



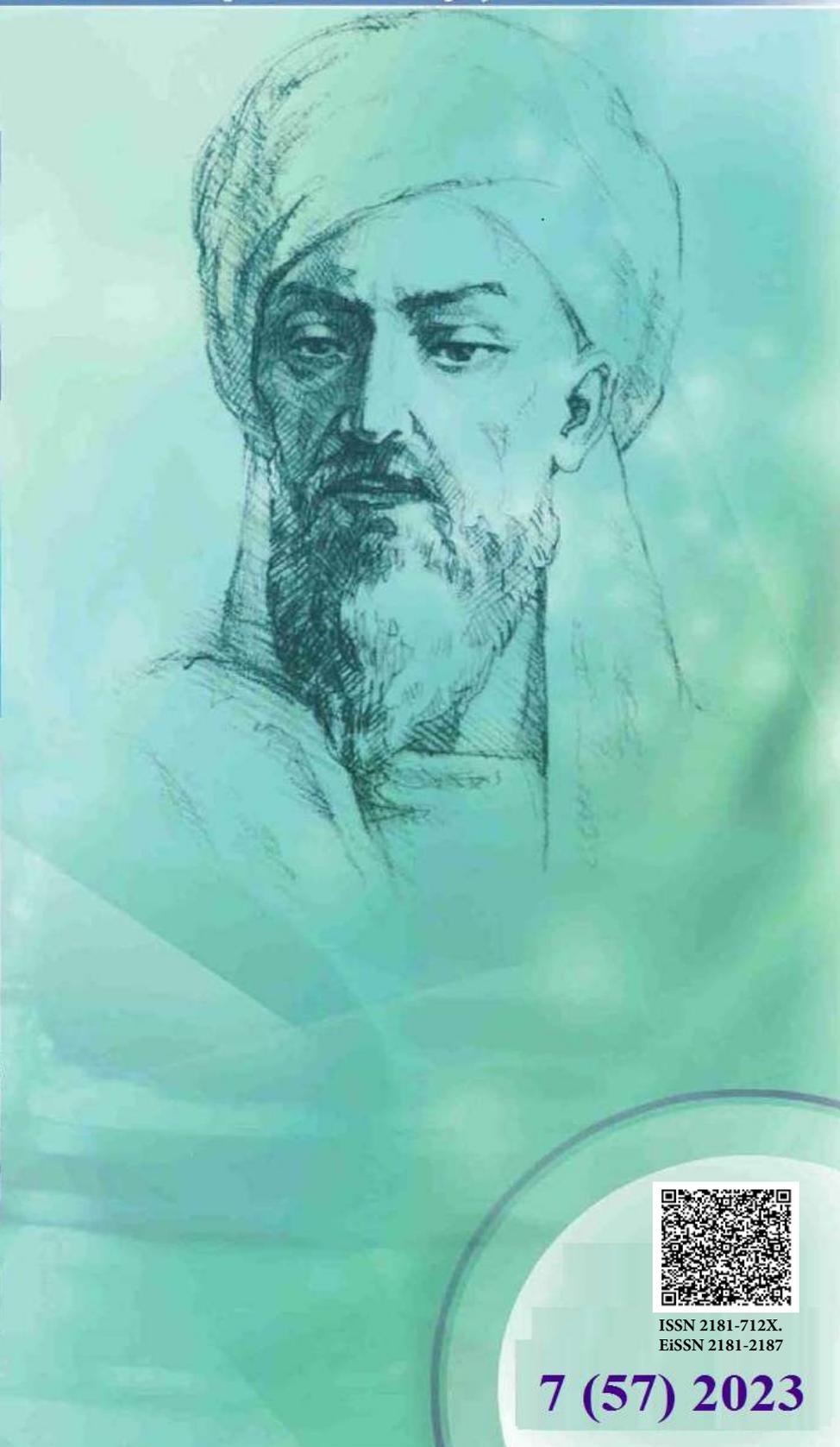
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

7 (57) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

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

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

УЧРЕДИТЕЛИ:

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

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

7 (57)

2023

июль

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.06.2023, Accepted: 30.06.2023, Published: 10.07.2023.

УДК 618.39+616–053.2

ОБЗОР ДОКАЗАТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ И ОСНОВНЫХ ПОКАЗАНИЙ УСПЕШНОЙ ИНДУКЦИИ РОДОВ

Юлдашева Д.Ю. <https://orcid.org/0009-0001-1824-0059>

Салохова Д.К. <https://orcid.org/0009-0007-0828-4430>

Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ Резюме

Индукция родов (ИР) — распространенное акушерское вмешательство, которое стимулирует начало родов искусственными методами. Темпы индукции родов почти удвоились с 1990 года. Существуют значительные различия в показателях ИР во всем мире, и это может быть связано с изменчивостью рекомендаций и отсутствием консенсуса в отношении рекомендаций по клинической практике по ИР. В настоящее время в странах с высоким уровнем дохода доля новорожденных, рожденных с использованием ИР, оценивается примерно в 25%. Напротив, соответствующие показатели, как правило, ниже в странах с низким и средним уровнем дохода. В данной статье рассматриваются показания, противопоказания, осложнения и методики индукции родов (ИР).

Ключевые слова: индукция родов, показания и методы индукции родов, прогнозирование.

REVIEW OF EVIDENCE-BASED METHODS AND MAIN INDICATIONS FOR SUCCESSFUL INDUCTION OF LABOR

Yuldasheva D.Yu. <https://orcid.org/0009-0001-1824-0059>

Salokhova D.K. <https://orcid.org/0009-0007-0828-4430>

Tashkent Medical Academy 100109, Tashkent, Uzbekistan Farabi Street 2. Tel: +99878 1507825; E-mail: info@tma.uz

✓ Resume

Induction of labor (IOL) is a common obstetric intervention that stimulates the onset of labor using artificial methods [1]. Rates of labor induction have nearly doubled since 1990. [2] There is substantial variation in IOL rates worldwide, and this can be attributed to variability in the guidelines and lack of consensus on the clinical practice guidelines on IOL. Nowadays, in high-income countries, the proportion of neonates born following IOL is estimated to be approximately 25%. In contrast, the corresponding rates are generally lower in low- and middle-income countries (LMIC). [1] This article reviews indications, contraindications, complications, and methodologies for labor induction (IOL).

Keywords: labor induction, indications and methods of labor induction, prognosis.

MEHNATGA MUVOFIQLIK INDUKSIYASI UCHUN DAILOTLARGA ASOSLANGAN USULLAR VA ASOSIY KO'RSATMALARNI KO'RSATISH

Yuldasheva D.Yu. <https://orcid.org/0009-0001-1824-0059>

Salohova D.K. <https://orcid.org/0009-0007-0828-4430>

Toshkent tibbiyot akademiyasi (TMA) O'zbekiston, 100109, Toshkent sh., Olmazor tumani, ko'ch. Farobiy 2, tel: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ **Rezyume**

Mehnat induksiyasi (IR) - sun'iy vositalar bilan tug'ilishning boshlanishini rag'batlantiradigan keng tarqalgan akusherlik aralashuvi. 1990 yildan beri mehnatga jalb qilish stavkalari deyarli ikki baravar oshdi. Dunyo bo'ylab RI stavkalarida sezilarli o'zgarishlar mavjud va bu tavsiyalarining o'zgaruvchanligi va RI klinik amaliyoti tavsiyalari bo'yicha konsensusning yo'qligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Hozirgi vaqtda yuqori daromadli mamlakatlarda IR yordamida tug'ilgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarning ulushi taxminan 25% ni tashkil qiladi. Aksincha, tegishli ko'rsatkichlar past va o'rta daromadli mamlakatlarda pastroq bo'ladi. Ushbu maqolada ko'rsatkichlar, kontrendikatsiyalar, tug'ruq va mehnat induksiyasi (IR) usullari muhokama qilinadi.

Kalit so'zlar: mehnat induksiyasi, mehnat induksiyasining ko'rsatkichlari va usullari, prognoz.

Актуальность

Индуцированные роды (программированные роды, элективные роды, роды по расписанию) – это искусственно вызванные роды до их спонтанного начала по показаниям со стороны матери и/или плода. Индукция родов – одна из самых распространенных процедур в современном акушерстве, ее частота за последние десятилетия увеличилась вдвое благодаря развитию перинатологии и, в частности, методов мониторинга состояния плода. В настоящее время каждая пятая беременная и 30–40% женщин, рожаящих естественным путем, проходят эту процедуру. В.Е. Радзинский отмечает, что решение закончить беременность прежде, чем начнутся спонтанные роды, – одно из самых драматических вмешательств в естественный ход репродукции человека. Тем не менее число женщин с соматической патологией и осложнениями беременности растет, поэтому возникает необходимость в индукции родов. Целью индукции родов является снижение неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов. Однако, как и любое медицинское вмешательство, индукция родов связана с определенными рисками, такими как увеличение числа оперативных вагинальных родов, кесарева сечения, дистресса плода.

Отдельного внимания заслуживает такое осложнение, как гиперстимуляция – чрезмерные маточные сокращения (маточные сокращения длительностью более 120 секунд) или тахисистолия (наличие более 5 схваток за 10 минут в среднем в течение 30 минут) с патологическими изменениями сердечного ритма. Поэтому решение об индукции родов должно быть обосновано медицинскими показаниями, данное вмешательство должно проводиться с письменного информированного согласия беременной женщины. Кроме того, ведение индуцированных родов требует постоянного внимания медицинского персонала и мониторинга состояния плода и матери. Состояние плода должно быть оценено непосредственно перед индукцией родов с последующей возможностью длительного мониторинга маточных сокращений и частоты сердечных сокращений плода в родах по данным кардиотокографии.

Цель работы. Обобщить имеющиеся литературные данные о распространённости, показаний и методов индукции родов.

Материал и методы

Проведен анализ литературного обзора научных трудов, используя ресурсы поисковых систем **PubMed** и **Elibrary**, по вышеуказанным ключевым словам. Для данного метаанализа использованы статьи, содержащие доказательную экспериментальную и клиническую базу.

В таблице №1/1 и №1/2 представлено краткое изложение основных показаний и методов индукции родов, опубликованных в зарубежных руководствах. Абсолютными показаниями к индукции родов, прописанными во всех анализируемых руководствах, являются срок беременности 41/0 недель и более, преждевременное излитие околоплодных вод и антенатальная гибель плода. В отдельных руководствах рассматриваются такие показания, как гестационный сахарный диабет, преэклампсия или гестационная артериальная гипертензия, соматические и онкологические заболевания, требующие досрочного родоразрешения, резус-сенсibilизация, хориоамнионит, быстрые или стремительные роды в анамнезе и, в исключительных случаях, логистические показания.

Таблица 1/1 Сравнительная характеристика зарубежных руководств по индукции родов

Показатели	ВОЗ, 2011	SCOG, 2013	Queensland, 2017	Россия, 2019
Срок индукции родов при неосложненной беременности	41/0 недель и более	41/0–42/0 недель беременности	41/0 недель и более	Преиндукция – в 41/0 неделю Индукция – в 41/3 неделю и более
Преждевременный разрыв плодных оболочек при доношенной беременности	Рекомендуется	Рекомендуется	Рекомендуется для профилактики септических осложнений (обусловленных стрептококками группы В)	Рекомендуется: – при «зрелой» шейке матки через 6 часов – при «незрелой» – преиндукция в течение 12 часов
Преждевременный разрыв плодных оболочек до 37 недель беременности	Нет данных	Рекомендуется при отрицательном результате на наличие стрептококков группы В	Рекомендуется для профилактики септических осложнений (обусловленных стрептококками группы В)	Рекомендуется
Аntenатальная гибель плода	пероральный прием или вагинальное введение мизопростола Рекомендуется	Рекомендуется	Рекомендуется	Рекомендуется
Задержка роста плода	Нет данных	Рекомендуется при наличии хронической внутриутробной гипоксии плода	Рекомендована при доношенной беременности для предотвращения антенатальной гибели плода	Рекомендована в зависимости от клинической ситуации, при условии удовлетворительного состояния плода по результатам объективных методов оценки (кардиотокография и доплерометрия)

Таблица 1/2 Сравнительная характеристика зарубежных руководств по индукции родов

Показатели	ВОЗ, 2011	SCOG, 2013	Queensland, 2017	Россия, 2019
Гестационный сахарный диабет–	Если гестационный сахарный диабет является единственной патологией, индукция родов в сроке беременности менее 41/0 недели не рекомендуется	Рекомендуется	Рекомендуется	Только в сочетании с плацентарной недостаточностью или при неконтролируемом гестационном сахарном диабете
Крупный плод	Не рекомендуется	Не рекомендуется	Не рекомендуется	Не рекомендуется
Рубец на матке	Мизопростал не рекомендуется для индукции родов у женщин с оперированной маткой	Нет данных	Рекомендуется	Противопоказание для индукции родов
Двойня при беременности	Нет данных	При неосложненной беременности и сроке гестации 38/0 недель и более	При неосложненной беременности двойней программированные роды после 37/0 недель	Противопоказание для индукции родов
Быстрые или стремительные роды в анамнезе	Нет данных	Рекомендуется	Нет данных	Рекомендуется
Другие показания	Нет данных	Преэклампсия в сроке беременности 37 недель и более Гестационная артериальная гипертензия после 38/0 недель беременности Серьезное материнское заболевание, не поддающееся лечению Значительное, но стабильное дородовое кровотечение Хориоамнионит Маловодие Антенатальная гибель плода в анамнезе	Гипертензивные расстройства во время беременности Ожирение во время беременности Профилактика венозной тромбоэмболии Перинатальное употребление психоактивных веществ	Умеренная преэклампсия или гестационная артериальная гипертензия Соматические и онкологические заболевания, требующие досрочного родоразрешения Резус-сенсibilизация с учетом клиниколабораторных данных Хориоамнионит
Рекомендуемые методы преиндукции/ индукции родов	Механические методы (отслоение плодных оболочек, катетер Фолея) Мизопростал Окситоцин Простагландин E2 гель интрацервикальный или вагинальный	Механические методы (отслоение плодных оболочек, катетер Фолея) Амниотомия Простагландин E2 гель интрацервикальный или вагинальный Мизопростал	Механические методы (баллонный катетер) Амниотомия Простагландин E2 гель интрацервикальный Мизопростал	Механические методы (отслоение плодных оболочек, интрацервикальные растительные и синтетические гипроскопические расширители, катетер Фолея, двухбаллонный катетер COOK) Амниотомия Мифепристон Простагландин E2 гель интрацервикальный или вагинальный

Увеличение среднего возраста беременных, рост соматической патологии и заболеваний репродуктивной системы, приводит к увеличению количества осложненных беременностей. Программированные роды в ряде случаев могут являться резервом снижения абдоминального родоразрешения по относительным показаниям при доношенной беременности среднего и высокого риска для матери и/или плода зарубежной литературе активно обсуждается вопрос о возможности проведения элективной индукции – индукция родов при доношенной неосложненной беременности с целью улучшения акушерских и перинатальных исходов. Частота материнских и перинатальных осложнений увеличивается после 39 недель беременности. По данным американского популяционного исследования (G. Vilchez и соавт., 2018), проанализировавшего около 3 миллионов исходов родов, частота акушерских и перинатальных осложнений зависела от срока родоразрешения и увеличивалась после 39/0 недель беременности по сравнению с более ранними сроками. Согласно данным исследований, индуцированные роды в 39/0– 39/6 недель беременности по сравнению с выжидательной тактикой улучшают акушерские и перинатальные исходы: снижают частоту кесарева сечения (но могут увеличивать частоту оперативных вагинальных родов), гипертензивных расстройств (преэклампсия, гестационная артериальная гипертензия), частоту асфиксии новорожденных, мертворождений и перинатальной смертности. Спорным вопросом остается необходимость индукции родов при наличии крупного плода. В анализируемых руководствах (см. табл. 1) крупный плод не является показанием к индукции родов. Однако по данным мета-анализа (E.R. Magro-Malosso и соавт., 2017), включающего 4 рандомизированных клинических исследования (РКИ) и 1190 беременных женщин без сахарного диабета с подозрением на макросомию плода, индукция родов в сроке беременности 38/0 недель и более по сравнению с выжидательной тактикой до 41/0 недели ассоциируется со снижением частоты травм(переломов) новорожденных без изменения частоты кесарева сечения. По данным еще одного РКИ (M. Boulvain и соавт., 2015) при индукции родов (в сроке 37/0–38/6 недель беременности) при подозрении на макросомию плода (предполагаемая масса плода более 95 перцентиле по данным ультразвуковой фетометрии) по сравнению с выжидательной тактикой, отмечалось снижение риска дистоции плечиков, увеличение частоты самопроизвольных родов. Частота кесарева сечения и неонатальной заболеваемости существенно не различались между группами. В отечественных и российских протоколах послеоперационный рубец на матке является противопоказанием для индукции родов, в то время как в Австралии (Queensland Clinical Guidelines, 2017) данное осложнение прописано как показание к индукции родов. По данным систематического обзора (A.C. Rossi и соавт., 2015), включающего 8 исследований (17412 беременных женщин с послеоперационным рубцом на матке), индукция родов по сравнению с самопроизвольными родами была связана с более высокой частотой кесарева сечения, разрыва матки по рубцу и послеродового кровотечения. Однако неуклонный рост частоты кесарева сечения во всем мире, технически более сложное осуществление повторной операции, более высокая частота интра и послеоперационных осложнений при повторной операции (в 3–5 раза выше), чем при родах через естественные родовые пути вынуждают задуматься над увеличением частоты родоразрешений через естественные родовые пути женщин с рубцом на матке, в том числе с проведением индукции родов при условии принятия всех возможных мер для защиты здоровья матери и ребенка. Лекарственные средства, изделия медицинского назначения и методы, используемые для индукции родов, разнообразны. Все методы индукции можно разделить на 3 группы.

1. Фармакологические методы индукции родов – простагландины E2 (динопростон) в различных формах и дозах (для вагинального, интрацервикального, перорального и внутривенного введения). Для вагинального и интрацервикального введения используются гели, вагинальные таблетки, суппозитории, pessaries. Дозировки простагландинов E2 варьируют от 0,5 мг для интрацервикального применения до 10 мг для pessaries с замедленным высвобождением; – простагландины E1 (мизопростол) перорального, вагинального (таблетка, гель pessaries с замедленным высвобождением), ректального (таблетка), буккального или сублингвального применения; – окситоцин для внутривенного введения – один из наиболее распространенных методов индукции во всем мире; – антагонист прогестерона (мифепристон), таблетки для перорального применения; – доноры оксида азота (изосорбид мононитрат, изосорбида динитрат, нитроглицерин и нитропруссид натрия) –

используются для ускорения созревания шейки матки (оксид азота участвует в созревании шейки матки) в виде вагинальных таблеток; – релаксин и гиалуронидаза (способствуют созреванию шейки матки) в виде вагинального или интрацервикального геля, протестированы на небольшом количестве исследований, в настоящее время не используются.

2. Механические и физические методы индукции родов: – катетеры (Фолея, Кука); – палочки ламинарии; – отслаивание плодных оболочек (приводит к увеличению выработки простагландинов); – амниотомия; – половой акт (индукция родов за счет простагландинов, содержащихся в семенной жидкости), стимуляция сосков (способствует высвобождению окситоцина из задней доли гипофиза).

3. Дополнительные и альтернативные методы индукции родов: – касторовое масло для перорального применения (обладает слабительными свойствами, стимулирует кишечник, что инициирует сокращения матки); – иглоукалывание – стимуляция определенных акупунктурных точек стимулирует сокращение матки и начало родов; – гомеопатические препараты для ускорения начала родов.

Таким образом, по результатам исследования Z. Alfrevic и соавт., пероральное применение низкодозированного раствора мизопростола показало наилучший клинический эффект: наименьшие шансы оперативного родоразрешения по сравнению с другими методами при отсутствии статистически значимого увеличения гиперстимуляции матки и необходимости интенсивной помощи новорожденному. Однако успешность индукции родов зависит не только от используемого метода (тем более что наиболее безопасный и эффективный метод до сих пор не определен).

Однако выделены материнские и плодовые характеристики, которые влияют на успешность индукции родов и могут быть использованы для разработки моделей прогнозирования исхода родоиндукции: возраст, рост, ИМТ матери до беременности, гестационная прибавка массы тела, паритет беременности и родов, использование вспомогательных репродуктивных технологий, оценка «зрелости» шейки матки (бимануальная и ультразвуковая), гестационный возраст, наличие соматической патологии (сахарный диабет, артериальная гипертензия) и осложненного течения беременности (преэклампсия, много- или маловодие, хориоамнионит, хроническая фетоплацентарная недостаточность), масса и пол плода, проведение профилактики респираторного дистресс синдрома и назначение сульфата магния для нейропротекции плода при преждевременных родах, наличие задержки роста плода и признаков внутриутробной гипоксии. Учитывая принципы персонализированной медицины, важность совместного принятия решений после информирования пациентов об успехе вмешательства, разработка моделей прогнозирования исходов родоиндукции является приоритетным направлением, а также важно с точки зрения оптимизации использования ресурсов здравоохранения.

Заключение

Перед современным акушерством стоит задача улучшения акушерских и перинатальных исходов, снижение планового кесарева сечения на фоне изменившегося среднестатистического портрета беременной женщины. Увеличение среднего возраста беременной, присоединение соматической патологии, развитие акушерских и перинатальных осложнений – все вышеперечисленное является относительными показаниями к родоиндукции, что приводит к необходимости поиска наиболее оптимальных методов и сроков беременности для родоразрешения, а также прогнозирования успешности индукции родов в каждом конкретном случае. А это в свою очередь диктует необходимость персонифицированного подхода к родоразрешению женщины при доношенной беременности и выявляет необходимость пересмотра действующих рекомендаций и клинического протокола по индуцированию родов у данной группы женщин. Таким образом, прогнозирование исходов индукции в каждом конкретном случае на основе пересмотра общепринятых сроков индукции родов при доношенной беременности, применение индивидуального подхода в выборе методов индукции родов позволит улучшить акушерские и перинатальные исходы и снизить удельный вес планового кесарева сечения при доношенной беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аракелян Б.В., Беженарь В.Ф., Габелова К.А. и др. Передовые клинические практики и технологии в акушерстве. /Клиническое руководство (алгоритмы диагностики и лечения) [Текст]: в 2 ч. под общ. ред. В. Ф. Беженаря. – СПб, 2019;134-150.
2. Березовская К.Е., Петров Ю.А., Купина А.Д. // Здоровье и образование в XXI веке. – 2019;6.
3. Вученович Ю.Д., Новикова В.А., Костин И.Н. // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. 2019;7(3):101-106.
4. Вученович Ю.Д., Новикова В.А., Радзинский В.Е. // Доктор.Ру. 2020;19(6):15-22.
5. Каткова Н.Ю., Бодрикова О.И., Шевалдина С.А. // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология 2020;3(26):26-30.
6. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: v.2.0. – М., 2017.
7. Alfirevic Z., Keeney E., Dowswell T., et al. // BJOG. – 2016;123:1462-1470.
8. Alfirevic Z., Keeney E., Dowswell T., et al. // Health Technol Assess. 2016;20(65).
9. Alhazmi A., et al. // Egyptian J. Hospital Med. 2018;73:6767-6772.
10. Bomba-Opoń D., Drews K., Huras H., et al. // Ginekol. Pol. 2017;88(4):224-234.
11. Boulvain M., Senat M.V., Perrotin F., et al. // Lancet. 2015;385(9987):2600-2605.
12. Coates D., Makris A., Catling C., et al. // PLoS ONE. 2020;15(1)60228196.
13. Diederer M., Gommers J.S.M., Wilkinson C., Turnbull D., Mol B.W.J. //BJOG. 2018;125:1086-1095.
14. Gaia Po', Emily Oliver, Uma A.Reddy, et al. //Am. J. Obstetrics Gynecol. 2020;222(1):88-90.
15. Leduc D., Biringer A., Lee L., et al. // J. Obstet. Gynaecol. Can. 2013;35(9):840-857.
16. Magro-Malosso E.R., Saccone G., Chen M., et al. // BJOG. 2017;124:414-421.
17. Marconi A.M. F1000Research How to cite this article: Recent advances in the induction of labor [version 1; peer review: 2 approved] 2019;(F1000 Faculty Rev):1829.
18. Meier K., Parrish J., D'Souza R. // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2019;98(9):1100-1112.
19. Middleton P., Shepherd E., Crowther C.A. // Cochrane Database Systematic Rev. 2018;5. doi: 10.1002/14651858.CD004945.pub4.
20. Nicholson J.M., Kellar L.C., Henning G.F., et al. // BJOG. 2015;122(6):773-784.
21. Penfield C.A., Wing D.A. // Obstet. Gynecol. Clin. North Am. 2017;44(4):567-582.
22. Queensland Clinical Guidelines, Induction of labour. – March, 2017.
23. Rossi A.C., Prefumo F. // Arch. Gynecol. Obstet. 2015;291(2):273-280.
24. Saccone G., Della Corte L., Maruotti G.M., et al. // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2019;98(8):958-966.
25. Seijmonsbergen-Schermers A.E., Peters L.L., Goodarzi B., et al. // Sex Reprod. Healthc. – 2020;23:100479. doi: 10.1016/j.srhc.2019.100479. Epub 2019 Nov 4. PMID: 31711855.
26. Soliane Quitolina Scapin, Vitória Regina Petters Gregório, Vânia Sorgatto Collaço, Roxana Knobel. // Texto & Contexto-Enfermagem. 2018;27(1). doi:10.1590/0104-07072018000710016.
27. Sotiriadis A., Petousis S., Thilaganathan B. et al. // Ultrasound Obstet. Gynecol. 2019;53:26-35 Published online 7 December 2018 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). doi: 10.1002/uog.20140.
28. Souter V., et al. Am. J. Obstetrics Gynecol. 2019;220(3):273.e1–273.e11.
29. Tsakiridis Ioannis, Mamopoulos Apostolos, Athanasiadis Apostolos, Dagklis Themistoklis // An Overview Guidelines, Obstetrical Gynecological Survey. 2020;75(1):61-72.
30. Vilchez G., Nazeer S., Kumar K., et al. // Am. J. Perinatol. 2018;35:262-270.

Поступила 20.06.2023