

**ПРИМЕНЕНИЕ МИФЕПРИСТОНА ДЛЯ ПРЕИНДУКЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ
В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ**

Е.С. МАКАРОВА, М.В. МОЛОКАНОВА, А.С. ЮДИНА

*Тульский государственный университет, пр. Ленина, д. 92, г. Тула, 300012, Россия,
e-mail: Yudina-nyusha@mail.ru*

Аннотация. *Цель исследования:* сравнение эффективности использования мифепристона для подготовки шейки матки к родоразрешению в различные сроки беременности.

Организация исследования: в качестве объекта сплошного проспективного исследования выступили 205 женщин, находившихся на родоразрешении в ГУЗ «Родильный дом № 1 г. Тулы» в 2010-2011 гг. с неудовлетворительной «зрелостью» шейки матки при необходимости родоразрешения на момент поступления в стационар. Исследуемые группы формировались в зависимости от срока беременности, на котором производилась подготовка женщины к родоразрешению. Использовалась стандартная схема применения мифепристона. Группу IA составили 177 беременных с доношенной беременностью. Группа IB состояла из 16 пациенток со сроком беременности 22-35 недель, которым было показано досрочное родоразрешение по медицинским показаниям (некурабельные пороки развития плода, антенатальная гибель плода). Степень готовности шейки матки к родам оценивалась при влагалищном исследовании в соответствии со шкалой *E.H. Bishop*.

Результаты и их обсуждение: состояние шейки матки до преиндукционной подготовки как «незрелая» определена в IA группе у 70,6%, в IB – у 50,0% пациенток, «недостаточно зрелая» – у 29,4% и 50,0% женщин соответственно ($p>0,05$). Эффект от преиндукционной подготовки шейки матки отсутствовал у 4,5% беременных IA группы и 6,3% женщин IB группы, – эти пациентки были родоразрешены путем операции кесарево сечение (ОШ=0,71; 95% ДИ 0,08-6,07). Средний интервал от начала преиндукционной подготовки шейки матки до начала родов составил 90,1±61,7 часа в IA группе и 91,9±14,3 часа в IB группе ($p>0,05$). Не было выявлено существенных различий между группами в особенностях родоразрешения.

Заключение: мифепристон по стандартной схеме в дозе 200 мг 2 раза с интервалом 24 часа одинаково эффективен для преиндукционной подготовки шейки матки в различные сроки беременности. Зрелость родовых путей достигнута в 95,5% – 93,7% случаев, что позволило провести адекватную индукцию родов.

Ключевые слова: беременность, роды, шейка матки, мифепристон.

PREPARATION TO CHILDBIRTH BY MIFEPRISTONE AT DIFFERENT WEEKS PREGNANCY

E.S. MAKAROVA, M.V. MOLOKANOVA, A.S. YUDINA

Tula State University, Lenin Ave. 92, Tula, 300012, Russia, e-mail: Yudina-nyusha@mail.ru

Abstract. Aim: a comparison of the mifepristone effectiveness for cervix uterus preparation to delivery in different periods of pregnancy.

Material and Subjects: the object of a continuous prospective study were 205 women who delivered babies in Maternity hospital №1 of town Tula for 2010-2011 years with unsatisfactory “ripening” of the cervix comparison of the mifepristone effectiveness for cervix uterus preparation to delivery in different periods of pregnancy. The study groups were formed depending on the periods of pregnancy at which the woman was prepared for delivery. The standard scheme of mifepristone application was used. Group IA was consisted of 177 pregnant women who had full-term pregnancy, the group IB – 16 patients with the 22-35 weeks pregnancy with indications to early delivery by medical reasons (incurable fetal malformations, antenatal fetal death). The cervix of uterus readiness for childbirth was assessed by vaginal examination in accordance with the scale E.H. Bishop.

Results: the state of the cervix of uterus before treatment preparation assessed as “unripe” was determined in group IA in 70.6%, in group IB – in 50.0% of patients, condition “not ready enough” – in 29.4% and 50.0% of women respectively ($p>0.05$). The effect of preinduction preparation of the cervix was absent in 4.5% pregnant women in group IA and 6.3% women in group IB – these patients were performed cesarean section for delivery (OR=0.71; 95% CI 0.08-6.07). The average interval from the beginning of cervix uterus preinduction preparation to the labor beginning was 90.1±61.7 hours in the IA group and 91.9±14.3 hours in the IB group ($p>0.05$). It was't found significant differences between groups in the rest delivery aspects.

Conclusion: the mifepristone according to the standard scheme at a dose of 200 mg 2 times with an interval of 24 hours is equally effective for preinduction preparation of the woman in different weeks of pregnancy. The maturity of the cervix uterus was achieved in 95.5% - 93.7% of cases, which allowed to make an adequate induction of labor.

Key words: pregnancy, childbirth, cervix of uterus, mifepristone.

Введение. Современный подход к ведению беременности и родов направлен на создание условий для безопасного материнства, что в свою очередь предполагает рождение здорового ребенка [7, 8, 16, 17, 19]. Адекватная подготовка беременных к родам, тактически правильное ведение родов в значительной степени определяют дальнейшее развитие и здоровье ребенка. Следовательно, к основным подходам безопасного материнства относится бережное родоразрешение, которое при отсутствии противопоказаний со стороны матери и плода должно осуществляться через естественные родовые пути [1, 8, 18]. Не подвергается сомнению положение, что течение и исход родов достаточно существенно зависят от готовности организма женщины, особенно от состояния «зрелости» шейки матки на момент завершения беременности [17]. Практикующие врачи-акушеры нередко встречаются с клиническими ситуациями, когда возникает необходимость родовозбуждения в случаях неудовлетворительной «зрелости» шейки матки [4, 15].

Литературные источники, в которых отражена преиндукционная подготовка шейки матки с помощью мифепристона, недостаточно полностью освещают аспекты использования медикаментозного препарата на различных сроках беременности. Вместе с тем системный подход к медикаментозной подготовке женщины для родоразрешения может улучшить выбор тактики оказания медицинской помощи женщинам, адекватный подбор антипрогестинов в зависимости от срока беременности и индивидуализировать мероприятия профилактики перинатальной патологии [5, 10-14].

Цель исследования – сравнение эффективности использования мифепристона для подготовки шейки матки к родоразрешению в различные сроки беременности.

Материалы и методы исследования. В качестве объекта сплошного проспективного исследования выступили 205 женщин, находившихся на родоразрешении в ГУЗ «Родильный дом № 1 г. Туль» в 2010-2011 гг. Критериями для включения женщин в исследование послужили: неудовлетворительная «зрелость» шейки матки при беременности сроком 37-41 недель в сочетании с необходимостью родоразрешения, отсутствие на момент включения в исследование условий для амниотомии, головное предлежание плода, добровольное информированное согласие женщины с предлагаемым лечением и тактикой родоразрешения. Критериями исключения пациентов из исследования явились: тазовое или неправильное положение плода, разгибательное предлежание головки плода, многоплодная беременность, опухоли малого таза и матки, препятствующие рождению плода; миома матки больших размеров или с симптоматикой заболевания, тяжелые формы преэклампсии, экстрагенитальная патология в стадии декомпенсации, выраженный дистресс плода (по данным кардиотокографии и биофизического профиля плода), наличие рубца на матке, наличие показаний для операции кесарева сечения и «зрелая» шейка матки на момент поступления беременной женщины в стационар. Исследование одобрено экспертной комиссией ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет» по вопросам медицинской этики.

Исследование базировалось на использовании препарата мифепристона «*Миропристон*» (Нижфарм, Россия), который применялся по стандартной схеме: перорально 200 мг с повторным приемом препарата через 24 часа [9].

Группа IA была сформирована из 177 беременных женщин, которым проводилась подготовка к родоразрешению на сроке беременности 37-41 недель. Группа IB состояла из 16 пациенток со сроком беременности 22-35 недель, которым было показано досрочное родоразрешение по медицинским показаниям (некурабельные пороки развития плода, антенатальная гибель плода).

Готовность женщины к родам по состоянию шейки матки оценивалась при влагалищном исследовании в соответствии со шкалой, предложенной *Bishop E.H.* (1964): от 0 до 2 баллов – «незрелая» шейка матки; от 3 до 5 баллов – «недостаточно зрелая» шейка матки; от 6 до 8 баллов – «зрелая» шейка матки.

Массив данных исследования статистически обрабатывался путем установления абсолютных, относительных и средних величин, стандартной ошибки; с использованием различий по критерию Стьюдента и отношения шансов с помощью пакетов прикладных статистических программ «*Microsoft Excel 2003*» (*Microsoft Corp.*, США) и «*Statistica 6.0 for Windows*» [2, 6].

Результаты и их обсуждение. В изучаемых группах не выявлено существенных различий в возрасте женщин (IA – 26,4±4,5 лет, IB – 26,1±4,3 лет в среднем, $p>0,05$), по удельному весу возрастных первородящих (8,5% и 12,5% женщин соответственно, $p>0,05$), при одинаковой доле беременных, госпитализированных на первые роды (81,3% – 81,2% родов).

Состояние шейки матки до преиндукционной подготовки как «незрелая» квалифицировалась в IA группе у 70,6%, в IB – у 50,0% пациенток, «недостаточно зрелая» – у 29,4% и 50,0% женщин соответственно ($p>0,05$).

Эффект от преиндукционной подготовки шейки матки отсутствовал у 8 (4,5%) беременных IA группы и 1 (6,3%) беременной IB группы, – эти пациентки были родоразрешены путем операции кесарево сечение (ОШ=0,71; 95% ДИ 0,08-6,07).

Дородовое излитие околоплодных вод произошло в IA группе у 36 (20,3%) пациенток (27 первородящих и 9 повторнородящих). Из них у 5 (2,8%) первородящих был диагностирован длительный безводный промежуток; у повторнородящих длительность безводного промежутка не превышала 12 часов. В IB группе в 2 (12,6%) наблюдениях у первородящих пациенток диагностировано родовое излитие околоплодных вод (ОШ=1,79; 95% ДИ 0,39-8,22); у одной из них (6,3%) роженицы продолжительность безводного промежутка превысила 12 часов (ОШ=0,44; 95% ДИ 0,05-3,98). Средняя продолжительность безводного промежутка в IA группе составила 386±163 минут, в IB группе – 370±197 минут ($p>0,05$).

Самостоятельное начало родовой деятельности отмечалось у 127 (71,7%) беременных IA группы и 13 (81,2%) женщин из IB группы (ОШ=0,59; 95% ДИ 0,16-2,15). Средний интервал от начала преиндукционной подготовки шейки матки до начала родов составил 90,1±61,7 часа в IA группе и 91,9±14,3 часа в IB группе ($p>0,05$). У 74,6% рожениц IA группы и значительно большей доли (93,7%, $p<0,01$) рожениц IB группы произошли роды через естественные родовые пути без применения влагалищных родоразрешающих операций (ОШ=0,32; 95% ДИ 0,04-2,53). Средняя продолжительность родов в IA группе составила 468±146 минут, в IB группе – 507±79 минут ($p>0,05$). Продолжительность первых родов варьировала в интервале 200-960 минут в IA группе и 315-380 минут в IB группе. Средняя продолжительность родов у первородящих равнялась 486±137 минут в IA группе и значительно больше в IB группе – 567±83,6 минут ($p<0,001$). Продолжительность вторых родов изменялась в IA группе от 180 до 610 минут, в IB группе – от 130 до 340 минут, при этом средняя продолжительность родов у повторнородящих составила 384±108 минут и 268±84,7 минут соответственно ($p<0,001$).

Сводные показатели эффективности применения мифепристона для подготовки шейки матки в различные сроки беременности приведены в табл.

Таблица

Сводные показатели эффективности применения мифепристона для подготовки шейки матки в различные сроки беременности

Признаки	Градации признака	IA группа (n=177)	IB группа (n=16)
Состояние шейки матки до подготовки, %	«незрелая»	67,0	50,0
	«недостаточно зрелая»	33,0	50,0
Отсутствие эффекта от преиндукционной подготовки, %		4,5	6,3
Средний интервал до родов, часов		87,3	91,9
Самостоятельное начало родов, %		71,7	81,2
Завершение родов, %	через естественные родовые пути	74,6	93,7
	плановое кесарево сечение	4,5	6,3
	экстренное кесарево сечение	19,2	0
	вакуум-экстракция плода	1,7	0
Средняя продолжительность родов, минут	во всей группе	468	507
	у первородящих	486	567
	у повторнородящих	384	268
Средняя продолжительность безводного промежутка, минут		386	370
Дородовое излитие околоплодных вод, %		20,3	12,6
Длительный безводный промежуток, %		2,8	6,3

Сходные результаты получены в работах [22, 23], в которых показано, что роды через естественные родовые пути произошли у 87,5% женщин получавших мифепристон при досрочном родоразрешении. Cabrol D. et al. (1990) отметили начало маточных сокращений в течение 72 часов у 81% пациенток после применения мифепристона у женщин с внутриутробной гибелью плода, что сопоставимо с полученными результатами и данными [21].

Следовательно, мифепристон по стандартной схеме одинаково эффективен для преиндукционной подготовки шейки матки в различные сроки беременности. Зрелость родовых путей достигнута в IA группе в 95,5%, в IB группе – 93,7% случаев, что позволило провести адекватную индукцию родов. В 4,5% наблюдений в IA группе и в 6,3% в IB группе препарат оказался неэффективным, в связи с чем данные пациентки были родоразрешены путем плановой операции кесарево сечение. Полученные результаты согласуются с данными [3]. На основании установленной продолжительности среднего интервала от

начала преиндукционной подготовки до начала родов у беременных с необходимостью проведения преиндукционной подготовки шейки матки целесообразно применение мифепристона за 3 суток до планируемой даты родов.

Таким образом, мифепристон с одинаковой эффективностью может быть применен для подготовки шейки матки к родоразрешению в различные сроки беременности по стандартной схеме в дозе 200 мг двукратно с интервалом 24 часа.

Литература

1. Абрамченко В.В. Беременность и роды высокого риска: руководство для врачей. М.: МИА, 2004. 396 с.
2. Бабич П.Н., Чубенко А.В., Лапач С.Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация // Украинский медицинский часопис. 2005. №2(46). С. 113–119.
3. Баев О.Р., Тысячный О.В., Румянцева В.П., Усова Е.А. Эффективность подготовки шейки матки и родовозбуждения в схеме с использованием антипрогестина мифепристон // Медицинский совет. 2015. № 9. С. 72–77.
4. Вихляева Е.М., Савельева И.С., Городничева Ж.А. Возможности клинического применения антипрогестинов в акушерстве и гинекологии // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2007. Т. 6, № 2. С. 54–63.
5. Волков В.Г., Павлов О.Г. Исследование методами системного анализа роли наследственной отягощенности гипертонической болезнью в возникновении гестозов // Вестник новых медицинских технологий. 2006. Т. 13, № 1. С. 92–94.
6. Котов Ю.Б. Новые математические подходы к задачам медицинской диагностики. М.: Едиториал УРСС, 2004. 328 с.
7. Кулаков В.И. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 512 с.
8. Кулаков В.И., Серов В.Н., Барашнев Ю.И. Руководство по безопасному материнству. М.: Триада-Х, 1998. 531 с.
9. Макарова Е.С., Павлов О.Г., Сурвилло Е.В., Евдокимова Д.В. Подготовка шейки матки к родам мифепристомом в разных дозах // Вестник новых медицинских технологий. 2015. Т. 22, № 3. С. 133–138.
10. Павлов О.Г. Системное влияние наследственной предрасположенности к соматопатологии и медико-социальных факторов на течение беременности и исход родов: дисс.... док. мед. наук. Тула: Тульский государственный университет, 2006. 295 с.
11. Павлов О.Г. Системное исследование медико-социальной детерминации гестоза // Вестник новых медицинских технологий. 2009. Т. 16, № 2. С. 135–137.
12. Павлов О.Г. Системный подход к анализу причин развития инфекций у новорожденных в раннем неонатальном периоде // Вестник новых медицинских технологий. 2010. Т. 17, № 3. С. 74–75.
13. Павлов О.Г., Мартыянов Д.В. Системо-образующие факторы развития ранних послеродовых инфекций // Вестник новых медицинских технологий. 2011. Т. 18, № 1. С. 23–25.
14. Павлов О.Г. Сочетанная соматическая патология родителей и репродуктивная функция их дочерей // Вестник новых медицинских технологий. 2011. Т. 18, № 3. С. 248–250.
15. Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. М: ЭКСМО, 2009. 288 с.
16. Радзинский В.Е., Костин И.Н. Безопасное акушерство // Акушерство и гинекология. 2007. №5. С. 12–16.
17. Серов В.Н. Профилактика осложнений беременности и родов // Русский медицинский журнал. 2003. Т. 2, № 16. С. 889–892.
18. Стрижаков А.Н., Тимохина Т.Ф., Баев О.Р. Выбор оптимального метода родоразрешения в снижении перинатальных потерь // Акушерство и гинекология. 2000. № 5. С. 8–12.
19. Сухих Г.Т., Юсупова А.Н., Павлова Ю.В. Перспективы формирования национального законодательства в сфере охраны репродуктивного здоровья граждан в РФ // Акушерство и гинекология. 2010. №5. С. 3–5.
20. Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М., Мурашко А.В., Самсонов Д.В. Исход индуцированных родов // Проблемы беременности. 2002. № 5. С. 57–62.
21. Cabrol D., Dubois C., Cronje H., Connet J.M., Guillot M., Maria B. Induction of labour with mifepristone (RU 486) in intrauterine fetal death // Am J. Obstet. Gynecol. 1990. Vol. 163. P. 540–542.
22. Ouzounian S., Bouchard P., Chabbert-Buffet N. Effects of antiprogestins on the uterus // Womens Health (Lond Engl). 2008. Vol. 4, № 3. P. 269–280.

23. Wing D.A., Guberman C., Fassett M. A randomized comparison of oral mifepristone to intravenous oxytocin for labor induction in women with prelabor rupture of membranes beyond 36 weeks gestation // Am. J. Obstet. Gynecol. 2005. Vol. 192, № 2. P. 445–451.

References

1. Abramchenko VV. Beremennost' i rody vysokogo riska: rukovodstvo dlya vrachey [High-risk pregnancy and childbirth: a guide for physicians]. Moscow (Moscow region): MIA, 2004. Russian.
2. Babich PN, Chubenko AV, Lapach SN. Primenenie sovremennykh statisticheskikh metodov v praktike klinicheskikh issledovaniy. Soobshchenie tret'e. Otnoshenie shansov: ponyatie, vychislenie i interpretatsiya [Application of modern statistical methods in clinical research practice. A message the third. Odds ratio: concept, calculation and interpretation]. Ukraïns'kiy medichniy chasopis. 2005;2:113-9. Russian.
3. Bayev OR, Tsyachnyy OV, Rummyantseva VP, Usova EA. Effektivnost' podgotovki sheyki matki i rodovozbuzhdeniya v skheme s ispol'zovaniyem antiprogestina mifepriston [The effectiveness of training of the cervix and labor induction in the circuit with the use of mifepristone antiprogestin]. Meditsinskiy sovet. 2015;9:72-7. Russian.
4. Vikhlyaeva EM, Savel'eva IS, Gorodnicheva ZhA. Vozmozhnosti klinicheskogo primeneniya antiprogestinov v akusherstve i ginekologii [Possibilities of clinical use of antiprogestins in obstetrics and gynecology]. Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. 2007;6(2):54-63. Russian.
5. Volkov VG, Pavlov OG. Issledovaniye metodami sistemnogo analiza roli nasledstvennoy otyagoshchennosti gipertonicheskoy bolezni v vozniknovenii gestozov [Study of the hereditary predisposition to hypertension diseases and medical-social factors influence in gestosis development by methods of the system analysis]. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2006;13(1):92-4. Russian.
6. Kotov YuB. Novye matematicheskie podkhody k zadacham meditsinskoj diagnostiki [New mathematical approaches to the problems of medical diagnostics]. Moscow (Moscow region): Editorial URSS; 2004. Russian.
7. Kulakov VI. Klinicheskie rekomendatsii. Akusherstvo i ginekologiya [Clinical guidelines. Obstetrics and gynecology]. Moscow (Moscow region): GEOTAR-Media, 2006. Russian.
8. Kulakov VI, Serov VN, Barashnev YuI et al. Rukovodstvo po bezopasnomu materinstvu [Manual on safe motherhood]. Moscow (Moscow region): Triada-Kh, 1998. Russian.
9. Makarova ES, Pavlov OG, Survillo EV, Evdokimova DV. Podgotovka sheyki matki k rodam mifepristonom v raznykh dozakh [Preparation of the cervix for the birth by mifepristone in different doses]. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2015;22(3):133-8. Russian.
10. Pavlov OG. Sistemnoye vliyaniye nasledstvennoy predraspolozhennosti k somatopatologii i mediko-sotsial'nykh faktorov na techeniye beremennosti i iskhod rodov [The systemic impact of the hereditary predisposition to somatic pathology and medico-social factors on the course of pregnancy and birth outcomes] [dissertation]. Tula (Tula region): Tula State University; 2006. Russian.
11. Pavlov OG. Sistemnoye issledovaniye mediko-sotsial'noy determinatsii gestoza [System analysis of medico-social gestosis determination]. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2010;17(3):74-5. Russian.
12. Pavlov OG. Sistemnyy podkhod k analizu prichin razvitiya infektsiy u novorozhdennykh v rannem neonatal'nom periode [System analysis of newborns infections reasons in early neonatal period]. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2010;17(3):74-5. Russian.
13. Pavlov OG, Mart'yanov DV. Sistemo-obrazuyushchiye faktory razvitiya rannikh poslerodovykh infektsiy [Systemic factors of female infections in early post delivery periods]. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2011;18(1):23-5. Russian.
14. Pavlov OG. Sochetannaya somaticheskaya patologiya roditeley i reproduktivnaya funktsiya ikh docherey [Combination of somatic pathology parents and reproductive function of their daughters]. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2011;18(3):248-50. Russian.
15. Radzinskiy VE, Knyazev SA, Kostin IN. Akusherskiy risk [Obstetric risk]. Moscow (Moscow region): EKSMO; 2009. Russian.
16. Radzinskiy VE, Kostin IN. Bezopasnoe akusherstvo [Safe obstetrics]. Akusherstvo i ginekologiya. 2007;5:12-6. Russian.
17. Serov VN. Profilaktika oslozhneniy beremennosti i rodov [Prevention of complications of pregnancy and childbirth]. Russkiy meditsinskiy zhurnal. 2003;2(16):889-92. Russian.
18. Strizhakov AN, Timokhina TF, Baev OR et al. Vybór optimal'nogo metoda rodorazresheniya v snizhenii perinatal'nykh poter' [Selection of the optimal method of delivery in reducing perinatal losses]. Akusherstvo i ginekologiya. 2000;5:8-12. Russian.
19. Sukhikh GT, Yusupova AN, Pavlova YuV. Perspektivy formirovaniya natsional'nogo zakonodatel'stva v sfere okhrany reproduktivnogo zdorov'ya grazhdan v RF [Prospects for the formation of national legis-

lation in the field of reproductive health of citizens in the Russian Federation]. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2010;5:3-5. Russian.

20. Chernukha EA, Komissarova LM, Murashko AV, Samsonov DV. Iskhod indutsirovannykh rodov [Outcome of induced labor]. *Problemy beremennosti*. 2002;5:57-62. Russian.

21. Cabrol D, Dubois C, Cronje H, Connet JM, Guillot M, Maria B et al. Induction of labour with mifepristone (RU 486) in intrauterine fetal death. *Am J Obstet Gynecol*. 1990;163:540-2.

22. Ouzounian S, Bouchard P, Chabbert-Buffet N. Effects of antiprogestins on the uterus. *Womens Health (Lond Engl)*. 2008;4(3):269-80.

23. Wing DA, Guberman C, Fassett M. A randomized comparison of oral mifepristone to intravenous oxytocin for labor induction in women with prelabor rupture of membranes beyond 36 weeks gestation. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(2): 445-51.

Библиографическая ссылка:

Макарова Е.С., Молоканова М.В., Юдина А.С. Применение мифепристона для преиндукционной подготовки в различные сроки беременности // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2019. №1. Публикация 1-2. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2019-1/1-2.pdf> (дата обращения: 10.01.2019). DOI: 10.24411/2075-4094-2019-16291. *

* номера страниц смотреть после выхода полной версии журнала: URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2019-1/e2019-1.pdf>