



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

**ПЕРВЫЙ  
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

19 ФЕВ 2019

№ 15-4/И/2-1286

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Руководителям органов  
исполнительной власти  
субъектов Российской Федерации  
в сфере здравоохранения

Директорам федеральных  
государственных учреждений науки  
по профилю «акушерство  
и гинекология»

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет методическое письмо о внедрении классификации операции кесарева сечения М. Робсона, рекомендованной ВОЗ, для использования в работе руководителями службы родовспоможения и главными врачами акушерских стационаров с целью снижения числа необоснованных кесаревых сечений.

Приложение: на 18 л. в 1 экз.

Т.В. Яковлева

Е.С. Садчикова  
8 (495) 627-24-00 доб. 1547



№15-4/И/2-1286 от 19.02.2019

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Рекомендации по внедрению и использованию классификации операции  
кесарева сечения М. Робсона**

**(методическое письмо)**

**Москва, 2019**

**Оглавление**

Введение ... ..	3
Классификация операции кесарева сечения Робсона ... ..	4
Характеристики подгрупп ... ..	9
Наиболее часто возникающие вопросы при классифицировании женщин по системе Робсона ... ..	10
Таблица отчета классификации Робсона ... ..	14
Список литературы.....	16
Приложение 1. Состав рабочей группы.....	17
Приложение 2. Таблица отчета классификации Робсона ... ..	18

## Введение

Кесарево сечение (КС), осуществляемое по медицинским показаниям, показало себя как эффективный инструмент снижения материнской и перинатальной смертности. Однако, в последние десятилетия отмечается стабильный рост частоты кесарева сечения, как в развитых, так и развивающихся странах, который уже не сопровождается дальнейшим снижением этих показателей, что вызывает озабоченность мирового сообщества. Имеющиеся в настоящее время данные свидетельствуют об отсутствии связи между материнской и перинатальной смертностью и частотой кесарева сечения более 30%, при этом влияние частоты абдоминального родоразрешения на показатели материнской и перинатальной заболеваемости, социально-экономические результаты по-прежнему остаются недостаточно изученными (WHO Statement on Caesarean Section Rates, 2015). В то же время, как любое хирургическое вмешательство, кесарево сечение сочетается с возможностью осложнений как в ближнем, так и отдаленном периоде, что имеет неблагоприятные последствия.

В Российской Федерации в последние годы наблюдается снижение показателей материнской и перинатальной смертности, однако одновременно прослеживается устойчивая тенденция роста частоты абдоминального родоразрешения, которая в 2017 году достигла 29,3 % (1).

Для выяснения причин, определяющих частоту кесарева сечения и поиска эффективных механизмов для ее оптимизации, необходим комплекс мероприятий, среди которых одно из первоочередных мест принадлежит выделению (классификации) групп беременных женщин, которые родоразрешаются абдоминальным путем. Систематический анализ, проведенный экспертами ВОЗ, показал, что для этой цели наиболее подходит классификация разработанная М. Робсоном (M. Robson), включающая 10 основных групп (2,3,4). С 2015 года ВОЗ рекомендовала классификацию Робсона как глобальный стандарт оценки, мониторинга и сравнения частоты кесарева сечения в учреждениях родовспоможения любого уровня. В соответствии с необходимостью данная классификация может быть использована для оценки эпидемиологических данных, показаний, исходов и экономических затрат.

Внедрение данной классификации позволит родовспомогательным учреждениям (5):

- Определить и проанализировать группы женщин, которые вносят наибольший и наименьший вклад в общую частоту кесарева сечения
- Сравнить практику оказания помощи в этих группах в учреждениях, которые имеют лучшие показатели для внедрения их опыта
- Оценить эффективность мероприятий, направленных на оптимизацию применения операции кесарева сечения
- Оценить качество оказания медицинской помощи путем анализа результатов родоразрешения в этих группах

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

### Классификация операции кесарева сечения Робсона

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

Таблица 1

#### Основные группы женщин по классификации Робсона

<p>Group 1</p>  <p>Первородящие, один плод, головное предлежание, <math>\geq 37</math> недель, спонтанное начало родов</p>	<p>Group 6</p>  <p>Все первородящие с одноплодной беременностью в тазовом предлежании</p>
<p>Group 2</p>  <p>Первородящие, один плод, головное предлежание, <math>\geq 37</math> недель, индукция родов или КС до начала родов</p>	<p>Group 7</p>  <p>Все повторнородящие с одним плодом в тазовом предлежании, включая с одним или несколькими КС в анамнезе</p>
<p>Group 3</p>  <p>Повторнородящие без предыдущего КС, один плод, головное предлежание, <math>\geq 37</math> недель, спонтанное начало родов</p>	<p>Group 8</p>  <p>Все женщины с многоплодной беременностью, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе</p>
<p>Group 4</p>  <p>Повторнородящие без предыдущего КС, один плод, головное предлежание, <math>\geq 37</math> недель, индукция родов или КС до начала родов</p>	<p>Group 9</p>  <p>Все с одноплодной беременностью, поперечным или косым положением плода, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе</p>
<p>Group 5</p>  <p>Все повторнородящие с одним или несколькими КС в анамнезе, один плод, головное предлежание, <math>\geq 37</math> недель</p>	<p>Group 10</p>  <p>Все с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода, <math>&lt; 37</math> недель, включая с одним или несколькими КС в анамнезе</p>

Для правильного распределения женщин в соответствующие группы необходимо учитывать следующие определения (табл. 2):

Таблица 2

**Определение основных характеристик, используемых в классификации Робсона**

Акушерская характеристика	Определение	Примечание
<b>Паритет*</b>	Количество предыдущих родоразрешений на момент поступления на роды	Рождение ребенка с массой тела $\geq 500$ гр или $\geq 22$ недель гестации, живорожденного или мертворожденного, при наличии или отсутствии пороков развития, через естественные родовые пути или путем операции кесарева сечения. Предыдущие аборт/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 с массой $\geq 500$ гр или $\geq 22$ недель гестации, живорожденного или мертворожденного, при наличии или отсутствии пороков развития, через естественные родовые пути или путем операции кесарева сечения.
<b>Кесарево сечение (КС) в анамнезе*</b>	Количество КС в анамнезе на момент поступления на роды	Рубец на матке после иных оперативных вмешательств (например, миомэктомии) не должен учитываться и женщина не должна быть включена в данную группу
Не было	Все предыдущие родоразрешения были через естественные родовые пути	
Одно или более	В анамнезе как минимум одно родоразрешение было путем операции кесарева сечения независимо от отсутствия или наличия родов через естественные родовые пути	

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

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

**Таблица 2 (продолжение)**

**Определение основных характеристик, используемых в классификации Робсона**

<b>Акушерская характеристика</b>	<b>Определение</b>	<b>Примечание</b>
<b>Начало родов#</b>	С чего началось родоразрешение в данную беременность, независимо от того как изначально планировалось родоразрешить	Должно быть основано на анамнезе, физикальном осмотре и принятом специалистом решении на момент поступления на роды/родильное отделение
<b>Спонтанное</b>	Женщина находилась в спонтанно начавшихся родах до того момента как произошло родоразрешение	Первородящая или повторнородящая с запланированным (до начала родов) КС, поступившая со спонтанным началом родовой деятельности, относится к данной группе. Данная группа также включает женщин со спонтанным началом родовой деятельности у которых в последующем была проведена амниотомия и/или они получали окситоцин с целью родоусиления (ускорения)
<b>Индукцированные</b>	Без родовой деятельности на момент поступления и с последующей индукцией родов	Любые методы индукции родов, включая амниотомию, мизопростол, окситоцин, интрацервикальное введение катетера Фолея, ламинарий и др*. Женщины со спонтанным началом родов, получавшие окситоцин, а также амниотомией для коррекции аномалии родовой деятельности или стимуляции родов, не относятся к данной группе, однако должны быть классифицированы как «Спонтанное» начало родов
<b>КС до начала родовой деятельности</b>	Родовая деятельность отсутствовала на момент поступления и было	Случаи с применением индукции родов или спонтанным началом родов, родоразрешенные путем операции

	принято решение о родоразрешении путем КС (запланированное КС)	кесарева сечения в конечном итоге, не относятся к данной группе
<b>Количество плодов</b>	Количество плодов на момент поступления на родоразрешение	Включая антенатальную гибель плода, диагностированную после 22 недель гестации или с массой 500 гр
Одноплодная	Один плод	Двойни с потерей одного из плодов до 22 недель гестации или менее 500 гр необходимо классифицировать как одноплодную беременность
Многоплодная	Более одного плода	Включая случаи многоплодные беременности с антенатальной гибелью одного или нескольких плодов после 22 недель гестации или с массой 500 гр

Начало родов в типичной ситуации характеризуется появлением регулярных маточных сокращений – схваток с интервалом не менее 2 за 10 минут, которые приводят к сглаживанию шейки матки (на 50 – 80 % от исходной длины) и раскрытию маточного зева (на 2 см и более). Преждевременное излитие вод не является критерием начала родов.

\*в Российской Федерации в эту группу следует также относить женщин, которым проводили подготовку шейки матки к родам мифепростоном.

**Таблица 2 (продолжение)**

**Определение основных характеристик, используемых в классификации Робсона**

<b>Акушерская характеристика</b>	<b>Определение</b>	<b>Примечание</b>
<b>Срок гестации</b>	Гестационный срок на момент данного родоразрешения	Основано на наиболее достоверном определении (по менструальному циклу или УЗИ на раннем сроке беременности)
<b>Своевременные</b>	37 недель и более	
<b>Преждевременные</b>	Менее 37 недель	
<b>Положение и предлежание плода</b>	Окончательное положение плода/предлежание перед принятием решения о родоразрешении или началом родовой деятельности	Женщин с тазовым предлежанием плода и произведенным наружным поворотом на головку, родоразрешенных в головном предлежании, необходимо классифицировать как «головное» предлежание. Женщин с антенатальной гибелью плода в поперечном положении и проведенным внутренним поворотом перед рождением,



		необходимо классифицировать как «тазовое» предлежание.
Головное	Головка плода является предлежащей частью	Затылочное, лицевое, лобное, а также головное предлежание с выпадением ручки необходимо отнести в данную группу
Тазовое	Ягодицы плода или стопа или стопы являются предлежащей частью	Все виды тазового предлежания (чисто ягодичное, смешанное, ножное)
Поперечное или косое	Продольная ось плода перпендикулярна или в косом направлении относительно продольной оси матери	Предлежат плечи плода или руки или предлежащая часть не определяется

В некоторых группы классификации Робсона могут быть выделены подгруппы, которые помогут более детально проанализировать частоту и исходы абдоминального родоразрешения. Выделение этих подгрупп в первую очередь зависит от их размера и влияния, которое они оказывают на общие показатели. Интерпретация результатов в этих подгруппах должна проводиться только после оценки общих тенденций в 10 группах во избежание неправильного применения полученных данных.

В таблице 3 представлены наиболее часто анализируемые подгруппы.

**Таблица 3**

### **Классификация Робсона с подгруппами**

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

	одноплодной беременностью в головном предлежании, $\geq 37$ недель гестации
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, соответственно, с одноплодной беременностью, доношенным плодом в головном предлежании без спонтанного начала родовой деятельности (Таблица 3). Представленные группы включают 2 определенные и взаимоисключающие подгруппы, такие как:

#### 2а или 4а

Первородящие или повторнородящие женщины, соответственно, с индукцией родов (любые методы индукции, такие как мизопростол, окситоцин, амниотомия или интрацервикальное введение катетера Фолея 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 всегда будет составлять 100 %.

#### Подгруппы группы 5:

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

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

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

**3.4 Случаи с пропущенными переменными (не классифицируемые случаи)**

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

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

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

**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-й беременностью, 3-мя выкидышами в анамнезе (в 8, 12 и 14 недель), которая поступила в 38 недель гестации с родовой деятельностью, одним плодом в головном предлежании? Относится ли она к группе 1 или 3?

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

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

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

**4.** Как мне классифицировать женщину, поступившую для индукции родов в 41 неделю гестации, которая ранее была родоразрешена через естественные родовые пути? Мне бы хотелось классифицировать ее в группу 1, так как в моей стране мы называем таких женщин первородящими; мы используем слово «повторнородящая» только для женщин, у которых в анамнезе хотя бы 2 предыдущих родоразрешения.

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

### **Вопросы про начало родов.**

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

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

**2.** Я принял 41 летнюю повторнородящую женщину с ожирением (3 предыдущих родов через естественные родовые пути) в 40 недель гестации, с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода, со спонтанным развитием родовой деятельности, открытием маточного зева 4 см. У нее гестационный сахарный диабет, крупный плод и ей назначено плановое КС на следующий день. Ей следует быть в группе 3 или 4?

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

### **Вопросы про многоплодную беременность.**

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

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

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

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

**3.** 42 летней повторнородящей (2 предыдущих КС) диагностирована двойня в 10 недель. В 31 неделю она поступила из-за тяжелой преэклампсии и задержки роста плода, с обоими живыми плодами. На второй день произошла антенатальная гибель одного плода. Она незамедлительно была транспортирована в родильный блок для КС. Первый плод с антенатальной гибелью в тазовом предлежании. Живой плод в головном предлежании. Как мне классифицировать данную женщину: в группу 5.2, группу 7 или 8?

**Ответ:** данный случай относится к группе 8. Антенатальная гибель плода произошла после 22 недель (или при >500 гр массы плода), следовательно, данная беременность считается многоплодной. Она не относится к группе 5, 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 больнице в 2015 г; 60 из них родили двойни и 1 женщина тройню. Следовательно, общее количество моих новорожденных в 2015 г составило 3062. При решении создать таблицу записей классификации Робсона в моей больнице в 2015, общее количество родов должно быть 3000 или 3062?

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

#### **Вопросы про предлежание плода.**

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

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

2. Я принял женщину с 3 предыдущими родами через естественные родовые пути со спонтанным началом родов в 39 недель, 5 см открытия, с разрывом плодных оболочек и одним плодом в головном предлежании с ручкой рядом с головкой. Куда мне следует ее классифицировать в группу 3 или 9?

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

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

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

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

1. Первородящая поступила в 32 недели, с полным открытием маточного зева, 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, головным предлежанием плода. Группа 1 не для данной женщины, так как ее беременность не является доношенной (37 недель и более) и группа 9 только для женщин с поперечным или косым положением плода, что не соответствует описанному случаю.

2. Повторнородящая с 2 предыдущими КС поступила в 30 недель, с тяжелой 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 «все повторнородящие женщины с одноплодной беременностью в тазовом предлежании, включая тех с предыдущим КС». Она не относится к группе 5 или 10, так как плод

в тазовом предлежании, данные группы включают только головное предлежание плода.

**3.** Поступила первородящая женщина с анэнцефалией плода в 24 недели для индукции родов. Плод умер антенатально и в головном предлежании. Следует ли нам ее классифицировать по Робсону? Если мы ее классифицируем, следует ли отнести в группу 2 или 10?

**Ответ:** классификация Робсона не исключает плодов с антенатальной гибелью или пороками развития; следовательно, данная женщина должна быть включена в классификацию. Она относится к группе 10, которая включает всех женщин с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода, преждевременным родоразрешением. Наличие аномалии головы плода не влияет на факт головного предлежания. Группа 2 для доношенных, что не является данным случаем.

### Таблица отчета классификации Робсона

Чтобы максимально использовать в учреждении информацию, предоставляемую классификацией Робсона и иметь возможность сравнения с другими, данные лучше всего предоставлять в стандартизированной форме (Таблица отчета классификации Робсона)

Таблица отчета классификации Робсона включает 7 следующих столбцов (см приложение 1, табл. 4). Предполагается, что заполнение будет начато со столбцов 2 и 3 (общее количество КС и общее количество женщин в каждой из 10 групп) для последующего расчета процентов.

**Таблица 5**

Название учреждения:				Период:		
1	2	3	4	5	6	7
Группа	Кол-во КС в группе	Кол-во женщин в группе	Размер группы (%)	Частота КС в группе (%)	Абсолютный вклад группы в общую частоту КС (%)	Относительный вклад группы в общую частоту КС (%)
1						
2						
2a						
2b						
3						

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

**Не классифицируемые:** кол-во случаев и % (количество не классифицируемых женщин / (общее кол-во родоразрешенных женщин которые вошли в классификацию + не классифицируемые) x 100)

\*Общее количество и проценты из данных таблицы

1. размер группы (%) = (количество женщин в группе/общее количество родоразрешенных женщин)x100

2. частота КС в группе (%) = (количество КС в группе/общее количество женщин в группе)x100

3. абсолютный вклад (%) = (количество КС в группе/общее количество родоразрешенных женщин)x100

4. относительный вклад (%) = (количество КС в каждой группе/общее количество КС в учреждении)x100

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



## Список литературы

1. Поликарпов А.В., Александрова Г.А., Голубев Н.А., Тюрина Е.М. и др. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения. ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава Российской Федерации, 2018
2. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*. 2001;12(1):23-39.
3. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. *PLoS ONE*. 2011;6(1):e14566
4. Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gulmezoglu AM, Torloni MR. A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It. *PLoS One*. 2014;9(6):e97769.
5. Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017

### Состав рабочей группы

**Адамян Лейла Владимировна** – заместитель директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный акушер-гинеколог Минздрава России, академик РАН, профессор.

**Баев Олег Радомирович** – заведующий родильным отделением, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Департамента профессионального образования ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, д.м.н., профессор.

**Карапетян Анна Овиковна** – ассистент кафедры акушерства и гинекологии Департамента профессионального образования ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России.

**Филиппов Олег Семенович** – заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФППОВ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России.

**Яроцкая Екатерина Львовна** – заведующая отделом международного сотрудничества Департамента организации научной деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России.

Таблица отчета классификации Робсона

1	2	3	4	5	6	7
Название группы и/или номер и определение (с подгруппами для групп 2, 4 и 5, если они представляют интерес для пользователей)	Общее количество КС в каждой группе	Общее количество женщин родоразрешенных в каждой группе	Относительный размер группы к общему количеству женщин в популяции. Для каждой из 10 групп, в %	Частота КС в каждой группе. Для каждой из 10 групп, в %	Абсолютный вклад группы в общую частоту КС. Для каждой из 10 групп, в %	Относительный вклад каждой из 10 групп в общую частоту КС. Для каждой из 10 групп, в %