



ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994,
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

22.02.2022 15-4/И/2-2832

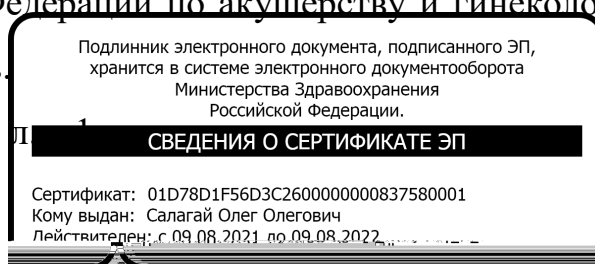
На № _____ от _____

Руководителям
органов государственной власти
субъектов Российской Федерации
в сфере охраны здоровья

Директорам подведомственных
федеральных государственных
учреждений науки по профилю
«акушерство и гинекология»
(по списку)

Министерство здравоохранения Российской Федерации в целях внедрения унифицированного инструмента для осуществления мониторинга и сравнения показателей абдоминального оперативного родоразрешения в медицинских организациях направляет для использования в работе в дополнение к направленному ранее (письмо Минздрава России от 19.02.19 № 15-4/И/2-1286) методическое письмо «Рекомендации по внедрению, использованию и анализу отчета по классификации операции кесарево сечение Робсона» для использования в работе руководителями службы родовспоможения регионов, главными внештатными специалистами субъектов Российской Федерации по акушерству и гинекологии и руководителями акушерских стационаров.

Приложение: на 38 л.



О.О. Салагай

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Рекомендации по внедрению, использованию и анализу отчета по
классификации операции кесарево сечение Робсона
(методическое письмо)**

Москва, 2021

Оглавление

Список сокращений	3
Введение.....	4
Дефиниции	5
Классификация операции кесарево сечение Робсона	9
Характеристики подгрупп.....	9
Наиболее часто возникающие вопросы при классифицировании женщин по системе Робсона	11
Таблица отчета классификации Робсона.....	15
Основные принципы анализа.....	18
Оценка качества данных.....	20
Оценка типа популяции.....	21
Оценка показателей кесарева сечения	26
Пример анализа отчета по классификации Робсона.....	30
Организация учета и анализа, возможные проблемы	34
Список литературы	36
Состав рабочей группы.....	37

Список сокращений

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВИМИС «АКиНЕО»	компонент федеральной государственной информационной системы «Платформа вертикально интегрированных медицинских информационных систем» по профилям «Акушерство и гинекология» и «Неонатология»
ГИС СЗ	государственная информационная система в сфере здравоохранения
ИМТ	индекс массы тела
КС	кесарево сечение
МИС	медицинская информационная система
МО	медицинская организация
УЗИ	ультразвуковое исследование

Введение

В течение последних десятилетий в большинстве стран мира наблюдается постепенное увеличение числа абдоминальных родов. Рост КС является проблемой ввиду увеличения рисков материнских и перинатальных потерь, а также затрат в системе здравоохранения (1-3). Чтобы понять причины этой тенденции и предложить эффективные меры по снижению частоты КС необходим единый инструмент для мониторинга и сравнения показателей КС в МО. Для этих целей в октябре 2014 года группа экспертов ВОЗ предложила использовать основанную на 10 группах классификацию Робсона. Внедрение данной классификации позволит акушерским стационарам:

- определить и проанализировать группы пациенток, которые вносят наибольший и наименьший вклад в общую частоту кесарева сечения;
- сравнить практику оказания медицинской помощи в 10 группах классификации Робсона в МО с лучшими показателями для перенятия их опыта;
- оценить эффективность мероприятий, направленных на оптимизацию частоты операции КС;
- оценить качество оказания медицинской помощи путем анализа результатов родоразрешения в 10 группах классификации Робсона;
- повысить качество учета данных необходимых для классификации Робсона;
- повысить осведомленность персонала о важности и необходимости интерпретации полученных данных.

В 2019 году Министерство здравоохранения Российской Федерации утвердило методическое письмо «Рекомендации по внедрению и использованию классификации операции кесарева сечения М. Робсона» (4), в котором подробно описаны правила распределения родильниц в группы и подгруппы классификации Робсона.

Настоящее методическое письмо дополнено базовыми правилами анализа отчета классификации Робсона. За основу взяты рекомендации ВОЗ по внедрению классификации Робсона 2017 года (5), адаптированные к применению в Российской Федерации, а также международный опыт использования шкалы Робсона (3,6-10).

Дефиниции

	Определение	Примечание
Классификация Робсона	Классификация операций КС Робсона, рекомендованная ВОЗ и методическим письмом Минздрава России от 19 февраля 2019 г. № 15-4/И/2-1286 «О направлении методического письма о внедрении классификации операции кесарева сечения Робсона». Предусматривает отнесение конкретного случая родоразрешения к одной из 10 предложенных групп.	
Отчет по классификации Робсона	Сводная таблица, содержащая абсолютные и относительные данные по каждой из групп классификации Робсона (см. таблицу 2)	
Паритет*	Количество предыдущих родоразрешений на момент поступления на роды	Рождение ребенка, живорожденного или мертворожденного, при наличии или отсутствии пороков развития, через естественные родовые пути или путем операции КС. Предыдущие аборты/выкидыши не учитываются
Первородящая	Отсутствие родов в анамнезе	Не является равнозначным определению «Первобеременная». Например, пациентка с 4-ой беременностью и 3 выкидышами в анамнезе (БЗР0В3) является первородящей и

		относится к данной группе
Повторнородящая	Как минимум одно родоразрешение в анамнезе	Рождение ребенка, живорожденного или мертворожденного, при наличии или отсутствии пороков развития, через естественные родовые пути или путем операции КС
Кесарево сечение (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 есть как минимум одно родоразрешение путем операции КС независимо от отсутствия или наличия родов через естественные родовые пути	
Начало родов**	С чего началось родоразрешение в данную беременность, независимо от того, как изначально планировалось женщине родоразрешить	Должно быть основано на анамнезе, физикальном осмотре и принятом специалистом решении на момент поступления на роды/в родильное отделение
Спонтанное	Женщина находилась в спонтанно начавшихся родах до	Первородящая или повторнородящая с запланированным

	того момента как произошло родоразрешение	(до начала родов) КС, поступившая со спонтанным началом родовой деятельности. Данная группа также включает женщин со спонтанным началом родовой деятельности у которых в последующем была проведена амниотомия и/или они получали окситоцин с целью родоусиления
Индукцированные	Без родовой деятельности на момент поступления и с последующей индукцией родов	Любые методы индукции родов, включая амниотомию, мифепристон, мизопростол, окситоцин, интрацервикальное введение баллонного катетера, ламинарий и др. Женщины со спонтанным началом родов, с применением окситоцина или амниотомии для коррекции аномалий родовой деятельности или стимуляции родов, не относятся к данной группе, и должны быть классифицированы как «Спонтанное» начало родов

КС до начала родовой деятельности	Женщина родоразрешена путем КС до начала родовой деятельности (плановое КС)	Случаи с применением индукции родов или спонтанным началом родов, родоразрешенные в итоге путем операции КС не относятся к данной группе
Количество плодов	Количество плодов на момент поступления на родоразрешение	Включая антенатальную гибель плода, диагностированную после 22 недель гестации и с массой 500 г и более
Одноплодная	Один плод	Двойни с потерей одного из плодов до 22 недель гестации или с массой менее 500 г необходимо классифицировать как одноплодную беременность
Многоплодная	Более одного плода	Включая случаи многоплодной беременности с антенатальной гибелью одного или нескольких плодов после 22 недель гестации или с массой 500 г и более

* Определение не включает данное родоразрешение. Необходимо определить пациентку в соответствующую группу **ДО** родоразрешения. Например, пациентку, поступившую на родоразрешение первым ребенком, необходимо классифицировать как «Первородящая» несмотря на то, что 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» несмотря на то, что таблица заполняется после данного родоразрешения третьим ребенком.

****Начало родов** характеризуется появлением регулярных маточных сокращений - схваток с интервалом не менее 2 за 10 минут, которые приводят к структурным изменениям шейки матки (укорочение-сглаживание-раскрытие) (11). Преждевременное излитие вод не является критерием начала родов.

Классификация операции кесарево сечение Робсона

Представляемая система классификации предполагает выделение 10 основных групп женщин, часть из которых в последующем могут быть подразделены на подгруппы (таблица 1).

Классификация Робсона с подгруппами

Таблица 1

1	Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, со спонтанным началом родовой деятельности
2	Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой деятельности
2a	Индукция родов
2b	КС до начала родовой деятельности
3	Повторнородящие без предыдущего КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, со спонтанным началом родовой деятельности
4	Повторнородящие без предыдущего КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой деятельности
4a	Индукция родов
4b	КС до начала родовой деятельности
5	Все повторнородящие с одним или несколькими КС в анамнезе, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации
5.1	С одним КС в анамнезе
5.2	С двумя или более КС в анамнезе
6	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, с одноплодной беременностью, доношенным плодом в головном предлежании и без спонтанного начала родовой деятельности. Группы включают 2 подгруппы:

2a или 4a

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

2b или 4b

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 в данных подгруппах всегда будет составлять 100%.

Подгруппы группы 5:

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

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

Учитывая различия в клинических подходах у женщин в этих подгруппах, они должны быть учтены отдельно в классификации, как 5.1 и 5.2.

Случаи с пропущенными характеристиками (не классифицируемые случаи)

10 групп основаны на акушерских характеристиках, которые рутинно фиксируются при поступлении пациентки и при родоразрешении. Если информация об одной или более существенных характеристиках отсутствует или неразборчиво написана в медицинской документации, то пациентку невозможно классифицировать в одну из 10 групп. Данную «не классифицируемую группу» женщин следует разместить 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 МО.

Также важно изучить какие именно характеристики отсутствуют в медицинской документации у женщин «не классифицируемой группы», чтобы улучшить сбор данных в будущем.

Наиболее часто возникающие вопросы при классифицировании женщин по системе Робсона

Вопросы про паритет.

1. Я провел родоразрешение путем КС из-за гипоксии плода у первородящей, которая приехала 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-ой 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.

3. Первородящая женщина, 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 (подгруппа 2b). Только женщин с рубцом на матке после одного (или более) КС следует классифицировать в группу 5.

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, т.е. начались спонтанные роды. 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. Использование окситоцина в

данном случае является родостимуляцией, а не индукцией родов. Следовательно, она не относится к группе 2 – женщины без начавшейся спонтанно родовой деятельности, с индукцией родов при помощи любого метода (медикаментозного или механического).

2. Я принял 41 летнюю повторнородящую женщину с ожирением (трое 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, а 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 г. 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 г или гестационным сроком < 22 недель.

3. У 42-летней повторнородящей женщины (в анамнезе 2 КС) диагностирована двойня в 10 недель. В 31 неделю она поступила в акушерский стационар ввиду 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 массе плода >500 г), следовательно, данная беременность считается многоплодной. Она не относится к группе 5,

так как 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 МО в 2020 году; 60 из них родили двойни и 1 женщина тройню. Следовательно, общее количество моих новорожденных в 2020 году составило 3062. При решении создать таблицу записей классификации Робсона в моей МО за 2020 год, 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 - 3000.

Вопросы про предлежание плода.

1. Как мне следует классифицировать первородящую женщину 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 вставление 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 и 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 женщину с одноплодной беременностью и тазовым предлежанием плода в 37 недель, без родовой деятельности. Ей успешно произведен наружный поворот плода и сразу проведена индукция родов. В течение 12 часов женщина была родоразрешена 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 родов было головным, следовательно, она относится к группе 2а.

Вопросы про срок беременности, антенатальную гибель плода и пороки развития.

1. Первородящая женщина поступила в 32 недели, с полным открытием маточного зева, одноплодной 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 одноплодной беременностью и головным предлежанием плода. Данная женщина не должна быть классифицирована ни в группу 1, так как ее беременность не является доношенной (37 недель и более), ни в группу 9 (женщины с поперечным или косым положением плода).

2. Повторнородящая женщина с 2-мя КС в анамнезе поступила в 30 недель, с тяжелой преэклампсией, 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 включает «все повторнородящие женщины с одноплодной беременностью в тазовом предлежании, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе». 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 одноплодной беременностью, головным предлежанием плода, преждевременным родоразрешением. Наличие аномалии головы плода не влияет на факт головного предлежания. В группу 2 распределяются женщины с доношенной беременностью, что не является данным случаем.

Таблица отчета классификации Робсона

Чтобы максимально использовать в МО информацию, предоставляемую классификацией Робсона и иметь возможность сравнения с другими МО, данные лучше всего предоставлять в стандартизированной форме «Таблица отчета классификации Робсона» (таблица 2).

Таблица отчета классификации Робсона включает 7 столбцов. Лучше всего начинать заполнение таблицы со столбцов 2 и 3 (общее количество КС и общее количество женщин в каждой из 10 групп) для последующего расчета процентов.

Автоматическое формирование таблицы отчета (в таблице excel, с использованием инструментов МИС МО, ГИС СЗ* или ВИМИС «АКиНЕО»**) предпочтительнее, чем ручной ввод данных, ввиду снижения риска некорректного ввода и расчета данных.

* - методические рекомендации по обеспечению функциональных возможностей централизованной системы (подсистемы) «Организация оказания медицинской помощи по профилям «акушерство и гинекология» и «неонатология» государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации

** - запланированная к реализации функция в 2023-2024 гг.

Заполнение таблицы следует проводить еженедельно, что позволит своевременно корректировать пропущенные данные в случаях, с последующим сведением в ежемесячный и годовой отчеты.

Таблица отчета классификации Робсона

Таблица 2

Название учреждения:				Период:			
1		2	3	4	5	6	7
№ группы, акушерская популяция		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	Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥37 недель гестации, со спонтанным началом родовой деятельности						
2	Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥37 недель гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой деятельности						
2a	Индукция родов						
2b	КС до начала родовой деятельности						
3	Повторнородящие без предыдущего КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥37 недель гестации, со спонтанным началом родовой деятельности						
4	Повторнородящие без предыдущего КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥37 недель гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой деятельности						
4a	Индукция родов						
4b	КС до начала родовой деятельности						
5	Все повторнородящие с одним или несколькими КС в анамнезе, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥37 недель гестации						
5.1	С одним КС в анамнезе						
5.2	С двумя или более КС в анамнезе						
6	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						
Всего*		Всего КС	Всего женщин	100%	Общая частота КС	Общая частота КС	100%

Не классифицируемые: количество случаев и % (количество не классифицируемых женщин / (общее количество 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 100

Основные принципы анализа

Анализ таблицы отчета по классификации Робсона включает оценку качества сбора данных, популяционных особенностей пациенток акушерского стационара, показателей кесарева сечения по каждой из 10 групп и вклада каждой из групп в общую частоту КС в МО.

Анализ может проводиться как на уровне одной МО, так и в сравнении для нескольких МО.

При анализе отчетов с небольшими выборками (менее 1000 родильниц) следует учитывать значительное влияние изменений в абсолютных числах на относительные показатели.

Одним из принципов, лежащих в основе классификации Робсона, является достоверное и полное внесение данных: ни одна родильница не может быть исключена из отчета. Во избежание получения неверных выводов на основе изолированных данных интерпретация результатов в группах и подгруппах должна проводиться только после оценки общих тенденций во всех 10 группах.

Анализ отчета по классификации Робсона, должен проводиться в три последовательных этапа:

- 1) оценка качества данных (таблица 3);
- 2) оценка типа популяции (таблица 4);
- 3) оценка показателей КС (таблица 5).

Целью первого этапа (Качество данных) является оценка необходимости повторного сбора/уточнения данных.

На этапе «Тип популяции» проводится анализ популяции, обслуживаемой МО. Эта информация может использоваться, в том числе, для анализа тенденций характеристики населения обслуживаемого МО (является ли популяция стабильной или меняется в течение времени – месяцы/годы).

На этапе «Показатели КС» проводится анализ показателей КС по каждой из 10 групп, с целью определения наибольшего вклада в общие показатели частоты КС в МО или территории. Результаты анализа могут быть использованы для выявления различий между МО, оптимизации показателей КС путем изменения сложившейся клинической практики.

Основными причинами различий в группах являются:

1. Низкое качество введенных данных (неполная или неверная информация в медицинской документации, ошибки при распределении случаев в группы).
2. Различия в характеристиках населения (возраст, ИМТ и т.д.).

3. Различия в сложившейся клинической практике. Эту группу различий следует анализировать только после оценки качества данных и характеристики населения.

Оценка качества данных

Таблица 3

№	Действие	Интерпретация	Возможные причины отклонений
1	Оцените общее количество КС и родов через естественные родовые пути в МО (последние строки столбца 2 «Кол-во КС в группе» и столбца 3 «Кол-во женщин в группе»)	Число должно совпадать с общим количеством КС и общим количеством родов в МО согласно отчету МО	Если числа не совпадают, то имеется дефект сбора данных. Некоторые родильницы, возможно, не были включены в таблицу Робсона или были неправильно классифицированы по способу родоразрешения. Иногда количество родов считается по количеству новорожденных (ошибка настройки МИС)
2	Оцените размер группы 9 «Все женщины с одноплодной беременностью, поперечным или косым положением плода, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе» (столбец 4 «Размер группы (%)»)	Должен быть менее 1 %	Если > 1%, вероятно, женщины с тазовым предлежанием были неверно классифицированы как с поперечным/косым положением и распределены в эту группу. Следует оценить другие группы - возможно удастся выявить неверное распределение в них.
3	Оцените частоту КС в группе 9 «Все женщины с одноплодной беременностью, поперечным или косым положением плода, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе» (столбец 5 «Частота КС в группе (%)»)	Частота должна быть 100%	Если роды происходят через естественные родовые пути, то предлежание плода в родах следует классифицировать только как головное или тазовое, т.о. частота КС в группе 9 должна составлять 100%
4	Оцените частоту КС в подгруппе 2b «КС до начала родовой деятельности»	Частота должна быть 100%	КС до начала родовой деятельности подразумевает наличие КС в 100% случаев,

	группы 2 «Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой деятельности» (столбец 5 «Частота КС в группе (%)»)		если иначе – следует заподозрить ошибку ввода данных при занесении в таблицу (ручной режим) или на уровне алгоритмов МИС
5	Оцените частоту КС в подгруппе 4b «КС до начала родовой деятельности» группы 4 «Повторнородящие без предыдущего КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой деятельности» (столбец 5 «Частота КС в группе (%)»)	Частота должна быть 100%	КС до начала родовой деятельности подразумевает наличие КС в 100% случаев, если иначе – следует заподозрить ошибку ввода данных при занесении в таблицу (ручной режим) или на уровне алгоритмов МИС

Оценка типа популяции

Таблица 4

№	Действие	Интерпретация	Возможные причины отклонений
1	Оцените размер группы 1 «Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, со	Размер групп 1+2 в большинстве акушерских стационарах 35-42 %	В популяции с высокой долей женщин с одним ребенком (первородящих женщин) % будет выше. В популяции с преобладаем женщин с двумя и более детьми % группы 1+2 будет меньше, поскольку большая часть

	спонтанным началом родовой деятельности» + группы 2 «Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой деятельности» (столбец 4 «Размер группы (%)») - сложите значения групп 1 и 2, получив частоту первородящих женщин ≥ 37 недель гестации, с головным предлежанием		населения будет представлена повторнородящими женщинами.
2	Оцените размер группы 3 «Повторнородящие без предыдущего КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, со спонтанным началом родовой деятельности» + группы 4 «Повторнородящие без предыдущего КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой деятельности» (столбец 4 «Размер группы (%)») - сложите значения групп 3 и 4, получив частоту повторнородящих женщин ≥ 37	Обычно около 30-40 %	В популяции с высокой долей женщин с двумя и более детьми, размер групп 3+4 будет выше 30%. Одной из причин низкой доли групп 3+4 может быть высокая доля группы 5 «Все повторнородящие с одним или несколькими КС в анамнезе, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации», что говорит об очень высокой доле женщин с рубцом на матке после КС в популяции обслуживаемой МО.

	недель гестации, с головным предлежанием, без КС в анамнезе		
3	Оцените размер группы 5 «Все повторнородящие с одним или несколькими КС в анамнезе, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации» (столбец 4 «Размер группы (%)»)	Размер группы 5 напрямую коррелирует с общей частотой КС, и обычно составляет примерно половину от общей частоты КС в МО. При низкой общей частоте КС в МО обычно составляет менее 10%	Большая доля 5 группы говорит о высокой частоте КС в прошедшие годы, главным образом среди женщин из групп 1 и 2 (в популяции высокая доля женщин с рубцом на матке). В МО с высокой частотой КС, доля 5 группы может составлять $> 15\%$
4	Оцените размер группы 6 «Все первородящие женщины с одноплодной беременностью в тазовом предлежании» + группы 7 «Все повторнородящие женщины с одноплодной беременностью в тазовом предлежании, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе» (столбец 4 «Размер группы (%)») – сложите значения групп 6 и 7, получив частоту тазового предлежания у перво- и повторнородящих женщин	Должен составлять 3-4%	Если превышает 4%, то наиболее распространенной причиной является высокий уровень преждевременных родов или более высокая доля первородящих женщин, поэтому оцените размер группы 10 «Все женщины с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода, < 37 недель гестации, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе» (столбец 4 «Размер группы (%)»), если доля группы 10 4-5%, то гипотеза о высокой частоте преждевременных родов верна (характерно для акушерских стационаров 3 группы/уровня при правильной маршрутизации пациенток в регионе)

5	Оцените размер группы 8 «Все женщины с многоплодной беременностью, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе» (столбец 4 «Размер группы (%)» - многоплодные роды	Должен составлять 1,5-2%	Если доля выше – МО осуществляет функции акушерского стационара 3 группы/уровня (при правильной маршрутизации в регионе); если ниже - вероятно, многие случаи многоплодных родов не попали в группу, особенно если в группе отмечается низкая частота КС (столбец 5 «Частота КС в группе (%)»)
6	Оцените размер группы 10 «Все женщины с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода, <37 недель гестации, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе» (столбец 4 «Размер группы (%)» – преждевременные роды в головном предлежании	Должен составлять менее 5 % в акушерских стационарах 1 и 2 группы/уровня	Если доля выше – МО осуществляет функции акушерского стационара 3 группы/уровня (при правильной маршрутизации в регионе) или в популяции на территории обслуживаемой МО высокая частота преждевременных родов.
7	Оцените отношение размера группы 1 «Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥37 недель гестации, со спонтанным началом родовой деятельности» к группе 2 «Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥37 недель гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой	Обычно 2:1 или выше	Если ниже, вероятно имеется дефект сбора данных: первородящие женщины, получавшие окситоцин в качестве родоусиления (должны быть в группе 1), могли быть неверно классифицированы как получившие индукцию родов (были неверно классифицированы в группу 2). Если дефекта сбора данных нет, более низкий коэффициент может указывать на чрезмерную частоту индукции родов или кесарева сечения до начала родов у

	деятельности» (разделите размер группы 1 на размер группы 2 – столбцы 4 «Размер группы (%)»)		первородящих женщин (характерно для акушерских стационаров 3 группы/уровня). Если соотношение очень высокое, следует оценить частоту антенатальных потерь (что косвенно указывает на недостаточную частоту индукций родов). Высокое соотношение также характерно для акушерских стационаров 1 группы/уровня.
8	Оцените отношение размера группы 3 «Повторнородящие без предыдущего КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, со спонтанным началом родовой деятельности» к размеру группы 4 «Повторнородящие без предыдущего КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой деятельности» (разделите размер группы 3 на размер группы 4 – столбцы 4 «Размер группы (%)»)	Соотношение всегда выше соотношения группа 1/группа 2 (см. п. 7) в одной и той же МО, соответственно больше 2:1. Правильное соотношение является одним из индикаторов хорошего качества данных	Если ниже, вероятно имеется дефект сбора данных: повторнородящие женщины, получавшие окситоцин в качестве родоусиления (должны быть в группе 3), могли быть неверно классифицированы как получившие индукцию родов (были неверно классифицированы в группу 4). Низкое соотношение (из-за большой подгруппы 4b) может свидетельствовать о высоком запросе на проведение планового КС со стороны женщин, ввиду полученного негативного опыта в первых родах.
9	Оцените отношение размера группы 6 «Все первородящие женщины с одноплодной беременностью в тазовом предлежании» к группе 7 «Все повторнородящие женщины с	Обычно 2:1, т.к. тазовое предлежание чаще встречается у первородящих, чем у	Если соотношение иное – предполагайте необычное распределение первородящих и повторнородящих женщин в популяции, или дефект в сборе данных

	одноплодной беременностью в тазовом предлежании, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе» (разделите размер группы 6 на размер группы 7 – столбцы 4 «Размер группы (%)»)	повторнородящих женщин	
--	---	------------------------	--

Оценка показателей кесарева сечения

Таблица 5

№	Действие	Интерпретация	Возможные причины отклонений
1	Оцените частоту КС в группе 1 «Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, со спонтанным началом родовой деятельности» (столбец 5 «Частота КС в группе (%)»)	Достижима частота менее 10%	Показатель может быть правильно интерпретирован только с учетом соотношения размеров групп 1 и 2 (см. п. 7 раздела «Оценка типа популяции»). Чем выше отношение численности группы 1 к численности группы 2, тем выше вероятность более высокой частоты КС в каждой из групп. Тем не менее, суммарная частота КС в обеих группах может быть низкой.
2	Оцените частоту КС в группе 2 «Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой	Около 20-35%	Частота КС в группе 2 отражает размер и доли подгрупп 2а и 2б. Если размер подгруппы 2б большой, то и частота КС в группе 2 будет высокой. Если размер подгруппы 2б относительно невелик, то высокая частота КС в группе 2 может указывать на низкую

	деятельности» (столбец 5 «Частота КС в группе (%)»)		эффективность индукции родов или на существующие проблемы с отбором женщин на индукцию родов, и, следовательно, высокую частоту КС в подгруппе 2а. Помните общий принцип анализа - не следует интерпретировать одну подгруппу изолированно, не оценив общую картину. Интерпретация группы 2а требует знания относительных размеров группы 1 и подгруппы 2b.
3	Оцените частоту КС в группе 3 «Повторнородящие без предыдущего КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, со спонтанным началом родовой деятельности» (столбец 5 «Частота КС в группе (%)»)	Обычно не превышает 3,0%	Высокая частота чаще всего говорит о дефектах при классификации случаев – женщины с рубцом на матке были неверно классифицированы в группу 3 (должны были быть отнесены в группу 5).
4	Оцените частоту КС в группе 4 «Повторнородящие без предыдущего КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой деятельности» (столбец 5 «Частота КС в группе (%)»)	Обычно не превышает 15,0%	Частота КС в группе 4 отражает размер и доли подгрупп 4а и 4b. Если размер подгруппы 4b большой, то и частота КС в группе 4 будет высокой. Если размер группы 4b относительно невелик, то высокая частота КС в группе 4 может указывать на низкую эффективность индукции родов или на существующие проблемы с отбором женщин на индукцию родов, и, следовательно, высокую частоту КС в подгруппе 4а. Дефект сбора данных также может быть причиной

			высоких показателей частоты КС в группе 4; например, из-за включения женщин с рубцом на матке в эту группу (должны быть классифицированы в группу 5). Высокая частота КС в группе 4 может свидетельствовать о высоком запросе на проведение планового КС со стороны женщин, ввиду полученного негативного опыта в первых родах (травмирующие или затяжные роды).
5	Оцените частоту КС в группе 5 «Все повторнородящие с одним или несколькими КС в анамнезе, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации» (столбец 5 «Частота КС в группе (%)»)	Достижима частота 50-60% с хорошими исходами для матери и новорожденного	Высокая частота возможна за счет подгруппы 5.2 (женщины с 2 или более КС в анамнезе). Так же высокая частота может объясняться политикой МО по плановому оперативному родоразрешению путём КС у женщин 1 КС в анамнезе, без попыток родоразрешения через естественные родовые пути.
6	Оцените частоту КС в группе 6 «Все первородящие женщины с одноплодной беременностью в тазовом предлежании» и в группе 7 «Все повторнородящие женщины с одноплодной беременностью в тазовом предлежании, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе»	Обычно 80-100% для каждой из групп	Частота 80% и менее является достижимой целью в акушерских стационарах с хорошими навыками у персонала ведения родов в тазовом предлежании.
7	Оцените частоту КС в группе 8 «Все женщины с многоплодной беременностью, включая женщин с	Обычно около 60%	Частота будет зависеть от типа хориальности, распределения перво- и повторнородящих женщин, наличия КС в анамнезе

	одним или несколькими КС в анамнезе» (столбец 5 «Частота КС в группе (%)»)		
8	Оцените частоту КС в группе 10 «Все женщины с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода, <37 недель гестации, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе» (столбец 5 «Частота КС в группе (%)»)	Обычно около 30%	Причиной частоты более 30% является большое число случаев беременностей высокого риска (например с недостаточным ростом плода, преэклампсией и т.д.) требующих досрочного родоразрешения (характерно для акушерских стационаров 3 группы/уровня). При высокой частоте спонтанных преждевременных родов в популяции обслуживаемой МО показатель будет менее 30%.
9	Оцените относительный вклад групп 1 «Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥37 недель гестации, со спонтанным началом родовой деятельности», 2 «Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥37 недель гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой деятельности» и 5 «Все повторнородящие с одним или несколькими КС в анамнезе, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥37 недель гестации» в общую частоту КС	Группы 1,2 и 5 совместно обычно представляют 2/3 всех случаев КС в МО	Эти три группы должны быть в центре внимания, если МО пытается снизить общую частоту КС. Чем выше общая частота КС в МО, тем больше внимания должно быть уделено группе 1.

	(сложите три показателя из столбцов 7 «Относительный вклад группы в общую частоту КС (%)» групп 1,2 и 5)		
10	Оцените относительный вклад группы 5 в общую частоту КС (столбец 7 «Относительный вклад группы в общую частоту КС (%)»)		Если показатель очень высокий, это может указывать на высокие показатели частоты КС в группах 1 и 2 в предыдущие годы, что требует дальнейшего изучения.

Пример анализа отчета по классификации Робсона

Таблица 6

Название учреждения: Областной перинатальный центр				Период: 2020 год		
1	2	3	4	5	6	7
№ группы, акушерская популяция	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 Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, со спонтанным началом родовой деятельности	41	571	16,3	7,2	1,2	3,9
2 Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой деятельности	123	447	12,7	27,5	3,5	11,6
2a Индукция родов	73	397	11,3	18,4	2,1	6,9
2b КС до начала родовой деятельности	50	50	1,4	100	1,4	4,7
3 Повторнородящие без предыдущего КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, со спонтанным началом родовой деятельности	18	662	18,9	2,7	0,5	1,7
4 Повторнородящие без предыдущего КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой деятельности	74	626	17,8	11,8	2,1	7,0
4a Индукция родов	26	578	16,4	4,5	0,7	2,5

4b	КС до начала родовой деятельности	48	48	1,4	100,0	1,4	4,5
5	Все повторнородящие с одним или несколькими КС в анамнезе, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥ 37 недель гестации	371	457	13,0	81,2	10,6	35,0
5.1	С одним КС в анамнезе	317	394	11,2	80,5	9,0	29,9
5.2	С двумя или более КС в анамнезе	54	63	1,8	85,7	1,6	5,1
6	Все первородящие женщины с одноплодной беременностью в тазовом предлежании	54	61	1,7	88,5	1,5	5,1
7	Все повторнородящие женщины с одноплодной беременностью в тазовом предлежании, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе	38	52	1,5	73,1	1,1	3,6
8	Все женщины с многоплодной беременностью, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе	51	85	2,4	60,0	1,5	4,8
9	Все женщины с одноплодной беременностью, поперечным или косым положением плода, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе	9	9	0,3	100,0	0,3	0,8
10	Все женщины с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода, < 37 недель гестации, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе	281	539	15,4	52,1	8,0	26,5
Всего		Всего КС 1060	Всего женщин 3509	100%	Общая частота КС 30%	Общая частота КС 30%	100%

Не классифицируемые: нет (0%)

Оценка качества данных:

1. Общее количество КС по таблице Робсона совпадает с отчетом - представленные данные верны.
2. Размер группы 9 = 1 % (стандартный диапазон – менее 1%) - представленные данные верны.
3. Частота КС в группе 9 = 100 % (стандартный диапазон – 100 %) – представленные данные верны.
4. Частота КС в подгруппе 2b = 100 % (стандартный диапазон – 100 %) – представленные данные верны.
5. Частота КС в подгруппе 4b = 100 % (стандартный диапазон – 100 %) – представленные данные верны.

Оценка типа популяции:

1. Общий размер групп 1 и 2 = 29 % (стандартный диапазон 35-42%), что указывает на преобладание повторнородящих в популяции, обслуживаемой перинатальным центром.
2. Общий размер групп 3 и 4 = 35 % (стандартный диапазон – 30-40%), что указывает на преобладание повторнородящих в популяции, обслуживаемой перинатальным центром.
3. Доля женщин в группе 5 высокая – 13 % (стандартный диапазон – менее 10%), что указывает на высокую долю женщин с рубцом на матке в популяции, обслуживаемой перинатальным центром.
4. Общий размер групп 6 и 7 = 3,2 % (стандартный диапазон 3-4%), что указывает на обычное распространение тазового предлежания.
5. Размер группы 8 = 2,4 % (стандартный диапазон для акушерских стационаров 1 или 2 группы/уровня – 1,5-2 %), что указывает на правильную маршрутизацию женщин с многоплодной беременностью в перинатальный центр.
6. Размер группы 10 = 15,3 % (стандартный диапазон для акушерских стационаров 1 или 2 группы/уровня – менее 5), что указывает на правильную маршрутизацию преждевременных родов в перинатальный центр
7. Отношение размера группы 1 к группе 2 = 1,4:1 (стандартный диапазон – более 2:1), что указывает либо на возможный дефект при распределении случаев (в группу 2 могли попасть женщины с применением окситоцина в качестве родоусиления, а не только исключительно родовозбуждения) и требует проведения аудита соблюдения правил внесения случаев; либо на

обслуживание популяции высокого риска, в т.ч. среди первородящих женщин, что характерно для областного перинатального центра.

8. Отношение размера группы 3 к группе 4 = 1,1:1 (стандартный диапазон – больше чем отношение групп 1 к 2 в этой же МО – см. п. 7), указывает на возможный дефект при распределении случаев (в группу 4 могли попасть женщины с применением окситоцина в качестве родоусиления, а не только исключительно родовозбуждения).

9. Отношение размера группы 6 к группе 7 = 1:1 (стандартный диапазон – 2:1), что подтверждает вывод № 1 оценки типа популяции - преобладание повторнородящих в популяции, обслуживаемой перинатальным центром.

Оценка показателей КС

1. Частота КС в группе 1 = 7,2 % (стандартный диапазон - менее 10%), что указывает на хорошие подходы к родам, начавшихся спонтанно у первородящих женщин.

2. Частота КС в группе 2 = 27,5 % (стандартный диапазон 20-35 %) - что указывает на хорошую эффективность принятой практики индукции родов, а также правильному выбору женщин к индукции среди первородящих женщин.

3. Частота КС в группе 3 = 2,7 % (стандартный диапазон – менее 3,0 %), что указывает на хорошие подходы к родам, начавшихся спонтанно у повторнородящих женщин.

4. Частота КС в группе 4 = 11,8 % (стандартный диапазон – менее 15%), что указывает на хорошую эффективность принятой практики индукции родов, а также правильному выбору женщин к индукции среди повторнородящих женщин в перинатальном центре.

5. Частота КС в группе 5 = 81,2 % (стандартный диапазон – 50-60 %), за счёт подгруппы 5.1, что указывает на наличие резерва для снижения частоты КС путем родов через естественные родовые пути у пациенток с рубцом на матке.

6. Частота КС в группе 6 = 88,5 % (стандартная диапазон – 80-100 %), частота КС в группе 7 = 73,1 % (стандартная диапазон – 80-100 %), что указывает на наличие резерва для снижения частоты КС путем родов через естественные родовые пути у первородящих пациенток с одноплодной беременностью и тазовым предлежанием плода и наличие хороших навыков у персонала ведения родов в тазовом предлежании (частота КС у повторнородящих пациенток с одноплодной беременностью и тазовым предлежанием плода менее 80%).

7. Частота КС в группе 8 = 60,0 % (стандартная диапазон – около 60 %), что указывает на хорошие подходы к родам с многоплодной беременностью.
8. Частота КС в группе 10 = 52,1 % (стандартный диапазон для акушерских стационаров 1 или 2 группы/уровня – около 30 %), что указывает на концентрацию женщин высокого риска в перинатальном центре (правильная маршрутизация в регионе).
9. Относительный вклад 1, 2 и 5 группы в КС = 50,5 % (стандартный диапазон – две трети всех КС) что указывает на хорошее использование резервов по снижению частоты КС в группе 1.
10. Абсолютный вклад группы 5 = 10,6 % (максимальный вклад в КС среди групп) – что указывает на высокую долю женщин с рубцом на матке в популяции, следует шире применять практику самостоятельных родов у женщин с 1 КС в анамнезе (подгруппа 5.1).

Организация учета и анализа, возможные проблемы

Главные преимущества классификации Робсона – это ее простота, надежность и гибкость. Однако отсутствие данных, неправильная классификация женщин и отсутствие консенсуса по правилам классификации могут вызвать проблемы при сборе данных. Поэтому, первым шагом в реализации внедрения классификации Робсона является назначение сотрудника, ответственного за организацию сбора данных и еженедельную или ежемесячную подготовку таблиц отчета. Ответственный сотрудник координирует работу сотрудников родового отделения, с целью наличия в медицинских картах пациентов всех необходимых данных для классификации Робсона и правильности определения женщин в необходимую группу или подгруппу.

Отсутствие консенсуса по правилам классификации: рекомендуется в МО создать документ с четкими определениями (гlossарий) по критериям классификации таблицы Робсона для использования в медицинской документации, например, «индуцированные роды», «рубец на матке после одного кесарева сечения», «повторнородящая» и т.д.

Качество данных, используемых для классификации: если используемые данные недостоверны, ценность рекомендаций, основанных на них, сомнительна. Обеспечение высокого качества данных может быть сложной задачей даже в крупных МО с большими ресурсами.

Неверная классификация женщин в группы: сотрудники, выполняющие сбор и классификацию данных, должны быть обучены. Ответственный сотрудник за организацию сбора данных должен проводить периодический аудит. При

анализе отчета классификации таблицы Робсона следует уделять внимание подсказкам о возможной неверной классификации случаев в группы.

Случаи, которые не могут быть классифицированы из-за отсутствия данных: размер категории «не классифицируемые случаи» является важным показателем качества сбора данных в МО.

Отсутствие интерпретации таблицы Робсона: в методических рекомендациях представлен базовый свод правил и шагов для интерпретации таблицы Робсона. Возможно расширение позиций, особенно в связке с перинатальной заболеваемостью и смертностью, критическими акушерскими состояниями и материнской смертностью.

Список литературы

1. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02).
2. 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.
3. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(4):331 e1-19.
4. Рекомендации по внедрению и использованию классификации операции кесарева сечения М. Робсона (методическое письмо). Москва: Министерство здравоохранения Российской Федерации; 2019.
5. Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: WHO; 2017.
6. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*. 2001; 12(1): 23-39.
7. Robson M, Hartigan L, Murphy M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27:297-308.
8. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001;15(1):179-94.
9. Souza JP, Betrán AP, Dumont A, de Muncio B, Gibbs Pickens C, Deneux-Tharaux C, et al. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. *BJOG* 2016;123:427–43.
10. Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *The Lancet*. 2013;18(38):1747-55.
11. Клинические рекомендации: Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды), 2021 г.

Состав рабочей группы

Адамян Лейла Владимировна - заместитель директора ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный гинеколог Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор

Баев Олег Радомирович – заведующий родильным отделением, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, д.м.н., профессор

Карапетян Анна Овиковна - ассистент кафедры акушерства и гинекологии Департамента профессионального образования ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

Олина Анна Александровна – заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор

Ольферт Екатерина Петровна – заместитель главного врача – руководитель перинатального центра ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница», главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Архангельской области по акушерству и гинекологии

Прялухин Иван Александрович – заместитель руководителя Департамента организации проектной деятельности ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, к.м.н.

Пьянков Александр Валерьевич – заведующий акушерским отделением патологии беременности перинатального центра ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница»

Филиппов Олег Семенович – заместитель директора по организации акушерско-гинекологической и педиатрической помощи ФНКЦ ДиП ФМБА России, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, д.м.н., профессор

Шешко Елена Леонидовна - руководитель Департамента организации проектной деятельности ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, к.м.н., доцент

Шмаков Роман Георгиевич - директор института акушерства ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, д.м.н., профессор

Шувалова Марина Петровна – заместитель директора - руководитель Департамента регионального сотрудничества и интеграции ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, к.м.н., доцент

Яроцкая Екатерина Львовна – заведующая отделом международного сотрудничества Департамента организации научной деятельности ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, д.м.н.

Список
федеральных государственных бюджетных учреждений Минздрава России
для рассылки письма _____

№	Наименование организации	Адрес
1.	ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России	ул. Академика Опарина, д. 4, Москва, 117815
2.	ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. Алмазова» Минздрава России	ул. Аккуратова, д. 2, Санкт-Петербург, 197341
3.	ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России	ул. Победы, д. 20, г. Иваново, 153731
4.	ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Минздрава России	ул. Репина, д. 1, г. Екатеринбург, 620028

Заместитель директора Департамента
медицинской помощи детям,
службы родовспоможения
и общественного здоровья



А.А. Олина