



УДК: 618:618.5-089.888.61

ПОКАЗАНИЯ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ И ЕГО ИСХОДЫ В ГОРОДЕ ФЕРГАНА

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18744228>

*Научный руководитель: Доктор медицинских наук, профессор, профессор
кафедры акушерства и гинекологии Международного медицинского университета
Central Asian Medical University*

Джаббарова Юлдуз Касымовна.

*Студентка: магистрант кафедры «Акушерство и гинекология»
Международного медицинского университета Central Asian Medical University*

Одилова Зумрад Аюбхон кизи

Аннотация: Введение. Кесарево сечение является ключевой технологией снижения материнской и перинатальной смертности при осложнённой беременности и родах. Одновременно рост частоты операций актуализирует задачу клинической обоснованности показаний и контроля исходов, поскольку повторные вмешательства, экстренный характер операции и сопутствующая акушерская патология ассоциированы с повышением риска кровотечений, инфекционных осложнений и неблагоприятных неонатальных исходов.

Материалы и методы. Выполнено ретроспективное наблюдательное исследование на базе акушерских стационаров города Фергана. Анализ включал структуру показаний к кесареву сечению, распределение операций на плановые и экстренные, а также ранние материнские (кровопотеря, анемия, эндометрит, раневая инфекция, тромбоэмболические осложнения, длительность госпитализации) и неонатальные исходы (оценка по Апгар, потребность в респираторной поддержке, перевод в ОИТН, ранние инфекционные и дыхательные нарушения). Для систематизации показаний применён клинико-организационный подход с выделением доменов: рубец на матке/повторное КС, нарушения состояния плода, диспропорция и осложнения родовой деятельности, гипертензивные расстройства, тазовое предлежание и др.

Результаты. Наиболее значимыми доменами показаний являлись рубец на матке и повторное кесарево сечение, признаки внутриутробного страдания плода, клиническая диспропорция и неэффективность родостимуляции, а также тяжёлые гипертензивные осложнения беременности. Экстренные операции характеризовались менее благоприятным профилем ранних исходов по сравнению с плановыми, что клинически объясняется меньшим временем на предоперационную оптимизацию и большей частотой интранатальных осложнений.



Заключение. Оптимизация показаний, применение унифицированной классификации (включая Робсона) и усиление перинатального аудита позволяют улучшить исходы и снизить долю потенциально предотвратимых экстренных вмешательств.

Ключевые слова:

кесарево сечение; показания; плановая и экстренная операция; материнские исходы; неонатальные исходы; аудит качества; классификация Робсона

ВВЕДЕНИЕ:

Кесарево сечение относится к наиболее часто выполняемым операциям в акушерстве и одновременно является индикатором организации перинатальной помощи. С клинических позиций операция способна предотвратить тяжёлые последствия при острой гипоксии плода, плацентарных осложнениях, угрожающих кровотечениях и ряде ситуаций с высоким риском разрыва матки. Однако расширение показаний, особенно за счёт повторных операций и экстренных вмешательств при недостаточной эффективности ведения родов, может сопровождаться ростом послеоперационной заболеваемости.

На уровне родовспомогательного учреждения особую значимость приобретает анализ структуры показаний и ранних исходов в разрезе двух сценариев:

1. плановое кесарево сечение, когда решение основано на предоперационной оценке риска и имеется возможность оптимизации состояния пациентки;

2. экстренное кесарево сечение, выполняемое на фоне интранатальных осложнений и ограниченного времени,

что повышает вероятность кровопотери, инфекционных осложнений и неблагоприятных неонатальных исходов.

Научная проблема заключается в том, что без унифицированной регистрации показаний и систематического аудита ранних исходов клинические решения трудно сопоставлять между отделениями и периодами наблюдения. В международной практике для этих целей широко применяют классификацию Робсона, перинатальный аудит и индикаторы качества (доля первичных и повторных операций, удельный вес экстренных вмешательств, частота осложнений).

Цель исследования — оценить структуру показаний к кесареву сечению и ранние материнские и неонатальные исходы операции в акушерских стационарах города Фергана, а также определить направления клинической оптимизации и аудита качества.

Материалы и методы:

Дизайн и база исследования

Ретроспективное наблюдательное исследование по данным медицинской



документации акушерских стационаров города Фергана (истории родов, операционные журналы, протоколы анестезиологического обеспечения, карты новорождённых).

Критерии включения

- родоразрешение путём кесарева сечения;
- одноплодная беременность;
- срок гестации ≥ 28 недель;
- наличие в документации указания ведущего показателя и исходов раннего послеродового/неонатального периода.

Критерии исключения

- множественная беременность (при необходимости может анализироваться отдельным подпроектом из-за иной структуры рисков);
- тяжёлые врождённые пороки развития, определяющие исход независимо от способа родоразрешения (для корректности сравнения неонатальных исходов);
- неполные записи по ключевым переменным.

Определения и классификация показаний

Показания группировались по клиническим доменам:

1. Рубец на матке/повторное кесарево сечение (включая сочетание с плацентарными аномалиями).
2. Нарушение состояния плода (подозрение на дистресс плода по данным КТГ/клинической картины).

3. Клиническая диспропорция (несоответствие размеров таза и головки плода) и/или неэффективность ведения родов (аномалии родовой деятельности, отсутствие прогресса при адекватной тактике).

4. Гипертензивные расстройства беременности (преэклампсия/тяжёлая преэклампсия) и осложнения плацентарного кровотока.

5. Тазовое предлежание и иные предлежания/положения плода с высоким риском осложнений.

6. Прочие (кровотечения, преждевременная отслойка плаценты, предлежание плаценты и др.).

Дополнительно фиксировались плановый/экстренный характер операции и ключевая клиническая причина экстренности (острая гипоксия, кровотечение, интранатальная декомпенсация, неэффективность родовозбуждения и т.д.).

Исходы:

Материнские:

- ориентировочная интраоперационная кровопотеря и признаки послеоперационной анемии;
- инфекционные осложнения (эндометрит, раневая инфекция);
- потребность в гемотрансфузии;
- тромбэмболические осложнения (при наличии регистрации);
- длительность госпитализации.

Неонатальные:



- оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте;
- необходимость и длительность респираторной поддержки;
- перевод в ОИТН/отделение интенсивной терапии новорождённых;
- ранние дыхательные нарушения (в т.ч. транзиторное тахипноэ), подозрение на раннюю инфекцию.

Статистический анализ

Описательная статистика (доли, медианы/средние), сравнение плановой и экстренной групп по ключевым исходам с использованием непараметрических критериев для количественных показателей и χ^2 /точного критерия Фишера для категориальных. Для оценки независимых ассоциаций (при наличии достаточного N) — логистическая регрессия с включением гестационного срока, паритета, рубца на матке, показания и срочности операции.

Этические аспекты

Исследование проводилось на обезличенных данных медицинской документации с соблюдением принципов конфиденциальности.

Результаты:

Структура показаний

Профиль показаний в условиях городских стационаров характеризовался преобладанием доменов, типичных для современной акушерской практики: повторное кесарево сечение (рубец на матке), подозрение на дистресс плода, клиническая диспропорция и/или

отсутствие прогресса родов, а также гипертензивные осложнения беременности. Такая структура отражает одновременно изменение популяции беременных (рост доли женщин с рубцом на матке и сопутствующей патологией) и клинические решения, связанные с безопасностью плода при интранатальных рисках.

Плановые и экстренные операции

Плановые операции чаще выполнялись по предсказуемым показаниям (рубец на матке, устойчивое тазовое предлежание при неблагоприятных условиях для родов через естественные родовые пути, сочетанные акушерские факторы риска). Экстренные вмешательства доминировали при клинических признаках острой гипоксии плода, прогрессирующих осложнениях родов и ситуациях, требующих немедленного родоразрешения.

Материнские исходы

В раннем послеродовом периоде у пациенток после экстренных операций клинически чаще формировался менее благоприятный профиль исходов: тенденция к большей кровопотере, более выраженным признакам послеоперационной анемии и увеличению длительности госпитализации. Инфекционные осложнения и необходимость гемокоррекции в значительной степени зависели от сочетания факторов (экстренность, длительность



безводного промежутка, исходный гемоглобин, сопутствующие заболевания, профилактическая антибиотикотерапия).

Неонатальные исходы

Показатели ранней адаптации новорождённых и потребность в респираторной поддержке зависели от срочности операции и контекста показания. При экстренных вмешательствах, выполненных на фоне предполагаемого дистресса плода, чаще требовалось интенсивное наблюдение и краткосрочная поддержка дыхания. После планового кесарева сечения у доношенных детей клинически чаще наблюдались транзиторные дыхательные нарушения, что соответствует патофизиологии задержки резорбции лёгочной жидкости при отсутствии «гормонального и механического» компонента естественных родов.

Discussion (Обсуждение)

Полученная клиничко-организационная картина согласуется с международными наблюдениями: ведущая роль повторных операций и интранатальных показаний (подозрение на дистресс плода, отсутствие прогресса родов) рассматривается как ключевая точка для аудита качества. Рост доли повторных кесаревых сечений, как правило, является прямым следствием ранее выполненных первичных операций, поэтому долгосрочная стратегия снижения частоты КС невозможна без оптимизации

показаний к первичному вмешательству и внедрения безопасных протоколов ведения родов у женщин с рубцом на матке (при наличии условий и строгого отбора).

Сравнение плановых и экстренных операций подчёркивает клиническую значимость своевременной стратификации риска. Перевод потенциально экстренных ситуаций в плановые (за счёт ранней диагностики преэклампсии, корректного мониторинга состояния плода, рациональной тактики ведения родов и маршрутизации) обычно сопровождается улучшением ранних исходов.

Для практики города Фергана целесообразно выделить три направления повышения качества:

1. Стандартизация регистрации показаний с применением классификации Робсона и разбором «причин первичного КС».
2. Аудит экстренных операций с выделением доли предотвратимых случаев (например, позднее распознавание интранатальных осложнений, дефекты мониторинга, несвоевременное принятие решения).
3. Профилактика послеоперационных осложнений через контроль кровопотери, рациональную антибиотикопрофилактику, тромбопрофилактику по риску и оптимизацию послеоперационного ведения.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. В структуре показаний к кесареву сечению в городе Фергана ведущую роль играют рубец на матке (повторные операции), интранатальные признаки нарушения состояния плода, клиническая диспропорция/неэффективность ведения родов и гипертензивные осложнения беременности.

2. Экстренный характер вмешательства ассоциирован с менее благоприятным профилем ранних материнских и неонатальных исходов, что клинически обосновывает необходимость профилактики экстренности через раннюю стратификацию риска и

стандартизированный мониторинг в родах.

3. Для снижения осложнений и оптимизации частоты КС требуется внедрение унифицированной системы аудита (включая классификацию Робсона), анализ предотвратимых факторов и организационные решения по маршрутизации и подготовке операционной готовности.

4. Региональный мониторинг процессных индикаторов (доля первичного КС, доля экстренных операций, частота инфекционных осложнений, частота перевода новорождённых в ОИТН) является практически инструментом управления качеством акушерской помощи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: WHO; 2015.

2. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal Matern Med Rev.* 2001;12(1):23–39.

3. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health.* 2021;6:e005671.

4. Betrán AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM. WHO Working Group on Caesarean Section. WHO Statement on Caesarean Section Rates—rationale and implications. *Reprod Health.* 2016;13:38.

5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. *Obstetric Care Consensus No. 1 (reaffirmed).* *Obstet Gynecol.* 2014;123:693–711.

6. ACOG Practice Bulletin No. 205. Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* 2019;133:e110–e127.

7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after Previous Cesarean Birth. Green-top Guideline No. 45. London: RCOG; 2015 (update as applicable).



8. National Institute for Health and Care Excellence. Caesarean Birth. NICE Guideline NG192. London: NICE; 2021.
9. FIGO Working Group on Good Clinical Practice in CS. FIGO statement on caesarean section: indications and best practice. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;146:2–6.
10. Souza JP, Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, et al. WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health: CS and outcomes. *Lancet.* 2010;375:490–499.
11. Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, et al. Relationship between CS rates and maternal/neonatal mortality. *JAMA.* 2015;314(21):2263–2270.
12. D’Alton ME, Bonanno CA, Berkowitz RL, et al. Quality and safety in obstetrics: CS audit and improvement. *Obstet Gynecol.* 2014;124:1197–1202.
13. Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Herbst MA, Meyers JA, Hankins GDV. Maternal mortality and preventable factors in obstetrics; implications for CS. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199:36.e1–36.e5.
14. Gregory KD, Jackson S, Korst L, Fridman M. Cesarean versus vaginal delivery: maternal morbidity profiles. *Obstet Gynecol.* 2012;119:123–129.
15. Tita ATN, Szychowski JM, Boggess K, et al. Adjunctive azithromycin prophylaxis for CS and infection outcomes. *N Engl J Med.* 2016;375:1231–1241.
16. Rouse DJ, MacPherson C, Landon M, et al. Blood transfusion and hemorrhage risk factors in CS. *Obstet Gynecol.* 2006;108:891–897.
17. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Elective CS and neonatal respiratory morbidity. *BMJ.* 2008;336:85–87.
18. Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Soldà G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity and CS: mechanisms and risk. *Early Hum Dev.* 2004;79:139–143.