

УДК 618.2-055.25

https://doi.org/10.33619/2414-2948/84/36

## РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К РОДРАЗРЕШЕНИЮ ВОЗРАСТНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

©*Маирабова А. А., Ошский государственный университет,  
г. Ош, Кыргызстан, mashrabova1986@gmail.com*

©*Ураимова Э. Д., Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызстан,  
Uraimovaelmira08@gmail.com*

## RATIONAL APPROACH TO THE DELIVERY OF AGE PRINCIPAL WOMEN

©*Mashrabova A., Osh State University, Osh, Kyrgyzstan, mashrabova1986@gmail.com.*

©*Uraimova E., Osh State University, Osh, Kyrgyzstan, Uraimovaelmira08@gmail.com.*

*Аннотация.* Выполнен ретроспективный анализ случаев родоразрешения первородящих старше 35 лет. Определена значимость показаний для оперативного родоразрешения; проведена сравнительная оценка исходов родов при консервативном и оперативном родоразрешении. На основании полученных результатов оптимизирована тактика родоразрешения в зависимости от индивидуальных факторов перинатального риска. Все пациентки позднего репродуктивного возраста должны быть отнесены к группе высокого риска по развитию токсикоза, гестоза, угрозы прерывания беременности и преждевременных родов. Необходимо учитывать, что терапия угрозы прерывания в этой группе препаратами ПГ может быть малоэффективна и подбор доз этих препаратов необходимо проводить индивидуально.

*Abstract.* A retrospective analysis of cases of delivery in primiparas older than 35 years was performed. The significance of indications for operative delivery has been determined; a comparative assessment of the outcomes of childbirth with conservative and operative delivery was carried out. Based on the obtained results, the tactics of delivery was optimized depending on individual perinatal risk factors. All patients of late reproductive age should be assigned to a high risk group for the development of toxicosis, preeclampsia, threatened miscarriage and premature birth. It should be borne in mind that the therapy of the threat of interruption in this group with PG drugs may be ineffective and the selection of doses of these drugs must be carried out individually.

*Ключевые слова:* возрастные первородящие, пренатальное тестирование, факторы риска, оперативное родоразрешение, акушерская патология, исход родов, вспомогательные репродуктивные технологии, психосоматические здоровые женщины.

*Keywords:* age-related primiparas, prenatal testing, individual risk factors, operative delivery, obstetric pathology, birth outcome, assisted reproductive technologies, psychosomatic healthy women.

### *Введение*

В течение последних 20 лет отмечается значительное увеличение числа женщин, рожаящих первого ребенка в возрасте, превышающем привычные традиционные рамки — от 18 до 28 лет [3, 9].

Категория возрастных первородящих является объектом повышенного внимания акушеров более 50 лет. И. Ф. Жордания называл «пожилыми перво-родящими» женщин в возрасте 28 лет и старше. На Всемирном конгрессе Международной федерации акушеров и гинекологов в 1958 г. в Монреале было решено отнести к категории «старых» первородящих женщин в возрасте старше 35 лет [11].

Признан ряд основных причин первых родов после 35 лет:

- позднее начало половой жизни;
- нежелание иметь детей в более молодом возрасте, связанное с возрастанием роли женщины в экономической и общественно-политической жизни современного общества, что объясняет более позднее вступление в брак, а также нежелание иметь детей в период учебы;
- возрастание случаев частоты первичного и вторичного бесплодия, обусловленных генитальным инфантилизмом, гормональными нарушениями и перенесенными воспалительными заболеваниями, а также мужским фактором, в связи с чем беременность наступает при применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) или во втором браке;
- не вынашивание предыдущих беременностей по причине хронического воспалительного процесса половых органов, миомы матки, эндокринных заболеваний и антифосфолипидного синдрома [1, 6, 7].

Число осложнений во время беременности и родов у «возрастных» первородящих значительно превышает их количество у молодых. Так, в 2 раза чаще встречаются гестаз и плацентарная недостаточность. Значительно чаще, чем у «молодых» первородящих, возникают аномалии родовой деятельности. У «возрастных» первородящих чаще встречается многоплодная беременность, возникшая в результате применения ВРТ [3, 7].

В связи с осложненным течением беременности и родов у женщин старше 35 лет частота оперативного родоразрешения превышает среднестатистические показатели в 5-6 раз [2, 10].

Повышение количества кесарева сечения у «возрастных» первородящих приводит в ряде случаев к осложнениям послеродового периода, связанным с соматической патологией женщин и осложненным течением беременности [7]. При абдоминальном родоразрешении отмечается также более частое нарушение адаптации новорожденного [2].

При этом недооценка факторов риска приводит к неблагоприятному исходу беременности [1, 3, 6].

Тактика родоразрешения у беременных старше 35 лет по-прежнему является актуальной и достигается при тщательном анализе всех факторов акушерского и перинатального риска [1, 5, 8, 9].

Частота и многообразие форм акушерской патологии в родах у возрастных первородящих требуют применения различных методов предупреждения осложнений и ускорения родового процесса. В зависимости от уровня развития акушерства и существовавших взглядов на патогенез осложнений тактика ведения родов у возрастных первородящих различная. Однако во все времена усилия врачей направлялись на ускорение родов и устранение ригидности тканей родовых путей.

Основываясь на клинических наблюдениях, морфологических, биохимических и гистерографических исследованиях, по нашему мнению, целесообразно выделить 2 группы возрастных первородящих женщин.

К I группе следует отнести психосоматически здоровых женщин с благоприятным акушерско-гинекологическим анамнезом, у которых первые роды в 35 лет и позже явились следствием позднего брака. Наши исследования показали, что у этой категории

первородящих женщин нет особых отклонений в половом развитии и течении овариально-менструального цикла. При специальной подготовке в процессе родов, роды у таких женщин могут протекать без осложнений.

II группу составляют первородящие женщины с явлениями полового инфантилизма (поздно появились и не сразу установились менструации, первичное бесплодие, привычные выкидыши и др.). Как правило, у этой категории первородящих женщин без предварительной специальной подготовки во время беременности наблюдаются тяжелые осложнения в течении родов.

Тактика ведения беременности и родов в указанных двух группах возрастных первородящих различная. Общие положения о ведении беременности у возрастных женщин обеих групп сводятся к следующему: все первобеременные женщины в возрасте 35 лет и старше должны быть выявлены и взяты на специальный учет в женских консультациях в наиболее ранние сроки (2-3 месяца беременности).

При обследовании возрастных первородящих женщин особое внимание должно быть уделено выявлению явных и скрытых признаков инфантилизма (позднее начало и расстройство менструации, бесплодие, выкидыши), послеабортных осложнений, перенесенных воспалительных процессов матки и придатков, экстрагенитальных заболеваний и других отягощающих факторов, являющихся причиной первых родов в старшем возрасте. При выявлении каких-либо осложнений беременности у возрастных первородящих их следует направлять в стационар для обследования и патогенетического лечения. Для предупреждения осложнений во время беременности и родов всем возрастным первородящим женщинам необходимо определить гормональное зеркало по цитологической картине влагалищного мазка, начиная с более ранних сроков беременности (13-14 недель) с последующей гормональной коррекцией выявленных нарушений.

У женщин 35 лет и старшего возраста с признаками отставания в половом развитии, эстрогенная насыщенность организма и экскреция прегнандиола ниже, чем у здоровых. Это создает предпосылки к недостаточному накоплению актомиозинового комплекса сократительных белков и нарушению обмена веществ в матке при наступлении беременности. Поэтому весьма целесообразной была бы циклическая гормональная коррекция небольшими стимулирующими гипофиз-гипоталамическую систему дозами половых гормонов еще до беременности в течение 2-3 менструальных циклов. Если такое лечение не проведено, то у женщин создается патологический фон для угрозы прерывания беременности и слабости родовой деятельности в предстоящих родах.

Исследование проведено в два этапа на базе родильного дома г. Ош в период с 2017 по 2020 г.

На первом этапе методом сплошной выборки нами были проанализированы 649 историй родов, прошедших в родильном доме г. Ош с 2017 г по 2020 г. После выявления общего числа «поздних» родов за указанный период (350 пациенток), из проанализированного материала была сформирована ретроспективная группа. В нее вошли 50 историй родов пациенток в возрасте 40-45 лет. На втором этапе методом случайной выборки была сформирована проспективная группа (150 беременных), которая по возрастному критерию была разделена на основную (100 беременных позднего репродуктивного возраста) и группу сравнения (50 пациенток оптимального репродуктивного возраста). В основной группе нами было выделено две подгруппы 36-39 и 40-45 лет. Отдельно изучалось течение беременности и родов у возрастных первородящих женщин.

С учетом поставленных задач, всем пациенткам основной группы помимо сбора анамнеза, традиционного клинико-лабораторного и антропометрического обследования проводили:

– общее анкетирование, исследование социальной фрустрированности и уровня невротизации. Уровень социальной фрустрированности изучался по методике Л. И. Вассермана (модификация В. В. Бойко). Невротическая предрасположенность выявлялась с помощью экспресс-опросника К. Хека и Х. Хесса.

– определение концентрации прогестерона и эстрадиола в латентную и активную фазу родов в сыворотке крови выполняли радиоиммунологическим методом.

– многофакторальную оценку состояния здоровья детей, рожденных женщинами позднего репродуктивного возраста, проводили по 6 критериям (методика Макаровой З. С.) на базе кафедры поликлинической педиатрии ОшГУ. Результаты сравнивали с установленными в педиатрии нормативами для детей данного возраста [5].

Все полученные данные были обработаны с помощью статистического пакета. Для каждого вариационного ряда рассчитывали среднюю и ошибку средней арифметической. Оценку достоверности различий результатов исследования проводили по критерию Манна-Уитни, парному критерию Стьюдента для параметрических критериев и критерию  $\chi^2$  — для непараметрических. Разницу считали достоверной, если величина  $p$  не превышала 0,05.

Выявлено, что количество 36-39-летних родильниц за последнее десятилетие увеличилось в 1,5 раза, а 40-45-летних почти в 2,5 раза. Это согласуется с общемировой тенденцией к увеличению числа «поздних родов», широко освещенной в литературе [8]. Частота выполнения операции кесарева сечения среди пациенток старшего репродуктивного периода, по нашим данным, нарастала вплоть до середины 2000-х годов, после чего отмечена тенденция к регулируемому снижению частоты оперативных родов в этой возрастной группе.

Причины увеличения числа «поздних беременностей» мы нашли во взрослении старших детей (56%), достижении женщинами после 35 лет необходимого социального и материального статуса (28%), развитии вспомогательных репродуктивных технологий (10%). Пациентки позднего репродуктивного возраста менее социально фрустрированы (средний индекс фрустрированности 1,26) и подвержены неврозу (4% выявления против 8,7% у беременных оптимального репродуктивного возраста).

При анализе гинекологической и соматической заболеваемости были получены результаты, созвучные с данными Г. Т. Сухих, А. В. Шуршалиной [10], отметивших высокую частоту встречаемости и больший, по сравнению с молодыми пациентками, спектр соматических и гинекологических заболеваний, у женщин старше 35 лет.

В структуре экстрагениальной заболеваемости в позднем репродуктивном возрасте наиболее распространены нарушения жирового обмена (64%) и патология ЖКТ (32%), а так же заболевания системы мочевого выделения (25%), усугубляющие тяжесть течения гестоза в данной возрастной группе.

Наши исследования подтвердили положение о возрастном снижении фертильности, в том числе обусловленном гинекологическими заболеваниями и большим числом искусственных абортов [6]. В структуре гинекологической заболеваемости доминировали миома матки (34% обследованных основной группы против 2% в группе сравнения) и эктопии шейки матки (70%, против 30% в группе сравнения).

Вместе с тем, такие заболевания, как аденомиоз, гиперплазия и полипы эндометрия у беременных позднего репродуктивного возраста встречались редко предположительно потому, что в настоящее исследование вошли женщины, репродуктивное здоровье которых позволило им забеременеть после 36-40 лет. Следовательно, процент заболеваний,

вызывающих снижение фертильности или бесплодие, априори не мог быть высоким среди обследуемых нами пациенток позднего репродуктивного возраста.

Тем не менее, почти каждая четвертая пациентка (23%) основной группы страдала в анамнезе первичным или вторичным бесплодием. Эти данные коррелируют с количеством искусственных абортов на ранних сроках в анамнезе у пациенток позднего репродуктивного возраста (38,3% среди 36-39-летних и 60% среди 40-45-летних). В группе сравнения этот процент не превышал 20%, что подтверждает отрицательное влияние искусственного прерывания беременности на фертильность женщины, особенно после 35 лет. С учетом выше описанных соматических и гинекологических заболеваний, нами выявлены ведущие осложнения течения беременности и родов у пациенток позднего репродуктивного возраста. Токсикоз отмечен у 33% беременных основной группы, гестоз у 25%, угроза прерывания беременности, с трудом поддающаяся терапии и переходящая в угрозу преждевременных родов — у 22% наблюдаемых старше 35 лет, анемия — в 17% наблюдений. Причем, наиболее угрожаемы по развитию осложнений течения беременности и родов, согласно нашим данным, были первородящие старше 35 лет. В течении гестоза в данной возрастной группе ведущими симптомами были отеки и протеинурия.

Самым частым осложнением течения родов у пациенток позднего репродуктивного возраста является преждевременное излитие вод (35%). Интересно, что у первородящих позднего репродуктивного возраста преждевременное излитие околоплодных вод происходило реже, чем у повторнородящих (30% против 36%). Это не согласуется с мнением Е. М. Овчинникова [7], согласно которому именно у первородящих данной возрастной категории риск преждевременного излития вод особенно велик. С другой стороны, важно учесть, что в группе первородящих старше 35-40 лет оперативно были родоразрешены 85% пациенток, причем большинство из них — планово. Очевидно, это уменьшило возможный процент преждевременного излития вод в данной группе.

В дальнейшем, исходя из исследований А. А. Оразмурадова, С. А. Князева на фоне столь частого преждевременного излития околоплодных вод мы ожидаемо должны были констатировать высокий процент аномалий родовой деятельности, особенно у первородящих позднего репродуктивного возраста [8]. Однако, аномалии родовой деятельности отмечены нами лишь у 1 пациентки 36-39 лет (1,7%) и у 1 женщины 40-45 лет (2,5%) [8].

Если рассмотреть в комплексе описанные особенности течения родов у женщин основной группы, а именно: высокий процент преждевременного излития околоплодных вод, относительно небольшую продолжительность родов ( $5,9 \pm 1,9$  и  $6,4 \pm 2,24$  часа соответственно) и высокую частоту операции кесарева сечения (в 1А подгруппе прооперирована каждая третья пациентка, в 1Б — каждая вторая), можно предположить, что большая часть обследованных женщин была оперативно родоразрешена до постановки диагноза аномалия родовой деятельности и без стимуляции родов.

Следует подчеркнуть, что частота оперативного родоразрешения у женщин позднего репродуктивного возраста за последние 10 лет возросла. В первую очередь это относится к пациенткам 40-45 лет. Именно у них операция кесарева сечения в конце десятилетия выполнялась почти в 1,5 раза чаще, чем в начале 2010-х годов.

Подобную тактику можно считать верной и оправданной, исходя из полученных нами результатов анализа содержания половых стероидов и чувствительности рецепторов миометрия к ним у женщин разных возрастов.

При нормальном течении беременности, родов и отсутствии признаков плацентарной недостаточности состояние и адаптация новорожденных являются удовлетворительными. В

этих условиях возможно консервативное родоразрешение пациенток возрастной группы первородящих старше 35 лет.

Однако, если индивидуальный перинатальный риск, вычисленный при предварительном пренатальном тестировании, превышает среднестатистические показатели, выбор метода родоразрешения всегда должен склоняться в сторону планового кесарева сечения, даже если к моменту родоразрешения состояние беременной и плода с точки зрения акушерской оценки и данных пренатальных методов исследования является удовлетворительным.

1. Первородящим 35 лет и старше необходимо проведение пренатального тестирования с целью оценки индивидуального перинатального риска.

2. Эхографическое выявление патологии пуповины (краевое прикрепление, истинный узел, обвитие вокруг шеи плода) необходимо считать как дополнительный фактор перинатального риска, что определяет расширение показаний к оперативному родоразрешению.

3. Высокий показатель индивидуального перинатального риска по результатам пренатальной оценки является показанием для планового оперативного родоразрешения.

#### *Список литературы:*

1. Абрамченко В. В. Беременность и роды высокого риска. М.: МИА, 2004. 400 с.
2. Кертис Г. Беременность после 30 лет. СПб: Весь, 2001. 448 с.
3. Князев С. А., Галина Т. В., Костин И. Н. Сравнительный анализ методов определения перинатального риска // Акушерство и гинекология. 2006. №3. С. 12-15.
4. Коваленко М. С. Медико-социальная характеристика беременных женщин «критических возрастных групп». Рязань. 2009. С. 47-54.
5. Кузнецов М. И., Цахилова С. Г. Клиническое значение раннего прогнозирования осложненного течения беременности. Пренатальная диагностика. М: Реальное время. 2004. С. 119-123.
6. Машрапова А. А. Методические подходы к изучению проблемы состояние здоровья, течения беременности и родов у первородящих женщин в возрасте 30 лет и старше // Известия ВУЗов Кыргызстана. 2019. №11. С. 63-67.
7. Овчинникова Е. М. К вопросу тактики ведения родов у рожениц с высоким инфекционным риском // Омский научный вестник. 2008. №1. С. 65-73.
8. Оразмурадов А. А., Князев С. А., Факторы, влияющие на исход беременности и родов у женщин позднего репродуктивного возраста // Акушерство и гинекология. 2006. №4. С. 153-158.
9. Радзинский В. Е., Оразмурадов А. А., Князев С. А. Запланированное кесарево сечение при высоком перинатальном риске // Акушерство и гинекология. 2007. №5. С. 59-64.
10. Сухих Г. Т., Шуршалина А. В. Хронический эндометрит. М., 2010. 64 с.
11. Jahromi B. N., Husseini Z. Pregnancy outcome at maternal age 40 and older // Taiwanese journal of obstetrics and gynecology. 2008. V. 47. №3. P. 318-321. [https://doi.org/10.1016/S1028-4559\(08\)60131-X](https://doi.org/10.1016/S1028-4559(08)60131-X)

#### *References:*

1. Abramchenko, V. V. (2004). *Beremennost' i rody vysokogo riska*. Moscow. (in Russian).
2. Kertis, G. (2001). *Beremennost' posle 30 let*. St. Petersburg. (in Russian).
3. Knyazev, S. A., Galina, T. V., & Kostin, I. N. (2006). *Sravnitel'nyi analiz metodov opredeleniya perinatal'nogo riska*. *Akusherstvo i ginekologiya*, (3), 12-15. (in Russian).

4. Kovalenko, M. S. (2009). Mediko-sotsial'naya kharakteristika beremennykh zhenshchin "kriticheskikh vozrastnykh grupp". Ryazan', 47-54. (in Russian).
5. Kuznetsov, M. I., & Tsakhilova, S. G. (2004). Klinicheskoe znachenie rannego prognozirovaniya oslozhnennogo techeniya beremennosti. Prenatal'naya diagnostika. Moscow, 119-123. (in Russian).
6. Mashrabova, A. A. (2019). Metodicheskie podkhody k izucheniyu problemy sostoyanie zdorov'ya, techeniya beremennosti i rodov u pervorodnyashchikh zhenshchin v vozraste 30 let i starshe. *Izvestiya VUZov Kyrgyzstana*, (11), 63-67. (in Russian).
7. Ovchinnikova, E. M. (2008). K voprosu taktiki vedeniya rodov u rozhenits s vysokim infektsionnym riskom. *Omskii nauchnyi vestnik*, (1), 65-73. (in Russian).
8. Orazmuradov, A. A., & Knyazev, S. A., (2006). Faktory, vliyayushchie na iskhod beremennosti i rodov u zhenshchin pozdnego reproduktivnogo vozrasta. *Akusherstvo i ginekologiya*, (4), 153-158. (in Russian).
9. Radzinskii, V. E., Orazmuradov, A. A., & Knyazev, S. A. (2007). Zaplanirovannoe kesarevo sechenie pri vysokom perinatal'nom riske. *Akusherstvo i ginekologiya*, (5), 59-64. (in Russian).
10. Sukhikh, G. T., & Shurshalina, A. V. (2010). Khronicheskii endometrit. Moscow. (in Russian).
11. Jahromi, B. N., & Hussein, Z. (2008). Pregnancy outcome at maternal age 40 and older. *Taiwanese journal of obstetrics and gynecology*, 47(3), 318-321. [https://doi.org/10.1016/S1028-4559\(08\)60131-X](https://doi.org/10.1016/S1028-4559(08)60131-X)

Работа поступила  
в редакцию 10.10.2022 г.

Принята к публикации  
22.10.2022 г.

Ссылка для цитирования:

Машрабова А. А., Ураймова Э. Д. Рациональный подход к родоразрешению возрастных первородящих женщин // Бюллетень науки и практики. 2022. Т. 8. №11. С. 290-296. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/84/36>

Cite as (APA):

Mashrabova, A., & Uraimova, E. (2022). Rational Approach to the Delivery of Age Principal Women. *Bulletin of Science and Practice*, 8(11), 290-296. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/84/36>