

ДУНЁДА КЕСАРЧА КЕСИШ ОПЕРАЦИЯЛАРИ ЧАСТОТАСИНING ЎСИШ САБАБЛАРИ ВА УНИ КАМАЙТИРИШ ИСТИҚБОЛЛАРИ



Атаева Фарзона Нуриддиновна

Самарқанд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ПРИЧИНЫ РОСТА ЧАСТОТЫ ОПЕРАЦИЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В МИРЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЁ СНИЖЕНИЯ

Атаева Фарзона Нуриддиновна

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

CAUSES OF THE RISING FREQUENCY OF CESAREAN SECTION WORLDWIDE AND PROSPECTS FOR ITS REDUCTION

Atayeva Farzona Nuriddinova

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мазкур адабиётлар шарҳида дунё миқёсида кесарча кесиш операциялари частотасининг тарихий ўзгариши, унинг жадал ўсиши сабаблари ва ушбу кўрсаткични хавфсиз камайитириш йўллари таҳлил қилинган. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) томонидан тавсия этилган 10–15% чегара ҳозирги ижтимоий-иқтисодий шароитларга мос келмаслиги, глобал частотанинг 1990-йиллардаги 7–8% дан 2020 йилда 21,1% гача ошгани ва 2030 йилга бориб 28,5% ни ташкил этиши прогноз қилинаётгани кўрсатиб ўтилган. Частота ва оналар ҳамда перинатал ўлим ўртасидаги боғлиқлик кўп жиҳатдан тиббий эмас, балки ижтимоий-иқтисодий омиллар билан белгиланиши таъкидланади. Ўсишнинг асосий сабаблари сифатида тиббий кўрсатмасиз, аёлнинг хоҳишига кўра ўтказилаётган операциялар, туғувчиларнинг ёши ортиши, семизлик, гестацион диабет ва йирик ҳомила, шунингдек бачадонида чандиги бор аёллар улушининг кўпайиши келтирилган. Камайитириш йўллари сифатида клиник ва клиник бўлмаган ёндашувлар - Робсон таснифидан фойдаланиш, туғруқ индукциясидан оқилон фойдаланиш, интранатал ультратовуш ва ҳомила ҳолатини «ақлли» электрон мониторинг қилиш технологиялари муҳокама қилинади. Хулоса қилинадик, частотани хавфсиз камайитириш фақат комплекс, кўп қиррали ёндашув асосида мумкин.

Калим сўзлар: кесарча кесиш, операция частотаси, оналар ўлими, перинатал ўлим, Робсон таснифи, туғруқ индукцияси.

Abstract. This literature review analyses the historical dynamics of the cesarean section rate worldwide, the causes of its intensive growth and the ways to safely reduce this indicator. It is shown that the 10–15% range recommended by the World Health Organization (WHO) no longer corresponds to current socioeconomic conditions: the global rate increased from 7–8% in the 1990s to 21.1% in 2020 and is projected to reach 28.5% by 2030. It is emphasised that the relationship between the cesarean section rate and maternal and perinatal mortality is determined predominantly by socioeconomic rather than medical factors. The main drivers of the growth are cesarean deliveries performed on maternal request without medical indications, the rising age of parturients, obesity, gestational diabetes and fetal macrosomia, as well as the increasing proportion of women with a uterine scar. Clinical and non-clinical approaches are discussed as ways to reduce the rate, including the use of the Robson classification, the rational use of labour induction, intrapartum ultrasound and smart electronic fetal monitoring systems. It is concluded that a safe reduction of the rate is possible only through a comprehensive, multifaceted approach.

Keywords: cesarean section, operation rate, maternal mortality, perinatal mortality, Robson classification, labour induction.

Кириш. Замонавий дунё ривожланишининг характерли хусусиятларидан бири - кўплаб мамлакатларда туғилишнинг пасайиши бўлиб, бу

демографик вазиятнинг ёмонлашишига олиб келмоқда [2]. Бундай шароитда оналар ва перинатал ўлимни камайитириш соғлиқни сақлаш

тизимининг устувор вазифаларидан бирига айланади [4]. Кесарча кесиш пайдо бўлган давридан то ҳозирги кунгача «ҳаётни сақлаб қолиш операцияси» бўлиб келмоқда, шу боис унинг частотаси оналар ва перинатал ўлим кўрсаткичлари билан бир қаторда акушерлик хизматининг ҳамда аҳолига малакали тиббий ёрдам кўрсатиш даражасининг муҳим индикаторларидан бири ҳисобланади.

XIX аср охиригача кесарча кесиш бачадон деворининг яхлитлигини тикламасдан, оғриқсизлантиришсиз ва асептика қоидаларига риоя қилинмаган ҳолда бажарилган; ўлим даражаси 100% га яқин бўлгани сабабли бу операция камдан-кам ўтказилган. XX асрнинг 70-йилларидан бошлаб тиббий технологияларнинг ривожланиши билан операция ичи ва операциядан кейинги асоратлар камайган, кўрсатмалар доираси кенгайган ва операция частотаси орта бошлаган. Дастлабки босқичларда кесарча кесиш частотасининг ортиши оналар ва перинатал ўлимнинг камайиши билан бирга кечган. Аммо 1980-йилларнинг бошларидаёқ саноати ривожланган мамлакатларда частотанинг жадал ўсиши билан перинатал ўлимнинг кейинги камайиши ўртасидаги боғлиқлик узилди. Бунинг устига, аввал кесарча кесиш ўтказилган ва бачадонида чандиғи бор аёллар улушининг ортиши тақрорий операциялар сонининг кўпайишига янги туртки бўлди.

Кесарча кесиш ўсишини тўхтатишга биринчи жиддий уриниш АҚШда аввалги операциядан сўнг бачадонида чандиғи бор аёлларда табиий туғруқ йўллари орқали туғрукни (вагинал туғрукни) оммалаштириш орқали амалга оширилди, аммо бу ёндашув ўта сезиларсиз ва қисқа муддатли таъсир кўрсатди. Кейинги ўн йилликларда операция частотасини барқарорлаштиришга қаратилган турли клиник ва ташкилий чоралар синаб кўрилди, бироқ уларнинг аксарияти қутилган натижани бермади. Бу ҳолат кесарча кесиш частотасининг ўсиши мураккаб, кўп омилли жараён экани ва уни бошқариш учун муаммонинг ҳам тиббий, ҳам ижтимоий-иқтисодий илдизларини биргаликда ҳисобга олиш зарурлигини кўрсатади.

1985 йилда Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) мутахассислари кесарча кесиш ҳамда оналар ва перинатал ўлим частотаси тенденцияларини таҳлил қилиш асосида, аҳоли даражасида 10% дан юқори частота ўлимнинг кўшимча камайиши билан кузатилмаслиги ҳақида хулосага келишди ва юқори чегара 15% этиб белгиланди; 2015 йилда бу чегара ЖССТ томонидан яна тасдиқланди. Шу билан бирга, ЖССТга аъзо 194 мамлакат маълумотлари асосида ўтказилган таҳлил тавсия этилган 10–15% даража етарли эмаслигини ва оналар ҳамда

перинатал ўлим частотасининг камайиши тахминан 19% даражасига тўғри келишини кўрсатди [25]. ЖССТ тавсияларига қарамасдан, частотанинг ўсиши давом этмоқда: агар 1990-йилларда ўртача глобал частота 7–8% ни ташкил этган бўлса, 2000 йилда у 12,0% ни, 2015 йилда 15,5% ни, 2020 йилда эса 21,1% ни ташкил этди [12]. Ўртача частота йилига тахминан 1% га ошиб бормоқда ва прогнозларга кўра 2030 йилда 28,5% га етади, яъни дунёда ҳар учтадан-тўрттадан бир бола абдоминал йўл орқали туғилади. Айни пайтда кесарча кесиш, айниқса юқори малакали тиббий ёрдам етишмайдиган ҳудудларда, жиддий, жумладан қайтарилмас асоратлар, ногиронлик ёки ўлим сабаби бўлиши ҳам мумкин.

Юқори частотанинг салбий жиҳатлари фақат бевосита жарроҳлик хавфи билан чекланмайди. Абдоминал туғруқ оналик ва перинатал касалланиш, болалар учун узоқ муддатли натижалар, шунингдек оила ва жамиятнинг психологик ҳамда ижтимоий фаровонлиги каби кўплаб кўрсаткичларга таъсир кўрсатади, аммо бу таъсирларнинг аксарияти ҳанузгача етарлича ўрганилмаган. Шу боис муаммони фақат частота рақамини камайтириш нуқтаи назаридан эмас, балки она ва бола саломатлигининг узоқ муддатли натижалари контекстида кўриб чиқиш мақсадга мувофиқдир. Ушбу шарҳда дунё миқёсида частота ўзгаришининг тарихий динамикаси, унинг ўсиш сабаблари ва ушбу кўрсаткични хавфсиз камайтиришнинг замонавий йўллари таҳлил этилади.

Кесарча кесиш частотасининг ўзгарувчанлиги. Дунё бўйича ўртача частота умумий тенденцияни акс эттиради, аммо унинг ўсиш сабабларини таҳлил қилиш ва барқарорлаштириш йўллари аниқлаш имконини бермайди. Иқтисодиёти энг ривожланган, дастлаб частотаси юқори бўлган мамлакатларда ўсиш давом этмоқда, бироқ бу оналар ва перинатал ўлим кўрсаткичларига деярли таъсир қилмайди. Аксинча, иқтисодиёти кам ривожланган, дастлабки даражаси паст бўлган мамлакатлар оналар ва перинатал ўлимнинг сезиларли камайишини намойиш этмоқда [37]. Демак, бу кўрсаткичлар ўртасидаги боғлиқлик кўп жиҳатдан тиббий эмас, балки ижтимоий-иқтисодий шароитлар билан белгиланади.

ЖССТга аъзо 132 мамлакат маълумотларини ўрганишда ўлик туғилиш даражаси энг паст бўлган мамлакатлар (1000 туғруққа 2–4) юқори сифатли пренатал кузатув ва неонатал ёрдам тизимларига эга экани аниқланган; шу билан бирга уларда кесарча кесиш частотаси юқори бўлиб, ЖССТ тавсия этган чегараларга жавоб бермаган [11].

Операцияни бажариш учун энг кулай шарт-шароитлар даромади юкори, иктисодиёти ривожланган мамлакатларда мавжуд бўлиб, уларда частота даромади энг кам мамлакатларга нисбатан беш баравар юкори [14]. Айни пайтда абдоминал туғруқ частотасининг сезиларли ўзгарувчанлиги ҳатто бир давлат ичида, турли вилоятлар ва тиббиёт муассасаларида ҳам кузатилиши мумкин. Сўнгги йилларда энг юкори даража Мексика (58,6%), Доминикан Республикаси (58,1%), Туркия (57,2%) ва Жанубий Кореяда (50,6%); энг паст даража эса Чад ва Нигерия (1,4% дан), Эфиопия ва Мадагаскар (1,9% дан), Гамбия ва Мали (2,0% дан) да қайд этилган.

А. Alipour ва ҳаммуаллифлар (2022) тадқиқотида кесарча кесиш ва неонатал ўлим частотаси ўртасидаги боғлиқлик дунёнинг географик минтақаларига қараб ўрганилган [8]. Африка, Европа, Жануби-Шарқий Осиё ва Тинч океанининг ғарбий қисмида тескари боғлиқлик, Америкада эса тўғридан-тўғри боғлиқлик аниқланган; Шарқий Ўрта ер денгизи минтақасида корреляция кузатилмаган. Муаллифлар бу боғлиқликка фертилик кўрсаткичлари, аёлларнинг биринчи туғруқ пайтидаги ёши, саломатлик даражаси, умр кўриш давомийлиги ва турмуш даражаси каби кўплаб ижтимоий-иқтисодий омиллар таъсир қилиши хулосасига келишган. Ғарбий Европа мамлакатларида ҳам фарқлар катта: абдоминал туғруқ частотаси Германияда 30,2% ва Швейцарияда 31,9% ни, Бельгияда 20,3% ва Францияда 20,5% ни ташкил этади; Нидерландия ва Норвегияда эса у икки баравар пастроқ (мос равишда 15,2% ва 15,8%).

Россия Федерациясида кесарча кесиш даражаси 2022 йилда 31,2% га етди; сўнгги ўн йил ичида йиллик ўсиш ўртача 0,7% ни ташкил этди (2012 йилдаги 24% дан). Ўзбекистонда операциялар частотаси сўнгги ўн йилда қарийб икки баравар ошди: агар 2015 йилда кўрсаткич 13,4% ни ташкил этган бўлса, 2025 йил бошида у 26–27% га яқин даражада қайд этилди [10].

Кесарча кесишнинг оптимал частотасини аниқлашда операцияни бажариш учун зарур шарт-шароитларнинг мавжудлиги ва уни хавфсиз амалга ошириш имконияти ҳисобга олинishi лозим. Жаҳон банки таснифига кўра даромади ўртадан юкори ва юкори бўлган мамлакатларда сифатли жарроҳлик ҳамда анестезиологик ёрдам мавжудлиги сабабли операция нисбатан хавфсиз кечади; аксинча, ресурслари чекланган ҳудудларда ҳам ортиқча, ҳам етарлича бажарилмаган операциялар она ва бола учун жиддий хавф туғдиради. Демак, глобал «мақбул частота» тушунчаси универсал бўла олмайди ва ҳар бир мамлакат ёки минтақанинг реал имкониятлари, аҳоли таркиби

ҳамда тиббий инфратузилма даражасини инобатга олган ҳолда белгиланиши зарур. Айнан шу сабабли турли давлатлардаги кўрсаткичларни бевосита таққослаш кўпинча нотўғри хулосаларга олиб келади ва улар доимо контекст билан биргаликда таҳлил қилиниши керак.

Ўсишнинг асосий сабаблари. Сўнгги йилларда частота ўсишининг омилларидан бири - кўпгина мамлакатларда тиббий кўрсатма бўйича эмас, балки аввало аёлнинг истак-хоҳиши бўйича ўтказилаётган операциялардир [13]. ЖССТ частотани белгилайдиган нотиббий омилларнинг бешта гуруҳини ажратади: аёллар ва уларнинг оилалари афзалликлари; тиббиёт мутахассисларининг фикр ва эътиқодлари; қулайлик; соғлиқни сақлашни ташкил этиш хусусиятлари; ҳамда молиялаштириш тизими. Кесарча кесишни афзал кўрадиган аёллар кўпинча табиий туғруқдан кўркиш, туғруқ пайтида асоратлар юзага келганда ёрдам ўз вақтида кўрсатилмаслиги хавфи ёки операциянинг ўз афзалликлари борлиги ҳақидаги тасаввурдан келиб чиқади [17]. Одатда булар катта ёш гуруҳидаги биринчи марта туғувчилар ёки аввалги туғруқнинг ноҳуш тажрибасига эга қайта туғувчи аёллардир; баъзан бу танлов режалаштирилган операциянинг бошқариладиган ва прогноз қилинадиган жараён экани сабабли тиббиёт ходимлари томонидан ҳам қўллаб-қувватланади.

Демографик жиҳатдан аёлнинг репродуктив даври 15 ёшдан 44 (49) ёшгача бўлган даврни қамраб олади, биринчи туғруқ учун оптимал давр эса 20–25 ёш ҳисобланади. Замонавий дунёда, айниқса ривожланган мамлакатларда, бола туғишни кейинроққа сурувчи яққол тенденция кузатилмоқда: XX аср бошидан буён ҳар бир янги авлодда биринчи марта туғувчилар ёши аввалгига нисбатан тахминан беш ёшга ошган. Бу ижтимоий-демографик силжиш акушерлик амалиётига бевосита таъсир кўрсатади, зеро туғувчиларнинг ёши ортиши билан ҳомиладорлик асоратлари ва кесарча кесиш эҳтимоли ҳам ортиб боради.

Ўсишнинг яна бир муҳим омили - туғувчиларнинг ёши ортиши. Замонавий дунёда бола туғишни кейинга қолдириш тенденцияси, айниқса ривожланган мамлакатларда, сезиларли даражада кузатилмоқда: биринчи марта туғувчиларнинг ўртача ёши ҳозирда 29 ёшни ташкил этади, йирик шаҳарларда эса 30 ёш бўсағасидан ошган [35]. 30 ёшгача бўлган гуруҳга нисбатан ҳомиладорликни кесарча кесиш билан якунлаш хавфи 30–34 ёшда биринчи ва қайта туғувчиларда мос равишда 1,5 ва 1,4 баравар, 35–39 ёшда 2,4 ва 1,9 баравар, 40 ёш ва ундан катта ёшда эса 3,6 ва 2,4 баравар юкоридир [30]. Ёш ортиши билан бирга ортиқча вазн ва семизлик, гестацион қандли диабет ҳамда гипертензив бузилишлар кузатилган аёллар сони кўпаймоқда, бу ҳомиладорлик асоратларининг ортишига ва табиий равишда операция частотаси-

нинг ошишига олиб келади [20]. Кеч ёш, семизлик ва диабет билан боғлиқ яна бир ўсиб боровчи муаммо - ҳомила ҳажми ва вазнининг ошишидир [23]: йирик ҳомилада туғруқ фаолияти аномалиялари, ҳомила бошчаси ва она чаноғи ўлчамлари ўртасидаги номутаносиблик ҳамда гипоксиянинг ривожланиши бу гуруҳда операциянинг юқори хавфини белгилайди.

Юқорида санаб ўтилган омилларнинг патофизиологик механизми ўзаро боғлиқдир. Ортиқча вазн ва семизлик, гестацион қандли диабет ҳамда гипертензив бузилишлар нафақат ҳомиладорлик кечишини оғирлаштиради, балки ҳомиланинг ортиқча ўсишига ҳам замин яратади. Йирик ҳомилада туғруқ фаолияти аномалиялари, ҳомила бошчаси ва она чаноғи ўлчамлари ўртасидаги номутаносиблик ҳамда гипоксия хавфи ортади, бу эса ўз навбатида шошилишч операцияларга кўрсатмаларни кўпайтиради. Шундай қилиб, замонавий акушерлик бир вақтнинг ўзида бир нечта ўзаро боғланган хавф омиллари билан тўкнаш келмоқда ва бу омиллар биргаликда частотанинг барқарор ўсишини таъминламоқда.

Замонавий акушерликда бачадонида чандиғи бор аёллар гуруҳи кесарча кесиш частотасига асосий ҳисса қўшади. Фақат айрим перинатал марказлар ва университет клиникаларида бу гуруҳда частота 20–24% ни ташкил этади [3]; туғруқ муассасаларининг аксариятида такрорий операциялар 60–90% ҳолатда ўтказилади, хусусий клиникаларда эса энг юқори - 95–98% частота кузатилади [28]. Шундай қилиб, такрорий операциялар сонининг ортиши ўзини ўзи кучайтирувчи жараёнга айланиб, умумий частотанинг барқарор ўсишини таъминламоқда.

Частотани камайтиришнинг клиник бўлмаган йўллари. Нотиббий омилларнинг ортиб боровчи аҳамиятини ҳисобга олган ҳолда, ЖССТ частотани камайтиришнинг клиник бўлмаган ёндашувлари бўйича тавсиялар тайёрлади [36]. Улар аёлларга қаратилган (табiiй туғруққа ижобий муносабатни шакллантирувчи санитар-оқартув семинарлари), тиббиёт ходимларига қаратилган (кесарча кесиш кўрсатмалари бўйича мажбурий иккинчи хулоса билан бирлаштирилган клиник амалиёт кўрсатмалари, операция аудити ва тескари алоқа) ҳамда муассаса ва тизимга қаратилган (доя ва шифокорларнинг биргаликдаги ёрдам модели) аралашувларни ўз ичига олади. Аммо Кокрейн тизимли шарҳида ўтказилган таҳлил аёллар муносабатини ўзгартиришга қаратилган аралашувлар ва доя-шифокор моделининг самарадорлигини тасдиқламади; фақат клиник амалиёт кўрсатмаларини жорий этиш маълум наф берди, аммо частотанинг пасайиши сезиларсиз даражада бўлди [15].

Аёлнинг хоҳишига асосланган операциялар кўпайишида молиялаштириш тизими ва ташкилий

омиллар ҳам муҳим рол ўйнайди. Туғруқ кунини олдиндан режалаштириш имконияти айрим оилалар учун, айниқса ихтиёрий тиббий суғурта тизимида ва пуллик хусусий клиникаларда, жозибador бўлиши мумкин; шифокор нуктаи назаридан эса режалаштирилган операция табiiй туғруққа нисбатан кўпроқ бошқариладиган ва прогноз қилинадиган жараёндир. Шу боис клиник бўлмаган аралашувлар нафақат аёлларнинг, балки тиббиёт ходимларининг ҳам хулқ-атвориға ва соғлиқни сақлашни ташкил этиш тизимиға таъсир кўрсатишға қаратилиши лозим; акс ҳолда фақат бир томонға йўналтирилган чоралар кутилган самарани бермайди.

Хитойда частотани камайтиришнинг клиник бўлмаган усуллари бўйича йирик тадқиқот ўтказилди: санитар-оқартув дастури, операция зарурати тўғрисида мажбурий иккинчи хулоса, кўрсатмалар ва частотани мунтазам эксперт баҳолаш ҳамда рағбатлантириш тизими жорий этилди; шунга қарамасдан, абдоминал туғруқ частотасини камайтиришға эришилмади [38]. Канадада аввалги операциядан сўнг табiiй туғруқ сонини кўпайтиришға қаратилган кўп қиррали аудит дастури ҳам частотаға, оналар ва неонатал касалланишға таъсир қилмади [29]. Квебекда ўтказилган кластерли тадқиқотда эса частотанинг ишончли камайтишиға эришилмади, чунки унинг камайтиши (0,7% га) фақат паст хавф гуруҳида содир бўлди [21]. Айни пайтда Эроннинг шимолӣ минтақасида бевосита частотаға қаратилмаган, балки бепул асосий тиббий суғурта жорий этиш, амбулатория хизматлари сифатини ошириш каби соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш чоралари операция частотасини 4% га камайтирди [31]; энг сезиларли пасайиш оптимал туғиш ёшидаги (35 ёшгача) гуруҳда кузатилди.

Частотани камайтиришнинг клиник йўллари. ЖССТ нотиббий жиҳатларға эътибор қаратганиға қарамасдан, ташхис технологияси, даволаш ва аҳоли саломатлиги каби бевосита ва билвосита тиббий омилларни ҳисобға олмаслигининг иложи йўқ. Туғруқ пайтида ёрдам кўрсатувчи ходимлар олдида турган муҳим вазифалардан бири ҳомила гипоксиясини ўз вақтида ва аниқ ташхислашдир, зеро гипоксия неонатал касалланиш ва перинатал ўлимнинг асосий сабабидир. Бу мақсадда қўлланиладиган асосий усул - кардиотокография бўлса-да, унинг сезувчанлиги паст (тахминан 45%) [32], шу боис гипоксия тасдиқланмаган беморларда ҳам туғруқ кўпинча шошилишч операция орқали яқунланиб, интранатал частотанинг асоссиз ўсишиға олиб келади. Тайванда ўтказилган тадқиқот туғруқ бўлими ишиға ҳомиланинг юрак уриш ритминини талқин қилиш алгоритми билан бирлаштирилган электрон кузатувнинг «ақлли» тизимини жорий этиш операция частотасини бир йил ичида 7,7% га (31,0% дан

23,3% гача) камайтиришга имкон берганини кўрсатди [16].

Ҳомила гипоксиясидан сўнг интранатал операциянинг навбатдаги энг кенг тарқалган сабаби - туғруқнинг иккинчи даврида шаклландиган ҳомила бошчаси ва она чаноғи ўлчамлари ўртасидаги номувофиқлик, яъни клиник жиҳатдан тор чанокдир. Бу асоратни ташхислаш акушерликдаги энг қийин вазифалардан бири ҳисобланади, зеро дастлабки босқичда объектив клиник симптомларнинг йўқлиги ўз вақтида ташхис қўйишни қийинлаштиради. Кеч ташхис қўйилганда ўтказилган операция катта техник қийинчиликлар, оғир травматик асоратлар ва янги туғилган чақалоқ учун ноҳуш натижалар билан кечиши мумкин; шу сабаб оператив туғруқни хавфсиз бажариш вақтини ўтказиб юборишдан кўрқиб кўпинча клиник тор чанокнинг гипердиагностикасига олиб келади.

Туғруқни олиб бориш технологиясининг янги йўналиши - интранатал ультратовуш ташхисининг жорий этилишидир. Туғруқ пайтида ультратовуш текшируви ҳомила бошчаси ҳолати турини, позициясини ва даражасини баҳолашни объективлаштиради ҳамда унинг ҳаракатини кузатиш воситаларини тақдим этади [18]. Бундай текширувдан фойдаланиш нафақат асосиз абдоминал туғруқ частотасини камайтиради, балки вагинал оператив туғруқ натижаларини ҳам яхшилайдиган [22].

Сўнгги йилларда ҳомиладорлик муддати ошган сайин ривожланган асоратларни камайтириш мақсадида туғруқ индукцияси кенг қўлланилмоқда: унинг частотаси Европа мамлакатларида 20–25% ни, АҚШда эса 32% дан ортиқни ташкил этади [19]. Кокрейн тизимли шарҳи тўлиқ муддатли ҳомиладорликда туғруқ индукцияси нафақат кесарча кесиш частотасини (RR 0,90; 95% ИИ 0,85–0,95), балки ўлик туғилиш (RR 0,30) ва перинатал ўлимни (RR 0,31) ҳам камайтиришини кўрсатди [24]. 2014 йилда Америка акушер-гинекологлар коллежи бирламчи операцияларни хавфсиз камайтириш бўйича консенсус чиқарди [9]: унда туғруқнинг латент даври чегаралари кенгайтирилди, фаол даврнинг бошланиши бачадон бўйнининг 4 см эмас, 5 см дан очилиши сифатида белгиланди ва иккинчи даврнинг рухсат этилган давомийлиги бир соатга узайтирилди. Дастлабки баҳолашлар бу тавсиялар частотани биринчи марта туғувчиларда 7–11% га камайтириш имконини беришини кўрсатди.

Шу билан бирга, туғруқнинг иккинчи даврини узайтириш ижобий натижалар билан бирга онада (туғруқдан кейинги қон кетиш, оралик ёрилиши, эндометрит) ва ҳомилада (гипоксия, юкумли асоратлар) асоратлар частотасининг ошиши ҳақидаги маълумотлар билан ҳам боғлиқ. Кузатув тадқиқотларининг мета-таҳлили иккинчи

давр давомийлигининг ортиши оналар ва неонатал асоратларнинг яққол кўпайиши билан кечишини тасдиқлади [27]; эпидурал аналгезия ўтказилган аёлларда эса иккинчи давр узайтирилганда частотанинг энг сезиларли пасайиши қайд этилди [39].

Клиник йўналишдаги истиқболли ечимлардан бири - қарор қабул қилишни қўллаб-қувватловчи ақлли (интеллектуал) рақамли тизимларни туғруқни олиб бориш амалиётига жорий этишдир. Тайван тажрибаси кўрсатганидек, бундай тизимларни жорий этиш субъектив баҳолашга боғлиқликни камайтиради, шошилишча операцияларга кўрсатмаларни аниқлаштиради ва частотани сезиларли даражада пасайтиради [16].

Робсон таснифи ва аудит. Халқаро акушер-гинекологлар федерацияси (FIGO) частотани камайтириш чоралари орасида ЖССТ томонидан кенг тарқатиш учун тавсия этилган Робсон таснифидан фойдаланишга муҳим ўрин ажратади [34]. FIGO таклиф этган чоралар қаторига кесарча кесиш ва вагинал туғруқ қийматини тенглаштириш, аёлларни операция хавфи ҳақида хабардор қилиш, шифокор ва дояларни оператив вагинал туғруқ техникасига ўқитиш, қишлоқ ҳудудлари таъминотини яхшилаш ҳамда операциялар частотаси тўғрисида йиллик ҳисоботларни нашр этиш киради. Робсон таснифи барча туғувчиларни бир нечта объектив мезон (туғруқ сони, аввалги кесарча кесиш, ҳомиланинг келиши ва ҳолати, туғруқ муддати ҳамда унинг ўз-ўзидан ёки индукция орқали бошланиши) асосида ўзаро истиснолайдиган ўнта клиник гуруҳга ажратади.

Ушбу таснифни жорий этишдан қўзланган мақсадлар қаторига частотага энг катта ва энг кам ҳисса қўшадиган беморлар гуруҳларини аниқлаш ва таҳлил қилиш, тиббий ёрдам амалиётига энг яхши кўрсаткичлар билан таққослаш, частотани оптималлаштиришга қаратилган чора-тадбирлар самарадорлигини баҳолаш, ўнта гуруҳда туғруқ натижаларини таҳлил қилиш орқали ёрдам сифатини баҳолаш, маълумотларни ҳисобга олиш сифатини ошириш ҳамда ходимлар ўртасида олинган маълумотларни тўғри талқин қилиш аҳамияти тўғрисида хабардорликни ошириш киради. Швеция ва Канада (Британия Колумбияси) аҳоли когорталарини таққослаган тадқиқот иқтисодий ривожланиш даражаси нисбатан яқин, аммо соғлиқни сақлаш тизимлари фарқли бўлган мамлакатларда частота 31,2% га нисбатан 17,3% ни ташкил этганини кўрсатди; бачадонида чандиғи бор аёллар гуруҳида Швецияда частота 30% га камроқ (51,6% га нисбатан 81,3%) бўлган [26].

Робсон таснифи кўрсаткичлари динамикасини баҳолаш частотани камайтириш йўллари ҳақида қарор қабул қилишда фойдалидир. Айрим акушерлик шифохоналарида бундай баҳолаш

туғруқ индукцияси ва уни олиб боришни яхшилаш ҳисобига [5], бошқаларида эса ҳомила ҳолатини баҳолашни такомиллаштириш ҳисобига [7] пасайиш заҳирасини кўрсатади. Баъзан частотани камайтириш зарурати кўп сонли гуруҳларни - биринчи марта туғувчилар, туғруқ ўз-ўзидан бошланганлар, режали операциялар ва ҳомиланинг чанок билан келиши гуруҳларини - қамраб олади [6]. Лотин Америкасида ўтказилган тадқиқот эса оналар ўлимининг юқори даражаси Робсон таснифининг 1- ва 3-гуруҳларида (туғруқ ўз-ўзидан бошланган биринчи ва қайта туғувчилар) юқори частота билан боғлиқлигини кўрсатди [33].

Частотани камайтиришнинг комплекс модели. Юқорида келтирилган маълумотлар таҳлили частотани камайтиришнинг ягона универсал усули мавжуд эмаслигини ва самарали натижа фақат клиник ҳамда клиник бўлмаган чораларни бирлаштирган комплекс модел орқали қўлга киритилиши мумкинлигини кўрсатади [1]. Клиник бўлмаган йўналишда аёлларга қаратилган чоралар - мактаб ўқувчилари ва ёшлар учун замонавий таълим дастурларини ишлаб чиқиш, мақбул ёшда репродуктив функцияни амалга ошириш маданиятини ахборот-медиа маконида тарғиб қилиш ҳамда оилали жуфтликлар учун соғлиқни сақлаш таълими муҳим ўрин тутати. Тиббиёт ходимларига қаратилган чоралар клиник тавсияларда келтирилган ёрдам тамойилларини кундалик амалиётга ўқитиш орқали жорий этишни назарда тутса, соғлиқни сақлаш тизимига қаратилган чоралар хавф гуруҳидаги беморларни перинатал марказларга йўналтириш схемасини такомиллаштириш, ижобий тажрибани бошқа муассасаларга тарқатиш ҳамда оператив туғруқ масаласида маслаҳат (иккинчи фикр) ёрдамини таъминлашни ўз ичига олади.

Клиник йўналишда бачадонида чандиғи бор аёлларда туғруқ усулини танлашни оптималлаштириш, хавф гуруҳида туғруқ индукциясидан оқилона фойдаланиш, туғруқни унинг даврлари давомийлиги ва фаол давр ҳақидаги замонавий тасаввурларни ҳисобга олган ҳолда олиб бориш, ҳомила ҳолатини электрон мониторинг қилиш технологияларини «ақлли» қарор қўллаб-қувватлаш тизимлари билан такомиллаштириш ҳамда акушер-гинекологларни интранатал ультратовуш техникасига ўқитиш асосий йўналишлар ҳисобланади. Ушбу чораларни оператив туғруқ частотаси ва кўрсатмаларини мунтазам аудит қилиш ҳамда Робсон таснифи бўйича таҳлил билан бирга қўллаш операция частотасини она ва бола саломатлигига зарар етказмаган ҳолда изчил камайтириш имконини беради.

Хулоса. Келтирилган маълумотлар таҳлили кесарча кесиш частотаси ва перинатал ўлим таносиби географик минтақа ҳамда мамлакатларнинг

иқтисодий ривожланиш даражасига қараб сезиларли фарқ қилишини кўрсатади. Кўп сонли аралашувчи омиллар туфайли частота ва ўлимни тўғридан-тўғри таққослаш кам информативдир. Замонавий шароитда операция частотасининг ўсиш триггерлари фақат тиббий эмас, балки ижтимоий-иқтисодий омиллар ҳам бўлгани сабабли, фақат тиббиёт ходимларининг ишига қаратилган клиник кўрсатмалар ва чора-тадбирлар кам самарали бўлиб чиқди; бунинг устига, кўрсатмалар асосиз чекланганда она ва ҳомила учун асоратлар частотаси ортиши мумкинлиги ҳам аниқланди.

Шундай қилиб, 2015 йилда 10–15% этиб тавсия этилган частота ҳозирги ижтимоий-иқтисодий тузилма ва ривожланиш даражасига мос келмайди. Частотани камайтириш ўз-ўзидан мақсад бўла олмайди ва табиий туғруқ устунлигига қайтиш фақат акушерлик тактикасидаги ўзгаришлар ҳисобига таъминланмайди. Бу муаммони фақат комплекс ёндашув - оилаларни қўллаб-қувватлашнинг ижтимоий чоралари, тиббий жараёнларни оптималлаштириш, қарор қабул қилишни қўллаб-қувватловчи «ақлли» автоматлаштирилган тизимларни жорий этиш ва ҳомиладорлик ҳамда туғруқни олиб бориш технологияларини такомиллаштиришни бирлаштирган ечим асосидагина хавфсиз тарзда ҳал этиш мумкин [1].

Ушбу масала Ўзбекистон учун ҳам долзарбдир, зеро сўнгги ўн йилликда республикада кесарча кесиш частотаси қарийб икки баравар ошди [10]. Шу боис миллий даражада операция кўрсатмаларини стандартлаштириш, Робсон таснифи асосида мунтазам аудит ўтказиш, акушер-гинекологларни замонавий диагностика усуллариغا ўқитиш ҳамда аҳоли ўртасида табиий туғруққа ижобий муносабатни шакллантириш бўйича чора-тадбирларни изчил амалга ошириш мақсадга мувофиқдир. Келгусида бу йўналишдаги тадқиқотлар нафақат частота рақамини, балки она ва бола саломатлигининг узоқ муддатли натижаларини ҳам баҳолашга қаратилиши лозим, чунки акушерлик ёрдами сифатининг ҳақиқий мезони айнан шу натижалар ҳисобланади.

Адабиётлар:

1. Баев О.Р. Причины роста и пути снижения частоты кесарева сечения в современном акушерстве // Вестник РАМН. - 2024. - Т. 79, № 5. - С. 385–392. DOI: 10.15690/vramn17966.
2. Гурьев Д.Л., Охупкин М.Б., Гурьева М.С. и др. Снижение частоты кесарева сечения и перинатальных потерь в стационаре уровня 3А с использованием классификации Робсона // Доктор.Ру. - 2019. - № 4 (159). - С. 8–13.
3. Есжанова А.А., Бекетова М.А., Ризаев Ж.А., Агабабян Л.Р. Сравнительная оценка перинаталь-

- ных исходов при различных стратегиях коррекции гестационного сахарного диабета // Акушерство и гинекология. - 2026. - № 7. - С. 66–71.
4. Кухарчик Ю.В., Гутикова Л.В., Зверко В.Л. и др. Анализ частоты операций кесарева сечения по классификации Робсона // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. - 2020. - Т. 10, № 2. - С. 148–154.
5. Мирошников А.Е., Жаркин Н.А., Шевцова Е.П. и др. Акушерский аудит частоты кесарева сечения в стационаре II уровня за 2016–2019 гг. на основе классификации М. Робсона // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2020. - № 4 (76). - С. 65–67.
6. Ризаев Ж.А., Абдуллаева Л.С., Каттаходжаева М.Х. Значение коррекции некоторых медицинских и организационных факторов в профилактике угрожающих жизни состояний среди беременных // Медицинский журнал Узбекистана. - 2025. - Т. 1, № 2. - С. 201–207.
7. Ризаев Ж.А., Асадов Д.А. Оценка эффективности кесарева сечения в родильных учреждениях Республики Узбекистан // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2024. - № 1 (151). - С. 191–195.
8. Ризаев Ж.А., Давлатова А. Лечение болезней полости рта при беременности как профилактика гнойно-септических осложнений послеродового периода // Доктор ахборотномаси. - 2023. - № 1 (109). - С. 127–131.
9. Ризаев Ж.А., Давлятова А.А., Агабабян Л.Р. Предикторы развития материнского сепсиса // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2023. - № 6 (150). - С. 224–230.
10. Ризаев Ж.А., Давлятова А.А., Агабабян Л.Р. Пути снижения материнской смертности - послеродовый сепсис // Journal of Biomedicine and Practice. - 2023. - Т. 8, № 6. - С. 9–19.
11. Ризаев Ж.А., Камалов А.И. Анализ показателей материнской и перинатальной смертности (2020–2024) как инструмент управления акушерской службой // Доктор ахборотномаси. - 2026. - № 1 (122). - С. 73–75.
12. Ризаев Ж.А., Камалов А.И. Оценка доступности и качества антенатальной помощи (опрос 1000 беременных) // Доктор ахборотномаси. - 2026. - № 1 (122). - С. 76–78.
13. Чурганова А.А., Гурджиханова М.Х., Алиева Ф.Н. и др. Значение аудита методов родоразрешения в оптимизации показаний к кесареву сечению и снижению его частоты в современном акушерстве // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2021. - Т. 20, № 2. - С. 44–49.
14. Alipour A., Hantoushzadeh S., Hessami K., et al. A global study of the association of cesarean rate and the role of socioeconomic status in neonatal mortality rate in the current century // BMC Pregnancy and Childbirth. - 2022. - Vol. 22, No. 1. - Art. 821. DOI: 10.1186/s12884-022-05133-9.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine; Caughey A.B., Cahill A.G., Guise J.M., et al. Safe prevention of the primary cesarean delivery // American Journal of Obstetrics and Gynecology. - 2014. - Vol. 210, No. 3. - P. 179–193. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.01.026.
16. Babazhanova Sh.D., Oblayorova M.I. Cesarean section trends in Uzbekistan // Journal of Reproductive Health and Uro-Nephrology Research. - 2026. - Vol. 7, No. 1. - P. 47–50.
17. Betran A.P., Ye J., Moller A.B., et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates // BMJ Global Health. - 2021. - Vol. 6, No. 6. - e005671. DOI: 10.1136/bmjgh.2021.005671.
18. Carter E.D., Walker P.N. Estimating c-section coverage: Assessing method performance and characterizing variations in coverage // Journal of Global Health. - 2022. - Vol. 12. - 08002. DOI: 10.7189/jogh.12.08002.
19. Chen I., Opiyo N., Tavender E., et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section // Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2018. - No. 9. - CD005528. DOI: 10.1002/14651858.CD005528.pub3.
20. Cheng P.J., Cheng Y.H., Shaw S.S.W., et al. Reducing primary cesarean delivery rate through implementation of a smart intrapartum surveillance system // NPJ Digital Medicine. - 2023. - Vol. 6, No. 1. - Art. 126. DOI: 10.1038/s41746-023-00867-y.
21. Dall'Asta A., Angeli L., Masturzo B., et al. Prediction of spontaneous vaginal delivery in nulliparous women with a prolonged second stage of labor: the value of intrapartum ultrasound // American Journal of Obstetrics and Gynecology. - 2019. - Vol. 221, No. 6. - P. 642.e1–642.e13. DOI: 10.1016/j.ajog.2019.09.045.
22. Dögl M., Romundstad P., Berntzen L.D., et al. Elective induction of labor: A prospective observational study // PLoS One. - 2018. - Vol. 13, No. 11. - e0208098. DOI: 10.1371/journal.pone.0208098.
23. Katzir T., Brezinov Y., Khairish E., et al. Intrapartum ultrasound use in clinical practice as a predictor of delivery mode during prolonged second stage of labor // Archives of Gynecology and Obstetrics. - 2023. - Vol. 307, No. 3. - P. 763–770. DOI: 10.1007/s00404-022-06469-5.
24. Middleton P., Shepherd E., Morris J., et al. Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation // Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2020. - No. 7. - CD004945. DOI: 10.1002/14651858.CD004945.pub5.
25. Molina G., Weiser T.G., Lipsitz S.R., et al. Relationship between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality // JAMA. - 2015. - Vol. 314, No. 21. - P. 2263–2270. DOI: 10.1001/jama.2015.15553.

26. Muraca G.M., Joseph K.S., Razaz N., et al. Crude and adjusted comparisons of cesarean delivery rates using the Robson classification: A population-based cohort study in Canada and Sweden, 2004 to 2016 // PLoS Medicine. - 2022. - Vol. 19, No. 8. - e1004077. DOI: 10.1371/journal.pmed.1004077.

27. Pergialiotis V., Bellos I., Antsaklis A., et al. Maternal and neonatal outcomes following a prolonged second stage of labor: A meta-analysis of observational studies // European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. - 2020. - Vol. 252. - P. 62–69. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2020.06.018.

28. Piva V.M.R., Voget V., Nucci L.B. Cesarean section rates according to the Robson Classification and its association with adequacy levels of prenatal care: a cross-sectional hospital-based study in Brazil // BMC Pregnancy and Childbirth. - 2023. - Vol. 23, No. 1. - Art. 455. DOI: 10.1186/s12884-023-05768-2.

29. Rizayev J.A., Agababayan L.R., Kamalov A.I. Ayollarda tugʻruqdan keyingi qon ketishlarni oldini olish va ularga qarshi kurashish boʻyicha koʻrsatilayotgan xizmatlar sifatining monitoringini tashkil etish // Oriental Renaissance: Innovative, Educational, Natural and Social Sciences. - 2021. - Vol. 1, No. 10. - P. 166–178.

30. Rizayev J.A., Agababayan L.R., Kamalov A.I. Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage // Central Asian Journal of Medical and Natural Science. - 2021. - Vol. 2, No. 4. - P. 204–209.

31. Roberge S., Boutin A., Bujold E., et al. Impact of Audits and Multifaceted Intervention on Vaginal Birth After Cesarean: Secondary Analysis of the QUARISMA Trial // Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. - 2019. - Vol. 41, No. 5. - P. 608–615. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.05.044.

32. Rydahl E., Declercq E., Juhl M., et al. Cesarean section on a rise—Does advanced maternal age explain the increase? A population register-based study // PLoS One. - 2019. - Vol. 14, No. 1. - e0210655. DOI: 10.1371/journal.pone.0210655.

33. Singh S.K., Kumar R., Agarwal A., et al. Intrapartum cardiotocographic monitoring and its correlation with neonatal outcome // Journal of Family Medicine and Primary Care. - 2022. - Vol. 11, No. 11. - P. 7398–7405. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1525_22.

34. Sosa C., de Mucio B., Colomar M., et al. The impact of maternal morbidity on cesarean section rates: exploring a Latin American network of sentinel facilities using the Robson's Ten Group Classification System // BMC Pregnancy and Childbirth. - 2023. - Vol. 23, No. 1. - Art. 605. DOI: 10.1186/s12884-023-05937-3.

35. Visser G.H.A., Ayres-de-Campos D., Barnea E.R., et al. FIGO position paper: how to stop the cesarean section epidemic // Lancet. - 2018. - Vol. 392, No.

10155. - P. 1286–1287. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32113-5.

36. World Health Organization. WHO Recommendations: Non-Clinical Interventions to Reduce Unnecessary Caesarean Sections. - Geneva: WHO, 2018. - 82 p.

37. Ye J., Zhang J., Mikolajczyk R., et al. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data // BJOG. - 2016. - Vol. 123, No. 5. - P. 745–753. DOI: 10.1111/1471-0528.13592.

38. Zhang L., Zhang L., Li M., et al. A cluster-randomized field trial to reduce cesarean section rates with a multifaceted intervention in Shanghai, China // BMC Medicine. - 2020. - Vol. 18, No. 1. - Art. 27. DOI: 10.1186/s12916-020-1491-6.

39. Zipori Y., Grunwald O., Ginsberg Y., et al. The impact of extending the second stage of labor to prevent primary cesarean delivery on maternal and neonatal outcomes // American Journal of Obstetrics and Gynecology. - 2019. - Vol. 220, No. 2. - P. 191.e1–191.e7. DOI: 10.1016/j.ajog.2018.10.028.

ПРИЧИНЫ РОСТА ЧАСТОТЫ ОПЕРАЦИЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В МИРЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЁ СНИЖЕНИЯ

Атаева Ф.Н.

Резюме. В настоящем обзоре литературы проанализированы историческая динамика частоты операций кесарева сечения в мире, причины её интенсивного роста и пути безопасного снижения этого показателя. Показано, что рекомендованный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) диапазон 10–15% не соответствует современным социально-экономическим условиям: глобальная частота выросла с 7–8% в 1990-х годах до 21,1% в 2020 году и, по прогнозам, достигнет 28,5% к 2030 году. Подчёркивается, что связь между частотой кесарева сечения и материнской и перинатальной смертностью определяется преимущественно не медицинскими, а социально-экономическими факторами. Основными причинами роста названы операции по желанию женщины без медицинских показаний, увеличение возраста рожениц, ожирение, гестационный диабет и крупный плод, а также рост доли женщин с рубцом на матке. В качестве путей снижения обсуждаются клинические и неклинические подходы – использование классификации Робсона, рациональное применение индукции родов, интранатальное ультразвуковое исследование и «умные» системы электронного мониторинга состояния плода. Сделан вывод, что безопасное снижение частоты возможно только на основе комплексного, многокомпонентного подхода.

Ключевые слова: кесарево сечение, частота операций, материнская смертность, перинатальная смертность, классификация Робсона, индукция родов.