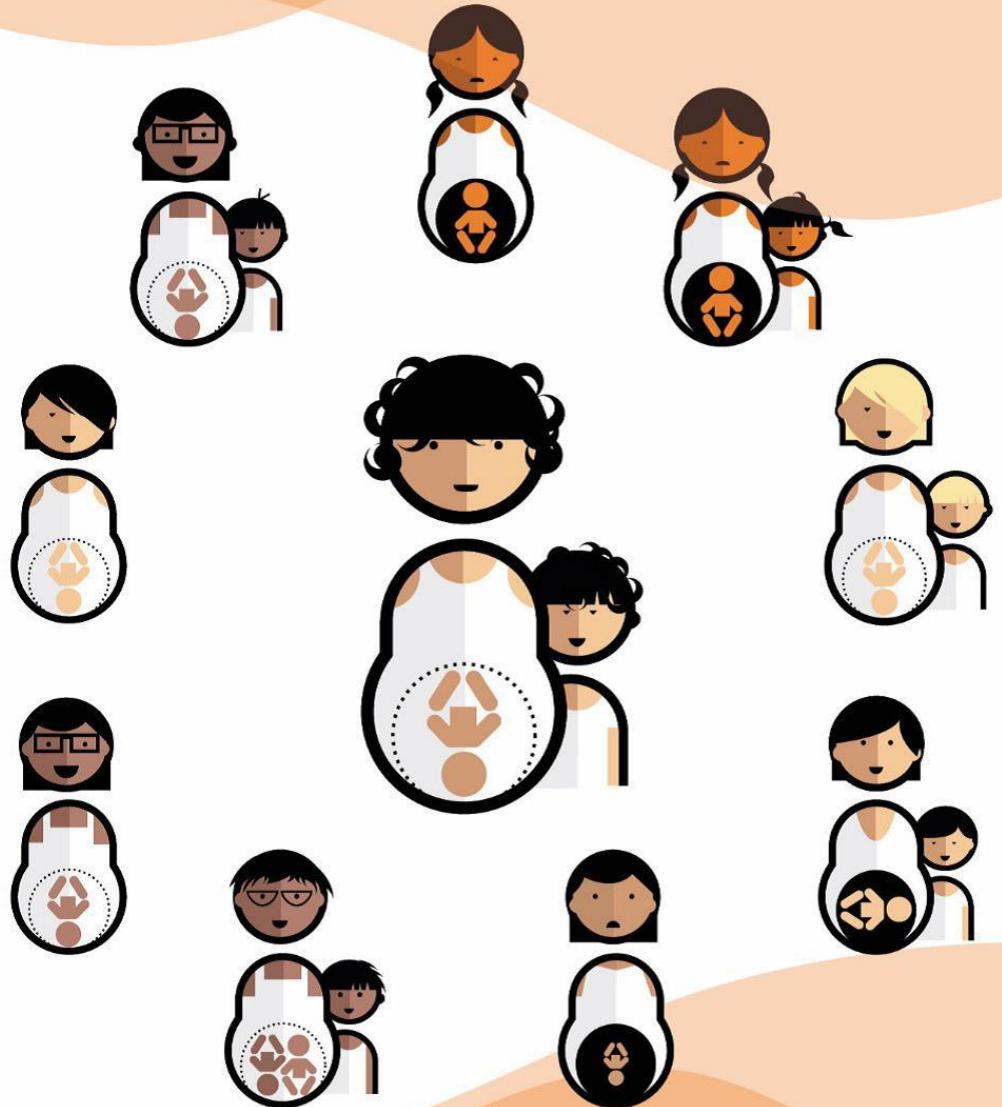


# Национальное клиническое руководство по внедрению классификации Робсона



«КЕЛИШИЛДИ»

Ўзбекистон Республикаси Инновацион  
СОЕДИКНИ САҚЛАДІ МИЛДІЙ ПАЛАТАСИ РАИСИ

 Р.Ш.Изамов

«20» август 2021 й.

-сонли баённома



## Национальное клиническое руководство по внедрению классификации Робсона

## Вводная часть

<b>Клиническая проблема</b>	Оценка частоты кесарева сечения внедрением классификации Робсона
<b>Название документа</b>	Национальное клиническое руководство по внедрению классификации Робсона
<b>Этапы оказания помощи</b>	Специализированная медицинская помощь, учреждения родовспоможения первого, второго и третьего уровня
<b>Дата создания</b>	8.04.2021
<b>Планируемая дата обновления</b>	Проведение следующего пересмотра планируется в 2024 году, или по мере появления новых ключевых доказательств
<b>Адрес для переписки</b>	г. Ташкент, ул. Мирзо-Улугбекский район, ул. Мирзо-Улугбека, 132 а. Тел.: 71 263 78 30, 71 263 84 83 E-mail: <a href="mailto:obs-gyn@mail.ru">obs-gyn@mail.ru</a>

# Оглавление

Введение .....	8
Цели создания руководства .....	9
Классификация Робсона .....	9
Определение основных характеристик, используемых в классификации Робсона .....	11
Классификация Робсона с подгруппами .....	13
Характеристики подгрупп .....	14
Подгруппы групп 2 и 4: .....	14
Подгруппы группы 5: .....	14
Случаи с пропущенными переменными (не классифицируемые случаи) .....	15
Способы классификации женщин в группах Робсона .....	15
Обобщение спецификаций для переменных в группах Робсона .....	15
Таблица отчета классификации Робсона .....	17
Наиболее часто возникающие вопросы при классификации женщин по системе Робсона .....	18
Источники и литература .....	21

## Состав рабочей группы:

### Руководители рабочей группы

Абдуллаева Л.М., д.м.н.

Юсупов У.Ю., д.м.н., профессор

Надырханова Н.С., к.м.н.

Любич А.С., к.м.н.

Главный акушер-гинеколог Министерства  
Здравоохранения Республики Узбекистан  
РСНПМЦАГ, научный руководитель акушерского  
блока  
РСНПМЦАГ, директор  
РПЦ, директор

### Ответственные исполнители

Султанов С.Н., д.м.н., профессор

Джаббарова Ю.К., д.м.н., профессор

Алиева Д.А., д.м.н., профессор

Ким Ё.Д., д.м.н., профессор

Каримов З.Д., д.м.н., профессор

Иргашева С.У., д.м.н.

Усманов С.К., ведущий специалист  
отдела разработки медицинских  
стандартов и протоколов

Уринбаева Н.А., д.м.н.

Матякубова С.А., д.м.н.

Нишанова Ф.П., к.м.н.

Микиртичев К.Д., к.м.н.

Ашуррова В.И., к.м.н.

Сапаров А.Б., к.м.н.

Абидов А.К., к.м.н.

Бабажанова Ш.Д., к.м.н.

Тарайн С.К., к.м.н.

Умарова Н.М., к.м.н.

Мухамедова У.Ю., к.м.н.

Арифханова З.А.

Абдураимов Т.Ф.

Каюмова Г.Т.

Хамроев А.К.

Курбанов П.Х.

Суяркулова М.Э., к.м.н.

Шодмонов Н.М., к.м.н.

Норкулова М.А., к.м.н.

Бабажанов М.А.

Хамроева Л.К.

Садыкова Х.З.

Бахранова Н.Р.

Жумаев Б.А., к.м.н.

Мухитдинова И.Н., к.м.н.

Дустмуродов Б.М.

РПЦ

РПЦ

РСНПМЦАГ

РСНПМЦАГ, анестезиолог-реаниматолог

Ташкентский ГПЦ, директор

РСНПМЦАГ

Национальная палата инновационного  
здравоохранения

РПЦ

Хорезмский филиал РСНПМЦАГ, директор

РСНПМЦАГ

РСНПМЦАГ

РСНПМЦАГ

РСНПМЦАГ, анестезиолог-реаниматолог

РПЦ

РПЦ, анестезиолог-реаниматолог

РПЦ

РПЦ

РПЦ

Андижанский филиал РСНПМЦАГ, директор

Навоинский филиал РСНПМЦАГ, директор

Сурхандарьинский филиал РСНПМЦАГ, директо

Ферганский филиал РСНПМЦАГ, директор

Джиззакский филиал РСНПМЦАГ, директор

Кашкадарьинский филиал РСНПМЦАГ, директо

Филиал РСНПМЦАГ РК, директор

Самаркандский филиал РСНПМЦАГ, директор

Сырдарьинский филиал РСНПМЦАГ, директор

Бухарский филиал РСНПМЦАГ, директор

Ташкентский филиал РСНПМЦАГ, директор

Наманганский филиал РСНПМЦАГ, директор

Сурхандарьинский филиал РСНПМЦАГ №2,  
директор

Муминова Ш.С.

РСНПМЦАГ, клинический ординатор

**Методологическая поддержка**

Ядгарова К.Т., к.м.н., начальник отдела разработки медицинских стандартов и протоколов

Национальная палата инновационного здравоохранения Республики Узбекистан.

Каримов Д.А., ведущий специалист

Национальная палата инновационного здравоохранения Республики Узбекистан

**Техническая поддержка**

Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА/UNFPA) в Узбекистане

*РСНПМЦГАГ – Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии*

*РПЦ – Республиканский перинатальный центр*

*РК – Республика Каракалпакстан*

*ГПЦ – городской перинатальный центр*

*ЦРПКМР - Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников*

**Рецензенты:**

Юсупбаев Р.Б.

РСНПМЦАГ, д.м.н., старший научный сотрудник  
секретарь Ученого Совета

Каримова Ф.Д.

ЦРПКМР, д.м.н., профессор, зав кафедрой  
акушерства и гинекологии №2

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Акушерства и Гинекологии»  
«\_29\_»\_\_ апреля\_\_2021 г., протокол №\_4\_\_  
Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Асатова М.М.

## Цель

Целью настоящего руководства является поиск путей снижения частоты кесарева сечения с использованием 10-ти групповой классификации Робсона. Основным требованием при разработке руководства, включившего данные, основанные на лучшем мировом опыте, было использование методологии строго отбора научных данных при формировании рекомендаций. Основу при разработке данного документа составило руководство ВОЗ: Классификация Робсона. Руководство по внедрению [Robson Classification: Implementation Manual]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г.

**Категория пациентов:** беременные и роженицы

## Список используемых сокращений

КС – кесарево сечение

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

FIGO – Международная Федерация Акушеров-Гинекологов

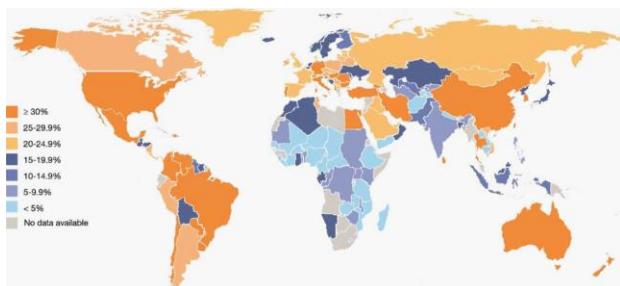
**Целевая группа руководства:** акушеры-гинекологи, акушерки, анестезиологи-реаниматологи, неонатологи.

## Введение

### «РОСТ ЧАСТОТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СЕРЬЕЗНОЙ ПРОБЛЕМОЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

На протяжении веков роды для женщины были процессом естественным и обыденным, хотя они не всегда заканчивались благополучно для матери и/или плода [1].

За последние десятилетия в большинстве стран наблюдается постепенное увеличение частоты родов с помощью кесарева сечения (КС) [2].



Последние доступные данные о частоте кесарева сечения по странам (с 2005 г. и позднее)

КС является одним из наиболее распространенных хирургических вмешательств в мире и рост частоты КС остается одной из серьезных проблем общественного здравоохранения и вызывает споры во всем мире из-за материнских и перинатальных рисков [3].

Современное усовершенствование техники КС позволило повысить безопасность операции, благодаря чему частота выполнения ее резко возросла во всем мире. Операция КС стала настолько безопасной, что некоторые женщины выбирают родоразрешение путем плановой операции по собственному желанию или по совету специалиста без наличия показаний. Негативные последствия этого явления начинают оцениваться лишь сейчас.

Наблюдается рост материнской заболеваемости и смертности, включая, в частности, риски, связанные с кровотечением, сепсисом, венозной тромбоэмболией и эмболией околоплодными водами. При последующих беременностях увеличивается риск предлежания и врастания плаценты, а также разрыва матки. Эти осложнения повышают риск материнской смертности и возникновения тяжелых заболеваний, который растет с каждой последующей операцией КС [4].

Согласно результатам Глобального обзора ВОЗ по материнскому и перинатальному здоровью, повышение частоты КС ассоциируется с более высоким риском послеродового назначения антибиотиков, повышенными показателями заболеваемости плода и большим числом случаев пребывания новорожденного в отделении интенсивной терапии в течение семи дней [5].

Отсутствие стандартизированной международно признанной системы классификации для последовательного мониторинга и сравнительного анализа данных по частоте выполнения кесарева сечения, имеющего практическую значимость, является одним из факторов, препятствующих лучшему пониманию тенденций в этой области [6].

Такая система классификации должна быть применима на международном уровне, также должна быть полезна для клиницистов, администраторов учреждений, органов общественного здравоохранения и самих женщин [7]. Такая система должна быть простой, клинически значимой, подотчетной, воспроизводимой и проверяемой [8].

Еще в 2001 году M.Robson предложил оценивать работу акушерских стационаров по 10-групповой классификации, что позволяет анализировать частоту КС в каждой группе, сравнивать ее с другими стационарами и находить пути снижения доли абдоминального родоразрешения [9].

В 2015 году данная классификация была одобрена ВОЗ, которая рекомендовала ее

В 2016 году FIGO рекомендовала классификацию Робсона в качестве глобального стандарта для оценки, мониторинга и сравнения показателей КС в учреждениях здравоохранения с течением времени и между учреждениями [11].

Классификация Робсона была создана для перспективного определения четко определенных, клинически значимых групп женщин, допущенных к родам, и для изучения различий в показателях КС в пределах относительно однородных групп женщин [9].

**Классификация Робсона предназначена для всех женщин, а не только для женщин, которые рожают с помощью КС. Это полная перинатальная классификация [8].**

Поскольку эту систему можно использовать перспективно, каждая женщина при поступлении в роды может быть немедленно классифицирована на основе нескольких основных характеристик. **Классификация проста, надежна, воспроизводима, клинически значима и перспективна [8].**

## Цели создания руководства

«ЭТОТ ПРОТОКОЛ СОЗДАН ДЛЯ СОДЕЙСТВИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЮ»

Внедрение данной классификации позволит

- 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
- Повысить качество учета данных и осведомленность персонала об их важности, необходимости использования и интерпретации.

использование в различных акушерских клиниках [10].

## Классификация Робсона

**«КАЖДУЮ ЖЕНЩИНУ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В РОДАХ, МОЖНО КЛАССИФИЦИРОВАТЬ В ОДНУ ИЗ 10 ГРУПП»**

### 10-групповая классификация Робсона



Классификацию Робсона следует рассматривать как общую отправную точку для перинатальной системы классификации, которая может быть доработана. Каждую из 10 групп, возможно, придется разделить или некоторые группы, возможно, придется объединить. Кроме того, в различных группах можно добавить и проанализировать больше деталей, таких как показания к кесареву сечению или заболеваемость новорожденных.

## «...роженицы и врачи все чаще делают выбор в пользу кесарева сечения...»

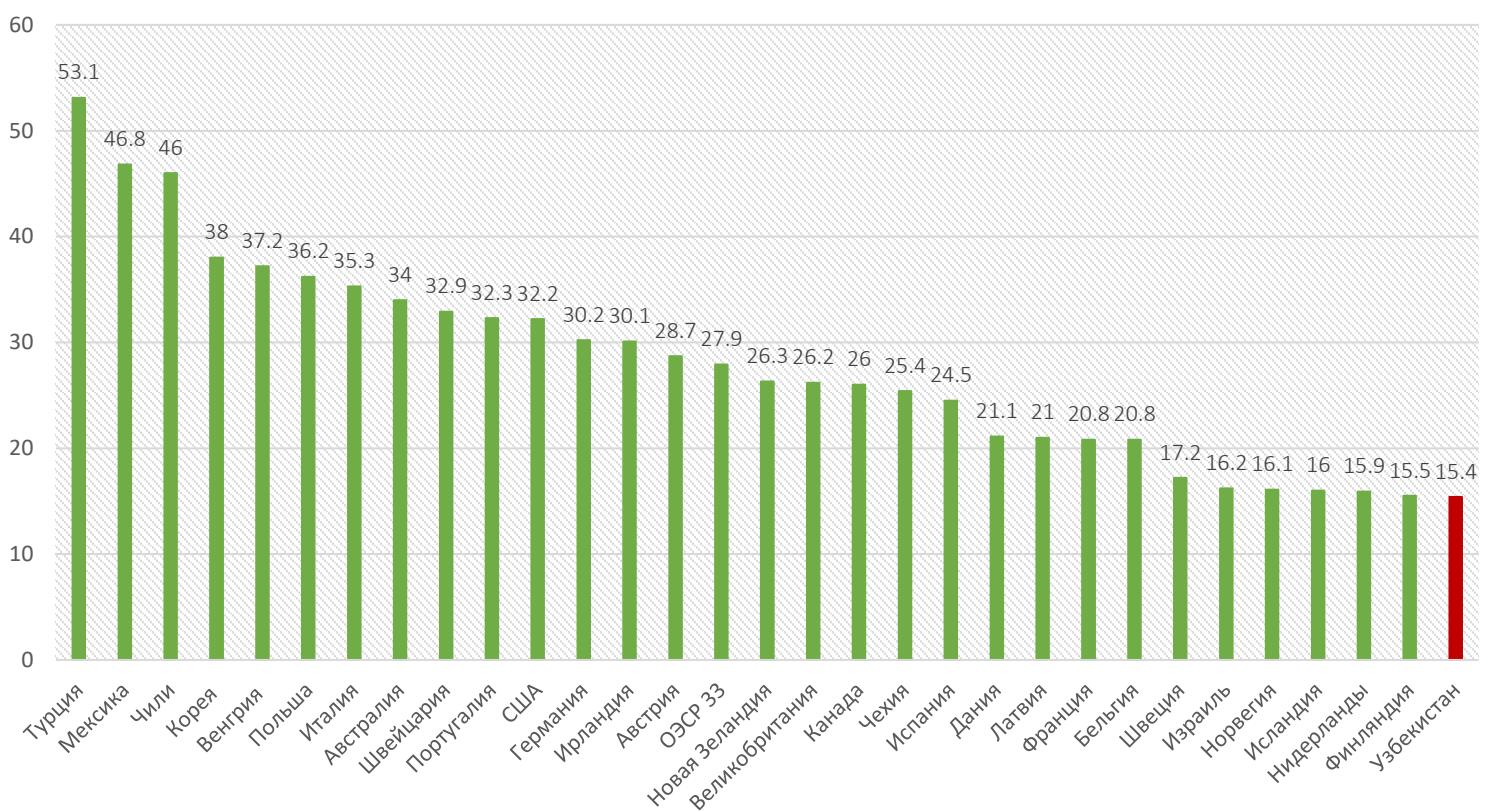
В 2015 году ВОЗ объявила, что увеличение частоты КС более 10% не связано со снижением материнской и неонатальной смертности, и эта операция должна выполняться только по строгим медицинским показаниям [12].

Частота КС не имеет тенденции к снижению и составляет, по данным разных авторов, от 11 до 40% и более в родовспомогательных учреждениях [13].

Различия в частоте кесаревых сечений в странах Европы свидетельствуют о различиях в подходах к родам. Факторы риска в отношении кесарева сечения - такие как возраст матери или количество родов в анамнезе - недостаточно выражены, чтобы объяснить серьезные различия [14].

Следует отметить, что, по данным официальной статистики Минздрава РУз, частота КС в Узбекистане за последние 5 лет с (2012 по 2017 год) выросла с 10,8% до 15,4%.

### Частота кесарева сечения в странах ОЭСР и Республике Узбекистан



Источник: OECD Health Statistics, 2017 и Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Для правильного распределения женщин в соответствующие группы, необходимо учитывать следующие определения:

## Определение основных характеристик, используемых в классификации Робсона

Таблица 1

Акушерская характеристика	Определение	Примечание
Паритет*	Количество предыдущих родоразрешений на момент поступления	Рождение ребенка с массой тела $\geq 500$ гр или $\geq 22$ недель гестации, живорожденного или мертворожденного, при наличии или отсутствии пороков развития, через естественные родовые пути или путем операции кесарева сечения. Предыдущие аборты/выкидыши не учитываются.
Первородящая	Отсутствие родов в анамнезе	Не является равнозначным определению «первобеременная». Например, пациентка с 4-ой беременностью и 3-мя выкидышами в анамнезе (Б <sub>3</sub> Р <sub>0</sub> В <sub>3</sub> ) является первородящей и относится к данной группе.
Повторнородящая	Как минимум одно родоразрешение в анамнезе	Рождение ребенка с массой тела $\geq 500$ гр или $\geq 22$ недель гестации, живорожденного или мертворожденного, при наличии или отсутствии пороков развития, через естественные родовые пути или путем операции кесарева сечения.
КС в анамнезе*	Количество КС в анамнезе на момент поступления на роды	Рубец на матке после иных оперативных вмешательств (например, миомэктомии) не должен учитываться, и женщина не должна быть включена в данную группу.
Не было	Все предыдущие родоразрешения были через естественные родовые пути	
Одно или более	В анамнезе как минимум одно родоразрешение было путем операции кесарева сечения независимо от отсутствия или наличия родов через естественные родовые пути	

\* **Определение не включает данное родоразрешение.** Необходимо определить пациентку в соответствующую группу **ДО** родоразрешения.

Например, пациентку, поступившую на родоразрешение первым ребенком, необходимо классифицировать как "Первородящую", даже если таблица заполняется после данного родоразрешения; она не должна быть отнесена к группе повторнородящих. Подобным образом, пациентку с двумя родами через естественные родовые пути, поступившую для родоразрешения путем операции кесарева сечения, необходимо классифицировать как "Без предыдущего КС", даже если таблица заполняется после данного родоразрешения 3-м ребенком.

Таблица 1 (продолжение)

Акушерская характеристика	Определение	Примечание
<b>Начало родов</b>	С чего началось родоразрешение в данную беременность, независимо от того как изначально планировалось родоразрешить	Должно быть основано на анамнезе, физикальном осмотре и принятом специалистом решении на момент поступления на роды/родильное отделение.
Спонтанное	Женщина находилась в спонтанно начавшихся родах до того момента как произошло родоразрешение	Первородящая или повторнородящая с запланированным (до начала родов) КС, поступившая со спонтанным началом родовой деятельности, относится к данной группе. Данная группа также включает женщин со спонтанным началом родовой деятельности у которых в последующем была проведена амниотомия и/или они получали окситоцин с целью рodoусиления (ускорения).
Индуцированные	Без родовой деятельности на момент поступления и с последующей индукцией родов	Любые методы индукции родов, включая амниотомию, мизопростол, окситоцин, интрацервикальное введение катетера Фолея, ламинарий и др. Женщины со спонтанным началом родов, получавшие окситоцин, а также амниотомией для коррекции аномалии родовой деятельности или стимуляции родов, не относятся к данной группе, однако должны быть классифицированы как "спонтанное" начало родов.
<b>КС до начала родовой деятельности</b>	Родовая деятельность отсутствовала на момент поступления и было принято решение о родоразрешении путем КС (запланированное КС)	Случаи с применением индукции родов или спонтанным началом родов, родоразрешенные путем операции кесарева сечения в конечном итоге, не относятся к данной группе
<b>Количество плодов</b>	Количество плодов на момент поступления на родоразрешение	Включая антенатальную гибель плода, диагностированную после 22 недель гестации или с массой 500 гр
Одноплодная	Один плод	Двойни с потерей одного из плодов до 22 недель гестации или менее 500 гр необходимо классифицировать как одноплодную беременность
Многоплодная	Более одного плода	Включая случаи многоплодные беременности с антенатальной гибелью одного или нескольких плодов после 22 недель гестации или с массой 500 гр

Таблица 1 (продолжение)

Акушерская характеристика	Определение	Примечание
<b>Срок гестации</b>	Гестационный срок на момент данного родоразрешения	Основано на наиболее достоверном определении (по менструальному циклу или УЗИ на раннем сроке беременности)
Своевременные	37 недель и более	
Преждевременные	Менее 37 недель	
<b>Положение и предлежание плода</b>	Окончательное положение плода/предлежание перед принятием решения о родоразрешении или началом родовой деятельности	Женщин с тазовым предлежанием плода и произведенным наружным поворотом на головку, родоразрешенных в головном предлежании, необходимо классифицировать как "головное" предлежание. Женщин с антенатальной гибелью плода в поперечном положении и проведенным внутренним поворотом перед рождением, необходимо классифицировать как "тазовое" предлежание.
Головное	Головка плода является предлежащей частью	Затылочное, лицевое, лобное, а также головное предлежание с выпадением ручки необходимо отнести в данную группу
Тазовое	Ягодицы плода или стопа, или стопы являются предлежащей частью	Все виды тазового предлежания (чисто ягодичное, смешанное, ножное)
Поперечное или косое	Продольная ось плода перпендикулярна или в косом направлении относительно продольной оси матери	Предлежат плечи плода или руки, или предлежащая часть не определяется

## Классификация Робсона с подгруппами

Таблица 2

Группа	Акушерская популяция
<b>1</b>	Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, $\geq 37$ недель гестации, со спонтанным началом родовой деятельности
<b>2</b>	Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, $\geq 37$ недель гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой деятельности
<b>2a</b>	Индукция родов
<b>2b</b>	КС до начала родовой деятельности
<b>3</b>	Повторнородящие без предыдущего КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, $\geq 37$ недель гестации, со спонтанным началом родовой деятельности
<b>4</b>	Повторнородящие без предыдущего КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, $\geq 37$ недель гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой деятельности
<b>4a</b>	Индукция родов
<b>4b</b>	КС до начала родовой деятельности
<b>5</b>	Все повторнородящие с одним или несколькими КС в анамнезе, с одноплодной беременностью в головном предлежании, $\geq 37$ недель гестации
<b>5.1</b>	С одним КС в анамнезе
<b>5.2</b>	С двумя или более КС в анамнезе
<b>6</b>	Все первородящие женщины с одноплодной беременностью в тазовом предлежании

7	Все повторнородящие женщины с одноплодной беременностью в тазовом предлежании, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе
8	Все женщины с многоплодной беременностью, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе
9	Все женщины с одноплодной беременностью, поперечным или косым положением плода, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе
10	Все женщины с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода, <37 недель гестации, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе

## Характеристики подгрупп

Подгруппы групп 2 и 4:

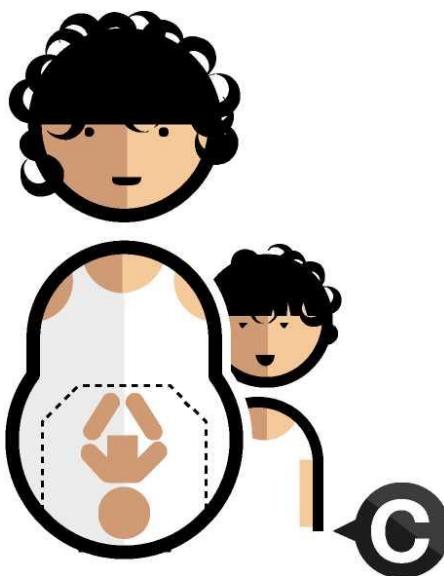
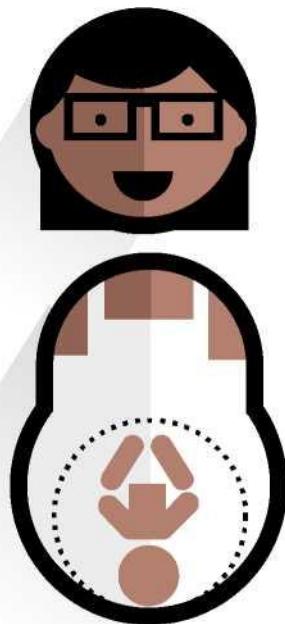
К данным группам относятся первородящие и повторнородящие женщины без КС в анамнезе, соответственно, с одноплодной беременностью, доношенным плодом в головном предлежании без спонтанного начала родовой деятельности (Таблица 2). Представленные группы включают 2 определенные и взаимоисключающие подгруппы, такие как:

### 2а или 4а

Первородящие или повторнородящие женщины, соответственно, с индукцией родов (любые методы индукции, такие как мизопростол, окситоцин, амиотомия или интрацервикальное введение катетера Фолея или другие) и родоразрешением через естественные родовые пути или при помощи КС.

### 2б или 4б

Первородящие или повторнородящие женщины, соответственно, которые были госпитализированы и родоразрешены путем операции КС до начала родовой деятельности. Поскольку все женщины в данной подгруппе будут родоразрешены путем КС, частота КС всегда будет составлять 100%.



## Подгруппы группы 5:

Группа 5 включает всех повторнородящих женщин с хотя бы с одним КС в анамнезе, одноплодной беременностью, доношенным плодом в головном предлежании. В современной акушерской практике группа 5 может быть очень важна вследствие увеличивающегося количества женщин с КС в анамнезе и, следовательно, объем данной группы может быть довольно значительным. Поскольку частота КС в данной обычно велика, группа 5 может значимо влиять на общее количество КС. Однако, группа 5 включает две определенные и взаимоисключающие подгруппы, такие как:

- 5.1 Повторнородящие женщины с одним КС в анамнезе
- 5.2 Повторнородящие женщины с 2 или более КС в анамнезе

Учитывая различия в клиническом наблюдении за двумя данными типами женщин, представленные общие подгруппы должны быть учтены раздельно в классификации, как 5.1 и 5.2.

## Случаи с пропущенными переменными

10 групп основаны на основных акушерских характеристиках, которые рутинно фиксируются при поступлении и при родоразрешении. В случаях, где информация об одной или более существенных переменных отсутствует или неразборчиво написана в карте пациента - отсутствует возможность классифицировать женщину в любую из 10 групп. Данную "не классифицируемую группу" женщин следует отнести к таблице отчетов классификации Робсона, но размещать в виде сноски внизу таблицы.

Очень важно зафиксировать данную группу и ее размер (абсолютное количество и процент от всех родоразрешений), **так как она является индикатором качества доступности данных в любом учреждении.**

Также важно изучить какие именно переменные отсутствуют у данной группы женщин, чтобы улучшить набор данных в будущем.

## Способы классификации женщин в группах Робсона

Существуют разные способы классификации каждой женщины в одну из 10 групп. Это может быть так же просто, как вручную просмотреть каждую запись о пациенте в поисках основных переменных и добавить ручную заметку с карандашом на обложку записи о пациенте с номером группы Робсона.

Схема на следующей странице предоставляет порядок, по которому классификация может быть наиболее легко выполнена.

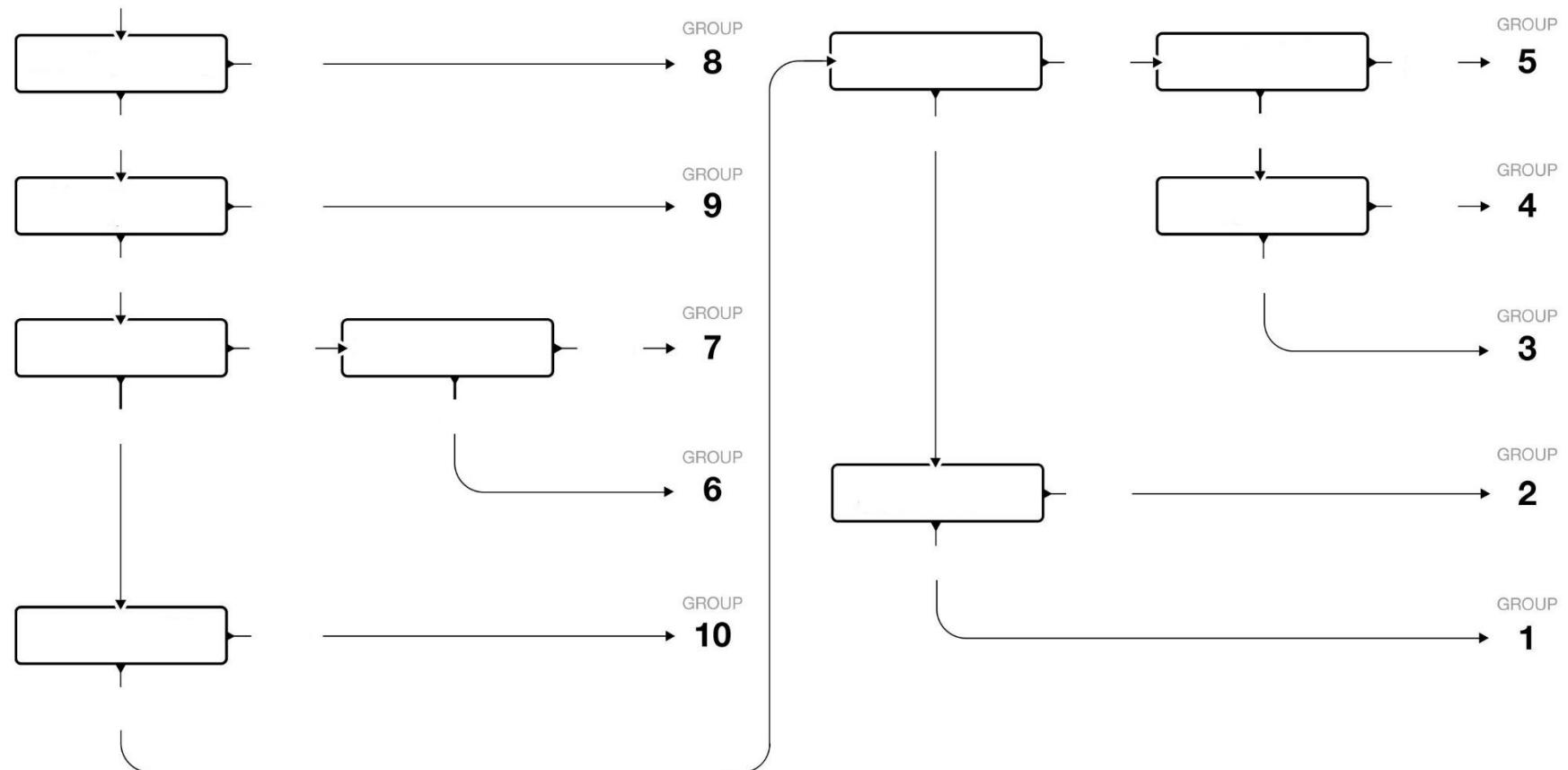
Случаи с отсутствующими данными (нет информации по одной или нескольким из шести основных переменных) должны быть отнесены к категории «неклассифицируемые», а отсутствующая переменная должна быть отмечена для облегчения анализа этих случаев.

## Обобщение спецификаций для переменных в группах Робсона

Таблица 3

Группа	Паритет	КС в анамнезе	Количество плодов	Положение или предлежание плода	Срок гестации	Начало родов
1	0	Нет	1	Головное	> 37	Спонтанное
2	0	Нет	1	Головное	> 37	Индуцированные или КС до начала родовой деятельности
3	> 1	Нет	1	Головное	> 37	Спонтанное
4	> 1	Нет	1	Головное	> 37	Индуцированные или КС до начала родовой деятельности
5	> 1	Да	1	Головное	> 37	Любое
6	0	Нет	1	Тазовое	Любое	Любое
7	> 1	Любое	1	Тазовое	Любое	Любое
8	Любое	Любое	> 2	Любое	Любое	Любое
9	Любое	Любое	1	Поперечное или косое	Любое	Любое
10	Любое	Любое	1	Головное	< 37	Любое

## Схема определения женщин по классификации Робсона



## Таблица отчета классификации Робсона

Таблица 4

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

\*Не классифицируемые: кол-во случаев и % (количество 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 (%) = (количество женщин в группе/общее количество родоразрешенных женщин) x 100

2. частота КС в группе (%) = (количество КС в группе/общее количество женщин в группе) x 100

3. абсолютный вклад (%) = (количество КС в группе/общее количество родоразрешенных женщин) x 100

4. относительный вклад (%) = (количество КС в каждой группе/общее количество КС в учреждениях) x 100

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

# Наиболее часто возникающие вопросы при классификации женщин по системе Робсона

## ВОПРОСЫ ПРО ПАРИТЕТ

1. Я провел родоразрешение путем КС из-за неубедительного состояния плода у первородящей, которая поступила в родах (8 см), с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода на доношенном сроке беременности. В какую группу мне следует классифицировать данный случай 1 или 5?

**Ответ:** данная женщина должна быть отнесена к группе 1. Классификация не учитывает родоразрешение, проведенное в настоящий момент. Следовательно, женщина является первородящей, а не повторнородящей с предыдущим КС в анамнезе.

2. Как мне следует классифицировать женщину с 4-й беременностью, 3-мя выкидышами в анамнезе (в 8, 12 и 14 недель), которая поступила в 38 недель гестации с родовой деятельностью, одним плодом в головном предлежании? Относится ли она к группе 1 или 3?

**Ответ:** Она относится к группе 1, так как является первородящей (т.к. никогда не рожала ребенка с массой  $\geq 500$  гр или  $\geq 22$  недель гестации).

3. Первородящая, в анамнезе миомэктомия 2 года назад, поступила для планового КС в 38 недель гестации, с одноплодной беременностью в головном предлежании. В какую группу следует ее классифицировать, 2 или 5?

**Ответ:** Данная женщина относится к группе 2 (группа 2в). Только женщин с рубцом на матке после одного (или более) КС следует классифицировать в группу 5.

4. Как мне классифицировать женщину, поступившую для индукции родов в 41

неделю гестации, которая ранее была родоразрешена через естественные родовые пути? Мне бы хотелось классифицировать ее в группу 1, так как в моей стране мы называем таких женщин первородящими; мы используем слово "повторнородящая" только для женщин, у которых в анамнезе хотя бы 2 предыдущих родоразрешения.

**Ответ:** в классификации Робсона все женщины с одним или более предыдущими родами классифицируются как повторнородящие. Следовательно, данная женщина относится к группе 4.

## ВОПРОСЫ ПРО НАЧАЛО РОДОВ

1. Я принял первородящую женщину с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода в 40 недель гестации с разрывом плодных оболочек 4 часа назад и регулярными схватками в течение часа. На момент поступления раскрытие шейки 2 см, сглажена на 80%, схватки умеренной силы каждые 3 мин, которая соответствует по определению спонтанных родов, принятому в больнице. Через 4 часа после поступления раскрытие шейки также 2 см и мной назначен окситоцин для стимуляции родов. В какую группу следует мне ее распределить, 1 или 2?

**Ответ:** Данная женщина относится к группе 1, поскольку она первородящая со спонтанным началом родов (соответственно вашему определению спонтанных родов). Использование окситоцина в данном случае является родостимуляцией, а не индукцией родов. Следовательно, она не относится к группе 2, которая исключительно для женщин, поступивших не с родовой деятельностью и индуцированных при помощи любого метода (медикаментозного или механического).

2. Я принял 41 летнюю повторнородящую женщину с ожирением (3 предыдущих родов через естественные родовые пути) в 40 недель гестации, с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода, со спонтанным развитием родовой деятельности, открытием маточного зева 4

см. У нее гестационный сахарный диабет, крупный плод и ей назначено плановое КС на следующий день. Ей следует быть в группе 3 или 4?

**Ответ:** Она относится к группе 3, так как начало родов было спонтанным, и классификация всегда рассматривает начало родов в данную беременность, независимо от того как было запланировано родоразрешение.

## ВОПРОСЫ ПРО МНОГОПЛОДНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ

1. Если у меня наблюдается женщина с двойней и поперечным положением первого плода, в какую группу следует мне ее классифицировать 8 или 9?

**Ответ:** она относится к группе 8, поскольку группа включает "всех женщин с многоплодной беременностью". Группа 9 только для женщин с одноплодной беременностью, поперечным или косым положением плода.

2. У первородящей диагностирована тройня в 14 недель гестации. В 22 недели определен только один живой плод по данным УЗИ, 2-е других плодов неразвивающиеся с массой <500 гр. Она поступила в 39 недель со спонтанным началом родов, живой плод в головном предлежании. Как следует классифицировать данную женщину: в группу 8 или в группу 1?

**Ответ:** данный случай относится к группе 1. Классификация не учитывает беременности/плодов с установленной массой <500 гр или гестационным сроком <22 недель.

3. 42 летней повторнородящей (2 предыдущих КС) диагностирована двойня в 10 недель. В 31 неделю она поступила из-за тяжелой преэклампсии и задержки роста плода, с обоими живыми плодами. На второй день произошла антенатальная гибель одного плода. Она незамедлительно была транспортирована в родильный блок для КС. Первый плод с антенатальной гибелью в

тазовом предлежании. Живой плод в головном предлежании. Как мне классифицировать данную женщину: в группу 5.2, группу 7 или 8?

**Ответ:** данный случай относится к группе 8. Антенатальная гибель плода произошла после 22 недель (или при >500 гр массы плода), следовательно, данная беременность считается многоплодной. Она не относится к группе 5, т.к. только женщины с доношенным сроком беременности, одним плодом в головном предлежании могут быть включены в данную группу. Она не относится к группе 7, так как данная группа только для одноплодных беременностей в тазовом предлежании.

4. У меня в общей сложности 3000 женщин, которые были родоразрешены в моей больнице в 2015 г; 60 из них родили двойни и 1 женщина тройню. Следовательно, общее количество моих новорожденных в 2015 г составило 3062. При решении создать таблицу записей классификации Робсона в моей больнице в 2015, общее количество родов должно быть 3000 или 3062?

**Ответ:** к общему количеству записей в таблице классификации Робсона относится общее количество родоразрешенных женщин, а не общее количество новорожденных. Следовательно, верное общее количество - это 3000.

## ВОПРОСЫ ПРО ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА

1. Как мне следует классифицировать первородящую со спонтанным развитием родовой деятельности в 38 недель, 8 см открытия, с лицевым предлежанием.

**Ответ:** данная женщина относится к группе 1. Лицевое, лобное или переднеголовное предлежание должно быть отнесено к группе 1. Предлежащей частью является головка плода - поэтому относится к головному предлежанию.

2. Я принял женщину с 3 предыдущими родами через естественные родовые пути со спонтанным началом родов в 39 недель, 5 см

открытия, с разрывом плодных оболочек и одним плодом в головном предлежании с ручкой рядом с головкой. Куда мне следует ее классифицировать в группу 3 или 9?

**Ответ:** данную женщину следует отнести в группу 3. Предлежащей частью плода является головка - случай относится к головному предлежанию. Группа 9 только для женщин с поперечным или косым положением плода, с возможным выпадением ручки, что не является описанным случаем.

3. Я принял первородящую с однoplодной беременностью и тазовым предлежанием плода в 37 недель, без родовой деятельности. Ей успешно произведен наружный поворот и сразу проведена индукция. В течение 12 часов женщина была родоразрешена плодом в головном предлежании через естественные родовые пути. Как мне следует классифицировать данную женщину: в группу 6 или в группу 2а?

**Ответ:** данная женщина должна быть классифицирована в группу 2а. В классификации Робсона учитывается окончательное предлежание/положение плода перед принятием решения о родоразрешении или перед диагностикой родовой деятельности. В данном случае предлежание плода на момент индукции было головным, следовательно, она относится к группе 2а.

## ВОПРОСЫ ПРО СРОК БЕРЕМЕННОСТИ, АНТЕНАТАЛЬНУЮ ГИБЕЛЬ ПЛОДА И ПОРОКИ РАЗВИТИЯ

1. Первородящая поступила в 32 недели, с полным открытием маточного зева, однoplодной беременностью живым плодом в головном предлежании и выпадением петель пуповины. Следует ли данную женщину отнести к группе 1, 10 или 9?

**Ответ:** она относится к группе 10, так как данная группа включает все преждевременные роды с однoplодной

беременностью, головным предлежанием плода. Группа 1 не для данной женщины, так как ее беременность не является доношенной (37 недель и более) и группа 9 только для женщин с поперечным или косым положением плода, что не соответствует описанному случаю.

2. Повторнородящая с 2 предыдущими КС поступила в 30 недель, с тяжелой преэкламсией, без родовой деятельности, с антенатальной гибелью плода в тазовом предлежании. Следует ли данную женщину вообще включать в классификацию Робсона ввиду гибели плода? Если мы ее классифицируем, относится ли она к группе 5, 7 или 10?

**Ответ:** Классификация Робсона не исключает мертворождения; следовательно, данную женщину следует включить в классификацию. Она относится к группе 7, так как данная группа "все повторнородящие женщины с однoplодной беременностью в тазовом предлежании, включая тех с предыдущим КС". Она не относится к группе 5 или 10, так как плод 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 однoplодной 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.

## Источники и литература

1. Орлова В.С., Калашникова И.В., Булгакова Е.В. и др. Абдоминальное родоразрешение как медико-социальная проблема современного акушерства. Журнал акушерства и женских болезней. 2013. № 4. С. 6-14.
2. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gulmezoglu A M, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. PLoS ONE. 2016; 11(2): e0148343.
3. Betrán AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. Reproductive Health. 2015; 12:57.
4. Исенова С.Ш., Датхаева З.А. и др. Пути снижения перинатальной смертности. Медицина. 2013. № 12. С. 32-35.
5. Abalos E. Альтернативные методики и материалы для выполнения операции кесарева сечения: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 1 апреля 2009 г.).
6. 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>.
7. 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.
8. 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).
9. Robson M. Classification of caesarean sections. Fetal Maternal Med. Rev. 2001; 12: 23-39.
10. Souter V, Jodie K, Chien A. The Robson Classification: Monitoring and Comparing Cesarean Delivery Rates. Obstetrics & Gynecology. 2016; 127:131S.
11. Boatin AA, Cullinane F, Torloni MR, Betran AP. Audit and feedback using the Robson classification to reduce caesarean section rates: a systematic review. Department of Obstetrics and Gynecology, Massachusetts General Hospital, Harvard. BJOG. 2018; 125: 36-42.
12. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmезоглу AM, Betrán AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. BJOG. 2015 Aug 24.
13. Nakamura Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves Pereira AP, Soares Madeira Domingues RM, Alves Torres J, Bastos Dias MA, Moreira ME. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. Reproductive Health. 2016; 13(Suppl 3): 128.
14. Стандарты охраны здоровья женщин в Европе: Службы родовспоможения и охраны неонатального здоровья: Европейский Совет и Коллегия по акушерству и гинекологии; 2014.