	24,2	35,3	20,42

ки, включая симуляционный тренинг. Актуальной в данной ситуации также будет работа психолога.

Группа 9 (одноплодные беременности с косым или поперечным положением плода) составляет 1% от общего количества абдоминальных родоразрешений, и в связи с абсолютными показаниями для оперативного родоразрешения согласно современным протоколам повлиять на снижение данного показателя не представляется возможным.

Для подтверждения или опровержения наших предположений о возможности снижения частоты кесарева сечения в акушерском стационаре третьего уровня мы сравнили наши данные с показателями других стационаров, в том числе зарубежных [4] (табл. 2).

Из приведенных данных существенная разница в частоте кесарева сечения определена в группе 5 (пациентки с одноплодной беременно-

стью и рубцом на матке), группах 6 и 7 (одноплодная и многоплодная беременность и тазовое предлежание плода), а также группе 8 (многоплодная беременность и рубец на матке). Это может свидетельствовать в пользу того, что в нашей клинике существует персонализированный подход к определению тактики ведения родов в конкретных акушерских ситуациях.

Таким образом, классификация Робсона является универсальным средством, позволяющим оценить возможности улучшения службы при любых возможностях региона или учреждения и сделать выводы.

### Выводы

Основные пути к снижению частоты кесарева сечения:

1. рациональное ведение родов, профилактика первого кесарева сечения;
2. усовершенствование методов преиндукции родов, тщательный отбор пациенток для преиндукции;

3. увеличение числа консервативных родоразрешений беременных с рубцом на матке (5-я группа, по классификации Робсона);
4. оценка перинатальных факторов риска; рациональный мониторинг состояния плода;
5. предгравидарная подготовка, особенно в группах риска преждевременных родов.

### Список литературы

1. Оценка частоты кесарева сечения по классификации Робсона. / Рудзевич А.Ю., Кукарская И.И., Фильгус Т.А. // Современ. пробл. науки и образования. 2017.
2. Souter V., Jodie K., Chien A. The Robson Classification: monitoring and comparing cesarean delivery rates. *Obstet. Gynecol.* 2016; 127: 131S. DOI: 10.1097/01.AOG.0000483531.18218.6d.
3. Преждевременные роды. Клинические рекомендации (протокол лечения). URL: [http://zdravorel.ru/archiv/prejdevremennierodj\\_2013.pdf](http://zdravorel.ru/archiv/prejdevremennierodj_2013.pdf).
4. Снижение частоты кесарева сечения и перинатальных потерь в стационаре уровня 3А с использованием классификации Робсона / Гурьев Д.А., Охалкин М.Б., Гурьева М.С., Кабанов И.В., Гурьева Д.Д., Асадова С.А. // Докт.ру. 2019. № 4 (159). С. 8–13.

**Для цитирования:** Ткаченко А.В., Складановская Т.В., Костенко Т.И., Свиридова Н.И., Веровская Т.А., Бабаева Л.К. Менеджмент частоты кесарева сечения в акушерских стационарах третьего уровня и возможные пути ее снижения. *Медицинский алфавит.* 2020 (16): 54–57. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-16-54-57>.

**For citation:** Tkachenko L.V., Skladanovskaya T.V., Kostenko T.I., Sviridova N.I., Verovskaya T.A., Babaeva L.K. Management of cesarean section frequency in obstetric hospitals of third level and possible ways in reducing it. *Medical alphabet.* 2020 (16): 54–57. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-16-54-57>.

**14** –й ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР  
**СОЧИ – СЕНТЯБРЬ**  
5–8 сентября 2020 года  
«Репродуктивный потенциал России: версии и контрарверсии»

Logos: MAPC, StatusPraesens, spnavigator, ЖЕМЧУЖИНА ПРОДУКЦИЯ, Зимний театр

До встречи в Сочи!

Contact: +7 (499) 346 3902, [tz@praesens.ru](mailto:tz@praesens.ru), [praesens.ru](http://praesens.ru), [statuspraesens.ru](https://statuspraesens.ru)