

**С.П. Синчихин¹, О.Б. Мамиев¹, Л.А. Огуль²,
Н.Н. Галкина², В.Г. Печенкин², Л.М. Ахушкова²**

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К ИНДУЦИРОВАННЫМ РОДАМ

¹ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»

²МУЗ «Клинический родильный дом»

В представленной статье изложены результаты исследования, в котором изучалась эффективность применения различных методов подготовки шейки матки к родам с использованием мифепристона, препидил-геля или гормоно-глюкозо-витаминно-кальциевого фона.

Установлено, что если в совокупности учитывать клиническую эффективность, безопасность для матери и плода, комплаентность, риск развития акушерских и перинатальных осложнений, а также экономическую целесообразность, то предпочтительным является использование для подготовки шейки матки к программированным родам антигестагенного препарата – мифепристон.

Ключевые слова: подготовка шейки матки к родам, индукция родов, мифепристон.

S.P. Sinchihin, O.B. Mamiev, L.A. Ogul, N.N. Galkina, V.G. Pechenkin, L.M. Ahushkova

THE USAGE OF DIFFERENT METHODS FOR PREPARATION OF UTERUS NECK FOR INDUCED DELIVERY

The article deals with results of investigation for effectiveness of usage of different methods for preparation of uterus neck to delivery taking into consideration mifepriston, prepidil-gel or hormone-glucose-vitamine-calcium phone. It was stated and proved that the combination of clinical effectiveness, security of mother and fetus, risk of development of obstetrical and perinatal complications, at the same time economic significance, should be reliable of usage of preparation of uterus neck to programmed delivery the antigestatory means-mifepriston.

Key words: preparation of uterus neck, delivery, induction, mifepriston

Характерной особенностью современного акушерства является увеличение числа беременных юной и старшей возрастной группы с хроническими экстрагенитальными заболеваниями и акушерскими осложнениями. Увеличилась частота оперативного родоразрешения. Важным является своевременное и бережное родоразрешение. В настоящее время, как правило, предпочтительными продолжают считать роды через естественные родовые пути.

При осложненном течении беременности, угрожающем здоровью матери и/или плода, в зависимости от акушерской ситуации возникает необходимость индукции родов.

Попытки родовозбуждения при недостаточно подготовленной к родам шейке матки могут привести к развитию аномалии родовой деятельности, острой интранальной гипоксии плода, родовому травматизму матери и новорожденного и др. Следует отметить, что профилактика и адекватная коррекция нарушений родовой деятельности является одним из главных резервов снижения частоты операций кесарева сечения.

Определение состояния шейки матки является в некоторой степени субъективным, и даже опытные акушеры-гинекологи могут давать различные интерпретации относительно состояния шейки матки.

Традиционно в нашей стране клиническая диагностика готовности к родам проводится путем изучения характерных структурных изменений шейки матки, которая легла в основу классификации, предложенной в 1974 г. Г.Г. Хечинашвили [8].

Классификация Г.Г. Хечинашвили – это описательная система оценки состояния шейки матки.

В современном акушерстве с целью уменьшения степени субъективизма и удобства в практической работе состояние шейки матки оценивают по международной классификации – шкале Е.Х. Бишопа (табл.1) [14]. Классификация Е.Х. Бишопа – это балльная система оценки состояния шейки матки.

Таблица 1

Шкала степени зрелости шейки матки (по Е.Н. Bishop)

признак	Баллы		
	0	1	2
консистенция шейки матки	плотная	размягчена по периферии, область внутреннего зева плотная	мягкая
длина шейки матки	более 2 см	1-2 см	менее 1 см
проходимость шейного канала	наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца	канал проходим до внутреннего зева	канал проходим для одного и более пальцев за внутренний зев
положение шейки матки по отношению к проводной оси таза	кзади	кзади или кпереди	по проводной оси
0-2 балла - шейка «незрелая» 3-4 балла - шейка «недостаточно зрелая» 5-8 баллов - шейка «зрелая»			

В настоящее время для подготовки шейки матки к родам используются как медикаментозные, так и немедикаментозные методы.

К последним мы относим применение иглорефлексотерапии, физиотерапии, интрацервикальное введение ламинарий.

Среди общепринятых медикаментозных методов наиболее часто используются следующие.

В некоторых акушерских стационарах нашей страны для подготовки организма беременной к родам используется гормональный глюкозо-витаминно-кальциевый фон, при котором применяется синестрол (30 тыс. ЕД) в сочетании с глюкозой, витаминами В и С, глюконатом кальция, спазмолитиками. При целом плодном пузыре длительность подготовки составляет 7-10 дней, при преждевременном излитии околоплодных вод проводится «ускоренная схема». Применение глюкозо-витаминно-кальциевого фона не всегда бывает клинически эффективным.

Для ускорения процесса «созревания» шейки матки и индукции родов используют интравагинальное или эндоцервикальное введение препидил-геля (динопростон). К побочным действиям препаратов, содержащих простагландин Е2, относят развитие гиперактивности матки, преждевременной отслойки плаценты, острой гипоксии плода, а также преждевременное вскрытие плодных оболочек. С осторожностью динопростон применяют у пациенток с бронхиальной астмой, артериальной гипертензией, глаукомой. Процедура введения геля в цервикальный канал для некоторых пациенток является болезненной.

Некоторые практические врачи рассматривают внутривенное капельное введение энзапроста (динопрост) при разведении с 5% раствором глюкозы или физиологическим раствором как метод подготовки шейки матки к родам. Однако общепринятым считается применение указанного препарата в схемах родовозбуждения и в сочетании с окситоцином

для стимуляции родовой деятельности при слабости родовых сил. Ранее нами указывались нежелательные в акушерском аспекте эффекты на введение препаратов, содержащих динопростон.

Сравнительно недавно в практическом акушерстве стал использоваться синтетический антигестаген – мифепристон.

К положительным свойствам мифепристона относят следующие:

- блокада рецепторов прогестерона в матке за счет конкурентного связывания, подавление действия прогестерона, что изменяет соотношение эстрогены-прогестерон в сторону увеличения эстрогенов;

- восстановление и повышение чувствительности миометрия к эндогенным и экзогенным утеротоническим средствам (простагландины, окситоцин), сниженной под действием прогестерона;

- изменение соотношения цАМФ / цГМФ в цитоплазме клеток шейки матки, что приводит к релаксации шейки матки;

- увеличивает чувствительность миометрия к интерлейкину-8, что способствует нормализации сократительной деятельности шейки матки.

При приеме per os мифепристон быстро абсорбируется в желудочно-кишечном тракте и достигает пика концентрации в сыворотке крови через 1,5 часа после приема. Период полувыведения препарата составляет 18 часов (Vidal-2008).

Показания к применению мифепристона (при целом плодном пузыре) [7]:

- доношенная беременность при отсутствии биологической готовности к родам («незрелая» шейка матки);

- гестоз (легкие и средние формы);

- гемолитическая болезнь плода (легкие формы);

- переносная беременность;

- тазовое предлежание (при массе плода менее 3500 г);

- хроническая плацентарная недостаточность и гипотрофия плода;

- заболевания почек при отсутствии почечной недостаточности;

- легкие формы сахарного диабета;

Противопоказания к применению мифепристона [7]:

- длительная кортикостероидная терапия;

- нарушение свертывающей системы крови;

- острая и хроническая печеночная недостаточность;

- хроническая надпочечниковая недостаточность;

- наличие тяжелых форм экстрагенитальной патологии (сахарный диабет, бронхиальная астма и др.);

- преэклампсия, эклампсия;

- индивидуальная непереносимость препарата.

Целью настоящего исследования явилось проведение клинической оценки эффективности различных методов подготовки шейки матки к родам.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 90 беременных женщин в сроках 38-41 недель гестации. Возраст пациенток находился в пределах от 23 до 38 лет. Средний возраст наблюдаемых составил $28,1 \pm 0,9$ лет.

С помощью общепринятых клинико-лабораторно-инструментальных данных проводилось изучение течения беременности, родов, послеродового периода, состояния плода и новорожденного.

Степень зрелости шейки матки до родов определялась по шкале Е.Х. Бишопа.

Контроль за характером родовой деятельности осуществлялся на основании ведения партограмм.

Состояние плода оценивалось по данным ультразвукового исследования и кардиотокографии, а состояние новорожденного при рождении – по шкале Апгар.

Фетальный мониторинг в родах проводился аппаратом «Овертон-6200».

Критериями для включения в исследование беременных женщин были: наличие показаний к индукции родов, отсутствие условий для амниотомии на момент начала исследования, отсутствие противопоказаний для консервативного ведения родов, затылочное предлежание плода. Критериями исключения являлись: крупный плод, тяжелые формы гестоза (преэклампсия, эклампсия) и соматической патологии, рубец на матке, выраженный дистресс плода (по данным КТГ и биофизического профиля), анемия с уровнем гемоглобина менее 90 гр/л, миома матки, 3 и более родов в анамнезе.

В зависимости от подготовки шейки матки к родам пациентки были разделены на три группы, в каждой из которых было по тридцать человек. Наблюдаемые нами женщины были сопоставимы между собой по возрасту, репродуктивному анамнезу, акушерским и гинекологическим заболеваниям, экстрагенитальной патологии.

Пациенткам 1-й группы назначался мифепристон (Мир-Фарм, Россия) по 200 мг per os 1 раз в сутки в течение 2-х дней. Через 48-72 часа, если у беременной женщины не развивалась родовая деятельность, проводилась оценка состояния родовых путей. При наличии эффекта от подготовки шейки матки для родовозбуждения проводили амниотомию, с последующим, при необходимости, родовозбуждением или родостимуляцией простагландинами и (или) окситоцином.

Дородовая подготовка шейки матки у пациенток, входивших во 2-ю группу, проводилась путем интрацервикального введения препидил геля по 250 мг 1 или 2 раза с промежутком в 6 часов. Кратность введения препарата определялась на основании оценки его клинической эффективности.

Беременным женщинам 3-й группы до родов назначали гормонально-витаминно-кальциевый фон, включающий ежедневное применение синестрола (10 мг), глюконата кальция, витамина В1 и С. Клиническая эффективность оценивалась через каждые 3 дня по изменению структурного состояния шейки матки. При выявлении «зрелой» шейки матки проводили родовозбуждение путем использования медикаментозных утеротонических средств с предварительной амниотомией (энзапрост, окситоцин).

Исследование пациенток 1-й и 2-й групп носило проспективный характер, пациенток 3-й группы – ретроспективный.

Показаниями к медикаментозной подготовке шейки матки к родам являлись: гестоз легкой и средней степени тяжести у 26 (86,7%), 21 (70,0%) и 19 (63,3%) беременных, прогрессирующая плацентарная недостаточность у 14 (46,7%), 16 (53,3%) и 12 (40%) женщин, а также тенденция к перенашиванию беременности у 5 (16,7%), 7 (23,3%) и 4 (13,3%) пациенток по группам, соответственно. Различное сочетание перечисленных состояний встречалось у 22 (73,3%) беременных женщин 1-й группы, у 23 (76,7%) во 2-й и у 20 (66,7%) в 3-й группе.

По данным КТГ, исходное состояние плода почти во всех наблюдениях по шкале Фишера было не менее 8 баллов.

Шейка матки у всех женщин изначально, до проведения исследования, расценивалась как «незрелая», т.е. с оценкой до 2 баллов по шкале Е.Х. Бишопа.

Результаты исследования. Наблюдение за пациентками 1-й группы.

После однократного приема мифепристона через 24-48 часов у 13 (43,3%) женщин развилась спонтанная родовая деятельность.

Начало родовой деятельности после повторного приема мифепристона, т.е. через 49-72 часа после первого приема исследуемого препарата, было отмечено у 12 (40%) пациенток.

В процессе родов у 17 (70,0%) пациенток потребовалось применение утеротонических препаратов: окситоцина и/или простагландинов.

Условия для проведения амниотомии через 72 часа после первого или через 48 часов после повторного приема мифепристона сформировались лишь у 4 (13,3%) беременных женщин. У всех 4-х женщин наблюдалась слабость родовой деятельности, что потребовало завершения родов путем операции кесарева сечения.

В одном клиническом наблюдении созревание шейки матки на фоне применения мифепристона было недостаточным, поэтому через двое суток после последнего приема указанного препарата с целью родовозбуждения был назначен энзапрост, на фоне которого было осуществлено раннее вскрытие плодных оболочек. Роды у этой первородящей женщины завершились через естественные родовые пути.

На фоне применения мифепристона преждевременного излития околоплодных вод не наблюдалось. В родах ни у одной пациентки не было отмечено клинических признаков гиперстимуляции матки.

Разрывы шейки матки 1 степени диагностированы у 2-х родильниц. Одна из них была возрастной первородящей, у другой до настоящей беременности выполнялась диатермокоагуляция шейки матки.

Кровопотеря у всех родильниц была физиологической. Осложнений в послеродовом периоде у обследованных нами женщин не наблюдалось.

При применении мифепристона и в родах признаков нарушения состояния плода не отмечалось.

Средняя масса новорожденных при рождении составила 3720 ± 365 г. В удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар на 8-8 и 8-9 баллов родились 27 детей (90,0%). Три (10,0%) ребенка родились с оценкой по шкале Апгар на 7-8 баллов, что было связано с тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Нарушений физиологического течения раннего неонатального периода у новорожденных детей отмечено не было.

Побочных эффектов и осложнений от действия мифепристона как со стороны беременной и матери, так и со стороны плода и новорожденного во всех клинических наблюдениях не отмечалось.

После консервативных родов все пациентки были выписаны из акушерского стационара на 3-5 сутки, после оперативного родоразрешения – на 7 день послеродового периода.

Наблюдение за пациентками 2-й группы.

При интрацервикальном введении геля, содержащий простагландин E₂, оказался высокоэффективным средством для подготовки шейки матки к родам.

Оценка эффективности динопростона показала, что у 17 (56,7%) пациенток оказалось достаточным интрацервикальное введение одной дозы препарата. В 9 (30,0%) клинических наблюдениях началась регулярная родовая деятельность, в 8 (26,7%) – сформировались условия для амниотомии.

У 1 (3,3%) беременной появились признаки внутриутробного страдания плода. В результате на этом этапе беременность у нее была завершена путем операции кесарева сечения.

Дополнительное интрацервикальное введение динопростона при «неполностью созревшей» шейке матки потребовалось провести 12 (40,0%) беременным женщинам. После повторного применения препидил-геля родовая деятельность развилась у 4 (13,3%) наблюдаемых женщин, условия для родовозбуждения появились у 8 (26,6%) оставшихся беременных из этой группы.

Спонтанное преждевременное излитие околоплодных вод на фоне применения динопростона произошло у 5 (16,7%) пациенток.

Нарушения сократительной деятельности матки были диагностированы у 5 (16,7%) рожениц. Из них у 3 (10,0%) сформировалась дискоординированная родовая деятельность (на фоне введения утеротонических препаратов), а у 2 (6,7%) – некорректируемая медикаментозно вторичная слабость родовых сил.

Кесарево сечение в родах было выполнено 6 (20,0%) роженицам. Показаниями для оперативного родоразрешения являлись сочетание ухудшения состояния плода (во всех наблюдениях) с нарушениями родовой деятельности в 5 (16,7%) случаях, развитие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты – у 1 (3,3%) обследуемой.

Разрывы шейки матки 1 степени обнаруживались у 2 из 23 пациенток, у которых роды завершились консервативно. Все разрывы мягких тканей родовых путей наблюдались у тех женщин, которым ранее, до беременности, проводилась хирургическая коагуляция шейки матки.

Патологической кровопотери и инфекционно-воспалительных заболеваний матки в послеродовом периоде не отмечалось.

Масса новорожденных при рождении в среднем составила 3806 ± 465 г. По шкале Апгар состояние детей в 23 (76,7%) наблюдениях расценено как 8-8 и выше баллов. С оценкой 7-8 и 6-7 баллов родились 4 (13,3%) и 3 (10,0%) детей, соответственно. Не вполне удовлетворительное состояние некоторых новорожденных детей было связано с острой гипоксией плода в родах, которое явилось следствием хронической гипоксии плода, фетоплацентарной недостаточности, обвития пуповины, внутриутробного инфицирования. Нарушения физиологического течения раннего неонатального периода наблюдались у 2 (6,7%) детей.

В 7 (23,3%) наблюдениях после применения динопростона беременные предъявляли жалобы на нерегулярные схваткообразные боли внизу живота и поясничной области, в 5 (16,7%) случаях требовалось назначение токолитической терапии.

В основном, из родильного стационара родильницы после вагинальных родов выписывались на 3-5 сутки, после абдоминального родоразрешения – на 6-8 сутки. Более длительное пребывание в стационаре 2 (6,7%) родильниц было связано с продолжением лечения их новорожденных детей.

Ретроспективный анализ дородовой подготовки шейки матки, исхода родов и послеродового периода у пациенток 3-й группы.

Структурные изменения шейки матки, которые позволяли провести родовозбуждение через 6-9 дней применения гормонально-глюкозо-витаминно-кальциевого фона, имели место у 23 (76,7%) беременных женщин.

Развитие регулярной родовой деятельности на фоне использования гормонального фона наблюдалось у 7 (23,3%) пациенток.

Родовозбуждение путем амниотомии и (или) введения энзапроста с окситоцином проведено у 22 (73,3%) беременных женщин.

Дородовое излитие околоплодных вод произошло у 8 (26,7%) пациенток.

Роды осложнились первичной слабостью родовой деятельности у 5 (16,7%) рожениц, вторичной слабостью родовых сил – у 7 (23,3%) пациенток, проявлениями гиперактивности миометрия (на фоне применения утеротонических средств) – у 3 (10,0%) женщин.

Операция кесарева сечения 3 (10,0%) беременным выполнена ввиду утяжеления течения гестоза, а также 7 (23,3%) наблюдаемым женщинам – в связи с отсутствием клинического эффекта от проведенной подготовки шейки матки к родам.

В родах абдоминальное родоразрешение потребовалось провести у 11 (36,7%) рожениц. Необходимость оперативного завершения родов была связана с некорректируемой дискоординированной родовой деятельностью, ухудшением внутриутробного состояния плода, нарастанием признаков гестоза в 6 (20,0%), 3 (10,0%) и 2 (6,7%) наблюдениях, соответственно.

Разрывы мягких тканей родовых путей (1-2 степени) наблюдались у 5 (16,7%) первородящих, у 4 (13,3%) повторнородящих, а также у 6 (20,0%) женщин, у которых ранее проводилась диатермокоагуляция шейки матки.

Кровопотеря до 800 мл в раннем послеродовом периоде встречалась у 3 (10,0%) родильниц и была связана с гипотонией матки.

Средняя масса новорожденных составила 3680 ± 430 г. Состояние новорожденных оценено по шкале Апгар на 8-9 баллов у 12 (40,0%) детей, на 8-8 баллов – у 6 (20,0%), 7-8 баллов – у 4 (13,3%), 6-8 баллов – у 5 (16,7%), 5-7 баллов – у 3 (10,0%) новорожденных. Напряженное течение ранней постнатальной адаптации наблюдалось у 6 (20,0%) новорожденных детей и было связано с неблагоприятными перинатальными факторами, осложнениями в родах.

При проведении глюкозо-витаминно-кальциевого и гормонального фона у 4 (13,3%) женщин отмечались аллергические кожные реакции после инъекции витаминных компонентов.

В послеродовом периоде у 5 (16,7%) наблюдаемых женщин диагностировали субинволюцию матки, все они получали соответствующее лечение.

После консервативных родов родильницы выписывались на 3-7 сутки, после оперативного родоразрешения – на 6-12 сутки. У некоторых пациенток длительное пребывание в стационаре было связано с лечением в послеродовом периоде родильницы или ее новорожденного ребенка.

Обсуждение. В клиническом отношении самым значимым результатом было явное размягчение шейки матки у беременных 2-й группы, у всех женщин после применения препидил-геля наблюдались положительные ее структурные изменения. Вместе с тем, и применение мифепристона способствует созреванию шейки матки в 97% наблюдений. Близкие к нам данные получены и другими исследователями [1, 2, 3, 4, 5]. Применение гормонально-глюкозо-витаминно-кальциевого фона для подготовки шейки матки к родам, по данным нашего исследования, следует расценивать как уступающее по эффективности вышеуказанным методам и маловлияющее на уменьшение частоты оперативного родоразрешения.

Родоразрешение женщин, которым проводилась дородовая подготовка шейки матки различными методами, в сравнительном аспекте представлено на рис.1. Как видно из представленного рис.1, частота оперативного родоразрешения при применении гормонально-глюкозо-витаминно-кальциевого фона значительно превышает аналогичный показатель при использовании в дородовом периоде мифепристона или динопростона, что совпадает с данными большинства исследователей.

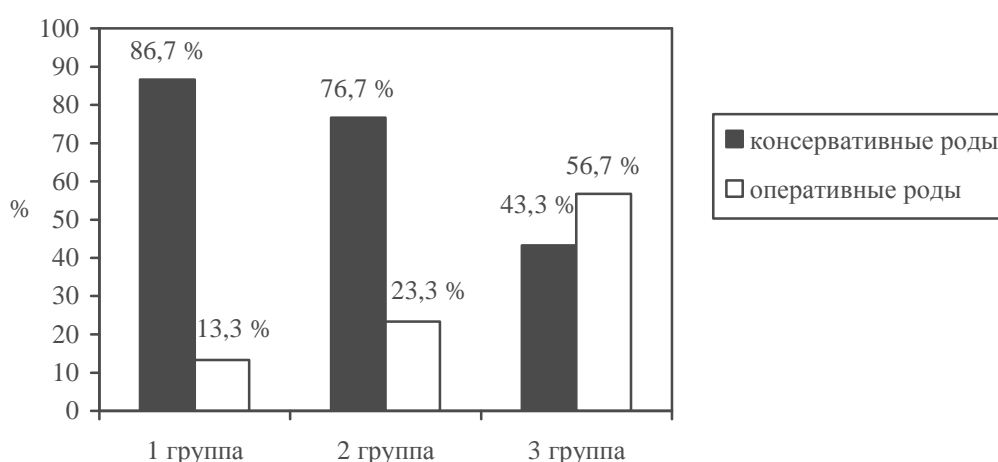


Рис.1. Родоразрешение женщин в наблюдаемых группах

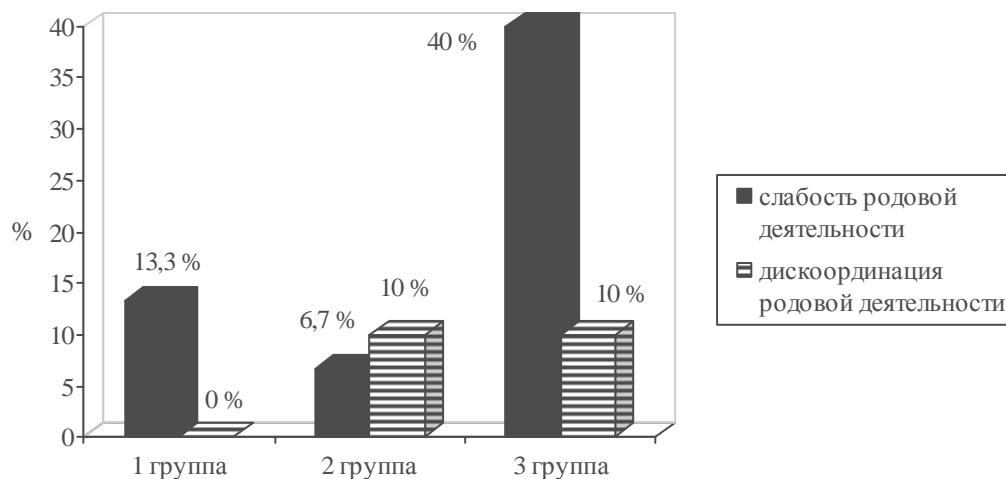


Рис.2. Нарушения родовой деятельности у рожениц наблюдаемых групп

На рис.2 показана структура аномалий родовой деятельности у рожениц различных групп. Из приведенных на нем данных видно, что нарушения сократительной деятельности матки чаще встречались также у женщин 3-й группы, по сравнению с пациентками двух других групп. Наряду с этим, следует отметить, что у пациенток из 1-й группы (получавших мифепристон) не встречалась гипертоническая дисфункция миометрия, неблагоприятно влияющая на состояние плода. Это полностью совпадает с данными других авторов [1, 2, 3, 4, 5].

По данным литературы, применение антипрогестагенов в дородовом периоде позволяет значительно снизить риск развития некорректируемой аномалии родовой деятельности в предстоящих родах [1]. Вместе с тем, результаты нашего исследования показали, что использование у беременных женщин мифепристона не исключает развитие слабости родовой деятельности и необходимости в последующем абдоминального родоразрешения.

Следует отметить, что прием per os таблетированной формы препарата мифепристон было удобным для пациенток. Интерцервикальное введение препидил-геля создавало некоторые технические неудобства как для беременной, так и для врача, выполнявшего данную процедуру. Аналогичное мнение высказывают и зарубежные авторы [1, 2, 3, 4, 5]. Хотя, как мы полагаем, значение данного фактора не следует преувеличивать.

Общая продолжительность пребывания в акушерском стационаре до и после родов в 1-й группе составила 5,7 койко-дней, во 2-й – 6,2 койко-дней и наиболее длительной она была в 3-й группе – 6,8 койко-дней

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования позволили нам сделать вывод о том, что из всех методов подготовки шейки матки к родам применение мифепристона является наиболее предпочтительным, т.к. отличается высокой клинической эффективностью и безопасностью, не оказывает неблагоприятного влияния на состояние плода и здоровье матери, снижает частоту акушерских и перинатальных осложнений, операций кесарева сечения в программированных родах, удобен в применении как для пациентки, так и для медицинского персонала. Использование гормонально-глюкозо-витаминно-кальциевого фона для подготовки шейки матки к родам менее эффективно, а учитывая длительность пребывания пациенток в акушерском стационаре, совокупное использование лекарственных средств, высокую вероятность оперативного родоразрешения, является клинически не вполне целесообразным и невыгодным экономически.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алигаджиев М.А., Омаров Н.С. К вопросу об использовании препидил-гель при подготовке к программированным родам у многорожавших женщин // Материалы 2-го регионального научного форума «Мать и дитя». – Сочи, 2008. – С. 5.
2. Атласов В.О., Куликова Н.А., Ярославский В.К. Использование антигестагенов для индукции родов // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 13-14.
3. Габелова К.А., Новиков А.Н., Топникова А.Ю.[и др.]. Байбородов Д.Б. Эффективность применения мифепристона для подготовки шейки матки // Материалы 2-го регионального научного форума «Мать и дитя» – Сочи, 2008. – С. 13-14.
4. Гаспарян Н.Д. Подготовка к родам мифегином и его влияние на состояние детей грудного возраста, лактационную и менструальную функцию женщин после родов // Российский вестник акушера-гинеколога. 2001. – Т. 4, № 6. – С. 3-5.
5. Горбулина О.А., Новикова В.А. Оценка влияния преиндукции родов мифепристоном на исход родов // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России – М., 2008. – С. 57-58.
6. Зефирова Т.П., Мальцева Л.И. Опыт применения мифепристона для подготовки шейки матки и индукции родов // Материалы IX Российского форума «Мать и дитя». Издательство «МИК». – М. – 2007. –С. 84-85.
7. Подготовка беременных к родам Методическое пособие / под редакцией академика РАМН Э.К. Айламазяна – Санкт-Петербург: Изд-во Н-Л, 2007. – 36 с.
8. Хечинашвили Г.Г. Клиническое значение определения готовности организма женщины к родам. – Л.: Медицина, 1974. – 192 с.
9. Edwards M.S. Mifepristone: cervical ripening and induction of labor // Clin. Obstet. Gynecol. – 1996 – Vol. 9, № 2. – P. 469-473.
10. Neilson J.P. Mifepristone for induction of labor. Cochrane Database Syst. Rev. 2000; (4): CD 002865.
11. Stenlund P.M., Ekman G. [et al.]. Induction of labor with mifepristone-a randomized, double-blind study versus placebo // Acta. Obstet. Gynecol. Scand. – 1999. – Vol. 78, № 9. – P. 793-798.
12. Weng L., Jiao L., Tang X. Histological study of uterine cervix during termination of early pregnancy by mifepristone and prostaglandins // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi – 1995 – Vol. 30, № 9. – P. 522-525.
13. Wing D.A. [et al.]. Mifepristone for preinduction cervical ripening beyond 41 weeks gestation; a randomized controlled trial. // Obstet. Gynecol. – 2000. – Vol. 96, № 4. – P. 543-548.
14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 50 от 10.02.2003 г. «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях», приложение № 1 «Инструкция по организации работы женской консультации».

Синчихин Сергей Петрович, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 33-38-11, e-mail: agma@astranet.ru

Мамиев Олег Борисович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»

Огуль Леонид Анатольевич, кандидат медицинских наук, главный врач МУЗ «Клинический родильный дом», Россия, 414045, г. Астрахань, ул. Ахшарумова, 82, тел. (8512) 33-05-50, email: agma@astranet.ru

Галкина Наталья Николаевна, заместитель главного врача по лечебной работе МУЗ «Клинический родильный дом», г. Астрахань

Печенкин Вадим Германович, врач акушер-гинеколог МУЗ «Клинический родильный дом», г. Астрахань

Ахушкова Лейла Магомедовна, заведующая отделением патологии беременных МУЗ «Клинический родильный дом», г. Астрахань