

Ибрагимова Э. С.-А., Омарова Х.М., Герейханова Э.Г.,
Магомедова И.Х., Расулов М.Т.

Психологический статус и особенности гестации у женщин позднего репродуктивного возраста

ГБОУ ВПО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала

Ibragimova E. S.-A., Omarova H. M., Gereikhanova E. G., Magomedova I. H., Rasulov M. T.

Psychological status and features of gestation in women of late reproductive age

Резюме

Причины для существенного увеличения числа женщин, которые решаются родить ребенка после 35 лет, это стремительно меняющиеся условия современной жизни. В последние десятилетия на территории России численность родов у женщин старше 35 лет увеличилось на 44%. В 90-е года если беременность наступила в позднем репродуктивном возрасте, то это принимали за ошибку в вопросе планирования семьи. За последние несколько лет отношение к данной проблеме изменилась. Отечественные и зарубежные ученые сходятся в едином мнении о необходимости особого внимания к беременным старше 35 лет из-за высокого риска различных осложнений гестации.

Ключевые слова: поздний репродуктивный возраст, гестация

Summary

The reasons for the significant increase in the number of women who decide to give birth after the age of 35 are the rapidly changing conditions of modern life. In recent decades, the number of births in women over 35 years of age has increased by 44% in Russia. In the 90s, if the pregnancy occurred in the late reproductive age, it was taken as a mistake in family planning. Over the past few years, attitudes have changed. Domestic and foreign scientists agree on the need for special attention to pregnant women over 35 years due to the high risk of various complications of gestation.

Key words: late reproductive age, gestation

Введение

Медицинское сообщество, да и общество в целом не может оставлять без внимания современную тенденцию к росту числа «поздних родов». За последние десятилетия отношение к данной проблеме изменилось. В 90-е года минувшего века если женщина была беременна в позднем репродуктивном возрасте, то это принимали за ошибку в вопросе планирования семьи [1], да и сейчас «возрастную» будущую маму поддерживают лишь 1% россиян [1,2,3]. Во многих странах решается вопрос о законодательном ограничении возраста женщин, прибегающих к помощи современным репродуктивным технологиям в позднем репродуктивном возрасте [1,3].

Существование данной тенденции признается не только на врачебном, но и на государственном уровне. Современные акушеры называют «поздние» роды важной репродуктивной проблемой наших дней. Но нельзя не признать, что в современном мире данное явление стало объективной реальностью для медицины.

Причины для существенного увеличения числа

женщин, которые решаются родить ребенка после 40 лет, это стремительно меняющиеся условия современной жизни [3,4]. К одним из причин можно отнести приобретение женщиной материальной стабильности, изменение семейного положения и прогрессирующее развитие репродуктивных технологий [5]. Некоторые авторы предполагают, что такой стремительный рост беременностей и родов после 40 лет – это больше результат социальных изменений, а не эволюционный феномен [6]. Следует подчеркнуть, что поскольку актуальность проблемы «позднего материнства» нельзя переоценить, к детальному изучению этого явления проявляют интерес не только акушеры-гинекологи, но и социологи, и психологи, и педиатры. Например, в современной литературе пристальное внимание уделяется исследованию психологического статуса таких пациенток и формирования у них «стереотипов материнства» [6]. В вопросах исследования важным моментом является описание зависимости становления противоинфекционной защиты новорожденных от проявления психоиммунных дисфункций их матерей, что диктует необходимость не только

иммунокоррекции беременных, но и дифференцированной психотерапии [7]. Психологические аспекты разрешения включают моральное удовлетворение женщины родами, формирование взаимоотношений матери и новорожденного, позитивного отношения к дальнейшим беременностям и родам, особенности сексуальных отношений между родителями после родов, формирование новых взаимоотношений в семье [8]. Нельзя не отметить, что все это зависит во многом от возраста матери. Было проведено исследование, в ходе которого сравнивали ощущения первородящих матерей различного возраста. Было выявлено, что женщины постарше испытывали во время беременности меньший дистресс, чем молодые пациентки, и это не смотря на то, что есть повышенный риск рождения ребенка с генетическими отклонениями [8,9]. По мнению авторов, у женщин после 40 лет, большинство из которых поздно вступили в брак, в силу своего возраста есть больше шансов стать увереннее, независимее, ощутить себя благополучнее, что улучшает их настрой на хороший итог беременности. Хотя, у них также может наблюдаться угнетенное состояние с приближением родов, но оно менее выражено, чем у молодых женщин [8].

В современном мире в отечественной литературе так же уделяется большое внимание разным психологическим аспектам при оказании акушерско-гинекологической помощи и, в частности, пациенткам позднего репродуктивного возраста. Поскольку почти у каждой второй беременной (47-50%) позднего репродуктивного возраста роды заканчиваются операцией кесарева сечения, особый интерес представляет исследование психологических аспектов подобного метода разрешения [9,10]. В существующей отечественной и зарубежной литературе данные по этому вопросу противоречивы. Некоторые исследователи считают, что после кесарева сечения женщины чаще ощущают чувство тревоги, послеродовой психоз, стресс и ослабление связи с новорожденным [9,10]. Другие утверждают, что достоверных различий во взаимосвязи между матерью и ребенком после кесарева сечения и естественных родов нет [4,11]. Также, в отечественной литературе указано и то, что чем женщина старше, образованнее и высокий социально-экономический статус, тем меньше вероятность проявления и развития психологических нарушений после кесарева сечения [9,10,11]. В то же время за рубежом существуют исследования психологического уровня беременных в зависимости от социального и образовательного уровня. Результаты этих исследований показывают, что женщины позднего репродуктивного возраста, имеющие высшее образование и относящиеся к белой расе более социально активны и, следовательно, подвержены стрессу. Авторы отмечают, что в 13 % наблюдений женщины старшей возрастной группы принимают антидепрессанты во время беременности, что значительно превышает процент использования этих препаратов в группе более молодых, менее образованных и социально неактивных женщин [2,8]. Во многих исследованиях была отмечена повышенная раздражительность, и даже

чрезмерная враждебность беременных пациенток позднего репродуктивного возраста. А это, по мнению авторов, обуславливает у них повышение артериального давления и присоединение различных осложнений во время гестации [2,8].

Вышеуказанные симптомы (раздражительность, подавленность, враждебность, боязнь негативного отношения со стороны общества, страх перед физической болью в родах, переживания по поводу отсутствия психологической связи с малышом вследствие кесарева сечения и страх родить неполноценного ребенка) в литературе принято называть под термином токофобия [9,13]. При этом имеющиеся данные говорят о высоком проценте этих нарушений среди женщин позднего репродуктивного возраста [14,15]. Авторы выделяют, что для решения данной проблемы женщинам необходима комплексная помощь акушера-гинеколога, анестезиолога, психолога и даже психиатра [9,13].

В результате вышеизложенного можно сделать вывод, что диаметрально противоположные данные оценки психологического статуса «возрастных» беременных в России и за рубежом, объясняются разницей в ментальности и социальной активности женщин позднего репродуктивного возраста в разных странах.

Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин позднего репродуктивного возраста

Многие ученые сходятся во мнении, что беременность у женщин старше 40 лет проходит патологически, а роды сопровождаются различными тяжелыми осложнениями, как для матери, так и для ребенка [13,16,17]. По их мнению, процент осложнений беременности и родов в этой возрастной группе не снижается и достигает 80% [13,16,17].

Риск материнской смертности значительно возрастает с увеличением возраста: в 35-40 лет он в 4 раза выше, а в 40 - 45 лет в 7 раз выше, чем в среднем в популяции. По исследовательским данным перинатальная смертность в этой группе в среднем составляет 6,6% [14,18]. Возрастает и риск мертворождения, который в 4 раза выше, чем у более молодых пациенток [14,18].

Наиболее частыми осложнениями в этой возрастной группе считаются преэклампсия различной степени и тяжелые его осложнения, фетоплацентарная недостаточность, возникновение которой связывают с более поздним формированием фетоплацентарной системы. Течение беременности часто осложняется угрозой прерывания, перенашиванием, аномалией родовой деятельности, а так же акушерскими кровотечениями, которые приводят к увеличению оперативных вмешательств [13,17].

Имеются сведения, что изолировано поздний возраст не действует на здоровье матери и итог беремен-

ности и риск в данной ситуации может быть сведен к минимальному при квалифицированной акушерской помощи [9,13]. С другой точки зрения, не столько возраст пациентки, сколько ее хронические заболевания, приобретенные с возрастом, оказывают неблагоприятное воздействие на течение и итог беременности, а первородящие женщины в возрасте 35 - 40 лет и старше не относятся к группе высокого риска. Тактика ведения беременности и родов у таких должна быть обычной, а показания к кесареву сечению даже более обоснованными [19].

Тем не менее, частота преэклампсии тяжелой степени у женщин старше 40 лет по итогам различных исследований варьируются от 48% до 75% [19]. На втором месте по частоте встречаемости среди осложнений беременности у пациенток позднего репродуктивного периода – это угроза прерывания и невынашивания беременности (11%). По сведениям американской статистики, с возрастом растет и риск самопроизвольных абортов. В возрасте до 30 лет он составляет в среднем 10%, после 30 лет - 18%, а после 40 лет- 34% [9,10,16,19,20].

Частота появления полного пузырного заноса также прогрессирует после 30 лет, а риск развития персистирующей трофобластической болезни у женщин старше 40 лет впоследствии полного пузырного заноса составляет 40 - 50% [3].

Многими учеными изучены морфологические и некоторые гистохимические показатели плаценты и оболочек беременных разного возраста. Подтверждено, что у женщины старше 30 лет в плаценте усиливаются морфологические изменения, приводящие к ее функциональной недостаточности: хориальных ворсин, истончение хорионального эпителия, избыточное отложение фибриноида на местах дефектов синцитиотрофобласта, то есть имеется несомненное снижение функции плаценты, особенно у пациенток старше 40 лет [20,21].

О продолжительной гестации у женщин позднего репродуктивного периода в медицинской литературе есть всевозможные сведения. Описывается риск как преждевременных, так и запоздалых родов, повышенная частота не-своевременного излития околоплодных вод, зависимость которой от возраста такова: в 30-35 лет - 32,3%, в 36-40 лет- 30 - 46,1%, старше 40 лет - 72,2%. Вероятно, что столь высокая частота встречаемости преждевременно-го излития околоплодных вод некоторые ученые склонны искать в возрастных изменениях нижнего сегмента матки и отсутствии нужной опоры для плодного пузыря [8,61].

Изучая особенности течения родов установлено, что длительность первого периода родов у женщин старше 40 лет в среднем составляет 11-12 часов (у первородящих до 18 и более), а второго периода в среднем 148 минут [19]. Увеличение же продолжительности самих родов у женщин старше 40 лет исследователи связывают со снижением уровня стероидных гормонов, вызванным истощением овариального резерва, а еще с понижением чувствительности рецепторов матки к этим гормонам [19].

Этим же многие исследователи объясняют и повышенный процент аномалий родовой деятельности, среди которых у женщин такой возрастной группы чаще всего наблюдается вторичная слабость родовой деятельности (6 - 48%). Дискоординированная родо-вая деятельность у первородящих позднего репродуктивного периода по данным исследований встречается в 9% случаев [16,19].

В 10% наблюдений роды у женщин позднего репродуктивного периода осложняются клинически узким тазом. Присутствие этой патологии ученые связывают с возрастным окостенением и небольшой подвижностью тазовых сочленений, в том числе и при обычной анатомической характеристике таза, т. к. известно, что чаще анатомически узкий таз встречается у молодых пациенток, нежели у женщин старше 35 лет [22].

При увеличении материнского возраста растет и риск преждевременной отслойки плаценты, кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах у 35%, особенно у многорожавших [22,23].

У женщин старше 40 лет имеет большое значение метод родоразрешения. Известно, что кесарево сечение не только выполняется таким пациенткам намного чаще, чем более молодым (в 45%), но и также влечет за собой огромный риск послеоперационных осложнений [14].

Нужно обозначить, что многие исследователи признают необходимость особого подхода к женщинам позднего репродуктивного периода, но расходятся во мнении по поводу способов ведения их беременности и родов. Многие ученые подчеркивают то, что роды через естественные родовые пути у женщин старше 40 лет нежелательны из-за возможного риска осложнений [3,4,14,19]. Подобный подход объясняет тот факт, что у первородящих позднего репродуктивного возраста без предшествующего бесплодия частота применения кесарева сечения в среднем в 5 раз выше, чем у женщин 20-25 лет. Плановую операцию кесарева сечения у женщин такого возраста с предшествующим бесплодием акушеры производят в среднем в 2 раза чаще, чем без него. Кроме того, в зарубежной медицинской литературе утверждают о необходимости считать возраст данных пациенток основным показанием к оперативному родоразрешению [22,23].

Почти все ученые отмечают на повышенную в старшей возрастной группе частоту и других оперативных акушерских пособий: амниотомии, эпизио- и перинеотомии 65%. Вполне вероятно, что это связано с низкой у первородящих 30 лет и старше эластичностью мягких тканей родовых путей, что приводит к увеличению травматизма. Частота травм шейки матки, влагалища и промежности у пациенток позднего периода составляет 26%. Но другие авторы считают, что нет достоверных различий по уровню травматизма в зависимости от возраста [13,24].

У женщин позднего репродуктивного периода все вышеуказанные осложнения течения беременности и родов ожидаемо приводят к росту материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. По сведениям

Мин-здравсоцразвития России за период с 2017 по 2018 год от осложнений бере-менности, родов и послеродового периода умерли 201 женщины в возрасте от 35 лет и старше, что составляет 24,9% от общего числа умерших. Показатель материнской смертности в этой группе составил 85,4% на 100 000 ро-дившихся живыми против 21,11 в группе женщин до 35 лет [10,13,17].

Как упоминалось ранее, перинатальная смертность у женщин позднего репродуктивного возраста составляет по статистике отечественных и зару-бежных авторов 66% [22,23]. Такой высокий процент перинатальных потерь обусловлен недоношенностью, переношенностью, гестозом, аномалиями ро-довой деятельности, преждевременной отслойкой плаценты, хронической фетоплацентарной недостаточностью [14,16].

Дальнейшее развитие детей, которые рождены женщинами после 40 лет, - это еще один из вопросов интересующих ученых. Существуют меди-цинские данные, которые свидетельствуют о медленной прибавке в весе у та-ких детей, обусловленной гипогалактией и изменением качественного со-става молока у родильниц позднего возраста [9]. По некоторым данным, процент гипогалактии у родильниц старше 35 лет достигает 44,3% [9]. Причина данной патологии возможно связана в возрастных изменениях гормонального статуса и их влиянии на галактопоз. Даже на фоне прово-димой терапии концентрация про-лактина не достигает уровня молодых кор-мящих матерей. Некоторые изменения наблюдаются и в качестве состава молока у родильниц позднего репродуктивного возраста. Снижается кон-центрация жиров, белка и углеводов, кальция, железа и фосфора. Также, наблюдается увеличение содержания натрия, что ведет к гипернатриемиче-ской дегидратации и задержке в прибавке веса у новорожденных [9,16]. В наше время в литературе нет данных, которые бы оценивали психическое развитие таких детей, хотя сведения по этому поводу, безусловно, интересны.

Уточнение особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у женщин старше 40 лет представляет собой одно из наиболее акту-альных направлений современного акушерства. «Поздняя» бере-менность и роды довольно обширно обсуждаются в современной медицинской литера-туре. Исследуются как отдельные нюансы явления (социальные причины), так и комплексные проблемы (ведение «поздней» беремен-ности на фоне сочетан-ной генитальной и экстрагени-

тальной патологии, улучшение перинатальных исходов в этой возрастной группе). В итоге подавляющее боль-шинство отечественных и иностранных ученых сходятся в едином мнении о необхо-димости особого внимания к пациенткам старше 40 лет из-за высокого риска различ-ных осложнений беременности, родов и послеродового периода.

Уточнение практически не изученных аспектов «поздней» беременности позволит выработать бо-лее рациональный метод ее ведения и снизить ма-теринскую и перинатальную смертность и заболевае-мость. Так, определение особенностей психологического статуса обеспечит поддержание эмоциональ-ного здоро-вья беременных в данной возрастной категории, выяв-ление наиболее распространенных осложнений течения беременности позволит проводить их своевременную профилактику и адекватное лечение. Изучение чувстви-тельности рецепторов миометрия к половым стероидам даст ответ на вопрос о воздействии «возраста матки» на снижение фертильности. Это позволит спрогнозировать возможные осложнения родов и грамотно выбрать спо-соб родоразрешения. Монофакториальная оценка само-чувствия пациентки и дальнейшего развития детей, рожденных женщинами позднего репродуктивного воз-раста, и их деление на группы здоровья выявит общие закономерности развития таких детей и даст возмож-ность педиатрам при необходимости оказать им лечеб-ную и психологическую помощь. ■

Ибрагимова Элина Сай-Алиевна – аспирант кафе-дры акушерства гинекологии ФГБОУ ВО ДГМУ РФ, заместитель главного врача в Курчалоевской цен-тральной районной больнице, Омарова Халимат Магомедовна – д.м.н., профессор кафедры акушерства - гинекологии ФГБОУ ВО ДГМУ РФ, Герейханова Эльнара Герейхановна - аспирант кафедры акушерства гинекологии ФГБОУ ВО ДГМУ РФ. Магомедова Или Хизригаджиевна – студентка 4 курса лечебного факуль-тета ФГБОУ ВО ДГМУ РФ, Республика Дагестан, город Махачкала, Расулов Магомед Тайгибович, к.м.н., доцент кафедры патологической анатомии ФГБОУ ВО ДГМУ РФ, Автор, ответственный за переписку: Ома-рова Халимат Магомедовна, РФ, Республика Дагестан, город Махачкала, 367029, ул. Салаватова 20 «а» кв 4, тел- 8(928)-936-24-40, halimat2440@yandex.ru

Литература:

1. Анташова М.А. Особенности социального и пси-хоэмоционального статуса беременных женщин позднего репродуктивного возраста: Материалы конференции молодых ученых, посвященной 80-ле-тию РМАПО. Москва, 24-27 мая 2010г. - С. 181-183.
2. Коренева Ю.П. Психологические особенности течения беременности в позднем репродуктив-ном возрасте: эмпирический ракурс. Молодой вче-ний. 2014;9(3):30-36.
3. Хутиева М.Я. Медико – социальные особенности у женщин позднего репродуктивного возраста в зависимости от паритета родов. Проблемы жен-ского здоровья. 2014;9(3):30-36.
4. Баринов С.В., Шамина И.В., Турская Ю.И., Ралко В.В. Течение беременности и исходы в возрастном аспекте. Фундаментальная и клиническая медици-на. 2016;1(2):18-24.
5. Дударь О.А., Смирнова А.Ю. и др., Репродуктив-

- ное здоровье и перинатальные исходы у женщин группы риска по рождению детей с врожденными аномалиями развития. Проблемы репродукции. Специальный выпуск. 2009;(5):13-15.
6. Крюкова Н.И. Пренатальная диагностика врожденной патологии у беременных раннего и позднего репродуктивного возраста в I триместре беременности. Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. 2009;16: 25-27.
 7. Кононова И.Н. Влияние психоиммунных нарушений у беременных с проблемами репродукции в анамнезе на становление противомикробной защиты новорожденных. Тезисы докладов IX Российского форума «Мать и дитя»- Москва. - 2007. - С. 84-85.
 8. Коренева Ю.П. Психологические особенности течения беременности в позднем репродуктивном возрасте: эмпирический ракурс. Молодой ученый. 2014;9(3):30-36.
 9. Подзолкова Н.М., Назарова С.В., Анташова М.А. (Чижова). Медико-психологические аспекты беременности и родов у женщин позднего репродуктивного возраста. Материалы 23-ого международного конгресса акушеров и гинекологов «Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». Москва, 2010. - С. 211-212.
 10. Подзолкова Н. М., Назарова С.В., Доскин В. А. и др. Беременность и роды у женщин старше 40 лет – объективная реальность современного акушерства. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2011; 10(1): 44–50.
 11. Колбая Т.Т., Сичинава Л.Г., Панина О.Б. Беременность и роды у женщин различных возрастных групп. «Вопросы практической педиатрии», «5-ый ежегодный конгресс специалистов перинатальной медицины», 2010; 5(1):32.
 12. Колбая Т.Т., Сичинава Л.Г., Панина О. Б. «Беременность и роды у женщин различных возрастных групп». «Вопросы практической педиатрии». «5-ый ежегодный конгресс специалистов перинатальной медицины».2010;5(1):32.
 13. Подзолкова Н.М., Назарова С.В., Анташова М.А. Беременность и роды у женщин старше 40 лет - объективная реальность современного акушерства. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2011;10(1):44-50.
 14. Ларюшева Т.М., Истомина Н.Г., Баранов А.Н. Сравнительная характеристика клинических показателей течения беременности и родов у женщин подросткового и оптимального репродуктивного возраста. Журн. Акушерства и женских болезней. 2016.(1): 34-42.
 15. Михайлин Е.С. Особенности течения беременности и родов у несовершеннолетних и женщин среднего репродуктивного возраста. Международный журнал эксперим. образования. 2014(8):145-146.
 16. Назарова С.В., Доскин В.А., Анташова М.А. (Чижова). Влияние психоэмоционального статуса беременной на особенности состояния и дальнейшего развития детей, рожденных женщинами старшего репродуктивного периода. Материалы 11-ого Всероссийского научного форума «Мать и Дитя». Москва, 2010. - С.159.
 17. Подзолкова Н.М., В.А. Доскин, М.А. Анташова (Чижова) Ю.А. Колода «Перинатальные исходы, состояние здоровья и развития детей, рожденных женщинами старше 40 лет. Материалы 21 Международной конференции «Репродуктивные технологии сегодня и завтра». Санкт-Петербург, 2011.- С.142-144.
 18. Колбая Т.Т. «Особенности течения беременности и родов у женщин в зависимости от возраста» Вестник РГМУ, «5-ая международная Пироговская научная медицинская конференция студентов и молодых ученых», 2010, спец. выпуск №2, с.265.
 19. Баев О.Р., Белоусова В.С. Аномалии родовой деятельности у первородящих старше 30 лет. Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. 2005;4(1):5-10.
 20. Стрижаков А.Н., Тимохина Т.Ф., Баев О.Р. Фетоплацентарная недостаточность: патогенез, диагностика, лечение. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2003;2(2):53- 63.
 21. Goldenberg R. The management of preterm labour. High risk pregnancy series: an experts view. J. Obstet. Gynaecol. 2002;(100):1020–1034.
 22. Jolly M., Sebire N., Harris J. et al. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. Hum. Reprod. 2000;15(11):2433-2437.
 23. Katwijk C., Peeters L. Clinical aspects of pregnancy after the age of 35 years: a review of the literature. Hum. Reprod. Update.1998;4(2): 185-194.
 24. Подзолкова Н.М., С.В. Назарова, В.А. Доскин, И.А. Прилепина, М.А. Анташова (Чижова). Изучение ультраструктурных особенностей миометрия и рецепции половых стероидов у беременных разных возрастных групп Вестник Ивановской медицинской академии. Специальный выпуск. 2011;(16):47- 48.