



УДК 618.3/5-053.84:616-056.52:577.169:618.33-06-084

«Журнал НАМН України» | 2021 | т. 27 | № 3 | С. 174–181

<https://doi.org/10.37621/JNAMSU-2021-3-3>

# Вагітність у жінок старшого репродуктивного віку: стан проблеми, особливості перебігу, перинатальні наслідки

**I. А. Жабченко**, **О. Р. Сюдмак**,  
**Т. М. Коваленко**, **О. М. Бондаренко**,  
**I. С. Ліщенко**, **Н. В. Геревич**

*ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О. М. Лук'янової НАМН України», вул. Платона Майбороди, 8, Київ 04050, Україна*

# Pregnancy women in older of reproductive age: the state of the problem, features of the course, perinatal consequences

**Iryna A. Zhabchenko**, **Olga R. Sudmak**,  
**Tamara M. Kovalenko**,  
**Olena M. Bondarenko**,  
**Inesa S. Lishchenko**, **Nadiia V. Gerevich**

*Academician O. M. Lukyanova Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine of Ukraine, 8 Platona Maiborody Str., Kyiv 04050, Ukraine*

В умовах сьогодення тенденція до більш пізнього народження дитини спостерігається все частіше в розвинених країнах. У віковій структурі вагітних жінок відбувся значний зсув у бік збільшення частки саме жінок старшого репродуктивного віку (понад 35 років), порівняно з юними вагітними, на тлі зменшення загального числа пологів.

**Метою дослідження** стало виявлення основних чинників ризику розвитку акушерських і перинатальних ускладнень у жінок старшого репродуктивного віку (35+) в сучасних реаліях.

**Матеріали і методи дослідження.** В динаміці вагітності було обстежено 75 вагітних віком понад 35 років, які знаходились на лікуванні та розродженні у відділенні патології вагітності та пологів ДУ «ІПАГ ім. академіка О. М. Лук'янової НАМН України». Розподіл жінок за віковою категорією проведено наступним чином: 1-ша група – 43 жінки віком 35–39 років, 2-га група – 43 жінки віком 40 років і старше (3 жінки були у віці 45, 50 та 56 років). Групу порівняння склали 39 вагітних віком до 35 років з фізіологічним перебігом вагітності (3-тя група).

**Результати дослідження.** Всі жінки 1-ї та 2-ї груп мали знижений рівень вітаміну D – недостатність виявлено у 55,6 % жінок 1-ї групи, 41,7 % жінок 2-ї групи та у 73,7 % групи контролю. Оп-

In today's world, the trend towards later childbirth is increasingly common in developed countries. In the age structure of pregnant women there was a significant shift towards an increase in the share of women of older reproductive age (over 35 years) compared to young pregnant women against the background of a decrease in the total number of births.

**Purpose:** the identification of the main risk factors for obstetric and perinatal complications in women of older reproductive age (35+) in modern realities.

**Materials and Methods.** In the dynamics of pregnancy was examined 75 pregnant women over the age of 35, who were treated and delivered in the Department of Pathology of Pregnancy and Childbirth SI "Academician O. M. Lukyanova IPOG of the NAMS of Ukraine". The distribution of women by age category was as follows: 1<sup>st</sup> group – 43 women aged 35–39 years, 2<sup>nd</sup> group – 43 women aged 40 years and older (3 women were aged 45, 50 and 56 years). The comparison group consisted of 39 pregnant women under the age of 35 with a physiological course of pregnancy (group 3).

**Research results.** All women in groups 1 and 2 had low levels of vitamin D – deficiency was found in 55.6 % of women in group 1, 41.7 % of women in group 2 and 73.7 % – in the control group. The

тимальні показники рівня естрадіолу були у жінок контрольної групи –  $(67,4 \pm 1,1)$  нмоль/л, що на 6,1 % більше, ніж у вагітних 1-ї групи та на 15,8 % більше, ніж у 2-й досліджуваній групі. Концентрація прогестерону в сироватці крові у жінок старше 40 років була зниженою і склала  $(433,2 \pm 9,2)$  нмоль/л, що достовірно відрізнялося від показників жінок 1-ї групи та групи контролю:  $(467,2 \pm 13,2)$  нмоль/л та  $(553,2 \pm 14,6)$  нмоль/л, відповідно. Плацентарна дисфункція спостерігалась у кожній другій вагітній (55,0 %) 2-ї групи, фетальний дистрес – у кожній четвертій вагітній 1-ї та 2-ї груп. Тривожний варіант психологічної компоненти гестаційної домінантності спостерігався у 25,0 % вагітних 2-ї групи і у 14,3 % жінок 1-ї групи. Термінові пологи серед обох груп обстежених відбулися у 36,7 % жінок, у 3-й групі термінові пологи мали місце у 84,2 % жінок. В 1-й групі було достовірно більше термінових пологів порівняно з 2-ю групою – 55,5 % та 8,3 % відповідно ( $p < 0,05$ ); у групі контролю також було більше термінових пологів, порівняно з 2-ю групою – 84,2 % та 8,3 % ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Кількість і тяжкість проявів ускладнень періоду гестації прямо пропорційна віку вагітної. Відмічено виразніші прояви акушерської патології у жінок в більш старшому віці та першороділей. В анамнезі цих жінок багато перенесених запальних захворювань, особливо статевої сфери, більша кількість жінок мали підвищену вагу тіла (33,3 %). Для профілактики ускладненого перебігу вагітності та пологів у жінок старшого репродуктивного віку пропонується надалі розроблення комплексної системи превентивної підготовки.

**Ключові слова:** пізній репродуктивний вік, вагітність, пологи, ускладнення, ожиріння, мікронутрієнтний обмін, гормональний гомеостаз, фетоплацентарний комплекс, профілактика, превентивна підготовка.

**Для цитування:** Жабченко ІА, Судмак ОР, Коваленко ТМ, Бондаренко ОМ, Ліщенко ІС, Геревич НВ. Вагітність у жінок старшого репродуктивного віку: стан проблеми, особливості перебігу, перинатальні наслідки. Журнал Національної академії медичних наук України. 2021;27(3):174–181. DOI: 10.37621/JNAMSU-2021-3-3.

Стаття надійшла до редакції 27.07.2021 року  
Направлена на рецензування 8.09.2021 року  
Прийнята до друку 29.09.2021 року

optimal indicators of estradiol levels were in women of the control group –  $(67.4 \pm 1.1)$  nmol/l, which is 6.1 % more than in pregnant women of group 1 and 15.8 % more than in group 2. The concentration of progesterone in the serum of women over 40 years was reduced and amounted to  $(433.2 \pm 9.2)$  nmol/l, which was significantly different from the women of group 1 and control group:  $(467.2 \pm 13.2)$  nmol/l and  $(553.2 \pm 14.6)$  nmol/l, respectively. Placental dysfunction was observed in every second pregnant woman (55.0 %) of group 2, fetal distress – in every fourth pregnant woman of groups 1 and 2. Anxious variant of the psychological component of gestational dominance was observed in 25.0 % of pregnant women in group 2 and in 14.3 % of women in group 1. Urgent childbirth among both groups of respondents occurred in 36.7 % of women, in group 3 urgent childbirth occurred in 84.2 % of women. In group 1 there were significantly more urgent births compared to group 2 – 55.5 % and 8.3 %, respectively ( $p < 0.05$ ); in the control group there were also more urgent births, compared with group 2 – 84.2 % and 8.3 % ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions.** The number and severity of complications of gestation is directly proportional to the age of the pregnant woman. There are greater manifestations of obstetric pathology in older women and firstborns. These women have a history of many inflammatory diseases, especially of the genital area; more women were overweight (33.3 %). As a prevention of complicated pregnancy and childbirth in women of older reproductive age, it is proposed to further develop a comprehensive system of pre-pregnancy training.

**Key words:** late reproductive age, pregnancy, childbirth, complications, obesity, micronutrient metabolism, hormonal homeostasis, fetoplacental complex, prevention, pre-pregnancy training.

**For citation:** Zhabchenko IA, Sudmak OR, Kovalenko TN, Bondarenko OM, Lishchenko IS, Gerevich NV. Pregnancy women in older of reproductive age: the state of the problem, features of the course, perinatal consequences. Journal of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine. 2021;27(3):174–181. DOI: 10.37621/JNAMSU-2021-3-3.

The article was received 27.07.2021  
For review, 8.09.2021  
Accepted for publication on 29.09.2021



## ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

**Жабченко Ірина Анатоліївна** – д. м. н., проф., керівник відділення патології вагітності та пологів, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О. М. Лук'янової НАМН України», Київ, Україна, ORCID: 0000-0001-5622-5813;

**Судмак Ольга Романівна** – молодший науковий співробітник відділення патології вагітності та пологів, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О. М. Лук'янової НАМН України», Київ, Україна, ORCID: 0000-0001-7310-6429;

**Коваленко Тамара Миколаївна** – к. н. фіз. вих. і спорту, доцент, старший науковий співробітник відділення патології вагітності та пологів, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О. М. Лук'янової НАМН України», Київ, Україна, ORCID: 0000-0001-7999-7066;

**Бондаренко Олена Миколаївна** – к. м. н., старший науковий співробітник відділення патології вагітності та пологів, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О. М. Лук'янової НАМН України», Київ, Україна, ORCID: 0000-0001-7891-4492;

**Ліщенко Інеса Сергіївна** – к. м. н., науковий співробітник відділення патології вагітності та пологів, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О. М. Лук'янової НАМН України», Київ, Україна, ORCID: 0000-0002-0124-765X;



## INFORMATION ABOUT AUTHORS

**Iryna A. Zhabchenko** – MD, Prof., Chief of the Department of Pathology of Pregnancy and Childbirth, Academician O. M. Lukyanova Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine Kyiv, Ukraine, ORCID: 0000-0001-5622-5813;

**Olga R. Sudmak** – Researcher, Department of Pathology of Pregnancy and Childbirth, ORCID: 0000-0001-7310-6429;

**Tamara N. Kovalenko** – PhD, Senior Researcher, Department of Pathology of Pregnancy and Childbirth, Academician O. M. Lukyanova Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine Kyiv, Ukraine, ORCID: 0000-0001-7999-7066;


**Olena M. Bondarenko** – PhD, Senior Researcher, Department of Pathology of Pregnancy and Childbirth, Academician O. M. Lukyanova Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine Kyiv, Ukraine, ORCID: 0000-0001-7891-4492;

**Inesa S. Lishchenko** – PhD Researcher, Department of Pathology of Pregnancy and Childbirth, Academician O. M. Lukyanova Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine Kyiv, Ukraine, ORCID: 0000-0002-0124-765X;

**Nadiia V. Gerevich** – PhD, Senior Researcher, Department of Pathology of Pregnancy and Childbirth, Academician O. M. Lukyanova Institute of

**Геревич Надія Василівна** – к. м. н., старший науковий співробітник відділення патології вагітності та пологів, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О. М. Лук'янової НАМН України», Київ, Україна, ORCID: 0000-0002-5984-3307.

Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine Kyiv, Ukraine, ORCID: 0000-0002-5984-3307.

**Iryna A. Zhabchenko**   
ORCID: 0000-0001-5622-5813  
[izhab@ukr.net](mailto:izhab@ukr.net)

## ВСТУП

На сьогодні у віковій структурі вагітних жінок відбувся значний зсув у бік збільшення частки саме жінок старшого репродуктивного віку (понад 35 років), порівняно з юніми вагітними, на тлі зменшення загального числа пологів. Якщо останній факт можна розцінювати як беззаперечно позитивний, то збільшення кількості вікових вагітних має декілька аспектів.

Позитивним можна вважати більшу психологічну налаштованість на материнство, свідомий підхід до планування й виношування вагітності, більш сприятливий соціально-економічний статус жінки. Свідоме відкладання народження дитини є загальносвітовою тенденцією, що пояснюється більшою зайнятістю жінки у суспільному житті, її бажанням відбутися як особистість, фахівець у своїй справі, прагненням створити певний матеріальний базис для подальшого існування родини тощо.

В умовах сьогодення тенденція до більш пізнього народження дитини спостерігається все частіше в розвинених країнах. Природні процеси старіння ендокринної системи та органів, які беруть участь у заплідненні й виношуванні вагітності, мають першочергове значення. Водночас завдяки успіхам сучасних технологій у жінок старшого репродуктивного віку з'являється можливість втілити мрію щодо материнства за допомогою екстракорпорального запліднення. На заваді цьому може стати наявність соматичної та гінекологічної патології, яка на тлі вагітності, що настала завдяки застосуванню допоміжних репродуктивних технологій, обумовлює ризик розвитку ускладнень вагітності, пологів і післяпологового періоду. Отже, незважаючи на прицільне вивчення, проблема забезпечення неускладненого перебігу вагітності після 35 років далека від розуміння і розв'язання.

Під дією багатьох чинників сьогодення змінюється й «портрет» сучасної вагітної, основними рисами якої, на думку проф. В. О. Радзинського (2020) [1], стали: збільшення середнього віку первісток (28+ років), досить часто це й 35+, завдячуючи успіхам репродуктології; зростання частки жінок з екстрагенітальною патологією, та, як правило, не з однією нозологією (саме вони лідирують у структурі причин материнської смертності з середини 2000-х років); значне збільшення числа вагітних з надлишковою масою тіла і ожирінням та, як наслідок, – з гестаційним

цукровим діабетом, гіпертензивними розладами, метаболічним синдромом, прееклампсією тощо; доступність в інтернеті спеціальної інформації, що не завжди відповідає дійсності, але яка програмує вагітну на певний стереотип поведінки і накладає відбиток на взаємини лікаря та пацієнтки (зниження довіри й беззаперечності його рекомендацій, юридична освіченість пацієнтки та її особлива думка щодо свого стану, діагнозу тощо) [2].

У той же час, зважаючи на сьогоденні реалії нашого життя, групу найбільш високого ризику тяжких форм COVID-19, на думку більшості фахівців світу [3–5], також складають саме вагітні, старші 35 років, що мають надлишкову масу тіла, ожиріння, цукровий діабет і хронічну артеріальну гіпертензію до вагітності – тобто, саме цей, описаний вище, контингент жінок.

Якщо звернутися до світової статистики з цього питання, то в США у період 1978–1998 рр. народжуваність у жінок вікової групи 35–39 років майже подвоїлася, а між 1981 та 1997 роками вона зросла на 92 % серед жінок, старших 40 років. За даними Організації економічного співробітництва й розвитку, 2015 року пересічний вік жінок, які народжують вперше, становив 29 років. У країнах Європи раніше за цей вік народжують у Болгарії, Румунії, Латвії, Естонії, Польщі, РФ (25–28,5 року), пізніше – в Італії, Іспанії, Швейцарії, Люксембурзі, Греції (30–31 рік).

Фактична частка матерів, які народжують у віці *від 40 років*, в Україні становила 1,6 % порівняно з 7,3 % в Італії та майже 5 % в Іспанії, Ірландії, Греції. Відчутно менше, ніж в інших європейських країнах, в Україні народжують і жінки віком *45–49 років* – у середньому 2 жінки на 10 тисяч, тоді як у Греції цей показник становить 15, в Ірландії – 13, в Італії – 11.

Останні 30 років продемонстрували тенденцію щодо відтермінування жінками дітонородження до віку 35 років і пізніше. Причинами такого розвитку подій можуть бути: успіхи медицини щодо лікування неплідності, зокрема все більше використання допоміжних репродуктивних технологій; більш високий рівень зайнятості та освіти осіб жіночої статі; більша кількість жінок, які працюють на керівних посадах; більш пізні досягнення фінансової незалежності, строкові трудові контракти, низькі статки молодих сімей на душу населення; обмежене число неповних робочих місць і відсутність гнучкого робочого графіку, що ускладнюють поєднання роботи та

сімейного життя. Ці соціальні тенденції в поєднанні з більшим діапазоном лікування безпліддя призвели до постійно зростаючого жіночого населення, які завагітніли після досягнення 35 років [6].

Сьогодні надає нам багато прикладів пологів після 35 років, часто саме перших пологів, серед відомих медійних осіб, що безумовно, надихає й інших жінок на відкладене дітонародження. Однак таке рішення, якщо воно є свідомим, а не наслідком медичних або особистих негараздів, несе цілу низку несприятливих ситуацій, що можуть стати на заваді щасливого материнства.

Після 30 років у жінок спостерігається певне зниження здатності до зачаття; жінки 35+ мають підвищений ризик підвищення артеріального тиску (на 60 %) і діабету (у 4 рази), вперше виявлених саме під час вагітності, порівняно з жінками у віці 20–30 років; з віком жінки зростає ризик народження нею дитини з певними хромосомними порушеннями (найпоширенішим з них є синдром Дауна: у віковій групі 25 років ризик народження у жінки дитини з синдромом Дауна становить 1 випадок на 1250 народжень, у 30 років – 1 на 1000, у 35 років – 1 на 400, у 40 років – 1 на 100, а в 45 років – 1 на 30) [2, 7, 8].

Також частота викиднів серед жінок старшого віку є значно вищою, ніж серед молодших: для жінок з підтвердженою вагітністю ризик викидня становить 9 % у віковій групі 20–24 років і сягає 25 % у 35–39-річних та понад 50 % – у 42-річному віці. Зростання частоти виникнення хромосомних порушень сприяє підвищенню ризику викиднів, що пов'язані з віком матері. У жінок віком 35+ зростає частота позаматкової вагітності, передлежання плаценти, мертвнонароджень і народження дітей з малою масою тіла та в стані асфіксії, розродження шляхом кесаревого розтину. У жінок 40+ після пологів частіше може статися «обвал» у стані здоров'я: швидкоплинний рак, декомпенсація захворювань серцево-судинної системи, цукрового діабету тощо [9, 10].

При відкладеному дітонародженні після 35 років свій негативний відбиток на стані здоров'я жінки залишають високий рівень стресових навантажень у сучасному світі (інтелектуальні й емоційні навантаження, економічна нестабільність, існування в умовах військового конфлікту), скорочення оваріального резерву, наявність хронічного ендометриу та зниження/відсутність його рецептивності, відсутність чіткої двофазності менструального циклу, наявність абортівного анамнезу, запальних захворювань органів малого тазу (ЗЗОМТ), ендометріозу, соматичної патології (ожиріння, метаболічний синдром, цукровий діабет, гіпертензивні розлади тощо).

**Метою дослідження** стало виявлення основних чинників ризику розвитку акушерських і перинатальних ускладнень у жінок старшого репродуктивного віку (35+) в сучасних реаліях.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Впродовж 2019–2021 рр. на базі відділення патології вагітності та пологів ДУ «ІПАГ ім. акад. О. М. Лук'янової НАМН України» було комплексно обстежено 75 вагітних

жінок віком понад 35 років. Серед них спостерігалось 43 жінки у віковій категорії 35–39 років (1-ша група) та 32 – віком 40 років і старше (3 жінки були у віці 45, 50 та 56 років) (2-га група). Групу порівняння склали 39 вагітних віком до 35 років з фізіологічним перебігом вагітності (3-тя група).

З метою визначення стану фетоплацентарної системи напередодні пологів вагітним проводилось ультразвукове дослідження (УЗД) та доплерометрія на апараті «Acuson X300» виробництва «Siemens» (Німеччина). Ультразвукову фотометрію, плацентометрію, плацентографію, а також визначення амніотичного стовпчика й розрахунок амніотичного індексу, які здійснювали за допомогою секторального датчика з частотою сканування 3,5 МГц. Вивчаючи особливості матково-плацентарної гемодинаміки, визначали спектр кровообігу в маткових артеріях, судинах пуповини, в аорті та середньомозковій артерії плода. Судини ідентифікували методом кольорового доплерівського картування. Стан кровообігу оцінювали за величиною індексу резистентності (ІР) та пульсаційного індексу (ІІ).

З метою визначення особливостей гормонального гомеостазу жінок старшого репродуктивного віку було проведено визначення концентрації пролактину (ПРЛ), естрадіолу, прогестерону (ПГ), кортизолу (К), тиреотропного гормону (ТТГ), тироксину (Т<sub>4</sub>) імуноферментним методом за допомогою фотометра-аналізатора MSR-1000 № 317 1006.

З метою визначення особливостей в обміні мікроелементів у жінок старшого репродуктивного віку було проведено визначення концентрації мікроелементів Mg<sup>2+</sup>, загального Ca (аналізатор біохімічний Advia 1800, Siemens, № CA12370079, 2010 р., лабораторія Dila), Ca<sup>2+</sup> (аналізатор крові біохімічний, E-Lyte-5, PLUSHTIDiagnostics, № E28177214, 2006 р., лабораторія Dila), а також вміст вітаміну D (аналізатор біохімічний Dimension EXL 200, Siemens, № DE270581, 2010 р., лабораторія Dila).

«Тест відносин вагітної» (І. В. Добряков) дав змогу оцінити ставлення жінки до себе, до системи «мати–дитина», а також ставлення навколишніх людей до вагітної жінки. Тест дозволяє виявляти п'ять типів психологічного компоненту гестаційної домінанти (ПКГД): оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфорійний, тривожний і депресивний. Визначення типу ПКГД дозволяє встановити сутність психологічної ситуації виношування дитини, а також дає змогу зробити певний прогноз щодо особливостей перебігу пологів і відносин в родині в зв'язку з народженням дитини. Всі блоки містять три підрозділи, які пропонують п'ять тверджень, що дають можливість оцінити, до якого типу належить психологічний компонент гестаційної домінанти. Досліджуваним потрібно вибрати з наведених тверджень те, яке найкраще відображає стан вагітної жінки. Відповідно до поданого ключа відбувається підрахунок, визначальним типом є той, в якому переважає найбільша кількість балів. Блок А – «ставлення жінки до себе вагітної». Блок Б – «ставлення жінки, що формується упродовж вагітності в системі «мати–дитина». Блок В – «ставлення вагітної до того, як до неї ставляться оточуючі».

Одержані цифрові дані опрацьовували згідно з методами математичної статистики з використанням t-критерію Стюдента для малої вибірки досліджень.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

### ОСОБЛИВОСТІ ГОМЕОСТАЗУ, ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК СТАРШОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

За результатами комплексного обстеження зазначеного контингенту вагітних виявлено наступне: 65,4 % вагітних мають постійне місце роботи, 34,6 % – тимчасово безробітні. Серед досліджуваних 80,7 % жінок мали вищу освіту, а 19,3 % – середню спеціальну освіту.

Нами було встановлено, що в цивільному або офіційному шлюбі перебувають 76,9 % досліджуваних, а 23,4 % з різних причин (розлучення, загибель чоловіка, мати-одиначка) не підтримують стосунків з батьком майбутньої дитини.

Виявлені соціальні особливості даного контингенту жінок не могли не позначитися на психологічному стані вікових вагітних. Так, за даними «Тесту відносин вагітної» І. В. Добрякова, який дозволяє виявляти п'ять типів ПКГД (оптимальний, гіпестогнозичний, ейфорійний, тривожний і депресивний) [11], оптимальний тип гестаційної доміанти притаманний 50,0 % вагітних жінок віком 35–39 років, у групі жінок віком понад 40 років – лише 33,3 % вагітних, у групі порівняння – 81,8 %. Депресивний тип гестаційної доміанти характерний для 7,1 % та 8,3 % жінок відповідних вікових груп; показники гіпестогнозичного та ейфорійного станів майже збігалися в обох цих групах – 14,3 % та 16,7 %.

Тривожний варіант ПКГД спостерігався у вагітних більш старшого віку і склав 25,0 % порівняно з 14,3 % у жінок віком 35–39 років.

Результати аналізу ПКГД у вагітних пізнього репродуктивного віку дозволили констатувати низку відмінностей у проявах тривожності в досліджуваних групах. У жінок старшого репродуктивного віку істотно вищий рівень тривожності, більшості з них притаманні високий рівень невротизації та (надмірна) нервово-психічна напруга, для них характерними є афективні тривожно-песимістичні тенденції і тривожний тип гестаційної доміанти. Більша частина жінок з пізньою вагітністю проявляє незадовільну нервово-психічну стійкість, що у жінок віком до 35 років є втричі нижчою.

### ПОКАЗНИКИ МІКРОНУТРИЄНТНОГО СТАТУСУ ВІКОВИХ ВАГІТНИХ

Всі обстежені нами жінки мали зниження нормального рівня вітаміну D – недостатність виявлено у 55,6 % жінок 1-ї групи, 41,7 % жінок 2-ї групи та у 73,7 % жінок групи контролю. Нормального рівня вітаміну D у обстежених жінок не зафіксовано. Окрім того, дефіцит вітаміну D був констатований у 44,4 % жінок 1-ї групи, у 58,3 % жінок 2-ї групи та лише у 26,3 % групи контролю, що узгоджується з даними світової літератури. Причому, рівень нестачі вітаміну D був прямо пропорційний щодо збільшення віку вагітної та ступеня ожиріння, адже показники в

1-й та 2-й групах достовірно менше показників у групі контролю ( $p < 0,05$ ) [13].

Майже всі обстежені нами вагітні жінки мали нормальний рівень магнію в крові, що можна пояснити тривалним прийомом препаратів магнію в необхідному дозуванні, починаючи з ранніх термінів вагітності. Однак у двох вагітних 2-ї групи (віком 50 та 56 років) відмічено значне зниження вмісту магнію в крові (0,41 та 0,43 ммоль/л, відповідно). Показник кальцію у більшості обстежених не виходив за межі норми, що, можливо, відбулось внаслідок отримання достатньої його кількості з продуктами харчування і призначення препаратів кальцію, починаючи з 16-го тижня вагітності, задля профілактики гіпертензивних порушень і ризику прееклампсії. Проте 22,2 % вагітних мали нестачу загального кальцію.

На сьогодні дефіцитні стани щодо мікро-, макроелементів і вітамінів є надзвичайно актуальною проблемою, при цьому особливою групою ризику виступають вагітні жінки пізнього репродуктивного віку, кількість яких неуклібно зростає. За даними світової літератури і результатами наших досліджень, найбільш значущим виявився дефіцит вітаміну D, що потребує його дотації, починаючи з етапу прегравідарної підготовки до закінчення лактації, що дозволить знизити кількість ускладнень у даній когорти жінок. Відновлення мікронутрієнтного статусу у вагітних пізнього репродуктивного віку дозволить знизити ризику розвитку прееклампсії, передчасних пологів, затримку росту плода, невиношування вагітності та плацентарної дисфункції.

### ГОРМОНАЛЬНИЙ СТАТУС ВІКОВИХ ВАГІТНИХ

Аналізуючи результати обстежень вагітних різних вікових груп у третьому триместрі вагітності, слід зазначити, що вагітним пізнього репродуктивного віку притаманне зниження гормонопродукуючої функції фетоплацентарного комплексу. Так, жінкам після 35 років властива гіпоестрогенія. Найнижчі показники рівня естрадіолу в сироватці крові були у жінок 2-ї досліджуваної групи, а саме –  $(58,2 \pm 1,2)$  нмоль/л. Оптимальні показники рівня естрадіолу були у жінок контрольної групи –  $(67,4 \pm 1,1)$  нмоль/л, що на 6,1 % більше, ніж у вагітних 1-ї групи та на 15,8 % більше, ніж у 2-й досліджуваній групі.

Щодо рівня гестагенів, то необхідно вказати, що концентрація прогестерону в сироватці крові у жінок старше 40 років була зниженою і склала  $(433,2 \pm 9,2)$  нмоль/л, що достовірно відрізнялося від показників жінок 1-ї групи та групи контролю:  $(467,2 \pm 13,2)$  нмоль/л та  $(553,2 \pm 14,6)$  нмоль/л відповідно. Такі зміни гормональної функції можна пояснити незрілістю фетоплацентарного комплексу у жінок старшого репродуктивного віку, що достовірно посилюється зі збільшенням віку вагітної.

Отже, найвищий рівень кортизолу (К) був констатований у вагітних 2-ї групи –  $(735,5 \pm 26,2)$  нмоль/л, що свідчить про високий рівень психоемоційного стресу і напруження у них нейроендокринних механізмів адаптації.

Лише у 16,7 % жінок 2-ї групи та 33,3 % 1-ї групи діагностували нормальні концентрації К. В той же час секреція пролактину (ПРЛ) достовірно зменшувалась у ва-

гітних 1-ї та 2-ї груп стосовно показників жінок групи контролю:  $(364,8 \pm 15,9)$  нг/мл та  $(321,1 \pm 14,2)$  нг/мл, відповідно. Слід пам'ятати про безпосередню участь достатньої концентрації ПРЛ у забезпеченні лактації, адаптаційних реакцій та утеротонічного ефекту, такого необхідного для фізіологічного розвитку пологової діяльності. Саме цей факт дає поштовх для подальшого діагностичного пошуку в цьому напрямку щодо забезпечення достатнього рівня гормонів III триместру у вагітних пізнього репродуктивного віку.

У жінок 1-ї та 2-ї досліджуваних груп показники функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи залишались в межах загальноприйнятих норм, проте свідчили про помірне зниження функціональної активності гіпофізарно-тиреоїдної системи порівняно з жінками активного репродуктивного віку. Секреція ТТГ у жінок 2-ї групи достовірно перевищувала таку у вагітних 1-ї та контрольної груп, однак не виходила за межі референтних значень для вагітних. Так, вміст ТТГ у сироватці крові вагітних 2-ї групи склав  $(2,88 \pm 0,11)$  мМО/л, 1-ї групи –  $(2,21 \pm 0,27)$  мМО/л, групи контролю –  $(1,62 \pm 0,13)$  мМО/л. Необхідно відмітити, що тільки в одному випадку (8,3 %) у 2-ї групі спостерігалось підвищення концентрації ТТГ до 5,8 мМО/л при збереженні секреції тироксину в межах норми. Це свідчить про наявність латентного гіпотиреозу у цієї вагітної.

Виходячи з отриманих результатів, необхідно розробити спеціальний лікувальний комплекс, що сприятиме підвищенню концентрації пролактину у жінок пізнього репродуктивного віку, нормалізуватиме концентрацію кортизолу та коригуватиме концентрацію гормонів гіпофізарно-тиреоїдної системи.

### СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ (ЗА ДАНИМИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ТА ДОППЛЕРОМЕТРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ)

Згідно з результатами нашого дослідження, ми виявили значну кількість ускладнень у вагітних 1-ї групи віком 35–39 років, а саме: плацентарна дисфункція спостерігалась у кожній другій вагітній (55 %) та у вагітних 2-ї групи віком більше 40 років – 41,7 %. Щодо фетального дистресу, фактично він був діагностований у кожній четвертій вагітній 1-ї та 2-ї груп.

Частота маловоддя, багатоводдя та затримка росту плода превалювали у вагітних 2-ї групи. У вагітних 3-ї групи за даними УЗД діагностовано меншу кількість ускладнень вагітності.

Отримані нами дані свідчать про високий відсоток ускладнень вагітності, що збільшується з віком вагітної, впливає на перинатальні наслідки і потребує розроблення лікувально-профілактичного комплексу щодо їх запобігання, вчасного виявлення та лікування [8, 14].

Для профілактики ускладнень вагітності жінкам старшої вікової групи необхідна прегравідарна підготовка протягом щонайменше 6 місяців до настання вагітності. Вагітні старшої вікової групи потребують поглибленого антенатального спостереження, що має включати в себе комплексне обстеження з проведенням УЗД та доплерометрії для вчасного виявлення ускладнень вагітності.

Кількість ускладнень вагітності за даними УЗД та доплерометрії превалює у жінок старшої вікової групи, що потребує розроблення лікувально-профілактичних заходів для покращення перинатальних наслідків [7].

### ПЕРЕБІГ ПОЛОГІВ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ У ЖІНОК СТАРШОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Термінові пологи серед обох груп обстежених відбулися у 36,7 % жінок, у 3-й групі термінові пологи були у 84,2 % жінок. Привертає увагу, що в 1-й групі було достовірно більше термінових пологів порівняно з 2-ю групою – 55,5 % та 8,3 % відповідно ( $p < 0,05$ ); у групі контролю також було достовірно більше термінових пологів, порівняно з 2-ю групою – 84,2 % та 8,3 % ( $p < 0,05$ ).

Майже у кожній другій породіллі пологи закінчилися шляхом операції кесаревого розтину – 14 (46,7 %) жінок. Причому також достовірно найбільший відсоток оперативного розродження спостерігався у жінок 2-ї групи (75,0 %) порівняно з жінками 1-ї (27,8 %) та контрольної (15,8 %) груп ( $p < 0,05$ ).

Щодо термінових фізіологічних пологів, слід відмітити, що чим старші жінки за віком, тим менше простежується термінових пологів та більше ускладнень, а також відмічається тенденція щодо збільшення відсотку оперативних втручань. Ургентне розродження шляхом операції кесаревого розтину в термінових пологах виконано з приводу фетального дистресу плода.

Усього обстежені жінки пізнього репродуктивного віку народили 77 новонароджених (2 двійні), народилося 57 хлопчиків та 20 дівчаток; живими 75, одна дитина померла (синдром затримки росту плода (СЗРП) II–III ступеня), у однієї жінки відбувся викидень у терміні 14 тижнів. Задовільний стан при народженні мали 61,2 % новонароджених; у 1-й групі народилися двоє дітей у стані асфіксії легкого ступеня та великою вагою; у 2-й групі народилася одна дитина у стані асфіксії легкого ступеня із затримкою росту. У 3-й групі у всіх новонароджених був задовільний стан при народженні.

### ВИСНОВКИ

Отже, проведений клінічний аналіз перебігу теперішньої вагітності, пологів та перинатальні наслідки у жінок різних вікових груп з репродуктивними проблемами в анамнезі показав, що за останнє десятиріччя частота вікових жінок не має тенденції до зниження.

Відмічено більші прояви акушерської патології у жінок в більш старшому віці та першороділей. В анамнезі цих жінок багато перенесених запальних захворювань, особливо статевої сфери; більша кількість жінок мали підвищену масу тіла (33,3 %).

Обтяжений акушерський анамнез, а саме медичні аборт та невиношування, патологію шийки матки віднесено до факторів ризику.

Перебіг вагітності у зазначеного контингенту жінок відбувається на тлі полідефіциту основних мікро- та макроелементів і вітамінів, найзначущими серед яких виявилися недостатність та дефіцит вітаміну D і заліза.

Соціальні та біологічні чинники несприятливо впливають на психологічний стан вікових вагітних, гормональний гомеостаз і стан фетоплацентарного комплексу.

Як наслідок, перебіг вагітності та пологів супроводжуються такими ускладненнями, як загроза викидня в ранньому терміні і отримання зберігаючої вагітності терапії впродовж тривалого часу, анемією, поєднанням плацентарної дисфункції, маловоддя і дистресу плода, аномаліями пологової діяльності та збільшенням кількості ургентних оперативних розроджень і вагінальних операцій, переважно внаслідок гострого дистресу плода та плацентарної дисфункції.

Кількість і тяжкість проявів ускладнень періоду гестації прямо пропорційна віку вагітної та ступеню ожиріння при його наявності.

Все вищезазначене зумовлює необхідність розроблення та проведення підготовки жінок пізнього репродуктивного віку до вагітності – прегравідарної (преконцепційної) підготовки за такими напрямками: визначення стану соматичного і репродуктивного здоров'я та проведення лікування сумісно з профільними фахівцями (терапевт, ендокринолог, кардіолог, невролог тощо); визначення стану репродуктивного здоров'я і проведення відповідної корекції (лікування ЗЗОМТ, гормональна контрацепція з лікувальним ефектом, зниження маси тіла та корекція інсуліночутливості при синдромі полікістозу яєчників, визначення стану оваріального резерву та ендометрію) [7, 8, 9, 13].

І вже на підставі результатів обстеження та корекції виявлених порушень слід вирішувати питання щодо перспектив настання спонтанної вагітності, або звернення до клінік допоміжних репродуктивних технологій.




## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ / REFERENCES

- 1. Radzinsky VE.** [On certainty and uncertainty in obstetrics during a coronavirus pandemic]. StatusPraesens. 2020;(3):22-23. Russian.
- 2. Podzolkova NM.** [Pregnancy, childbirth and perinatal outcomes in women of late reproductive age]. Chelovek i lekarstvo. Kazakhstan 2019;(12):55-61. Russian.
- 3. Ministerstvo zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii.** [Clinical protocol for diagnosis and treatment. Coronavirus infection COVID-19 in pregnant women and in the postpartum period]. Moscow; 2020. 60 p. Russian.
- 4. Ministerstvo zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii.** Organizatsiya okazaniya meditsinskoy pomoshchi beremennym, rozhenitsam, roditel'nitsam i novorozhdennym pri novoy koronavirusnoy infektsii COVID-19. Metodicheskie rekomendatsii. Versiya 3 (25.01.2021). Moscow; 2021. 119 p. Russian.
- 5. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.** Coronavirus (COVID-19) Infection in pregnancy, information for health care professionals, RCOG clinical guidelines, 14.10.2020. Version 12. RCOG; 2020. URL: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronavirus-pregnancy>.
- 6. Jahre A, Dietl S, Cupisti M.** Pregnancy and obstetrical outcomes in women over 40 years of age schwangerschaftund geburtbei frauenüber 40. Zoller Geburtshilfe Frauenheilkd. 2015;75(08):827-832. Germany.
- 7. Zhabchenko IA, Sudmak OR.** [Problems of delayed childbirth: fertility disorders in women of older reproductive age and methods of their correction] Reproduktyvna endokrynolohiia. 2019;(5):43-49. Ukrainian.
- 8. Zhabchenko IA, Sudmak OR, Bondarenko OM.** [Late reproductive age and obesity as a basis for obstetric and perinatal complications]. Health of Woman. 2020; (5-6):93-98. Ukrainian.
- 9. Radzinskiy VYe.** [Ovarian reserve and fertility difficulties of the 21st century]. Informatsionnoe pismo. Moskva: Redaktsiya zhurnala Status Praesens; 2015. 24 p. Russian.
- 10. Ryabinkina TS, Simonovskaya KhYu, Rudneva OD.** [Older reproductive age: contraception and more. Rational contraception for older women: contraceptive and non-contraceptive aspects]. Informatsionnyy byulleten. Status Praesens; 2014. 16 p. Russian.
- 11. Astakhov VM, Batsileva OV, Puz IV.** [Psychodiagnostics in reproductive medicine]. Vinnitsa: Nilan – LTD; 2016. 380 p. Russian.
- 12. Butkova OI, Zhabchenko IA, Kovalenko TM.** [Obstetric and perinatal care for women of 35 years. Data of retrospective analysis of the history of the delivery] Medychni aspekty zdorovya zhinky. 2019;(7-8):26-31. Ukrainian.
- 13. Zhabchenko IA, Sudmak OR, Lishchenko IS, Bondarenko OM.** [Features of micronutrient exchange among women with obesity (review of literature)]. Zaporozhskiy meditsinskiy zhurnal. 2021;23 (3):446-453. Ukrainian.
- 14. Brutman VI, Filippova GG, Khamitova IYu.** [Methods for studying the psychological state of women during pregnancy]. Voprosy psikhologii. 2002;(3):110-112. Russian.



## РЕЗЮМЕ

**Беременность у женщин старшего репродуктивного возраста: состояние проблемы, особенности течения, перинатальные исходы****И. А. Жабченко** , **О. Р. Сюдмак, Т. Н. Коваленко, Е. Н. Бондаренко, И. С. Лищенко, Н. В. Геревич***ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии им. акад. О. М. Лукьяновой НАМН Украины», ул. Платона Майбороды, 8, Киев 04050, Украина*

В статье определено современное состояние проблемы по росту количества беременных старшего репродуктивного возраста (35+): социальные и медицинские факторы риска, особенности течения беременности и родов, перинатальные исходы. На основании результатов комплексного обследования женщин в период гестации на базе отделения патологии беременности и родов ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии им. акад. Е. М. Лукьяновой НАМН Украины» за период 2019–2021 гг. определено дефицитные состояния микро-нутриентного обмена (витамин D, железо), нарушения гормонального гомеостаза и состояния фетоплацентарного комплекса. В то же время определены психологические особенности данного контингента женщин в сопоставлении с соци-

ально-бытовыми факторами, возрастом и наличием экстрагенитальной патологии, в частности, ожирением. Прослежено частоту и структуру акушерских и перинатальных осложнений, особенности и результаты родоразрешения возрастных женщин. Сделаны выводы о том, что количество и тяжесть проявлений осложнений периода гестации прямо пропорциональна возрасту беременной и степени ожирения при его наличии. В качестве профилактики осложненного течения беременности и родов у женщин старшего репродуктивного возраста предлагается в дальнейшем разработка комплексной системы прегравидарной подготовки по направлениям выявленных нарушений в предыдущих исследованиях.

**Ключевые слова:** поздний репродуктивный возраст, беременность, роды, осложнения, ожирение, микронутриентный обмен, гормональный гомеостаз, фетоплацентарный комплекс, профилактика, прегравидарная подготовка.

**Для цитирования:** Жабченко ИА, Сюдмак ОР, Коваленко ТН, Бондаренко ЕН, Лищенко ИС, Геревич НВ. Беременность у женщин старшего репродуктивного возраста: состояние проблемы, особенности течения, перинатальные исходы. Журнал Национальной академии медицинских наук Украины. 2021;27(3):174–181. DOI: 10.37621/JNAMSU-2021-3-3.

Статья поступила в редакцию 27.07.2021 | Направлена на рецензирование 8.09.2021 | Принята в печать 29.09.2021