

ЗНАЧЕНИЕ ПЕРВЫХ РОДОВ В ВОСПРОИЗВОДСТВЕ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА

И.В. КАЛАШНИКОВА¹

В.С. ОРЛОВА¹

Я.Я. ДУАНЬ¹

Е.В. БУЛГАКОВА¹

Н.П. МЕЛЬНИКОВА²

М.В. ЦАРЁВА²

¹⁾ Белгородский государственный национальный исследовательский университет

²⁾ Перинатальный центр областной клинической больницы Святого Иоасафа, г. Белгород

e-mail: valent.or@yandex.ru

Результаты проведенного научного анализа показали, что на территории Белгородской области, которая по ряду параметров является типичным представителем Центрально-Черноземного региона России, уровень рождаемости в настоящее время почти на 60% определяется рождением первого ребёнка. За последние 1,5 десятилетия на фоне общего снижения родов в популяции области произошло статистически достоверное снижение удельного веса молодых матерей до 20 лет с $16,0 \pm 0,3\%$ в 1990 году до $10,8 \pm 0,3\%$ ($p < 0,001$) в 2007 году, в том числе несовершеннолетних (17 лет и моложе); удельный вес матерей старше 30 лет напротив статистически достоверно вырос соответственно с $18,6 \pm 0,3\%$ до $23,0 \pm 0,3\%$ ($p < 0,001$). Постарение возрастного состава популяции первородящих сопровождается достоверным увеличением медицинских проблем до (отягощённый гинекологический и акушерский анамнез) и после наступления беременности (повышение частоты акушерских осложнений, оперативных родов путём кесарева сечения в плановом порядке).

Ключевые слова: беременность, первые роды, юные первородящие, старые первородящие, осложнения беременности.

Воспроизводство населения определяется совокупностью факторов, в том числе репродуктивным поведением, которое в свою очередь определяется широтой и разносторонностью потребностей и интересов людей, их всесторонним развитием. Потребность в детях зависит от уровня развития всех остальных потребностей и, прежде всего, духовных. Рост духовных потребностей меняет отношение населения к размерам семьи, мотивацию норм репродуктивного поведения, понимание женщинами их социальных ролей. Возросшие духовные потребности вступают в противоречие с многодетностью, поскольку появляются новые идеи об использовании свободного времени, супружеских отношениях, родительских обязанностях, что изменяет представление о стереотипе численности семьи и, в конечном счете, определяет формирование нового типа воспроизводства населения регулируемой рождаемостью. В индустриально развитых странах вследствие адаптации женщин детородного возраста к стремительно развивающимся в последние десятилетия социально-экономическим условиям претерпела изменения традиционная концепция семьи и числа детей в ней.

Социально-экономические условия, сложившиеся в современной Российской Федерации изменили функцию женщины в семье. Она стремится получить высшее образование, сделать карьеру, стать материально независимой, иметь социальный статус в обществе. В связи с этим страдает основное социальное назначение женщины – быть матерью. Пошатнувшиеся устои традиционного института семьи изменили взгляд женщины на число детей в семье и время рождения первого ребенка. Статистика показывает, что женщины в РФ ограничиваются рождением двух, а чаще одного ребенка и откладывают рождение первенца на более поздний возраст, менее благоприятный с медицинской точки зрения для течения беременности и исхода родов.

В настоящее время успех течения и исхода беременности принято связывать с многочисленными факторами, среди которых определённую роль играют порядковый номер родов, возраст женщины, её образование, социальный, семейный статус, репродуктивное поведение и репродуктивный анамнез, состояние соматического и гинекологического здоровья, качественное медицинское наблюдение, а также психологический настрой женщины. Первые роды всегда относились практическими врачами к категории повышенного риска в отношении перинатального исхода, как для самой матери, так и для плода в связи с акушерской неапробированностью. Степень риска при первых родах возрастает при наличии дополнительных неблагоприятных факторов [2, 3, 6, 8].



Цель настоящего исследования состояла в определении демографической роли первых родов в популяции рожениц на территории Белгородской области, которая по ряду параметров, включая климатогеографические, социально-экономические, этнические, является типичным представителем большого Центрально-Черноземного региона России, и изучении факторов риска у первородящих женщин.

Материал и методы исследования. По данным официальной статистической отчетности Белгородстата [1] проведен статистический анализ популяции родильниц Белгородской области в разрезе паритета родов и возраста матерей в динамике за последние 1,5 десятилетия. Проведено интервьюирование 901 родильницы после первых родов, родоразрешившихся в Перинатальном Центре областной клинической больницы (что составило 10% от числа первородящих в области) и выкопировка данных их первичной медицинской документации (индивидуальная карта беременной ф. №111/у, история родов ф. №096/у, история развития новорожденного ф. №097/у). Сбор материалов исследования проводился по разработанной анкете, включавшей вопросы, касающиеся социально-гигиенических характеристик родильниц, общего и репродуктивного анамнеза, а также состояния их здоровья. При статистической обработке результатов исследования использован критерий Стьюдента [7].

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение популяции рожениц области показало, что в 2006 году в связи с ухудшением демографической ситуации число новорожденных, родившихся живыми, уменьшилось по сравнению с 1990 годом на 3653 (20,3±0,3%), в 2007 году этот разрыв несколько сократился, составив 2359 (13,1±0,3%) новорожденных (табл. 1). На этом фоне произошло статистически достоверное повышение значимости первых родов как на территории области в целом, так и отдельно в городских и сельских поселениях. Если в 1990 году удельный вес первых родов по области в целом составлял 51,0±0,4%, в городских поселениях – 54,3±0,5 % и в сельской местности – 44,5±0,6%, то в 2007 году указанные показатели достигли соответственно 58,9±0,4%, 61,8±0,5% и 53,1±0,7% (p<0,001), при этом абсолютные значения числа первых родов за 17 лет увеличилось лишь на 39, в городских поселениях даже уменьшилось на 22. В 2006 году удельный вес первых родов был ещё значительнее, составляя в зависимости от территории соответственно 64,4±0,4%, 66,7±0,5% и 60,0±0,7%.

Таблица 1

Распределение родов по паритету в динамике за период 1990-2007 гг. на территориях Белгородской области

Территория	Показатель	Порядковый номер родов					Всего родов
		I	II	III	IV	V и >	
1990 год							
1. Область	Абс.	9190	6713	1493	349	290	18035
	М±m%	51,0±0,4	37,2±0,4	8,3±0,2	1,9±0,1	1,6±0,1	100,0
2. Городские поселения	Абс.	6486	4484	758	131	94	11953
	М±m%	54,3±0,5	37,5±0,4	6,3±0,2	1,1±0,1	0,8±0,1	66,3±0,4
3. Село	Абс.	2704	2229	735	218	196	6082
	М±m%	44,5±0,6	36,6±0,6	12,1±0,4	3,6±0,2	3,2±0,2	33,7±0,4
2006 год							
4. Область	Абс.	9268	3984	790	206	134	14382
	М±m%	64,4±0,4	27,7±0,4	5,5±0,2	1,4±0,1	1,0±0,1	100,0
5. Городские поселения	Абс.	6415	2647	426	86	50	9624
	М±m%	66,7±0,5	27,5±0,5	4,4±0,2	0,9±0,1	0,5±0,1	66,9±0,4
6. Село	Абс.	2853	1337	364	120	84	4758
	М±m%	60,0±0,7	28,1±0,7	7,6±0,4	2,5±0,2	1,8±0,2	33,1±0,4
2007 год							
7. Область	Абс.	9229	4907	1110	266	164	15676
	М±m%	58,9±0,4	31,3±0,4	7,1±0,2	1,7±0,1	1,0±0,1	100,0
8. Городские поселения	Абс.	6464	3226	594	116	64	10464
	М±m%	61,8±0,5	30,8±0,5	5,7±0,2	1,1±0,1	0,6±0,1	66,8±0,4
9. Село	Абс.	2765	1681	516	150	100	5212
	М±m%	53,1±0,7	32,3±0,7	9,9±0,4	2,9±0,2	1,9±0,2	33,2±0,4
p		p _{1-4,7} <0,001 p _{2-5,8} <0,001 p _{3-6,9} <0,001	p _{1-4,7} <0,001 p _{2-5,8} <0,001 p _{3-6,9} <0,001	p _{1-4,7} <0,001 p _{2-5,8} <0,001 p _{3-6,9} <0,001			p ₂₋₃ <0,001 p ₅₋₆ <0,001 p ₈₋₉ <0,001



Удельный вес вторых, третьих, четвертых и пятых родов, вместе взятых, в 1990 году по области составлял $49,0 \pm 0,4\%$, в городских поселениях – $45,7 \pm 0,5\%$ и в сельской местности – $55,5 \pm 0,6\%$. К 2007 году ситуация изменилась. Доля повторных родов статистически достоверно уменьшилась, составив в зависимости от территории соответственно $41,1 \pm 0,4\%$, $38,2 \pm 0,5\%$ и $46,9 \pm 0,7\%$ ($p < 0,001$). Таким образом, в настоящее время уровень рождаемости в области почти на 60% ($58,9 \pm 0,4\%$) определяется рождением первого ребёнка, следовательно, в популяции рожениц преобладают первородящие.

Изучение возрастного состава матерей выявило также определённые закономерности (табл. 2). Обращает на себя внимание существенное снижение в популяции рожениц молодых матерей в возрасте до 20 лет с $16,0 \pm 0,27\%$ в 1990 году до $10,8 \pm 0,25\%$ в 2007 году ($p < 0,001$). Снижение произошло и в группе несовершеннолетних матерей в возрасте 17 лет и моложе, которые в силу физической незрелости, психологической и социальной неподготовленности к материнству большинством авторов относят к группе риска [9,10]. В 1990 году удельный вес несовершеннолетних матерей составлял $3,2 \pm 0,1\%$, из них $2,3 \pm 0,1\%$ в возрасте 17 лет, $0,8 \pm 0,06\%$ - 16 лет, в 2007 году эти показатели достоверно снизились до $2,2 \pm 0,1\%$ ($p < 0,001$); $1,5 \pm 0,01\%$ ($p < 0,001$) соответственно. Матери в возрасте 15 лет и моложе единичны. В 1990 году их было 28, что составляло $0,2 \pm 0,03\%$ по отношению ко всей популяции рожениц, в 2007 году их число увеличилось до 39, составив $0,3 \pm 0,04\%$. Следовательно, доля несовершеннолетних матерей в общей популяции рожениц, во-первых, незначительна и, во-вторых, она достоверно снижается. Как следует из таблицы, доля матерей наиболее активного репродуктивного возраста 20-29 лет практически не изменилась ($65,4 \pm 0,4\%$ и $66,1 \pm 0,4\%$ соответственно), хотя в абсолютном измерении число их уменьшилось на 1421 или на 12,1%.

Таблица 2

Число новорожденных, родившихся живыми у матерей различных возрастных групп

Го- ды		Возраст матерей										Всего
		15-19	в т.ч. 17 лет и моложе				20-24	25-29	30-34	35-39	40 и >	
			15 и <	16	17	всего						
1990	Абс.	2887	28	144	411	583	6975	4815	2420	795	143	18035
	M±	$16,0 \pm$	$0,2 \pm$	$0,8 \pm$	$2,3 \pm$	$3,2 \pm$	$38,7 \pm$	$26,7 \pm$	$13,4 \pm$	$4,4 \pm$	$0,8$	
	m%	0,3	0,03	0,06	0,1	0,1	0,4	0,3	0,3	0,2	0,3	
		$18,6 \pm 0,3$										
2007	Абс.	1690	39	80	232	351	5928	4441	2589	849	169	15676
	M±	$10,8 \pm$	$0,3 \pm$	$0,5 \pm$	$1,5 \pm$	$2,2 \pm$	$37,8 \pm$	$28,3 \pm$	$16,5 \pm$	$5,4 \pm$	$1,1$	
	m%	0,3	0,04	0,05	0,01	0,1	0,4	0,4	0,3	0,2	0,3	
		$23,0 \pm 0,3$										
p		$p < 0,001$										

Примечание: – проценты рассчитаны по отношению к общему числу новорожденных, родившихся живыми.

В противовес юным матерям, абсолютное число матерей старше 30 лет увеличилось на 249 ($7,4 \pm 0,2\%$), а удельный вес их статистически достоверно вырос с $18,6 \pm 0,3\%$ до $23,0 \pm 0,3\%$ ($p < 0,001$) в 2007 году на фоне общего снижения родов в популяции области.

Следовательно, в общей популяции удельный вес юных матерей достоверно снижается, а матерей старше 30 лет повышается. Возраст старше 30 и особенно старше 35 лет для первых родов следует признать менее благоприятным [10, 11, 12]. С возрастом происходит накопление факторов риска, репродуктивное здоровье ухудшается, снижается фертильность, беременность чаще наступает на фоне лечения, соматическое здоровье организма изнашивается, повышается риск хромосомных аномалий и частота оперативного родоразрешения, то есть нарушается провозглашённый принцип «здоровая мать - здоровый ребёнок».

Для сравнения, по данным доклада национальной статистики [10], в США в 2006 году на 4265555 новорожденных, родившихся живыми, матери до 20 лет составили 10,4%, в том числе несовершеннолетние (17 лет и моложе) – 3,4%, из них матери 17 лет – 1,8%, 16 лет – 1,0% и 0,6% – матери 15 лет и моложе. На матерей 20-29 лет при-



ходится 53,0%, 30 лет и старше – 36,6%. Удельный вес первородящих составляет всего 39,8%, соответственно повторные рождения были – у 60,2% матерей, в том числе третьи более – у 28,5%. В России в настоящее время семья, имеющая троих детей, относится к многодетным. Следовательно, в США каждая третья родильница относится к категории многорожавших, в области – таких матерей в 1990 году было всего 11,8%, в 2007 году – 9,8%, что почти на 3 порядка меньше по сравнению с популяцией США.

Детальное изучение социального «портрета» современных первородящих матерей показало, что из 901 женщины почти половина – 437 (48,5±1,6%) имеют высшее образование, в том числе 98 (10,9±1,0%) преимущественно молодого возраста незаконченное высшее, 388 (43,1±1,6%) – среднее специальное, 68 (7,5±0,9%) – школьное и 8 (0,9±0,3%) женщин – другое образование. Достаточно высокий уровень образования большинства первородящих ещё раз подтверждает стремление современной женщины состояться в профессии.

Уровень образования достаточно тесно связан с социальным статусом, который в свою очередь определяет условия труда. Удельный вес первородящих матерей, занимающихся в качестве служащих интеллектуальным трудом достаточно высокий – почти каждая вторая (40,1±1,6%), физическим трудом занимаются 16,9±1,2%, на момент рождения ребёнка обучалась каждая десятая (10,0±1,0%), в том числе более половины из них (6,1±0,8%) являлись студентками высших учебных заведений. Отражением неблагоприятной социально-экономической ситуации является большое число домохозяйек. Среди первородящих каждая третья родильница не работает (33,0±1,6%), причём среди юных матерей домохозяйками являются 56,6±3,5%, в группе старше 35 лет – 18,6±4,2%. В известной мере это можно объяснить дефицитом рабочих мест или нежеланием женщин работать за низкую заработную плату.

Традиционное семейное положение для большинства населения до недавнего времени было одним из обязательных условий для рождения ребёнка, особенно первого. Из обследованных нами родильниц в официальном браке состояли 670 (74,4±1,5%), в том числе 28 (3,1±0,6%) в повторном браке, 2 женщины на момент родов были разведены. Почти каждая пятая первородящая проживала в неофициальном гражданском браке (18,1±1,3%), а 7,6±0,9% относятся к категории матерей-одиночек. Следует отметить, что наиболее часто дети рождаются вне брака у женщин юного возраста и старше 35 лет. Это ещё раз подтверждает закономерности, выявленные нами ранее при изучении проблемы внебрачной рождаемости [4, 5]. Для юных женщин наступившая беременность в определенном смысле всегда бывает неожиданной. Большинство из них не имеют законченного образования и постоянной работы, материально они полностью зависят от родителей и отцом ребенка чаще является случайный половой партнер. Эти женщины, как правило, испытывают выраженный психологический стресс по поводу беременности, которая для многих юных матерей бывает нежеланной, что отражается на течении беременности. Несмотря на отсутствие экстрагенитальной патологии и отягощенного репродуктивного анамнеза, беременность у них осложняется угрозой прерывания, гестозом, уровень которых у данной категории беременных выше, по сравнению с аналогичными показателями в общей популяции беременных.

Представительницы старшей возрастной категории в большинстве случаев материально независимы, имеют отдельную жилую площадь. «Рождение ребенка для себя» не связано у них с надеждами на брак. «Зрелые женщины» сознательно стремятся к материнству, а не к супружеству. Вместе с тем, за внешней рациональностью и рассудительностью скрываются чувства социальной нереализованности и обиды за несложившуюся судьбу. Эти факторы не могут не отразиться на течении беременности и родов. К факторам риска у женщин данной категории помимо эмоциональных переживаний относятся и возрастные особенности организма. Первородящие этой группы в большинстве случаев не являются первобеременными, имеют осложненный акушерско-гинекологический анамнез и сопутствующую соматическую патологию. На этом фоне беременность у них часто осложняется гестозом, угрозой прерывания, поэтому удельный вес оперативных родов среди них достоверно выше. Следовательно, эти две возрастные категории одиноких матерей являются особой группой риска по развитию перинатальной патологии среди всех женщин, не состоящих в браке.

Известно, что исход каждой беременности во многом зависит от состояния здо-

ровья женщины: репродуктивного, гинекологического, соматического. Репродуктивное и гинекологическое здоровье в свою очередь во многом определяется репродуктивным поведением населения. Современное поколение молодых людей широко практикует добрачные сексуальные отношения и смену половых партнеров, что негативно отражается на состоянии репродуктивной системы женщины. Наступившая в подобной ситуации беременность, чаще всего прерывается, повышая риск вторичного бесплодия и неблагоприятных исходов последующей беременности. По данным Белгородстата, в области на фоне общего снижения числа аборт в 2007 году по сравнению с 1995 годом на $62,3 \pm 0,4\%$, в том числе первой беременности на $39,2 \pm 1,2\%$, доля женщин, прервавших первую беременность, увеличилась с 6,0 до 9,9 %, т.е. в 1,5 раза. В обследованной нами группе на 901 первородящую женщину приходится 1272 беременности, что составляет на 1 пациентку в среднем 1,4 беременности. У $72,4 \pm 1,5\%$ из них первая беременность закончилась первыми родами, у каждой четвертой ($27,6 \pm 1,5\%$) настоящая беременность по счёту была повторной, в том числе у каждой пятой ($18,8 \pm 1,3\%$) - второй, у $6,2 \pm 0,8\%$ - третьей, у $1,5 \pm 0,4\%$ - четвертой, у $1,1 \pm 0,3\%$ - пятой и более.

При анализе исхода 371 беременности, предшествующей первым родам установлено, что менее чем в половине случаев – $45,3 \pm 2,6\%$ они связаны с медицинскими проблемами: $40,7 \pm 2,6\%$ из них закончились самопроизвольным выкидышем, $4,7 \pm 2,6\%$ – внематочной беременностью. Большая часть, беременностей предшествующих первым родам – $54,7 \pm 2,6\%$ была прервана по желанию женщины медицинским аборт. Поскольку аборт заканчиваются нежеланные беременности, их наступление в настоящее время можно достаточно эффективно контролировать применением современных методов контрацепции, доступных для населения страны. Однако меры предупреждения беременности использовала лишь каждая вторая первородящая женщина ($49,5 \pm 1,7\%$), в то время как $50,5 \pm 1,7\%$ методы какой-либо контрацепции никогда не применяли. Из 446 женщин, прибегавших к контрацепции, лишь 54 ($12,1 \pm 1,5\%$) использовали современные эффективные методы – гормональные и внутриматочные средства, хотя были о них осведомлены.

К категории гинекологически здоровых женщин мы сочли возможным отнести лишь $24,3 \pm 1,4\%$ первородящих, более половины $75,7 \pm 1,4\%$ имели в анамнезе указания на перенесенные гинекологические заболевания. В структуре гинекологической заболеваемости лидируют воспалительные заболевания ($29,5 \pm 1,7\%$), представленные кольпитами различной этиологии и хроническими аднекситами, эндометритами встречаются в единичных случаях. Псевдоэрозия шейки матки, как следствие воспалительных процессов, имеется в анамнезе у каждой десятой первородящей ($11,5 \pm 1,2\%$). Следует обратить внимание, что у юных и первородящих молодого репродуктивного возраста чаще встречаются поражения нижнего отдела полового тракта, в то время как, начиная с 25 летнего возраста, патологические очаги чаще локализуются в верхних отделах. После 30 лет и особенно в старшем репродуктивном возрасте после 35 лет появляется в анамнезе патология, связанная с объёмными образованиями в яичниках, новообразования матки (фибромиомы), нарушения менструального цикла и обусловленные гормональным дисбалансом фолликулярные кисты, первичное или, что чаще, вторичное бесплодие ($8,9 \pm 1,1\%$). Кроме того, появляются указания на перенесенные инвазивные диагностические и оперативные вмешательства.

Большое место занимает инфицированность возбудителями, передаваемыми половым путем, которые выявлены почти у каждой второй из 901 первородящей ($47,8 \pm 1,7\%$). Среди инфекций преобладают хламидии, доля которых составляет $71,9 \pm 2,2\%$, т.е. из каждых 4-х случаев инфекции в 3-х обнаружены хламидии. Следует уточнить, что приведенные цифры основаны на выявлении возбудителя в материале из цервикального канала качественным методом полимеразной цепной реакции, который хорошо себя зарекомендовал в диагностике именно хронических и бессимптомных инфекций. Однако этот метод не позволяет нам ретроспективно дифференцировать два разных понятия - инфицированность и инфекция.

Составить представление о соматическом здоровье первородящих позволяет табл. 3, из которой следует, что к категории здоровых из них отнесены лишь $38,9 \pm 1,6\%$, остальные $61,1 \pm 1,6\%$ женщин имели ту или иную экстрагенитальную патологию, на фоне которой беременность наступила и развивалась. Понятно, что все забо-



левания протекали в достаточно лёгкой форме и все системы организма пребывали в состоянии компенсации, что позволило выносить беременность. Более тяжелые состояния соматического здоровья в соответствии с регламентирующими документами служили медицинским показанием к прерыванию беременности в сроки до 22-28 недель в интересах жизни и здоровья женщины.

Таблица 3

**Состояние соматического здоровья первородящих женщин
в зависимости от возраста**

Характеристика здоровья матерей	Показатель	Возраст рожениц (полных лет)					Всего женщин n=901
		до 20 (n=203)	20-24 (n=212)	25-29 (n=200)	30-34 (n=200)	35 и > (n=86)	
Соматически здоровые	Абс.	99	109	81	46	16	351
	М ±m%*	48,8 ±3,5	51,4 ±3,4	40,5 ±3,5	23,0 ±3,0	18,6 ±4,2	38,9 ±1,6
	М ±m%**	28,2 ±2,4	31,1 ±2,5	23,1 ±2,2	13,1 ±1,8	4,6 ±1,1	
p**					p<0,01	p<0,001	
Имеют фоновую соматическую патологию	Абс.	104	103	119	154	70	550
	М ±m%*	51,2 ±3,5	48,6 ±3,4	59,5 ±3,5	77,0 ±3,0	81,4 ±4,2	61,1 ±1,6
	М ±m%**	18,9 ±1,7	18,7 ±1,7	21,6 ±1,8	28,0 ±1,9	12,7 ±1,4	
p**					p<0,02	p<0,001	
p*		p>0,05	p>0,05	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Всего заболеваний		164	154	179	323	144	964
В среднем на 1 женщину		1,6	1,5	1,5	2,1	2,1	1,8

Примечание: * – по отношению к числу женщин, данного возраста;

** – по отношению к числу женщин, с одинаковым состоянием соматического здоровья.

Анализ структуры соматической патологии показал, что первое место в группе первородящих матерей занимают заболевания мочевыводящих путей, представленные преимущественно пиелонефритом и циститом, на которые приходится 17,3±1,2%, второе – заболевания желудочно-кишечного тракта (16,9±1,2%). На третьем месте в структуре заболеваний стоит железодефицитная анемия, которая выявлена у каждой десятой первородящей женщины (12,7±1,1%), но в абсолютном большинстве случаев анемия протекала в лёгкой форме (I степень). На четвёртое место (11,5±1,0%) вышли состояния, связанные с дисфункцией вегетативной нервной системы – вегето-сосудистая и нейроциркуляторная дистония, которые во всех случаях выставлены терапевтом и которые шифруются в международной классификации болезней в классе психических расстройств. Пятое место (10,1±1,0%) заняла патология класса эндокринной системы и обмена веществ. Эндокринная патология (5,6±0,7%) представлена в основном нарушением функции щитовидной железы, очень редко сахарным диабетом, а нарушения обмена веществ (4,5±0,7%) – исключительно ожирением разной степени. Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы (8,8±0,9%) встречаются главным образом пролапс митрального клапана, который во всех случаях не нарушал функциональную деятельность системы, и кардиоваскулярная гипертензия. Примерно столько же составляют заболевания органа зрения (8,1±0,9%) в виде миопии.

Таким образом, изменившиеся социально-экономические условия в стране, урбанизация населения и связанный с этим пересмотр жизненных приоритетов каждым индивидуумом в отдельности повлекли за собой демографические последствия в виде ориентированности населения на создание малодетной семьи. Вследствие этого в настоящее время в большинстве территорий страны в популяции рожениц преобладают первородящие. Анализ репрезентативной группы первородящих матерей выявил среди них высокий процент факторов риска, совокупность которых оказывает влияние на развитие акушерских осложнений беременности и родов и часто является основанием для оперативного абдоминального родоразрешения, что в силу субъективных и/или объективных обстоятельств однозначно ограничивает возможности последующих беременностей [2].

Литература

1. Демографический ежегодник Белгородской области за 2007 год: Статистический сборник / Белгородстат. – 2008 – 242 с.
2. Комиссарова, Л.М. Абдоминальное родоразрешение первобеременных женщин / Л.М. Комиссарова, З.З. Токова, Ю.В. Мекша // Акуш. и гин. – 2006. – № 2. – С. 18-21.
3. Николаева, Л.Б. Частота и структура акушерских осложнений у первородящих женщин // Л.Б. Николаева, А.Г. Тришкин // IV съезд акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С.181-182.
4. Орлова, В.С. Медицинские и социальные аспекты репродуктивного поведения населения на примере Белгородской области / В.С. Орлова, Ю.В. Колесников, Ю.И. Набережнев, И.В. Калашникова // Акуш. и гин. – 2008. – № 1. – С. 56-60.
5. Орлова, В.С. Плюсы и минусы внебрачной рождаемости / В.С. Орлова, Ю.В. Колесников // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – Т.7, №1. – С.52-55.
6. Печёнкина, Н.С. Сравнительные аспекты течения родов у первородящих женщин юного и старшего репродуктивного возраста / Н.С. Печенкина, С.В. Хлыбова / IV съезд акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С.200-201.
7. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных / О.Ю. Реброва. – М.: Медиа Сфера, 2003. – 312 с.
8. Социальные и медицинские аспекты беременности у несовершеннолетних / С.П. Синчихин [и др.] // Гинекология. – 2008. – Т.10, №4. – С.86-89.
9. Births: final data for 2006 // J.A. Martin [et al.]/ National Vital Statistics Reports. – 2009. – Vol.57, №7. – 104 p.
10. Infertility treatment is an independent risk factor for cesarean section among nulliparous women age 40 and above // E. Sheiner [et al.]/ Am. J. Obstet. Gynecol. – 2001. – Vol.185. – №4. – P.888-892.
11. Yao, S.J. Clinical analysis of 121 cases of elderly pregnancy women // Journal of Gann an Medical University. – 2008. – Vol.28, №2. – P.211-212.
12. A population-based cohort study of birth and neonatal outcome in older primipara // Yuan W. [et al.] / Int. J. Gynecol. Obstet. – 2000. – Vol.68, №2. – P.113-118.

VALUE OF FIRST DELIVERY IN REPRODUCTION OF THE POPULATION OF THE BELGOROD REGION AND RISK FACTORS

I.V. KALASHNIKOVA¹
V.S. ORLOVA¹
Y.Y. DUAN¹
E.V. BULGAKOVA¹
N.P. MELNIKOVA²
M.V. TSARYOVA²

1) Belgorod National Research University

2) Perinatal center of Regional clinical hospital St. Ioasafa, Belgorod

e-mail: valent.or@yandex.ru

The analysis of the data received for the Belgorod region, which is typical of the Central Chernozyom Russian area in a number of parameters, has shown that almost 60 percent of first births currently account for the general birth rate. Against the background of general birth rate reduction in the region's population the last one and a half decades have seen a statistically valid decrease of younger (under 20 years of age) mothers' share from 16.0 ± 0.3 percent in 1990 to 10.8 ± 0.3 percent (p < 0.001) in 2007, including minors (17 years of age and younger); on the other hand, the share of mothers over 30 has registered a statistically valid growth from 18.6 ± 0.3 percent to 23.0 ± 0.3 percent (p < 0.001). Advanced maternal age of primiparas' population is associated with positive building up of medical problems before the beginning of pregnancy (aggravated gynecological and obstetric history) and afterwards (increased rate of obstetric complications, planned cesarean section).

Key words: pregnancy, first delivery, younger primiparas, elder primiparas, risk factors, gestational outcome, obstetric outcome, pregnancy complications.