

На правах рукописи

Ассистент Н. И. Владимирова

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ СТАРШЕ 30 ЛЕТ

(в геронтологическом освещении)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

г. Свердловск
1965

Из кафедры акушерства и гинекологии лечебного
факультета (зав., профессор *И. И. Бенедиктов*)
Свердловского медицинского института
(ректор доцент *В. Н. Климов*).

Научный руководитель — доктор медицинских наук,
профессор *И. И. Бенедиктов*.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

доктор медицинских наук, профессор *Я. С. Кленицкий*.

Кандидат медицинских наук, доцент *Р. А. Шабунин*.

Защита диссертации состоится на заседании ученого совета
Свердловского медицинского института

« 14 » января 1966 г.

Автореферат разослан « 14 » декабря 1965 г.

Адрес Свердловского мед. института:
г. Свердловск, областной, ул. Репина, 3.

Одной из основных задач советского здравоохранения является сохранение здоровья женщины — матери и новорожденного.

В практическом акушерстве определенное значение имеет патология, связанная с наступлением первых родов у женщин в возрасте старше 30 лет. Течение беременности и первых родов у этих женщин, как правило, сопровождается различными осложнениями. Кроме того, в последние десятилетия количество первородящих старше 30 лет увеличивается. Так, по данным С. Н. Зильберта (1951), число таких женщин увеличилось, по сравнению с довоенным периодом, до 9% к числу всех рожениц, а по данным А. Ф. Страховой (1962) первородящих старше 30 лет наблюдалось до 22% к числу всех первородящих. Вот почему данная проблема приобретает в последнее время исключительно важное значение.

У первородящих в старшем возрасте чаще, чем обычно наблюдаются поздние токсикозы беременности, тазовые предлежания плода, слабость родовой деятельности, мертворождаемость и значительно выше процент оперативных вмешательств.

Течение беременности и родов у них изучалось многими авторами, и за последние годы этому вопросу посвящено немало работ, отражающих чаще всего общие клинико-статистические данные (С. Н. Зильберт, 1951; С. И. Трегуб, 1952; А. Ф. Страхова, 1962; М. Т. Лопухин, 1963 и другие). Некоторыми авторами (Я. С. Кленицкий, 1953; М. П. Рудюк, 1960; Р. И. Колганова, 1963; И. И. Бенедиктов, 1962, 1964 и др.) более конкретно разрабатывались вопросы акушерской тактики при данной патологии, однако, изучение патогенеза осложнений и причин наступления первых родов в старшем возрасте проводилось мало.

Учитывая, что ранее выполненные исследования почти

не касались изучения течения беременности и родов с позиции реактивных особенностей организма женщины в геронтологическом плане, в настоящей работе было принято изучение основных причин позднего наступления первых родов, а также осложнений, наблюдаемых во время беременности и в родах. Дается анализ исхода беременности и родов для плода и матери. Кроме того, была поставлена задача изучить некоторые показатели физиологического состояния организма и на основании полученных данных разработать некоторые практические рекомендации по ведению беременности и родов у первородящих старше 30 лет.

В работе были использованы истории родов первородящих старше 30 лет с 1942 по 1962 год в количестве 3770, истории развития новорожденных в количестве 3885. У 150 беременных первородящих старше 30 лет исследовалась биоэлектрическая активность * матки. 30 женщинам проводились оксигеометрические исследования до и после родов. У 20 женщин во время беременности и после родов проводилась капилляроскопия. Электрогистерография, оксигеометрия и капилляроскопия были проведены у 20 беременных женщин в возрасте от 20 до 25 лет (контрольные группы). Показатели, полученные при электрогистерографии, были подвергнуты обработке методом вариационной статистики.

В процессе клинического обследования было осуществлено профилактическое лечение, направленное на повышение реактивности организма и устранение некоторых отрицательных факторов, связанных с геронтологическими особенностями организма женщины.

Общая характеристика первородящих старше 30 лет и течение беременности у них

Все первородящие были распределены на три возрастные группы. Первая группа — с 30 до 34 лет включала 2828 женщин, вторая группа от 35 до 39 лет — 815 женщин и третья группа от 40 до 49 лет — 127 женщин. По профессиональной принадлежности наибольшее число женщин являлись служащими — 64,6%, работниц было 26,6%, домашних хозяек — 7,5%, студенток — 0,9% и инвалидов — 0,4%.

При наблюдении за развитием беременности нами установлено, что с повышением возраста первородящей увеличивается число различных осложнений и частота каждого из них.

Характерно нарастание числа экстрагенитальных заболеваний, достигающих 20,5% в первой возрастной группе и 37,6% в третьей группе.

Угрожающее прерывание беременности у более старших женщин наблюдалось в 7,42%. Преждевременные роды произошли у 10,6% первородящих в возрасте от 30 до 34 лет, а среди женщин в возрасте от 40 до 49 лет наблюдались у 16,3%.

Перенашивание, как и недонашивание, также чаще наблюдались с увеличением возраста первородящей. Частота токсикозов беременных увеличивается параллельно возрасту женщин, что представлено в таблице 1.

Таблица 1

Частота токсикозов у беременных по возрастным группам (в %)

Название токсикоза	I группа (30-34) лет	II группа (35-39) лет	III группа (40-49) лет
Рвота беременных	5,8	12,4	14,2
Водянка беременных	19,59	21,0	24,0
Нефропатия	7,07	8,5	11,23
Эклампсия	0,2	0,25	0,38

Следовательно, из приведенных данных видно, что осложнения, связанные с беременностью, занимают значительное место в акушерской патологии у первородящих старше 30 лет. Кроме того, в момент развития беременности наблюдались обострения имеющихся экстрагенитальных заболеваний, которые еще больше усугубляли течение беременности, особенно при неблагоприятных социально-бытовых условиях.

Значительное число осложненных беременностей приводит к необходимости досрочного родоразрешения путем операции кесарева сечения, которая проводилась в первой возрастной группе у 1,58% женщин, во второй группе — у 3,77% и в третьей группе — у 9,7% женщин.

Наиболее частой отдаленной причиной осложненного течения беременности являлись нервно-эндокринные нарушения.

Сравнительно часто (18%) наблюдалось запоздалое половое развитие, позднее наступление менструаций, продолжительное бесплодие.

Несомненно имели значение в осложнениях данной беременности перенесенные в прошлом воспалительные заболевания половой сферы, аборт, оперативные вмешательства на придатках и матке, бесплодие мужа и предохранение от беременности. Все те же причины выявляются и у первородящих молодого возраста, но степень проявления их у молодых выражена значительно меньше.

В результате проведенных наблюдений следует считать, что основной причиной возникновения осложнений является состояние организма беременной к наступлению настоящих первых родов, его реактивные способности, его компенсаторно-адаптационные и приспособительные механизмы, зависящие в основном от возрастных особенностей организма.

Особенности течения родов в зависимости от возраста

Осложненное течение родового акта во всех возрастных группах встретилось по нашим данным более чем в 79% случаев, а у женщин в возрасте 45 лет и старше оно наблюдалось у каждой первородящей.

Влияние возраста женщин на родовый акт может быть изучено косвенным путем. При углубленном анализе клинического материала отмечалось прежде всего некоторое пространственное несоответствие головки плода и таза матери. Так, при нормальных размерах плода в первой возрастной группе рожениц головка плода длительно оставалась над входом в таз у 69,4% женщин, а в возрасте от 40 лет и старше — у 80,0%. Возраст роженицы сказывался и на частоте несвоевременного отхождения околоплодных вод. С увеличением возраста первородящей чаще наблюдалась данная патология. Так, в первой возрастной группе было 12%, во второй 45%, а в третьей группе несвоевременное стхождение около-

плодных вод встречалось у 60% первородящих, тогда как частота этого осложнения встречается в среднем в 25% случаев всех родов (по данным А. И. Петченко, 1963).

Продолжительность родового акта даже при нормальном течении родов также увеличивалась с увеличением возраста первородящих женщин. Так, в первой возрастной группе она достигала 11 часов 25 минут, во второй группе 12 часов 19 минут и в третьей группе — 13 часов 45 минут.

Осложненное течение родового акта во всех его периодах по частоте находилось в прямой зависимости от возраста первородящих. Характеристика осложненного течения родового акта по возрастным группам представлена в таблице 2.

Таблица 2

Частота осложненного родового акта (без учета насвоевременного отхождения околоплодных вод) по возрасту (в %)

Периоды родов	I группа (30-34) лет	II группа (35-39) лет	III группа (40-49) лет
Первый период	41,46	51,36	61,96
Второй период	9,3	14,27	33,70
Третий период	15,0	20,0	26,0

Соответственно увеличению числа осложненного течения каждого отдельного периода родов увеличивалась и частота оперативных вмешательств у первородящих старше 30 лет, что представлено в таблице 3.

Из приведенных данных видно, что чем старше первородящая, тем чаще применялись оперативные вмешательства в родах.

Анализ характера отдельных осложнений в родах показывает, что здесь наблюдаются те же осложнения, что и у первородящих молодого возраста, только частота и степень их увеличивается с возрастом пожилой первородящей. Наиболее часто встречающиеся осложнения в от-

дельных возрастных группах приводятся в таблице 4.

Таблица 3

Оперативные вмешательства у первородящих старше 30 лет по периодам и по возрастным группам (в %)

Периоды родов	I группа (30-34) лет	II группа (35-39) лет	III группа (40-49) лет
Первый период родов	2,5	4,5	13,9
Второй период родов	9,3	14,27	33,7
Третий период родов	15,0	20,93	26,3
Итого	26,8	39,70	73,9

Таблица 4

Некоторые часто встречающиеся осложнения у первородящих старше 30 лет (в %)

Название осложнения	I группа (30-34) лет	II группа (35-39) лет	III группа (40-49) лет
Перенашивание	2,7	3,5	4,0
Тазовые предлежания	5,5	5,6	7,1
Слабость родовой деятельности	12,7	18,4	25,1
Нарушение целостности промежности и шейки матки	19,62	23,94	22,7
Итого	40,52	51,44	58,9

Приведенные данные демонстрируют установленную закономерность — частота осложнений в родах увеличивается с возрастом первородящей.

Течение первой беременности и родов у первобеременных первородящих старше 30 лет

Первобеременных указанного возраста под наблюдением находилось 2720; среди них преобладали женщины, занимающиеся умственным трудом. Наступление первых родов в возрасте старше 30 лет в основном было связано с поздним началом половой жизни (21,1%).

Нормальное течение беременности отмечалось только у 25,1% первобеременных, в остальных случаях имелось то или иное осложнение. Частота и характер осложнений во время беременности представлены в таблице 5.

Таблица 5

*Осложнения во время беременности у первобеременных
старше 30 лет*

Название осложнения	% к числу всех беременных
Угрожающее прерывание	4,55
Преждевременные роды	13,71
Токсикоз раннего срока	10,90
Водянка беременной	21,10
Нефропатия	7,9
Эклампсия	0,22
Многоплодие	2,06
Перенашивание	2,34
Фибромиомы матки и пороки ее	1,32
Экстрагенитальные заболевания	10,8
Итого	74,9

Как видно из приведенной таблицы, процент осложнений у первородящих старше 30 лет значителен.

Осложнения родового акта среди первобеременных первородящих старше 30 лет сводились к учащению длительного высокого расположения головки над входом в таз, преждевременному или раннему отхождению околоплодных вод, увеличению продолжительности родов во всех периодах. Так, средняя продолжительность родов при осложненном их течении составляла 33 часа 54 ми-

нуты. Без осложнения роды наблюдались только у 24% женщин и продолжались в среднем 14 часов.

Следует отметить, что как при нормальном течении родов акта, так и при осложнениях продолжительность родов увеличилась с возрастом первородящей. Так, у первородящих в возрасте от 30 до 34 лет продолжительность родового акта при осложненном течении родов равнялась 32 час. 52 мин, а у 35-летних и старше — 34 час. 52 мин.

Слабость родовой деятельности выявлялась тем чаще, чем старше была первородящая. В процентном отношении слабость родовой деятельности в первой возрастной группе была у 12,7% рожениц, во второй — у 19,5% и в третьей группе — у 24,1%.

К патологии, стоящей в прямой зависимости от возраста, первородящей, следует относить и роды в тазовом предлежании. Так, у рожениц в возрасте от 30 до 34 лет тазовое предлежание встречалось в 5,5%, во второй возрастной группе (от 35 до 39 лет) было 5,6% тазовых предлежаний, а у первородящих старше 40 лет отмечалось в 7,1%. В связи с этим чаще наблюдались и другие осложнения в родах.

Частота многоплодных беременностей и перенашивания не определялась возрастом первородящих, но осложненное течение беременности и родов при указанной патологии увеличивалось значительно у женщин старшей возрастной группы.

Оперативные пособия у первобеременных пожилого возраста как во время беременности, так и во время родов использовались сравнительно часто. Так, например, при тазовом предлежании различные операции (кроме оказания ручного пособия) были применены у 42,1% женщин, а при слабости родовой деятельности у 20,9%, кроме различных методов родоусиления. Чем старше была первородящая, тем чаще применялось оперативное родоразрешение.

Таким образом, из приведенных данных видно, что даже тогда, когда наступление первых родов часто было связано лишь с поздним началом половой жизни, без отягощающих обстоятельств, у первородящих старше 30 лет часто наблюдались различные осложнения во

время беременности и в родах, что приводило к неблагоприятному исходу для матери и особенно для плода.

Течение повторной беременности и первых родов у первородящих старше 30 лет

Под наблюдением было 1050 повторнобеременных первородящих старше 30 лет или 27,3% среди всех первородящих указанного возраста. Чаще всего у исследуемых женщин предыдущие беременности прерывались самопроизвольно (45%). Криминальные абортс наблюдались у 31,3%, а медицинские у 23,5% женщин. У остальных женщин (0,2%) предыдущая беременность была внематочной.

Течение последней беременности, закончившейся первыми родами, было осложненным у 87,5% женщин. Сравнительно часто первородящие этой группы имели экстрагенитальные заболевания (18,95%), которые несомненно оказывали отрицательное влияние на течение беременности и родов.

Угрожающее прерывание беременности у повторнобеременных женщин достигало 10,38%, преждевременные роды были у 10,57%. Частота преждевременных родов и угрожающего прерывания беременности находились в прямой зависимости от возраста женщины.

Токсикозы раннего срока беременности отмечены у 14,28% повторнобеременных, а поздние токсикозы встречались почти также часто, как и у первобеременных (нефропатия — в 8,0%, эклампсия — в 0,38%).

Многоплодие и перенашивание беременности наблюдалось у повторнобеременных не чаще, чем у первобеременных, а сочетаний фибромиомы матки и беременности было на 0,1% больше.

Таким образом, течение беременности отличалось у повторнобеременных женщин только более частыми (на 8,15% больше) экстрагенитальными заболеваниями, возможно, что частично развивающимися в результате перенесенных ранее самопроизвольных, медицинских и криминальных абортов.

Данные, полученные при анализе течения родового акта у повторнобеременных, свидетельствуют о значи-

тельном проценте осложнений, которые в родах были выявлены у 53,14% первородящих.

Характер и частота осложнений, встречающихся в родах у первобеременных и повторнобеременных, приведены в таблице 6.

Таблица 6

Осложнения в родах у первобеременных и повторнобеременных первородящих старше 30 лет, в % к числу женщин по группе

Название осложнения	При первичной беременности (2720)	При повторной беременности (1050)
Тазовые предлежания	5,70	6,3
Поперечное положение плода	0,62	1,2
Многоплодие	2,20	2,2
Перенашивание	2,40	2,7
Узкий таз	6,70	5,1
Нефропатия	7,60	7,8
Эклампсия	0,62	1,04
Слабость родовой деятельности	13,20	14,8
Пороки сердца	0,58	3,3
Гипертоническая болезнь	5,30	7,3
Фибромиомы матки	2,10	1,4
Итого	47,02	53,14

Из таблицы 6 видно, что на 6,12% чаще выявлялись осложнения у женщин, имевших в прошлом аборт или внематочную беременность.

В последовом периоде повышенные кровопотери (более 450 мл) наблюдались тем чаще, чем старше была первородящая.

В послеродовом периоде осложнения чаще наблюдались среди повторнобеременных — 23,6% женщин, а у первобеременных заболевания были у 15,04% родильниц.

Исход беременности и родов для плода у первородящих старше 30 лет

О влиянии на плод общего состояния организма матери указывается многими авторами (С. Л. Кейлин, 1948; В. И. Бодяжина, 1950 Л. С. Галеева, 1950; Н. Л. Гарма-

шева, 1952; В. К. Пророкова, 1954; Л. А. Можухина, 1964; И. И. Бенедиктов, А. В. Судакова, В. В. Якушева, 1964 и др.).

Установлено, что воздействие внешних или внутренних факторов приводит прежде всего к нарушению газообмена у плода, что несомненно отражается на его дальнейшем развитии. Указания некоторых акушеров о том, что у первородящих старшего возраста рождаются дети с некоторыми особенностями физических показателей, подтверждены и нашими наблюдениями.

Мы установили, что с увеличением возраста первородящих до 35 лет рождались дети более крупного веса, а у женщин старше 35 лет весовые показатели постепенно снижаются.

Росто-весовые данные родившихся детей у первородящих старше 30 лет приведены в таблице 7.

Таблица 7

Росто-весовые данные новорожденных у первородящих старше 30 лет

Возрастные группы первородящих	Рост (средний)		Вес (средний)	
	доношен- ных	недоно- шенных	доношен- ных	недоно- шенных
I группа (30-34)	48 см	37 см	3880 гр	2227 гр
II группа (35-39)	50 см	38 см	3620 гр	2276 гр
III группа (40-49)	48 см	37 см	3480 гр	2205 гр

Выявляемое повышение роста и веса плодов у первородящих старше 30 лет объясняется, по-видимому, особенностью кровообращения в матке, имеющей прямую зависимость от возраста женщины. Геронтологические особенности у первородящих старше 30 лет проявляются прежде всего в том, что анатомоморфологические изменения мышцы матки, а также особенности кровоснабжения ее оказываются наиболее благоприятными только до возраста 35 лет, а затем, по-видимому, с изменением кровообращения в матке изменяются и условия для развития плода.

С возрастом, надо полагать, у первородящих изменяются и рефлекторные реакции организма, а также со-

стояние нервной системы, что несомненно оказывает влияние на развитие плода, о чем отмечалось в работах Л. Н. Гармашевой (1952).

Рождение больше мальчиков при первых родах наблюдалось только у женщин старше 35 лет. Хотя причины, приводящие к соотношению полов у человека очень разнообразные, все же нельзя не обратить внимания на то, что у старших женщин, имеющих мужа более молодого возраста, чаще рождались мальчики, хотя считается, что зарождение женского или мужского организмов статистически равновероятно.

Рождение недоношенных детей с увеличением возраста первородящей учащалось и составляло в первой возрастной группе 12,9%, во второй — 14,2% и в третьей группе достигало 18,4%.

Весьма существенным фактом является повышение мертворождаемости и смертности детей у первородящих старше 30 лет.

Мертворождаемость и смертность увеличивается в группе женщин старше 35 лет, а в возрасте старше 40 лет как будто уменьшаются, но если исключить число женщин, у которых роды были закончены оперативно (47,6%), тогда мертворождаемость достигает 10,5%, а смертность — 10,3%.

Наиболее частыми причинами мертворождаемости являлись токсикозы беременности (38,7%), тазовые предлежания и неправильные положения плода (20,7%), затяжные роды (15,1%), патология плаценты и пуповины (10,5%). Все перечисленные факторы, обуславливающие мертворождения, наблюдались чаще у первородящих, старше 30 лет.

Причинами заболеваемости новорожденных почти в половине случаев служили нарушения мозгового кровообращения (43,1%).

**Биоэлектрическая активность матки,
капилляроскопические и оксигеметрические
показатели у первородящих в зависимости от возраста**
Биоэлектрическая активность матки

Использование физиологических методов исследования в акушерской практике открывает возможность более детального изучения функционального состояния

половых органов у женщин. Электрогистерографические исследования у первородящих старше 30 лет проводились впервые.

И. И. Яковлев и В. П. Низовцев, 1944; И. И. Бенедиктов, 1956; Г. М. Лисовская, 1958 и др. установили зависимость биоэлектрической активности матки от функционального состояния ее, а также указали на выявление латентной подготовки к выполнению их специфических функций. Регистрация биоэлектрической активности матки у беременных женщин производилась по методике Г. М. Лисовской (1958). У первородящих в возрасте от 30 до 34 лет биоэлектрическая активность матки была равна 29 условным единицам; в группе первородящих старше 40 лет биоэлектрическая активность матки соответствовала только 19 условным единицам. В контрольной же группе у первородящих молодого возраста (от 20 до 25 лет) биоэлектрическая активность матки в среднем составляла 48 условных единиц. Все исследования проводились в одинаковых условиях за 10 — 12 дней до родов.

При обработке полученных данных, указывающих на понижение биоэлектрической активности матки у более старших первородящих, методом вариационной статистики была получена достоверность статистического различия в 0,001.

Таким образом, полученные данные, при исследовании биоэлектрической активности матки указывают на снижение обменно-восстановительных процессов и компенсаторно-приспособительных способностей организма первородящих в более старшем возрасте, зависящих, как надо полагать, и от геронтологических особенностей организма женщины.

Капилляроскопические исследования у первородящих старше 30 лет

Исходя из того, что у человека наиболее чувствительна к возрастным изменениям сосудистая система, было предпринято изучение капилляров у первородящих старше 30 лет.

При изучении сравнительных данных при капилляроскопии у первородящих старше 30 лет в сравнении с

молодыми первородящими (до 25 лет) в конце беременности (за 10—12 дней до родов), и вскоре после родов (через 4—5 часов) было установлено, что капилляроскопическая картина у первородящих старше 30 лет изменялась в сторону уменьшения числа капилляров. Изменялся общий фон (был более бледным у первородящих в возрасте старше 35 лет и 40 лет). Замечено изменение спастико-тонического состояния капилляров, которое более четко выражено у первородящих второй и третьей возрастной группы. Характерно, что восстановление прежнего состояния капилляров у первородящих от 35 до 40 лет протекает в замедленном темпе. Восстановление прежней картины наступает на 14—15 день после родов, а у молодых первородящих (до 25 лет) к 8—9 дню.

Следует думать, что капилляроскопические данные у первородящих старше 30 лет, отличающиеся от данных у молодых первородящих в какой-то мере объясняются неполноценной регуляцией за счет снижения рефлекторных функций, ослабления защитных и, главным образом, компенсаторных механизмов.

Оксигеметрические исследования

Оксигемографические данные были использованы при выполнении акушерских работ В. И. Бодяжиной, 1950; В. К. Пророковой, 1954; Л. Ф. Калининой, 1957; А. И. Булавинцевой, 1958 и др. Указанными авторами установлено, что содержание кислорода в организме беременной женщины понижено, и по степени снижения кислорода в организме можно судить о нарушениях окислительно-восстановительных процессов в организме.

Оксигемография при выполнении настоящей работы была использована для оценки реакции организма на кровопотерю. Клинический анализ реакции организма на кровопотерю проводился у 100 первородящих молодых и 100 первородящих старше 30 лет и у 30 доноров, впервые сдающих кровь в возрасте от 20 лет и старше.

Наши данные показали, что в конце беременности исходный уровень насыщенности крови кислородом равен 92—94%.

При оксигеметрии выявлено, что насыщенность кислородом крови после одномоментной кровопотери у доноров снижена более, чем у родильниц и оказалась на 14% меньше исходной (92—78), а у родильниц на 6% ниже исходной (98—92). Средняя кровопотеря в группе родильниц составляла 310 мл., а у доноров 250 мл. Продолжительность кровотечения была почти одинаковая (15—20 мин. у родильниц и 15 мин. у доноров). Объяснить более выраженную реакцию доноров на одномоментную кровопотерю, по сравнению с беременными, по-видимому, можно тем, что у последних кроме увеличения массы крови за счет «плотеры беременных», весьма существенную роль играет дополнительное сосудистое русло, где депонируется часть крови, а значит и кислорода, который влияет на компенсаторно-приспособительные механизмы организма. У родильниц, в отличие от доноров, клиническая картина гипоксии чаще протекает с проявлениями субъективных ощущений (страх, беспокойство, бледность с повышением двигательных рефлексов). Коронарная недостаточность после кровопотери более выражена у первородящих старше 30 лет. Оксигемографически выявлено, что кислородная недостаточность у доноров выражена сильнее, чем у родильниц; можно полагать, что компенсаторно-приспособительные механизмы к недостатку кислорода у родильниц усилены.

Таким образом, при изучении некоторых физиологических показателей у первородящих старше 30 лет в сравнении с первородящими более молодого возраста, методом электрогистерографии, капилляроскопии и оксигемографии, установлено, что у более старших женщин чаще наблюдаются отклонения, указывающие на понижение компенсаторных способностей организма.

Некоторые практические рекомендации по ведению беременности и родов у первородящих старше 30 лет

Существующие в литературе указания по ведению беременности и родов у первородящих старшего возраста почти не конкретизированы, а освещают только некоторый опыт применения тех или иных мероприятий

в борьбе со слабостью родовой деятельности, которая наблюдается у них сравнительно часто. Учитывая большую роль возрастных особенностей в возникновении осложненного течения беременности и родов у первородящих старше 30 лет, нами сравнительно давно уже применяется ряд профилактических мероприятий, положительно влияющих на течение беременности и родов.

1. *Проведение психопрофилактической подготовки* беременных к родам мы рекомендуем начинать в наиболее ранние сроки беременности, что дает более благоприятные результаты. Мы установили весьма интересную зависимость — чем старше была первородящая, тем больший эффект получался от психопрофилактического метода. В процессе наблюдения психопрофилактическую подготовку прошли 577 беременных первородящих старше 30 лет. Положительную оценку в родах среди подготовленных женщин в первой возрастной группе (от 30 до 34 лет) получили 89,6% женщин, а в возрасте от 35 лет и старше положительное влияние подготовки к родам наблюдалось у 92% первородящих. У подготовленных женщин заметно уменьшалась продолжительность родового акта, даже при слабости родовой деятельности продолжительность родов у подготовленных женщин была меньше на 5 часов 35 минут. Уменьшалась степень кровопотери в послеродовом и раннем послеродовом периоде, реже наблюдались повышенные кровопотери (свыше 450 мл). Оперативные пособия среди подготовительных женщин применялись реже на 8%. Перинатальная смертность была ниже на 1,8%.

2. *Психофизическая подготовка* к родам первородящих старше 30 лет.

Присоединение к общепринятой психопрофилактической подготовке беременных к родам лечебной гимнастики показало лучшие результаты по сравнению с подготовленными только одним психопрофилактическим методом.

У первородящих старше 30 лет, подготовленных психофизическим методом, во время беременности в различные ее сроки, не было ни одного случая слабости

родовой деятельности. Во время беременности не было токсикоза, если подготовка начиналась в ранние сроки беременности. Заметно уменьшалась кровопотеря в родах.

Частота разрывов промежности значительно снизилась у подготовленных рожениц (16% против 22,9% у неподготовленных). Благоприятное действие психофизической подготовки сказалось и на новорожденных. Среди родившихся детей не имелось ни одного случая заболевания.

Таким образом, несмотря на достаточно трудоемкую работу, выполняемую работниками женской консультации в процессе подготовки беременных к родам психофизическим методом, последний себя вполне оправдывает.

Данный метод подготовки к родам способствует повышению реактивно-адаптационных свойств у беременных женщин, что в свою очередь, является фактором, изменяющим геронтологические особенности организма.

3. Применение комплексной медикаментозной подготовки первородящих старше 30 лет к родам.

В процессе наблюдения мы убедились в том, насколько отрицательное влияние оказывали различные патологические процессы, перенесенные первородящими в прошлом, на родовой акт. Поэтому у женщин, где ожидалось патологическое течение родового акта, мы применяли еще медикаментозную подготовку беременных к родам за 2—3 недели до родов.

Основанием для применения медикаментозной подготовки служили не только анамнестические, но также и объективные данные, полученные путем электрогистерографии, капилляроскопии и оксигеметрии. После проведения указанных исследований было установлено, что используя даже вполне доступные клинко-лабораторные исследования, можно судить о прогнозе родов и своевременно применить медикаментозное лечение, которое сводилось к назначению средств, усиливающих обменные процессы в организме, а также влияющих на функциональные способности матки.

В комплекс лекарственных средств для профилактики

ки входили такие медикаменты, как глюкоза 40% по 40 мл. внутривенно один раз в сутки; Витамин В₁ — 6% раствор по 1 мл. один раз в сутки; аденозин — трифосфорная кислота (АТФ) 1% раствор по 1 мл. один раз в сутки; глютаминовая кислота по 0,1 — 3 раза в сутки и кислород для вдыхания по 5 — 6 подушек в сутки. Указанный комплекс был применен у 65 первородящих старше 30 лет. Одновременно проводилось исследование биоэлектрической активности матки, которое показало, что применение указанного профилактическо-лечебного комплекса приводило к повышению биоэлектрической активности матки, и роды в большинстве случаев протекали с меньшим числом осложнений, за меньший промежуток времени, чем у женщин, не получавших указанного лечения.

ВЫВОДЫ

1. За последние годы имеется тенденция к увеличению частоты первородящих старше 30 лет (до 10,5%). Причиной этого являются позднее начало половой жизни, а также бесплодие, зависящее от аборт, воспалительных процессов, инфантилизма и некоторых других факторов.

2. Течение беременности у поздних первородящих, как правило, сопровождается осложнениями (82,7%), особенно токсикозами первой и второй половины беременности, тазовыми предлежаниями, многоплодием, недонашиванием и перенашиванием. Кроме того, у этих женщин чаще отмечались сопутствующие и осложняющие течение беременности экстрагенитальные заболевания (27,1%).

3. Роды у первородящих старше 30 лет в большинстве случаев осложнялись несвоевременным отхождением околоплодных вод, слабостью родовой деятельности, нарушением целостности шейки матки и промежности и др. (66,8%).

4. Характер и частота осложнений как у первобеременных, так и у повторнобеременных были почти одинаковыми и в основном зависели от возрастных особенностей организма первородящих. Частота и степень

тяжести осложнений находились в прямой зависимости от возраста женщин.

5. Электрогистерографические исследования, капиллярскопия и оксигемометрия показали геронтологические изменения в организме первородящих старшего возраста, что подтвердило клинические наблюдения, раскрывающие патогенетические факторы осложнений беременности и родов у них.

6. Компенсаторно-приспособительные реакции на кровопотерю родильниц в возрасте старше 30 лет снижены, и восстановление степени насыщения крови кислородом в сравнении с молодыми первородящими идет замедленно.

7. Увеличение росто-весовых показателей новорожденных наблюдается у первородящих старше 30 лет до 35-летнего возраста, а затем идет снижение. На развитие плода и исход родов для него оказывают влияние возрастные изменения в организме матери. Частота перинатальной смертности и заболеваемости находятся в прямой зависимости от возраста женщин.

8. Беременность и роды у первородящих старше 30 лет нередко заканчиваются оперативными вмешательствами (29,34%), при этом частота их находится в прямой зависимости от возраста женщины.

9. У первородящих старшего возраста следует обязательно проводить психофизическую подготовку, начиная с ранних сроков беременности. Это приводит к уменьшению неблагоприятных исходов беременности и родов для матери и плода.

10. Комплексное медикаментозно-гармональное лечение должно осуществляться за 2—3 недели до родов у всех женщин, имеющих отягощенный анамнез или осложнения, могущие отрицательно сказаться в родах.

11. Шире прибегать к оперативному родоразрешению у первородящих старшего возраста при родах, осложненных акушерской и экстрагенитальной патологией, учитывая при этом и социально-бытовые условия жизни женщины.

12. Первородящих женщин старше 30 лет следует называть «первородящими с геронтологическими особенностями».

**РАБОТА ДОКЛАДЫВАЛАСЬ НА СОВМЕСТНЫХ ЗАСЕДАНИЯХ
ГОДИЧНЫХ НАУЧНЫХ СЕССИИ И НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА
АКУШЕРОВ ГИНЕКОЛОГОВ ГОРОДА СВЕРДЛОВСКА И НАПЕЧАТАНА
В СЛЕДУЮЩИХ ИЗДАНИЯХ:**

1. К вопросу профилактики слабости родовой деятельности у пожилых и старых первородящих и терапия ее.

В кн.: Рефераты Объединенной научной сессии Свердловского института ОММ и Московского научно-исследовательского института акушерства и гинекологии, 1958, 21 — 22.

2. К вопросу профилактики слабости родовой деятельности. Там же, 1958, 23—24.

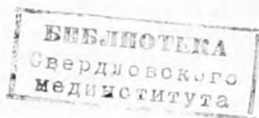
3. К вопросу профилактики слабости родовой деятельности в кн.: Рефераты научных работ Свердловского научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества, 1960, 9—11.

4. Реакция организма беременных на одномоментную кровопотерю в родах. В кн.: Некоторые вопросы патогенеза, клиники, профилактики и терапии акушерских кровотечений. Тр. Свердловского медицинского института, вып. 47, 1964, 57—63.

5. Профилактика повышенных кровопотерь в родах у первородящих старше 30 лет. Труды Свердловского медицинского института, вып. 47, 183—186.

6. Беременность и роды у первородящих старше 30 лет. Ж. Акушерство и гинекология. Напечатано в 1965.

7. Профилактика осложнений для матери и плода у первородящих старше 30 лет. Ж. Охрана материнства и младенчества, 1965. Принята в печать.



НС 24486. 18/XI-65 г. Зак. 507. Тир. 250.

Производственное объединение «Полиграфист», цех № 4.
Проспект Ленина, 28.