

Мирошников А.Е., Жаркин Н.А.

АКУШЕРСКИЙ АУДИТ НА ОСНОВЕ 10-ГРУППОВОЙ КЛАССИФИКАЦИИ М. РОБСОНА

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, 400131, г. Волгоград

Для корреспонденции: Мирошников Анатолий Евгеньевич, канд. мед. наук, ассистент каф. акушерства и гинекологии
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет», e-mail: a639ea@gmail.com

Проблема увеличения частоты проведения операции кесарева сечения пока не находит разрешения. Во-первых, большая вариабельность исходного состояния рожениц, во-вторых, большое разнообразие показаний к операции не позволяют выявить основные детерминанты. В целях разработки и осуществления эффективных мер по сокращению частоты абдоминального родоразрешения необходимо применение понятной, логичной классификации пациенток. Всемирная организация здравоохранения рекомендует использование классификации М. Робсона. Проведённое исследование с применением шкалы Робсона позволяет выявить контингент пациенток, у которых возможно уменьшение частоты абдоминальных родоразрешений. Авторы предлагают ряд мер, направленных на снижение частоты кесарева сечения в учреждениях 2-го уровня.

Ключевые слова: снижение частоты кесарева сечения; классификация Робсона; абдоминальное родоразрешение.

Для цитирования: Мирошников А.Е., Жаркин Н.А. Акушерский аудит на основе 10-групповой классификации М. Робсона. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва*. 2018; 5(1): 45—48.

DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-1-45-48>

Miroshnikov A.E., Zharkin N.A.

OBSTETRIC AUDIT BASED ON ROBSON TEN-GROUP CLASSIFICATION SYSTEM

Volgograd State Medical University, Volgograd, 400131, Russian Federation

The problem of the increase in the frequency of Cesarean section delivery has not been resolved yet. Firstly, a large variation in the initial state of puerpera, secondly, a wide variety of indications to the operation fail to allow revealing main determinants. In order to develop and implement effective measures to reduce the rate of the abdominal delivery, an understandable, logical classification of patients is necessary. The World Health Organization recommends the use of Robson Ten-Group Classification System. This study executed with the use of the Robson scale reveals the contingent of patients in whom the decline in the frequency of abdominal deliveries is possible. The authors propose a set of measures aimed at reducing the rate of Cesarean section in institutions of the second level.

Key words: reduction of the rate of Cesarean sections; Robson Ten-Group Classification System; abdominal delivery.

For citation: Miroshnikov A.E., Zharkin N.A. Obstetric audit based on Robson Ten-Group Classification System. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, Russian journal*. 2018; 1(5): 45—48. (In Russ.).

DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-1-45-48>

For correspondence: Anatoly E. Miroshnikov, MD, PhD, Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Volgograd State Medical University, Volgograd, 400131, Russian Federation; e-mail: a639ea@gmail.com

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 28.01.2018

Accepted 31.01.2018

Введение

Высокая частота операции кесарева сечения в последние десятилетия вызывает озабоченность специалистов родовспоможения. По данным Всемирной организации здравоохранения — ВОЗ (Женева, 2015 г.), влияние абдоминального родоразрешения на улучшение перинатальных исходов заметно при частоте до 10%. Более высокая частота не даёт ожидаемого улучшения. Напротив, многократно увеличиваются риски для всех участников процесса. Врач утрачивает профессиональный навык бережного акушерства. Мать остаётся в зоне риска возникновения тромбоза, эмболии, кровотечений. В дальнейшем у таких женщин снижается качество репродуктивного здоровья [1]. Новорождённый ребёнок зачастую получает микрофлору не матери, а медицинского персонала, и потому менее устойчив к ряду заболеваний (Краснопольский В.И., 2015).

В поисках причин роста частоты кесарева сечения часто анализируют общее количество операций по отношению к общему количеству родов. В то же время не учитывается, что частоту абдоминального родоразрешения при спонтанных родах у первородящих с головным предлежанием нельзя сравнивать с частотой операций у повторнородящих. Другой пример: исходы родов у пациенток с рубцом на матке также не нужно сравнивать с исходами родов у прочих пациенток. То же самое и в случаях тазового предлежания плода. В каждой из групп таких пациенток частота осложнений будет разной.

Для более объективного анализа причин осложнений родов необходима система классификации, которая даёт осмысленное и релевантное сравнение частоты операций кесарева сечения на уровне учреждения, города или региона. Среди существующих систем

сравнения частоты кесарева сечения в последние годы во многих странах используется 10-групповая классификация (также известная как классификация Майкла Робсона) [2].

Профессор Michael S. Robson является ведущим специалистом Дублинского Национального родильного дома (Ирландия). Согласно его классификации, впервые опубликованной в 2001 г., все пациентки, поступающие на родоразрешение в медучреждение, распределяются на 10 групп по таким признакам, как акушерский анамнез, вид беременности, характер начала родов, срок беременности к моменту родоразрешения и пр. [3, 4]. Частоту акушерских осложнений рассчитывают в каждой группе отдельно. Это позволяет анализировать природу осложнений среди однородного контингента пациенток.

В 2011 г. ВОЗ рекомендовала использование классификации М. Робсона как наиболее надлежащей системы для выполнения текущего аудита, как местного, регионального, так и международного [5]. В 2014 г. на основании изучения «плюсов» и «минусов» шкалы М. Робсона ВОЗ предложила следующие рекомендации по её применению [6]:

1. Все учреждения родовспоможения, независимо от уровня, должны использовать классификацию М. Робсона для систематизации пациенток, вступающих в роды.

2. Наряду с существующими оценками качества работы в национальных системах родовспоможения классификация М. Робсона даёт дополнительные важные переменные (например, эпидемиологические данные, стоимость, результаты или показания) на местном и региональном уровнях.

3. Отчёты о результатах классификации должны быть общедоступными.

В нашей стране за последние 5 лет также опубликованы результаты исследований с применением этой классификации [7, 8]. Однако зачастую в них не указывается численность самих групп. Учитывая эти недостатки, мы провели собственное исследование частоты операций кесарева сечения за 2016 г. в родильном доме 2-го уровня. Известно, что родовспомогательные учреждения 2-го уровня несут основную нагрузку по обеспечению высококвалифицированной помощью рожениц с повышенным риском — 60% стационарных акушерских коек в нашей стране развёрнуты в этих учреждениях [9]. ГУЗ «Клинический родильный дом № 2» Волгограда — один из 5 городских роддомов, относящийся ко 2 уровню учреждений родовспоможения. За год в этом родильном доме происходит более 2400 родов. За последнее десятилетие в этом роддоме, как и в других роддомах города да и страны в целом, частота кесаревых сечений выросла с 16% в 2004 г. до 26,5% в 2016 г. Чтобы понять природу роста частоты этого осложнения, мы классифицировали по критериям Робсона всех пациенток, поступивших на родоразрешение в роддом № 2 в 2016 г.

Цель исследования — провести анализ частоты операций кесарева сечения в группах Робсона, выявить основные резервы уменьшения частоты абдоминального родоразрешения в учреждениях 2-го уровня.

Материал и методы

Изучено 2298 родов, произошедших в 2016 г. в ГУЗ «Клинический родильный дом № 2» Волгограда. Все пациентки были распределены между 10 группами по классификации М. Робсона. Для каждой группы отдельно рассчитана относительная частота кесарева сечения (см. таблицу). Данные обработаны методами математической статистики с использованием программного обеспечения MS Excel 2010 и Statistica 7,0.

Результаты исследования

Пациентки, не имевшие рубцов на матке, собраны в первые 4 группы. Пациентки со спонтанным началом родов относятся к 1-й и 3-й группам, они составляли больше половины — 1454 (63,5%). Это пациентки со сроком гестации более 37 нед, одноплодной беременностью, головным предлежанием плода. Разница в том, что в 1-ю группу включены первородящие — 595 человек, а в 3-ю повторнородящие — 859 человек. Это самый многочисленный контингент. Случаи кесарева сечения были и в той, и в другой группе, но с разной частотой: в 1-й группе — 16,5%, в 3-й — 4%.

Роды после индукции или плановое кесарево сечение проведены во 2-й группе (первородящие) — 253 случая, а также в 4-й (повторнородящие) — 243 случая. Лидером по частоте кесарева сечения оказалась 2-я группа (первородящие с гестационным сроком более 37 нед, одноплодная беременность, головное предлежание, после индукции родов или плановое кесарево сечение) — 48,6%. У пациенток 4-й группы (повторнородящие) операций было в 2 раза меньше — 20%. Из приведённых данных видно, что операцию кесарева сечения чаще всего проводили на фоне индукции родов или по причине планового родоразрешения у первородящих.

Самой низкой оказалась частота операций в 3-й группе (повторнородящие, спонтанное начало родов) — всего 4% из 859 родов. Становится очевидным, что плановое родоразрешение у первородящих с доношенной беременностью даёт наибольший прирост частоты операций кесарева сечения. Требуется более тщательный подход к принятию решения об операции в этой группе пациенток. Это может привести к заметному снижению количества кесаревых сечений, выполняемых впервые. Для сравнения, в Ирландии этот показатель существенно ниже — 39%.

Далее, в 5-ю группу (беременные с рубцом на матке после кесарева сечения) включены 233 пациентки, из них родили через естественные родовые пути лишь 10% (для сравнения, в Ирландии — 27%). Этот показатель также указывает на необходимость разработки эффективных программ по родоразрешению беременных с рубцом на матке через естественные родовые пути.

Классификация по шкале М. Робсона родильниц ГУЗ «Клинический родильный дом № 2» г. Волгограда в 2016 г. и доля кесаревых сечений, %

Группа	Число родильниц в группе	Доля от общего числа, %	Доля КС* в группе, %
1-я группа — первородящие, гестационный срок ≥ 37 нед, одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды	595	25,9	16,5
2-я группа — первородящие, гестационный срок ≥ 37 нед, одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановое кесарево сечение	253	11	49
3-я группа — повторнородящие, без рубца на матке, гестационный срок ≥ 37 нед, одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды	859	37,6	4
4-я группа — повторнородящие, без рубца на матке, гестационный срок ≥ 37 нед, одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановое кесарево сечение	243	10,6	20
5-я группа — повторнородящие с рубцом на матке, гестационный срок ≥ 37 нед, одноплодная беременность, головное предлежание	233	10	90
6-я группа — первородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание	44	2	93
7-я группа — повторнородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание, в том числе с рубцом на матке	32	1,4	78
8-я группа — все женщины с многоплодной беременностью, в том числе с рубцом на матке	15	0,7%	64
9-я группа — все женщины с одноплодной беременностью при поперечном или косом положении плода, включая женщин с рубцом на матке	5	0,2	100
10-я группа — все женщины с одноплодной беременностью, головное предлежание, гестационный срок ≤ 36 нед, включая женщин с рубцом на матке	19	0,7	30
Общее число родильниц	2298	100	

Такая программа разработана на кафедре акушерства и гинекологии Волгоградского государственного медицинского университета и внедряется в практическое здравоохранение.

6-я и 7-я группы (тазовое предлежание плода у первородящих и повторнородящих женщин соответственно) малочисленны — всего 76 родильниц. Однако показатель частоты кесаревых сечений в этих группах пациенток чрезвычайно высок — 93 и 78%. Этот контингент родильниц также рассматривается как резерв для снижения частоты оперативных родов за счёт расширения показаний к естественным родам при отсутствии других факторов риска.

Группы 8-я, 9-я и 10-я самые малочисленные — всего 39 родильниц (1,6% от общего количества родов). Это пациентки с многоплодной беременностью, поперечным положением плода, преждевременными родами. Частота операций в этих группах так же велика — от 64 до 100% (поперечное положение плода). Однако такие пациентки всегда находятся под строгим контролем специалистов. Решения по тактике ведения родов у них принимаются, как правило, после тщательного анализа акушерской ситуации. Доля операций в этих группах не оказывает существенного влияния на общие показатели. Итоговое распределение частоты кесаревых сечений по группам представлено в таблице.

Заключение

Подсчёт показателей исходов родов или осложнений относительно общего количества родов не даёт объек-

тивного представления о связи причин и следствий. Поэтому разделение всех рожениц на категории со схожими исходными данными позволяет более точно увидеть причины неудовлетворительных результатов.

10-групповая классификация Майкла Робсона является качественным инструментом для объективного анализа состояния системы родовспоможения как в отдельном учреждении, так и на региональном уровне.

На основании такого объективного анализа с помощью классификации Майкла Робсона возможна разработка эффективных мероприятий по улучшению качества оказываемой помощи.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 2—6 см. REFERENCES)

1. Радзинский В.Е. *Акушерская агрессия*. М.: Status Praesens; 2011.
2. Орлова В.С., Калашникова И.В. Абдоминальное родоразрешение как медико-социальная проблема современного акушерства. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2013; 62 (4): 6-13.
3. Радзинский В.Е., Князев С.А. Сократить долю кесаревых сечений. Настоятельные рекомендации ВОЗ о снижении доли кесаревых сечений. *Status Praesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак*. 2015; 3: 10-21.
4. Методическое письмо МЗ РФ № 15-4/10/2-8757 от 20.11.2014 г. «Совершенствование трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде». <http://docs.cntd.ru/document/420264566>

REFERENCES

1. Radzinskiy V.E. *Obstetric aggression*. [Akusherskaya agressiya]. Moscow: Status Praesens; 2011. (in Russian)

2. Patterns of maternity care in English NHS trusts /2013/14/March 2016
3. Robson M.S. Classification of caesarean sections. *Fetal Maternal Med. Rev.* 2001; 12(1): 23-39.
4. Robson M. The Ten Group Classification System (TGCS) — a common starting point for more detailed analysis. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 2015; 122(5): 701.
5. Torloni M.R., Betran A.P., Souza J.P., Widmer M., Allen T., Gulmezoglu M., et al. Classification for caesarean section: a systematic review. *PLoS ONE.* 2011; 6(1): e14566. doi: 10.1371/journal.pone.0014566.
6. Betran A.P., Vindevoghel 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; 9(6): e97769.
7. Orlova V.S., Kalashnikova I.V. Abdominal delivery as a medical and social problem of modern midwifery. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney.* 2013; 62(4): 6-13. (in Russian)
8. Radzinskiy V.E., Knyazev S.A. Strong WHO recommendations to reduce the proportion of Caesarean sections. *Status Praesens. Ginekologiya, akusherstvo, besplodnyy brak.* 2015; 3: 10-21. (in Russian)
9. *Methodical letter of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 15-4 / 10 / 2-8757 of 20.11.2014 "Improvement of the three-level system of rendering medical care to women during pregnancy, childbirth and in the postpartum period".* (in Russian)

Поступила 28.01.2018
Принята к печати 31.01.2018

**СПИСОК ЖУРНАЛОВ ИЗДАТЕЛЬСТВА «МЕДИЦИНА»,
ВОШЕДШИХ В RUSSIAN SCIENCE CITATION INDEX (RSCI)
НА БАЗЕ WEB OF SCIENCE**

1. Анестезиология и реаниматология
2. Анналы хирургии
3. Вопросы вирусологии
4. Гематология и трансфузиология
5. Гигиена и санитария
6. Детская хирургия
7. Здравоохранение Российской Федерации
8. Иммунология
9. Клиническая лабораторная диагностика
10. Клиническая медицина
11. Молекулярная генетика, микробиология и вирусология
12. Неврологический журнал
13. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины
14. Российский медицинский журнал
15. Российский онкологический журнал
16. Российский педиатрический журнал
17. Эпидемиология и инфекционные болезни