



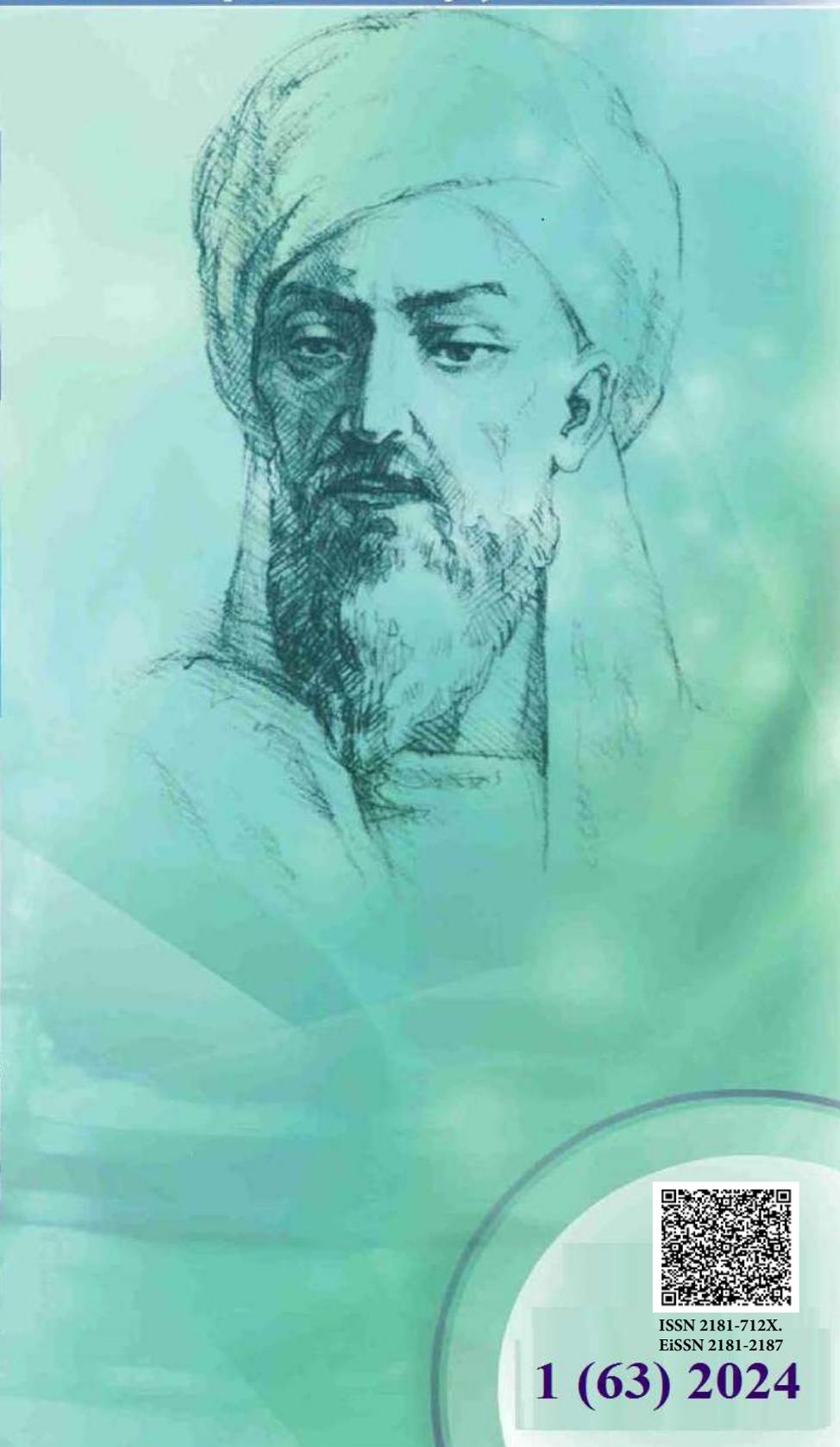
**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**1 (63) 2024**

**Сопредседатели редакционной  
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЬЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОЕВ  
С.А.ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**1 (63)**

**2024**

*январь*

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.12.2023, Accepted: 10.01.2024, Published: 20.01.2024

УДК 618.11-007.415

## ВЫЯВИТЬ СТРУКТУРЫ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРАХ

Асадов Дониёр Алишерович <https://orcid.org/0009-0009-6966-8184>

Республиканский перинатальный центр, Узбекистан, Ташкент, Юнусабадский район, улица Богишамол № 223-а +998 (71) 260-28-71 <https://rpc.uz/>

### ✓ Резюме

*В статье представлена современная структура показаний к операции кесарева сечения, которая была определена на основании ретроспективного анализа историй родов, закончившихся операцией кесарева сечения по данным роддома. С помощью анкетирования были изучены: возраст, антропометрические данные, акушерской гинекологический анамнез и соматические заболевания пациенток, а также течение беременности у обследованных женщин. Были оценены сроки родоразрешения и показания к оперативному родоразрешению, проведен анализ течения раннего неонатального периода.*

*Ключевые слова: кесарево сечение, материнская смертность*

## PERINATAL MARKAZLARDA KESAR KESISH AMALIYOTI UCHUN KO'RSATMALAR TUZILISHINI ANIQLASH

Asadov Doniyor Alisherovich <https://orcid.org/0009-0009-6966-8184>

Respublika perinatal markazi, O'zbekiston, Toshkent, Yunusobod tumani, Bogishamol ko'chasi 223-a +998 (71) 260-28-71 <https://rpc.uz/>

### ✓ Rezyume

*Maqolada tug'ruqxona ma'lumotlariga ko'ra Kesar kesish bilan tugagan tug'ilish tarixini retrospektiv tahlil qilish asosida aniqlangan Kesar kesish uchun ko'rsatmalarning zamonaviy tuzilishi keltirilgan. Anketadan foydalanib, quyidagilar o'rganildi: yoshi, antropometrik ma'lumotlari, akusherlik ginekologik tarixi va bemorlarning somatik kasalliklari, shuningdek tekshirilgan ayollarda homiladorlik davri. Tug'ilish vaqti va jarrohlik tug'ilishga ko'rsatmalar baholandi va erta neonatal davrning borishi tahlil qilindi.*

*Kalit so'zlar: kesar kesish, onalar o'limi*

## TO IDENTIFY THE STRUCTURES OF INDICATIONS FOR CESAREAN SECTION OPERATION IN PERINATAL CENTERS

Asadov Doniyor Alisherovich <https://orcid.org/0009-0009-6966-8184>

Republican Perinatal Center, Uzbekistan, Tashkent, Yunusabad district, Bogishamol street No. 223-a +998 (71) 260-28-71 <https://rpc.uz/>

### ✓ Resume

*The article presents the modern structure of indications for cesarean section, which was determined on the basis of a retrospective analysis of birth histories that ended in cesarean section according to maternity hospital data. Using a questionnaire, the following were studied: age, anthropometric data, obstetric gynecological history and somatic diseases of the patients, as well as the course of pregnancy in the examined women. The timing of delivery and indications for surgical delivery were assessed, and the course of the early neonatal period was analyzed.*

*Key words: caesarean section, maternal mortality.*



## Актуальность

На протяжении истории человечества роды для женщины были процессом естественным и обыденным, хотя они не всегда заканчивались благополучно для матери и/или плода (В.С.Орлова, 2013) [12]. Использование техники разреза нижнего сегмента матки по методу Мунго Кегг и открытие антибиотиков во второй половине 20-го века, сделала операцию кесарева сечения (КС) значительно безопасной, и в результате снижения рисков для материнского здоровья, КС стала применяться достаточно широко. Операция КС в последние годы является самой распространенной среди акушерских операций [11], в 2008 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) провела анализ КС по 137 странам и выявила, что ежегодно в мире выполняются приблизительно 18,5 миллиона операций КС [8]. Частота КС не имеет тенденции к снижению и составляет, по данным различных авторов, от 15% до 75% и более в родовспомогательных учреждениях различных стран мира [9,4]. Многие исследователи отмечают, что рост частоты КС приводит к повышению заболеваемости и смертности у женщин, что делает актуальным поиск путей снижения частоты кесарева сечения в современном акушерстве. Так, Clark E. A. S. et Silver R.M. (2011), проанализировав более 30 тысяч операций, определили, что при КС повышается частота предлежания и приращения плаценты, разрыва матки, повреждения мочевого пузыря, мочеточника или кишечника, гистерэктомии, переливания крови, тяжелой анемии, осложнений после наркоза, расхождения краев раны, гематомы, тромбоэмболии, послеоперационной лихорадки, длительного пребывания в стационаре, тяжелых спаечных процессов, материнской смерти [7]. В Узбекистане частота операции КС также имеет тенденцию к росту. Увеличение количества абдоминального способа родоразрешения напрямую связано с расширением показаний к выполнению такой операции в интересах сохранения здоровья матери и ребенка [11,12]. В связи с реформированием перинатальной системы нашей страны, с 1996 года функционируют Городской перинатальный центр г.Ташкента, с 2002 года - Республиканский перинатальный центр, а с 2010 года организованы областные перинатальные центры, согласно приказа МЗ РУз №378 от 2010 года «Об организации перинатальных центров и мерах по дальнейшему совершенствованию деятельности учреждений родовспоможения». В настоящее время в стране функционируют Республиканский перинатальный центр МЗ РУз. (РПЦ), Республиканский перинатальный центр Республики Каракалпакстан (РПЦ РК), городской перинатальный центр г.Ташкента (ГПЦ) и 12 областных перинатальных центров (ОПЦ).

**Целью нашего** исследования было определение частоты и структуры показаний к операции кесарево сечение в перинатальных центрах Узбекистана.

## Материал и методы

Материалом была изучение и проанализированы отчеты РПЦ, РПЦ КР, всех ОПЦ и ГПЦ за 2017-2020 гг, представленные в организационно-методический отдел РПЦ. По данным отчетов из исследуемых учреждений здравоохранения проведен анализ количества родов, оперативной активности и показаний к операции КС.

## Результат и обсуждение

Перинатальные центры, согласно приказа МЗ РУз. №185 от 2014 г. «О регионализации перинатальной помощи в республике Узбекистан», являются учреждениями самого высокого 3 уровня перинатальной помощи, и оказывают специализированную и высокотехнологичную диагностическую, лечебную и профилактическую помощь беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным в конкретном регионе страны. В перинатальных центрах (ПЦ) концентрируются беременные с тяжелой акушерской и соматической патологией, беременные и новорожденные высокого риска на перинатальные осложнения, недоношенные и больные новорожденные. Эти центры оснащены самым современным оборудованием; также в составе центров имеется реанимационно-консультативно-транспортная служба, которая круглосуточно оказывают консультативную и неотложную помощь больным женщинам и новорожденным из учреждений родовспоможения первого и второго уровня, а в случае необходимости - обеспечивают их транспортировку. В связи с регионализацией перинатальной помощи, в ПЦ направляются беременные, роженицы и новорожденные из всех районов данной области, которым необходима специализированная перинатальная помощь. За 2017-2018гг в РПЦ

произошли 5551 и 6018 родов, в РПЦ РК – 7342 и 8007 родов, Андижанском ОПЦ -8560 и 8002 родов, Бухарском ОПЦ -5946 и 6273 родов, Джизакском ОПЦ -5822 и 6744 родов, Кашкадарьинском ОПЦ -9754 и 9898 родов, Наманганском ОПЦ – 9273 и 9384 родов, Навоийской ОПЦ – 5814 и 6345 родов, Сырдарьинском ОПЦ –5564 и 5368 родов, Самаркандском ОПЦ - 7096и 7114 родов, Сурхандарьинском ОПЦ – 3271 и 2280 родов, Ташкентском ОПЦ -5778 и 5738 родов, Ферганском ОПЦ- 6013 и 6347 родов, Хорезмском ОПЦ -7884 и 8083 родов, ГПЦ – 3977 и 6371 родов соответственно. Всего в ПЦ Узбекистана произошло 94065 родов за 2017г.,101972 родов за 2018г.,101673 родов за 2019 г. и 98613 родов за 2020г. Отмечается небольшое уменьшение количества родов в 2020г. в ПЦ в связи с тем, что из-за пандемии COVID-19, некоторые беременные среднего или низкого риска были родоразрешены в учреждениях 1 или 2 уровня. Доля операции кесарева сечения в перинатальных центрах представлена в таблице №1.

**Таблица. Доля кесарева сечения в перинатальных центрах**

Перинатальный центр (ПЦ)	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Андижанский областной ПЦ	29,6%	32,8%	35%	39,5%
Бухарский областной ПЦ	33,2%	32,4%	37,1%	39,1%
Джизакский областной ПЦ	24,3%	32,4%	35,7%	34,34%
Кашкадарьинский областной ПЦ	19,2%	31,3%	31,1%	34,1%
Наманганский областной ПЦ	21,6%	25%	23%	21%
Навоийский областной ПЦ	31,2%	33,7%	35,3%	35,1%
Самаркандский областной ПЦ	31,6%	33%	36,8%	33%
Сырдарьинский областной ПЦ	28,9%	28,5%	31,8%	34,5%
Сурхандарьинский областной ПЦ	31,8%	51,2%	49,5%	53,5%
Ташкентский областной ПЦ	31,6%	33,9%	37,2%	41,4%
Ферганский областной ПЦ	25,3%	26,1%	26,1%	28,5%
Хорезмский областной ПЦ	27,2%	25,8%	33,5%	37,9%
Республиканский перинатальный центр	35,4%	36,42%	36,7%	36,8%
ПЦ Республики Каракалпакстан	35,7%	37,7%	32,5%	32,4%
Ташкентский городской ПЦ	30,2%	30,9%	30,2%	30%
Среднее значение	29,12%	32,74%	34,1%	34,4%

Количество проведенных операций кесарева сечения в перинатальных центрах (15 учреждений) в 2017г составил 28500, в 2018г – 32078 операций. Как видно из таблицы, отмечается рост доли кесарева сечения во всех ПЦ страны. Высокие цифры в Сурхандарьинском перинатальном центре обусловлены ремонтом здания центра, в связи с чем принимались только беременные высокого риска с тяжелой патологией, что и привело к росту



частоты КС, а беременным низкого риска, у которых частота самопроизвольных родов высокая, прием был ограничен. Частота операций КС в перинатальных центрах выше, чем в родильных учреждениях 1-2 уровней, а также чем в общей популяции по стране. Это происходит из самого предназначения перинатального центра, как учреждения, где концентрируются беременные с тяжелой соматической патологией или осложнениями беременности и родов женщины, которых по медицинским показаниям необходимо родоразрешить путем КС. В Узбекистане, как и во всем мире, в общей популяции, доля операции КС также постепенно растет, например, в среднем по стране за 2017 г. доля КС составила 15,5%, в 2018 г – 16,3%, в 2019 г. в среднем – 19,09%, в 2020 г. – 20,24%. Если сравнить эти данные с показателями других стран, то в Италии в 2018 г. доля КС по стране составила 33,1%, в Германии – 29,5%, в Польше – 38,8%, в Канаде 27,6%, в США 31%, в России 25%-30%, в Великобритании 28,4%, в Турции – 53,7%, в Бразилии – 55,4%. В экономически развитых странах рост КС сопровождался снижением материнской, но самое главное, перинатальной смертности, поэтому в 1985 г. ВОЗ основываясь на отчетах стран, в которых на тот момент был самый низкий показатель перинатальной смертности, рекомендовала в качестве оптимального показателя КС на национальном уровне государств 10–15 %. Было подсчитано, что в 54 странах с низким уровнем КС, среди которых 68,5 % представлены государствами Африки и 29,6 % Азии, для снижения перинатальной смертности ежегодно необходимо дополнительно выполнять 3,2 млн КС, в то время как в Китае и Бразилии почти 50 % операций проводятся необоснованно. В общей сложности в мире выполняются без медицинских показаний 6,2 млн. КС ежегодно, стоимость которых оценивается примерно в 2,32 миллиарда долларов США. Результаты новых исследований показывают, что если частота выполнения кесарева сечения возрастает до 10% на уровне популяции, показатели материнской и неонатальной смертности снижаются, однако если частота его выполнения превышает 10%, имеющиеся данные не свидетельствуют об улучшении показателей смертности. Несмотря на высокий уровень операций в Шри-Ланке, составивший в 2010 году 33,5 %, Goonewardene M. et al. [6] не обнаружили существенных изменений в показателях перинатальной летальности, но при этом увеличилось число матерей, требующих интенсивного наблюдения и терапии. J. Villar et al изучили исходы КС для матери и плода в 8 странах Латинской Америки, охватив 24 географических региона, 120 учреждений разного типа и около 100 тысяч родов, из которых каждые третьи, а в частных клиниках — каждые вторые, закончились операцией. В результате сделаны неутешительные выводы: перинатальные исходы не улучшились по примеру развитых стран, напротив, мертворождаемость повысилась, особенно, в случаях КС при отсутствии медицинских показаний [10]. Эти данные показывают, что увеличение частоты КС в популяции и повышение необоснованно проведенных операций КС не улучшают перинатальные исходы, а могут увеличить осложнения и привести к дополнительным финансовым расходам. При изучении соотношения частоты экстренных и плановых операций КС в ПЦ нами было выявлено, что доля экстренных операций КС больше, чем плановых, в Андижанском, Джизакском, Сурхандарьинском ОПЦ, РПЦ РК, Навоийской ОПЦ, ГПЦ, Ферганском, Бухарском ОПЦ. Доля плановых КС несколько больше в Самаркандском ОПЦ и составляет 64,4%, экстренных – 35,6%. В РПЦ, Хорезмском ОПЦ, Ташкентском ОПЦ, Сырдарьинском ОПЦ, Кашкадарьинском ОПЦ частота плановых и экстренных приблизительно равны. Очевидно, не может быть норматива в этих соотношениях, но мы считаем оптимальным, если кесарево сечение в перинатальных центрах будет выполняться в плановом порядке до 60%-70% по различным показаниям, так как в перинатальные центры госпитализируются беременные высокого риска, которым еще в антенатальном периоде должны разработать акушерскую тактику ведения беременности и родов, с учетом срока и метода родоразрешения. В структуре показаний к кесарево сечению, во всех перинатальных центрах страны преобладает рубец на матке и составляет в среднем – 36,2% (от 29,7% до 44,1%). В 2019 г. Американская коллегия акушеров и гинекологов представила Практический бюллетень № 205 «Вагинальные роды после кесарева сечения», в котором акцентируется внимание на возможности успешного клинического исхода вагинальных родов после предыдущего КС [1]. В то же время S. Bartolo и соавт. (2016г), показали, что из 1584 женщин с рубцом на матке после предыдущего КС, где у 74,4% женщин были показатели, свидетельствующие в пользу родоразрешения путем вагинальных родов, но из них 41,6% женщинам было выполнено elective КС по таким показаниям со стороны

матери, как повышенный возраст матери, повышенный индекс ее массы тела и риск на макросомию плода [2], что показывает, что проблема родоразрешения женщин с рубцом на матке сохраняет остроту и дискуссионность. Преэклампсия как показание к операции КС составил в среднем -13,7% (от 5,8% до 22,3%). Преэклампсия не является абсолютным показанием к КС, по клиническим рекомендациям отдается предпочтение программированным родам с родовозбуждением и региональной анестезией в родах, но сочетание таких факторов, как нестабильная гемодинамика матери и синдром отставания роста плода с выраженным нарушением маточно-плодового кровотока, а также учет анамнеза женщины, расширяет показания к КС. Тазово-головная диспропорция (ТГД) явилась показанием к КС в среднем -9,1% (от 4,9% до 15,6%). Преждевременная отслойка плаценты в среднем в 7,7% (от 4,7% до 9,9%) были показанием к КС. Угрожающее состояние плода (дистресс плода) было показанием к КС в среднем в 5,1% (от 1,8% до 14,5%). Количество случаев ТГД, преждевременной отслойки плаценты носит относительно объективный характер и не может иметь закономерной динамики в силу поступления больных с определенными состояниями. Что касается показаний к КС при угрожающем состоянии плода, здесь имеются вопросы относительно постановки диагноза острый дистресс плода, т.е., была ли возможность использования КТГ, доплерометрии плода, а также определения РН плода. В среднем, в 7,8% (от 4,4% до 14,2%) случаях показанием к КС было тазовое предлежание. В последние десятилетия в нашей стране тазовое предлежание чаще является показанием к операции КС, чем к вагинальным родам. В исследовании PREMODA, включающем данные 8105 женщин из 174 центров Франции и Бельгии, не получено данных о значительном превышении перинатальной смертности и неонатальной заболеваемости в группе вагинальных родов по сравнению с группой КС. В рекомендациях Канады, Великобритании, Королевского колледжа акушеров гинекологов Австралии и Новой Зеландии содержатся критерии включения женщин с тазовым предлежанием в группу планируемых вагинальных родов, т.е. при исключении каких-то состояний у женщины или плода, роженице предлагаются роды через естественные родовые пути. В то же время, Verhan Y et al (2016), проведя метаанализ 27 исследований, убедительно показали, что относительный риск перинатальной смертности и заболеваемости примерно в два-пять раз выше в запланированных вагинальных родах, чем в группе планового кесарева сечения [3], эти данные обосновывают практику индивидуального принятия решения при тазовом предлежании, с учетом многих факторов. Многоплодие было показанием к КС в среднем в 2,5% (от 0,9% до 3,3%). На сегодняшний день существует очень мало четких научных доказательств, обеспечивающих рекомендации относительно способа родоразрешения при беременности двойней. Поперечное положение плода – в 2,4% (от 0,9% до 5,5%) случаях было показанием к КС. Миопия высокой степени явилась показанием к КС в 3% (от 1,8% до 3,2%), сердечно-сосудистые заболевания – 1,3% (от 0,5% до 4,3%). При выборе метода родоразрешения с соматической патологией нужно помнить, что многие показания к КС при соматических заболеваниях, кажущиеся бесспорными 10-15 лет назад, в настоящее время такими не являются в виду появления многих исследований, где были показаны безопасность родоразрешения через естественные родовые пути, поэтому, необходимо больше внимания уделять интеграции смежных специальностей в акушерство, таких как офтальмология, кардиология, эндокринология, неврология и т.д. Сравнить доли КС в между перинатальными центрами и делать выводы о том, что в этом ПЦ очень высокий показатель КС или утверждать, что этот ПЦ хорошо работает и поэтому низкие показатели КС нецелесообразно, потому что доля КС зависит от количества больных высокого перинатального риска, которым по медицинским показаниям рекомендовано проводить КС и от количества беременных низкого перинатального риска, которым положено родоразрешение через естественные родовые пути. Например, если в ПЦ поступает в большом количестве женщины с физиологическим течением беременности, то естественно, в этом учреждении доля КС должна быть низкой, но если в ПЦ поступают в большом количестве беременные с тяжелой патологией, то доля КС в этом ПЦ будет высокой. Важен не сам процент кесарева сечения, а важен процент необоснованных КС, когда была возможность родоразрешения через естественные родовые пути не повышая при этом риск для матери и плода, когда КС было проведено по не четко обоснованным медицинским показаниям. Наше исследование показало, что использование одного усредненного показателя для оценки частоты кесарева сечения недостаточно в связи с различными показаниями к операции и неоднородным распределением пациентов между различными перинатальными центрами. Для определения резервов снижения частоты операции КС в каждом перинатальном центре необходимо изучить не только процент показаний к операции КС по нозологиям, но и общее количество поступивших с данной патологией или состоянием, а также количество операций КС и вагинальных

родов среди этой группы, и это возможно только при анализе родов и КС с использованием классификации Робсона [5]. В 2001 году британский акушер Michael Robson впервые опубликовал инновационную систему классификации КС. Всех родильниц, (включая естественные вагинальные роды и родивших путем КС) он разделил на десять взаимоисключающих групп на основании рутинно регистрируемых объективных акушерских параметров. Для каждой группы фиксируется число участниц, а также количество КС, что позволяет определить группы с высоким показателем КС и их вклад в общие показатели КС. Классификация простая, надежная, воспроизводимая, клинически актуальная и перспективная. Классификация Робсона позволяет сравнить показатели КС внутри группы и между этими группами женщин, также можно сравнить эти группы между родильными учреждениями, между регионами и странами.

### Заключение

Таким образом, наше исследование показало, что в перинатальных центрах Узбекистана отмечается постепенный рост количества и доли оперативных родов путем кесарева сечения; основными показаниями к операции КС являются рубец на матке, преэклампсия, тазово-головная диспропорция, тазовое предлежание, преждевременная отслойка плаценты и угрожающее состояние плода. Для получения более объективного представления об эффективности сформировавшихся практик и выявления резерва для снижения частоты КС рекомендуется проводить анализ родов с использованием классификации Робсона, что является целью наших дальнейших исследований.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. // *Obstet Gynecol.* 2019; 133(2):e110–27. doi: 10.1097/AOG.0000000000003078.
2. Bartolo S., Goffi net F., Blondel B., et al. Why women with previous caesarean and eligible for a trial of labour have an elective repeat caesarean delivery? A national study in France. // *BJOG.* 2016; 123:1664–73.
3. Berhan Y, Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies.
4. Boatin AA, Schlottheuber A., Betran AP., et al. Within country inequalities in caesarean section rates: observational study of 72 low and middle-income countries. // *BMJ.* 2018; 360:k55.
5. Budhwa T. et al. Application of the Robson classification of cesarean sections in focus: Robson groups // A report by the child health network for the greater Toronto area. Toronto, 2010; 60p.
6. Goonewardene Malik, Kumara DMA, Jathun Arachchi DR, Vithanage R, Wijeweera R. The Rising Trend in Caesarean Section Rates: Should we and can we reduce it? // *Sri Lanka J Obstet Gynaecol* 2012; 34:11-8.
7. Clark E.A. S., Silver R.M. Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2011; 205(6):2-10.
8. Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. // *BMC medicine.* 2010; 8:71.
9. Trueba G. et al. Alternative strategy to decrease cesarean section: support by doulas during labor // *J. Perinatal Education.* 2000; 9(2):89-13.
10. José, Eliette Valladares, Daniel Wojdyla, Nelly Zavaleta, Guillermo Carroli, Alejandro Velazco, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. // *Lancet.*, 2006 Jun 3; 367(9525):1819-29. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68704-7.
11. Краснопольский В. И., Логутова Л. С., Петрухин В. А. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Реальность и перспективы [Текст] // *Акушерство и гинекология.* 2012; 1:87-91.
12. Орлова В. С., Калашников И. В., Булгакова Е. В. Современная практика операции кесарева сечения за рубежом // *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина, Фармация.* 2013; 23/18(161):17-24.

Поступила 20.12.2023