

Ciąża po 35. roku życia – wyniki położnicze w materiale własnym Kliniki Położnictwa *Collegium Medicum* w Bydgoszczy

Pregnancy after the age of 35: obstetrics results in the material from the Department of Obstetrics of Collegium Medicum in Bydgoszcz

Iwona Jagielska, Anita Kazdepka-Ziemińska, Radosław Janicki, Krzysztof Żołnierzewicz, Marek Grabiec

Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu;

kierownik Kliniki: dr hab. n. med. Marek Grabiec, prof. UMK

Przeгляд Menopauzalny 2012; 1: 45–50

Streszczenie

Celem pracy była analiza przebiegu ciąży i porodu oraz stanu noworodka kobiet powyżej 35. r.ż. Badaniami objęto kobiety po 35. r.ż., które rodziły w Klinice Położnictwa w okresie 01.01.–31.12.2010 r. Oceniono częstość występowania powikłań ciąży, sposób jej ukończenia oraz masę i stan noworodka wg skali Apgar. Wyniki porównano między wyodrębnionymi w zależności od wieku i rodności grupami. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu statystycznego STATISTICA 9.0 firmy StatSoft®. W omawianym okresie kobiety powyżej 35. r.ż. stanowiły 4,9%, a po 40. r.ż. – 1,13% wszystkich rodzących. Prawie 2/3 kobiet posiadało średnie i wyższe wykształcenie i pochodziło ze środowiska miejskiego. Wyższy odsetek cięć cesarskich stwierdzono w grupie kobiet powyżej 40. r.ż. Najczęściej obserwowanymi powikłaniami były poród przedwczesny i cukrzyca ciążowych (*gestational diabetes mellitus* – GDM). Stan noworodków oceniany w 3. minucie w punktacji Apgar nie różnił się w porównywanych grupach, a średnia punktacja wynosiła 8,82. Powyżej 70% ciąż ukończono po 37. tygodniu.

Wnioski: 1. Wraz z wiekiem kobiet wzrasta liczba wykonywanych cięć cesarskich. 2. Świadome późne macierzyństwo dotyczy przede wszystkim kobiet w wieku 35–39 lat, pochodzących ze środowiska miejskiego i bardziej wykształconych ($p < 0,05$). 3. Najczęściej obserwowanymi powikłaniami są poród przedwczesny i GDM. 4. Wiek ciążarnej oraz rodność nie wpływają na stan kliniczny noworodka.

Słowa kluczowe: ciąża wysokiego ryzyka, późne macierzyństwo, stan kliniczny noworodka.

Summary

Objectives: For the last few decades, a trend towards late motherhood has been noticeable. Pregnant women after 35 years of age are considered to be predisposed to a high risk of perinatal complications.

Design: The aim of this study was to analyze the course of pregnancy and delivery, and the newborn status in women over 35 years of age.

Materials and methods: The study included women over 35 years of age who gave birth at the Department of Obstetrics in the period from 1 January to 31 December 2010; it evaluated the incidence of pregnancy complications, the way of its completion, the weight of the newborn and Apgar. The results were compared among the groups classified according to age and parity. Statistical analysis was performed using the statistical program STATISTICA 9.0 StatSoft®.

Results: During this period, women over 35 years of age accounted for 4.9% and over 40 – 1.13% of all women in labor. Almost two thirds of women had secondary or higher education and came from urban areas. A higher percentage of cesarean sections was found in women over 40 years of age. The most common complications were preterm labor and gestational diabetes. The status of newborns evaluated at 3 minute Apgar scores did not differ in the compared groups, and the average score was 8.82. Over 70% of pregnancies were completed after the 37th week.

Conclusions: With age, an increasing number of cesarean sections were performed. Late mothers primarily are women aged 35–39 years, coming from urban areas and better educated ($p < 0.05$). The most common complications reported include preterm delivery and gestational diabetes. The maternal age and parity did not affect the clinical status of the newborn.

Key words: high-risk pregnancy, old mothering, clinical status of newborn.

Adres do korespondencji:

Iwona Jagielska, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizziela, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz, tel. +48 52 365 55 26, faks +48 52 365 52 45, e-mail: kikpoloz@cm.umk.pl

Wstęp

Istnieje zależność naturalnej płodności u kobiet od ich wieku [1–3]. Ryzyko nieuzyskania ciąży w okresie roku starań rośnie z 5% dla kobiet w wieku 20–25 lat do 30% dla kobiet w wieku 35–38 lat. Mimo to w ostatnich kilku dekadach zauważalny jest trend w kierunku późnego macierzyństwa [1, 2, 4–7]. Coraz większe zainteresowanie kobiet edukacją i rozwojem kariery zawodowej powoduje przesunięcie decyzji o macierzyństwie, a nowoczesne techniki rozrodu wspomaganego medycznie umożliwiają zajście w ciążę w zaawansowanym wieku [6, 8]. Ciężarne po 35. r.ż. zwykle są uważane za predysponowane do wyższego ryzyka powikłań perinatalnych [1, 4, 9–11]. Obserwowany jest wzrost ryzyka wczesnych poronień i schorzeń genetycznych [1–3]. Wyniki wielu badań potwierdzają w tej grupie kobiet wzrost odsetka cięć cesarskich oraz wzrost ryzyka dla cukrzycy ciążowej, stanu przedrzucawkowego i porodu przedwczesnego [2, 4, 9–12]. Większość badaczy nie zaobserwowała zwiększenia śmiertelności okołoporodowej [4, 6, 11, 13–16]. Późne macierzyństwo rodzi wiele problemów i dylematów, ale nie dla wszystkich ciężarnych. Zwłaszcza w grupie zdrowych, dojrzałych kobiet wiek stanowi podstawowy czynnik ryzyka [1, 5, 8, 11].

Cel pracy

Celem pracy była ocena przebiegu ciąży i porodu oraz stanu noworodka u kobiet powyżej 35. r.ż.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiły 134 kobiety po 35. r.ż., które rodziły w Klinice Położnictwa w Bydgoszczy w okresie od 1.01. do 31.12.2010 r. Wyodrębniono podgrupy w zależności od wieku rodzącej: I grupa – 35–39 lat, II grupa – powyżej 40. r.ż. oraz od rodności: I grupa – pierwiastki, II – wieloródki. W badanej grupie analizie poddano pochodzenie, wykształcenie, decyzję o ciąży, nastroj w ciąży, stosowanie antykoncepcji, częstość korzystania z badań prenatalnych, sposób oraz wiek ukończenia ciąży. Oceniono także częstość występowania powikłań w ciąży, wskazania do cięcia cesarskiego, stan noworodka oceniany wg skali Apgar oraz masę urodzeniową noworodka.

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu statystycznego STATISTICA 9.0 firmy StatSoft®. Analizę współzależności analizowanych zmiennych jakościowych wykonano testem χ^2 . Poziom istotności $p < 0,05$ uznano za statystycznie istotny i oznaczono *. W tablicach wynikowych oprócz liczebności podano także procenty liczone dla kolumn.

Wyniki

W Klinice Położnictwa Collegium Medicum w Bydgoszczy w okresie od 1.01. do 31.12.2010 r. odbyło

się 2738 porodów. Rodzące powyżej 35. r.ż. stanowiły prawie 5% analizowanej populacji. Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 37 lat i 350 dni, a średni wiek ukończenia ciąży – 38 tygodni. Najstarsza rodząca ukończyła 48. r.ż. Najwcześniej ciążę zakończono w 30. tygodniu u wieloródki drogą cięcia cesarskiego z powodu rozpoczynającej się infekcji wewnątrzmacicznej po przedwczesnym odpłynięciu płynu owodniowego. Wady wrodzone (obrzęk uogólniony z wielowadziem oraz tętniak naczyń pępowinowych) stwierdzono u 2 (1,49%) noworodków. Odnotowano jeden zgon po porodzie (0,75%) – wcześniaka urodzonego przez cięcie cesarskie w 34. tygodniu ciąży z obrzękiem uogólnionym i wadami mnogimi. W 4 (2,98%) przypadkach rozpoznano ciążę bliźniaczą.

W tabeli I przedstawiono charakterystykę badanej grupy. Kobiety po 40. r.ż. stanowiły 23,13%. Odsetek wieloródek wynosił 75%. Ponad 60% kobiet pochodziło ze środowiska miejskiego, a prawie 70% posiadało wykształcenie średnie i wyższe. Około 1/3 badanej populacji nie planowała ciąży, natomiast antykoncepcję stosowało 51% ciężarnych. Antykoncepcję hormonalną stosowało 15,7% kobiet i taki sam odsetek – prezerwatywy. Ponad połowa ciężarnych nie skorzystała z badań prenatalnych. Siedemdziesiąt sześć procent ciąż zakończyło się porodem w przewidywanym terminie. Cięcia cesarskie stanowiły 40% analizowanych porodów, a najczęstszym wskazaniem było rozpoznanie ciąży tzw. wysokiego ryzyka. Kryteria powyższego rozpoznania stanowiły: zaawansowany wiek rodzącej, stan po leczeniu niepłodności, obciążony wywiad położniczy (np. poronienia), silnie wyrażony niepokój o losy ciąży.

Tabela II przedstawia analizowane cechy w zależności od wieku pacjentek. Zaobserwowano większy odsetek ciężarnych mieszkających w mieście w grupie I w porównaniu z grupą II (67,96% vs 45,16%; $p < 0,05$). W grupie I stwierdzono także większy odsetek ciężarnych z wyższym wykształceniem. Różnica między grupami nie była istotna statystycznie. Decyzja o ciąży w przedziale wiekowym 35–39 lat w 70% przypadków była świadoma, natomiast w grupie starszych ciężarnych – w 48% ($p < 0,05$). W grupie II więcej kobiet (61,29%) wyrażało niepokój o losy ciąży ($p < 0,05$), częściej poród występował przed 37. tygodniem ciąży, zaobserwowano także większy odsetek cięć cesarskich. W każdej z grup ponad połowa kobiet nie wykonała badań prenatalnych.

W tabeli III przedstawiono wyniki w zależności od rodności. Pierwiastki były bardziej wykształcone, wśród nich wyższe wykształcenie posiadało aż 60%, a 87,9% było aktywnych zawodowo. Antykoncepcję częściej stosowały wieloródki (57,4% vs 33,3%), natomiast z badań prenatalnych częściej korzystały pierwiastki (69,7% vs 36,3%). U pierwiastek wykonano więcej cięć cesarskich. W obu grupach ponad 70% porodów odbyło się powyżej 37. tygodnia ciąży.

Tab. I. Charakterystyka badanej grupy (n = 134)

Badana cecha		Liczba	%
rodność	pierwiastki	33	24,63
	wieloródki	101	75,37
pochodzenie	miasto	84	62,69
	wieś	50	37,31
wykształcenie	podstawowe	6	4,48
	zawodowe	34	25,37
	średnie	34	25,37
	wyższe	60	44,78
decyzja o ciąży	ciąża nieplanowana	47	35,07
	ciąża planowana	87	64,93
badania prenatalne	nie	75	55,97
	tak	59	44,03
nastrój w ciąży	dobry	74	55,22
	obniżony	60	44,78
antykoncepcja	brak	65	48,51
	stosowana	69	51,49
ukończenie ciąży	≤ 37. t.c.	32	23,88
	> 37. t.c.	102	76,12
sposób ukończenia ciąży	poród fizjologiczny	80	59,70
	cięcie cesarskie	54	40,30

t.c. – tydzień ciąży.

Tab. II. Analiza danych w zależności od wieku ciężarnej

Badana cecha	I grupa (35–39 lat) n = 103		II grupa (40–49 lat) n = 31		p	
	liczba	%	liczba	%		
pochodzenie	miasto	70	67,96	14	45,16	0,0214*
	wieś	33	32,04	17	54,84	
wykształcenie	podstawowe	5	4,85	1	3,23	0,1099
	zawodowe	21	20,39	13	41,94	
	średnie	27	26,21	7	22,58	
	wyższe	50	48,54	10	32,26	
decyzja o ciąży	przypadek	31	30,10	16	51,61	0,0278*
	planowana	72	69,90	15	48,39	
nastrój w ciąży	dobry	62	60,19	12	38,71	0,0349*
	obniżony	41	39,81	19	61,29	
antykoncepcja	nie	48	46,60	17	54,84	0,4211
	tak	55	53,40	14	45,16	
czas trwania ciąży	≤ 37. t.c.	22	21,36	10	32,26	0,2121
	> 37. t.c.	81	78,64	21	67,74	
sposób ukończenia ciąży	fizjologiczny	64	62,14	16	51,61	0,2950
	cesarskie cięcie	39	37,86	15	48,39	
badania prenatalne	nie	57	55,34	18	58,06	0,7888
	tak	46	44,66	13	41,94	

t.c. – tydzień ciąży.

Tab. III. Analiza danych w zależności od rodności

Badana cecha		Pierwiastki (n = 33)		Wieloródki (n = 101)	
		liczba	%	liczba	%
pochodzenie	miasto	23	69,7	61	60,78
	wieś	10	30,3	40	39,22
czas trwania ciąży	≤ 37. t.c.	7	21,21	25	24,51
	> 37. t.c.	26	78,78	76	75,49
sposób ukończenia ciąży	fizjologiczny	17	51,51	62	61,77
	cesarskie cięcie	16	48,49	39	38,23
decyzja o ciąży	przypadek	3	9,1	45	44,12
	planowana	30	90,9	56	55,88
aktywność zawodowa	tak	29	87,9	71	70,59
	nie	4	12,1	30	29,41
wykształcenie	podstawowe	0	0	6	5,88
	zawodowe	8	24,24	26	25,49
	średnie	5	15,15	29	28,43
	wyższe	20	60,60	40	40,19
badania prenatalne	nie	10	30,30	64	63,73
	tak	23	69,70	37	36,27
nastrój w ciąży	obniżony	13	39,39	48	47,06
	dobry	20	60,61	53	52,94
antykoncepcja	nie	23	69,7	43	42,16
	tak	11	33,33	58	57,43

t.c. – tydzień ciąży.

Tab. IV. Powikłania ciąży

Powikłanie	Cała grupa n = 134 (100%)		35.–39. r.ż. n = 103 (76,87%)		> 40. r.ż. n = 31 (23,13%)		Pierwiastki n = 33 (24,63%)		Wieloródki n = 101 (75,37%)	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
GDM	29	21,64	21	20,39	8	25,81	5	15,15	24	23,76
PIH	9	6,72	6	5,83	3	9,68	3	9,09	6	5,94
cholestaza	5	3,73	3	2,91	2	6,45	4	12,12	1	0,99
poród przedwczesny	32	23,88	22	21,35	10	32,25	7	21,21	25	24,75

GDM – cukrzyca ciężarnych (gestational diabetes mellitus); PIH – nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą (pregnancy-induced hypertension).

Tabela IV przedstawia powikłania ciąży w badanych grupach. Najczęściej występującymi powikłaniami dla całej analizowanej grupy oraz dla każdej z podgrup były poród przedwczesny oraz cukrzyca ciężarnych (*gestational diabetes mellitus* – GDM).

Nie zaobserwowano istotnych różnic w masie urodzeniowej oraz w stanie klinicznym noworodka między analizowanymi grupami (tab. V).

Dyskusja

Od wielu lat obserwuje się narastającą tendencję do odkładania decyzji o macierzyństwie na wiek coraz bardziej dojrzały, niekiedy graniczący z zakończeniem

Tab. V. Noworodek – ocena kliniczna

Dziewięć kobiet	Średnia masa urodzeniowa	Średnia punktacja wg skali Apgar
całej grupy	3078 g	8,82
w wieku 35–39 lat	3095 g	8,93
> 40. r.ż.	2980 g	8,61
pierwiastek	2988 g	8,91
wieloródek	3099 g	8,78

lub znacznym ograniczeniem okresu płodności. Trend ten zauważalny jest głównie w krajach wysoko rozwiniętych [16–18]. Jak podają Joseph i wsp., w 1982 r. odsetek żywych urodzeń w grupie wiekowej 35–39 lat

wynosił 4,7%, a w ciągu 20 lat wzrósł do 14,1%. Wśród kobiet powyżej 40. r.ż. częstość urodzeń wzrosła z 0,6% do 2,6% [16]. W badaniu Aref-Adiba i wsp. odsetek urodzeń wśród kobiet w przedziale wiekowym 35–39 lat wzrósł z 6% w roku 1991 do 13% w 2005 r., a w grupie po 40. r.ż. z 0,1% do 1,5% [17]. W analizowanym przez autorów okresie odsetek rodzących powyżej 35. r.ż. wyniósł 4,9%, w przedziale wiekowym 35–39 lat – 3,76%, a powyżej 40. r.ż. – 1,13%. Dane liczbowe dotyczące rodzących w Klinice po 40. r.ż. są porównywalne z danymi z piśmiennictwa. W badaniu Kowalskiej i wsp. [9] odsetek ten wynosił 1,94%, Hincza i wsp. – 2,20% [10], Weerasekera i Udugama – 1,7% [19]. Wydaje się, że w polskim społeczeństwie trend w kierunku późnego macierzyństwa jest nieco mniej wyraźny niż w takich krajach, jak Stany Zjednoczone, Anglia czy Kanada. Jednak prawie 5% wszystkich rodzących w Klinice w wieku uznanym za czynnik ryzyka powikłań perinatalnych należy uznać za istotny. Według danych z piśmiennictwa, najczęstszymi powikłaniami ciąży po 35. r.ż. są: nadciśnienie tętnicze (*pregnancy-induced hypertension* – PIH), cukrzyca ciężarnych, choroby przewlekłe (choroby serca, nerek, endokrynopatie) oraz choroby psychiczne (depresja). Schorzenia te mogą być przyczyną wewnątrzmacicznego zahamowania wzrastania płodu oraz porodu przedwczesnego, zwiększając także ryzyko poważnych zaburzeń neonatologicznych, do śmierci okołoporodowej włącznie [16, 17, 19]. W populacji ogólnej PIH dotyczy 7–10% ciężarnych, GDM 4–5%, a poród przedwczesny 7,2–8,4% [20]. W analizowanej grupie najczęściej występującymi powikłaniami były poród przedwczesny – 23,88% oraz GDM – 21,64%. Znacznie większy odsetek porodów przedwczesnych (43%) podaje Kozinszky i wsp. [11], natomiast w pracy Josepha i wsp. poród przedwczesny dotyczył tylko 6,16% ciężarnych w wieku 35–39 lat oraz 7,23% powyżej 40. r.ż. [16]. Według danych z piśmiennictwa, GDM u kobiet po 35. r.ż. występowała rzadziej niż w opisywanym materiale [1, 4, 10]. Odmienne od analizowanych wyniki przedstawili także Weerasekera i Udugama. Autorzy stwierdzili, że najczęściej występującym powikłaniem były GDM oraz PIH [19]. Obserwowany w opisywanym materiale wysoki odsetek porodów przedwczesnych i GDM można tłumaczyć tym, że do Kliniki, jako ośrodka III stopnia referencyjności w opiece perinatalnej, trafiały wszystkie ciężarne zagrożone porodem przedwczesnym oraz z cukrzycą z całego regionu. Nie wszyscy badacze uważają, że zaawansowany wiek rodzącej stanowi niezależny czynnik ryzyka perinatalnego, zwłaszcza jeśli ciąża dotyczy zdrowych dojrzałych kobiet [9, 14]. W wielu badaniach nie potwierdzono zwiększenia umieralności okołoporodowej w porównaniu z ogólną populacją [4, 6, 8]. W przeprowadzonej analizie odnotowano jeden zgon noworodka, co stanowi 0,72% spośród dzieci urodzonych w analizowanej grupie i jest porównywalne z danymi z piśmiennictwa [20]. Bezspornym jest fakt,

że po 35. r.ż. rośnie ryzyko wad rozwojowych [4, 9–11]. W omawianym badaniu wady wrodzone, w postaci obrzęku uogólnionego z towarzyszącym wielowadziem oraz tętniaka naczyń pępowinowych, stwierdzono tylko u 2 (1,45%) noworodków. Podobne wyniki podają także inni autorzy [4, 11]. Według danych z piśmiennictwa, późne macierzyństwo ściśle wiąże się ze zwiększeniem liczby wykonanych cięć cesarskich, zwłaszcza u pierwsiastek i u pacjentek po 40. r.ż. [11, 14, 16–19]. W Klinice odsetek wykonanych cięć cesarskich wyniósł 41%: w grupie wiekowej 35–39 lat – 37,86%, a po 40. r.ż. – 48,3%. Inni autorzy podają odpowiednio 26,1%, a po 40. r.ż. 30,5–48,7% [16, 19]. Jako najczęstsze wskazania do cięcia cesarskiego autorzy wymieniają: zagrażającą zamartwicę, przebyte cięcie cesarskie, nadciśnienie tętnicze, stan przedrzucawkowy, łożysko przodujące, a także zaawansowany wiek ciężarnej [16, 17, 19]. W Klinice zagrażająca zamartwica stanowiła 35% wszystkich wskazań dla całej badanej grupy, a dla ciężarnych po 40. r.ż. aż 46,67%. Cięższe u kobiet po 35. r.ż., a szczególnie po 40. r.ż. traktowane jako ciążę wysokiego ryzyka często kończone są przez elektywne cięcie cesarskie ze wskazań zdrowotnych lub też z powodu tzw. szacowanego ryzyka porodowego. Istnieją hipotezy, wg których wraz z wiekiem wzrasta ryzyko wystąpienia dysfunkcji myometrium, zmniejsza się liczba receptorów oksytocynowych oraz „podatność” obręczy miednicy, co w efekcie zaburza prawidłowy postęp porodu [17]. W jednym z badań odsetek elektywnych cięć cesarskich po 35. r.ż. wyniósł 15,6% [5]. W analizowanym materiale – aż 46,29%. Zwiększenie liczby elektywnych cięć cesarskich dotyczy zwłaszcza pierwsiastek i kobiet leczonych z powodu niepłodności [9, 10, 16]. Według większości autorów, wyniki położnicze, takie jak stan noworodka wg skali Apgar oraz jego masa urodzeniowa, są porównywalne z wynikami dla kobiet poniżej 35. r.ż. [9, 10, 13]. W opisywanym badaniu średnia punktacja w skali Apgar wynosiła 8,82, a średnia masa urodzeniowa 3078 g. Nie zaobserwowano istotnych różnic między grupami wiekowymi oraz między pierwsiastkami i wieloródkami.

Dla współczesnej kobiety edukacja i kariera zawodowa są często ważniejsze niż macierzyństwo [8]. W analizowanej grupie ciężarne w wieku 35–39 lat były lepiej wykształcone niż kobiety po 40. r.ż. i w większości pochodziły ze środowiska miejskiego. W 70% przypadków decyzja o ciąży była w tej grupie świadoma. Jednak prawie połowa wszystkich ciężarnych nie skorzystała z badań prenatalnych. Według piśmiennictwa światowego, większość ciężarnych po 35. r.ż. decyduje się na badania prenatalne, aby znać szanse na posiadanie zdrowego potomstwa [8]. W badaniu australijskim 53,5% kobiet po 40. r.ż. decydowało się na badania inwazyjne [21].

Mimo dojrzałości badanych kobiet i dużego doświadczenia życiowego ok. 30% ciąż nie było planowanych, a antykoncepcję stosowało 51% ciężarnych. W badaniu Lete i wsp. w grupie wiekowej po 40. r.ż.

antykoncepcji nie stosowało 51,9% kobiet, 85% było aktywnych seksualnie, a tylko 36,2% zdawało sobie sprawę z możliwości zajścia w ciążę. Należy podkreślić, że ryzyko wystąpienia nieplanowanej ciąży jest szczególnie duże w dwóch przedziałach wiekowych: 15–24 oraz 40–49 lat [21]. Coraz większe możliwości medycyny rozrodu umożliwiają zajście w ciążę kobietom leczonym z powodu niepłodności. Salem podaje, że 0,2% ciąż u kobiet po 40. r.ż. to ciążę po zapłodnieniu pozaustrojowym [6]. Według niego, nie bez znaczenia dla ewentualnych powikłań perinatalnych ma rodzaj zastosowanej metody. W badaniu Hincza i wsp. w grupie wiekowej 35–39 lat ciążę po zapłodnieniu pozaustrojowym stanowiły 4,89%, w opisywanym badaniu – 1,9%. Wielu autorów podkreśla częste występowanie obniżonego nastroju, a także depresji poporodowej u kobiet po 35. r.ż. [8, 22]. Depresja przedporodowa jest rzadko rozpoznawana, a 52% badanych kobiet uważało obniżony nastrój w ciąży za coś normalnego [22]. Obniżony nastrój zgłosiła w opisywanym badaniu mniej niż połowa kobiet, ale w grupie po 40. r.ż. aż 61,29%. Spowodowany był on głównie niepewnością o losy ciąży i dziecka, ale również występował w sytuacji, gdy ciąża była nieplanowana.

Wobec braku jednomyślnych opinii dotyczących wzrostu ryzyka powikłań perinatalnych wraz z wiekiem rodzących konieczne są dalsze badania, które pozwolą na ustalenie rzeczywistego ryzyka dla ciężarnych po 35. r.ż.

Wnioski

1. Wraz z wiekiem kobiet wzrasta liczba wykonywanych cięć cesarskich.
 2. Świadome późne macierzyństwo dotyczy przede wszystkim kobiet w wieku 35–39 lat, pochodzących ze środowiska miejskiego i lepiej wykształconych ($p < 0,05$).
 3. Najczęściej obserwowanymi powikłaniami są poród przedwczesny i GDM.
 4. Wiek ciężarnej oraz rodność nie wpływają na stan kliniczny noworodka.
3. Trölice MP. Metody rozrodu wspomaganego medycznie. *Gin Dypl* 2011; 1: 12-7.
 4. Kozinszky Z, Orvos H, Katona M, et al. Perinatal outcome of induced and spontaneous pregnancies of primiparous women aged 35 or over. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 76: 23-6.
 5. Tower C. Pregnancy in peri- and postmenopausal women: challenges in management. *Menopause Int* 2009; 15: 165-8.
 6. Salem Yaniv S, Levy A, Wiznitzer A, et al. A significant linear association exists between advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 283: 755-9.
 7. Speroff L, Fritz MA (red.). *Endokrynologia ginekologiczna i niepłodność*. Wyd. pol. Medipage, Warszawa 2007; 1180.
 8. Carolan M, Nelson S. First mothering over 35 years: questioning the association of maternal age and pregnancy risk. *Health Care Women Int* 2007; 28: 534-55.
 9. Kowalewska M, Pokrzywnicka M, Kobierska I. Późne macierzyństwo – zjawisko końca XX wieku – ocena stanu klinicznego noworodków donoszonych, urodzonych w Instytucie Ginekologii i Położnictwa w Łodzi przez matki w wieku zaawansowanym. *Ginekol Pol* 2000; 71: 167-72.
 10. Hincz P, Wojciechowska E, Podciechowski L i wsp. Późne macierzyństwo – przebieg ciąży i porodu powyżej 35. roku życia. *Przeegl Menopauz* 2006; 24: 80-4.
 11. Kozinszky Z, Orvos H, Zoboki T, et al. Risk factors for cesarean section of primiparous women aged over 35 years. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 313-6.
 12. Prysak M, Lorenz RP, Kisly A. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 65-70.
 13. Diejomaoh MF, Al-Shamali IA, Al-Kandari F, et al. The reproductive performance of women at 40 years and over. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 126: 33-8.
 14. Schoen C, Rosen T. Maternal and perinatal risks for women over 44 – a review. *Maturitas* 2009; 64: 109-13.
 15. Ahmed M, Zejda E. Patologie ciąży i porodu i wskazania do cięcia cesarskiego u kobiet rodzących w wieku powyżej 35 lat. *Klin Perinatol Ginekol* 1998; 23: 15-8.
 16. Joseph KS, Allen AC, Dodds L, et al. The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 1410-8.
 17. Aref-Adib M, Freeman-Wang T, Ataullah I. The older obstetric patient. *Obstet Gynaecol Reprod Med* 2007; 18: 43-8.
 18. Tower C. Pregnancy in peri- and postmenopausal women: challenges in management. *Menopause Int* 2009; 15: 165-8.
 19. Weerasekera DS, Udugama SG. Pregnancy at 40 and over: a case-control study in a developing country. *J Obstet Gynaecol* 2003; 23: 625-7.
 20. Ciąża wysokiego ryzyka. Bręborowicz GH (red.). *Wydanie drugie rozszerzone*. OWN, Poznań 2006; 139-57, 897-931, 933-65.
 21. Lete I, Bermejo R, Parrilla JJ, et al.; DAPHNE Team. Use of contraceptive methods and risk of unwanted pregnancy in Spanish women aged 40-50 years: results of a survey conducted in Spain. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2007; 12: 46-50.
 22. Highet NJ, Gemmill AW, Milgrom J. Depression in the perinatal period: awareness, attitudes and knowledge in the Australian population. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45: 223-31.

Piśmiennictwo

1. Witek A, Bojdyś-Szyndlar M. Ciąża po 40. roku życia – nowa norma w położnictwie. *Przeegl Menopauz* 2006; 5: 306-10.
2. Gadomska H, Głuszak M, Wielgoś M. Prokreacja w wieku przedmenopauzalnym. *Przeegl Menopauz* 2010; 2: 84-6.