

УДК 618.39

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/123/31>

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН СТАРШЕ 35 ЛЕТ

©Субанова Г. А., ORCID: 0000-0003-1003-678X, SPIN-код: 3914-4317, канд. мед. наук,
Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызстан, gsubanova@oshsu.kg

©Карыбекова А. М., ORCID: 0009-0006-4503-1427, Южный филиал Кыргызского
государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации
им. С. Б. Даниярова, г. Ош, Кыргызстан, erikosor99@gmail.com

©Аскеров А. А., ORCID: 0000-0003-4447-9650, SPIN-код: 2431-7206, д-р мед. наук,
Бишкекский международный медицинский институт,
г. Бишкек, Кыргызстан, askerov.arsen@inbox.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

©Омуралиева Ч. Э., ORCID: 0009-0003-3433-5829, Ошский государственный университет,
г. Ош, Кыргызстан, chinar.1983@mail.ru

PERINATAL OUTCOMES AND RISK FACTORS OF POSTTERM PREGNANCY IN WOMEN OVER 35 YEARS OLD

©Subanova G., ORCID: 0000-0003-1003-678X, SPIN-code: 3914-4317, Ph.D.,
Osh State University, Osh, Kyrgyzstan, gsubanova@oshsu.kg

©Karybekova A., ORCID: 0009-0006-4503-1427, South Filial Kyrgyz State Medical
Institute of Retraining and Advanced Training named after S. B. Daniyarov,
Osh, Kyrgyzstan, erikosor99@gmail.com

©Askerov A., ORCID: 0000-0003-4447-9650, SPIN-code: 2431-7206, Dr. habil., Bishkek
International Medical Institute, Bishkek, Kyrgyzstan, askerov.arsen@inbox.ru

©Subanova N., ORCID: 0000-0003-1455-7902, Kyrgyz State Medical Academy
named after I. K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan, nargiza.subanova@bk.ru

©Yrysbaev E., ORCID: 0000-0003-0476-2654, SPIN-code: 1859-6878,
Osh State University, Osh, Kyrgyzstan, yrysbaev@oshsu.kg

©Yrysbaev A., ORCID: 0009-0009-4978-994X, International European University,
Bishkek, Kyrgyzstan, yrysbaev1996@gmail.com

©Omuralieva Ch., ORCID: 0009-0003-3433-5829, Osh State University,
Osh, Kyrgyzstan, chinar.1983@mail.ru

Аннотация. Переношенная беременность остаётся значимой клинической проблемой современного акушерства, особенно среди женщин старшего репродуктивного возраста. Целью исследования явилось изучение частоты переношенной беременности, структуры факторов риска, методов родоразрешения и перинатальных исходов у женщин ≥ 35 лет. Проведён ретроспективный анализ историй родов за 2020–2022 годы, зарегистрированных в Ошском городском перинатальном центре. Оценены типы перенашивания, распространённость экстрагенитальной патологии, акушерский анамнез, данные диагностики, а также тактика ведения родов. Установлено, что доля запоздалых родов среди женщин старше 35 лет превышает аналогичные показатели у женщин более молодого возраста. Наиболее значимыми факторами риска оказались анемия, хронические воспалительные заболевания

органов малого таза и перенесённые аборт. Определены особенности родоразрешения и частота оперативных вмешательств. Полученные данные подчеркивают необходимость ранней диагностики перенашивания беременности и проведения целевых профилактических мероприятий.

Abstract. Postterm pregnancy remains a significant clinical problem in modern obstetrics, especially among women of advanced reproductive age. The aim of the study was to investigate the incidence of postterm pregnancy, the structure of risk factors, methods of delivery, and perinatal outcomes in women aged ≥ 35 years. A retrospective analysis of delivery records for 2020–2022 registered at the Osh City Perinatal Center was conducted. The types of postterm pregnancy, prevalence of extragenital pathology, obstetric history, diagnostic data, and labor management tactics were evaluated. It was established that the proportion of postterm deliveries among women over 35 years exceeds similar indicators in younger women. The most significant risk factors were anemia, chronic inflammatory diseases of the pelvic organs, and previous abortions. Features of delivery management and the frequency of operative interventions were determined. The obtained data emphasize the need for early diagnosis of postterm pregnancy and targeted preventive measures.

Ключевые слова: переносная беременность, запоздалые роды, факторы риска, старше 35 лет, мизопроустол, катетер Фолея, кесарево сечение.

Keywords: postterm pregnancy, postterm delivery, risk factors, over 35 years, misoprostol, Foley catheter, cesarean section.

Благоприятный перинатальный исход определяется рождением здорового ребёнка при стабильном состоянии матери. Несмотря на значительный прогресс в акушерстве, переносная беременность (≥ 42 недель) остаётся фактором высокого перинатального риска, ассоциированным с внутриутробной гипоксией, мекониевой аспирацией, асфиксией новорождённых и увеличением частоты оперативного родоразрешения [1].

Высокая частота перинатальных осложнений и смертности при переносной беременности связана, главным образом, с внутриутробной гипоксией плода, асфиксией новорожденного и аспирацией околоплодных вод. При попадании мекония в околоплодные воды у 10–30% новорожденных развиваются дыхательные нарушения различной степени тяжести, а уровень неонатальной смертности при аспирации мекония составляет, по разным источникам, от 19% до 34% [2].

По данным различных авторов, доля переносной беременности колеблется от 4 до 14%, в то время как истинное перенашивание составляет лишь 1–3% [3].

Физиологическое течение родов определяется их спонтанным началом, отсутствием факторов риска и удовлетворительным состоянием матери и ребёнка. Перенашивание, напротив, характеризуется морфофункциональными изменениями плаценты, снижением толерантности плода к гипоксии, нарушением конфигурации головки в родах и повышением риска родовой травмы. В результате выявлены факторы, способствующие перенашиванию беременности: возраст беременных выше 30 лет и в основном — это первородящие; хронические заболевания инфекционной и неинфекционной природы [4–6].

Исторически признаки переносности у новорождённых были описаны ещё в XX веке как комплекс Беллентайна–Рунге. В современной клинической практике различают два типа перенашивания: истинное (биологическое) и мнимое (хронологическое), требующее точной диагностики, преимущественно на основе данных УЗИ I триместра [2, 7].

Особую значимость переносимая беременность приобретает у женщин старше 35 лет, поскольку именно в этой возрастной группе возрастает частота экстрагенитальной патологии, хронических воспалительных заболеваний, эндокринных нарушений, бесплодия и перенесённых аборт, что может влиять на регуляцию родовой деятельности [6].

Тактика управления родами при переносимой беременности разнообразна и зависит от конкретной акушерской ситуации. У женщин, находящихся на 41 неделе беременности, рекомендуется госпитализация в отделении патологии беременных. После дополнительного обследования там принимается решение о стратегии ведения родов. В случае переносимой беременности возможно естественное начало родов, но при их отсутствии может потребоваться искусственная родостимуляция. Первым показанием для индукции является переносимая неосложненная беременность - более 41 недели 2 дня гестации при доказанном сроке по первому раннему УЗИ (это вмешательство необходимо, чтобы избежать перенашивания, так как оно связано с меньшим количеством перинатальных смертей, чем выжидательная тактика [8].

При незрелой шейке матки на протяжении нескольких дней применяются местные препараты в виде гормональных гелей, способствующие её размягчению и постепенному раскрытию цервикального канала. После этого проводится терапия, направленная на усиление сократительной активности матки. Во время естественных родов при переносимой беременности необходимо регулярно контролировать состояние плода — выслушивать сердечные тоны и выполнять фонокардиографию. В ряде случаев, например при признаках острой внутриутробной гипоксии, слабости родовой деятельности, клинически узком тазе, тазовом предлежании плода, наличии рубца на матке и других осложнениях, у женщин с переносимой беременностью может возникнуть необходимость в оперативном родоразрешении. К таким методам относятся вакуум-экстракция, использование акушерских щипцов или выполнение кесарева сечения [6].

Метаанализ доступных источников по использованию различных методов введения мизопростала позволяет авторам сделать вывод, что врачи могут принимать решение об использовании данного препарата внутрь или влагалищно в каждом конкретном случае, учитывая состояние беременной женщины и ребенка. Анализ литературы за последние 20 лет, посвященной применению влагалищных систем динопростона с дробным введением препарата (аналога PGE2) для индукции родов, исследование эффективности и безопасности такой системы у 18 беременных показало, что эффективность этого метода индукции родов сопоставима с другими методами предварительной подготовки и индукции родов [9, 10].

Однако в последнее время набирает силу в акушерской деятельности при запоздалых родах использование катетера Фолея. По данным метаанализа, которого мы изучали, было выявлено, что использование катетера Фолея приводит к успешному вагинальному родоразрешению в 40% случаев [10, 11].

При отсутствии эффекта от жидкого мизопростала, катетера Фолея и других методов родостимуляции, а также при нарастании осложнений необходимо провести экстренную операцию кесарева сечения [12].

Настоящее исследование направлено на изучение структуры факторов риска, частоты переносимой беременности и перинатальных исходов у женщин старшего репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования

Изучены структуры показателей родов за 2020-2022 годы в родильном перинатальном центре города Ош, в частности беременных женщин 35 лет и старше. Для постановки диагноза

запоздалые роды использованы дата последней менструации, УЗИ 1- триместре, ощущения 1-ое шевеления плода. Изучены методы родоразрешения запоздалых родов, такими методами, как медикаментозная стимуляция родов с помощью жидкого мизопростала (перорально, 25 мкг), механическая стимуляция родов с помощью катетера Фолея, а также метод хирургического родоразрешения с помощью кесарево сечения. Были изучены факторы риска развития запоздалых родов.

Результаты и обсуждения

С целью изучения факторов риска запоздалых родов, отобраны истории родов с данной патологией за 2020-2022 гг. беременных женщин 35 лет и старше в городском перинатальном центре города Ош. В 2020 году всего родов - 7672, преждевременные роды — 1077 (14%), из них старше 35 лет — 340 (31,5%), запоздалые роды — 117 (1,5%), из них старше 35 лет — 65 (55,5%).

В 2021 г. всего родов — 8669, преждевременные роды — 1106 (12,7%) из них старше 35 лет — 450 (13%), запоздалые роды - 120 (1,3%), из них старше 35 лет - 77 (64%).

В 2022 г. родов — 9499, преждевременные роды — 1347 (14,1%), из них старше 35 лет — 550 (40,8%), запоздалые роды — 76 (0,8%), из них старше 35 лет — 33 (43,4%).

В нашем исследовании частота запоздалых родов составила около 1,2 %. Эти показатели соответствуют российским — 1-3% [13], и других стран — 1,9% [4].

Среднее значение физиологических родов за три года составило 84,7%, а преждевременных родов — 13,6%. что соответствует предоставленным ранее данным по Республике [14].

Преждевременные роды составляют 9,5% от всех родов, варьируясь в зависимости от гестационного возраста: от 22 до 28 недель беременности (5–7% всех преждевременных родов), от 29 до 34 недель беременности (33–42%), в период от 34 до 37 недель беременности (50–60%) [4].

Таблица 1

СТРУКТУРА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОДОВ за 2020-2022 гг
в родильном перинатальном центре города Ош

Показатели	2020	%	2021	%	2022	%	среднее	%
Всего родов	7672	100	8669	100	9499	100	8613	100
Самостоятельные срочные роды	6649	86,6	7107	81,9	8152	85,8	7302	84,7
Преждевременные роды	1077	14,0	1106	12,7	1347	14,1	1176	13,6
Запоздалые роды	117	1,5	120	1,3	76	0,8	104	1,2
Мнимое (хронологическое), или продолгованную беременность.	64	0,8	68	0,7	36	0,37	56	0,6
Истинное (биологическое) перенашивание	53	0,7	52	0,6	40	0,42	48	0,6
Домашние роды	18	0,2	20	0,23	15	0,15	17,6	0,2

Из представленных данных в Таблице 1 и Рисунка 1 видно, что средние арифметические показатели родов за 3 года: самостоятельных срочных родов - 7302 (84,7%); преждевременных родов - 1176, что составляет 13,6%, что соответствует статистике данных Савельевой Г.М. (5-18%); запоздалых родов — 104 (1,2%), составляет только 1-3. Домашние роды составляют 17,6 (0,2%).

В Таблице 2 и Рисунках 2, 3 видно, что количество запоздалых родов у женщин старше 35 лет за 2020-2022 годы было выше чем самостоятельных срочных, преждевременных родов. Запоздалых родов за 2020 г — 55,55%, за 2021 г — 64,17%, за 2022 г — 43,42%. У беременных старше 35 лет чаще возникают запоздалые роды по сравнению с беременными моложе 35 лет.



Рисунок 1. Показатели родов за 2020-2022 гг в родильном перинатальном центре города Ош

Таблица 2

СТРУКТУРА РОДОВ БЕРЕМЕННЫХ СТАРШЕ 35 ЛЕТ
в Ошском городском перинатальном центре (2020-2022 гг.)

Показатели	2020	старше 35 лет	%	2021	старше 35 лет	%	2022г	старше 35 лет	%
Всего родов	7672	1745	22,74	8669	2243	25,87	8613	2538	29,47
Самостоятельные срочные роды	6649	1340	20,15	7107	1711	24,07	8152	1955	23,98
Преждевременные роды	1077	340	31,56	1106	450	40,69	1347	550	40,83
Запоздалые роды	117	65	55,55	120	77	64,17	76	33	43,42
Мнимое (хронологическое) или пролонгированную беременность.	64	34	53,12	68	48	70,59	36	21	58,33
Истинное (биологическое) перенашивание	53	31	60,7	52	29	55,77	40	12	30,00

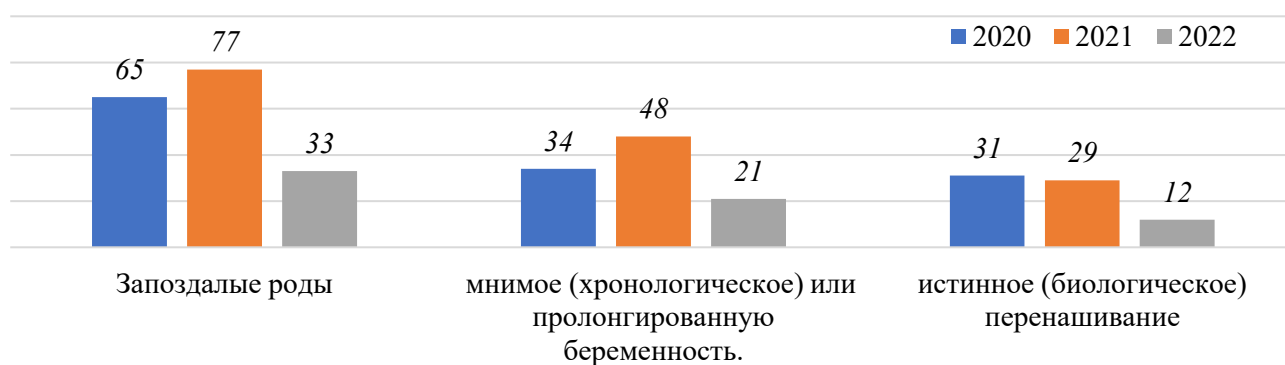


Рисунок 2. соотношение запоздалых родов за 2020, 2021, 2022 годы у беременных старше 35 лет

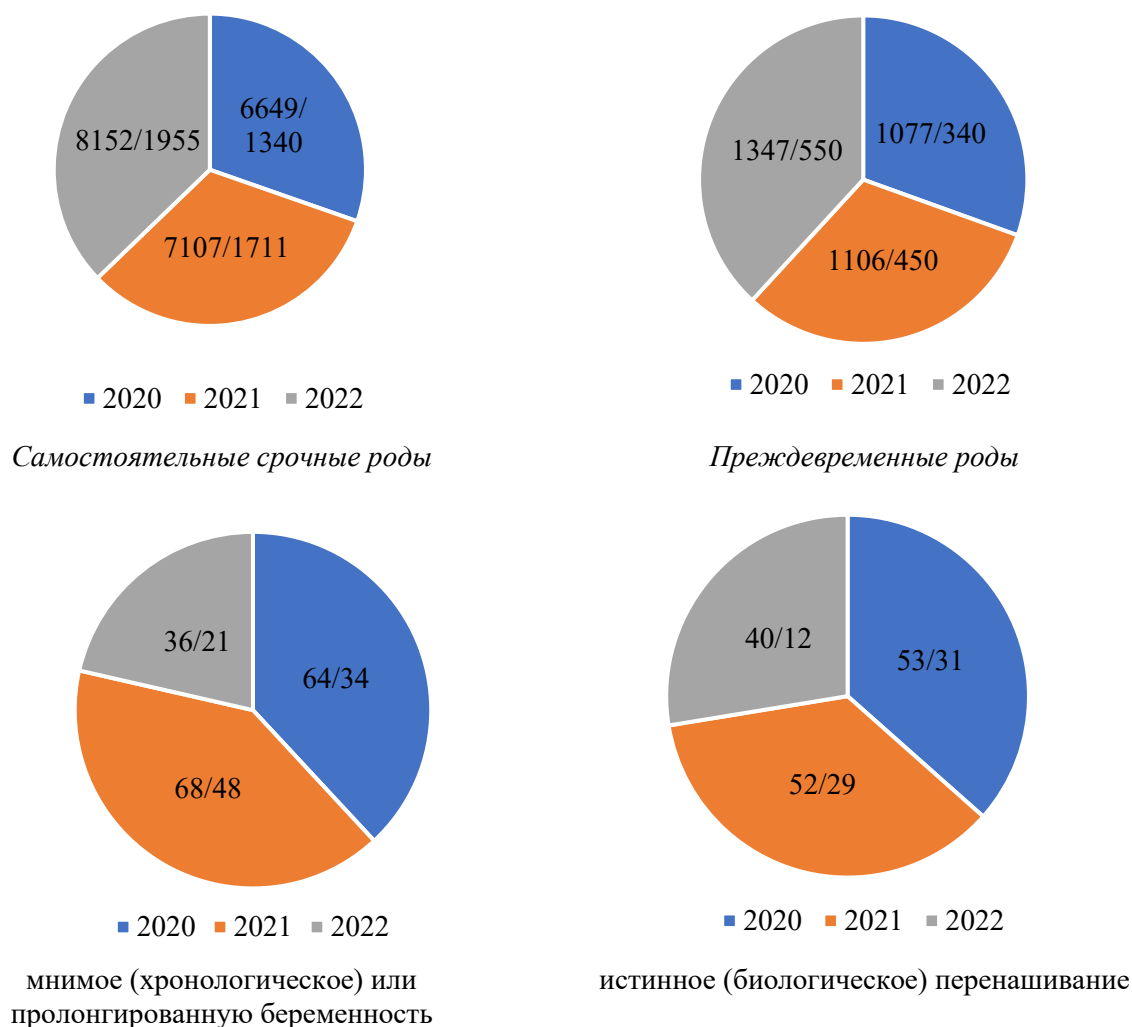


Рисунок 3. соотношение самостоятельных, преждевременных и запоздалых родов за 2020, 2021, 2022 годы у беременных старше 35 лет

Как видно из данных, представленных в Таблице 3 и на Рисунке 4 основными факторами риска запоздалых родов у беременных старше 35 лет являются: различные экстрагенитальные заболевания — 92,9%, из них основное место занимает анемия — 90,3%. Второй основной фактор риска это воспалительные заболевания внутренних половых органов — 89,26%. Третий — перенесенные аборт, которые составляют 85,19%. Четвертый — часто встречающийся фактор, психоэмоциональный стресс — 49,26%. В более ранних исследованиях, проводивших ретроспективный анализ историй родов в НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии (г. Санкт-Петербург), количество экстрагенитальных патологий составил 67,3% [11].

Среди заболеваний основная доля принадлежит патология щитовидной железы — 31,7%, инфекции мочевыводящих путей — 30,4%, детские инфекции в анамнезе — 15,7%. Из гинекологических заболеваний, у 18,9% отмечались воспалительные заболевания органов малого таза, у 5,4% — нарушения менструально-овариального цикла. У 4,5% обследованных женщин в анамнезе были запоздалые роды. Беременность протекала с осложнениями у 78,3% женщин, из них в 21,4% случаев — с угрозой прерывания, в 9,3% — с хронической фетоплацентарной недостаточностью, 8,2% — с многоводием. Из экстрагенитальных заболеваний во время беременности наиболее часто встречалась анемия — 29,7% обследованных, гестационный пиелонефрит — у 3,8 [15].

Таблица 3

СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА ПРИВОДЯЩИЕ К ЗАПОЗДАЛЫМ РОДАМ У
БЕРЕМЕННЫХ СТАРШЕ 35 ЛЕТ

Факторы риска	Общее количество запоздалые роды		Беременные женщины с запоздалыми родами старше 35 лет								
			2020(55)			2021(77)			2022(33)		
	270	%	Запоздалые роды	мнимое (хронологическое), или пролонгированную	истинное (биологическое) перенашивание	Запоздалые роды	мнимое (хронологическое), или пролонгированную	истинное (биологическое) перенашивание	Запоздалые роды	мнимое (хронологическое), или пролонгированную	истинное (биологическое) перенашивание
перенесенные детские инфекционные заболевания (ветряная оспа, корь, краснуха)	55	20,37	23	19	4	21	17	4	11	5	6
Инфантилизм	15	5,56		3	2	4	2	2	6	3	3
различные экстрагенитальные заболевания из них анемия	251	92,9	76	51	25	79	54	25	96	63	33
	244	90,3	71	48	23	79	54	25	94	61	33
Психозомоциональный стресс	133	49,26	42	22	20	40	19	21	51	43	8
нарушения менструальной функции, эндокринные заболевания	83	30,74	32	18	14	30	17	13	21	15	6
гестозы (поздние),	38	14,07	17	9	8	11	5	6	10	4	6
	34	12,59	12	9	3	13	19	3	9	7	2
неправильные положения плода и вставления головки	17	6,30	5	3	2	4	2	2	8	3	5
нарушения гипотизарно-надпочечниковой системы плода	7	2,59	3	3	0	2	1	1	2	2	0
пороки развития плода	10	3,70	2	1	1	2	2	0	5	3	2
перенесенные аборты	230	85,19	77	25	52	79	33	46	74	38	36
воспалительные заболевания внутренних половых органов	241	89,26	78	29	49	75	31	44	88	42	46

В исследованиях, проводившихся на базе родильного отделения Областного Перинатального центра за 2018-2020 гг, было выявлено следующее: воспалительные заболевания органов малого таза — у 9 женщин (75%), нарушения менструального цикла — у 3 женщин (25%), анемия — у 17 женщин (73,9%), инфекции мочевыводящих путей (хронический пиелонефрит, цистит) - у 12 женщин (63,1%) [6].

В Таблице 4 и на Рисунке 5 видно, что наиболее частый родоразрешения при запоздалых родов была родостимуляция жидким мизопростомом, на втором месте операция кесарево сечение, затем родостимуляция катетером Фолея. Однако метод родостимуляции катетером Фолея с каждым годом увеличивается и чаще применяется при истинном(биологическом) перенашивании. Однако в последнее время набирает силу в акушерской деятельности при запоздалых родах использование катетера Фолея. Было выявлено, что использование катетера Фолея приводит к успешному вагинальному родоразрешению в 40% случаев [9, 11].

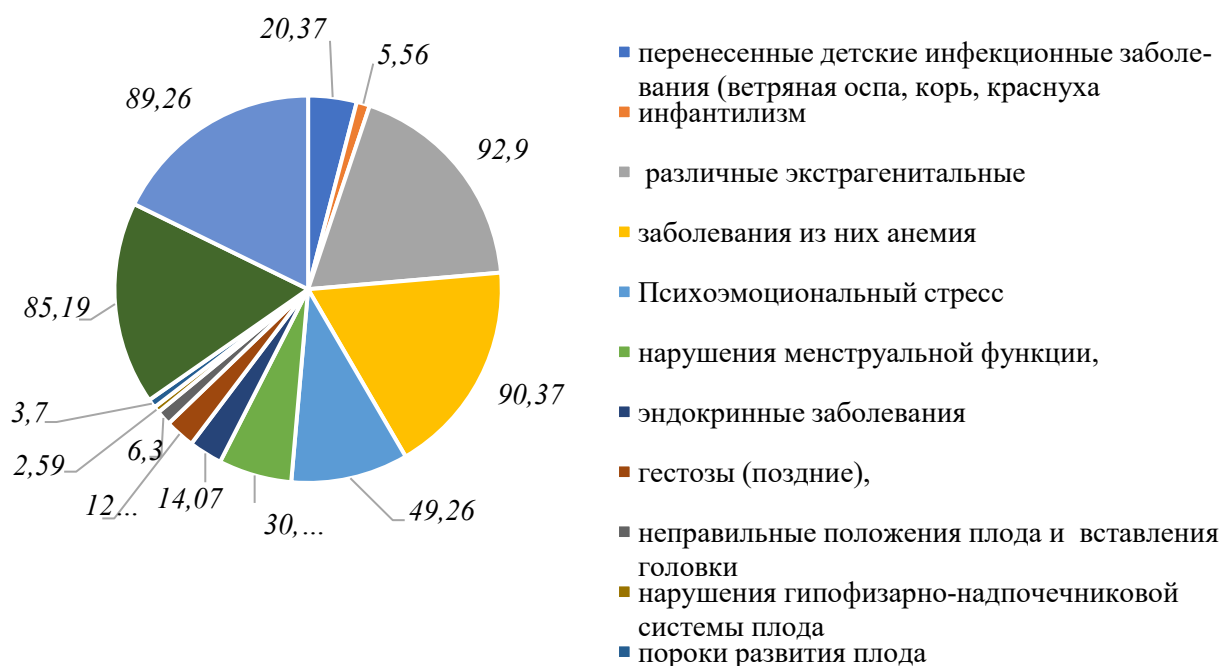


Рисунок 4. Структура факторов риска приводящие к запоздалым родам у беременных старше 35 лет

Таблица 4

СТРУКТУРА ИСХОДОВ ЗАПОЗДАЛЫХ РОДОВ
за 2020-2022 гг, в том числе у беременных старше 35 лет

Показатели	2020г	старше 35 лет	%	2021г	старше 35 лет	%	2022г	старше 35 лет	%
Всего родов	7672	1745	22,75	8669	2243	25,87	8613	2538	29,47
Самостоятельные срочные роды	6649	1340	20,15	7107	1711	24,07	8152	1955	23,98
Запоздалые роды	117	65	55,56	120	77	64,17	76	33	43,42
истинное (биологическое) перенашивание	53	31	58,49	52	29	55,77	40	12	30,00
Путем КС	10	7	70,00	12	6	50,00	5	4	80,00
Родостимуляция с мизопростолом	33	24	72,73	36	19	52,78	29	4	13,79
Родостимуляция с катетором Фолея	10	-	0,00	4	4	100,00	6	4	66,67
мнимое (хронологическое), или пролонгированную беременность.	64	34	53,13	68	48	70,59	36	21	58,33
Путем КС	6	4	66,67	7	5	71,43	4	2	50,00
Родостимуляция с мизопростолом	55	29	52,73	59	43	72,88	25	15	60,00
Родостимуляция с катетором Фолея	3	1	33,33	2	-	0,00	7	4	57,14

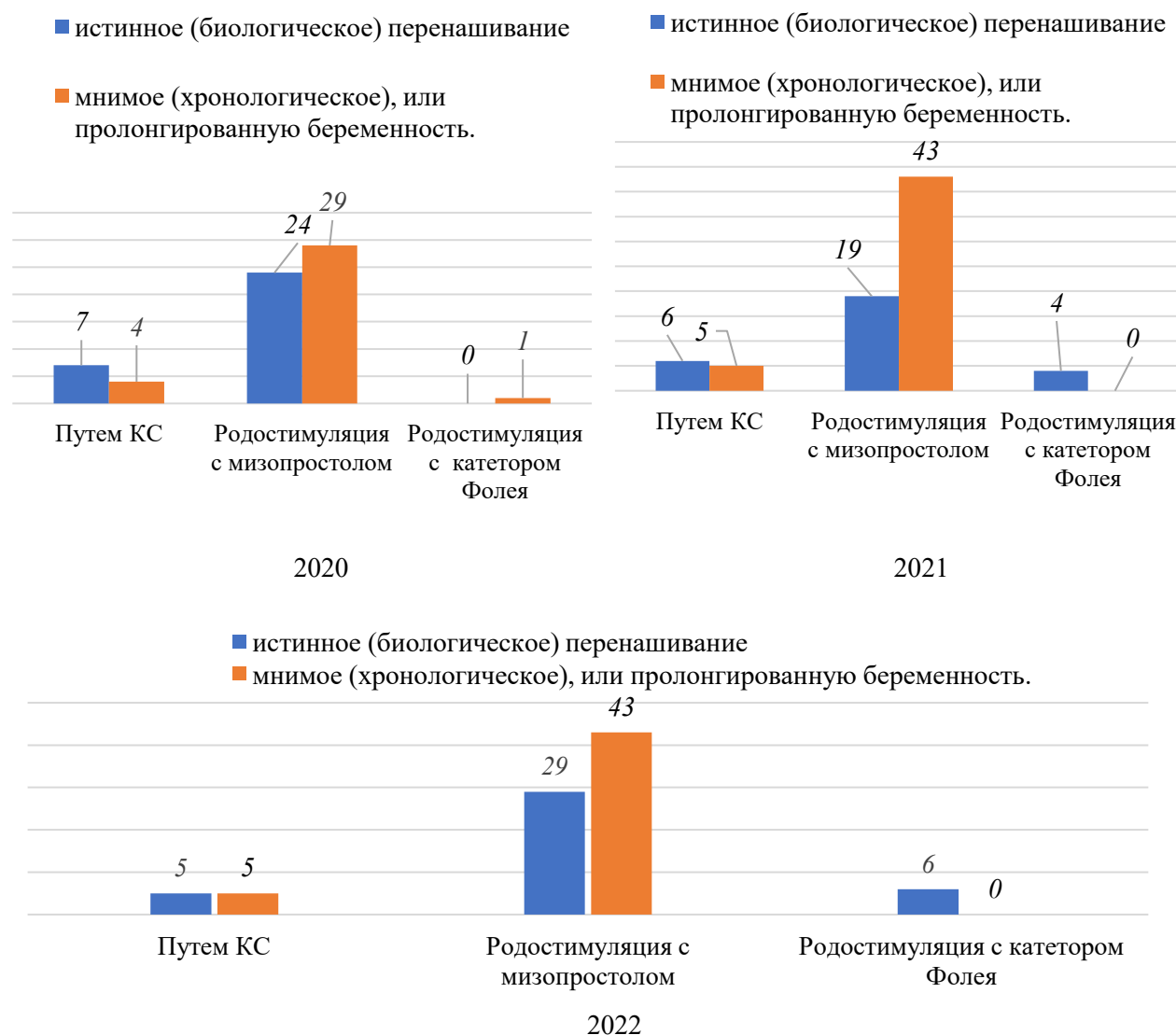


Рисунок 5. Структура исходов запоздалых родов за 2020-2022 годы, в том числе у беременных старше 35 лет

Частота кесаревых сечений была достоверно выше в группе индукции родов (33,8 против 21,1%, $p < 0,001$ [16].

По данным исследований на базе родильного отделения Самаркандского областного перинатального центра за 2018-2020 гг было выявлено, что родоразрешение при запоздалых родах путем кесарева сечения составило 52% [6]. Это соответствует среднему показателю кесарева сечения в нашем исследовании.

При переносной беременности России по их клиническому протоколу применяется мифепристон для досозревание шейки матки и развитие родовой деятельности в течение 48 ч ($OR=2,41$; 95% ДИ 1,70-3,42) и этот эффект сохраняется в течение 96 часов [17].

Согласно данным, представленным в Таблице 5 и на Рисунке 6 наиболее частый метод диагностики запоздалых родов по дате последней менструации составляет среднее значение истинного перенашивания — 80%. При мнимой (хронологической), или пролонгированной беременности 61,51%, ощущения 1-го шевеления плода при истинном (биологическом) перенашивании составляет 100%. Ощущения 1-ого шевеления плода среднее значение при мнимой (хронологической), или пролонгированной беременности составляет 61,11%.

Таблица 5

СТРУКТУРА ДИАГНОСТИКА ЗАПОЗДАЛЫХ РОДОВ
у беременных за 2020-2022 гг у беременных старше 35 лет

Показатели	2020			2021			2022		
		старше 35 лет	%		старше 35 лет	%		старше 35 лет	%
Запоздалые роды	117	65	55,56	120	77	64,17	76	33	43,42
Истинное (биологическое) перенашивание	53	31	58,49	52	29	55,77	40	12	30,00
Дата последней менструации	3	3	100,00	5	3	60,00	5	4	80,00
Узи 1- триместре	49	27	55,10	44	23	52,27	32	5	15,63
Ощущения 1-ое шевеления плода	1	-	0,00	3	3	100,00	3	3	100,00
Мнимое (хронологическое), или пролонгированную беременность.	64	34	53,13	68	48	70,59	36	21	58,33
Дата последней менструации	11	6	54,55	5	4	80,00	2	1	50,00
Узи 1-го триместре	50	24	48,00	61	45	73,77	32	18	56,25
Ощущения 1-ое шевеления плода	3	1	33,33	2	1	50,00	2	2	100,00

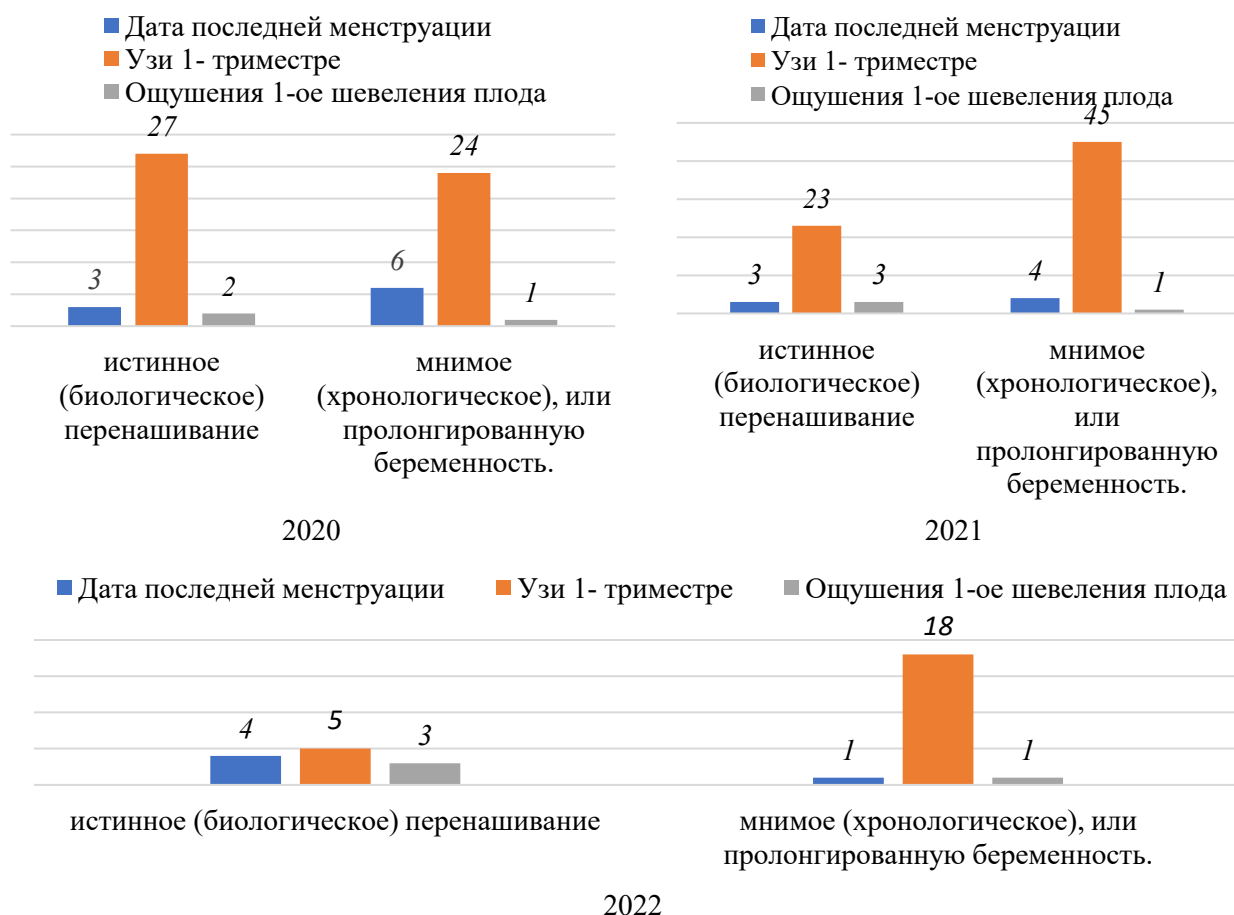


Рисунок 6. Структура диагностика запаздывающих родов у беременных за 2020-2022 годы, в том числе у беременных старше 35 лет

УЗИ-диагностика 1-ого триместра при истинном (биологическом) перенашивании — 40,99%. УЗИ-диагностика 1-ого триместра — 59,34%, В национальном руководстве акушерства указано, что частота истинного перенашивания, определяемого УЗИ-диагностика 1 триместра, составляет 1-3% [13].

Выводы

Средний показатель запоздалых родов за три года составляет 104 случая, что в нашем исследовании эквивалентно примерно 1,2%. При этом у женщин старше 35 лет на их долю приходится более 40% всех случаев запоздалых родов. Как отмечалось ранее, такая тенденция связана с возрастом беременных, а основными причинами являются: различные экстрагенитальные заболевания, включая анемию; перенесенные аборт; воспалительные заболевания органов малого таза.

Для снижения частоты запоздалых родов необходимы следующие меры: проведение профилактики общесоматических заболеваний у беременных, особенно среди женщин старше 35 лет; активное внедрение программ планирования семьи для уменьшения числа перенесенных абортов; усиление системы психологической поддержки для женщин как до беременности, так и во время нее.

Уровень анемии среди беременных в Кыргызстане в 3 раза выше, что указывает на недостаточную профилактическую работу в антенатальном периоде. Ситуация в Кыргызстане аналогична данным исследований в Узбекистане, что свидетельствует о влиянии экологических, пищевых и культурных факторов на развитие анемии.

Частота воспалительных заболеваний органов малого таза у беременных с запоздалыми родами в Оше и Самаркандской области в 3–4 раза превышает показатели Санкт-Петербурга. Это связано с недостаточной личной гигиеной, бесконтрольным использованием антибиотиков, самолечением и высокой распространенностью ЗППП.

Применение мизопростала при запоздалых родах у женщин старше 35 лет показало высокую эффективность. Использование УЗИ-диагностики в первом триместре для выявления риска запоздалых родов также продемонстрировало хорошие результаты. Однако определение запоздалых родов по моменту первого шевеления плода оказалось малоинформативным, поскольку многие женщины не могут точно вспомнить дату этого события.

Список литературы:

1. Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение. Национальный клинический протокол для родовспомогательных учреждений I, II и III уровней организаций здравоохранения, утвержден Приказом МЗ КР №216 от 02.04.2020 г.
2. Саидова М. А., Рафиева З. Х. Переношенная и пролонгированная беременность и их перинатальные осложнения // Медицина Кыргызстана. 2016. №2. С. 10-16.
3. Новикова О. Н., Мустафина Л. Р. Переношенная беременность // Фундаментальная и клиническая медицина. 2019. Т. 4. №2. С. 42-47.
4. Leveno K. J., Bloom S. L., Spong C. Y., Dashe J. S., Hoffman B. L., Casey B. M., Sheffield, J. S. Williams obstetrics. New York: McGraw-Hill Education, 2014. V. 7. P. 28-1125.
5. Martin R., Fanaroff A., Walsh M. F. Martin's neonatal-perinatal medicine // Diseases of the fetus and infant. 2006. P. 1400-1401.
6. Ибрагимова, Н. С., Ибрагимов, Б. Ф., Юсупова, Н. А., & Юлаева, И. А. Течение, осложнения и исходы переношенной беременности // European science. 2021. №6(62). P. 50-54.
7. Саидова М. А., Рафиева З. Х. Переношенная и пролонгированная беременность и их перинатальные осложнения // Медицина Кыргызстана. 2016. №2. С. 10-16.

8. Рекомендации ВОЗ по индукции родов. Geneva: ВОЗ, 2014. 38 с.
9. Alfrevic Z., Keeney E., Dowswell T., Welton N. J., Medley N., Dias S., Caldwell D. M. Which method is best for the induction of labour?: A systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis // *Health technology assessment*. 2016. V. 20. №65. <https://doi.org/10.3310/hta20650>
10. Sanchez-Ramos L., Levine L. D., Sciscione A. C., Mozurkewich E. L., Ramsey P. S., Adair C. D., McKinney J. A. Methods for the induction of labor: efficacy and safety // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2024. V. 230. №3. P. S669-S695. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.02.009>
11. De Vaan, M. D., Ten Eikelder, M. L., Jozwiak, M., Palmer, K. R., Davies-Tuck, M., Bloemenkamp, K. W., ... & Boulvain, M. Mechanical methods for induction of labour // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019. №10.
12. Rattanakanokchai, S., Gallos, I. D., Kietpeerakool, C., Eamudomkarn, N., Alfrevic, Z., Oladapo, O. T., ... & Price, M. J. Methods of induction of labour: a network meta-analysis // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2023. V. 2023. №1. P. CD015234.
13. Авруцкая В. В. Акушерство: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1197 с.
14. Subanova G. A., Subanova N. A., Askerov A. A., Yrysbayev E. Y., Dzhumaeva L. M., Yrysbayev A. Y. Hormone-dependent diseases of the pelvic organs in women over 35 years of age // *Obstetrics and Gynecology*. 2025. №6. P. 149-154. <https://doi.org/10.18565/aig.2025.56>
15. Буркитова А. М., Прохорова В. С., Болотских В. М. Актуальные диагностические и клинические проблемы при перенесенной беременности в современном акушерстве // *Журнал акушерства и женских болезней*. 2017. V. 66. №2. P. 93-103.
16. Thangarajah, F., Scheufen, P., Kirn, V., & Mallmann, P. Induction of labour in late and postterm pregnancies and its impact on maternal and neonatal outcome // *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2016. V. 76. №07. P. 793-798. <https://doi.org/10.1055/s-0042-107672>
17. Таджиева М. А. Перенесенная Беременность // *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*. 2023. V. 4. №3. P. 447-450.

References:

1. Rody odnoplodnye, samoproizvol'noe rodorazreshenie. Natsional'nyi klinicheskii protokol dlya rodovspomogatel'nykh uchrezhdenii I, II i III urovnei organizatsii zdravookhraneniya, utverzhden Prikazom MZ KR №216 ot 02.04.2020 g. (in Russian).
2. Saidova, M. A., & Rafieva, Z. Kh. (2016). Perenoshennaya i prolongirovannaya beremennost' i ikh perinatal'nye oslozhneniya. *Medsina Kyrgyzstana*, (2), 10-16. (in Russian).
3. Novikova, O. N., & Mustafina, L. R. (2019). Perenoshennaya beremennost'. *Fundamental'naya i klinicheskaya meditsina*, 4(2), 42-47. (in Russian).
4. Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2014). *Williams obstetrics* (Vol. 7, pp. 28-1125). F. G. Cunningham (Ed.). New York: McGraw-Hill Education.
5. Martin, R., Fanaroff, A., & Walsh, M. F. (2006). Martin's neonatal-perinatal medicine. *Diseases of the fetus and infant*, 1400-1401.
6. Ibragimova, N. S., Ibragimov, B. F., Yusupova, N. A., & Yulaeva, I. A. (2021). Techenie, oslozhneniya i iskhody perenoshennoi beremennosti. *European science*, (6 (62)), 50-54. (in Russian).
7. Saidova, M. A., & Rafieva, Z. Kh. (2016). Perenoshennaya i prolongirovannaya beremennost' i ikh perinatal'nye oslozhneniya. *Medsina Kyrgyzstana*, (2), 10-16. (in Russian).
8. Rekomendatsii VOZ po induktsii rodov (2014). Geneva. (in Russian).

9. Alfievic, Z., Keeney, E., Dowswell, T., Welton, N. J., Medley, N., Dias, S., ... & Caldwell, D. M. (2016). Which method is best for the induction of labour?: A systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *Health technology assessment*, 20(65). <https://doi.org/10.3310/hta20650>
10. Sanchez-Ramos, L., Levine, L. D., Sciscione, A. C., Mozurkewich, E. L., Ramsey, P. S., Adair, C. D., ... & McKinney, J. A. (2024). Methods for the induction of labor: efficacy and safety. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3), S669-S695. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.02.009>
11. De Vaan, M. D., Ten Eikelder, M. L., Jozwiak, M., Palmer, K. R., Davies-Tuck, M., Bloemenkamp, K. W., ... & Boulvain, M. (2019). Mechanical methods for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).
12. Rattanakanokchai, S., Gallos, I. D., Kietpeerakool, C., Eamudomkarn, N., Alfievic, Z., Oladapo, O. T., ... & Price, M. J. (2023). Methods of induction of labour: a network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(1), CD015234.
13. Avrutskaya, V. V. (2014). Akusherstvo: natsional'noe rukovodstvo. Moscow. (in Russian).
14. Subanova, G. A., Subanova, N. A., Askerov, A. A., Yrysbayev, E. Y., Dzhumaeva, L. M., & Yrysbayev, A. Y. (2025). Hormone-dependent diseases of the pelvic organs in women over 35 years of age. *Obstetrics and Gynecology*, (6), 149-154. <https://doi.org/10.18565/aig.2025.56>
15. Burkitova, A. M., Prokhorova, V. S., & Bolotskikh, V. M. (2017). Aktual'nye diagnosticheskie i klinicheskie problemy pri perenoshennoi beremennosti v sovremennom akusherstve. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei*, 66(2), 93-103. (in Russian).
16. Thangarajah, F., Scheufen, P., Kirn, V., & Mallmann, P. (2016). Induction of labour in late and postterm pregnancies and its impact on maternal and neonatal outcome. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 76(07), 793-798. <https://doi.org/10.1055/s-0042-107672>
17. Tadzhiya, M. A. (2023). Perenoshennaya Beremennost'. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 4(3), 447-450. (in Russian).

Поступила в редакцию
14.12.2025 г.

Принята к публикации
19.12.2025 г.

Ссылка для цитирования:

Субанова Г. А., Карыбекова А. М., Аскеров А. А., Субанова Н. А., Ырысбаев Э. Ы., Ырысбаев А. Ы., Омуралиева Ч. Э. Перинатальные исходы и факторы риска переносимой беременности у женщин старше 35 лет // Бюллетень науки и практики. 2026. Т. 12. №2. С. 277-289. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/123/31>

Cite as (APA):

Subanova, G., Karybekova, A., Askerov, A., Subanova, N., Yrysbayev, E., Yrysbayev, A., & Omuralieva, Ch. (2026). Perinatal Outcomes and Risk Factors of Postterm Pregnancy in Women Over 35 Years Old. *Bulletin of Science and Practice*, 12(2), 277-289. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/123/31>