

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОГРАММИРОВАННЫХ РОДАХ КАК ОДНОМ ИЗ ПУТЕЙ
СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ****Л.С. ОВЕЗОВА, Т.В. ГАЛИНА**

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

Т.В. БРАТЧИКОВА

Городская клиническая больница № 29 им. Н.Э. Баумана, родильное отделение
Госпитальная пл., д.2, 111020 Москва, Россия

В обзорной статье приведен анализ данных литературы о подходах к выработке тактики родоразрешения с учетом степени перинатального риска, о значении программированных родов в улучшении состояния здоровья новорожденных. Рассмотрена роль программированных родов как средства профилактики перенашивания беременности. Проанализированы различные методики подготовки шейки матки и родовозбуждения, данные о влиянии индуцированной родовой деятельности на состояние плода, перинатальные исходы родов.

Ключевые слова: перинатальный риск, программированные роды.

В условиях низкой рождаемости, когда ее уровень в два раза ниже необходимо-го для простого воспроизводства населения, а также на фоне снижения индекса здоровья беременных, не вызывает сомнений необходимость учета перинатального риска при выработке оптимального плана родоразрешения [15]. Однако единое мнение о количественном выражении степени перинатального риска, где проводить границу между низким и высоким риском, отсутствует.

Так, на фоне наблюдающегося в последние два десятилетия роста частоты экстрагени-тальной патологии, гестозов, хронической гипоксии плода, а также повышении воз-можностей антенатальной диагностики, к группе высокого перинатального риска (на-пример, по шкале Фроловой О.Г., Николаевой Е.И., 1981) можно отнести более 70% бе-ременных [13, 35]. Действительно, по данным С.А. Князева (2003), в современных усло-виях возникает необходимость смещения градации риска в сторону более высоких зна-чений.

Хотя перинатальный период составляет лишь 0,5% от всего срока жизни чело-века, в большинстве развитых стран мира на данный период приходится больше случаев гибели, чем на последующие 30 лет жизни [18, 33].

По мнению ряда авторов, среди причин отклонения от заранее намеченного плана ведения родов в пользу операции кесарева сечения, а также среди причин ухудшения перинатальных исходов родов в ночное время, выходные дни, на пер-вом месте находятся организационные и технические проблемы [16, 55]. Многие исследователи видят решение этой проблемы в проведении при беременности высокого перинатального риска программированных родов (ПР) [23, 27].

До настоящего времени нет четкого определения понятия "программированные роды". Существуют следующие взгляды: ПР лишь как профилактика перенашива-ния беременности, далее - искусственное родовозбуждение при беременности вы-сокого риска (при этом гестационный срок не регламентируется). Наиболее часто ПР определяют как *своевременное* родоразрешение в дневное время с учетом «зре-лости» шейки матки, мониторингом контролем за состоянием плода, сократительной деятельностью матки, при оптимальных условиях организации работы родильного блока, проводимое как при наличии медицинских показаний (высокая степень пе-ринатального и материнского риска), так и лишь в качестве профилактики перена-шивания беременности [1, 7].

Несмотря на достаточно широкое распространение ПР во всем мире (до 15-23% , а в ряде клиник – до 58% от числа всех родов [17]), четко не определены показа-

ния к индукции родовой деятельности. Среди показаний к ПР чаще всего отмечают длительно текущий или тяжелый гестоз, перенашивание или тенденцию к перенашиванию беременности, хроническую гипоксию плода, плацентарную недостаточность, возраст первородящей более 30 лет, сахарный диабет и другие экстрагени- тальные заболевания матери.

Некоторые авторы отрицательно относятся к самой идее ПР, считая их "родами для удобства персонала" [35, 38]. Причем это касается индукции родовой деятельности и при наличии высокого перинатального риска, в том числе и при перенаши- вании беременности [42, 52, 53].

Отношение к ПР как средству профилактики перенашивания беременности ос- тается неоднозначным, несмотря на высокую частоту запоздалых родов (9,9 – 14,0%, по данным разных авторов [5, 34]).

Многими исследователями было обнаружено, что перинатальные исходы родов при пролонгированной беременности, а также при сроках 41 и более недели, были хуже, чем исходы родов в 38-41 недели беременности [5, 41]. Так, по данным М.У. Divoп et al. (1998), шансы перинатальной гибели увеличивались пропорционально сроку беременности после 41-й недели. Проблема ведения запоздалых родов усугубляется и тем, что при перенашивании беременности в 70-80% случаев шейка матки остается недостаточно «зрелой» что является фактором риска аномалий ро- довой деятельности [20, 34].

Отсюда становится понятным, почему многие в качестве наиболее действенной меры профилактики перенашивания предлагают ПР [1, 3, 59]. Однозначные же ука- зания, в какой срок начинать подготовку шейки матки и индукцию родовой дея- тельности, отсутствуют.

Так, некоторые исследователи предлагают в качестве основного ориентира рас- сматривать состояние фетоплацентарной системы: признаки перенашивания плода, плацентарная недостаточность [12, 38, 50]. Несомненно, что данный подход нельзя считать в полной мере профилактикой перенашивания беременности.

Также существует мнение о превентивной подготовке к родам всех беременных, начиная с календарного срока родов. При достижении "зрелости" шейки матки, положительном окситоциновом тесте, 3-4-й типе кольпоцитологического мазка – проводить ПР [5].

Таким образом, в настоящее время отсутствует единое мнение о ПР как средстве профилактики перенашивания беременности. Существует дилемма: ждать первых при- знаков перенашивания и тогда проводить родовозбуждение или профилактировать дан- ное состояние с помощью подготовки шейки матки и индукции родов? И каков тогда риск прямо противоположной ситуации - рождения детей с признаками морфо- функциональной незрелости?

Программированные и спонтанные роды при высоком перинатальном риске не явля- ются единственными методами родоразрешения. Ряд авторов рассматривает ПР как аль- тернативу кесареву сечению по сумме относительных показаний и, следовательно, как резерв снижения частоты абдоминального родоразрешения. [4, 32].

По мнению В.И. Краснопольского, Л.С. Логутовой (2000), в настоящее время чрезмерно расширены относительные показания к операции кесарева сечения в основном за счет отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза, возраста первородящих 30 лет и более, рубца на матке. Действительно, как отмечают А.Н. Стрижаков и др. (2000), в условиях низкой рождаемости нетрудно обосновать по- казания к первому кесареву сечению в интересах плода. Однако бесконечное рас- ширение показаний к абдоминальному родоразрешению не улучшает репродуктив- ное здоровье женщин фертильного возраста [28, 31].

Было показано, что снижение перинатальной смертности происходило при час- тоте кесарева сечения 13-14% от числа всех родов в популяции. Дальнейшее же

повышение частоты абдоминального родоразрешения не привело к значительным изменениям показателей перинатальной заболеваемости и смертности [25].

Кроме того, кесарево сечение при всей своей значимости в улучшении перинатальных исходов остается небезопасной операцией [24]. К тому же в большинстве акушерских стационаров кесарево сечение в 2/3 случаев производится в экстренном порядке, когда отсутствует полноценная предоперационная подготовка, не всегда возможен выбор оптимального вида анестезии [1]. По мнению В.В. Абрамченко (1999), это происходит из-за недооценки перинатальных факторов риска и выработки четкого плана родоразрешения. В данной ситуации современные технологии родоразрешения, в том числе и ПР, считаются резервом снижения частоты кесарева сечения [32, 54].

Итак, определенные критерии (учитывающие спектр факторов перинатального риска) - когда же проводить родовозбуждение, когда ждать развития спонтанной родовой деятельности или производить кесарево сечение в плановом порядке, в литературе отсутствуют. Более того, ряд авторов отмечает, что при выработке плана ведения беременности и родов в клинической практике часто наблюдается пренебрежение к учету факторов перинатального риска [11, 13].

Что касается методики ПР, то взгляды на данный вопрос во многом противоречивы.

В протокол ПР входит дородовая подготовка шейки матки. В литературе рассматривают различные медикаментозные, механические методы, воздействие преформированных физических факторов, сравнивается их эффективность. Необходимость прединдукционной подготовки «незрелой» или «недостаточно зрелой» шейки матки не вызывает сомнений, так как в противном случае высок риск развития в родах аномалий родовой деятельности, повышения перинатальной заболеваемости и смертности [10, 26, 44].

При отсутствии «зрелости» шейки матки в настоящее время с целью прединдукционной подготовки наиболее часто используют локальные аппликации (интрацервикально или в задний свод влагалища) простагландина E₂, интрацервикальное введение ламинарий, катетера Фоллея, применение простагландина E₁, агониста прогестероновых рецепторов мифепристона [9, 30, 43, 46, 48].

Механические методы (ламинарии, катетер Фоллея, синтетические гигроскопические расширители типа дилапана) являются одними из первых, разработанных для подготовки шейки матки и индукции родов. Благодаря ряду преимуществ перед фармакологическими методами родовозбуждения (простота хранения, низкая стоимость, меньшее число побочных эффектов) они не потеряли актуальности и в настоящее время [10]. «Созревание» шейки матки при этом происходит не только за счет механического компонента (расширение цервикального канала), но и за счет активации синтеза простагландинов, возникающей при раздражении шейки матки [8].

По мнению В.В. Абрамченко, О.В. Капленко (2000), механические методы подготовки шейки матки к родам являются достаточно эффективными: число операций кесарева сечения уменьшилось в 3 раза по сравнению с группой беременных, которым данная подготовка не проводилась. При этом, хотя по данным M. Boulvain et al. (2001), эффективность подготовки шейки матки и родовозбуждения с помощью интрацервикального введения ламинарий была в 2 раза ниже, чем с простагландинами E₂, риск гиперстимуляции сократительной деятельности матки и ухудшения функционального состояния плода оказался почти равным нулю.

Спорным остается вопрос о следующем после подготовки шейки матки этапе протокола ПР – способах родовозбуждения. По мнению ряда исследователей, при наличии «зрелой» шейки матки достаточно эффективным и безопасным, экономичным методом индукции родовой деятельности является амниотомия [49, 58].

Эффективность амниотомии как самостоятельного метода родовозбуждения признается многими авторами высокой (провоцировала появление схваток в первые 2-4 ч у 50-75% пациенток) [7, 45]. Однако некоторые исследователи считают, что основное достоинство амниотомии носит экономический характер, а потому данный метод может применяться только при отсутствии возможности использования более эффективных, но достаточно дорогих простагландинов Е2 и Е1 [44, 47]. Среди недостатков метода перечисляют: зависимость от фактора времени (лимитирование безводного периода), а следовательно, увеличение потребности в назначении окситотических средств, увеличение частоты послеродовых гнойно-септических заболеваний и др. Кроме того, родовозбуждение амниотомией возможно только при «зрелой» шейке матки [1, 29].

Многие исследователи отмечают целый ряд преимуществ ПР перед спонтанными, несмотря на «навязанность» первых для организма беременной: подготовленность матери, интенсивное наблюдение, уменьшение продолжительности родов и частоты аномалий родовой деятельности [19, 56, 57].

Активное управление родовым актом, по мнению некоторых авторов, не только способствовало уменьшению продолжительности родов (в среднем, 6-8 ч у первородящих), но и обеспечивало контроль над родовой деятельностью, вследствие чего частота слабости и дискоординации родовой деятельности уменьшались в 2,0 – 7,8 раз [5, 36]. Следовательно, происходило снижение и числа оперативных вмешательств в родах более, чем в 2 раза по сравнению со спонтанными родами [53].

При этом О.И. Линева (1999) показала, что острая гипоксия плода, в том числе требующая экстренного кесарева сечения, в ПР наблюдалась в 1,5-2,0 раза реже, чем при спонтанном начале родовой деятельности.

Говоря о ПР, нельзя не затронуть проблему *акушерской агрессии*. Активная тактика ведения ПР, широкое применение утеротонических средств, «экзогенная», навязанная регуляция родовой деятельности, зачастую уменьшение продолжительности родов до пограничных с быстрыми и стремительными родами значений – вот далеко не полный перечень причин, заставляющий многих авторов говорить об «акушерской агрессии» в ПР [38, 52, 60]. Так, С. Aveline, F. Bonnet (2001), В. Chanchancul et al. (2001) рассматривают ПР и тактику активного ведения родов в целом как фактор риска развития аномалий родовой деятельности, считая, что именно «навязанный» характер родовозбуждения приводит к нарушениям сократительной деятельности матки и увеличению частоты гипотонических маточных кровотечений после родов.

Также некоторые исследователи отмечают увеличение случаев гиперстимуляции сократительной деятельности матки в процессе ведения ПР (особенно при обязательной инфузии утеротонических средств в протоколе родовозбуждения) [21, 36]. Так, Т.Ю. Пестрикова (2000) показывает, что при индукции родовой деятельности частота быстрых и стремительных родов увеличивается почти вдвое по сравнению со спонтанными родами.

Отсутствуют единые и четкие рекомендации о целесообразности, времени начала введения, дозах веществ, стимулирующих сократительную активность матки.

При этом некоторые авторы рекомендуют профилактически с целью предупреждения развития аномалий родовой деятельности начинать инфузию окситоцина непосредственно после амниотомии [22], другие же – как при отсутствии так и при наличии родовой деятельности спустя 1 - 2 ч после производства амниотомии [1]. Лишь незначительная часть исследователей говорит о дифференцированном подходе к назначению окситотических средств – при слабых схватках или их отсутствии, что обязательно подтверждается с помощью внутриматочной токографии [21].

В то же время И.С. Сидорова и др. (2000), N. Rojansky et al. (1997) отмечают, что при широком использовании в родах утеротонических средств особенно акту-

альной становится проблема «окситоциновых детей».

Таким образом, при ведении ПР перед клиницистом стоит достаточно сложная задача сохранить баланс между активной тактикой и функциональными возможностями организмов роженицы и плода.

Мнения исследователей о влиянии принципа ПР на перинатальные исходы разнятся. Ряд авторов показывает, что в случае высокого перинатального риска при ведении ПР наблюдались лучшие результаты, чем при спонтанных родах: снижение заболеваемости в 1,5 раза, частоты асфиксии новорожденных до 4,0% [3, 32].

С другой стороны, некоторые исследователи отмечают, что характер родов (индуцированные или спонтанные) не отражался в значительной мере на перинатальных результатах [6, 38]. Так, М.Г. Газазян и др. (2000) считает, что в перинатальном исходе ведущее значение имеет родовое состояние маточно-плодово-плацентарного комплекса, нежели тактика ведения родов.

Таким образом, сведения о дифференцированном подходе к проведению ПР, основанном на степени перинатального риска, в литературе практически отсутствуют. Данные о влиянии индуцированной родовой деятельности на состояние плода, перинатальные исходы родов крайне противоречивы, а в зависимости от степени перинатального риска вообще отсутствуют. Также отсутствуют четкие протоколы ведения ПР. Необходимость оптимизации показаний к проведению ПР в зависимости от степени перинатального риска определяет актуальность исследований в данном направлении.

Литература

1. Абрамченко В.В. Активное ведение родов: Руководство для врачей. – СПб.: Специальная литература, 1999. – 668 с.
2. Абрамченко В.В., Кашенко О.В. Адренергические средства в акушерской практике. – СПб.: Петрополис, 2000. – 272 с.
3. Бисерова Н.Н., Фатеева Л.В. Факторы риска пролонгированной беременности // Акушерство и гинекология. – 1996. - № 2. – С. 48-49.
4. Бондаренко К.В., Радзинский В.Е. Программированные роды // Материалы V Российского форума «Мать и дитя», Москва, 6-10 октября 2003. – М., 2003. – С. 36.
5. Василенко Л.В., Змеева М.А. Индукция родовой деятельности при перенашивании беременности // Индукция сократительной деятельности матки: Сб. науч. тр. – Саратов: Изд-во СМУ, 2000. – С. 35-37.
6. Газазян М.Г., Долженкова Н.В., Залозных Л.В. Исходы родов при различных вариантах их течения и ведения // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Мат. науч. - практ. конф., посв. 80-летию профессора М.И. Медведевой (29 мая 2001г.). – Курск, 2001. – С. 4-7.
7. Гайкалова Н.В. Программированные роды, особенности течения, отдаленные последствия: Автореф. дис ... канд. мед. наук. – М., 1999. – 19 с.
8. Гаспарян Н.Д. Подготовка беременных к родам с целью профилактики нарушений сократительной деятельности матки (диагностика, прогнозирование) // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2002. – т.2. - № 1. – С. 65-67.
9. Гаспарян Н.Д., Карева Е.Н. Современные представления о механизме регуляции сократительной деятельности матки // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2003. – т. 3. - № 2. – С. 21-27.
10. Глаголева Е.А. Подготовка шейки матки к родам (сравнительная эффективность применения динопростона, дилапана и натуральных ламинарий): Автореф. дис ... канд. мед. наук. – М., 2000. – 24 с.
11. Жаркин Н.А., Подобед Н.Д. Использование компьютерного мониторинга в диспансеризации беременных – возможность объективной оценки перинатального риска // Материалы IV Российского форума «Мать и дитя», Москва, 21-25 октября 2002. – М.: МИК, 2002. – С. 275-277.
12. Игнатко И.В., Тимохина Е.В. Комплексная оценка состояния плода в прогнозировании перинатальных исходов при перенесенной беременности // Материалы IV Российского форума «Мать и дитя», Москва, 21-25 октября 2002. – М.: МИК, 2002. – С. 297-298.

13. Князев С.А. Резервы снижения перинатальной заболеваемости при абдоминальном родоразрешении: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 19 с.
14. Краснополский В.И., Логутова Л.С. Альтернативное родоразрешение при наличии относительных показаний к кесареву сечению // Журнал акушерства и женских болезней. – 2000. – т. XLIX. – № 1. – С. 88-94.
15. Кулаков В.И. Пути совершенствования акушерско-гинекологической помощи в стране // Материалы V Российского форума «Мать и дитя», Москва, 6-10 октября 2003. – М., 2003. – С. 3-4.
16. Левченко В.Г., Роткина И.Е., Попов С.П. Опыт проведения программированных родов // Акушерство и гинекология. – 1991. – № 4. – С. 33-35.
17. Линева О.И. Принципы ведения программированных родов // Пленум Российской ассоциации акушеров-гинекологов «Инфекции в акушерстве, гинекологии и перинатологии», Саратов, 23-24 июня 1999. V Поволжская научно-практическая конференция «Современные методы диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии». – Саратов, 1999. – С. 93-94.
18. Михайленко Е.Т., Чернега М.Я. Индукция родов и их регуляция. – Киев: Здоров'я, 1988. – 190 с.
19. Пестрикова Т.Ю., Еремина Е.В., Демидович Л.С. и др. Индуцированные роды. Современные аспекты ведения, профилактика перинатальных осложнений // Индукция сократительной деятельности матки: Сб. науч. тр. – Саратов: Изд-во СМУ, 2000. – С. 79-80.
20. Подтетнев А.Д., Братчикова Т.В., Котайш Г.А. Регуляция родовой деятельности: Учеб.-метод. пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: Изд-во РУДН, 2003. – 54 с.
21. Поляков В.В., Родина В.И. Влияние мониторинга на перинатальный исход программированных родов // Перинатология и неонатология (новое в диагностике и лечении): Сб. науч. тр. – М., 1989. – С. 19-23.
22. Попов С.П. Программированные роды у первородящих группы высокого риска: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Томск, 1996. – 25 с.
23. Рудакова Е.Б. Программированные роды у беременных высокого риска // Мат. Респ. науч. практ. конф. «Здоровый новорожденный: перинатальные проблемы и прогнозирование», Екатеринбург, 20-22 ноября 2000. – Екатеринбург, 2000. – С. 68-69.
24. Руководство по охране репродуктивного здоровья. – М.: Триада-Х, 2001. – 568 с.
25. Савельева Г.М. Достижения и нерешенные вопросы перинатальной медицины // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2003. – т. 3. – № 2. – С. 62-65.
26. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Биомеханика физиологической и патологической родовой схватки. – СПб.: ЭЛБИ, 2003. – 287 с.
27. Семягина Л.М., Колесова Т.Е., Панова Л.Ю., Симонова Л.Л. Программированные роды как метод оптимизации перинатальной помощи // Мат. Респ. науч. практ. конф. «Здоровый новорожденный: перинатальные проблемы и прогнозирование», Екатеринбург, 20-22 ноября 2000. – Екатеринбург, 2000. – С. 75-77.
28. Серов В.Н. Проблемы перинатального акушерства. – // Акушерство и гинекология. – 2001. – № 6. – С. 3-5.
29. Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности. – М.: МЕДпресс, 2000. – 320 с.
30. Сидорова И.С., Сенча М.В., Данилова О.С. Сравнительная оценка эффективности различных методов подготовки шейки матки к родам // Материалы V Российского форума «Мать и дитя», Москва, 6-10 октября 2003. – М., 2003. – С. 208-209.
31. Стрижаков А.И., Баев О.Р., Рыбин Н.В., Тимохина Т.Ф. Выбор оптимального метода родоразрешения в снижении перинатальных потерь // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 5. – С. 12-17.
32. Стрижова Н.В., Гайкалова Н.В., Ибрагимов А.А., Филатова Е.М. Оценка результатов программированных родов // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2000. – № 1. – С. 55-57.
33. Фролова О.Г., Николаева Е.Н., Мурзабекова Г.С. Факторы риска перинатальной патологии // Перинатальная охрана плода. – Алма-Ата, 1989. – С. 19-22.
34. Чернуха Е.А. Перенашивание беременности. – М.: Медицина, 1982. – 192 с.
35. Чернуха Е. А. Родовой блок. – М.: Триада-Х, 2001. – 533 с.
36. Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М., Мурашко А.В., Самсонов Д.В. Исход индуцированных родов // Проблемы беременности. – 2002. – № 5. – С. 57-62.
37. Aveline C., Bonnet F. The effect of peridural anesthesia on duration of labor and mode of delivery // Ann. Fr.

Anesth. Reanim. – 2001. – Vol. 20. – № 5. – P. 471-484.

38. Barrio P., Cortes M., Perez O.M. et al. Gestacion cronologicamente prolongada // Toko-ginecol. Pract. – 1996. – № 606. – P. 16-20.

39. Boulvain M., Kelly A., Lohse C. et al. Mechanical methods for induction of labour // Cochrane Database Syst. Rev. – 2001. – CD001233.

40. Chanrachancul B., Herabutya Y., Panburana P. Active management of labor: is it suitable for a developing country? // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2001. – Vol. 72. – N 3. – P. 229-234.

41. Divon M.Y., Haglund B., Nisell H. et al. Fetal and neonatal mortality in the postterm pregnancy: the impact of gestational age and fetal growth restriction // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1998. – Vol. 178. – № 4. – P. 726-731.

42. Dodd J.M., Crowther C.A. Elective delivery of women with a twin pregnancy from 37 weeks' gestation // Cochrane Database Syst. Rev. – 2003. – CD003582..

43. Fisher S.A., Mackenzie V.P., Davies G.A. Oral versus vaginal misoprostol for induction of labor: A double-blind randomized controlled trial // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2001. – Vol. 185. – № 4. – P. 906-910.

44. Hofmeyr G.J. Induction of labour with an unfavourable cervix // Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2003. – Vol. 17. – № 5. – P. 777-794.

45. Janes R. Rural hospital amniotomy induction for women at or past term with a healthy pregnancy and a favourable cervix: is it a safe option? // N. Z. Med. J. – 2001. – Vol. 114. – № 1128. – P. 111-113.

46. Jouatte F., Subtil D., Marquis P. et al. Declenchement du travail d'indication medicale: comparaison du misoprostol intravaginal avec une prostaglandine E2 administree par voie intraveineuse // J. de Gynecol. Obstet. 2001. – Vol. 29. – № 8. – P. 763.

47. Kelly A.J., Tan B. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour // Cochrane Database Syst. Rev. – 2001. – CD003246.

48. Khoury A.N., Zhou Q.P., Gorenberg D.M. et al. A comparison of intermittent vaginal administration of two different doses of misoprostol suppositories with continuous dinoprostone for cervical ripening and labor induction // J. Matern. Fetal. Med. – 2001. – Vol. 10. – № 3. – P. 186-192.

49. Leijon I., Finnstrom O., Hedenskog S. et al. Spontaneous labor and elective induction – a prospective randomized study. Behavioural assessment and neurological examination in the newborn period // Acta Paediatr. Scand. – 1979. – Vol. 68. – № 4. – P. 553-560.

50. Parry E., Parry D., Pattison N. Induction of labour for post term pregnancy: an observational study // Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol. – 1998. – Vol. 38. – № 3. – P. 275-280.

51. Rojansky N., Reubinoff B., Tanos V. et al. High risk pregnancy outcome following induction of labour // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 1997. – Vol. 72. – № 2. – P. 153-158.

52. Sanchez-Ramos L., Bernstein S., Kaunitz A.M. Expectant management versus labor induction for suspected fetal macrosomia: a systematic review // Obstet. Gynecol. – 2002. – Vol. 100. – Pt.5. – № 1. – P. 997-1002.

53. Sanchez-Ramos L., Oliver F., Delke I., Kaunitz A.M. et al. Labor induction versus expectant management for postterm pregnancies: a systematic review with meta analysis // J. Fam. Pract. – 2003. – Vol. 101. – № 6. – P. 1312-1318.

54. Saunders D.L., Makutu S.L. Cesarean section deliveries in Fiji, 1986 to 1996 // Pac. Health Dialog. – 2001. – Vol. 8. – № 1. – P. 71-77.

55. Stephansson O., Dickman P.W., Johansson A.L. et al. Time of birth and risk of intrapartum and early neonatal death // Epidemiology. – 2003. – Vol. 14. – № 2. – P. 218-222.

56. Surbek D.V., Hosli I., Holzgreve W. Current aspects of labor induction // Ther. Umsch. – 2002. – Vol. 59. – № 12. – P.650-659.

57. Tinelli A., Tinelli R., Tinelli F.G. Induction of labour: which method to use? // Minerva Genecol. – 2003. – Vol. 55. – № 6. – P. 463-482.

58. Tylleskar J., Finnstrom O., Leijon I. et al. Spontaneous labor and elective induction – a prospective randomized study. Effects on mother and fetus // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 1979. – Vol. 58. – № 6. – P. 513-518.

59. Vorherr H. Placental insufficiency in relation to postterm pregnancy and fetal postmaturity. Evaluation of fetoplacental function; management of the postterm gravida // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1975. – Vol. 123. – № 1. – P. 67-103.

60. Yoge Y., Ben-Haroush A., Gilboa Y. et al. Induction of labor with vaginal prostaglandin E2 // J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. – 2003. – Vol. 14. – № 1. – P. 30-34.

ASSESSMENT OF OUTCOMES OF PROGRAMMED LABOR AT VARIOUS EXTENT OF PERINATAL RISK

L.S. OVEZOVA, T.V. GALINA

Department of Obstetrics and Gynaecology with course of Perinatology
Peoples' Friendship University of Russia
8, Miklukho-Maklaya st., Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

T.V. BRATCHIKOVA

Clinical Hospital № 29
2, Gospitalnaya sq., 111020 Moscow, Russia

The review article gives an analysis of the literature data on approaches towards working out tactics of delivery taking into account the extent of perinatal risk, importance of programmed labor in improvement of condition of health of newborns. The role of the programmed labor is considered as a mean of prophylaxis of prolonged pregnancy. Analysis is made of different methods of preparation of the womb neck and labor induction, the data on influence of induced labor activity on the state of fetus, perinatal outcomes of labor.