

57 YAŞINDA QADININ HAMİLƏLİK VƏ DOĞUŞUN GEDİŞATI XÜSUSİYYƏTLƏRİ (Kliniki hal)

T.f.d., dos. **Aynurə Fikrət qızı Əmirova**

Elmi Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: gec reproduktiv dövr, hamiləlik, doğuş, ekstrakorporal mayalanma

Gec reproduktiv yaşda (GRY) olan hamilə qadınlar (35-49 yaş) mamalıq və ginekoloji patologiya ilə əlaqədar artan risk qrupuna aiddir, onların arasında ginekoloji xəstəlikləri, düşüklər, birincili və ya ikincili sonsuzluq, əksər qadınlarda isə hamiləlik ilkdir [1-4].

Bununla belə, müasir dövrdə 40 yaşdan yuxarı doğuş müasir mamalıqın obyektiv reallığına çevrilir [5,6]. 42 yaş konsepsiya üçün kritik yaş kimi müəyyən edilir, baxmayaraq ki, hər iki istiqamətdə səpmələr əhəmiyyətli ola bilər.

Rusiyada reproduktiv yaşda olan qadınların sayının 30%-ni 40-50 yaşlı qadınlar təşkil edir, onların bir çoxu öz peşə fəaliyyətlərində fəaldır, ailə-nikah münasibətləri məsələlərini həll edir. 45 və daha yuxarı yaşda ovulyasiya və cinsi əlaqənin tezliyi azalsa da, bəzi qadınlarda cinsi aktivlik arta da bilər [1,7].

Hamilə və 35 yaşdan yuxarı uşaq dünyaya gətirən qadınlar arasında ilk nikaha gec girən, yenidən nikaha girən qadınlar, həmçinin natamam ailə yaratmaq qərarına gələn tənha şəxslər üstünlük təşkil edir [8]. Gec reproduktiv dövrdə hamiləlik nadir hallarda planlaşdırılır [9]. 40 yaşdan yuxarı qadınlarda arzuolunmaz hamiləlik həm ana, həm də döl üçün əhəmiyyətli riskdir və çox vaxt psixoloji və sosial baxımdan qəbul edilməzdir [8-10].

Bununla belə, qadınların əksəriyyəti (85,8%) möhkəm ailənin yaradılması üçün uşaqların olmasını şərt hesab edir. Eyni zamanda, onların yarısından çoxu (58,0%) iki, 22,8 % - bir uşaq, yalnız 14,6 % - üç və ya daha çox uşaq sahibi olmaq istəyir [4,11].

Qeyd etmək lazımdır ki, hazırda perimenopauza dövründə reproduksiyanın bərpası üçün müraciət edilməsinin əsas səbəbləri uşaqların ölümü, gec və ya təkrar nikah, sonsuzluq və ya düşüklər, gənc yaşda ovarektomiya, sosial-iqtisadi amillərdir. Köməkçi reproduksiya üsullarının (IVF və donor yumurtaları) istifadəsi və onların populyarlaşdırılması gec reproduktiv dövrdə ekstrakorporal mayalanma hallarının sayının artmasına səbəbdir [10,12].

Hesab olunur ki, GRY-da hamiləlik daha tez-tez patoloji olur, induksiya edilmiş hamiləlik isə spontan

baş verən ilə müqaisədə ilk trimestrdə daha fəsadlaşmış davam edir [7]. II və III trimestrlərdə induksiya edilmiş və spontan baş verən hamiləliklərin gedişi əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənmir və induksiya edilmiş hamiləlik preeklampsiya və anemiya baxımından daha yüksək risklidir [11,7]. Bununla birlikdə, spontan və ya köməkçi reproduktiv texnologiyaların (ART) üsullarının köməyi ilə hamiləliyin baş verməsindən asılı olmayaraq, qadının yaşı artıqca mamalıq ağırlaşmalarının tezliyi artır [12-14].

40 yaşdan sonra ana ölümü riski kəskin şəkildə artır: 20-29 yaş ilə müqaisədə 40-49 yaşda bu göstərici 4 dəfə yüksəkdir [13]. Ananın yaşı iki dəfə artdıqda perinatal ölüm göstəricisi iki dəfə artır [14]. Bəzi tədqiqatlara əsasən, gec reproduktiv yaşda və perimenopozda olan qadınların sağlamlığı əvvəlki dövr və müasir həyat şəraiti ilə əlaqədar əhəmiyyətli dərəcədə pozulur [15,16].

Hamiləlik və doğuş 60% hallarda qeydə alınan ekstragenital patologiya fonunda baş verir və xəstələrin 2/3-də bu patoloji vəziyyət xroniki olur [17, 5]. Xəstələrin bu kontingenti hamiləlik və doğuş zamanı, doğuşdan sonrakı dövrdə və ya bir neçə ildən sonra inkişaf edə bilən ürək-damar xəstəliyi, miokardın infarkt riski qrupuna aiddir [7, 18].

GRY-da hamiləlik düşüklər, hestasional diabet, dö-lün anadangəlmə qüsurları, fetoplasentar çatışmazlıq, doğuşdan sonrakı qanaxma, preeklampsiya və aşağı bədən çəkisi olan uşaqların doğulma riskinin yüksək olmasına səbəb olur [14, 6].

Premenopauza və perimenopauza dövrlərdə olan qadınlar, əgər uşaq dünyaya gətirmək istəyirlərsə, hamiləliyi əvvəlcədən planlaşdırmalıdırlar, çünki onlar planlaşdırılmamış hamiləliyin mənfi nəticələrə səbəb ola biləcəyi xəstələr qrupuna aiddir: abort, yanaşı xəstəliklərin yaranması və ya ağırlaşması, əlillik, həyat keyfiyyətinin pisləşməsi və reproduktiv itki riskinin artması, ana və perinatal ölüm [1, 19]. Hamiləlik boyu diqqətli monitorinq tələb olunur [7].

2022-ci ildə Avqust ayında Elmi Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunda məqarlı kliniki hal

müşahidə olunub. Pasiyent N, 57 yaşında İcbari Tibbi Sığortanın göndərişi ilə Ambulator şöbəyə müraciət edib. Həkim mama-ginekoloq Əmirova A.F. tərəfindən lazım olan müayinələr (qanın ümumi analizi, sidrin ümumi analizi, koagulogramma, qanda şəkər, USM, KTQ və s.) aparılıb və "Hamiləlik 37 həftəlik. Köndələn vəziyyət. Hamiləliyin hipertenziyası. FMA. FGA. Sonsuzluq ikincili (15 il). EKM. Uşaqlığın mioması" diaqnozu təyin edilib. Qadının anamnezindən gec ailə həyatı qurub və ilk spontan hamiləlik 42 yaşında olub, 20 həftəsində ağır preeklampsiya səbəbindən dölün bətdaxili ölümü və gec düşüklə nəticələnib. Daha sonrakı dövrdə özbaşına təkrar hamiləlik baş verməyib. Qadın köməkçi reproduktiv texnologiyalar vasitəsi ilə 3cü cəhddən 57 yaşında hamilə qalıb. Hamiləlik planlamadan öncə ekstragenital xəstəliklər baxımında müvafiq müayinələr keçirilib və hamiləliyə görə əks göstərişlər təyin olunmayıb. Hamiləlik dövründə qadın dəstəkləyici (Progesterone), antikoagulyant müalicə (Kleksan 0.4 dəri altı hər gün), hipotenziv terapiya (Dopegit 500-750mg) qəbul edib. Hamiləliyin 38-ci həftəsində spinal anesteziya şəraitində Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı aparılıb. Əməliyyat zamanı ayaqlarından cinsi kişi, çəkisi 2800qr, boyu 48 sm olan diri uşaq çıxarılıb. Əməliyyat zamanı ciftin sıx birləşməsi səbəbindən əl ilə ayrılma texnikası tətbiq olunub və

cift parçaları ehtiyatla tam olaraq çıxarılıb, qanaxma olmayıb, ciftə vizual olaraq kalsinatlar və distrofik dəyişilmiş sahələr təyin olunub. Uşaqlığın intramural miomaları 2sm-dən böyük olmadığından miomektomiya icra edilməyib. Uşaqlıq yarasına ikiqat tikişlər qoyuldu, uşaqlıq tonusu kontrol edildikdən sonra qarın boşluğunda drenaj boru saxlamaqla əməliyyat yarası qat-qat tikilib. Əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçib, müvafiq uterotonik, hipotenziv, antikoagulyant terapiya aparılıb. Yenidoğulmuşun vəziyyəti də stabil və qənaətbəxş olub. Əməliyyatdan 3 gün sonra qadın və yenidoğulmuş stabil kafi vəziyyətdə evə yazılıblar. Kontrol müayinə qadın və uşağa 10 gün və 1 ay sonra aparılıb, vəziyyətləri stabildir. Yenidoğulmuşun göbəyinin gec düşməsi (15ci sutkada) qeydə alınıb. Qadın hazırda ürək damar xəstəliklərin profilaktikası məqsədi ilə antiaqreqant müalicə qəbul edir, arterial təzyiqi stabildir (140/90 mm.c.s.).

Beləliklə, gec reproduktiv yaşda olan və perimenopauza dövründə olan qadınlar, ilk növbədə, hamiləliyin ağırlaşmalarının baş vermə riski altındadırlar, ana və perinatal ölüm üçün risk qrupunu təşkil edirlər. Bu, hamilə qadınların müəyyən bir qrupudur, bunun üçün xüsusi reproduktiv sağlamlıq proqramı yaradılmalıdır.

SUMMARY

Characteristics of pregnancy and childbirth in a 57-year-old woman (Clinical case)

*Ass. Prof., PhD Aynura Fikrat Amirova
Scientific research Institute of Obstetrics and
Gynecology, Baku, Azerbaijan*

Key words: late reproductive period, pregnancy, delivery, in vitro fertilization

Pregnant women of late reproductive age (LRA) (35-49 years) belong to the group of increased risk for obstetric and gynecological pathology, including gynecological diseases, miscarriages, primary or secondary infertility, and in most women it is the first pregnancy. In this article it was presented the case of Pregnant women of late reproductive age (LRA) (35-49 years) belong to the group of increased risk for obstetric and gynecological pathology,

РЕЗЮМЕ

Особенности течения беременности и родов у женщины 57 лет. Клинический случай

*Д.ф.м., доц. Амирова Айнура Фикрет кызы
Научно-исследовательский Институт
Акушерства и Гинекологии,
Баку, Азербайджан*

Ключевые слова: поздний репродуктивный возраст, беременность, роды, экстракорпоральное оплодотворение

Беременные позднего репродуктивного возраста (ПРВ) (35-49 лет) относятся к группе повышенного риска по акушерско-гинекологической патологии, в том числе по гинекологическим заболеваниям, невынашиванию беременности, первичному или вторичному бесплодию, причем у большинства женщин это первая беременность в ПРВ. В данной статье представлен случай беременности и родов у женщины 57 лет. В Августе

including gynecological diseases, miscarriages, primary or secondary infertility, and in most women it is the first pregnancy. In this article it was presented the case of pregnancy and delivery of 57 years old women. In August, 2022 an interesting clinical case was observed at the Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology. Patient N, 57 years old, referred to the Outpatient Department by the Mandatory Medical Insurance. Necessary examinations (general analysis of blood, general analysis of urine, coagulogram, sugar in blood, USG, CTG, etc.) were conducted and "Pregnancy 37 weeks. Transverse situation. Hypertension of pregnancy. Infertility secondary (15 years). IVF. Uterus fibroids" was diagnosed. According to the woman's anamnesis, she started a family late and the first spontaneous pregnancy was at the age of 42, which resulted in intrauterine death and late miscarriage due to severe preeclampsia at 20 weeks. No spontaneous repeat pregnancy occurred in the subsequent period. The woman became pregnant at the age of 57 from the 3rd attempt through assisted reproductive technologies. Before planning a pregnancy, appropriate examinations were performed in the care of extragenital diseases and no contraindications for pregnancy were prescribed. During pregnancy, the woman received support (Progesterone), anticoagulant treatment (Clexan 0.4 subcutaneously every day), hypotensive therapy (Dopegit 500-750mg). In the 38th week of pregnancy, a Caesarean section was performed under spinal anesthesia. During the operation, a live male child weighing 2800 g and height 48 cm was removed from his legs. During the operation, due to the close union of the placenta, the technique of manual separation was applied, and the parts of the placenta were carefully removed completely, there were no bleeding, calcinations and dystrophic changed areas were visually determined in the placenta. Myomectomy was not performed because the intramural fibroids of the uterus were not larger than 2 cm. Double sutures were placed on the uterine wound, after checking the tonus of the uterus, the surgical wound was sutured in layers, keeping a drainage tube in the abdominal cavity. The postoperative period was uneventful, appropriate uterotonic, hypotensive, anticoagulant therapy was performed. The condition of the newborn was also stable and satisfactory. 3 days after the operation, the woman and the newborn were discharged home in stable enough condition. The control examination was performed on the woman and child 10 days and

2022 года интересный клинический случай наблюдали в НИИ Акушерства и Гинекологии. Пациентка Н., 57 лет, направлена в поликлинику по ОМС. Были проведены необходимые обследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, сахар в крови, УЗИ, КТГ и др.) и был поставлен диагноз «Беременность 37 недель. Поперечное положение. Гипертоническая болезнь беременности. Бесплодие вторичное (15 лет). ЭКО. Миома матки». Согласно анамнезу женщины, она поздно создала семью, а первая самопроизвольная беременность была в 42 года, которая закончилась внутриутробной гибелью и поздним выкидышем из-за тяжелого преэклампсии в 20 недель. В последующем периоде самопроизвольной повторной беременности не было. Женщина забеременела в 57 лет с 3-й попытки с помощью вспомогательных репродуктивных технологий. Перед планированием беременности проводились соответствующие обследования по поводу экстрагенитальных заболеваний и не выявлено противопоказаний к беременности. Во время беременности женщина получала поддерживающую (Прогестерон), антикоагулянтную терапию (Клексан 0,4 подкожно ежедневно), гипотензивную терапию (Допегит 500-750мг). На 38-й неделе беременности под спинальной анестезией выполнено Кесарево сечение. Во время операции всвязи с поперечным положением плода извлечение было проведено за ноги живого ребенка мужского пола, массой 2800 г, ростом 48 см. Во время операции в связи с плотным прикреплением плаценты была применена техника ручного отделения, а части плаценты тщательно удалены полностью, кровотечения не было, в плаценте визуально определялись кальцинаты и дистрофически измененные участки. Миомэктомия не была проведена, так как размеры интрамуральной миомы матки не превышали 2 см. На маточный разрез был наложен двойной шов, после проверки тонуса матки операционную рану ушивали послойно, оставляя дренажную трубку в брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений, проводилась адекватная утеротоническая, гипотензивная, антикоагулянтная терапия. Состояние новорожденного также было стабильным и удовлетворительным. Через 3 дня после операции женщина и новорожденный выписаны домой в достаточно стабильном состоянии. Женщине и ребенку через 10 дней и через 1 месяц проведен контрольный

1 month later, their conditions are stable. A late fall of the navel of the newborn (on the 15th day) was recorded. The woman's blood pressure is stable (140/90 mmHg) is currently taking antiagregant treatment for the prevention of cardiovascular diseases. Thus, women of late reproductive age and menopause are primarily at risk of pregnancy complications and constitute a risk group for maternal and perinatal mortality. This is a certain group of pregnant women, for which a special reproductive health program should be created.

осмотр, их состояние стабильное. Зафиксировано позднее выпадение пупка новорожденного (на 15-е сутки). Артериальное давление у женщины стабильное (140/90 мм рт.ст.), в настоящее время принимает антиагрегантное лечение для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Таким образом, женщины позднего репродуктивного возраста и климактерического возраста в первую очередь подвержены риску осложнений беременности и составляют группу риска по материнской и перинатальной смертности. Это определенная группа беременных, для которых должна быть создана специальная программа репродуктивного здоровья.

ӘДӘБИҒАТ

1. Чеботарева Ю.Ю., Овсянников В.Г., Хутиева М.Я. Патологические особенности течения беременности и родов в позднем репродуктивном возрасте // Медицинский вестник Юга России. 2013 – 20-23 с. УДК 618.3-053-084-092
2. Кулаков В.И., Серов В.Н., Барашнев Ю.И. Руководство по безопасному материнству: М.,1998. - 531 с.
3. Khoshnood B., Leridon H. Impact of maternal age on fecundity and women's and children's health. J Gynecology, Obstetrics and Reproduction (Paris) 2008; 37(8): 733-47.
4. Бодрова В.В. Репродуктивное здоровье женщин в России (по результатам исследований, проведенных в Перми, Екатеринбурге и Ивановской области в 1996 и 1999 г.г.)/ В.В. Бодрова, Х. Голдберг // Социология медицины. - 2002.- № 1.- С. 21-32.
5. Назаренко Т.А. Бесплодие и возраст: пути решения проблемы / Т.А. Назаренко, Н.Г. Мишиева.-М.МЕДпресс-информ, 2010.-208 с.
6. Сичинава Л.Г., Панина О.Б. и др. Течение беременности и родов у женщин различных возрастных групп // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2009.-т. 8, №5.- С. 40-44.
7. Grawford B.S., Davis J., Harrigill K. Uterin artery atherosclerotic disease. Histologic features and clinical correlation. Obstetrics and Gynecology 1997; 90: 210-5.
8. Simchen M.J. et al.,Pregnansy outcome after age 50 // Obstet. Gynecol. – 2006.- Vol.108,N5.-P.1084-1088.
9. Танеераничскул S, Dusitsin N. Contraception in perimenopause. J Med Assoc Thai 2003; 86 (2): S140–4.
10. Merki-Feld GS. Contraception in perimenopause. The Umsch 2000; 57 (10): 613–6.
11. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. – М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2011.-88с.
12. Гусева Е.В., Филипов О.С. Особенности материнской смертности женщин старшего репродуктивного возраста в Российской Федерации // Проблемы репродукции. Специальный выпуск. – 2009. – С. 12-15.
13. Sauer M.V. et al. Oocyte donation to women of advanced reproductive age: pregnancy results and obstetrical outcomes in patients 45 years and older // Hum.Reprod. - 1996.-Vol.11,N11.-P.2540-2543.
14. Мишиева Н.Г. Лечение бесплодия у женщин старшего ре-продуктивного возраста // Российский вестник акушера-ги-неколога. – 2008. - N 8(5).- С. 51-56.
15. Бебнева Т.Н. Применение Эскапела – средства для экстрен-ной контрацепции у женщин в различные возрастные пе-риоды. Основы консультирования // Русский медицинский журнал. – 2007. - №2. – С. 134.
16. orrest J.D. Epidemiology of unintended pregnancy and contraceptive use. Am J Obstet Gynecol 1994; 170: 1485–9.

17. Подзолкова С.Н. М., Назарова С.В., Доскин В. А. и соавт. Беременность и роды у женщин старше 40 лет – объективная реальность современного акушерства // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – том 1, №10.- 2011.- с.44-50.
18. Киселев А.М. Медико-социальная характеристика репродуктивного поведения женщин позднего фертильного возраста // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2010. - №2.- С.41-47.
19. Аржанова О.Н. и соавт. Влияние артериальной гипертензии на фетоплацентарный комплекс // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2007. – Вып.2. –С.116-118.