

Статья поступила в редакцию 30.08.2023 г.

Елгина С.И., Овчарова П.А., Шибельгут Н.М., Батина Н.А., Рудаева Е.В., Мозес К.Б., Мозес В.Г.
Кемеровский государственный медицинский университет,
Кузбасская клиническая больница им. С.В. Беляева,
г. Кемерово, Россия

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

По данным Росстата, уровень рождаемости в РФ за 2022 год сократился на 8,6 % по сравнению с аналогичными показателями за 2021 год. Средний возраст женщины при рождении ребенка составляет 28 лет 10 месяцев. При этом доля женщин позднего репродуктивного возраста в возрастной структуре рождаемости растет. Однако, с увеличением возраста женщины, возрастает влияние факторов, которые повышают риски неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов. Женщины позднего репродуктивного возраста имеют более старший возраст первых родов, чаще прибегают к применению вспомогательных репродуктивных технологий, входят в группу риска по преэклампсии, преждевременным родам, и требуют индивидуального подхода к ведению беременности и родов.

Ключевые слова: беременность; исходы родов для матери и плода; поздний репродуктивный период

Elgina S.I., Ovcharova P.A., Shibelgut N.M., Batina N.A., Rudaeva E.V., Moses K.B., Moses V.G.
Kemerovo State Medical University,
Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia

THE COURSE OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN OF LATE REPRODUCTIVE AGE

According to Rosstat, the birth rate in the Russian Federation for 2022 decreased by 8.6 % compared to the same indicators for 2021. The average age of a woman at the birth of a child is 28 years 10 months. At the same time, the share of women of late reproductive age in the age structure of fertility is growing. However, with increasing age of a woman, the influence of factors that increase the risks of adverse obstetric and perinatal outcomes increases. Women of late reproductive age have an older age of the first birth, more often resort to the use of assisted reproductive technologies, are at risk for preeclampsia, premature birth and require an individual approach to the management of pregnancy and childbirth.

Key words: pregnancy; delivery outcomes for mother and fetus; late reproductive period

По данным Росстата, уровень рождаемости в РФ за 2022 год сократился на 8,6 % по сравнению с аналогичными показателями за 2021 год. Средний возраст женщины при рождении ребенка составляет 28 лет 10 месяцев. При этом доля женщин позднего репродуктивного возраста в возрастной структуре рождаемости растет. Современная женщина вначале отдает предпочтение получению образования, карьере, налаживает семейно-бытовые взаимоотношения и, только достигнув материальных и духовных благ, задумывается о реализации репродуктивной функции. Однако, с увеличением возраста женщины, возрастает влияние факторов, которые повышают риски неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов [1-3].

Беременные позднего репродуктивного возраста (35-49 лет) относятся к группе повышенного риска в отношении акушерско-гинекологической патологии, среди них велик удельный вес первородящих, страдавших в анамнезе гинекологическими заболеваниями, невынашиванием беременности, первичным или вторичным бесплодием. Однако в наши дни роды в возрасте старше 40 лет становятся объ-

ективной реальностью современного акушерства [4-6]. Возраст 42 года определен как критический для зачатия, хотя отклонения в ту и другую сторону могут быть существенными. Женщины 40-50 лет составляют 30 % от числа женщин репродуктивного возраста России, многие из них осуществляют активную профессиональную деятельность и решают вопросы семейно-брачных отношений. Хотя частота овуляций и половых контактов к 45 годам и старше урежается, однако у части женщин может повышаться сексуальность.

Среди беременных и родивших в возрасте старше 35 лет преобладают женщины, поздно вступившие в первый брак, вступившие в повторный брак, а также одинокие лица, решившие создать неполную семью. Беременность в позднем репродуктивном периоде редко бывает планируемой. Нежелательная беременность у женщин старше 40 лет является значительным риском как для матери, так и для плода, и часто бывает психологически и социально неприемлема. Однако большинство женщин позднего репродуктивного возраста (85,8 %) считают наличие детей обязательным условием для соз-

Информация для цитирования:



10.24412/2686-7338-2023-4-46-51



СМУБДК

Елгина С.И., Овчарова П.А., Шибельгут Н.М., Батина Н.А., Рудаева Е.В., Мозес К.Б., Мозес В.Г. ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА //Мать и Дитя в Кузбассе. 2023. №4(95). С. 46-51.



дания прочной семьи. При этом более половины из них (58,0 %) хотели бы иметь двоих детей, 22,8 % – одного ребенка, и только 14,6 % – трёх детей и более.

Необходимо отметить, что в настоящее время основные причины обращений для восстановления фертильности в перименопаузе – гибель детей, поздний или повторный брак, бесплодие или невынашивание беременности, овариоэктомию в молодом возрасте, социально-экономические факторы. Использование методов вспомогательной репродукции и популяризация их способствуют увеличению числа случаев экстракорпорального оплодотворения в позднем репродуктивном возрасте [7-10].

После 40 лет резко возрастает риск материнской смертности: в возрасте 40-49 лет он в 4 раза выше, чем в 20-29 лет. Показатель перинатальной смертности удваивается при увеличении возраста матери в 2 раза. По данным выборочных исследований, здоровье женщин позднего репродуктивного возраста и перименопаузы значительно нарушено предыдущим периодом и современными условиями жизни. Беременность и роды протекают на фоне экстрагенитальной патологии, которая регистрируется в 60 % случаев, причем у 2/3 пациенток эта патология имеет хронический характер. Данный контингент пациенток относится к группе риска по ишемической болезни сердца, инфарктам, которые могут развиться во время беременности и родов, в послеродовом периоде или спустя несколько лет. Беременность в позднем репродуктивном возрасте способствует возникновению высокого риска невынашивания, гестационного диабета, врожденных аномалий развития плода, фетоплацентарной недостаточности, послеродовых кровотечений, гестозов, рождению детей с низкой массой тела [11-14].

Цель исследования – определить особенности течения беременности, исходы родов и состояние здоровья новорожденных женщин позднего репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ретроспективно проанализированы истории течения беременности и родов женщин, индивидуальные карты развития новорожденных ($n = 556$), из которых I (основная) группа – женщины позднего репродуктивного возраста от 40 лет и старше ($n = 110$), II (контрольная) группа – женщины оптимального репродуктивного возраста 20-25 лет ($n = 446$). Все женщины родоразрешены в Перинатальном центре КОКБ им. С.В. Беляева.

Статистическая обработка данных проводилась с применением интегральной системы для комплексного статистического анализа и обработки данных «Statistica 10». Для анализа количественных данных с распределением, отличным от нормального, в двух независимых выборках использовался критерий Манна-Уитни при уровне значимости $p < 0,05$. Количественные данные представлены медианой (Me) и интерквартильным размахом (25-й и 75-й

квартили) [Q₂₅; Q₇₅]. Для представления качественных признаков использовали относительные показатели (абс., %). Для оценки качественных параметров у пациенток был применен критерий χ^2 Пирсона или точный критерий Фишера в зависимости от минимального предполагаемого числа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст женщин I группы составил 41 [40; 42] год, II группы – 22 [21; 23] года ($p < 0,001$). Большинство женщин I группы были повторно беременными повторнородящими ($\chi^2 = 0,2131$; $p < 0,001$), в то время как женщины II группы – преимущественно были первобеременными первородящими ($\chi^2 = 0,2131$; $p < 0,001$), треть женщин II-й группы имели в анамнезе роды ($\chi^2 = 0,2131$; $p < 0,001$). С одинаковой частотой в обеих группах встречались повторно беременные первородящие женщины ($\chi^2 = 0,0065$; $p = 0,06$.) Обнаружен более поздний средний возраст первых родов у женщин I группы (24 [20; 29] года) в сравнении с женщинами II группы (21 [20; 23] год, $p < 0,001$).

Женщины позднего репродуктивного возраста чаще имели артериальную гипертензию по сравнению с женщинами оптимального репродуктивного возраста ($\chi^2 = 0,9905$; $p < 0,001$), ожирение ($\chi^2 = 0,01721$; $p = 0,002$).

У женщин позднего репродуктивного возраста в анамнезе чаще были медицинские аборт ($\chi^2 = 0,1848$; $p < 0,001$). Предыдущие роды у каждой четвертой женщины старше 40 лет закончились путем операции кесарева сечения, в то время как у женщин оптимального репродуктивного возраста кесарево сечение в анамнезе было в 7,2 % случаев ($\chi^2 = 0,5508$; $p < 0,001$). Настоящая беременность у женщин I группы чаще наступала вследствие вспомогательных репродуктивных технологий ($\chi^2 = 0,0349$; $p < 0,001$).

Течение беременности у женщин старшего репродуктивного возраста чаще протекало на фоне умеренной ($\chi^2 = 0,0558$; $p < 0,05$) и тяжелой ($\chi^2 = 0,0356$; $p < 0,001$) преэклампсии, реже диагностировалась гестационная анемия ($\chi^2 = 0,0091$; $p < 0,001$). Гестационная артериальная гипертензия ($\chi^2 = 0,0019$; $p = 0,3$) и гестационный сахарный диабет ($\chi^2 = 0,0009$; $p = 0,4$) встречались с одинаковой частотой. Не выявлено различий в развитии задержки роста плода в группах ($\chi^2 = 0,0006$; $p = 0,8$) (рис. 1).

У большинства пациенток в обеих группах роды произошли своевременно. Однако частота преждевременных родов у женщин I группы была в 3 раза чаще ($\chi^2 = 0,0236$; $p = 0,003$).

Преждевременный разрыв плодных оболочек ($\chi^2 = 0,0008$; $p = 0,5$) возникал с одинаковой частотой. Половина пациенток старшего репродуктивного возраста была родоразрешены оперативным путем, частота операции кесарева сечения в этой группе женщин была достоверно вдвое больше по сравне-

нию с женщинами оптимального репродуктивного возраста ($\chi^2 = 0,657$; $p < 0,001$).

Показания для проведения планового кесарева сечения у женщин обеих групп не имели отличий. С одинаковой частотой были рубец на матке ($\chi^2 = 0,0231$; $p = 0,04$), тазовое предлежание и неправильное положение плода ($\chi^2 = 0,0137$; $p = 0,12$), совокупность относительных показаний ($\chi^2 = 0,0007$; $p = 0,9$). Однако выявлены различия в показаниях для проведения экстренного кесарева сечения: у женщин I группы основным показанием была тяжелая преэклампсия ($\chi^2 = 0,0424$; $p = 0,006$), во II группе – аномалии родовой деятельности ($p = 0$);

кесарево сечение по причине угрожающего состояния плода в родах ($\chi^2 = 0,0195$; $p = 0,06$) выполнялось с одинаковой частотой (рис. 2).

Материнский травматизм (разрывы промежности различной степени) ($\chi^2 = 0,0072$; $p = 0,09$) и необходимость применения вакуум-экстракции плода в родах ($\chi^2 = 0,0018$; $p = 0,03$) не имели различий.

При изучении неонатальных исходов между антропометрическими показателями, оценкой по шкале Апгар новорожденных, рожденных женщинами разных возрастных групп, значимых различий не выявлено (рис. 3 и 4).

Рисунок 1

Течение беременности у женщин позднего репродуктивного возраста и оптимального репродуктивного возраста

Figure 1

The course of pregnancy in women of late reproductive age and optimal reproductive age

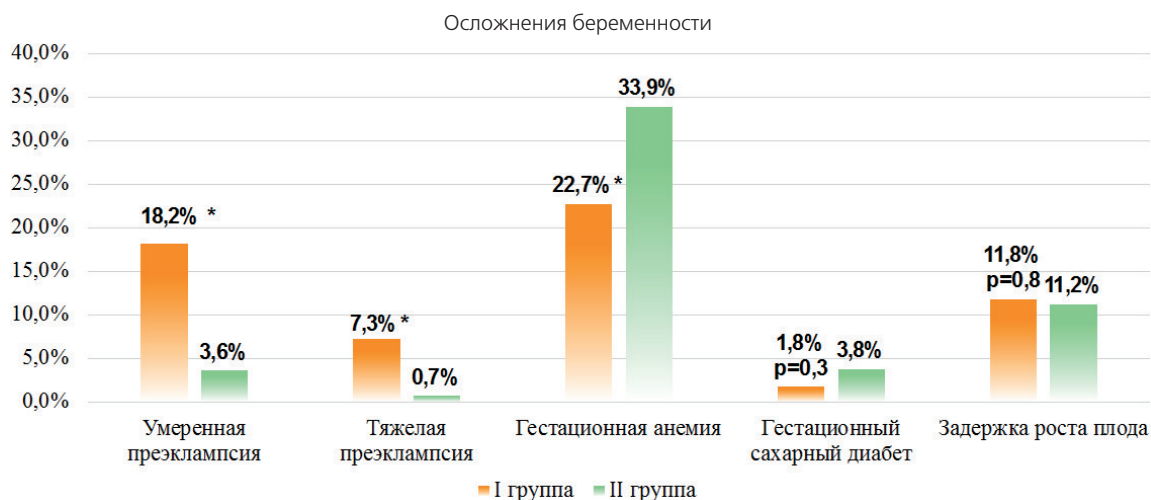


Рисунок 2

Показания для кесарева сечения у женщин позднего репродуктивного возраста и оптимального репродуктивного возраста

Figure 2

Indications for cesarean section in women of late reproductive age and optimal reproductive age

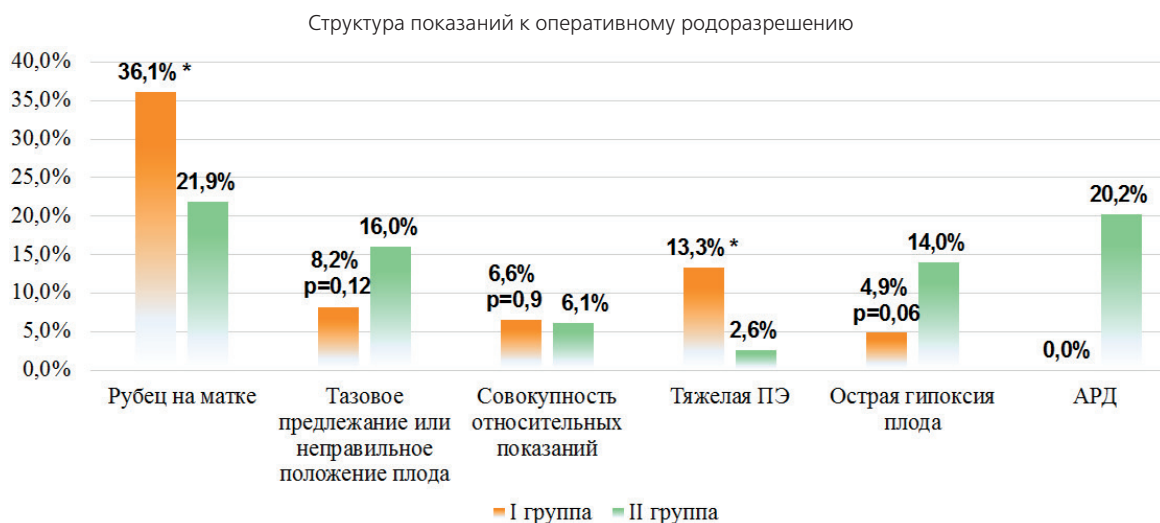


Рисунок 3

Антропометрические показатели новорожденных у женщин позднего репродуктивного возраста и оптимального репродуктивного возраста

Figure 3

Anthropometric indicators of newborns in women of late reproductive age and optimal reproductive age

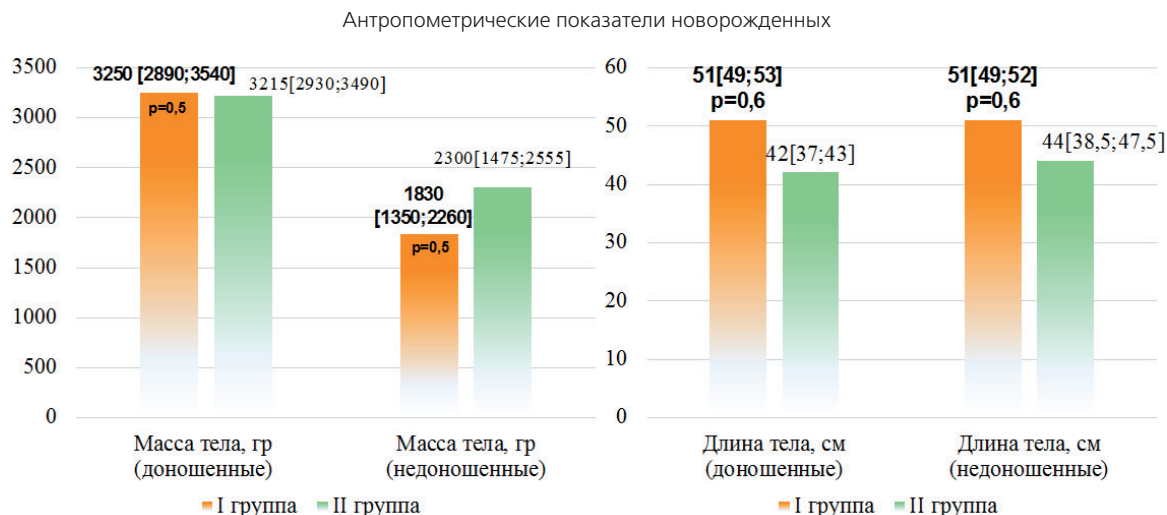
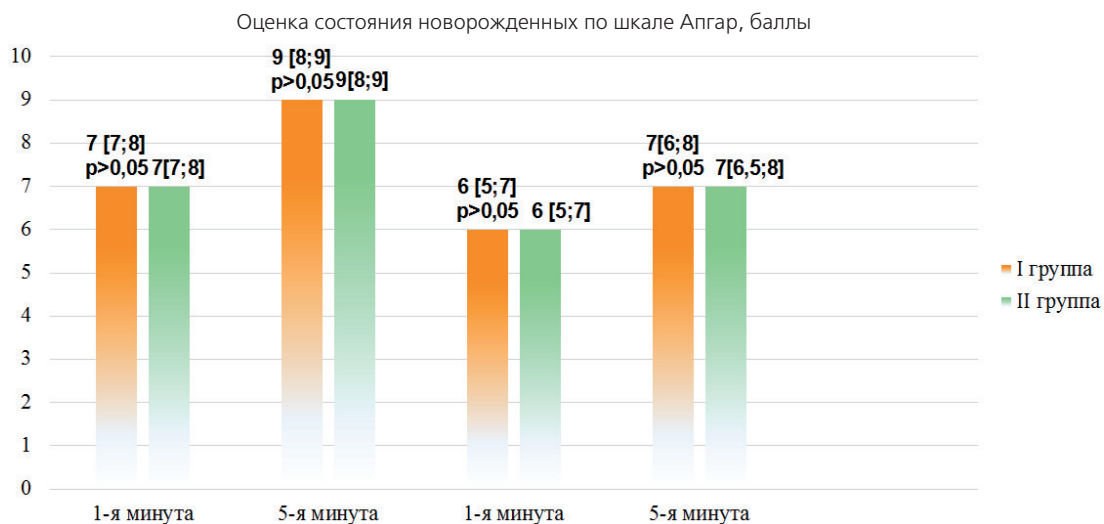


Рисунок 4

Оценка по шкале Апгар новорожденных у женщин позднего репродуктивного возраста и оптимального репродуктивного возраста

Figure 4

Assessment on the Apgar scale of newborns in women of late reproductive age and optimal reproductive age



ВЫВОДЫ

Таким образом, женщины позднего репродуктивного возраста имеют более старший возраст первых родов, чаще прибегают к применению вспомогательных репродуктивных технологий. В группе женщин позднего репродуктивного возраста среди экстрагенитальной патологии преобладают артериальная гипертензия и ожирение. Женщины старшего репродуктивного возраста входят в группу риска по преэклампсии, преждевременным родам и требуют

индивидуального подхода к ведению беременности и родов. Перинатальные исходы в возрастных группах женщин старшего и оптимального репродуктивного возраста значительно не различаются.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Barinov SV, Hamina IV, Tirksya YI, Ralko VV, Dudkova GV, Frickel EA et al. Age-related issues of pregnancy and birth outcomes. *Fundamental and clinical medicine*. 2016; 1: 18-24. Russian (Баринов С.В., Шамина И.В., Тирская Ю.И., Ралко В.В., Дудкова Г.В., Фрикель Е.А. и др. Течение беременности и исходы родов в возрастном аспекте // Фундаментальная и клиническая медицина. 2016. № 1. С. 18-24.)
2. Belotserkovtseva LD, Ivannikov SE, Borisova TD. Influence of maternal age on the course and outcomes of pregnancy at the first birth. (Single-center study). *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2021; 21(4): 48-53. Russian (Белоцерковцева Л.Д., Иванников С.Е., Борисова Т.Д. Влияние возраста матери на течение и исходы беременности при первых родах (одноцентровое исследование) // Российский вестник акушера- гинеколога. 2021. Т. 21, № 4. С. 48-53.) DOI: 10.17116/rosakush20212104148
3. Elgina SI, Kondratova LA. Features of the course of pregnancy and the outcomes of childbirth in young women. *Fundamental and clinical medicine*. 2020; 5(2): 72-78. Russia (Елгина С.И., Кондратова Л.А. Особенности течения беременности и исходы родов у юных женщин // Фундаментальная и клиническая медицина. 2020. Т. 5, № 2. С. 72-78.)
4. Kalinina EA, Syrkasheva AG, Dolgushina NV. Delayed motherhood: current possibilities of preserving the reproductive potential. *Obstetrics and Gynecology*. 2019; 1: 56-61. Russian (Калинина Е.А., Сыркашева А.Г., Долгушина Н.В. «Отсроченное материнство»: современные возможности сохранения репродуктивного потенциала // Акушерство и гинекология. 2019. № 1. С. 56-61.) DOI: 10.18565/aig.2019.1.56-61
5. Ushakova GA, Elgina SI, Surkov NI. Demography and reproductive health of the female population of Kuzbass. Kemerovo, 1997. 44 p. Russian (Ушакова Г.А., Елгина С.И., Сурков Н.И. Демография и репродуктивное здоровье женского населения Кузбасса. Кемерово, 1997. 44 с.)
6. Kuleshova DA, Gustovarova TA, Ivanyan AN, Krukovsky CB, Babich EN. Obstetric and perinatal outcomes in nulliparous women over 40 years of age. *Vestnik of the Smolensk state medical academy*. 2016; 15(1): 62-66. Russian (Кулешова Д.А., Густоварова Т.А., Иванян А.Н., Крюковский С.Б., Бабич Е.Н. Акушерские и перинатальные исходы у первородящих женщин старше 40 лет // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2016. Т. 15, № 1. С. 62-66.)
7. Podzolkova NM, Skvortsova MYu, Prilutskaya SG. Pregnancy after ivf: risk factors of complications. *Russian journal of human reproduction*. 2020; 26(2): 120-131. Russian (Подзолкова Н.М., Скворцова М.Ю., Прилуцкая С.Г. Беременность после ЭКО: факторы риска развития акушерских осложнений // Проблемы репродукции. 2020. Т. 26, № 2. С. 120-131.) DOI: 10.17116/repro202026021120
8. Ogawa K, Urayama KY, Tanigaki S, Sago H, Sato S, Saito S, Morisaki N. Association between very advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: a cross sectional Japanese study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1): 349. DOI: 10.1186/s12884-017-1540-0
9. Correa-de-Araujo R, Yoon SSS. Clinical Outcomes in High-Risk Pregnancies Due to Advanced Maternal Age. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021; 30(2): 160-167. DOI: 10.1089/jwh.2020.8860
10. Dietl A, Cupisti S, Beckmann MW, Schwab M, Zollner U. Pregnancy and Obstetrical Outcomes in Women Over 40 Years of Age. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2015; 75(8): 827-832. DOI: 10.1055/s-0035-1546109
11. Kahveci B, Melekoglu R, Evruke IC, Cetin C. The effect of advanced maternal age on perinatal outcomes in nulliparous singleton pregnancies. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018; 18(1): 343. DOI: 10.1186/s12884-018-1984-x
12. Lean SC, Derricott H, Jones RL, Heazell AEP. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017; 12(10): e0186287. DOI: 10.1371/journal.pone.0186287
13. Morris ME. Evaluation and management of infertility in females of advancing age. Electronic resource. *Literature review current through*. 2021. URL: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/111561>
14. Sheen JJ, Wright JD, Goffman D, Kern-Goldberger AR, Booker W, Siddiq Z, et al. Maternal age and risk for adverse outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2018; 219(4): 390.e1-390.e15. DOI: 10.1016/j.ajog.2018.08.034

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна

650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22 а, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России

Тел: 8 (3842) 73-48-56 Email: elginas.i@mail.ru

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

INFORMATION ABOUT AUTHOR

ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. проф. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: elginas.i@mail.ru

ELGINA Svetlana Ivanovna, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: elginas.i@mail.ru

ОВЧАРОВА Полина Андреевна, клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии им. проф. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: polinotchka_ovcharova@mail.ru

OVCHAROVA Polina Andreevna, clinical resident of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: polinotchka_ovcharova@mail.ru

ШИБЕЛГУТ Нонна Марковна, канд. мед. наук, зам. главного врача по акушерской помощи, ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия. E-mail: nonna.shibelgut@mail.ru

SHIBELGUT Nonna Markovna, candidate of medical sciences, deputy chief physician for obstetric care, Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia. E-mail: nonna.shibelgut@mail.ru

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

INFORMATION ABOUT AUTHORS

БАТИНА Наталья Анатольевна, врач акушер-гинеколог, заведующая родовым отделением, ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.

BATINA Natalya Anatolyevna, obstetrician-gynecologist, head of the obstetrics department, Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia.

РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: rudaeva@mail.ru

RUDAeva Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: rudaeva@mail.ru

МОЗЕС Кира Борисовна, ассистент кафедры поликлинической терапии и сестринского дела, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

MOSES Kira Borisovna, assistant of the department of outpatient therapy and nursing, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, профессор, зам. главного врача по научной деятельности, ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadimmoses@mail.ru

MOSES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, professor, deputy chief physician for scientific activities, Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru