

РЕЗЕРВЫ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

М.Э.Суяркулова.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья.

Для цитирования: © Суяркулова М.Э.

РЕЗЕРВЫ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ЖКМП.-2023.-Т.2-№2.-С

Поступила: 17.05.2023

Одобрена: 18.05.2023

Принята к печати: 28.06.2023

Аннотация: Рост частоты кесарева сечения является серьезной проблемой общественного здравоохранения. На протяжении веков роды для женщины были процессом естественным и обыденным. За последние десятилетия в большинстве стран и в Узбекистане в целом наблюдается постепенное увеличение частоты родов с помощью кесарева сечения (КС). КС является одним из наиболее распространенных хирургических вмешательств в мире и рост частоты КС остается одной из серьезных проблем общественного здравоохранения и вызывает споры во всем мире из-за материнских и перинатальных рисков. Современное усовершенствование техники КС позволило повысить безопасность операции, благодаря чему частота выполнения ее резко возросла во всем мире. Операция КС стала настолько безопасной, что некоторые женщины выбирают родоразрешение путем плановой операции по собственному желанию или по совету специалиста без наличия показаний. Негативные последствия этого явления начинают оцениваться лишь в настоящее время. Наблюдается рост материнской заболеваемости и смертности, включая, в частности, риски, связанные с кровотечением, сепсисом, венозной тромбоэмболией и эмболией околоплодными водами. При последующих беременностях увеличивается риск предлежания и вращающихся плаценты, а также разрыва матки. Согласно результатам Глобального обзора ВОЗ по материнскому и перинатальному здоровью, повышение частоты КС ассоциируется с более высоким риском послеродового назначения антибиотиков, повышенными показателями заболеваемости плода и большим числом случаев пребывания роженицы и новорожденного в отделении интенсивной терапии.

Ключевые слова: кесарево сечение, частота кесарева сечения, шкала Робсона, материнская смертность, перинатальная смертность, показания к операции, факторы, увеличивающие частоту кесарева сечения.

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA KESARCHA KESISH AMALIYOTINI KAMAYTIRISH UCHUN ZAXIRALAR

М.Е.Суяркулова.

Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti.

Izoh: © Suyarkulova M.E.

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA KESARCHA KESISH AMALIYOTINI KAMAYTIRISH UCHUN ZAXIRALAR. KPTJ.-2023-T.2-№2-M

Qabul qilindi: 17.05.2023

Ko‘rib chiqildi: 18.05.2023

Nashrga tayyorlandi: 28.06.2023

Аннотация: Kesarcha kesish operatsiya bilan tug‘ilish tezligining oshishi sog‘liqni saqlashning asosiy muammosidir. Asrlar davomida tug‘ilish ayol uchun tabiiy va oddiy jarayon bo‘lib kelgan. Oxirgi o‘n yilliklar davomida aksariyat mamlakatlarda va umuman O‘zbekistonda kesarcha kesish (KK) yo‘li bilan tug‘ilishning bosqichma-bosqich o‘shishi kuzatilmoqda. KK dunyodagi eng keng tarqalgan jarrohlik aralashuvlardan biri bo‘lib, KK ortib borishi onalik va perinatal xavflar tufayli butun dunyo bo‘ylab asosiy sog‘liqni saqlash muammolari va bahs-munozaralaridan biri bo‘lib qolmoqda. KK texnikasining zamonaviy takomillashtirilishi operatsiya xavfsizligini oshirishga imkon berdi, buning natijasida butun dunyoda uning ishlash chastotasi keskin oshdi. KK jarrohligi shunchalik xavfsiz bo‘lib qoldiki, ba‘zi ayollar o‘zlari tanlagan yoki ko‘rsatmasiz mutaxassis maslahatiga ko‘ra tanlovli tug‘ilishni tanlashdi. Ushbu hodisaning salbiy oqibatlari faqat hozirgi vaqtda baholana boshlandi. Onalar kasallanishi va o‘lim darajasi, xususan, qon ketish, sepsis, venoz tromboemboliya va amniotik suyuqlik emboliyasi bilan bog‘liq xavflarning ortishi kuzatildi. Keyingi homiladorlik platsenta oldingi, platsenta akkreta va bachadon yorilishi xavfini oshiradi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkilotining onalik va perinatal salomatlik global sharhiga ko‘ra, KK amaliyoti ko‘payishi tug‘ruqdan keyingi antibiotiklarni buyurish xavfi, homila kasallanish darajasi va ona va bolani intensiv terapiya bo‘limida qolishi bilan bog‘liq.

Калит so‘zlar: kesarcha kesish, kesarcha kesish ko‘rsatkichi, Robson shkalasi, onalar o‘limi, perinatal o‘lim, jarrohlik ko‘rsatkichlari, kesarcha kesish ko‘rsatkichini oshiradigan omillar.

RESERVES FOR REDUCING CAESAREAN SECTION IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

М.Е.Суяркулова.

Fergana medical institute of public health.

For situation: © Suyarkulova M.E.

RESERVES FOR REDUCING CAESAREAN SECTION IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN. JCPM.-2023.T.2.№2.-A

Received: 17.05.2023

Revised: 18.05.2023

Accepted: 28.06.2023

Annotation: Increasing cesarean section is a serious public health issue. For centuries, childbirth has been a natural and mundane process for a woman. Over the past decades, in most countries and in Uzbekistan as a whole, there has been a gradual increase in the frequency of births by cesarean section (CS). CS is one of the most common surgical interventions in the world and the increasing incidence of CS remains one of the major public health problems and controversies around the world due to maternal and perinatal risks. The modern improvement of the CS technique has made it possible to increase the safety of the operation, due to which the frequency of its performance has increased dramatically throughout the world. CS surgery has become so safe that some women choose to have an elective delivery of their own choice or on the advice of a specialist without an indication. The negative consequences of this phenomenon are beginning to be assessed only at present. There has been an increase in maternal morbidity and mortality, including, in particular, the risks associated with bleeding, sepsis, venous thromboembolism, and amniotic fluid embolism. Subsequent pregnancies increase the risk of placenta previa, placenta accreta, and uterine rupture. According to the WHO Global Review of Maternal and Perinatal Health, an increased incidence of CS is associated with a higher risk of postpartum antibiotic prescription, higher rates of fetal morbidity, and more maternal and neonatal stays in the intensive care unit.

Keywords: cesarean section, cesarean section rate, Robson scale, maternal mortality, perinatal mortality, indications for surgery, factors that increase the cesarean section rate.

С помощью кесарева сечения на свет появляются 20 процентов всех младенцев, а если данная тенденция сохранится, то к 2030 году этот показатель увеличится до 30 процентов. В 2015 году ВОЗ объявила, что увеличение частоты КС более 10-15% не связано со снижением материнской и неонатальной смертности, и эта операция должна выполняться только по строгим медицинским показаниям. Частота КС не имеет тенденции к снижению и составляет, по данным разных авторов, от 11 до 40% и более в родовспомогательных учреждениях. В соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Узбекистан от 07.10.21 года за номером № 245 утверждено национальное клиническое руководство по внедрению классификации Робсона в акушерскую практику. На сегодняшний день основными показаниями для операции кесарева сечения (согласно **Национального клинического протокола № 273 от 30.11.21г**) являются следующие:

1. Неправильные положения и предлежания плода (поперечное/косое положение, лобное, задний вид лицевого предлежания, высокое прямое стояние стреловидного шва, заднетеменное вставление головки);
2. Предлежание плаценты (полное, неполное с кровотечением);
3. Прогрессирующая ПОНРП при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути;
4. Преэклампсия тяжелой степени, эклампсия, HELLP-синдром, ОЖГБ при беременности и в родах (при отсутствии условий для родоразрешения per vias naturales);
5. Предыдущие операции на матке: два и более КС в нижнематочном сегменте, корпоральное кесарево сечение, миомэктомия с проникновением в полость матки (при миомэктомии субмукозного узла и субсерозного на тонком основании показаний к КС нет), операции по поводу пороков развития матки в анамнезе;
6. Тазовое предлежание плода в случаях, когда имеют место: срок беременности менее 32 недель, сочетание с другими показаниями к КС, наличие рубца на матке после КС, ножное предлежание плода, переразгибание головки;
7. Многоплодная беременность при любом непра-

вильном положении одного из плодов, в том числе – тазовое предлежание первого плода; фето-фетальный трансфузионный синдром. *Если предлежание 1-го плода неголовное, то эффект планового кесарева сечения в улучшении исходов так же неизвестен, однако в данном случае необходимо плановое кесарево сечение.

8. Анатомические препятствия родам через естественные родовые пути (опухоль шейки матки, низкое (шеечное) расположение большого миоматозного узла, рубцовые деформации шейки матки и влагалища после пластических операций на мочеполовых органах, в том числе зашивание разрыва промежности III степени в предыдущих родах, мочеполовые и кишечно-половые свищи);

9. Соматические заболевания, требующие исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложненная миопия, трансплантированная почка и другие по рекомендациям смежных специалистов);

10. Неэффективность родостимуляции или индукции родов;

11. Некоторые формы материнской инфекции;

12. ВИЧ-инфекция при вирусной нагрузке перед родами > 1000 копий/мл, неизвестной вирусной нагрузке перед родами или неприменении противовирусной терапии во время беременности и/или непроведении антиретровирусной профилактики в родах.

13. Первичная генитальная вирусная инфекция простого герпеса, который проявился на третьем триместре беременности. *При гепатите С не требуется плановое кесарево сечение, т.к. риск передачи инфекции не снижается. *Женщины с рецидивирующим ВПГ должны быть информированы о недоказанном эффекте планового кесарева сечения в плане передачи новорожденному, и плановое кесарево сечение не требует рутинного применения.

14. Угрожающее/неубедительное состояние плода (острый фетальный дистресс);

15. Угрожающий, начавшийся или свершившийся разрыв матки;

16. Предлежание и выпадение петель пуповины;

17. Хориоамнионит при отсутствии возможности вагинальных родов;

18. Тазо-головная диспропорция, обструктивные роды; *Пельвиометрия не используется для принятия решения о способе родоразрешения.

19. Состояние агонии или внезапная смерть роженицы после 22 недель (в интересах матери: повышается эффективность сердечно-легочной реанимации).

В Узбекистане во многих родовспогательных стационарах (2,3 уровня) после предшествующей операции, в последующей беременности вновь прибегают к операции кесарева сечения, чем и увеличивают процент операции по отношению к родам через естественные родовые пути. Необходимо: -информировать женщин о потенциальных осложнениях КС в краткосрочной и долгосрочной перспективе, что нередко чревато серьезными последствиями для здоровья и жизни женщин и детей;

- обсудить с женщиной возможные сценарии родов;
- женщина должна принимать решения, основанные на достаточно полной информации;
- ВОЗ: при частом применении КС без медицинских показаний происходит отток ресурсов и это скажется на эффективности работы служб систем здравоохранения;
- проводить качественный анализ выполнения КС в учреждениях родовспоможения.

Частота КС у рожениц достигла «масштабов эпидемии»!

На сегодняшний день снижение числа КС – это очень сложная задача!

Пациент. Причины:

- Увеличение числа первородящих старше 30 лет в сочетании с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (бесплодие, реконструктивные операции на матке и придатках, миома матки, эндометриоз). У этих женщин также отмечаются различные экстрагенитальные заболевания. Беременность у них часто протекает с осложнениями (НМППК, ЗВУР, аномалии расположения плаценты, преэклампсия и т. д.).
- Внедрение в практику доплерометрии плода, где при наличии нарушения маточно-плацентрно-плодового кровотока 3 степени и «0» кровотока необходимо родоразрешение путем операции кесарева сечения в интересах плода.
- Расширение показаний для кесарева сечения при тяжелой преэклампсии, частые случаи неэффективности препаратов для индукции родов (простогландины Е 2 местного применения)
- Роды в тазовом предлежании, необоснованные показания к кесареву сечению родов в тазовом предлежании, неумение медицинского персонала

родильных комплексов ведению родов в тазовом предлежании и нежелание женщины рожать через естественные родовые пути в данном случае.

- Расширение показаний для кесарева сечения, выполняемого в интересах плода.
- Воздержание от наложения вакуум-экстрактора.
- Возрастание количества беременных с рубцом на матке и после применения вспомогательных репродуктивных технологий.

-страх перед схватками, болью; озабоченность будущей сексуальной жизнью, т.к. роды связаны с травматизмом (разрывы влагалища, промежности);

-уверенность в том, что роды при помощи КС безопасней;

Медработники. Причины:

-предпочитают проводить операцию КС из-за страха судебных исков, которые чаще поступают в случае естественных родов;

-предпочитают провести операцию кесарева сечения за 30 мин, нежели вести роды через естественные родовые пути в течении нескольких часов;

-получение быстрого результата (рождение ребенка) и высшей благодарности за операцию кесарева сечения, нежели за самостоятельные роды;

-молодые врачи с началом своей практической деятельности специализируются на операции кесарева сечения, т.к. при частых операциях, теряется навык работы с естественными родами.

Плюсы: рожать при помощи операции сводятся, прежде всего, к снижению риска осложнений для ребенка, к уменьшению нагрузки на мышцы тазового дна, возможность запланировать дату родов, снизить стрессовые состояния и страх перед родами.

Минусами: операции являются – поскольку операция полостная, возрастает вероятность кровопотери и возникновение воспалительного процесса, увеличивается время послеоперационной адаптации, осложняется контакт матери и ребенка (сложности с появлением молока, ранее прикладывание к груди, приём а/б препаратов может повлиять на кишечный тракт новорожденного и т.д.), существует вероятность рождения недоношенного или незрелого ребенка, что чаще всего по УЗИ данным срок был установлен не верно.

Последствия для новорожденного после КС.

-Объективных нежелательных последствий для младенца в случае операции нет. Однако надо учитывать, что доза наркоза, введенная матери, в некоторой степени коснется и малыша.

-Возможны осложнения в работе дыхательной системы – вначале ребенку могут подавать кислород искусственно.

-Существует также фактор «атмосферного удара», он заключается в резкой адаптации малыша к изменившемуся для него давлению при КС.

-Послеродовых последствий при анестезии во время родов меньше, чем при КС.

Нами проведено исследование в Ферганском областном перинатальном центре за период 2022 год.

Цель: - оценить частоту кесарева сечения в перинатальном центре Ферганской области по методике Робсона и определение возможностей снижения этого показателя;

- выявить группы, оказывающие наибольшее влияние на частоту кесарева сечения в перинатальном центре в 2022 г.

- проанализировать динамику общего числа кесаревых сечений в каждой группе (по 10-групповой клас-

сификации Робсона) и объяснить ее причины;

Проведено ретроспективное исследование 6916 родов за 2022 году в перинатальном центре Ферганской области, данные анализировались по 10-групповой шкале классификации Робсона. По принципу классификации каждый больной может входить только в одну определенную группу

Результаты: В перинатальном центре Ферганской области в 2022 году было 6 916 родов, из них в срок 5 294 (76,5 %), преждевременных родов 1 578 (22,8 %), переносенных 44 родов (0,6 %). За 2022 г. выполнено 2542 кесарева сечения, из них плановых 282 - 9,5%, срочных – 2260 - 90,5%.

Таблица должна заполняться еженедельно, что позволяет своевременно исправлять случаи с отсутствующими данными, а затем составлять месячную и годовую сводку.

Группа	Кесарево сечение в группе	Количество женщин в группе	Объем группы (%)	Частота кесарева сечения в каждой группе (%)	Абсолютный вклад групп в общую частоту КК в %	Относительный вклад групп в общую частоту КК в %
1.	118	1162	16.8	10.2	1.7	4.6
2.	136	296	4.3	45.9	1.97	5.4
3.	232	1701	24.6	13.6	3.4	9.1
4.	182	488	7.1	37.3	2.6	7.2
5.	1081	1120	16.2	96.5	15.6	42.5
6.	144	193	2.8	74.6	2.1	5.7
7.	108	111	1.6	97.3	1.6	4.2
8.	92	261	3.8	35.2	1.3	3.6
9.	25	40	0.3	62.5	0.36	0.9
10.	424	1544	22.3	27.5	6.1	16.7
Всего	2542	6916	100 %	∞	36.73	100 %

Резюме: Резерв 1. Увеличение частоты кесарева сечения при преждевременных родах не снижает перинатальную смертность.

2-й резерв. 15-20% женщин с единственным рубцом на матке могут родить естественным путем, при наличии УЗИ критериев состоятельности рубца на матке.

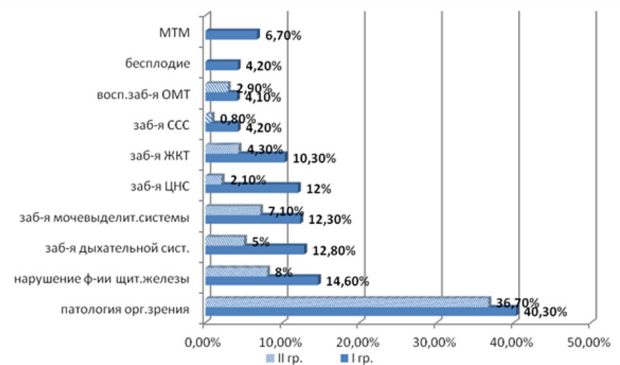
3-й резерв. При тазовом предлежании плода и нормальных размерах таза и при предполагаемой массе плода до 3600,0 беременные женщины могут родить естественным путем.

4-й резерв. Частоту можно снизить путем профилактики экстрагенитальных заболеваний, преэклампсии во время беременности и др.

Кроме того нами были изучены медико-биологические факторы, влияющие на частоту операции кесарево сечение. Объектом исследования явились женщины, родившие путем операции кесарево сечение, которые составили основную (I группа) группу исследования (n=750), и женщины, родившие через естественные родовые пути, которые составили группу сравнения (II группа) (n=130) в период с 2022 и 6 мес 2023 гг. Исходный материал был собран путем копирования данных из историй родов, родоразрешенных путем операции кесарева сечения и через естественные родовые пути. В соответствии с программой исследования нами была разработана карта изучения, которая включала в себя 30 вопросов и отражала медико-биологические факторы, влияющие на частоту кесарева сечения.

Результаты. Возраст женщин варьировал от 23 до 41 лет в основной группе и от 19 до 36 лет в контрольной группе. Частота соматической патологии в основной группе была достоверно выше таковой у женщин, входивших в группу сравнения (77,5% и 68,7% соответственно). У пациенток I группы по сравнению со II группой чаще наблюдались патология органов зрения (20,3% и 10,7% соответственно), нарушение функции щитовидной железы (14,5% и 8% соответственно), заболевания дыхательной (12,5% и 5% соответственно), мочевого выделительной (12,3% и 7,1% соответственно), центральной нервной (12% и 2,1% соответственно, $p < 0,05$), желудочно-кишечной (10,3% и 4,3% соответственно), сердечно-сосудистой систем (4,2% и 0,8% соответственно).

Из гинекологических заболеваний в I группе по сравнению со II группой чаще наблюдались воспалительные заболевания органов малого таза (4,1% и 1,9% соответственно). Также в I группе 4,2% женщин страдали бесплодием различного генеза и у 4% была миома матки.



Изучение акушерско-гинекологического анамнеза показало, что в I группе по сравнению со II группой чаще встречались медицинские аборт (17,9% и 10,5% соответственно), самопроизвольные выкидыши (9,3% и 5,1% соответственно), неразвивающиеся беременности (5,3% и 2,5% соответственно), эктопические беременности (1,9% и 1,0% соответственно)

Отягощенность акушерско-гинекологического анамнеза

Вид	I группа	II группа
Медицинский аборт	17,9%	10,5%
Неразвивающаяся беременность	5,3%	2,5%
Самопроизвольный выкидыш	9,3%	5,1%
Эктопическая беременность	1,9%	1,0%

Число первородящих составляло 58,1% в основной группе и 59% в группе сравнения. Доля первородящих в возрасте старше 30 лет больше в I группе и составляет 13,1%. В 3% случаев это явилось показанием для проведения кесарева сечения.

В основной группе среди повторнородящих 24,1% женщин имели одно кесарево сечение и 3,2% — два и более кесарева сечения в анамнезе. В основной группе показаниями для завершения родов путем операции кесарева сечения явились: наличие рубца на матке после операции кесарево сечение - 40%, при этом в 90% случаев по результатам УЗИ

и доплера рубец был состоятельным, тазово-головная диспропорция (клинически узкий таз) – 9,5%, прочие причины – 8,1 % (ОАА, перинатальная смертность в анамнезе, бесплодие в анамнезе, беременность после ВРТ, возрастная первородящая и др.), тазовое предлежание плода – 7,4%, тяжелая преэклампсия – 6,6%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 6,2%, аномалии родовой деятельности с отсутствием эффекта от консервативной терапии – 5,0%, неубедительное состояние плода – 4,2%, миопия или состояния после коррекции зрения – 3,3%.

Выводы. В результате проведенного исследования можно сделать вывод о том, что на частоту кесарева сечения оказывают влияние медико-биологические факторы. Среди женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, выше частота соматической патологии, гинекологических заболеваний, анамнез характеризуется наличием самопроизвольных выкидышей, неразвивающихся беременностей и прерываний беременности по медицинским показаниям. Наблюдается высокий процент первородящих, что в дальнейшем может послужить показанием для повторной операции.

Рекомендации. Работу по снижению частоты кесарева сечения необходимо начинать с первых недель беременности, а у некоторого контингента женщин фертильного возраста — еще в предгравидарном периоде. Эта работа должна проводиться в первичных звеньях антенатального ухода и включает в себя такие мероприятия, как:

-предгравидарная подготовка (выявление первичных экстрагенитальных заболеваний, которые часто приводят к развитию акушерских осложнений течения беременности и родов и обуславливают необходимость абдоминального способа родоразрешения; оценка состоятельности рубца на матке, если анамнез отягощен оперативным родоразрешением или миомэктомией);

-ранняя постановка на учет, грамотное и внимательное ведение беременности врачом женской консультации с учетом индивидуальных особенностей пациентки совместно со смежными специалистами с целью ранней диагностики, лечения и профилактики экстрагенитальных заболеваний;

-своевременная диагностика и адекватная терапия осложнений беременности;

-проведение специалистами психопрофилактической подготовки, особенно среди первородящих женщин, женщин старше 30 лет, женщин с рубцом на матке, женщин с отягощенным акушерским анамнезом;

-диспансерное наблюдение за родильницами после кесарева сечения;

-внедрение в технологию организации информационной взаимосвязи, в том числе обратной связи (интеграции) «Аёллар маслахатхонаси» и стационаров родильного дома, семейной поликлиники.

Заключение. Исходя из полученных данных, можно наметить основные пути снижения количества КС в данном родовспомогательном учреждении: 1. Индукцию родов при беременности высокого риска проводить по строгим медицинским показаниям, а при беременности низкого риска и тенденции к перенашиванию в сроке 41 недели и оптимальной готовности шейки матки к родам, что позволяет максимально избежать аномалий родовой деятельности как основной причины КС. Использовать все современные методы индукции родов что позволит исключить такое изолированное показание к плановому КС, как отсутствие биологической готовности к родам.

2. При заболеваниях органа зрения и рекомендации офтальмолога об исключении потужного периода предоставлять информацию беременной о возможности более бережного ведения второго периода родов в вертикальной позиции. Проводить подготовку персонала к ведению альтернативных родов.

3. Проводить тренинги по обучению врачей акушеров-гинекологов по ведению родов в тазовом предлежании. Принимать коллегиальное решение о плановом КС у каждой конкретной пациентки с тазовым предлежанием плода, рассматривать вопрос о возможности наружного поворота плода на головку.

4. У повторнородящих с рубцом на матке и при отсутствии показаний для повторного КС проводить тщательную оценку акушерской ситуации при доношенной беременности и расширять показания для родов через естественные родовые пути.

5. Проводить психопрофилактическую подготовку беременных с тазовым предлежанием, рубцом на матке, миопией высокой степени и другими заболеваниями органа зрения при диспансерном наблюдении в женской консультации для понимания

естественных родов у данной категории пациенток. В.Е. Радзинский называет факторы, благоприятствующие родам через естественные родовые пути: гладкое течение беременности, расположение плаценты на задней стенке матки, УЗИ-подтверждение состоятельности рубца на матке, низкая степень перинатального риска. Используя этот алгоритм, в Ферганском перинатальном центре из года в год увеличивается % родов у женщин с рубцом на матке. В 2017 г. у 6%, 2018 г – у 7,8%, 2019 г-8,2%, 2020г –у 7,4%, 2021 г -9,6% и в 2023 г- у 11,3% и за 6 мес 2023г – у 12,3% женщин с рубцом на матке проведены вагинальные роды без серьезных материнских и перинеонатальных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Указ Президента Республики Узбекистан № УП-60 от 28 января 2022 года «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022–2026 годы».
2. Указ Президента Республики Узбекистан № УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан».
3. Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-216 от 25 апреля 2022 года «Об усилении охраны материнства и детства в 2022–2026 годах».
4. Приказ Министра здравоохранения Республики Узбекистан от 07.10.21 года за номером № 245 «Об утверждении национального клинического руководства по внедрению классификации Робсона в акушерскую практику».
5. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gulmezoglu A M, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. PLoSONE. 2016; 11(2): e0148343.
6. Национальное клиническое руководство «По родоразрешению путём операции кесарево сечение» за № 273 от 30.11 21 г.
7. Кесарево сечение должно выполняться только при наличии медицинских показаний. Всемирная организация здравоохранения (10 апреля 2015 г.) [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/ru>.
8. Souter V, Jodie K, Chien A. The Robson Classification: Monitoring and Comparing Cesarean Delivery Rates. *Obstetrics & Gynecology*. 2016; 127:131S.
9. Boatin AA, Cullinane F, Torloni MR, Betr AP. Audit and feedback using the Robson classification to reduce caesarean section rates: a systematic review. Department

of Obstetrics and Gynecology, Massachusetts General Hospital, Harvard. *BJOG*. 2018; 125: 36-42.

10. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betrán AP. Association between rates of cesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG*. 2015 Aug 24.
11. Nakamura Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves Pereira AP, Soares Madeira Domingues RM, Alves Torres J, Bastos Dias MA, Moreira ME. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of the source of payment for childbirth. *Reproductive Health*. 2016; 13(Suppl 3): 128.
12. Доклад по целям развития тысячелетия. Узбекистан 2015 / под общ. ред. Г. Саидовой. – Ташкент: Центр экономических исследований, 2015. – 100 с.
13. О мерах по реализации национальных целей и задач в области устойчивого развития на период до 2030 года . Узбекистан / ПКМ № 841 от 20 октября 2018 года. <http://lex.uz/docs/4013358>
14. Национальные цели и задачи в области устойчивого развития Республики Узбекистан. Р. 36. https://uzbekistan.un.org/sites/default/files/2021-01/un_doc_uzb_National_SDG_3lang_0.pdf.
15. «О внедрении конфиденциального исследования случаев материнской смертности в лечебнопрофилактических учреждениях системы Министерства здравоохранения» / Приказ МЗ РУз № 243 от 4 августа 2009 г. 24. «О мероприятиях по снижению смертности беременных, рожениц и родильниц в Республике Узбекистан» / Приказ МЗ РУз № 283 от 3.10.2012 г.
16. Tanaka K, Mahomed K. The Ten Group Robson Classification: A single center approach identifying strategies to optimize cesarean section rates. *Obstetrics and Gynecology International Volume*. 2017; Article ID 5648938: 5 p.
17. Radzinsky VE. *Obstetric aggression*. V. 2. М., 2017. 871 p. Russian (Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. V. 2. М., 2017. 871).
18. Boatin AA, Cullinane F, Torloni MR, Betr AP. Audit and feedback using the Robson classification to reduce cesarean section rates: a systematic review. Department of Obstetrics and Gynecology, Massachusetts General Hospital, Harvard. *BJOG*. 2018; 125: 36 42.

19. Рудзевич А.Ю., Кукарская И.И., Фильгус Т.А. Оценка частоты кесарева сечения по классификации Робсона //Современные проблемы науки и образования. 2017. № 6. URL: <http://science.education.ru/ru/article/view?id=27171>
20. Pelvic presentation of the fetus (management of pregnancy and childbirth): Federal clinical guidelines. 2017. Russian (Тазовое предлежание плода (ведение беременности и родов): Федеральные клинические рекомендации. 2017.)
21. 5. Lundgren I., Smith V., Nilsson C. Clinician-centred interventions to increase vaginal birth after caesarean section (VBAC): a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2015; 15: 16.
22. . Lagrew L.C., Low L.K., Brenan R., Mauren P. National Partnership for Maternal Safety: Consensus Bundle on Safe Reduction of Primary Cesarean Births – Supporting Intended Vaginal Births. Obstet. Gynecol. 2018; 131 (3): 503–513.
23. Nilsson C., van Limbeek E., Vehvilainen-Julkunen K. Vaginal birth after cesarean. Qualitative Health Res. 2017; 27: 3
24. Munro S., Kornelsen J., Corbett K. Do women have a choice? Care providers and decision makers. Perspectives on barriers to access of health services for birth after a previous cesarean. Birth. 2017; 44 (2): 153–160.
25. Boatin A., Schlotheuber A., Betran A.P. Within country inequalities in cesarean section rates: observational study of 72 low and middle income countries. Obstet. Gynecol. Surv. 2018; 73 (6): 333–334.
26. Landon M.B., Berghella V., Barss V.A. Uterine rupture after previous cesarean delivery. URL: <http://www.uptodate.com/contents/uterine-rupture-after-previous-cesarean-delivery/abstract/3> (дата обращения: 25.06.2018).
27. Fagerberg M.C., Marsal K., Kallen K. Predicting the chance of vaginal delivery after one cesarean section: validation and elaboration of a published prediction model. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2015; 188: 88–94.
28. Tessmer-Tuck J.A., El-Nashar S.A., Racek A.R., Lohse C.M. Predicting vaginal birth after cesarean section: a cohort study. Gynecol. Obstet. Invest. 2014; 77 (2): 121–126.
29. Hehir M.P., Rouse D.J., Miller R., Ananth C.V. cObstet. Gynecol. 2018; 131: 514–522.
30. Lebedenko E.Yu., Beshpalaya A.V., Feoktistova T.E., Rymashevskiy M.A. Analysis of global trends in cesarean section rates using the Robson classification. Medical Herald of the South of Russia. 2021; 12(2):16-21. (In Russ.) <https://doi.org/10.21886/2219-8075-2021-12-2-16-21>

Информация об авторах:

© СУЯРКУЛОВА М.Э. - Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан.

Муаллиф ҳақида маълумот:

© SUYARKULOVA M.E.- Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti, O'zbekiston.

Information about the authors:

© SUYARKULOVA M.E.- Fergana medical institute of public health, Uzbekistan.