



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EISSN 2181-2187

**5 (91) 2026**

**Сопредседатели редакционной коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:  
М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
У.О. АБИДОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОИВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Д.Т. АШУРОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВА  
А.С. ИЛЪЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Б.Б. ХАСАНОВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
Б.З. ХАМДАМОВ  
Э.Б. ХАККУЛОВ  
Г.С. ХОДЖИЕВА  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**5 (91)**

**2026**  
*Май*

www.bsmi.uz  
https://newdaymedicine.com  
E: ndmuz@mail.ru  
Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2026, Accepted: 06.05.2026, Published: 10.05.2026

УДК 618.398:618.4-089.163-616-007.15

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВЫБОРА АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Туксанова Д.И. <https://orcid.org/0000-0002-7626-0410>

Исмоилова М.З. e-mail: [ismoilovaM@mail.ru](mailto:ismoilovaM@mail.ru)

Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан,  
ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: [info@tdmu.uz](mailto:info@tdmu.uz)

### ✓ Резюме

*Дополнительные исследование состояние внутриутробного плода помогут, утвердить о нецелесообразности активного ведения пролонгированной беременности протекающей без фетоплацентарной недостаточности. Возможно при осложнении течения пролонгированной беременности субкомпенсированной формой фетоплацентарной недостаточностью, целесообразно проводить интенсивную дородовую подготовку с последующей индукцией родов. При выявлении декомпенсированной формы ФПН по данным показателей БПП необходимо ставить вопрос планового оперативного родоразрешения в интересах плода.*

*Ключевые слова: современные аспекты выбора акушерской тактики, пролонгированное беременность, активного ведения пролонгированной беременности, протекающей без фетоплацентарной недостаточности. индукции родовой, переношенной беременности, Простогландин E2, шейки матки, острый дистресс плода, фетоплацентарной системы.*

## MODERN ASPECTS OF CHOICE OF OBSTETRIC CARE IN PROLONGED PREGNANCY

Tuksanova D.I. <https://orcid.org/0000-0002-7626-0410>

Ismoilova M.Z. e-mail: [ismoilovaM@mail.ru](mailto:ismoilovaM@mail.ru)

Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan,  
Farobia St., 2, Tel: +998781507825 E-mail: [info@tdmu.uz](mailto:info@tdmu.uz)

### ✓ Resume

*Additional studies of the fetal condition will help confirm the inadvisability of active management of prolonged pregnancy without fetoplacental insufficiency. If prolonged pregnancy is complicated by subcompensated fetoplacental insufficiency, intensive antenatal care followed by induction of labor may be advisable. If decompensated fetal insufficiency is detected based on fetal biopsy data, the issue of elective operative delivery should be considered in the best interests of the fetus.*

*Keywords: modern aspects of obstetric management, prolonged pregnancy, active management of prolonged pregnancy without fetoplacental insufficiency, induction of labor, post-term pregnancy, Prostaglandin E2, cervical insufficiency, acute fetal distress, fetoplacental system.*

## UZOQ MUDDATLIK HOMILADORLIKDA AUKERLIK YORDAMINI TANLASHNING ZAMONAVIY JIHATLARI

Tuksanova D.I. <https://orcid.org/0000-0002-7626-0410>

Ismoilova M.Z. elektron pochta: [ismoilovaM@mail.ru](mailto:ismoilovaM@mail.ru)

Toshkent davlat tibbiyot universiteti, 100109 Toshkent, O'zbekiston,  
Farobiya ko'chasi, 2, Tel: +998781507825 Elektron pochta: [info@tdmu.uz](mailto:info@tdmu.uz)

#### ✓ Rezyume

*Homila holatini qo'shimcha o'rganish homilaning yetishmovchilgisiz uzoq muddatli homiladorlikni faol davolashning maqsadga muvofiq emasligini tasdiqlashga yordam beradi. Agar uzoq muddatli homiladorlik subkompensatsiyalangan homilaning yetishmovchiligi bilan murakkablashsa, intensiv tug'ruqdan oldingi parvarish va undan keyin tug'ruqni rag'batlantirish tavsiya etilishi mumkin. Agar homila biopsiyasi ma'lumotlari asosida dekompensatsiyalangan homila yetishmovchiligi aniqlansa, rejali jarrohlik yo'li bilan tug'ruq o'tkazish masalasi homila manfaatlarini ko'zlab ko'rib chiqilishi kerak.*

*Kalit so'zlar: akusherlik boshqaruvining zamonaviy jihatlari, homiladorlikning uzayishi, homila-platsenta yetishmovchilgisiz uzoq muddatli homiladorlikni faol boshqarish, tug'ruqni qo'zg'atish, muddatdan keyingi homiladorlik, Prostaglandin E2, bachadon bo'yni yetishmovchiligi, o'tkir homila distressi, homila-platsenta tizimi.*

#### Актуальность

Переношенная беременность (ПБ) и запоздалые роды в современном акушерстве рассматриваются как сложный биологический процесс, тесно связанный с такими факторами, как хронологическая продолжительность беременности, механизм начала и течения родов, внутриутробным состоянием плода и состоянием фетоплацентарной системы. переношенная беременность является проблемой, представляющей большой научный и практический интерес в акушерстве. Актуальность ее объясняется большим числом осложнений в родах, высоким процентом родоразрешающих операций, высокой перинатальной смертности и заболеваемости. Проблема переношенной беременности не перестает быть актуальной в связи с большим числом осложнений в родах [1,2].

Особое значение приобретает дифференциальная диагностика переношенной и пролонгированной беременности, при которых тактика должна быть различной.

Для выбора адекватной тактики ведения беременности при данных ее патологий особенную роль играет определение готовности организма беременных к родам и в том числе состояние шейки матки [3,4].

Наибольшие споры вызывает вопрос о методе подготовки шейки матки к родам. На выбор метода влияют следующие факторы: показания и срочность родоразрешения, степень «зрелости» шейки матки, состояние микробиотоза влагалища, состояние плода, степень риска развития аномалий родовой деятельности, степень инвазивности метода подготовки. Наиболее рациональным в настоящее время является применение антигестагенов( мифепристона) и и простагландинов [5,6,7,8,9].

**Цель исследования:** оценить эффективности подготовки шейки матки и индукции родовой деятельности при перенашивании беременности.

#### Материал и методы

Для реализации поставленных целей было проведена проспективный анализ у - 75 женщин со сроком гестации 41-42 недели, которые родоразрешены в Областном перинатальном центре Бухары, которым была произведена индукция родов антигестагеном- мифепристоном и проостогландином E2. Подготовку шейки матки проводили путем применения мифепристона по схеме 200мг дважды с интервалом 24 часа. При отсутствии эффекта, если не развилась регулярная родовая деятельность, тур индукции повторяли через 48-72 часа с предварительным влагалищным исследованием для оценки состояния шейки матки. Простогландин E2 применяли при «созревающей» шейки матки.

Контрольную группу составили 50 пациенток со спонтанно развившейся родовой деятельностью без предварительной подготовки родовых путей.

Оценку состояния родовых путей проводили по шкале E. Bishop как наиболее информативный метод определения «зрелости» шейки матки. По данной шкале суммарная оценка в баллах выражает степень «зрелости» шейки матки: 0-2 балла- «незрелая»; 3-5 балла - «созревающая»; 6 - 8 баллов – «зрелая». Интенсивность родовой деятельности и характер схваток оценивали по данным партограммы. Состояние внутриутробного плода оценивали

путем проведения функционального метода УЗИ - фетометрии и определением биофизического профиля плода.

Статистический анализ результатов производили с использованием критерия Стьюдента, точного метода Фишера,  $X^2$  (Пирсона), проводили корреляционный анализ с помощью пакета программ Stat Graf и Microsoft excel.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Исследование выполнено без целевого финансирования со стороны коммерческих или государственных структур.

Вклад авторов: идея, концепция и дизайн исследования, статистическая

Этическое заявление: исследование выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской декларации.

Информированное согласие: на проведение исследования и разрешение на анонимную публикацию результатов у всех пациентов получено письменное информированное согласие.

### Результат и обсуждения

Для научного и практического акушерства большое значение имеет изучение особенностей формирования готовности организма беременной к родам при физиологическом и осложненном течении беременности. Если планируется индукция родов и вагинальное родоразрешение, тогда главное внимание следует уделять состоянию шейки матки.

Рациональный подход к преиндукционной подготовке шейки матки является одной из наиболее сложных, в том числе и актуальных проблем в современном акушерстве. Готовность организма женщин к родам определяется рядом признаков, появление которых свидетельствуют о возможности спонтанного начала родов в ближайшее время, либо позволяют рассчитывать на положительный эффект от применения род возбуждающих средств [8,9].

Успешность подготовки к родам является одной из наиболее важных предпосылок неосложненного их течения. Для прогнозирования нормальной родовой деятельности одним из важных условий является наличие «зрелой» шейки матки, что отражает готовность организма матери и плода к родам.

Исходя, из вышеизложенного мы считаем, что тактика ведения родов у пациенток сроком гестации более 41 недели должна быть основана на определении патогенетических вариантов перенашивания беременности, оценкой состояния внутриутробного плода и степени зрелости шейки матки.

Из 125 обследованных нами беременных у 50 беременных 1 группы с доношенной беременностью, у которых при мануальном осмотре было выявлено «зрелая» шейка матки, роды начались своевременно, спонтанно. В течение родов у них наслаивание патологии не было отмечено. Все пациентки данной контрольной группы были родоразрешены через естественные родовые пути.

Родились 50 новорожденных со средней массой тела  $3500,0 \pm 200,0$  оценкой по шкале Апгара 9-10 баллов. Ранний неонатальный период протекало гладко.

Общая кровопотеря в родах составила  $150,0 \pm 50,0$  мл. Средняя продолжительность родов составила  $9,5 \pm 1,3$  часов. Родильницы 1 группы выписаны домой на 4-5 сутки послеродового периода без осложнений

У 75 беременных 2 группы со сроком гестации 41 недель и более при мануальном исследовании шейки матки у 25 беременных была выявлена «созревающая», у 38 - «зрелая», и у 12 «незрелая» шейка матки.

У 38 беременных со зрелой шейки матки было проведено наблюдение за спонтанным началом родов. Роды начались самопроизвольно через 2-3 суток после госпитализации. При динамическом наблюдении характера родовой деятельности из 38 у 16 (42 %) роды осложнились неудовлетворительным прогрессом родов, которым было проведена индукция родов окситоцином и они были родоразрешены через естественные родовые пути. У одной роженицы был диагностирован острый дистресс плода в период потуг, по поводу чего роды завершены путем наложения выходных акушерских щипцов.

У остальных 22 беременных роды протекали гладко, без осложнений. Средняя продолжительность родов составляла  $10,2 \pm 1,5$  часов, кровопотеря 200,0 мл.

У оставшихся 25 «созревающей» шейкой матки с целью индукции родов было применено Простагландин Е2.

Простагландин Е2 применено в таблетированном виде 3 мг местно эндовагинально. Через 12 часов мануальным исследованием клинически оценена ее эффективность, в аспекте созревания шейки матки и прогноза развития регулярной родовой деятельности.

Род возбуждающий эффект в первые сутки после приема первой таблетки из 25 пациенток отмечен у 12 беременных, а после второго приема (3 мг гландин Е2) – у 13 пациенток. У 13 (52%) беременных развилась спонтанная родовая деятельность после проведенной подготовки. Для 32% (8) проводилось род возбуждение путем внутривенного капельного введения окситоцина с положительным результатом. Затяжная латентная фаза была диагностирована у 4 (50%) рожениц, в связи с чем, была произведена амниотомия.

После проведенных мероприятий роды закончились через естественные родовые пути у 21 (84%) пациенток. Все дети родились в удовлетворительном состоянии, оценкой по шкале Апгара 8-9 баллов. Кровопотеря составила  $200 \pm 14,5$  мл. В послеродовом и раннем послеродовом периодах не имели места патологические кровотечения. Во всех случаях факт перенесенной беременности не был подтвержден после родов, так как характерных признаков переушивания у новорожденных не было выявлено.

Этим же 25 беременным с целью оценки состояния внутриутробного плода было проведено ультразвуковое исследование. По данным оценки биофизического профиля плода у 4 (16%) беременных была выявлена декомпенсированная форма ФПН и степень зрелости шейки матки не имела тенденцию созревания, которым коллегиально был решен вопрос абдоминального родоразрешения в плановом порядке. Путем кесарева сечения были извлечены 4 новорожденных, с оценкой по шкале Апгара 7-8 баллов. Общая кровопотеря составила  $400 \pm 50,0$  мл. Послеоперационный период протекало гладко, родильницы в удовлетворительном состоянии были выписаны из стационара на 6-8 сутки.

У остальных 21 (84%) беременных после индукции родов на 2 сутки началась спонтанная родовая деятельность с положительной динамикой, родоразрешены через естественные родовые пути. Послеродовый период протекал гладко, родильницы выписаны домой на 3-4 сутки.

А у 8 пациенток с «незрелой» шейкой матки нами проведена подготовка их к родам путем назначения мифепристона (антагониста прогестерона) в дозе 200 мг перорально и у 4 пациенток простагландином Е2 по выше указанной методике.

Мифепристон – синтетический антигестаген, конкурирующий с прогестероном на уровне его рецепторов. Мифепристон снимает тормозящее влияние прогестерона на экспрессию гена проколлагеназы и стимулирует высвобождение металлопротеиназ и коллагеназы. Мифепристон не вызывает гиперактивности миометрия, методика его применения проста, неинвазивна. Возможно применение его у беременных с воспалительными явлениями во влагалище, когда использование других методов противопоказано. (миф надо дать анатацию)

Использовали мы мифепристон 8 беременным при целом плодом пузыре. Назначали мифепристон перорально в дозе 200 мг один раз в сутки в течение 2 дней с интервалом 24 часа. Вся схема подготовки проводилась в стационаре под наблюдением медицинского персонала. Через 48-72 часов повторно произведена оценка состояния шейки матки, у 6 из 8-ми (75%) шейка была «зрелая», в связи с чем, была произведена амниотомия. Через 2-4 часа развилась регулярная родовая деятельность с положительной ее динамикой, роженицы были благополучно родоразрешены через естественные родовые пути. Общая продолжительность родов составила  $9,2 \pm 1,0$  ч, кровопотеря составила  $150,0 \pm 60,0$  мл. Родилось 6 новорожденных в удовлетворительном состоянии, оценкой по шкале Апгара 8-9 баллов. Родильницы в удовлетворительном состоянии выписаны домой на 4 сутки послеродового периода. А у 2-х пациенток при контрольном вагинальном осмотре шейка матки оценена «созревающая» (6 – 8 баллов), соответственно был решен вопрос перехода на второй этап индукции родов простагландином Е2 3 мг интравагинально. Через 24-48 часов у всех 4 беременных которым для индукции родов был применен Гландин Е2 началась родовая деятельность, из них у 2 (50%)

роды осложнились дискоординацией родовой деятельности и острой гипоксией внутриутробного плода. При УЗИ исследовании БФП плода был оценен <3 баллов, на основании чего был решен вопрос оперативного родоразрешения в интересах плода. Родилось 2 новорожденных в состоянии асфиксии легкой степени, оценкой по шкале Апгара 5-6 баллов на 1-ой минуте и 7-8 баллов на 5-ой минуте. Признаков переносимости не было выявлено. Общая продолжительность операции составило 23+<sub>5</sub>мин, кровопотеря в среднем 400,0+<sub>75,0</sub>г. Интраоперационно было произведено ДХС. Послеоперационный период протекало гладко, на 6-7 сутки все родильницы были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Нами прослежено клиническое течение родов, послеродового периода и состояние новорожденных при пролонгированной беременности в зависимости от метода родоразрешения. Беременные были распределены на подгруппы: у 38 (50,6%), родовая деятельность развилась спонтанно (I подгруппа); В том числе после спонтанной ее начало, роды осложнились неудовлетворительным прогрессом, которым была проведена активная индукция родов окситоцином у 16(21,3%) рожениц (II подгруппа).

У 29 (38,6%) родовая деятельность вызвано индукцией родов: простагландинами, а у 8(10,6%) мифепристоном (111 подгруппа).

В родах у 18% женщин I подгруппы и 16,3% II подгруппы имело место несвоевременное излитие околоплодных вод, упорная слабость потужной деятельности отмечено только у одной роженицы, что составляло 3,3%.

Продолжительность индуцированных родов при пролонгированной беременности было несколько меньше средних сроков характерных доношенной беременности, а в I и II подгруппах практически не отличались от них.

При анализе осложнений, возникших, в родах максимальное количество осложнений наблюдалось в I и II подгруппах, нежели в III подгруппе. Так, нарушение отделения последа имело место в 3,3%, 4,3%, 0% случаев соответственно; острый дистресс плода в период потуг наблюдалось в одном случае только во II подгруппе. Травматизм родовых путей во всех подгруппах был приблизительно равным и не имел существенных отличий от доношенной беременности. Наряду с этим, нами было отмечено, при пролонгированной беременности, более широкое (почти в 1,5 раза) применение эпизиотомии чем при доношенной. В III-группе из 29 пациенток у – 4(5,3%) на основании УЗИ исследования была диагностирована гипоксия плода.

Оперативные вмешательства имели место у 7 (9,3%) женщин. Операция наложения выходных акушерских щипцов произведена у 1 роженицы II-подгруппы, в связи с острой гипоксией плода у-4 пациенток и дискоординации родовой деятельности –у двух рожениц III-подгруппы роды завершены оперативным путем. Операция кесарево сечения в 4 случаях было произведено в плановом порядке, а в 2-х экстренном порядке. Основными показаниями к кесареву сечению явилось нарушение состояния внутриутробного плода. Средние показатели оценки состояния новорожденных по шкале Апгар в зависимости от метода ведения родов не отличались в подгруппах (7,84±0,3, 7,85±0,24, 7,75±0,23; p≥0,05). Признаков перенашивания по Беллентайну-Рунге не выявлено. Средняя масса новорожденных составляло 3500,0±250,0 г.

Вышеизложенное свидетельствует о том, что течение родов и состояния здоровья, новорожденных от пролонгированной беременности не отличается от срочных родов и доношенных младенцев.

При сроке беременности более 40 недель, наличии факторов, предрасполагающих к перенашиванию беременности, следует проводить комплексную оценку состояния плода, оценить степень зрелости шейки матки и для выбора оптимальной акушерской тактики. При сроке гестации 40 - 41 неделя, с недостаточно зрелой шейкой матки и наличия возможности ведения родов через естественные родовые пути необходимо применение активной тактики. В этом сроке эффективно и безопасно использование простагландина – Гландин E2 интравагинально. А при незрелой шейке матки для индукции родов предпочтительней использование мифепристона.

Мифепристон обладает высокой эффективностью в подготовке и индукции родов у беременных с функциональной дистоцией шейки матки проявляющей ее незрелости перед родами.

### Заключение

Дополнительные исследование состояние внутриутробного плода помогут, утвердить о нецелесообразности активного ведения пролонгированной беременности, протекающей без фетоплацентарной недостаточности. Возможно при осложнении течения пролонгированной беременности субкомпенсированной формой фетоплацентарной недостаточностью, целесообразно проводить интенсивную дородовую подготовку с последующей индукцией родов. При выявлении декомпенсированной формы ФПН по данным показателей БПП необходимо ставить вопрос планового оперативного родоразрешения в интересах плода.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Исмоилова МЗ, Туксанова ДИ. Microbiological recognition of antibodies to antigens of microorganisms in women with inflammatory diseases of the genital. *Узбекский медицинский журнал*. 2021;(5):20-24.
2. Ismoilova MZ. Preeclampsia in multiparous women and their actions of the body. *International Journal of Health Systems and Medical Sciences*. 2023;2(5):269-275.
3. Ismoilova MZ. Modern obstetric aspects of prognosis and management of post-term pregnancy. *International Journal of Health Systems and Medical Sciences*. 2023;2(4):93-96.
4. Кароматов ИД, Исмоилова МЗ. Гармала обыкновенная — перспективное лекарственное растение. *Биология и интегративная медицина*. 2018;(7):27-50.
5. Ismoilova MZ. Pregnancies complicated by preterm delivery and hypertensive disorders of pregnancy. *Barqarorlik va Yetakchi Tadqiqotlar Onlayn Ilmiy Jurnal*. 2023;3(4):265-270.
6. Кароматов ИД, Исмоилова МЗ. Шелковица как средство профилактики и лечения метаболических нарушений. *Биология и интегративная медицина*. 2018;(7):51-98.
7. Исмоилова МЗ. Развитие прогностических маркеров у женщин с преждевременными родами при инфекциях мочеполовой системы. *Amaliy va Tibbiyot Fanlari Ilmiy Jurnal*. 2023;2(5):362-367.
8. Ismoilova MI. Comparative analysis of calprotectin and *Helicobacter pylori* in the faces and interleukin-6 in the blood of patients with and without COVID-19 before and after the treatment. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*. 2022;3(5):218-222. DOI: 10.17605/OSF.IO/XXXXX.
9. Исмоилова МЗ. Структурно-оптические свойства сыворотки крови и ее роль в прогнозировании развития родовой деятельности при пролонгированной беременности. *Scientific Journal of Applied and Medical Sciences*. 2023;2(12):903-912.

**Поступила 20.04.2026**