УДК 618.2/5:616-053-06

ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

ДЕМЕНИНА Н.К., ПОДОЛЬСКИЙ ВЛ.В., СОРОКИН А.В., ИЩЕНКО А.И., МИЛЕВСКИЙ А.В.

г. Киев

В статье представлены особенности здоровья женщин позднего репродуктивного возраста. Представленные нами данные свидетельствуют об увеличении количества родов у возрастных беременных и соответственно росте частоты осложнений течения беременности и родов.

Во всем мире женщины откладывают рождение ребенка по различным причинам. Карьерный рост или преследование каких-то финансовых целей, улучшение методов контрацепции, увеличение продолжительности жизни, качества высшего образования и т.д., считаются возможными причинами этого явления [2, 4]. Количество детей, рожденных женщинами после 30-и лет, постепенно увеличивается в течение последнего десятилетия [10].

В соответствии с рекомендацией Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO), женщина, будучи беременной впервые в возрасте 35 лет и более, считается «возрастной первородящей», и роженица в возрасте 35 лет и старше на момент родов тоже считается «возрастной первородящих» или «позднеродящей».

В настоящее время возраст до 35 лет женщины часто рассматривается в литературе как максимально безопасный для материнства [6, 16].

Эта граница в последнее время передвигается ближе к 40 годам и дальше [5, 11, 12, 17, 19, 22, 24]. В настоящее время, тенденция к поздней первой беременности наблюдается все чаще в развитых странах. Опубликованные данные о рисках, связанных с рождением ребенка после 35 лет противоречивы. Принято считать, что женщины > 35 лет имеют повышенный риск развития осложнений во время беременности. Общее состояние здоровья женщин в возрасте старше 35 лет часто неудовлетворительное [1, 6, 9]. Женщины в этом возрасте страдают от заболеваний сердечно-сосудистой системы, гипертонии, тромбозов, сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы, дегенеративных изменений позвоночника, а также заболеваний почек [7, 15, 18]. С возрастом организм женщины подвергается многочисленным изменениям, влияющим в последующем на течение беременности и здоровье растущего ребенка. Естественные процессы старения эндокринной системы и органов, участвующих в процессе оплодотворения, зачатия и вынашивания имеют первостепенное значение [8, 13, 24]. Хорошо известно, что частота сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается с возрастом [5, 15]. Это соотношение менее выражено, но уже просматривается и в репродуктивном периоде: так, распространенность гипертензии у 25-30 летних женщин составляет ~ 1,5% и увеличивается почти в 4 раза в последующие 10 лет [20, 21]. Некоторые исследования показали, увеличение случаев дородового кровотечения, неправильного предлежания [23], ургентного родоразрешения через естественные родовые пути и кесарева сечения [14, 15, 21], а также смерти плода [3, 12]. Поздний возраст матери также является фактором риска гипотрофии плода, преждевременных родов [9], предлежания плаценты [18], и дистресса плода [7]. Нет никаких сомнений, что женщины в возрасте > 35 лет имеют больше дородовых осложнений, а также патологические роды в связи с частичным отделением плаценты в родах и оперативным родоразрешением [21, 22].

Перинатальная смертность у возрастных женщин, в большинстве случаев, связанна с паритетом, низким социально-экономическим статусом, преждевременными родами, задержкой внутриутробного развития плода, врожденными аномалиями и осложнениями родов, такими как асфиксия, родовые травмы и инфекции [1, 19].

Одной из основных проблем акушерства является течение беременности и родов, состояние здоровья потомства у возрастных первородящих.

Следует ожидать дальнейшего повышения частоты родов у женщин в возрасте 40 лет и старше благодаря успехам лечения бесплодия, невынашивания беременности и достижениям пренатальной диагностики, а также с планированием деторождения на более поздний возраст, т.к. желание иметь ребенка у некоторых женщин появляется только после достижения определенного материального благополучия [11, 14, 16].

Наиболее благоприятным для рождения первого ребенка считается возрастной период от 20 до 30 лет. К первородящим старшего возраста принято относить женщин в возрасте 30 лет и старше. Частота этой группы женщин в различных регионах колеблется от 2,75 до 22% от количества всех рожениц. Особенности течения гестационного процесса зависят от многих факторов, среди которых большое значение имеет возраст.

До сих пор нет единого мнения о том, является ли возраст женщины старше 40 лет фактором риска. Большинство авторов указывают, что беременность у женщин старше 40 лет протекает патологически, а роды сопровождаются рядом тяжелых осложнений как для матери, так и для ребенка [4, 8, 13].

Поздний репродуктивный возраст, по мнению многих авторов, является одним из факторов риска развития фетоплацентарной недостаточности и гестозов [10, 17, 20]. Ранние и поздние гестозы, угроза прерывания беременности, преждевременные роды, перенашивание беременности, преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности приводят к увеличению количества оперативных вмешательств, увеличению перинатальной заболеваемости и смертности [23]. Кроме того, в этой возрастной группе наиболее высока частота аномалий и пороков развития плода [1, 24], возникновение которых обусловлено, по мнению некоторых авторов, не только возрастом матери, но и возрастом отца старше 40 лет [2, 6, 19].

Однако есть сведения, что поздний возраст матери при отсутствии осложнений в антенатальном периоде не влияет на здоровье плода и исход беременности [3, 5, 18] и может быть сведен к минимуму при квалифицированной акушерской помощи [12].

М.У. Марсаидова [3] отмечает, что к позднему репродуктивному возрасту женщины переносят до 5 и более соматических, а также воспалительных заболеваний половых органов и приобретают не менее 2-3 хронических соматических болезней. С возрастом увеличивается частота миомы матки (у 20% женщин старше 30 лет и у 53,3-63,5% после 40 лет), которая является одной из причин невынашивания беременности и кровотечений, предлежания и преждевременной отслойки нормально или низко расположенной плаценты, нарушений родовой деятельности.

Среди генитальной патологии у возрастных первородящих женщин ведущее место занимают такие заболевания как миома матки (27,8%), эрозия шейки матки (17%), хронический аднексит (6,7%), бесплодие (11,1%), уреаплазмоз (5,6%). У возрастных первородящих женщин основными осложнениями беременности являются поздние гестозы (50%), анемия (27,8%), ХФПН (16,7%), угроза прерывания беременности (16,7%), гестационный сахарный диабет (5,5%). С увеличением возраста первородящих женщин повышается частота преждевременных родов. Роды часто сопровождаются такими осложнениями как несвоевременное излитие околоплодных вод (27,8%), первичная слабость родовой деятельности (11,1%), разрывы шейки матки (11,1%), угрожающий разрыв промежности (5,5%), задержка частей последа (5,5%). У матерей старше 35 лет состояние новорожденных при рождении, оцененное по шкале Апгар, значительно ниже в сравнении с контрольной группой и часто требует реанимационных мероприятий. Послеродовый период первородящих женщин старше 30 лет характеризуется большим числом осложнений (субинволюция матки), что требует более длительного пребывания этих женщин в стационаре (в среднем от 8 до 12 суток) [3].

Проведенный нами обзор литературы свидетельствует о высокой частоте осложненного течения беременности и родов у первородящих старшего возраста, что неблагоприятно влияет на здоровье новорожденных.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вдовиченко Ю.П., Талько О.В. Шляхи зниження акушерських та перинатальних ускладнень у жінок віком понад 40 років // Перинатологія та педіатрія. – 2003. – № 2. – С. 12-16.
2. Медков В.М. Демография. 2-е изд. (серия «Высшее образование») (ГРИФ); Инфра-М; М., 2008. – 683 с.
3. Мирсаидова М.У. Особенности гестационного процесса, родов, перинатальных исходов, послеродового периода и лактации у женщин позднего репродуктивного возраста: автореф. дисс. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. «Акушерство и гинекология» / М. У. Мирсаидова. – Душанбе, 2004. – 19 с.
4. Мишко А.С. Профілактика невиношування вагітності у жінок, які народжують вперше у пізньому репродуктивному віці : Автореф. дис… канд. мед. наук.; К., 2008 – 19 с.
5. Талько О.В. "Профілактика перинатальної патології у вагітних віком понад 40 років." Автореф. дис… канд. мед. наук. – К., 2005. – 19 с.
6. Ушакова Г. А. Течение беременности и родов, состояние здоровья потомства у первородящих женщин / Г. А. Ушакова, Л. Б. Николаева, А. Г. Тришкин // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 2. – С. 3-5.
7. Berkowitz, G.S., Skovron, M.L., Lapinski, R.H. et al. (2010) Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. N. Engl J. Med., 322, 659–664.
8. Biesiada L, Jaworska-Pietraszek J, Krajewski PZ i wsp. P ne macie rzy stwo jako czynnik ryzyka dla p odu. Klin Perinatol Ginekol 2006; 42: 48-52.
9. Callaghan WM, Berg CJ. Pregnancy-related mortality among women aged 35 years and older, United States, 1991-1997. Obstet Gynecol 2003; 102: 1015-21.
10. Callaway LK, Lust K, McIntyre HD. Pregnancy outcomes in women of very advanced maternal age. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2005; 45: 12-6.
11. Chan, B.C. and Lao, T.T. (2009) Influence of parity on the obstetric performance of mothers aged 40 years and above. Hum. Reprod., 14, 833–837.
12. Childbearing beyond maternal age 50 and fetal outcomes in the United States / Salihu H.M., Shumpert M.N., Slay M. e.a. // Obstet. Gynecol. – 2003. - Vol. 102, № 5 (Pt 1). - P. 1006-1014.
13. Cleary, R., Beard, R., Coles, J. et al. (2004) Comparative hospital databases: value for management and quality. Qual. Health Care, 3, 3–10.
14. Cnattingius, R., Cnattingius, S. and Notzon, F.C. (2008) Obstacles to reducing cesarean rates in a low-cesarean setting: the effect of maternal age, height, and weight.Obstet. Gynecol., 92, 501–506.
15. Detection and false-positive rates of maternal serum markers for Down syndrome screening according to maternal age in women over 35 years of age. A study of the agreement of eight dedicated software packages / Harlap S., Paltiel O., Deutsch L. e.a. // Prenat. Diagn. - 2002. - Vol.22, № 5. - P. 350-353.
16. Hincz P, Wojciechowska E, Podciechowski L i wsp. P ne macierzy stwo – przebieg ci y i porodu powy ej 35. roku ycia. Przegl Menopauz 2006; 5: 80-4.
17. Janeczko J, Mora-Janiszewska O, Ficek L. Charakterystyka zagro e ci y i porodu u kobiet po 39 roku ycia, w materiale Szpitala Wojew dzkiego nr 2 w Rzeszowie. Ginekol Pol 2006; 77: 26-32.
18. Ka mierczak W, Fiedler-Rudol P, W grzyn P i wsp. Przebieg ci y i porodu u kobiet poni ej 18 oraz powy ej 35 roku ycia w populacji wielkomiejskiej G rnego l ska. Ginekol Pol 2005; 76: 980-5.

19. Lehmann, D.K. and Chism, J. (2007) Pregnancy outcome in medically complicated and uncomplicated patients aged 40 years or older. Am. J. Obstet. Gynecol., 157,738–742.
20. Salleh AA.The effect of increasing maternal age on the course and outcome of pregnancy. Iraqi J Comm Med. 2002;15:13-17.
21. Shapiro, H. and Lyons, E. (2009) Late maternal age and postdate pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol., 160, 909–912.
22. Studziński Z. Ciąża i poród u kobiet po 40 roku życia. Wiad Lek 2004; 57: 145-50.
23. Ustun Y, Engin –Ustun Y, Meydanil M, Atmaca R, Kafkasli A. Maternal and neonatal outcomes in pregnancies at 35 and older age group. J Turkish German Gynecol Assoc 2006;6:46-48.
24. Witek A, Bojdys-Szyndlar M. Ciąża po 40 roku życia – nowa norma w położnictwie. Przegl Menopauz 2006; 5: 306-10.

УДК 612.62:618.11-002.1

СТАН ГОРМОНАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗУ ТА ЙОГО РОЛЬ В ПОРУШЕННІ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК ІЗ ХРОНІЧНИМ САЛЬПІНГООФОРИТОМ В СТАДІЇ ЗАГОСТРЕННЯ

ДЗІСЬ Н.П.

м. Вінниця

Основні гормони аденогіпофіза відіграють ключову роль у процесі фізіологічного дозрівання організму, що включає в себе і становлення репродуктивної функції жінки [1; 2; 7]. Відомо, що контроль гіпоталамо-гіпофізарного комплексу центральна нервова система забезпечує за допомогою нейротрансміттерів – біогенних амінів, опіоїдних нейропептидів, гіпоталамічних та гіпофізарних гормонів [3; 4; 6].

За даними О.Ф. Серова та співавт. (2003) порушення на різних рівнях гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної системи можуть бути спричинені залишковими явищами після перенесеного запального процесу, психогенними та невротичними розладами, частими внутрішньоматковими втручаннями, що вказує на складність патогенезу хвороби.

С.П. Писарєва та А.Г. Корнацька (2005) вказують, що порушення синтезу стероїдних гормонів, простагландинів, стресорні фактори, порушення функції наднирникових залоз, порушення метаболізму простагландинів призводять до порушення функції матки та маткових труб, що супроводжується невиношуванням вагітності, позаматковою вагітністю.

Зважаючи на те, що гормональні порушення є характерними для багатьох видів гінекологічної патології, необхідно досконало вивчити анамнез, клінічний перебіг, тривалість захворювання, оцінити ефективність проведеної терапії, виключити прояви соматичної патології.

Враховуючи вищевикладене метою роботи стало вивчення функціонального стану гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи у жінок із хронічним сальпінгоофоритом в стадії загострення.

Матеріали і методи дослідження

Характеристику гормонального статусу жінок досліджуваних груп вивчали шляхом визначення рівня в сироватці крові фолікулостимулюючого (ФСГ), лютеїнізуючого (ЛГ) гормонів, естрадіолу (Е2), прогестерону (П), тіреотропного гормону (ТТГ), пролактину, дегідроепіандростендіолу-сульфат (ДГЕА-С), тестостерону (Т). Дослідження проводили за допомогою імунохімічної системи ACCESS з використанням наборів реагентів фірми Beckman Coulter (США).