

УДК 618.2-055.25

https://doi.org/10.33619/2414-2948/121/28

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА БЕРЕМЕННЫХ СТАРШЕ 35 ЛЕТ НА СТРУКТУРУ РОДОВ В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

- ©**Субанова Г. А.**, ORCID: 0000-0003-1003-678X, SPIN-код: 3914-4317, канд. мед. наук,
Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызстан, gsubanova@oshsu.kg
- ©**Ташмаматова Д. М.**, ORCID: 0000-0002-3143-996X, Южный филиал Кыргызского
государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации
им. С. Б. Даниярова, г. Ош, Кыргызстан, damirataashmatatova4@mail.ru
- ©**Субанова Н. А.**, ORCID: 0000-0003-1455-7902, Кыргызская государственная медицинская
академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, nargiza.subanova@bk.ru
- ©**Ырысбаев Э. Ы.**, ORCID: 0000-0003-0476-2654, SPIN-код: 1859-6878,
Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызстан, yrysbaev@oshsu.kg
- ©**Ырысбаев А. Ы.**, ORCID: 0009-0009-4978-994X, Международный европейский
университет, г. Бишкек, Кыргызстан, yrysbaev1996@gmail.com
- ©**Ихтиярова Г. А.**, ORCID: 0000-0002-2398-3711, SPIN-код: 1984-7359, д-р мед. наук,
Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино,
г. Бухара, Узбекистан, ixtiyarova7272@mail.ru

THE INFLUENCE OF THE AGE OF PREGNANT WOMEN OVER 35 YEARS ON THE STRUCTURE OF CHILDBIRTH IN OSH REGION

- ©**Subanova G.**, ORCID: 0000-0003-1003-678X, SPIN-code: 3914-4317, Ph.D.,
Osh State University, Osh, Kyrgyzstan, gsubanova@oshsu.kg
- ©**Tashmatatova D.**, ORCID: 0000-0002-3143-996X, South Filial Kyrgyz State Medical
Institute of Retraining and Advanced Training named after S. B. Daniyarov,
Osh, Kyrgyzstan, damirataashmatatova4@mail.ru
- ©**Subanova N.**, ORCID: 0000-0003-1455-7902, Kyrgyz State Medical Academy
named after I. K. Akhunbayev, Bishkek, Kyrgyzstan, nargiza.subanova@bk.ru
- ©**Yrysbaev E.**, ORCID: 0000-0003-0476-2654, SPIN-code: 1859-6878,
Osh State University City of Osh, Kyrgyzstan, yrysbaev@oshsu.kg,
- ©**Yrysbaev A.**, ORCID: 0009-0009-4978-994X, International European University,
Bishkek, Kyrgyzstan, yrysbaev1996@gmail.com
- ©**Ixtiyarova G.**, ORCID: 0000-0002-2398-3711, SPIN-code: 1984-7359, Dr. habil.,
Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino,
Bukhara, Uzbekistan, ixtiyarova7272@mail.ru

Аннотация. Целью исследования явилось изучение особенностей течения беременности и родов у женщин позднего репродуктивного возраста (35 лет и старше) в условиях Ошской межобластной клинической больницы за период 2011–2015 гг. Проанализированы 224 истории родов с оценкой влияния возраста на течение беременности, методы родоразрешения и частоту осложнений. Установлено, что с возрастом увеличивается риск акушерско-гинекологической патологии: преждевременных и переношенных родов, преэклампсии, эклампсии, преждевременного разрыва плодных оболочек, послеродовых кровотечений и необходимости кесарева сечения. Частота физиологических родов у женщин старше 35 лет составила 71%, преждевременных — 18%, переношенных — 11%. В структуре экстрагенитальной патологии преобладали анемия (88%), заболевания мочевыделительной системы (30,2%) и инфекции половых путей (29,7%). Среди акушерских осложнений наиболее часто отмечались преэклампсия (28,8%), разрывы промежности (50%), ПРПО (31%)

и слабость родовой деятельности (29,3%). Метод родоразрешения путем кесарева сечения применялся в 40% случаев. Выявлено, что высокий паритет родов (более трёх) усугубляет течение беременности и повышает риск осложнений. При этом у соматически здоровых женщин старше 35 лет, ведущих здоровый образ жизни и прошедших прегравидарную подготовку, течение беременности и родов может быть физиологическим, аналогично более молодым возрастным группам.

Abstract. The aim of this study was to examine the characteristics of pregnancy and childbirth among women of advanced reproductive age (35 years and older) at the Osh Interregional Clinical Hospital during the period 2011–2015. A total of 224 delivery histories were analyzed to assess the influence of maternal age on pregnancy course, methods of delivery, and frequency of complications. It was found that with increasing age, the risk of obstetric and gynecological pathology rises, including preterm and post-term deliveries, preeclampsia, eclampsia, premature rupture of membranes, postpartum hemorrhage, and the need for cesarean section. The rate of physiological deliveries among women over 35 years was 71%, preterm deliveries — 18%, and post-term — 11%. Among extragenital pathologies, anemia predominated (88%), followed by urinary tract diseases (30.2%) and genital infections (29.7%). The most frequent obstetric complications were preeclampsia (28.8%), perineal tears (50%), premature rupture of membranes (31%), and uterine inertia (29.3%). Cesarean section was performed in 40% of cases. It was revealed that high parity (more than three births) worsens the course of pregnancy and increases the risk of complications. However, in somatically healthy women over 35 years who lead a healthy lifestyle and undergo preconception preparation, pregnancy and childbirth can proceed physiologically, similar to those in younger women.

Ключевые слова: поздний репродуктивный возраст, беременность, роды, осложнения, преэклампсия, кесарево сечение.

Keywords: advanced maternal age, pregnancy, childbirth, complications, preeclampsia, cesarean section.

Любая желательная беременность исходом которого является рождение здорового ребенка при этом состоянии матери было хорошо, тогда такие роды считаются благополучными. ВОЗ в 1996 году дал определение: Нормальные роды — это роды, которые начинаются спонтанно у женщин низкого риска в начале родов, и остаются таковыми в течении всех родов: ребенок рождается спонтанно в головном предлежании при сроке беременности от 37 до 42 недель и после родов мать и ребенок в хорошем состоянии. Течение гестационного процесса зависит от многих факторов, среди которых немаловажную роль играет возраст женщины [1–4].

В соответствии с критериями ВОЗ, репродуктивный возраст женщины — от 15 до 49 лет. Безусловно, эти критерии имеют некоторую долю социальной составляющей. Реально верхняя граница репродуктивного возраста — 40–42 года, поскольку вероятность рождения здорового ребенка после 30 лет снижается на 3,5% каждый год. Репродуктивный возраст женщины делится на ранний (до 35 лет) и поздний (35 лет и старше), возраст от начала снижения функции яичников до наступления менопаузы [4].

Современная женщина сначала получает образование, строит карьеру и, только достигая определенного уровня материальных благ, начинает задумываться о рождении ребенка. Среди социальных причин, которые приводят к росту числа «поздних»

беременностей, ведущими являются взросление старших детей (56%), достижение необходимого карьерного уровня и финансового положения (28%). Согласно данным литературы, психологический статус беременных женщин позднего репродуктивного периода стабилен и материнский инстинкт у них сформирован правильно, они менее фрустрированы и эмоционально напряжены по сравнению с пациентками оптимального репродуктивного возраста. По данным ряда исследователей из Средней Азии к поздним относят первородящих 25-29 лет (Узбекистан), 28-30 лет (Киргизия) 29-30 лет (Туркменистан). Существовал термин «старая первородящая», относящийся к женщинам 30 лет и старше, 35 лет и старше 40 лет и старше [3].

Женщин, родивших первого ребенка между 30 и 40 годами, стало за последние 20 лет почти в 3 раза больше. Кроме того, почти на 50% возросло количество впервые ставших мамами после 40 лет. И медики вынуждены с этим считаться. Постепенно исчезло из их лексикона обидное слово «старородящая», и роды в зрелом возрасте уже не считаются чем-то из ряда вон выходящим. Американских врачи, наблюдавшие за 4 тысячами рожениц в одной из больниц Нью-Йорка, пришли к выводу, что у женщины старше 35 лет, если она физически здорова и не имела выкидышей, шансы родить нормального здорового ребенка (даже если это первые роды) почти такие же, как у 20-летней. Беременные позднего репродуктивного возраста (35-49 лет) относятся к группе повышенного риска в отношении акушерско-гинекологической патологии, среди них велик удельный вес первородящих, страдавших в анамнезе гинекологическими заболеваниями, невынашиванием беременности, первичным или вторичным бесплодием [5].

Ретроспективный когортный анализ с использованием большой базы данных населения США, включающей почти 34 миллиона родов, характеризовал риск заболеваемости, связанной с беременностью, в зависимости от возраста. В целом женщины старше 35 лет подвергались повышенному риску заболеваемости, связанной с беременностью, по сравнению с женщинами в возрасте 25-29 лет. При оценке с увеличением возраста (35-39 лет, 40-44 года, 45-54 года) риск увеличивался с увеличением возраста (относительный риск (ОР) 1,36, 95% ДИ 1,33-1,39; ОР 1,83, 95% ДИ 1,77) – 1,89 и ОР 3,33, 95% ДИ 3,03-3,66 соответственно). Кроме того, исследователи оценили акушерские осложнения, такие как преэклампсия, кесарево сечение, послеродовое кровотечение и гестационный диабет, и обнаружили, что увеличение возраста матери на момент беременности было независимым фактором риска для всех этих акушерских исходов. Эти риски постепенно увеличивались, так что беременные женщины в возрастной группе 45-54 лет подвергались наибольшему риску [6].

Помимо ведения физиологически протекающих родов, в данную работу мы включили вопросы, связанные с наиболее часто встречающимися осложнениями родов, такими как преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ); запоздалые роды; тазовое предлежание плода; влагалищные родоразрешающие операции. Общеизвестно, что одним из осложнений своевременных родов является преждевременное излитие околоплодных вод(ПИОВ). При этом тактика ведения родов до настоящего времени остается неоднозначной. Некоторые авторы считают целесообразным активное ведение родов, которое подразумевает в течение 4-5 ч после ПИОВ применение утеротоников для возбуждения родовой деятельности КС, произведенное в плановом порядке при перенашивании в связи с выраженными симптомами хронической гипоксии плода, предотвращает развитие церебральных поражений. Следовательно, необходимо с помощью дополнительных методов выявлять симптомы перенашивания после 40 нед и своевременно осуществлять родоразрешение [6].

Следующей важной и широко обсуждаемой проблемой современного акушерства является ведение родов при тазовом предлежании. В литературе постоянно обсуждается вопрос о возможности ведения родов в тазовом предлежании через естественные родовые пути. Многие авторы считают необходимым у всех пациенток с тазовым предлежанием (100%) осуществлять родоразрешение путем КС и мотивируют это высокой частотой травматизации детей в процессе самопроизвольных родов. В 2008 г. Министерством здравоохранения и социального развития РФ выпущено методическое письмо с перечнем показаний к КС, в том числе и при тазовом предлежании плода. Помимо сочетания общепринятых показаний, при тазовом предлежании КС показано при массе плода более 3600–3800 г (в зависимости от размера таза пациентки) либо 2000 г и ниже, разгибании головки III степени (по данным УЗИ), смешанном ягодичном предлежании у первородящих, тазовом предлежании первого плода при многоплодии у первородящих. Весьма сложным является решение о способе родоразрешения при тазовом предлежании и сроке гестации до 30 нед, а иногда и до 28 нед. При подобной ситуации родоразрешение следует осуществлять в учреждении, где имеется возможность проведения реанимации и интенсивной терапии недоношенному ребенку. Кроме того, выбор метода родоразрешения в такой ситуации следует согласовать и с родителями, сообщив им о возможных осложнениях для матери и плода при КС и при рождении плода через естественные родовые пути [6].

Травмы промежности в настоящее время занимают довольно значительный удельный вес среди различных осложнений в родах. По литературным данным, частота разрывов промежности колеблется от 7% до 39%, в среднем отмечается у 12-15% рожениц. Если женщина, соматически здорова, ведет здоровой образ жизни т.е. правильное питание, систематически занятие спортом, ходьбой, регулярно следить за общим состоянием, пройти регулярно профилактических осмотров врачей, нет причин искать у этой женщины при наступлении беременности и роды протекают самостоятельно физиологически, как у молодых женщин до 35 лет [7].

Материал и методы исследования

С целью изучения структуры, отобраны истории родов Ошского межобластного клинической больницы, родильного стационара за 2011-2015 гг. беременных и рожениц женщин 35 лет и старше.

Изучено влияние возраста беременных на течение беременности, методы родоразрешения, их осложнения. Выявлены факторы риска развития осложнений беременности и родов у беременных и рожениц старше 35 лет.

Использовались методы диагностики: анамнез беременности и течения родов, в частности сроки родов, жалобы при поступлении, преждевременные отхождения околоплодных вод, первичная вторичная слабость при родовой деятельности, слабость потуг и тд, анамнез жизни в частности место жительства, а также общеклинические и акушерские исследования, исследование крови, мочи, мазки на микрофлору, план ведения родов, методы родоразрешения.

Результаты и обсуждение

В исследовании роды физиологически в срок составляет в среднем 85,5% у всех рожениц, а старше 35 лет этот показатель 71%; переносная беременность до 35 лет — 3%, после 35 лет — 11%, а преждевременные роды от 22-36 недель +6 дней составлял до 35 лет — 14%, после 35 лет — 18%, что показывает увеличения последних показателей.

Частота преждевременных родов (ПР) в мировых масштабах колеблется в пределах 5–18%. Удельный вес родов при сроке беременности менее 28 недель в мире составляет всего 5,2%, однако в экономически развитых странах с ними связано более 45% случаев перинатальной смерти [1-3].

Частота переносимой беременности, по данным различных авторов, составляет от 2 до 14% [3, 16].

Средние показатели за 5 лет: физиологические роды — 4903 (85,5%), преждевременных — 12%, что соответствует статистике [1, 6].

Таблица 1

СТРУКТУРА ВСЕГО РОДОВ (2011-2015 гг)

Роды в неделях	2011	2012	2013	2014	2015	Всего	%	Среднее	Средний %
Всего	3321	5118	6241	7047	6948	28675	100	5730	100
Физиологические роды (срочные)	2811	4203	5228	6087	6189	24518	85	4903	85,5
Запоздалые роды	142	192	138	210	172	854	2,9	170	2,9
Преждевременные роды	509	723	875	750	587	3444	12	688	12

Таблица 2

РОДЫ ПО ГЕСТАЦИОННОМУ СРОКУ ОМОКБ РОДИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР
У РОЖЕНИЦ СТАРШЕ 35 лет

Роды в неделях	2011	2012	2013	2014	2015	всего	Среднее	Средний %
Всего	47	46	37	43	51	224	45	100
37-42	29	36	18	31	47	161	32	71
>42	7	5	4	6	1	23	5	11
22-36+6 дней	11	5	15	6	4	41	8,2	18
33-36+6 дней	8	5	10	2	4	29	6	13,3
28-32	2	0	4	3	0	9	2	4,4
22-27	1	0	1	1	0	3	0,6	1,3

Структура родов по гестационному сроку ОМОКБ родильный стационар юга Кыргызстана у рожениц старше 35 лет среднее арифметические и средний процент за 2011-2015 годы такова, что срочные роды в 37-42 неделях родили (32) 71%, запоздалые роды >42 неделях 5(11)%, преждевременно родили 22-36 неделя +6 дней 8,2 (18%), из них 33-36 неделя +6 дней (6)13,4%, 28-32 неделях (2)4,4%, а в сроке 22-27 неделях (0,6)1,3%. Если сопоставить данные Таблиц 1 и 2 можно прийти к выводу в статистике всех возрастов женщин запоздалые роды >42 неделях, составляет 2,9%, что соответствует во многих мировых научных исследованиях, но у рожениц старше 35 лет, этот показатель составляет 11%, преждевременные роды 22-36 неделя +6 дней 8,2(18%), является верхним показателем в наших исследованиях [6].

ОМОКБ родильный стационар юга Кыргызстана у рожениц старше 35 лет сельские женщины больше рожают, что составляют 73% (Таблица 3). Городские женщины меньше рожают — 27%. Возраст рожениц 35-40 лет — 83,6%, 41-45лет — 16%, 46-50 лет — 0,4%, 71% женщины рожали в браке, у 29% рожениц — дети родились вне брака. По паритету родов ОМОКБ родильный стационар юга Кыргызстана: у рожениц старше 35 лет на первом месте оказалась четвертые роды — 36%, третьи — 28,4%, пятые — 13,7%, восьмые — 0,9%, седьмые — 2,2%, первые и шестые — по 4-4,4%, а вторые — 9,3% (Таблица 4).

Таблица 3
РОДЫ ПО ВОЗРАСТУ И МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА ОМОКБ РОДИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР
ЮГА КЫРГЫЗСТАНА У РОЖЕНИЦ старше 35 лет

Годы	2011	2012	2013	2014	2015	Всего	Среднее	Средний %
Всего	47	46	37	43	51	224	45	100
Село	30	33	34	32	36	165	33	73
Город	17	13	3	11	15	59	12	27
В браке	35	30	31	29	34	159	32	71
Вне брака	12	16	6	12	17	63	12,6	29
35-40 лет	41	34	30	39	43	187	37,4	83,6
41-45 лет	5	12	7	4	8	36	7,2	16
46-50	1	0	0	0	0	1	0,2	0,4

Таблица 4
ПО ПАРИТЕТУ РОДОВ ОМОКБ РОДИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР ЮГА КЫРГЫЗСТАНА
У РОЖЕНИЦ СТАРШЕ 35 ЛЕТ

Паритет родов	2011	2012	2013	2014	2015	Всего	Среднее	Средний %
Всего	47	46	37	43	51	224	45	100
I	2	4	1	1	1	9	1,8	4
II	6	5	4	3	3	21	4,2	9,3
III	12	13	10	12	17	64	12,8	28,4
IV	16	15	12	17	21	81	16,2	36
V	6	7	5	9	4	31	6,2	13,7
VI	3	1	4	1	2	11	2	4,4
VII	1	0	1	0	3	5	1	2,2
VIII	1	1	0	0	0	2	0,4	0,9

По назологиям ОМОКБ родильный стационар юга Кыргызстана у рожениц старше 35 лет: 90% — роды протекают в головном предлежании, 8% — тазовое, при том, 4% — плод имел поперечное положение. Роды крупным плодом составлял 9,3%, маловодие — 2,6%, многоводие — 3,5%, с экстрагенитальной патологией больше встречается анемия (88%), на втором месте — заболевания мочевыделительной системы (30,2%), инфекция половых путей (29,7%), акушерская патология (Преэклампсия — 28,8%, ПОНРП — 14,6%, предлежание плаценты — 7,5%, послеродовые кровотечения — 17,3%%, с ПРПО — 31,1%. Слабость родов составляет 29,3% проведено индукция родов с окситоцином — 30,6%, вторичная слабость меньше — 10,2%, слабость во втором периоде родов — 14,2%, разрыв промежности — 50,2% (Таблица 5).

Поздние роды также являются медицинской и социальной проблемой. Только у 5% 40-летних женщин беременность протекает успешно, что также доказывается нашим исследованием [5-9].

Планирование будущего малыша у женщин старше 35 лет необходимо пройти прегравидарную подготовку как матери, так и отца. Беременность в позднем репродуктивном возрасте может протекать сложнее, чем в возрасте, благоприятном для деторождения. Беременные женщины, связанные с возрастом, подвергаются большему риску осложнений, таких как гипертония, гестационный диабет, выкидыш, плацентарная недостаточность и высокий процент оперативных родов.

В Таблице 5 указано, что основную долю общесоматических патологий среди беременных составляет — анемия (88%). Распространенность анемии у женщин колеблется от 5,4% в развитых странах до 80% в развивающихся [9].

Низкий уровень гемоглобина у матери (<110 г/л) был связан с плохими исходами родов (низкий вес при рождении, преждевременные роды, малый размер для гестационного возраста (SGA), мертворождение, перинатальная и неонатальная смертность) и неблагоприятными материнскими исходами (послеродовое кровотечение), преэклампсия и переливание крови) [15].

На втором месте стоят заболевания мочевыделительной системы (30,2%) и инфекции половых путей (29,2%). Распространенность инфекция мочеполовых путей (ИМП) у женщин повышается с увеличением возраста, составляя 20% — в группе от 16 до 35 лет и 35% — в старшей возрастной группе (36-65 лет) [10, 11].

Вышеуказанные факторы увеличивают риск развития осложнений беременности и родов, такие как преэклампсия, в нашем исследовании занимает 65 случаев (28,8%).

Таблица 5

ПО НАЗОЛОГИЯМ ОМОКБ РОДИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР ЮГА КЫРГЫЗСТАНА
У РОЖЕНИЦ СТАРШЕ 35 ЛЕТ

Назология	2011	2012	2013	2014	2015	Всего	Среднее	%
Всего	47	46	37	43	51	224	45	100
Маловодие	4	1	1	0	0	6	1,2	2,6
Многоводие	3	0	3	2	0	8	1,6	3,5
Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО)	12	16	9	11	22	70	14	31
Головное	38	39	36	41	49	203	40,6	90
Тазовое	9	7	0	0	2	18	3,6	8
Многоплодие	5	3	0	0	1	9	1,8	4
Косое положение плода	1	0	1	0	3	5	1	2,2
Крупный плод	6	3	1	8	3	21	4,2	9,3
Поперечное положение плода	5	1	1	2	0	9	1,8	4
Тазово-головная диспропорция	0	2	1	2	1	6	1,2	2,6
1 слабость	11	10	13	14	18	66	13,2	29,3
2 слабость	5	4	4	4	7	24	4,8	10,6
Слабость потуг	7	9	2	6	7	31	6,2	14,2
Несостоятельность рубца на матке	1	1	1	1	0	4	0,8	1,7
Разрыв промежности	17	23	24	22	27	113	22,6	50,2
Анемия	38	40	34	41	45	198	39,6	88
Гестационный сахарный диабет	1	0	2	1	1	5	1	2,2
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	7	9	4	6	7	33	6,6	14,6
Предлежание плаценты	3	5	4	3	2	17	3,4	7,5
Послеродовые кровотечения	5	7	8	10	9	39	7,8	17,3
Сердечно-сосудистые заболевания	2	3	3	2	3	13	2,6	5,7
Преэклампсия	10	11	14	13	17	65	13	28,8
Эклампсия	0	3	6	0	6	15	3	6,6
Болезни органов дыхания	7	5	5	8	7	32	6,4	14,2
Заболевания мочевыделительной системы	12	11	14	13	18	68	13,6	30,2
Заболевания печени	2	2	3	2	3	13	2,6	5,7
Инфекция половых путей	12	13	14	13	15	67	13,4	29,7

По ведению родов ОМОКБ родильный стационар юга Кыргызстана: у рожениц старше 35 лет произведена амниотомия — 35,5%, оперативное родоразрешение с кесаревым путем — 40% (Таблица 6).

Таблица 6

ПО ВЕДЕНИЮ РОДОВ ОМОКБ РОДИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР ЮГА КЫРГЫЗСТАНА
У РОЖЕНИЦ СТАРШЕ 35 ЛЕТ

Ролы	2011	2012	2013	2014	2015	Всего	Среднее	Средний %
Всего	47	46	37	43	51	224	45	100
Амниотомия	15	17	13	14	21	80	16	35,5
Индукция с окситоцином	13	14	11	12	19	69	13,8	30,6
Кесарева сечение	15	19	18	30	8	90	18	40

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) частота преэклампсии составляет 2-10% беременностей во всем мире. Около 1,8–16,7% случаев регистрируется в развивающихся странах, тогда как в развитых странах этот показатель составляет 0,4%. Ежегодно в мире регистрируется 8,5 млн случаев преэклампсии. В развивающихся странах это осложнение беременности является ведущей причиной материнской смертности, в экономически развитых — занимает 2-3 место (в общем 15–20%) [12].

Эклампсия — в основном старше 35 лет, по сравнению до 35 лет, септические состояния, преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, после родовые кровотечения и др. Помимо названных общесоматических патологий в ходе исследования были обнаружены патологии дыхательной системы (14,7%), сердечно-сосудистой системы (5,7%) и патологии печени (5,7%), что также повлияло на течение беременности и родов. В последние годы все большее распространение получают вспомогательные репродуктивные медицинские технологии. К сожалению, внедрение их в практику привело к увеличению частоты осложненного течения беременности и родов, обусловленного развитием многоплодия и невынашивания. Кроме того, повышается частота экстрагенитальной патологии, так как указанные технологии часто применяются у женщин с длительным бесплодием и беременность наступает у первородящих старше 35 лет [13].

Американские и европейские исследователи сдвигают возрастные рамки, определяя первородящих старшего возраста, как рожениц после 35 лет, и проведя ретроспективный анализ 385120 историй родов при одноплодной беременности у женщин 18-34, 35-40, и более 40 лет, статически доказано, что риск гестационного сахарного диабета, предлежание плаценты, тазового предлежания, оперативного родоразрешения через естественные родовые пути, кесарева сечения, послеродового кровотечения, преждевременных родов до 32 недель [12, 14].

В азиатских странах характерно более раннее создание семьи, более высокий паритет родов, а также влияние менталитета и социального давления на женщин старше 35 лет, в частности в сельской местности сильно влияет на их обреченность к беременности без учета соматического здоровья. Уменьшение количества женщин, забеременевших после 40 лет, мы связываем с пременопаузой с последующей менопаузой. Женщины находятся на пике фертильности в 20 годах жизни. С середины 30-х начинается спад, который становится все больше с годами, так что в 40 лет у здоровых женщин есть только 5% шанс забеременеть в каждом менструальном цикле [2].

Однако физиологические изменения, связанные с климаксом и угасанием репродуктивной функции, так или иначе сказываются на личной истории каждой представительницы прекрасного пола [15].

Первородящие старше 35 лет составляют 4%. На долю первородящих старше 35 лет приходится 7,2% всех родов [3].

Также 1-2 слабость родовой деятельности и потуг, поясняется это слабостью мышц передней брюшной стенки, которые являются результатом высоких паритет родов. В ходе исследований выяснено, что у 81(36%) рожениц — IV роды, у 64(28,4%) — III роды, у 31(13,7%) рожениц — V роды, что приводит к перегрузке организма и его изнашиванию. Это в свою очередь приводит к ослаблению родовой деятельности, ПРПО, а впоследствии увеличивается вероятность пролапса гениталий различной степени.

Роды рожениц старше 35 лет осложнялись ПРПО в 70(31%) случаях, по сравнению с женщинами до 35 лет (10%). Течение перенесенной беременности характеризуется высоким процентом осложнений (преэклампсия, анемия, гипоксия плода и т.д.), а также осложнений в родах (несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, клинически узкий таз, гипотоническое послеродовое кровотечение, родовой травматизм матери и плода) [16].

Помимо увеличения ПРПО высокий паритет родов также влияет на перерастяжение передней брюшной стенки, вследствие чего увеличивается частота неправильного положения плода, как косое 2%, так и тазовое 8% и поперечное 4% положение плода, увеличивается риск тазово-головной диспропорции (2,6%), приводящий к разрыву промежности, что также ведет к пролапсу генитальных органов. Одним из факторов разрыва промежности (50%) является крупный плод, который составил 9%. Одним из аспектов развития крупного плода является повторно- и первородящие женщины старше 30 лет. ПРПО, анемия, слабость родовой деятельности в 1-2 периоде родов из-за снижения чувствительности матки к окситоцину, приводят к гипо-,или атонии матки, что приводит вторичной анемизации у рожениц.

Метод родоразрешения путем кесарево сечения у женщин после 35 лет составил 40%, что по сравнению с женщинами до 35 лет выше почти в 2 раза (22,5%); амниотомия у женщин старше 35 лет — 35%, по сравнению с женщинами до 35 лет — 11%. Одним из методов ускорения родов является инструментальное вскрытие плодного пузыря. В норме плодный пузырь в 75% случаев вскрывается при полном или почти полном открытии маточного зева. На сегодняшний день все чаще стали проводить амниотомию с целью ускорения родов или предупреждения затяжных родов. При раскрытии маточного зева на 7 см и более плодный пузырь выполнил свои функции и его дальнейшее сохранение может привести к развитию патологических состояний — преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, слабости родовой деятельности. Одним из условий благополучного завершения родов, как для матери, так и для плода считают наличие плодного пузыря до конца первого периода родов. Поэтому эксперты ВОЗ инструментальное вскрытие плодного пузыря рекомендуют производить только при раскрытии маточного зева менее 0,5-1 см/ч и появлении кровянистых выделений из половых путей [14].

Эти цифры говорят о том, что с увеличением возраста, происходит увеличение вероятности различных акушерских патологий, что приводит к увеличению метода родоразрешения путем кесарево сечения.

Заключение

Течение беременности у женщин старше 35 лет осложняются чаще преждевременными и переношенными беременностями, а также преэклампсией и эклампсией, приводящий к преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и послеродовым кровотечениям. Высокий паритет родов ведет к изнашиванию организма матери, что усугубляет течение беременности и родов. Роды у рожениц старше 35 лет осложняются чаще акушерскими патологиями, в частности преждевременный разрыв плодных оболочек, крупный плод, тазовое, косое положение плода, поперечное положение плода, тазово-головная диспропорция, что ведет к слабости родовой деятельности. С увеличением возраста, происходит увеличение вероятности различных акушерских патологий, что приводит к увеличению метода родоразрешения путем кесарево сечения. При полном соматически здоровом статусе женщины старше 35 лет, вероятность патологии при беременности и родах уменьшается

Благодарности: авторы выражают благодарность сотрудникам Ошской межобластной клинической больницы.

Список литературы:

1. Серова О. Ф., Седая Л. В., Шутикова Н. В. Исходы беременности у женщин в старшем репродуктивном возрасте // Доктор. Ру. 2020. Т. 19. №1. С. 12-15. <https://doi.org/10.31550/1727-2378-2020-19-1-12-15>
2. Елгина С. И. Течение беременности и родов у женщин позднего репродуктивного возраста // Мать и дитя в Кузбассе. 2023. №4(95). С. 46-51.
3. Савельева Г. М. Ведение физиологических и осложненных родов // Акушерство и гинекология. 2011. №3. С. 4-10.
4. Прохорова О. В., Олина А. А. Физическая активность беременных: обзор литературы // Пермский медицинский журнал. 2020. Т. 37. №4. С. 71-84. <https://doi.org/10.17816/pmj37471-84>
5. Бегимбекова Л. М., Алиева Э. Н., Оспанова А. М. Особенности течения беременности и исходов родов у женщин разных возрастных групп // West Kazakhstan Medical Journal. 2022. №2 (64). С. 73-79. <https://doi.org/10.24412/2707-6180-2022-64-73-79>
6. Радзинский В. Е., Соловьева А. В., Алейникова Е. Ю., Смирнова Т. В., Кузнецова О. А. Беременность и роды у женщин с железодефицитной анемией легкой степени, выявленной в I триместре // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. 2021. Т. 9. №Приложение 3 (33). С. 6-13. <https://doi.org/10.33029/2303-9698-2021-9-3suppl-6-13>
7. Боровкова Е. И., Макаров И. О., Шешукова Н. А., Куликов И. А. Инфекции мочевыводящих путей во время беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. 2010. Т. 10. №3. С. 60-63.
8. Котова Г. С., Пересада О. А., Куликов А. А., Милюк Н. С. Инфекции мочевыводящих путей у беременных // Медицинские новости. 2019. №4(295). С. 12-16.
9. Consensus O. C. Pregnancy At Age 35 Years Or Older // Obstet Gynecol. 2022. V. 140. №2. P. 348-366. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.07.022>
10. Гондаренко А. С., Смирнова Т. В., Кузнецова О. А., Маркарян Н. М., Алаин О. Шкала риска сверххранних преждевременных родов // Доктор. ру. 2016. №7 (124). С. 53-56.
11. Оразмурадов А. А., Паенди Ф. А., Голикова Т. П., Старцева Н. М., Лебедева М. Г. Современные представления о ведении физиологических родов // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2013. №5. С. 170-176.

12. Юренева С. В., Ермакова Е. И. Ведение женщин с менопаузальными расстройствами (обзор клинических рекомендаций) // Проблемы репродукции. 2017. Т. 23. №5. С. 115-122. <https://doi.org/10.17116/repro2017235115-122>
13. Anderson U. D., Olsson M. G., Kristensen K. H., Åkerström B., Hansson S. R. Biochemical markers to predict preeclampsia // Placenta. 2012. V. 33. P. S42-S47. <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2011.11.021>
14. Новикова О. Н., Мустафина Л. Р. Переношенная беременность // Фундаментальная и клиническая медицина. 2019. Т. 4. №2. С. 42-47.
15. Prokhorova O. V., Olina A. A. Physical activity in pregnancy: literature review // Perm Medical Journal. 2020. V. 37. №4. P. 71-84. <https://doi.org/10.17816/pmj37471-84>
16. Young M. F. et al. Maternal hemoglobin concentrations across pregnancy and maternal and child health: a systematic review and meta-analysis // Annals of the New York Academy of Sciences. 2019. V. 1450. №1. P. 47-68. <https://doi.org/10.1111/nyas.14093>

References:

1. Serova, O. F., Sedaya, L. V., & Shutikova, N. V. (2020). Iskhody beremennosti u zhenshchin v starshem reproduktivnom vozraste. *Doktor. Ru*, 19(1), 12-15. (in Russian). <https://doi.org/10.31550/1727-2378-2020-19-1-12-15>
2. Elgina, S. I., Ovcharova, P. A., Shibel'gut, N. M., Batina, N. A., Rudaeva, E. V., Mozes, K. B., & Mozes, V. G. (2023). Tehenie beremennosti i rodov u zhenshchin pozdnego reproduktivnogo vozrasta. (in Russian). *Mat' i ditya v Kuzbasse*, (4 (95)), 46-51.
3. Savel'eva, G. M., Kurtser, M. A., Karaganova, E. Ya., Breusenko, L. E., & Tret'yakova, M. V. (2011). Vedenie fiziologicheskikh i oslozhnennykh rodov. (in Russian). *Akusherstvo i ginekologiya*, (3), 4-10.
4. Prokhorova, O. V., & Olina, A. A. (2020). Fizicheskaya aktivnost' beremennykh: obzor literatury. *Permskii meditsinskii zhurnal*, 37(4), 71-84. (in Russian). <https://doi.org/10.17816/pmj37471-84>
5. Begimbekova, L. M., Alieva, E. N., & Ospanova, A. M. (2022). Osobennosti techeniya beremennosti i iskhodov rodov u zhenshchin raznykh vozrastnykh grupp. *West Kazakhstan Medical Journal*, (2 (64)), 73-79. (in Russian). <https://doi.org/10.24412/2707-6180-2022-64-73-79>
6. Radzinskii, V. E., Solov'eva, A. V., Aleinikova, E. Yu., Smirnova, T. V., & Kuznetsova, O. A. (2021). Beremennost' i rody u zhenshchin s zhelezodefitsitnoi anemiey legkoi stepeni, vyyavlennoi v I trimestre. *Akusherstvo i ginekologiya: Novosti. Mneniya. Obucheniya*, 9(Prilozhenie 3 (33)), 6-13. (in Russian). <https://doi.org/10.33029/2303-9698-2021-9-3suppl-6-13>
7. Borovkova, E. I., Makarov, I. O., Sheshukova, N. A., & Kulikov, I. A. (2010). Infektsii mochevyvodyashchikh putei vo vremya beremennosti. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*, 10(3), 60-63. (in Russian).
8. Kotova, G. S., Peresada, O. A., Kulikov, A. A., & Milyuk, N. S. (2019). Infektsii mochevyvodyashchikh putei u beremennykh. *Meditsinskie novosti*, (4(295)), 12-16. (in Russian).
9. Consensus, O. C. (2022). Pregnancy At Age 35 Years Or Older. *Obstet Gynecol*, 140(2), 348-366. (in Russian). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.07.022>
10. Gondarenko, A. S., Smirnova, T. V., Kuznetsova, O. A., Markaryan, N. M., & Alain, O. (2016). Shkala riska sverkhkrannikh prezhdvremennykh rodov. *Doktor. ru*, (7 (124)), 53-56. (in Russian).
11. Orazmuradov, A. A., Paendi, F. A., Golikova, T. P., Startseva, N. M., & Lebedeva, M. G. (2013). Sovremennye predstavleniya o vedenii fiziologicheskikh rodov. *Vestnik Rossiiskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Meditsina*, (5), 170-176. (in Russian).

12. Yureneva, S. V., & Ermakova, E. I. (2017). Vedenie zhenshchin s menopauzal'nymi rasstroistvami (obzor klinicheskikh rekomendatsii). *Problemy reproduksii*, 23(5), 115-122. (in Russian). <https://doi.org/10.17116/repro2017235115-122>
13. Anderson, U. D., Olsson, M. G., Kristensen, K. H., Åkerström, B., & Hansson, S. R. (2012). Biochemical markers to predict preeclampsia. *Placenta*, 33, S42-S47. (in Russian). <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2011.11.021>
14. Novikova, O. N., & Mustafina, L. R. (2019). Perenoshennaya beremennost'. *Fundamental'naya i klinicheskaya meditsina*, 4(2), 42-47. (in Russian).
15. Prokhorova, O. V., & Olina, A. A. (2020). Physical activity in pregnancy: literature review. *Perm Medical Journal*, 37(4), 71-84. <https://doi.org/10.17816/pmj37471-84>
16. Young, M. F., Oaks, B. M., Tandon, S., Martorell, R., Dewey, K. G., & Wendt, A. S. (2019). Maternal hemoglobin concentrations across pregnancy and maternal and child health: a systematic review and meta-analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1450(1), 47-68. <https://doi.org/10.1111/nyas.14093>

Поступила в редакцию
27.10.2025 г.

Принята к публикации
05.11.2025 г.

Ссылка для цитирования:

Субанова Г. А., Ташмаматова Д. М., Субанова Н. А., Ырысбаев Э. Ы., Ырысбаев А. Ы., Ихтиярова Г. А. Влияние возраста беременных старше 35 лет на структуру родов в Ошской области // Бюллетень науки и практики. 2025. Т. 11. №12. С. 223-234. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/121/28>

Cite as (APA):

Subanova, G., Tashmamatova, D., Subanova, N., Yrysbaev, E., Yrysbaev, A., & Ixtiyarova, G. (2025). The Influence of the Age of Pregnant Women over 35 Years on the Structure of Childbirth in Osh Region. *Bulletin of Science and Practice*, 11(12), 223-234. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/121/28>