

Основными показаниями для экстренной операции КС являются декомпенсация плацентарной недостаточности и острая гипоксии плода в родах, аномалии родовой деятельности, несоответствие размеров плода размерам таза матери. В исследуемый период их соотношение значимо не изменилось (таблица 2).

Таблица 2 — Структура показаний к проведению экстренного КС в 2017–2018 гг., n (p ± sp%)

Показатели	2017 г. (N = 133)	2018 г. (N = 80)	Статистическая значимость
Гипоксия плода	47 (35,3 ± 4,2 %)	37 (46,3 ± 5,6 %)	$\chi^2 = 2,1$ ; p = 0,2
Несоответствие размеров плода размерам таза	23 (17,3 ± 3,3 %)	22 (27,5 ± 4,9 %)	$\chi^2 = 2,5$ ; p = 0,1
Аномалии родовой деятельности	44 (33,1 ± 4,1 %)	22 (27,5 ± 4,9 %)	$\chi^2 = 0,5$ ; p = 0,5
Неправильное положение плода	5 (3,7 ± 1,6 %)	0	ТКФ, p = 0,2

### **Выводы**

В 2016 г. отмечен наименьший процент операции КС при наибольшем количестве родов, а также по сравнению с 2015 и 2017 гг. наименьший удельный вес экстренных операций КС (61,2 %; p = 0,02).

В 2017 г. выявлено уменьшение доли КС при многоплодной беременности с 20 до 4,3 % (p = 0,04).

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Савельева, Г. М. Кесарево сечение / Г. М. Савельева, Е. Я. Караганова // Акушерство и гинекология: новости, мнение, обучение. — 2015. — № 2. — С. 53–60.
2. Михайлова, Л. Е. Структура и анализ показаний для оперативного абдоминального родоразрешения в БУ ХМАО-Югры «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» за период 2013 г. — 9 месяцев 2016 г. Классификация Робсона М. Коэффициент эффективности кесарева сечения / Л. Е. Михайлова, Е. И. Горколыцева, Ю. О. Демкина // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. — 2016. — № 4. — С. 6–9.

УДК 314«2014/2018»

## **НАШ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ТРЕНД 2014–2018 ГГ.**

*Недосейкина М. С.<sup>1,2</sup>, Воронович Г. В.<sup>2</sup>, Пашкевич Е. Н.<sup>1,2</sup>,  
Суровцова Е. И.<sup>2</sup>, Прядихина И. А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Современное акушерство характеризуется не только появлением новых технологий в диагностике и лечении, но и появлением новой демографической тенденции — планирование первой беременности после 30 лет. С одной стороны, это осознанный подход к материнству при наличии финансовой и социальной стабильности женщины, а с другой — увеличение числа хронических заболеваний будущей матери, отягощающих течение беременности.

### **Цель**

Изучить возраст наступления первой беременности и родов у пациенток, родоразрешенных в 2004–2018 гг.

### **Материал и методы исследования**

Проведен анализ возрастной структуры, а также паритета родов женщин, родоразрешенных в родовом отделении УГОКБ за период 2014–2018 гг. Для описания качественных

признаков применяли долю (p), и 95 % доверительный интервал (CI<sub>p</sub>), рассчитанный по методу Клопера-Пирсона. Частоту встречаемости качественных признаков оценивали при помощи критерия  $\chi^2$  и точного критерия Фишера (ТКФ). Результаты считали значимыми при  $p < 0,05$ . Для статистического анализа данных использовали программа «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium).

### Результаты исследования и их обсуждение

Распределение рожениц по возрасту представлено на рисунке 1.

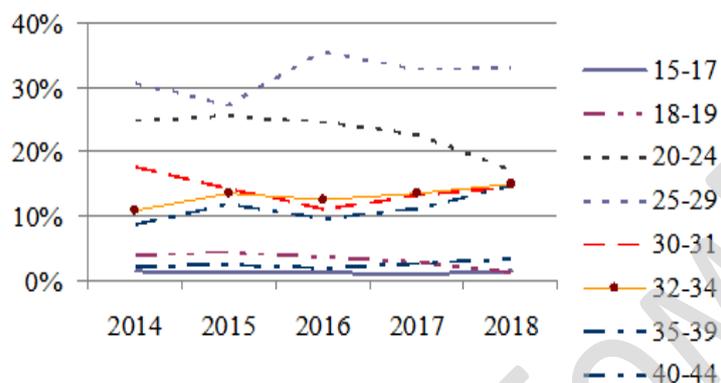


Рисунок 1 — Возрастная структура женщин, родоразрешенных в родовом отделении УГОКБ в 2014–2018 гг.

В акушерстве сложилось мнение, что оптимальным возрастом для наступления первой беременности и родов является период от 20 до 24 лет. Тем не менее, за последние пять отмечено значимое увеличение доли женщин с первыми родами в возрасте старше 25 лет: 1986 (57 %; 55–59) пациенток от 25 до 44 лет против 1162 (33 %; 32–35) женщин в возрасте 20–24 года ( $\chi^2 = 392,1$ ;  $p < 0,0001$ ). Распределение первородящих пациенток по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Возрастная структура первородящих женщин за 2014–2018 гг., n, p%, 95 % CI<sub>p</sub>

Годы	Возраст, лет			
	15–17	18–19	20–24	> 25 лет
2014	26 (3 %; 2–4)	54 (6 %; 5–8)	253 (28 %; 25–31)	568 (63 %; 60–66)
2015	20 (3 %; 2–4)	77 (11 %; 9–13)	231 (32 %; 29–36)	385 (54 %; 50–58)
2016	22 (3 %; 2–4)	58 (7 %; 6–9)	318 (40 %; 37–44)	396 (50 %; 46–53)
2017	15 (2 %; 1–4)	46 (7 %; 5–9)	227 (35 %; 31–39)	360 (56 %; 52–59)
2018	15 (3 %; 2–6)	10 (2 %; 1–4)	133 (31 %; 26–35)	277 (64 %; 59–68)*

Примечание. \* — статистически значимо больше по сравнению с 2017 г. ( $\chi^2 = 6,5$ ;  $p = 0,01$ ), с 2016 г. ( $\chi^2 = 20,6$ ;  $p < 0,0001$ ) и 2015 г. ( $\chi^2 = 9,7$ ;  $p = 0,002$ ).

Увеличение доли рожениц в группе старше 25 лет отмечено преимущественно за счет первородящих пациенток от 30 до 35 лет, которые составили 46 % от всех первородящих четвертой возрастной группы ( $\chi^2 = 5,2$ ;  $p = 0,02$ ).

### Выводы

В 2018 г. отмечено значимое увеличение доли женщин с первыми родами в возрасте старше 25 лет (64 %) по сравнению с 2015 г. ( $p = 0,002$ ), 2016 г. ( $p < 0,0001$ ) и 2017 г. ( $p = 0,01$ ) годами преимущественно за счет рожениц в возрасте 30–35 лет (46 %;  $p = 0,02$ ).

Таким образом, анализ показателей работы акушерско-гинекологической службы дает возможность прогнозировать рост числа женщин, планирующих первую беременность и роды в возрасте старше 30 лет, что в определенной мере связано с увеличением доли осложненных беременностей и родов и оперативного родоразрешения.