

# ASOCIEREA UNOR CARACTERISTICI MEDICO-SOCIALE CU VÂRSTA MATERNĂ AVANSATĂ

CZU: 613.98:616-036.21-055.26

DOI: <https://doi.org/10.52673/18570461.24.3-74.03>Doctorandă **Rodica SCUTELNIC**E-mail: [rchimirciuc@yahoo.com](mailto:rchimirciuc@yahoo.com)ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-1081-3429>

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

## ASSOCIATION OF CERTAIN MEDICAL-SOCIAL CHARACTERISTICS WITH ADVANCED MATERNAL AGE

**Summary.** Over recent decades, there has been a significant change in population dynamics and perceptions of reproductive age. Improved educational and professional opportunities for women, together with social and cultural changes, medical progress and expanded access to effective contraception are factors that have contributed to delayed childbearing, with advanced maternal age being associated with poorer maternal and fetal outcomes. In a contemporary society, decisions regarding the timing of conception should be informed, with awareness and acceptance of the risks involved. The objective of this study is to evaluate the medical and social characteristics of pregnancies and childbirths in women of advanced maternal age and the association of these characteristics with age. A selective cross-sectional descriptive observational study (n=528) was conducted, examining the reciprocal relationship between medical-social variables associated with advanced reproductive age. Data were analyzed and summarized using descriptive statistics and inferential statistics (Chi-square), with significance established for the 95% confidence interval. Statistically significant differences were identified among several medical and social variables associated with advanced maternal age, such as preexisting chronic diseases, parity, and awareness on the risks related to advanced maternal age. The results of the study can serve as a foundation for future research aimed at identifying effective interventions to ensure risk management, prevent pregnancy and childbirth complications, and improve maternal-fetal outcomes in this category of women.

**Keywords:** pregnancy, childbirth, advanced reproductive age, medical-social factors, preexisting chronic conditions.

**Rezumat.** Pe parcursul ultimelor decenii, se înregistrează o schimbare semnificativă a dinamicii populației și a percepțiilor privind vârsta reproductivă. Oportunitățile educaționale și profesionale îmbunătățite pentru femei, împreună cu schimbările sociale și culturale, progresele în domeniul medical și accesul extins la contracepție eficientă reprezintă factorii care au contribuit la amânarea concepției copilului, vârsta maternă avansată fiind asociată cu rezultate maternelle și fetale mai precare. În societatea contemporană deciziile luate privind timpul concepției trebuie să fie informate, cu conștientizarea și asumarea riscurilor. Scopul prezentului studiu rezidă în evaluarea caracteristicilor medico-sociale ale sarcinilor și nașterilor la femei de vârstă maternă avansată și asocierea acestor caracteristici cu vârsta. A fost efectuat studiul observațional descriptiv transversal selectiv pe un eșantion de 528 de femei cu vârsta între 35-49 de ani, examinată relația reciprocă dintre variabilele medico-sociale asociate cu vârsta reproductivă avansată. Datele au fost analizate și rezumate utilizând statistici descriptive și statistici inferențiale (Chi-pătrat), cu semnificație stabilită pentru intervalul de încredere de 95%. Au fost identificate diferențe statistice semnificative între un șir de variabile medico-sociale asociate cu vârsta maternă avansată, cum ar fi bolile cronice preexistente, paritatea, informarea despre riscurile legate de vârsta maternă avansată. Rezultatele studiului pot servi drept temei pentru viitoarele cercetări orientate spre identificarea intervențiilor eficiente de asigurare a managementului riscului, prevenirea complicațiilor sarcinii și nașterii și îmbunătățirea rezultatelor materno-fetale în această categorie de femei.

**Cuvinte-cheie:** sarcină, naștere, vârstă maternă avansată, factori medico-sociali, boli cronice preexistente.

## INTRODUCERE

În ultimele decenii, dinamica populației și percepțiile privind vârsta reproductivă s-au schimbat considerabil [1-3]. În țările dezvoltate, oportunitățile educaționale și profesionale îmbunătățite pentru femei și accesul extins la contracepție eficientă au crescut tendința de amânare a nașterii la o vârstă reproductivă avansată [4-6]. Există numeroase motive care stau

la baza creșterii ratei sarcinilor și nașterilor la *vârsta maternă avansată* (vom abrevia convențional VMA – n.a.) [7-10]. Progresele științifice în domeniul medical au asigurat disponibilitatea și accesibilitatea femeilor la contracepție și la tratamentul fertilității, ceea ce reprezintă unul dintre motivele amânării maternității. Nivelul de educație și oportunitățile de muncă, de asemenea, contribuie la amânarea maternității. Nivelul

de educație al femeii este considerat unul dintre cei mai puternici factori predictivi ai utilizării contraceptivelor, femeile cu studii superioare având rate mai mici ale primei nașteri la vârsta de 20 de ani și rate mai mari de naștere la vârsta de 30 de ani. Mamele cu vârsta de peste 35 de ani tind în prezent spre un nivel mai înalt de educație [11], un statut socio-economic superior [12] și o paritate mai mică [13] în comparație cu mamele mai în vârstă din perioada anterioară. Totodată, este bine cunoscut faptul că VMA este asociată cu o gamă largă de rezultate obstetricale și neonatale adverse ale sarcinii, inclusiv avort spontan, anomalii cromozomiale, retard de creștere intrauterină a fătului, naștere prematură, preeclampsie, diabet gestațional și rate crescute de naștere prin cezariană [14-19].

În societatea contemporană, bazată pe valori etice și respectarea drepturilor omului, medicina pune un accent deosebit pe participarea pacienților și pe alegerea informată în procesul decizional [20; 21]. Este important de știut că femeile însărcinate au percepții diferite ale semnelor de pericol, evaluând subiectiv riscul asociat sarcinii. Adesea interpretarea riscurilor este efectuată din perspectiva socială, care este influențată de mediul social, cultural și politic în care trăiesc femeile [22-24]. Cercetătorii au arătat că percepția de către femei a riscului asociat sarcinii este extrem de individualizată, deseori nefiind bazată exclusiv pe diagnostice medicale [25; 26].

În ultimii ani au fost efectuate un șir de studii ale sarcinilor și nașterilor la femei de VMA, care s-au concentrat asupra următoarelor aspecte: riscurile asociate de VMA [27]; relația dintre VMA și rezultatele sarcinii [11; 28]; evidența riscurilor cu care se confruntă femeile cu VMA [29; 30]. Mai puține studii s-au axat pe rolul indicelui de masă corporală, pe *bolile cronice preexistente* (BCP), paritatea și informarea despre factorii de risc, toate asociate cu VMA, care pot, de asemenea, să influențeze rezultatele sarcinii.

Multiplele discuții despre cauza rezultatelor materno-fetale nesatisfăcătoare ale sarcinii și nașterii la femei de VMA au evidențiat diverse opinii. Potrivit unora, vârsta în sine prezintă factor de risc, pe când alții consideră drept soluție universală pentru prevenirea complicațiilor sarcinii și nașterii, indiferent de vârstă, supravegherea femeii în sarcină și acordarea îngrijirilor medicale în volumul necesar [31]. Totodată, un grup de cercetători care au studiat un lot de femei gravide cu risc scăzut, au constatat rezultate mai proaste la femeile de VMA, ceea ce sugerează că BCP nu explică pe deplin cauzele acestor rezultate [32]. Până în prezent nu a fost atins un consens în ceea ce privește vârsta în sine: constituie aceasta un factor de risc și în ce măsură determină rezultatele sarcinii și nașterii? Un șir de cerce-

tări relevă că VMA reprezintă o variabilă independentă pentru mai multe complicații [33-37], pe când alte studii oferă dovezi că vârsta maternă în sine nu poate fi considerată un factor de risc [38; 39]. Totodată, este de menționat faptul că, și în cazul sarcinilor fără complicații, rata rezultatelor nedorite a fost mai înaltă la femeile cu vârstă mai avansată [40].

Scopul prezentului studiu este evaluarea caracteristicilor medico-sociale ale sarcinilor și nașterilor la femei de VMA și asocierea caracteristicilor date cu vârsta.

## MATERIALE ȘI METODE

A fost realizat un studiu transversal descriptiv, cu utilizarea tehnicii de eșantionare aleatorie pentru selectarea respondenților pe baza dimensiunii eșantionului, la studiu participând 528 de persoane. Pentru colectarea datelor a fost utilizat un chestionar semi-structurat pretestat.

Criteriile de includere: femei de vârstă maternă avansată (între 35 și 49 de ani), care au amânat intenționat perioada de concepere. Instrument pentru cercetare: chestionarul elaborat de autori. Interviu-urile au fost realizate individual, utilizând un set de întrebări semistructurate. Pentru a obține informații detaliate despre caracteristicile medicale și sociale ale participantelor, a fost utilizată documentația medicală. Întrebările deschise au fost aplicate pentru a captura experiențele personale și percepțiile individuale ale participantelor. Conștientizarea fertilității și a îmbătrânirii reproductive a fost similară între grupuri.

Datele colectate au fost analizate prin intermediul programului IBM SPSS Statistics versiunea 26.0, ceea ce asigură validitatea și reproductibilitatea procedurilor efectuate. Datele au fost analizate utilizând metode statistice adecvate pentru tipul de variabile colectate. S-au folosit teste și analize de corelație pentru a identifica posibile relații între variabilele medicale și sociale. Rezultatele obținute se încadrează în intervalul de încredere de 95%. Această abordare metodologică a permis obținerea unei perspective detaliate asupra caracteristicilor medico-sociale ale femeilor de VMA, contribuind la înțelegerea mai profundă a realităților în schimbare. Proiectul de cercetare a fost aprobat în ședința Comitetului de etică a cercetării din 12.02.2012.

## REZULTATE

În cercetare au fost implicate 528 de gestante, dintre care 85,4% (95% ÎI: 82,0-88%) cu vârsta cuprinsă între 35 și 39 de ani și 14,6% (95% ÎI: 12,0-18,0%) cu vârsta de peste 40 de ani. Vârsta medie a gestan-

telor a fost de 37,8 ani  $\pm$  2,5, cu o mediană de 37,0 (min. = 35,0, max. = 49,0, IIQ = 3,0). În același timp, vârsta medie a partenerilor a fost de 41,7 ani  $\pm$  3,9, cu o mediană de 41,0 (min. = 34,0, max. = 56,0, IIQ = 7,0) (95% ÎI: 41,0-42,0%).

Conform rezultatelor studiului, reflectate în *Tabel*, se constată că 41,9% (95% ÎI: 38,0-46,0%) dintre participante au studii medii incomplete, 22,3% (95% ÎI: 19,0-26%) studii medii de specialitate și 35,8% (95% ÎI: 32,0-40,0%) studii superioare. În câmpul muncii au fost implicate 47,5% (95% ÎI: 43,0-52,0%) dintre participante, 10,6% dintre acestea raportând nocivitate la locul de muncă (95% ÎI: 8,0-13,0%). Distribuția respondenților după mediul de trai a relevat că 57,6% (95% ÎI: 53,0-62,0%) dintre participante proveneau din mediul urban și 42,4% (95% ÎI: 38,0-47,0%) din mediul rural.

Analiză comparativă a particularităților constituției participantelor din grupul de cercetare a arătat că 47,7% (95% ÎI: 43,0-52,0%) dintre participante au prezentat o greutate în intervalul considerat normal, 38,4% (95% ÎI: 34,0-43,0%) au fost supraponderale, 12,1% (95% ÎI: 9,3-15,0%) au fost considerate obeze, iar 1,7% (95% ÎI: 0,6-2,8%) subponderale. Media indicelui de masă corporală (IMC) a fost de 25,8  $\pm$  4,2, cu o mediană de 25,9 (min. = 17,6, max. = 47,6, IIQ = 6,0) (95% ÎI: 25,0-26,0%). În ceea ce privește greutatea antenatală medie, aceasta a fost de 69,3 kg  $\pm$  12,1, cu

o mediană de 69,0 (min. = 43,0, max. = 125,0, IIQ = 16,5) (95% ÎI: 68,0-70,0%).

A fost evaluat și adaosul ponderal pe parcursul sarcinii, care a evidențiat că la 38,1% (95% ÎI: 34,0-42,0%) dintre participante acesta a fost în limitele recomandate, la 19,9% (95% ÎI: 16,0-23,0%) acesta a fost sub nivelul recomandat, iar la 42,0% (95% ÎI: 38,0-46,0%) peste nivelul recomandat. Media adaosului ponderal a fost de 12,6 kg  $\pm$  4,6, cu o mediană de 13,0 (min. = 1,0, max. = 51,0, IIQ = 7,0) (95% ÎI: 12,0-13,0%). De menționat faptul că IMC-ul mediu la naștere a fost de 30,3  $\pm$  4,7, cu o mediană de 30,1 (min. = 19,2, max. = 56,0, IIQ = 6,1) (95% ÎI: 30,0-31,0%). Analiza anamnezei obstetricale a participantelor la studiu a relevat că 18,9% (95% ÎI: 16,0-22,0%) dintre acestea erau primigeste, în timp ce 81,1% (95% ÎI: 78,0-84,0%) au avut cel puțin o sarcină în anamneză.

Anamneză obstetricală complicată a fost raportată în 42,0% (95% ÎI: 38,0-46,0%) dintre cazuri. Repartizarea gestanțelor în funcție de criteriile de paritate a arătat că ponderea primiparelor a constituit 25,2% (95% ÎI: 21,7-29,1%), în timp ce 22,2% (95% ÎI: 18,8-25,9%) au fost secundipare. Gestantele la a treia naștere au reprezentat 29,4% (95% ÎI: 25,6-33,4%), cele la a patra naștere au constituit 15,3% (95% ÎI: 12,5-18,7%), la a cincea naștere 4,5% (95% ÎI: 3,1-6,7%), iar cele la a șasea naștere 3,4% (95% ÎI: 2,2-5,3%). Evaluarea rezultatelor primei nașteri a relevat că în 58,5% (95% ÎI: 54,0-63,0%)

*Tabel*

**Caracteristica medico-socială a eșantionului de 528 de femei de vârstă maternă avansată, participante la studiu**

| Variabile                            | Numărul (%) | 95% ÎI       |
|--------------------------------------|-------------|--------------|
| <b>Categoria de vârstă</b>           |             |              |
| 35-39 de ani                         | 451 (85,4%) | 82,0%-88,0%  |
| $\geq$ 40 de ani                     | 77 (14,6%)  | 12,0%-18,0%  |
| <b>Nivelul educației</b>             |             |              |
| Studii medii incomplete              | 221 (41,9%) | 38,0%-46,0%  |
| Studii medii speciale                | 118 (22,3%) | 19,0%-26,0%  |
| Studii superioare                    | 189 (35,8%) | 32,0%-40,0%  |
| <b>Nocivitatea la locul de muncă</b> |             |              |
| Da                                   | 56 (10,6%)  | 8,0%-13,0%   |
| Nu                                   | 242 (45,8%) | 42,0%-50,0%  |
| Nu lucrează                          | 230 (43,6%) | 39,0%, 48,0% |
| <b>Mediul de trai</b>                |             |              |
| Rural                                | 224 (42,4%) | 38,0%-47,0%  |
| Urban                                | 304 (57,6%) | 53,0%-62,0%  |
| <b>Statutul ponderal antenatal</b>   |             |              |
| Normoponderal                        | 252 (47,7%) | 43,0%-52,0%  |

|                                                    |                                    |              |
|----------------------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Subponderal                                        | 9 (1,7%)                           | 0,60%, -2,8% |
| Supraponderal                                      | 203 (38,4%)                        | 34,0%-43,0%  |
| Obezitate                                          | 64 (12,1%)                         | 9,3%-15,0%   |
| <b>Adaos ponderal recomandat</b>                   |                                    |              |
| În limite normale                                  | 201 (38,1%)                        | 34,0%-42,0%  |
| Sub nivel                                          | 105 (19,9%)                        | 16,0%-23,0%  |
| Supraponderal                                      | 222 (42,0%)                        | 38,0%-46,0%  |
| <b>Sarcini în anamneză</b>                         |                                    |              |
| 0 sarcini                                          | 100 (18,9%)                        | 16,0%-22,0%  |
| 1 și mai multe                                     | 428 (81,1%)                        | 78,0%-84,0%  |
| <b>Anamneză obstetricală complicată</b>            |                                    |              |
| Da                                                 | 222 (42,0%)                        | 38,0%-46,0%  |
| Nu                                                 | 306 (58,0%)                        | 54,0%-62,0%  |
| <b>Modalitatea de naștere prima sarcină</b>        |                                    |              |
| Naștere vaginală                                   | 309 (58,5%)                        | 54,0%-63,0%  |
| Operație cezariană                                 | 42 (8,0%)                          | 5,6%-10,0%   |
| Primipare                                          | 177 (33,5%)                        | 29,0%-38,0%  |
| <b>Modul de naștere a prezentei sarcini</b>        |                                    |              |
| Naștere vaginală                                   | 314 (59,5%)                        | 55,0%-64,0%  |
| Operație cezariană planică                         | 84 (15,9%)                         | 13,0%-19,0%  |
| Operație cezariană urgentă                         | 130 (24,6%)                        | 21,0%-28,0%  |
| <b>Complicații ale sarcinii</b>                    |                                    |              |
| Da                                                 | 374 (70,8%)                        | 67,0%-75,0%  |
| Nu                                                 | 154 (29,2%)                        | 25,0%-33,0%  |
| <b>Complicații ale nașterii</b>                    |                                    |              |
| Da                                                 | 267 (50,6%)                        | 46,0%-55,0%  |
| Nu                                                 | 261 (49,4%)                        | 45,0%-54,0%  |
| <b>Boli cronice preexistente</b>                   |                                    |              |
| Da                                                 | 239 (45,3%)                        | 41,0%-50,0%  |
| Nu                                                 | 289 (54,7%)                        | 50,0%-59,0%  |
| <b>Informarea despre factorii de risc</b>          |                                    |              |
| Da                                                 | 427 (80,9%)                        | 78,0%-84,0%  |
| Nu                                                 | 101 (19,1%)                        | 16,0%-22,0%  |
| <b>Perioada informării despre factorii de risc</b> |                                    |              |
| Până la sarcină                                    | 238 (45,1%)                        | 41,0%-49,0%  |
| Pe parcursul sarcinii                              | 189 (35,8%)                        | 32,0%-40,0%  |
| Nu a fost informată                                | 101 (19,1%)                        | 16,0%-22,0%  |
| <b>Nașteri</b>                                     | 2,6 (1,3); 3,0 (2,0); 1,0; 6,0     | 2,5; 2,7     |
| <b>Vârsta</b>                                      | 37,8 (2,5); 37,0 (3,0); 35,0; 49,0 | 38; 38       |
| <b>IMC antenatal</b>                               | 25,8 (4,2); 25,9 (6,0); 17,6; 47,6 | 25; 26       |
| <b>Adaos ponderal</b>                              | 12,6 (4,6); 13,0 (7,0); 1,0; 51,0  | 12; 13       |
| <b>Vârsta soțului</b>                              | 41,7 (3,9); 41,0 (7,0); 34,0; 56,0 | 41; 42       |

Nota: Media (DS); Mediana (IIQ); min.; max.; Î = Intervalul de Încredere.

dintre cazuri aceasta s-a încheiat prin naștere vaginală, în timp ce în 8,0% (95% IÎ: 5,6-10,0%) prin operație cezariană. Analiza modalității de naștere a relevat că 59,5% (95% IÎ: 55,0-64,0%) dintre participante la studiu au născut vaginal, comparativ cu 40,5% care au născut prin operație cezariană.

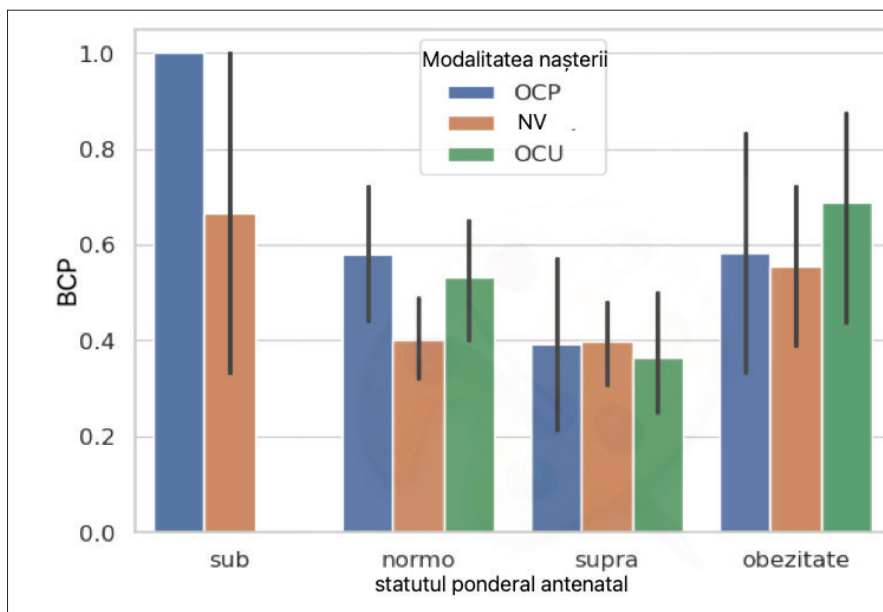
Complicații ale sarcinii au dezvoltat 70,8% (95% IÎ: 67,0-75,0%) dintre participante. Totodată, complicații ale nașterii au suportat 50,6% (95% IÎ: 46,0-55,0%) dintre participante. BCP au raportat 45,3% dintre participante (95% IÎ: 41,0-50,0%).

În urma evaluării interrelațiilor dintre caracteristicile medico-sociale ale femeilor de VMA, s-au identificat diferențe statistice semnificative între BCP și nivelul de studii ( $p = 0,019$ ), complicațiile sarcinii ( $p = 0,019$ ), anamneza obstetricală complicată ( $p = < 0,001$ ), statutul ponderal antenatal ( $p = 0,03$ ). De asemenea, s-au constatat diferențe statistice semnificative între anamneza obstetricală complicată și modalitatea prin care s-a rezolvat prima sarcină ( $p = < 0,001$ ), media sarcinilor în anamneză ( $p = < 0,001$ ), între complicațiile sarcinii și categoria de vârstă ( $p = 0,031$ ), modalitatea de naștere ( $p = 0,003$ ). Este de remarcat lipsa diferențelor statistice semnificative între complicațiile sarcinii și media sarcinilor în anamneză ( $p = 0,2$ ), între complicațiile nașterii și anamneza obstetricală complicată ( $p = 0,2$ ), între modalitatea de naștere a primei sarcini și categoria de vârstă ( $p = 0,7$ ). De asemenea, nu au fost identificate diferențe statistice semnificative între mediul de trai și BCP ( $p = 0,2$ ), complicațiile sarcinii ( $p = 0,13$ ).

Participantele normoponderale care au născut vaginal au avut BCP în 40,3% (95% IÎ: 32,4-48,1%) dintre cazuri, comparativ cu 58,1% (95% IÎ: 43,4-72,9%) dintre participantele care au născut prin operație cezariană planică (OCP) și 53,3% (95% IÎ: 40,7-66,0%) care au născut prin operație cezariană urgentă (OCU). Totodată, la participantele obeze BCP a fost raportată la 55,6% (95% IÎ: 39,3-71,8%) dintre participantele care au născut vaginal, comparativ cu 58,3% (95% IÎ: 30,4-86,2%) dintre participantele care au născut prin OCP și 68,8% (95% IÎ: 46,0-91,5%) care au născut prin OCU. De asemenea, participantele supraponderale care au născut vaginal au avut BCP în 39,8% (95% IÎ: 31,2-48,5%) dintre cazuri, comparativ cu 39,3% (95% IÎ: 21,2-57,4%) de respondente care au născut prin OCP și 36,5% (95% IÎ: 23,5-49,6%) care au născut prin OCU. Prezintă interes faptul că 100% dintre participantele subponderale care au născut prin OCP au avut BCP, comparativ cu 66,7% (95% IÎ: 28,9-100%) dintre participante care au născut vaginal (figură).

Dintre 80,9% participante la studiu care au fost informate despre factorii de risc ai sarcinii și nașterii la femei de VMA, mai mult de 3 vizite la obstetrician au efectuat 62,8% (95% IÎ: 58,0-67,0%), pe când 37,2% (95% IÎ: 33,0-42,0%) au efectuat 1-3 vizite, analiza comparativă dintre informarea despre factorii de risc și numărul de vizite la obstetrician înregistrând diferențe statistice semnificative ( $p = 0,004$ ).

O situație similară privind vizitele la obstetrician se înregistrează și la respondentele cu BCP: 61,5%



**Figură.** Relații tridimensionale dintre BCP în funcție de statutul ponderal antenatal și modalitatea de naștere.

Notă: BCP – boală cronică preexistentă; NV – naștere vaginală;

OCP – operație cezariană planică; OCU – operație cezariană urgentă.



(95% ÎI: 55,0-68,0%) au efectuat mai mult de 3 vizite, iar 38,5% (95% ÎI: 32,0-45,0%) 1-3 vizite, fără a înregistra diferențe statistice semnificative ( $p = 0,5$ ), ceea ce denotă lipsa unei abordări diferențiate pentru femeile din categoria de risc crescut. Totodată, este diferită abordarea privind informarea femeilor cu BCP despre factorii de risc asociați sarcinii și nașterii la femei de VMA, unde este înregistrată o pondere de 80,8% (95% ÎI: 76,0-86,0%) de informare, dintre care doar 41% (95% ÎI: 35,0-47,0%) au fost informate până la sarcină. Acest fapt este deosebit de îngrijorător, deoarece reprezintă o pondere mai mică decât în lotul total de femei de VMA gravide, lot în care 55,7% (95% ÎI: 51,0-60,0%) au fost informate până la sarcină și 44,3% (95% ÎI: 40,0-49,0%) pe parcursul sarcinii, înregistrând diferențe statistice semnificative ( $p < 0,001$ ).

Este de remarcat lipsa devierilor statistice semnificative între informarea despre factorii de risc și complicațiile sarcinii și nașterii. Complicații ale sarcinii au dezvoltat 71,2% (95% ÎI: 67,0-75,0%) dintre femeile care au fost informate și 69,3% (95% ÎI: 60,0-78,0%) dintre cele care nu au fost informate, iar complicații ale nașterii s-au înregistrat la 51,5% (95% ÎI: 47,0-56,0%) dintre femeile care au fost informate și 46,5% (95% ÎI: 37,0-56,0%) dintre femeile care nu au fost informate. Similară este situația privind evaluarea comparativă a complicațiilor sarcinii și nașterii în funcție de perioada informării despre factorii de risc în lotul participantelor informate, care a relevat că 70,2% (95% ÎI: 64,0-76,0%) dintre femeile informate până la sarcină și 72,5% (95% ÎI: 66,0-79,0) dintre femeile care au fost informate pe parcursul sarcinii au dezvoltat complicații ale sarcinii. Totodată, complicații ale nașterii au dezvoltat 48,7% (95% ÎI: 42,0-55,0%) dintre femeile care au fost informate până la sarcină și 55,0% (95% ÎI: 48,0-62,0%) dintre femeile care au fost informate pe parcursul sarcinii.

Din numărul total de participante cu BCP, 18,4% (95% ÎI: 13,0-23,0%) erau primipare comparativ cu 30,8% (95% ÎI: 25,0-36,0%) dintre femeile fără BCP, ceea ce relevă diferențe statistice semnificative ( $p = 0,002$ ). Din totalul participantelor care au fost informate până la sarcină, 46,6% (95% ÎI: 40,0-53,0%) erau primipare comparativ cu 5,3% (2,1-8,5%) primipare dintre participantele informate pe parcursul sarcinii.

Din lotul participantelor care nu au fost informate, 19,8% (95% ÎI: 12,0-28,0%) erau obeze, de asemenea, 12,2% (95% ÎI: 8,0-16,0%) dintre cele care au fost informate până la sarcină și 8,5% (95% ÎI: 4,5-12,0%) dintre cele care au fost informate pe parcursul sarcinii, erau obeze, ceea ce relevă diferențe statistice semnificative ( $p=0,020$ ).

## DISCUȚII

În pofida îmbunătățirii accesibilității și calității serviciilor perinatale în ultimele decenii [42; 43], nașterea la VMA continuă și în prezent să implice un șir de riscuri de sănătate pentru mamă și copil [41]. Cu toate că este bine cunoscută și recunoscută importanța modului de viață asupra vârstei materne în explicarea rezultatelor negative ale sarcinii [44], VMA rămâne a fi un factor de risc [33]. VMA, obezitatea și adaosul ponderal excesiv în timpul sarcinii sunt trei factori de risc independenți pentru complicațiile sarcinii [45].

VMA prezintă riscul de greutate mică a fătului la naștere, naștere prematură, deces fetal inexplicabil, deces neonatal, o rată crescută de naștere prin cezariană și mortalitate maternă [46; 47]. Rezultatele nesatisfăcătoare ale sarcinii la femei de VMA pot fi asociate cu BCP, placenta previa, hipertensiunea indusă de sarcină și diabetul gestațional [48-51]. O situație similară se înregistrează și la participantele la studiu, 69,0% (95% ÎI: 65,0-73,0%) dintre femeile cu vârsta de 35-39 de ani și 81,8% (95% ÎI: 73,0-90,0%) dintre femeile cu vârsta de peste 40 de ani dezvoltând complicații ale sarcinii, înregistrând diferențe statistice semnificative ( $p = 0,031$ ).

Cele menționate relevă importanța îngrijirilor antenatale și a informării femeilor gravide despre riscurile asociate sarcinii și nașterii la femei de VMA pentru împuternicirea acestora de a lua decizii informate. Este alarmantă ponderea joasă a femeilor gravide de VMA relevată în studiu, care au fost informate până la sarcină, ceea ce pune la îndoială calitatea, accesibilitatea și acceptabilitatea serviciilor de planificare a familiei pentru această categorie de vârstă a femeilor. Totodată, diferențele statistice nesemnificative dintre complicațiile sarcinii și nașterii și informarea despre riscuri scoate în evidență importanța calității informației prezentate și gradul de adaptare a acestora pentru înțelegerea și interpretarea obiectivă a riscurilor de către femei. Eterogenitatea categoriilor informate sugerează lipsa criteriilor stabilite de selectare a categoriilor de femei care urmează a fi informate despre riscurile asociate sarcinii și nașterii la femei de VMA.

Prevalența obezității a crescut dramatic la nivel global, fiind determinată de o varietate de factori: genetici, de alimentație, sociali, psihologici, activitate fizică redusă [52]. La nivel mondial se estimează că cca 40,0% dintre femeile de vârstă reproductivă și femeile însărcinate au indicele de masă corporală crescut, iar obezitatea este un factor de risc confirmat pentru dezvoltarea diabetului gestațional [53; 54], la care subscriu și rezultatele prezentului studiu, potrivit cărora rata femeilor supraponderale reprezintă 50,6% dintre participante.

Adaosul ponderal inadecvat pe parcursul sarcinii are consecințe nefaste asupra sănătății mamei și a nou-născutului, pe termen scurt și lung. În timp ce adaosul ponderal scăzut crește riscul de naștere a copilului cu greutate mică, creșterea excesivă a adaosului ponderal sporește riscul de macrosomie, obezitate maternă ulterioară și o posibilă obezitate infantilă [55]. Un șir de cercetări au înregistrat un număr mai mare a mamelor cu adaos ponderal excesiv în timpul sarcinii, raportând creșterea acesteia în decursul ultimelor decenii, prevalența adaosului ponderal scăzut fiind stabilă [56; 57]. Prezenta cercetare a relevat că adaosul ponderal pe parcursul sarcinii peste nivelul recomandat a fost raportat la 42,0% dintre participante. Aceste constatări indică necesitatea evaluării intervențiilor existente și elaborării intervențiilor eficiente implementate, pentru a promova și asigura o creștere adecvată a adaosului ponderal pe parcursul sarcinii.

De-a lungul anilor, cercetătorii au fost preocupați de relația dintre VMA sau paritate și complicațiile sarcinii [58; 59]. VMA s-a dovedit a fi asociată cu numeroase complicații ale sarcinii [46; 60]. Totuși, rămâne discutabil dacă paritatea constituie un factor de risc pentru complicațiile sarcinii. În acest sens, G. Shechter-Maor și M.S. Schimmel au stabilit că la femeile nulipare de VMA complicațiile sarcinii erau mult mai probabile decât în cazul femeilor multipare de aceeași vârstă [41; 61]. Totodată, Z. Muniro a observat că paritatea crescută era asociată cu riscuri de complicații ale sarcinii, cum ar fi hipertensiunea gestațională, diabetul zaharat gestațional și mortalitatea perinatală crescută [62]. În susținerea acestei teorii vin și rezultatele prezentei cercetări, care relevă că 72,9% dintre multipare și 64,7% dintre primipare au suportat complicații ale sarcinii, or, din lotul total de femei de VMA cu complicații ale sarcinii 77,0% erau multipare și 23,0% erau primipare.

Circa 40% dintre femeile de vârstă maternă foarte avansată au suferit în anamneză de o anumită BCP [63]. Rate mai scăzute, dar similare, au fost raportate de S. Glasser [64]. Prezenta cercetare confirmă aceste rezultate, dezvăluind că 45,3% dintre participante sufereau de una sau mai multe BCP, reprezentând 43,9% dintre femeile din categoria de vârstă de 35-39 de ani și 53,2% (95% ÎI: 42,0-64,0%) dintre femeile cu vârstă de peste 40 de ani.

În același timp, este de menționat faptul că BCP nu explică pe deplin evenimentele adverse asociate vârstei [65]. Y. Li et al. au studiat un grup de femei gravide cu risc redus și au identificat mai multe rezultate negative la femeile de VMA [32]. Acest lucru ne-a determinat să presupunem că nici BCP nu explică pe deplin de ce femeile mai în vârstă au rezultate mai proaste în sarcină [34; 65; 66].

Pentru femeile cu BCP, sarcina reprezintă un risc suplimentar, care necesită o supraveghere sporită [67]. Procesul de îmbătrânire în sine contribuie la unele complicații obstetricale, altele fiind în mare parte determinate de anamneza obstetricală și extragenitală, cum ar fi gestația multiplă, paritatea mai mare, BCP. Odată cu avansarea vârstei, prevalența BCP crește considerabil, plasând femeile gravide cu vârsta de peste 35 de ani într-un risc mai mare de spitalizare, operație cezariană și alte complicații legate de sarcină [68-70]. Rezultatele prezentei cercetări relevă că 48,7% dintre femeile care au suportat complicații ale sarcinii au suferit de BCP, comparativ cu 37,0% dintre participante fără complicații ale sarcinii, ceea ce confirmă că la femeile de VMA, sarcina este mai frecvent asociată BCP. De asemenea, 76,2% dintre participantele cu BCP au dezvoltat complicații ale sarcinii, comparativ cu 66,4% complicații ale sarcinii la cele fără BCP, ceea ce relevă diferențe statistice semnificative ( $p = 0,019$ ). Aceste rezultate au fost similare celor din studiile anterioare menționate.

Înțelegerea interacțiunii dintre vârstă și BCP este importantă pentru asigurarea unui management adecvat adaptat necesităților femeilor însărcinate de VMA [71].

## CONCLUZII

VMA este asociată cu rezultate negative în sarcină și naștere preponderent din cauza prevalenței crescute a BCP, anamnezei obstetricale, precum și problemelor ponderale asociate vârstei și informării insuficiente sau tardive despre riscurile asociate vârstei. Acest studiu evidențiază complexitatea variabilelor medico-sociale care afectează sarcina și nașterea la femeile de VMA și sugerează direcții importante pentru cercetările viitoare. Implementarea măsurilor de reducere a riscurilor, în special modificabile, identificarea femeilor de VMA cu risc crescut și managementul precoce al riscurilor sunt cruciale pentru prevenirea complicațiilor și îmbunătățirea rezultatelor materno-fetale la femeile de VMA.

## BIBLIOGRAFIE

1. United Nations Population Division D of E and SA. World fertility patterns 2015 – data booklet (ST/ESA/SER.A/370).
2. Hamilton, B.E., Martin, J.A., Osterman, M.J.K. Births: provisional data for 2019. In: NVSS Vital Stat Rapid Release. 2020;8:1-10.
3. Gagauz, O., Oceretnii, A., Lupușor, A., Chistruga-Sînchevici, I., Spinei, L., Ciubotaru, V. Raportul Studiului Generații și Gen. Ch.: UNFPA, 2022. 476 p.
4. Ye, X., Baker, P.N., & Tong, C. The updated understanding of advanced maternal age. In: Fundamental Re-

search, 2023 December, doi: <https://doi.org/10.1016/j.fmr.2023.09.013>

5. Bramer, J.G., Patrizio, P. Preservation and postponement of female fertility. In: *Placenta*, 2008 Oct;29 Suppl B:200-5, doi: 10.1016/j.placenta.2008.07.005

6. Cooke, A., Mills, T.A., Lavender T. Advanced maternal age: delayed childbearing is rarely a conscious choice a qualitative study of women's views and experiences. In: *Int J Nurs Stud*. Jan 2012;49(1):30-9, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.07.013

7. Cooke, A., Mills, T.A., Lavender, T. Informed and uninformed decision making? women's reasoning, experiences and perceptions with regard to advanced maternal age and delayed childbearing: a meta-synthesis. In: *Int J Nurs Stud*. 2010 Oct;47(10):1317-29, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.06.001

8. Mills, M., Rindfuss, R.R., McDonald, P., te Velde, E. ESHRE Reproduction and Society Task Force. Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. In: *Hum Reprod Update*. 2011 Nov-Dec;17(6):848-60, doi: 10.1093/humupd/dmr026

9. Chambers, G.M., Hoang, V.P., Illingworth, P.J. Socioeconomic disparities in access to ART treatment and the differential impact of a policy that increased consumer costs. In: *Hum Reprod*. 2013 Nov;28(11):3111-7, doi: 10.1093/humrep/det302

10. van Roode, T., Sharples K., Dickson N., Paul C. Life-Course Relationship between Socioeconomic Circumstances and Timing of First Birth in a Birth Cohort. In: *PLoS One*. January 13, 2017;12(1), doi: 10.1371/journal.pone.0170170

11. Carolan, M. The graying of the obstetric population: implications for the older mother. In: *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 2003 Jan-Feb;32(1):19-27, doi: 10.1177/0884217502239797

12. Ales, K.L., Druzin, M.L., Santini, D.L. Impact of advanced maternal age on the outcome of pregnancy. In: *Surg Gynecol Obstet*. September 1990;171(3):209-16.

13. European Commission: eurostat. Fertility statistics, [online] [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility_statistics) (consultat: 10.03.2024).

14. Magnus, M.C., Wilcox, A.J., Morken, N.H., Weinberg, C.R., Häberg, S.E. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. In: *BMJ*, 2019 Mar 20;364, doi: 10.1136/bmj.l869

15. Frederiksen, L.E., Ernst, A., Brix N., et al. Risk of adverse pregnancy outcomes at advanced maternal age. In: *Obstet Gynecol*. March 2018;131(3):457-463, doi: 10.1097/AOG.0000000000002504

16. Sheen, J.J., Wright J.D., Goffman, D., Kern-Goldberger, A.R., Booker W., Siddiq, Z., et al. Maternal age and risk for adverse outcomes. In: *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219:390.e1-390.e15. doi: 10.1016/j.ajog.2018.08.034

17. Rydahl, E., Declercq, E., Juhl M., Maimburg, R.D. Cesarean section on a rise – Does advanced maternal age explain the increase? A population register-based study. In: *PLoS One*. January 24, 2019;14(1), doi: 10.1371/journal.pone.0210655

18. Koo, Y.J., Ryu, H.M., Yang, J.H., et al. Pregnancy outcomes according to increasing maternal age. In: *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2012;51(1):60-65, doi: 10.1016/j.tjog.2012.01.012

19. Ogawa, K., Urayama, K.Y., Tanigaki, S., et al. Association between very advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: a cross sectional Japanese study. In: *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:349, doi: 10.1186/s12884-017-1540-0

20. Walsh, T., Barr, P.J., Thompson, R., Ozanne, E., O'Neill, C., Elwyn, G. Undetermined impact of patient decision support interventions on healthcare costs and savings: systematic review. In: *BMJ*. 2014 Jan 23;348, doi: 10.1136/bmj.g188

21. O'Connor, A., O'Brien-Pallas, L.L. Decisional conflict. In: Mcfarlane GK, Mcfarlane EA, editors. *Nursing diagnosis and intervention*. Toronto: Mosby, 1989, 486-96.

22. Kowalewski, M., Jahn, A., Kimatta, S.S. Why do at-risk mothers fail to reach referral level? Barriers beyond distance and cost. In: *Afr J Reprod Health*, 2000; 4(1):100-109.

23. Gray, B.A. Hospitalization history and differences in self-rated pregnancy risk. In: *West J Nurs Res*. 2006;28(2):216-233, doi: 10.1177/0193945905282305

24. Carolan, M.C. Towards understanding the concept of risk for pregnant women: some nursing and midwifery implications. In: *J Clin Nurs*. 2009;18(5):652-658, doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02480.x

25. Heaman, M., Gupton, A., Gregory, D. Factors influencing pregnant women's perceptions of risk. In: *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2004 Mar;29(2):111-116, doi: 10.1097/00005721-200403000-00010

26. Lee, S., Ayers S., Holden, D. A metasynthesis of risk perception in women with high risk pregnancies. In: *Midwifery*. 2014 Apr;30(4):403-411, doi:10.1016/j.midw.2013.04.010

27. Aref-Adib, M., Freeman-Wang, T., Ataullah, I. The older obstetric patient. In: *Obstetr Gynaecol Reprod Med*. 2008;18:43-8.

28. Newburn-Cook, C.V., Onyskiw, J.E. Is older maternal age a risk factor for preterm birth and fetal growth restriction? A systematic review. In: *Health Care Women Int*. 2005 Oct;26(9):852-75, doi: 10.1080/07399330500230912

29. Suplee, P.D., Dawley, K., Bloch, J.R. Tailoring peripartum nursing care for women of advanced maternal age. In: *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007 Nov-Dec;36(6):616-23, doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00197.x

30. Huang, L., Sauve, R., Birkett, N., Fergusson, D., van Walraven, C. Maternal age and risk of stillbirth: a systematic review. In: *CMAJ*. 2008 Jan 15;178(2):165-72, doi: 10.1503/cmaj.070150

31. Aldrichi, J.D., Wall M.L., Souza, S.R., Cancela, F.Z. The experiences of pregnant women at an advanced maternal age: an integrative review. In: *Rev Esc Enferm USP*. 2016 May-Jun;50(3):512-521, doi: 10.1590/S0080-623420160000400019

32. Li, Y., Townend J., Rowe, R., Knight M., Brocklehurst, P., Hollowell, J. The effect of maternal age and planned place of birth on intrapartum outcomes in healthy women with straightforward pregnancies: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. In: *BMJ Open*. 2014 Jan 17;4(1), doi: 10.1136/bmjopen-2013-004026

33. Pettersson, M.L., Nedstrand, E., Bladh, M., Svanberg, A.S., Lampic, C., Sydsjö, G. Mothers who have given birth at an advanced age - health status before and after chil-



dbirth. In: *Sci Rep*. 2020 Jun 16;10(1):9739, doi: 10.1038/s41598-020-66774-4

34. Sauer, M.V. Reproduction at an advanced maternal age and maternal health. In: *Fertil Steril*. 2015 May;103(5):1136-1143, doi:10.1016/j.fertnstert.2015.03.004

35. Brehmer, L., Alexanderson, K., Schytt, E. Days of sick leave and inpatient care at the time of pregnancy and childbirth in relation to maternal age. In: *Scand J Public Health*. 2017;45:222-229, doi: 10.1177/1403494817693456

36. Aasheim, V., Waldenström, U., Rasmussen, S., Espehaug, B., Schytt, E. Satisfaction with life during pregnancy and early motherhood in first-time mothers of advanced age: a population-based longitudinal study. In: *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Feb 25;14:86, doi: 10.1186/1471-2393-14-86

37. Aasheim, V., Waldenström, U., Hjelmstedt, A., Rasmussen, S., Pettersson, H., Schytt, E. Associations between advanced maternal age and psychological distress in primiparous women, from early pregnancy to 18 months postpartum. In: *BJOG*. 2012 Sep;119(9):1108-1116, doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03411.x

38. Wang, Y., Tanbo, T., Abyholm, T., Henriksen, T. The impact of advanced maternal age and parity on obstetric and perinatal outcomes in singleton gestations. In: *Arch Gynecol Obstet*. 2011 Jan;284(1):31-37, doi: 10.1007/s00404-010-1587-x

39. Figuerêdo, E.D., Lamy, Filho F., Lamy, Z.C., da Silva, A.A. Maternal age and adverse perinatal outcomes in a birth cohort (BRISA) from a Northeastern Brazilian city. In: *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014 Dec;36(12):562-568, doi: 10.1590/so100-720320140005161

40. Joseph, K.S., Allen, A.C., Dodds, L., Turner, L.A., Scott, H., Liston, R. The perinatal effects of delayed childbearing. In: *Obstet Gynecol*. 2005 Jun;105(6):1410-1418, doi: 10.1097/01.AOG.0000163256.83313.36

41. Schimmel, M.S., Bromiker, R., Hammerman, C., et al. The effects of maternal age and parity on maternal and neonatal outcome. In: *Arch Gynecol Obstet*. 2015 Apr;291(4):793-798, doi: 10.1007/s00404-014-3469-0

42. Kotelchuck, M. Safe mothers, healthy babies: reproductive health in the twentieth century. In: Ward JW, Warren C, editors. *Silent victories: the history and practice of public health in twentieth century America*. Oxford: Oxford University Press; 2007:105-134.

43. WHO. Trends in Maternal Mortality: 1990–2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organisation; 2014.

44. Myrskylä, M., Barclay, K., Goisis, A. Advantages of later motherhood. In: *Gynakologe*. 2017 Oct;50(10):767-772, doi: 10.1007/s00129-017-4124-1

45. Lee, C.S., Zhu S., Wu, Q., et al. Independent and joint associations of age, pre-pregnancy BMI, and gestational weight gain with adverse pregnancy outcomes in gestational diabetes mellitus. In: *Diabetes Ther*. 2023 Feb;14(2):363-375, doi: 10.1007/s13300-022-01352-7

46. Guarga, Montori, M., Álvarez, Martínez, A., Luna, Álvarez, C., Abadía, Cuchí, N., Mateo, Alcalá, P., Ruiz-Mar-

tínez, S. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A cohort study. In: *Taiwan J Obstet Gynecol* 2021 Jan;60(1):119-124, doi: 10.1016/j.tjog.2020.11.018

47. Li, H., Nawsherwan, Khan, A., Haq, I.U., Mei, S.Y. Do Hypertensive Disorders of Pregnancy and Abnormal Placental Mediate the Association between Advanced Maternal Age and Adverse Perinatal Outcomes? In: *Iran J Public Health* 2022 May;51(5):1057-1066, doi: 10.18502/ijph.v51i5.9421

48. Brown, H.K., McKnight A., Aker A. Association between pre-pregnancy multimorbidity and adverse maternal outcomes: A systematic review. In: *J Multimorb Comorb* 2022 Apr 30;12:26335565221096584, doi: 10.1177/26335565221096584

49. Lu, L., Li, J.H., Dai, X.F., Wei, J.B., Chen, L.H., Hu, J.F. Impact of advanced maternal age on maternal and neonatal outcomes in preterm birth. In: *Ginek Pol* 2022 Feb;93(2):134-141, doi: 10.5603/GPa2021.0224

50. Correa-de-Araujo, R., Yoon, S.S.S. Clinical outcomes in high-risk pregnancies due to advanced maternal age. In: *J Womens Health (Larchmt)* 2021 Feb;30(2):160-167, doi: 10.1089/jwh.2020.8860

51. Mehari, M.A., Maeruf, H., Robles, C.C., et al. Advanced maternal age pregnancy and its adverse obstetrical and perinatal outcomes in Ayder comprehensive specialized hospital, Northern Ethiopia, 2017: a comparative cross-sectional study. In: *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Jan 30;20(1):60, doi: 10.1186/s12884-020-2740-6

52. Khalil, A., Syngelaki, A., Maiz N., Zinevich, Y., Nicolaides, K.H. Maternal age and adverse pregnancy outcome: a cohort study. In: *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013 Jun;42(6):634-643, doi: 10.1002/uog.12494

53. Lim, C.C., Mahmood, T. Obesity in pregnancy. In: *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2015 Mar;29(3):309-319, doi: 10.1016/j.bpobgyn.2014.10.008

54. Alwash, S.M., McIntyre, H.D., Mamun, A. The association of general obesity, central obesity and visceral body fat with the risk of gestational diabetes mellitus: Evidence from a systematic review and meta-analysis. In: *Obes Res Clin Pract* 2021 Sep;15(5):425-430, doi:10.1016/j.orcp.2021.07.005

55. Rasmussen, K.M., Yaktine, A.L., Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines, eds. *Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines*. Washington, DC: National Academies Press; 2009.

56. Deputy, N.P., Sharma, A.J., Kim, S.Y., Hinkle, S.N. Prevalence and characteristics associated with gestational weight gain adequacy. In: *Obstet Gynecol*. 2015 Apr;125(4):773-781, doi: 10.1097/AOG.0000000000000739

57. Johnson, J.L., Farr, S.L., Dietz, P.M., Sharma, A.J., Barfield, W.D., Robbins C.L. Trends in gestational weight gain: the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2000-2009. In: *Am J Obstet Gynecol* 2015 Jun;212(6):806.e1-806.e8068, doi: 10.1016/j.ajog.2015.01.030

58. Frick, A.P. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes. In: *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2021 Jul;70:92-100, doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.07.005

59. Lin, L., Lu C., Chen, W., Li C., Guo, V.Y. Parity and the risks of adverse birth outcomes: a retrospective stu-

dy among Chinese. In: BMC Pregnancy Childbirth 2021 Mar;21(1):257, doi: 10.1186/s12884-021-03718-4

60. Vandekerckhove, M., Guignard, M., Civadier, M.S., Benachi, A., Bouyer, J. Impact of maternal age on obstetric and neonatal morbidity: a retrospective cohort study. In: BMC Pregnancy Childbirth 2021 Oct;21(1):732, doi: 10.1186/s12884-021-04177-7

61. Shechter-Maor, G., Sadeh-Mestechkin, D., Ganor Paz, Y., Sukenik Halevy, R., Markovitch, O., Biron-Shental, T. Does parity affect pregnancy outcomes in the elderly gravida? In: Arch Gynecol Obstet. 2020;301(1):85-91, doi: 10.1007/s00404-019-05386-4

62. Muniro, Z., Tarimo, C.S., Mahande, M.J., Maro, E., Mchome, B. Grand multiparity as a predictor of adverse pregnancy outcome among women who delivered at a tertiary hospital in Northern Tanzania. In: BMC Pregnancy Childbirth. 2019 Jul 2;19(1):222, doi: 10.1186/s12884-019-2377-5

63. Ben-David, A., Glasser, S., Schiff, E., Zahav, A.S., Boyko, V., Lerner-Geva, L. Pregnancy and birth outcomes among primiparae at very advanced maternal age: at what price? In: Matern Child Health J. 2016 Apr;20(4):833-842, doi: 10.1007/s10995-015-1914-8

64. Glasser, S., Segev-Zahav, A., Fortinsky, P., Gedal-Beer, D., Schiff, E., Lerner-Geva, L. Primiparity at very advanced maternal age ( $\geq 45$  years). In: Fertil Steril. 2011 Aug;95(8):2548-2551, doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.02.031

65. Usta, I.M., Nassar, A.H. Advanced maternal age. Part I: obstetric complications. In: Am J Perinatol. 2008 Aug;25(8):521-534, doi:10.1055/s-0028-1085620

66. Cohen, W. Does maternal age affect pregnancy outcome? In: BJOG. 2014 Mar;121(3):252-254, doi: 10.1111/1471-0528.12563

67. Tyer-Viola, L.A., Lopez R.P. Pregnancy with chronic illness. In: J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2014 Jan;43(1):25-37, doi: 10.1111/1552-6909.12275

68. Jolly, M., Sebire, N., Harris, J., Robinson, S., Regan, L. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. In: Hum Reprod. 2000 Nov;15(11):2433-2437, doi: 10.1093/humrep/15.11.2433

69. Cleary-Goldman, J., Malone, F.D., Vidaver, J., et al. Impact of maternal age on obstetric outcome. In: Obstet Gynecol. 2005 May;105(5 Pt 1):983-990, doi: 10.1097/01.AOG.0000158118.75532.51

70. Schummers, L., Hutcheon, J.A., Hernandez-Diaz, S., et al. Association of short interpregnancy interval with pregnancy outcomes according to maternal age. In: JAMA Intern Med. 2018 Dec 1;178(12):1661-1670, doi: 10.1001/jamainternmed.2018.4696

71. Dulitzki, M., Soriano D., Schiff, E., Chetrit, A., Mashiach, S., Seidman, D.S. Effect of very advanced maternal age on pregnancy outcome and rate of cesarean delivery. In: Obstet Gynecol. 1998 Jun;92(6):935-939, doi: 10.1016/s0029-7844(98)00335-4



Timotei Bătrânu. *Calea înfloririi*, 2018, acril, pânză, 104 × 118 cm.