

Особливості перебігу пологів у жінок різного віку

В.В. Маркевич

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

Мета дослідження: вивчення особливостей перебігу пологів 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 серед 715 жінок. З них 281 були першороділлями, а 434 – повторнороділлями. Проведені клініко-лабораторні дослідження та інструментальне обстеження.

Результати. Результати проведених досліджень свідчать, що перебіг пологів у жінок різного віку має свої специфічні особливості, які залежать від віку, репродуктивного анамнезу та наявності супутньої генітальної патології. Частота абдомінального розродження зростає залежно від віку пацієнток та наявності порушень репродуктивної функції. Рівень передчасних пологів також зростає зі збільшенням віку вагітних. Частота переносування вагітності і пологів, що запізнилися, має тенденцію до зниження зі збільшенням віку, що пояснюється пильнішою увагою до вагітних старшої вікової групи і активнішою тактикою ведення.

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

Ключові слова: пологи, ускладнення, різний вік.

Перебіг вагітності і пологів залежить від безлічі чинників, серед яких важливе значення має вік пацієнтки. Як чинник 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 і вітчизняної літератури, для пацієнток різних вікових груп характерні істотні відмінності у перебігу вагітності і пологів, у перинатальних результатах, а також збільшення з віком пацієнток числа ускладнень в анте-і інтранатальний періоди [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 згаданих 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 й акушерські показники, як народжуваність, частота ускладнень вагітності, пологів, оперативного розродження, перинатальні наслідки.

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

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети були виділені наступні вікові підгрупи: 18–25, 26–28, 29–30, 31–35, 36–40 років та понад 40 років серед 715 жінок. З них 281 були першороділлями, а 434 – повторнороділлями (табл. 1).

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

У комплексі проведених досліджень були включені загальноприйнятні клінічні, ехографічні, інструментальні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати свідчать, що екстрагенітальні захворювання діагностували 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 ока тощо.

У 56 (14,0%) пацієнток зафіксували поєднання різних захворювань. У табл. 2 представлена структура екстрагенітальної патології за виділеними віковими підгрупами.

Гінекологічні захворювання в анамнезі: ектопію шийки матки, запальні захворювання матки і її придатків, пухлини і пухлиноподібні утворення яєчників, міому матки, позаматкову вагітність, безплідність різного генезу виявили у 126 (17,6%) з 715 пацієнток.

Результати аналізу акушерського анамнезу засвідчили, що частота артифіційних і мимовільних абортів досягала 32,4% (у 232 з 715 жінок).

З 715 обстежених пацієнток у 688 була одноплідна вагітність, у 27 – двійнята (3,8%).

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

Таблиця 1

Вікові підгрупи жінок

Показник, роки	Загальна кількість	Першороділлі	Повторнороділлі
18–25	69	52	17
26–28	61	46	15
29–30	53	35	18
31–35	123	51	72
36–40	346	85	261
> 40	63	12	51
Усього	715	281	434

Екстрагенітальні захворювання у пацієнок 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

Під час проведення аналізу частоти передчасних пологів з урахуванням паритету зафіксовано зростання даного показника зі збільшенням віку як у першо-, так і в повторнороділей. У той самий час суттєвіші відмінності у частоті передчасних пологів залежно від віку пацієнок виявляли серед першороділей: 4,1% у віці 18–25 років і 17,9% у жінок віком понад 40 років. У повторнороділей аналогічні показники становили 5,8% і 11,2% відповідно.

Через природні пологові шляхи народили 467 (65,3%) з 715 обстежених пацієнок, шляхом кесарева розтину – 248 (34,7%) пацієнок.

Частота кесарева розтину, як і слід було очікувати, корелювала з віком, при цьому максимальна частота абдомінального розродження відзначена у віковій підгрупі пацієнок понад 40 років – 50,3%, що у 4,2 разу вище, ніж серед 18–25-річних (малюнок).

Під час аналізу співвідношення частот екстреного і планового кесарева розтину було встановлено, що у всіх вікових підгрупах доля екстреного кесарева розтину перевищувала долю планового. Але якщо у вікових підгрупах до 30 років частка екстреного кесарева розтину майже удвічі перевищувала частку планового, то у більш старших вікових підгрупах це співвідношення дещо змінювалося на користь планового абдомінального розродження.

Під час аналізу частоти кесарева розтину залежно від паритету встановлено, що у першо- і повторнороділей віком 18–25, 26–28, 29–30 років цей показник був практично однаковим. У той самий час у вікових підгрупах 31–35 років, 36–40 років та понад 40 років частота кесарева розтину була вища у першороділей – 38,8%, 69,8%, 89,3% проти 27,3%, 33,7%, 41,6% у повторнороділей відповідно.

Під час вивчення структури показань до проведення кесарева розтину встановлено, що зі збільшенням віку пацієнок значно збільшується частка таких показань до виконання ке-

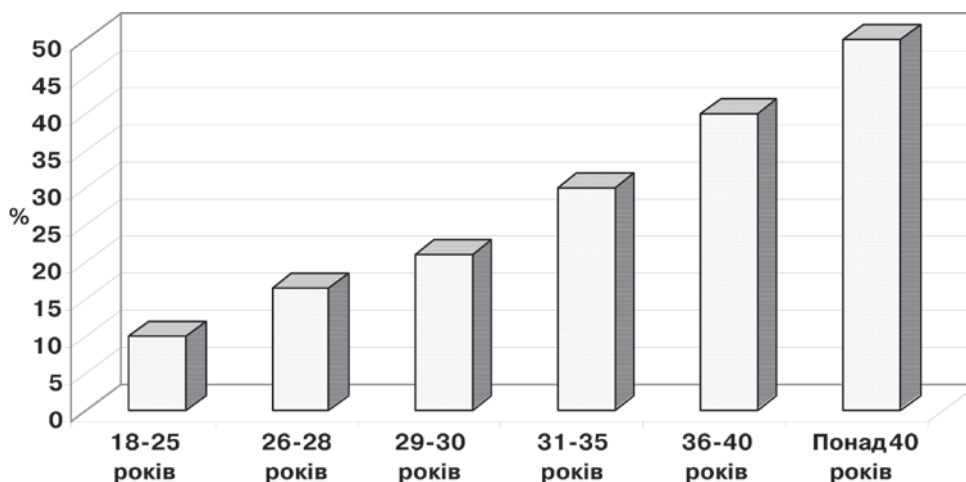
сарева розтину, як екстрагенітальні захворювання, несприятливий перинатальний результат в анамнезі, тривала безплідність, неодноразові спроби застосування ДРТ тощо.

Залежно від віку змінювалося основне показання до оперативного розродження. Так, якщо у 18–25, 26–28, 29–30-річних роділей основними показаннями були тазове передлежання плода і аномалії пологової діяльності, то у вікових підгрупах 36–40 і понад 40 років серед показань лідирував так званий обтяжений анамнез. У пограничній підгрупі пацієнок віком 31–35 років основними показаннями у рівних частинах виявилися обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез (16,3%), тазове передлежання плода (15,4%), аномалії пологової діяльності (16,6%).

Ураховуючи, що майже 30% пацієнок, розроджених шляхом кесарева розтину, прооперовані у зв'язку з наявністю неспроможного рубця на матці, була проаналізована частота цього показання (як головного) у першо- і повторнороділей.

Підвищення частоти кесарева розтину у зв'язку з рубцем на матці відзначено у першороділей, що зумовлено збільшенням з віком числа попередніх оперативних втручань у зв'язку з наявністю міоми матки. Дещо інша картина спостерігалася у повторнороділей: у всіх вікових підгрупах головним показанням до абдомінального розродження був рубець на матці після кесарева розтину – більше 50%.

Як зазначалося вище, розродження через природні пологові шляхи відбулося у 467 (65,3%) з 715 пацієнок різних вікових підгруп: у 169 першороділей і у 298 повторнороділей. Відповідно до того, що частота кесарева розтину прогресивно підвищувалася зі збільшенням віку, зменшувалася кількість пацієнок у відповідних підгрупах, що народили самостійно. Так, якщо з 69 18–25-річних пацієнок пологи через природні пологові шляхи відбулися у 61 (88,1%), то у пацієнок віком понад 40 років цей показник був значно нижчий і становив 49,7% (31 з 63).



Частота кесарева розтину у пацієнок різних вікових підгруп, %

Проведений аналіз частоти пологів залежно від паритету пацієнток засвідчив, що кількість тих, що народили через природні пологові шляхи, зменшується як в першо-, так і в повторнороділей. Проте темпи цього зменшення цілком зіставні у першо- і повторнороділей молодше 30 років, тоді як у більш старших вікових підгрупах чітко залежать від паритету.

Особливо виражені були відмінності у частоті самостійних пологів у першо- і повторнороділей віком 36–40 і понад 40 років. З 85 першороділей 36–40-річного віку лише 26 народили самостійно (30,6%). Серед повторнороділей аналогічної вікової підгрупи цей показник становив 66,7% (174 з 261 пацієнтки). З 12 першороділей віком понад 40 років пологи через природні пологові шляхи відбулися лише в однієї. У повторнороділей такого самого віку частота самостійних пологів, як і слід було очікувати, була значно вищою – 58,8%.

Під час оцінювання середньої тривалості I періоду пологів у пацієнток різних вікових підгруп встановлено, що відмінності спостерігаються лише між віковими підгрупами до і понад 30 років.

Велика тривалість I періоду пологів у пацієнток у вікових підгрупах 31–35, 36–40 і понад 40 років, мабуть, пояснюється більш високою частотою слабкості пологової діяльності у жінок старшої вікової категорії.

Під час аналізу даного показника з урахуванням паритету встановлено, що у всіх вікових підгрупах тривалість I періоду пологів була дещо меншою у повторнороділей. Відсутність відмінностей у тривалості перших і повторних пологів в найстаршій віковій підгрупі (понад 40 років) пояснюється тим, що у групі першороділей була лише одна пацієнтка, що народила через природні пологові шляхи (42 роки, тривалість I періоду пологів 7 год 10хв – 430 хв).

Суттєвих розбіжностей у середній тривалості I періоду пологів у першо- і повторнороділей не виявлено. З підвищенням віку збільшувалася кількість пацієнток, у яких тривалість I періоду перевищувала нормативний показник у популяції згідно з сучасними уявленнями – 10–12 год у першороділей, 7–9 год – у повторнороділей [1–3].

Що стосується першороділей, то у групах наймолодших пацієнток (18–25, 26–28 років) тривалість I періоду пологів перевищила 12 год лише у 2,4% жінок. У 29–30, 31–35-річних цей показник становив 6,6%. Найбільшою (14,8%) була частка пацієнток з тривалістю I періоду пологів понад 12 год у віці 36 років і старших. При цьому необхідно відзначити, що в жодному спостереженні тривалість I періоду пологів не перевищувала 14 год 30 хв. А максимальна тривалість I періоду пологів у жодної з 29–30 і 31–35-річних жінок не перевищувала 10 год 15 хв і 13 год 50 хв – у пацієнток віком 36–40 і понад 40 років. У групі повторнороділей кількість пацієнток, тривалість I періоду пологів у яких перевищувала 9 год, також різнилася залежно від віку. Так, у групі найбільш молодих жінок (18–25, 26–28 років) у жодної тривалість I періоду не перевищувала 8 год. Зі збільшенням віку кількість повторнороділей, у яких тривалість I періоду зростає, збільшується.

Одним з важливих завдань, які були поставлені під час проведення даного дослідження, було визначення впливу тимчасового проміжку між попередніми і цими пологами (інтергенеративний інтервал) на тривалість пологів. У зв'язку з цим був окремо проаналізований перебіг пологів у 298 повторнороділей, які народили через природні пологові шляхи.

Як встановлено у даному дослідженні, часовий інтервал між пологами практично не впливав на тривалість I періоду пологів. Спостерігалась лише незначна тенденція до подовження I періоду у міру збільшення інтергенеративного інтервалу.

Так, у разі терміну даного інтервалу до 6 років тривалість I періоду у середньому становила 5 год 32 хв±61 хв, від

6 до 10 років – 5 год 55 хв±46 хв, від 11 до 15 років – 6 год 25 хв±51 хв, від 16 до 20 років – 6 год 45 хв±62 хв, більше 20 років – 6 год 21 хв±63 хв.

Особливий інтерес представляли вікові підгрупи повторнороділей віком 36–40 і понад 40 років, оскільки саме у цих вікових підгрупах спостерігався великий проміжок часу між пологами (більше 15 років), що само по собі слугує підставою для розширення показань до проведення планового кесарева розтину. Так, тривалість I періоду пологів при інтергенеративному інтервалі 16–20 років і понад 20 років становила 406,4±58 хв і 327,0±44,8 хв відповідно у повторнороділей віком 36–40 років. У пацієнток віком понад 40 років середня тривалість I періоду пологів дорівнювала відповідно 413,1±49,5 хв і 420,0±50 хв. При цьому тривалість I періоду пологів у цих пацієнток практично не відрізнялася від такої при значно менших часових проміжках після попередніх пологів.

Далі було проаналізовано взаємозв'язок величини інтергенеративного інтервалу з тривалістю I періоду пологів у пацієнток виділених вікових підгруп. Як засвідчив проведений аналіз, зі збільшенням віку повторнороділей трохи (статистично недостовірно) зростала тривалість I періоду пологів, не перевищуючи показників (9 год) популяції у 96,5% пацієнток. У решти 3,5% повторнороділей тривалість періоду розкриття шийки матки становила від 9 год до 13 год 30 хв.

Отримані дані дозволяють вважати, що тривалий інтергенеративний інтервал не є чинником ризику збільшення тривалості пологового акту. Тим паче, що не було відзначено різниці у частоті слабкості пологової діяльності у структурі показань до екстреного кесарева розтину у різних вікових підгрупах. Частота слабкості пологової діяльності варіювала у них від 1,6 до 2,9%.

Отже, тривалий часовий проміжок між пологами за відсутності ускладнень перебігу вагітності і пологів сам по собі не повинен слугувати основним показанням до проведення планового кесарева розтину.

Особливий інтерес представляють отримані дані під час аналізу частоти переносування з урахуванням паритету. Частота даного ускладнення у повторнороділей з віком підвищувалася (2,5% – у жінок віком 18–25 років, 4,4% – у жінок 31–35 років, 6,4% – у пацієнток 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 становила 6,6%, що було у 1,5–2 рази нижче, ніж у молодших пацієнток. Серед першороділей віком понад 40 років переносування не діагностовано у жодному спостереженні. Отримані результати демонструють: першороділей старшого віку (більше 35 років) частіше розроджують у плановому порядку.

Переносуванням і пологами, що запізнилися, ускладнилася вагітність у 45 (6,3%) з 715 пацієнток. Частота цього ускладнення вагітності мала тенденцію до зниження зі збільшенням віку, становлячи 8,3% у пацієнток віком 18–25 років і 5,2% – у пацієнток віком понад 40 років. Як свідчать отримані дані, частота переносування була зіставною у 18–25 і 26–28-річних (8,3% і 8,8% відповідно), у 29–30 і 31–35-річних (7,5% і 7% відповідно), а також у жінок віком 36–40 років і понад 40 років (5,1% і 5,2% відповідно). Отже, найнижчі показники частоти переносування вагітності відзначені серед пацієнток віком 36 років і старших. Настільки низьку частоту пологів, що запізнилися, у цій віковій категорії пацієнток можна пояснити пильнішою увагою лікарів до вагітних старшої вікової групи, активнішою тактикою ведення: допологова госпіталізація і підготовка шийки матки до пологів, розширення показань до проведення планового кесарева розтину, що дозволяло не допустити переносування.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що перебіг пологів у жінок різного віку має свої специфічні особливості, які залежать від віку, репродуктивного анамнезу та наявності супутньої генітальної патології. Частота абдомінального розродження зростає залежно від віку пацієнток та наявності порушень репродуктивної функції. Рівень перед-

часних пологів також зростає зі збільшенням віку вагітних. Частота переносування вагітності і пологів, що запізнилися, має тенденцію до зниження зі збільшенням віку, що пояснюється пильнішою увагою до вагітних старшої вікової групи і активнішою тактикою ведення.

Отримані результати необхідно урахувати під час розроблення тактики ведення пологів у жінок різного віку та паритету.

Особенности течения родов у женщин различного возраста

В.В. Маркевич

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

Материалы и методы. Были выделены следующие возрастные подгруппы: 8–25, 26–28, 29–30, 31–35, 36–40 лет, более 40 лет среди 715 женщин. Из них 281 была первородящей, а 434 – повторнородящие. Проведены клинико-лабораторные исследования и инструментальное обследование.

Результаты. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что течение родов у женщин различного возраста имеет свои специфические особенности, которые зависят от возраста, репродуктивного анамнеза и наличия сопутствующей генитальной патологии. Частота абдоминального родоразрешения возрастает в зависимости от возраста и наличия нарушений репродуктивной функции. Уровень преждевременных родов также возрастает с увеличением возраста беременных. Частота перенашивания беременности и запоздалых родов имеет тенденцию к снижению с увеличением возраста, что объясняется большим вниманием к ведению беременных старшей возрастной группы и активной тактикой ведения.

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

Ключевые слова: роды, осложнения, различный возраст.

Features of current of labors at women of various age

V.V. Markevich

The objective: to study features of current of labors 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 I was primipara, and 434 – multipara. Clinic-fd-laboratory and tool examination was conducted.

Results. Results of the conducted researches testify that the current of labors at women of various age has the specific features which depend on age, the genesial anamnesis and existence of accompanying genital pathology. Frequency of an abdominal delivery increases depending on age and existence of disturbances of genesial function. Level of premature births also increases with augmentation of age of pregnant women. Frequency of late pregnancy and overdue labors tends to depression with age augmentation that the attention to maintaining women of the senior age group and active tactics of maintaining speaks larger.

Conclusion. The received results needs to be considered when developing tactics of maintaining labors at women of various age and parity.

Key words: labors, 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 жінчини: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. Хаша 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 імунології 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 18.06.2018