

Список литературы

1. Поликарпов А.В., Александрова Г.А., Голубев Н.А., Тюрина Е.М. и др. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения. ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава Российской Федерации, 2018

2. Robson MS. Classification of caesarean sections. Fetal and Maternal Medicine Review. 2001;12(1):23-39.

3. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. PLoS ONE. 2011;6(1):e14566

4. Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gulmezoglu AM, Torloni MR. 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.

5. Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Рекомендации по внедрению и использованию классификации операции
кесарева сечения М. Робсона**

(методическое письмо)

Оглавление

Введение	3
Классификация операции кесарева сечения Робсона	4
Характеристики подгрупп	9
Наиболее часто возникающие вопросы при классифицировании женщин по системе Робсона	10
Таблица отчета классификации Робсона	14
Список литературы	16
Приложение 1. Состав рабочей группы	17
Приложение 2. Таблица отчета классификации Робсона	18

4						
4a						
4b						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
Всего*	Всего КС	Всего женщин	100%	Общая частота КС	Общая частота КС	100 %

Не классифицируемые: кол-во случаев и % (число не классифицируемых женщин / (общее кол-во родоразрешенных женщин которые вошли в классификацию + не классифицируемые) x 100)

*Общее количество и проценты из данных таблицы

1. размер группы (%) = (число женщин в группе/общее количество родоразрешенных женщин)x100

2. частота КС в группе (%) = (число КС в группе/общее количество женщин в группе)x100

3. абсолютный вклад (%) = (число КС в группе/общее количество родоразрешенных женщин)x100

4. относительный вклад (%) = (число КС в каждой группе/общее количество КС в учреждении)x100

Заполнение таблицы следует проводить еженедельно, что позволит своевременно корректировать случаи с пропущенными данными с последующим сведением в ежемесячный и годовой отчеты.

в тазовом предлежании, данные группы включают только головное предлежание плода.

3. Поступила первородящая женщина с анэнцефалией плода в 24 недели для индукции родов. Плод умер антенатально и в головном предлежании. Следует ли нам ее классифицировать по Робсону? Если мы ее классифицируем, следует ли отнести в группу 2 или 10?

Ответ: классификация Робсона не исключает плодов с антенатальной гибелью или пороками развития; следовательно, данная женщина должна быть включена в классификацию. Она относится к группе 10, которая включает всех женщин с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода, преждевременным родоразрешением. Наличие аномалии головы плода не влияет на факт головного предлежания. Группа 2 для доношенных, что не является данным случаем.

Таблица отчета классификации Робсона

Чтобы максимально использовать в учреждении информацию, предоставляемую классификацией Робсона и иметь возможность сравнения с другими, данные лучше всего предоставлять в стандартизированной форме (Таблица отчета классификации Робсона)

Таблица отчета классификации Робсона включает 7 следующих столбцов (см приложение 1, табл.4). Предполагается, что заполнение будет начато со столбцов 2 и 3 (общее количество КС и общее количество женщин в каждой из 10 групп) для последующего расчета процентов.

Таблица 5

Название учреждения:				Период:		
1	2	3	4	5	6	7
Группа	Кол-во КС в группе	Кол-во женщин в группе	Размер группы (%)	Частота КС в группе (%)	Абсолютный вклад группы в общую частоту КС (%)	Относительный вклад группы в общую частоту КС (%)
1						
2						
2a						
2b						
3						

Введение

Кесарево сечение (КС), осуществляемое по медицинским показаниям, показало себя как эффективный инструмент снижения материнской и перинатальной смертности. Однако, в последние десятилетия отмечается стабильный рост частоты кесарева сечения, как в развитых, так и развивающихся странах, который уже не сопровождается дальнейшим снижением этих показателей, что вызывает озабоченность мирового сообщества. Имеющиеся в настоящее время данные свидетельствуют об отсутствии связи между материнской и перинатальной смертностью и частотой кесарева сечения более 30%, при этом влияние частоты абдоминального родоразрешения на показатели материнской и перинатальной заболеваемости, социально-экономические результаты по-прежнему остаются недостаточно изученными (WHO Statement on Caesarean Section Rates, 2015). В то же время, как любое хирургическое вмешательство, кесарево сечение сочетается с возможностью осложнений как в ближнем, так и отдаленном периоде, что имеет неблагоприятные последствия.

В Российской Федерации в последние годы наблюдается снижение показателей материнской и перинатальной смертности, однако одновременно прослеживается устойчивая тенденция роста частоты абдоминального родоразрешения, которая в 2017 году достигла 29,3 % (1).

Для выяснения причин, определяющих частоту кесарева сечения и поиска эффективных механизмов для ее оптимизации, необходим комплекс мероприятий, среди которых одно из первоочередных мест принадлежит выделению (классификации) групп беременных женщин, которые родоразрешаются абдоминальным путем. Систематический анализ, проведенный экспертами ВОЗ, показал, что для этой цели наиболее подходит классификация разработанная М. Робсоном (M. Robson), включающая 10 основных групп (2,3,4). С 2015 года ВОЗ рекомендовала классификацию Робсона как глобальный стандарт оценки, мониторинга и сравнения частоты кесарева сечения в учреждениях родовспоможения любого уровня. В соответствии с необходимостью данная классификация может быть использована для оценки эпидемиологических данных, показаний, исходов и экономических затрат.

Внедрение данной классификации позволит родовспомогательным учреждениям (5):

- Определить и проанализировать группы женщин, которые вносят наибольший и наименьший вклад в общую частоту кесарева сечения
- Сравнить практику оказания помощи в этих группах в учреждениях, которые имеют лучшие показатели для внедрения их опыта
- Оценить эффективность мероприятий, направленных на оптимизацию применения операции кесарева сечения
- Оценить качество оказания медицинской помощи путем анализа результатов родоразрешения в этих группах