

Особливості перебігу вагітності у жінок різного віку

В.В. Маркевич

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: вивчення особливостей перебігу вагітності у жінок різних вікових груп.

Матеріали та методи. Були виділені наступні вікові підгрупи: 8–25, 26–28, 29–30, 31–35, 36–40 років і понад 40 років 715 жінок, серед яких 281 були першороділями, а 434 – повторнороділями. Було проведене клініко-лабораторне та інструментальне обстеження.

Результати. Результати проведених досліджень свідчать, що вагітність у жінок різного віку має свої специфічні особливості, які залежать від репродуктивного анамнезу та наявності супутньої генітальної патології. Частота і тяжкість прееклампсії, затримки розвитку плода 3-го ступеня, передчасних пологів зростає зі збільшенням віку вагітних. Частота переносування вагітності і запізнених пологів має тенденцію до зниження зі збільшенням віку, що пояснюється пильнішою увагою лікарів до «старшої» групи вагітних і активнішою тактикою ведення.

Заключення. Отримані результати треба враховувати під час розроблення тактики ведення вагітності у жінок різного віку та паритету.

Ключові слова: вагітність, ускладнення, різний вік.

Перебіг вагітності і пологів залежить від безлічі чинників, серед яких важливе значення має вік пацієнтки. Як чинники ризику високої частоти ускладнень для матері і дитини дослідниками розглядаються різні вікові градації – вік породіллі до 18 років, понад 30 років, понад 35 років, понад 40 років [1–3]. За даними вітчизняної літератури, для пацієнток різних вікових груп характерні істотні відмінності у перебігу вагітності і пологів, перинатальних результатах, а також зі збільшенням віку пацієнток – у частоті ускладнень ante- і інтранатального періодів [4–5].

У той самий час деякі учені не знаходять істотної різниці у частоті ускладнень вагітності, пологів і перинатальних результатах у жінок різних вікових груп [6–7].

Більшість наведених вище досліджень, присвячених вивченню впливу вікового чинника на перебіг і результати пологів, стосується першороділей старшої вікової групи. Проте відсутні дані про вплив віку на перебіг вагітності і пологів і перинатальні результати у повторнороділей, немає відомостей про особливості перебігу пологів залежно від інтергенеративного інтервалу. Незалежно від віку і паритету пацієнток розглядаються такі важливі демографічні і акушерські показники, як народжуваність, частота ускладнень вагітності, пологів, оперативного розродження, перинатальні наслідки.

Мета дослідження: вивчення особливостей перебігу вагітності у жінок різних вікових груп.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети були виділені наступні вікові підгрупи: 18–25, 26–28, 29–30, 31–35, 36–40 років і понад 40 років 715 жінок, серед яких 281 були першороділями, а 434 – повторнороділями (табл. 1).

У дослідження не були включені пацієнтки з діагностованими вродженими або спадковими захворюваннями плода.

У комплекс проведених досліджень були включені загальноприйняті клінічні, ехографічні, інструментальні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати свідчать, що екстрагенітальні захворювання виявляли у 399 (55,8%) з 715 пацієнток і були представлені:

- вегетосудинною дистонією,
- гіпертонічною хворобою різного ступеня тяжкості,
- хронічним бронхітом,
- тонзилітом,
- хронічним пієлонефритом,
- хронічним гастритом,
- колітом,
- панкреатитом,
- аутоімунним тиреоїдитом,
- метаболічним синдромом,
- ожирінням, міопією,
- дистрофією сітківки тощо.

У 56 (14,0%) пацієнток діагностували поєднання різних захворювань.

У табл. 2 представлена структура екстрагенітальної патології за виділеними віковими підгрупами.

Гінекологічні захворювання в анамнезі: ектопія шийки матки, запальні захворювання матки і її придатків, пухлини і пухлиноподібні утворення яєчників, міома матки, позаматкова вагітність, безплідність різного генезу фіксували у 126 (17,6%) з 715 пацієнток.

Аналіз акушерського анамнезу засвідчив, що частота артіфіційних і мимовільних абортів досягала 32,4% (232 з 715).

З 715 обстежених пацієнток у 688 діагностовано одноплідну вагітність, у 27 – двійню (3,8%).

У результаті застосування ДРТ вагітність настала у 63 (8,8%) з 715 обстежених: одноплідна – у 47, двійнею – у 16.

Під час аналізу перебігу вагітності у пацієнток різних вікових підгруп встановлено, що, як і слід було чекати, частота

Таблиця 1

Вікові підгрупи жінок, n

Показник	18–25 років	26–28 років	29–30 років	31–35 років	36–40 років	>40 років	Усього
Кількість пацієнток	69	61	53	123	346	63	715
З них:							
першороділлі	52	46	35	51	85	12	281
повторнороділлі	17	15	18	72	261	51	434

Екстрагенітальні захворювання у пацієток різних вікових підгруп, %

Захворювання	18–25 років	26–28 років	29–30 років	31–35 років	36–40 років	>40 років
Серцево-судинної системи	8,7	8,2	15,8	20,5	28,3	31,2
Дихальної системи	2,9	1,6	5,7	3,3	1,8	9,5
Сечовидільної системи	7,2	8,2	7,5	12,2	11,0	15,8
Травного тракту	5,6	3,3	9,4	11,4	11,6	14,3
Ендокринної системи	5,6	4,9	9,4	7,3	8,1	12,7
Органів зору	7,2	9,8	9,4	12,2	7,2	12,7

Таблиця 3

Частота неускладненого перебігу вагітності у жінок різних вікових груп, %

Показник	Вік					
	18–25 років	26–28 років	29–30 років	31–35 років	36–40 років	>40 років
Частота неускладненого перебігу вагітності	59,8	56,3	53,5	39,1	30,2	24

неускладненого перебігу вагітності зменшувалася зі збільшенням віку обстежених пацієток (табл. 3).

Як видно з отриманих даних, частота неускладненого перебігу вагітності практично не розрізнялася у пацієток віком 18–25, 26–28 і 29–30 років, що у 2,3–2,5 разу перевищувало цей показник у пацієток віком понад 40 років.

При цьому у всіх вікових підгрупах частота ускладнень вагітності була вища у повторнороділей – в 1,2–1,8 разу.

Основні ускладнення вагітності в обстежених пацієток були представлені прееклампсією, затримкою розвитку плода (ЗРП) на тлі плацентарної дисфункції (ПД), загрозою переривання, переносуванням.

Перебіг вагітності ускладнився прееклампсією різного ступеня тяжкості у 6,6% пацієток (47 з 715). Аналіз частоти даного ускладнення з урахуванням виділених вікових груп продемонстрував наявність прямої кореляції частоти прееклампсії і віку пацієток. Так, частота прееклампсії у пацієток віком 18–25, 26–28, 29–30, 31–35, 36–40 років і понад 40 років становила відповідно 4,7%, 5,6%, 6,3%, 7,9%, 8,4% та 8,5%. Аналіз частоти прееклампсії з урахуванням ступеня її тяжкості засвідчив, що підвищення частоти (з 3,3% – у пацієток віком 18–25 років до 5,2% – у пацієток віком понад 40 років) зі збільшенням віку пацієток стосувалося лише середніх і тяжких форм даного ускладнення вагітності. У той самий час стосовно прееклампсії легкого ступеня тяжкості цієї закономірності виявлено не було.

Проведений аналіз частоти прееклампсії середнього і тяжкого ступенів у пацієток різних вікових підгруп залежно від паритету підтвердив загальноприйняту точку зору, що прееклампсія – «хвороба першороділей». Так, частота даного ускладнення у першороділей перевищувала таку у повторнороділей у 3,45 разу у підгрупі 18–25-річних, у 2,92 разу – у 26–28-річних, в 1,63 разу – у 29–30-річних, в 1,43 разу – у 31–35-річних і в 1,24 разу – у 36–40-річних.

Якщо серед першороділей з прееклампсією переважали пацієтки молодого віку (18–25 років – 24,2% і 26–28 років – 25%), то серед повторнороділей – пацієтки більш старшого віку. Так, у групі повторнороділей з прееклампсією частка пацієток віком понад 30 років становила 75,7%.

ЗРП та ПД були виявлені у 54 (7,6%) з 715 обстежених пацієток всіх вікових підгруп. З 54 спостережень у 18 пацієток ЗРП та ПД розвинулися на тлі прееклампсії середнього і тяжкого ступенів, у 18 – тривалої загрози переривання, у 8 – багатоплідності (в одного або обох плодів), у 5 па-

цієток – гіпоплазії плаценти. У решти 5 пацієток причина ПД не була з'ясована.

Загальна частота ЗРП (1, 2, 3-го ступенів) становила 13%, 13,1% і 11,3% у вікових підгрупах 18–25, 26–28, 29–30 років відповідно. У більш старших вікових підгрупах ці показники були значно нижчі: 7%, 5,8%, 4,8% у пацієток віком 31–35, 36–40 та понад 40 років відповідно.

Ураховуючи явне протиріччя між отриманими результатами і даними літератури, які демонструють підвищення частоти ЗРП з віком вагітних [1–2], був проведений аналіз її частоти з урахуванням ступеня вираженості у різних вікових підгрупах.

Під час детальнішого аналізу встановлена чітка залежність від віку жінки ступеня тяжкості цього ускладнення.

ЗРП 2-го ступеня спостерігалася з приблизно однаковою частотою у всіх вікових підгрупах, становлячи серед усіх пацієток із ЗРП 40,1%, 37,5%, 51,3%, 57,2%, 49%, 47,9% відповідно у вагітних віком 18–25, 26–28, 29–30, 31–35, 36–40 і понад 40 років.

У той самий час значущі відмінності стосувалися кореляції з віком ЗРП 1-го і 3-го ступенів. Так, якщо у вагітних у віці до 30 років (18–25, 26–28, 29–30 років) частота ЗРП 1-го ступеня була достатньо висока (56,9%, 62,5% і 48,7% відповідно), то виражену (3-й ступінь) ЗРП виявляли лише в одній пацієнтки 20-річного віку. Серед пацієток віком понад 30 років ЗРП 1-го ступеня виявляли з частотою 24,5% у 31–35-річних, зі значно нижчою частотою – 10,2% – у 36–40-річних і не виявлена у жодної пацієнтки віком понад 40 років. Це, мабуть, і пояснює нижчі показники частоти ЗРП без урахування ступеня її вираженості у вагітних старшого віку.

Навпаки, частота ЗРП 3-го ступеня у пацієток віком 30 років прогресивно підвищувалася, становлячи 18,3%, 40,8% і 52,1% відповідно у 31–35-річних, 36–40-річних і у вагітних віком понад 40 років, що є сповна закономірним.

З 12 пацієток із ЗРП 3-го ступеня дистрес плода за даними кардіомоніторингового спостереження (різке зниження варіабельності серцевого ритму, ареагитивний або слабореактивний нестресовий тест) була діагностована у 4 (33,3%).

Динамічне спостереження за станом плодів у пацієток із ЗРП включало також оцінювання стану артеріального і венозного кровотоку у системі мати–плацента–плід.

Порушення гемодинаміки у різних ланках системи мати–плацента–плід виявлені у 25 (46,3%) з 54 пацієток із ЗРП. У всіх цих вагітних діагностували виражену ЗРП 2-го і 3-го ступенів.

Ізольоване підвищення судинної резистентності у маткових артеріях спостерігалось в 11 (20,4%) з 54 вагітних (гіпертонічна хвороба, тривала загроза переривання, прееклампсія).

Порушення кровотоку в артерії пуповини, як ізольовані, так і поєднані з патологічним кровотоком у маткових артеріях, відзначено у 7 (12,9%) з 54 вагітних (ЗРП 2–3-го ступеня).

У 3 пацієнок з тяжкою прееклампсією на тлі гіпертонічної хвороби, ЗРП 3-го ступеня виявлено критичні порушення гемодинаміки в артерії пуповини, а також ознаки централізації кровообігу.

У 2 (66,7%) з 3 пацієнок із ЗРП 3-го ступеня і критичним станом артеріального кровотоку спостерігалось і порушення венозного кровотоку, що слугувало причиною дострокового оперативного розродження у терміни 34 і 35 тиж вагітності відповідно.

Як встановлено у даному дослідженні, гемодинамічні порушення у системі мати–плацента–плід частіше спостерігалось у пацієнок зі старших вікових підгруп, що пояснюється вищою частотою у них і виражених ступенів ЗРП, і тяжких форм прееклампсії.

Під час аналізу частоти ЗРП у першо- і повторнороділей виявлено деякі відмінності. У першороділей чітко просліджувався тенденція до наростання частоти даного ускладнення (від 5,4% – у віці 18–25 років до 14,3% – у пацієнок віком понад 40 років) зі збільшенням віку. Вищі показники частоти цього ускладнення у першороділей старшого віку пояснювалися більш високим відсотком вагітностей, що настали у результаті застосування ДРТ, багатоплідністю.

Що стосується повторнороділей, то частота ЗРП не залежала від віку пацієнок і була практично на одному рівні у всіх вікових підгрупах.

Загроза переривання ускладнила перебіг вагітності у 187 (26,2%) з 715 пацієнок. Частота загрози переривання вагітності у жінок віком понад 30 років в 1,65 рази перевищувала таку у пацієнок молодшого віку – до 30 років, що узгоджується з даними літератури і є давно встановленим фактом. Проте під час детальнішого аналізу даного показника з урахуванням виділених вікових градацій були виявлені істотні відмінності.

Так, дещо несподівано виявилася висока частота загрози переривання вагітності у підгрупі пацієнок віком 18–25 років (21,3%), що, мабуть, слід пояснити недостатньою фізіологічною зрілістю репродуктивної системи – з 15 пацієнок 12 (80,0%) були віком молодше 20 років. Цікаво, що частота загрози переривання серед пацієнок віком 18–25 років була практично ідентичною аналогічному показнику у пацієнок віком 31–35 років. Найнижчі показники частоти загрози переривання вагітності спостерігалось у 26–28- і 29–30-річних пацієнок.

Навпаки, що абсолютно закономірно й очікувано, найбільш високі показники частоти даного ускладнення (більше 30%) були виявлені у пацієнок старших вікових підгруп: у 108 (31,2%) з 346 вагітних віком 36–40 років і у 21 (33,3%) з 63 вагітних віком понад 40 років. Факторами, що зумовлюють розвиток загрози переривання вагітності у цих вікових підгрупах пацієнок, були обтяжений гінекологічний анамнез, настання вагітності у результаті застосування ДРТ, звичне невиношування різного генезу, багатоплідність. У 25 (19,4%) зі 129 жінок цих двох старших вікових підгруп виявлено поєднання несприятливих чинників, у 10 (7,8%) зі 129 причина загрози переривання вагітності залишилася нез'ясованою.

Зі 187 пацієнок, у яких вагітність ускладнилася загрозою переривання, у 138 (73,8%) була доношена вагітність. Діагноз загрози переривання вагітності у більшості з них ґрунтувався на скаргах пацієнтки і виявленні підвищеного тонуусу матки під час пальпаторного дослідження. Можливо, у частини цих пацієнок (у 113 зі 138 – 81,9%) мала місце гіпердіагностика даного ускладнення, підтвердженням чого слугує і той факт, що довжина шийки матки за даними трансвагінальної ехографії була у межах гестаційної норми. В останніх 25 (18,1%)

пацієнок, у яких діагностували «коротку» шийку матки протягом вагітності, пологи відбулися у 38–41 тиж. Це узгоджується з думкою низки авторів, які відзначали, що 60–70% жінок з «короткою» шийкою матки народжують вчасно [4–5]. Сприятливому результату вагітності при цьому, поза сумнівом, сприяє терапія, що своєчасно проводиться.

Передчасні пологи відбулися лише у 49 (26,2%) зі 187 вагітних із загрозою переривання вагітності. З 49 пацієнок 34 (69,4%) були з одноплідною вагітністю, останні 15 (30,6%) – з двійнями. У цю групу з несприятливим результатом вагітності увійшли пацієнтки із тривалою загрозою переривання, вираженим вкороченням шийки матки за даними трансвагінальної ехографії.

Зі збільшенням віку обстежених пацієнок частота передчасних пологів достовірно підвищувалася, становлячи 4,3% у віковій підгрупі 18–25 років, 6,3% – у підгрупі 26–28 років, 5,6% – у підгрупі 29–30 років, 8,4% – у підгрупі 31–35 років, 9,1% – у підгрупі 36–40 років і 12,4% – у віковій підгрупі понад 40 років. Тобто, найбільш високою частотою передчасних пологів характеризувалась група пацієнок віком понад 40 років. Пояснення цьому факту можна знайти у вищій частоті багатоплідності (5,2%) у підгрупі пацієнок віком понад 40 років. Але навіть за одноплідної вагітності частота передчасних пологів у них перевищувала таку у пацієнок віком молодше 30 років більш ніж у 2 рази.

Під час порівняльного аналізу частоти загрози переривання вагітності протягом періоду гестації і частоти передчасних пологів були виявлені цікаві особливості. Незважаючи на те що у групі найбільш молодих пацієнок (18–25 років) частота загрози переривання досягала 21,3%, передчасно народили лише 3 з 69 жінок – 4,3%. Певну роль вікового чинника ще раз підтверджує і те, що за однакової частоти загрози переривання вагітності у пацієнок віком 18–25 і 31–35 років (21,3 і 20,8% відповідно) передчасні пологи у більш старшій віковій підгрупі спостерігалось майже удвічі частіше (8,4% проти 4,3%).

Аналіз частоти передчасних пологів з урахуванням паритету засвідчив зростання даного показника зі збільшенням віку як у першо-, так і в повторнороділей. У той самий час більш значущі відмінності у частоті передчасних пологів залежно від віку пацієнок фіксували у першороділей: 4,1% у віковій підгрупі 18–25 років і 17,9% – у жінок віком понад 40 років. У повторнороділей аналогічні показники становили 5,8% і 11,2% відповідно.

Дещо інші дані були отримані під час аналізу частоти переносування з урахуванням паритету. Частота цього ускладнення у повторнороділей з віком збільшувалася (2,5% – у 18–25 років, 4,4% – у 31–35 років, 6,4% – у пацієнок віком понад 40 років). Що стосується першороділей, то частота переносування була приблизно однаковою у вагітних у віці до 36 років, становлячи 9,4%, 11,2%, 9,6%, 11,2% у вікових підгрупах 18–25, 26–28, 29–30, 31–35 років відповідно. У першороділей віком 36–40 років частота даного ускладнення становили 6,6%, що було в 1,5–2 рази нижче, ніж у молодших. Серед першороділей віком понад 40 років переносування не діагностовано в жодному спостереженні. Отримані результати продемонстрували, що першороділей старшого віку (понад 35 років) частіше розроджують у плановому порядку.

Переносуванням і запізнілими пологами ускладнилася вагітність у 45 (6,3%) з 715 пацієнок. Частота цього ускладнення вагітності мала тенденцію до зниження зі збільшенням віку, становлячи 8,3% у віковій підгрупі 18–25 років і 5,2% – у пацієнок віком понад 40 років. Як випливає з отриманих даних, частота переносування була схожою у 18–25- і 26–28-річних (8,3% і 8,8% відповідно), 29–30- і 31–35-річних (7,5 і 7% відповідно), а також у пацієнок віком 36–40 років і понад 40 років (5,1 і 5,2% відповідно). Отже, найнижчі показники частоти переносування вагітності відзначені серед пацієнок віком 36 років і старших. Настільки низьку частоту запізнілих пологів у цій віковій категорії пацієнок мож-

на пояснити пильнішою увагою лікарів до «старшої» групи вагітних, активнішою тактикою ведення: допологова госпіталізація і підготовка шийки матки до пологів, розширення показань до планового кесарева розтину, що дозволяло не допустити переносування.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що вагітність у жінок різного віку має свої специфічні особливості, які залежать від репродуктивного анамнезу та наявності су-

путньої генітальної патології. Частота і тяжкість преєклампсії, затримки розвитку плода 3-го ступеня, передчасних пологів зростає зі збільшенням віку вагітних. Частота переносування вагітності і запізнених пологів має тенденцію до зниження зі збільшенням віку, що пояснюється пильнішою увагою лікарів до «старшої» групи вагітних і активнішою тактикою ведення.

Отримані результати треба враховувати під час розроблення тактики ведення вагітності у жінок різного віку та паритету.

Особенности течения беременности у женщин различного возраста

В.В. Маркевич

Цель исследования: изучение особенностей течения беременности у женщин различных возрастных групп.

Материалы и методы. Были выделены следующие возрастные подгруппы: 8–25, 26–28, 29–30, 31–35, 36–40 лет и более 40 лет 715 женщин, из которых 281 была первородящей, а 434 – повторнородящими. Было проведено клинико-лабораторное и инструментальное обследования.

Результаты. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что беременность у женщин различного возраста имеет свои специфические особенности, которые зависят от репродуктивного анамнеза и наличия сопутствующей генитальной патологии. Частота и тяжесть преэклампсии, задержки роста плода 3-й степени, преждевременных родов повышается с увеличением возраста беременных. Частота перенашивания беременности и запоздалых родов имеет тенденцию к снижению с увеличением возраста, что объясняется более пристальным вниманием врачей к «старшей» группе беременных и более активной тактикой ведения.

Заключение. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения беременности у женщин различного возраста и паритета.

Ключевые слова: беременность, осложнения, различный возраст.

Features of course of pregnancy at women of various age

V.V. Markevich

The objective: to study features of course of pregnancy at women of various age groups

Materials and methods. Us were allocated the following age subgroups: 8–25, 26–28, 29–30, 31–35, 36–40, more than 40 years, among 715 women from whom 281 were primipara, and 434 – multipara. Clinical-laboratory and tool examination were conducted.

Results. Results of the conducted researches testify that pregnancy at women of various age has the specific features which depend on the genesial anamnesis and existence of accompanying genital pathology. Frequency and gravity of preeclampsia, a growth inhibition of fetus of 3 degrees, premature births increases with augmentation of age of pregnant women. Frequency of prolongation of pregnancy and overdue labors tends to depression with age augmentation that is explained by closer attention to the «senior» group of pregnant women and more active tactics of maintaining.

Conclusion. The received results needs to be considered to development of tactics of conducting pregnancy at women of various age and parity.

Key words: pregnancy, complications, various age.

Сведения об авторе

Маркевич Валентина Владимировна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бойко В.І., Болотна М.А., 2013. Плацентарна дисфункція у юних первородящих у порівняльному аспекті. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика: 22:5:1:58–63.
2. Бойко В.І., Болотна М.А., 2015. Діагностика та профілактика плацентарної дисфункції у юних жінок, які народжують вперше. Здоров'я жінки: 8:110–112.
3. Болотна М.А., 2014. Перинатальна патологія у жінок, які народжують вперше до 18 років. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л.Шупика:23:6:1:14–17.
4. Болотна М.А., 2014. Вагітні до 18 років – як група ризику акушерської та

перинатальної патології. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л.Шупика: 23:6:2:20–23.

5. Хаца І.І., Трещак І.І., 2008. Особливості гормонального статусу в період гестації первородящих старше 30 лет. Збірник наукових праць «Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імуно-

гії та медичної генетики». Київ-Луганськ:5:119–121.

6. Яковлева Е.Б., 2011. Частота і структура перинатальної смертності у різних вікових групах жінок, які народжують вперше. Одеський медичний журнал:3:97-103.
7. Яковлева Э.Б., 2014. Юный возраст матери и состояние здоровья ребенка. Педиатрия.: 3:62–65.

Статья поступила в редакцию 23.04.2018