

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В УКРАИНЕ: ЧАСТОТА И ПОКАЗАНИЯ

По официальной статистике, доля кесаревых сечений (КС) в Украине возросла с 9,2% в 1998 до 16,5% в 2012 (1), хотя этот показатель варьирует по родильным домам и по регионам страны. В Донецкой области Украины с населением 4,7 миллиона доля КС выше, чем в остальной стране. В 2010 в области было 41 235 родов, с долей КС 17,3 %, а в 2012 было 43 071 родов с 17,7% КС. Хотя эта доля КС не слишком превышает процент, рекомендуемый ВОЗ - 10-15% (2), мы сочли, что важно понять, какие факторы влияют на частоту КС в Донецкой области.

Наше исследование состояло из двух частей. В первой собраны и проанализированы агрегированные данные по 44 родильным домам Донецкой области, в юго-восточной части Украины, за 2010 и 2012 годы. Специально разработанный и утвержденный бланк был разослан в родильные дома и заполнен административным персоналом каждой больницы. При анализе данных использовались показания к КС и степень необходимости КС. Степень необходимости КС документировалась по следующей стандартной схеме:

- 1 – Непосредственная угроза жизни женщины или плода;
- 2 – Неудовлетворительные состояния матери или плода, не несущие немедленной непосредственной угрозы жизни;
- 3 – Состояние матери и плода удовлетворительно, но необходимо ускорение родов;
- 4 – Время родов, удобное для женщины или персонала.

Эта категоризация основана на обновленных доказательно обоснованных национальных рекомендациях по КС, утвержденных в Украине в 2011 и внедренных во всех родильных домах с 2012. Были применены описательная статистика и коэффициент риска (ОР 95% ДИ).

Во второй части нашего исследования собраны данные из двух родильных домов со сходной долей преждевременных родов. Больница 1 – это больница третьего уровня, где данные собирались в январе-июне 2010, а больница 2 – больница второго уровня, где данные собирались в течение всего 2012 года. При анализе данных использовалась классификация КС Робсона. Эта система классификации использует 4 акушерских характеристики (паритет, тип родов, гестационный возраст, предлежание/количество плода/ов) для классификации женщин по 10 группам, она легко воспроизводима и наименее подвержена ошибкам. Данные были получены из архивных журналов учета и обработаны на компьютере.

Результаты

Данные о вкладе каждого показателя в общую долю КС представлены в Таблице 1. Самым распространенным показанием

Таблица 1. Вклад каждого показания к КС в общую частоту КС в Донецкой области Украины в 2010 и 2012 года (агрегированные данные по 44 родильным домам)

Показания к КС в соответствии с национальным протоколом	Доля КС по различным показаниям в общем количестве родов и общем количестве КС					
	2010 (всего 41 253)			2012 (всего 43 071)		
	Количество	% всех родов	% всех КС	Количество	% всех родов	% всех КС
Механическое препятствие для родов через естественные родовые пути (тазовое, тканевое, опухоль)	486	1.18	6.80	123	0.29	1.61
Рубец на матке (предыдущее КС)	1559	3.78	21.80	1932	4.49	25.41
Предлежание плаценты/ Отслойка плаценты	595	1.44	8.32	542	1.26	7.13
Тяжелая преэклампсия	388	0.95	5.43	322	0.75	4.23
Общие заболевания в соответствии с национальным протоколом	79	0.19	1.10	98	0.23	1.29
Общие заболевания (не вошедшие в национальный протокол)	466	1.13	6.52	268	0.62	3.52
Повышенный риск передачи инфекции (ВИЧ, ВПГ)	94	0.23	1.31	184	0.43	2.42
Тазовое предлежание	602	1.46	8.42	826	1.92	10.86
Патология плода (требует КС по национальному протоколу)	3	0.01	0.04	5	0.01	0.07
Высокий перинатальный риск (не по национальному протоколу)	553	1.34	7.73	505	1.17	6.64
Аномальное родовой деятельности	551	1.34	7.70	554	1.29	7.29
Затрудненные Остановка родов	745	1.81	10.42	858	1.99	11.28
Дистресс плода	696	1.69	9.73	1078	2.50	14.18
Выпадение пуповины	87	0.21	1.22	82	0.19	1.08
Многоплодная беременность	70	0.17	0.98	226	0.52	2.97
Клиническая смерть матери	2	0.005	0.03	1	0.002	0.01
Отсутствие информации	176	0.43	2.46	данных нет	данных нет	данных нет
Общее количество КС	7152	17.34	100	7604	17.65	100



**Iryna
Mogilev-
kina**



**Inna
Kukuruza**



**Oleg
Belousov**



**Svetlana
Makarova**

к КС было предшествующее КС (рубца на матке), которое отмечено в 3.78% всех родов и в 21.79% всех КС в 2010, и в 4.49% всех родов и в 25.41% всех КС в 2012. Интересно, что частота возросла в 1.2 раза (95% ДИ 1.1 – 1.3) с 2010 по 2012, несмотря на утверждение в стране в 2011 и внедрение доказательно обоснованных национальных рекомендаций, поддерживающих роды через естественные родовые пути после КС. Неясно, объясняется ли это выбором клиентов или решениями медперсонала. Доля тазового предлежания плода как показателя к КС также увеличилось в данный период (ОР 1.3, 95% ДИ 1.1-1.6), так же как и доля дистресса плода (ОР 1.5, 95 % ДИ 1.4 – 1.6), многоплодных беременностей (ОР 3.1, 95% ДИ 2.4 – 4.1) и риска передачи инфекции (КР 1.9, 95% ДИ 1.5 – 2.4). В 2010 примерно 14 % и в 2012 примерно 10% всех КС выполнялись по показаниям не соответствующим национальным рекомендациям или не указанным в них (в категориях заболеваний матери и перинатальных рисков). Так как КС по просьбе матери не было утверждено как показание к КС в национальных рекомендациях, мы полагаем, что эти две категории могут в реальности отражать просьбу матери сделать КС. Высокий процент КС из-за дистресса плода тоже представляет особый интерес, так как этот процент можно снизить при использовании дополнительных технологий наблюдения за плодом. Сейчас возможности мониторинга плода в Украине ограничены, и мы полагаемся в основном на периодическую аускультацию. Кардиотокография (КТГ) плода используется редко в силу отсутствия расходных материалов (бумажная регистрационная лента) и недостаточных навыков интерпретации КТГ у медперсонала. К сожалению, так как для целей исследования были собраны лишь агрегированные данные, мы не могли установить корреляцию дистресса плода как показателя к КС с состоянием новорожденных.

Анализ категорий КС по степени неотложности, выявил, что 47% всех случаев относились к 1-й и 2-й категориям неотложности, то есть требовали немедленных мер. 33% КС были проведены по выбору, и еще 20% были запланированы по выбору, но проведены в экстренном порядке до запланированной даты по непредвиденным показаниям (например, начало родов или преждевременный разрыв плодных оболочек). Это делало КС еще более неотложным и для пациентки, и для медперсонала.

Результаты анализа частоты КС с использованием классификации Робсона (Таблица 2) по двум больницам выявили различия в общей доле КС (28.45% в больнице 1 и 16.48% в больнице 2). Хотя собранные данные относились к разным годам (соответственно 2010 и 2012), учитывая относительно небольшой интервал в сборах данных, можно предположить, что доля КС в каждой больнице в этот период значительно не изменялась. Было бы полезно в дальнейшем оценить, объясняется ли различие разным контингентом пациенток, различиями в сложившейся практике, или и тем, и другим. Применение этой системы также выявило похожие группы женщин, которые с наибольшей вероятностью рожали с применением КС. Это группа 1 (первородящие женщины с одноплодной беременностью и головным предлежанием плода, >37-недельным сроком и спонтанными родами, и группа 5 (все повторнородящие, по крайней мере, с одним рубцом на матке, с одноплодной беременностью и головным предлежанием плода, >37-недельным сроком) в обеих больницах и группа 2 (первородящие женщины с одноплодной беременностью и головным предлежанием плода, >37-недельным сроком, у которых роды были или индуцированы, или произошли путем КС до начала родовой деятельности) в больнице 1. Эти группы заслуживают более подробного анализа для понимания факторов, обуславливающих их роль в общей частоте КС.

Выводы

Для выявления факторов, связанных с долей КС в Донецке, могут использоваться различные методы. Методы, учитывающие показания, дают информацию о том, почему проводилось КС, методы, учитывающие неотложность, дают информацию о том, когда оно проводилось, а методы, учитывающие состав женщин, дают информацию о том, кого родоразрешают путем КС. Сочетание этих методов позволит нам лучше понять, делается ли КС тем, кому оно необходимо, и своевременно ли. Наш анализ в Украине помог выявить группы и показания, требующие дальнейшего анализа, для лучшего понимания того, как пациенты, аспекты сложившейся практики и политики влияют на частоту выполнения КС, а также для определения потенциально необходимых изменений.

Ирина Могилевкина, врач, д.м.н., профессор
Кафедра акушерства и гинекологии
Одесский государственный университет
Одесса, Украина

Инна Кукуруза, врач
Главный акушер и гинеколог
Винницкая областная гос. администрация, департамент здравоохранения и курортов
Зам. глав. врача родильного отделения, Винницкая районная больница
Винница, Украина

Олег Белоусов, врач, к.м.н.
начальник отдела
Донецкий районный центр здоровья матери и ребенка
Донецк, Украина

Светлана Макарова, врач
Главный акушер и гинеколог
Отдел здравоохранения,
Городской совет Мариуполя
Главврач гинекологической клиники больницы номер 2 Мариуполя
Мариуполь, Украина

Контакты: imogilevkina@gmail.com

Литература

1. Golubchikov N, Rudenko M. *Health state of womens' population of Ukraine in 2012*. Kiev, 2013.
2. World Health Organization: Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985, 326(8452):436-7.