

Игнатко И.В.¹, Швырёва Е.А.², Лебедев В.А.¹, Чурганова А.А.¹, Богачева Н.А.¹, Сорокина В.М.¹
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ: КОМУ ПОКАЗАН И ПОМОЖЕТ ТОКОЛИЗ

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ (Сеченовский университет), г. Москва;

²ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13» Департамента здравоохранения г. Москвы

Для корреспонденции: Игнатко Ирина Владимировна, проф., чл.-корр. РАН, проф. каф. акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ (Сеченовский университет), e-mail: irinaprof68@gmail.com

Актуальность проблемы преждевременных родов (ПР) обусловлена высокой частотой ранней неонатальной смертности среди недоношенных (60—70%), частотой неврологических заболеваний (до 50%), в том числе детского церебрального паралича, нарушений зрения, слуха и других хронических заболеваний. Частота ПР в популяции варьирует в пределах 7—15%, однако, несмотря на большие возможности современного акушерства, существует выраженная тенденция к увеличению этого показателя. При анализе летальности недоношенных в перинатальных центрах ДЗ г. Москвы за 2016 г. очевидно, что основную её долю составляют новорождённые с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Таким образом, предотвращение преждевременных родов, особенно на сроке 24—27 нед, является важной задачей для медицины во всём мире. Атозибан (трактоцил) — конкурентный антагонист человеческого окситоцина на уровне рецепторов, первый препарат, разработанный для торможения родовой деятельности. Терапию трактоцилом с целью токолиза получили 54 женщины на сроке гестации 26—34 нед. Токолиз атозибаном оказался эффективным в 90,7% наблюдений при незначительном укорочении шейки матки (не более чем на 5 мм) независимо от срока беременности. Введение препарата позволяет уменьшить интенсивность и купировать болевой синдром в первые 6 ч применения, что свидетельствует о его эффективности и позволяет увеличить шансы благоприятного исхода беременности. Важнейшими факторами успешности токолиза и пролонгирования беременности более чем на 48 ч являются отсутствие инфекции почек и мочевыводящих путей во время беременности, отсутствие инфекции половых путей, срок начала токолиза до 31 нед и отсутствие истмико-цервикальной недостаточности, что свидетельствует о необходимости качественного и рационального ведения беременности на амбулаторном этапе.

Ключевые слова: преждевременные роды; токолиз; атозибан; пролонгирование беременности.

Для цитирования: Игнатко И.В., Швырёва Е.А., Лебедев В.А., Чурганова А.А., Богачёва Н.А., Сорокина В.М. Тактика ведения преждевременных родов: кому показан и поможет токолиз. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва.* 2018; 5(1): 49—54. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-1-49-54>

Ignatko I.V.¹, Shvyreva E.A.², Lebedev V.A.¹, Churganova A.A.¹, Bogacheva N.A.¹, Sorokina V.M.¹

TACTICS OF THE MANAGEMENT OF PREMATURE DELIVERIES: TO WHAT PATIENTS TOCOLYSIS IS INDICATED AND SHOULD HELP

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119991, Russian Federation;

²Municipal clinical hospital No13, Moscow, 115280, Russian Federation

The urgency of the problem of premature birth (PB) is caused due to a high early neonatal mortality rate among preterm infants (60—70%), the prevalence rate of neurologic diseases (up to 50%), including infantile cerebral palsy, visual, hearing disorders and other chronic diseases. The frequency of PB in the population varies between 7 and 15%, however, despite the great possibilities of modern midwifery, there is a pronounced tendency to increase this index. The analysis of the lethality of prematurity in perinatal centers of the Department of Healthcare of the city of Moscow in 2016, obviously shows the main part of it to be presented by with extremely low body weight infants. Thus, preventing the premature birth, especially at the term of 24—27 weeks, is an important task for medicine all over the world. Atosiban (tractocile) — a competitive antagonist of human oxytocin at the level of receptors, the first drug designed to inhibit labor. For the purpose of tocolysis 54 women at the 26—34 weeks of the gestation period got the treatment with tractocile. Tocolysis with atosiban was effective in 90.7% of cases with a slight shortening of the cervix (no more than 5 mm) regardless of the gestational age. The introduction of the drug leads to a decrease in the intensity and jugulating pain syndrome in the first 6 hours following the administration, which confirms its effectiveness and allows increase chances of a favorable outcome of pregnancy. The absence of the infection of the kidneys and urinary tracts during pregnancy and genital tract, the onset of tocolysis up to the 31st week of the gestation and the absence of ischemic-cervical insufficiency, which indicates the need for quality and rational management of pregnancy at the outpatient stage are most important factors for the success of tocolysis and prolongation of pregnancy for more than 48 hours.

Keywords: premature birth; tocolysis; atosiban; prolongation of pregnancy.

For citation: Ignatko I.V., Shvyreva E.A., Lebedev V.A., Churganova A.A., Bogacheva N.A., Sorokina V.M. Tactics of the management of premature deliveries: to what patients tocolysis is indicated and should help. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, Russian journal.* 2018; 1(5): 49—54. (in Russian). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-1-49-54>

For correspondence: Irina V. Ignatko, MD, PhD, DSci., professor, associated member of RAS, professor of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119991, Russian Federation; e-mail: irinaprof68@gmail.com, kafedra-agg@mail.ru

Information about authors:

Ignatko I.V., <http://orcid.org/0000-0002-9945-3848>

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 29.01.2018

Accepted 15.02.2018

В настоящее время проблема преждевременных родов обсуждается во всём мировом акушерском сообществе. Актуальность проблемы преждевременных родов обусловлена высокой частотой ранней неонатальной смертности среди недоношенных (60—70%), частотой неврологических заболеваний (до 50%), в том числе детского церебрального паралича, нарушений зрения, слуха и других хронических заболеваний.

Согласно данным литературы, частота ПР в популяции варьирует в пределах 7—15%, однако, несмотря на большие возможности современного акушерства, существует выраженная тенденция к увеличению этого показателя. Анализ Федеральной службы государственной статистики демонстрирует, что в последние 10 лет существует отчётливая отрицательная динамика. По данным управления, показатель частоты ПР уве-

личился за 2005—2015 гг. на 74%. Следует учитывать изменение учёта статистических показателей с 2012 г. согласно Приказу МЗСР РФ № 1687.

Статистика по числу недоношенных новорождённых по родильным домам Департамента здравоохранения г. Москвы за 2016 г. приведена в табл. 1. В акушерском филиале ГКБ № 13 в 2016 г. на свет появилось 379 недоношенных новорождённых, из них с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) 23 ребёнка — 6,07% от числа всех недоношенных. Всего по городу родились 6332 недоношенных ребенка, из них с ЭНМТ — 463 (7,31% от числа всех недоношенных детей).

Необходимо отметить, что риск неонатальной летальности и заболеваемости выше всего среди женщин, у которых роды произошли на сроке 24—27 нед. Неонатальная заболеваемость отмечается у 77% детей, рождённых на сроке 24—27 нед, по сравнению с 2% у детей, рождённых на сроке более 34 нед.

При анализе летальности недоношенных в перинатальных центрах Департамента здравоохранения (ДЗ) г. Москвы за 2016 г. очевидно, что основную её долю составляют новорождённые с ЭНМТ. Так, в роддоме ГКБ № 13 при общей летальности недоношенных 5,28%, что чуть выше, чем в среднем по г. Москве, погибли 55% новорождённых с ЭНМТ и 25% — с очень низкой массой тела (ОНМТ). В ГКБ имени С.С. Юдина все 100% умерших недоношенных новорождённых были с массой до 999 г. Средние показатели летальности по Москве составляют 63,6% для детей с ЭНМТ и 13,1% — для детей с ОНМТ при рождении. Таким образом, предотвращение преждевременных родов, особенно на сроке 24—27 нед, является основной задачей для акушеров-гинекологов во всем мире.

Основными вопросами при решении проблемы преждевременных родов являются:

- диагностика угрожающих и начавшихся преждевременных родов;
- маршрутизация беременной и транспортировка недоношенного ребенка *in utero* в перинатальный центр ША или ШВ-уровня;
- профилактика респираторного дистресс-синдрома (РДС) у новорождённого;
- показания, выбор токолитической терапии, определение критериев её безопасности и эффективности.

Один из важнейших вопросов — диагностика преждевременных родов. Согласно современным критериям, только сочетание регулярных схваток и изменений шейки матки является объективными критерием ПР, и вариантом может быть предложенная схема, учитывающая как частоту, продолжительность, так и изменения шейки матки с учётом динамики за 2 ч наблюдения.

Таблица 1

Число недоношенных новорождённых по родильным домам Департамента здравоохранения Москвы за 2016 г.

Наименование учреждения	Поступило всего недоношенных	Из них с ЭНМТ
Ф. ГБУЗ КГБ № 67 ДЗМ (РД № 1)	330	8
Ф. 4 ГБУЗ ЦПСИР ДЗМ (РД № 3)	432	49
Ф. ГБУЗ КГБ № 64 ДЗМ (РД № 4)	395	13
Ф. ГБУЗ КГБ № 68 ДЗМ (РД № 8)	243	12
Ф. 1 ГБУЗ ЦПСИР ДЗМ (РД № 10)	166	8
Ф. ГБУЗ КГБ им. Ерамишанцева ДЗМ (РД № 11)	168	11
Ф. 1 ГБУЗ КГБ № 13 ДЗМ (РД № 15)	379	23
Ф. 2 ГБУЗ КГБ № 81 ДЗМ (РД № 17)	320	29
Ф. ГБУЗ КГБ № 57 ДЗМ (РД № 20)	172	13
Ф. ГБУЗ КГБ № 1 им. Пирогова ДЗМ (РД № 25)	116	7
Ф. 2 ГБУЗ КГБ им. Боткина ДЗМ (РД № 32)	159	9
ГБУЗ ЦПСИР ДЗМ	537	45
ГБУЗ ГБ № 3 ДЗМ	337	15
Ф. 2 ГБУЗ КГБ № 24 ДЗМ (ГБ № 8)	460	72
ГБУЗ КГБ № 29 им. Баумана ДЗМ	377	15
ГБУЗ КГБ им. Юдина ДЗМ	311	30
ГБУЗ ГКБ № 15 ДЗМ	218	27
ГБУЗ КГБ им. Ерамишанцева ДЗМ	304	19
ГБУЗ КГБ им. Иноземцева ДЗМ	143	5
ГБУЗ ГКБ № 68 ДЗМ	292	17
ГБУЗ ГКБ № 70 ДЗМ	323	30
Ф. ГБУЗ КГБ № 52 ДЗМ (РД № 26)	150	6
Всего ...	6332	463

Однако группа американских, канадских и австралийских авторов, в составе международной рабочей группы по изучению ПР, для стандартизации клинических исследований предлагает более жёсткую схему [1]. По их мнению, именно такая схема позволит избежать разночтений.

Такие различия, конечно, затрудняют выбор критериев ПР, однако в целом дают понимание главного: диагноз ПР не может быть установлен по таким сомнительным, но распространённым признакам, как «тянущие ощущения, матка возбудима при пальпации, повышен тонус по УЗИ», и тем более назначена госпитализация и лечение.

В публикации P. Husslein и соавт. (2006 г.) об опыте применения атозибана в 6 странах Европы предложены критерии для раннего и стандартного начала токолиза с оценкой его эффективности при одноплодной и многоплодной беременности на сроке до 28—29 нед и после 29 нед беременности [2]. По мнению авторов, для раннего начала токолиза достаточно наличие хотя бы одного из следующих критериев: 4 схватки за 30 мин наблюдения длительностью не менее 30 с, или раскрытие 0—3 см у первородящих и 1—3 см у повторнородящих, или укорочение шейки матки на 50% от исходной длины.

Стандартное лечение — наличие всех критериев одновременно. Более эффективным является *раннее начало* (один критерий), особенно при многоплодной беременности и при сроке более 29 нед.

Организация медицинской эвакуации при преждевременных родах (Клинические рекомендации Минздрава России, 2015 г.) предусматривает, что при угрожающих ПР необходимо [3, 4]:

- 1) определить показания и противопоказания для перевода пациентки в стационар III уровня;
- 2) определить показания и противопоказания к токолизу и препарат для его проведения;
- 3) начать профилактику РДС при сроке 24—34 нед (при сомнении — трактовать в сторону меньшего срока).

Основная задача — транспортировка пациентки с плодом *in utero*:

- в сопровождении врача или акушерки с «укладкой на роды» с продолжением токолиза;
- транспортом ЛПУ, или рейсовым самолетом, или ж/д транспортом, или санавиацией;
- способ эвакуации согласуется с дистанционным консультативным центром перинатального центра с учётом акушерской ситуации и региональных особенностей.

Выбор препарата для токолиза должен основываться на следующих критериях:

- эффективность;
- переносимость;
- безопасность для матери и плода;
- комплаентность (приверженность пациента лечению и удобство применения);
- стоимость лечения.

Согласно Клиническим рекомендациям, токолиз — это интервенция, которая может отсрочить преждевременные роды до 48 ч для транспортировки пациентки. Очень важно определить контингент женщин, которым показано проведение токолиза, так как только у 22% пациенток со схватками в течение 24 ч произойдут роды, а у 61% беременность будет пролонгирована безо всяких вмешательств. К препаратам 1-й линии относится атозибан (трактоцил), 2-й линии — нифедипин. К препаратам 3-й линии относится гинипрал, 4-й линии — индометацин. Выбор токолитического средства проводится с учётом срока беременности. Срок проведения токолиза — с 24-й по 34-ю неделю. При этом в эти сроки показаны только гинипрал и атозибан; индометацин — с 24-й по 32-ю неделю, нифедипин — с 32-й по 34-ю неделю. Сульфат магния с целью нейропротекции — с 24-й по 32-ю неделю. Из перечисленных средств на сегодняшний день сульфат магния используется только для нейропротекции при преждевременных родах [4—6].

Существуют данные о меньшем числе побочных эффектов при применении блокаторов рецепторов окситоцина по сравнению с другими токолитиками. Атозибан (трактоцил) — конкурентный антагонист человеческого окситоцина на уровне рецепторов, первый препарат, разработанный для торможения родовой деятельности. Рецепторы к окситоцину обнаруживаются только в тканях репродуктивной системы. Их количество прогрессивно возрастает во время беременности, с началом и во время родов. Атозибан, в силу сходности молекулярной структуры, связывается с рецепторами окситоцина, снижает частоту маточных сокращений и тонус миометрия, приводя к подавлению сократимости матки. Также атозибан связывается с рецепторами вазопрессина, угнетая эффект вазопрессина, но при этом не оказывает влияния на сердечно-сосудистую систему [7, 8]. В России атозибан зарегистрирован в качестве токолитика с 2012 г., поэтому нет ещё большого клинического опыта его применения.

Материал и методы

В статье представлен опыт клинического применения атозибана для проведения токолиза при госпитализации пациенток с соответствующими критериями угрожающих преждевременных родов (по Husslein P., 2006) в родильное отделение перинатального центра при ГКБ № 13 ДЗ г. Москвы.

Критериями включения послужили:

- удовлетворительное состояние беременной и плода;
- интактный плодный пузырь;
- срок беременности 24—33 нед 6 дней;
- зарегистрированная сократительная деятельность матки (четыре и более схватки за 30 мин продолжительностью не менее 30—40 с);
- раскрытие шейки матки в пределах 1—3 см и укорочение на 75% от исходной величины;
- информированное согласие пациентки.

Клиническая характеристика беременных представлена в табл. 2.

Терапию трактоцилом с целью токолиза получили 54 женщины в сроки гестации 26—34 нед.

Всем беременным проводили УЗИ для исключения отслойки плаценты, дистресса плода и для проведения цервикометрии. Трактоцил применяли согласно инструкции в 3 этапа. Первичной целью считали задержку родов на 48 ч от начала токолиза. Дополнительно учитывали роды до полных 28 нед и возникновение побочных эффектов.

Средний возраст беременных составлял $30,2 \pm 4,6$ года (21—40 лет), первобеременных из них было 31,4%, первородящих — 57,4%. Беременность в результате применения ВРТ имели 18% женщин, 3-и и более предстоящие роды (максимально 4-е) были у 16,7%. Рубец на матке после кесарева сечения имелся у 19% женщин, преждевременные роды в анамнезе — у 6%. Генетические маркеры тромбофилии были выявлены на амбулаторном этапе у 6% женщин. Из гинекологических заболеваний хронический аднексит был диагностирован в 3 (6%) наблюдениях, миома матки — в 2 (4%) наблюдениях, гидросальпинкс с последующей тубэктомией с обеих сторон — в 1 (2%) наблюдении, кисты яичников с последующей резекцией — в 2 (4%) наблюдениях. Внутриматочное вмешательство по поводу полипа эндометрия установлено в 1 (2%) наблюдении, наличие хламидийной инфекции в анамнезе отмечено в 4 (7%) наблюдениях.

Обращает на себя внимание, что у каждой третьей женщины до беременности и во время её течения отмечалась инфекция почек и мочевыводящих путей, а у 37% — инфекция половых путей во время беременности. В 20% случаев угроза прерывания манифестировала еще в I триместре, в 10,5% случаев — во II триместре с проведением стационарного лечения. У 15,8% женщин угроза прерывания беременности отмечалась как в I, так и во II триместре. Из других осложнений имелись железодефицитная анемия лёгкой и средне-тяжёлой степени — в 8 (14,8%) случаях, плацентарная недостаточность — в 8 (14,8%) случаях и синдром задержки развития плода (СЗРП) — в 11 (20,4%) случаях.

Результаты исследования

Оценка эффективности токолитической терапии проводилась по субъективным критериям самочувствия («самочувствие ухудшилось», «не изменилось», «незначительно улучшилось», «значительно улучшилось», «ничего не беспокоит»). Для объективной оценки эффективности использовали клиническую оценку тонуса матки при пальпации, определение частоты и длительности схваток, характер и частоту сердечных сокращений плода по данным кардиотокографии, динамический контроль состояния шейки матки — через 2 ч и 48 ч от начала лечения с помощью ультразвуковой цервикометрии.

Показанием к применению токолитической терапии явилась угроза преждевременных родов на сро-

Таблица 2

Клиническая характеристика обследованных беременных женщин

Параметры	Абс.(%)
Возраст, годы	$30,2 \pm 4,6$ (21—40)
Первобеременные	17 (31,4%)
Первородящие	31 (57,4%)
Повторнобеременные	37 (69%)
Повторнородящие	23 (42,6%)
ВРТ беременность	8 (18%)
3-и и более предстоящие роды	9 (16,7%)
Рубец на матке после кесарева сечения	10 (19%)
Преждевременные роды в анамнезе	3 (6%)
Генетическая тромбофилия	3 (6%)
Инфекция почек в анамнезе	18 (33,3%)
Инфекция половых путей при беременности	20 (37%)

ке беременности 26—34 нед: у 18 (33%) пациенток на сроке 26—27 нед, у 19 (35,1%) на сроке 28—30 нед и у 17 (31,4%) на сроке 31—34 нед. Всем пациенткам внутривенное введение атозибана проводили в условиях родильного отделения с последующим продолжением курса в отделении патологии беременности.

С помощью данных наружного акушерского осмотра и дополнительных методов диагностики установлено, что у 6 (11,1%) пациенток с одноплодной беременностью имело место тазовое предлежание плода, у 48 (88,9%) — головное. Двойни были у 6 (11,1%) беременных.

Всем женщинам в обязательном порядке проведена профилактика РДС плода дексаметазоном в курсовой дозе 24 мг. Далее мы оценивали особенности течения токолиза на основании субъективных ощущений беременных и данных кардиотокографического исследования.

Нами установлено улучшение состояния на фоне проведения токолитической терапии в течение первых 3 ч ($2,01 \pm 0,54$ ч) от начала лечения в 46% случаев. При этом по шкале самооценки незначительное улучшение с началом терапии (через 3 ч) отметили 7 (13%) пациенток, значительное улучшение — 17 (33%) пациенток, а через 24 ч — все беременные. При оценке результатов токографического контроля за характером сократительной деятельности матки и сердцебиения плода устойчивая нормализация наступала в среднем через $2,64 \pm 0,89$ часа. В некоторых наблюдениях с исходным нарушением сердечного ритма плода улучшение наступало сразу после введения нагрузочной дозы одновременно с нормализацией тонуса матки.

После проведённого токолиза у 13% пациенток проведён курс магнезиальной терапии в отделении патологии беременности. У 60,1% пациенток со сроком геста-

Таблица 3

Основные показатели эффективности проведения токолиза atosibanом

Срок родоразрешения	Абс. (%)
26—27 нед + 6 дней	5 (9,25)
28—30 нед + 6 дней	6 (11,1)
31—33 нед + 6 дней	5 (9,25)
34—36 нед + 6 дней	13 (24,1)
Более 37 нед	25 (46,3)
Интервал «начало токолиза— роды», дни	5,8 (2—34)
Консервативные роды	41 (76)
Кесарево сечение	13 (24)
Показания:	
рубец на матке	8 (61,5)
тазовое предлежание	1 (7,7)
ПОНРП*	1 (7,7)
соматическая патология	3 (23,1)

Примечание. * — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

ции менее 32 нед назначен микронизированный прогестерон по 200 мг/сут интравагинально.

В результате нам удалось пролонгировать беременность более 48 ч в 97,2% случаев, до 7 сут — в 70,4% случаев, более 14 сут и далее — в 33,3% случаев.

Срок родов колебался в пределах 26—38^{±4} (35,30 ± 5,19) нед и у 73% пациенток роды были своевременными. Анализ временного интервала от начала токолиза до родоразрешения («начало токолиза—роды») составил в среднем 7,8 ± 4,3 (2—34) сут. В дальнейшем роды через естественные родовые пути произошли в 76% случаев, путем операции кесарева сечения — в 24% наблюдений. Показаниями к абдоминальному родо-

разрешению являлись рубец на матке (61,5%), тазовое предлежание плода (7,7%), отслойка плаценты (7,7%) и различная соматическая патология (23,1%) (табл. 3).

С учётом достижения основной цели токолиза — задержки родов на 48 ч и более, всех пациенток разделили на 2 группы. В 1-ю группу вошли 5 женщин, у которых роды произошли ранее, чем через 48 ч от начала токолиза, во вторую — 49 женщин, которым удалось пролонгировать беременность более чем на 48 ч.

Сравнение данных этих групп позволяет выявить факторы, определяющие неблагоприятный результат проведения токолиза. Задержка родов более чем на 48 ч чаще всего наблюдалась при начале токолиза на сроке 28—30 нед гестации. При сроке начала токолиза более 31 нед риск неэффективного его проведения возрастал в 3,7 раза. Пролонгировать беременность более чем на 48 ч при этом удавалось чаще у повторнородящих женщин, однако при наличии преждевременных родов в анамнезе риск неуспешного токолиза повышался в 2 раза. Также в 2 раза был выше риск неудачи при наличии истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) с отягощённым анамнезом и при наличии многоплодия (табл. 4).

В результате нашего исследования мы пришли к выводу, что токолиз atosibanом эффективен в 90,7% наблюдений при незначительном укорочении шейки матки (не более чем на 5 мм) независимо от срока беременности, что согласуется с данными других авторов [7, 8]. Введение препарата позволяет уменьшить интенсивность и купировать болевой синдром в первые 6 ч применения, что свидетельствует о его эффективности и позволяет увеличить шансы благоприятного исхода беременности. Нами не было зафиксировано побочных эффектов от введения препарата ни в одном наблюдении, что позволяет сделать вывод о его преимуществах

Таблица 4

Критерии оценки эффективности проводимого токолиза atosibanом

Параметр	Число женщин с задержкой родов, %		Достоверность разницы, <i>p</i>
	менее чем на 48 ч	более чем на 48 ч	
Срок начала токолиза:			
до 30 нед	33,3	71	≤ 0,005
после 30 нед	63	17	≤ 0,001
Первобеременные	17	24,1	≤ 0,05
Повторнородящие	72,8	65,6	≤ 0,05
Первородящие	27	37,2	≤ 0,05
Повторнородящие	13,2	30	≤ 0,05
ПР в анамнезе	33,3	16	≤ 0,05
Аборты в анамнезе	46	40	
Инфекция почек	33,3	16,7	< 0,005
Инфекция половых путей	48	22	< 0,005
ИЦН	46	51	
ИЦН с отягощённым анамнезом	92	45	< 0,005
Многоплодие	22	11	< 0,005

по сравнению с аналогами. Важнейшими факторами успешности токолиза и пролонгирования беременности более чем на 48 ч явились отсутствие инфекции почек и мочевыводящих путей во время беременности, отсутствие инфекции половых путей, срок начала токолиза до 31 нед и отсутствие ИЦН, что свидетельствует о необходимости качественного и рационального ведения беременности на амбулаторном этапе.

Конфликт интересов. Авторами заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 1, 2, 5 см. REFERENCES)

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». М.; 2012.
4. Преждевременные роды. Клинические рекомендации (протокол). Утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации 17.12.2013. М.; 2014.
6. Серов В.Н., Тютюнник В.Л. Тактика лечения угрожающих преждевременных родов. *Репрод. эндокринолог.* 2012; (7): 22-4.
7. Курцер М.А., Кутакова Ю.Ю., Черепнина А.Л., Борец М.В., Курбатская О.Н. Опыт применения трактоцила (атозибана) при лечении беременных с угрозой преждевременных родов. *Российский вестник акушера-гинеколога.* 2014;14(3): 47-9.
8. Баев О.Р., Васильченко О.Н., Карапетян А.О., Тетруашвили Н.К., Ходжаева З.С. Эффективность применения атозибана при угрожающих преждевременных родах. *Акушерство и гинекология.* 2017; (9): 96-101.

REFERENCES

1. Management of Preterm Labor. Clinical Management Guidelines for obstetrician-gynecologists. *ACOG. Practice Bulletin Summary.* 2016; (159).
2. Husslein P., Roura L.C., Dudenhausen J., Helmer H., Frydman R., Rizzo N., Schneider D. Clinical practice evaluation of atosiban in preterm labour management in six European countries. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 2006; 113 (3): 105-10.
3. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 01.11.2012 № 572н «On approval of the order of rendering medical aid on the profile of obstetrics and gynecology"» (excluding the use of assisted reproductive technologies). [*Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 01.11.2012 g. № 572n «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoy pomoshchi po profilyu «akusherstvo i ginekologiya» (za isklucheniym ispol'zovaniya vspomogatel'nykh reproduktivnykh tekhnologiy)»*]. Moscow; 2012.
4. Premature birth. Clinical recommendations (protocol). Approved by the Ministry of Health of the Russian Federation on 17.12.2013. [*Prezhdevremennyye rody. Klinicheskiye rekomendatsii (protokol). Utverzhdeny Ministerstvom zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii 17.12.2013*]. Moscow; 2014.
5. Martin J.A., Hamilton B.E., Ventura S.J., Osterman M.J., Mathews T.J. Births: Final data for 2011. *Natl. Vital Stat. Rep.* 2013; 62 (1): 1-69, 72.
6. Serov V.N., Tyutyunnik V.L. Tactics of treatment of threatening premature births. *Reprod. Endocrinol.* 2012; (7): 22-4.
7. Kurtser M.A., Kutakova Yu. Yu., Cherepnina A.L., Borets M.V., Kurbatkaya O.N. Experience with the use of tracotocil (atosiban) in the treatment of pregnant women with the threat of premature birth. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa.* 2014;14(3): 47-9.
8. Bayev O.R., Vasil'chenko O.N., Karapetyan A.O., Tetrushvili N.K., Khodzhayeva Z.S. The effectiveness of the use of atosiban in threatening premature birth. *Akusherstvo i ginekologiya.* 2017; (9): 96-101.

Поступила 29.01.2018
Принята к печати 15.02.2018